

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29年5月23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。養護老人ホームから始まり、60年以上たった現在では、特別養護老人ホーム・グループホーム・ケアハウスという施設サービスと、デイサービス・ショートステイ・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施設として大きく発展して来られました。法人設立60周年を迎え、「法人の原点に返ろう」を合言葉に、地域の福祉ニーズを聞き取りながら、あんしんサポートハウスの開設やデイサービスの開設等にも取組まれています。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、支援をして下さる仏教会の協力の下、施設内には仏間があり、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（定員50名）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ます。現在、開設後15年以上が経過し、高齢化と重度化の進行に伴う「部屋の中での孤立」や「人間関係の中での孤立」の課題を解決すべく、書道・生け花・絵手紙・童謡等のクラブ・サークル活動の実施や、定期的な外出行事が企画されていました。また、利用者が店員となる「喫茶ひまわり」の運営の実施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・洗濯や入浴等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、「職場風土改革促進事業実施事業主」認定、京都府「京の子育て応援企業」認証等、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。</p> <p>課題としては、職員の質の向上に向けた体制の確立や地域福祉向上のための取り組み、福祉サービス実施計画の策定が挙げられます。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、ご参考にして下さい。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>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。 事業所として、3年毎に第三者評価を受診し、受診結果を職員会議で周知すると共に、必要な改善点を次年度の事業計画に反映させて、計画的に改善を図っています。また、医務室や居宅介護支援、訪問介護と連携して利用者の支援を実施しています。</p> <p>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。 人事考課制度を導入し、人事体制に関する考え方や育成方針を確立すると共に、職能資格や格付基準を明確にして、一定の基準に基づき職員を評価しています。年2回の個人面談を実施し、職員の意向を聞き取っています。また、施設管理部の担当者を中心に会議を開催し、人事配置について検討しています。大学・専門学校・高校等からも実習生を積極的に受入れ、新聞広告等で人材募集を定期的に行う等して人材確保に取り組んでいます。</p> <p>III-1-(4)利用者が意見をのべやすい体制が確保されている。 職員室は誰でもいつでも入れるように常にオープンにされており、ご意見箱の設置や年2回の満足度調査を実施するなど意見を出しやすい工夫を行っています。また利用者懇談会で苦情や意見等の内容を公表しています。利用者面談は、相談室や居室等利用者が選択される場所で行っており、内容によって職員会議や利用者懇談会で話し合い解決を図っています。</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。 人事考課制度の中で等級基準を設け、職員一人ひとりの目標を「自己申告書」に定めて、年2回(中間と期末)の個人面談を実施し、目標達成度の確認や必要な助言を行っています。研修委員会を中心に、高齢者体験や看取り、感染予防等の内容を検討して、研修を実施していますが、職員の研修計画の見直しやカリキュラムの評価等は実施出来ていませんでした。また、研修委員会を中心に施設内研修や他施設見学の日帰り・1泊研修等を計画し実施していましたが、階層別の研修プログラム策定や研修実施、習熟度別のOJTの実施は出来ていませんでした。今後は、職員一人ひとりの研修計画の策定や施設内における階層別研修の策定・実施等を行うことが必要であると考えます。</p> <p>II-4-(3)地域の福祉向上のための取組を行っている。 地域のボランティアグループを受け入れ、交流を図っています。毎月第1、3木曜日に「喫茶ひまわり」を開催して地域に開放していますが、地域の方々が参加できる講演会や研修会等は開催出来ていませんでした。あんしんサポートハウスの開設やデイサービスのない地域に事業展開する等、法人として地域の福祉ニーズにもとづく事業・活動を行っています。しかし、事業所として地域の福祉ニーズを把握するために民生委員・児童委員等との定期的な会議を開催するなどの取組みは出来ていませんでした。</p> <p>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。 利用者の状態を定期的にあセスメントし、利用者の要望・意向に沿ったサービス実施計画策定しています。サービス実施計画の担当者は決まっていますが、責任者の設置は出来ていませんでした。支援や介護が必要な利用者へのサービス計画は定期的に見直していましたが、元気な利用者に対してのサービス計画の策定は不十分であり、見直しの時期、標準的な手順も定められていませんでした。ケアハウスの入居者全員に対して、それぞれの利用者のレベルに合わせて、活動参加や見守り、支援内容を考えた福祉サービス計画書を策定し、定期的に見直しを行うことが大切であると考えます。</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	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	平成 29 年 3 月 27 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。	b	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	a
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	a

【自由記述欄】

- 1) 玄関や職員室等に理念を掲示している。パンフレットやホームページ、職員の名刺等にも理念を掲載している。毎朝のミーティングでも理念を唱和して周知を図っている。
- 2) 理事会や月2回の経営戦略会議等で社会福祉の動向や地域の福祉ニーズについて話し合っている。毎月の主管部会議等で資金収支等の経営状況を示し、話し合っている。
- 3) 経営戦略会議（月2回）や主管部会議（月1回）で、各事業所の課題を共有し、改善の取組みを検討している。入居等の経営的な課題に対しては、広報誌等を活用して必要な対応を実施している。
- 4) 部門ごとの中長期計画を策定し、ビジョンを明確にしている。中長期計画を毎年見直しし、必要に応じて変更している。
- 5) 事業計画と行事計画それぞれを策定している。単年度の事業計画は、中長期計画をもとに策定されている。
- 6) 職員会議での意見をもとに事業計画の策定し、決定した計画を職員会議で職員に周知している。法人全体では、4月の全体会議で全職員を対象に事業計画を説明して周知を図っている。

