

[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	ケアハウス長生園	施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

平成26年2月12日

総 評	<p>社会福祉法人長生園は、旧船井郡6町村の社会福祉協議会、地元仏教会が実施してきた高齢者支援を引き継ぎ、昭和31年に社会福祉法人として設立認可されました。昭和31年に開設された養護老人ホームから始まり、50年以上たった現在では、特別養護老人ホーム（定員240名）・グループホーム（定員9名）・ケアハウス（定員50名）という施設サービスと、デイサービス（定員30名）・ショートステイ（定員30名）・ヘルパーステーション・居宅介護支援事業所などの在宅サービスを提供する大規模事業所として大きく発展して来られました。このことが、南丹市における高齢者福祉に大きな役割を果たしておられます。</p> <p>施設の基本理念に「和み」「尊厳」「安心」を掲げ、施設内の各フロアに掲示されています。開設以来、支援をしてくださる仏教会の協力のもと、施設内には大きな仏間があり、庭には観音様やお地蔵さん等の仏像が安置され、僧侶による講話会が毎月開催されていました。</p> <p>平成13年4月に複合型施設として開設されたケアハウスは、施設のフロア全体が広く清潔であり、利用者の居室にはキッチンやトイレ・洗面所も完備され、快適に居住できる環境が整備されていると感じました。現在、開設後10年以上が経過し、高齢化と重度化が進行し「部屋の中での孤立」や「人間関係の中での孤立」が課題となっているとお聞きしました。そのため課題を解決すべく、書道・お花・絵手紙・童謡・御詠歌等のクラブ・サークル活動の実施や、定期的な外出行事が企画されました。また、利用者が店員となる喫茶ひまわりの運営も素晴らしい取り組みだと感じました。「長生園で人生を完結できるように」との考えから、利用者の要介護状態の進行に伴い、併設事業所の支援を受けることができる体制が構築されており、掃除・洗濯や入浴などが一人で出来なくなった利用者には訪問介護事業所からサービス提供が実施されていました。健康管理については、階下にある診療所で月～土まで内科・整形外科・皮膚科・精神科等の診察を受けられる体制があり、介護や医療体制の充実が利用者の安心に繋がっていました。</p> <p>職員のための環境整備としては、平成20年に「職場風土改革促進事業実施事業主」指定、平成21年には京都府「京の子育て応援企業」認証、平成22年には第4回「京都府子育て支援表彰」を受ける等、働く職員が支えあえる職場となるよう取り組んでおられました。職員が仕事と家庭を両立できる職場として働き続けられることが、ベテラン人材の確保や安定したサービスの継続に繋がり、そのことで利用者も安心できていると考えます。</p> <p>課題としては職員個々の研修計画の作成や、地域福祉向上のための取り組みが挙げられます。具体的なアドバイスは、特に改善が望まれる点の中で記していますので、ご参考にしてください。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 法人内の理事・管理職が参加する主管部会議で、社会福祉事業全体の動向を情報共有しています。国民年金受給の高齢者が多いという地域の福祉ニーズを把握し、南丹市と連携して平成27年に「あんしんサポートハウス」の建設・運営が計画されています。資金収支予算実績報告書が毎月作成され、主管部会議で定期的に経営状況を確認しています。顧問会計士が各施設の経営状況を毎月分析し、必要なアドバイスを行っています。</p> <p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 職務内容や移動の希望などについて記載できる自己申告書を全職員に年2回配布し、それをもとに個別面談を実施しています。職員共済会に加入しています。職員全員に対して、給食費の一部補助や職員旅行費用の補助、腰痛ベルトの支給などを実施しています。</p> <p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足度の向上に努めている。 利用者満足を把握するため、毎月の利用者懇談会、年2回の満足度調査を実施しています。また、利用者からの希望があれば個別面談が実施されていました。利用者満足度調査の結果は館内掲示板に掲載し、公表していました。食事について、利用者と給食業者の懇談会を開催し、メニューの希望の聞き取りや改善に取り組んでいました。</p> <p>Ⅲ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 ケースファイルや個別援助計画ファイルが整備され、サービス実施状況が記録されています。文書規程や個人情報管理規程が定められ、記録の管理体制が確立されています。記録の管理について、職員に研修や個別指導を実施していました。朝の管理職ミーティングや夕方の全体ミーティングで、施設全部署の情報を毎日共有し、昼は部署ミーティングで部署内の情報が共有されていました。訪問介護を利用している方の情報については、併設されている訪問介護事業所との合同会議で情報共有していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 施設全体で研修委員会を組織し、職員採用時研修、資格取得学習会、高齢者虐待防止、喫吸引等の研修を実施しています。人事考課の面談等を通じて各職位へのレベルアップを求めています。一人ひとりの教育・研修計画は作成されていませんでした。研修参加者に報告書の提出を義務づけ、会議等で報告の機会を設けていますが、研修参加後に参加職員の評価や育成計画の見直し等は行われていません。今後は、一人ひとりの職員の力量や取得資格等を把握して、職員個々の研修計画を作成することが大切だと考えます。</p> <p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 協力医療機関や行政機関等、必要な関係機関の情報は職員で共有しています。利用者個々の状況に対応できる社会資源の明示や、リストの作成はできていませんでした。地域の関係機関との定期的な連絡会の実施や、ネットワークづくりの取組みは実施出来ていません。利用者ごとに必要な社会資源を明示し、利用者一人一人が地域と関わりが持てるように意識することが必要であると感じます。</p>

