［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	養護老人ホーム三愛荘	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		

2023年4月4日

総　　評	社会福祉法人「みつみ福祉会」は、福知山市を中心として、高齢、障害、保育の施設を包括的に運営しています。その中で、養護老人ホーム三愛荘は、市内を一望できる高台に、三愛荘特別養護老人ホーム、ケアハウスを併設した建物の２階にあり、入居定員は８０名で、現在７８名の方が利用されています。 また、同一敷地内には安心サポートハウスは経済的に困窮した人を対象とした施設、デイサービスや小規模多機能施設、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所も運営されています。 本施設は、昭和４８年の開設以降、措置施設として福知山市はもとより、近隣市町からも受入れを行っています。現在は、精神疾患、知的障害など複雑な背景を持つ利用者も増えてきています。 さらに、介護を必要とする利用者も増えていますが、介護度が低くサービス移行が難しいケースも多く、新たな制度を活用し、特定施設入所生活介護サービスとして２０名の方に外部サービスを利用していただくなどの調整・支援を行い、より良いサービス提供を目指しておられます。 今後の課題としては、厳しい配置基準の中において職員が働きやすい環境づくり、職員の支援に関する更なる知識や技術の向上を図ることを挙げ、入所されている利用者への支援の充実を目指されるとのことでした。 コロナ禍における地域交流の減少や外出制限など大変な時期ですが、法人理念である「共に生きる」を目指して、多機能事業を運営するスケールメリットを生かしたサービスが提供され、地域ニーズに応えられる事業が継続されることを期待いたします。

特に良かった点（※）	○利用者満足の向上を目的とする仕組み 養護老人ホーム独自プログラムとしてのまんぷくレストラン（小人数のグループを作り、希望されるメニューを提供する）やデザートバイキングなど食を楽しむための取り組みや、外出希望者のタクシー相乗り調整を行い交通不便地域の課題を解消するなど、利用者目線のサービスが提供されています。 ○職員一人ひとりの育成に向けた取組 職員一人ひとりが目標管理シートを作成し、グループでチーム年間目標や個人目標を設定し、目的意識や職務内容を明確にしています意欲をもって働くことができるような総合的な仕組みづくりが出来ています。 ○福祉サービス選択に必要な情報の提供 定期的な広報誌の発行や、ホームページによる情報開示が行われています。また、パンフレットには利用まで手続きや流れ、入居後の生活内容が、わかりやすく記載されています。ホームページ上に掲載されているブログが、施設の様子がよく分かると好評であるとのことです。今後も継続して情報発信を行われることを期待します。
特に改善が 望まれる点（※）	○ボランティアの受入れの基本姿勢 コロナ禍以前は、行事等で地域のボランティアを積極的に受入れ、交流を図っていましたが、ボランティアの受入れに関する基本姿勢の明文化やマニュアルは整備されていません。今後を見据え、基本姿勢やマニュアルの整備が望まれます。 ○利用者に関する記録の管理体制 前回の第三者評価受診時でも改善が望まれることとして挙げられていた、文書管理における廃棄・データ処理・ 持ち出しについての記載について、今回評価においても改善されていませんでした。早急に規程の見直しが求められます。 ○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 プライバシーポリシー（個人情報保護規定）として、個人情報の取り扱いに関する規定が定められ、エレベーター内等に掲示されています。プライバシー保護に関して、一部マニュアルの中でプライバシー配慮についてふれている部分はありますが、プライバシー保護規定は整備されていません。規定整備は前回評価の指摘事項ですが改善出来ていません。規定の整備が望まれます。

※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	養護老人ホーム三愛荘
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	令和４年１２月８日

Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	通番	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・周知されている。	1	①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	b

[自由記述欄]

1. 法人の理念「共に生きる」が定められホームページに掲載し、ステーション等にも掲示しています。年度ごとの重点目標を作成していますが、基本方針の内容としては適切ではありません。

