

[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	ケアハウス丹後園	施設種別	軽費老人ホーム (旧体系：)
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成 27 年 3 月 3 日

総 評	<p>社会福祉法人丹後福祉会が経営する高齢者総合福祉施設 丹後園は、特別養護老人ホームやケアハウス、幅広い在宅サービスを備え、地域の高齢者福祉を支える総合的な介護・福祉サービスを提供しています。地域へのサテライト事業所の展開にも積極的に取り組み、地域福祉を支える拠点となっています。</p> <p>その中で、ケアハウス丹後園は今回が初回受診となりますが、法人理念の実現に向けた、利用者本位の創意工夫ある様々なニーズに対応するための実践と努力を確認することができました。</p> <p>今後、法人として中長期計画の策定に着手していくとのことで、事業所・法人として、様々な仕組みの整理、共有されたサービス提供、スタッフの教育訓練の実践等、ますます変化、多様化する利用者、地域ニーズにしっかりと応えていける体制を整備されることを期待します。</p>
特に良かった点(※)	<p>○環境の整備 利用者が落ち着いて過ごせるよう、共有スペースの調度品への配慮や、暮らしやすさを考慮した居室を含めたバリアフリー化がなされています。ゆったりとした時間と生活感を、スタッフが慌ただしくない行動を心掛けること等と併せて実現しています。</p> <p>○個別性を尊重したプログラム 毎週木曜日お出掛けの日を設定し、送迎等の個別の希望やニーズに対応する仕組みがあります。また、レクリエーションも事前の広報を行った上で、趣味嗜好に合わせて様々なプログラム(書道・手芸・体操等)を実施しています。</p> <p>○資格取得支援 スタッフの資格取得等自己啓発の取り組みに対して、教育訓練給付金、最大10万円(40%)を支給する仕組みがあります。</p> <p>○情報等の共有化 法人内PCシステム(ネットワーク・記録ソフト)により、スムーズな情報の伝達、情報の共有、記録の効率化を実現しています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○中長期計画の策定 現在、中長期計画は策定していません。法人で作成に向けて準備中であるとのことでした。</p> <p>○事故等の再発防止 事故等是正処置の仕組みとして、個別の報告書に対して、分析、再発防止策、改善対策についての書面様式がありません。実際には、是正が検討され、適用しているとのことでしたので、情報の集積においても記録として残す仕組みの構築を期待します。</p> <p>○苦情解決システムの周知とフィードバック 苦情解決システムについて、重要事項説明、入居契約時に、十分な説明ができていないとのことでした。また、苦情報告の内部処理（「気付き・要望・困り事・苦情・受付書」）の仕組みはありますが、当事者へのフィードバックは口頭のみとなっています。苦情解決に関する記録作成等手順の整備を期待します。</p> <p>○個別援助計画 「個別援助計画」を作成され運用していますが、その中に利用者の意向把握と同意の手順がありません。より利用者本位のサービス提供の実現のための仕組みの構築を期待します。</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	社会福祉法人丹後福祉会 ケアハウス丹後園
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	2014年11月10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。	b	a
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b	a
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	b
		② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	b
I-2 計画の策定	I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期計画が策定されている。	c	c
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	c
	I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	① 計画の策定が組織的に行われている。	a	b
		② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	b
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。	b	b
		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。	b	b
	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指導力を発揮している。	b	b
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	a

