

[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 (旧体系：)
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

2019年5月7日

総 評	<p>ケアハウスリブル北山は、1985年、住み慣れた地域で尊厳を持って「その人らしく」暮らすことへの支援を目的として設立された社会福祉法人七野会により、1995年、定員を50名として設立されました。施設名称の「リブル北山」のリブルとは、フランス語で「自由に」とか「独立した」という意味を持つものです。この名称に込められた思いを大切に、設立以来、入居者が「自由に」「自分らしく」「心豊かな」生活できるよう、常に心がけておられます。設備面でも、建物は全個室で、ベランダも部屋ごとに仕切られているほか、建物玄関には、各個人専用の鍵付きポストもあります。また表札は、入居者自身が作るもので、その一つひとつが、個性に溢れています。そのほか、食堂が非常に広く、全面ガラス窓の構造となっており、極めて開放的で、四季折々の京都の風景を味わうこともできます。またこの食堂の中には、カウンターがあつて、喫茶スペースとなっており、利用者同士で、食後のコーヒーなどを楽しんでおられました。さらにトランクルームのための広いスペースも確保されており、季節ごとの模様替えも問題なく行うことができます。このような自然溢れた素晴らしい環境のなか、機能的な設備を備えた施設で、自分らしく、心豊かな生活を目指した支援が実践されております。</p> <p>ただ、事業所のホームページが、法人のホームページ内の事業所紹介ページとして1ページあるのみとなっております。事業所単位では、なかなか難しい部分もあるようにも思いますが、このような事業所における素晴らしい実践もホームページに公開し、利用者や家族のほか、ケアハウスへの入所希望者に対し、十分な情報が提供される仕組みを作られてもよいと思います。</p>
-----	---

特に良かった点(※)

○自主性の尊重

利用者が自分らしく生活するという理念のもと、利用者自身が自治会を構成しており、利用者の意見は自治会の仕組みを通してまとめられます。また利用者にとって、食事は生活の中でも重要な要素となっており、食事に関する関心は極めて高いといえます。そこで、毎年嗜好に関する調査を実施した上で、食事委員を選任し、厨房職員などとともに、年4回、食事を考える会を開催しており、時間をかけて、利用者自身が、食事について考える時間を設けています。

○豊かな生活の実践

素晴らしい自然を満喫しながらの食事や、食後のコーヒーを楽しめる喫茶の時間は、利用者の楽しみの一つとなっています。また利用者のために、書道サークル、詩吟サークル、カラオケサークルなどを開催し、利用者同士の交流を促すとともに、地域住民にも参加を呼びかけ、地域との交流の機会も設けています。利用者の高齢化が進み、サークル活動への参加が億劫になられる方もいらっしゃるようですが、日々魅力的な企画を練る試みを続けております。例えば、音楽ボランティアなどを呼んで、コーラス演奏をしてもらい、お茶とケーキを出して、これを食べながら音楽を聴く音楽喫茶なども実施されております。

○法人との有機的な連携

法人は設立時から長期にわたり、多様な事業所を運営していますが、毎年法人の事業報告、事業計画策定時に、法人の各委員会や、各事業所の事業報告、事業計画を文書化した上で提出することを求め、決算報告、規則規定集と合わせてこれを冊子化し、各事業所に配布しています。また会報誌「ななの」を定期的に発行しており、その中で、利用者や職員にも、直接これを伝えており、法人と各事業所、職員、利用者などが有機的に連携しています。このようななかで、研修制度は、法人の採用教育部が担っており、経営問題については、管理者や役員などが参加する管理委員会を毎月開催し、昨今の労働環境の問題については、働きやすい職場プロジェクトを立ち上げ、これに対応するなど、リブル北山も、このような法人の重厚的な仕組みのなかで、様々な課題に対応しています。

<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○標準的な実施方法について</p> <p>標準的な実施方法とは基本的な相談、援助技術に関するものだけでなく、福祉サービス実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮、設備等の福祉施設・事業所の環境に応じた業務手順等も含まれ、実施する福祉サービス全般にわたるものです。また職員の違い等による福祉サービスの水準や内容の差異を極力無くし、一定の水準、内容を常に実現するためには、このような標準的な実施方法について文書化することが求められていますので、今後、これまでに蓄積されたノウハウを文書化されることを期待します。</p> <p>○個別援助計画の作成について</p> <p>個別援助計画の実施主体が決められており、昨年度は個別援助計画を策定されていましたが、今年度は策定しておりません。利用者が高齢化するなかで、ケアハウスにおいても、アセスメントの重要性が高まっております。これまでもアセスメントやモニタリングを十分に意識し、様々な有益な試みも数多く見受けられますので、今後はこのような取組みを個別援助計画の策定に繋げてください。</p> <p>○職員の育成について</p> <p>職員一人ひとりには毎年目標を設定し、管理者が一年に一度面接を行い、目標達成度の確認を行っていましたが、中間面接を行うなど、年度内に進捗状況の確認をされ、職員の目標達成への後押しをしてはいかがでしょうか。</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	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
訪問調査日	平成31年2月25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	b
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。	a	a
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。	a	a
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。	a	a
7			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	a
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。	a	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。	c	b

