

[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	サポートハウスけいあい	施設種別	軽費老人ホーム（ケアハウス） （旧体系：）
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 6 年 5 月 8 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「高齢者あんしんサポートハウス」（京都府独自のケアハウスの類型）です。</p> <p>あまり見かけない、ユニット型のケアハウスであり、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います。各部屋にトイレと洗濯機が設置されており、廊下には体重計や血圧計がいつでも測れるように配備されています。体力測定会を定期的に行うなど、健康や介護予防を意識した生活が送れるように、様々な配慮が見られました。</p> <p>移動販売車や移動図書館などの来訪もあり、生活に楽しみや潤いを提供されていることが見て取れました。月1回の「お話し合い」の会を設け、職員と入居者の意見交換を図るなど、入居者とのコミュニケーションや本人の意思決定を意識した支援を行っていただけます。誕生日月には本人の食べたいものを提供したり、希望者には薬の一包化を行うなど、きめ細やかな対応をされています。</p> <p>コロナ禍であっても、何か社会の役に立ちたいとベルマークを集められたり、ボランティア団体に手紙を書いたりされるなど、理念「ともに生きる」を体現する活動が随所に見られました。</p> <p>今後も引き続き、入居者に安心を提供できるよう、今回受診された第三者評価の結果を活かし、改善に努めていただくことで、より良いサービスに繋がられることを期待します。</p>
特に良かった点(※)	<p><b>I-1- (1) 理念、基本方針が明文化され周が図られている。</b></p> <p>法人の理念「ともに生きる」や基本理念がパンフレットやホームページに掲載されています。職員には職員会議で周知し、利用者には玄関への掲示や年度初めの懇談会「お話し合い」で周知しています。</p> <p><b>II-1- (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b></p> <p>職員が少ない中、施設長が様々な場面で周囲を気遣い、フォローされている様子が見て取れました。年3回の職員面談を通じて気付きを促したり、虐待の芽チェックリストを2ヶ月に1回実施するなど、権利擁護を意識できる職場づくりに努めておられます。</p> <p><b>III-1- (5) 安全・安心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。</b></p> <p>法人で災害時等の対策や体制を整え、施設内でも役割分担を明確にされています。BCP（事業継続計画）のファイルを黄色にして目立たせることで、緊急時に手に取りやすくするなど、実用的な配慮が</p>

	行われています。
特に改善が望まれる点(※)	<p><b>I-3- (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>  法人として以前に策定した5か年計画（平成28年～令和2年度）の見直し・更新ができておらず、現在の中・長期計画が策定されていませんでした。また、単年度の計画は事業所で毎年見直しをして策定していますが、中・長期計画が策定されていないため、中・長期計画の内容を反映した単年度の計画になっていませんでした。</p> <p><b>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。</b>  様々な事情があるとはいえ、実習生の受入れは、ここ数年行っておらず、今後も当面その予定はないとのことでした。依頼があった際に受入れができるよう、マニュアルの整備だけでも進めておかれてはいかがでしょうか。</p> <p><b>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。</b>  業務マニュアルや支援のマニュアルを整備されていますが、マニュアルを周知徹底させる方策やマニュアル通りに実施されていることを確認する仕組みはありませんでした。また、各種マニュアル等の見直し時期や方法が定められておらず、見直しできていませんでした。</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	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
訪問調査日	2023年12月15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) 法人の理念「ともに生きる」や基本理念がパンフレットやホームページに掲載されている。職員には職員会議で周知し、利用者には玄関への掲示や年度初めの懇談会「お話し合い」で周知している。					

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-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) 社会福祉の動向や地域の福祉計画の策定動向を把握・分析して、法人として必要な事業を整備している。事業所のニーズが生活支援だけではなく介護ニーズも増えてきていることに対応すべく、職員のスキルアップや関係機関との連携を図っている。 3) 法人として組織体制の整備や人材育成・財務状況等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。経営状況や改善すべき課題について役員間で共有されており、各事業所にも周知されているが、経営課題の解決や改善にむけた具体的な取り組みは実施できていない。					

