

[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	ケアハウス長生園	施設 種別	軽費老人ホーム (旧体系：)
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		

令和6年6月7日

総 評	社会福祉法人長生園は、旧船井郡仏教会により昭和28年に設立された養老院「光華園」を引き継ぎ、昭和31年に社会福祉法人として設立認可されました。法人の基本理念として「和み」「尊厳」「安心」を掲げ、施設内の各フロアに掲示されています。 平成13年4月に複合型施設として開設されたケアハウス（定員50名）は、廊下幅が広く、ゆったりとした設計になっており、整理整頓され清潔が保たれています。居室にはキッチンやトイレ・洗面所も完備され、快適に居住できる環境が整備されています。 ケアハウスとして本来は義務づけられていない、一人ひとりの個別支援計画を立案・実施し、入居者からの訴えがあれば施設長と相談員で面談し、「入居者相談シート」に記録するなど、丁寧な支援を行っています。健康管理については、階下にある診療所で内科・整形外科・精神科等の診察を受けられる体制があり、介護や医療体制の充実が利用者の安心に繋がっていました。 理事長自ら全職員に対しヒアリングを実施したり、3か月に1回、箱マスクを職員に配布する際に、求める職員像を箱の上部に貼って啓発に努めたりするなど、積極的に施設運営に関与されています。また、入居者を対象にした「かごづくり教室」や、地域の方向けの「ヨガ教室」の実施など、自身のキャリアを活かしながら、施設の価値を高める取り組みをされていました。 課題としては、法人としての中長期計画が策定されていないことや、策定されている単年度計画においても、達成・未達成を判断するための具体的な評価基準が定められていないことなどが挙げられます。具体的なアドバイスは、特に改善が望まれる点の中で記していますので、参考にしてください。
特に良かった点(※)	●通番18 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 職員一人ひとりが個別の研修計画を立てており、職員個々の研修受講履歴を管理することで、計画的な人材育成に努めておられます。「5つの基本的欲求」シートを用いて理事長中心に働きがいの向上に取り組むなど、法人として職員を大切にし、質の底上げを図ろうとされている姿勢を感じました。 ●通番33 利用者満足度の向上を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる 利用者懇談会をはじめ、満足度調査の実施や厨房を巻き込んだ懇談会の開催など、入居者の意見・要望を丁寧に、きめ細やかに聞き取っておられました。居室や共用部分の清掃も、シルバー人材セ

	ンターを活用しながらこまめに行っておられ、物心ともに暮らしやすい環境の整備に努めておられました。 ●通番４２ 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 ケアハウスでは、個別支援計画の策定は義務付けられていないにもかかわらず、一人ひとりの個別支援計画を立案し実施するなど、丁寧な支援を行っておられました。アセスメントシートも他サービスからの流用ではなく、ケアハウスの特性に応じたオリジナルのものを使用するなど、全体的に、PDCAサイクルを意識した支援が行われていると感じました。
特に改善が望まれる点(※)	●通番６ 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 単年度の事業計画が策定されており、その中に法人としての中長期的な動きの記載はあるものの、中長期計画として定めたものは、今後策定予定とのことでした。また、単年度事業計画においても達成・未達成を評価するための基準がないため、進捗管理や評価が主観的なものにとどまっていました。できるだけ数値化された目標を掲げたり、あらかじめどうしたら達成したことになるのかを具体的に決めておくことで、適切な評価がしやすくなります。ご検討ください。 ●通番４０ 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 各種マニュアルや規程は整備されていますが、全体的にどこにあるかが把握できていないためか、ひとつの書類を見つけるのにたいへんな時間がかかっていました。特にマニュアルは実用に供することが目的ですので、何がどこにあるのか整理された上、周知されることを期待します。 ●その他 支援の可否の判断基準について、入居者の生活の質の向上よりも、コロナの感染対策を優先されているように感じました。家族からは、５類移行後に面会希望が増えているとのことですが、法人としてはこれまでの対策を堅持されています。特養と同一建物内にあることから、大幅な緩和は難しいかもしれませんが、少しずつ、普通の暮らしに戻していくことも検討されてはいかがでしょうか。

※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	ケアハウス長生園
施設種別	軽費老人ホーム
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	2024年3月15日

