

[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	ケアハウス美山	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		

2020年2月20日

<p style="text-align: center;">総 評</p>	<p>社会福祉法人北桑会は、「『共に生きる』利用者と共に 地域と共に 仲間と共に」を法人理念に掲げ、地域に根ざした取り組みを行っておられます。長年関わっておられるボランティアとの連携を図り、施設環境の整備を行っておられます。</p> <p>当事業所は、令和元年9月に施設長が交代され、伝統を引き継ぎつつ、新たな体制で事業に取り組まれています。職員の新規人材確保が難しく、利用者ニーズが多様化する中、利用者、家族、地域住民、職員からの多くの声を活かし、単年度の細かなアクションプランを作成しておられます。また、定期的に行われる会議で状況報告や意見交換等を行い、事業計画に反映されています。</p> <p>職員に対しては個人面談を年2回実施しています。そこで、上司との意見交換の機会や要望を伝えることができる機会を設けています。</p> <p>毎年、「美山やすらぎホーム ふるさとまつり」を開催し、地域住民に参加していただいております。地域からの理解を得ながら交流を深めている施設です。</p>
<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○経営環境</p> <p>月1回開催される主任会議などから現況を汲み取り、管理職会議で単年度の計画に反映するアクションプランを作成されています。アクションプランでは、事業計画や研修、戦略プランを立て全職員に周知しています。細かに計画されたアクションプランをもとに活動されていることが伺えました。</p> <p>○利用者と地域との交流を広げるための取り組み</p> <p>毎月1回、施設の食堂を開放し、交流喫茶「ほっと満福」を開催しています。地域住民と利用者の交流が図れる機会の確保に力を入れておられます。また、より多くの方に周知できるように、地域包括支援センター等にチラシを配布しています。「地域と共に」という理念にもとづき意欲的に活動されております。</p> <p>○事業所が有する機能を地域に還元</p> <p>地域の独居高齢者が豪雪のため雪かきができなかったため、体験利用を通常は1か月のところ、本人の要望もあり、積雪が終わる3カ月間の利用と対応されたことがあるなど、地域の高齢者が安心して生活できるよう、地域性に特化した対応をされています。</p>

<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○中・長期計画の策定 アクションプランで単年度計画を詳細に作成されており、長いスパンで計画されている老朽化対策、地元小学校の跡地活用などが検討されておりますが、中長期計画が策定されていません。中長期的な視点をもとに、中・長期計画に策定されることを期待しています。</p> <p>○苦情解決の公表 年に1回の家族懇談会や利用者アンケートなどから意見を汲み取っておられ、集計されておりますが、個人情報以外で共有できる苦情、相談の内容が公表できていませんでした。要望や苦情への対応により改善された内容を公表されてはいかがでしょうか。</p> <p>○定期的に福祉サービス実施計画の評価、見直し 個別処遇計画書を作成されておられますが、定期的な見直しはできておりません。日々の経過などを記録し、職員で情報共有はできていますので、個別処遇計画書を具体的な見直しの手順や周知の手順を定めてサービスの質の向上につなげていかれることを期待します。</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	ケアハウス美山
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	2019年12月12日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	通番	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・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	a
[自由記述欄]					
1. 法人理念・基本方針はホームページ、パンフレットなどで文書化しており、年3回開催している拠点での全体職員会議において周知を図っています。利用者には契約書などで周知しています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	2	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
[自由記述欄]					
2. 施設長は法人本部で毎週開催される定例会に出席し、経営環境や課題などの把握、分析を行っています。 3. 拠点施設全体で毎月主任会議を開催し、経営環境や職員体制等の課題や問題点を明らかにし、改善策を講じています。主任会議にて把握した課題等は、職員会議において職員に周知しています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	4	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	c
		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	c
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	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	b
[自由記述欄]					
4. 単年度の事業計画をより具体化した「アクションプランシート」作成しており、「アクションプランシート」において目標数値や収支計画を設定していますが、中・長期計画は策定していません。 5. 単年度事業計画と共に、数値目標を盛り込み、より具体化された「アクションプランシート」を作成していますが、中・長期計画は作成していないため、反映していません。 6. 職員会議にて職員からの意見を集約し、事業計画に反映しています。また、毎月の主任会議で事業計画の進捗状況を確認し、必要に応じて修正、変更しています。 7. 毎月月末に発送している請求書と共に月間行事予定を郵送しています。「ケアハウス美山懇談会」において、事業計画を口頭で利用者に伝達していますが、事業計画を分かりやすく説明した資料作成は行っていません。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	8	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]					
8. 主任会議において問題点を明らかにし、改善策を講じています。ただし、組織的に評価を行う体制は整備されていません。 9. 主任会議において評価結果の分析や検討の改善する機会がありますが、評価を行う改善計画を策定する仕組みは定まっています。					

