

[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	サポートハウスいわと	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>社会福祉法人成光苑「岩戸ホーム」は、広大な敷地にサポートハウス、介護老人福祉施設、小規模多機能施設を有しており、また、訪問介護、訪問看護等の訪問サービス事業所を併設しています。敷地は住宅街に隣接しており、夏祭り等の様々な催しを通じて地域とつながりを強くされています。特に入居者のために福知山市の主要な場所に走らせているシャトルバスを地域住民が利用できるように、会員制にして1日4便運行しておられ、通院や買い物に広く利用されています。今年度は、機能訓練施設の開設を予定されており、利用者のみならず、地域住民にも開放して運営していくとの事です。「サポートハウスいわと」では、入居者が地域で暮らし、その人なりの自立した生活が続けられるように、在宅サービスを利用しながら、看取りまで支援していくことをめざしておられます。</p>
特に良かった点(※)	<p><b>○人事考課システム</b> 成光苑人事システムガイドに基づき、職務等級制度、職務責任等を明確にして人事考課を実施しており、職員一人ひとりがチャレンジシートに自己目標を記載して、自己評価、上司評価を6か月ごとに実施し、施設長はフィードバックシートに職員一人ひとりの評価を記載して渡しています。また、自己申告書や育成面談を通じて、職員の意向を把握しています。</p> <p><b>○職員研修</b> 教育訓練規程に基づき、職員一人ひとりの法的資格、業務資格個人研修の一覧表を作成し、計画的に教育、研修を実施しています。法人ではファーストステージ研修、ファーストステージ研修Ⅱ、キャリアアップ研修と階層別研修を実施しており、岩戸ホームではテーマ別の研修を計画的に実施しています。また、外部研修への積極的な参加を促し、各委員会や嘱託医の勉強会を開催するなど研修の機会を多く設けています。</p> <p><b>○地域とのつながり</b> 岩戸ホームとして、夏祭りや町内全体のイルミネーション、陶芸市等を地域住民と合同で催しを実施しています。クラフト教室、涼やかスポットの映画鑑賞会、地域のペタンク大会では、入居者が参加し、地域住民と交流出来るように支援しています。 施設内に設けた喫茶コーナーは地域住民も利用されて、交流の場となっています。また、防災訓練は地域住民と合同で行い、地域とのつながりを大切にしています。</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 中長期計画は、3年先までの計画を年度ごとに策定しており、毎年内容を見直しています。年度ごとの収支計画書を策定していますが、中長期の収支計画は確認できませんでした。長期的な計画に基づく収支計画の策定も必要と考えます。</p> <p>○苦情、相談の改善・対応状況についての公表 法人として、苦情解決の仕組みをホームページ等に掲載していますが、どのように対応したかが、明確ではありません。苦情だけでなく、相談や要望に応じて改善したことや取り組みなどを公表する仕組みを検討されてはいかがでしょうか。具体的改善点を公表することで、事業所の取り組みを知っていただく機会が増えると思います。</p> <p>○満足度調査の実施 入居者の会や朝礼の場、また各個室に訪問して要望を聞き取り、改善を行っていますが、入居者満足に関する調査は定期的には実施していません。利用者の要望や満足度を把握する手段として、直接の聞き取りのみならず、アンケート等の複数の方法を用いて入居者が意見を述べる方法を整備されてはいかがでしょうか。</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	サポートハウスいわと
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20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。また、広報誌に掲載して、利用者や家族に周知しています。理念を掲載した小冊子「和顔愛語」を全職員が携帯し、職員証に品質方針を明記して、朝礼時に唱和しています。
2. 「経営品質向上活動報告書」に高齢者の動向をまとめ、地域住民へのアンケートを実施して、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。
3. 岩戸ホームのリーダー会議で、課題を明確にして、課題解決に向けて検討しています。検討した内容は、事務所会議等で、職員に周知しています。
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。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. 中長期計画を踏まえて、各部署で意見をまとめ、次年度の事業計画を策定しています。数値目標を掲げ、具体的に実施状況が評価できる内容となっています。ただし、収支計画については、中長期の収支計画が確認できていないため、中長期的な視点が反映できているかの判断ができません。
