

[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 | 社会福祉法人与謝郡福祉会<br>ケアハウス岩滝あじさい苑 | 施設<br>種別 | ケアハウス<br>(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22年 3月 31日

|            |  |
|------------|--|
| 総 評        | <p>与謝郡福祉会【伊根町・与謝野町(岩滝・加悦・野田川)】を母体とした高齢者総合福祉施設「岩滝あじさい苑／ケアハウス」は京都府北部の天橋立を真一文字に望む名勝・大内峠の麓に位置しています。地域の子どもやボランティアとの相互理解と協力関係等が結ばれていて、地域の中で入居者も共に生活しているという考えが施設運営の基盤になっています。施設は高齢者に馴染みの畳、床の間、襖・障子、フローリング、岩風呂等によって家庭的な雰囲気には設えてあります。ホームページに子ども達との交流や地域ボランティアに支えられた盛大な夏祭り等の様子が写真で紹介されていて法人の掲げる理念「いのちを支え いのちに支えられ いのちを育む」の実践が伺えます。入居時には自立されていた人が介護度認定を受けられ、デイサービスやホームヘルパー、移送等の介護サービスを利用されています。職員は認知症ケア等の研修を重ね、入居者の個別のニーズに応じておられます。</p>   |
| 特に良かった点(※) | <p><b>管理者の責任とリーダーシップ</b><br/>・ 1-3-(3) Ⅲ-1-(3)<br/>管理者のリーダーシップの下に、利用者の満足度調査を実施し、利用者の声をサービスの質の向上に役立てておられます。匿名性を配慮した回答書を公開し入居者家族にもフィードバックされています</p> <p><b>人材の確保・養成</b><br/>・ Ⅱ-2-(1)(3)<br/>人事考課制度を導入され「人事考課マニュアル」に基づいて、考課基準を職員に提示すると同時に、フィードバック面接を行い、結果の透明性や客観性を確保しています。<br/>また、現任職員研修計画、新任職員研修計画、研修の手引き、ケア基準書等を策定され、質の向上に向けた人材の育成に努めておられます。</p> <p><b>地域との交流と連携</b><br/>・ Ⅱ-4-(1)<br/>200人を超える地域ボランティアの受け入れ、施設を解放した盛大な夏祭りの実施や「認知症の人と家族の会」との協働による介護者の集いの開催等、「岩滝あじさい苑」全体で地域との深い関係づくりが薦められています。</p> <p><b>利用者本位の関係づくり</b><br/>・ Ⅲ-1<br/>入居者と職員による話し合いの場(懇親会)を設け、利用者が自由に意見や要望が言える環境づくりに努めておられます。</p> |

|                      |   |
|----------------------|---|
|                      | <p><b>サービスの質の向上</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Ⅲ－２<br/>データシステム(処遇ソフト)を活用して、利用者一人ひとりのサービス実施状況の経過記録が整備されています。</li> </ul>   |
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・Ⅱ－２－(２)<br/>施設長による職員との個別面接の機会を設けられることをお勧めいたします。職員のモチベーションアップや施設の活性化に繋がるものと考えます。</li> <li>・Ⅱ－２－(３)<br/>実施された研修の内容やカリキュラムの評価・分析・見直しは、事業計画の見直しにも繋がります。研修の計画・実施、成果の評価・分析等を一表にまとめ整理されると、見直し作業がし易くなると考えます。</li> <li>・Ⅱ－４－(１)<br/>夏祭りの参加者やボランティア向けに介護相談や介護教室などを開催され、ケアハウスが持つ力を地域に還元されることをお勧めいたします。</li> <li>・Ⅲ－２－(１)<br/>年に1回、自己評価を行うことをお勧めいたします。評価シートに「第三者評価共通評価基準評価項目チェックシート」を使われることも考えられます。又、サービス実施計画は継続的に評価・見直しされる必要があります。見直しに該当するサービス内容の微調整を職員間で共有されるには記録が必要と考えます。</li> </ul> |

※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 | ケアハウス岩滝あじさい苑         |
| 施設種別  | 軽費老人ホーム              |
| 評価機関名 | n p o 市民生活総合サポートセンター |
| 訪問調査日 | 平成22年2月12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<br>理念・基本方針        | I-1-(1)<br>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)<br>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。              | B    | 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<br>計画の策定          | I-2-(1)<br>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    | A     |
|                       |                                    | ② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。         | C    | A     |
|                       | I-2-(2)<br>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に周知されている。               | B    | B     |
| I-3<br>管理者の責任とリーダーシップ | I-3-(1)<br>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。   | A    | A     |
|                       | I-3-(2)<br>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    | 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    | A     |