- 7) 毎年の事業計画や行事計画等を、4月の利用者対象の懇談会で周知している。毎年の事業計画は利用者に関わりやすい文章で掲示し、行事計画は個別に配布して周知している。
- 8) 事業所として3年毎に第三者評価を受診し、出来ていない部分の改善や見直しに取り組んでいる。利用者に関しては、医務室や居宅介護支援や訪問介護と連携して支援している。
- 9) 第三者評価受診結果を職員会議で周知し、必要な改善点を次年度の事業計画に反映させて、計画的に改善を図っている。

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。	b	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。	b	b
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
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り組んでいる。	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。	b	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。	b	b
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。	b	b
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 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。	a	a
21		II-3 運営の透明性の	II-3-(1) 運営の透明性を確保する	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

22	確保	ための取組が行われている。	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。	b	b
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。 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
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】

- 10) 組織図、役割図が策定され、職員事務所に掲示されている。自衛消防組織図や非常通報連絡系統表等でも管理者の指揮命令系統が示されている。職能等級基準書に管理者の役割と責任を明記し、職員全体会議等で説明し、全職員に配布している。
- 11) 労務関係の法令遵守については、毎月開催の労働時間管理委員会で社会保険労務士から助言を受けて、職員全体会議で職員に周知している。感染症対策委員会、介護事故防止委員会、研修委員会等で、食品衛生法や虐待防止法、消防法等の関係法令の中で必要な事柄を職員に周知している。
- 12) 職員数7人の少人数の組織で、職員との対話が図れるため、管理者は必要時に助言や指示をその都度行っている。職員から提案された課題について、毎月の職員会議で話し合い、必要な指示をしている。実施している福祉サービスの現状について定期的・継続的な評価分析は行っていない。
- 13) 税理士が各施設の経営状況を毎月分析し、月2回の経営戦略会議で稼働率や人事配置等について話しあっている。管理者は組織の改善や業務遂行のため、必要時には現場で業務を行っている。
- 14) 人事考課を導入し、人事体制に関する考え方や育成方針を確立している。施設管理部の担当者を中心に会議を開催し、人事配置について検討している。大学・専門学校・高校等からも実習生を積極的に受け入れ、新聞広告等で人材募集を定期的に行う等して人材確保に取り組んでいる。
- 15) 人事考課制度を導入し、職能資格や格付基準を明確にして全職員に周知すると共に、一定の基準に基づき職員を評価している。年2回の個人面談を実施し、職員の意向を聞き取っている。
- 16) 職員が仕事と子育ての両立や生活スタイルに合わせた働き方が選択できるよう、総務部で就業意向を把握して職員配置している。
- 17) 人事考課制度の中で等級基準を設け、職員一人ひとりの目標を「自己申告書」に定めている。年2回(中間と期末)の個人面談を実施し、目標達成度の確認や必要な助言を行っている。
- 18) 研修委員会を中心に、高齢者体験や看取り研修、感染予防研修等の内容を検討し、全職員を対象に実施している。人事考課の基準書で必要な能力や資格等を示し、個人面談等で話し合っている。職員の研修計画の見直しやカリキュラムの評価等は行っていない。

19) 研修委員会を中心に施設内研修や他施設見学の日帰り・1泊研修等を計画し実施している。外部研修の情報を回覧し、それぞれのレベルに合うようにして参加させている。階層別の研修プログラム策定や研修実施、習熟度別のOJTの実施は出来ていない。

20) 実習生・ボランティア受入れマニュアルを整備し、施設全体で介護福祉士や看護師養成校等の実習生を受入れている。実習指導者には実習指導者講習等を受講させる等の研修を実施している。

21) ホームページに各施設の情報、事業報告、財務諸表等を公開している。苦情、相談の内容については懇談会で公表している。

22) 税理士が毎月来園し、経営分析を実施している。社会福祉法人制度改革に先駆け、今年度より監査法人による外部評価を実施している。

23) 南丹市の広報誌「おしらせ南丹」や掲示板からひろった利用者の声をもとに、地域で開催される催しや講演等に出かける支援を実施し、地域との交流を図っている。交流の様子を事業所のホームページやブログ、ケアハウス新聞等で広報している。

24) ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢等を明文化し、絵手紙や童謡サークルの講師を受入れている。玄関花壇の植え替えは、地域の農芸高校生に実施してもらっている。ボランティア等へ必要な研修は行われていない。

