

[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	社会福祉法人京都老人福祉協会 養護老人ホーム京都老人ホーム	施設種別	養護老人ホーム (旧体系)
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成26年3月27日

総 評	<p>本事業所は、昭和32年に「養老施設京都老人ホーム」として建設されました。その後、老人福祉法に基づく養護老人ホームになり、以降様々な変遷を経て今日に至っています。京都老人福祉協会は「のびのびとその人らしい生活を送れるよう地域の高齢者施設として福祉サービスのネットワークを大切に」をモットーに京都市内における福祉サービスの拡充を図っています。</p> <p>養護老人ホームは現在、定員が80人で、そのうち80歳以上が半数以上を占め、また、障害認定を受けている利用者も多数いるなど、利用者の高齢化と重度化が顕著になっています。これに対応するため、職員を基準以上に配置（加配）して利用者の生活を支援しています。</p> <p>居住環境は基本的には二人部屋で、プライバシーの確保等は難しい面があり、ストレスを感じる利用者もいるかもしれませんが、職員があらゆる機会を捉えてコミュニケーションを図ったり、「座談会」を開いたりして要望や苦情等を把握・検証し、対処をしていくことで、できる限り快適な環境となるように努めています。</p> <p>この施設を調査のため訪問して印象的だったのは、利用者の表情が明るかったことと、一人の利用者の「ここに来て良かった」との言葉でした。</p>
特に良かった点(※)	<p>○利用者、職員が参画して開く座談会の活用</p> <p>月に1回、職員も参加して利用者中心の「座談会」（自治会）が開かれています。ここで出た利用者の思い・希望などについては、利用者、職員と一緒に話し合い、討議をして改善につなげています。現在、施設では、食事の内容や時間の改善に取り組んでいますが、これは「座談会」での要望がもとになっています。また、座談会の内容は、利用者や家族に分かりやすいように大きな字で、ルビをふるなどの工夫をし、廊下に掲示しています。</p> <p>○アセスメントシートの活用</p> <p>養護老人ホームは高齢化、重度化が著明となっています。これに対応するため、パソコンのソフトを活用しています。こうしたソフトに基づくプランは、形だけで終わってしまいがちですが、本施設では職員が利用者一人ひとりのアセスメントをき</p>

	<p>め細かく行い、シートに記録し、状態を確認しています。また定期的な見直し・更新を行うことで、利用者の変化についても、共通の認識を持ってサービスの提供にあたっています。</p> <p>○高齢化と重度化 利用者の高齢化と重度化が顕著になるに従い、施設のハード面での課題も明らかになりつつあります。 こうした課題に取り組むため「認知症ケアをスタンダードにする」ということを基本として、これに基づいた数値目標を掲げ、それを実現するために配置基準以上の職員配置（加配）を行っています。また、施設の課題への取り組みとして施設の改修を掲げ、「施設改修プロジェクト」でトイレ等の改修を年度単位で進めています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○標準的な実施方法の作成 標準的な実施方法は現場任せになっており、組織的な仕組みにまでには至っていません。各種のマニュアルは標準的な実施方法を定めるだけでなく、利用者、職員の質の向上にも役立ちます。現在のマニュアルの確認を自主点検と並行して施設全体で取り組むことにより、マニュアルの見直し、改訂につながると思われまます。これまでの経験や現場で培われた様々な手順を総点検して、共通できるものの規定化、書式の整備、そしてその管理方法を確立することを期待します。</p> <p>○評価の振り返り 自主点検で見つかった課題は「部門会議」で討議・検討していますが、現場の職員も含む職員全体で分析、検討するまでには至っていません。自主点検、自己評価、第三者評価等は、利用者と接する現場の職員（パート勤務の方も含む）も参画して行い、その結果を職員全体で分析することにより、新たな課題の発見、職員間の課題の共有化を進めることができると考えていますので、今後は全職員を巻き込んだ点検、評価を行うようにしてください。</p> <p>○地域に開かれた施設 養護老人ホームでは、地域住民と馴染みがない利用者が多く、地域とはかけ離れた施設になりがちです。施設でも町内の行事への地域住民の一人としての参加の促し、施設設備の開放など、いくつかの取り組みを行っていますが、地域に溶け込むまでには至っていません。今後、京都老人福祉協会という大規模な法人の強みを発揮し、法人併設の事業所、施設などの共同で地域に開かれた施設として、地域の交流を活性化し、施設のもつ機能を地域に還元できるように努めてください。</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	社会福祉法人京都老人福祉協会 養護老人ホーム京都老人ホーム
施設種別	養護老人ホーム
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成25年11月22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。	A	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。	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	B
		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。	C	B
	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。	B	B