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	b
[自由記述欄]					
1) 理念・基本方針は施設内に掲示し、ホームページにも掲載しているほか、毎朝朝礼やミーティングで唱和している。管理職会議の発案で「理念浸透プロジェクト」に取り組んでいる。理事長と全職員との面談を行っており、予定を組みやすいよう職員の誕生日に設定している。面談の中で理念方針や目標の話をしている。家族や利用者に対しては、入居契約時に理念や運営方針について説明している。事業計画書は家族、利用者には配布しておらず、周知は図られていない。					

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
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]						
2) 理事や施設長が出席する月1回の部長会議で、経営に関する話や稼働率の報告がある。社会情勢や行政の意向、地域福祉の課題やとりまく環境の把握・分析は法人として行っている。各施設長が、地域の会合に出席した際に施設の稼働率の情報発信やお困りごとのニーズを聞いている。 3) 現在、施設が抱えている経営課題としては稼働率がある。コロナ5類以降、地域からは感染対策を緩めるような要望があるが、併設の特養の取り組みが中心になるので、なかなか対策を緩和することは難しい状況にある。見学から申し込みに至らない理由の一つに、このような感染対策の継続もあると捉えており、今後地域の要望も踏まえて検討していく予定である。						

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-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。	a	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	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	c
[自由記述欄]						
4) 令和6年度事業計画案では、法人としての中長期計画は「今後進める」といった文言の記載のみがあり、具体的な計画書は整備されていない。しかしながら、法人の中長期的な動きについての記載はあるため、今後の期待として、別途中長期計画を策定されること、ならびに内容の見直しについては検討してもらいたい。 5) 令和6年度事業計画案では、単年度の計画は示されているものの、実施状況の評価を行うための基準は定められていなかった。 6) 日頃の業務の中で吸い取った意見を計画に反映することはあるが、会議等で職員に対して計画に関する意見を聴取することはない。年度途中で進捗を確認することはできていない。 7) 事業計画は利用者や家族等に周知できていない。						

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
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	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]						
8) サービスの質の向上に向けた職員との話し合いは毎月の職員会議等で随時行っている。たとえば認知症傾向にある方の対応について、改善案を話し合い取り組んだ結果、どうだったかといった振り返りも行っている。（これらを事業計画に反映するところまで作り上げるとさらに良いと思われる。）第三者評価は定期的に受診している。 9) ケアハウス自己評価シートを元に、評価をしている。評価基準に沿って評価を実施した上で、職員会議で見直しをおこなうことが望ましい。評価における読級項目は満たしている。（現在は、その場に出てきた課題を場当たりに話し合ってるように見受けられるため、改善の余地がある。）						

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	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。	a	a

[自由記述欄]

10) 施設長は毎月の会議で、入退居状況や稼働率など運営状況を伝えている。「ケアハウス組織役割図」で施設長の職務分掌を明文化している。施設内で、職員向けに施設の年度目標ややりたいことなどを「ケアハウス新聞」で告知している。緊急時の動き方として、事故発生時対応マニュアル内に施設長の役割や不在時の分担などを明文化している。

11) 労務関係の法令順守においては、労働時間管理委員会という委員会で毎月議題を上げている（直近では189回目の開催実績）。必要な情報は職員にもフィードバックしている。

12) 職員会議の中で毎月課題をあげて、個別援助計画書を元にカンファレンスを実施している。利用者個人としては年一回は見直しをしている。職員研修については、「施設内研修計画予定表」を作成し、それに基づき個人ごとに年間研修計画を立てている。

13) 有給休暇の管理は、年休簿を使用して施設長が確認している。コスト削減の経過は、職員会議や部長会議で報告している。曜日によって施設内の点灯させる電気を変えるなど、経費節減に努めている。

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
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	b
	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。	a	a

[自由記述欄]

14) 採用において、どんな人が欲しいといった明文化されたものは特にないが、理事長が専門学校等に出向いて人材獲得に向け話をしている。職員は法人単位で採用している。「労働時間管理委員会」で欠員や入退職者の動向について情報共有している。

15) 評価基準は、「職能資格等級基準書」を就業規則内に定めている。人事評価は、人事考課表を行い、年に2回実施している。キャリアパスは明確なものを作成していないため、作成していただくことを望む。

