

[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	ケアハウス美山	施設種別	経費老人ホーム (旧体系：)
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構		

令和 5年 5月20日

総 評

ケアハウス美山は、社会福祉法人北桑会を設置主体とする事業所のひとつで、特別養護老人ホームや短期入所施設、デイサービスセンター、居宅介護事業所、通所介護事業所などの高齢者総合福祉施設の中の軽費老人ホームとして運営されています。近隣には、かやぶきの里で有名な観光スポットや西の鯖街道と呼ばれ、日本海側に近い気候で年間を通じ多雨多湿、比較的積雪量の多い地域に立地しています。軽費老人ホームは、60歳以上で身寄りがなく、あるいは家族からの援助が困難で自立した生活が不安な人が入居できる施設です。本事業所の利用者は、この美山地域に住まいを有しながらも自宅での自立生活に不安を感じて利用をされているほか、他府県からも終の棲家として美山町を選択した方々が利用をされるケースもあるようです。

法人として発行されている機関紙「やすらぎ」には、「共に生きる～利用者と共に 地域と共に 仲間と共に～」という理念を掲げられ周知を図られているとともに、ケアハウス美山を含む各事業所の活動を掲載され、利用者の生活状況などを垣間見ることができます。

利用者は身辺自立が前提の入居となっていますが、事業所内において栄養士によるバランスの取れた食事、共同浴室の利用、多様な生活相談にもとづくヘルパーの活用等、他の福祉サービスにつながる支援を受けることもあります。また、日々の生活において、利用者の身体機能レベルやニーズに沿った行事やレクリエーションの企画と実施、健康体操や機能訓練に取り組まれています。

事業所としては、定員充足率が83.3%（訪問調査時）と入居空室があり満室に至らないことに経営的な課題を認識されている他、質の高い介護サービスの提供、地域ネットワークの構築、人材の確保と育成などを中期的なビジョンに掲げられています。また、コロナ禍の出口を見据え、コロナ禍以前に実施していた「ほっと満腹事業」をなど、地域公益の取組みの充実を目指すとともに、事業所経営の安定化を図りながら事業所の老朽化対策や新規事業の展開を模索されています。

日々の実践においては、その他事業所との連携において主任会議や各種委員会を開催して支援環境を整えられている状況を聞き取ることができますが、マニュアルや規程について一部未整備なものが散見されますので、職員との協議・検討に基づいて、優先順位の高いものから着手し、整備されることが望まれます。引き続き、京都の中心地に位置づく美山地域において、今後も法人内同種事業所との連携を図られ、高齢者総合福祉施設としての機能を発揮されまことを期待しています。

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-2-(1)通番3 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。</p> <p>現状の充足率を把握し、充足率に対する課題認識とビジョンを中期計画に示し、日々の運営及び活動の中で潜在的利用者の状況や把握について多様なネットワークを活用した取り組み状況が見受けられ成果に期待が寄せられる。</p> <p>II-3-(1)通番21 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。</p> <p>年に4回機関紙として発行している「やすらぎ」には、法人の理念をはじめ、高齢者総合福祉施設長の意見が表明されている他、地域での公益事業の取り組みや当該事業所を含む各事業所での取り組みや生活状況が紹介されている。また、ホームページにおいても各事業所の特徴が明確に示され、運営に対する情報公開に創意と工夫が施されている。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>II-2-(2)通番16 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り組んでいる。</p> <p>法人として産業医を含めた衛生委員会を設置し、ストレスチェックにより高ストレスの結果が出た職員は産業医による面談を受ける仕組みが構築されている。また、『「京都モデル」ワーク・ライフ・バランス推進企業認証制度』を受けており、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。しかし、改善策について、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画への反映は確認ができなかったほか、パワーハラスメント相談窓口に関する規程が未整備であるため、早急の整備が求められる。</p> <p>III-1-(1)通番29 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の提供が行われている。</p> <p>プライバシー保護に関する基本方針を定め個人情報の保護及びプライバシー保護に努められている状況を聞き取ることはできるが、規程・マニュアルの整備には至っていない。また、不適切な事案が発生した場合の対応等の明示に至っていない。一人ひとりに配慮した居住環境や浴室、食堂、面談室などプライバシーに配慮した設備が工夫は見受けられる。今後は規程・マニュアルを適切に整備いただき、その規程に沿った運用に努められることを期待したい。</p> <p>III-2-(1)通番41 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。</p> <p>標準的な実施方法について見直しについては、総じて取り組みができておらず課題認識を持たれている。別的なケアの実践は職員間で検討し工夫され検証や見直しの機会に反映できる仕組みはあることが確認できが、さらに職員や利用者からの意見や提案が反映されるような仕組みの検討が求められる。</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。

