

[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 (A型、B型、ケアハウス)
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26年4月12日

総 評	<p>施設を運営する「社会福祉法人京都福祉サービス協会」は、京都市内に特別養護老人ホームや訪問介護事業所等の事業を展開され、京都市内において介護保険事業の中心的役割を担っています。</p> <p>ケアハウス久我の杜は、高齢者が生きがいを持ち健康に安心して居住できる施設として、平成6年10月に開設されました。「毎日笑顔、健やか人生輝く長寿、あなたが主演」をモットーに、入居されている利用者の生活の質を向上すべく日々の支援を行っておられます。地域との交流を重視し、老人会や女性会の方々、子供達と施設入居者の交流活動が積極的に行われています。</p> <p>利用者支援の中心となる事業方針は、事業計画とともに毎月の確認と半期ごとの総括を行い、より具体的な職員の指針となっていると思います。また、質の向上を目指した研修体系の整備は大変すばらしいと感じました。</p> <p>「ケアハウス入居の対象となる高齢の方々には施設が開設された時期と大きく様変わりしてきた」と管理者は話されていましたが、入居者の高齢化と重度化は施設として今後の大きな課題であるかもしれません。</p> <p>今後も地域に根差し、地域での自由で豊かな高齢者の生活を支えるためご尽力されることを期待しております。</p>
特に良かった点(※)	<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p> <p>研修要綱が作成され、各事業所に研修担当を配置しています。また介護基本チェックポイントを毎月実施し、職員の基本姿勢の確認を行っています。法人として中途採用者・新人・2年目・中級者・上級者等の階層別、職種別の研修プログラムを実施し、事業所に研修委員を配置、研修ファイルの配布・活用や研修報告会を実施しています。研修参加者には報告書の提出を義務づけ、研修報告会を実施し、法人の研修部会で研修に対する評価や分析を行っています。</p> <p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</p> <p>併設の地域包括支援センターと連携し、地域のまちづくり協議会や自治連合会等の会合に参加して、地域の福祉ニーズの動向を把握しています。2015年までの“高齢者福祉施設久我の杜 中長期ビジョン“の中に、地域の福祉ニーズや施設が担う役割を明記しています。</p> <p>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。</p> <p>利用者が相談や意見を述べやすい環境作りのひとつとして、毎月必ず職員が全ての食事席を一巡し、日常的に利用者の話を聞き取る等、常に意見収集に努めておられます。また相談や苦情等の内容別に担当者を決めて、それを利用者にも周知し、内容によっては改善策等を公表されています。また「支援の基準」にも反映させ、より一層のサービスの質向上へと繋げる仕組みや体制が整っています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>I-3-(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。 管理者の役割を職務権限の中で明示し、会議や研修においても表明されています。その中においても、管理者自らが役割と責任についてその妥当性を検証したり、職員や利用者等から信頼を得ているかどうかを把握したり、評価・見直しするための方法について、常に意識はされているものの現在のところ模索中の状態です。 職員や利用者等から管理者に対する評価を得る仕組みがあれば、固い信頼関係の中でなお一層の確固たる運営へと繋がっていくものと思います。</p> <p>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。 利用者の救急搬送時や体調不良時の職員の動きを文書化すると共に、事故対応マニュアルを整備しています。ケアミーティングやケア会議で事故や苦情の対応を協議し、施設の全職員に周知しています。事故報告書を全職員に回覧し情報共有していますが、事故発生時の要因分析はケアハウス特有の個別性もあり課題を抱えておられます。管理者や職員が課題として気づかれている部分が、組織的・継続的な仕組みとして確立できることを期待します。</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	ケアハウス久我の杜
施設種別	軽費老人ホーム (A型、B型、ケアハウス)
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	2014年2月27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 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 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 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 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 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 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パンフレットやホームページに「毎日安心・毎日笑顔」という理念が明文化され、施設内にも掲示されている。 ②理念に基づく基本方針が、利用者本位の視点で作成されている。職員の関わり方も独自のコンプライアンスルールを策定し、具体化されている。