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。

南丹市の高齢者福祉ニーズに基づき、2年後に「あんしんサポートハウス」を地域に開設することを中・長期計画に明示しています。施設全体でお気軽介護相談室を開催しています。しかし、民生委員等との定期的な会議の開催等で地域の福祉ニーズを把握することは出来ていませんでした。地域の民生委員等の会合に出席し、地域の福祉ニーズの把握や施設のサービス内容等の広報を行うことが、地域の福祉向上に役立つと考えます。

※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	ケアハウス長生園
施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」
訪問調査日	2013年11月26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。	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。	b	b
		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。	b	b
		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。	b	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	b
		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	a

[自由記述欄]

I-1-1(1)	①理念を明文化し、施設の玄関や職員室に掲示している。理念をホームページにも掲載し、周知している。 ②理念に基づいた基本方針が作成され、事業計画の中に毎年記載されている。
I-1-1(2)	①理念や基本方針を職員会議の中で説明している。理念を毎朝の職員ミーティングで唱和し、浸透に努めている。 ②理念や基本方針を重要事項説明書に明示し、利用開始時に利用者・家族に説明している。利用者懇談会の中でも基本方針を周知している。
I-2-1(1)	①中・長期計画を策定し、職員会議の中で周知している。中・長期計画の内容は、現状の課題を解決するための具体的な内容になっている。 ②閉じこもりがちな利用者への支援、クラブ・サークル活動支援、他事業者との連携などが記載された単年度の事業計画が策定されている。事業計画の内容は、中・長期計画を踏まえたものとなっている。
I-2-1(2)	①管理者と相談員が主となり計画の原案を策定し、職員会議等で各職員からの意見を聞きながら修正し、計画を策定している。計画の評価や見直しについては不十分である。 ②年度計画や月間計画は入居者懇談会で伝達し、資料配布している。クラブ・サークル活動や直近の行事等はポスターや分かりやすい文書で掲示している。理解が難しい方には、必要に応じて家族に連絡している。
I-3-1(1)	①組織図や役割分担表を作成して職員に配布し、管理者の立場や役割を明示している。管理者が職員や利用者から信頼を得ているかを把握・評価する取り組みは不十分である。 ②管理者は常に事業所内において、遵守すべき法令等を職員に周知している。管理者の経営に関する研修会への参加や、遵守すべき法令のリスト化などの取り組みはできていなかった。
I-3-1(2)	①管理者は常に利用者の状況を把握し、職員に必要な応じた指示をして指導力を発揮している。実施するサービスの質の現状についての評価・分析は行っていない。 ②管理者は常に理念や基本方針の実現のために職員に対して指導力を発揮している。業務の効率化や改善のために、業務の流れの見直しやシフト変更を提案するなど、職員の働きやすい環境整備に取り組んでいる。