16) 年休、超勤は総務部で管理している。公休数は年間118日、年休取得は平均10日前後である。介護休暇・育児休暇の仕組みがある。「5つの基本的欲求」シートを用いて、理事長中心に働きがいの向上に取り組んでいる。

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
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	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。	b	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	b
	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。	a	a

[自由記述欄]

17) 理事長が3か月に1回、箱マスクを職員に配布する際に、箱の上部に「共創」、「素直な心」、「信頼する」、「すべてに感謝」といった言葉を貼ることで、求める人材像を示している。年2回の個人面談で個人目標を聞き取り、職員面接カードに記入し、進捗確認を行っている。

18) 職員個人ごとの研修受講管理を行っている。年間研修計画は毎年更新され、必要な職員に必要な研修を受講させる仕組みをとっている。年度途中でも必要に応じて適宜研修を追加し、職員の要望によって次年度の研修計画にも反映する。

19) 階層別研修、テーマ別研修などを実施しており、外部研修への参加も推奨している。研修に関する研修レポートの提出を求めているので、理解度や習熟度の把握ができていない。内部研修にもレポートを求めても良いのではないかと。

20) 実習生・ボランティア・新採職員受け入れマニュアルを整備し、定期的に更新している。様々な実習生を受け入れており、実習内容ごとにプログラムを変えている。マニュアルは職員室に配備し、いつでも見れるようになっている。

評価結果対比シート(共通)

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。	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
〔自由記述欄〕						
21) ホームページに必要な情報を掲載している。苦情解決の体制は整っており、利用者・家族には文書で周知している。利用者からの訴えがあれば、あらためて施設長と相談員が本人と面談を行い、「入居者相談シート」に記録している。第三者委員に直接入った苦情は「苦情報告書」としてあげている。ケアハウス新聞を発行している。 22) 顧問税理士による財務監査が毎月行われ、改善に関する助言をもらっている。監査法人の監査も定期的に入っている。ケアハウス利用料の請求はケアハウスで、実際に入金は総務で管理を行っている。月1回部長会議で収支状況等経営にかかる報告を行っている。						

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
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	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
	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
		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
	Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	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	a
		[自由記述欄]				
23) 地域の人権研修に入居者と一緒に参加した事例がある。すずやかスポット対象施設として登録している。地域の商店が物品販売に来ている(週2回お菓子、週1回パン、月2回日用品)。地域の盆踊りにも参加している。日吉ダムでお弁当を食べる「ワクワクツアー」等を実施している。 24) 実習生・ボランティア・新採職員受け入れマニュアルを整備し、定期的に更新している。散髪、花の植え替え(農芸高校)、生け花、書道、フラワーアレンジメントなどのボランティア活動の機会がある。理事長がヨガ教室やかごづくりの指導を行っている。地元中学校の就労体験の受入れを行っている。 25) 「南丹市くらしの案内板」に必要な情報が掲載されており、職員間で共有している。法人内の各事業所と連携し、課題に対する取り組みを行っている。中部医療センター等外部の医療機関との連携を行っている。 26) 地域の一時的避難所になっており、備蓄倉庫に必要な備蓄を行っている。法人として感染予防にかかる研修を企画し、市役所を通じて地域住民に参加を呼びかけている。 27) 地域課題として、高齢者数は横ばいだが、施設入所のニーズが多いものの、介護度が低いので特養に入居できない、ということ把握している。山間部独居で通所サービスも利用できない。お気軽介護相談室としていろんな地域に出向いて、独居老人に向けてサービスの紹介を行うなどしている。						

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	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。	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	a
	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。	a	a

[自由記述欄]

