

[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	ケアハウス三愛荘	施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成29年4月12日

総 評	<p>社会福祉法人「みつみ福祉会」は、福知山市を中心として、高齢、障害、保育の施設を包括的に運営しています。その中で、ケアハウス三愛荘は、市内を一望できる高台に、三愛荘特別養護老人ホーム、養護老人ホームに併設した建物の3階にあり、平成14年に事業を開始しました。入居者は現在13名で、ゆったりとしたスペースに、のんびりとした雰囲気、利用者からの話や食事の風景から、職員が密接に関わっている様子がうかがえました。</p> <p>また、同敷地内には、デイサービスや小規模多機能施設、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所があり、地域住民が参加している「みつみ福祉会合同文化祭」等の行事には、利用者が共に参加しています、さらに、介護サービスを受けている利用者は、他法人のデイサービスを利用している利用者もおられ、地域の人と交流する機会としています。</p> <p>現在、ケアハウスの入居者の大半は、介護認定を受け、サービスを利用しています。そのため、入居者の高齢化、重度化に伴う施設内の環境や必要な支援の見直しが課題であるとのこと。今後ますます、入居者の状況に応じたサービスの提供が、必要となってくると思われ、さらなるサービスの改善に向けて取り組まれることを期待します。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○中長期計画の作成</p> <p>法人で、みつみ福祉会 5 ヶ年計画・収支計画を策定しています。ケアハウス三愛荘では、中長期計画に基づいた事業計画を策定し、職員会議で、進捗状況を確認して、見直しをしています。</p> <p>○研修体制</p> <p>法人の人材育成部で、「人材確保と育成 定着 5 ヶ年計画」を策定し、求める職員像を定めています。階層別研修を実施しており、研修委員会が年間の研修計画を策定し、毎年 2 月に実践報告会を開催しています。職員は「個人研修記録簿」に外部研修の受講を記録しています。職員一人ひとりの職種、経験年数、資格に応じた研修を受講できる仕組みがあり、人材育成につなげています。</p> <p>○サービス計画の作成</p> <p>利用者の意向、ニーズを聞きとり、アセスメントを行なった上で、ケアハウスサービス計画書を作成しています。職員会議で利用者の課題について検討し、6 ヶ月ごとにサービス計画書の評価を行い、サービス計画書の見直しをしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○質の向上に向けた取り組み</p> <p>職員会議で、サービスについての課題の改善に取り組んでいますが、定められた評価基準に基づく自己評価は行っていません。サービスの内容について評価を行う仕組みを考えてみてはいかがでしょうか。課題を明確にし、改善に取り組むことで、さらなるサービスの質の向上が望めると思います。</p> <p>○地域との交流を広げる</p> <p>みつみ福祉会三愛荘全体で、地域貢献委員会を設置し、認知症研修など、地域住民に参加を呼び掛けています。地域に向けた合同文化祭を実施し、地域住民と利用者が参加し、交流する機会としていますが、ケアハウスの利用者が地域のイベントや行事に参加するための体制が整っていません。利用者が地域住民との交流を広げる為に、地域の行事、イベントに参加できるようにボランティアの同行を受けられるような体制を考えられてはいかがでしょうか。</p> <p>○リスクマネジメント</p> <p>法人でリスクマネジメント委員会を設置し、ヒヤリハット報告書を整備するなどの体制を整えています。しかし、ケアハウスとしてヒヤリハット事例がなく、事業所内での安全確保、事故防止の取り組みが不十分です。リスクマネジメントについての研修の実施やヒヤリハット事例収集に取り組み、事故防止や安全確保に努めてください。</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	ケアハウス 三愛荘
施設種別	軽費老人ホーム
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29年1月27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。	B	B
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。	A	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	B
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・方針はホームページやパンフレットに記載し、利用者には毎月の懇談会で説明しています。職員には、年度当初の職員会議で運営方針を記載した事業計画書を配布し、周知しています。
2. 法人内の施設長会議、管理者連携会議で福祉事業の動向、地域のニーズ等を把握していますが、ケアハウスとして利用者の推移やデータの分析までは至っていません。
3. 施設長会議、管理者連携会議で、経営状況の分析を行い、課題を明確にしています。中長期5ヶ年計画に反映し、職員会議で職員に周知して、改善に向けて取り組んでいます。
4. みつみ福祉会5ヶ年計画、収支計画を策定し、中長期的な目標や課題を明確にしています。2年経過時に必要に応じて見直しを行っています。
5. 事業計画は、中長期計画に基づき、昨年度の達成状況を確認した上で策定しており、具体的な内容となっています。
6. 事業計画の評価は6ヶ月ごとに進捗状況の確認を行い、栄養士、看護師からの意見も取り入れて見直ししています。