I-1-2	①運営会議や職員全体会議で、理念や事業計画等について周知している。 ②「入居のしおり」をもとに、利用者との全体懇談会で理念や事業計画についての説明を行い、理解を得ている。
I-2-1	①理念や基本方針に沿った中長期ビジョンが作成されている。 ②2012～2015年の中長期ビジョンに反映した事業計画が作成されている。
I-2-2	①職員全体会議で策定された事業計画の進捗状況は、上半期と下半期に分けて検証し、ケアハウスの職員間では毎日共有が図られている。 ②職員全体会議で各計画の説明を行い、利用者には全体懇談会で計画に基づく事業を説明している。
I-3-1	①管理者自らの行動が職員や利用者等から信頼を得ているかどうか等を把握する仕組みがなかった。 ②施設独自の権利擁護指針（コンプライアンスルール）を作成し、職員全体会議で周知を図っていた。
I-3-2	①週1回のミーティング、月1回のケア会議等でサービスの質の現状について評価・検討をし、タイムリーな研修も実施している。 ②管理者は財務・人件費率・稼働率等を検討して業務改善を行い、施設運営に活かしている。

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。	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。	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。	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	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。	a	a
	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	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 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	b
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。	a	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	b
	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。	a	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。	a	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)	①法人内の施設経営会議や京都市老人福祉施設協議会のケアハウス部会等で、社会福祉事業全体の動向についての情報を共有している。また地域の情報や動向について、併設の地域包括支援センターと連携して把握している。 ②法人内の施設事業運営会議で各部門の稼働率や利用状況等の分析を報告し合い、運営状況や課題を共有している。法人の経営状況や事業所の運営状況を職員会議で職員に周知している。 ③毎月、税理士による会計監査を受け、財務三表での経営分析を実施している。
II-2-(1)	①法人として求める人材像を明確にし、必要な人員体制を事業計画等に明示している。採用職種により必要な資格を明確にし、有資格者を優先して採用している。 ②平成24年から人事考課制度を導入し、2年間の試行期間を踏まえて実施している。年2回の人事考課面談の中で職員へのフィードバックを実施している。
II-2-(2)	①有給休暇の取得率や時間外労働のデータを作成して管理している。法人として産業医やメンタルヘルス専門のクリニックと契約し、職員に周知している。 ②職員共済会に加入している。法人全体で厚生会に加入し、各施設に厚生委員を配置して、旅行やポーリング等に参加できるようにしている。
II-2-(3)	①法人として研修体系が構築され、各事業所に研修担当を配置している。介護基本チェックポイントを毎月実施し、職員の基本姿勢の確認を行っている。 ②法人として中途採用者・新人・2年目・中級者・上級者等の階層別、職種別の研修プログラムを実施している。事業所に研修委員を配置し、研修ファイルの配布・活用を行っている。 ③研修参加者に報告書の提出を義務づけ、研修報告会を実施している。法人の研修部会で、研修に対する評価や分析を行っている。
II-2-(4)	①実習生受け入れマニュアルや実習のしおり、実習の手引きを整備し、基本的な考え方を明記している。 ②個々の実習生の特性や希望を勘案しながら研修プログラムを作成している。
II-3-(1)	①救急搬送時・体調不良時の職員の動きを文書化すると共に、事故対応マニュアルを整備している。ケアミーティングやケア会議で事故や苦情の対応を協議し、施設の全職員に周知している。 ②事故報告書を全職員に回覧し情報共有しているが、事故発生の原因分析は出来ていなかった。
II-4-(1)	①「久我・久我の社・羽束師まちづくり協議会」や「市政協力委員会」に参加している。施設玄関前や食堂の掲示板で地域の情報を提供している。 ②地域の小学校で認知症サポーター養成講座を開催したり、施設のホールで、「ここはず市」や「神川げんき広場」を開催し、地域交流の場を提供している。 ③ボランティア受け入れマニュアルに受け入れの意義を明文化している。ボランティアに対しての研修は実施されていなかった。
