

[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 | ケアハウスあじさい | 施設種別 | ケアハウス (旧体系：軽費老人ホーム) |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都市老人福祉施設協議会 | | |

令和5年12月25日

| | |
|------------|--|
| 総 評 | <p>ケアハウスあじさいは、社会福祉法人京都悠仁福祉会の「加茂町高齢者福祉センター」の5階にあり、入居定員は20名、生涯を通じて安心な老後と自立した生活を応援することを掲げて日々入居者を支援されています。センターには、特別養護老人ホームやショートステイ、デイサービスセンター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションが併設され、在宅から施設まで地域の高齢者を支える総合福祉施設として平成12年4月に開設されました。すぐ近隣に訪問介護ステーションも開設されています。</p> <p>「加茂町高齢者福祉センター」は、武田病院グループの施設であり、充実した医療のバックアップ体制は地域の高齢者だけでなく、地域で暮らしておられる住民の方々にとっても安心して頼れる存在と思われれます。</p> <p>グループの経営理念である「思いやりの心」と「心がかよう、心が安らぐ、環境づくり」のもと、「手のぬくもりのある介護」を大切にされ、入居者一人ひとりを尊重し、その人らしく自立した生活が維持できるようサービスを提供されています。</p> |
| 特に良かった点(※) | <p>1) 地域との積極的な関り 施設の地域交流スペースを活用・開放され、子ども食堂やアトリエクラフトの開催のほか、地域の防災説明会場としても提供されるなど、地域との交流に積極的に取り組んでおられます。また、施設の全部署で構成されるサービス向上委員会において、「地域貢献とは何か、施設が地域に対してできることは何か」をあらためて検討され、取り組まれている姿勢を評価します。今後の更なる取り組みに期待します。</p> <p>2) 充実した研修体制 毎年度の研修計画に基づいて、研修委員会が中心となり計画的に研修を実施されています。変則勤務などで受講しにくい職員に対してもオンラインや動画配信ソフトを活用されるなど、研修体制の整備に工夫をされています。新人職員に先輩職員が直接担当し、育成・指導を行うプリセプター制度を導入し、毎月の面談で達成度の評価をされています。また、他部署から異動してきた職員に対してもプリセプター制度と同様に直接担当職員がついて、育成する体制を整備されています。部署が変われば方針や手順も変わることから、人材育成に対する配慮と丁寧さが感じられます。</p> |

| | |
|----------------------|--|
| | <p>新しく採用された全職員に対して採用時研修を実施され、外部研修は施設から情報提供し、受講希望があれば勤務調整を行い柔軟に対応されています。研修報告書や育成記録は全部署が回覧し、施設全体で共有をされています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p>1) 中・長期計画の具体化と収支計画の策定</p> <p>中・長期計画については、3年を中期計画、5年を長期計画として位置づけ、単年度の事業計画書の中に中・長期計画をそれぞれ項目立てて策定されていますが、計画の達成期間や数値目標等が明示されておらず、計画の進捗状況を評価する上では工夫が必要と思われました。</p> <p>理念・基本方針を実現するための目標は明確にされ、圏域の地域福祉計画や人口動態も把握されていますので、目標の達成や課題を解決するためにより具体化をされてはいかがでしょうか。また、中・長期の事業計画を実現するためには財務面の裏付けも不可欠といえます。物価や金利、社会情勢など未確定な要素はありますが、財務分析をされる中で資金使途や計画の達成のおおよその時期などを具体化することで、組織として取り組むべき方向性がより明確になり、職員の共通理解のもと一体性を持って取り組めると思われます。</p> <p>2) 利用者が意見を述べやすい体制の充実</p> <p>日常的な入居者との関りのほか、3か月ごとに開催される全入居者との懇談会（考える会）や意見箱の設置、満足度調査等で相談・意見が述べやすい環境に取り組まれています。また、入居者から相談があった際には、手順書に基づいて「ご意見経過報告書」を作成し、運営会議で検討・対応されるほか、全部署で回覧し、組織として共有されるなど体制と仕組みが整備されています。ただ、今回の第三者評価での利用者アンケートの「苦情・要望の言いやすさ」では、やや評価の低い項目もありましたので、より相談がしやすい体制や仕組みを工夫されてはいかがでしょうか。</p> <p>また、苦情に関して、解決責任者・受付担当者の設置やマニュアルの整備、第三者委員の設置など、苦情解決の体制は整備され、迅速な対応や公表する仕組みも整備されています。この数年、施設に対する苦情が無いとのことで公表はされていませんが、苦情に限らず意見や要望なども対応結果とともに公表されることで、施設としてサービスの質の向上に積極的に取り組んでいる姿勢が広く周知されると思われます。</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 | ケアハウスあじさい |
| 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 |
| 訪問調査日 | 令和5年11月13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。 | A | 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。 | 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 |
| 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。 | 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。 | B | A |