【自由記述欄】

- 基本理念は、利用者等に配布される「入居のしおり」や、職員に回覧される事業所の単年度事業計画に掲載しており、玄関ホールにも掲示しています。基本方針は、単年度事業計画に掲載し、職員会議を通じ、職員に対して周知を図っていますが、利用者および家族に対する周知が十分とはいえません。
- 法人において、毎月1回、事業所の管理者や役員等による管理委員会を開き、法人全体で、経営環境の把握、分析をしています。
- 法人の管理委員会において、経営状況や、改善すべき課題を共有しています。また法人作成の会報「なのの」に、その協議内容を掲載しており、これを職員に回覧していますが、事業所において経営課題の解決・改善に向けての具体的な取組みまでは確認できませんでした。
- 法人において、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な中・長期計画を策定しています。
- 中長期計画を反映した単年度の事業計画を策定しています。単年度計画には、具体的な数値目標などを設定しており、実施状況の評価を行える内容となっています。

6. 職員会議において、職員の意見を集約し、単年度の行動計画、行動指針などを策定しています。また半期ごとに、その進捗状況を確認し、修正・追加などの検討をしています。
7. 毎年4月に、利用者や家族等に対し、中庭バーベキューを行う花見会と合わせて、事業報告会を開催しています。また毎年一回、広報誌「なのの」に事業計画を掲載し、その内容をわかりやすく説明しています。
8. 毎年の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、これをまとめて、次年度の計画に反映しています。また第三者評価も定期的に受診しています。
9. 法人の管理委員会で発表された結果と課題は法人全体で一つの冊子とし、職員間で共有しています。また半期ごとに改善計画の見直しも行っていますが、改善の取組みまでは確認できませんでした。

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	a
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。	a	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。	a	a
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	a
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。	a	a
15			② 総合的な人事管理が行われている。	a	a
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。	a	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。	a	a
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。	a	a
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 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。	a	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。	a	a
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。	a	a
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。	a	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。	b	b

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
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	b
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。	a	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. 当該年度の最初の職員会議で管理者としての運営に関する方針を文書化した上で、これを表明しています。またこれを法人の「年度まとめと次年度計画」の冊子に掲載し、職員に回覧しています。
11. 管理者は法人の法令遵守事業管理部が主催する管理者向け法令遵守学習会に参加しています。また、職員会議でこれを報告し、職員への周知を図っています。
12. 管理者は毎年事業目標、計画を文書化し、半期に一回、達成状況について評価し、見直しをしています。また、個別のケース検討会議にも常に出席し、職員とともにサービスの質の向上のための取組を行なっています。
13. 管理者は経営の改善や業務の実効性の向上のために、毎年事業目標、計画を文書化し、法人の「年度まとめと次年度計画」の冊子に掲載した上で、職員に回覧しています。また法人の「働きやすい職場づくりプロジェクト」に参画し、適正な人員配置や職員の働きやすい環境整備に取り組んでいます。
14. 法人が毎年事業計画作成時に具体的な人事プランを作成しています。また法人の採用教育部は毎年1回、法人全体の人事計画を立てており、採用活動等を実施しています。
15. 介護職員のキャリアパスを策定し、人事基準などを明確に定めています。そのほか、法人の「働きやすい職場づくりプロジェクト」において、職員の意向・意見などに基づき、改善策が検討されています。
16. 管理職による年1回のヒアリングや、NPO メンタルサポート京都によるストレスチェックなどを実施しています。映画館チケットや医療費自己負担金の半額補助等があります。
17. 法人において、組織として「職位に応じた求める人材像」を定めています。また毎年、職員一人ひとりが目標を設定し、年一回、管理者が職員と面接を行って目標達成度の確認を行っていますが、中間面接を行うなど、進捗状況の確認が行われていません。
18. 法人の採用教育部が、策定された教育・研修計画に基づき、教育・研修を実施しています。また定期的に、研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っています。
19. 法人の採用教育部が階層別研修、テーマ別研修などを実施するなど、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施しています。また研修を受けた職員は、職員会議にて研修報告を行っています。
20. 法人において実習受入れ、指導マニュアル等の整備をしており、実習生受入れ担当を配置しています。
21. 毎年刊行される「法人年度まとめと次年度計画」や広報誌「なの」を通じて、事業計画、事業報告、予算、決算情報のほか、苦情内容等についても公開しています。
22. 法人全体を財務・総務部が適切に管理し、外部の公認会計士等による指導に基づいて経営改善を行っています。

