

[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	満寿園（養護老人ホーム）	施設 種別	養護老人ホーム （旧体系： ）
評価機関名	N P O 法人 きょうと福祉ネットワーク 一期一会		

令和元年 8 月 2 2 日

総 評

社会福祉法人あしぎぬ福祉会が運営、管理する養護老人ホーム満寿園（定員名60名）は、昭和38年開設の歴史ある施設です。

理念及び基本方針は職員で議論を重ね策定をし、その実現に向けて取り組んでいます。特に基本方針である「どのような介護」「どのような職員から」「地域に支えられる施設に」においてはより具体的に明記されており職員の行動規範にもなっています。

近年では、増加する重介護ニーズに対応するため、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護から一般型特定施設入居者生活介護に類型変更されるなど、より適切なサービスの提供に努められています。

また、基本的な生活習慣の欠如など社会適応が困難な高齢者に対して一時的に宿泊をしてもらう高齢者生活管理指導短期宿泊事業や初期認知症対応カフェ「カフェ よっとくれえなあ」を実施しています。他にも京丹後市より配色サービスや軽度生活援助事業を受託し、地域の重要な拠点となっています。

利用者の支援については、利用者の声を聞くことを重視し、役割意識や楽しみの中に生きがいを見出されるように支援をし、入居者とともにユニット内調理をするなどそのための多様な仕掛けが講じられています。地域との関係については、地域でのサロンやボランティア活動（地域清掃）にも積極的に参加しています。また、高齢者涼やかスポット、地域に向けたサロンなどを実施しています。サロン（毎週）では障害者施設にカフェで来てもらうなど開かれた事業所となっています。

前回、第三者評価を受診された際に改善が望まれる点として指摘されていた事柄については、真摯に改善されているなど、第三者評価をうまく活用し、真摯にサービスの質の向上に努めておられます。

また、法人において、昨年度から組織活性化に向けた取り組みや、人事異動を行いこれから人材育成に努めています。また、研修と連動したきめ細やかなキャリアパス制度や、サービス向上推進本部によるマニュアル整備の取り組みなども勧めておられます。

一方で、厳しい職員定数の中で質の向上を図っていくための検討が今後ますます必要になってくるのではないかと思います。また、建物が二つに分かれており、職員の情報共有や夜勤の体制などに課題が見受けられました。

養護老人ホームに対するあり方が問われる中で法人全体でスケールメリットを生かしながら、さらに地域拠点としてニーズに応えていかれることを期待します。

特に良かった点(※)	Ⅱ-4-(1)①利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 地域との関わり方について、理念及び基本方針に明文化されています。盆踊り大会、地域交流後援会、地域でのサロンやボランティア活動（地域清掃）にも積極的に参加しています。活用できる社会資源や地域の情報を収集し、利用者が常に目にするのできる廊下に掲示しています。また、スーパーでの買い物に同行やサロン（毎週）では障害者施設にカフェで来てもらっています。 Ⅲ-1-(1)①利用者を尊重した福祉サービス提供について共通雨の理解を持つための取組を行っている。 理念・基本方針に利用者尊重を明確にし、月一回の全体会議で個人を尊重したケアについて勉強会を開催しています。介護業務マニュアル、守秘義務及び倫理規定を整備しています。人権に関わる研修は、虐待防止研修及び身体拘束にかかる研修、人権擁護として成年後見制度の研修なども行っています。また、身体拘束ゼロ委員会における標語を掲示しています。 Ⅲ-1-(4)①苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 苦情解決の対応マニュアルが整備されフロー図で苦情受付から解決への流れが明確になっており、文書でも掲示しています。月に一回苦情解決委員会を開催するとともに、年に2回の全体会議にて、第三者委員、理事等の意見も聴きながら改善を図るという、組織としての苦情解決の仕組みを確立しています。また、苦情内容の記録があり、苦情対応委員会（年2回）に報告しています。苦情や要望にかかる結果はファイルにして玄関に掲示しています。
特に改善が望まれる点(※)	Ⅰ-4-(1)①福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ機能している。 サービスの質の向上については、介護技術グループや事故・ヒヤリハット委員会等で第三者委員を交えて協議しています。また個別の課題に関しては、ケース会議、養護の主任者会議で事業計画に記載の質の高いサービス提供について検討していました。しかし、職員数が少ないため、報告・連絡・相談がなかなかできておらず、組織的に利用者の希望に添えていない部分があると認識されていました。 Ⅲ-1-(4)②利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し利用者等に周知している。 施設内各所に相談担当者を明記した相談窓口のポスターを掲示及び意見箱の設置をしています。また、相談（苦情）対応マニュアルが整備されています。しかし、利用者や家族への周知は行っていますが、口頭のみとなっていました。 Ⅲ-2-(1)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。 年度末に事業報告書作成に合わせてマニュアルの見直しを行っています。検証・見直しは職員参画の検討会議や相談を行っています。入居者等からの意見については、日々の職員との会話や相談、要望受付から上がったものが反映されることはありますが、仕組みの構築には至っていませんでした。