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	10	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
	II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	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。	b	a

[自由記述欄]

10. 施設長や主任は公用携帯電話を所持しており、常に連絡がとれる体制を整備しています。有事の際は「消防隊編成表」において管理者の役割と責任について明確に記載しています。
 11. 施設長、主任が集団指導や法令関連の研修会に参加しています。法令が変更された場合、主任会議で周知し、その後職員会議において職員に向けて伝達、周知を図っています。
 12. 施設長は法人内の各種会議に出席しています。主任会議において四半期に1回「アクションプランシート」の評価、分析を行い福祉サービスの現状把握等に努めています。6、12月に個人面談を行い、「面接記録表」を用いて、職員の意見や要望を収集しています。
 13. 施設長は主任会議において、人事や労務、財務等の分析を行っています。その後全体職員会議で現状報告を行い、改善に向けて取り組んでいます。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	14	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
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	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。	b	b

[自由記述欄]

14. 「アクションプランシート」に、有資格者や人員体制について計画し、明確に記載しています。ハローワークでは求人票を出したり、就職フェアなどに出展しています。
 15. 期待する職員像は「職員倫理綱領」に記載しています。年に2回実施される職員面談において、職員の意向や意見等を把握し、必要に応じて助言や指導を行っています。
 16. お誕生日休暇や年に2回職員検診を実施しています。ストレスチェック等、検診結果については、産業医と連携を取り、面談報告などで職員の働きやすい環境を整えています。職員体制で年休がとりづらい状態であり、有給休暇の取得率や時間外労働の把握などデータ化はできていません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・育成	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	17	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	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。	b	a
	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。	20	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。	b	b

[自由記述欄]

17. スタッフ職務評価表を使用し人事考課制度を行っています。個人面接カードを用いて、1回目は主任、2回目は部長で個人面談を行います。個人面談から職員が望む取り組みや目標を確認しています。ただし、目標期限は明確にできていません。
 18. 個別面接時に個別計画を立てて評価、目標の見直しを行っています。目標通りには研修に参加できていない状況です。
 19. 外部研修の情報提供を行っています。研修費用などは施設が負担しています。新人職員がいない状態ですが、OJTのカリキュラムは作成できています。
 20. 実習生対応マニュアルを作成し、教育や育成を明文化しています。指導者の研修や学校側との連携を図る仕組みはできています。プログラムは作成できていません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	21	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	b
		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
[自由記述欄]					
21. ホームページなどで施設の理念、事業方針、第三者評価の受診結果などを公表しています。市役所、社会福祉協議会、地域の診療所へ機関誌を配布しています。苦情の内容は公表できていません。 22. 会計事務所と契約し、年2回外部監査を受けています。内部監査も実施し、適正な経営、運営の透明性が図られています。職務分掌と権限、責任が明確にしています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	23	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。	b	b
	II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	25	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	b
	II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	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	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	a
[自由記述欄]					
23. 「地域と共に」の理念をもとに活動しています。毎月、「ほっと満福」という地域交流喫茶行事を行っています。利用者は、近隣のお店で買い物や「ふるさとまつり」という地域祭りを開催し、地域の方がたくさん参加しています。 24. ボランティア受け入れマニュアルを作成しており、基本姿勢や、学校教育への協力などが整備できています。ボランティアに対しての研修は行っていません。 25. 冬の豪雪に備えて、独居老人が安全に生活できる様、3カ月間利用できる工夫をされています。地域ケア会議に参加し情報を共有しています。持ち帰った情報は主任会議にて取りまとめて、地域資源や注意喚起を利用者に促しています。独居生活者の対応など、地域の課題解決に向けて協働した取り組みはできていません。 26. 事業所のスペースを開放し、月に1回定期的に交流喫茶「ほっと満腹」を開催しています。地域包括支援センターから開催案内用紙を配布して貰っています。ふるさとまつりでサークル活動の発表の場をしています。地域の行事では卓球台や車いすを貸し出しするなど地域に貢献しています。災害時の福祉避難所に指定されています。 27. 2か月に1回、民生委員と会議を行い、状況報告を行っています。また、施設体験利用や交流喫茶を行っています。地域福祉ニーズに基づいた事業活動をしています。					