## 【自由記述欄】

事業所「ケアハウスあじさい苑」の母体は社会福祉法人と謝郡福祉会「あじさい苑」です。法人組織の理念に「いのちを支え、いのちに支えられ、いのちを育む」を掲げ、事業の基本方針に地域や利用者ニーズに応えたサービスの展開を掲げておられます。又、運営方針には地域社会との連携、利用者の尊厳、サービスの向上に努めることを掲げています。組織の理念は職員の行動規範となるよう、理解し易い平易な言葉で表現されています。理念を地域や職員に浸透させるため、広報紙に掲載したり、又、ホームページに掲載し、月々の職員会議で唱和されています。身近な地域住民や利用者・家族へは、事業所内に掲示、パンフレットや広報紙、重要事項説明書に明記されることが期待されます。法人の中長期計画の中で、小規模多機能型居宅介護(21年4月開設)や小規模特別養護老人ホーム等地域に根差した高齢者福祉総合施設の開設を挙げておられます。隣接の岩滝小学校を始め、地域の幼稚園や保育園の子ども達との交流、季節料理と抱き合わせた「お楽しみ献立」、舞鶴方面への日帰り旅行等の取り組みは、組織が掲げた理念や方針と一致し、利用者満足に繋がっています。しかし、最近では入居者の心身状態の低下に伴い、日帰り旅行等の参加が難しいケースが増えてきているとのことです。組織図、職務分掌図、各種委員会図、処遇マニュアル等の各種マニュアルが整備されています。施設長のリーダーシップの下で、理念や職員の総意で策定された運営方針に基づいて、利用者本位のサービスが提供されています。今後、施設長自らの声を広報紙等に掲載したり、自らの姿勢を職員アンケートで問うたり、自らが職員個人面談を行う等されると、地域や職員からの信頼がより一層得られるものと考えます。サービスの質の向上に向けて「法令遵守マニュアル」を策定し、職員の教育研修や利用者「満足度調査」の実施等に意欲を持って取り組んでおられます。又、利用者満足度調査で集約した利用者の声を、苦情解決委員会が中心となって関係する部署で把握・検討され、結果が全利用者にフィードバックされています。施設長は法人理事として年十数回の理事会に参加され、事業所の経営等の取り組みに指導力を発揮されています。

## 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<br>経営状況の把握             | II-1-(1)<br>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<br>人材の確保・養成            | II-2-(1)<br>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    | 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)<br>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)<br>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    | 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。                       | B    | B     |
|                             | II-2-(4)<br>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    | B     |
| 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。 |  | C  | C    |       |
| II-3<br>安全管理                | II-3-(1)<br>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<br>地域との交流と連携           | II-4-(1)<br>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。                               | B    | 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)<br>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    | B     |
|                             | II-4-(3)<br>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    | B     |
| 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】

法人が運営する施設の利用者及び待機者の重度化・認知症に伴い、家族介護者のレスパイトケア(注1)や地域密着型サービスに対するニーズが高まっています。法人収支報告書の公開や各種議事録の自由閲覧によって事業の透明性を図っておられます。人事考課制度を導入し「人事考課マニュアル」に基づいて、必要な人材の確保と育成に努めておられます。年2回、全職員による自己評価と上司によるフィードバック面接を行い、人材の能力開発や育成とともに、公正な職員処遇に繋げておられます。「ケア基準書」に運営規定やビジネスマナー、各種マニュアル(要約)を明記し、「研修の手引き」に職員に求める基本的姿勢や意識を明示されています。現任および新任職員の研修計画を策定し、新任職員には6カ月の研修実施(OJTを含む)の後、個人面談において自己の習得ゴールの設定と到達度評価を行っています。研修の成果を研修参加報告書や伝達研修を通して職員間で共有しています。研修計画・実施、成果の評価・分析を一表にまとめて整理の上、計画の見直しを図られることをお勧めします。実績がありませんが、実習生の受け入れ体制は整備されています。リスクマネジメント委員会や安全衛生委員会を設置し、ヒヤリハット事例、事故発生報告を基にケーススタディや研修、マニュアルの見直しを行い、利用者の「安全」に徹しています。ボランティア(年間延べ200人)の受け入れで利用者の活動範囲を広げ、QOLを高めておられます。年2回発行の広報紙に、ボランティア等の支援による施設の活動が紹介されています。デイサービスでは、「認知症の人と家族の会」との協働による介護者の集いや理学療法士や歯科衛生士による体操や口腔ケア等の知識や技術が提供されています。苑に於かれましても、ボランティアや夏祭りの参加者向けに、車いす体操、高齢者疑似体験、体力測定や健康相談等を提供されてはいかがでしょうか。「事業所連絡会」を1月に発足させ地域のネットワーク化に踏み出されています。

(注1)レスパイトケアとは在宅ケアを担っている家族の疲労を癒すため、ケアを一時的に代替えしたり、リフレッシュを図ってもらおうというサービスのこと。

## 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<br>利用者本位の福祉サービス               | Ⅲ-1-1<br>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<br>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<br>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<br>サービスの質の確保                  | Ⅲ-2-1<br>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     | 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     | 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<br>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。             | C                                 | A     |   |
| Ⅲ-2-3<br>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<br>サービスの開始・継続                 |                                   | Ⅲ-3-1<br>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                                 | A     |   |
|                                   | Ⅲ-3-2<br>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<br>サービス実施計画の策定                | Ⅲ-4-1<br>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。                | B                                 | A     |   |
|                                   | Ⅲ-4-2<br>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                                 | 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。                | C                                 | B     |   |

## 【自由記述欄】

法人理念に利用者を尊重する姿勢を明示され、研修会の実施、各種の会議・委員会での啓発、規定・マニュアル策定、ケア基準書に記載される等、人権擁護やプライバシー保護に関する職員の意識向上に努めておられます。意見箱の設置、利用者満足度調査や利用者懇談会の実施、第三者評価の積極的な受診等、サービス内容について定期的に評価を行い、利用者満足の向上に繋げておられます。実施した評価結果を検討チームや職員会議、苦情解決委員会で分析・協議し、改善課題の明確化に努めておられます。今後、第三者評価の自己評価シートを活用されるなどして、提供サービスの自己評価を年に1回～2回実施されることを望みます。個々のサービスの標準的な実施方法を明記した「ケア基準書」は、利用者や職員からの意見や要望・提案が反映されています。ネットワークシステムの活用によって、ケアマネジメントシステム(アセスメント→介護計画→実施→見直し)の確立と記録の整備に努めておられます。尚、利用者一人ひとりに対するサービスの質の向上を図るためには、アセスメントや実施計画の評価や見直しを定期的に行うことが必要と考えます。