

[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	あんしんサポートハウス 光華苑	施設 種別	軽費老人ホーム
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

令和 1 年 8 月 13 日

総 評	<p>社会福祉法人長生園は、旧船井郡6町村の社会福祉協議会、地元仏教会が実施してきた高齢者支援を引き継ぎ、昭和31年に社会福祉法人として設立認可されました。養護老人ホームから始まり、60年以上たった現在では、特別養護老人ホーム・グループホーム・ケアハウスという施設サービスと、デイサービス・ショートステイ・ヘルパーステーション・居宅介護支援事業所などの在宅サービスを提供する多くの事業所を開設して発展して来られました。法人設立60周年が経過し、「法人の原点に返ろう」を合言葉に、地域の福祉ニーズを聞き取りながら、あんしんサポートハウスの開設やデイサービスの開設等にも取組まれました。施設の基本理念に「和み」「尊厳」「安心」を掲げ、施設内に掲示されています。</p> <p>平成26年12月開設されたあんしんサポートハウス光華苑（定員30名）は、京都府の高齢者あんしんサポートハウス事業として、現行のケアハウスより低額な負担金で入所できる施設です。都市部と比べて国民年金のみの受給者が比較的に多い園部町の高齢者のためには整備が必要であるとの使命感から開設されました。入居者はおおむね生活が自立されている60歳以上の方を対象にしており、住まいや、食事、入浴等ができる環境を提供し、併せて、生活相談や365日・24時間の見守りや緊急時の対応を行うことで、毎日安心して生活して頂ける「住まい」です。</p> <p>施設には広く清潔な食堂や浴室、洗濯室等があり、利用者の居室は全室個室でキッチンやトイレ・洗面所等の他、ベッドや手すり等も完備され、快適に居住できる環境が整備されています。現在、開設後3年以上が経過し、閉じこもり防止や人間関係の課題を解決すべく、毎日のレクリエーションに参加して頂く等の工夫をされています。</p> <p>利用者には要介護認定を受けておられる方も多く、掃除・洗濯や入浴等が一人で出来なくなった利用者には、外部の訪問介護や通所介護事業所からサービス提供が実施され、あんしんサポートハウス職員と介護事業所職員との細やかな情報交換等が利用者の安心に繋がっていました。</p> <p>課題としては、地域との交流や事業所が有する機能を地域に還元する取組み、各種マニュアルの定期的な見直し等が挙げられます。具体的なアドバイスは、特に改善が望まれる点の中で記していますので、ご参考にして下さい。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 理事長・評議員会開催前に主幹部会議を実施し、各事業所の部長や次長が資金収支計算書をもとに、経営状況を把握しています。居宅介護支援事業所や地域包括支援センターと連携して情報収集を図っています。毎月の経営戦略会議において、法人全体の各事業所の経営課題を把握・分析しています。経営課題を法人や事業所の事業計画に反映させ、理事・評議員会において承認を得て、毎月の管理会議や年3回の職員全体会議で周知しています。</p> <p>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。 法人ホームページでサービス内容、事業計画、予算・決算等が公開されています。地域に向けて広報誌等を配布しています。事務、経理等に関するルールが明確にされ、理事会報告等で職員に周知しています。外部の監査法人による監査体制をとっており、その指導に基づき必要な経営改善に取り組んでいます。</p> <p>III-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。 利用者懇談会を毎月実施し、検討事案を利用者に提案し納得して頂くように努めています。ご意見箱の設置や年1回利用者満足度調査を実施し、利用者の要望に添うように努めています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>I-4-(1) 質の向上に向けた取組みが組織的・計画的に行われている。 