

[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	ケアハウス美山	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6月15日

総 評	<p>社会福祉法人北桑会が展開するケアハウス美山は、拠点施設である高齢者総合福祉施設美山やすらぎホームにあります。ホーム内には特別養護老人ホーム、デイサービスセンターなどを併設しています。</p> <p>「『共に生きる』利用者と共に、地域と共に、仲間と共に、」を法人理念に、それぞれの特性を生かした事業を展開されています。ホーム全体で連携した地域への出前講座や法人職員が「北桑会よさこいチーム『共』」を結成し、地域の施設等に訪問活動を行うなど、まちおこしや地域の活性化に協力しています。</p> <p>またそれぞれの事業が役割分担や機能を活かし、管理者のリーダーシップのもと、職員会議や委員会が実施され、利用者サービス向上を目指してさまざまな取り組みがなされています。</p>
特に良かった点(※)	<p>○地域ニーズへの対応</p> <p>積雪が多く生活が困難になる冬場に、ゲストルームを活用した期間限定の利用者の受け入れや、山間地における配食サービスが実施されるなど、ケアハウスが提供できる資源を拡張して地域ニーズに対応する取り組みがなされています。</p> <p>○職員が働きやすい環境</p> <p>福利厚生として、親睦会への助成や誕生日休暇の導入など法人独自の取り組みが実施され、職員の働く意欲を促す仕組みが設けられています。</p> <p>○利用者本位のサービス</p> <p>ケアハウスとして個別生活を重視し、各部屋にはインターホン、個別ポストの設置などプライバシーに関する配慮がなされています。また、嗜好調査結果を反映した一人鍋の実施など調査結果が反映・改善する取り組みがなされています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○職員教育に関して ケアハウスでは、感染症に関する研修を中心に取組みられていますが、研修受講が少なく、人権・虐待等に関する研修もなされていません。今後中長期的に多種多様な研修受講に関する計画が作成され、職員教育の充実が望まれます。</p> <p>○効率的な会議運営 法人や事業所内での委員会・会議が多数実施されていますが、記録としての残されていないものが見られました。検討した結果が利用者サービスに反映され、無駄にならないように「会議のための会議」とならない効率的な会議運営の検討が望まれます。</p> <p>○利用者本位のサービス 個別的な福祉サービス実施計画は作成されていません。個別の問題点への対応は職員会議で共有されていますが、計画が策定されていないため十分とはいえません。今後、すべての利用者の個別サービス計画作成を期待します。</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	ケアハウス美山
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 3 月 17 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。	b	b
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	b
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・見直しを組織的に行われ、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. 法人として理念を作成しています。また、基本方針は毎年度、主任や部長が案を作成し、事業計画に明記、年3回拠点での全体会議で周知しています。
2. 施設長、部長は法人本部に設けた経営戦略委員会に出席し環境と経営状況が把握分析されています。また、月1回、顧問会計事務所による勉強会に出席しています。
3. 拠点施設全体で週1回管理者会議を開催し、各事業所の経営状況を確認しています。また、法人本部に設けた経営戦略委員会にて、問題点を明らかにし、改善策を講じています。職員会議を月に1回実施し周知を図っています。
4. 経営課題を分析して、単年度の目標数値、中期の収支計画を立てていますが、中・長期計画は作成していません。事業展開におけるビジョンとしての事業拡大も視野にはありますが、具体的に文書化には至っていません。
5. 単年度計画は作成され、数値目標を盛り込むなど具体的内容となっていますが、中・長期計画を反映したものにはなっていません。
6. 拠点施設での全体職員会議で年2回事業計画の進捗状況を報告しています。報告書は主任が作成し、部長、施設長が確認しています。

7. 利用者懇談会にて、施設内外の月刊行事表が配布していますが、年間の事業計画は配布していません。家族等へは施設で実施するイベントや機関紙を郵送するなど案内しています。
8. 拠点施設全体でのサービス向上委員会にて、質の向上に向けて検討する仕組みを設けています。また、内部業務指導を年2回実施、指摘事項は主任会議で報告・検討改善につなげています。3年ごとに第三者評価を受診していますが、評価項目を使つての定期的な評価は行っていません。
9. 3年前の受診結果を拠点施設の組織検討委員会で検討された結果、人事考課制度の再開に至っています。

