

[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	養護老人ホーム長生園	施設種別	養護老人ホーム (旧体系：)
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

2015年 5月14日

総 評	<p>長生園は昭和31年に、当時身寄りのない人の施設を作ろうと社会福祉法人として認可を受けました。「私たちはすべての人が和みの中で、尊厳を持って、安心して生活していただけるよう支援します。」という基本理念のもと、一番困難な人に目を向けていくという姿勢を貫き、現在に至っています。養護老人ホームでは、その時代の中で福祉ニーズを把握し、近年では虐待ケースや経済的困難ケースを広域から受け入れる施設として大変重要な役割を担っておられます。また、最近の課題として、養護老人ホームの重度化も見られる中、毎日の買い物を企画したり、日帰り旅行など、出来るだけ豊かな生活を維持していくという工夫が見られました。</p> <p>また、現場責任者が毎朝利用者一人一人に声を掛け、生活全般の出来事や相談を聞いて回っています。そうすることで利用者との間になじみの関係ができ、相談しやすい環境が生まれ、自ら発信することが難しい利用者に対しても、その表情や仕草から思いを汲み取る事に繋がります。利用者が発信しやすい機会を設けて多くの利用者の声を聞き、利用者満足の向上につなげようとする積極的な取り組みであることは顕著です。その他一人ひとりの利用者担当を付け、話しやすい関係性を作ったり、ご意見箱の設置等あらゆる方向から利用者の意見要望を汲み取ろうとする姿勢は、利用者を尊重した利用者本位のサービス提供を実践するものとして高く評価できます。</p> <p>また、養護老人ホームであり、個別支援計画が義務ではないにもかかわらず、利用者全員の個別計画が立てられており、評価・見直しも定期的実施されていることも高く評価できます。これからも地域のニーズを汲み上げ、活躍される事を期待しております。</p> <p>評価の中で課題に感じた項目について具体的なアドバイスを以下に記します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画の策定について、職員全体での見直しが出来ていませんでした。職員会議の中に事業計画に対する見直しや意見を検討する項目を半期ごとに入れたり、全職員にアンケートを取るなど、組織的に集約する方法を実施されたいかがでしょうか。また、利用者家族に対する周知では情報を送付するなどの方法を検討してはいかがでしょうか。
-----	---

	<ul style="list-style-type: none"> ・職員ひとり一人の研修計画ができていませんでしたので、人事考課の面談の際に希望を聞くなど工夫し、個人の年間目標と研修計画をリンクする仕組みを検討してはいかがでしょうか。 ・評価結果を改善するための仕組み作りができていませんでした。結果を職員全員で分析、検討し、課題を明確にして改善に繋げていかれることを期待しております。
特に良かった点(※)	<p>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 事故発生時対応マニュアル・緊急時対応マニュアルを整備しています。また、事故防止委員会・感染症対策委員会・全体会議で検証等を行う機会を作っており、事故防止や感染症についての研修も行っています。</p> <p>III-1-(3) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている 現場責任者が毎朝一人ひとりに声を掛けて回る等、利用者担当職員始め意見箱等、複数の相談方法を設け、相談しやすい環境を整備し、それらをわかりやすく文書にして掲示しています。</p> <p>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 入所時の面接段階で得た利用者の情報を、決められた用紙に記入し、職員間で共有してサービスの標準化を図っています。毎月の職員会議、毎日のミーティングで実際に実施できているかどうかの確認をしています。また、個々のサービスの実践や各委員会の取り組みの評価、見直しを行っています</p>
特に改善が望まれる点(※)	<p>I-2-(2) 計画が適切に策定されている 計画の作成は管理者や次長などが職員会議等での意見を聞き策定しており、毎月職員会議を行い、計画の周知を図っていますが全体での見直しが定期的に行われていません。また、利用者や家族への周知が行われていません。</p> <p>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立している 研修委員会を設置し、「長生園施設内研修計画」を作成し、計画的な研修を実施しています。また、新採研修で研修内容についてアンケートを実施し、結果を次回開催内容に活かしています。しかし、職員一人ひとりの個別研修計画は作成されていませんでした。</p> <p>III-2-(1) ③課題に対する改善策・改善計画をたてて実施している 評価結果から課題を明らかにして職員参画のもとに改善策・改善計画を策定する仕組みと実施状況、計画の見直しが確認できませんでした。</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	養護老人ホーム長生園
施設種別	養護老人ホーム
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」
訪問調査日	平成27年3月31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(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-1-1(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(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-2-1(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。	b	b
		② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	b
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-1(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。	b	b
	I-3-1(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)	① 法人の理念が明文化されており、玄関やホームページに掲載している。
	② 法人の理念に基づき基本方針が作成され、明文化されている。
I-1-1(2)	① 基本方針・事業計画は会議で職員に配布され、毎朝全体ミーティングや部署内ミーティング時に唱和している。
	② 利用者が目にしやすい所に掲示をしているが、資料の配布や説明等は行われていない。
I-2-1(1)	① 中・長期計画を策定し、理念や基本方針の実現に向けたビジョンを明確にしている。
	② 中・長期計画を基に事業計画が7項目に亘り具体的に策定されている。
I-2-1(2)	① 計画の作成は管理者や次長などが職員会議等の意見を聞き、策定しているが、全体での見直しが定期的に行われていない。
	② 毎月職員会議を行い、計画の周知を図っている。利用者にはホワイトボードに記載したり、特別な予定はポスターで表示しているが、家族への周知は図られていない。
I-3-1(1)	① 管理者は、職能資格等基準書や業務分掌に役割や責任を明文化しているが、評価・見直しをする仕組みはなかった。
	② 職員に対し、法令遵守に関する周知を職員会議で図っているが、リスト化等の取り組みは行われていなかった。
I-3-1(2)	① 管理者は、利用者の声や職員面談での意見・要望を取り入れ、サービスの質の向上に積極的に取り組んでいる。
	② 法人での主管部に管理者が出席し、経営状況や業務の効率化に向けた検討を行っている。毎月労働管理委員会を設置し、社会保険労務士指導のもと常に上司や同僚が声を掛け合うなど働きやすい環境作りを行っている。