評価分類	評価項目	通番	評　価　細　目		評価結果	
					自己評価	第三者評価
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。	2	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	b

[自由記述欄]

2. 職員の採用状況、地域の人口推移などの調査を行っています。事業における利用者数の推移、コスト等の検討は出納職員会議を実施し、施設長会議を毎月実施し、経営状況を分析しています。
3. 法人全体としての2022年から5ヵ年計画を作成していますが、具体的な数値目標やプランとはなっていません。法人全体での事業推進体制、内容、責任者、具体的な取り組みの項目に分け、体制整備したものとなっています。

評価分類	評価項目	通番	評　価　細　目		評価結果	
					自己評価	第三者評価
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。	4	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。	b	b
		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	b
	Ⅰ－3－(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	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。	b	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。	b	b

[自由記述欄]

4. 法人しての長期的な収支計画を含んだ5ヵ年計画（グランドデザイン将来展望）が作成をしています。しかし、養護老人ホームとしての中長期計画の作成には至っていません。
5. 経営課題と法人中長期の展望を元に単年度計画を策定していますが、具体的な数値化や具体的な成果を設定した内容とはなっていません。
6. 2月に職員会議にて、施設長から事業計画の進捗状況を報告しています。また、職員会議で事業計画の進捗状況や計画作成を検討し、次年度予算は担当職員が立てています。
7. 事業計画は、4月当初に利用者には「利用者懇談会」にて説明し、共有スペースにも掲示していますが、家族への周知は出来ていません。

評価分類	評価項目	通番	評　価　細　目		評価結果	
					自己評価	第三者評価
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。	8	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。	b	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。	b	b

[自由記述欄]

8. 第三者評価は定期的に受診し、今回の評価受診にあたっては、複数の職員で自己評価を行っています。しかし、年1回以上の自己評価は出来ていません。また、PDCAサイクルに基づく評価の仕組みとしても確立できていません。
9. 職員会議で第三者評価の結果の報告を行い、回覧し周知もしていますが、評価結果の検討は行っていません。前回指摘事項（文書管理規程の整備等）に対する改善や取り組みが出来ていません。

Ⅱ　組織の運営管理

評価分類	評価項目	通番		評　価　細　目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
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。	10	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	b
	Ⅱ－１－（２） 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	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。	a	a

［自由記述欄］

10. 施設長参画のもと、職員会議を毎月実施しています。また、施設長が出席できない場合はコメントを事前に伝えています。広報誌では、新年や新年度（4月）にはあいさつを掲載し、役割と責任を表明しています。日常業務における命令系統図を作成し、管理者不在時の権限委任を明確にしています。
11. 法令に関する資料をパソコン内の共有ファイルに保存して閲覧できるようにしていますが、周知するための具体的な取り組みはありません。会議内ではハラスメントに関するコメントを行っています。
12. コロナ禍で外部研修が少ない中、法定研修を優先的に受講しています。法人が契約したe - ランニングを活用し、個々人が視聴することでスキルアップを目指す仕組みにとなっていますが、eーランニングの仕組みがあることが周知されていません。
13. 施設長は、施設長会議の上位にあたる経営会議に執行部のメンバーとしてに毎月出席し、協議した内容を職員会議で報告しています。

評価分類	評価項目	通番		評　価　細　目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
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。	14	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
	Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	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

［自由記述欄］

14. 法人の取組として、人事労務部が就職ガイダンス用の冊子「みつみガイド」を作成しています。事業所案内、採用職種、募集人数など明記しており、就職フェア等で活用して人材確保に努めています。
15. 求める職員像に基づいて、職員行動規範（高齢者施設用）を作成して採用、人事異動時のオリエンテーションにおいて説明しています。目標管理シートを用いて、年2回の個別面談を実施し、職員の目的意識、職務内容を明確にしています。また、人事考課を年1回実施し、昇進等の判断基準としています。法人規則に格付け基準を定めています。
16. 就業状況などは労務人事部が管理しています。有給休暇取得率は職員間でばらつきはありますが、取得を推奨しています。法人本部に相談窓口「コンプライアンスコールゆう」を設け、いつでも相談できる体制を整備しています。福利厚生の取組として2つの機関「共済会・福利厚生サービス（リロクラブ）」に加入しています。また、インフルエンザ予防接種費用は施設が負担しています。年に1回の職員自己報告書の提出を受け個人意見を聞き取っています。

