

[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	サンヒルズ紫豊館	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 4 年 5 月 6 日

総 評	<p>平成8年に開設されたケアハウスサンヒルズ紫豊館は、社会福祉法人成光苑が運営している施設であり、居宅介護支援事業所を中心に、短期入所生活介護、通所介護、訪問介護を併設することで在宅福祉の充実に力を入れるとともに、特別養護老人ホームも併設しているなど、どのような要介護状態になっても安心して利用できる事業所です。</p> <p>また、社会福祉法人 成光苑は、大阪府北部北摂地域（摂津市、吹田市、高槻市、大阪市）ならびに京都府北部（福知山市、舞鶴市）で、介護・保育・障がい事業を幅広く展開されています。</p> <p>法人として、ISO9001や「きょうと福祉人材育成上位認証」を取得されており、客観的な指標に基づく品質管理システムは、社会福祉法人としては非常に特徴的で、また、実績にも繋がっており、高いレベルでPDCAサイクルに基づく組織運営がなされています。</p> <p>利用者の支援については定期的に利用者満足度調査や栄養士による利用者の嗜好調査を実施し、結果をグラフ化して利用者にフィードバックしています。また、月1回の利用者懇談会「すみれ会」に職員が参加し意見要望を聞くなど意向の把握に努めています。</p> <p>地域との関係は良好であり、施設の夏祭りを地域に開放し、地域から多数の参加があり、地域の行事には利用者と共に参加し、協力する他案内等を施設内に掲示しています。こうした交流はコロナ禍でも工夫を凝らし継続しています。地域貢献の取組としても地域に向けて法人アンケートを実施し、積極的に地域の潜在福祉ニーズ把握に努め、福祉有償運送の実施、「わかプロジェクト」への参画、「高齢者涼やかスポット」による施設内のスペースの提供、健康体操を地域に出向いてサロン形式で行うなど事業所の専門性や特性を生かした活動を行っています。</p> <p>アドバイス事項としては、特別養護老人ホームをはじめ、併設の事業所では介護ソフト「ほのぼの」が使用されている一方で、ケアハウスだけが手書きの記録となっており統一されることを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>今後もさらに地域の重要な拠点としていろいろなニーズに応えていかれることを期待します。</p>
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

I-4-(1) ①福祉サービスの向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。

ISO9001を取得し、組織的に経営品質向上活動に恒常的に取り組まれています。法人内の年2回の内部監査と、年1回の外部監査を受けることで、客観的な質の担保が保証されています。評価の結果が記載された「是正指示報告書」の内容を受けて、職員間で課題を共有し、それを事業計画や研修計画、年度目標に落とし込んで取り組まれるなど、PDCAサイクルがしっかりと機能する仕組みが整備されていました。

現在は経営デザイン認証のランクアップ認証取得に取り組まれており、具体的な目標があることで、さらに課題が明確になり、取り組みが促進される好循環が見て取れました。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

期待する職員像を「人事システムガイド」で明確にした上で、年度当初に全職員が各々の目標を「チャレンジシート」に記載し、それに基づいて年2回のフィードバック面談を実施されるなど、職員の自発的成長を促し、その進捗を管理し、適切な助言・指導を与える仕組みが整っていました。

また、法人内の「人材育成プロジェクト」が主体となって作成した育成プログラムは、1stステージ、2ndステージ、3rdステージ、nextステージ、キャリアアップなど、経験別・階層別の重層的な体系になっており、また、課長級以上の職員は全員が何らかの法人なプロジェクトに参画し、より大きな視野で物事が考えられるように経験を積ませる仕組みがあります。

これらの取組みが、法人への帰属意識を高め、次世代を背負って立つ職員が育ちつつあることも、ヒアリング等で伺えました。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組みを行っている。

施設の夏祭りを地域に開放したり、地域の行事には利用者とともに参加するなど、双方向での交流が行われており、こうした交流はコロナ禍であっても、工夫を凝らして継続しています。