※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	満寿園
施 設 種 別	養護老人ホーム
評 価 機 関 名	きょうと福祉ネットワーク 一期一会
訪 問 調 査 日	平成 30 年 3 月 13 日

I 福祉サービスの基本方針と組織

No.	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
1	I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	A	A
2	I-2 経営状況の把握	I-2-(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と経営状況が的確に把握・分析されている。	A	A
3			②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	A	A
4	I-3 事業計画の策定	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	A	A
5			②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	A	A
6		I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	A	A
7			②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	A	A
8	I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	A	B
9			②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	A	A

【自由記述欄】

- 職員が集まって作成した理念・基本方針は、ホームページやパンフレット、事業所内に掲示している。家族には報告書、計画書に記載し、家族会で配布するとともに理念が記載されたたよりを年3回、送付している。新任職員研修で周知している。法人内の研修で理念の読み合わせを行っている。
- 法人全体の会議、管理者会議、主任者会議、理事による経営会議で、事業ごとの収支の確認を行っている。京都府福祉施設経営者協議会・京都府老人福祉施設協議会に加盟して情報を収集している。
- 部課長会議、改革会議等で課題に対する改善、人事や収支について検討をしている。介護保険以外（おむつ販売）の事業、短期入所にかかる独自事業を検討している。自主財源等につなげている。職員にはケース会議、月1回の全体会議、月1回の養護主任者会議等で周知している。
- 中長期計画策定をし、経営会議で確認をしている。
- 中長期計画を踏まえ単年度事業計画を策定している。主任者会議で毎月進捗の確認している。
- 事業計画のスケジュールを作成して職員一人一人にアンケートを実施している。それを反映させた計画を作成し、主任者会議で決定し、各事業所に配布している。単年度事業計画の振り返りを半期に一度行

っている。

7. 年に1回、家族会で説明している。また、ファイリングをし、自由に閲覧できるようにしている。利用者には年度末に利用者アンケートを実施して計画に反映しているとともに朝のミーティング等で説明を行っている。
8. サービスの質の向上については、介護技術グループや事故・ヒヤリハット委員会等で第三者委員を交えて協議している。個別の課題に関しては、ケース会議、養護の主任者会議で事業計画に記載の質の高いサービス提供について検討している。しかし、職員数が少ないため、報告・連絡・相談がなかなかできおらず、組織的に利用者の希望に添えていない部分があると認識している。
9. 評価結果を全体会議で報告するとともに次年度の事業計画に反映をし改善に取り組んでいる。情報の共有ができるように、昼休み前にミーティングを実施している。

Ⅱ 組織の運営管理

No.	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
10	Ⅱ-1 管理者の責任と リーダーシップ	Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にさ れている。	①	管理者は、自らの役割と責任を職員 に対して表明し理解を図っている。	A	A
11			②	遵守すべき法令等を正しく理解す るための取組を行っている。	A	A
12		Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップ が発揮されている。	①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち その取組に指導力を発揮している。	A	A
13			②	経営の改善や業務の実行性を高め る取組に指導力を発揮している。	B	B
14	Ⅱ-2 福祉人材 の確保・育成	Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計 画、人事管理の体制が整備 されている。	①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具 体的な計画が確立し、取組が実施されている。	A	A
15			②	総合的な人事管理が行われている。	A	A
16		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、働きや すい職場づくりに取組んでいる。	A	A
17		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	職員一人ひとりの育成に向けた取 組を行っている。	A	A
18			②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が 策定され、教育・研修が実施されている。	A	A
19			③	職員一人ひとりの教育・研修の機会 が確保されている。	A	A
20		Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サー ビスに関わる専門職の研修・育 成が適切に行われている。	①	実習生等の福祉サービスに関わる 専門職の教育・育成について体制を 整備し、積極的な取組をしている。	B	A
21	Ⅱ-3 運営の透明性の 確保	Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保する ための取組が行われてい る。	①	運営の透明性を確保するための情 報公開が行われている。	A	A
22			②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営 のための取組が行われている。	A	A
23	Ⅱ-4 地域との交流、地 域貢献	Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確 保されている。	①	利用者と地域との交流を広げるた めの取組を行っている。	A	A
24			②	ボランティア等の受入れに対する基本 姿勢を明確にし体制を確立している。	A	A

Ⅱ 組織の運営管理

No.	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
25	Ⅱ-4 地域との交流、地 域貢献	Ⅱ-4-(2)関係機関との 連携が確保されている。	①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	A	B
26		Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための 取組を行っている。	①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
27			②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	A	A