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。	b	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	a
	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。	a	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。		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。	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	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	b
		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。	b	b
		② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	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	b
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)	① 入所判定委員会への出席、亀岡市・南丹市の虐待ネットワーク会議に参加することで、地域の利用者像やニーズについて把握している。
	② 経営状況やコスト分析等を主管部会議にて行っている。また、人事考課にて職員のコスト意識を評価している。労働管理委員会がポスターを作成をして職員に周知している。
	③ 税理士と契約し、専門家のアドバイスをうけながら経営分析、改善に努めている。
II-2-(1)	① 法人の事業計画に、人材や人員体制に関する考え方を明示している。研修委員会を設置し、資格取得に向けた支援体制を作っている。また、職能資格等級基準書を作成し、人事管理が整理されてる。
	② 年2回人事考課を実施し、効果結果を参考に面談を行っている。
II-2-(2)	① 各部門の代表が参加する労働管理委員会を設置し、就業状況についての分析・改善策を検討している。職員が相談できる仕組みはなかった。
	② 共済会への加入、長生園互助会での旅行等の取り組み以外に、職員食堂の整備や職員食の補助などを行っている。
II-2-(3)	① 施設の中長期計画に組織が求める基本姿勢や意識、資格等を明示している。
	② 研修委員会を設置し、「長生園施設内研修計画」を作成し、計画的な研修を実施しているが、職員一人ひとりの個別研修計画は作成されていなかった。
	③ 新採研修で研修内容についてアンケートを実施し、結果を次の開催内容に活かしている。研修終了後は職員会議や部署内会議で報告している。

II-2-(4)	①実習受入マニュアルを整備し、マニュアルに沿った実習受入を行なっている。
	②実習担当者を配置し、事前に学校と実習内容を確認し、プログラム作成を行なっている。
II-3-(1)	①事故発生時対応マニュアル・緊急時対応マニュアルを整備している。また、事故防止委員会・感染症対策委員会・全体会議で職員に周知するようにしている。
	②事故防止、安全確保について、事故委員・感染委員の会議の中で検証等を行う機会を作っており、事故防止や感染症についての研修も行っている。
II-4-(1)	①地域の商店が施設内で購買する仕組みはあり、個別の外出援助をおこなっている。地域の資源や情報は掲示しているが、社会資源やボランティア等の活用まで至っていなかった。
	②園部町介護者の会「なごみの輪」に法人として講師を派遣する取り組みを行っている。また、民生委員や小中学校と一緒に福祉体験教室を行っている。しかし、地域へ向けて発信する取り組みはなかった。
	③ボランティア受入に対する基本姿勢を明確にしたマニュアルや事前説明・研修実施の仕組みづくりがなかった。
II-4-(2)	①関係機関の連絡先リストは作成されているが、管理者と職員の事務所が離れている事もあり、それを職員間で共有されていなかった。
	②入所判定委員会、虐待ネットワーク、医療福祉ネットワーク等、地域の関係機関・団体とのネットワーク化に取り組んでいる。
II-4-(3)	①入所判定委員会、虐待ネットワークでニーズの把握につとめています。しかし、地域住民に向けた相談事業はなかった。
	②地域ニーズに基づいて、中・長期計画を立て、特別養護老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、デイサービス、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーションなどさまざまな事業展開を行っている。

