

[様式 8]

評価結果通知書

平成 26 年 2 月 21 日

社会福祉法人青谷福祉会
ケアハウスあじさい
理事長 武田 道子 様

社団法人京都社会福祉士会
会長 福富 昌城



平成 25 年 7 月 9 日付けで第三者評価の受診をお申込みいただいた貴施設
(事業所) の評価結果について、下記のとおりお知らせします。

今後の施設運営及びサービスの質の向上にご活用ください。

なお、評価結果についてご意見等がある場合には、通知を受理されてから 7
日以内に、別添 [様式 10] に基づいて当評価機関宛にご提出ください。

記

評価結果 … 別添「総括コメント」(様式 9-1)
「評価結果対比シート」(様式 9-2)

総合評価

受診施設名	社会福祉法人青谷福祉会 ケアハウスあじさい	施設 種別	軽費老人ホーム A型、B型、ケアハウス
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成26年2月21日

<p style="text-align: center;">総 評</p>	<p>社会福祉法人青谷福祉会ケアハウスあじさいは、木津川市加茂町にある特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、在宅介護支援センター、訪問看護・訪問介護ステーションが併設された高齢者総合福祉施設の5階にあり、一体となって「在宅から施設まで地域の高齢者を支える総合福祉施設」を実践しています。JR加茂駅から徒歩5分という立地から、利用者が外出をしたり、家族が面会に来たりするには非常に便利です。</p> <p>武田病院グループの理念と基本方針、加茂町高齢者福祉センター事業計画の推進と実践に向けて、品質マネジメントシステムISO9001のシステムを活用してPDCAサイクルを回すことで、サービスの質の向上等を目指し、顧客満足度向上に取り組んでいます。</p> <p>また、方針展開表により年度活動目標、事業評価指標（具体策）、それにとまなう目標値、担当者、計画、実施内容を定めることでより、年度活動目標達成に向け、職員にとっても分かりやすく具体的な指標となっていることが評価できます。</p> <p>管理体制も明確であり、今後も更なる利用者サービスの向上と職員育成に引き続き組織的・継続的に取り組んでいただければと思います。</p>
<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○理念や基本方針を職員に周知している。</p> <p>新人研修会はもとより中途採用者向けにも3ヶ月に1回開催して、理念や基本方針の周知に努めています。また全職員が、サービスの質の向上に対する目標（品質方針）が記載されたカードを常に携帯することで、理念や基本方針を常に意識できるようにしています。</p> <p>○福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p> <p>京都府民間社会福祉施設職員共済会への加入はもとより、武田病院グループの特性を生かした医療費還付制度やカウンセリング無料相談など、本人だけでなく家族も含めた福利厚生事業が充実しています。</p> <p>○利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。</p> <p>利用者満足度の把握の為に意見箱の設置、顧客満足度調査（1回）、嗜好調査（年2回）の実施、個別相談・意見聴取等による傾聴訪問（月1回）、考える会の開催（月1回）などを行っており、意見・苦情・要望を汲み取る体制があります。また聴取された意見等は改善提案書作成に繋げ、サービスの改善等に役立てています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○実習指導者の育成 実習生受入れに関する基本姿勢は明文化し、マニュアルやプログラムも整備する等、受入れ体制はありますが、実習指導者講習会には参加がありません。福祉人材の確保、育成に寄与できる実習指導者講習会への積極的な参加を期待します。</p> <p>○ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を整備している。 ボランティアの受入れに関する基本姿勢の明文化や、受け入れマニュアル等は整備しています。ただし、そのマニュアルにはボランティア研修を実施するとの記載がありますが、実際は実施できていないとのことです。 ボランティア活動におけるトラブル等防ぐためにも研修を実施されることをお勧めします。</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	社会福祉法人青谷福祉会ケアハウスあじさい
施設種別	軽費老人ホーム (A型、B型、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25年10月9日

I 福祉サービスの基本方針と組織

【共通評価基準 評価結果対比シート】

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。	A	A
		② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	A	A
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。	A	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。	A	A
		② 計画が職員や利用者等に周知されている。	A	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。	A	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。	A	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)①理念は法人事業計画書や事業所案内パンフレットに記載しています。その内容からは法人の使命や目指す福祉サービスに対する姿勢が伺えます。