28) 毎月の職員会議で必ず身体拘束、虐待防止、プライバシー保護について確認する時間を設けている。しかし、基本的人権にかかる倫理綱領等は確認できなかった。
 29) 毎月の職員会議で必ず身体拘束、虐待、プライバシー保護について確認する時間を設けている。各種マニュアルが整備されており、職員がすぐに見れるようになっている。外部研修にも適宜参加させている。
 30) 施設パンフレットを包括・居宅その他関係機関に配架している。見学は相談とセットにしており、一日体験利用も希望があれば対応している。コロナ禍においては施設紹介DVDやご利用案内冊子を作成し、見てもらっていた。長生園ブログを配信し、情報発信している。
 31) 料金を心配される家族様が多いので、丁寧に伝えるようにしている。意思決定が困難な利用者への配慮は、表記や言動などの説明をわかりやすく工夫するなど配慮している。
 32) 施設の変更や家庭への移行にあたっては、個別援助計画書と最近の様子を添えて引き継ぎを行っている。家庭復帰等でサービスが終了された方とはその後も連絡を取れる体制を取っていて、継続した支援を行える体制を維持している。

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
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。	33	① 利用者満足度の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	a
		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。	b	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。	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。	a	a

[自由記述欄]

33) ご利用者満足度調査は年に2回実施している。結果は掲示板に掲示して、皆が見れるようにしている。設問も定期的に見直している。利用者懇談会を毎月実施しており、職員も参加している。食事についての満足度が低いので、給食意見交換会を実施している。アンケート結果を数値化して入居者にフィードバックしている。
 34) 苦情を収集する仕組みはできており、苦情受付書を整備しているが、相談や意見についても同じ用紙を使用している。苦情か相談かわかるように、チェック欄を作成した方がよいのではないかと。意見ノートを作成して、職員の出勤時など都度確認できるようにしている。ホームページでは、個人情報の取り扱いや窓口の情報を載せている。
 35) 利用者が意見しやすい環境を作っている。掲示物や、別室で話を聞くなどの対応ができるようにしている。
 36) 「苦情解決の体制」という書面を整備している。会議という位置づけではなく、気になったら職員同士で話し合うという体制にしている。

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
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。	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	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やっている。	a	a

〔自由記述欄〕					
37) リスクマネジメントに関する書面として、「事故発生時対応マニュアル」が整備している。しかし、ヒヤリハットの分析については、できていない。職員に対しての周知や報告もできていない。事故とヒヤリハットとの違いについて、職員に共有するところからはじめてはどうか。 38) 感染症対策については、「感染症対策マニュアル」を整備している。ノロ等の嘔吐物対応をするため、食堂にもマニュアルと対策グッズを常備している。ドクターに研修を依頼し、地域で発生している感染症などの情報共有や対策などの知識の習得を行っている。（追加を繰り返してマニュアルのボリュームが増えてきてるので、一度書類整理をしたほうが良いのではないか。） 39) 土砂災害避難マニュアルが整備されている。ハザードマップも整備されている。災害時の職員の体制は、マニュアルに明記されている。防災訓練は、令和5年度は3回実施している。1回目火災、2回目地震、3回目夜間をそれぞれ想定した訓練を実施している。BCPの整備は現在作成中である。					

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
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。	a	a
	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。	a	a
	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。	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	b

〔自由記述欄〕					
40) 標準的な実施方法について、「職員援助サービスチェック表」により、その日の業務進捗やチェックを行っている。別途、新人職員指導用に職員業務内容表を整備している。 41) 支援の実施方法について、改善したいことを書く用紙を職員向けに常備しており、気付いたことを記入する仕組みを整えている。 42) ケアハウスでは個別援助計画は義務化されていないが、あえて全員分整備しており、病院受診などの付き添い時に役に立っている。入居時は、見学・入居相談シートを使用してアセスメントを取っている。支援困難ケースへの対応に関しては、ライフチャートを作成したり他の入居者との関係性も考えながら支援することで、継続した利用に至っている。家族との関係性の構築に努めている。 43) 定期的な実施計画の評価、見直しを、ケアマネジャーとの連携のもとに行っている。 44) 記録の仕方は、職員によってバラツキがあるので都度指導をおこなっている。ケース記録を見て状態が分かるような書き方を心がけている。（職員受け入れマニュアルに記録の書き方を入れるのも良いのではないか。） 45) 記録の管理体制としては、文書規程や「個人情報保護に対する基本方針」を整備しているが、規程の更新がされていない。していたとしても更新の記載がないので、更新日付の記載が必要。文書持ち出し規程、文書開示規程は確認できなかった。個人情報保護に関わる研修の実施は確認できなかった。					