

[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	サポートハウスいわと	施設種別	軽費老人ホーム (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 7 年 1 1 月 2 8 日

総 評	<p>社会福祉法人成光苑は、大阪府の北摂地域（摂津市、吹田市、高槻市、大阪市）および京都府北部（福知山市、舞鶴市）で、介護・保育・障がい福祉を総合的に展開されており、地域に根ざした福祉サービスの提供に力を入れておられます。</p> <p>ISO9001取得の取り組みに象徴的なように、経営管理や品質管理には古くから力を入れておられ、「和顔愛語（ハンドブック）」の唱和をはじめとする理念浸透の取り組みや、品質管理システムに基づいた「不適合報告書」の活用による業務改善への普段の取り組みは、日本経営品質賞奨励賞の受賞という形で結実し、対外的にも高く評価されています。</p> <p>福知山市の拠点のひとつである「岩戸ホーム」は、小高い住宅地である鴨野町に昭和50年に開設した高齢者福祉施設で、今回評価を実施しましたサポートハウスいわと（ケアハウス）のほか、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）のほか、短期入所生活介護（ショートステイ）、通所介護（デイサービス）、訪問介護、訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、といった各種介護保険サービスを併設されています。あわせて、地域住民が気軽に利用できる介護予防トレーニングセンターや喫茶ひだまり、交流スペース「すずらんホール」など、要支援・要介護状態を問わず、さまざまなニーズに対応できる体制が整備されています。</p> <p>運営面においては、法人として人材確保プロジェクトを設置するとともに、施設においても人材確保チームを中心に採用活動を展開しています。制服のデザインを3年に1回リニューアルし、古い制服は発展途上国に寄付するなど、無理・無駄のない形で職員一人ひとりが自分たちの仕事の魅力を発信していくよう働きかけています。階層別研修は、図表や写真をふんだんに用いた充実した教材を製本化し、法人全体で標準化された内容で行われています。また、全員が何らかの外部研修に参加できるよう配慮され、復命書には上司コメントを添えたフィードバックがあるなど、人材育成が丁寧に行われています。共通意識調査や自己申告書を通じて職員の意向を丁寧に聞きとり、運営や処遇に反映する仕組みもあります。</p> <p>外国人人材の採用・定着にも積極的に取り組まれており、職員寮を4ヶ所整備したり、「和顔愛語」をはじめとする各種マニュアルについてもベトナム語訳を整備したりするなど、さまざまな配慮が見られました。</p> <p>地域住民からの要望は相談カードに記載し、実現に向けて働きかけを行うなど、制度事業だけでなく、地域の社会資源としての役割を果たしておられます。今後も、入居者、利用者はもちろん、地域住民が安心して年を重ねられるよう、地域の福祉拠点として多様なニーズに応える存在であり続けることが期待されます。</p>
-----	---

