

[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	ケアハウス西院	施設種別	軽費老人ホーム（ケアハウス）
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会		

平成29年12月15日

総 評	<p>2005年（平成11年）の開設時には特定28床・一般27床だったものが、現在では特定48床・一般7床に変化するなど、ニーズに合わせて柔軟に施設形態を変えてられました。「高齢者の方にやすらぎのある暮らしを」をスローガンに、自立支援を支援の原則に掲げ、自分でできることは自分でやっていただくという姿勢が施設全体に浸透していました。市内では数少ない特定施設入居者生活介護型のケアハウスとして重介護者も受け入れ、様々な医療機関と連携し、看取り支援も実施されています。また、徘徊されるご利用者がおられたとしても、GPSを持っていただいた上で出入りの自由は担保するといったように、支援内容へのこだわりを貫いておられます。</p> <p>また、書道や合唱、園芸など様々なサークル活動が活発に行われています。ご利用者の参加率も高く、ヒアリングでは「とにかく楽しく過ごさせてもらっています」といった声も聞かれるなど、とすれば単調になりがちな施設生活が充実したものになるよう、外出レクリエーションなどにも積極的に取り組んでおられました。</p> <p>また、職員専用の食堂や整理整頓された宿直室など、働きやすい環境整備がなされており、有給休暇の消化率ほぼ100%、残業もほぼないなど、法人として労働環境への配慮を意識されていることが見て取れました。</p>
特に良かった点(※)	<p>1) 質の向上に関する取り組み サービスの質の向上を図るという観点から、年4回、多職種が参加するCS委員会を開催されてきました。運営面での課題から小さな苦情まで、様々な課題に対応し、改善を図ろうとする姿勢は素晴らしいと思います。可能なら年4回と言わず毎月のように開催されるとともに、施設長もメンバーとして参加されると、より大きな視点からの改善や質の向上が進めていけると思います。まだまだ大きな可能性を秘めた取り組みであることを実感し、さらなる発展を遂げられることを期待いたしました。</p> <p>2) 情報共有の仕組み 建物構造上、一人の職員が3～4フロアを担当しなければならないことから、情報共有の有機的な仕組みの構築が欠かせない環境ですが、ネットワークシステムを活用して各階にパソコンを設置し、ご利用者の身体状況や生活状況をすべての職員が容易に共有できる仕組みが確立されてきました。さらに、特に重要な情報については、毎日実施される夕礼において確実に申し送られるようシステム化されてきました。</p> <p>3) 地域との関わり 地域との関わりをできるだけ多くしようと心掛けておられました。例えば、学区社協と連携しオレンジサロンを定期的に開催されたり、地域ケア会議にも積極的に参加されるなど、社会資源の一つとして施設機能を地域に還元しようとする意思が感じられました。今後とも、地域になくてはならない施設として、高齢者のみならず様々な層の社</p>

	会的ニーズに応じていかれることが期待できると感じました。
特に改善が望まれる点(※)	<p>1) 中長期計画を踏まえた事業計画の策定 5年を区切りとした長期計画が策定されていますが、実現性に乏しい内容であり、単年度の事業計画にも反映されていませんでした。また、事業計画は単なる行事計画に留まっており、施設としての方向性が感じられないものになっていました。まず、トップが中長期的に明確な方針を示し、その方針を具体化するために各セクションが立案した計画を集約する形で事業計画を編まれてはいかがでしょうか。そうすることで、職員やご利用者にも5年後、10年後の施設の姿がイメージできるようになり、単年度の計画に対する進捗状況の評価もしやすくなると思います。</p> <p>2) 職員ヒアリングの実施 前回（平成25年）の第三者評価でも同様の指摘がなされていますが、職員に対する施設長のヒアリングが実施されていませんでした。施設長は就任1年目とのことで、今後ヒアリングを実施される予定とのことでしたが、今回の職員への聞き取りでは、意見を吸い上げてもらう仕組みがない、という声も聞かれました。契約職員や非常勤職員が多い状況の中、正職員だけでなく、施設で働く全ての職員の思いを汲み上げ、事業運営に反映する仕組みの構築が求められます。</p> <p>3) 広報活動のあり方 広報誌を四半期ごとに発行されておられますが、地域に向けての配布はされていませんでした。また、内容についても、施設方針の表明や苦情・事故への対応結果、地域との関わりに係る活動など、せっかく実施されている様々な取り組みを発信するためのツールと位置付けたほうが、施設の立ち位置や存在意義を広く知ってもらうことができると思います。第三者評価の受診結果も含め、施設の透明性を高めることによって、結果的に施設の評判を高めていただくことが期待されます。</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	ケアハウス西院
施設種別	ケアハウス
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会
訪問調査日	2017年10月30日

