

[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	ニコニコハウスケアハウス	施設種別	軽費老人ホーム (旧体系：)
評価機関名	社団法人 京都ボランティア協会		

平成25年4月10日

総 評	<p>社会福祉法人福知山シルバーの理念は「第2の人生、ニコニコ」と明記しています。これは第2の人生への応援メッセージであり入居者の生き甲斐づくりと楽しい生活の場所でありたいとの思いが込められています。基本方針は地域との繋がり等5項目を明確にして入居者の生活の支援とケアを行っています。</p> <p>ケアハウスは目の前にゆったりと由良川が流れのどかな田園風景と地域の人々の暮らしが見える高台にあり、出迎えてくれた愛犬「くろ」とヤギはみんなに可愛がられて入居者の癒しに繋がっています。</p> <p>建物は平屋建で広い居室の外は花作りや菜園をして土に馴染める生活もあります。イベントホールは大変広くて作品の展示やマッサージ機で体をほぐしたり、売店での買い物、カラオケ等自由に楽しんで生活出来る設備と環境を整備しています。大浴場は地域に開放して多くの在宅高齢者が友人と通って来てほっこりと楽しむ憩いの場となっており、地域交流の拠点としての役割を果たしています。</p> <p>ケアハウスは平成8年に開設し、16年余りの経過の中で入居者の高齢化が進みその7割が介護保険の認定を受けている現状があります。入居者は「住み慣れた環境のもとで生活し続けたい」との思いが強くあり、その思いへの対応を最優先としてこの課題に正面から取り組む中長期計画を策定し取り組んでいます。</p>
特に良かった点(※)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域交流 大きいイベントホールは地域交流の拠点として位置付け、夏祭りや150人も参加するジャンボクリスマス大会、地域の老人会の集会、行事等に提供して地域住民に喜ばれています。浴室は公衆浴場の認可を受け、地域の在宅高齢者に開放するなど、基本方針に基づいた積極的な取り組みは地域との交流がお互いの「楽しみ」を共有する関係で構築されており大きい成果を上げてます。 ・ 中・長期ビジョンの策定 入居者は高齢になるに伴って「住み慣れた環境で生活し続けたい」との思いが強く、この状況を踏まえて運営3カ年計画(平成24年度策定)を策定しています。1年目は「介護を要する状態になっても長く住み続けることができるケアハウスを目指す」と目標を定め、現状の課題、課題解決への計画を立てて、下肢筋力低下予防や引きこもり防止、認知症予防等に積極的に取り組んでいます。1年間の成果が期待されます。 ・ 利用者本位の福祉サービス 入居者の第2の人生を支え楽しく過ごすために毎月「ふれあい会議」を開催し、理事長自らが参加して入居者と話し合い直接意見交換をされています。入居者一人ひとりの個別面談2回/年、アンケート調査1回/年等実施して積極的に入居者の思いや意見、要望等を引き出して支援やケアに反映させるべく努力をされています。又売店の紙オムツ購入者には人目につく大きな物が解らないよう別の袋に入れて後で部屋に届ける等入居者の心を読み取る配慮と寄り添う日々の支援の一端を感じましたので評価致します。

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<ul style="list-style-type: none">・ サービス実施記録の管理 サービスの実施記録は個人情報であり保存、保管と同時に廃棄規程も定めることとされてます。規程の設定を望みます。・ 個々のサービスの標準的な実施方法 入居者に対して種々なサービスを実施されていますが、これ等の個々について標準的なサービスの実施方法の文章化は安全性を含めて一定の水準のサービスの提供と共通認識が図られることに繋がりますので必要となります。・ サービスの実施記録 フェイスシートは毎年4月に更新して入居者の状況を把握し個別援助計画に沿って実施状況を5W1Hで記載され努力されています。しかしそこにサービスや支援を受けた人の状況や表情、言葉等を記載されるとその人がリアルに見えてきますのでもう一歩の努力を期待します。
---------------------------	---