23. 法人での行事やカラオケ等のサークル開催についてチラシを作成して地域へ情報発信をしています。また利用者のニーズに応じて月2～3回、職員が支援する買い物ツアーを実施しています。
24. ボランティア受入れマニュアルを策定しています。また法人にボランティア委員会が設置され、受入れにあたっての取り組みがなされていますが、地域の学校教育等への協力についての基本姿勢が明文化されていません。
25. 原谷圏域サービス事業者会議に参加し、地域の関係機関との連携を図っています。個々の利用者に応じた社会資源のリスト化については、今後の課題です。
26. 法人として利用者友の会主催の地域福祉講座の開催や健康すこやか教室・こぶしカフェを実施しており、これに協力しています。また事業所においても、地域住民が自由に参加できるカラオケサークルなどを実施しています。
27. 法人組織として、認知症カフェ、高齢者サロン、子どもカフェを実施しており、これに協力していますが、地域住民の多様な相談に応じる機能は有していません。

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。	a	b
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。	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	b
33		Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	a
34		Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	a
35			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。	a	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	b
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。	a	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。	b	b
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
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。			b	c
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。	b	b
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。	b	c

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
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、職員間で共有化されている。	b	b
45			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	a

【自由記述欄】

28. 成年後見制度と高齢者虐待についてなどの人権に関する研修を実施し、研修に参加した職員が職員会議を通じて他の職員にこれを報告し、その浸透を図っています。また毎年1回、戸別訪問を実施し、定期的に利用者の状況について把握するよう努めていますが、必要な対応を行うまでには至っていません。
29. 身体的拘束等の適正化のための指針を定め、高齢者虐待等についての研修を実施しています。またプライバシー保護については、パンフレットに明記されているものの、規定・マニュアルの整備がなされていません。
30. 法人のホームページや広報誌「ななの」を通じて、福祉サービスに関する情報を発信し、適宜見直しも行っています。
31. 個別の福祉サービスの内容が明確にされた重要事項説明書を用いて契約内容をわかりやすく説明し、サービスの変更時にも利用者やご家族の同意を得た上で、その書面を残しています。
32. 福祉サービスの引継ぎのために、精神状態や課題などのサマリーを作成した利用者もいましたが、引継ぎや送り手の具体的な手順や所定文書の定めはありません。
33. 定期的に、満足度調査、嗜好調査を行い、利用者の中から食事委員を選んだうえ、管理栄養士、厨房職員とともに、毎年4回食事を考える会を実施しています。また毎年1回、事前に訪問前アンケートを実施した上で、居室訪問し、利用者満足の把握について徹底しています。
34. 苦情受付の相談窓口が書かれた文書をエレベーター横に掲載しています。また苦情内容や解決に至った経過については、苦情意見要望記録票に記録し、適切に保管されています。広報誌「ななの」において、法人全体の苦情を公表しています。
35. 食堂や、受付などに意見箱を設置するとともに、利用者や家族等に、苦情の申出方法等に関する「苦情やご意見の申し出について」という書面を配布しています。また事務室内に相談スペースがありましたが、今後は意見を述べやすい環境となるよう、別室に相談室を設けたいということです。
36. 苦情処理についてのマニュアルを整備しています。また意見箱の設置やアンケートの実施など、利用者の意見を積極的に把握する取組みを行なっています。
37. 事故発生時の対応と安全確保のために緊急時・事故対応マニュアルを整備しています。また事故報告書や、ヒヤリハットなどにより事例収集も積極的に行っています。もっとも、職員に対する安全確保・事故防止に関する研修が確認できませんでした。
38. インフルエンザの時期には、全体会で注意喚起をするなど、利用者に向けた予防策が適切に講じられていますが、感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されていません。

39. 火災・災害時対応マニュアルを整備していますが、災害発生時における職員の安否確認の方法を具体的に定めていません。

40. 相談・援助技術、福祉サービス実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮、設備等の福祉施設、事業所の環境に応じた業務手順等を定めた標準的な実施方法に関する文書がありません。

41. 標準的な実施方法について文書化されていません。

42. 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置し、昨年度は個別の「援助計画」を策定するなど、計画を策定する仕組みはありましたが、平成30年度は「援助計画」を策定していません。

43. 「援助計画」の見直しをしていません。

44. パソコンで業務日誌を作成すると、「ケース一覧」として一覧表に反映される仕組みがあり、職員会議で個別ケースの報告がなされるという流れで情報が共有されています。ただし、本年度はサービス実施計画を策定していませんので、計画の実施状況が記録により確認できませんでした。

45. 個人情報保護要綱を定めており、個人情報保護のマニュアルも整備しています。また個人情報の取扱いについては、重要事項説明書に記載し、契約時に利用者やご家族に周知しています。