

[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	軽費老人ホームケアハウス グリーンビラ夜久野	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28年2月16日

総 評	<p>社会福祉法人仙人福祉事業会は、今年開設21年目を迎えた法人です。ケアハウスグリーンビラ夜久野は、15名定員で、現在12名が生活しています。</p> <p>同一建物に特別養護老人ホーム、デイサービスを併設しており、夜間の緊急対応時には、特別養護老人ホームの職員が対応できるように職員配置しています。</p> <p>入居者の大半が要介護認定を受けており、訪問介護やデイサービス等の介護サービスを利用されています。その中で、家庭的な雰囲気を作り、利用者の楽しみを見つけられるように、敷地内で栽培した野菜を使った料理、おやつ作り等を行っています。また、山に囲まれた地域のため、買い物等に出かけることも困難な事から、定期的な買い物外出援助やおやつの出張販売、外出レクリエーションや外食を計画しています。イベントや行事は利用者の希望を聞き取り計画しています。又、冬季は積雪でなかなか運動が出来ないとの要望があった際には運動機器を設置し、利用者の重度化に伴い浴室に手すりが必要との要望があった際には改修を予算化するなど、利用者からの希望・要望を汲み取る事を特に大事にされています。</p>
特に良かった点(※)	<p>○中長期計画の策定</p> <p>「中長期計画推進会議」で「中長期計画実施予定表」を策定しています。利用者や職員からの要望・意見を基に必要な応じて、中長期計画の見直しを行っています。以前から利用者より要望のあった浴室の改装を予算立てて計画し、平成27年度に改装工事を実施するとの事です。</p> <p>○研修体制</p> <p>経験年数や資格に合わせた体系的な研修計画を職員一人ひとり作成しており、半期ごとに見直しを行っています。管理者と年1回面談を行い、目標の到達状況について確認しています。階層別の研修で受講できていない職員には声を掛けるようにしています。</p> <p>○地域との交流</p> <p>夜久野町の高齢者を対象に介護保険対象外サービスで送迎込みのミニデイサービスを実施し、地域の住民が集える「観桜会」や喫茶、「涼やかスポット事業」で飲み物等を提供する等利用者と住民が交流できる場を提供しています。また、「夜久野未来まちづくり会議」に参加し、地域のまちづくりに貢献しています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○法令遵守の取り組み 管理者は研修等に参加し、法令に関する情報を収集しています。職員に対しては、職員全体会で法令遵守について話をしていますが、遵守すべき法令の周知が不十分だと考えます。福祉分野だけでなく、業務に必要とされる法令についても研修や会議の場を利用して職員周知に努めてください。</p> <p>○リスクマネジメントの対応 法人全体でリスクマネジメント委員会を行い、ヒヤリハットや事故の原因や対策を検討し、事故防止の取り組みを行っていますが、リスクマネジメントの考え方についての研修が実施されていません。また、ケアハウスでのヒヤリハットの報告が確認できませんでした。リスクとは何か、ヒヤリハットと事故の違いについてなど、日頃の気づきを蓄積し、分析する事で事故防止に向けた意識が高まると考えます。</p> <p>○サービスの標準的な質の確保 職員の業務引き継ぎ時に業務の手順を明記した「職員引継ぎ簿」を準備していますが、内容が不十分です。標準的なサービスの実施方法を定めた上で、利用者の状況に応じて個別に対応する事が必要です。どの職員が対応しても一定水準のサービスを提供できるような業務マニュアルを整備してください。また、マニュアルを見直すことで、自分たちの業務の見直しの機会になると思います。</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	軽費老人ホームケアハウスグリーンビラ夜久野
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27年12月14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。	b	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。	b	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。	b	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	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。	b	b
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、基本方針はケアハウスの玄関や廊下に掲示しています。平成27年3月末に職員会議で、利用者には、平成27年4月に利用者懇談会を開催して周知しています。年度事業方針や広報誌の文字を大きくして見やすくするとともに、居室に掲示しています。
2. 社会福祉事業全体の動向については、京都府老人福祉施設連絡協議会や福知山民間社会福祉施設連絡協議会の施設長会議に参加して情報を得ています。利用者の推移、稼働率等の分析を行いスタッフ会議で報告しています。
3. 経営状況や改善すべき課題について中長期計画推進会議で問題を明らかにし、職員に周知し具体的に進めています。
4. 中長期計画は中長期計画推進会議を開催して策定しています。職員にはスタッフ会議やケアハウス会議で周知しています。
5. 中長期計画の内容を基に各年度の事業計画を作成しています。
6. 「平成26年度年報（1年間のあゆみ）」「平成27年度事業方針の点検表」などで職員に周知し、スタッフ会議、ケア会議、全体会議などで事業計画の見直しを行っています。