I 福祉サービスの基本方針と組織

No.	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
1	I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	a
2	I-2 経営状況の把握	I-2-(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と経営状況が的確に把握・分析されている。	b	a
3			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b	b
4	I-3 事業計画の策定	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b	b
5			② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b	b
6		I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b	b
7			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	b
8	I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b	a
9			② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b	b

【自由記述欄】

- 1) 理念や基本方針は、会議の場などを通じて職員に継続的に周知が図られ、また、パンフレットや生活のしおり等を用いて入居者に説明がなされたり、夏祭りの際などにご家族等へも周知されておりました。
- 2) 京都市老人福祉施設協議会の各種会議や地域ケア会議などへの出席、学区社協の役員との連携を通じて、制度や地域の動向を把握しておられました。また、法人役員会や施設長会議で予算の執行状況等を確認されておりました。
- 3) 職員採用や物品購入など、法人本部と調整を図りながら進めておられました。また、経営改善のための会議はされていますが、具体的な取り組みにまでは踏み込んでいないとのことでした。
- 4) 長期計画は策定されていますが実現性に乏しい内容であり、そのための具体的な取り組みはされておらず、収支計画も策定されていませんでした。
- 5) 単年度計画は各セクションから年間計画を募って集約されておりましたが、内容は行事計画に留まっており、長期計画とも連動していませんでした。
- 6) 事業計画を掲示するなどして職員に周知されており、また、CS委員会において進捗状況を確認しておりましたが、見直しまでは実施されていませんでした。

7) 月一回の利用者会議において事業計画を口頭で説明されているとのことですが、家族への周知なども含め、改善の余地があるのではないのでしょうか。

8) CS委員会を年4回開催し、様々な観点からサービスの質の向上が図られていました。職員会議において課題の共有化及び改善プロセスの話合いがなされていました。年に1度利用者アンケートも実施されていました。

9) アンケート結果などから顕在化した苦情などには対応されていましたが、潜在的な課題への対応は不十分に感じられました。前回(平成25年)受診された第三者評価の結果も事業運営に反映されていませんでした。

II 組織の運営管理

No.	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
10	II-1 管理者の責任と リーダーシップ	II-1-(1) 管理者の責任が明確にさ れている。	①	管理者は、自らの役割と責任を職員 に対して表明し理解を図っている。	b	b
11			②	遵守すべき法令等を正しく理解する ための取組を行っている。	b	a
12		II-1-(2) 管理者のリーダーシップ が発揮されている。	①	福祉サービスの質の向上に意欲をもちそ の取組に指導力を発揮している。	b	b
13			②	経営の改善や業務の実行性を高める 取組に指導力を発揮している。	b	b
14	II-2 福祉人材 の確保・育成	II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計 画、人事管理の体制が整 備されている。	①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的 な計画が確立し、取組が実施されている。	b	b
15			②	総合的な人事管理が行われている。	b	b
16		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、働きや すい職場づくりに取組んでいる。	b	a
17		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	職員一人ひとりの育成に向けた取組 を行っている。	b	b
18			②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策 定され、教育・研修が実施されている。	b	b
19			③	職員一人ひとりの教育・研修の機会 が確保されている。	b	b
20		II-2-(4)実習生等の福祉サ ービスに関わる専門職の研修・ 育成が適切に行われている。	①	実習生等の福祉サービスに関わる専 門職の教育・育成について体制を整 備し、積極的な取組をしている。	b	a