※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	社会福祉法人福知山シルバーニコニコハウス
施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	社団法人 京都ボランティア協会
訪問調査日	平成25年2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) 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。	A	B
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。	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-(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) 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-(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】

1-1-(1)
法人の理念は「第2の人生を、いつもニコニコと」過ごすために、地域に開かれた施設であること。共に助け合い、話し合い、寂しくない生活の支援を目指す。と明確にしてホームページやパンフレットに掲載している。これは第2の人生への応援メッセージであり、入居者の生き甲斐づくりの施設でありたいとの法人の思いが読みとれる。5項目の基本方針は理念を具体的に表現し入居者の人生を支えるものとなっている。
管理者は年度頭初の訓話において毎年理念・基本方針を説明している。誰にでも理解し易い文言で表現され職員の行動規範となっている。

1-1-(2)
4月のケア会議において毎年理念・基本方針について認識を深めるために話し合いその共有化を図っている。更に継続的な取り組みとして毎月のケア会議における各種業務マニュアルの学習を位置付けている。4月のふれあい会議(入居者対象の集会)において「管理者は説明し質問等も受けているが、周知状況の確認は出来ていない。理念・基本方針は食堂の掲示板に掲示しているが入居者の目線に合わせて見やすい字の大きさの表示を提案する。

1-2-(1)
ケアハウスは開所から17年を経過し要介護や認知症の症状、更に終末期ケアの必要性等入居者の状態に変化がみられ現状から「中長期計画「介護を要する状態になっても住み馴れた場所で長く住み続けられるケアハウスを目指す」と設定し、現状の課題分析や問題解決等を立案している。
経年的な身体、精神面の変化を余儀なくする入居者が将来にわたって安心して生活できる場所であるケアハウスの施設基本方針としてこの内容を加えられては如何か。

1-2-(2)
職員は毎月のケア会議において事業計画の実施状況を把握、確認をしている。入居者には月1回のふれあい会議で説明して理解を得ている。
しかし入居者の重度化により1/3以上の不参加者がありレジメを渡しながら個別に説明をして理解を求めている。
事業計画は半年毎に実施状況を把握し評価、見直して年度末の職員会議において総括し次年度の事業計画に反映させている。

1-3-(1)
管理者の責任は契約書に明記されている。職員には年度頭初のケア会議において表明している。入居者には1回/月のふれあい会議に参加して食堂の床の貼り替えやカーベットの取り換え、テーブルの天板を明るい色にして欲しい等の直接的な要望に答えて責任を表明している。
これらは入居者が管理者に対する信頼を寄せている証しと受け止めることができる。各種法令はリスト化し整備して必要時は誰でも閲覧できる場所に設置してあり質問にも対応できる体制がある。管理者は年度の初めのケア会議において必要な法令について説明をしている。
京都府主催の施設長研修には毎回出席して新情報を得て運営に反映している。

1-3-(2)
管理者は生活指導員と共に京都府の指導内容に準じて毎年自己監査を行っている。ケア会議においてこの情報を提供して職員から意見を受ける。
その結果管理者は職員それぞれに業務分担表を作成して責任を持つことによりやる気を引き出し高める意識を職員と共有し挑戦している。

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。	A	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。	A	B
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	B
		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	B
		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	B
		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。	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	B
	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	B
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。	A	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)

福知山市が提示する高齢者分布図に基づき毎月高齢独居者や高齢者の状況を把握し法人本部及び事業所がその動向を検討して各年度の事業計画に位置付けて環境の変化に早く対応し運営を展開している。また住民や協力病院(渡邊医院)から認知症高齢者の情報提供もあり、法人は隣接地に認知症対応型デイサービスセンターを開設した経緯がある。経営状況については毎月の入居者推移と月次推移を分析、検討して中長期計画や各年度計画に反映している。1回/年の職員会議において分析結果や課題を報告し理解を得ている。要介護の入居者にとっては年々介護サービスの利用料が負担となっている生活費を月1万円、年間12万円の減額しこれを介護サービス利用金に充当する仕組みを検討し実施して入居者に喜んでもらっている。法人監事による内部監査を実施し公認会計士等の専門家による外部監査は実施していない。

