

[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	ケアハウス
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成30年4月10日

<p style="text-align: center;">総 評</p>	<p>「サポートハウスけいあい」は、同法人のみつみ福祉会「三愛荘」と同じ敷地内に建てられており、木造平屋建てで、木のぬくもりが感じられる建物です。</p> <p>法人理念である「共に生きる」をモットーとして、高齢者に住みよい住居を提供して、利用者の意思を尊重し、自立した社会生活の援助を行い、利用者が安心して生き生きと明るく生活できるように努めています。</p> <p>館内は5つのユニットに分かれており、ユニットごとの活動のほか、ユニットを超えて余暇活動や利用者同士で外出するなど、利用者間での自主的な活動も行っています。地域住民を招いた「みつみ福祉会合同文化祭」に参加し、また、夏祭りやクリスマス会、茶話会、食事会に老人会を招待して地域との交流を図っています。管理者は、日頃から職員の心得やマナーについて指導しており、利用者にアンケートを行うなど、意見を聞き取り、サービス内容の見直しを図り、積極的にリーダーシップを図っておられます。</p>
<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○アセスメント、計画書の策定</p> <p>アセスメントを年1回実施し、生活全般の課題や身体状況、生活状況を把握して、計画書を作成しています。利用者の状況変化に応じて再アセスメントを行い、計画書の見直しをしています。</p> <p>○職員育成の取り組み</p> <p>「職員行動規範」「職員としての心得」を策定し、求められる職員像を明確にしています。また、職員は年度初めに、個人・チームの年間目標、達成方法や能力開発目標を「目標管理シート」に記載して、中間・年度末に評価を行っています。管理者は目標管理シート作成時と評価時、年度末に年3回の面談を行い目標の進捗状況を確認し、アドバイスをしています。</p> <p>○地域との関わり</p> <p>三愛荘と合同で文化祭を開催し、地域住民を招待しています。また、施設内のイベントに地域の老人会を招いたり、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>○マニュアル策定</p> <p>タイムスケジュールを作成していますが、標準的な実施方法とはなっていません。サービス実施の留意点やプライバシーへの配慮等、業務全般に渡って手順を定めることで、サービス水準を一定に保つことが出来ます。普段の業務を見直し、標準的な実施方法を策定して、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>○サービスの質の向上に向けた取り組み</p> <p>定期的に第三者評価を受診し、課題の改善に取り組まれています。2年に1回は内部監査も実施されているとの事ですが、定められた評価基準に基づいた自己評価を実施されていません。1年に1回自己評価を行い、課題を抽出し改善に向けて取り組むことで、サービスの質の向上が更に望めるのではないのでしょうか。</p> <p>○リスクマネジメントの体制</p> <p>月1回のケース会議で発生した事故の検証を行い、再発防止に努めていますが、事故発生時の対応マニュアルを策定していないとの事です。マニュアルを策定することで、事故発生時の対応と安全確保について責任、手順等を明確にされてはいかがでしょうか、また、ヒヤリハットの収集、分析を行うことで、安全確保の課題が見えてくると思います。さらなる、事故防止に取り組んでください。</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	サポートハウスけいあい
施設種別	ケアハウス
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 30 年 2 月 2 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。	B	B
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	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。	B	B
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。	B	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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	B	B
7			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	B	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. 法人の理念・基本方針は、パンフレットやホームページに掲載しています。また、年度初めの職員会議で施設長が職員に説明していますが、利用者や家族への周知が十分とは言えません。
2. 社会福祉事業全体の動向や地域の福祉ニーズについて、法人内の施設長会議等で共有していますが、分析まではできていません。
3. 事業所の人員配置や職員体制について、管理者が人事労務部とヒヤリングを行い、課題解決に向けて進めていますが、経営状況や課題についての職員への周知は不十分です。
4. 法人、事業所で5か年計画を策定しており、施設長会議で評価、見直しを行っていますが、経営課題の解決に向けた具体的な内容とはなっていません。
5. 各部署での意見を基に職員会議で次年度の事業計画の内容について検討していますが、中長期計画を反映したものとはなっていません。
6. 事業計画は、職員会議で配布して、施設長が説明しています。実施状況の確認を行っていますが、評価までは出来ていません。
7. 年度初めの広報誌「ひだまり」に年度の重点項目を記載して、家族に郵送しています。利用者には、朝礼時に月の予定表を配布して、重点項目について説明していますが、事業計画の周知は不十分です。