7. 事業計画は利用者懇談会で説明し、月行事やレクリエーション予定などは、食堂の掲示版に大きく掲示しています。
- 8 定期的に第三者評価を受診し、事業計画に基づき、福祉サービスの内容について評価していますが、分析・検討を組織的に行えていません。
9. 「平成27年度事業方針の点検表」で課題を文章化し職員で共有していますが、実施状況の評価、改善計画の見直しは実施していません。

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。	b	b
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。	b	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。	b	a
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	b
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。	c	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	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。	b	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。	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。	b	b
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。	b	b

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	a
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	a

【自由記述欄】

10. 管理者は自らの役割と責任について、年度事業方針作成時や職員全体会議などで表明するとともに、広報紙に掲載しています。
11. 管理者は遵守すべき法令などを把握し、研修会に参加しています。施設長より法令遵守の話を平成27年3月末の職員全体会で職員にしていますが、法令集などは無く職員への周知が不十分です。
12. 管理者は福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価分析し、職員の意見を聞き取り、改善の取り組みを行っています。
13. 管理者は経営や業務改善に向けて、人事、労務、財務の分析を行っています。夜間は特別養護老人ホームのスタッフが緊急コールに対応し、宿直者の巡回を増やすなど、人員配置に配慮しています。
14. 必要な福祉人材については、学校訪問や就職フェアに参加し確保に努めるとともに、就職につながる人が多い実習生の受け入れを積極的に勧めています。ケアハウスは人員基準に資格の規定はありませんが、看護師と栄養士を配置しています。
15. 法人の運営規定の中の職責で「期待する職員像」を明確にしています。職員には「生活相談ふりかえりシート」で上半期・下半期に個人目標などの評価をするとともに、職員面談などで総合的な人事管理をしています。職員処遇改善について評価・分析をするための取り組みは実施していません。
16. 管理者は職員の休暇取得や時間外労働の状況を把握しています。数か所に分かれて休憩室を設けており、職員が業務から離れて休憩できる場所を確保しています。
17. 職員一人ひとりが、「振り返りシート」で年間目標をたて、月一回の目標チェックや半期ごとの評価を行い、管理者との面談で目標の達成度を確認しています。
18. 職員一人ひとりの研修計画を立て、「職員研修計画表」で階層別に必要な研修を受ける仕組みを明示しています。しかし、専門資格の取得といった観点からのカリキュラムとはなっていません。
19. 「職員研修計画表」にて階層別に研修を受講したかを確認しています。研修台帳や研修記録で新人職員等の習熟度が分かるようにしています。入職3ヶ月面談や夜勤開始時に医療研修等を行い、教育・研修の機会を確保しています。
20. 「各種指針およびマニュアル、実習受け入れマニュアル」「平成27年度施設実習受け入れ予定表」等を作成し、実習生を受け入れています。
21. パンフレットや広報誌「すずかけの木」で理念や事業方針を明示していますが、ホームページは準備中です。
22. スタッフ会議で稼働率等を毎月報告するとともに、定期的に税理士が確認し、月次監査報告を出しています。