II-2-1(1)

法人として十分な人事管理体制を確立して方針には「必要な資格取得を目指す」と掲げているが現在はその確保の成果に至っていない。人事考課は職員それぞれがモチベーションを高めるために自己評価を行い提出により面談に繋げている。社会福祉士や介護福祉士の配置が位置づけられていない。結果として人事計画との整合性は乏しい。現在資格取得の準備職員がある。職員は定着し安定している。

II-2-1(2)

管理者は3回/年個別面談を行っている。職員の相談出来る場所として、厚生労働省の傘下にある「日本産業カウンセラーセンター協会・こころの耳」を示しているが、より身近にカウンセラーや専門家による窓口の設置を明確にして職員に周知することが望ましい。法人は共済会や職員互助会の福利厚生への対応を職員の選択方式により加入を勧めている。事業所としては5年毎の永年褒章・結婚祝い金・日帰り旅行・親睦会等を定めている。

II-2-1(3)

職員のレベルアップを図るための基本方針や育成計画を明示し、単年度の職員別に処遇方針も示して取り組んでいるが専門職の配置規程がなく、中長期計画において専門性を追求する目標は見当たらない。すでに1/3以上の入居者が加齢に伴う要介護状況にあり介護サービスを必要としている状況を鑑み今後の方向性の検討、専門職の育成、職員の教育、研修計画等を早急の対応として望みたい。

II-2-1(4)

実習生受入れの基本事項は明文化し、法人内の実習指導者研修を終了した実習指導者も位置付けているが、専門職種別を考慮した積極的な育成プログラムまでには至っていない。隣接するデイサービス事業所から介護福祉士を目指す学生4名を受け入れしている。

II-3-1(1)

各種の緊急時対応マニュアルに基づき災害時における実践(2回/年、内夜間想定1回)や備蓄等整備し、夜間の時間を変える工夫も試みながら入居者の安全確保に取り組んでいる。今後は地域住民、消防団との協力関係の構築が望まれる。医療面においては隣接の協力医院との密接な連携が計られ入居者の安全に寄与しているヒヤリハット、事故報告書については入居者への説明、必要に応じた経過記録等更にもう一步踏み込んだ分析と結果の記録を充実させたい。

II-4-1(1)

理念・運営方針に地域や家庭等との関わりを明記し地域情報を事業所内に掲示して入居者に伝えている。事業所のイベントホールは地域交流活動の拠点として位置づけ、夏祭り、クリスマス会(150名参加)地域の老人会等の行事を地域と共に開催している。ケアハウスの大浴場は公衆浴場の認可を受け、地域の在宅高齢者に開放し、地域との結びつきを重視した取り組みが大きい成果を上げている。25年度は自治会長が法人理事に就任される。更なる地域交流の拡大が期待される。ボランティアの受け入れを明記しマニュアルに基づいた体制を確立している。

II-4-1(2)

法人を基盤として行政や関係機関との情報提供や意見交換を行う機会も多く、地域性の高い事業の展開がおこなわれている。医療面では特 隣接する協力医院と情報 交換を行って連携を密にしている。

II-4-1(3)

事業所のイベントや老人会開催時にアンケートを行い福祉ニーズを把握し、また地域住民から「意見箱」の要望があり設置しその把握に努めている。

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。	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	B	
		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。	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	B	
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。	A	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	B	
		② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A	B	
		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	B	
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。	A	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	B	
	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	B	
		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)
入居者尊重の姿勢は運営方針は明確にしてプライバシー保護、身体拘束等の法人内研修を実施して共有化を図っている。事業所の玄関に入居者各個人の郵便受けを設置したり、売店で紙おむつ等の購入時には中身の見えない袋で居室に運ぶ配慮をしている。

