

[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	洛南寮（救護施設）	施設種別	救護施設 （旧体系： ）
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成 28 年 4 月 8 日

総 評	本事業所は京都府が設置主体の府内で唯一の救護施設です。現在、指定管理制度により社会福祉法人京都府社会福祉事業団が同一敷地内にある養護老人ホームと共に運営を行っていることから、事業種別は異なるものの、管理、運営等の多くは一体的な行われています。また、法人は洛南寮以外にも複数の事業所の管理運営を行っていることもあり、経営、人事、諸規程、研修等は主に法人が管理、実施をし、スケールメリットを活かしたものとなっています。 事業所の建物は新しいものではないため、ハード面については様々な制約がありますが、居室に仕切りを設け、利用者のプライバシー空間づくりを行う等の工夫をしています。また、利用者の意見や要望の反映に努めることや、業務改善推進プロジェクト等で業務やサービスの課題や改善策を検討すること等により、利用者が過ごしやすい環境整備に努めています。 今回の第三者評価の受診に当たって、調査時には丁寧に対応していただいたのですが、管理職・職員のアンケートで十分な回答がなかったことは残念に感じています。
特に良かった点(※)	○事業計画の策定 法人が作成する「新経営改善基本計画」（3カ年の中期計画）とそれに基づく単年度の事業計画を策定し、事業所が取り組むことを明確にしています。定期的に振り返りを行い、事業の進捗状況の確認等をした上で、必要に応じた見直しが成されています。 ○利用者の意見の汲み取り 利用者自治会への職員参加、意見箱の設置、苦情窓口や改善内容の事業所内での掲示等、利用者が事業所に対して意見・要望が出せる環境作りに努めています。その結果、レクリエーションの内容を変更する等、利用者の要望に沿ったプログラムが実施されています。 ○サービスの質の向上への取り組み 職員提案制度や業務改善プロジェクト、職員の意見箱等で、現場職員の意見を汲み取りながら事業所の運営、サービス等の見直しを行い、改善につなげる仕組みがあります。サービスの質の向上や職員のモチベーションアップにもつながる仕組みであることから、今後も継続して取り組まれることを期待しています。

特に改善が 望まれる点(※)	○地域生活移行への取り組み 事業所がある地域の清掃活動への参加、ボランティアや学生の受け入れ、事業所での行事への参加呼びかけ等、地域との関係作りや利用者が外部の人と触れ合う機会を作っていますが、利用者の地域生活への移行はあまり進んでいません。利用者個々の事情も踏まえながら、地域のネットワーク作りと合わせて地域生活移行に関するプログラム作成等の取り組みを進めてください。 ○プライバシー保護 プライバシー保護に関するマニュアルを作成し、研修も実施していますが、一部のトイレはガラス張りで廊下から見える状態になっています。また、このことに対する問題意識も低いと感じました。ハード面での対策と事業所全体でのプライバシーに対する意識向上の取り組みを行ってください。 ○感染症対策 感染症対応マニュアルを作成し、感染症対策委員会で感染症対策に関する検討を行っていますが、2015年度については、感染症予防や安全管理に関する研修が実施できていません。多くの方が生活されている事業所ですので、感染症対策については全職員が最新の知識を得られるようにしてください。 ○記録の整理 日常の記録はパソコンで管理をしていますが、紙媒体での記録物に関しては、調査時に書類が見つからない、ファイルへの綴り方が統一されていない等があり、整理ができていないと感じました。記録の整理方法を確認し、誰もが分かりやすい記録管理に努めてください。
---------------------------	--

※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	洛南寮
施 設 種 別	救護施設
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 2 8 年 1 月 2 8 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。	a	a
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。	b	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。	b	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。	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	b

【自由記述欄】

1. 理念・基本方針はホームページやパンフレットに掲載し、事業所内に掲示もしています。また、職員の名札ケースの中に入れてあります。職員には職員会議等で、利用者には月1回開催される座談会等で周知を図っています。
2. 全国救護施設協議会等から、社会福祉の動向や救護施設を取り巻く状況等の把握に努めています。事業所の運営及び経営については、法人が作成する「新経営改善基本計画」に基づき行われています。
3. 「新経営改善基本計画」に事業所の課題を明記しています。業務改善推進プロジェクトを立ち上げ、4つの視点（財務・顧客・業務効率化・人材育成）から事業所運営について検討しています。
4. 「新経営改善基本計画」に3年ごとの事業計画を示し、経営検討会議等で進捗状況の確認や見直しが行っています。
5. 「新経営改善基本計画」で示されている計画に基づき、具体的な数値目標も記載した単年度計画を作成しています。
6. 事業計画の評価は行っていますが、見直しの手順は定めていません。また、事業所内の会議等で職員から出された課題や提案等を集約していますが、事業計画の見直しには繋がっていません。

