

[様式 8]

評価結果通知書

平成 26 年 5 月 28 日

社会福祉法人青谷福祉会
軽費老人ホームヴィラ城陽
理事長 武田 道子 様

一般社団法人京都社会福祉士会
会長 福富 昌城



平成 25 年 12 月 9 日付けで第三者評価の受診をお申込みいただいた貴施設(事業所)の評価結果について、下記のとおりお知らせします。

今後の施設運営及びサービスの質の向上にご活用ください。

なお、評価結果についてご意見等がある場合には、通知を受理されてから 7 日以内に、別添 [様式 10] に基づいて当評価機関宛にご提出ください。

記

評価結果 … 別添「総括コメント」(様式 9-1)
「評価結果対比シート」(様式 9-2)

[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 | 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 (旧体系) |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 | | |

平成26年5月28日

| | |
|---------------|---|
| 総 評 | <p>昭和57年に開設した定員50名の社会福祉法人青谷福祉会の軽費老人ホームで、武田病院グループの理念、基本方針の元に運営をおこなっています。梅林の点在する山間に立地しており、民家の少ないのどかな環境に建っています。</p> <p>地域の保育園児とはサツマイモの栽培から収穫の後に焼き芋にして食べるまでを一緒に行ったり、地域住民のグランドゴルフに中庭を開放して入居者も参加したりする等、地域とのつながりを意識しています。買い物や受診、金融機関への送迎は定期便や個別に対応できるシステムがあり、公共交通機関の少ない立地ながら入居者の利便性が図られています。少人数の職員体制で情報の共有や連携がとりやすく、入居者の要望に対する検討改善を随時行い、より良いサービス提供に努めています。</p> |
| 特に良かった点(※) | <p>○ISO9001の認証を受けており、定期審査を受診し業務改善を行っています。ISO認証に基づくマニュアルや各種規程を整備し、見直しを年1回行っています。</p> <p>○苦情要望の内容を「コールバック連絡票」に記載し、対応策を検討、入居者には月1回の考える会での報告や機関紙において個人情報に配慮し公表しています。</p> <p>○自己評価を行うと共に内部監査を行っており、改善点、課題に関しては、「コールバック連絡票」を通して原因分析と対応をQMS（品質マネジメント）委員会において検討する仕組みがあります</p> |
| 特に改善が望まれる点(※) | <p>○中長期計画に、地域の特性やサービスニーズを収集し、内容を反映出来るように検討して下さい。また、課題や問題解決の実現に向けて取り組むためのより具体的な中長期計画の策定を検討して下さい。</p> <p>○「ステップアップシート」に資格取得等の個人の目標を設定し、年2回人事考課を実施していますが、個別の教育・研修計画として明確ではありませんでした。階層別研修や外部研修等も積極的に受講していますので、今後、個人ごとの詳細な研修計画を作成する事をお勧めします。</p> <p>○地域の保育園や地域住民との合同での行事の取り組みは、行っていますが、地域住民との関わりを深めることが出来るように、自治会への参加等、定期的な関わりを持つ方法を検討してはいかがでしょうか。</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 | 社会福祉法人育谷福祉会 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 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |
| 訪問調査日 | 平成26年2月26日 |

I 福祉サービスの基本方針と組織

【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 |
| 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。 | 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。 | 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]

| | |
|-----------|---|
| I-1-1(1)① | ホームページ、パンフレットに経営理念を記載し、事業所内にも掲示しています。 |
| I-1-1(1)② | 基本方針を事業計画書及び、広報誌「たけだ」に記載しています。 |
| I-1-1(2)① | 年度初めの職員会議で理念や基本方針を記載した事業計画書を配布し、説明しています。 |
| I-1-1(2)② | 毎年5月に入居者家族懇談会を開催し、理念及び基本方針を説明しています。欠席者には資料を送付しています。 |
| I-2-1(1)① | 理念、基本方針の実現に向けた中長期目標を策定しています。 |
| I-2-1(1)② | 中長期目標の内容を踏まえた数値目標や稼働率を設定し、年度計画を策定しています。 |
| I-2-1(2)① | QMS(品質マネジメント)委員会で年度方針転換表を用いて毎月評価を行い、見直しを行っています。課題については次年度の事業計画に反映しています。 |
| I-2-1(2)② | QMS委員会での報告を事務所内に掲示し、職員に周知しています。入居者・家族懇談会で、年度計画の報告と説明をしています。 |
| I-3-1(1)① | 組織・職務分掌規程において管理者の職務を明文化しており、職員との個人面談や朝礼の場で職員の意見を聞く場を持っています。少人数の施設であるため、コミュニケーションは取りやすくなっています。 |
| I-3-1(1)② | 管理者は労務等の研修会に参加し、改正があったときは朝礼で職員に報告を行い、法令についての書類は事務所内ですぐ調べられるようになっています。 |
| I-3-1(2)① | 管理者は、朝礼での報告で日々の状況について把握し、また、運営会議・軽費会議に参加してサービスの質の向上について検討しています。 |
| I-3-1(2)② | 福祉法人事業部会議、社会福祉法人事務局会議に参加し、運営会議で毎月の実績報告を行っています。 |