Ⅲ-1-1-(2)

毎月の「ふれあい会議」、2回／年の「個別面談」、1回／年のアンケート調査等定期的な取り組みにおいて入居者満足度の把握を行っている。案件についてはケア会議で検討し結果は各会議に報告している。法人の評議委員会に入居者の家族が参加している。「生活費の減額は大変嬉しい」と感謝を述べている。

Ⅲ-1-1-(3)

苦情相談窓口については入居時に説明しフロアにも掲示し周知を図っているが、高齢の入居者対象であり掲示物は全般的に大きさ見やすさの工夫が欲しい。相談は居室における対応を基本としている。個人的な場合は家族と協議している。事業所に対する苦情の結果は可能な範囲早急に当事者にフィードバックしふれあい会でも説明している。苦情フローチャートは説明者や当事者の反応等の詳細な記録も望まれる。入居者の要望により非常口の階段をスロープに改善している。

Ⅲ-2-(1)

サービスの質については毎年自己評価を行い、第三者評価も定期的に受診している。事業計画及び処遇方針をケア会議において6カ月毎に見直し年末の総会で総括して次年度の計画に反映させている。結果を分析し寮母室に掲示して課題の共有化を図っている。評価は段階的な数値目標に伴う基準を設定し数値化が解りやすく望ましい。引きこもりや認知症発症予防、下肢筋力低下予防等に対し定期的な散歩や体操、ニコニコ農園等の取り組みを実施している。またニーズに合わせた少人数個別レクも行っている。

Ⅲ-2-(2)

標準的な個々のサービスについては経験豊富な職員ばかりであり既に共通認識出来ているものと思われるが、実務先行ではなく、日常に対応している

標準的なサービスの実施方法を定めて文書化し共通認識することは、安全性も含めて一定の水準のサービスの提供を可能とすることにおいて必要とされている。見直しの機会は少なくとも1回／年の検証を望みたい。

Ⅲ-2-(3)

サービスの実施記録は個人情報であり保存、保管と同時に廃棄等に関する規程も必要である。個人情報保護と情報開示の研修をして共有化を図っている。緊急必要とする個人情報や状況はケアハウス日誌に必ず記録しており、職員はこの記録を確認して業務を開始し情報の共有化を図っている。毎月のケア会議において部門横断の情報共有をしている。

Ⅲ-3-(1)

パンフレットやネット上のホームページでサービスの概要を知ることができるホームページは24年6月に更新している。写真やさし絵入りの解りやすく工夫したパンフレットは市役所、当事業所の玄関に置いている。入居希望をする見学者は月4～5人あり家族同伴時は二人に重要事項説明書や契約書を用いて説明し希望者によっては家族に説明をして同意を得ている。地域福祉権利擁護事業のパンフレットも準備している。

Ⅲ-3-(2)

諸事情により居住場所の変更に伴うサービスに関わる文書はサービスの継続性を意図した書式を定めケアマネジャーが記入しその内容は共同して確認している。

Ⅲ-4-(1)

入居前にケアマネジャーが訪問して身体状況や生活状態を把握しフェイスシートの記録している。フェイスシートは1回／年3月のケア会議において見直しをして入居者の状況等を把握している。個別援助計画にこれ等の状況からニーズや課題を示しているが、その人の生活歴や仕事歴、趣味等への計画、と目標達成のための具体的な対応策も望みたい。

Ⅲ-4-(2)

サービス実施計画の策定責任者は生活相談員である。当事業所においては個別援助計画に部門横断した関係職員の合議状況、入居者の意向を記載している。6カ月毎の計画の見直しと緊急時の対応は毎月のケア会議においても見直しを行っている。見直しした計画は回覧をして関係職員の共有化を図っている。