特に良かった点(※)	<p>● Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている</p> <p>コロナ禍が明けたこともあり、職員、入居者ともに活気があるように感じました。入居者が施設敷地内の喫茶ひだまりに当たり前のようには珈琲を飲みに来られたり、グランドゴルフ大会や地域のお祭りへの参加、万願寺とうがらしの作業、地域の農家からの米の購入、肉の販売を通じたBee福連携など、様々な機会を通じて施設（入居者）と地域との関係性が適切に確保される取組みが行われていました。</p> <p>また、福祉推進協議会に出席したり、地域ケア会議の開催を呼びかけたり、交通空白地有償運送事業としての「かものシャトルバス」の運行や、介護予防トレーニングセンターの開放など、施設入居者だけでなく、地域全体の福祉の向上を図って様々な取組みをされていることが見て取れました。</p> <p>● 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</p> <p>ISO9001に基づく品質管理システムが隅々まで行き渡っており、組織的・恒常的に質の向上に取り組んでおられました。定期的な内部監査・外部監査の受診や「不適合報告書」を活用するなどして、品質管理システムの実行・改善が徹底されることによって、PDCAサイクルがしっかりと機能していました。また、各事業所の優れた取組みは法人全体で水平展開できるよう情報共有されるなど、一施設だけでなく、法人全体の質の向上へとつながっていることが感じられました。</p> <p>● 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</p> <p>苦情解決規定に基づき、苦情内容については入居者との懇談の場である「いわと会」で報告されるとともに、回答を添えて施設内に掲示されるなど、適切に対応されています。意見箱についても、事業特性からか多くの投函があるとのことでした。また、プライバシーに配慮しながら意見が言える空間として相談室を設置するなど、意見が述べやすい体制の整備に努めておられました。</p> <p>厳しい意見に対しても真摯に向き合い、様々な手法を試行錯誤しながら、なんとか応えていこう、より良くしていこうとする意向が感じられました。自施設だけでなく、福知山市全体の福祉の向上に資するよう働きかけをされるなど、より広い視野で意見に耳を傾け、改善を図ろうとする姿勢が垣間見えました。</p>
特に改善が望まれる点(※)	<p>● Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている</p> <p>品質管理システムを機能させる仕組みがしっかりと組み立てられている一方で、委員会やプロジェクトの数が膨大であるようにも感じました。職員がオーバーワークにならないよう、より一層労務管理に配慮いただければと思います。</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 いわと
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	2025年9月22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・基本方針については、パンフレット、ホームページ等に掲載されているほか、施設内にも掲示されている。法人理念や設立の思いが記載されている「和顔愛語」（冊子）を全職員が携帯し、朝礼時に唱和したり、新採職員研修・中堅職員研修等を通じて周知・浸透を図っている。利用者・家族には、広報誌「ききょう」（年2回発行）に事業計画とともに掲載して周知している。広報誌は利用者・家族へ配布するとともに、施設内に掲示をしている。

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。	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. 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福知山市民間社会福祉施設連絡協議会（施連協）を通じて情報収集をしている。また、福知山市が編纂している高齢者統計から、施設を取り巻く動静を把握している。これらの内容は施設長からリーダー会議で伝えられ、各リーダーが各種会議・委員会等で伝える仕組みとなっている。委員会にはある程度権限を委譲している。組織図、職務分掌規定等により職務権限が明文化されている。
3. 法人全体の施設長会議や経営企画会議で経営に関する検討を行い、リーダー会議や事業所会議を通じて職員間で経営課題と法人を共有し、解決に向けて取り組むシステムとなっている。経営品質向上PJで、奨励賞を受賞した際に受けたフィードバックを参考に、ファシリテート力が弱いという課題に対し、法人全体でどのように取り組んでいくか検討しているところである。職員全体が同じ方向を向いていく（意識の統一）ためにはどうしたらよいか（仕組みは作れているが上手に使えていない、同じスタッフに負担が偏っていたり、あれもこれもなくなってしまっている）。サポートハウスの稼働率は好調、申し込みも多い。入所判定会議を開催し、優先順位を決めている。リーダー会議（月1回）では月ごとの稼働率等の実績を数値化し、経営状況を把握・改善等を行っている。特養も含めると外国人スタッフも11名いるが、人材確保PJで就職説明会や地元の見学会、インターンシップなど全体的な取り組みを通じて人材確保に努めている。

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
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]

4. 毎年の単年度計画のなかに中長期経営ビジョンを入れ込んでおり、リーダー会議の中で進捗管理を行っている。ハイブリット化については、ICT推進PJを立ち上げ、補助金を活用しながらケアパレットの活用をはじめた。「経営デザイン認証（ランクアップ認証）」において「これからの経営設計図」を作成し、職員に周知を行っている。また、経営品質向上活動報告書に中長期計画・収支計画を記載している。稼働率、施設が抱える課題などが具体的に明記されている。（経営品質デザイン認証と中長期計画が連動している。）契約目標+サービス目標+教育目標=品質目標、毎月のリーダー会議で報告、施設長の承認をもらう仕組みになっている。
5. 中長期計画をふまえた単年度の事業計画及び品質目標実施計画書を策定している。前年度の実績を踏まえた今年度の具体的な数値目標が設定され、各部署で毎月の達成状況を管理し、リーダー会議で報告している。（例：職員要因による不適合事案をなくす→利用者と職員とのトラブル、言葉遣い、本人宛の郵便物を勝手に開けたことがプライバシー侵害にならないか等→品質目標実施計画書で管理し、スタッフ会議で検討している。）
6. 計画の評価、見直しはリーダー会議を中心に行っている。具体的な目標決定や進捗管理はスタッフ会議で（月1回）。PDCAサイクルに基づいて評価・見直しが組織的に行われている（実際、去年に比べて不適合事案が減った）。各職員が作成するチャレンジシート（目標管理）や不適合報告書等の内容を事業所会議で検討し、事業計画に反映している。（職員からあがってきた意見の中からコンビニ、喫茶デリバリーなどの実現につながった。）「いわと会」で入居者の意向を聞き取りを行っている。
7. 年度初めに事業計画を広報誌「岩戸たより」や「ききょう」に掲載するとともに施設内にも掲示している。「いわと会」でも事業計画の説明を行っている。意見箱に入った意見もフィードバックしている。回答も食堂前にも掲示している。入居者への周知を図るため、廊下に掲示している。