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	通番	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・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	a
[自由記述欄]					
I-1-(1) 法人の理念や基本方針が明文化され、ホームページやパンフレットに掲載されていることを確認した。また、事業所内でも理念や基本方針が掲示されており、利用者や職員に周知が図られている状況を確認できる。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	2	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。	a	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。	a	a
[自由記述欄]					
I-2-(1) 管理者が法人の同法人他事業所の主任が集まる主任会議に参加し、社会福祉事業全体の動向を把握、経営分析を行なっていることが分かった。空室があった場合は、南丹市役所や南丹市社会福祉協議会、南丹地域包括支援センターに声かけをし、利用率を高めるように努めていることを聞き取った。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	4	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。	c	b
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	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	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。	a	a
[自由記述欄]					
I-3-(1) 中長期計画が策定されていることが「社会福祉法人北桑会 中長期計画」から確認できた。しかし、必要に応じた見直しは行われていない。また、「令和4年度 社会福祉法人北桑会各事業計画書」から単年度の事業計画が策定されていることは確認できたため、は自己評価cをbとした。しかし、数値目標や具体的な成果などは設定されておらず、実施状況の評価は行われていない。 I-3-(2) 利用者には懇談会で行事予定表を配布、家族へは郵送し、その内容を周知していることを聞き取った。しかし、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて評価・見直しが行われていなかったため、通番6は自己評価aをbとした。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	8	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	b
		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]					
I-4-(1) 第三者評価の結果内容を職員会議で共有し、組織としての課題を明確にした上で改善に向けて事業計画を立てていることを確認した。また、毎月1回、利用者との懇談会を実施し、福祉サービスの内容を定期的に評価している。しかし、必要に応じた改善計画の見直しなどは確認できなかった。					

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	10	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。	a	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
	II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	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	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。	a	a

[自由記述欄]

II-1-(1)「令和4年度業務・職務内容一覧」から管理者の役割や責任を明確にしていることが確認できた。管理者が遵守すべき法令については各種研修会に参加し、理解を深めている。関連する法令等の改正等があった場合は法人から情報提供があり、その内容を印刷しファイリングをしている。ファイルは、誰もが閲覧できるように事務所に配架していることを聞き取った。
 II-1-(2)管理者は、事業所内の各種会議への参加や「ケース日誌」を通した朝礼等での日常的な情報共有によって、福祉サービスの質の現状について把握し、現状の見直しや改善に努めていることが分かった。しかし、サービスの質の向上を検討するための具体的な体制を構築するまでには至っていないため、通番12は自己評価aをbとした。経営の改善や業務の遂行に関しては、法人内の管理職会議や主任会議で人事・労務・財政面での現状分析・評価を行なっている。その内容は職員会議で報告し、職員間の問題意識の形成を図っていることが伺えた。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	14	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
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	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り組んでいる。	b	b

[自由記述欄]

II-2-(1) 法人としてきょうと福祉人材育成認証を受けており、期待する職員像等を明確にしている。「人事考課シート」から職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度を評価していることが確認できた。また、人材確保に向けてハローワークへの登録や地域の就職フェア等に参加し、幅広く広報をしている様子が伺えた。
 II-2-(2)法人として産業医を含めた衛生委員会を設置し、ストレスチェックにより高ストレスの結果が出た職員は産業医による面談を受ける仕組みが構築されていることを聞き取った。『「京都モデル」ワーク・ライフ・バランス推進企業認証制度』を受けており、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。しかし、改善策について、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画への反映は確認ができなかった。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・育成	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	17	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	a
	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。	20	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

[自由記述欄]

II-2-(3)「人事考課シート」から職員一人ひとりが設定した目標について年2回の面談の中で、その達成度等の確認を行なっていることが分かった。階層に応じて職員が外部研修等に参加できるように配慮していることが聞き取れたため、通番19は自己評価bをaとした。
 II-2-(4)実習生受け入れマニュアルを作成し、実習生を受け入れる体制を構築していることを聞き取ることができたため、通番20は自己評価bをaとした。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	21	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	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。	b	b
[自由記述欄]					
Ⅱ-3-(1) ホームページや機関誌(年4回発行)を通して理念や基本方針を公開している。独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイト「WAMネット」に現況報告書等の情報をアップしており、そのリンクが法人のホームページにも掲載されているため、通番21は自己評価bをaとした。「経理規程」から経理・取引に関するルールが明確にされている。また、法人として会計事務所と契約し、指導・助言を受けていることを聞き取った。しかし、事業に関する外部の専門家からのチェックは受けていない。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	23	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	b
		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	a
	Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	25	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。	a	a
	Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	26	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	b
		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]					
Ⅱ-4-(1) 経営理念に地域との共生を掲げている。コロナ禍以前は毎月、事業所で喫茶行事を実施し、地域との交流を図っていたことを聞き取った。しかし、活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等による利用者への提供は行っていない。ボランティアについてはマニュアルや受け入れ体制を整備している。地元中学校の職業体験の受け入れを行なった実績もあったため、通番24は自己評価bをaとした。 Ⅱ-4-(2) 「南丹市高齢者・障がい者サービス一覧表」で地域の関係機関・団体の情報をリスト化していることを確認した。美山町の医療おたすけネットにも参加し、関係機関・団体と定期的な連携を図っていることを聞き取った。 Ⅱ-4-(3) 事業所が福祉避難所としての届け出をしている他、地域の手芸サークルの活動の場として施設を提供している。また、南丹市社会福祉協議会からの委託で昼食・夕食の配食サービスを運営していることを聞き取った。一方で地域住民の生活に役立つ講演会や研修会他、民生委員・児童委員等との定期的な会議の開催は行われていない。					

