

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	社会福祉法人みつみ福祉会 軽費老人ホーム 敬愛荘	施設 種別	軽費老人ホーム (旧体系：)
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会		

平成23年1月27日

総 評	<p>社会福祉法人 みつみ福祉会は平成23年に創立50周年を迎えます。当法人は、「『広く地域社会、地域住民に、この社会福祉法人が絶対に必要だ、なくてはならない組織だ』と認めてもらえる活動をする」ということを事業ビジョンとして取り組んでいます。</p> <p>当事業所の軽費老人ホーム敬愛荘は、昭和49年に設立され築36年を経過した建物で、ハード面では古いもののそれを十分に補って余りある温かさとやすらぎを感じる施設です。</p> <p>法人の基本理念「共生（共に生きる）」とみつみ福祉会倫理綱領を遵守した取り組みのもとに、利用者職員との関係にも温かいものがあります。</p> <p>敬愛荘内の利用者の自治会組織である「東桜会」では、総会やホームルームとしての話し合いがあり、会主催での地蔵盆も開催しています。</p> <p>また、地域のボランティアの会「いずみ会」より、花見会、利用者バス旅行、合同納涼大会、敬愛荘地蔵盆、夏祭り、合同文化祭、大掃除等に延べ人数210人の方々がボランティアとして協力・参加するなど地域に開かれた施設であると共に、地域住民ともしっかりと交流が図られています。</p> <p>日々の多くの行事の取り組みや様々な課題に関しても、現場職員の意見を重視したボトムアップ方式が採用されて、これらが透明性の確保に繋がっています。</p> <p>意義や目的意識がより明確となり、これだけ多くの事業展開ができていると感じました。</p> <p>利用者を尊重し、十分にコミュニケーションも図られていますが、より一層の発展を希望しますので以下の提案をさせていただきます。</p>
特に良かった点(※)	<ul style="list-style-type: none"> ● 「理念・基本方針」 社会福祉法人 みつみ福祉会の「よりよく共に生きる社会の構築」の理念の基に事業所の基本方針・運営方針・重点項目が明文化され、職員全員はもとより、利用者にも事業所広報誌「ひだまり」等において理念の徹底に取り組まれています。 ● 「利用者満足の上に向けた取り組み」 ほぼ自立されている利用者が半数以上おられる中、利用者に対して「アンケート調査」を詳細に行っています。例えば、個人居室のお掃除や洗濯、毎月行われる施設行事（花見会、運動会、納涼大会、文化祭、クリスマス忘年会等）、園内の余暇活動（ちぎり絵、生花、手芸等）、買い物ツアー等に関する種々のアンケートを行うことで、利用者の生活がより豊かになるように支援しています。 <p>また、食事に関しては、味付け、食事量、温度、食事時の職員の見守り状況等詳しく聞き取っています。その結果を集約し、把握・検討を行い、朝食選択（毎日）、バースデイメニュー・誕生会のおやつ、バイキング、和み会食、セレクトメニュー、ホームバー、テイルーム、ホーム喫茶、屋台村の種々の取り組みを行い、利用者には「この食事は一番です！」と大変喜ばれています。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● 「マニュアル等を整備」 前回の第三者評価受診時に「業務の標準化を図るためにも、マニュアルの充実を」という提案を受け、改善・整備をしています。 マニュアルは、作成の目的、活用方法、そして各業務項目毎に、さらにその業務項目を細目に分け作成しています。 細目に分けられていることで、現場で必要時に直ぐに取り出せ、対処や対応がスムーズに出来るようになり、現場での活用を重視したマニュアル整備が図られています。
<p style="text-align: center;">特に改善が 望まれる点(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 「個別職員に対して組織としての教育・研修計画の策定」 本事業所の職員研修として施設内研修・施設外研修の年間計画を策定し、研修参加後の報告書もありますが、職員一人ひとりについての計画策定は実施していません。 個々人の研修計画と個人ファイルがあると、個人の意欲や能力の向上、目標となります。これは全体研修への参加率、資格取得への意欲、職員全体の質の向上につながるのではと考えられます。 ● 「利用者に関するサービス実施状況の記録」 サービス計画に基づいた実施状況の記録はありますが、記録者によりばらつきが見られます。今後は、記録に関してばらつきが生じないように研修等を行うようにしてください。そうすることで、より明確で的確な記録ができ、情報の共有化がスムーズに図れるのではないのでしょうか。 ● 「職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みの構築」 職員の業務内容の見直しや勤務時間帯の改善が図られ、働きやすい職場であるとのことですが、メンタルヘルス面でのカウンセラーは確保していません。事業本部職員での相談ではなく、第三者として相談できる専門職のカウンセラー等も必要と考えます。