7. 事業計画を利用者全員に配布してはませんが、施設内に掲示している他、デイルームに常備し、自由に閲覧できます。また、文字の拡大やルビをふる等、利用者が読みやすいように配慮しています。
8. 年1回満足度調査を実施し、その結果は法人を中心に分析し、改善点を明確にしています。結果については、施設内に掲示し、利用者に周知しています。この他、嗜好調査を1年2回実施しています
9. 法人が実施する職員提案制度や職員意見箱の設置等で職員の意見収集に努め、課題を明確にはしていますが、職員には回覧にて供覧をしているだけで課題の共有化が図れているとは言えません。

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。	a	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	b
15			②	総合的な人事管理が行われている。	b	b
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。	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。	a	b
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。	b	b
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。	b	b
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

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
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。	b	b
26		Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	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】

10. 管理者は会議等で自らの役割、責任を表明するとともに、広報誌『洛楽』にも掲載しています。また、災害時に管理者が不在の時には、事業団専決規程に基づき処理が行われています。
11. 救護施設協議会の会議等を通して、救護施設が遵守すべき法令等の収集し、職員会議等で職員への周知を図っています。
12. 管理者は施設内の会議への出席、職員へのヒアリング、利用者と職員の意見箱等で利用者、職員の意見や要望を収集し、施設の改善に努めています。また、虐待事案の発生を受け、2015度は例年より多くの研修を実施し、サービスの見直しと質の向上を図っています。
13. 施設の経営は主に法人の経営検討会議で検討しています。業務改善推進プロジェクトを立ち上げ、現場からの意見を施設運営に活かせるようにしています。
14. 法人が「きょうと福祉人材育成認証制度」の認証事業所となっています。人材育成の計画を立て、資格取得支援を行っています。また、法人独自で就職説明会を行っています。しかし、人材確保の計画は具体的とは言えません。
15. 人事管理は法人が行っています。職員の自己申告に基づく人事異動の仕組みがあります。人事考課制度を実施し、職員が自己の目標が設定できるようになっていますが、将来の姿を描けるような総合的な仕組みとまでは言えません。
16. 有給休暇の取得率、時間外労働等は事業所で確認しています。福利厚生として法定を上回る特別休暇制度等が設けており、職員が働きやすい職場作りに努めています。
17. 人事考課制度を定め、職員の一人ひとりの目標等を明確にしていますが、職員からの要望、希望などを聴く機会である面接はスケジュール通り進んでいません。
18. 事業計画に研修計画を位置付け、計画的に研修を行っています。新入職員にはエルダー制度を導入し、質の確保を図っています。しかし、救護施設の実態に応じた人材育成が行われているとは言えません。
19. 職員に外部研修を案内し、年に最低1回は受講できるように研修の機会を確保しています。また、職員から受講希望を聞き、習熟度に応じた受講をしてもらっています。ただし、研修受講後の研修記録が一部確認できませんでした。
20. 実習生の受け入れに当たっては、実施マニュアルを作成し、実習責任体制を明確にしています。ただし、実習担当者へのスーパービジョンは行っていません。

