

[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	養護老人ホーム満寿園	施設種別	養護老人ホーム (旧体系： )
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会		

平成22年2月12日

総 評	<p>養護老人ホーム満寿園は平成21年3月で開設50年を迎える歴史ある施設です。事業所運営については平成16年4月に奥丹後養老施設組合から現在の社会福祉法人あしぎぬ福祉会に移行しました。</p> <p>本事業所は養護老人ホームの他に、訪問介護事業、認知症対応型通所介護等を併設しており、地域に根差した歴史ある事業所として、情報開示を含めて地域に積極的に関わり、地域福祉の拠点となっています。</p> <p>本事業所は平成21年4月末にユニット型施設への改築・改修を完了しました。改築に当たっては設計段階から職員の意見を取り入れ、多くの木材を使用したぬくもり、温かみのある建物にしました。また「一日一日を大切にすべて家づくりをする」というコンセプトを掲げ、洗面台の高さや浴室の手すり、壁面など多くの場所に細かな配慮がなされています。</p> <p>このようなハード面の充実だけでなく、職員は一体となってサービスの質の向上に積極的に取り組んでおり、大変感心しました。今回、第三者評価を受けるに当たっても、厳しい目で自己評価を行っており、如何に利用者の良いサービスを提供していくか、如何に良い事業所にしていくかということを経営者全体でしっかりと検討しています。</p> <p>今回の評価したことについても、速やかに検討していただけることが十分に期待できます。</p>
特に良かった点(※)	<p>●理念・基本方針 法人の理念・基本方針は利用者主体の観点から作成しています。パンフレットにしっかりと明示し、特に基本方針などは職員自らが利用者・家族等誰が見ても解り易いものでなければならぬという思いから作り上げました。サービスの提供に対する職員集団の姿勢・意識の高さを感じることができ、まさに生きた基本方針と言うことができます。さらに利用者・家族・職員等に配布をした『平成20年度事業報告書』には自己評価・第三者評価グループ事業報告が添付してあり、事業所のサービス向上に対する姿勢を明確に示しています。</p> <p>●職員の就業状況への配慮 利用者・職員の意向等を聴く体制として、年6～7回外部講師を迎え、職員との個別懇談、利用者との懇談等を実施しています。懇談の内容については、匿名性に配慮をした上で管理者に報告されており、職員の質の向上、サービス提供内容に積極</p>

	<p>的に活用されています。</p> <p>●サービスの質の向上 個々のサービスについては、見直しが年2回（6ヶ月毎）ということの規定した上で、毎月のケース会議やモニタリングにおいても計画作成や見直しが行われています。それが利用者の日々のサービス提供に反映されています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>●経営状況の把握 法人は多くの事業を京丹後市を中心に展開していますが、現在、外部監査は行われていません。今後の経営状況把握等のために、外部監査を導入されることをお勧めします。</p> <p>●実習生の受け入れ 実習生を受け入れるマニュアル、姿勢等は明文化されていますが、実習指導者に対する研修は実施できていません。今後の人材育成・確保という視点からも種別に応じた実習プログラムの策定と実習指導者への研修の実施が望まれます。</p> <p>●研修の開催 利用者に関する記録は規定で管理され、職員全体で共有できるように整備されています。ただし、基本である個人情報に関する職員研修が計画されていますが実施はされていません。また、事故対応・感染症委員会ではマニュアルの見直し等実施されていますが、職員への周知という観点からは研修が必要かと思えます。</p>

※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	養護老人ホーム満寿園
施設種別	養護老人ホーム
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成21年12月9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。	B	A
		② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	B	A
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等に周知されている。	B	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。	A	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。	B	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。	A	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。	A	A

## 【自由記述欄】

I-1-(1) 法人理念と事業計画をパンフレット等に記載しています。その理念から法人の福祉サービスに取り組む姿勢、方向性を感じることができます。

I-1-(2) 理念・基本方針の周知についての継続的な取り組みを行っていないという自己評価でしたが、毎月のユニット会議等において検討していることが、職員のヒアリングにおいても確認することができました。基本方針は利用者・家族にも分かりやすい表現を用いて策定し、家族会等において周知を図っています。

I-2-(1) 中長期計画及び単年度の事業計画を適切に策定しています。単年度の事業計画については、中長期計画を踏まえつつ、職種横断で構成するグループでの検討を経て策定しています。

