[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	アイリス福祉会 ケアハウス「白百合苑」	施設 種別	軽費老人ホーム
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

平成 23 年 3 月 15 日

総 評	ケアハウス「白百合苑」は環境に恵まれた広大な敷地の一角にあり、特別養護老人ホームと一体的に運営されていますが、8年目とは思えないほど施設が清潔に保たれており、生活しやすい環境となっていました。管理者は接遇・経営面など新しい感覚で職員をリードされ、人材育成にも取り組まれています。5名という少ないスタッフですが「どこにも負けないケアハウスを作りたい」という意気込みが感じられました。 街中から離れた自然豊かな場所にある施設ですが、病院、駅への送迎バスは1日往復4便あり、病院とのパイプもしっかりと構築されており、利用者の安心につながっています。「ケアハウスの職員は入居者と家族のパイプ役に徹底する」という方針で、利用者や家族とのつながりを大切に考えておられ、1泊旅行などにも取り組まれています。 また、地域の福祉まつりに参加され、コーラスの舞台発表や手芸品の販売を通じ、入居者の喜びや生きがいに繋がっています。ケアハウス独自のオープンデイを開催されたり、火災訓練に参加するなど、積極的に地域との交流もなされています。 今後は、地域の福祉ニーズを把握され、それに基づいた事業展開、経営計画、人材育成の中・長期計画を立てられ、それを単年度計画に落とし込むことにより、より鮮明で具体的な行動計画を作り、実践されることを期待します。 利用者の会や家族の会が現在はないとのことでしたが、誰かが自分のことを想ってくれると感じることは、利用者にとって大きな希望になります。形態にこだわらず、利用者のより充実した生活のために、家族と施設が集まり話し合える場を用意することから始められてはいかがでしょうか。また、利用者にとっても、施設を自分たちの力でより生活しやすくするという自治の力も必要だと思われるので、ぜひ検討されることを期待します。

特に良かった点(※)	Ⅱ－２－(１) 人事管理の体制が整備されている 今年から人事考課制度に取り組み、管理者が職員一人ひとりと面接をおこなうことで職員の思いを引き出し、仕事への意欲に繋がったという成果は大きいものです。今後は個別の研修計画なども整備し、人材育成のカリキュラムを立てられることを期待します。 Ⅲ－１－(２) 利用者満足の向上に努めている 利用者の声から21年度・22年度と1泊旅行を企画し、旅行の中で寝食を共にしたことで、職員との信頼関係がより深まり、以前よりコミュニケーションが増えました。また、旅行以前よりも、食事会や茶話会の出席率が上がるという効果もみられています。 Ⅲ－４ サービス実施計画の策定 サービス実施計画マニュアルがH22年9月に整備されました。サービス実施計画は、生活相談員が聞き取り調査を行い、寮母や訪問介護ヘルパーから入居者の要望や健康状態を聞き取りながら作成され、1年に一度見直す仕組みが構築されています。まだ入居者全員の整備はされていないとのことでしたが、この取り組みはケアハウスにおいては先進的であり、ケアの統一や質の向上に繋がるもので、たいへん高く評価できます。
特に改善が望まれる点(※)	Ⅰ－２－(１) 中・長期的なビジョンと計画 中期的、長期的計画を明文化し、計画に沿った単年度の計画を数値で評価できるような内容で作成し、実践されることが望まれます。 Ⅱ－４－(３)① 地域の福祉ニーズの把握 関係機関・団体との連携は行われていますが、地域の福祉ニーズを把握するためにも地域ケア会議等に参加するなど、積極的にかかわり、ネットワーク化が図られることが望まれます。 Ⅲ－１－(３) 利用者が意見を述べやすい体制 利用者アンケートを年1回実施され、結果の検討や分析、対応をされていますが、公表はされていないため、掲示板などを利用しての公表が望まれます。また、御意見箱は設置場所を入れやすい場所に移動するなど、利用者の意見が出やすい環境が整えられる事を期待します。情報開示の規定の整備や、利用者同士が互いに意見を出し合う場の設置についても検討が望まれます。

※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	ケアハウス「白百合苑」
施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」
訪問調査日	平成23年2月23日（水）

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。	b	b
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。	c	c
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	c
	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。	b	a
		② 計画が職員や利用者等に周知されている。	c	b
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。	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。	c	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。	b	b
		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】

I-1-1(1)	理念および基本方針は明文化され、施設正面玄関に掲示され、パンフレットに掲載されている。
I-1-1(2)	理念・基本方針はケアハウス事務所内に掲示され、毎年の職員会議で継続的に周知されている。施設内掲示やパンフレットにより利用者・家族にも周知されている。アイリスたよりも家族へ郵送されているが、利用者会や家族会などは無く、継続的な周知や説明は行われていない。
I-2-1(1)	中・長期計画の策定が見られなかった。事業計画は中・長期計画に基づくものでなかった。
I-2-1(2)	計画は各事業の担当者が策定し、理事会や評議委員会で承認され、毎月行っている職員会議で評価されている。策定された計画は、職員への周知はされているが、利用者への周知は現状では行われていない。今後については、理事会での承認後、利用者にも事業計画を配布することが計画されている。
I-3-1(1)	管理者の役割は運営規定に明記し、職員に明らかにしている。早朝出勤や利用者アンケートで現場把握に努め、職員会議や職員面談で取り組みを相談し、意見も聞きながら運営に当たっている。関係法令集はリスト化され、事務所内で利用できる仕組みがある。ケアハウス関係規定は“業務手引き”としてわかりやすくまとめられ、職員に周知されている。また、関係資料は職員に回覧される仕組みもある。
I-3-1(2)	利用者アンケートやサービスの質の向上への取り組みもあるが、継続的に評価分析するには至っていない。施設会議や職員会議で確認しながら、経営の安定化や満室への徹底、体験入所の制度化、朝食時間の繰上げ、身体機能が低下した利用者への対応策など、具体化されている。

