

[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 あじさい	施設種別	ケアハウス (旧体系：)
評価機関名	特定非営利活動法人市民生活総合サポートセンター		

平成19年12月17日

総 評	<p>ケアハウスあじさいは、介護保険制度スタートの年である平成12年4月に開設し、20人の利用者がその人らしく地域の一員として自立した生活をし続けることを支援しています。京都府最南部・JR加茂駅前の加茂町高齢者福祉センター5階に位置し、周りには花と緑にあふれた遊歩道が整備されていて、高齢者の自立を促す自然環境に恵まれています。書道や華道、手芸、園芸や、ショッピング、外食、散歩などの趣味や娯楽を支援し、一人ひとりの意向を大切に、また心身の状態に配慮したサービスを提供しています。広い屋上の花壇には、利用者が丹念に育てた花や木の実が晩秋の季節感を漂わせています。利用開始時には自立されていた20人の75%の方が、認知症などの“要支援・要介護”状態になっておられ、今現在、支援にはさまざまな専門的知識や技術、専門資格が要求されてきています。幸いに、法人グループの病院や福祉施設とケアハウスが一体化し、相互の意思疎通が円滑でかつ連携が保たれていて、スケールメリットを最大に活かした支援が行われています。法人は経営環境の変化等に対応するため、国際基準ISO 9001の認証を取得し、地域の医療・介護・福祉の基盤づくりに向けて、さまざまな課題解決に取り組む、サービスの向上に努めておられます。今回の利用者評価アンケートの総合的満足度には20人中80%の方が「大変満足している」、「満足している」と回答されています。</p>
特に良かった点(※)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精度の高い各種規定やマニュアルを策定し、介護サービスの品質を組織的に管理しておられます。明文化されたルールづくりによって、支援理念や業務遂行の手順、利用者に対する接し方などを組織として明確に示し、統一して業務が展開できる仕組みとしています。 ・ 全ての業務領域において、P(計画策定)、D(実行)、C(評価)、A(改善)のサイクルを継続して実施しています。 ・ 利用者満足向上を意図した仕組みが整備されています。「ご意見はがき」による相談・意見の聴取、利用者の自立と自己実現を尊重した「考える会」への支援、利用前の暮らしの連続を重視した趣味活動や外出への支援、個別支援計画の作成・評価・見直しの充実など、利用者が意見などを述べやすい環境をつくり、生きがいや趣味ある生活を支援し、個別支援に徹して、サービスの質の向上に向けた取り組みを行っています。 ・ 月1回の「考える会」が、利用者の信頼を得た利用者本位のサービスに役立ち、利用者と職員のコミュニケーションの貴重な場となっています。 ・ 地域交流スペースを設け、喫茶等のサービスで施設を地域に開放し、施設の透明性と地域の人々との交流を図っています。

	<ul style="list-style-type: none">・要介護状態への対応に、知識と技術を習得する必要性を強く認識され、それらの課題に取り組んでいます。
特に改善が望まれる点(※)	<ul style="list-style-type: none">・個人情報保護とプライバシー保護の解釈が曖昧です。それぞれを人権尊重の観点から明確に理解できるよう、マニュアルの作成や研修の実施等で周知徹底されることを望みます。

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	社会福祉法人青谷福祉会ケアハウスあじさい
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市民生活サポートセンター
訪問調査日	平成19年10月29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) 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-(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。	B	A
I-2 計画の策定	I-2-(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。	C	B
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 (当面の間、「事業計画」についてのみ評価を行う)	C	A
	I-2-(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。 (当面の間、「事業計画」についてのみ評価を行う)	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) 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	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-(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】

ケアハウス「あじさい」の母体である医療法人は、国際基準(ISO9001)の認証を取得し、サービスの品質管理に積極的に取り組み、医療・保健・福祉サービスを総合的に提供しています。法人の「経営理念」である「思いやりの心」に基づき、「Bridge The Gaps「橋をかけよう」」、「患者さんの権利の尊重」、「地球にやさしい環境づくり」を基本方針」に掲げています。理念や基本方針をホームページやパンフレット、事業計画書等に明記し、市民や家族への周知と理解を図っています。「理念」や「基本方針」は平易な言葉で表現され、法人の使命や目指す方向、考え方を明確に読み取ることが出来ます。また、「サービス提供に関する法規制および社会的要求事項を遵守するために、利用者、家族、地域に信頼される事業所を目指し、心が安らぐ豊かな社会環境を実現すること」を基本方針(品質方針)に掲げています。職員へは、職員会議において「理念」や「基本方針」を周知させるとともに、「品質方針カード」を携帯させて意識の向上を図っています。月1回のQMS委員会において、「品質方針」の点検と見直しを行い、議事録にその内容を記載しています。利用者、家族へは、入居時の面談や利用者会「考える会」において、分かりやすく「理念」や「基本方針」を説明し、提供するサービスとの整合性を図っています。老朽化に対する施設改修や先の高齢化社会を見据えたサービス内容の拡大・拡充などを、中・長期的計画として検討されています。本年度の事業計画は「19年度事業計画書」に具体的に記載されていました。又、事業計画、実行、評価、見直しのプロセスを、「19年度方針展開図」に明記し、職員、利用者・家族等の誰もがいつでも確認できるように、施設内に掲示しています。さらに、「19年度方針展開図」を6ヶ月毎に更新し、月1回の職員会議や利用者会「考える会」等で説明しています。「組織職務分掌権限規定」に組織運営に関する管理者の役割と責任を明記しています。管理者はこれをもとにリーダーシップを発揮し、利用者本位のサービス提供に努めておられます。また管理者は、利用者や職員の意見や希望を月1回の「職場会議」や利用者会「考える会」で吸い上げ、法人の全事業所代表者で組織されている月1回の「運営会議」において検討しています。法人が提供する全てのサービスの関連法令や倫理を「管理規定」に列記し、それらの正しい理解と遵守の徹底を図っています。サービスの質の向上のために、「地球環境の保全」「利用者の権利擁護」「インフォームド・コンセント・個人情報やプライバシー保護」「利用者の自立と自己実現」「第三者のアドバイス」「人材の育成」「職員のケア」を掲げ、具体的な体制づくりを組織的に取り組んでいます。広報誌「たけだNO85」で窺い知ることができました。

