

[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	ケアハウスリブル北山	施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成27年5月7日

総 評	<p>ケアハウスリブル北山は、京都市の北区・上京区を中心に住み慣れた地域で暮らし続けたいという住民の願いによって1985年に設立された社会福祉法人七野会の複合的な老人福祉施策拡充の取組みの中で、1995年に定員50名で開設され、障がいや機能低下があっても本人が望まれる限り自立した暮らしが継続できるよう支援することを基本理念に取り組んでいます。開設20周年に向けて、サービスの点検見直しを図り質の向上に繋げる機会とするために、今回初めて第三者評価を受診されました。受診にあたっては、管理者・主任・介護職。調理師の各自が自己評価を行い、それを持ち寄りチームで検討し、評価基準が求める意味やポイントと突き合わせて議論を進めてきたとのことでした。</p> <p>ケアハウスはある程度自立度が高い人向けの施設であり、利用者同士の間関係の難しさや、そこに職員が関わることの難しさに加え、近年は入居者の高齢化・重度化の進行によりADLや自己管理能力の低下や認知症の進行によって、行く末に不安を抱えておられる利用者への支援が課題となっています。「安心して暮らし続けられるように環境を整え、穏やかな暮らしを入居者と共に築く」ことを目標に、現在は試行錯誤が続いているとのことでした。</p> <p>今回の評価では、法人として取り組んでこられた地域との積極的な関わり、充実した職員の育成システムや福利厚生、各部門が横の連携に支えられていることなど、ケアハウスリブル北山の基盤にも十分に触れることができました。その一方、上記した利用者の状況に対応する職員体制の充実、さらには特定施設入所者生活介護への移行や大規模修繕などの中長期的な対応も含め、今後の取組みが大変重要であると思われまます。法人の重層的な基盤に支えられた組織的な取組みに期待します。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○利用者本位の福祉サービス 法人の設立の経緯、地域に支えられた運営の経過とも相まって、「その人らしく」暮らし続けるという法人の理念や運営方針が徹底されています。利用者の意見は自治会の仕組みを通してまとめられ、自治会役員と施設職員での毎月の運営委員会等を経て、毎月の全体会で利用者にフィードバックされています。また様々な利用者の活動を支援する仕組みがあります。職員の意見も毎月の会議やヒヤリング等を通して生かされています。クックチル方式で外部委託を行った食事サービスを利用者の意見によって直営に戻し、利用者満足につながっていることがその代表例です。</p> <p>○サービス実施の記録（個別援助計画の作成） 管理者と主任は法人内の介護サービス部門の相談員や介護職としての経験を生かし、昨年より個別援助計画の作成に取り組んでいます。要介護・要支援認定を受けた方のケアプランに基づいて計画が作成され、職員の意識変化につながっているとのことでした。 アセスメント、評価の見直しの時期、ケアプランがない方の援助計画などが今後の課題とのことですが、今後の取り組みに期待したいと思います。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○サービスの標準的な実施方法 サービスの標準的な実施方法について定めた業務マニュアルは作成されていません。ケアハウスの職員数が少ないとの理由で作成してこなかったとのことですが、職員が共通の認識を持ってサービスにあたり、また職員の交代によっても一定の水準のサービスが提供できるよう、実施するサービス全般にわたって文書化することが求められていると考えます。また、職員が文書化を行うプロセスを通して、サービスや業務の見直しや改善も期待できます。</p> <p>○個別の教育・研修計画の評価・見直し 法人のキャリア開発支援部によって教育研修制度が組織的に運営されており、外部研修や内部学習会への参加によって職員の研修計画や記録も確認できましたが、研修の振り返りは自己評価までで、研修成果に対する評価・分析、フィードバックは不十分とのことでした。 利用者の自己管理能力の低下に対応するケアハウスの支援のありよう、職員の力量が問われる状況の中で、ケアハウスでの支援の専門性を高めるためにも、研修成果の評価等を組織的に行う必要があると考えます。</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	ケアハウスリブル北山
施設種別	ケアハウス
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成27年2月26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。	B	B
		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) 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	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。	B	A
		② 計画が職員や利用者に周知されている。	B	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	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	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) 法人の基本理念とそれにまつわる設立の経緯をパンフレットや広報誌、年間まとめの冊子に記載しています。法人理念に基づいてケアハウスの基本理念と基本方針も作成し、「穏やかで安心できる暮らしを共に築こう!」というスローガンと共に玄関ホールに掲示しています。ケアハウスの基本方針は6項目にわたり、職員の行動規範になるものとなっています。