【自由記述欄】

I-1-(1)①②	パンフレットに法人理念、運営方針を記載しています。
I-1-(2)①	理念や運営方針は新入職員オリエンテーションや年度初め各会議にて事業計画の中で読み合わせ確認をしています。
I-1-(2)②	職員へは職員会議にて周知状況を確認していますが、利用者やご家族への周知については十分ではありません。
I-2-(1)①②	中・長期計画は策定していません、現在、策定に向けて法人として計画中であるとのことです。単年度毎の「社会福祉法人 丹後福祉会 事業計画(高齢者総合福祉施設 丹後園 ケアハウス部)」により事業を推進しています。
I-2-(2)①	全職員が参加する職員会議にて検討の上、策定しています。しかし、策定、実施状況の把握、評価については明確に定められた手順、仕組みがなく、文書化はしていません。
I-2-(2)②	職員へは職員会議にて周知状況を確認しています。利用者や家族へ周知は十分ではありません。
I-3-(1)①	丹後福祉会「管理規則」に管理者の役割と責任について明記しています。年度当初の運営会議(部長級以上参加)にて所信表明をしています。職員とは年2回の面談を行うとともに、月1回の利用者の懇談会に参加して、管理者への信頼について検証する機会としています。
I-3-(1)②	必要な関係法令等情報はタイムリーにコピー配布するようにしています。運営会議の次の日には、必要に応じ、事務所内に掲示しています。施設は府老協 介護保険研究委員会研修会「第6期介護保険への準備」に参加する等、自己研鑽に努めています。しかし、法令等のリスト化や管理の仕組みはありません。
I-3-(2)①	職員会議録等には、「言葉遣い等に注意するように」「細部に気を配るように」等を指示した記録はありましたが、サービスの質について、定期的、継続的に評価、分析する仕組みはありません。
I-3-(2)②	月1回、全体主任会議にて実績、収支が報告され、経営や業務の効率化について検討しています。人事は運営会議にて、検討しています。業務の効率化については、記録ソフト「地域包括支援センターシステム」を導入し、時間短縮、法人内の情報の共有が進みました。

II 組織の運営管理

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。	b	b
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	b	b
		③ 外部監査が実施されている。	c	c
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ている。	a	a
		② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	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。	b	b
		② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b	b
	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。	c	c
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	b
	II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	c	a
② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。		c	c	
II-3 安全管理	II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	a
		② 利用者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-4 地域との交流と連携	II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	a
		② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	a
		③ ボランティア受け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-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 必要な社会資源を明確にしている。	a	a
		② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	a
	II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	b
		② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	c	c

【自由記述欄】

II-1-(1)①	社会福祉事業の動向については、主にインターネット(府老協ネット等)にて情報を収集しています。ユニットイン北京都、経営協等へ参画し、情報共有を図っています。また、併設の在宅介護支援センターより情報を得ています。
II-1-(1)②	全体主任会議にて実績等の月次分析、検討を実施しています。ただし、分析、検討したことが、改善への取組の計画への反映や、課題の全体周知にまでは至っていません。
II-1-(2)③	外部監査は実施していません。
II-2-(1)①	「人事考課規程」「人事管理制度要綱」「職位の基準(職責・職務)」にて人事体制に関する基本的考え方や方針を明記しています。人事考課後、職員面談を実施し、「職員面接シート」にて異動希望等を各自が相談できる仕組みとなっています。運営会議にて、異動(半期単位)や採用を検討しています。
II-2-(1)②	人事考課関係の資料は、入職オリエンテーション時に説明の上、各事業所(事務所等)に常置し、自由に閲覧できるようになっています。人事考課後、職員面談により、結果についてフィードバックしています。外部講師を招いての考課者研修が実施されました。
II-2-(2)①	PC上の勤怠管理システムで、勤怠管理を実施しています。主任クラスまでアクセス可能となっており、就業状況を確認することができます。労務改善は、運営会議、全体主任会議にて検討します。職員の意向は年2回の面談にて把握しています。産業医はメンタル等の相談が可能ですが、そのことを積極的に周知していません。

