

[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 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 | 社団法人 京都社会福祉士会 | | |

平成23年3月6日

| | |
|-----|--|
| 総 評 | <p>社会福祉法人京都老人福祉協会は昭和36年の養護老人ホームの開設以降、昭和54年には特別養護老人ホームを併設し、現在は高齢者福祉にかかわる在宅事業、さらには精神障害者ホームヘルパー育成事業なども展開するなど、「伏見深草」の地域とともに「安心とやすらぎのある生活と豊かな福祉社会をめざして」歩んでこられた非常に歴史のある法人です。調査では、その歴史と大規模法人の特性を生かして指揮、命令系統を明確にし、組織だった運営がなされていることを感じました。</p> <p>理事長以下、チーフを含めた法人拡大管理者会議と、そこでの施設事業部計画の策定など、役職員一丸となった事業運営を行っています。</p> <p>当該事業所「養護老人ホーム京都老人ホーム（措置事業・特定施設）」では、利用者サービスへの思いを「広く浅く」ではなく「狭く深く」を実践目標とし、「その人が求める事」に対応をしていくことで目標達成に向けて努力をされています。現在は、養護におけるユニットケアの展開を課題として取り組んでいます。</p> <p>また、業務改善を行うことで利用者に関わる時間を増やしていく、利用者の要望・苦情への迅速な対応に努める、「くらし安心委員会」を設置するなど、利用者本位のサービスに力を入れていることが高く評価できます。</p> <p>一方、実習生・ボランティアの受け入れマニュアルの策定と実践にともなう証拠書類となる会議録等の整備は十分ではありませんでした。また感染症対策において養護での委員会開催は確認できませんでした。併設事業所における委員会開催に参加されることで利用者へのリスク管理ができるものと思いますので検討ください。</p> <p>今回の調査過程を通じて、これまで実践してきたサービス提供の振り返りと今後のさらなるサービス提供の向上を目指して実践されることを期待します。</p> |
|-----|--|

| | |
|----------------------|---|
| <p>特に良かった点(※)</p> | <p>○計画の策定 理事長以下主任も含めた法人管理者会議において施設事業部計画が協議されています。本事業所においては、中間総括として前期の振り返りを行うとともに、後期に向けた取り組みも協議され、事業計画を組織的・計画的に実施されています。</p> <p>○職員の質の向上に向けた体制 法人として「新人研修」「中堅研修」「リーダー研修」を中心とした研修要綱が策定され、法人研修理念に基づき研修計画が体系的に整備されています。さらに階層毎、個人毎の課題形成シートにおいては法人研修、外部研修、自己研修の項目があり、修了確認ができるよう整理されています。</p> <p>○利用者満足の上 理念・基本方針にも利用者満足に対する法人・事業所の思いが明示され、利用者満足に対する定期的な聞き取り調査、利用者懇談会の実施など、積極的な取り組みが行われています。また、要望等に対する改善も迅速に行われ、利用者に解りやすいように文字も大きくして、書面にて懇談会の場で回答されています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p>○管理者の責任とリーダーシップ 管理者の管理者会議への出席はあり、自身の思い、意見等が述べられていますが、当該事業所での全体会議（養護会議）への出席は確認できませんでした。広く、多くの職員の意見、思いを聞くためにも出席されることをお勧めします。</p> <p>○実習生の受け入れ 実習生の受け入れは法人としてマニュアルを作成されていますが、本事業所独自のマニュアルの策定はありませんでした。今後、将来の福祉人材の確保・育成という点においても、本事業所の特性に合致したマニュアルを作成することが実習での学びに繋がることと思います。独自のマニュアルの策定をお願いします。</p> <p>○質の向上に向けた取り組み 特定事業所における自主点検は年1回行われていますが、その結果の見直しや工夫が計画的に出来ていません。今回の第三者評価の受診が今後の事業所における質の向上に向けた取り組みへの参考となることを期待します。</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 京都老人ホーム |
| 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22年12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 |
| 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。 | B | A |
| | | ② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | C | B |
| 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。 | A | A |
| | | ② 計画が職員や利用者等に周知されている。 | C | B |
| 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 | 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。 | C | 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 | B |

