

[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 | ケアハウスサンヒルズ紫豊館 | 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9月11日

| | |
|------------|---|
| 総 評 | <p>ケアハウスサンヒルズ紫豊館は人事体制をしっかりと整備するとともに、外部研修にも力を入れておられます。福利厚生も整備し、働きやすい環境の構築に努めていることが、職員の勤務意欲の向上につながり、その結果、永年勤続の職員が多くおられます。</p> <p>運営に関する書類、マニュアル等については、定期的に見直しを行い、実情に合うものとしています。</p> <p>利用者が少人数であり、日々の関わりを密にされ、利用者懇談会（すみれ会）では意見、要望を募り、出された意見等に対しては極力応じるようにされています。</p> <p>地域との交流も根強く、ボランティアの受け入れ、学校との交流の機会も多く、地域に開かれた施設であることが感じられます。</p> |
| 特に良かった点(※) | <p>○人事考課システム</p> <p>成光苑人事システムガイドに基づき等級定義書を分かりやすく明記し、人事考課を実施しています。全職員がチャレンジシートに自己目標等を記載し、6カ月ごとに自己評価、上司評価を実施し、施設長がフィードバックシートに全職員の評価を記載し渡しています。この他にも昇給等において職員の意欲に繋がる仕組み作りができています。</p> <p>○職員研修</p> <p>各職員が自己申告書を年に2回作成し、施設長が管理し、要望などから外部研修を受講する体制や、階層（ファースト、ネクスト、キャリアアップ）によって研修課程の仕組みづくりを工夫する等、研修、人材育成に力を注いでいます。外部研修への参加は、職員の希望等から積極的に促し、研修の機会が確保できています。</p> <p>○地域とのつながり</p> <p>三者協定（自治会、消防団、当苑）を交わし、地域との交流を密に図っています。避難場所として受け入れ態勢を整え、施設内に防災倉庫を設置し、地域住民のために食品・備品などを備蓄しています。夏祭りや「高齢者涼やかスポット設置事業」を行い、地域住民が来所できるようにしています。また、施設のスペースを活用し、地域住民との関りを深めています。</p> |

| | |
|----------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p>○中長期の収支計画の策定 中長期事業計画は年度ごとに作成し、毎年内容を見直していることが確認できました。年度ごとの収支計画書は作成できていますが、中長期収支計画は確認できませんでした。収支計画についても中長期的な展望を持って作成することを期待します。</p> <p>○苦情、相談の改善・対応状況についての公表 ホームページにて苦情解決の受付担当者、受付、苦情の対応について記載し、仕組みができています。しかし、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善、対応の需要について情報公開されていませんでした。相談に応じた改善内容や、要望に対して改善した内容を公表することにより、事業所の取り組み、活動などを知っていただけると思われます。</p> <p>○福祉サービスの質の確保 記録管理を施設長が行い、個人情報保護規定、記録一覧表で記録の保管、保存年数が明記しています。廃棄記録一覧には廃棄書類内容が記載していますが、廃棄方法が確認できませんでした。施設長は廃棄方法を認識していますが、明文化できていませんので、職員にも周知できるよう明文化し、理解できる仕組み作りが望ましいと考えます。</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 | ケアハウスサンヒルズ紫豊館 |
| 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7月27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。 | a | 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・見直しが組織的に行われ、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 | a |
| 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。 | a | a |
| 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。 | a | a |

【自由記述欄】

1. 法人の理念・基本方針については、施設案内やホームページに掲載しています。広報誌「ききょう」に掲載して、利用者や家族に周知しています。職員は、理念を掲載した小冊子「和顔愛語」を全職員が携帯し、朝礼時に読み合わせをしています。
2. 法人で「経営品質向上活動報告書」を用いて社会福祉事業全体の動向について分析し、地域住民への法人アンケートを実施して、地域の福祉ニーズについて把握しています。法人内の施設長会議等で現状分析を行い、施設のリーダー会議で実績集計表を作成し、共有しています。
3. 施設長会議で経営状況の把握を行い、課題に対する取り組みを検討しています。リーダー会議や各委員会で、課題解決に向けて検討しています。
4. 法人、事業所で3年ごとの中長期計画を策定しており、毎年見直しを行っていますが、年度ごとに予算を立てていますが、中長期の収支計画は確認できませんでした。
5. 事業計画に基づき「品質目標実施計画書」を策定しています。事業所の目標は、具体的な内容で、評価が行える内容となっています。ただし、中長期の収支計画が確認できなかったため、単年度の収支計画については、中長期計画を反映させているとは判断できません。
6. 品質目標実施計画書を策定し、毎月実施状況を記載しています。月1回の部署内会議で評価を行い、リーダー会議で進捗状況を報告しています。
7. 利用者懇談会「すみれ会」の総会に、施設長が参加して状況を報告しています。また、昨年度から、ケアハウスだけの家族交流会を始めて、施設長が今後の方針等について説明しています。
8. 法人内で年2回の内部監査を実施し、「日本品質保証機構」による外部監査を定期的実施しています。第三者評価の受診は今回が初めてです。
9. 内部監査による「是正指示書」、外部監査の審査報告書で課題を明確にしています。リーダー会議、部署会議で是正計画を策定して、改善の取り組みを計画的に実施しています。