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	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。	b	b	
		② 利用者満足の向上に向けた取り組みをおこなっている。	b	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	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。	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。	b	b
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	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。	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	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	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。	a	a	
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。	b	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 研修、勉強会も実施し、利用者尊重のサービス提供を実践している。毎月の職員会議に身体拘束虐待防止委員会が課題を挙げ、検討する体制がある。
	② プライバシー保護規定マニュアルを整備し、職員研修を実施している。2人部屋ではプライベートカーテンを設置するとともに、入室時は必ずノックする。利用者等からの相談の際は個室対応している。
Ⅲ-1-2	① 毎朝職員が利用者一人一人に声掛けし、更に利用者担当職員を配置することで話しやすい環境を整えているが、利用者会や家族会は形成されていない。
	② 担当部署、担当者を設置してケアプラン作成にあたり本人の意見、要望を聞き取り、検討会議で本人出席のもと協議している。
Ⅲ-1-3	① 利用者担当職員始め意見箱等、複数の相談方法を設け、相談しやすい環境を整備し、それらをわかりやすく文書にして掲示している。
	② 苦情解決体制を整え説明資料を入所時に利用者及び家族に配布している。苦情の検討内容や対応策について、利用者や家族へフィードバックしたり、公表するには至っていない。
	③ 利用者からの意見、要望にはその都度迅速に対応することを心掛け、内容によっては職員会議にて検討し速やかに対応している。対応マニュアルはあるが、定期的な見直しが行われていなかった。

Ⅲ-2-(1)	<p>①それぞれ担当者、担当部署を設置して第三者評価を定期的に受審し職員会議で検討している。評価結果の分析・検討の場が組織として定められていなかった。</p> <p>②職員参画のもと評価結果を分析・見直ししているが、課題を文書化したり、職員間の課題の共有化は図られていなかった。</p> <p>③評価結果から課題を明らかにして職員参画のもとに改善策・改善計画を策定する仕組みと実施状況、計画の見直しが確認できなかった。</p>
Ⅲ-2-(2)	<p>①入所時の面接段階で得た利用者の情報を、決められた用紙に記入し、職員間で共有してサービスの標準化を図っている。毎月の職員会議、毎日のミーティングで実際に実施できているかどうかの確認をしている。</p> <p>②毎月職員会議を行い、個々のサービスの実践や各委員会の取り組みの評価、見直しを行っている</p>
Ⅲ-2-(3)	<p>①日常業務やサービス計画に基づいた処遇用紙（養護日誌、ケース記録等）、業務日誌、夜勤日誌などに日々の記録を記載し、必要に応じて個別ケース台帳に転記している。パソコンでの記録の他に手書きの連絡ノートを職員間の連絡に活用している。</p> <p>②個人情報管理マニュアルを整備しており、記録の保管、保存、廃棄等の規程も確認できた。その内容把握は新人研修に盛り込まれ職員への周知徹底を図っている。</p> <p>③日々の共有すべき事柄は毎日のミーティング、日常の処遇用紙で行い、その他に定期的なケース会議等で職員間の情報共有を実践している。また、事業所内の他部署との情報共有はパソコンを導入している。</p>
Ⅲ-3-(1)	<p>①法人のホームページ内やパンフレットで紹介している。公共施設等多数の人が手にすることができる場所にパンフレットを置くことはできていない。</p> <p>②利用開始時に所定書類を作成し、分かりやすく表にした書類も含めて利用者家族の理解が得られるよう説明している。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>①他事業所、家庭への移行の際は利用者移行引継ぎ書を作成して、さらに口頭での説明や今後の相談担当者を報告してサービスの継続性に配慮している。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①所定のアセスメント用紙を作成し、定期的にサービス担当者会議を実施して見直しを行っている。</p> <p>②サービス担当者会議の資料として、担当職員が利用者ニーズを聞き取り、アセスメント用紙にニーズや課題を記入している。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①サービス実施計画策定の責任者を設置し、サービス担当者会議では各関係部署の参加により合議決定する手順となっている。</p> <p>②個別支援サービス計画は、特定施設サービス利用者については6ヵ月に一回、一般利用者については1年に一回実施している。参加できていない職員には日々の連絡帳やミーティングによって伝達、周知徹底を図っている。</p>