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	通番	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。	28	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	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
	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。	30	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

[自由記述欄]

28. 理念や基本方針を明示し、理念研修を行っています。排泄、入浴、プライバシー保護研修、身体拘束研修を行い人権の配慮を行っています。

29. プライバシー保護マニュアルを整備し研修を実施しています。ただし、不適切な事案が発生した場合の対応方法が明示できていません。

30. 理念や基本方針を明記したパンフレットを近隣の診療所や社会福祉協議会、地域包括支援センターなどに配布し、情報提供しています。見学、体験入所を適宜行っています。パンフレットは5年を目処に見直しています。

31. 入居前は家族と同伴で説明を行い、施設案内や実際はの部屋を見てもらってから契約を行っています。また、入居中の方が認知症の悪化に伴う自己判断困難な状態になったときには、担当ケアマネジャーや行政と協力して後見人をつけるなど、本人の権利を守る取り組みを行っています。

32. サービスの変更があった場合は、職員間の情報共有を行っています。退去時の引き継ぎに際しての文書は定めていません。

評価分類	評価項目	通番	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-(3) 利用者満足の上昇に努めている。	33	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	a
		34	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	c
	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。	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	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。	a	b

[自由記述欄]

33. 利用者の嗜好調査を年1回実施し、要望を聞き取っています。返信率は9割で、結果を職員会議にて検討して懇談会の場で家族にも説明を行っています。その結果、ご飯を柔らかく炊くように改善したケースがあります。

34. 御意見箱の設置や第三者委員の連絡先は食堂に分かりやすく掲示しています。しかし、苦情解決の仕組みは対応をしていましたが、公表はできていません。

35. 1日1回は施設長が施設を回り、利用者に声をかけたり、月一回懇談会で話を伺い相談しやすい雰囲気を作り出しています。

36. 御意見箱や嗜好調査など利用者の声を聞く仕組み作りはできています。また、懇談会でも要望を聞き取り、対応をしています。しかし、相談の対応マニュアルの整備は無く、職員間での統一した動きにはなっていません。

評価分類	評価項目	通番	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-(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。	37	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している。	b	a

[自由記述欄]

37. 2ヶ月に1回行う事故対応委員会と年2回行う各リスクをとりまとめたリスクマネジメント全体会議で、緊急対応マニュアルを作成し、マニュアルの見直しや事故発生時の対応体制を構築しています。また、全職員が研修を受けられるよう2回に分けて研修を行っています。

38. 感染症対策委員会で感染症予防対策マニュアルを作成し、勉強会を実施しています。また、夏と冬に業者を呼んでの手洗いの仕方やノロウイルスの勉強会をしています。インフルエンザが発生した際には緊急で委員会を招集し、対応を検討しています。

39. 消防計画や土砂災害に関する避難確保計画を作成し、主任が責任者として職員の安否確認の連絡網や入居者の安否を確認するよう災害発生時の対応を検討しています。防災訓練は年2回開催し、1回は消防署と合同で行っています。また、非常時の備蓄品としてリストを作成し、施設内の3カ所に分けて保管するなど、被害を最小限にする取り組みをしています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	40	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	c
	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。	42	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	b
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	44	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。	b	b
		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]

40. 職務遂行レベル一覧表にて、標準的な実施方法を記載しており、新人研修やフォローアップ研修にて周知できるように指導しています。習熟度は人事考課を通して確認し、目標達成に至っていない時は個人面談などで指導を行っています。見直しができおりません。

41. 職務遂行レベル一覧表は作成してから10年以上が経過しており、見直しができおらず、見直しの計画もありません。

42. 主任がアセスメントを行い、課題にもとづいて個別処遇計画を作成し、サービス担当者会議を行っています。職員会議や日々の申し送りでのモニタリングをしています。個別処遇計画には本人のニーズ欄があり、アセスメントで得たニーズが明記しています。

43. 個別処遇計画は期間が1年で定めてあり、見直しの時期を定めています。しかし、具体的な見直しの手順や周知の手順は定まっています。

44. 定められた書式でケース記録は記入しており、職員が自由に閲覧できるよう本棚に配置しています。また、職員会議でも共有化を行っています。しかし、記録の書き方についてはルールが無く、記入した職員により差異が見られます。

45. 法人の個人情報保護管理規則や文書管理規程で責任者の設置、保管、保存、廃棄、情報提供について規定しています。また、個人情報保護とプライバシー保護の研修を行い、周知に努めています。しかし、個人情報の取り扱いについては家族に対しての説明の義務は無く、同意を得ていません。