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。	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。	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。	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。	a	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。	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	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。	a	a
26			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	a
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. 施設長、部長は公用携帯電話を所持し、常に連絡が取れる体制を整備しています。主任会議には施設長が出席し、理事会の方針や経営戦略委員会の検討結果等を自ら指示伝達しています。
11. 法人全体で管理者対象に労務、会計研修を実施し、法令等について定期的に学んでいます。事業計画の中にコンプライアンスについて明記し、職員周知を図っています。
12. 施設長は報告書類や会議録などすべてに目を通し、アドバイスをを行っています。福祉サービスの質の向上のための法人アクションプラン作成にあたり、職員に意見を求め反映しています。
14. 平成28年度、京都式ワーク・ライフバランス認証、きょうと福祉人材育成認証制度を取得しています。職員確保については、他法人と共同で人材確保に向けたリーフレット作成や就職相談会などを実施しています。
15. 職員綱領に期待する職員像を明記しています。人事考課制度を導入し、個別面談シートにて意向を把握しています。個別の目標設定等の仕組みが確立しておらず、職員が将来の姿を描く制度とはなっていません。
16. 平成28年度、人事考課制度を導入し、京都式ワーク・ライフバランス認証、きょうと福祉人材育成認証制度を取得しています。職員面談も同時に導入されています。親睦会への補助、誕生日の特別休暇制度など福利厚生の実施に取り組んでいます。
17. 法人の職員綱領に期待する職員像を明記しています。職員個別面談により課題をピックアップし、部長を中心として指導やアドバイスをしています。一人ひとりの目標設定から達成までの仕組みは確立できていません。
18. 法人の職員綱領に期待する職員像を明記しています。ケアハウスとして特別な専門技術や資格の明示はありませんが、感染症については常に勉強会や啓発活動が行われています。しかし、それ以外の研修は少なく、研修計画がありません。

19. 外部研修や法人内の研修は掲示や回覧で職員に随時案内し、希望があれば勤務時間内に受講できるよう配慮しています。又、採用時には法人として新人研修を実施していますが、個別の水準を把握して行う OJT 等は実施していません。

20. 法人として「実習生対応マニュアル」を作成しています。実習指導者講習は管理者が受けています。併設する特養での受け入れ時、ケアハウスもプログラムの一つになっています。ここ数年は専門学校等の減少等から、実習生の受入れ実績はなく、学校との継続的な連携は現在行っていません。

21. ホームページや広報誌を活用しています。苦情相談の体制については食堂に掲示しています。施設の資料や広報誌は地域に配布するほか、南丹市役所美山支所に設置しています。

22. 会計事務所に外部委託し月次監査を受けています。指導内容やアドバイスは毎月の会計会議で主任に伝え、収益やコスト削減に関して現場で取り組める改善事項をその都度検討しています。

23. 地域との関わりは理念や基本方針に明文化しています。地域行事のポスターなどを食堂に掲示し、利用者から参加の希望があれば、職員が随時送迎など支援しています。老人クラブやサークルを招いて交流会を開催したり、他施設や地域の祭りなどの行事にも参加しています。他にも、買い物や銀行等に外出する日を設けて、地域に馴染んだ日常生活が送れるよう配慮しています。

24. 法人としてのボランティア受け入れマニュアルを作成しています。中学生の職場体験の受け入れや地域の学校へ年1～2回福祉や介護の講演をするなどの出前講座をおこなっています。ボランティアについては特別養護老人ホームが窓口となっていますが、ボランティアに対する研修等は実施していません。

25. 2ヶ月毎の南丹市主催地域ケア会議に管理者が出席し連携をとっています。会議では地域の共通課題等が話し合わせ、討議内容を施設に持ち帰りサービス調整会議や主任会議の議題として取り上げています。地域の社会資源のリスト化はできておらず、職員への周知や情報共有については不十分です。

26. 3ヶ月毎に拠点施設で地域交流会を開催し、ボランティアや老人クラブを招いてカラオケや食事会を実施しています。又、食堂スペースを地域住民に開放し、押し花教室や健康教室を実施したこともありますが、積極的な呼びかけは行っていません。法人職員が「北桑会よさこいチーム『共』」を結成し、地域の施設等に訪問活動を行うなど、まちおこしや地域の活性化に協力しています。また、拠点施設は、福祉避難所として登録しています。