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。	A	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。	B	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	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 利用者と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。	B	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。	C	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。		C	A	

【自由記述欄】

法人は、新しい援助の考え方や理論に基づいて、社会の変化に対応できる組織体制を整備しています。地球環境保全への取り組みの1つとして、衛生管理や安全性の向上を図るため、HACCP管理やクックチル方式による集団給食施設の衛生管理を実施しています。又、経営環境の変化等に対応するため、ISO9001の取得や第三者評価受診などに積極的に取り組み、経営状況やサービスの品質の分析と改善すべき課題の発見に取り組んでいます。全職員のコスト意識を向上させ、創意と工夫によって経営の安定やサービスの向上を図っています。良質なサービス提供には良質な職員が不可欠であると認識され、福祉サービス有資格者を優先採用しています。又、無資格者には資格取得の機会を与え支援しています。人材育成を目的に人事考課を年2回実施し、その結果を職員にフィードバックして、仕事への意欲向上を図っています。「管理規定」に沿って担当責任者が有休消化や時間外労働を定期的に点検することで業務量に留意し、職員の労働環境に配慮しています。法人の診療内科医による相談体制により、ストレス管理を行っています。「教育・訓練及び資格認定管理規定」に沿って、法人により組織的、計画的な教育・研修を行っています。職員一人ひとりの技術水準の向上や知識・資格の取得を推進するため、「キャリアパス管理」に基づいて、月1回定例研修会を実施しています。研修委員会を設置し、参加者にレポート提出を義務付け、伝達研修を実施するなど、職員の質の向上に向けた体制を確立させています。実習生の受け入れに関する基本姿勢を「理事会・評議委員会議案書」に明文化し、次世代の福祉職員の育成に力を入れています。学校側と覚書をかわし、実習体験中の留意点等を明記した実習マニュアルに沿って、併設の施設も提供し、豊富な体験ができるプログラムを用意しています。事故防止のため、安全対策委員会を設置し、「事故発生対応要領書」に基づいて、利用者の安全を確保するために組織的・継続的な取り組みを行っています。「コールバック連絡書記要領書」を活用して事故やヒヤリハット事例の収集と分析を行い、リスクを把握した上で対策が考えられています。地域が行う行事には積極的に参加し、ボランティアの支援により地域との交流を図っています。館内の地域交流センターを住民に解放することで、さまざまな人との交流が実現しています。又、シルバー人材センターが行うヘルパー2級養成講座に講師を派遣し、地域の福祉人材の育成に貢献しています。

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 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
		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-1-2 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇に意図した仕組みを整備している。	A	A
		② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	A	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。	A	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。	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。			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-2-2 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-2-3 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
	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。	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-4-2 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】

事業所は理念に基づいて、利用者のプライバシー保護に関する事項を「個人情報取り扱い規則」、「工程管理図」、「業務手順書」などに明記し周知徹底を図っています。ただし、個人情報とプライバシーの識別が不明確です。プライバシー保護に関する規定とマニュアルは個人情報保護とは別に作成されることが望まれます。「年度品質管理目標」に利用者満足度の向上を図ることをかかげています。利用者・家族の意見や希望を、利用者満足度アンケート調査、月1回の「考える会」、利用者懇談会等から聴取しています。特に「考える会」からは、利用者からのさまざまな改善提案やサービス向上に向けたアイデアが提示されています。提示された内容をサービス改善に役立てている様子が「改善提案実施書」に記録されています。「御意見受け付け手順書」「相談解決実施要領書」に基づいて、毎月、「ご意見はがき」を送り、利用者から苦情や意見を積極的に引き出し、苦情相談受付担当者、相談解決責任者、第三者委員により迅速に対応しています。苦情や相談をサービスの向上に役立てるため、利用者が日常的に相談しやすい環境を作っています。ISO9001の基準に基づいて、年1回、自主点検(内部監査)および第三者評価受診(本審査)を行い、QMS委員会を中心に質の向上に向けた取り組みを組織的に進めています。標準的な実施方法が明記された「業務手順書」に基づいて、個々のサービスを実施し、「業務手順書」は年度末に定期的に見直しを行っています。6ヶ月毎にケースカンファレンスを開き、改善のためのアセスメント表、個別支援計画表、評価表の見直しを行い、内容がケース記録に明記されています。個人情報保護法を熟知し、「個人情報保護規定」に基づいて個々の記録の管理を適切に行っています。個人情報の保護と開示についてのマニュアルを「記録管理規定」に明示しています。さらに「記録管理規定」に基づき、パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っています。利用希望者に対して、ホームページ、紹介ビデオ、パンフレット等で分かりやすく事業所の紹介をし、見学、体験入所、一日利用等の希望にも対応しています。