【自由記述欄】

- 1) 理念、基本方針は明文化され、パンフレットやホームページ、事業所内にも掲示され広く周知されています。また、採用時研修のほか、会議等で職員への周知が図られています。
- 2) 圏域の他事業所や公的機関との関わりから、地域の福祉事情を把握し、経営を取り巻く環境を分析されています。また、品質マネジメントシステム（ISO 9001）の認証取得を通じて、事業の運営とサービスの質の向上の両面で活用されています。
- 3) 稼働率等の経営状況をデータ管理され、拡大運営会議で検討し、課題を明確にした上で改善に取り組まれています。また、その内容は運営会議を通じて職員にも周知されています。
- 4) 中・長期の事業計画として、3年先を中期、5年先を長期と位置づけ、単年度の事業計画書の中に項目立てて目標を明記されていましたが、財務的な面や計画のおおよその実施時期などを具体的に明示することで、組織として取り組むべき方向性がより明確になると思われまます。
- 5) 単年度の事業計画は、中・長期計画を踏まえ、基本方針や重点項目、数値目標など具体的に策定されています。策定に当たっては、運営会議等での職員の意見を反映し、策定時に職員に周知もされています。
- 6) 事業計画の実施状況については、半期と期末で達成率を評価されるほか、事業計画から拾い上げた項目を方

針転換表に落とし込み、月次で評価をされています。

7) 四半期に1回開催される全入居者との懇談会である「考える会」や家族懇談会で事業計画の説明をされ、広報誌にも掲載されています。

8) 方針展開表を用いた自己評価のほか、法人の内部監査や品質マネジメントシステム（ISO 9001）によりサービスの質の向上に向けた取り組みと体制が整備されています。

9) 施設内の事業を横断する会議を毎月行い、方針展開表を用いて課題を明確化し、計画的に改善に取り組まれています。今年度は接遇を課題とされ、研修に力を入れられています。

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。 | 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。 | A | A |
| 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 | 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。 | 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。 | 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。 | A | A |
| 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 | 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。 | A | A |

【自由記述欄】

- 10) 職務分掌規程において管理者の役割が定められ、職員に対して周知されています。また、事業を横断する会議や運営会議、各種委員会への管理者の参加も会議構成図で明示されています。
- 11) 管理者は集団指導や研修会等に参加し、最新の情報を収集するとともに、得た情報を運営会議や委員会、研修で伝達され、法令遵守の理解を深める取り組みをされています。
- 12) 管理者は提供しているサービスの質の現状を運営会議等への参加により把握し、課題や改善に向けて積極的に取り組まれています。職員からの研修報告書はすべて確認・コメントを記入され、職員のモチベーションアップや励みにもなっています。
- 13) 毎月の会議で施設全体の経営状況や運営状況を把握し、理念・基本方針の実現に向けて取り組まれています。会議の内容は全職員に共有されることで組織の一体性や意識の形成につながっています。
- 14) 人材の確保や育成などの人事管理は組織として整備され、有資格者の採用のほか資格取得支援や人事異動、研修など、理念・基本方針の実現に沿って計画的に取り組まれています。
- 15) 人事考課制度を導入し、キャリアパスに基づいて職員一人ひとりが個人目標を設定して、年2回の職員面談と評価を実施されています。上司からコメントを返すことで気づきを促し育成につながられています。
- 16) 勤怠管理システムで休暇取得や超過勤務など就業状況を管理し、年2回の面談時やステップアップシートから職員の意向や希望を把握されています。3連休の取得など目標も設定し、働きやすい環境づくりに取り組んでおられます。
- 17) プリセプター制度を導入し、新入職員には特定の指導担当者を定めて毎月面談と評価を行い育成に取り組まれています。他部署からの異動者にも同様のシステムで育成され、採用時研修も非常勤職員を含め