21	Ⅱ-3 運営の透明性の 確保	Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保する ための取組が行われてい る。	①	運営の透明性を確保するための情報 公開が行われている。	b	b
22			②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営 のための取組が行われている。	b	b
23	Ⅱ-4 地域との交流、地 域貢献	Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確 保されている。	①	利用者と地域との交流を広げるため の取組を行っている。	b	a
24			②	ボランティア等の受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
25	Ⅱ-4 地域との交流、地 域貢献	Ⅱ-4-(2)関係機関との 連携が確保されている。	①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	a
26		Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための 取組を行っている。	①	福祉施設・事業所が有する機能を地 域に還元している。	b	a
27			②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的 な事業・活動が行われている。	b	b

【自由記述欄】

- 10) 組織図や職務分担表により管理者をはじめ職員及び職種における役割と責任が明文化されていましたが、一部責任の所在が不明瞭なものもありました。
- 11) 法令順守のための研修は実施されていませんが、必要な法令・法規を収集し、全体研修の場で説明されてきました。
- 12) 正職員に対し、半年に一度能力評価シートを提出させ、それをもとに今後職員ヒアリングを実施していく予定とのことでした。施設が抱える様々な課題についてCS委員会で検討されていますが、施設長は参加されていませんでした。
- 13) 限られた権限の中で改善のための取り組みを行っておられますが、施設長就任1年目ということもあり、主体的な体制整備等の取り組みへの関与は確認できませんでした。
- 14) 無資格職員には初任者及び実務者研修を受講させるなど、人材育成に努めておられました。全員常勤化を長期目標で掲げておられ、今年が達成年度ですが、実現は困難とのことです。
- 15) 職種ならびに役職に応じた自己評価票が作成されており、キャリアパス制度も構築されていますが、処遇や異動に反映するまでには至っていませんでした。
- 16) 介護業界の例に洩れず人材確保には苦心されていますが、有給休暇の消化率はほぼ100%、時間外勤務も月平均2~3時間とのことで、職員専用の食堂や設備の整った宿直室など、労務環境には配慮されていました。クラブ活動に援助をするなど、独自の福利厚生を実施されています。
- 17) 正職員に対して個人目標を提出させる仕組み（能力評価シート）がありますが、達成度の確認等は不十分でした。今年度施設長が代われ、今後ヒアリング等実施される予定とのことでした。
- 18) 内部・外部問わず研修参加を促し、伝達研修で全体にフィードバックされていましたが、研修計画の評価・見直しはされていませんでした。
- 19) 基礎研修、OJT、外部研修への参加の促しなど学びの機会の確保に努めておられましたが、新人指導をパート職員に任せているなどの点は、改善の余地があるように思いました。

- 20) 実習生受入マニュアルの中で基本姿勢を明らかにし、個々の特性に応じたプログラムを準備されていました。口頭や文書で職員に対しても周知が図られ、学校とも連携を取って実習受入れを行っておられます。
- 21・22) 第三者評価の受診結果、改善状況などの公表はされていませんでした。広報誌を四半期ごとに発行されていますが、地域に向けての配布はされていませんでした。外部監査等の仕組みも確認できませんでした。
- 23) 事業計画の中に地域との関わりについて言及がありました。地域ケア会議や民生委員等から情報収集を図り、地域の社会資源の活用や地域住民との交流を図っておられました。
- 24) 地域支え合い活動支援員からの紹介で多数のボランティアを受け入れ、初回や導入時に研修を実施されています。
- 25) 事業者連絡会や地域ケア会議に積極的に参加し、そこで得た情報を職員会議等で共有されています。地域の地図を入居者に配布するなど、情報発信に努めておられます。
- 26) 施設スペースを活用したオレンジサロンの実施、そこでの各種講座の開催などを通じ、施設機能を地域に還元しておられます。福祉避難所として指定され、備蓄などに取り組まれています。地域のバザー等にも参加されています。
- 27) 相談会なども行い地域のニーズの把握に努めておられますが、そこから具体的な取り組みにまでは踏み出せていない状況なので、今後の取り組みが期待されます。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