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。	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。	b	a
		③ 外部監査が実施されている。	c	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。	b	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。	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。	a	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	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。	b	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。	b	a
		② 事業所が有する機能を地域に還元している。	c	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。	b	b
	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。	b	b
		② 関係機関等との連携が適切に行われている。	c	c
	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	c
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法人内の理事・管理職が参加する主管部会議で、社会福祉事業全体の動向を情報共有している。南丹市と連携して、国民年金受給の高齢者が多いという地域の福祉ニーズを把握し、平成27年に「あんしんサポートハウス」の建設・運営を計画している。 ②資金収支予算実績報告書が毎月作成され、主管部会議で定期的に経営状況を確認している。 ③顧問会計士が各施設の経営状況を毎月分析し、必要なアドバイスを行っている。
II-2-(1)	①施設全体で職員の採用を行い、有資格者・経験者を優先し採用している。施設管理部が中心となり、組織の方針や計画に沿って職員数や人員体制を検討している。 ②7等級からなる人事考課制度を導入し、年2回の考課を実施している。考課者には人事考課研修を実施している。
II-2-(2)	①職務内容や移動の希望などについて記載できる自己申告書を全職員に年2回配布し、それをもとに個別面談を実施している。 ②職員共済会に加入している。職員全員に対して、給食費の一部補助や職員旅行費用の補助、腰痛ベルトの支給などを実施している。
II-2-(3)	①施設全体で研修委員会を組織しており、各部署の研修委員会を中心に、職員採用時研修、資格取得学習会、高齢者虐待防止、痰吸引等の研修を実施している。 ②人事考課の面談等を通じて各職員へのレベルアップを求めているが、一人ひとりの教育・研修計画は作成されていない。 ③研修参加者に報告書の提出を義務づけ、会議等で報告の機会をつくっている。研修参加後に参加者職員の評価や育成計画の見直し等は行われていない。
II-2-(4)	①実習生・ボランティア受入れマニュアルを整備している。施設全体で介護福祉士や看護師養成校の実習生を受入れ、実習指導者には研修を受講させている。 ②施設内の実習担当者が養成校担当者と打合せを行い、実習プログラムを作成している。中学生の職場体験や高校生ボランティアの受入れも行っている。

II-3-(1)	<p>①施設全体で事故防止・安全衛生委員会を組織して会議を開催している。防火・防災訓練及び利用者居室の換気扇の定期清掃や冷蔵庫内の衛生点検を定期的実施している。</p> <p>②管理者は全部署の事故報告内容やその後の対策を共有している。利用者に対しては懇談会等で、感染症や事故についての注意を促している。</p>
II-4-(1)	<p>①地域で開催される催しや講座等のチラシを掲示し、参加の希望者には必要に応じて付添いなどの支援をしている。施設内で利用者が月2回ひまわり喫茶を運営し、特別養護老人ホームやデイサービスの利用者・家族等と交流できるよう支援している。</p> <p>②地域の関係機関にパンフレットの設置や、機関誌の配布を行っている。住民向けの講演会等の開催は、事業所として実施できていない。</p> <p>③ボランティア受入れマニュアルを作成し、絵手紙サークルの講師や花壇の植え替えをしてくれる高校生をボランティアとして受入れている。しかし、ボランティア受入れに関する基本姿勢の明文化はできていない。</p>
II-4-(2)	<p>①協力医療機関や行政機関等、必要な関係機関の情報は職員で共有している。利用者個々の状況に対応できる社会資源の明示やリスト作成はできていない。</p> <p>②地域の関係機関との定期的な連絡会の実施や、ネットワークづくりの取組みは実施出来ていない。</p>
II-4-(3)	<p>①民生委員等との定期的な会議の開催や地域住民を対象にした相談事業等による地域の福祉ニーズの把握は出来ていない。</p> <p>②南丹市の高齢者福祉ニーズに基づき、2年後に「あんしんサポートハウス」を地域に開設することを中・長期計画に明示している。施設全体でお気軽介護相談室を開催している。</p>

