

[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	ケアハウスプラスしこうえん	施設種別	軽費老人ホーム (旧体系：)
評価機関名	NPOきょうと介護保険にかかわる会		

令和 5 年 1 月 6 日

総 評	○「ケアハウスプラスしこうえん」は、社会福祉法人フジの会の施設として1998年7月に開設されました。近鉄や京阪の沿線に位置し、商業施設や医療機関も近くにあり、入居者にとって安心して暮らせ、また、通院等で移動する際にも大変便利な場所に立地しています。施設1階には、吹き抜けの広々とした食堂があり、窓にはステンドグラスが飾られ、採光も大変良く落ち着いた空間になっています。食堂は、懇談会などの会議やイベント開催のためにも活用されています。入居者の居室は、8帖の広さのリビングスペースやバルコニーを備え、大変ゆったりとした快適な居住空間となっています。5階には、広々としたゲストルームがあり、体験入居に利用されています。 ○プラスしこうえんは、完全個室50名定員の軽費老人ホーム(ケアハウス)で、身体機能の低下や高齢のために自宅での生活が困難になった、60歳以上の方を入居対象としています。 ○ケアハウスは、基本的には自立した方を対象としていますが、近年、入居者の入所期間が長くなるにつれ高齢化がすすみ、介護サービスが必要とする方が増えてきており、ケアハウスとして定められた少ない職員体制では十分な対応が困難になってきています。 ○施設では、このような状況の変化に対して行政と相談しながら、介護サービスを必要とする入居者にも対応できるよう、食事や排せつ、入浴などのサービスを受けられる「特定型」ケアハウスへの移行も検討しているところです。 ○施設は、利用者のニーズの変化、事業を取り巻く社会状況の変化に対して絶えず向き合い、入居者の生活の質の向上を目指して真摯に取り組んでいます。
特に良かった点(※)	1. 利用者のニーズや心身の状況の変化に対応したサービス提供に努めています ○年に1度の利用者との面談、2か月ごとの懇談会などを通して、丁寧に利用者のニーズを聞いています。施設内に意見箱を設置していますが、意見箱への投函が少なかったことから、個別面談での意見収集に重点を置いた結果、利用者から個別に相談に来てくれることが多くなり、利用者から職員に話しかけやすい関係性が生まれています。 ○利用者のニーズも変化してきており、最近は自分の生活のペース、個人の時間を大切にする利用者が増えており、その時その時に応じたサービスの提供に努めています。 ○利用者の加齢による心身の変化に対して対応できるように、介護技術や認知症対応の研修などを開催し、職員の対応能力の向上に努めています。 ○また、利用者との対応記録などの事務に要する時間を短縮し、少しで

	も利用者と接する時間を増やすためにPCを活用しています。そのため、PC研修などを開催し、職員のスキルアップに取り組んでいます。 2. 懇談会で利用者に対して丁寧に情報提供しています ○2か月ごとに開かれる懇談会では、必要な施設情報はプロジェクターを活用し、難聴で聞き取りにくくなった利用者や視力の衰えた利用者にもわかりやすく伝える工夫をしています。 ○施設紹介のパンフレットもリニューアルし、写真を多く、フォントを大きくするなど利用者に見やすく理解しやすい内容にしています。 3. 法人を挙げて地域防災への取り組みを継続的に実施しています ○近隣に点在する法人の複数の施設（7施設）と合同で、防災訓練を毎年実施しています。 ○法人の京都ブロックで防災会議を立ち上げ、隣接する町内会や地域自治会に連携や協力を呼びかけて、防災体制作りに取り組んでいます。また、BCP（事業継続計画）の策定を進めています。
特に改善が望まれる点（※）	1. 苦情・要望等のホームページ等での情報公開が望めます ○施設は、利用者からの意見・要望・苦情を食堂に設置した「ご意見箱ファイル」で公開されていますが、より広くホームページ等でも公開されることが更に望めます。 ○法人の求める人材像の項目のひとつに「クレームはゲストからのラブコールです」という、素晴らしい一節があります。苦情や要望に対する施設の対応を広く公開することで、施設の信頼性、透明性がより高まると思われます。 2. 利用者満足度調査の実施が望めます ○食事の嗜好調査は実施していますが、トータルとしての利用者満足度調査は実施されていません。 ○利用者懇談会の開催や直接の面談などにより、利用者の意向を聞き取る努力は大切ですが、一方、利用者の目からどのように施設が評価されているのかを、匿名性のある満足度調査によって知ることは重要です。その結果、施設側からは見えていなかった課題が発見されることもあります。 ○さらに、満足度調査の結果を分析し、改善した事例などをホームページなどで公開することで、より一層、施設の信頼性向上につながるのではないのでしょうか。

