

## 総合評価

|       |                      |          |                  |
|-------|----------------------|----------|------------------|
| 受診施設名 | ケアハウス<br>ウォーターヒルズ松寿苑 | 施設<br>種別 | ケアハウス<br>(旧体系： ) |
| 評価機関名 | きょうと福祉ネットワーク 一期一会    |          |                  |

平成21年 3月18日

|     |  |
|-----|--|
| 総 評 | <p>「人類愛善」～ひとりひとりを大切に～ 開設以来続く理念の下、毎年、年初めに理事長から年度方針が出されます。その年度の方針に基づいて、法人が4つの視点（人材・業務プロセス・ご利用者・財務）から中・長期計画を含めた具体的な運営方針を示し、そこから各事業の単年度計画が策定されています。また、総合施設長が綾部市の老人福祉計画委員として各種会議、委員会に出席し、綾部市の福祉ニーズを的確に把握され、「今、困っている人に、今、どうしていくのか」という視点から、地域の状況に応じた事業を展開しています。その具現化の一つが、今年度竣工した、介護が必要な状態になっても、介護保険サービスを受けることができ、可能な限り自立した生活を営むことができる入所施設「特定施設ケアハウスたのやま」であり、綾部市での高齢者福祉のリーダー的存在として、利用者本位のサービスを展開されていることは高く評価されます。</p> <p>ケアハウスにおいては、平成7年に開設以後15年が経過する中、入居者の約半数が要支援・要介護認定を受ける状況にあり、ケアハウス本来の機能だけでは、入居者への適切なサービス提供が困難になりつつあります。「一般入浴のほか見守り入浴を設定する。夜間の医療的な見守り体制を強化する」など、隣接する法人内の「特別養護老人ホーム松寿苑」と連携し、入居者が1日でも長く住みなれた場所で生活ができるよう取り組んでいます。また、利用者自治会も活発に行われ、毎月実施される懇談会とそれに先立つ三役会で利用者の要望や意見を汲み上げ、利用者の意思を最大限に尊重した取り組みは、法人の理念・基本方針に沿った、利用者一人ひとりを大切にした姿勢であり、高く評価されます。</p> <p>職員養成は組織の重大な責務と考え、法人人事委員会を設置して、スタッフ育成チームが職員の経験年数別に課題を明確にした育成計画を策定しています。この計画は、法人の中・長期計画にも反映されていますが、年度によっては計画の実行がなされていない部分があり、統一した人材育成が課題となっています。この課題は、組織としても認識されており、今後はすべての職員に個人個人の課題を明確にした研修を実施するなど、総合的な人材育成が求められます。</p> <p>今後は、さらに多様化する高齢者福祉ニーズに対し、総合施設としてのスケールメリットを利用して、綾部市における高齢者福祉の中心的存在であり続けていかれることを期待します。</p> |
|-----|--|