I-1-(1)②法人の中長期計画を踏まえ、平成25年度の法人の基本方針が定められています。又、その基本方針を基に当事業所の基本方針、重点項目が定められています。さらにはその基本方針・重点項目を職員の行動規範に落とし込んでいます。

I-1-(2)①理念・基本方針は内部研修計画により、4月の全体研修、新人職員初期研修、及び中途採用職員対象者には3ヶ月に1回開催される入職研修にて周知しています。

I-1-(2)②利用者・家族には5月に開催される家族懇談会において、昨年度の事業報告及び今年度事業計画の報告を行うとともに、毎月発行の『あじさい通信』にも掲載しています。

I-2-(1)①理念・基本方針の実現に向けた中長期計画を定め、年度ごとの活動目標として明示すると同時に、方針展開表を作成し現状分析や課題の抽出を行っています。

I-2-(1)②事業計画は行動計画でなく、具体的な数値目標を設定することで実行可能な目標となっています。

I-2-(2)①年度活動目標をケアハウス運営会議において設定し、9月に中間見直しを行い、年度末には年間評価と次年度事業計画の策定を行っています。

I-2-(2)②職員には毎月開催の運営会議において、年度方針展開表を使った実施状況の周知・確認を行い、利用者には利用者主体の「考える会」、家族には家族懇談会において周知に向けた取り組みがあります。

I-3-(1)①管理者の役割と責任は職務分掌規程において定め、4月発行の広報誌において表明しています。又、運営会議に必ず出席することで利用者・職員の信頼把握等に努めています。

I-3-(1)②管理者は各種研修会に参加するとともに、関連法規一覧表を作成したり、法人内、施設内研修を開催したりする等、法令順守に向けた積極的な取り組みがあります。

I-3-(2)①管理者は事業計画達成に向けて毎月開催の運営会議、所属長出席の拡大運営会議においてサービスの質の現状を継続的に評価・分析をしています。又、改善計画提案書等を活用することにより、サービスの質の向上に取り組んでいます。さらには武田病院グループ内における内部監査員養成研修を修了した者が年2回内部監査を実施するなど、組織として質の向上に向けた体制が構築されています。

I-3-(2)②管理者は月1回開催される福祉事業部会議、法人事務局会議に出席することや、年度方針展開表などで経営や業務の効率化等の評価、分析を行っています。

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。	A	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。	A	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。	A	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。	A	A
	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。	B	B
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。		B	B	
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。	A	A
		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。	A	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。	A	A
		② 事業所が有する機能を地域に還元している。	A	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。	A	B
	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。	A	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。		B	A	

【自由記述欄】

II-1-(1)①管理者等が積極的に外部研修等に参加することで社会福祉の動向を把握したり、法人の在宅介護支援センターが参加するネットワーク会議などに参画することで地域情報や福祉ニーズの把握を行っています。又、その把握した情報、ニーズは方針展開表等により中長期計画に反映されています。

II-1-(1)②毎月開催の拡大運営会議での経営分析や、法人内の他事業所との連携を図ること等で、安定稼働のための方針と活動を展開しています。

II-1-(1)③法人経理担当者会議が月1回開催され、原則税理士も出席することでアドバイスや経理状況の分析と把握を行っています。

II-2-(1)①有資格者の優先採用や介護福祉士比率の目標設定など、具体的な配置計画の作成とその実現に向けた勉強会を開催しています。

II-2-(1)②年2回、人事考課を実施し、正規職員・非常勤職員の賞与・昇給にも反映させています。また、職員へのフィードバックもしています。

II-2-(2)①定期的開催の事務局会議において職員の就業状況等を分析・検討しています。また、年4回の管理者との面談の機会やグループ内病院の臨床心理士への直通電話など、職員が気軽に相談できる体制があります。

II-2-(2)②京都府民間社会福祉施設職員共済会への加入はもとより、カウンセリングの無料相談、グループ内病院における本人を含めた家族の職員医療費還付制度(勤続年数による)等、福利厚生事業が充実しています。

