

## 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 (旧体 )
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3年4月12日

総 評	<p>平成25年に開設した「サポートハウスけいあい」は、社会福祉法人みつみ福祉会が運営する軽費老人ホームであり、京都府独自の「高齢者あんしんサポートハウス」で、主に低所得者を対象とした支援を行っています。定員は50名で、入居者の多くは自立された方ですが、近年は高齢化が進み、何かしらのサポートが必要な方が増えてきています。</p> <p>「ともに生きる」を法人理念として掲げ、月1回の「お話しあいの会」を設け、職員と入居者の意見交換を図るなど、高齢者の自主性を重んじ、自立した社会生活が送れるよう支援に努めています。また、同法人が運営する「三愛荘」と同一敷地内に建てられており、合同で拠点別研修を行う等連携をとりながら事業を実施されています。</p> <p>「サポートハウスけいあい」は、木造平屋のあたたかみのある建物が5つのユニットに分かれており、ユニットごとの活動に加え、ユニットを横断した交流なども行われています。</p> <p>地域との関係も良好で、利用者には「健幸いきいき倶楽部」の案内など、地域の社会資源について掲示板を用いて周知をするとともに文化祭、買い物ツアーなど、利用者と地域との交流の機会を定期的に設けています。</p> <p>また、「三愛荘」として地域の消防分団に加入したり、福祉避難所設置の具体的なスキームが職員室に掲示されているなど、防災対策には力を入れています。</p> <p>コロナ禍ということもあり、これまで実施されていた入居者の自主的なカラオケ大会や地域との交流などが難しくなっている面はあるものの、これからも創意工夫をこらしながら、入居者が生き生きと安心して過ごせる支援を期待します。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p><b>Ⅱ-2- (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>          法人として階層別研修の体系があり、求められる能力の指標について明示されています。それとは別に「三愛荘」と合同で、法人とは別の拠点別研修を実施するなど、重層的な育成体制がとられていました。また、資格取得については、法人として費用の助成や職務免除などの補助制度があります。          個人面談は年3回実施されており、個々の目標管理シートに基づき面談し、チーム目標と個人目標を管理する仕組みがあります。個々の目標管理シートと対になる評価者用シートが整備されている点も、実用的で高く評価できる仕組みです。</p> <p><b>Ⅲ-1- (3) 利用者満足の上昇に努めている。</b>          毎年、満足度調査、嗜好調査を実施しているほか、定期的な「お話しあいの会」を実施され、利用者の意見を聞き取っています。「お話しあいの会」の出席率は高く、利用者アンケートの評価も総じて高かったことから、日頃から利用者満足度の上昇を意識していることがみて取れました。</p> <p><b>Ⅱ-4- (1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>          事業計画や倫理綱領に、地域との考え方について明記しています。「健幸いきいき倶楽部」の案内など、地域の社会資源について掲示板を用いて周知されていました。文化祭、買い物ツアーなど、利用者と地域との交流の機会を定期的に設けるなど、地域との関係を絶やさないような様々な配慮がなされていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p><b>I-3- (2) 事業計画が適切に策定されている。</b>          法人全体と施設それぞれに5か年計画（平成28年度～令和2年度）がありますが、平成30年度以降はほとんど記載がありませんでした。法人全体の計画書も平成29年度までで記載が止まっており、計画の見直しもできておらず、次期の5か年計画の作成の目途も立っていませんでした。また、施設として単年度の事業計画が策定されていますが、中長期計画との連動性は不十分で、入居者に事業計画の内容を説明する機会がありませんでした。</p> <p><b>Ⅱ-2- (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>          法人として心理カウンセラーと契約し、職員の相談に乗る体制が取られていますが、職員への周知が不十分でした。          法人全体の取り組みやルールがうまく現場に伝わっておらず、法人での様々な活動や施策について、職員への周知が課題です。</p> <p><b>Ⅲ-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。</b>          施設としては、中学生の体験学習の受入れを行っていますが、特に定まったプログラムは整備されておらず実習受入れマニュアルは、現在作成途中でした。          実習指導者も異動により現在は不在とのことで、現時点では実習生を受け入れる体制がありませんが、ケアハウスはソーシャルワークを学ぶには最適の施設といえますので、体制の整備を期待します。</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	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	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
訪問調査日	2020年12月18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。	B	B
[自由記述欄]					
1. 理念「ともに生きる」がパンフレット、ホームページに掲載されている。利用者に居心地が良いと思っていただけるような関わりを職員に求め、言葉遣いや対応を指導している。これらの内容を示した倫理綱領を職員会議で周知している。利用者・家族には周知については、年3～4回広報誌「ひだまり」を発行して、年度初めに事業計画を掲載しているが、利用者への配布はしておらず、施設内への掲示もされていない。					

