

[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	ケアハウス久我の杜	施設種別	軽費老人ホーム（ケアハウス） （旧体系： ）
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会		

平成22年9月10日

総 評	<p>1. 平成6年、京都市初のケアハウスとして開設された当事業所は、久我の街中に位置しており、近隣の小学校、保育園や地域のボランティアを積極的に受け入れ、利用者の生活を地域との交流の中で支援している様子が伺えました。また、利用者の自治会組織の運営にも積極的に関り、定期的な会議の開催により、施設方針の伝達、利用者の要望を汲み上げる仕組みが機能していると感じました。そして、施設歌が食事前に流されていましたが、これもその自治会役員の発案で生まれたものであり、そのことから、この施設を利用者が自分のものとして捉え、生活されていることの表れだと感じました。</p> <p>2. 玄関ホールに入ったとき、明るさと清潔感を感じました。食堂ホールも利用者の生活に合わせて、思い切った改装を行われています。周りには本棚やソファを設置し、くつろげる環境にしてあり、安心感がありました。また、寄せられた苦情に対して、その内容や解決対応方法を食堂ホールに掲示しています。このような開かれた対応に感銘を受けました。</p> <p>3. 施設長は、赴任されてまだ日も浅いですが、それまでの特別養護老人ホームでの経験を活かし、ケアハウスの利用者処遇にその良さを活かそうとしています。また、運営状況を様々な視点から分析をし、進捗状況を把握しています。今後、それを職員へもフィードバックすることで、さらに活用していただければと思います。</p> <p>4. 今回の第三者評価に受診に際して、自己評価の段階でその結果と課題をリストアップするなど、施設長をはじめ職員は、その趣旨を十分理解して調査に臨まれていました。</p>
特に良かった点(※)	<p>●理念の確立と周知 理念に基づく基本方針、中長期計画、年次計画を策定し、職員会議や、自治会会議等で、周知を図っています。</p> <p>●管理者のリーダーシップ 施設独自にKES（環境マネジメントシステム）に基づく提言を行っておられ、環境問題に着目した取り組みを行っています。また、施設長による事業運営上のデータ収集と分析力で、データは見やすい表やグラフにされ、そのデータを基に職員に業務効率や計画の進捗などについて理解を求め、事業運営に反映していくという取り組みに、管理者としての意気込みを感じました。</p> <p>●利用者本位 自治会役員の発案と、利用者の作詞による施設歌を尊重した日常が自然と施設に同調していました。事業運営の基本が「利用者と共に」という真摯な姿勢が感じられ、感銘を受けました。</p>

特に改善が望まれる点(※)	<ul style="list-style-type: none"><li>●人事考課 自己評価でも課題としているとおり、人事考課が稼働していませんでした。今後、稼働させていくということですので、そのことが、職員の更なるモチベーションアップにつながることを期待します。</li><li>●個別支援計画 個別支援計画を、ケアマネジメントプロセスに沿った運用を行い、利用者のニーズにさらに敏感に対応できるシステムが出来るよう、体制の整備を検討してください。</li><li>●利用者の意見の汲み取り 利用者一人ひとりから安心感を持たれて生活している様子が伺えましたが、同時に利用者間や職員間での人間関係で悩んでおられる様子も伺えました。利用者同士、また利用者と職員とのコミュニケーションを更に良くして、思いが十分に伝わる方法を検討していただけたらと思います。 また、利用者からは、今回の職員体制の変更に伴い、組織の更なる変化に期待をしている様子が伺えました。</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 久我の杜
施設種別	軽費老人ホーム（ケアハウス）
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会
訪問調査日	平成22年3月24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(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-1-1(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	A
I-2 計画の策定	I-2-1(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-2-1(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(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-3-1(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]