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	通番	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。	28	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。	b	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	b
	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。	30	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。	b	b
[自由記述欄]					
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重した福祉サービスの提供についてホームページ「美山やすらぎホーム」や事業計画で明示されていることを確認した。法人全体で開催される「身体拘束の勉強会」などの参加できていない。また、定期的な状況の把握・評価等の実践報告が得られなかった。プライバシー保護に関する基本方針を定め個人情報の保護及びプライバシー保護に努められている状況を聞き取ることはできるが、規程・マニュアルの整備には至っていない。不適切な事案が発生した場合の対応等の明示に至っていない。一人ひとりに配慮した居住環境や浴室、食堂、面談室などプライバシーに配慮した設備が工夫されている。利用者や家族に周知する取り組みには至っていない					

Ⅲ-1-(2)ホームページ「美山やすらぎホーム」や機関誌の刊行し図や絵、写真が誰にでも分かりやすい工夫がなされ、積極的に情報を配信している。また、利用希望者の体験入所を年間2～6件受け入れ実績があることを確認した。サービス開始時には、美山やすらぎホームパンフレットや入居者の心得をもとに説明を行い、同意を書面にて得ている。契約書の書面を確認した。
「介護予防特定施設入居者生活介護サービス計画書」の立案と修正が行われているが福祉サービスの継続性に配慮した手順や引き継ぎ書を確認できなかった。

2	評価項目	通番	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-(3) 利用者満足の上昇に努めている。	33	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
	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。	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。	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。	a	a
		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	b

[自由記述欄]

Ⅲ-1-(3)①利用者満足の上昇を目的に「入居者懇談会」を定期的で開催して、生活を送るうえでの要望や意向を聞く機会を設定している。聞き取った内容は職員会議記録に記載し検討内容も含め職員全体で閲覧している。また、定期的に嗜好調査を行い、結果を食堂ホワイトボードに公表するなどの取組を確認した。

Ⅲ-1-(4)苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の設置と苦情解決の体制が整備されホームページで公表されていることを確認した。3年以内に受けた苦情は来所者から職員の言動に対して丁寧な対応を求められた案件を報告、主任会議、苦情相談委員会で検討、評議委員会への報告している状況を聞き取った。

「入居者懇談会」は利用者の多くが出席して開催され、意見や意向を述べる機会が定着している。また、面談室を設置し個別の相談に応じる環境が備わっていることを確認した。
苦情対応マニュアルはあるが、相談や意見を受けた場合の対応を追記する必要がある。また、マニュアルの定期的な見直しは行われていない。しかし、意見箱を設置し苦情受付書を用いて常時投函できる体制や内容によって迅速な対応が必要な場合は事務所内ホワイトボードに記載し職員間で検討する仕組みがあることを職員面談にて聞き取った。

評価分類	評価項目	通番	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-(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。	37	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。	a	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。	a	a
		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している。	a	a

[自由記述欄]

Ⅲ-1-(5)主任で構成されたリスクマネジメント委員会が「事故対応マニュアル令和2年11月」規定されていることを確認した。事故発生時は「事故報告書」を作成し法人全体で対応を検討する仕組みが整備されていることを確認した。また、半年に1回第三者を招いて報告会が開催され事例から学ぶ体制があることを聴きとった。「感染予防対策マニュアル令和元年10月1日」を作成し、感染の予防対策や発生時の対応は職員に周知徹底されていた。コロナ対策として施設入所時の体温測定、手指消毒、仕切り版の設置など実践されていることを確認した。ハザードマップを周知し、法人全体で防災訓練、ケアハウス美山での防火訓練を行っている。食料や備品類の備蓄が整備されていることを聞き取った。これら整備状況は台風による近隣の河川の氾濫を経験し更に体制強化に努めたと聞き取った。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	40	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。	c	b
	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。	42	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。	b	b
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	44	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	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]

Ⅲ-2-(1)清潔ケアや排泄ケアをはじめとする標準的実施に関する支援方法を文書化されていることを確認した。実践にあたりプライバシー保護や権利擁護は「プライバシー保護マニュアル平成27年4月1日」に明示されていることを確認した。実施した内容は業務日誌に記載し職員に周知されていることを確認した。
また、支援方法の検証や見直しに関する時期や方法を確認できなかった。しかし、個別的なケアの実践は職員間で検討し工夫され検証や見直しの機会に反映できる仕組みはあることが確認できたため、通番41は自己評価CをBとした。

Ⅲ-2-(2)利用者の個々のサービス実施計画および居宅サービス計画書が作成されていることを確認した。また、サービス担当者会議で事例検討会を行い年に1回評価を行っていることを聞き取った。
福祉サービスの実施計画書の評価は年1回行っている。個々の利用者記録においては更新されていることを書面で確認した。しかし、緊急に変更する場合の仕組みや評価、見直し時期を整備する必要がある。