|                      |   |
|----------------------|---|
| <p>特に良かった点(※)</p>    | <p><b>I-1-1</b><br/>「人類愛善」～ひとりひとりを大切に～の理念もと、年度のテーマにより法人で4つの視点（人材・業務プロセス・ご利用者・財務）から、中・長期を含めた経営方針が示され、それに基づいた事業計画が策定されていることは高く評価される。</p> <p><b>II-2-1</b><br/>職員養成は組織の重大な任務と考え、法人人事委員会を設置している。スタッフ育成チームで職員の経験年数別に課題を明確にした育成計画を策定して、中・長期計画に反映されている。また、人事考課制度を導入して職員の意欲向上、公正な職員処遇に努めている。職員は業務改善シート（D o o C a pシート）を用いて目標設定し、育成面接で管理者と目標の達成方法や困難事項について話し合いを行うなど、人事考課の目的を理解した取り組みは高く評価される。</p> <p><b>III-1-2</b><br/>利用者自治会が組織され、毎月実施される懇談会とそれに先立つ三役会で利用者の要望や意見を吸い上げ、利用者の意思を最大限に尊重する仕組みがある。また、年に2回「利用者意向調査」が実施され、法人として「サービス質向上委員会」において検討して改善の起点としていることは高く評価される。</p>   |
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p><b>I-1-2</b><br/>職員周知へは、職員会議で説明するとともに事務所内に理念・基本方針を掲示することで周知している。また、四半期ごとに事業計画の評価（進捗状況）が実施され、理念・基本方針の確認もされている。利用者への周知は、懇談会で利用して口頭での説明にとどまり不十分である。利用者へ配布する広報誌などを通じて、継続的な取り組みが求められる。</p> <p><b>II-2-3</b><br/>法人の運営方針として4つの視点があり、その一つに「人材の視点」を掲げている。「共育」をテーマに育成システムを整備して、「平成20年度スタッフ育成計画」では経験年数別の課題を設定して取り組んでいるが、すべての年代において実行するまで至っていない。今後は、職員一人ひとりについての課題を明確にした研修計画に繋げていくことが求められる。</p> <p><b>III-4</b><br/>入居時にアセスメントを行い、それに基づき個人ごとのサービス計画が策定されている。モニタリングも1年ごとに行い、計画やアセスメントに変更が必要な場合は見直しを実施している。一方、介護サービスで求められている多職種協同での計画策定には課題がある。要支援や要介護の入居者が増加している現状を考えたとき、専門的なサービスを提供が必要になってくる。今後の改善を期待したい。</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 | ケアハウスウォーターヒルズ松寿               |
| 施設種別  | ケアハウスウォーターヒルズ松寿               |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人<br>きょうと福祉ネットワーク一期一会 |
| 訪問調査日 | 2009年2月18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。              | 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<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。                  | 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)<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。                | B    | A     |
|                       |   | ② 計画が職員や利用者等に周知されている。              | B    | A     |
| 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    | 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)<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        | 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。 | A    | A     |
| <b>[自由記述欄]</b>        |   |                                    |      |       |
| I-1-(1)               | 「人類愛善」～ひとりひとりを大切に～の理念のもと、年度のテーマにより法人で4つの視点(人材・業務プロセス・ご利用者・財務)から、中・長期を含めた経営方針が示され、それに基づいた事業計画が策定されている。   |                                    |      |       |
| I-1-(2)               | 職員への周知は、職員会議で説明するとともに事務所内に理念・基本方針を掲示するなどの取り組みが行われている。また、四半期ごとに事業計画の進捗状況の確認と評価が実施され、理念・基本方針の確認もされている。利用者への周知は、懇談会での口頭説明にとどまり不十分である。利用者へ配布する広報誌などを通じて、継続的な取り組みが求められる。 |                                    |      |       |
| I-2-(1)               | 中・長期計画が4つの視点から具体的に示され、各年度の事業計画に反映され取り組まれている。  |                                    |      |       |
| I-2-(2)               | 年度テーマ、法人計画、事業所計画と体系的に策定されている。事業所計画は、四半期ごとに進捗状況の確認と評価をしている。1年間の評価は次年度の計画に反映されている。利用者への周知は不十分であるため、進捗状況を簡易な形に置き換えて伝えるなど工夫が望まれる。                                       |                                    |      |       |
| I-3-(1)               | 総合施設長を中心に全体会議で法令、福祉情勢等の周知が行われている。また、毎朝、総合施設長から送信されるメールにより、同様の情報が周知されている。  |                                    |      |       |
| I-3-(2)②              | 施設長が、法人財務委員会に参加して経営の改善を図っている。特に、収入確保のために入居者の稼働率の安定、支出を抑えるのための経費削減は、ペーパータオルの使用など細かい部分にも配慮して取り組んでいる。  |                                    |      |       |