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-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]

8. 部署毎にISOのチェック項目に沿った法人内の内部監査を年2回実施している。良い取り組みは水平展開できるよう情報共有している。不適合サービス管理規定、苦情解決規定等に基づき改善を行っている。JQAIによる外部監査も持っている。定期的に第三者評価を受診している。内部監査実施状況報告書に基づいた課題や不適合報告書による業務内容の変更等はリーダー会議及び部署会議で検討を行い具体的な改善につなげている。
9. 内部監査、第三者評価の結果を職員間で共有するとともに、リーダー会議、事業所会議を通じて改善計画を立案して具体的な改善につなげている。

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]

10. 組織図を明示し、理事長の承認を得ている。品質マニュアル、職務分掌規定で管理者の役割や権限が明記されている。また、広報誌「せいこうえんだより」等に掲載している。施設長はリーダー会議に出席し、情報共有や指示を出している。他の会議についても会議録や業務日誌等から適宜状況を把握し、必要に応じ指示を出している。人事考課システムに基づき自己申告書、施設長評価制度等において実施している。管理者はリーダー会議、朝の朝礼等に参画してリーダーシップを発揮している。就任のあいさつを広報誌に掲載し方針等を表明している。常に携帯を所持するとともに「緊急対応規定」が整備されており、BCPにおいても有事の差に管理者に連絡が入る流れや不在時の対応が明記されている。

11. 月1回施設長会で、労働関係の法改正や補助金等制度に関する最新情報を共有している（トップマネジメントレビュー）。その内容は必要に応じてリーダー会議で共有したり、研修を実施するなどして、各部署へ周知している。法令順守規定が整備されている。関係法令については品質マニュアルのなかでリスト化して管理している。品質マニュアル自体がオープン化された書類であるため全職員が理解している。虐待については全職員対象にチェックリスト、研修（年3回）を行っている。

12. スタッフの意向も踏まえ、万願寺とうがらしの作業のこと、敬老のこと等、現場のことは適宜把握し、方向性を示したり判断したり助言したりしている。サポートハウスは50人いれば50通りの要望があり、それが本当に改善しないといけない内容なのかどうかは精査する必要がある。緊急コールは12年前のシステムなので今年度改修する予定にしている。品質マニュアルに基づいた改善のためのシステムがあり、不適合があれば報告書をあげてもらい改善につなげている。自己申告書、事務所会議等職員の意見が反映できるようにしている。チャレンジシートや自己申告書に基づき研修計画を立案し、職員が参加できるように配慮を行っている。（全職員が1回は参加できるようにしている。）非常勤職員についても研修に参加する機会を設けている（大阪の施設に交換研修に行く、府老協の研修に参加するなど）。

13. 業務の効率化、テクノロジーの補助金を申請して活用している。サポートハウスは対象施設ではないが、訪室した際にインターホンで聞ける仕組みについて検討している。介護記録の電子化はいまのところ考えてはいない（特養では実施）。休憩場所の確保等に努めている。有給取得は事務所全体で特定の人に偏らないよう配慮している。リーダー会議で月次試算表に基づき稼働率の向上やコストの改善に取り組んでいる。タイムカードの電子化や記録の分散化など業務の実効性を高める取り組みを行っている。

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-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]