※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	ケアハウスプラスしこうえん
施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	きょうと介護保険にかかわる会
訪問調査日	2022年11月23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]						
通番1) 法人の理念や基本方針は明文化されており、ホームページやパンフレット等に記載しています。法人の理念に基づいて、施設の目指すべき方向が具体的に示されています。基本方針には、法人の目指す施設、サービスとともに職員の行動基準書が定められ、理念に沿った内容になっています。行動基準書には、職員に対して「求める人材像」として25項目の具体的な行動規範が示されており、職員全員に周知されています。利用者や家族には、入居申込時に施設パンフレットにて理念や基本方針を説明し、また、入居後は隔月発行の機関紙、懇談会報告書等を通じて法人理念を伝えています。年度初めのスタッフ会議では、アンケートの結果などから理念や基本方針の周知状況を確認しています。						

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]						
通番2) 京都市老人福祉施設協議会のケアハウス部会に参加し、経営を取り巻く社会環境や地域の福祉計画及びニーズなどを把握しています。また、毎月本部から送られてくる経営管理資料(増減差額管理表)により、収支状況や利用率などを分析しています。						
通番3) 経営課題は、法人マネジメント会議や業務改善会議で、設備や職員体制、財務状況などを分析し明確にしています。改善すべき課題について管理者は、法人本部に毎月報告するとともに、毎月のスタッフ会議で職員に周知しています。毎月のスタッフ会議・運営会議において、課題解決について検討しています。特にケアハウスでは人員配置基準が低いため、業務の効率化を重点課題とし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
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。	a	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。	a	a
	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	a
[自由記述欄]						
通番4) 中・長期計画は、「施設運営の適正化」「業務体制の構築」「職員のスキルアップ」の3本柱を具体的な目標として掲げ、理念・基本方針の実現に向け取り組んでいます。中・長期計画には、目標とする具体的な数字や内容を記載しています。						
通番5) 単年度計画は、中・長期計画を踏まえ3本柱の主目標を更に具体化した内容になっています。単年度計画には、実行可能な目標値を挙げ、達成基準を作った上で難易度を設定しています。また、毎月の運営会議、スタッフ会議で達成状況を評価し、必要な場合には計画見直しを行っています。						
通番6) 事業計画の策定にあたり、スタッフ会議で職員の理解を促し、また、職員の意見の集約も図っています。半期ごとに事業計画の進捗状況を確認することが手順化されており、毎月の報告状況に合わせて軌道修正しています。						
通番7) 利用者には懇談会で事業計画の主な内容を周知し、家族には機関誌で報告しています。懇談会では、プロジェクターで大文字化して説明するなど、利用者がより理解しやすいような工夫をしています。						

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
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。	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】					
通番8) 毎月の運営会議にて、サービスの質の向上のための取組状況を確認しています。毎年1月頃に進捗状況や課題を点検し、次年度の計画作成に生かしています。計画の達成に向けたPDCAの取り組みを継続的に実施しています。3年に1度、第三者評価を受けています。					
通番9) 自己評価の実施により明確になった課題は、事業計画の中で文書化されており、スタッフ会議で職員に共有されています。諸課題の解決のために、スタッフ会議を始め諸会議(食事会議、感染対策会議等)で、達成の期限を決めて取り組んでいます。改善策の実施状況は運営会議で確認し、必要に応じて見直しをしています。難聴や弱視の利用者への伝達方法について、掲示板の変更やプロジェクター活用等の改善を実施しています。					

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。	a	a

[自由記述欄]

通番10) 職務分掌表により、管理者は自らの役割と責任を明確にし、スタッフ会議で職員に周知しています。管理者が不在の際や緊急時には、職務分掌表や緊急連絡網にそって、各々の役割や責任を果たしています。

通番11) 管理者は、遵守すべき法令や諸規則を理解して事業運営に当たっており、法令遵守の観点での研修に参加しています。また、幅広い分野で事業に関係する法令を把握し、職員に対して研修を実施しています。特に、身体拘束等の適正化や虐待防止のための指針を作成し、周知を図っています。

通番12) 管理者は、毎月各種会議に出席し、サービス内容の実施状況等について分析・検討を行い、改善が必要な課題があれば職員に指示しています。また、毎月のスタッフ会議でサービスの質の向上についての意見を職員から聴取し、改善の取り組みに反映しています。