I-1-(2) 年度当初の全役員者会議で理念に沿った年度方針を理事長から出し、役員の職員に周知しています。毎年秋に法人レベルで実践研究発表会を行い、職員への更なる周知を図っていますが、ケアハウスとしての実践報告はできておらず、基本方針と実践との結びつけが課題とのことです。また、ケアハウス利用者向けのパンフレットには、基本方針等の記載がされていないことに今回の自己評価で気づかれたとのことです。

I-2-(1) 法人レベルで毎年、3年程度の中期計画を作成しています。ケアハウスとしての課題や問題点の整理が十分でないとのことです。年度ごとの計画は、前年度のまとめとしっかりとした課題分析に基づく中期的な視点のもとに作成しています。

I-2-(2) 毎月の職員会議で年間計画の実施状況の評価を行い、さらに年度末のまとめ会議で総括を行い、次年度の計画に反映しています。利用者の自治会役員との運営委員会で毎月の予定の実施状況を話し、さらに利用者の全体会議でその内容を報告しています。

I-3-(1) 年度当初に管理者としての運営に関する方針を文章化し、法人のまとめと方針の冊子に掲載しています。職員のヒヤリングシートが管理者に提出され、それによって管理者への要望などを把握するとともに、理事長による管理者ヒヤリングが毎年あり、管理者としての役割を検証する仕組みとなっています。法令遵守については、法人の総務部門が一括して対応する仕組みとなっています。

I-3-(2) 毎月開催する職員会議でサービスの現状把握を行い、管理者としての方向性を提起しています。今年度は業務管理ソフトを導入し、記録の平準化と情報の共有化等の業務改善に取り組んでいます。

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。	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。	B	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。	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。	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。	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	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。	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 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。	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	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。	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。	C	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 組織運営については、法人全体で経営環境の把握、分析、改善への取り組みが継続的に行われ、資料化しています。

II-1-(1) 法人全体の中での事業所の事業計画に基づき事業の運営管理がなされ、外部監査や中長期計画も確認できますが、事業所としての中期計画はスタートしたばかりです。経営状況については、四半期毎に収支報告書により職員に周知しています。

II-2-(1) 法人全体で人事管理体制は確立され、毎年事業計画作成時に事業所としての具体的な人事プランを作成し、法人のヒヤリングに対応しています。法人のキャリア開発支援部でキャリアパスの構築に取り組んでいます。

II-2-(2) 労務管理は管理職による年一回のヒヤリングやカウンセラーによるメンタルサポートシステムの仕組みが出来ています。職員の意向・意見は人事異動の時に生かされるようになっていきます。法人の厚生部会に事業所の代議員を選出し、職員の福利厚生事業に取り組むシステムになっています。医療費自己負担金の半額補助等があります。

II-2-(3) 法人のキャリア開発支援部が一括して、教育研修制度を組織的に運営しています。外部研修や内部学習会への参加による職員各目の研修計画・記録も確認できましたが、研修結果についての評価や報告についての会議が少なく研修の成果の生かし方が今後の課題と思われれます。

II-2-(4) 法人全体でマニュアル等の整備をしておき、実習受け入れ体制が整っています。ケアハウスとしては事業所見学のみになっています。

Ⅱ-3-(1) 安全確保についての法人全体のマニュアルがあり、リスク管理対策、防災訓練の実施や研修が確認出来ました。ケアハウスでは毎月入居者の防災委員との自主点検も実施しています。

Ⅱ-4-(1) 法人での行事やサークル等について地域への広報をし、ボランティアの受け入れ体制も整備しています。ケアハウスでの脳トレ体操や転倒予防体操等についても、地域住民の方に参加への案内を出しています。ボランティアについてはサークル活動の講師の受け入れがあり、法人のボランティア委員会のまとめと方針を確認しました。地域行事(原谷元気市やこぶしのカフェ等)には職員も一緒に参加するようにしています。

