

[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	軽費老人ホームヴィラ城陽	施設種別	軽費老人ホーム (旧体系：)
評価機関名	(社) 京都ボランティア協会		

平成 20 年 2 月 29 日

総 評	京都府内に医療、福祉の幅広い分野で多数の事業を展開している武田病院グループの傘下であり、軽費老人ホームは唯一の事業体である。理念、中長期計画、毎年度事業計画、職員の研修計画等の策定は的確に行われている。また組織体制、I S O取得の取組、部署相互の情報交換による研鑽等々が確実に的確におこなわれている。 職員は熱意と向上心があり、自発的に仕事に励んでいる。明るい人柄で利用者にやわらかい対応をしている。 利用者の人形制作、貼り絵、書、短歌、写真、囲碁等の文化活動が多彩であり、施設にある畑での野菜づくり、それによる豊かな食事、漬物や梅干づくり等、非常に活発におこなわれている。
特に良かった点(※)	管理者のリーダーシップと経営状況の把握が行われている。 人材の確保と職員の労働環境への対応もできている。 安全管理はマニュアルの策定と研修の実施、いずれも十分である。特筆すべきはコールバック連絡書による事故、苦情対応である。 利用者と地域住民との交流も、相互に十分なされている。 利用者本位のサービスを提供する方針のもと、利用者の満足度調査実施とそれによる課題への取組が毎年おこなわれている。 軽費老人ホームという性格上、要介護度のない利用者が多いが、そういった利用者にも個別援助計画を作成し、豊かな生活のための支援をおこなっていることは高く評価される。
特に改善が望まれる点(※)	新人職員については研修計画があるが、一人ひとりの職員の課題から立てられた研修計画がない。個々の職員の育成計画の策定が望まれる。 サービスの実施状況の記録はあるが、援助計画にそった記載でないため、計画の評価の根拠があいまいである。サービスの実施記録を援助計画にそって記録し、モニタリングにつなぐことが望まれる。 介護計画の見直しにあたっては、新たにアセスメントをおこなうことが望まれる。 地域の福祉ニーズの把握がなされておらず、それに基づいた事業がおこなわれていない。事業所の機能を活かして地域貢献できるような事業が期待される。

※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	社会福祉法人青谷福祉会 軽費老人ホームヴィラ城陽
施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	社団法人京都ボランティア協会
訪問調査日	平成20年2月21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。	A	A
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。	C	A
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	C	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。	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(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。	A	A
	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。	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】

医療・福祉の面で幅広く事業を展開している武田病院グループの傘下にあり、唯一の軽費老人ホームである。「思いやりの心を持ち、信頼されるグループでありたい」という武田病院グループの理念を中心に、ヴィラ城陽としては「自然豊かな環境の中でいきいきとした生活を応援します」という基本方針を掲げ、パンフレットやホームページに明記し、利用者、家族、地域住民に周知をはかっている。昨年から「笑い声の聞こえる施設」にしたいという新施設長のかかげるわかりやすい方針を職員は共有し、今年は畑の作業に力を入れたいと考えている。理念や方針は利用者には常に話をし、家族には5月に開催される家族会において説明している。

全職員が参加する毎月のワーカー会議において施設の現状と課題を検討したのち、役職者4人による運営会議において中長期計画が検討され、策定されている。施設改修、サービス内容、人材育成を中心にした内容であり、それぞれの課題について具体的な計画となっている。利用者の重度化にそなえて段差の解消は実施しており、サービスに関しては第三者評価の受審と満足度調査のアップ等が取り組まれている。中長期計画に基づいた各年度計画は基本方針、重点項目、行事計画等詳細に策定され、職員に周知されている。

施設長の役割と責任は管理規程に明記されており、法令遵守や質の向上等にリーダーシップをとっている。責任と役割について施設長は理事長と懇談し、職員とは会議において、その妥当性を検証している。利用者とは信頼関係を築くべく、常に利用者の声に耳を傾け、将来の不安や職員への不満に対処している。家族に対しては広報誌送付の際に「意見を書いてください」というはがきを同封している。サービスの質の向上に意欲が高く、ISOの取組、第三者評価の受診、満足度調査の実施等をおこなっている。経営や業務の効率化に関してはISOのなかで取り組むこと、研修に参加することを実施している。

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。	A	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。	A	A
		③ 外部監査が実施されている。	A	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。	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。	A	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。	A	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。	A	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	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	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。	A	A
		② 事業所が有する機能を地域に還元している。	A	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。	A	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	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。	A	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	B

【自由記述欄】

施設長はサービスのコスト分析、利用者の分析をおこない、経営が健全なことを把握している。目標は経費節減により、施設のメンテナンスをすることが中心となっている。経営に関しては外部監査を受審し、また武田病院グループ内の監査も隔月に受審している。社会福祉事業の動向については把握しているものの、城陽市内の人口や高齢者数、そのニーズ等、潜在的なニーズの把握はおこなわれていない。