評価分類	評価項目	通番		評　価　細　目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成	Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	17	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
	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。	20	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。	c	b

［自由記述欄］

17. 目標管理シートを作成し、それをもとに個別面談を年2回（5月、12月）行っています。施設長が職員一人ひとりと、チーム目標、個人目標を3カ月ごとにヒアリングし、職員育成に取り組んでいます。
18. 研修は人事労務部が計画し、管理者研修や階層別研修一覧を作成管理しています。また、単年度事業計画にて、研修計画を明示しています。資格取得にあたっては、取得に係る費用の2分の１（上限10万円）を助成する制度を設けています。
19. 階層別研修や研修計画に沿って研修を実施しています。外部研修における情報提供を行い、受講を推奨しています。
20. 実習受入マニュアルを法人の実習受入委員会が作成しています。基本姿勢等を明文化し、マニュアル更新も行っていますが、養護老人ホーム独自のマニュアルは作成していません。

評価分類	評価項目	通番	評　価　細　目		評価結果	
					自己評価	第三者評価
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。	21	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

[自由記述欄]

21. 広報誌「さんあいの和」を3か月に１回作成し、家族、地域（自治会長、民生委員）に配布しています。また、ホームページなどを活用し、事業計画、広報誌、事業の様子、施設利用案内、第三者評価結果など公表しています。
22. 年1回外部会計監査を受け、内部統制を行っています。業務分担表、分掌業務が権限、責任を明確に記載し、職員に周知を図っています。決算状況を職員会議で報告してます。

評価分類	評価項目	通番	評　価　細　目		評価結果	
					自己評価	第三者評価
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。	23	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。	b	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。	b	b
	Ⅱ－４－(２) 関係機関との連携が確保されている。	25	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	a
	Ⅱ－４－(３) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	26	①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	b
		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。	b	b

[自由記述欄]

23. 小学校との交流を毎年行っており、令和4年はオンラインでのやり取りが行われました。毎年、秋に地域交流である合同文化祭を実施し、地域住民やボランティアとの交流がありましたが、現在は、コロナ禍で開催していません。週1回、出張販売として、地域の洋服店に施設に来てもらい物品購入の機会を設けています。
24. 行事等で地域のボランティアに余興を依頼するなど、積極的な受入、交流を図っていたが、コロナ禍では行えていません。ボランティアの受入に関する基本姿勢の明文化やマニュアルは整備できていません。
25. 福知山市や社会福祉協議会、成年後見、権利擁護などの各関係機関と連携を図っています。利用者には福知山市のパンフレットをもとに社会資源の提示を行っています。
26. 福知山市の福祉避難所として登録されています。施設内に地域交流スペースを設け、地域住民に開放していますが利用がありません。地域住民等に対する講演会等は実施していません。
27. 施設内に地域交流スペースを設け、地域住民に開放しています。また、地域包括支援センターによる体操教室を行う場として地域の方が使用してしたが、現在は利用していません。

Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	通番	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。	28	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。	b	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。	b	c
	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。	30	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。	b	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。	b	b
		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

[自由記述欄]