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。	B	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。	B	B
[自由記述欄]					
2. 社会情勢や国の動向については、京都府老人福祉施設協議会の会議やネットワーク、福知山市民間社会福祉施設連絡協議会（市連協）を通じて情報収集している。福知山市の特性や高齢化率等の把握はしている。（稼働率の目標は98%だが、現在87.5%で目標を割り込んでいる。） 3. 特に夜間帯での安全・安心の確保が課題であると捉えており、法人本部の内部監査でも、隣接する三愛荘と連携が取れないかと指摘されているが取り組めていない。現時点では人手の確保ができないこともあり、法人内の事業所からの派遣による定期巡回型訪問介護も継続が難しくなっている。					

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	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
	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。	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	C
[自由記述欄]					
4. 法人全体と施設それぞれに5か年計画（平成28年度～令和2年度）があるが、計画の見直しができおらず、次期の5か年計画の作成の目途も立っていない。 5. 単年度の事業計画が策定されており、稼働率、三愛荘在宅部との連携、施設が抱える課題などが明記されている。前年度末の職員会議で評価し、次年度の計画に繋げている。職員には4月に計画書を配布し、進捗状況は職員会議で確認している。しかし、中長期計画との連動性が不十分である。 6. 計画の評価、見直しは職員会議で行っているが、今般のコロナ禍でもあり年度途中の事業計画の見直しなどは行われていない。 7. 毎月、入居者と職員とで「お話し合いの日」を設けているが、事業計画の説明及び配布・掲示はされていない。行事の予定しか伝えられていないため、c評価とする。					

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. 定期的に第三者評価を受診し、その評価結果を職員会議で周知しているが、具体的な改善計画の立案や実施には至っていない。定められた評価基準に基づく自己評価の仕組みがない。 9. 第三者評価の結果を職員間で共有しているが、改善計画は立案されておらず、評価も実施できていない。PDCAサイクルに基づく改善の仕組みがない。					



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。	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
	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。	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	B

[自由記述欄]

10. 職務分掌で施設長の役割や権限が明記されている。就任のあいさつを広報誌「ひだまり」に掲載し、方針を表明している。「緊急対応チャート」「事故対応基本事項」が整備されており、有事の差に施設長に連絡が入る流れが明記されている。前回の評価時に「管理者不在時の権限移譲の明確化」が不十分とされたことを受け、あらたに作成された「夜間緊急時対応マニュアル」に、三愛荘との連携を明示している。

11. 施設長は小六法出の確認や中丹保健所に問い合わせすることで、遵守すべき法令とその解釈について把握している。また、施設長管理者会議での情報収集や、京都府老人福祉施設協議会の研修会にも参加し、制度の変更等の情報を得ている。関係法令についてハイパーリンクを貼った一覧表があるが、職員には周知できていない。

12. 職員に対しては、倫理綱領を意識して仕事にあたるよう、日頃から働きかけている。毎年、利用者に対する満足度調査を実施し、現状把握に努めている。調査内容をふまえて改善に取り組み、改善結果は「お話し合い会」で入居者に伝え、職員会議で共有している。法人としては、人権擁護に特に力を入れており、多くの職員が参加できるように同じテーマで年3回研修を実施している。

13. 現在、収支が厳しい状況であると捉えており、稼働率の向上やコストの改善に取り組んでいる。時間外労働では一部の職員に負担がかかっており、業務分担のバランスの見直しなどが必要だと考えているが取り組めていない。