- I-1-1(1)① 理念がパンフレット・ホームページなどで確認ができ、また、掲示もされています。
- I-1-1(1)② 基本方針は、「毎日安心・毎日笑顔」であり、利用者の笑顔が垣間見れました。また、独自のコンプライアンスルールを策定しています。
- I-1-1(2)① 職員会議にて理念・基本方針を確認をしています。
- I-1-1(2)② 「入居者のしおり」を年度替わりに配布しています。その後、機会を定め、周知徹底もなされています。
- I-2-1(1)① 「久我の杜中長期ビジョン」にて確認できます。その内容は豊富でした。
- I-2-1(1)② 中長期計画（久我の杜中長期ビジョン）を基として、事業計画が立てられています。
- I-2-1(2)① 年間の事業計画に基づいて上半期事業計画が、事業報告に基づいて下半期事業計画が成り立っていることが確認できました。
- I-2-1(2)② 利用者の自治会を活用して、利用者への周知を図っています。
- I-3-1(1)① 施設長としての役割と今後の方針・方向性をH21.8に会議にて提言するとともに、H21.9から職員に対してヒアリングを行っています。
- I-3-1(1)② 福祉・医療機構が実施しているセミナーに参加していることが確認できました。他に、KES（環境マネジメント）にも積極的に取り組んでいます。
- I-3-1(2)① 毎月の職員会議で、サービス向上を目指した専門的内容の研修等を管理者が率先して行っています。
- I-3-1(2)② 同法人が運営されている他事業所間や同事業所内の部署ごとの超過勤務の把握に努め、そのデータをグラフ化し、超過勤務の多さの認識を持たせ、効率よい業務遂行や業務改善を検討されています。

## 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 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	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。	C	C
	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	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	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。	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 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。	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。	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。	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。	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]

- II-1-(1) ① 地域包括支援センターと協同し、地域に開かれた事業所に取り組もうとする姿勢が感じられます。それらのデータ等は中長期計画に盛り込まれています。
- II-1-(1) ② 下半期の事業計画に上半期の財務状況を反映し、人件費率を考えさせる仕組みを構築されています。
- II-1-(1) ③ 月1回、税理士が会計監査をしています。
- II-2-(1) ① 介護福祉士を取得するための勉強プログラム(カリキュラム)を独自に構築しており、数名、合格者を出しています。
- II-2-(1) ② 人事考課規則は存在していますが、実稼動に至っていません。
- II-2-(2) ① 昨今の問題であるハラスメントに関しては、敏感にキャッチし、担当窓口を設けています。
- II-2-(3) ① 法人で研修部会を設けている他、資質向上に関する取組みを中長期計画にあげて、事業所内でも勉強会等を行っています。
- II-2-(3) ② 職員一人ひとりの技量や能力を把握するアセスメントの工夫が必要です。
- II-2-(3) ③ 研修内容の検討の場を設けています。その場は研修内容を発表する場でもあり、次年度に向けた勉強会の土台づくりの場にもなっています。
- II-2-(4) ① 実習受け入れの体制は整えているが、実習施設対象外となっている為、学校との覚書きなどがありませんでした。
- II-2-(4) ② 実習施設対象外となっているため、受け入れることができていない。実質的には、この項目は「項目的非該当」です。
- II-3-(1) ① 介護事故防止マニュアル・感染症マニュアル等各種マニュアルが整備されています。
- II-3-(1) ② 利用者との懇談会にて危険防止について話し合う機会を設けており、共有スペースでは危険度が減少傾向にあることが確認できました。
- II-4-(1) ① 地域との関わりを事業計画に盛り込んでいます。
- II-4-(1) ② 食事室を「地域のたまり場」となるようにという心意気は感じられましたが、現在のところ道半ばということです。
- II-4-(1) ③ 「ボランティア受け入れにあたって」、「受け入れまでの流れ」などのマニュアルがあります。
- II-4-(2) ① 社会資源リストを事務所内の目のつきやすい位置に掲示しています。
- II-4-(2) ② 市老協の軽費ケアハウス部会・軽費ケアハウス経営部会に入会し、軽費ケアハウス部会にて事例検討会を行っています。

