

[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	サポートハウスけいあい	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 5 月 28 日

総 評	<p>「サポートハウスけいあい」は、平成 25 年 8 月に京都府の高齢者あんしんサポートハウス事業により開設した軽費老人ホームです。法人理念である「共に生きる」を実現するために、居宅で生活することが困難な高齢者に生活の楽しみや意欲の持てる支援を提供しています。</p> <p>館内は 5 か所のユニットに分かれており、ユニットごとの活動のほか、ユニットを超えてグランドゴルフやちぎり絵等の余暇活動や利用者同士で外出するなど利用者間の自主的な活動も行っています。併設事業の定期巡回随時対応型訪問介護看護と連携し、日常生活の支援を行うほか、納涼大会、文化祭、カラオケ大会などのイベントに地域の老人会を招き、地域ボランティアの援助で買い物ツアーに定期的に出かけるなど、地域住民との交流を行っています。</p>
特に良かった点(※)	<p>○経営状況の把握 事業部監査を年 1 回行っており、改善課題の報告を基に、原因及び指摘事項に対する改善措置を各担当者が検討して、施設長に報告する仕組みとなっています。</p> <p>経営分析に対して、決算時や必要に応じて公認会計士の指導を受けています。また、財務部が外部監査を受け、決算内容を分析して、事業計画にいかしています。</p> <p>○人材の養成 職員が目標管理シートに個人・チームの年間目標を決めています。半期・年度末に評価を行い、管理者は目標管理シート作成時と評価時に年 3 回のヒヤリングを行い人事考課の機会としています。</p> <p>○地域との関わり 地域住民参加で、納涼大会、文化祭、カラオケ大会を開催し、グランドゴルフやフラワーアレンジメント、食事会に地域の老人会を招いています。また、地域のボランティアの協力で、買い物ツアーを行うなど、地域とのかかわりを大切にしています。</p>

<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○マニュアルの見直し 業務マニュアル、医務管理・栄養管理・危機安全管理マニュアル等を策定していますが、定期的なマニュアル見直しの機会がありません。定期的にマニュアルを見直す仕組みを作り、日常の業務を見直し、サービスの質を向上する機会にされてはいかがでしょうか。</p> <p>○職員研修計画 事業計画に基づき研修計画を策定していますが、職員一人ひとりの個別の計画はありません。職員の技術や経験、専門資格を考慮し、個別に研修計画を策定してはいかがでしょうか。職員がさらに意欲や目標を持ち、業務に取り組めると思います。</p> <p>○利用者のアセスメント 利用者一人一人のニーズや課題を明確にして支援に生かしていくために、アセスメントを実施してはいかがでしょうか。定期的にアセスメントしていくことで、利用者の要望や課題の変化がより明確に見えてくると思います。</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	サポートハウスけいあい
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26年2月26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。	a	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。	a	a
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	a
	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	a
		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。	a	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。	a	a
		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	理念、基本方針はホームページやパンフレットに掲載するとともに、事業所玄関受付の見やすい場所に掲示しています。
I-1-(2)①	理念、方針は職員会議で説明していますが、その内容についての討議等が行われてるとは言えません。
I-1-(2)②	重要事項説明書に記載し、契約時に確認してもらっていますが、利用者や家族会等での説明は行っていません。又、周知状況等の確認する取り組みは行っていません。
I-2-(1)①	法人「みつき福祉会」で5箇年計画、グランドデザインを策定しています。これに基づきサポートハウスけいあいの5箇年計画を策定しています。
I-2-(1)②	5箇年計画を反映した事業計画を策定しています。運営方針を実践するために具体的な実践目標を定め、重点項目に具体的な事業内容を示しています。
I-2-(2)①	計画書策定担当者が評価を行い、事業報告書で施設長に報告しています。年度末で法人に事業報告を行い、法人からのヒヤリングを受けて、改善策を次年度の反映しています。
I-2-(2)②	職員には来年度事業について月に1回の職員会議で説明して共有を図るとともに、意見を聞いています。現在、家族会はなく利用者個々に説明していますが、全体に説明できるまでには至っていません。
I-3-(1)①	管理者の役割、責任は法人規程で明確にしていますが、管理者が自らを評価するような取組は行っていません。
I-3-(1)②	管理者は研修に参加して復命書で職員に伝えていますが、関係法令についてリスト化するなどの取組は行っていません。
I-3-(2)①②	管理者は施設の日誌などを点検し、利用者の状況を確認しています。職員会議の後のケース会議に参加して職員全体の意見がサービスに反映できるように、職員の意識向上に努めています。毎月財務会計の予算管理月報を作成し、効率化に向けた分析を行っています。予算執行について検証を行い、課題を把握するようにしています。問題があればその都度、指示し、対応しています。