27. 南丹市社会福祉協議会美山支所からの依頼で、主に美山町東部地域、山間地域等への昼食・夕食合わせて20食弱の配食サービスを行っています。施設利用に関しては、随時見学に対応したり、地域ケア会議での連携は図られていますが、民生委員・児童委員等と定期的な会議などの開催には至っていません。

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

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	b
45			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	c	b

【自由記述欄】

28. 利用者尊重に関する理念や基本方針、職員綱領に明記されています。職員綱領を事務所内に掲示し、周知を図っています。研修では、感染症が中心となっており、基本的人権への配慮について、組織での研修は実施しておらず、計画もありません。
29. 法人として「個人情報保護管理規則」「プライバシー保護マニュアル」を策定しています。各居室にはインターホンや鍵付きの個別ポストなど設備面で工夫をしています。各種マニュアルが作成され更新もお行われているが、プライバシー保護、虐待防止に関する職員研修の実施や計画はありません。
30. 現在2名の体験入居者がゲストルームを利用するなど、利用者が見学や体験しやすい環境を整えています。パンフレット等は南丹市社会福祉協議会美山支所に設置しています。
31. 利用料の変更時等には、利用者「サービスの提供に要する費用徴収額の決定について」で書面を通知しており、説明し同意を得ています。
32. 事業所の変更等がある場合、「情報提供書」を作成し提供しています。利用終了時には、継続して施設へ相談できる旨を口頭で伝えていますが、文書化はできていません。
33. 定期的な利用者懇談会にて、利用者に関心を取りを行い、情報交換の場としています。利用者満足調査を年1回実施し集計結果は一覧にして掲示しています。嗜好調査も、年2回栄養士が行い、食事会議で検討し要望を反映しています。要望のあった、一人鍋に応じて喜ばれた事例がありました。
34. 苦情解決の体制が整備されホールに掲示しています。意見箱等にて意見の収集を行っています。苦情については、「苦情内容記録書」に記載し、主任会議で取り上げ、改善を行っています。苦情の公表事例はありません。
35. 意見を出しやすい環境として、相談室を利用し、利用者からの相談を受けています。しかし、日常の相談窓口（担当者）を利用者に周知する仕組みがありません。
36. 「福祉サービスに関する利用者からの苦情解決体制」（マニュアル）を作成しています。また、定期的な見直しも行っていきます。アンケート、意見箱、利用者からの意見をくみ取り、主任会議、職員会議、食事会議を行い、対応しています。
37. 拠点施設において2ヶ月に1回事業所対応委員会を開催し、半期に一度事例検討を行っています。主任会議や職員会議でも定期的に報告し、毎月のサービス調整会議にて全員で発生した事故について話し合い、改善に努めています。
38. 毎月の感染症対応委員会は主任会議と共に実施し、「感染症予防対策マニュアル」にて、責任、役割を記載して管理体制を整備しています。感染症対策セットを宿直室、事務室に設置し、毎年12月に実技研修を行っています。

39. 「緊急時対応マニュアル（防災編）」、「原子力災害に係る避難計画」を作成し、年2回の避難訓練、拠点での合同訓練を行っています。備蓄品は拠点3か所に分けて食料3日分（70食分ずつ）を準備の上備蓄リストを整備しています。
40. 種別ごとのマニュアルを作成し、個々のサービスを行っています。個別の水準を把握して行うOJT等は実施しておらず、標準的な実施方法に基づくサービス提供が行われているか確認する仕組みがありません。
41. 種別ごとのマニュアルはケアハウスの会議にて検討して、必要に応じ定期的に見直し、必要なマニュアルを更新・追加しています。
42. 個別的な福祉サービス実施計画は策定していません。
43. 福祉サービス実施計画は策定しておらず、評価・見直しは行っていません。
44. 個別的な福祉サービス実施計画は策定していませんが、日々の生活状況など個別記録を記録ソフトにより管理しています。定期的に会議を行い、会議録を作成し職員で共有しています。
45. 文書規程を設け、記録の保管、廃棄、情報提供の規定を定めています。記録管理責任者も設置していません。入職時、全職員に個人情報について誓約を取っています。しかし、入職後、個人情報に関する教育や研修は行っていません。