【自由記述欄】

<p>I-1-(1)①②理念および基本方針を明文化しており、広報誌やパンフレットに表示しています。</p> <p>I-1-(2)①部全体やフロア会議等で検討した事業計画をまとめて、職員等に配布しています。</p> <p>I-1-(2)②利用者や職員の「座談会」(月に1回開催)で説明しています。その時には、利用者に分かりやすいようにパワーポイントを使用しています。また、その会議録を、大きな文字でルビを使用するなど利用者に分かりやすい工夫をした上で、廊下に掲示しています。</p> <p>I-2-(1)①中・長期計画を立て、それを基に年度毎の事業計画を立てています。その内容からは、「認知症ケアを中心に」といった今後の目標が読み取れます。また、ハード面で様々な課題がある中で、トイレの改修(現在は男女共用・多目的トイレが少ない)が単年度で進められています。</p> <p>I-2-(1)②経営上の課題としての数値目標を「特定利用者」が35名を目標として掲げています。この数値を施設の目標として中・長期計画を立てています。</p> <p>I-2-(2)①部とフロアで検討し、策定した事業計画は中間、年度末にそれぞれ総括を行い、それを次の事業計画に反映させています。</p> <p>I-2-(2)②事業計画を職員に説明するとともに、記録を回覧しています。また、利用者には座談会で説明しています。</p> <p>I-3-(1)①京都老人福祉協会で管理者の職責を明示し、文書化していますが、検証、評価などを行うシステムはありません。</p> <p>I-3-(1)②管理者は個人的に把握した法令については、施設内の研修で説明していますが、組織の一員としての研修への参加、具体的な法令のリスト化などはできていません。</p> <p>I-3-(2)①施設独自に「ケアの質シート」を取り入れ、職員の意見を反映させています。また、「くらしあんしん委員会(職員+家族)」にて、サービスの質について意見をもらっているなど、職員、家族がともに施設の質の向上に取り組む仕組みがあります。</p> <p>I-3-(2)②「衛生委員会」「あかるい職場委員会」「健康相談室」を設置する等、職場環境整備への取り組みを行っています。</p>
--

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。	C	B
		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	B
		③ 外部監査が実施されている。	C	B
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。	C	C
		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。	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	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。		A	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。	B	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	A
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。	B	A
		② 事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
		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。	C	C
	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。	C	C
		② 関係機関等との連携が適切に行われている。	B	B
	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。	C	C
		② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	C	C

【自由記述欄】

II-1-(1)①法人としての事業経営改善には取り組んではいませんが、施設単独としての中・長期計画に反映するなどの取り組みはなされてはいません。

II-1-(1)②施設入所者の稼働率、介護保険での特定人数確保(30~35名)、施設の受け入れ(80名定員)等を見合わせながら、経営状況を数値化し、推移の確認を行っています。また、これを現場のリーダーを中心とした会議(リーダー会議)にて説明、経営課題の周知を図っています。

II-1-(1)③公認会計士による外部監査は行われています。ただし、経営改善のための指摘を受けるようなところまでは行っていません。

II-2-(1)①チーフ、チーフ補佐が現場の状況を部長に説明しています。一般職員、契約職員、有期パート職員などの配置などは常に考慮してはいますが、組織を機能させる具体的なプランはありません。

II-2-(1)②現在、人事考課は行われていません。

II-2-(2)①職員の有給休暇消化状況や時間外勤務の状況を把握し、場合によってはリーダーが声かけなどをして様子を確認しています。また、時間外勤務については事前、事後の承認を徹底し、サービス残業につながらないようにしています。ただ、勤務状況を確認して人材や人員体制に関する改善策を講じるまでには至っていません。

II-2-(2)②希望者は共済会に加入している他、年1回の7日間リフレッシュ休暇の付与、国家試験受験日の職務専念義務免除の実施など、職員の福利厚生を図っています。

II-2-(3)①法人として新人・中堅・リーダー等、階層別に研修を行うことが「研修要綱」に定められています。

II-2-(3)②職員一人ひとりについて適宜研修の案内をしていますが、一人ひとりの教育・研修計画はありません。また、専門別研修はありません。

Ⅱ-2-(3)③研修に参加した後、研修報告書(復命書)を作成し、それを伝達、回覧することで、研修内容の共有を図っています。ただしその内容が個人にあったものかなど研修内容の点検などを見直すなど研修体系が定まっているとは言えません。

Ⅱ-2-(4)①②法人として実習生を受け入れ、施設でも実習指導者の元に数日間受け入れていますが、実習指導者に対する研修は行われていません。

Ⅱ-3-(1)①②事故発生後、報告書を作成するとともに、原因を突き止めて改善策を検討し、家族への説明を行っています。その後、モニタリングを行い、予防策を講じて再発防止を図っています。利用者の安全確保は、施設事業部門会議で報告し、施設職員全体で事故予防について共通認識を持つようになっています。