II-2-(3)①中長期計画、基本方針に次世代を担う職員の育成や資格認定管理規定を定めるなど、職員に求める基本姿勢や専門性を明示しています。

II-2-(3)②キャリアパス管理台帳にて資格の把握とキャリアパス記録票にて受講研修が記録されるなど、組織として教育研修計画の策定と実践が行われています。

Ⅱ-2-(3)③研修に参加した職員は、研修報告書、研修レポート等の提出が求められています。また、伝達研修を3ヶ月単位で年間4期に分けて開催しています。さらに、研修委員会が中心となって研修内容の評価・見直しを行っています。

Ⅱ-2-(4)①介護実習マニュアルが整備され受け入れ姿勢・体制はありますが、本事業所の実績はありません。そのため受入れにあたっての覚書もありません。実習指導者講習会には併設する特別養護老人ホームからは参加していますが、本事業所からは参加していません。

Ⅱ-2-(4)②介護実習マニュアルに沿い、計画的なプログラムの策定や実習種別に配慮したプログラムはありますが、実習受入れ実績がないために学校側等との実習期間中における継続的な連携がありません。

Ⅱ-3-(1)①マニュアル(事故発生時対応要領書)を作成し、事故発生時にはコールバック連絡書(事故分析、対応、再発防止策等)を提出しています。さらに1ヶ月後には対応が有効だったか等を検証する仕組みがあります。

Ⅱ-3-(1)②ほっと報告書、コールバック報告書を運営会議にて分析し、事故防止策を検討しています。職員研修でのリスクマネジメント研修を開催し、さらには弁護士を講師としての介護安全研修会の開催が予定されるなど、利用者への安全配慮に対する高い姿勢が伺えます。

Ⅱ-4-(1)①本事業所の重点項目に「積極的な地域との交流」が掲げられています。法人評議員を通じて近隣自治会に機関誌を配布するなど、地域との関わりを大切にしています。利用者も積極的に地域活動(サロン)に参加しています。

Ⅱ-4-(1)②事業所全体で、自治会への地域交流センターの開放、法人内在宅介護支援センターによる講演会の開催、機関誌の配布など事業所機能を地域に還元しています

Ⅱ-4-(1)③ボランティア受入れに関する基本姿勢やマニュアルは整備されています。ただし、マニュアルにある「ボランティア研修会」については実施できていません。

Ⅱ-4-(2)①地元自治会、行政機関、各種団体等との連携を図るとともに、それらのリストの整備などを通じて、職員間での情報の共有を図っています。

Ⅱ-4-(2)②法人内在宅介護支援センターが加盟している加茂ネットワーク会議の会議録の回覧、京都府老人福祉施設協議会における南部相談員連絡会への参画など、ネットワークを活用することで利用者サービスの向上に取り組んでいます。

Ⅱ-4-(3)①法人内在宅介護支援センター等から地域の福祉ニーズの情報を得ています。また、相談員が月1回民生委員等への広報活動を通じて利用者確保はもとより福祉ニーズの把握をしています。

Ⅱ-4-(3)②法人内の事業所と連携することで、虐待を受けている利用者を受入れるなど、福祉ニーズに基づく具体的な実践があります。また、その姿勢は基本方針に定められています。

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(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-1-1(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。	A	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-1-1(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(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に評価を行う体制を整備している。	A	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。	A	A
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			A	A	
Ⅲ-2-1(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	A	
		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-2-1(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(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-3-1(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。	A	A	
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定	Ⅲ-4-1(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。	A	A	
		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-4-1(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。	A	A	
		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。	A	A	

【自由記述欄】

Ⅲ-1-1(1)①平成25年度事業計画書においても「人権の尊重」「自立支援」「ご利用者本位」を掲げ、さらには身体拘束・虐待防止についての研修会の開催など利用者尊重や人権への配慮に努めています。

Ⅲ-1-1(1)②個人情報の取扱いやプライバシー保護に関する規則等が整備されていると同時に、初期研修・勉強会を開催することで職員への周知とそれに基づいたサービスの提供に力を注いでいます。

Ⅲ-1-1(2)①事業計画の重点項目における利用者満足度調査(年1回)実施の明示、嗜好調査(年2回)の実施、さらには月1回開催の考える会(利用者懇談会)や各居室への傾聴訪問を通じて利用者満足の向上に努めています。また、優れた改善提案への表彰制度もあります。