法人として各事業所で3年毎に第三者評価を受診しています。事業所開設3年目にあたり、福祉サービスの向上のために第三者評価を受診していましたが、現時点では、PDCAサイクルに基づく組織的な取組みはできていませんでした。また、第三者評価受診にあたり、職員間で課題を共有していましたが、初回受診であるため、課題に基づく改善計画や、改善策の実施は出来ていませんでした。今回の第三者評価受診を機に、計画的に課題改善の実施に取り組まれることを期待しています。</p> <p>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 地域情報の広報誌やお知らせのポスターを掲示し、参加希望や送迎の要請等があれば支援しています。地域の方々が自由に出入りできるように地域交流スペースを開放していましたが、地域との交流はあまりできていませんでした。また、農芸高校の花壇の植え付け、ブラスバンドなどのボランティアを受け入れています。しかし、ボランティア受入れの基本姿勢は明文化出来ていませんでした。ボランティア受入れの基本姿勢を明文化し、マニュアル等を整備し、地域の方々が出入りしやすい仕組みや地域住民との利用者が交流できる仕組みを整備されては如何でしょうか。</p> <p>III-1-(5) ②感染症予防や発生時における利用者の安全確保の体制を整備し、取組みを行っている。 感染症対策委員会を毎月開催しています。研修委員を中心に定期的に感染症についての研修を実施しています。感染症予防対策マニュアルは整備していましたが、マニュアルの定期的見直しは出来ていませんでした。開設時にマニュアルを整備されていましたが、3年以上が経過し、感染症予防対策マニュアル以外のマニュアルも見直しが出来ていませんでした。見直しの時期を定め、定期的なマニュアルを見直しや必要な改訂されることをお勧めします。</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	あんしんサポートハウス光華苑
施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	きょうとふくしネットワーク一期一会
訪問調査日	平成 31 年 4 月 8 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。	b	a
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	a
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	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。	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. 理念や運営方針はホームページに掲載している。理念を食堂前にも掲示して職員や利用者へ周知を図り、毎朝の連絡会議において唱和している。
2. 理事長・評議員会開催前に主幹部会議を実施し、各事業所の部長や次長が資金収支計算書をもとに、経営状況を把握している。居宅介護支援事業所や地域包括支援センターと連携し情報収集を図っている。
3. 毎月の経営戦略会議において、法人全体の各事業所の経営課題を把握・分析している。経営課題を法人や事業所の事業計画に反映させ、理事・評議員会において承認を得、毎月の管理会議や年3回の職員全体会議で周知している。
4. 法人として中・長期計画を策定している。中・長期的なことも反映させた事業計画を毎年策定している。
5. 中・長期計画をふまえた、入居者が安心・安全・健やかに生活して頂けることを目標とした単年度の事業計画が策定されている。事業計画で満足度調査の回数を年2回に増やす等、具体的な計画を策定している。
6. 計画を施設長や相談員が主に立案し、職員会議等で事業計画や行事計画を策定し、理事・評議員会で評価・承認を得ている。年度末に、毎年の事業計画を職員会議等で見直し、次年度の計画につなげている。

