

[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	社会福祉法人成光苑 サンヒルズ紫豊館	施設 種別	居宅介護、重度訪問介護
評価機関名	一般社団法人 京都社会福祉士会		

平成26年6月11日

総 評	<p>社会福祉法人成光苑サンヒルズ紫豊館は、福知山市に平成8年特別養護老人ホーム（定員50名）として開設され、在宅高齢者ニーズに対応すべく、デイサービスセンターやケアハウス（50名）を併設し、ヘルパー事業所も開設されました。</p> <p>その後、市の要請により障害者のヘルパー派遣事業所としても活動を開始し、立ち上げ当初は3名への派遣でありましたが、現在は15名の方の支援にあたっておられます。市内には障害者対象の事業所が4事業所あり、利用者が選択できるサービスの一つとして大きく貢献しています。</p> <p>高齢者へのヘルパー派遣事業と並行して事業を継続して展開し、24時間派遣をうたっていますが、現時点での実績はありません。現状把握を受けて、平成25年度は夜間定期巡回事業に力を入れていきたいと計画が定められています。また、総合福祉施設の機能を最大限利用し、災害時の備蓄倉庫の整備、派遣対象者や通所サービス利用者に施設での催し案内する等の機能還元を行っており、理念にある地域に開かれ、地域福祉拠点となる施設経営を展開しておられます。</p>
特に良かった点(※)	<p>○研修体制の構築 ISOに基づく、品質目標実施計画や組織管理の体系が組み立てられています。また、法人全体で年に1度、研究発表が行われ自己研鑽に取り組む等、研修体系がしっかり構築されています。さらに、「はじめの一步」と題したマニュアルを作成され、全職員が携帯する等の体制も大変評価できます。</p> <p>○利用者情報の共有 ヘルパーは施設から訪問に行き、終了後は施設へ戻ることで、移動中の事故のリスクの軽減が図られ、活動後の報告・引き継ぎが必ず行われる体制となっています。このことにより利用者のこまかな状況が把握できています。</p> <p>○利用者からの希望の尊重 制度外サービスとして「お助けっとサービス」を提供し、制度の狭間の方や利用希望者への「かゆいところに手届く」サービス提供に努めています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○事業計画の周知 事業計画が作成されていますが、利用者や家族等に周知されていません。機関紙やホームページなど積極的な広報活動を行っていただけるので、広報媒体の活用をご提案します。</p> <p>○サービス情報の公表 障害福祉サービスとしてのヘルパー派遣を行っていることが、パンフレットやホームページ等に記載されていません。また、利用希望者に対してサービス選択に必要な情報については、名刺に書いてあるのみで、広報やパンフレットに掲載するなどの改善を期待します。</p> <p>○利用者ニーズの把握 サービス開始時のニーズを汲み取る方法が弱く、また、介護計画書はニーズを記載する様式となっていますが、十分に活用できていませんので、今後、活用されていくことを期待します。</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]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

受診施設名	社会福祉法人成光苑 サンヒルズ紫豊館
施設種別	訪問介護、重度訪問介護
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11月7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) 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 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	A	B
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	A
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	A	A
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	A	A
		③ 事業計画が職員に周知されている。	A	A
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	C	C
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リーダーシップを発揮している。	A	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	A	A

【自由記述欄】

I-1-(1)①法人理念は社会福祉法人成光苑及びサンヒルズ紫豊館のホームページに掲載している他、随所に置かれている法人発行のパンフレットや広報誌にも掲載しています。

I-1-(1)②理念に基づく基本方針をサービス目標として明文化しています。

I-1-(2)①理念を具体化していくために、事業計画を策定するリーダー会議を実施しています。リーダー会議で検討された内容を、法人施設長会議で決議する仕組みで周知を図っています。

I-1-(2)②法人理念とサービス目標は、年3回発行される広報誌「ききょう」に毎回掲載し、周知を図っています。また、利用者・家族に対しては、新規契約の際にパンフレットの配布と重要事項説明の中でも周知しています。

I-2-(1)①中期及び長期の計画は、ISOによる品質目標計画の一環として、全社協社会福祉法人経営者協議会が策定したアクションプラン2015を参考に策定し、実行しています。

I-2-(1)②品質目標実施計画として、法人施設長会議の指示のもとリーダー会議で検討し、施設長会議に報告しています。

I-2-(1)③品質目標実施計画の進捗状況を毎月リーダー会議で評価、職員に報告を行い、改善に取り組んでいます。

I-2-(1)④事業計画は作成していますが、利用者・家族への周知は行われていません。

I-3-(1)①法人全体で共通する職階に基づく職務内容や、決裁区分を定めており、リーダー会議や訪問介護部門の職員会議で、管理者が経営方針を表明し、指導的に関わっています。