I-2-(2) 事業計画書・報告書は冊子にし、職員・利用者・家族に配布しています。家族会では内容の説明を行い、参加できなかった家族には冊子を郵送しています。

I-3-(1) 関係法令集は職員がいつでも利用できるように整理しています。管理者は積極的に研修会等に参加し、法令遵守に努めています。

I-3-(2) 管理者は各種会議、委員会等に出席するとともに、外部講師を年7～8回招いて利用者、職員との個別懇談の機会を設けるなど、サービスの質の向上に努めています。また、課題の発見と改善のために、情報収集・情報提供を積極的に行っています。

## 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	C
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。	C	C
	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。	A	A
		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	B
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	B	
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。	A	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 利用者と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。	A	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	B
	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。		A	A	

## 【自由記述欄】

II-1-(1) 施設長を中心に、定期的な会議において各部の状況が把握されています。外部監査は実施できていません。  
 II-2-(1) 現在、介護老人福祉施設の建設が進められており、法人傘下の施設が増えるにあたって、計画的に人材確保に努めています。ただし、人事考課の導入はなされていません。  
 II-2-(2) 施設長が定期的に個別面談を行うとともに、外部から講師を招き、職員が相談できる体制を作っています。  
 II-2-(3) 会議・研修会後の報告会はありませんが、評価・分析するまでには至っていません。  
 II-2-(4) 実習生受け入れの担当者がおり、マニュアルを設置していますが、定期的な研修会を開催してはいません。又、実習者の種別に応じた実習プログラムがありません。  
 II-3-(1) 事故・感染対策委員等設けてありますが、事故防止等に関する研修会が実施できていません。  
 II-4-(1) 法人理念に地域との関わりを掲げており、実際に災害時の施設機能の解放(入浴設備等)や過疎地域での制度外事業展開など、積極的に地域と関わっています。受け入れるボランティアには事前説明等を行っていますが、マニュアルは整備されていません。  
 II-4-(2) 近隣施設等と月1回定期的な会議を開催することで、地域ネットワークの構築に努めています。特別養護老人ホーム等の入居申込様式を一本化するなどの成果が出てきています。  
 II-4-(3) 民生・児童委員との定期的な会議の開催はありませんが、毎月1回定期的に地区単位で民生委員がデイサービスにボランティア活動として参加しており、そこで情報提供を行っています。

## 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。	B	B	
	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。	B	B	
	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 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	B	
		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。	B	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	A
			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。	B	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。	A	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。	C	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。	A	A	
		② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A	B	
		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	A
	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。	B	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。	B	A	

## 【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)月1回のユニット勉強会において、個人を尊重したケアに関する学習や検討を行っています。また、身体拘束防止委員会を中心に拘束に関する研修も開始しています。

Ⅲ-1-(2)ユニット毎に聞き取り、懇談会の開催、利用者アンケートの実施を通して、利用者・家族の意見等を聞いてサービスに反映するようにしています。

Ⅲ-1-(3)苦情解決の仕組みは施設内にポスターを掲示する等して、明確にしています。苦情内容・解決に対する公表についても施設内に掲示するとともに、苦情対策委員会を設置し、定期的な会議で検討しています。また、苦情対応マニュアルも整備され、見直しも行っていきます。

Ⅲ-2-(1)平成18年に第三者評価を受診し、今回が2回目の受診となります。サービス向上に対する施設の姿勢は高く評価でき、前回の評価結果については職員とともに検討・分析を行い、事業計画・報告に反映しています。

Ⅲ-2-(2)個々のサービスの標準的な実施に関しては、職員の意見を取り入れサービスに反映できるよう見直しをしています。見直し時期については、6ヶ月毎の年2回と規定されています。

Ⅲ-2-(3)利用者の情報については、朝礼の時間やパソコンを活用した閲覧や書き込み・閲覧等を行うことで、職員に迅速に伝達しています。但し、職員に対しての教育や研修は特別養護老人ホーム開設に合わせて3月に全職員を対象に開催するということでしたが、訪問調査時点では未開催でした。

Ⅲ-3-(1)サービス開始前に利用者・家族に丁寧に説明を行い、同意を得ています。

Ⅲ-3-(2)地域や他事業所への移行など、相談窓口を設けて、できる限りの配慮をしています。

Ⅲ-4-(1)アセスメントシートに基づき、利用者の状況等を適切に記録しています。アセスメントの定期的な見直し時期も定めています。

Ⅲ-4-(2)毎月のケース会議やモニタリングにおいて、サービス実施計画や見直しが行われ、利用者個別のサービス提供が実行できるように取り組んでいます。