8. 第三者評価を定期的に受診し、2年に1回内部監査を受けていますが、定められた評価基準での自己評価は実施していません。
9. 第三者評価の結果を基に、課題について職員で共有して改善に取り組んでいます。しかし、自己評価は実施していません。

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。	B	B
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。	B	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。	B	B
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。	B	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	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。	B	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	A
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	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	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。	B	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。	B	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。	B	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	A

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取組を行っている。	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。	C	A

【自由記述欄】

10. 「職員別業務分担」に職員の役割を明記しており、施設長の役割と責任についても記載しています。職員会議で周知し、広報誌に掲載して表明しています。不在時の権限を委任していますが、文書には明記していません。
11. 管理者は、労働局に就業規則等について直接確認を行う等、法令の把握に取り組んでいます。法改正時には職員会議で周知していますが、法令遵守のための具体的な取り組みとはなっていません。
12. 管理者は、サービスの質の向上を目的に、利用者や職員の意見を聞き取り、アンケートを実施して、サービスの内容を見直しています。しかし、定期的にサービスの質の現状について評価、分析を行うまでは出来ていません。
13. 管理者は、人事、財務の面から分析を行い、次年度の予算だてのため、入居率の維持や職員配置等について検討し、内容については職員会議で周知しています。
14. 人員体制については、法人の人事労務部と相談し、体制の確立に努めています。「職員配置の考え方」に人材確保と育成について明記しており、就職説明会の参加や学校訪問等を行い、人材確保に努めています。
15. 「職員行動規範」「職員としての心得」に、期待する職員像を明記しています。「目標管理シート」に基づき年度当初、年度途中、年度末に個人面談を行い、人事考課の機会としています。
16. 職員の有給休暇取得状況を確認し、取得を勧めています。福利厚生制度は、共済会に加入しており、新たに福利厚生倶楽部（福利厚生サービス）にも加入しています。法人で、総合相談窓口を設置し、職員の相談にも対応しています。
17. 職員一人ひとりが「目標管理シート」に個人目標・チーム目標、達成方法を記載し、年3回、施設長と面談して達成状況を評価しています。また、能力開発目標を記載してスキルアップにつなげています。
18. 研修委員会を中心に研修計画を立て、事業計画に法人外・法人内研修計画を記載して、実施しています。ただし、研修計画は評価、見直しは実施していません。
19. 法人の人事労務部が主体となり、階層別研修を実施しています。年度初めに一人ひとりのスキルに合った研修が受講できる仕組みとなっています。内部研修は研修委員が年間の研修計画を立てています、外部研修案内は職員に回覧して、希望を募り出勤扱いで受講しています。「個人研修記録簿」に職員一人ひとりの研修受講を記録しています。
20. 社会福祉士・介護福祉士の実習指導可能な職員を配置していますが、問い合わせや実習希望はありません。見学については随時受付対応を行っていますが、実習マニュアル等は作成していません。
21. 法人機関紙を作成し、関係機関や後援会に配布しています。施設でも機関紙を作成し、家族に配布しています。ホームページも作成し、苦情内容の公開をしています。法人オリジナルのクリアファイルに入れたパンフレットが作成し、市役所窓口などに置いています。

22. 補助金での運営であり、収支等については常に会議等で議題となっています。財務に関する内部監査を半年に1回、5月の決算時に会計士の指導を受けています。
23. 地域のイベント紹介（介護の日のイベントやカフェ）を掲示しています。月に1回、参加者を募って買い物ツアーを実施し、地域の婦人会にボランティアを依頼して、同行の支援を受けています。同一敷地内になる特別養護老人ホーム等と合同行事として文化祭を実施しています。
24. 文化祭等の行事の際は、ボランティア受け入れにあたり施設のバスを活用して送迎を行い、ボランティアが参加しやすい体制をとっています。また、学校教育への協力として、中学生の体験実習を受け入れています。
25. 在宅困難者など緊急な受け入れにも対応するなどしています。受け入れに当たっては関係機関との連携を図っています。また、入居中の利用者の処遇に関しても居宅支援事業所と連携し、調整を図っています。
26. 年2回、老人会を招いて祭り・茶話会等のイベントを施設内で実施し、交流を図っています。また、同一敷地内にある特別養護老人ホーム等と合同で秋の文化祭を実施しています。法人として地域貢献部を作り、介護の日にイベントを実施したり、文化祭の時に居宅支援事業所が介護相談ブース、法人看護師会で相談ブースなどを設けたりして、地域住民の相談にのっています。
27. 法人独自の取り組みとして、総合相談窓口「ゆう」を開設し、地域、一般の相談を受けています。地域貢献部でイベントを行い、福祉に関する啓発活動を行っています。また、福知山市の人護養護委員が来所したときに福祉ニーズについて意見を聞き、現状の把握に努めています。