21. ホームページ、パンフレット等を活用し、事業所の情報を公開していますが、苦情については、事業所内には掲示していますが、事業所外には公表はしていません。
22. 京都府の指定管理制度により運営されていることから、毎年、京都府の監査を受けています。また、法人内の事業所が互いにチェックする制度があります。法人は専門家による会計監査指導も受け、経営改善に努めています
23. 施設は地域の自治会には加入していませんが、自治会の会合にはオブザーバーとして参加し、地域の活動の把握に努めています。また、京田辺市社会福祉協議会と協働し、地域の独居老人や老人クラブの交流をしています。夏祭り等に地域の人を招待したり、利用者が月に一回、地域の清掃活動に参加する等、地域との交流を図っています。
24. ボランティア受け入れにかかわるマニュアルを策定し、ボランティアの受け入れを行っています。また、小・中学校等の体験学習等も受け入れており、利用者からの協力を得ています。
25. 利用者に必要な社会資源を明確にして、利用者の状況に応じて対応する用意があります。また、施設と関係する福祉事務所や医療機関等とは連携を図っていますが、これらを施設が中心になってネットワーク化するまでには至っていません。
26. 市内の在宅高齢者と利用者が参加しての行事（ひだまりの会）を月1回施設内で行い、年2回介護相談会や見学会を行っています。また地域の清掃活動にも参加はしています。まちづくりへの貢献までには至っていません。
27. 府内全域を対象として緊急入所には対応しています。年2回開催する介護相談・施設見学会に民生児童委員の参加がありますが、地域の課題などを話し合うこと等はできていません。

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。	a	b
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。	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。	b	b
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	b
33		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。	b	b
34		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。	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	b
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
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	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	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	b
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。	b	b
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。	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。	b	b
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。	b	b
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	b

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
44	Ⅲ-2 福祉サービスの 質の確保	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	b

【自由記述欄】

28. 理念、基本方針には人権尊重を明示し、事業所の倫理綱領とともに職員会議等で読み合わせをしています。特に2015年度は法人で発生した虐待事案を受け、法人全体で人権への配慮を主軸とした研修を行っています。

29. プライバシー保護や虐待防止のマニュアルを策定し、研修や事業所内での検討を行っています。ただし、利用者の急変等に対応できるようにと、施設内の一部のトイレについては廊下から見るようにになっています。

30. 施設の特性上、体験利用などの希望は応じていませんが、説明や見学を丁寧に行うように心がけています。また、関係機関に配布する『洛南寮だより』に待機状況を掲載し、関係機関等に配布しています。

31. 個別支援計画の文字を大きくしたり振り仮名を付したりするとともに、サービスの開始・変更の際にはゆっくりと読み上げる等の工夫をしていますが、ルール化までには至っていません。

32. 他施設への入所や退所の際には、事業所独自の引き継ぎ文書を職種に応じて作成していますが、相談先等の記載はありません。

33. 年1回利用者満足度調査を行うとともに、利用者自治会や意見箱等により利用者の要望を把握し、満足度の向上を図っています。しかし、利用者が参画した検討会議は開催していません。

34. 苦情解決の体制を整備し、利用者等に周知しています。苦情が発生した際は、苦情解決処理要領に沿って解決を図りますが、苦情内容や解決結果については、事業所内での周知にとどまっています。

35. 『生活のてびき』（重要事項説明書）に苦情申し出先を記載し、事業所内には苦情相談窓口や第三者委員の連絡先を掲示しています。

36. 利用者からの相談などへの対応については、マニュアルを整備し、検討を行っています。レクリエーションに関する事等、利用者自治会等で出された意見については実現ができるように努めています。

37. 毎月開催される事故防止委員会で、ヒヤリハット・事故報告書を基にして再発防止策を検討していますが、研修の記録が確認できませんでした。

38. 感染症対応マニュアルを整備し、感染症対策委員会で対応策を検討しています。しかし、2015年度については、感染症の予防や安全管理に関する研修を実施していません。

39. 非常連絡網を作成し、火災時における利用者の安否確認の方法等は決められていますが、火災以外の災害についての対応方法は定まっています。備蓄の整備はしています。

40. 利用者の支援に関しては、標準的な実施方法が定められており、職員にも周知しています。

41. マニュアル等の見直しは年 1 回、または随時に行っていますが、規程はありません。また、支援計画の内容が十分に反映されたものとはなっていません。
42. 利用者個別の支援計画・支援内容はパソコンで管理をし、定期的にモニタリングを行うようにしていますが、多職種で検討する機会が確保できていません。
43. 支援計画の見直しについては定期的に実施すること等は決められていますが、実施できていない部分がありました。
44. パソコンソフトを活用する等で利用者の情報共有をしています。法人事務局が主となり、記録ワーキングチームを立ち上げ、記録の書き方の検証をしています。また記録の書き方について、ガイドラインを策定予定とのことです。
45. 法人で個人情報保護規定を定めています。文書規定には、文書保存年限や廃棄方法等、必要な事項を記しています。ただし、紙媒体の記録の整理については課題があります。