28. 倫理綱領を定めステーションに掲示しています。また、名刺の裏面にも明記しています。職員会議で支援を振り返りや利用者支援の検討を行い、情報共有を図り、職員セルフチェック、利用者アンケート、チェックリストによる定期的点検を行っています。身体拘束、虐待防止委員会が主催する研修を年2回実施しています。
29. 身体拘束、虐待防止委員会が主催する虐待研修を定期的に行っています。入浴・排泄マニュアルの中でプライバシーに配慮に関するキーワードが盛り込まれていますが、プライバシーに関する規定は整備されていません。
30. 法人理念や行動規範などはホームページやパンフレットに掲載しています。パンフレットは地域包括支援センターに置いています。
31. 利用開始時に「ご利用のしおり」を用い、分かりやすい説明を工夫しています。特定入所者生活介護利用者については入所の段階で説明と同意を得ています。意思決定が困難な利用者への配慮はしていますが、明確なルールは無く、十分ではありません。
32. サービスの内容の変更にあたり不利益が生じないように、利用開始時に説明をしています。サービスの移行や退所後の対応は相談員が対応しています。しかし、継続性に配慮した手順と引き継ぎは文書化はしていません。

評価分類	評価項目	通番	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－(３) 利用者満足の向上に努めている。	33	①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	a
	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。	34	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。	a	a
		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

[自由記述欄]

33. 独自プログラムとしての「まんぷくレストラン」（小人数のグループを作り、希望されるメニューを提供する）やデザートバイキングなど食を楽しむための取り組みや、外出希望者のタクシーの相乗りを調整して、費用負担を減らす取り組みを行っています。また、嗜好調査を年1回実施し、集計結果は職員会議で報告しています。意見箱は食堂に設置しています。
34. 苦情解決の体制を整備しています。窓口は掲示して、利用者等に周知を図っています。出された苦情は広報誌にて公表しています。
35. 相談窓口の案内を掲示しています。相談は、相談室や居室にて相談しやすい環境を工夫しています。
36. 苦情対応マニュアルを整備しており、定期的な見直しをしています。パソコンネットワークシステムにて情報共有をしており、迅速に対応しています。

評価分類	評価項目	通番	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-(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。	37	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	b
		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

[自由記述欄]

37. 事業所内リスクマネジメント委員会（感染症・虐待・身体拘束・事故）を設置しています。会議録は職員に回覧し、周知しています。3月には防犯研修を予定しています。ヒヤリハットはケース記録等にて職員間で共有はしていますが、ヒヤリハット報告一覧の作成等による記録の積み上げはしていません。
38. 感染症対応マニュアルが策定されています。感染保健労働安全衛生委員会を設置し、責任と役割を明確にした管理体制を整備しています。嘱託医を講師にした勉強会を計画しています。
39. 災害時の対応マニュアルが作成されています。水害が想定される地域状況から他の地域のグループホームと避難を想定した合同訓練を、消防署・市役所危機管理室も参加して行っています。3日分の食料・備品類を備蓄しています。責任者・備蓄リストも整えています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目		評価結果	
					自己評価	第三者評価
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。	40	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。	b	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	a
	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。	42	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	b
		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	b
	Ⅲ-２-(３) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	44	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	b

[自由記述欄]

40. 介護支援マニュアル・1日の業務表が作成してあり、職員に周知し確認する仕組みがあります。一人ひとりのデータを作成しています。
41. 特定施設入所者生活介護利用に対し、決められた担当が毎月サービス計画書に所見を記録しています。また、全員分のサービス計画書を作成し、利用者の聞き取りを行い、外部・施設サービスを必要に応じて利用できるよう検証・見直しています。
42. 初期面接で市からの情報と合わせて初回の情報収集をしています。サービス担当者会議を開催しアセスメントに基づきサービス実施計画作成をしていますが、アセスメントは十分ではありません。
43. 処遇計画では毎月モニタリングを行っており、急なADL低下にも対応しています。しかしアセスメントへの反映は十分ではありません。
44. パソコンネットワークシステムを利用して記録・情報の共有をしています。朝・夕に引き継ぎを行い、日々の支援・急な変更に対応しています。サービスの変更は職員会議を開催し職員に周知しています。
45. 個人情報保護規程を設けており、記録の保管・保存・情報の提供に関する規定を定めています。廃棄・データ処理・持ち出しに関する規定は十分ではありません。職員には入職時に個人情報保護に関する研修を行っています。