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。	b	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	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。	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) 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	非該当
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	非該当	
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	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。	b	b
	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。		b	b	

【自由記述欄】

II-1-(1)	利用者数・利用者像等についての情報収集はされているが、地域の福祉ニーズや潜在的利用者に関するデータの収集は行われていない。 経営状況の把握・分析のための方法は組織として確立されているが、改善に向けての取り組みが明文化されていない。 外部監査を受けており、毎月公認会計士の指導を受けている。
II-2-(1)	必要な人材や人員体制に対する考え方や方針が確立しており、プランに基づいた人事管理が実施されている。 今年から人事考課制度を取り入れ、職員へのフィードバックにより仕事への意欲に繋がった等の成果がある。
II-2-(2)	職員の就業状況を把握し、管理職以外の意見を吸い上げ、業務改善をはかるための意見交換会が開催される等、職員の意見が反映される仕組みを確認した。 「京都市府民間福祉施設職員共済会」に加入している。
II-2-(3)	組織が職員に求める専門資格の計画はあるが、求める基本的姿勢や意識、専門技術についての研修計画の策定には至っていない。 個別の職員の技術水準、知識、専門資格などの把握はされているが、職員ひとり一人についての教育・研修計画の策定には至っていない。 研修を修了した職員は報告レポートを作成し、全職員に回覧する形が取られている。研修成果の評価・分析までには至っていない。
II-2-(4)	実習生を受け入れるための基本姿勢を明確にされ、マニュアルの整備もなされているが、実習事例がない。

Ⅱ-3-(1)	法人全体で夜間の管理体制を取り、緊急時の対応などの体制が整備されている。 本人の自由と安全確保の線引きは難しいが、細かな事例についてもきちんと報告・分析がなされている。
Ⅱ-4-(1)	地域の福祉まつりに参加し、コーラスの舞台発表や手芸品の販売、地域の火災訓練に参加するなど、積極的に地域との交流がなされている。 ケアハウス独自の文化祭・オープンデイを開催され、地域の参加を呼びかけている。 法人としての介護者教室の相談窓口にケアハウスの相談員も参加している。 ボランティアの受け入れに対する体制が整っており、年間20名の美容ボランティアを受け入れ、利用者の喜びに繋げている。
Ⅱ-4-(2)	「地域連携関連機関リスト」「地域関連機関連携図」が整備され、必要な社会資源を明確にしている。 居宅や包括の介護支援専門員との連携は定期的に取りられているが、ネットワーク化は行われていなかった。
Ⅱ-4-(3)	ヘルパーやボランティアを通して地域の情報収集はされているが、地域住民に関わる積極的な福祉ニーズの把握は出来ていない。 法人として福祉ニーズに基づいて実施された事業・活動があるが、それが事業計画に明示されていない。

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。	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。	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。	b	b	
		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	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。	c	a
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			c	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	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 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	a	
		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 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。	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。	a	a	
	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	a	
		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	利用者を尊重する姿勢が理念・基本方針・パンフレット・マニュアルに明記され、施設(法人)内の年間研修計画にも組み込まれている。また、外出簿・面会簿等は1枚ずつ個人ごとに書けるようになっており、プライバシーに配慮する工夫がされていた。
Ⅲ-1-2	利用者の声から1泊旅行を企画したことで満足度につながった事例が確認できた。嗜好調査を年2回行っており、結果を見やすいように大きな文字で書き掲示板に貼っている。利用者から食事がよくなったという声があることをヒヤリングにより確認できた。家族会や自治会の組織はなかった。
Ⅲ-1-3	利用者アンケートを年1回実施しており、結果の検討や分析、対応をしているが、公表はされていない。朝食を早く食べたいという要望に対して、職員の早出の時間を変更するなど、迅速に対応されている。職員が声かけに努める等、日常的に入居者が要望や意見を言いやすい環境づくりに努められている。苦情解決に関する体制があり、解決結果を掲示板で公表している。御意見箱が設置されているが、入居者が集まる食堂にあり、入れにくいのではと感じた。

Ⅲ-2-(1)	特養と合同で自己評価委員会・サービス評価委員会を設置し、1年前から今回の第三者評価への取り組みを始めた。サービス実施計画表を見直したことで利用者との距離が近くなり、スタッフのモチベーションがあがってきたことがヒヤリングから確認できた。今後、改善計画の実施が期待される。
Ⅲ-2-(2)	「契約書」「ケアハウス入居のご案内」に標準的なサービス実施方法について明記されており、見直しに関する時期も決められていた。
Ⅲ-2-(3)	ケース記録が整備され、必要な情報を記録している。主治医・訪問医のカルテも併せて記録している。記録は適正に管理されているが、情報開示の規定が確認できなかった。
Ⅲ-3-(1)	サービス選択に必要な情報提供については、ホームページ・パンフレット・ケアハウス入居のご案内・アイリスたよりを作成している。入居開始時には、運営規定・利用契約書・料金を明記したものを用いながら、施設長と相談員が口頭で丁寧に説明し、同意を得るよう努めている。
Ⅲ-3-(2)	事業所を変更するに当たっては、情報提供書を渡すなどの配慮をしている。退去後は、施設長と相談員が相談受け付け担当となる。そのことを明記した書類を利用者や家族に配布している。
Ⅲ-4-(1)(2)	サービス実施計画マニュアルはH22年9月に整備されている。サービス実施計画は、生活相談員が聞き取り調査を行い、寮母や訪問介護ヘルパーから入居者の要望や健康状態を聴きとりながら作成され、1年に1度見直す仕組みが構築されている。