

[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	グリーンビラ夜久野	施設種別	軽費老人ホーム ケアハウス (旧体系： )
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会		

平成 22 年 7 月 2 日

総 評	<p>ケアハウス『グリーンビラ夜久野』は、社会福祉法人仙人福祉事業会が平成 7 年 4 月 1 日に開設しました。法人としては他に特別養護老人ホーム・老人短期入所事業、老人デイサービス、地域密着型認知症デイサービス、居宅介護支援事業、ふれあいの里ミニデイサービス（福知山市委託事業）、老人介護支援センター（福知山市委託事業）の施設・事業所を有し、地域に根ざした福祉拠点施設として地域福祉全般の向上に取り組んでいます。</p> <p>施設は福知山市西部・夜久野地域（JR 山陰本線・夜久野駅から徒歩 10 分）の元中学校跡地で、小倉富士や夜久野高原が一望できる風光明媚なところにあります。</p> <p>ケアハウスの定員は 15 名で、入居者の皆さんは思い思いにゆったりとした時間を過ごしておられます。兵庫県に近いこともあり入居者は京都・兵庫の両府県にまたがっています。外出・買い物には兵庫県側に出掛けることも多いとのことでした。</p> <p>年度ごとの事業方針・計画は冊子にまとめられ、法人及び各事業の内容が具体的に示されています。前回（平成 19 年）の第三者評価受審の評価に基づいて、改善に取り組まれてきたことが伺えました。今後とも継続した取り組みによって、地域の人々、利用者の生活の向上に反映されることを期待します。</p>
特に良かった点(※)	<p>◆理念、基本方針の確立</p> <p>三つの「や」・・・「やさしさ」「やすらぎ」「やわらぎ」をモットーに、「人間らしい誇り」、「安全・安心の生活」、「地域社会からの信頼を得る」ことを掲げる理念を定め、パンフレット等に記載し、施設玄関や廊下に掲示しています。</p> <p>事業方針は理念との整合性があり、職員の行動規範となる具体的な内容が示されています。</p> <p>◆利用者の安全を確保するための取り組み</p> <p>事故防止委員会、感染症対策委員会を毎月開催し、事故（ヒヤリハット）事例を集計しています。さらに事故事例検討会（毎月開催）で事例を検討し、改善策等は会議等を通して職員に周知徹底し、事故防止対策に活用しています。</p> <p>ヒヤリハット一覧表の毎月掲示、消防計画の整備、防災訓練の実施など年間を通して安全確保のための取り組みを実施しています。</p> <p>◆利用者満足の向上</p> <p>基本方針に利用者満足の向上を目指す姿勢と具体的内容を明示しています。月 1 回の利用者懇談会で利用者より直接要望等を聴取するとともに、年 1 回の満足度調査（アンケート）で把握に努めています。</p> <p>把握した内容は定例会議等で検討し、利用者満足の向上に努めています。</p>

<p style="text-align: center;">特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>◆<b>中長期計画の策定</b>          毎年度の事業計画は具体的な内容で丁寧に策定しています。法人として新規事業（地域密着型認知症デイサービス）に取り組むなど複数年度に亘る事業に取り組まれていますので、中・長期計画として策定されることが望まれます。          ケアハウスとしても「常時の利用率100%」を事業方針に掲げていますので、中長期的な見通しを立てることが必要ではないでしょうか。</p> <p>◆<b>人事管理の体制整備</b>          必要な人材や人員体制に関するプランはありません。ケアハウスとしては限られた人員になりますが、事業方針に掲げている利用者の意欲や満足度の向上を図るという観点から人材に係る基本的な考え方をまとめられてはいかがでしょうか。          また、人事考課の目的や効果を理解し、定期的な職員面談等を行っていますが、客観性や透明性を確保した考課基準がありません。基本的な考え方や考課基準は、現在の職員のスキルアップの目標としても必要ではないでしょうか。</p> <p>◆<b>サービス選択に必要な情報の提供</b>          パンフレット等を公共施設に設置し、見学、体験入所等にも対応していますが、ホームページの作成ができていません。地域に根差した事業展開に取り組まれています。施設の立地状況や遠隔地からの入居者を受け入れていること、また入居率100%を安定的に実現するうえからもホームページで情報を提供することが必要ではないでしょうか。          施設のハード面の情報だけでなく、（利用者等の個人情報に配慮しつつ）日々の暮らしが伝わるようなホームページの作成を期待します。</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	グリーンビラ夜久野
施設種別	軽費老人ホーム ケアハウス
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会
訪問調査日	2010年2月10日