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。	a	a
		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。	a	a
		③ 外部監査が実施されている。	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。	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	b
		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。	b	b
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。		b	b	
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。	b	b
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	c
		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。	c	c
		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。	a	a
		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 福祉施設連絡協議会、福知山市社会福祉法人協議会に参加し、地域の動向を把握して情報収集しています。情報を基に中長期計画に反映しています。
- II-1-(1)② 毎月施設長会で決算内容や利用率の確認を行い、計画に反映しています。職員には月1回の職員会議で報告をしています。
- II-1-(1)③ 外部の公認会計士による財務内容の検証を実施しています。決算内容を分析し施設の運営改善を行っています。
- II-2-(1)① 法人人材育成部の基準に沿った管理を行い、看護師、栄養士等専門職を配置しています。
- II-2-(1)② 個人ごとに、目標管理シートを用いて人事考課を実施し、半期ごとに評価のためのヒヤリングを行っています。
- II-2-(2)① 有休消化率のデータを確認していますが、データ分析の検討を行っていません。管理者との個別面談を行っていますが、カウンセラー等専門家による相談の仕組みはありません。
- II-2-(2)② 福利厚生センターに加入して、職員の福利厚生に活用しています。施設の創立記念日の月には、特別休暇があります。
- II-2-(3)① 「人材確保と育成計画」に人材育成の基本的な方向・ねらい・内容を定め、求める職員像を明記しています。

II-2-(3)②	事業計画に基づき研修計画を策定し、計画に従った研修を実施していますが、職員一人ひとりの個別研修計画となっておりません。
II-2-(3)③	研修終了後、復命書を作成して施設内研修で報告しています。しかし、研修後の評価・見直し、カリキュラムの見直しを実施していません。
II-2-(4)①	実習受け入れに関するマニュアルを作成し、基本姿勢、目的、留意点を記載し、オリエンテーションに利用しています。実習指導者へは口頭で説明しているだけで、研修までは至っていません。
II-2-(4)②	社会福祉協議会が実施している体験学習を受け入れており、体験学習実施予定を作成してプログラムを組んでいます。反省会後に感想文を書いてもらい職員のコメントを返しています。職種別のプログラムの作成は行っていません。
II-3-(1)①	非常事態発生時、火災時のマニュアルを作成し、年度初めの職員会議で手順や留意点について話しています。毎月リスクマネジメント会議を開催し改善点について検証しています。
II-3-(1)②	報告書を作成してリスクマネジメント会議で改善策等の検証を行い、施設長が検証結果の評価をしています。安全、事故防止に関する研修は実施していません。
II-4-(1)①	地域とのかかわりについて事業計画に明記しており、地域の老人会を招き、グランドゴルフ、カラオケ、食事会などの催しを行っています。地域の店舗による出張販売やボランティアの援助で買い物に出かけるなど、地域の社会資源を活用しています。
II-4-(1)②	地域住民が参加できる催しを開催していますが、講演会、研修会などは実施出来ていません。利用者家族向けに広報誌「ひだまり」を発行していますが、地域に向けたものではありません。
II-4-(1)③	ボランティア受け入れのため、行事ごとにマニュアルを作成して説明していますが、ボランティアに対しての研修は実施していません。
II-4-(2)①	利用者の状況に対応できる社会資源、関係機関等の明示やリスト、資料の作成を行っていません。
II-4-(2)②	市社会福祉連絡協議会や福知山市北部ブロック生活相談研究会に参加し、ネットワーク化を図っています。
II-4-(3)①	市役所職員、民生委員、利用者会議代表者が参加する地域推進連携会議等で、福祉ニーズの把握に努めています。
II-4-(3)②	把握した福祉ニーズを中長期計画に反映していますが、把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業、活動は行っていません。