7. 利用者には懇談会で事業計画の説明を行い、家族には広報誌に掲載して送付していますが、行事計画の説明が主で、利用者に資料を配布する等、理解しやすい為の配慮が不十分です。
8. 職員会議でサービスの質の向上に向けた課題を挙げて評価をしていますが、定められた基準の自己評価とはなっていません。また、定期的に第三者評価を受けて、課題を法人にも報告していますが改善の取り組みが不十分です。
9. 職員会議で課題について職員間で共有しています。改善に取り組んでいますが、改善計画はなく、計画的な取り組みとはなっていません。

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。	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	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。	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	A
15			② 総合的な人事管理が行われている。	A	A
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。	A	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。	A	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。	A	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	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。	C	C
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。	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
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	B
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	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	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
27		取組を行っている。	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. 「職員専決規定」に管理者の役割と責任について明記しています。職員には職員会議で責任について周知し、広報誌「さんあいの和」に管理者としての役割や責任について掲載し、利用者や家族に配布しています。
11. 管理者は福祉連絡協議会等の研修に参加し、法人内でコンプライアンスの研修を行う等、職員への関係法令の周知に取り組んでいますが、管理者として幅広い分野の法令についての理解は十分とは言えません。
12. 利用者との懇談会に管理者が毎回参加し、利用者からの要望を聞き取っています。職員会議でサービスの内容について検討し、改善に取り組んでいます。
13. 法人の人材育成部、財務部で、人事・労務・財務等の分析を行い、管理者は予算計画の見直しや人員配置、環境整備について改善に努めています。
14. 「人材確保と育成5ヶ年計画」を策定し、方針を明確にしています。「求める職員像」で人材育成の基本的な方向性を明らかにしています。
15. トータル人事システムの構築や「求められる職員像」を明確にしています。管理者は職員一人ひとりの「自己報告書」に基づき、職員の面談を実施し評価を行っています。
16. 時間外勤務の改善に取り組み、勤務体制の見直しを行いました。「自己報告書」「目標管理シート」を用いて、職員との面談を行い、職員の相談に応じています。また、法人で「総合相談センター」を設置し、職員からの相談に応じる体制を整えています。
17. 法人の取り組みとして、常勤職員は「目標管理シート」を用いて、個人目標を設定し、上司が年3回、職員の評価を行う仕組みとなっています。ケアハウスの職員は非常勤職員のため、管理者との面談にとどまり、評価を受ける対象となっていません。
18. 「人材確保と育成」計画で研修の基本方針を明確にしています。人材育成部で「階層別研修」、研修委員会で年間研修の計画を立て、実施しています。
19. 職員一人ひとりの職種、経験年数、資格に応じて研修に参加しています。個人研修記録簿に外部研修参加の記録を記載し、法人で報告会を実施しています。
20. 法人で実習生の受け入れをしていますが、ケアハウスでは実習の受け入れはしていません。
21. ホームページに事業所案内や決算報告を掲載し、法人の広報誌「For Me To Me」を関係機関や地域の自治会に配布しており、事業所の情報を公開しています。
22. 年一回、法人の財務部で内部監査を実施しており、改善案を提出する仕組みになっています。必要に応じて公認会計士からの指導を受け、経営改善につなげています。

23. 「地域貢献委員会」で地域貢献事業として、認知症研修会や介護技術研修会を実施しています。法人で合同文化祭を催し、地域住民の参加を募り、利用者との交流の機会を作っています。地域の行事やイベントへは支援体制が整わず、参加が難しいとのことでした。

24. 行事、年末大掃除等で定期的にボランティアの支援を受け入れています。留意事項を記載した手順書を作成していますが、ボランティアへの研修などは実施していません。