通番13) 管理者は、利用率や職員の適正配置数を毎月数値化するなどして、経営状況を分析しています。また、休憩場所の整備、法人内のITC機器導入など、職員の業務負担軽減や働きやすい環境整備に取り組んでいます。PCスキルアップ研修により業務効率を上げ、事務作業を削減することで利用者とのコミュニケーションの時間を増やすことは事業所として重要な取組みであり、職員の業務効率化への意識形成が図られています。

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-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。	a	a
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	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。	a	a

[自由記述欄]

通番14) 事業所として必要な人員体制や福祉人材の確保についての方針が確立しています。ケアハウスの定められた配置基準に基づき、職員を適正に配置しています。育成については、法人全体で多職種協働の運営を目指しており、同地区の職員が共に学び合えるように、学習計画を立てて取り組んでいます。採用に関しては、法人本部の「採用プロジェクト会議」で採用担当チームを組織して、人材確保や育成活動を行っています。

通番15) 法人行動基準書に求める人材像を明記しており、人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が職員に周知されています。人事考課評価基準に基づき、職員の職務能力や処遇について総合的に評価をして、年2回の職員面談等を通じて改善点を分析・指導しています。法人のキャリア制度についても職員に周知し、必要となるスキルの水準や資格を獲得するための研修機会等を明確にしています。

通番16) 人事考課面談や契約更新などの面談の際に、働きやすさ、意見の言いやすい環境であるかどうか、本人のやりたいこと（希望）の聴きとりをしています。面談後に、振り返りシートを面談者・被面談者双方が作成して、面談内容の共有をしています。法人は、職員の意向を聞きながら、組織の魅力を高める取り組みや働きやすい職場環境づくりに取り組んでいます。

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-(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。	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
	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。	a	a

[自由記述欄]

通番17) 法人行動基準書に求める人材像を明記し、定期的に読み合わせしています。職員は個々の目標を設定し、目標項目、目標水準、目標期限を明確にしています。半期の中間面談後に、振り返りシートを面談者・被面談者双方が作成して、達成状況を振り返っています。年度末の面談では、目標達成度を管理者と双方で確認し、段階的にステップアップしていく仕組みがあります。

通番18) 法人研修計画、施設内研修計画を組み合わせる実施し、組織に必要な知識や技術を身につける機会としています。研修プログラム検討会議を通じて定期的に研修の効果について評価し、研修内容や計画の見直しも行っています。ケアハウスにとっては、コミュニケーション技術を高める研修が求められているとのことです。

通番19) 管理者は、職員一人ひとりの知識、技術水準、資格取得状況などを人事課面接時に確認しています。管理者が必要と判断した場合には、新人に限らず、OJTの取り組みを個別に実施しています。外部研修(主にオンライン)の情報を職員に提供し、計画的に受講を促しています。さらに、階層別研修も必要とする職員を対象に、外部講師に依頼するなどして研修を実施しています。資格取得のための支援(費用一部補助等)も実施しています。

通番20) 実習生の受入、教育、育成に関するマニュアルを整備しており、管理者は実習指導者研修を受講しています。実習生受け入れに当たっては、学校側と連携して、実習プログラムを作成しています。

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-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	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

[自由記述欄]

通番21) フジの会ホームページには、事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容や事業計画、事業報告等の詳細が適切に公開されています。毎月の学区の社会福祉協議会会合に法人代表者が出席して、地域への事業所情報の提供を行っています。苦情や要望等「ご意見箱」に投函された内容については「ご意見箱ファイル」を食堂に設置して、対応結果を公開しています。第三者評価結果が掲載されているサイト情報を重要事項説明書にも記載し公表しています。懇談会を通じて、施設・法人の基本方針や苦情や相談の対応状況等を定期的に伝えています。

通番22) 法人経理規則、決裁基準書等の「決裁起案マニュアル」があり、このルールに基づいて業務を進めるように周知しています。経理事務においては、法人外部からの経理専門家による指導を受けており、職員に経理諸規則の遵守を徹底しています。

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。	a	a
	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	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。	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]

通番23) 法人理念に「ひろく社会に開かれ、福祉の拠点として無くてはならない存在であること」と明記し、地域との関わり方の基本姿勢を文書化しています。地域の診療所情報等、生活に必要な情報を利用者に提供しています。月ごとに地域の行事やイベント(5月神興巡行や、6月あじさい祭りなど)に利用者が参加できるように職員がサポートしています。