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。 | 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 | 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。 | A | 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。 | B | 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 |
| 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 | A |
| | | 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。 | B | 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 | 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。 | A | A |
| | | 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 | 行政、事業者団体等関係団体からの情報収集や説明会への参加を通して、経営環境を把握しています。ただし、把握した情報が中長期計画や事業計画に反映されていません。 |
| Ⅱ-1-(1)② | 経営状況を分析して運営会議にて周知を図り、事業計画の重点項目に基づいて「方針展開表」を作成の上、目標を数値化して達成状況を確認しています。 |
| Ⅱ-1-(1)③ | 年1回、ISO9001認証維持のための定期審査を受審し、指摘事項についてQMS委員会にて検討の上、是正処置を実施し、マネジメントレビューによる経営改善に繋がっています。 |
| Ⅱ-2-(1)① | 基準より介護スタッフを加配する等、ケアの質を担保するための対策が採られています。教育訓練計画により、介護福祉士や介護支援専門員受験者のための勉強会開催等の支援が行われています。 |
| Ⅱ-2-(1)② | 法人「人事考課運用細則」により、考課基準を明確にしています。年1回の施設長面談、年2回の課長面談により、職員に考課結果についてフィードバックする機会を確保しています。 |
| Ⅱ-2-(2)① | 本部会議にて、「有給休暇管理票」、「超過勤務管理票」にて実績を定期的にチェックしています。運営会議や業務改善委員会にて、必要な改善対策について検討する仕組みがあります。施設長、課長との個別面談により、相談する機会を確保し、希望があれば、グループ病院の心理士に相談できる仕組みがあります。 |
| Ⅱ-2-(2)② | グループ内医療機関における医療費還付金制度を設ける等、福利厚生に積極的に取り組んでいます。 |

| | |
|-----------|--|
| II-2-(3)① | 事業計画の基本方針において、職員の資質向上について明示し、「教育・訓練及び資格認定管理規程」により、年度毎の「教育訓練計画書」を策定しています。 |
| II-2-(3)② | 職員毎の「ステップアップシート」により、資格取得等の目標を設定し、課長が定期的に評価しています。 |
| II-2-(3)③ | 研修参加者は研修レポート等を作成し、伝達研修を実施しています。研修参加実績は「キャリアパス記録表」で管理し、研修委員会にて、今後の教育計画のインプット情報として活用しています。 |
| II-2-(4)① | 法人として「実習受け入れマニュアル」整備し、基本姿勢を明示の上、受け入れ体制を整備しています。 |
| II-2-(4)② | 法人として「基本実習プログラム」を整備しています。また、中学生の体験学習についても、毎年受け入れ、学校と継続的な関係を築いています。 |
| II-3-(1)① | 安全対策委員会を設置し、月1回、安全対策及び感染予防に関する事項について検討しています。「緊急時対応手順書」、「事故発生時対応要領書」、「危機管理マニュアル(感染症)」等を整備し、職員に周知を図っています。 |
| II-3-(1)② | 事故等発生時、「ほっと報告書」、「コールバック連絡書」による報告を受け、原因分析・再発防止策を朝礼、週2回カンファレンスで検討し、更に安全対策委員会にて、妥当性を確認しています。 |
| II-4-(1)① | 事業計画の基本方針において地域との交流促進を掲げ、個別ニーズに応じる外出を支援する等、地域とのかかわりを確保しています。 |
| II-4-(1)② | 例年、介護の日に実施される文化祭において、一般向け研修会(介護保険のしくみ・介護予防のポイント)を開催する等、事業所の持つ専門的機能を地域へ還元しています。 |
| II-4-(1)③ | 法人として「ボランティア対応マニュアル」を整備し、基本姿勢を明示の上、受け入れ体制を整備しています。受け入れ時には、オリエンテーションを実施して活動に当たって必要な守秘義務等の周知を図っています。 |
| II-4-(2)① | 城陽市内の社会資源がリスト化された冊子やパンフレットを事務所で閲覧可能とし、更にネット上でデータ管理をすることで、各職員がアクセスしやすいように維持しています。情報は、職員会議等で共有化を図っています。 |
| II-4-(2)② | 京都府老人福祉施設協議会 養護・軽費・ケアハウス部会等に所属し、施設長、相談員が定期的な連絡会等に出席しています。軽費老人ホームの現状や今後の在り方等、直面する課題に対して協働して分析し、取り組みを行っています。 |
| II-4-(3)① | 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等を訪問して、地域の福祉ニーズに関する情報を収集する機会を持っています。 |
| II-4-(3)② | 把握された地域ニーズから訪問介護ステーションを開設しています。また、年間行事計画において、地域に開放された夏祭りや文化祭における一般向け研修会(介護保険のしくみ・介護予防のポイント)の開催等が企画しています。 |