6. 事業計画に基づき、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。リーダー会議で進捗状況を報告し、3か月ごとに施設長が確認をしています。
7. 広報誌「岩戸だより」や法人広報紙「ききょう」に記載して、家族に郵送しています。利用者には、入居者の会「いわと会」や朝礼時に説明しています。施設内に事業計画概要を掲示しています。
8. 法人内で年2回内部監査を実施し、「日本品質保証機構」による外部監査を定期的に行っています。評価結果に基づき、改善に取り組んでいます。
9. 内部監査による「内部監査実施状況報告書」に基づき、課題について、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	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。	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。	a	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。	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。岩戸ホームのパンフレットや広報紙に施設長が文章を掲載しており、利用者、家族、地域、関係機関に配布しています。施設長は、朝礼やリーダー会議に出席して、方針や取り組みについて明らかにしています。
11. 施設長は、集団指導や各種研修に参加し、リーダー会議等で職員への報告を行っています。内部監査やISOの品質マニュアルを通じて、遵守すべき法令を職員に周知しています。
12. 施設長は、「緊急対応不適合報告書」で苦情や事故の報告を受けて、改善を行っており、内部監査や外部監査による課題の改善に取り組んでいます。また、「自己報告書」を基に職員一人ひとりの意見を聞き取り、サービスの質の向上につなげています。
13. 施設長は、収支に関して予算、中間、決算と年3回監査を受けおり、リーダー会議で実績集計表を基に、収支の分析を行っています。「自己申告書」で各職員の意見を聞き取り、リーダー会議でも各部署からの提案を聞いて経営の改善に取り組んでいます。
14. 人員の確保や人員体制について、人材確保プロジェクトで法人として取り組み、岩戸ホームで人材確保チームで人材育成や人材の定着に取り組んでいます。社員寮の確保やハローワークの個別説明会等、計画的に実施しています。
15. 成光苑人事システムガイドに職務等級制度、職務責任等明確にして人事システムを確立しています。職員は一人ひとりが「チャレンジシート」に自己目標を記載して、自己評価、上司評価を受けるシステムになっており、「フィードバックシート」で、施設長からの指導や助言を受けるようになっていきます。
16. 施設長は「自己申告書」で職員の意向を確認して、育成面談を実施しています。福利厚生として、共済会に加入し、施設合同の親睦会を実施しています。チューター制度を設けて新人職員の悩みが相談しやすいように取り組んでいます。
17. 小冊子「和顔愛語」に期待するスタッフ像を記載して職員に周知しています。チャレンジシートに職員一人ひとりが目標を記載して、6か月ごとに自己評価を行い、上司の評価を受け、育成面談で達成度の確認を行っています。
18. 教育訓練規程を設けて、施設内の職員研修計画を策定しています。職員ごとに法的資格、業務資格、研修一覧表を作成して、必要な研修を明示しています。年度末に研修計画の評価・見直しを実施しています。
19. 法人内で、階層別に研修を実施しており、施設内で研修計画を策定して、テーマ別に研修を実施しています。外部研修にも積極的に参加を促し、勤務日を調整しています。研修後は復命書で個人の理解度を確認しています。
20. 「和顔愛語」に方針と共に実習受け入れの基本姿勢を明記しています。実習受け入れの規程を策定し、実習受け入れ計画書を策定して、実習中の学校側と連携を図っています。
21. 法人のホームページにて情報を発信しています。広報誌に理念、方針やビジョンを掲載して、自治会、民生委員、家族、利用者に配布しています。苦情・相談の体制にもとづく改善、対応の状況についての公表はしていません。
22. 品質管理規程に基づき、事業所のルール、職務の権限責任が明確にされています。内部監査で運営財務のチェックを行っています。監査法人による外部監査で、指導を受けています。
23. 法人理念や事業計画に地域との交流を謳っており、利用者は、ペタンク等の地域の催しに職員が同行して参加しています。施設内の喫茶は地域住民も利用しており、クラフト教室や涼やかスポットの映画鑑賞に地域住民と一緒に参加して交流の機会を設けています。

24. ボランティア受け入れマニュアルを策定し、受け入れ時にオリエンテーションを実施して利用者との齟齬がないようにしています。また、近くの保育園、小学校と交流プログラムを実施しています。