## I 福祉サービスの基本方針と組織

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(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。	B	A
	I-1-1(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。	B	B
		② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	B	A
I-2 計画の策定	I-2-1(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	C
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	A	C
	I-2-1(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	B
		② 計画が職員や利用者に周知されている。	B	A
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-1(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。	B	B
		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	B
	I-3-1(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)①理念を定め、パンフレット等に記載し、施設玄関や廊下に掲示しています。

I-1-1(1)②事業方針に理念に沿った職員の行動規範となる内容が示されています。

I-1-1(2)①毎年度末の職員全体会議で理念や方針を配布し、施設内廊下への掲示もしていますが、周知状況を確認する継続的な取組みが十分ではありません。

I-1-1(2)②広報誌に掲載して利用者・家族に配布しています。施設内廊下への掲示もし、ケアハウス懇談会(利用者との懇談会:月1回)等で説明しています。

I-2-1(1)①複数年度に亘る新規事業計画に取り組みられていますが、中・長期計画としては策定されていません。

I-2-1(1)②各年度の事業計画は具体的な内容で策定されていますが、中・長期計画が策定されていません。

I-2-1(2)①ケアハウス会議(全職員参加)での意見を基に担当者が起案してスタッフ会議で策定し、見直しの提起をしていますが、時期と手順が定められていません。

I-2-1(2)②職員には会議で周知しています。利用者には文字を大きくした資料を配布し、ケアハウス懇談会で説明しています。

I-3-1(1)①管理者は施設長間の情報交換などを通して、役割と責任の妥当性について検証をしていますが、文書化や広報誌等での表明が出来ていません。また、職員や利用者等からの信頼について、評価・見直しをするための方法が確立されていません。

I-3-1(1)②法令等のリスト化はできていませんが、研修や勉強会に参加し、遵守すべき法令等の周知に努めています。

I-3-2(1)①毎日現場に出るほか、職員意見箱の設置、面談、会議・委員会等で意見の集約をし、毎朝礼で具体的な取組み等について明示しています。

I-3-2(2)②各種会議・委員会(14種)を通して取り組んでいます。

## 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。	B	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。	C	C
		② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	C	B
	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。	B	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。	B	B
		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。	B	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。	B	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。	A	A
		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。	A	A
	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
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 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	B	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。	B	A
	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。		A	A	

## 【自由記述欄】

II-1-(1)①府・市の連絡協議会、社協支所会議、民生委員会議等に参加し、把握した情報を事業計画に反映しています。  
 II-1-(1)②定期的に利用者の推移、利用率等の分析を行い、事業計画に反映させ、事業内容を会議等で職員に周知しています。  
 II-1-(1)③月に1回、税理士による助言を受けて経営改善に取り組んでいます。  
 II-2-(1)①必要な人材や人員体制に関するプランがありません。  
 II-2-(1)②客観性や透明性を確保した考課基準が策定されていません。  
 II-2-(2)①職員の就業状況の把握は法人事務長が担当し、施設長が確認しています。ケアハウスには他部署からの応援体制も配慮しています。メンタルヘルス箱の設置、年1回の個別面接や産業医による相談対応をしています。  
 II-2-(2)②福利厚生センター等への加入のほか、法人の職員互助会を組織し運営しています。  
 II-2-(3)①職員に求める基本的姿勢や意識は明示していますが、専門技術や専門資格は明示していません。  
 II-2-(3)②一人ひとりの研修計画を策定し、計画に沿った研修を実施しています。  
 II-2-(3)③朝礼等で研修報告をし、報告レポートは全職員に回覧しています。  
 II-2-(4)①実習受入れの基本姿勢を明確にし、受入れ計画、受入れ体制を整備しています。  
 II-2-(4)②実習受入れ前から終了まで学校側と連携を図り、種別に配慮したプログラムも整備しています。  
 II-3-(1)①事故防止委員会、感染症対策委員会を毎月開催し、ヒヤリハット一覧表を毎月掲示しています。消防計画を整備し、防災訓練等も実施しています。  
 II-3-(1)②毎月、事故(ヒヤリハット)事例を集計、検討し、事故防止対策に活用しています。