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	B
	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. 法人のホームページに「求める人材像」や「キャリアパスの仕組み」が掲載されている。正規職員の雇用は法人で行っている。人員配置基準上の職員数は満たしているが、短時間のパート職員が多く、フルタイムの契約職員を募集して加配することを考えている。有契約職員の就業規則を改訂することで各事業所間でばらつきのあった契約職員の賃金体系を整理し、そのことによって待遇改善を図っている。

15. 目標管理シートをもとに、初期・中間・年度末と年3回の個別面談を実施している。その結果は法人本部の人事労務担当へ報告する流れになっている。契約職員に対しても、待遇ややりがいについてヒアリングの機会がある。給与水準や有給取得率、超勤時間などが全国や市内の中でどの水準にあるのか、客観的に把握、評価する仕組みを持ち得てない。

16. 職員ヒアリングによって就業意向の把握を行っており、自己報告書をもとに、個人レベルで改善できるところは改善している。有休取得率も把握しており、前年度よりも取得率は向上している。法人として心理カウンセラーと契約し、職員の相談に乗る体制が取られているが、職員への周知は不十分である。ノー残業デーを設けているが、あまり意識はされていない。働きやすい職場づくりに関する具体的な取り組みは確認できなかった。

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。	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	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
	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. 目標管理シートに基づき面談をし、チーム目標と個人目標を管理する仕組みがある。役割等級に応じた基準に沿って評価し、賞与に連動、昇格に紐づけされている。個人面談は年3回実施されている。  
 18. 法人として階層別研修の体系があり、求められる能力の指標について明示されている。研修効果については法人本部で検証されている。三愛荘と合同で、法人とは別の拠点別研修を実施している。研修報告書を作成し、評価し、次年度の計画に反映している。  
 19. 資格取得については法人として費用の助成や職務免除などの補助制度がある。法人内研修については、年度当初に研修内容と研修日時、受講予定者が一覧で案内される仕組みになっている。三愛荘と合同の研修については、研修委員会が計画を立案し、勤務を調整して参加できるようにしている。  
 20. 実習受け入れは人事労務部で管理している。受け入れマニュアルは現在作成途中のものしか確認できなかった。施設としては、中学生の体験学習の受け入れを行っているが、特に定まったプログラムは準備していない。前回の第三者評価受診時は実習指導者が在籍していたが、異動により現在は不在である。

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。	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

[自由記述欄]

21. ホームページにて、理念、基本方針、公益活動の取り組み、決算情報等が適切に公開されている。法人としては広報誌等を用いて、地域向けの発信も積極的にできている。  
 22. 各種規程は「敬愛荘サーバー」の中に格納されており、誰でもアクセスすることができる。公認会計士の定期監査を受け、経営上の助言を得ている。法人による内部監査を定期的に行い、コンプライアンスの徹底を行っている。

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。	B	A
		24	② ボランティア等の受け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。	B	A
	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。	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]

23. 事業計画や倫理綱領により、地域との考え方について明記している。「健幸いきいき倶楽部」の案内など、地域の社会資源について掲示板を用いて周知している。文化祭、買い物ツアーなど、利用者と地域との交流の機会を定期的に設けている。  
 24. 行事ボランティアを主に受け入れている。行事ごとに受け入れマニュアルを準備しているが、基本姿勢や説明内容を明示したものは確認できなかった。  
 25. 福知山市が発行している「介護事業者情報のしおり」を活用している。福知山市民間施設連絡協議会（市連協）の年2回の総会と、年4～5回の理事会としての集まりに参加している。研修内容を職員に周知している。  
 26. 「ハピネスふくちやま市民ホール」を借りて、法人全体で講演会や映画上映会など地域住民向けの事業を実施し、その場で事業所の活動について周知している。法人の独自事業「総合相談支援センターゆう」でアウトリーチ的な活動を行っている。市連協として広域型の災害支援の仕組みがあり、三愛荘が福祉避難所になっている。  
 27. 上記のような公益的な事業・活動を行っている。福知山市の人権擁護委員が定期的に施設に来られ、希望者は話を聞いてもらえる。地域貢献部が主体となり、webでニーズ調査を実施している。