た全職員に実施されるなど組織全体で人材育成に力を入れておられます。

18、19) 年次で研修計画を策定し、方針展開表をもとに月次で確認して、計画的に研修を実施されています。変則勤務の職員にも受講ができるよう、動画研修の整備やオンラインを活用されるなど研修に参加しやすい環境づくりに取り組まれています。外部研修は情報を提供し、希望に応じて研修に参加できるよう勤務調整など配慮されています。

20) 組織全体で実習生受け入れマニュアルが整備され、窓口や担当職員も明確にされています。学校からの体験実習のほか、併設施設での資格実習受け入れなど、積極的に取り組まれています。

21) ホームページや広報誌にて組織の運営・経営状況を公開し、情報の公表システムによる事業所情報の公開や第三者評価を定期的に受診されるなど、事業運営の透明性の確保に取り組まれています。

22) 法人として品質マネジメントシステム（ISO 9001）の評価や会計監査人からの監査を年1回受けておられ、公正かつ適正な経営・運営に取り組まれています。また、経理や取引のチェック、ルールについても各種規程に定められています。

23) 施設と地域住民がともに「楽しい」を共有し、安心・安全な日常生活が確保できるよう、地域交流スペースを活用し、子ども食堂や月3回のアトリエクラフトの開催のほか、地域の防災説明会に会場を提供されるなど地域との交流に広く取り組んでおられます。また、将棋などの趣味を通じて入居者と地域住民のつながりも持っておられます。

24) ボランティア受け入れマニュアルを策定され、基本姿勢や受け入れ手順が明示されています。新型コロナウイルスの影響により受け入れは3年間ストップされていましたが、社会福祉協議会や傾聴ボランティアなど受け入れを再開し始めておられます。

25) 高齢者総合福祉施設の強みを生かし、併設部署との密な連携のほか、圏域の関係機関・団体との会議に積極的に参加し、地域の社会資源の把握と意見・情報の交換により施設と関係機関の双方向で連携体制を構築されています。

26) 施設の地域交流スペースを活用し、子ども食堂やクラフトワークショップを開催されています。また、イベント時には居宅介護支援事業所の相談ブースを設け、地域住民の相談を受けるなど地域の福祉向上のため施設が有する機能を地域に還元されています。そのような機会にケアハウスも一緒に相談ブースに参加されるなどすれば、事業所としてさらに有する機能の地域還元につながると思われます。

27) 入居相談があれば、サービス付き高齢者向け住宅や特養など他のサービスも社会資源として説明をされています。施設の全部署で構成されているサービス向上委員会において、地域貢献とは何か、施設として何ができるかを検討されているほか、地域ケア会議への参加や民生児童委員との連携により地域の情報を収集し、ニーズを把握されています。

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 | A | |
| 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。 | 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。 | B | A | |
| 33 | Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | 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。 | A | A | |
| 34 | | | Ⅲ-1-(4) 利用者が意見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 | 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。 | 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 | 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。 | 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 | | | 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。 | B | 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-(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。 | 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。 | A | A | |