II 組織の運営管理

【共通評価基準 評価結果対比シート】

| 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。                   | A   | A     |
|                                 |                                    | ③ 外部監査が実施されている。                                      | A   | 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。                           | 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。                            | B   | 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。               | A   | 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)<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。                          | B   | 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。 | 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)<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。                  | 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   | A     |
|                                 | 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。 | B     |
| 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。 |                                    |  | B   | 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 利用者地域とのかかわりを大切にしている。                               | B   | A     |
|                                 |                                    | ② 事業所が有する機能を地域に還元している。                               | B   | 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   | 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。                                   | C   | B     |
|                                 |                                    | 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)<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   | 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) | 法人の運営方針として4つの視点があり、その一つに「財務の視点」を掲げている。綾部市の老人福祉計画委員として常に地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、法人で地域の福祉ニーズについてモニタリングを実施して、その結果は中・長期計画に反映されている。財務管理委員会において毎月の稼働率から財務分析を行い、職員にも周知して意識向上に繋げている。公認会計士による指導を受け、経営指標に基づいた経営改善を実施している。     |
| II-2-(1) | 職員養成は組織の重大な責務と考え、法人人事委員会を設置している。スタッフ育成チームで職員の経験年数別に課題を明確にした育成計画を策定して、中・長期計画に反映されている。人事考課制度を導入して職員の意欲向上、公正な職員処遇に努めている。職員は業務改善シート(Do-Capシート)を用いて目標設定し、育成面接で管理者と目標の達成方法や困難事項について話し合いを行うなど、人事考課の目的を理解した取り組みは高く評価される。 |
| II-2-(3) | 法人の運営方針として4つの視点があり、その一つに「人材の視点」を掲げている。「共育」をテーマに育成システムを整備して、「平成20年度スタッフ育成計画」では経験年数別の課題を設定して取り組んでいるが、すべての年代において実行するまで至っていない。今後は、職員一人ひとりについての課題を明確にした研修計画に繋げていくことが求められる。  |
| II-2-(4) | 法人でのスケールメリットを利用して、高齢者福祉の様々な分野で、実習生の受入、育成について積極的に取り組んでいる。実習生に対して実習後にアンケートをとり、その内容を検討して業務改善に繋げている。   |
| II-3-(1) | 安全管理委員会、安全衛生委員会、リスクマネジメントチーム、緊急対応マニュアル検討会委員会を設置して、各種マニュアルを整備し安全確保に対して積極的な取り組みを行っている。   |
| II-4-(1) | 地域の行事について掲示板を利用して参加を推奨している。地域の夏祭り、合唱祭、菊花展等に職員と合同で積極的に参加している。法人広報誌「あやべ松寿苑」において、事業活動の周知を積極的に行っている。多数のボランティアを受け入れているが、事前説明等のマニュアル整備は行われておらず改善が望まれる。   |
| II-4-(2) | 個別検討を行い必要な社会資源の情報を職員間で共有しているが、今後は、利用者にわかりやすい地域利用マップの作成など具体的な取り組みが求められる。  |
| II-4-(3) | 老人クラブと定期交流会の実施など、地域との交流を大切にしている。また、地域の祭りで福祉体験コーナーを設置するなど多岐にわたる地域ニーズに応えるよう努めている。  |

## 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<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。         | B                                 | A     |   |
|                                     | Ⅲ-1-(2)<br>利用者の満足度の向上に努めている。        | ① 利用者満足の上昇に意図した仕組みを整備している。                  | B                                 | A     |   |
|                                     |                                     | ② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。                   | B                                 | 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。                 | 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。                   | C                                 | B     |   |
|                                     | 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     | 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。 | 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。          |                                     |   | B                                 | 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。    | 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。             | B                                 | B     |   |
| 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。                    | B                                 | 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。                | B                                 | 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。   | 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。       |   | B                                 | B     |   |
|                                     | 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。 | B                                 | 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。                  | C                                 | 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)<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。                | B                                 | B     |   |

## 【自由記述欄】

|            |   |
|------------|---|
| Ⅲ-1-(1)    | 「身体拘束ゼロ推進委員会」、「個人情報保護委員会」を開催し、職員に周知徹底されている。また、各研修も組織的に実施されている。  |
| Ⅲ-1-(2)    | 利用者自治会が組織され、毎月実施される懇談会とそれに先立つ三役会で利用者の要望や意見を汲み上げ、利用者の意思を最大限に尊重する仕組みがある。また、年に2回「利用者意向調査」が実施され、法人として「サービス質向上委員会」において検討して改善の起点としている。  |
| Ⅲ-2-(1)    | 今回は第三者評価初受診ではあるが、法人として自己評価は行なっている。  |
| Ⅲ-2-(2)    | 入居者が多様化する中、一般入浴のほかに見守り入浴など工夫したサービスを提供するなど、サービスの提供方法が多様化している。今後は、標準的なサービスの実施方法を明記したマニュアルを作成するなど、文書化の整備が求められる。  |
| Ⅲ-2-(3)    | 個人ごとの目標が記載されたサービス計画が作成され、その実施状況が記録されていた。その一方、ケース記録を含め利用者・家族等からの情報開示を求められた場合の規程が策定されていない。規程の整備が求められる。  |
| Ⅲ-3-(1)    | ホームページや広報誌を通じて情報提供がされていた。重要事項説明書は、一般的な形式により作成されていた。ケアハウスの場合、利用者に判断能力が高く自らの意思で契約を結ぶことが多い。文字を大きくする、ルビをふるなど、高齢である利用者へ配慮した工夫が求められる。   |
| Ⅲ-3-(2)    | 事業所の変更、移行の際は、次に利用される施設等に利用者の状況を説明している。また、介護サービスを利用している場合は、担当ケアマネージャーと定期的な情報交換を行っている。  |
| Ⅲ-4-(1)(2) | 入居時にアセスメントを行い、それに基づき個人ごとのサービス計画が策定されている。モニタリングも1年ごとに行い、計画やアセスメントに変更が必要な場合は見直しを実施している。一方、介護サービスで求められている多職種協働での計画策定には課題がある。要支援や要介護の入居者が増加している現状を考えたとき、専門的なサービスを提供が必要になってくる。今後の改善を期待したい。 |