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) 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。	b	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	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。	b	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。	c	b
			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。	b	b
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			b	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。	b	b	
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	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) 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。	b	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。	b	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-(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。	b	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。	b	b	

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)	①理念や基本方針に「尊厳をもって安心して生活して頂ける」「楽しく心豊かに自分を大切に生活を送っていただける」など、利用者の尊厳を大切にすることを明瞭に示した文言がある。虐待防止についての研修を実施している。 ②共同トイレには暖簾や目隠しが設置されている。プライバシー保護マニュアルを整備し、広報誌等への写真の掲載についても、本人や家族の了解を得ている。
Ⅲ-1-(2)	①利用者満足を把握するため、毎月の利用者懇談会、年2回の満足度調査を実施している。利用者からの希望があれば、個別面談を実施している。 ②利用者満足度調査の結果を館内掲示板に掲載し、公表している。食事について利用者と給食業者の懇談会を開催し、メニューの希望の聞き取りや改善に取り組んでいる。
Ⅲ-1-(3)	①意見箱を設置し、意見等があれば懇談会で話し合っている。個別相談については相談したい職員を選択できるようにしており、施設長に相談したい場合は、別の階にある園長相談室で対応している。 ②利用開始時に、本人・家族に苦情解決の体制を説明し、文書も交付している。苦情については、職員間で話し合い、必ず解決策や話し合った結果等をフィードバックしている。 ③利用者からの意見等に対しては対応マニュアルに基づいて対応し、マニュアルの見直しも定期的に行っている。意見等があると記録し、職員会議や利用者懇談会で話し合い、結果を報告している。
Ⅲ-2-(1)	①第三者評価調査を定期的に受診し、各職種から検討委員会を組織している。年1回以上の自己評価はできていない。 ②前回の第三者評価から出た取り組むべき課題について職員間で話し合い、改善しているが、不十分であると認識されている。 ③質の向上にむけた課題を職員会議で話し合い、事業計画などに掲げて改善策を実施、必要に応じて見直している。

Ⅲ-2-(2)	<p>①一日の流れ、業務分担表等に、利用者を支援する標準的な実施方法が文書化されサービス提供を実施している。しかし、個別指導等で職員に周知徹底まではできていない。</p> <p>②サービス提供内容を部署内会議やミーティング等で話し合い、見直しを行っている。見直しの時期や見直し方法を定めることはできていない。</p>
Ⅲ-2-(3)	<p>①ケースファイルや個別援助計画ファイルが整備され、サービス実施状況が記録されている。</p> <p>②文書規程や個人情報管理規程が定められ、記録の管理体制を確立している。記録の管理について、職員に研修や個別指導を実施している。</p> <p>③朝の管理職ミーティングや夕方の全体ミーティングで、施設全部署の情報を毎日共有している。昼は部署ミーティングで部署内の情報を共有している。訪問介護を利用している方の情報については、併設されている訪問介護事業所との合同会議で情報共有している。</p>
Ⅲ-3-(1)	<p>①事業所を紹介するホームページやブログを作成して公開している。事業所のパンフレットを作成し、地域の関係機関にも配布している。施設見学や体験入居の希望に対応している。</p> <p>②利用契約時に利用者及び家族に契約書・重要事項説明書を交付し、同意を得ている。利用料金やサービス内容も書面を用いて適切に説明している。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>①他事業所を利用される時は、引継ぎ書を作成し、必要なサービスが継続して受けられるように対応している。退居される方には、次に居住される地域の情報を提供している。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①利用開始時に統一した様式でアセスメントしている。利用者の状態の変化を常に把握し、アセスメントを定期的に見直している。</p> <p>②施設内診療所と連携し、健康状態の把握に努めている。利用者個々のニーズや課題を把握するため個別面談を実施し、記録している。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①利用者の担当職員を決めて、サービス援助計画を作成している。介護保険サービス利用者には相談員がサービス担当者会議に参加している。個別援助が必要な利用者はサービスチェック表を作成し、毎日記録している。</p> <p>②利用者の状態や介護保険サービス内容の変化に応じて、ケアハウス職員による援助内容を見直している。サービス援助計画の定期的な見直しの時期や見直し手順は定められていない。</p>