

[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	社会福祉法人カトリック京都司教区カリタス会 ケアハウス神の園	施設種別	ケアハウス (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 3 月 17 日

総 評	<p>ケアハウス神の園は、通所介護・訪問介護・居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護とともに地域事業部を構成し、高齢者総合福祉施設神の園の一部門となっています。</p> <p>近年、主任・部長・施設長による職員面談の記録と報告のシステム、有給休暇消化率について部署ごとの事業報告書への記載、福祉人材育成認証制度への取組みなど、サービスの質の向上、組織や人材の強化育成について熱心な取組みが進められています。また、中長期的な課題の抽出と計画作成にも取り組まれています。</p> <p>組織的な課題や利用者に関する課題の中でも、単年度では解決できないいくつかの課題については正確に認識されており、現在は、それらの解決への取組みの渦中という印象を強く受けました。これらの取組みに一定の成果を収め、次回の第三者評価において公開されることを期待します。</p> <p>なお、今回の自己評価に関して、ケアハウスの全職員からの意見は少なく、職員全員の討議でまとめられたものではないとのことでした。受診に至る仕組みを理解し、多くの職員の参画のもとで実際に行っていることを整理し、成果と課題を組織的に積み上げていくことを期待したいと思います。</p>
特に良かった点(※)	<p>○理念・基本方針の周知</p> <p>理念や基本方針の周知不足から出発して作成された「神の園手帳」には、法人や施設全体の理念・活動方針とともに事業部門ごとで作成された事業方針等が記載されており、職員全員が日々確認できるツールとして大変効果的なものとなっています。</p> <p>○管理者の責任とリーダーシップ</p> <p>施設長並びに部長級の管理職は、昨年度から「マニフェスト」という形で自らの役割の宣言を行っています。その内容は年次ごとの基本的な所信にとどまらず、管理職として達成したい重点課題や具体的な行動規範に及ぶもので、管理職のリーダーシップが現場職員に効果的に伝わるものとなっています。人事考課のない管理職はこのマニフェストを基準に職員から職責の評価を受けることにもなり、組織の活性化に寄与するものと考えます。</p>

	<p>○マニュアルの見直し マニュアルの見直しについて年1回会議にて実施するという規定があり、定期的実施されています。また、マニュアル上で見直しの記録が確認できます。</p>
<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○利用者のプライバシーの保護 玄関に置かれた面会簿や外出簿は連名式のもので、来客や他の利用者が自由に見ることができる状態となっています。入居者の個々のプライバシーが守られるように、個別の記入用紙を設置するなど見直す必要があります。</p> <p>○サービス実施計画と記録 利用者個々への支援に関する記録はケアハウス会議の記録として記載されていますが、個別記録としてまとめられてはいません。今後は、支援の方針やその実施記録について、フェイスシートの見直しも含めて個人ごとの記録を作成されてはいかがでしょうか。</p> <p>○サービスに関する情報提供 施設パンフレットや「入居者心得」と「入居料表」に記載されている内容について重要事項説明書の形に整理し、かつ利用者への説明と交付の記録を残しておくことが望ましいと思います。</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	社会福祉法人カトリック京都司教区カリタス会 ケアハウス神の園
施設種別	ケアハウス
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25年11月19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	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	C
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	A	C
	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。	B	B
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。	B	B
	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。	B	B

【自由記述欄】

I-1-(1) 根本理念が「私たちの理念」としてパンフレットに記載しています。また、職員に配布している「神の園」手帳に、地域事業部の活動方針も明記し、いつでも見ることができるようになっています。
I-1-(2)① 活動方針は、パンフレットに記載しています。サービス向上委員会での議論から理念の見直しと「手帳」の作成へととなり、職員自身の意識向上につながっています。
I-1-(2)②施設内の共有スペースに理念は掲示し、利用者や来訪者がいつでも目にすることができますが、利用者への内容を理解してもらうまでには至っていません。
I-2-(1)①② 地域事業部として今年度から中長期計画の策定を始めていますが、課題の抽出にとどまっており、年次計画への落とし込みまでできていません。
I-2-(2)① 事業計画は職員参加の各種会議で討議、意見が反映される仕組みになっています。その討議の過程も文書で確認できます。
I-2-(2)②事業計画は職員会議で配布していますが、利用者には懇談会で口頭で説明するだけでは理解してもらうには不十分です。
I-3-(1)①昨年から「マニフェスト」を作成し自らの役割と責任を明確に表明しています。また、職員の意見を聞く機会を設けています。
I-3-(1)②マニュアルの中に法令リストがありますが、管理者自ら研修を受講して理解するための取り組みはありません。
I-3-(2)①年1回施設長、部長、主任がそれぞれ職員と面談を行い、職員の意見を聞き取っています。
I-3-(2)②月1回のサービス向上委員会で職員との討議を行い、質の向上を図っています。

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。	C	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。	B	B
		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。	B	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	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	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。		B	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。	B	B
		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。	B	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】

II-1-(1)①地元の精華町で開催している「百人委員会」などに職員が参加し、地域の特徴、変化を把握して施設の今後の取り組みに生かしています。
②③外部監査は実施されていますが、その分析結果を事業計画や中・長期計画に反映させるまでには至っていません。

II-2-(1)①施設は職員の状況を運営会議などで検討、職務遂行のための職員配置などを法人本部に要望し、法人本部は一括して人事管理方針を立て、そのプランに基づく人事管理を行っています。