I-3-(1)②法令遵守規程を策定しており、職員会議の中では法令遵守に関する研修を行い、理解度調査シートを活用し理解度を確認しています。また、法令遵守・個人情報保護については、法人全体で定期的に研修を行っています。

I-3-(2)①管理者は経営者協議会の会議や研修を通じて、質の向上を求められる課題や変化する経営環境等を把握し、職員会議にて報告しています。

I-3-(2)②管理者も参加し毎月実施するリーダー会議において、業務計画の達成度、活動状況を把握・チェックしています。

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し、改善を行っている。	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、職員のやる気向上に取り組んでいる。	A	A
		② 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
	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 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	A	A
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	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	
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	A	A	
		A	A	
II-3 個人情報の保護	II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	A	A
II-4 安全管理	II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	B	B
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	B	B
		③ 障害のある本人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-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	C	C
		② 地域の福祉ニーズを把握し、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-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	A	A
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

【自由記述欄】

II-1-(1)①法人理事長が会長を務める全国社会福祉法人経営者協議会の情報を中心に、施設経営に関する研修や情報に接する機会を得ています。

II-1-(1)②各事業の予算は、サンヒルズ紫豊館のレベルで検討し、現場から法人本部に原案を上げて、分析を行っています。

II-2-(1)①事業所の各部門から選出された職員で構成する人材確保プロジェクトを設置し、継続的な検討と人材確保の取組みを推進しています。

II-2-(2)①全職員から年1回、自己申告書を管理者に直接提出するシステムがあり、管理者が職員の就業状況や意向についてヒヤリングを行なっています。また、訪問介護部門は、ほとんど全員が正社員で毎朝定時に事業所に出勤し、公用車で派遣先へ移動しています。サービス提供後も全員が事業所に戻って勤務を終える体制になっているため、業務に関する意思疎通がよく図られています。

II-2-(2)②ソウェルクラブ、施設職員共済会に加入しているほか、事業所の親睦会に職員が参加して旅行などの行事を行なっています。また、特別養護老人ホームの嘱託医に、職員も日常的に相談しやすい仕組みができています。

II-2-(3)①人事システムガイドを策定し、ガイドの中に明示しています。

II-2-(3)②人事システムガイドに基づいて、職員個人ごとに研修計画を策定しています。

II-2-(3)③人事システムガイドに基づいて行われています。

II-2-(4)①実習生受入計画を整備し、実習プログラムを策定しています。

II-3-(1)①個人情報保護方針を策定しており、それに即して個人情報を適切に管理しています。

II-4-(1)①ヘルパーがリスク委員会のメンバーになっています。不適合サービス管理規定を設け、緊急対応・不適合報告書を作成し、リスク会議にて検討しています。

Ⅱ-4-(1)②緊急対応マニュアルを作成しています。利用者へ渡す重要事項説明書に事故発生時の対応を明記しています。職員全員が救急救命講習を受講しています。

Ⅱ-4-(1)③緊急対応・不適合報告書を作成しています。報告後は改善目標を設定し、達成目標の確認しており、達成度は管理者会議にて報告し、施設長の決裁を受けるという仕組みができています。

Ⅱ-5-(1)①施設での自治会入会はありますが、ヘルパーステーションという事業の特性もあり、地域とのかかわりは薄いと言えます。利用者へは施設の行事など案内するなど、社会参加支援を心がけています。

Ⅱ-5-(1)②施設独自でヘルパー講習を実施し、職員が講師として活動しています。また、実習生の受け入れも積極的に行っています。施設には災害時に備えた備蓄庫を設置しています。

Ⅱ-5-(1)③受け入れマニュアルが整備されています。また、ボランティア委員会を設置しています。

Ⅱ-5-(1)④市内に障害者支援センターが3か所あり、連携を取っています。また、行政や民生委員などの関係機関とも積極的に連携を取っています。

Ⅱ-5-(2)②サービス提供記録を1週間に2回、家族等に渡し、積極的に交流の機会を確保しています。

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 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	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	B
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	A	A
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	A	A
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	A	B
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行なわれている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	A	A
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行なわれている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	A	A
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	A	A
② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。		A	A	
③ 障害のある本人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 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	A	B
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	A	A
	Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)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 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	A	B
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	A	A
		② 一定の水準を確保する為の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-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	①	サービス内容について定期的に評価を行な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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	A	A

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①提供内容は名刺に明記し、利用希望者等に渡していますが、積極的な情報提供は行っていません。

Ⅲ-1-(1)②リスク時の対応を図で表記し、わかりやすく表現しています。

Ⅲ-1-(2)①相談支援事業所と連携しながらサービス提供することで、継続した配慮を心がけています。

Ⅲ-2-(1)①アセスメントを行い、面接報告書として作成していますが、本人ニーズを引き出せるような様式になっていません。また、介護計画書に希望など記入する様式がありますが、活用できていません。