II-4-(2)	①協力医療機関や行政機関等、必要な社会資源を職員で共有している。入居時に配布する「入居のしおり」に社会資源のリストを記載し、利用者に周知している。 ②地域のまちづくり協議会や自治会連合会等に参加して意見交換を行い、地域ニーズを把握している。京都市老人福祉施設協議会のケアハウス部会に参加して情報交換を図っている。
II-4-(3)	①地域のまちづくり協議会や自治会連合会等の会合に参加して、地域の福祉ニーズ把握に努めている。 ②2015年までの「高齢者福祉施設久我の社 中長期ビジョン」の中に、地域の福祉ニーズや施設が担う役割を明記している。

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 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
		③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	a
	Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇に意図した仕組みを整備している。	a	a
		② 利用者満足の上昇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。	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。	a	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。	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。			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。			a	a
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。	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。	a	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。	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 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
	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。	a	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)	①理念、運営方針にも利用者を尊重した基本姿勢が示されている。基本的な人権や高齢者虐待、身体拘束について独自の利用者権利擁護指針を作成し、職員には会議等で周知している。 ②入浴や洗濯等にも個人の生活主体が尊重されている。職員にはプライバシー保護マニュアルを用いて研修を実施している。
Ⅲ-1-(2)	①2ヶ月に1回の職員と利用者との全体懇談会、毎月の役員懇談会を実施し、利用者のニーズや満足度の把握に努めている。施設独自のアンケート調査を実施し、結果を利用者にフィードバックしている。 ②全体懇談会や役員懇談会での利用者の意見、また意見箱の要望などに応え、必要に応じて具体的に利用者満足の上昇に取り組まれている。
Ⅲ-1-(3)	①担当者に生活相談員を配慮している。また、毎月必ず職員がすべての食事席を一巡して日常的に話を聞き取る等、常に意見収集に努めている。 ②苦情解決の体制は整備され、苦情内容や対策についてはフィードバックとともに、食堂に掲示して公表している。 ③利用者からの意見に迅速に対応するため、「支援の基準」を作成し取り組んでいる。
Ⅲ-2-(1)	①第三者評価を定期的に受診し、全職員参画のケア会議の場で検討している。 ②第三者評価の結果を踏まえ職員で課題を共有し、それを事業計画に反映し、毎月の会議で進捗状況を確認している。 ③第三者評価以外にも役員懇談会や全体懇談会で出た意見、地域の方からの意見も真摯に受け止め、半年に1度改善策や計画の検討と見直しを行っている。
Ⅲ-2-(2)	①平成24年に標準的なサービス「支援の基準」を作成し、職員や利用者の意見をもとに定期的に見直しをしている。 ②記録の管理は「文書管理規定」を定め職員に周知している。個人情報保護や情報開示の研修も実施している。 ③利用者に関することはパソコンソフト「ほのほ」で、施設全体としては施設ネットワーク「サイボーズ」で共有している。
Ⅲ-3-(1)	①ホームページを公開し、パンフレット等も自由に持ち帰れるように設置している。 ②サービス内容や料金については「入居のしおり」で説明し、「契約書」に同意を得ている。
Ⅲ-3-(2)	①他の事業所や地域・家庭への移行については、手順書を独自で作成している。サービス終了時には相談員やケアマネジャーにつなげている。
Ⅲ-4-(1)	①入居申し込み時に初回アセスメントシートで課題分析し、入居後の定期アセスメントについては、年1回モニタリングして個別援助計画に反映している。 ②利用者全員に「ケアハウス支援計画」を作成し、課題を明確化するとともに具体的な支援の方法についても明示している。
Ⅲ-4-(2)	①サービス実施計画の作成については策定責任者を設置し、利用者ごとに担当を決め、「ケアハウス支援計画」を作成している。 ②「支援の基準」により、週1回のミーティングや月1回の会議の中でサービスの見直しを行っている。