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	a	
		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。	a	a	
	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。	c	c	
	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。	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。	b	c	
		③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	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。	b	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。	a	a
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			b	a	
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	a	
		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	c	
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。	b	a	
		② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	b	
		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。	b	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。	b	c	
	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。	b	c	
		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。	a	c	

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①	施設運営方針に利用者の意思や人格の尊重について明記しており、基本的人権、拘束・虐待防止等の研修会を実施して職員の意識向上を図っています。
Ⅲ-1-(1)②	プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、職員会議でマニュアルの内容を徹底しています。
Ⅲ-1-(2)①	事業計画は利用者の満足度向上を目指す内容となっていますが、アンケート調査、個別面談等は行っていません。今後、食事・生活のアンケートを実施する予定です。
Ⅲ-1-(2)②	利用者満足の把握に関する調査が実施出来ていません。
Ⅲ-1-(3)①	施設内に苦情受付先を掲示し、重要事項説明書に明示しています。意見箱を2か所に設置し、相談しやすいように個室の相談室を設けています。
Ⅲ-1-(3)②	苦情、要望等対応記録簿に内容と対応処理を記載して、会議の場で検討する仕組みがありますが、苦情内容、解決結果等の公表を行っていません。

- Ⅲ-1-(3)③ 苦情解決システム運営規定に基づき、個別の意見や提案に対して、職員間で検討を行い、迅速に対応しています。結果報告は本人に回答をしています。苦情解決システム運営規定の定期的な見直しは行えていません。
- Ⅲ-2-(1)① 法人本部監査を年1回受けていますが、事業所として第三者評価を受けるのは初めてです。
- Ⅲ-2-(1)② 事業部の内部監査を年1回行い、改善課題に対して、改善報告を行っています。指摘事項に関して、各担当職員が検討して施設長に改善措置の報告を行っています。
- Ⅲ-2-(1)③ 改善課題に対して担当職員で改善策を検討し、次年度の計画に反映しています。
- Ⅲ-2-(2)① 業務マニュアルの見直しを職員間で行い、職員会議やサービス担当者会議で実施状況の確認を行っています。マニュアルの中でプライバシー保護に関する姿勢を明示しています。
- Ⅲ-2-(2)② 業務マニュアルを作成し、随時見直しを行っていますが、見直し時期や見直し内容は明確ではなく、定期的な見直しとなっていません。
- Ⅲ-2-(3)① 介護日誌をデータに記録することで、個々のケース記録に内容が反映する仕組みになっています。記録の内容を確認し、対応、所見を看護師が記入しています。
- Ⅲ-2-(3)② 文書取扱い規則、個人情報保護規定に記録の保管、保存、廃棄、情報開示について明記していますが、職員への研修は行っていません。
- Ⅲ-2-(3)③ 月1回ケース会議を行い、一人ひとりの所見を3か月に1回記録しています。個人記録をパソコンのデータに記録して情報を共有しています。
- Ⅲ-3-(1)① ホームページ、パンフレット、広報誌等で情報提供しています。パンフレットを市役所に置いていますが、ビデオ等映像による情報提供をしていません。
- Ⅲ-3-(1)② 入居契約時には、サービス内容、利用料金などを十分に説明して利用者、家族の同意を得ています。
- Ⅲ-3-(2)① サービスの終了にあたり、必要に応じて看護サマリーを提供しています。引継ぎ時は看護師が立会い、情報提供しています。サービス終了時に、その後の相談方法等を文書に記載するなどの取組はありません。
- Ⅲ-4-(1)① 利用者の身体状況や生活状況は決められた書式に記録していますが、定期的な見直しは行っていません。
- Ⅲ-4-(1)② 利用者のニーズや課題を記録する仕組みがありません。
- Ⅲ-4-(2)① 利用者のケース会議を定期的に行い、利用状況等を記録していますが、利用者の意向、ニーズ、課題等を記載した計画書等は作成していません。
- Ⅲ-4-(2)② 3か月ごとの利用者一人ひとりに所見を記録していますが、計画を作成していないため、評価に至っていません。