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。	B	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。	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。	B	B
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。		B	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。		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。	B	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。	B	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	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。	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。			C	C
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	B

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。	B	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. 毎年、法人主催の人権研修を行い、倫理綱領を定めて職員会議で周知しています。しかし、人権への配慮について定期的な状況の把握や評価は行っていません。
29. 虐待に関する資料「高齢者虐待防止に関すること」を作成して職員会議で話し合っていますが、虐待対応のマニュアルとしては不十分です。また、プライバシー保護に関する規程も整備していません。
30. パンフレット一式を市役所窓口などに置いています。見学は随時受け付けており、体験利用スペースとして一室を設けています。
31. サービス開始前に利用者と直接面談して意向を確認しています。入所相談他、受付簿を整備し、入所にあたっては、職員参加で判定会議を行っています。
32. 他の施設等へ移る際は、アセスメント用紙を引き継ぎ等に利用しています。サービス終了後の相談窓口は相談員を担当者としていますが、利用者や家族への周知が不十分です。
33. 毎月1日に朝礼を実施し、利用者の意見を聞き取る機会を設けていますが、内容の分析、検討はできていません。今年度、利用者にアンケートを行い、サービス内容を見直しました。アンケートは継続的に取り組もうと検討しています。
34. 苦情受付担当者や第三者委員の連絡先を玄関と食堂に掲示しています。また、ご意見箱と苦情用紙を公衆電話の横と玄関の2か所に設置し、苦情を出しやすいようにしています。ホームページで苦情対応を公表しています。
35. 相談室、各個室部屋を使用して相談に応じています。職員は利用者が相談や意見を言いやすいような関係性を築いていますが、複数の相談方法があることを説明した文書は作成していません。
36. 利用者からの相談や要望は速やかに対応し、内容に応じて施設長に報告しています。「苦情・要望記録簿」にて内容を記し、ケース会議で職員との情報共有を図っています。ご意見箱を設置し、利用者の意見を把握する体制はできていますが、相談や意見を受けた際の記録方法、報告の手順のマニュアル整備はできていません。
37. 「事故報告書」を作成し、3カ月に1回のケース会議で事故の検証をしています。事故発生時の対応マニュアルは作成していません。
38. 感染症対策は、看護師が中心となり職員会議で勉強会を開催し、資料を作成して回覧しています。感染症予防の対応マニュアルは作成してありますが、定期的な見直しは行っていません。
39. 「非常災害対策計画」、「消防計画」を作成しており、通報、避難誘導の役割を記載しています。避難訓練は年2回、消防署立会いのもとで実施しています。安否確認は、ユニット毎に一覧表（点呼表）を作成し、安否確認をしています。

40. タイムスケジュールを記した業務マニュアルを策定していますが、利用者の尊重、プライバシーの保護を明記したマニュアルとはなっていません。
41. 標準的な実施方法は検討、見直しが行われていません。
42. 年1回、アセスメント表を用いて生活全般の課題、身体状況、生活状況を把握しています。アセスメントを基に、看護師と連携してサービス計画書を策定しています。
43. サービス計画書は1年に1回見直しをしており、状況変化のある場合は、ケアマネジャーに連絡・相談し、変更しています。サービス計画書は、全員分作成していますが、利用者の同意を得るための手順を定めていません。
44. 利用者の身体状況や生活状況は、介護日誌、ケース記録で管理しています。職員はパソコンで情報を確認し、職員会議で情報共有を図っています。
45. 「文書取扱規則」「文書規程」「個人情報保護規程」「個人情報保護に関する方針」で個人情報保護の記録の保管などを記載していますが、廃棄方法の規程がありません。