14 「教育訓練規定」に基づき人材育成、研修計画、人事考課等を実施している。法人として人材確保プロジェクトを設置するとともに施設においても人材確保チームを中心に、制服のデザインを選定したり（3年に1回リニューアル、古い制服は発展途上国に寄付）、職員一人ひとりが自分たちの仕事の魅力を発信していくようにしている。京都市内の就職フェアへの参加や京都北部ジョブパークなどは積極的に受けている。職員寮がある。外国人の住居斡旋もっており、寮を4か所整備している。プロモーションビデオの作成やハローワークで個別説明（月1回）を行うなど積極的に人材確保、人材定着に取り組んでいる。ホームページに「求めるスタッフ像（和顔愛語）」（ベトナム語訳なども作成）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。資格取得支援については担当者による勉強会を開催するとともに資格手当もある。

15. 和顔愛語、成光苑「人事システムガイド」に基づくトータル人事システムを構築し実施している。自己目標管理（チャレンジシートの活用）、自己申告書（直接施設長に意見具申）をもとに、三者評価を実施し、昇給・賞与にも反映している。半年ごとの考課期間で個別面談を実施している。異動については就業規則に明記されている。処遇改善加算を取得している。配分については経験年数等も配慮している。キャリアパスを実施している。

16. 全職員を対象に、今後の働き方について自己申告書を提出してもらっている。共通意識調査（QRコードで回答）実施し、結果から研修会の内容や運営方針の検討を行っている。有給休暇の取得状況について確認。データ管理し、取得を促すようにしている。ストレスチェックは年1回。腰痛健診（介護スタッフ）、女性特有の悩みを女性管理者で対応できるように窓口を設けている。福利厚生（エクシブ、ソウエルクラブ）など利用について情報発信している。ワークライフバランスに関する取り組み及びハラスメント（カスタマーハラスメント、パワーハラスメント）の防止に関する規程を作成している。重要事項説明書にも記載している。

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
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】

17. 「求めるスタッフ像(和顔愛語)」を明確にしている。自己申告書の内容によっては、施設長面談を行っている。働きやすい環境が等について確認している。チャレンジシートには、年度にあたっての目標を設定している。チャレンジシートを見ながら面談し、職員にはフィードバックシートを返している。
 18. 教育訓練規程に基づいて、研修計画(個人研修一覧表を年度内に決める。内部・外部問わず)を立てる。研修参加者には、復命書として研修にて学んだことを記載している。上司のフィードバックを記載したものを職員へ返している。全職員に何らかの研修に出て欲しいとの思いがあり、計画に盛り込んでいる。
 19. 新人職員研修(ファーストステージプログラム)。ファーストステージ研修に使う教材を作成し、それをもとに新入職員には研修を行っている。講師は職員が行い、講師にとっても内容を振り返ることになっている。現在、改訂中。管理職研修では、経営品質についての研修を実施している。
 20. 最近受け入れが増えてきている。社会福祉士実習指導者を立てている。大学からインターンシップや社会福祉士実習の受け入れを行っている。社会福祉士実習指導マニュアルを設けている(生活相談員のマニュアルの中に設けている)。実習生が何について学びたいのかということをしっかり認識した上で、実習プログラムの作成に活用している。

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
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】

21. ホームページにて理念や事業内容等の情報公開がされている。アンケート・苦情に関する情報公開については、掲示板にて回答している。アンケート調査の内容については、本人が特定されない場合はホームページにて公開している。法人のビジョンを地域に対して発信する場としては、福祉推進協議会に参加し、岩戸ホームとしての方針の共有をしている。また、自治会へ参加し、地域住民との意見交換を行っている。地域の農家と契約し、米の購入を行っている。災害時には備蓄米と考慮しており、地域の中で岩戸ホームがどのような存在としていたいと考えているかについて住民へ共有している。米の事業についても、地域と連携して実現している。公民館主催の研修で、岩戸ホームに来てもらう機会を作り、喫茶への参加や研修会への参加を予定している。
 22. 経理規程を職員に周知しているかについては、情報システムの中で掲載しており、それを職員にも見てもらっている。外部の経理監査を年3回受けている。物品の購入については、ISOの監査で適切に行われているが見られている。

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
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】