25. 施設内に利用できる社会資源を明確にしたものを用意して、利用者がわかりやすいようにしています。地域の軽費ケアハウス部会に参加して情報の共有を図っていますが、地域の関係機関と協働しての具体的な取り組みはありません。
26. 地域と合同の夏祭りを実施しています。涼やかスポット事業で、施設を開放して映画鑑賞等を企画しています。また、地域住民も利用できる喫茶コーナーや交通空白地有償事業として「かものシャトルバス」を日に4便運行しています。
27. 地域の潜在顧客に対して法人アンケート実施し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。相談カードを利用して相談事業の強化を行っています。今年度は地域住民が利用できる介護予防トレーニングセンターを開設予定で準備を進めています。

## 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。	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	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	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。	a	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. 人権研修を実施し、参加した職員は、研修後に理解度調査シートを作成して理解を深めています。利用者の尊重について記載した基本マニュアル「はじめの一步」や「和顔愛語」を全職員に配布し、共通の理解が図れるように取り組んでいます。
29. 高齢者虐待防止マニュアルを策定し、「虐待の芽チェックリスト」を用いて年3回自己確認を行っています。利用者や家族には、プライバシー保護に関して重要事項説明に記載し、朝礼等で話をしています。
30. 見学や問い合わせに関して、担当職員が不在であっても別の職員が案内や説明が出来る体制があります。事業所の特性等を紹介した資料を市役所に設置しています。利用希望者への情報提供についての見直しは実施していません。
31. 入居資格や利用料金などが記載されたサポートハウスいわとのパンフレットを作成しています。重要事項説明書は、文字のフォント大きくして読みやすくする工夫をしています。
32. サービス利用が終了した際に、ケアマネジャーと協力して、引継ぎにあたっています。その後の相談窓口は設置していますが、相談方法や担当者についての説明内容を記載した文書を渡していません。
33. 利用者自治会「いわと会」月1回の開催があり、職員も出席し情報伝達や意見徴収しています。給食検討会議で食事の意見を聞き取っていますが、サービスの質に対する利用者満足への調査実施は確認できませんでした。
34. 苦情解決規程を策定し、利用者と個別に面談を行い、苦情を聞き取っています。苦情記入カードの配布やアンケート等、利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫が不十分です。
35. 第三者として、市相談員に相談や意見を述べられる仕組みがあります。意見が述べやすいように相談室を使用しており、年10回の相談日を設けています。
36. 苦情解決規程が整備されており、定期的な見直しを行っています。週1回は、職員が個別に訪問して利用者意見の把握に努めています。意見箱の設置・アンケートは行っていません。
37. 緊急対応規程の策定し、リスクマネジメント委員会を設けています。月1回のリーダー会議にて、事故や不適合、苦情報告を検討し、再発防止を講じる取り組みがあります。
38. 感染症対策マニュアルを整備しており、定期的な勉強会を開催しています。感染症対策委員会にて、マニュアルを定期的に見直しています。また、週2回、施設内診療所の管理医師の診察があり、感染症について相談できる仕組みがあります。
39. 非常災害対策計画にて、災害時の対応体制を決めており、年1回地域合同での防災訓練を実施しています。一斉同報システムメールにて、職員の安否確認ができるシステムがあります。
40. 標準化を図るための基本マニュアル「はじめの一步」を全職員に配布し、初任者対象のファーストステージ研修を実施しています。
41. 業務の手順をまとめた「サポートハウス手順書」を整備しており、定期的に見直しを行っています。
42. 面接報告書にてアセスメントを実施しており、個別計画書にニーズを明示しています。他職種が参加して協議する仕組みがあり、内容を記録しています。
43. 利用者の意向を聞き取り、サポートハウス個別計画書を作成して、利用者の同意を得ています。援助目標について定期的に評価し、見直しをしています。
44. ケース記録により、サービス実施状況を確認ができ、「ほのぼの」ソフトや共有フォルダで情報共有できる仕組みがあります。
45. 個人情報保護推進のための保護規定及び記録・管理規程を定めており、研修しています。廃棄記録一覧表を作成して保管期間、廃棄について定めていますが、廃棄方法については記載してい

ません。