7. 年間計画や月間予定等を懇談会で入居者に資料配布すると共に、ホワイトボードで解説している。行事やイベント等のポスターを作成、掲示する等して、理解を促すようにしている。
8. 法人として各事業所で3年毎に第三者評価を受診している。事業所開設3年目にあたり、福祉サービスの向上のために第三者評価を受診したが、現時点では、PDCAサイクルに基づく組織的な取組みはできていない。
9. 第三者評価受診にあたり、職員間で課題を共有化している。初回受診であるため、課題に基づく改善計画や、改善策の実施は出来ていない。

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。	b	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。	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。	b	b
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	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。	b	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 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。	b	a
21		II-3 運営の透明性の	II-3-(1) 運営の透明性を確保する	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	確保	ための取組が行われている。	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	II-4-(1) 地域との関係が適切に確	①	利用者と地域との交流を広げるた	b	b
24	域貢献	保されている。	②	ボランティア等の受入れに対する基本	b	b
				姿勢を明確にし、体制を確立している。		

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	II-4-(2)関係機関との	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	域貢献	II-4-(3) 地域の福祉向上のための	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	b
27		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。	b	b

【自由記述欄】

10. 法人の職務分掌で管理者の権限と責任を明確化し、職員会議の場等で職員に表明し理解を図っている。職員会議に出席し、管理者として必要な意見を指示している。
11. 法人内のイントラネットにおいて、遵守すべき法令等を掲載し、誰でもが見られるようにしている。法令の改訂の都度、職員会議等で全職員に周知している。
12. サービスの質の向上のために、毎月の職員会議で問題点・対応等の洗い出しを行うとともに、必要に応じて管理者が職員の個別の助言を行っている。
13. 法人全体で毎月顧問税理士を交えて各事業所の経営状況の分析を行い、その結果を組織の理念等の実現に向けての人員配置、職場環境整備等に活かしている。
14. 法人全体でキャリアアップ研修や施設内研修等の研修計画を策定し、人材育成に努めている。職員の個人面談を年2回行い、日々の業務に対する要望等を聞き取りしている。
15. 法人全体で「期待する職員像」を明確にし、総務部を中心に人事管理している。年2回の面談を通じて、業務評価の実施や、職務に対する希望等を聞き、実現に向けて取り組んでいる。
16. 法人として、職員の出勤や時間外勤務の状況等を把握している。医師による相談窓口を設け、相談しやすい体制をつくっている。家庭の事情等で夜勤ができない者に配慮できるよう勤務シフトを工夫している。
17. 法人全体で実施している年2回の人事考課面談の他に、事業所独自で職員希望等を申告する「自己申告書」の提出を求め、年2回の面談を行っている。職員の目標の確認や進捗状況の確認は十分に実施出来ていない。
18. 法人の研修委員会を中心に、研修計画を立てて研修を実施し、その評価と見直しを年1回行っている。職員に必要とされる「専門資格」の取得のための模擬試験や実技指導を法人全体で行っている。

19. 個別の職員の知識、技術水準については自己評価と上司による確認で、必要な研修の受講等を促している。新任職員に対する個別のOJTを行い、その習熟度に応じて「宿直勤務」等に従事させている。
20. 当事業所は実習受け入れ施設にはなっていないが、法人として受け入れ体制を整え、学校等との連携を図りながら実習生を受け入れている。
21. 法人ホームページでサービス内容、事業計画、予算・決算等が公開されている。地域に向けて広報誌等を配布している。
22. 事務、経理等に関するルールが明確にされ、理事会報告等で職員に周知している。外部の監査法人による監査体制をとっており、その指導に基づき必要な経営改善に取り組んでいる。
23. 地域情報の広報誌やお知らせのポスターを掲示し、参加希望や送迎の要請等があれば支援している。涼やかスポット等で地域の方々が自由に入出りできるように地域交流スペースを開放しているが、地域との交流はあまりできていない。
24. 社会福祉協議会と連携し、中学生の職場体験、小学生の福祉体験等の受け入れを行っている。農芸高校の花壇の植え付け、プラスバンド、歌などのボランティアを受け入れている。ボランティア受け入れの基本姿勢は明文化出来ていない。
25. 協力医療機関・福祉事務所・保健所等の関係機関との連携は、法人全体で取り組んでいる。利用者の支援事業所等、事業所として連携が必要な関係機関については、職員間で情報共有を図っている。
26. 災害時の福祉避難所となっている。地域の方々が参加できる講演会や研修会等を開催は行っていない。
27. 法人として地域の福祉ニーズにもとづく事業・活動を行っている。事業所として、地域の福祉ニーズを把握するために民生委員・児童委員等との定期的な会議を開催するなどの取り組みは出来ていない。

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	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。	a	a
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	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。	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	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	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	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。	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。	a	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、職員間で共有化されている。	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	a