23. 「平成27年度グリーンビラ夜久野事業方針」の中で地域との関わりを明示しています。夏には「涼やかスポット事業」や「グリーンビラ夜久野展」を開催し、地域との交流に取り組んでいます。
24. ボランティア活動受け入れ方針を明示し、ボランティア誓約書を交わし、個別に注意点を伝えていますが、受け入れについてのマニュアルは確認出来ませんでした。
25. 「社会福祉施設名簿一覧」を作成し、利用者ごとに必要な社会資源をリスト化しています。また隣接する社会福祉協議会と連携を図っています。サービス担当者会議や民生委員との会議に参加しています。介護相談員が毎月2名来ています。まちづくり会議に副施設長が参加し、地域のネットワーク化に取り組んでいます。
26. 「観桜会」や喫茶、夏場の「涼やかスポット事業」等で施設の機能を地域住民に還元しています。地域住民に向けた防災や認知症についての講演会や相談会を行っています。
27. 地域の各種会議に参加すると共に施設内の地域貢献会議等で地域のニーズの収集に努め、介護保険外で送迎付きミニデイサービスセンターを開催したり、「オレンジロードつなげ隊」の講習に講師を派遣しています。

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。	b	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。	b	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。	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	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	a
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。	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。	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行っている。	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。	b
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。			c	c
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	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。	b	a

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、職員間で共有化している。	b	a
45			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b	b

【自由記述欄】

28.「倫理綱領」について毎年勉強会を実施していますが、法人内で発生した虐待案件のため、現在改訂中であり、今年度再度研修を行う予定です。

29.利用者や家族に利用者懇談会の際に、プライバシー保護や権利擁護について説明を行っています。虐待防止や権利擁護についてのマニュアルの改訂を行っていますが、調査時に具体的な内容は確認出来ませんでした。

30.見学や体験利用等には柔軟に対応しています。体験利用は2泊3日～1週間と希望に添えるように対応しています。利用希望者への情報提供もパンフレットを拡大したりカラーにしたりと工夫しています。

31.サービスの開始時には本人や家族等の身元引受人に同席してもらい分かりやすい説明を行っています。難聴等により、コミュニケーションが困難な方については筆談を用いる等、配慮を行っています。

32.在宅より入居に至った際には、これまで利用してきたサービスを継続利用できるよう配慮していますが、地域・家庭への移行に至った際の引き継ぎ文書等が確認出来ませんでした。

33.利用者満足度アンケートや月1回の利用者懇談会を実施し、利用者の満足度を確認の上、具体的な対応を行っています。

34.苦情対応の体制を整備し、苦情や要望に対して速やかに対応し、改善点を施設内の掲示板に掲示しています。

35.「利用者の意見要望等の相談解決システム運営規定」を整備し掲示しています。利用者から個別に相談等を受ける際には居室や小集会所を活用する等、話しやすい環境を確保しています。

36.相談に関する規程を定め、組織的に対応しています。利用者からの要望・苦情として、喫煙場所を移動したケース等を確認しました。

37.法人全体としてはリスクマネジメント体制を構築していますが、ケアハウスでのヒヤリハットの収集や職員に対する安全確保・事故防止に関する研修は確認出来ませんでした。

38.感染症対策委員会を設置し、毎月の委員会や定期的な研修を行い、利用者の安全確保に努めています。

39.消防計画を作成し、非常時災害時対応マニュアルを整備しています。備蓄リストも作成し、災害時等に対応できるようになっていますが、地域と連携して訓練を行うまでには至っていません。

40.「職員引き継ぎ簿」等の手順書は整備していますが、サービスの標準的な業務マニュアルとして内容が不十分です。

41.マニュアルの定期的な見直しの基準を定めていません。

42.「日常生活動作能力調査表」でアセスメントを行い、利用者の要望・希望を聞き取り「利用者個別計画書」

を作成し、年1回更新しています。

43.「利用者個別計画書」を年に1回は見直し、必要に応じて計画書の変更をしています。

44.「日常生活動作能力調査表」を用いアセスメントを行っています。介護ソフトを使用し、パソコンのネットワークを活用し情報共有できる体制になっています。

45.利用者に関する記録の保管、保存、廃棄については確認出来ましたが、情報の提供に関する規程が不十分です。