Ⅲ-2-(2)①3か月に1回、モニタリングとして見直しを行っています。サービス提供責任者が職員に周知を図っています。

Ⅲ-2-(3)①モニタリングチェック表を家族や本人にチェックしてもらい、サインによる同意をもらっています。

Ⅲ-2-(4)①個別支援計画作成に対する研修を行っています。手順についてはヘルパー会議で周知しています。

Ⅲ-2-(4)②ISO文書管理規定に基づいて3年での書類破棄を定めています。また、個人情報保護の研修を毎年1回行っています。情報開示については重要事項説明書に明記しており、記録については複写を本人に渡すなどの対応を取っています。

Ⅲ-3-(1)①障害のある本人のニーズの把握はモニタリングにより確認し、実施計画に反映しています。アセスメント時のニーズ把握が出来ていません。

Ⅲ-3-(1)②本人のニーズの充足については、モニタリングや担当者会議により確認し、改善に取り組んでいます。

Ⅲ-3-(2)①本人の相談等は相談室や事務所で対応し、個別化、情報管理を行っています。電話連絡も対応し、ヘルパー同士の連携も記録によって行っています。

Ⅲ-3-(2)②苦情解決に向けての取り組みは苦情クレーム報告規定があり、ISOに基づく対応をしています。苦情クレーム対応マニュアルも整備しています。

Ⅲ-3-(2)③本人の意見や提案に関して、個人情報管理規定や苦情クレーム対応マニュアルを整備しています。希望等はヘルパー会議等で具体的に検討し、改善に取り組んでいます。

Ⅲ-4-(1)①サービス提供に関して、個別の新人研修プログラムを整備しています。法人独自の「はじめの一步」基本マニュアルを整備し、全職員に配布しています。

Ⅲ-4-(1)②個別介護計画の見直しはISOに則り定期的に実施しています。モニタリングは3ヶ月に1回見直しを行い、サービス提供に反映しています。

Ⅲ-4-(2)①質の向上に向けた取り組みは、ISO事務局外部監査を年1回、ISO内部監査を年2回実施しています。

Ⅲ-4-(2)②ISOによる内部監査の評価結果を受けて、指摘された課題に対してリーダー会議で分析検討し、各部所において確認、検討、訂正を行い、再計画した上で実践していく、PDCAサイクルを実践しています。

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

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
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人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。(プライバシーへの配慮)	A	B
		② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	A	B
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	C	C
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	C	C
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	A	A
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	C	B
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	A	A
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	A	A

IV-2-(3) 食事	①	【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	B	A
IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	①	障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	A	A
IV-2-(5) 日常生活への支援	①	障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	A	A
	②	事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	C	C
IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	①	障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	B	B

【自由記述欄】

IV-1-(1)①本人の尊重に関する取り組みは、行動規範や個人情報保護規定に定めて実践しています。人権研修も実施していますが、プライバシーに関するマニュアルの文章化が不十分です。

IV-1-(2)②個別支援計画やサービス実施記録によって、個別に十分なサービスがなされていることを確認することができます。

IV-1-(1)③ヘルパー事業所のため自治会などはありません。

IV-2-(1)①入浴実施に関して、その日の状態・バイタル確認後、本人のニーズに応じて実施していることが、サービス実施記録で確認できました。

IV-2-(1)②現在利用している人は、夏冬者衣類の入れ替えなど行為は自分で行えるとのことでした。

IV-2-(1)③サービスのニーズがないため、実施していませんが、実施できる体制はあります。

IV-2-(2)①安眠に関しては時間帯が夕方までであるため直接の援助は行っていません。しかし、睡眠が十分でないと、本人の日中の体調がすぐれないことは確認できるので、随時相談に乗っていることが、サービス実施記録等により確認できました。

IV-2-(2)②排泄環境に関してはサービス実施記録において確認できました。自立した方の排泄時はプライバシーを尊重するなど、個別支援計画に則り、個人個人の計画を作成し、実施されている。

IV-2-(2)③健康に関する支援は、希望に応じてバイタルチェックをするなどの支援を行っています。また、気分転換を図るため、買い物などにも同行するケースも確認できました。

IV-2-(3)①食事に関しては介護計画書にて確認しました。本人の希望を確認して夕食のセットをする、その日の健康状態をチェックするなど、丁寧なサービスがなされています。

IV-2-(4)①本人のニーズに応じて時間変更し、外出の支援やボランティアの同行支援等を実施しています。

IV-2-(5)①金銭の管理については、在宅であるため支援は行っていません。本人の権利擁護を重視して支援を行うことをこころがけています。

IV-2-(5)②在宅サービスであるため直接支援は行っていませんが、法人施設の取り組みなどは案内しています。

IV-2-(6)①障害サービスにおいては行動は限られていますが、移動サービス、他サービスに繋がるように支援を行っています。