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。 | 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-1-1(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。 | A | A | |
| | | ② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。 | A | A | |
| | Ⅲ-1-1(3) 利用者が意見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 | 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。 | 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(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 | A |
| 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-2-1(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。 | A | 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-2-1(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。 | 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(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-3-1(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。 | A | A | |
| 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。 | 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-4-1(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。 | A | 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)① 事業計画の中で基本方針として「入居者の人格尊重」を明記し、内部研修報告書の中で職員間で周知徹底しています。
- Ⅲ-1-1(1)② 「経費老人ホーム介護職員業務手順書」「経費老人ホーム工程管理図」にプライバシー保護の記載があります。全室個室になっており、浴室は個室を希望する事も出来ます。
- Ⅲ-1-1(2)① 施設サービス嗜好調査を年に2回実施し又、ご家族にも年に4回の郵送による聞き取り調査の実施しています。傾聴訪問や家族懇談会も開催しています。
- Ⅲ-1-1(2)② 業務改善委員会にて改善方法を協議し、その内容は機関紙にて報告しています。希望を言いにくい利用者に対しては、そのままにせず、ニーズを引き出すことを重要視しています。
- Ⅲ-1-1(3)① 受付担当者を複数おいて、利用者が選択しやすいようにしています。直接言いにくい場合は食堂に「ご意見箱」を置き、個室で相談を受けています。

| | |
|----------|---|
| Ⅲ-1-(3)② | 「相談解決実施要領書」に沿って行う。苦情は速やかにコールバック連絡書に記入し、検討結果は個人情報に配慮して機関紙に掲載して公表しています。浴室前の掲示板に「ウイルス感染における苦情処理の体制について」を掲示しています。 |
| Ⅲ-1-(3)③ | 苦情を受けた時と同様にコールバック連絡書に記入し対応しています。「相談解決実施要領書」に基づいて時間のかかる場合は進捗状況を伝えています。 |
| Ⅲ-2-(1)① | 監査管理規程及び監査報告書によって自己評価を行い、実施はQMS委員会がQMSの基準に沿って行っています。 |
| Ⅲ-2-(1)② | QMS内部監査員によって指摘された内容は、軽費老人ホーム会議で職員に周知し、取り組む課題を共有化しています。 |
| Ⅲ-2-(1)③ | QMA委員会において改善策や改善計画を策定する仕組みがあります。 |
| Ⅲ-2-(2)① | 軽費老人ホーム介護職員業務手順書に基づいて個別支援計画書を作成しています。職員数と利用者とのコミュニケーションがよく取れています。 |
| Ⅲ-2-(2)② | 毎年3月に、担当部署で文書の見直しを行い、必要に応じて軽費・ケアハウス部会で検討しています。 |
| Ⅲ-2-(3)① | 日常生活に関する事項と個別支援計画に基づいて実施した事項を、ケース記録に整理して記載しています。 |
| Ⅲ-2-(3)② | 文書管理規程により管理しています。利用者や家族から情報開示要求があれば個人情報取扱規則に従い開示しています。 |
| Ⅲ-2-(3)③ | 利用者の日々の情報は、業務日誌、ケース記録に記入し、朝礼時の申し送りで情報を共有しています。 |
| Ⅲ-3-(1)① | ホームページ、パンフレット、機関紙等で情報提供しています。 |
| Ⅲ-3-(1)② | 入居契約時には、サービス内容、利用料金などを十分に説明して利用者、家族の同意を得ています。 |
| Ⅲ-3-(2)① | サービスの終了にあたり相談員が、必要に応じて看護サマリーや個別支援計画書等の記録の写しを提供しています。 |
| Ⅲ-4-(1)① | 「個別支援計画作成手順書」に従い、所定の様式でアセスメントを行っています。入所時にアセスメントを行い、入所3か月後に再アセスメントを行っています。 |
| Ⅲ-4-(1)② | アセスメントは運動・移動・日常生活・家庭生活・社会参加・対人関係・コミュニケーション・健康管理の項目で行い、本人・家族の意向を聞き取り、計画に反映しています。 |
| Ⅲ-4-(2)① | 「個別支援計画作成担当者業務手順書」に基づき、個別支援計画を作成して、定期的なモニタリングを行っています。 |
| Ⅲ-4-(2)② | モニタリング総括表を基に見直しの有無を確認し、ケアカンファレンスを行っています。入院時はケアチェック表を用いて見直しの検討を行っています。 |