- Ⅱ-4-(1)①「秋を楽しむグリーンビラ夜久野展」の開催等で交流を図っています。外出支援等を通して地域との関わりを図っています。
- Ⅱ-4-(1)②たより「すずかけの木」を小中学校、公共機関、民生委員、家族、ボランティア等に配布しています。認知症サポーター養成講座、福祉相談会、中学校への講師派遣等にも取り組んでいます。
- Ⅱ-4-(1)③ボランティアの受入れ体制を整備し、積極的に受け入れています。
- Ⅱ-4-(2)①社会資源のリストを作成し、誰もが閲覧できるようにしています。
- Ⅱ-4-(2)②高齢者、障がい者施設、行政機関などの関係機関と連携し、課題や事例の検討にも取り組んでいます。
- Ⅱ-4-(3)①「秋を楽しむグリーンビラ夜久野展」での相談、民生委員会への出席、意見箱の設置などを通してニーズの把握に努めています。
- Ⅱ-4-(3)②認知症型デイサービス事業所開設の準備を進めています。

## 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) 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	B	
	Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇に意図した仕組みを整備している。	A	A	
		② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	A	A	
	Ⅲ-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。	B	B	
		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	B	
	Ⅲ-2 サービスの質の確保	Ⅲ-2-(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。	B	B
			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。	B	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-(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。	B	A	
Ⅲ-2-(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。	B	A	
Ⅲ-3 サービスの開始・継続		Ⅲ-3-(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。	B	B
	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-(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。	B	B	
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定	Ⅲ-4-(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。	B	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-(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。	B	A	

## 【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①基本姿勢を明示し、個々の要望に応じた対応をしています。虐待防止を含む身体拘束委員会を毎月開催し、職員研修等によって周知をしています。

Ⅲ-1-(1)②個人情報保護の研修は実施していますが、プライバシー保護に関する研修を実施していません。マニュアル等は整備し、浴室の暖簾や衝立の設置などを行っています。

Ⅲ-1-(2)①月1回の利用者懇談会、年1回の満足度調査を実施しています。

Ⅲ-1-(2)②把握した内容を定例会議等で検討し、改善に努めています。

Ⅲ-1-(3)①月1回、介護相談員を受入れ、特養相談室や研修室を相談場所として使用しています。相談をしたい利用者にとって、分かりやすい場所や表示の工夫が求められます。

Ⅲ-1-(3)②苦情、相談の内容及び対応策(解決結果)を施設内に掲示し、公表しています。

Ⅲ-1-(3)③マニュアルを整備し、対応、改善に取り組んでいますが、マニュアルの見直しをしていません。

Ⅲ-2-(1)①19年度に続く第三者評価受審であり、評価委員会を設置しています。自己評価の体制もありますが、毎年度の自己評価の見直しについては充分ではありません。

Ⅲ-2-(1)②評価結果の分析をし、組織としての課題を明確にし、会議、回覧等で職員の共有化を図っています。

Ⅲ-2-(1)③評価委員会のほか、ケアハウス会議等で改善に向けた取り組みをしています。

Ⅲ-2-(2)①重要事項説明書に記載した内容で、ケアハウスとして適切なサービス提供をしています。

Ⅲ-2-(2)②職員や利用者の意見や提案はケアハウス会議等で検討しています。

Ⅲ-2-(3)①統一した書式で記録をしています。

Ⅲ-2-(3)②文書取扱規程、責任者を定め、個人情報保護の研修を実施しています。

Ⅲ-2-(3)③法人事務所を核にパソコンのネットワークシステムがあり、各種会議、記録等を通して情報の共有をしています。

Ⅲ-3-(1)①ホームページの作成ができていません。

Ⅲ-3-(1)②重要事項説明書等で利用者に説明をしています。ケアハウスは在宅生活対応であり、日常生活利用支援事業の活用もしています。

Ⅲ-3-(2)①相談窓口は設置していますが、手順や引継ぎ文書等が定められていません。

Ⅲ-4-(1)①年に1回のほか、利用者の状態に応じて随時見直しをしています。利用者サービス個別計画書の策定手順に沿って統一した様式で記録をしています。

Ⅲ-4-(1)②個別計画書にニーズや課題を明示しています。

Ⅲ-4-(2)①利用者、家族、職員、関係事業者等の合議によって策定しています。

Ⅲ-4-(2)②定期的な評価・見直し、随時の見直しを実施し、変更への対応もしています。