II-2-(1)②年に一回は施設長、部長、主任がそれぞれ職員と面談を行い、職員の意向などを聞く中で評価を行うなど、人事考課を行っています。

II-2-(2)①職員の有給休暇や超過勤務などの状況を把握していますが、そこから読み取れる問題を改善することまではしていません。カウンセラーや専門家の確保もこれからの課題とのことです。
②福利厚生センターに加入、また全額を施設が負担して「忘年会」を行うなど職員の福利厚生に取り組んでいます。

II-2-(3)③施設の研修活動の支援に関する指針を作成し、取得支援や研修参加への助成を行っています。

II-2-(3)②個別の職員の技術水準等は把握していますが、一人ひとりの教育・研修計画がありません。一人ひとりのもつ技量等を組織として評価・分析し、教育・研修計画を策定することを期待します。

II-2-(3)③研修を受講した職員はレポートを作成し、会議で発表の機会を得ていますが、施設としてその評価・分析を行い、個人の研修計画に反映することはできていません。

II-2-(4)①②法人として実習生を受け入れています。また、施設ではその受け入れマニュアルを整備し、実習指導者も置き、実習スケジュールを決めています。

<p>Ⅱ-3-(1)①施設リスクマネジメント委員会に参加し、緊急時の対応などを検討、マニュアルを作成しています。これに基づいて消防訓練(年2回)、また施設の立地状態に応じた土砂災害避難訓練を行っています。</p>
<p>Ⅱ-3-(1)②地元消防署と連携し、利用者に向け防災について説明をし、利用者の意識向上に努めています。</p>
<p>Ⅱ-4-(1)①利用者の買い物等は地域の社会資源に送迎したり、給食は地元の農産物を利用し、地元で夏祭りを共催する等、地域との関わりを大切にしています。また、有償ボランティアを受け入れて利用者が地元で買い物や受診のための外出などの援助を行ってもらっています。しかし、施設として地域との交流、かかわりに関する考え方などを明示した文書などはありませんでした。</p>
<p>Ⅱ-4-(1)②法人「きづがわネット」の事務局を置き、地域での相談窓口の役割を果たしています。また、認知症サポーター養成講座(キャラバンメイト)を開催したり、普段から介護相談を受けています。また、在宅介護者交流会を開いて在宅介護者の支援を行っています。</p>
<p>Ⅱ-4-(1)③ボランティア受け入れマニュアルを作成し、受け入れ体制を整備しています。年に1回ボランティアとの懇談会を開いて、その中でボランティアとしての役割など必要な研修を行っています。</p>
<p>Ⅱ-4-(2)①緊急時連絡網、関係サービス機関リストなどを作成し利用者の状況に応じた社会資源を紹介し、職員間で情報の共有も行われています。</p>
<p>Ⅱ-4-(2)②きづがわネット(月1回)に参加し、地域の各種団体と連携を図っています。そこで共通の問題に対して取り組みを図っています。</p>
<p>Ⅱ-4-(3)①きづがわネットに参加することで、福祉ニーズの把握に努めています。同時に施設として脳トレ教室などを定期的で開催するなど、地域での活動を行っています。</p>
<p>Ⅱ-4-(3)②把握した福祉ニーズを検討し、法人としての中・長期計画の中に組み込んでいます。</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。	B	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。	B	B	
	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。	B	B	
		② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	B	B	
	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。	B	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。	B	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な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	B
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。	B	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	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。	B	B	
		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。	B	B
	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。		B	B	
	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	B	
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	B	
		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。	C	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。	C	C	
		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。	C	C	

【自由記述欄】

Ⅲ-1-1(1)①「神の園手帳」に利用者尊重に関する事項を記載しています。虐待防止に関する研修は施設長自らが実施しています。
Ⅲ-1-1(1)②プライバシー保護に関するマニュアル等は整備しています。玄関に設置された面会簿・外出簿は連名式のもので、乗客や他の利用者に個人情報が入ってしまいます。個別の記入用紙を設置するなどプライバシーに配慮した工夫を勤めます。
Ⅲ-1-2(2)①定期的に利用者満足度調査は行われていますが、利用者参画のもとでの検討会議は開催されていません。
Ⅲ-1-3(1)①相談・苦情対応に関する掲示物には、複数の相談窓口や第三者委員を明記しています。又、相談室としても活用している寮母室は、居室から離れた場所に位置しているため、利用者が相談しやすい環境が整っています。
Ⅲ-1-3(2)②苦情対応に関するマニュアルは整備しています。苦情への検討内容や対応策は口頭だけでなく文書で回答しています。
Ⅲ-1-3(3)③利用者からの相談や意見があれば、その都度ミーティングや会議で検討し、サービスの改善につなげています。

Ⅲ-2-(1)②自己評価や第三者評価の結果は主任会議やケアハウス会議で検討していますが、その検討過程や課題の記録が確認できませんでした。
Ⅲ-3-(1)②サービス開始時には、しおり、料金表、入居者心得等の資料で説明し、契約書を交しています。ただし、同意を得た事が書面で確認できないため、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書の作成を勧めます。
Ⅲ-4-(1)②利用者一人ひとりについて随時ミーティングで課題分析をし、ニーズや課題について明確にしていますが、アセスメント様式等は定まっていません。
Ⅲ-4-(2)①ケアハウスのため、サービス実施計画の作成が義務付けられていないとの事で、実施計画・個別記録は作成していません。