25. 介護サービス事業所等の関係機関との情報共有を行っています。職員会議で関係機関、社会資源についての情報も共有しています。

26. 法人内に「地域貢献委員会」を設け、地域住民に参加を募り、認知症勉強会等を開催しています。また、地元の消防団と連携して避難訓練を実施しています。

27. 関係機関との連携や情報収集で地域の福祉ニーズの把握に努めていますが、事業所として相談事業を行うなど地域に向けた事業の活動は行っていません。

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。	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。	A	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。	A
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。		B	B
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行っている。	A	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。			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	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。	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。	B	B

【自由記述欄】

28. 人権研修を11月に実施しています。虐待防止に関するアンケートを年一回実施し、虐待防止委員会で取りまとめています。
29. 法人で個人情報保護規定を作成しています。プライバシーポリシーに関する文書を掲示し、利用者・家族に周知しています。全室個室でバストイレ付、自室の鍵は自己管理で個人のポストを設置しており、プライバシーに配慮しています。しかし、虐待防止に関するマニュアルを作成していません。
30. 市役所、病院、在宅介護支援事業所にパンフレットを配布しています。魅力発信委員会でわかりやすいパンフレットを、今年新たに作成しています。また、パンフレットとは別に広報誌や利用料金などを明示した文書を作成しています。
31. 重要事項説明書、契約書を整備し、利用者への説明をしています。また、説明はマニュアルを作成して内容にばらつきがないよう統一を図っています。
32. サービス移行事例は多くあり、要請があった場合は対応しています。ただし、引き継ぎにおける情報の提供にあたっての様式は定めていません。
33. 月一回、利用者懇談会を実施しています。年一回、満足度アンケートを実施し、結果を懇談会で報告しています。家族会はありませんが、行事に参加している家族と懇談の機会を持っています。
34. 苦情解決委員会を設置し、苦情解決の体制を整備しています。また、苦情受けのポストを設置しています。現在は苦情内容や解決結果については、公表していませんが、ホームページを利用した公表を検討中のことです。苦情・要望・相談記録を整備、記録していますが、苦情なのか要望なのかがわかりにくく、あいまいな記録になっています。
35. 苦情解決の窓口等をわかりやすく明記したポスターを掲示しています。相談スペースは設けていませんが、フロアの休憩スペースなどを利用し、相談に乗っています。
36. 意見箱を設置し、月一回の利用者懇談会で意見を聞いています。満足度アンケートも実施していますが、相談対応に関するマニュアルは整備していません。
37. 法人でリスクマネジメント委員会を設置し、ヒヤリハットの様式を整備していますが、事例がありません。また、ヒヤリハットに関するマニュアル作成や研修を実施していません。
38. 利用者には毎朝のラジオ体操、朝礼時に感染予防の声かけを行い、手指消毒等を徹底しています。毎年11月には法人内で感染症に関する研修を実施しています。感染症に対するマニュアルを作成していますが、作成日の明記はなく更新の記録がありません。

39. 三愛荘全体での連絡網を整備し、地域と連携した避難訓練は定期的を実施しています。避難訓練の手順などを整備していますが、パソコン上での管理となっているため、避難の手順や流れをすぐに確認できる体制ではありません。
40. 業務マニュアルを整備し、個人個人への対応を明記しています。しかし、内容はプライバシーに配慮した項目とはなっていません。
41. 業務マニュアルを整備し、検証・見直しは行っていますが、定期的ではなく、検証・見直し時期は定められていません。
42. 年に一回、アセスメントを実施し、意向やニーズを確認しています。職員会議で多職種からの意見を聞き、サービス計画書を作成しています。
43. 6ヶ月ごとにサービス計画書の評価、見直しをしています。また、必要に応じて変更する体制があり、毎月の職員会議で利用者の状況を把握し、課題の抽出を行っています。
44. ネットワークを利用してパソコンで介護記録を入力し、どの職員も閲覧できるようにしています。利用者の変化があった時に記録しており、日誌で全体の状況を記録して管理しています。
45. 個人情報の利用にあたっては、重要事項説明書に明記し、覚書を整備し利用者の同意を得ています。個人情報取扱規定、文書管理規定を整備していますが、文書管理規定内に廃棄に関する規定がありません。また、個人情報保護に関する研修は実施していません。