【自由記述欄】

10. 組織図、運営組織規程、業務分掌、業務マニュアルに役割と責任が明文化されている。緊急時マニュアルに責任の所在の明確化をしている。
11. 法令遵守規則を整備するとともに法令遵守について法人の全体研修を実施している。例規集は職員一人一人に配布している。また、パソコン内で閲覧可能となっている。
12. 管理者は、養護主任会議（月1回）、養護全体会議（月1回）に参加をして課題の把握を行っている。また、年に2回人事考課の面談、施設長との面談を行っている。京都府のケアハウス、養護老人ホームの研修を活用して全職員の参加を計画している。
13. 法人としては経営の改善に向けた計画はあるが、養護老人ホームとしては経営についての具体的な計画はなかった。また、業務の実効性を高める工夫等は単独ではできていない。
14. 全事業所で必要人員の把握に努め、不足等を法人の管理者会議で共有し、人員を配置している。プロジェクトチーム（広報プロジェクト）を立ち上げ、ホームページを整備するとともに職場フェアへの参加、学校まわりを実施している。期待する職員像を明確にしている。資格に応じて、合格者には受験料やお祝い金を支給、勤務上の配慮を実施している。また、勤務年数による表彰も実施している。
15. キャリアパスの仕組みを構築をし、人事考課を行っている。アンケートを取り夜勤の負担にかかる手当の改訂、年末手当の支給、待機手当など改善、本給の見直しを行っている。
16. 人事考課面談年2回、施設長面談1回を実施している。「楽しい職場づくりグループ」を組織して横の繋がりを図っている。メンタルヘルスについては、ストレスチェックや産業医の面接指導も実施されている。京都府民間社会福祉施設職員共済会に加入しているとともに親睦会がある。ハラスメントにかかる規程がある。
17. 期待する職員像を明確にしている。全職員が各自で目標設定をし、中間面談、年度末面談を行っている。人事考課制度があり、年間スケジュールに基づいて管理職が年2回面談を実施、進捗状況を確認している。
18. キャリアパスに基づく研修が実施されており人材育成に活用されている。総務部で毎年、年間研修計画を策定している。
19. 個々の職員の研修履歴等を把握するとともに、法人キャリアパスを基に経験年数別、職種別の指定研修を実施している。新人職員の育成については1年かけて行う仕組みがある。

20. 実習生受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢を明確にしている。指導者研修も受けている。現在、実習生の受入を行っていない。
21. ホームページ、広報誌（年3回）等に理念、基本方針、事業内容等を掲載すると共に、事業報告書、決算報告書を公開している。第三者評価結果、苦情相談の体制の公表している。広報誌は地域で自治会回覧をしている。
22. 就業規則、経理規程などの例規集を全職員に配布している。毎月、外部の専門家による会計指導など、適正な経営・運営のための取り組みがなされている。
23. 地域との関わり方について、理念及び基本方針に明文化されている。盆踊り大会、地域交流後援会、地域でのサロンやボランティア活動（地域清掃）にも積極的に参加している。活用できる社会資源や地域の情報を収集し、利用者が常に目にするのできる廊下に掲示している。また、スーパーでの買い物に同行やサロン（毎週）では障害者施設にカフェで来てもらっている。
24. マニュアルを整備しボランティア受け入れの基本姿勢を明確にしている。受け入れ時のオリエンテーションを行っている。小学生の福祉学習、中学生の職場体験を受け入れている。
25. 関係機関、公共機関等のリストを作成し明示している。京丹後市サービス事業者連絡協議会、徘徊 SOS ネットワーク等に参加し具体的な取り組みを行っている。職員間で情報の共有化ができていない。
26. 地域に向けて地域交流講演会を開催したり、地区別に毎週、認知症カフェを開催している。また、地域の防災会議、福祉避難所、地域と一緒に訓練を行っている。地域の産業祭に参加してまちづくりに貢献している。
27. 民生委員が開催する会議・サロンを通じて交流を行っている。食の自立支援サービス（配食サービス）、緊急時のショートステイ、地区のサロンに出向いて講習会などを開催している。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

No.	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
28	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	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	A	A
29			②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	A	A
30		Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	A	A
31			②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	A	A
32			③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	B	B
33		Ⅲ-1-(3) 利用者満足 の向上に努めている。	①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	B	B
34		Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	A	A
35			②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	B	B
36			③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	A	A
37		Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている	①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	A	A
38			②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	A	A
39			③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	A	A
40	Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	A	A
41			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
42		Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	A	A
43			②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	A	A

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

No.	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
44	Ⅲ-2 福祉サービスの 質の確保	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録 が適切に行われている。	①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録 が適切に行われ、職員間で共有化されている。	A	A
45			②	利用者に関する記録の管理体制が 確立している。	A	A