【自由記述欄】

1-1-1(1) 法人理念はパンフレットに記載されると同時に、職員の行動規範となっています。

1-1-1(2) 理念・基本方針は法人全体の主任以上が出席をする管理者会議において説明され、欠席者にも周知を図っています。さらに法人の施設事業計画書が全職員に配布されています。月2回利用者懇談会を実施していますが、利用者、家族への説明はありません。

1-2-1(1) 法人全体の施設事業部計画書から中長期計画が読み取れます。また、その計画書は「養護老人ホームの事業方針」、「個別ケア推進のために求められる職員像」等の実践的な方針に繋がっていることが確認できました。

1-2-1(2) 養護老人ホームの事業計画は、管理者会議において中間総括として半期ごとに見直しをなされ、報告書として整備されています。報告書は、残り半期の事業運営に活用されていますが、利用者、家族への配布・説明はありません。

1-3-1(1) 管理者を含む職員の役割等については職責フレームとして文書化されており、広報誌にも掲載されています。また管理者自身の信頼の把握は試行段階ではありますが、振り返りシートにより年1回検証されています。法令遵守の観点から積極的な研修会等への参加は評価できますが職員への周知、具体的な取り組みは十分とは言えません。

1-3-1(2) 組織内には特養家族会(2名)、養護家族会(1名)、職員からなる委員で構成された「くらし安心委員会」が設置され、2ヶ月に1回事業所を巡回し、改善箇所を写真撮影するなど、改善に向けた仕組みがあります。しかし、管理者が養護会議に参加できていません。職員の意見等を直接聞く場として今後出席されることをお勧めします。

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。 | A | 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。 | C | B |
| | | 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。 | B | 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 | A |
| | | 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。 | | C | 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。 | B | B |
| | | 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 | A |
| | | ② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | C | 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 | 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) 措置施設と特定施設を併せ持つ事業所として行政機関等との連携や地域での利用者ニーズの把握に努め、改善すべき課題等が中長期計画に反映されています。しかし、経営上の課題等については、内部監査は積極的に実施されていますが、外部監査は実施されていません。

Ⅱ-2-(1) 必要な人材や人員体制への基本的な方針等が確立し、専門職資格取得への勉強会の開催などにより多くの職員が何らかの専門資格を有していますが、具体的なプランや人事管理はありません。人事考課は実施されていませんが導入に向けて検討中とのことです。

Ⅱ-2-(2) 職員の有給消化率などのデータを管理、分析し、産業医も配置するなど労働環境の改善に向けて積極的に取り組んでいますが、管理者と職員との個別面接は定期的には実施されていません。

Ⅱ-2-(3) 法人の事業方針で求める職員像が明示されています。全職員に研修要綱を配布することが職員の意識の向上につながっており、各階層別に学ぶ体系が構築されています。しかし、外部研修等の参加者は研修報告は提出していますが、他職員への伝達研修が実施されていません。

Ⅱ-2-(4) 実習受入れに関する学校側との覚書等は交わしていますが、受入れ側として種別に応じたマニュアルや、受け入れの基本姿勢を明文化したものはありません。又、法人として計画的に学べるプログラムは策定されていますが、当該事業所独自のものはありません。

Ⅲ-3-(1) 感染症対策委員会、事故発生検討委員会には職員が参加していますが、定期的でなく随時に開催されています。緊急時の対応については組織的に対応され、事故内容、比率、場所、予防策等月1回分析されていますが、職員への研修はありません。

Ⅱ-4-(1) 法人理念等に地域との連携について明文化されています。実際、地域には会場の提供及び行事案内の全戸配布、法人機能を活かした地域の母親を対象にした子育てサークルの開催など、法人・事業所機能を活かした積極的な取り組みが評価できます。また、大学生ボランティアを毎週土曜日に受入れています。ボランティア受入れに関するマニュアル等の書類は未整備です。

Ⅱ-4-(2) 事業所の役割、機能を発揮するために、地域の関係機関、団体との連携を深め、その社会資源を最大限活用するための情報が管理、登録されていますが、ネットワーク化までには至っていません。