II-2-(2)②	福利厚生については、他法人との球技大会を開催したり、業績により、法人費用負担に職員旅行が実施されます。また、資格取得等支援として、教育訓練給付金(最高10万円/40%迄)制度を法人独自で運用しています。
II-2-(3)①	運営方針4に「人材育成指針(求められる能力)」、専門性について「研修計画」を明記しています。
II-2-(3)②	個別の教育・研修計画は策定していません。また、法人職員としての教育訓練に係る統一された標準プログラムを整備していません。
II-2-(3)③	研修に派遣された職員は、「出張復命書及び報告書」にて報告しています。また、派遣後には、職員会議で研修の成果報告をしています。研修成果について、有効性を評価・分析する仕組みはありません。
II-2-(4)①	法人で整備した「実習生受け入れマニュアル」にて実習の受け入れを行っています。介護福祉士実習は、「実習指導者講習会」修了者がいます。実習は、併設の特別養護老人ホームを中心に受け入れています。
II-2-(4)②	実習に対する法人、事業所独自のプログラムは整備していません。
II-3-(1)①	3か月に1回、感染症会議、事故防止検討会議が開催され、施設長を初め職員全員が参加し、リスクについて分析・検討しています。発生時の対応については、「緊急時対応マニュアル」「感染症マニュアル」を整備し、周知・運用しています。
II-3-(1)②	「ヒヤリハット報告書」、「事故報告書」にて報告し、職員会議やケア会議では正や対策を検討、有効性を検証しています。安全対策として、利用者の送迎機会が多いことに着目し、安全運転講習会を実施しています。ただし、個別の事故報告書に対して、発生理由の分析、再発防止策に係る報告書(記載欄)等は作成していません。
II-4-(1)①	運営方針や回覧板(地域情報)をホールに常設し、地域情報は必要に応じて掲示板にて情報提供しています。例年、地域の「橘区文化祭」には同伴送迎しています。受診や買物に加え、お出掛けの日(毎週木曜日)を設定し、個別のニーズに対応しています。
II-4-(1)②	専門機能の地域還元としては、法人として、ふれあいホーム桃山(地域密着型サービス)にて、認知症カフェを主催しています。また、子育て支援サークル等に地域交流スペースを貸し出しています。広報誌「丹後園だより」は行政機関や民生委員に配布しています。
II-4-(1)③	ボランティア受け入れに対する基本姿勢は事業計画に明文化しています。受け入れの都度、「ボランティア活動の心構え」を使用し、事前説明をしています。「ボランティア申込書」は作成していますが、登録等明確な手順についてのマニュアルは整備していません。
II-4-(2)①	法人で、「社会資源について」(リスト)を作成し、職員会議にて活用・周知を図っています。
II-4-(2)②	2か月に1回、京都府老人福祉施設協議会養護軽費部会に参加して関係機関と連携を図っています。地域の共通問題に対しての具体的取組として、丹後園が取り組んでいた徘徊搜索のしくみを網野町が参考に網野町包括徘徊ネットワークを組織し、現在はそこに協力、参画しています。
II-4-(3)①	京都府老人福祉施設協議会に加盟して地域の福祉ニーズの把握に努めています。併設の在宅介護支援センターからも情報を得ることができます。
II-4-(3)②	現在、ニーズ把握からの新たな具体的な事業や活動、計画はありません。

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 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。	a	b	
		② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	c	b	
	Ⅲ-1-2 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上に意図した仕組みを整備している。	b	b	
		② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	a	
	Ⅲ-1-3 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	b	
		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	b	
		③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	c	b	
	Ⅲ-2 サービスの質の確保	Ⅲ-2-1 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。	① サービス内容について定期的な評価を行う体制を整備している。	c	b
			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ている。	c	c
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			c	c	
Ⅲ-2-2 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	b	
		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	b	
Ⅲ-2-3 サービス実施の記録が適切に行われている。		① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	a	
		② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	a	
		③ 利用者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 サービスの開始・継続		Ⅲ-3-1 サービス提供の開始が適切に行われている。	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。	b	b
	② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。		a	a	
	Ⅲ-3-2 サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	b	
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定	Ⅲ-4-1 利用者のアセスメントが行われている。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	b	
		② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	a	
	Ⅲ-4-2 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	① サービス実施計画を適切に策定している。	c	b	
		② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	c	c	