【自由記述欄】

28. 理念・基本方針に利用者尊重を明確にし、月一回の全体会議で個人を尊重したケアについて勉強会を開催している。介護業務マニュアル、守秘義務及び倫理規定を整備している。人権に関わる研修は、虐待防止研修及び身体拘束にかかる研修、人権擁護として成年後見制度の研修なども行っている。身体拘束ゼロ委員会における標語を掲示している。
29. 法人及び施設主催の虐待防止、人権擁護研修を実施している。入所時には「個人情報の使用に関わる同意書」の内容を説明している。しかし、プライバシー保護マニュアルが整備されていない。
30. 事業所の利用希望者に入所前見学を行っている。パンフレットは行政にも配架している。
31. 利用開始時には、「入園のご案内」を用いてわかりやすく説明して同意を得ている。介護保険サービスを利用する方については、「重要事項説明書」「誓約書」「個人情報同意書」等を活用して説明をし同意を得ている。成年後見制度の活用をしている。
32. 施設内での特定契約によるサービス内容の変更の際は、十分な説明の上で新たに介護保険の契約を取り交わしている。しかし、他の福祉施設や事業所への変更の際の引継ぎ文書が定めていない。
33. 毎年、利用者満足度調査を行い、その結果を事業所全体で協議し改善を図っている。その際、すぐに改善できること、次年度計画に反映すること、長期的視点に立って改善を図ることの三段階に分けて取り組む仕組みとなっている。利用者の朝のミーティング、家族会（年1回）は行っているが、利用者満足度を把握する目的での個別の相談面接や懇談会が開催されていない。
34. 苦情解決の対応マニュアルが整備されフロー図で苦情受付から解決への流れが明確になっており、苦情はファイルにして玄関に掲示している。月に1回苦情解決委員会を開催するとともに、苦情内容の記録があり、苦情対応委員会（年2回）に報告して、第三者委員、理事等の意見も聴きながら改善を図る仕組みを確立している。
35. 施設内各所に相談担当者を明記した相談窓口のポスターを掲示及び意見箱の設置をしている。相談（苦情）対応マニュアルが整備されている。しかし、利用者や家族への周知は行っているが、口頭のみとなっている。
36. マニュアルにおいて、意見や相談を受け付けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討について定めている。その内容は課内会議において対応策を検討すると共に、法人の苦情解決連絡調整委員会でも検討され、サービス向上に活かしている。
37. 「事故ヒヤリハット報告書」の内容は、月1回の事故・ヒヤリハット委員会を開催し、改善策や再発防止

策を検討している。また、年2回理事参加の法人合同委員会において意見交換を行っている。リスクマネジメントに係る研修を年に2～3回研修を行っている。

38. 「感染症対応マニュアル」を整備し、感染症予防対策委員会を毎月開催して状況や対応策を検討している。流行期等に研修を地域の病院の協力のもと年3回行っている。年度末にマニュアルの見直しを行っている。
39. 防災対応マニュアルを整備して非常時の指揮系統や職員対応体制を具体的に明記している。年に2回消防署の協力を得て夜間想定消防訓練を実施している。緊急連絡メールソフト、福祉避難所の協定締結、行政や広域的に他施設との連携を図っている。
40. 提供するサービスについて標準的な実施方法が介護業務マニュアル及びユニットごとに業務マニュアルとして文書化されている。介護技術グループを設けて介護技術の標準化を図っている。
41. 年度末に事業報告書作成に合わせてマニュアルの見直しを行っている。検証・見直しは職員参画の検討会議において相談、行っている。入居者等からの意見については、日々の職員との会話や相談、要望受付から上がったものが反映されることはあるが、仕組みの構築には至っていない。
42. アセスメントシートを基に、本人や家族の希望やケース会議等で多職種の意見が盛り込まれた処遇計画を作成している。1年に1回マニュアルの見直しを行っている。
43. 月に一回モニタリングを行い、サービスの実施状況を評価している。福祉サービス実施計画の見直しは、要介護度の変化や入退院等入所者の状態変化により必要となった際、適宜見直している。見直して変更した内容は、ミーティング、ケース会議等で多職種の関係職員に周知している。
44. 日々の福祉サービス実施状況はパソコンソフト「ほのぼの」に入力、記録し、各職員が共有している。さらに記録の研修や指導を行うと共に、介護支援員会議、ケース会議では、栄養士、看護師、相談員も参加のもと職員間での共有を図っている。
45. 「個人情報保護規定」を策定し、記録の保管・保存・廃棄・情報開示について明記している。個人情報の取扱いについて、入所時に利用者や家族に説明し、同意を得ている。研修も行っている。