25) 協力医療機関・福祉事務所・保健所等の関係機関との連携は、法人全体で取り組んでいる。利用者の支援事業所等、事業所として連携が必要な関係機関については、職員間で情報共有を図っている。

26) 地域のボランティアグループを受け入れ交流を図っている。毎月第1、3木曜日に「喫茶ひまわり」を開催して地域に開放している。地域の方々が参加できる講演会や研修会等の開催は行えていない。

27) あんしんサポートハウスの開設やデイサービスのない地域に事業展開するなど、法人として地域の福祉ニーズにもとづく事業・活動を行っている。事業所として、地域の福祉ニーズを把握するために民生委員・児童委員等との定期的な会議を開催するなどの取組みは出来ていない。

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。	a	a

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。	a	a
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。	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	
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。	b	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。	a	a
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。	b	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
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、職員間で共有化している。	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) 法人理念は施設玄関や職員室内に掲示すると共に、朝礼等で唱和している。サービス提供の際は、援助計画表に全職員が目を通し、共通したサービスの実施に努めている。基本的人権の配慮等については、虐待防止研修等で周知している。

29) プライバシー保護マニュアルを整備している。運営規定に虐待防止について定めている。プライバシーについては利用者懇談会で話し合っている。個別面談等には相談室を利用している。

30) 関係機関に年2回訪問し、パンフレットの配布や新事業の紹介等を行っている。施設見学・入居の問い合わせ等は随時受付けている。希望者には1週間程度の体験入居等も実施している。

31) ケアマネジャーを中心に本人・家族・ケアハウス職員、訪問介護事業所、福祉用具事業所等と定期的に担当者会議を開催し、サービスや支援内容を確認し合っている。入居者が入居5年を経過した時には、本人・家族との面談を実施し、今後予測される状況への対応等を確認している。

32) 状態変化によるサービス移行については、各事業所と連携を図りながら本人と面談を実施し、申し送りや引継ぎ書を作成し、継続したサービスが受けられる様に支援している。

33) 年2回利用者満足度調査を実施している。利用者懇談会を毎月実施し、サービスの向上に役立っている。厨房との懇談会を2ヶ月に1回実施し、食事についての意見を聞き取っている。

34) ご意見箱の設置や満足度調査の実施等で、意見を出しやすい工夫を行っている。「意見に対する対応マニュアル」や苦情受付書等を策定し、体制を整備している。苦情解決の仕組みについては、運営規定に明記し、入居時に説明している。利用者懇談会で苦情や意見等の内容を公表している。

35) 職員室は誰でもいつでも入れるように常にオープンにされている。利用者面談は、相談室や居室等利用者が選択される場所で実施している。職員から積極的に声掛けし、相談しやすい雰囲気づくりに気を配っている。

36) 利用者からの意見については、その都度速やかに対応し記録している。内容に応じて職員会議や利用者懇談会で話し合い、解決を図っている。ご意見箱や年2回の満足度調査、利用者懇談会、個別面談等、利用者の意見を把握する様々な体制を整備している。

37) 事故発生時及び利用者状況急変時の対応マニュアルが設置されている。事故報告書・ヒヤリハット報告書が作成され、毎月の管理者会議と事故防止委員会等でも対策を話し合っている。

38) 感染症予防対策マニュアルを整備し、感染症発生時には対策委員会を設置して対応している。毎月の定例会議や朝のミーティングの中で、最新の情報を発信する等、職員に周知を図っている。

39) 火災・地震・土砂災害等の災害時対応に関するマニュアルや自衛消防組織を整備している。地域の消防団員や防火管理者資格を持つ職員が複数おり、年2回の避難訓練も実施している。備蓄室で災害時に対応できる食料を完備している。

40) 「業務マニュアル」「ケアハウス長生園業務表」に日々の支援内容を明記している。「ケアハウス職員援助サービスチェック表」に服薬確認、血圧測定、金銭管理、個別対応等の支援内容を明記し、利用者個々に適切に支援が実施されているかの確認を行っている。

41) ケアハウス職員とケアマネジャー、ヘルパーとの合同会議を定期的で開催して、支援や介護が必要な利用者へのサービス内容を話し合っている。サービス計画を策定して、定期的に見直している。

42) 利用者の状態を定期的にあセスメントし、利用者の要望・意向に沿ったサービス実施計画策定している。サービス実施計画の担当者は決めているが、責任者の設置は出来ていない。

43) 利用者への支援内容を変更する場合は、職員会議で話し合っている。支援や介護が必要な利用者へのサービス計画は定期的に見直しているが、元気な利用者に対してのサービス計画の策定は不十分であり、見直しの時期、標準的な手順も定められていない。

44) 業務日誌、申し送りの連絡ノート、毎日のミーティング等で日々のサービス内容や利用者の状況を共有している。日々のサービス提供内容を、記録している。チェック表を活用して、記入漏れ等がないようにしている。

45) 文書規程を策定し、記録の保管・保存・廃棄等の方法を明記すると共に、記録の管理責任者を定めている。個人情報の取り扱いについても契約時に利用者・家族に説明している。