23. ボランティア受け入れの実績としては、地域からボランティアが来てくれており、縫製作業のボランティア。職員が地域の行事(グランドゴルフ大会・ふれあい祭り)に参加している。利用者とともに参加している。職員は出勤扱いで参加している。
 24. ボランティアプロセスという受入れマニュアルを作成している。ボランティアの受け入れにあたって簡単なオリエンテーションを実施しており、留意点を伝えている。学校教育への協力に関する規程を事業計画にて明文化されている。
 25. 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリスト「わたしたちの介護保険(福知山市から発行)」を活用している。事業所ごとの会議に参画し、連携や協働を図っている。地域ケア会議へ参加し、解決に向けて協働している。ケア24会議(現在は、在宅サービス調整会議に名称変更)では、在宅サービス事業所との会議へ参画している。行政や包括との連携については、運営推進会議を通して連携を図っている。
 26. トレーニングセンターの地域住民への開放(地域住民の要望に合わせて実施している。月169名の利用がある)。地域の方も対象にシャトルバスを運用している。地域で実施されている行事について地域からは案内は来ているが、なかなか参加できていない。福祉避難所の指定を受けている。地域の祭りを実施する際に、施設を開放して利用してもらっている。
 27. 「相談カード」：例えばボランティアの活動場所が欲しいという依頼があれば、それを岩戸ホームで実現できるような働きかける。毎月内容について分析し、法人へ報告している。電話での相談が多い。総合相談的な意味合いが強い。相談内容は様々。内容によっては事業計画へ繋がっている。

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。	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]

28. 法人共通マニュアル「はじめの一步」を職員へ配布し、標準的な実施方法を共通化できている。人権研修「自分を大事にしよう」というテーマで全職員に研修を年1回実施している。「虐待の芽自己チェック」については、QRコードに回答してもらい、結果は会議の中で周知し、対応策を検討している。また、集計内容については閲覧できるようにしている。

29. 「はじめの一步」の中で、利用者のプライバシーに配慮した取り組みに関する記載がある(例：オムツ介助を行う際の対応について)。虐待防止マニュアル(高齢者虐待・身体拘束防止)の整備がされている。虐待防止に関する研修を年1回実施している。利用者や家族にプライバシーや虐待防止に関する取り組みについて契約書や重要事項説明書に記載されている。相談の際のプライバシー確保のために、相談室の設置に至った。

30. 利用体験を希望されれば、随時対応している。時間をとって空気感も踏まえて体験してもらっている。施設を知る機会としては、市役所や病院、知人からの紹介で入所を希望されることがある。市役所や病院、地域包括支援センターにパンフレット設置を行っている。

31. 本人が施設に来るのが申し込みの条件になっている。自己決定が可能な利用者が多く、入居時に本人・家族に契約書・重要事項説明書をわかりやすく丁寧に説明している。必要に応じて社協の権利擁護事業や成年後見制度について情報提供している。外部のサービスと連携をして事業所内だけで完結しないようにしている。

32. 入院後、サポートハウスでの生活が困難になった場合は、医療機関に生活支援経過を伝えたり、住み替えを考えられる際に情報を伝えている。変更や移行の際には、ケアマネジャーと連携して対応を行っている。滞りないように情報提供をスムーズに行っている。福祉サービスの継続等についてはケア24会議でも調整を行うことが可能である。移行にあたっては手順書と引継ぎ文書を退所時に作成している。文書化して引継ぎを行っている。

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
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	A
	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。	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]

33. 毎年、ISO事務局が担当となって施設独自の顧客満足度アンケートを行い、結果はホームページにも掲載している。家族が集まる機会はないが、イベントの際には案内をしている。利用者会「いわと会議」を月一回開催、利用者と職員が参加し話し合う場となっている(参加率60%)。また、適宜個別面談を実施し、意見を聞き取り、ISO事務局において分析をしている。出てきた意見は部署内で共有したり、事務所会議で問題提起したりしている(対応の流れはISOで決められている)。いわと会の会長・副会長はその年は意見を言わないといけない、という意識があるのか、頑張っているような感じがある。

34. 苦情解決規定に基づき、苦情解決の責任者、担当者、第三者委員を設置し重要事項説明書に記載の上、利用者に説明、施設内にも掲示している。意見箱を各所に設置している。苦情内容についてはいわと会で報告するとともに広報誌ききょうへの掲載、施設内の掲示をしている。家族には手紙で対応している。苦情は苦情クレーム報告書に記録している。