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. 事業方針の第一に人権の尊重を掲げ、年3回以上の人権研修を実施している。虐待防止にかかるセルフチェックシートを用いて定期的に評価を行っている。  
 29. 虐待防止指針、人権擁護指針が策定され、周知が図られている。年3回の虐待防止研修の中で、マニュアルの内容について説明を行っている。しかし、プライバシー保護にかかる規定やマニュアルは確認できなかった。  
 30. 市役所にパンフレットを配架している。パンフレットは写真を多く用い、わかりやすい内容になっている。入居申込みの相談を受けたら施設見学に応じ、希望者には談話室を用いて体験利用をしてもらっている。  
 31. 利用者、家族向けのしおりを用いてわかりやすく説明している。内容に変化があればその都度契約書や重要事項説明書の再締結をしている。利用者の障害等に応じて配慮をした説明を行っている。  
 32. 退所の際には、ケアマネジャーと連携をして対応を行っている。アセスメントシートと看護サマリーを引継ぎ文書としている。しかし、退所者に対する相談方法や窓口などを明記した文書はない。

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) 利用者満足の向上に努めている。	33	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	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	B
	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。	B	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。	B	B

[自由記述欄]

33. 毎年、満足度調査、嗜好調査を実施している。定期的な「お話しあいの会」のほか、適宜個別面談を実施し、意見を聞き取っている。聴取した意見は職員会議で対応を検討している。  
 34. 第三者委員を選任し、重要事項説明書にも記載している。ホームページに苦情の件数は掲載されているが、内容には触れていなかった。  
 35. 「生活のしおり」の、「もしものこと」の項目に、苦情・相談について明記されている。周囲に配慮し、面談室や施設長室で対応するようにしている。  
 36. 「苦情解決システム運営規定」が整備されているが、対応手順を示したフローチャートがなく、定期的な見直しもされていなかった。意見箱の設置や、普段の会話から苦情や要望が聞き出せるよう努めている。

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。	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している。	A	A

[自由記述欄]

37. リスクマネジメントにおける責任者は明記されていなかった。ケース記録からリスクにまつわる事例を集約し、ケース会議の中で検討している。リスクマネジメント委員会は数か月に1回程度開催されている。ヒヤリハットの収集にも取り組んでいるが、十分に活用できていない。  
 38. 感染症対策マニュアルが整備されているが、定期的な見直しはできていない。職員会議を通じて、感染症予防に係る検討と学習を重ねている。  
 39. 施設で災害通報が行われれば、同時に管理者にも連絡が入る仕組みがある。また、事業所から職員に一斉メールが入るようになっている。防災訓練は年2回実施し、三愛荘として地元の消防団に加入している。「洪水時の避難確保計画」「地震災害対応フロー」が整備され、職員参集基準を明記している。3日分の備蓄が確保されている。

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。	B	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
	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。	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-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	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]

40. 個々の業務マニュアル・支援マニュアルはあるが、プライバシーの保護に係る規定が明示されていない。  
 41. 標準的な実施方法について見直しをする仕組みがなく、現在検討中とのこと。  
 42. 計画の策定は相談員を責任者と定めている。アセスメントは初回面談時にシートに記入し、利用者個々に施設サービス計画書、フェイスシート、契約書、診断書等を綴じこんだファイルを整備している。アセスメントは1年間を有効期間とし、状況に変化があったときには適宜見直しを行っている。支援困難ケースにも柔軟に対応している。  
 43. サービス計画は年1回評価している。明らかに状況が変化した場合は、適宜見直しを実施している。職員に周知を図り、記録に反映することが課題である。  
 44. 介護ソフトを利用し、介護日誌として日々の記録を残している。対応経過や考察も入れるよう指導している。人数も限られている為朝礼や随時の打ち合わせの中で必要な情報共有ができていない。  
 45. 個人情報保護規程、文書取扱規則があり、保管、保存、公開に係る内容は定めているが、廃棄に関する規程がない。記録に関する研修は行われていない。