Ⅲ-1-1(2)②月1回の考える会や満足度調査結果等を毎月開催の運営会議において検討し、必要な場合は改善提案実施書を作成するなど、利用者満足向上に向けた具体的な取組みと姿勢があります。

Ⅲ-1-1(3)①月に1回職員が各居室を戸別訪問して利用者の相談や様々な意見・要望等を聞く「傾聴訪問」を行うなど、利用者が意見を述べやすい環境作りに努めています。

Ⅲ-1-(3)②苦情解決の体制が相談解決実施要綱に定められ施設内にも掲示しています。又、受付けた苦情は運営会議において検討し、考える会に対応策を報告するとともにコールバック連絡書においても回答します。公表は機関誌等を通じて行っています。

Ⅲ-1-(3)③ご意見受付手順書としてマニュアルを整備し、適宜見直しを行っています。さらに意見箱も1週間に1度開封し、受付けた苦情や要望は拡大運営会議や本事業所の運営会議において検討をし、速やかに改善する体制とサービスの見直しに繋げています。

Ⅲ-2-(1)①年2回、他部署からサービスを評価する機会(ISO9001 内部監査)を設けるなど、法人組織としての取り組んでいます。

Ⅲ-2-(1)②第三者評価、自己評価等、内部監査では報告書を作成し、運営会議や軽費担当者会議で改善点を検討して、コールバック連絡書に記録しています。

Ⅲ-2-(1)③運営会議、軽費担当者会議において課題や改善策等を検討する仕組みがあります。なお、内部監査で指摘された事項については、次回の監査において是正事項の改善、修正等がなされているかが確認され、それを計画の見直しにつなげる等、事業計画の推進に向けた積極的な姿勢、取り組みがあります。

Ⅲ-2-(2)①介護職員業務手順書、生活相談員手順書に、サービスの標準化に向けた取り組みや利用者尊重、プライバシー保護の姿勢を明示しています。

Ⅲ-2-(2)②文書管理規定を定め、基本的には毎年3月に見直しを行っています。顧客満足度調査、嗜好調査等利用者の意見等を運営会議で検討し、サービス提供等に反映しています。

Ⅲ-2-(3)①個別支援計画書実施状況等において利用者一人ひとりの記録等が整備されています。記録のあり方についても運営会議等において検討しています。

Ⅲ-2-(3)②記録の管理責任者の設置、保管・保存等については記録管理規定に定められています。又、個人情報取扱い規則も整備し、個人情報保護、プライバシーに関する研修会も年間研修計画に定めています。

Ⅲ-2-(3)③工程管理図によって、利用者に関する情報が的確に共有できる体制が構築されています。また他職種参加のケアカンファレンスの開催など、利用者の情報の共有化が図られています。

Ⅲ-3-(1)①ホームページにおいて法人や事業所の紹介をするとともに、パンフレット等を公共施設に配布するなど、利用希望者への情報提供を行っています。

Ⅲ-3-(1)②入居契約時に契約書、重要事項説明書については、分かりやすく説明をしています。工程管理図において同意・契約に関する担当者が定められています。

Ⅲ-3-(2)①他事業所等への移行などサービス終了時は事前のカンファレンス開催や契約解除時の援助・手続きにおける手順書を作成するなど、サービスの継続性に配慮しています。

Ⅲ-4-(1)①個別支援計画作成担当者業務手順書によりアセスメント、見直しの手順や時期が定められています。

Ⅲ-4-(1)②利用者の要求事項が確実に満たせているかどうかを手順書に従い確認をし、利用者一人ひとりの課題やニーズを具体的に把握した上で、個別援助計画の策定を行っています。

Ⅲ-4-(2)①個別支援計画作成担当者を設置して、個別支援計画作成担当者業務手順書により横断的な職員の参画と、利用者の意向の把握と意向が反映された個別支援計画の策定に取り組んでいます。

Ⅲ-4-(2)②個別支援計画の確認は計画策定後、概ね1ヶ月経過した時点で妥当性を評価し、3ヶ月後に個別支援計画評価シートを作成、6ヶ月後にモニタリング総括表を基に見直しの必要性等を確認しています。又、退院時や心身の状況の変化が見受けられる場合など随時に見直しをしています。