【自由記述欄】

- 28) 理念及び方針に利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、職員が大切にされている「思いやりの心」、「ぬくもりのある介護」を実践するために多くの研修機会やステップアップシートを用いて共通理解を持つための取り組みをされています。
- 29) プライバシー保護や身体拘束禁止、虐待防止についての規程やマニュアルが整備され、サービス提供場面において意識をもって職務遂行ができるよう定期的に研修を実施されています。
- 30) 福祉サービスを選択するために必要な情報は、ホームページやパンフレット、チラシ等で提供されており、地域包括支援センターや社会福祉協議会にも配布されています。また、見学や相談にも随時対応され丁寧な説明を心掛けておられます。
- 31) サービスに関する情報は契約書や重要事項説明書に明記され、利用者・家族に説明のうえ同意を得ておられます。そのほか1日の流れや生活上の決め事など別紙を作成し、わかりやすいように工夫されています。
- 32) 施設の変更や退居の際には、カンファレンスを行い、利用者・家族の希望に沿って情報を提供されています。また、変更先の施設や医療機関に対しても必要な情報を提供し、サービスの継続性に配慮されています。
- 33) 満足度調査を年1回実施し、その中で得られた意見や要望はケアハウス運営会議で検討し、改善できるものについては改善提案実施書を作成の上改善につなげておられます。また、入居者に対してその内容を館内に掲示されるほか、全入居者との懇談会である「考える会」でも説明され、理解を得られるよう工夫されています。
- 34) 苦情解決責任者、苦情受付担当者は設置され、重要事項説明書に明記の上利用者・家族に説明されています。苦情解決のマニュアルも整備され、苦情があった際には迅速に解決する仕組みがありました。また、法人で第三者委員を設置し、公表をされています。この数年間、施設に対する苦情が無いとのことで公表もされていませんが、苦情に限らず意見や要望なども対応結果とともに公表することで、

施設の体制や姿勢が広く周知されると思われま

35、36) 日常的な入居者との関りのほか、定期で開催される「考える会」や意見箱の設置、満足度調査等で相談・意見が述べやすい環境を整備されています。また、利用者からの相談等については、手順書が策定され年度末に見直しをされているとともに、相談があった際は「ご意見経過報告書」を作成し、運営会議で検討・対応されるほか、全部署で回覧して組織として共有されていますが、今回の第三者評価での利用者アンケートの「苦情・要望のいいやすさ」では評価が低い項目もありましたので、より相談がしやすい体制や仕組みを工夫されてはいかがでしょうか。

37) 施設全体で安全対策委員会を設置し、「ほっと報告書」(ひやりはっと)や「コールバック連絡書」(事故)の報告と改善策の検討をされています。また、事故の再発防止のために事故当日に原因と対策を策定・実施されるほか、事故の1か月後にレビューを行い、対策の有効性を評価されています。

38) 感染症対策委員会を設置し、定期的で開催されています。感染症マニュアルやBCP(事業継続計画)を策定し、予防や発生時の対応も取り決められているとともに研修や勉強会も開催されています。入居者に対しても日常的な感染対策について啓発・周知されています。

39) 地域で策定された地区タイムラインの説明会を施設で行い、地域住民や行政、関係機関と防災時の連携を図っておられます。また、年2回の避難訓練のほか、洪水浸水の想定区域のため水害の防災訓練を実施し、福祉避難所として受け入れ態勢や備蓄の整備も行われています。

40) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法は、「軽費老人ホーム介護職員手順書」、「軽費老人ホーム生活相談員手順書」に明記され実施されています。また、年1回の内部監査や手順書の見直し時に手順書に基づいたサービスが提供されているか確認されています。

41) マニュアルや手順書の見直し時期については文書管理規程で定められ、年1回の定期的見直しのほか、根拠法令の改正や行政監査での指摘等があった際に随時見直しをされています。

42) 個別に作成されたアセスメントに基づいて自立支援を念頭に施設サービス計画書を作成され、入居者一人ひとりの具体的なニーズが明記されています。夜間の対応など体制的に支援が難しい場合は、運営会議で検討し、家族やケアマネジャーと連携・調整を図られています。

43) 施設サービス計画の評価は6か月ごとに実施され、心身に変化があった際は随時見直しをされています。そのほか、アセスメントは1年に1回以上など個別支援計画書作成業務手順書に基づいて実施されています。

44) 介護記録ソフト「ケアカルテ」を活用し、入居者一人ひとりの日々の活動状況や心身の状況など施設サービス計画書の実施状況を記録されています。記録された情報は、「ケアカルテ」で確認されるほか、申し送り等でも共有されています。

45) 入居者に関する記録の管理体制は、記録管理規程に定められ、保管や保存、責任者のほか個人情報の取り扱いも明記され、適切に管理されています。