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【共通評価基準】

評価結果対比シート

受診施設名	社会福祉法人みつみ福祉会軽費老人ホーム敬愛荘
施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会
訪問調査日	平成22年11月10日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	A	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A	A
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	A	A
		② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	B	B
I-2 計画の策定	I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期計画が策定されている。	A	A
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	A	A
	I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	① 計画の策定が組織的に行われている。	A	A
		② 計画が職員や利用者に周知されている。	A	A
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	B	A
		② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	A	A
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	B	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	B	A

[自由記述欄]

I-1-(1)①: 法人の基本理念が明確に定められています。
 I-1-(1)②: この理念を基にした敬愛荘運営方針を規定し、掲示もしています。
 I-1-(2)①: 法人研修と敬愛荘独自の研修において、理念や基本方針を取り上げ、職員に周知しています。
 I-1-(2)②: 利用者には、2ヶ月に1回発行される広報誌「ひだまり」の4月号において、「平成22年度みつみ福祉会事業方針」の中で明確に記載しています。また利用者自治会「東桜会」の総会においても施設長が利用者へ直接伝え、説明を行っていますが、配布はしていません。
 I-2-(1)①: 法人としての中長期計画があります。
 I-2-(1)②: その計画に基づき計画策定を行っていますが、理事会の承認を受けた施設移転に関しては、府・市との継続協議中とのことです。
 I-2-(2)①: 事業計画の策定に関しては、まず、サービス担当者会議での討議後、必要な情報をアンケートにより収集し、それを元に再検討等を行い、再度、職員会議での検討を重ね、理事会で承認しています。
 I-2-(2)②: 事業計画においては、利用者や職員の意見が十分に反映される仕組みになっています。
 I-3-(1)②: 遵守すべき法令等の研修会にも参加しており、周知も図っています。
 I-3-(2)①: 管理者は、日々、利用者や職員からのサービスに関する課題を把握し、改善のためのリーダーシップを発揮しています。
 I-3-(2)②: 職員等には年2回の個別面談を行い、目標管理シートによるアンケートも実施し業務の効率化や改善に関する取り組みを行っています。

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-1 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	B	A
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	B	A
		③ 外部監査が実施されている。	C	A
II-2 人材の確保・養成	II-2-1 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	A	A
		② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	A	A
	II-2-2 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	B	B
		② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	A	A
	II-2-3 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	A	A
		② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	C	B
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	B	B
	II-2-4 実習生の受け入れが適切に行われている。	① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	B	A
② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。		B	A	
II-3 安全管理	II-3-1 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	A	A
		② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	B	B
II-4 地域との交流と連携	II-4-1 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	A	A
		② 事業所が有する機能を地域に還元している。	B	A
		③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	B	A
	II-4-2 関係機関との連携が確保されている。	① 必要な社会資源を明確にしている。	A	A
		② 関係機関等との連携が適切に行われている。	A	A
	II-4-3 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	① 地域の福祉ニーズを把握している。	B	A
② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		B	A	

【自由記述欄】

II-1-1(1)①: 軽費老人ホームとしての事業経営を経営環境の変化に対応したものと「ケアハウスへの転換」が法人の事業方針になっています。これについては行政との連携を密にすることや、利用者個々のニーズを把握すること等を通じて、施設サービス計画に反映しています。