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。 | a | 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。 | a | a |
| 15 | | | ② 総合的な人事管理が行われている。 | a | 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り組んでいる。 | 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。 | 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。 | a | a |
| 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。 | a | a |
| 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 |
| 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。 | a | 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。 | 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。 | a | a |
| 27 | | II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | 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。 | a | a |

【自由記述欄】

10. 「職務分掌規程」に責任分担を明記しており、施設長の役割と責任について記載しています。ホームページに施設長が方針等に関するメッセージを掲載しています。家族交流会やすみれ会で利用者や家族に責任や役割について説明しており、リーダー会議で職員にも説明しています。有事の際の権限は、非常災害対策計画に記載しています。
11. 施設長は、管理者研修や経営セミナーに参加して必要な法令について確認しています。内容はリーダー会議で報告しています。品質マニュアル「関連法令一覧」を各部署に設置して職員に周知しています。
12. 施設長は、リーダー会議で「クレーム、苦情報告書」の内容を確認し、改善の指示をしています。内容は毎月第三者委員に報告しています。年1回、職員一人ひとりが提出する「自己申告書」を通じて、要望や意見を聞き取っています。
13. 施設長は、月1回「月時試算表」を確認し、コメントを記載して、法人に報告しています。リーダー会議で組織の環境整備等を確認して経営改善について取り組んでいます。
14. 人材確保プロジェクトで福祉人材の確保と育成に関して年間計画策定しています。2ヶ月に1回の会議を持ち、今後の対策等の取り組みについて検討しています。実習生に「職場体験アンケート」を実施して採用の機会につなげています。
15. 人事システムガイドで「職務職能等級制度」を明記しており、人事考課規程に基づき年2回の人事考課を実施して昇給を行っています。上司面談を行い、フィードバックシートで人事考課の評価を記入して職員に渡しています。
16. 職場に対する意見や希望等を記入した「自己申告書」によって、施設長が各職員の希望を把握しています。安全衛生委員会に社会保険労務士を入れて、働きやすい職場を考える取り組みを行っています。
17. 各層別の研修内容・資格や、法人が求める「期待する職員像」等を「人事システムガイド」にまとめています。年度初めに、各自の目標や計画等を「チャレンジシート」を記入し、半年ごとにフィードバック面接を行っています。
18. 法人全体の人財育成プロジェクトにおいて、育成プログラムを策定しています。新任職員の育成にあたり、育成計画表を作成し研修等を実施し、入職した年数によって、ファーストステージ・ネクストステージ・キャリアパスステージと階層別の研修体制を整備しています。
19. 「自己申告書」の記載内容を基に施設長が判断し、各職員が必要な外部研修に参加、復命書によって報告しています。新任職員には、習熟度を面談によって把握し、個別に適切なOJTを実施しています。
20. 職種別の実習マニュアルを作成し、受け入れの際に学校等と実習内容について打ち合わせを行っています。社会福祉士の実習に関しては、プログラミングシートを作成し、それに基づいて実習指導を行っています。
21. 事業報告や収支状況を記載している法人全体の広報誌「ききょう」や、施設の事業紹介を記載している施設の広報誌「紫豊館だより」を自治会長や民生委員、地域住民に配布しています。しかし、苦情や相談に対して改善した内容の公表は十分ではありません。
22. 「人事システムガイド」や「品質マニュアル」を作成し、事業運営をしています。ISO9001を取得するため、外部監査を受けています。法人内の別施設の職員によって、自主監査を行っています。
23. 利用者や家族がすぐに見ることができるよう、施設入り口に社会資源の一覧が掲示されています。毎年「夏祭り」を開催し、地域の方も出店するなど参加しています。また、利用者が希望した際には、地域の催しに参加できるように対応するなど、個別に対応しています。
24. 「ボランティア受け入れマニュアル」を作成しています。ボランティア委員会において、ボランテ

ィアを受け入れる際の注意点等を話し合い、職場に周知しています。地元の小学校と連携しプログラムを組んで、認知症サポーター講座を行っています。

25. 福知山市が作成した社会資源リストや京都府老人福祉施設協議会の部会に参加することによって社会資源を把握しています。しかし、併設の地域包括支援センターが行っているため、地域でのネットワーク化には取り組んでいません。