Ⅱ-4-(2) 原谷圏域サービス事業所会議に参加し、必要な医療福祉施設等の情報はリスト化して連絡連携が出来る様にしています。

Ⅱ-4-(3) 法人全体として地域における様々な事業展開の中で20年前にケアハウスを開設しました。平成28年の夏には北山地域への福祉サービス施設の開設を予定しています。

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。	B	A	
		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。	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な評価を行う体制を整備している。	C	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。	A	C	
		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	C	
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	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。	B	B	
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。	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。	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。	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。	B	B	

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1) 法人として京都市シェルター事業に参画するなど、組織全体で取り組んでいます。職員研修の具体例として、平成26年9月19日「高齢者虐待について～虐待防止からケアの向上へ～」のテーマで外部講師による研修を開催し、10月10日の職員会議でも職員に周知を促した会議報告書を確認しました。プライバシーの保護についてはパンフレットに明記し、職員も周知しています。日常の関わりの中で、入室の際は必ずチャイムを鳴らし、許可なく鍵を開けない事や、本人不在時の訪問は必ず2人体制とするなど、徹底した取り組みが行われています。

Ⅲ-1-(2) 基本方針にも利用者が「より豊かになるように」と明示しています。毎年3月に嗜好調査を行い、年4回の食事委員会で向上に向けて話し合っています。その他、年1回の居室訪問の際には事前にアンケート調査を行っており、自治会の運営委員会には必ず職員が出席しています。厨房でのクックチルの導入以来、食事に関する要望が増えたため、クックチルを廃止し直営に戻したところ、「食事が大変美味しくなった」と改善を喜ぶ声が聞かれています。

Ⅲ-1-(3) 苦情受け付けの相談窓口が書かれた文書はエレベーター横に掲示しています。事務所横には相談室を設け、誰もが気軽に利用できるつくりになっています。広報誌「なの」42号の「2013年度七野会事業所での苦情」という記事で法人全体の苦情が確認できますが、リプル北山は「なし」との事です。対応マニュアルは法人として整備しています。設備の簡単な修理などの意見には会議を待たずに対応しています。又、複数の意見については全体会で公表しています。

Ⅲ-2-(1) 第三者評価の受診は今回が初めてですが、毎年、目標や方針の達成度を基準に自己評価を行い、法人の管理委員会で結果と課題を発表し、それをまとめて次年度の計画に反映しています。管理委員会のまとめは法人全体で一つの冊子とし、職員間で共有しています。改善について年度末には話し合っていますが、年度途中の見直しはしていないとのことですのでb評価とします。

Ⅲ-2-(2) サービス実施についてのマニュアルがないので、①②共にc評価とします。リプル北山職員は少人数のため、文書化する必要性を感じてこなかったとの事です。

Ⅲ-2-(3) 記録は昨年よりパソコンを導入し、統一しています。昨年度より、認定を受けた方のケアプランに基づいて「個別援助計画」の作成を始め、担当職員の認識に変化が生まれたとともに、評価の仕方や時期などを試行錯誤しているとのことでした。「個人情報開示規程」を定めており、職員には法人の新人オリエンテーションで教育しています。職員会議において「ケースまとめ」をレジュメとして配布、し全員で確認しています。欠席者やパート職員は会議報告書を回覧しています。その他、業務日誌や申し送りでも日々情報を共有しています。

Ⅲ-3-(1) ホームページや玄関の資料設置を確認しました。見学・体験については、重要事項説明書に書かれています。

Ⅲ-3-(2) 退所時に渡された引き継ぎ文書は複数確認できましたが、退所後の対応についての文書等は作られていません。

Ⅲ-4-(1) 「援助計画」を作成し、ニーズや課題を記載し、サービス担当者会議の記録も確認できましたが、計画の見直しはこれからとのこと、アセスメントの手順も確立していません。居室訪問の事前アンケートを今後「満足度調査」に変更する予定です。

Ⅲ-4-(2) 自立者に対しての計画は今後の取組み課題との事です。本人の意向に基づいた計画作成はしていますが、計画の実施状況の確認はできていません。急な計画の変更時には必ずサービス担当者会議が行われており、仕組みとしては整備しています。