## 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
	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。	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。	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 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	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。	B	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。	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。	C	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。	B	A
		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	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
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) 利用者へ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	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。	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。	B	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	C

## 【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①	理念の中に利用者尊重の基本姿勢を示すとともに、利用者権利擁護指針を作成し、勉強会を実施しています。
Ⅲ-1-(1)②	プライバシーマニュアルを整備しています。毎月開かれるケア会議の中でも、プライバシー保護、個人情報保護の研修を実施しています。
Ⅲ-1-(2)①	利用者による選挙で当選した利用者代表による役員懇談会の後、施設側も交えた全体懇談会を開催し、双方で満足度の向上に向けた取組みを進めています。嗜好調査も毎年実施しています。
Ⅲ-1-(2)②	「全体懇談会実施報告書」にて改善された内容等をフィードバックしています。今後は「利用者満足度調査アンケート」も行っていく予定です。
Ⅲ-1-(3)①	エッグホール（食堂）の内外に談話スペースがあります。また相談室も備わっています。
Ⅲ-1-(3)②	協会全体が第三者委員を委嘱しています。苦情内容や解決結果はエッグホール（食堂）のホワイトボードにて掲示されます。
Ⅲ-1-(3)③	苦情対応マニュアルは見直しが行なわれており、電子レンジなどの設置希望においても、迅速に対応しています。
Ⅲ-2-(1)①	第三者評価の受診は今回が初めてです。今回の評価を施設独自の自己評価につなげることを期待します。
Ⅲ-2-(1)②	自己評価結果を踏まえて組織として分析、改善に取り組んでいます。「第三者評価の自己評価結果と課題」としてケア会議も開催しています。
Ⅲ-2-(1)③	自己評価を実施しながら気づいた課題に、職員参画のもと改善策や改善計画を作成し、改善に取り組まれています。今回作成された改善計画の実施状況の評価と見直しが今後の課題とされています。
Ⅲ-2-(2)①	標準的な実施方法については現在構築中です（周知方法を検討中）。
Ⅲ-2-(2)②	業務マニュアルの見直しはされています。今後はそれらの定期的検証に期待します。
Ⅲ-2-(3)①	ケア記録が整備されています。新しいコンピュータソフトの導入により、簡潔でばらつきがなくなり、職員間で情報の共有が図られています。
Ⅲ-2-(3)②	文書規程により保存及び廃棄について定められていますが、特にプライバシーに関する記録や文書等に関しては、廃棄方法（細断するなど）についても規程していただきたいところです。

Ⅲ-2-(3)③	記録はパソコンで職員がいつでも確認できます。情報の共有はケア会議にて行われると共に、ネットワークは法人全体で構築されています。
Ⅲ-3-(1)①	ホームページで公開しています。ボランティア通信、パンフレット等は最寄の図書館、郵便局、スーパー、また地域にある健やかセンターにも設置されています。
Ⅲ-3-(1)②	「ケアハウス久我の杜 入居のしおり」に詳しく分かりやすい説明があります。
Ⅲ-3-(2)①	「ケアハウス久我の杜における退去後の手順書」があり、それに基づいた対応がなされています。
Ⅲ-4-(1)①	「ケアハウス久我の杜 サービス計画作成の流れ」があり、最低でも三ヶ月に一回は見直しがされています。
Ⅲ-4-(1)②	ご利用開始後の再アセスメントと課題設定を開始されたところであり、それを全ご利用者について実施し、お一人おひとりの生活ニーズや課題の再設定を実施されているところです。
Ⅲ-4-(2)①	計画策定責任者（ケアマネジャー）によりケアプランが策定されているが、プランの実施状況を把握する仕組みが文書等で確認できませんでした。
Ⅲ-4-(2)②	「ケアハウス久我の杜 サービス計画作成の流れ」の中で規程や手順は定められ、モニタリングはされているが、それを次の再アセスメントやプランにつなげていくことが今後の課題とされています。