【自由記述欄】

28. 法人理念は施設玄関に掲示し、会議等で唱和している。基本的人権の配慮等については、虐待防止研修等を年に複数回実施して職員に周知している。毎月の職員会議で援助計画の意見交換をしている。
29. プライバシー保護マニュアルを整備している。人権の擁護や虐待防止については運営規定に定め、利用者・家族に周知するように努めている。しかし、不適切な事案が発生した場合の対応方法等は明示されていない。
30. 居宅介護支援事業所等の関係機関に年2回訪問し、パンフレットの配布等を行っている。施設見学・入居の問い合わせ等は随時受付けている。希望者には体験入居等も実施している。
31. ケアマネジャーがケアプランを立案し、利用者・家族に説明し、同意のもとにサービス提供している。本人・家族・訪問介護事業所、福祉用具事業所等と定期的に担当者会議を開催し、サービスや支援内容を確認し合っている。
32. 入居前の福祉サービスを引き続き利用できるようにしている。サービス移行については、各事業所と連携を図りながら本人と面談を実施し、継続したサービスが受けられる様に支援している。
33. 利用者懇談会を毎月実施し、検討事案を利用者に提案し納得して頂くように努めている。年1回利用者満足度調査を実施し、利用者の要望に添うように努めている。
34. ご意見箱の設置や満足度調査の実施等で、意見を出しやすい工夫を行っている。利用者懇談会で苦情や意見等の内容を公表している。苦情解決の仕組みについては、運営規定に明記し、入居時に説明している。苦情解決の第三者委員を設置している。
35. 利用者面談は、相談者や相談方法を掲示で知らせ、相談室や居室等利用者が選択される場所で実施している。職員から積極的に声掛けし、相談しやすい雰囲気づくりに配慮している。
36. 利用者からの意見については、速やかに記録して職員会議や利用者懇談会で話し合い解決を図っている。意見箱や年1回の満足度調査、利用者懇談会等で、利用者の意見を把握する体制を整備している。しかし、対応マニュアルの定期的な見直しは出来ていない。
37. 事故発生時及び利用者急変時の対応マニュアルが整備されている。事故報告書・ヒヤリハット報告書が作成され、速やかに職員間で対応を検討し、必要に応じて家族やケアマネジャーにも報告している。
38. 感染症対策委員会を毎月開催している。研修委員を中心に定期的に感染症についての研修を実施している。毎日のミーティングの中で、最新の情報を発信する等、職員に周知を図っている。感

染症予防対策マニュアルは整備しているが、マニュアルの定期的見直しは出来ていない。

39. 火災・地震・土砂災害等の災害時対応に関するマニュアルや自衛消防組織を整備している。地域の関係団体との連携のもと、年2回の総合避難訓練も実施している。緊急連絡網の実施訓練、消火器訓練等も実施している。備蓄室で災害時に対応できる食料を完備している。
40. 個別援助計画を策定し、職員会議で検討し、職員間で共有してサービス提供している。ケアマネジャーとの連携のもと、日常生活において、必要な福祉サービスをサービス担当者会議で検討し、ケアプランに沿ってサービス提供している。
41. ケアハウス職員とケアマネジャーを中心に、本人、家族の意向を踏まえ、ケアプランの見直しを行っている。サービス計画を策定して、利用者の状況変化に応じて定期的に見直している。
42. 利用者のケアマネジャーと連携しながら、利用者の要望・意向に沿った福祉サービス実施計画を策定している。計画の作成担当者や責任者を決めて、職員間で共有している。
43. 事業所で策定している福祉サービス実施計画は、定期的に評価・見直しを行っている。利用者への支援内容を変更する場合は、職員会議で話し合っている。
44. 業務日誌、処遇記録等を毎日、利用者に関わった職員が記録し、全職員が共有している。利用者が利用しているデイサービスやヘルパー事業所と日々の情報交換を実施している。
45. 文書規程を策定し、記録の保管・保存・廃棄等の方法や時期を明記すると共に、記録の管理責任者を定めている。個人情報の取り扱いについても契約時に利用者・家族に説明している。