【自由記述欄】

Ⅲ-1-1①	ケアハウススタッフとしての標準的な業務、作業マニュアルを作成していません。また、併設する特別養護老人ホームに身体拘束委員会が設置されていますが、ケアハウスは参加しておらず、身体拘束や虐待に関しての定例の活動もありません。
Ⅲ-1-1②	法人として、「プライバシー保護の取り組みに関するマニュアル」を整備しています。プライバシー保護に関する定期的な研修の仕組みはありません。
Ⅲ-1-2①	利用者満足の向上については、事業計画(ケアハウス部)の基本方針に明示しています。懇談会や家族会にて満足度の把握に努めていますが、定期的な利用者満足に関する調査は実施していません。
Ⅲ-1-2②	相談や懇談会で把握した要望等をケア会議にて分析・検討し改善を行っています。例えば、利用者の意見を基に、午後は入浴が多いため、レクリエーションの時間を午前に変更を実施しました。
Ⅲ-1-3①	複数の相談方法や相談相手を確保していますが、利用者にはわかりやすく周知を図るための文書や提示はありません。スペースは、談話室、居室等を使用し、環境に配慮しています。

Ⅲ-1-(3)②	苦情解決システムについて、入居契約時に明確に説明できていません。「気付き・要望・困り事・苦情・受付書」がありますが、結果のフィードバックは口頭のみでの実施となっています。また、個別の事案について当事者には改善対応を伝えていますが、結果の公表は実施していません。
Ⅲ-1-(3)③	法人が整備している「利用者(家族)の意見・要望等の相談解決実施規程」に沿って対応しています。定期的なマニュアルのレビュー(見直し・更新)については、実施していません。
Ⅲ-2-(1)①②③	定期的な自己評価の仕組みはなく、第三者評価は初回受診となります。評価担当は全職員としています。
Ⅲ-2-(2)①	日課プログラムはありますが、ケアハウススタッフとしての標準的なサービス提供マニュアルは文書化していません。実施方法の確実性や妥当性の確認は、主任が現場にて直接注意・指導の任に当たっています。
Ⅲ-2-(2)②	サービス実施に当たっては、「個別援助計画」を作成担当者(階毎)がモニタリング(6ヵ月に1回)を実施し、ケア会議(6ヵ月以内)で見直しを行っています。個別援助計画には、本人の意向欄等がなく、利用者等の同意を確認する仕組みがありません。
Ⅲ-2-(3)①	個別にケース記録を管理しています。PC記録管理ソフトの導入で記録内容のばらつきを無くし、効率化を図っています。
Ⅲ-2-(3)②	「文章規程」、「個人情報に関する文書等管理規則」により文書を管理しており、記録についても、同様の取り扱いとなっています。情報開示については、「個人情報にかかる開示申請等に関する規則」にて管理をし、新入職オリエンテーション時に説明しています。
Ⅲ-2-(3)③	法人PCシステム(ネットワーク)による情報伝達により、スムーズな共有が図られています。
Ⅲ-3-(1)①	ホームページにて情報を公開しています。見学、体験入所等には随時応じています。外部に資料等の常設の場はありません。
Ⅲ-3-(1)②	必要な情報は契約書等の入居時提示書類にあり、利用者の同意(サイン)を書面で残しています。地域福祉権利擁護事業の利用も可能です。
Ⅲ-3-(2)①	退所後対応等を含め、相談窓口を設置していますが、手順書や引き継ぎ文書はありません。
Ⅲ-4-(1)①	独立したフォーマットのアセスメント様式での記録はありません。定期的な見直しの時期や手順は明確になっていません。
Ⅲ-4-(1)②	ニーズや課題は、「個別援助計画」に明示しています。
Ⅲ-4-(2)①	策定責任者を設置し、「個別援助計画」を策定していますが、利用者の意向把握と同意の手順はありません。
Ⅲ-4-(2)②	「個別援助計画」を策定していますが、定期的に評価・見直しを実施する仕組みは整備していません。