35. 福知山市の介護相談員を受け入れており(岩戸ホームでは2か月に1回介護相談員との面談がある。)、相談室(3部屋)を設けて話しやすい環境作りに努めている。苦情解決の仕組みを施設内に掲示している。直接施設長室に言いに来ることもある。

36. 苦情解決規定を整備すると共に苦情クレーム報告書を作成して迅速に対応している。2年に1回ISO事務局会議でマニュアルの見直しを行っている。個人情報にかかわることは理事長まで報告している。

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。	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]

37. リスクマネジメント委員会（部会月1回、リスクマネジメント委員会3か月に1回）を設置するとともに緊急対応規定を整備している。自分の担当だけで終わらず組織の責任として対応している。事故報告書、ヒヤリハット報告書（緊急対応の報告書も兼ねている）を作成しリスクマネジメント委員会で分析・検討している。新人対象に危険予知トレーニング研修を行い、気付きの大切さを意識付けている。アクシデント・スタンダードマニュアルを整備している。

38. 安全衛生・感染症対策会議（月1回）、感染症対策マニュアルを整備するとともに年に1回の見直しを行っている。代表的な感染症は個別にまとめ流行時期前後に研修を行っている。手洗いの励行、ブラックライトを活用した手袋着脱訓練などを実施している。内部研修を通じて、感染症予防にかかる検討と学習を重ねている。かかりつけ医がバラバラなので、協力医療機関を選定し、定期的に入居者の情報提供することによって、病状等の相談に乗ってもらえる体制を構築した。コロナ流行時は面会室も整備した。

39. 非常災害対策計画及び防災マニュアルを整備し災害時の対応体制を明確にしている。2月に発生した落雷による停電の際は暖炉のそばに集まったが、夏はどうするか検討する必要がある。雪による停電もある。災害時の利用者、職員の安否確認は一斉メール（スピークアンライデン）のシステムにより行える。防災訓練・土砂災害訓練は各年2回実施している。3日分の備蓄が確保されている（米はあるのでアルファ化米は減らしたいと思っている）。施設長が市の大規模災害の検討委員に参画し、受援体制整備、大学生の参加などについて協議している。行方不明時の警察との連携など。防災協定により近隣の町と合同で避難訓練を実施し、事業計画にも記載している。事業継続のためのBCP計画も策定している。

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。	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]

40. 「はじめの一歩」はプライバシーの保護等対人援助の基本について、「手順書」は業務の手順についてまとめられ、マニュアルとして職員に周知し、活用している。また、内部監査は主担当とサブの職員で対応し、サブで対応した職員が次回は主担当になる等、基準となる業務内容が職員間で共有できるようにしている。手順のずれがないが内部監査の着眼点となっている。

41. 標準的な実施方法について見直しをする仕組みとして不適合報告書により変更が必要と判断された場合のほか、定期的に手順書等マニュアルの見直しを行っている。人材育成プロジェクト。各施設長がプロジェクトのメンバー選定をすることとしている。内部監査だけでなく、ISOは年1回外部監査もある。

42. 自立している利用者の中には、ケアプランではなくチャレンジシートを作ってもらっている人もいる。面接報告書や入所判定のための様式のアセスメント様式として活用し、職員間で共有している。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。

43. サービス担当者会議、ヘルパー会議に出席したり、事業所会議、部署会議等で入居者の状況を職員間で共有している。たとえば、福知山市のゴミ袋でゴミを分別してだしてもらっている（在宅復帰された際のソーシャル・スキルを維持するため）。各行事でも起案書を作って実施して報告書だして次につなげるというサイクルが確立している。

44. 毎日の様子はケース記録を残している。施設長が決裁印を押すタイミングもルール化されている。記録の書き方はファーストステージ研修Ⅱ記録の理解の中で、意義目的も含め詳細に定められている。申し送りの必要なことは引継ぎノートを活用して宿直員や関わる事務職員等も適宜記載できるように工夫し、情報を共有している。人数も限られているため、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ます。

45. 個人記録は事務室内の鍵が掛かる場所に保管している。文書管理規定・個人情報保護規定において記録の保管期間・廃棄について定め、手順書に廃棄方法が記載されている。個人情報保護に関する研修は行われている。開示請求にかかる規定も整備している。