II-1-1(1)②: 当事業所が設立後39年を経過し老朽化したことや、現在の情勢に対応したホームにするために、ハード面ソフト面共に適切に取り組んでいます。

II-1-1(1)③: 法人として、公認会計士による経営分析等の指導を受け、適切に経営改善に取り組んでいます。

II-2-1(1)①: 法人内の人事管理に関する方針が確立しています。

II-2-1(1)②: 「目標管理シート」があり、チーム目標・個人目標・担当業務目標・能力開発目標(1)・(2)が設定されています。又資格取得に関しては助成金制度、試験日や実習日の専免制度もあり、意欲の向上が図られています。

II-2-2(1)①: 法人内に労使協議会もあり、職員の就業状況や意向を定期的に話し合っており、改善に取り組んでいます。法人において、業務上の相談が図れるような仕組みはありますが、メンタル面等の相談を第三者にできる体制はありません。

II-2-2(1)②: 福利厚生センターや府共済会にも加入しています。

II-2-3(1)①: 施設内・施設外の研修計画を策定し、昨年は53回の研修参加があり、報告書も提出しています。

II-2-3(1)②: 個々人の知識・専門性の必要性は認識していますが、研修計画は策定していません。

II-2-3(1)③: 研修参加はありますが、研修計画の評価見直しは行っていません。

II-2-4(1)①②: 市内の中学生を福祉体験学習で受け入れ、「体験学習対応マニュアル」があり、1、受け入れ・オリエンテーション、2、生活面の支援体験、3余暇活動・行事参加に分けたマニュアルにより対応しています。また、特別養護老人ホームでの実習生の受け入れも行っていきます。

II-3-1(1)①: ヒヤリハットやリスク管理のマニュアルが作成され、「敬愛荘業務マニュアル」には「医療に関する緊急対応マニュアル」があり、非常事態発生時の対応、夜間の緊急対応等整備をしています。また、医務管理、苦情解決、危機・安全管理の項目もあり、各種委員会を設置し、安全管理が図られています。

II-3-1(1)②: リスク委員会があり、安全管理について検討しています。リスクマネジメント研修は、法人として実施していますが、当施設独自の研修はしていません。

II-4-1(1)①: 事業計画に「地域支援事業の充実」を掲げ、地域交流の場を提供すること、施設機能の開放はもとより、地域貢献を行なうと共に地域福祉の拠点となることを目標に掲げています。

II-4-1(1)②: 施設内のクラブ活動に地域住民の参加もあり、地域の人々と入所者が一緒に作品を作り上げ、交流を図り、共に喜びを感じ合う取り組みがあります。

II-4-1(1)③: ボランティア受け入れに関しても、「いずみ会」を中心に年間計画が策定され、利用者の買い物援助や、納涼大会、合同文化祭等で高校生、高齢者まで積極的に受け入れています。

II-4-2(1)①: 事業所の役割を明確にし、関係機関との連絡・連携・共有を図っています。

II-4-2(1)②: 利用者のADLが低下したとき等に介護保険制度を活用し、サービス利用が必要な場合にはリスト化された詳しい情報の提供のもと、相談に応じています。

II-4-3(1)①: 地域のニーズを把握するために関係機関との連絡調整を行っています。

II-4-3(1)②: 法人合同での文化祭では介護相談コーナー等を設け、相談事業等行なっていますが、入所できない状況にある人々への働きかけ等の活動支援展開にまでには至ってなく、今後の課題とのことです。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-1 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	A	A
		② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	A	A
		③ 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	A	A
	Ⅲ-1-2 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上に意図した仕組みを整備している。	A	A
		② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	A	A
	Ⅲ-1-3 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	A	A
		② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	A	A
		③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	A	A
	Ⅲ-2 サービスの質の確保	Ⅲ-2-1 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。	① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	B
② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。			A	A
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			B	A
Ⅲ-2-2 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	B	A
		② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	A	A
Ⅲ-2-3 サービス実施の記録が適切に行われている。		① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	B	B
		② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A	A
		③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
Ⅲ-3 サービスの開始・継続		Ⅲ-3-1 サービス提供の開始が適切に行われている。	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	B
	② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。		A	A
	Ⅲ-3-2 サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	B	B
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定	Ⅲ-4-1 利用者のアセスメントが行われている。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	A	A
		② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	A	A
	Ⅲ-4-2 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	① サービス実施計画を適切に策定している。	A	A
		② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	A	A