必要な人材に関しては、その人数、資格、常勤・非常勤の配置等、すべて基準通りにおこなうことが方針となっている。福祉人材の払底が言われるなか、当施設においては十分な人材が確保されている。人事考課については規程にしたがい、年2回実施しており、職員にフィードバックされている。結果について職員は意見を述べる事ができる。職員のサービス残業はないが、有休をほとんど消化していない。育児休業や介護休業の制度は制定されている。職員の健康相談は看護師が対応している。職員の福利厚生は武田病院グループや京都共済会に加入し、ホテルでの忘年会など親睦がはかられている。職員の資質向上は中長期計画、毎年度の事業計画に重点的に位置づけられ、介護福祉士有資格者を増やすこと、法令遵守、感染症・緊急時や災害時対応等の安全対策、ターミナルケアや苦情対応などのサービス面等々が計画されるとともに実行されている。新人職員については研修要綱が作成され、実行されているが、現任の一人ひとりの職員に対しては個人別力量一覧表が作成されているものの、それに基づいた個人別の研修計画がない。当施設の性格から介護の実習生は受け入れていない。中学生の体験学習には応じている。

利用者の安全に関しては中長期計画ならびに各年度計画において重点的に取り組まれている。コールバック連絡書にインシデント、アクシデント、苦情、その他の項目ごとに記録を残している。記録内容は「家族連絡」「本人への確認」「第三者委員受付」「再発防止策」「潜在原因」「予防対策」「確定対象文書」「妥当性の確認」のそれぞれに事項に記入されており、一貫した記録となっているため、事故対策が十分におこなわれていることが確認できる。これは記録だけではなく、毎月のワーカー会議においてカンファレンスされている。防災に関しても施設長をリーダーにして防災計画書の策定、年4回の防災委員会開催、隔月の防災訓練、毎月の施設内安全点検等が実施されている。

地域の行事に参加し、ボランティアを受け入れ、地域との交流を積極的におこなうことが計画に挙げられ、実行されている。季節ごとに花見、夏祭り、文化祭等の行事を施設でおこない、子どもからお年よりまで大勢の地域住民の参加がある。畑で利用者がつくった野菜等を地域のフリーマーケットに出品し、得た収益は小学校や養護学校、被災者への義捐金等として活用している。利用者の人形、手芸、押し絵等の手作り作品は城陽市の文化祭に出品している。利用者が地域の敬老会や文化ホールに参加することを支援している。利用者が地域の行きたいところへ行くための送迎バスを週3回運行しており、駅、銀行、スーパー、病院、老人福祉センター、コミュニティセンター、郵便局等がリストにあがっている。地域の福祉ニーズの把握はされていない。軽費老人ホームの性格上、地域住民への介護相談などには取り組んでいないが、地域の高齢者問題についてはホームの機能を地域還元することが望まれる。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

【共通評価基準 評価結果対比シート】

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
	Ⅲ-1-(2) 利用者の満足度の向上に努めている。	① 利用者満足度の向上に意図した仕組みを整備している。	A	A
		② 利用者満足度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。	A	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。	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。	A	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。	A	B
		③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	A	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	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。	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	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。	A	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。	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	B
		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	B
		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】

「思いやりの心」という法人理念のもと、利用者を尊重する方針は職員に徹底されている。利用者の居室には1人では入室しない等が守られている。身体拘束禁止や高齢者虐待防止に関して研修を行っている。ただ個々のサービスの標準的な実施方法(マニュアル)に、プライバシーの明記がないので、改善が望まれる。利用者の満足度調査は食事、行事、外出等の項目にしたがって定期的におこなわれ、結果の分析と改善は利用者参画により実施されている。たとえば防災協力委員会は利用者からの防災訓練への意見を取り入れている。利用者からの苦情についてはコールバック連絡所により、迅速かつ適切に対応されており、公開もされている。利用者が日常的に意見を述べやすいように施設長はじめ職員は対応しているが、相談場所は居室である点と第三者委員の存在を利用者に周知していない点で改善が望まれる。

施設の自主点検は年2回、法人内の職員がおこなっており、当施設の職員は他施設の点検をおこなうなど、相互の点検が行われている。点検結果は内部品質管理チェックリストに記録され、職員参加により検討されている。その結果、改善策により改善され、1ヵ月後の運営会議でその妥当性の検証が行われている。個々のサービスの標準的な実施方法が策定されており、年1回の見直し検討会がおこなわれている。一人ひとりの利用者の個人ファイルの記録は管理規程のもと適切に管理されており、職員間の情報の共有は毎朝のミーティングで行われている。記録には実施されたサービスが記載されているが、職員によるばらつきがあるので、改善が求められる。

利用者にはパンフレットやホームページ等により情報を提供し、見学、体験入所等に応じている。地域には行事案内等もかねて自治会に情報を提供している。利用開始時には契約書・重要事項説明書により、ていねいに説明するとともに契約を交わしている。また退所にあたっては施設での支援経過や看護サマリー等の情報を提供し、相談にも対応している。退所者への広報誌の送付や行事参加等の希望にも応じている。

利用開始の際にアセスメントがおこなわれ、家族構成、生活状況、ADL、医療情報、介護保険サービスの利用情報等々が収集されている。利用者や家族の意向によって、介護保険利用者も要介護度が無い利用者もいずれも個別援助計画が策定されている。写真が好きな利用者が施設内のカメラマンとして活躍し、広報誌に写真を掲載する等、個別援助計画にアセスメントが反映されている。サービスの実施状況は記録されており、評価シートにより評価が行われているものの、援助計画にそった記録でないで、モニタリングの根拠が明確ではない。こうした一連のプロセスは個別支援計画作成フローチャートにより管理されている。アセスメントの見直しに時期を明確化することと個別援助計画と実施されたサービスの整合性を点検する仕組みが求められる。