通番24) ボランティアや実習生の受け入れマニュアルを整備しています。法人全体でボランティア交流会を開催し、受入れについての説明や研修を実施しています。以前は、絵手紙、植木ボランティア等を受け入れていましたが、コロナ禍の為現在は受け入れていません。

通番25) 地域の関係機関(医療機関等)の情報ファイルを、利用者が活用できるように作成しています。近隣の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との連携については、特に力を入れており、地域の諸課題について協力して取り組んでいます。学区の社会福祉協議会の会合に法人代表者が毎月参加し、利用者が地域で安心して過ごすことができるよう地域との関係づくりに努めています。

通番26) 毎年法人施設(砂川四郎記念ホール)でフジの会フェスティバルを開催し、利用者とともに地域との交流を図っています。施設は福祉避難所に指定されており、防災訓練を毎年実施し、地域防災に取り組んでいます。管理者は、京都府災害派遣福祉チーム(DWAT)に参加しており、防災訓練でリーダーシップを発揮しています。

通番27) 毎年開催しているフジの会フェスティバルや防災訓練などを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めています。さらに、地域に向け福祉ニーズアンケートも実施しています。各種地域団体との懇談会を定期的に行い、地域の課題やニーズについて話し合っています。コロナ前は、法人のホールを地域に開放して、コンサートなども開催していました。

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。	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
	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。	a	a
[自由記述欄]					
通番28) 法人理念に基づいて作成された行動基準書の定期的な読み合わせを実施するなど、利用者を尊重したサービスの提供について職員に周知・徹底しています。年に3回、利用者の基本的人権や権利擁護についての研修を実施しています。虐待防止及び身体拘束等適正化の研修を実施し、利用者を尊重したサービスの提供の実施状況について把握・評価を行っています。 通番29) 「介護司マニュアル」や「職員心得マニュアル」などに、利用者の権利擁護やプライバシー保護について明記し、内部研修も年1回以上実施され職員に周知されています。不適切な事例発生時には、マニュアルに定められた指示連絡系統により対応しています。 通番30) 事業所情報を紹介した資料を、地域包括支援センター等を中心に配布しています。資料は写真を使い、文字を大きくするなど、誰にでも分かりやすい内容にしています。入所希望者の問合せには個人カードを作成して、相談内容に合わせて丁寧に説明しています。パンフレットには、月額の負担額がわかりやすいように料金一覧表を掲載しています。最上階にあるゲートルームを活用して、体験利用を受け入れています。 通番31) 入居面談のときには連帯保証人の同席を依頼し、重要事項説明書にもとづきサービス内容の説明を行い利用者の同意を得ています。利用料については、計算方法が複雑であるため、一覧表を活用して説明しています。また、介護保険サービスを利用される場合には、ケアマネジャーも同席しています。意思決定の困難な利用者については、連帯保証人等キーパーソンと相談しながら適切に対応しています。 通番32) 入居解約（自宅に戻る、特養入居など）の場合は、本人や家族の要望に応じて、引き継ぐサービスについて情報提供をしています。サービスの変更や利用者の理解が必要なサービス内容等については、入居のしおりを毎年更新し、懇談会等で説明する機会を持つようにしています。解約時には、その後の相談体制などを提示しています。					

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-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。	a	a
	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。	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	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	a

〔自由記述欄〕					
通番33) 利用者面談を年に1回行い、生活の充実度や不安なことなどを聴取しています。また、利用者懇談会は2か月ごとに開催し、職員全員が参加しています。さらに意見箱が設置しており、直接意見を言えない入居者の声も聞くように努めています。また、介護サービスを利用している入居者の担当者会議には担当職員が出席しています。ゲスト関係会議で利用者や家族の要望などを分析し、サービス内容の改善などを検討しています。懇談会等が出た意見から「入浴の時間割制導入」などの改善を実施しています。 通番34) 法人が定めた行動基準書に『クレームはゲストからのラブコールです』と記載されており、苦情を前向きに受け止めることを基本姿勢としています。苦情相談の窓口を設置し、苦情解決の仕組みがあります。寄せられた意見は利用者懇談会にフィードバックし、懇談会報告書をすべての入居者に配付しています。食事の嗜好調査も年1回実施し、利用者の意向に配慮した取り組みをしています。第三者委員の設置もされています。 通番35) 利用者には年1回の訪問面談、2か月に1回の懇談会、集合ポスト上に設置された意見箱の3種類の方法で、相談や意見を述べる環境が整備されています。また、これ以外にも事前予約なしで相談に来られる利用者に対しても随時対応しています。 通番36) 苦情があった場合は、マニュアルに従って「苦情処理報告書」を作成し、関係部署と共有して内容に応じた各種会議の議題にあげ、迅速な対応を行っています。苦情対応マニュアルは毎年更新しています。日常業務の中で聴いた意見については業務日誌に記録し、翌日には申し送り、関係職員に周知し迅速に対応しています。「ご意見箱」への提案が少ないため、個別面談での意見収集に努力した結果、利用者と職員間に話しやすい関係性が生まれ、個別相談のケースが多くなりました。					