26. 7月から9月の間「高齢者涼やかスポット設置事業」を行い、地域住民が来所できるようにしています。非常災害時のために、自治会長会と消防団との3者で協定を結び、施設内に防災倉庫を設置しています。

27. 施設を利用していない地域の高齢者に対してアンケートを実施し、地域住民のニーズを把握しています。老人会がしている草引きなどの活動に協力しています。これらの活動を継続するために、事業計画に明記しています。

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。 | a | a |
| 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 | a |
| 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。 | b | b |
| 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。 | 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 | b |
| 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 | a |
| 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 | 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 | 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 | a |

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 している。 | a | a |
| 45 | | | ② 利用者に関する記録の管理体制 が確立している。 | a | b |

【自由記述欄】

28. 法人の理念や基本方針が記載されている小冊子「和顔愛語」の読み合わせをし、各職員が順番にスピーチすることで理解できるようにしています。「高齢者虐待防止対応マニュアル」を基に、リスク委員会において自己チェックを行っています。

29. 入職時に全員に配布される「基本マニュアル」やファーストステージプログラムの研修の際に、全職員に権利擁護の重要性を周知しています。利用者や家族に対して、「すみれ会」の開催時に周知しています。

30. 福知山市役所にパンフレットを置き、情報提供しています。見学には随時対応しています。空室がない際には写真を準備して説明しています。情報提供の方法についての見直しは行っていません。

31. 入居契約書、重要事項説明書をもとに説明、同意を行っています。料金表など理解しやすいよう、手書きの書類を使用し説明を行っています。

32. 福祉サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文章は作成していません。退所時などに「サンヒルズ紫豊館ケアハウスを退所されるご利用者ご家族様へ」を渡し、相談方法や担当者の説明をしています。

33. 栄養士が定期的に嗜好調査を実施し希望などを聞き取り、グラフ化しています。月に1回のすみれ会では利用者の要望等を聞き取り、外出や買い物等できる限り対応しています。年に1回家族懇談会を実施し、その際に「ケアハウスご家族様アンケート」を実施しています。

34. 苦情解決の体制は整備しています。苦情受付に対してご意見箱が設置していますが、苦情件数はあがっていません。苦情による改善報告はありません。

35. 福知山市相談員が定期的に来所し、積極的に利用者にはピアリングをしています。そこで要望などを聞いていますが、評価記録簿には改善、要望など記載がありません。

36. 「対応マニュアル」（苦情解決規定）を定期的に一度見直ししています。詰め所にご意見箱を設置し、日中、利用者には積極的に声掛けを行い、意見などを把握しています。

37. リスクマネジメントの責任者など、品質目標実施計画書に役割分担表が記載し、明確化しています。事故発生時の対応では、基本マニュアルの緊急対応規定にて職員に周知し研修を行っています。感染症予防について、毎年研修、見直しを行っています。

38. 「感染症共通マニュアル」に管理体制が明記しています。定期的に感染予防の勉強会を開催しています。安全衛生委員会を設置し、毎年1回マニュアルの見直しを行っています。

39. 非常災害対策計画を作成し、食品・備品等の備蓄リストを作成し、栄養士が管理しています。全利用者が3日間過ごせるよう備蓄しています。また、地域の避難場所として、別に地域住民のための備蓄もあります。職員の安否確認は「メール一斉配信サービス」で行っています。毎年3月に地域合同（自治会、消防団、当苑）で避難訓練を実施し、毎年秋に夜間避難訓練を実施しています。新任職員には消火器取り扱い訓練を実施しています。

40. ファーストステージプログラム（新任教育用冊子）に標準的な実施方法を明記しています。

41. ファーストステージプログラムの育成計画や着眼点・チェック表を用いてサービスを実施しています。

42. 個別計画作成手順書をもとに生活相談員が責任者となりケアハウス個別計画書を作成しています。援助目標、本人の希望を明記し、半年に1回評価しています。アセスメントは、面接報告書をもとに確認しています。

43. 計画の見直しについては、個別計画書作成手順書に明記し、緊急に変更する場合の仕組みを整備しています。ケアハウス会議を通して、実施計画の評価、見直しを議題にあげ、課題を明確にしています。

44. ケアハウス会議、サービス担当者会議に出席し、利用者の情報共有を行っています。

45. 「個人情報に関する同意書」を利用者、家族に説明し、了承を得ています。記録管理は施設長が行い、個人情報保護規定、記録一覧表で記録の保管、保存年数が明記しています。廃棄記録一覧に廃棄書類内容が記載していますが、廃棄方法は確認できませんでした。