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-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。	c	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。	c	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。	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	b
[自由記述欄]					
4) 法人として以前に策定した5か年計画（平成28年～令和2年度）の見直し・更新ができておらず、現在の中・長期計画が策定されていない。 5) 単年度の計画は事業所で毎年見直しをして策定しているが、中・長期計画が策定されておらず、中・長期計画の内容を反映した単年度の計画になっていない。 6) 毎年12月～2月頃の職員会議で職員の意見を聞き取りし、毎年の事業計画を策定し、年度初めに職員に周知している。事業計画の評価や評価結果にもとづいた見直しまではできていない。					

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-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) 第三者評価を3年に1回受信して、サービスの内容について組織的に評価し、福祉サービスの質の向上に関する取り組みを実施している。年1回以上の自己評価は実施できていない。 9) 受信した第三者評価結果の課題を職員間で共有し、改善にむけて取り組んでいる。改善すべき課題の文書化や改善計画の見直しは出来ていない。					

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) 職務分掌に施設長の役割や権限が明記されているが、広報誌などを通じての表明はできていない。「緊急対応チャート」「事故対応基本事項」が整備されており、施設長に連絡が入る流れが明記されている。  
 11) 施設長管理者会議や府老協での研修会を通じて、法令に関する最新情報を得ている。職員に法令を周知し、遵守させる取組は実施できていない。  
 12) 職員に対しては倫理綱領の再確認を促し、「ともに生きる」という理念の実現を意識できるよう日頃から働きかけている。年3回の職員面談を通じて気付きを促している。虐待の芽チェックリストを2ヶ月に1回実施するなど、権利擁護を意識できる職場づくりに努めている。  
 13) 稼働率やコストなどは分析・管理し、管理者会議で状況を報告している。物価の高騰などから、節電や無駄を省くといった促しを行っているが、職員の意識を変えるところにまでは至っていない。

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) 「キャリアマップ」を整備し、具体的な福祉人材の考え方について明記している。法人内研修とキャリアパスを組み合わせ、人材育成に取り組んでいる。「福祉福祉人材プロジェクト」に参画し、PR動画を作成するなど、求人活動にも力を入れている。  
 15) 「人事評価基準」で期待する職員像を明確にしている。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。専門性や能力を評価し、昇給等に反映している。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、評価する仕組みは持っていない。高齢職員の継続雇用にも取り組んでいる。  
 16) 職員ヒアリングによって就業意向の把握を行っている。人事労務からのデータにより、有給取得率や超過勤務についても把握している。福利厚生としてはリロクラブに加入している。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。年3回の定期面談により職員とのコミュニケーションを図り、働きやすい職場づくりに努めている。改善策を具体的な計画に落とし込むことはできていない。

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-(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	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	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	b
	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。	c	c

[自由記述欄]

17) 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、昇格に紐づけられている。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。定期的に研修内容を評価し、見直す仕組みは確認できなかった。  
 19) 職員個々の資格取得状況は一覧で把握しており、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がある。習熟度に応じた個別的なOJTの実施については、職員数が少なく難しい側面があるとのこと。  
 20) 実習受入れはここ数年行っておらず、今後も当面その予定はないとのこと。

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。事業所独自の取り組みとしては弱い、法人としては広報誌等を用いて、地域に向けての発信も積極的にできている。  
 22) 各種規程はパソコン内に格納されており、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を実施し、改善を図っている。

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	b
		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	b

[自由記述欄]

23) 事業計画や倫理綱領に地域との関わり方を明記している。地域の社会資源は掲示板に貼りだし周知している。コロナ禍で出来ていなかったが、今年度は4年ぶりに福知山市や地域の高校、福祉施設と協働で「介護の日大作戦」が開催され、協力した。  
 24) 受け入れマニュアルはあるが、基本姿勢や説明内容は確認できなかった。中学生の体験学習に協力しているが、コロナ禍は中止している。  
 25) 個々の状況により、関係機関や団体と必要に応じて連絡調整を行っており、福知山市「介護事業者情報のしおり」も活用している。また、定期的に行われる府老協の相談委員会や市連協の総会等に出席している。  
 26) 法人の地域貢献部による活動として「成年後見制度」についての講演会が開催され、地域への貢献や活性化につながるよう努力している。市連協として地域型の災害支援の仕組みがあり、同一法人の三愛荘が福祉避難所となっている。地域住民との交流についてはコロナ禍により実施できていない。  
 27) 社会貢献の一環として、法人独自に「総合相談支援センターゆう」が設置されており、多岐にわたる相談を受ける体制を整えている。引きこもりのご家族からの相談ではつどいの場を紹介した。把握した福祉ニーズを事業計画に反映するところまではできていない。