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
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。	a	a

〔自由記述欄〕					
通番37) 事故対策委員会が月1回開催され、事故・ヒヤリハット・苦情等の報告内容を精査し、必要に応じて別途対策会議を開催しています。また、事故発生時の対応と安全確保についてのマニュアル(誤薬事故マニュアル・車両事故マニュアル等)を作成し、定期的に見直しもしています。年に1回、外部講師を招いてリスクマネジメント研修を行っています。 通番38) 感染症対応マニュアルが整備され、感染症対策会議で対応方法を示しています。また、年1回以上の研修を実施し、予防策や対応を全職員に周知しています。施設で発生した事例や見直し訂正の結果をもとに、毎年マニュアルの更新を行っています。 通番39) 自然災害や火災を想定した対策マニュアルを整備しています。法人の京都ブロックで、防災会議を立ち上げ、隣接する地域を含めた体制作りに取り組み、BCP(事業継続計画)の策定を進めています。また、「フジの会総合防災訓練」にて、京都DWAT(京都府災害派遣福祉チーム)メンバーの災害派遣報告等を通じて防災情報を聴取し、災害備蓄品の試食などもしています。					

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	a
	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。	a	a
	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]						
通番40) 提供する福祉サービスの実施方法は、行動基準書及び各種マニュアルや手順書に定められ、必要な研修や個別のOJT等の徹底により、標準化が図られています。また、利用者の尊重、プライバシーの保護や羞恥心への配慮、権利擁護に関する姿勢等が、明示されています。人事考課評価表に「マニュアルに則った業務ができていないか」という項目があり、標準的な実施方法の確認を行う仕組みがあります。 通番41) ケアハウスにおける福祉サービスの実施については、利用者の心身状態の変化にいかに対応するかが重要であり、単発のアプローチだけでなく、継続的なアプローチが必要になります。施設では「ゲスト関係会議」で、提供するサービスを見直し、水準を高める作業を定期的に行っていることを確認しました。また、個別計画の見直しが必要な場合は、利用者面談を行って実施しており、見直した内容は職員間に周知しています。 通番42) 福祉サービス実施計画の策定にあたっては生活相談員を責任者として位置づけ、マニュアルに定めた方法で個別に面談し、入居後3日、1週間、1ヶ月ごとに入居者の状態を確認しています。その後も退院後や変化がなくても、1年に1回は個別面談を行い、フェイスシートの更新を行っています。ゲスト関係会議でその内容を報告し、利用者への関わり方を共有し、サービスの標準化に努めています。また、居宅サービス計画の作成、変更時には本人の意向を代弁できるように、サービス担当者会議に担当職員が出席しています。 通番43) 福祉サービス実施計画の見直しは、生活指導員を中心に定期的に行っています。改善や見直しが必要な状況と判断した際には、その都度、ファックスやメールで提案しています。また、義務ではないですが、ケアマネージャーからケアプランとサービス利用表のコピーをもらい、職員間で共有しています。 通番44) 利用者に関する福祉サービスの実施状況は、職員専用のPCで業務日誌に記録し、出勤時に必ず確認しています。申し送り事項は色分けして記載するなど、識別しやすいように工夫しています。フェイスシートやケアプラン、利用票は、個別のファイルが作成され、適切に保管されています。ケース会議で情報共有がされています。 通番45) 利用者に関する記録文書等の整理・整頓・保存・処分マニュアルや個人情報・特定個人情報の持ち出し規程及び写真データの保管方法規程が、整備されています。これらの規程に沿って、廃棄等も行っています。書面の記録管理だけにとどまらず、USBやSNS等の情報流出の防止にも努めています。また、記録管理に関して職員に対する教育や研修を実施するとともに、責任者を定めて定期的にマニュアルや規則の見直しを行っています。						