Ⅱ-4-(1)①①地域で行われる行事などの参加を利用者に促しており、毎朝、ラジオ体操に参加している利用者もあります。利用者の買い物は地域で行い、また、利用者のニーズに応じて地域内の散歩をすることで、地域における施設の動きを理解してもらえるようになっています。また、施設を地域の集まりに利用してもらうこともあります。

Ⅱ-4-(1)②法人自体が福祉避難所としての指定を受けています。近隣の支援学校の運営委員会にも職員を派遣し、地域に根ざした施設の役割を果たしていますが、地域の生活に役立つような施設の職員の専門性に応じた講演会などは行ってはいません。

Ⅱ-4-(1)③以前からボランティアを受け入れており、施設にとって「普通の出来事」になっているため、ボランティアマニュアルの作成等、受入体制を整備することができていません。

Ⅱ-4-(2)①『すこやか進行中』を常備し、利用者への社会資源の紹介を行っていますが、利用者それぞれに応じた社会資源を明示することはできていません。

Ⅱ-4-(3)①②施設相談員が地域の相談員会議に参加していますが、地域の具体的な福祉ニーズを把握するまでには至っていません。そのため、地域のニーズに沿った活動もできていません。

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。	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。	B	B	
		③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	B	B	
	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	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。	C	C
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			C	C	
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	B	
		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。	B	B	
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。	B	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	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「くらしあんしん委員会」において勉強会、研修をしています。

Ⅲ-1-(1)②プライバシー保護に関する規程、マニュアルの整備はありますが、これについての職員研修が行われていません。プライバシー尊重の一環としてのトイレ改修(施設改修プロジェクト)が進められています。

Ⅲ-1-(2)①年一回の満足度調査は、利用者が話しやすいように直接処遇に当たる職員とは別の学生ボランティアや特養の事務職員が、第三者として直接聞き取りをしています。座談会は毎月実施しています。

Ⅲ-1-(2)②月一回「養護」全体で検討会議があります。満足度調査で要望があったガスコンロ設置、喫煙所の確保等、改善可能なものから取り組んでいます。

Ⅲ-1-(3)①担当職員から定期的に報告を受けたり、毎月の座談会で意見を聞いたりしています。しかし、複数の相談員を設置し氏名を伝え、壁にも張り出していますが、利用者全員にまでは周知できていません。

Ⅲ-1-(3)②苦情解決の仕組みは利用者説明していますが、それを分かり易く説明した掲示物はありません。しかし、座談会の開催、個別での話し合い、苦情に繋がりやすい同室者同士の関係を和やかにするような取り組み等を実践しています。座談会の中で苦情が上がったことについて、フィードバックもありました。

Ⅲ-1-(3)③座談会、ご意見箱などで提起された意見からマニュアルを作成し、これに基づいて迅速に対応しています。ただし、苦情、意見がサービスの改善に十分つながっているとは言えません。

Ⅲ-2-(1)①自主点検を1年に1回実施し、そこで見つかった課題については部門会議で検討しています。ただし、その評価を職員全体で討議、検討するなど、組織として対処するまでは至っていません。

Ⅲ-2-(1)②③評価結果を職員全体で検証し、改善に取り組むことが十分にはできておらず、組織としての機能が発揮できていないとは言えません。

Ⅲ-2-(2)①サービスの質の向上のための標準的な実施方法(介護マニュアル)は整備されていますが、それに基づいて実施されているかを検証することは現場任せになっています。

Ⅲ-2-(2)②マニュアルはその都度見直しは行われていますが、組織としていつ行うかの時期、その方法はどのようにして行うかなどは定められていません。

Ⅲ-2-(3)①パソコンのソフトを活用して、アセスメントシートに一人ひとりの記録を実績チェックとして残しています。また、記録する場合にはその内容に職員でのばらつきが無いようにしています。

Ⅲ-2-(3)②記録管理の責任は明らかになっていますが、記録の保管、保存、廃棄の規程はありません。また情報開示に関する規程もありません。

Ⅲ-2-(3)③パソコンにより情報共有がされています。また、他職種参加の「サービス担当者会議」が実施されており、記録も作成されています。

Ⅲ-3-(1)①「入所のしおり」、ホームページを作成していますが、DVDやビデオ等の動画はありません。体験入所はスペース上の理由から行っていません。

Ⅲ-3-(1)②サービス提供に当たっては重要事項説明書に基づいて内容の説明を行っています。資料や契約書は読みやすい大きな字体でルビも入っています。

Ⅲ-3-(2)①サービス提供の継続については、情報提供等の配慮はされていますが、その手順書がなく、文書でなく口答で伝えられています。

Ⅲ-4-(1)①②パソコンのソフトを活用し、3か月ごとのプラン見直し、6か月ごとのアセスメント見直しをされています。

Ⅲ-4-(2)①②ケアマネジャーがサービス実施計画を立て、3か月ごとに本人と関わりのあるスタッフが参加して、ケアマネカンファレンスを実施し、必要に応じて見直しなどを行っています。