【自由記述欄】

Ⅲ-1-1(1)①: 利用者を尊重する基本姿勢を運営方針にも明示しています。

Ⅲ-1-1(1)②: チーム目標や個人振り返り、各種の会議等多様な機会を通して、利用者尊重の共通理解を深め、プライバシーの保護等に関しても、具体的なマニュアルを整備し、実施しています。

Ⅲ-1-1(2)①: 年1回はアンケート(生活について:9項目、サービス提供について:5項目、食事について:9項目)を実施し、集約後、ホームページや広報誌「ひだまり」に掲載します。又月々の行事等にも常に意見集約・調整を行い、目に触れやすい食堂に掲示しています。

Ⅲ-1-1(2)②: 利用者から声がかかればすぐに応じ、朝礼や話し合いの場で公表しています。常に迅速な対応を心がけ、改善を図っています。利用者の要望に基づき、現場職員・主任のチェックや協議を経て改善に繋げるなど万全を期しています。具体的には、食事や入浴時間帯の変更などがあります。

Ⅲ-1-1(3)①: 意見箱を設置するだけでなく、「苦情解決委員会」の設置もあります。

Ⅲ-1-1(3)②: リスク・苦情・要望に分け適切且つ迅速に対処しています。分かりやすく公開も行っていきます。

Ⅲ-1-1(3)③: 「福祉サービス苦情解決事業相談研修会」にも参加し、管理者・職員が一同となり、取り組んでいます。

Ⅲ-2-1(1)①: 今年度の重点目標をサービスの質の向上としています。事業計画の実践と検証での自己評価を行い、第三者評価を受けることで質の向上を目指し、職員全員で取り組んでいます。

Ⅲ-2-1(1)②: 前回の受診結果を受けて改善しているところがありました。

Ⅲ-2-1(2)②: 年度毎の改善策を実行していますが、今回の受診による課題も明確になったとのことですので今後の評価結果を踏まえた取り組みを期待します。

Ⅲ-2-2(1)①: 個々の利用者に対するサービス計画が作成され、年間2回の見直しも実施しています。標準的な実施方法も明確なマニュアル規定があります。

Ⅲ-2-2(2)②: 今年度の重点目標を「サービスの質の向上」とし、「個人の尊厳と人権を大切に、個別に実践をおこなう」として、日々取り組んでいます。急激な変化が生じたときには適切な対応をしています。

Ⅲ-2-3(1)①: 利用者のサービス計画に基づいた実施状況を記録していますが、個人ケース記録の記載内容に関して職員によるばらつきも見られ、今後の課題としています。

Ⅲ-2-3(2)②: サービス提供後の記録等の管理体制に関しては「個人情報保護規定」があり、その中で、「個人情報の取得の制限等」「個人データの適正管理」「個人データの第三者提供」「保有情報の開示・訂正・追加・削除・利用停止」の規定が詳細にあります。

Ⅲ-2-3(3)③: 各会議内容においての職員間での共有も計られています。

Ⅲ-3-1(1)①: 年間6回の広報誌「ひだまり」を発行し、掲示しています。法人のホームページと、施設のホームページを作成更新し、常に情報提供しています。

Ⅲ-3-1(2)②: 利用、契約時には、重要事項説明書や契約書を理解しやすいように説明をおこない、利用者の同意を得ています。

Ⅲ-3-2(1)①: 退所や移行後のアフターケアについても、説明は十分に行い、相談に応じていますが、退所時と退所後の対応に関する文書は作成していないとのことです。

Ⅲ-4-1(1): 利用者の課題を施設基準のアセスメント様式により適切に状況把握を行い、課題を設定しています。個々のニーズに添った目標設定が具体的に作成され、個別支援プログラムに反映しています。記録やアセスメントについては、充実しています。

Ⅲ-4-2(2): サービス計画に基づき提供された内容に関して、各部署の合議による会議で検討・評価・見直しが行われ、前期・後期の年2回行っています。