Ⅱ-4-(3) 3ヶ月に1回、管理者が地域の社会福祉協議会との懇談会等に参加し、福祉ニーズの把握に努めていますが、民生児童委員との定期的な会議の開催、地域住民への相談事業の開催など具体的な福祉ニーズの把握はできていません。法人としてはデイサービス、小規模多機能、保育所と事業連携しています。

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(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。 | B | B |
| | | 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-1-1(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 | 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 | A |
| | Ⅲ-1-1(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 | 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 | B | |
| Ⅲ-2 サービスの質の確保 | Ⅲ-2-1(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。 | C | C |
| | | 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-2-1(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。 | C | C |
| | Ⅲ-2-1(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。 | | B | A | |
| Ⅲ-3 サービスの開始・継続 | Ⅲ-3-1(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。 | B | A |
| | Ⅲ-3-1(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。 | C | B |
| Ⅲ-4 サービス実施計画の策定 | Ⅲ-4-1(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 | 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。 | B | B |
| | Ⅲ-4-1(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。 | C | 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。 | C | B |

【自由記述欄】

Ⅲ-1-1(1) 利用者の人権、プライバシーの尊重等は事業方針の重点項目として掲げられ、人権研修会は平成23年1月開催予定となっています。身体拘束等の委員会は特養には設置し開催されていますが、当該事業所においての設置はなく職員に周知されていません。プライバシー保護の規定は事業所内に掲示されていたり、マニュアルも作成されていますが、職員への研修という点では不十分です。

Ⅲ-1-1(2) 事業計画には「顧客満足度を高めるための取り組み」が掲げられ、利用者に対し毎月職員が聞き取り調査を行い、2ヶ月に1回の利用者懇談会においては改善点も含めて報告されていますが、利用者が参画した検討会議の開催はありません。

Ⅲ-1-1(3) 相談内容によっては利用者自身が相談相手(職員)を選択されているということです。ただ、口頭では相談方法等について連絡をしているということで、複数の相談方法や相手を選択できるという文書は確認できませんでした。苦情受付、公表、フィードバックなど随時、迅速な対応が行われていますが対応マニュアルがありません。

Ⅲ-2-1(1) 年1回の自主点検がおこなわれており、担当者も設置されています。しかし、組織的に分析・検討する体制はありません。

Ⅲ-2-1(2) 利用者尊重やプライバシー保護に関する姿勢は明示され、介護マニュアルに基づくサービスの提供が行われていますが、その実践においてはチーフが説明をしているということです。また、マニュアルの見直しも出来ていません。

Ⅲ-2-1(3) 事業所独自のケアプランを作成し、毎月見直しがなされています。また、記録内容もばらつきがないようチーフ、相談員がチェックする仕組みがあります。しかし、記録管理者は措置施設である養護においては定められていません。記録管理における個人情報保護と情報開示の観点からの研修の開催は確認できませんでした。利用者の状況等に関する情報はパソコン管理と日々の連絡ノートにて職員間の共有化が図られています。

Ⅲ-3-1(1) 措置施設ではありますが、組織の情報提供はホームページ・機関紙等において広く提供されています。また施設見学者等への対応も丁寧に行われています。さらには特定事業を利用される利用者には契約書や重要事項説明が行われています。

Ⅲ-3-1(2) 他事業所等への変更や移行の際には、面接時への同行や引継書の作成を行っています。また、その後も相談員が窓口となり、引き続き対応しています。ただし、その相談方法や担当者を記載した文書は確認できませんでした。

Ⅲ-4-1(1) 利用者の身体状況等を組織が定めた様式で、「見やすい記録」にする工夫がなされています。しかしアセスメントは随時の見直しとなっており、見直しの時期や手順は定められていません。また、ケース会議において利用者のニーズや課題が検討されていますが、その手続きの手順は文書としては定められていません。

Ⅲ-4-1(2) サービス実施計画策定の責任者は特定事業所としては定められています。さらにはサービス計画策定には栄養士、看護師など横断的に各職種からの参加を得て、特定事業所は6ヶ月に1回、養護は毎月1回開催されています。見直し、変更された計画内容は連絡ノートにて情報提供されていますが、さらに確実なサービス計画にするためにも組織、メンバー構成など仕組みを検討する必要があります。