No.	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
28	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 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	b
29			② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	a
30	Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a	a
31			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	a
32			③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	a
33	Ⅲ-1-(3) 利用者満足 の向上に努めている。	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	a
34			① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b	b

35		すい体制が確保されている。	②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b	b
36			③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b	a
37		Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている	①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b	a
38			②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b	b
39			③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	a
40	Ⅲ-2 福祉サービスの 質の確保	Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a	a
41			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
42		Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	a
43			②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	a
44	Ⅲ-2 福祉サービスの 質の確保	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a	a
45			②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b	a

【自由記述欄】

- 28) 職員倫理規定を定め、利用者本位のサービスの提供を掲げておられますが、定期的に状況を把握し、評価する仕組みは確認できませんでした。
- 29) 認知症介護研究・研修仙台センターのマニュアルを全職員に配布し、不適切ケアに関する研修も実施されています。
- 30) 施設のパフレットその他、すこやか進行中などを常備し、適切に情報提供されています。
- 31) サービスの利用開始や変更時には、契約書・重要事項説明書を用いて説明し、同意を得られています。意思決定の困難な方には成年後見制度の利用も勧められています。
- 32) サービスの移行にあたっては、契約書に定められたとおり、生活の継続性や個人情報に配慮して情報提供しておられます。
- 33) 年1回利用者アンケートを実施し、結果を掲示するとともに、問題点や課題を会議で検討されています。ご利用者個別の聞き取りや利用者懇談会等での聞き取りを行い、サービスの向上に努められています。
- 34) 苦情対応マニュアルや体制は整備されています。苦情の検討結果もご利用者やご家族に説明されましたが、その内容を公表されていることが確認できませんでした。
- 35) 相談窓口を設置し、重要事項説明書や施設内の掲示版で案内を行われていましたが、相談相手を選択で

きるなどの周知が不十分でした。

36) ご利用者からの相談や意見に対してはマニュアルに基づき適切に対応され、マニュアルも定期的に見直されています。

37) 事故対策委員会を毎月開催するなど、リスクマネジメントに係るマニュアルや体制が整備され、対応策の検討や情報共有が組織的に図られています。

38) 感染症発生時のマニュアルが整備され、定期的に見直しをされていますが、役割や責任を明確にした管理体制の整備は不十分でした。

39) 非常災害時の体制整備は重要視されており、研修に参加して計画を策定し、自治会とも連携を図りながら安全確保に取り組まれています。

40) 各種業務マニュアルが整備され、それに基づいたサービスが提供されています。職員にも研修等で周知され、内容も尊厳やプライバシーの保護、権利擁護に関わる姿勢が窺えます。

41) フロア会議や毎日行う夕礼時等でサービスについての検証や見直しを実施されています。また、各種マニュアルについてもフロア会議等で定期的な検証されています。さらに、状態変化等あれば随時見直しを行うとともに、職員やご利用者の意見が反映される仕組みとなっています。

42) ケアマネジャーを中心に、アセスメントから計画策定、実施、評価、見直しといった一連のプロセスが適切に行われています。特に、毎月のフロア会議での意見を参考に、各専門職が担当者会議で評価や見直しを実施されています。

43) 心身の状況の変化や病院からの退院時にはADLの変化等の情報収集に努め、状態の変化に応じて随時見直しを行い、現状に即したサービス計画に変更されています。また、変更する場合の手順書も職員に周知されています。

44) ネットワークシステムを利用して各階にパソコンを設置し、介護ソフトを使用して介護記録やご利用者の身体状況や生活状況等を入力し、どの職員も閲覧できるよう情報の共有を図られています。特に重要な情報については、毎日実施している夕礼時の申し送りでも情報共有を図られています。

45) 個人情報に関する基本規則が作成され、その規則に従って適切に運用されています。ご利用者やご家族に対する説明については、契約書や重要事項説明書で個人情報の取扱いの説明を行い、同意を得られています。