**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。	b	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。	b	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。	b	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	a

[自由記述欄]

28) 法人で人権研修を実施している。利用者本位の支援を倫理綱領に策定し、職員会議にて周知し、共通理解を深めるよう努めている。虐待の芽チェックリストを定期的に行い、振り返りや評価を行っている。  
 29) プライバシー保護についてのマニュアルを整備し、職員会議で周知している。入居者には、トラブルを回避するという目的も含め、他入居者の居室に入ることは控え、共有スペースで談笑するよう掲示板に貼り出し、プライバシー保護に努めている。  
 30) 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おり、市役所にも配架している。見学希望者には随時対応、説明を実施している。ニーズや状況等に応じて他施設の情報も提供している。  
 31) 施設見学や入居の面談を行う際にパンフレットに基づき説明を行い、入居が決定すれば、契約書や重要事項説明書に記載されているサービス内容を説明している。身元引き受け人がいない場合や意思決定が困難な方へは、包括やケアマネと連携し、成年後見制度等へ繋ぐ相談をしている。  
 32) 退所や他施設へ移る際は担当ケアマネジャーと連携し、必要に応じてアセスメントシートや看護サマリー等を引き継ぎ文書とする等、必要なサービスが受けられるよう配慮している。

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-(3) 利用者満足の上向上に努めている。	33	① 利用者満足の上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) 生活アンケートや嗜好調査は毎年度実施しており、行事食を提供した後はその都度食事内容についてアンケート調査をしている。アンケート結果は「お話し合い(懇談会)」の場で報告し、改善出来ることは取り組んでいる。誕生日の入居者へは希望された食事を提供し喜んでもらっている。  
 34) 苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員を設置し、連絡先を明記した大きなポスターを食堂に貼りだしている。ご要望箱は玄関と食堂内公衆電話横に設置している。受けた苦情は迅速に対応し、年に2回法人へ報告をしているが、公表していることは確認できなかった。  
 35) 入居者に配布している「生活のしおり」の「もしものこと」の項目に相談したり意見を述べたりする際のことが明記されている。相談を受ける際は面談室等で周囲に配慮し対応している。  
 36) 苦情処理対応マニュアルが整備されているが、定期的な見直しは確認できなかった。意見箱を設置して苦情や要望を言いやすいよう工夫している。また、普段の会話の中から意見等把握できることはその都度対応している。

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やっている。	a	a

[自由記述欄]

37) 介護ソフトに事故登録を行い、職員間で共有している。職員会議やケース会議で事故の振り返りや検討を行い、改善を図っている。事故対応基本事項の中に緊急対応チャートは整備されているが、定期的な見直しは確認できなかった。転倒事故があった時は行政に報告している。  
 38) 「サポートハウスけいあい業務マニュアル」に緊急時対応と感染予防が整備されているが、定期的な見直しは確認できなかった。感染予防対策として、手洗い、うがい、換気等注意喚起のポスターを掲示し、意識を高める工夫をしている。また、各ホールには湿度・温度計を設置し、必要時加湿器を使う等環境面での予防対策を行っている。  
 39) 法人で災害時等の対策や体制を整え、施設内でも役割分担を明確にしている。防災計画等も整備し、定期的に訓練を行っている。栄養士が中心となって備蓄を管理している。また、三愛荘(同一法人)として地元消防団に加入している。

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	b
		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。	b	b

[自由記述欄]

40) 業務マニュアルや生活支援、入浴支援、食事支援のマニュアルを整備され、マニュアルの中に利用者尊厳やプライバシー保護等の姿勢が記載されている。マニュアルを周知徹底させる方策やマニュアル通りに実施されていることを確認する仕組みはない。

41) 各種マニュアル等の見直し時期や方法が定められておらず、見直しできていない。

42) サービス実施計画書の責任者を生活相談員として、年に1回アセスメントを実施して計画書も見直ししている。様々な職種の関係職員が参加してのアセスメント等に関する協議は出来ていなかった。

43) サービス実施計画書の見直しはケース会議で行っている。計画書の見直し時期や変更した計画書の周知手順が定められていない。