さらには、介護保険の相談窓口を担ったり、地域に出向いて健康体操をサロン形式で行うなど、事業所の専門性を地域に還元する取り組みを実施しています。事業所独自の取組みだけでなく、京都府の事業「高齢者すずやかスポット」への協力や、京都府社会福祉協議会の「わかプロジェクト」への参加など、他団体とも連携を取りながら、地域福祉の向上に努めていました。

これに加え、介護保険サービスを利用していない地域住民に対するアンケート調査を実施することで、顕在化されたニーズだけでなく、潜在的な福祉ニーズの把握を積極的に進めています。

これらの取組みは、地域共生社会の実現に向けて、社会福祉法人の役割を果たすものとして評価できます。

特に良かった点(※)

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>Ⅲ-1-(2)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。</p> <p>ケアハウスから退所される場合は「サンヒルズ紫豊館ケアハウスを退所されるご利用者・ご家族様へ」という文書を渡し、退所後の支援の内容や相談窓口を記載し、説明しています。</p> <p>退所の場合、同法人内の特養へ移られることが多く、その際には特養の相談員への情報提供や引き継ぎが口頭のみで、引き継ぎ文書等、文書化したものは確認できませんでした。</p> <p>同じ敷地内、同じ法人内ではありますが、ニュアンスや意味の取り違いなどが起こり兼ねないことから、他法人への移行の際と同様に文書等を作成されてははいかがでしょうか。</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	ケアハウスサンヒルズ紫豊館
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	2021年10月29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) 理念・基本方針はパンフレット、ホームページ、法人広報紙「ききょう」へ記載されており、周知が図られている。当施設の利用者や近隣の地域の方へ全戸配布している「紫豊館だより」には要約した理念を記載し、周知している。施設内の全体朝礼では全職員が順番に、理念を掲載した冊子「和顔愛語」の読み合わせと3分スピーチを担当して行うことで理念が周知されている。

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
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) 経営品質向上活動報告書が作成され、毎年見直しを行い、各事業ごとの経営状況や稼働率、地域ごとの人口動勢等、経営環境や課題を把握し分析している。また、前年度の是正指示報告書にあがった課題については改善できているかチェックする仕組みになっている。内容はリーダー会議を通じて各事業所におろされ、全職員にも周知される仕組みになっている。
3) 毎月行われている経営企画会議・施設長会議で経営課題を検討している。経営品質向上活動報告書で明らかになった課題は事業計画に反映され全職員に伝えている。職員はチャレンジシート・人事考課・フィードバックを通じて質の向上に向けて取り組む仕組みになっている。2023年度にはランクアップ認証を目指して準備をしている。

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-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) 数年先を見通した経営品質向上活動報告書は数値目標や収支計画も含め詳細に記載され、毎年必要に応じて微調整している。
5) 品質目標実施計画書に沿った施設ごとの単年度の事業計画と収支計画が具体的に作成されている。
6) リーダーは部署ごとの会議で事業計画の実施状況等職員から出た意見を集約し、リーダー会議で報告している。また、リーダー会議では毎月実績報告を行い、事業計画の評価をしている。
7) 毎月開催される入居者主導の「すみれ会議」に職員も出席し、入居者からの希望を聞き取り行事計画に反映させている。年に1回開催される家族会には施設長も出席し、現状報告や事業計画について説明をしている。

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-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) 法人内で年2回内部監査が行われ、年1回ISO外部審査を受けている。定期的に評価されることで、PDCAサイクルが確実に実行されている。第三者評価は今回2回目で定期的に受診できている。
9) 評価の結果が記載された是正指示報告書を受けて職員間で課題を共有している。定期的な評価の場があることで、前回からの改善点はチェックされる仕組みがあり、職員ひとりひとりが改善に向けて取り組むことができている。

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) 管理者を含む職員の役割や責任は「人事システムガイド」に明記されている。事業計画の中で方針を明示し、広報誌「ききょう」やホームページ、あるいは「すみれ会」に出席して説明するなどして周知に努めている。非常災害対策計画で権限移譲について明確にしている。
 11) 管理者は施設長研修や「経営品質プロジェクト」への参加を通じて、必要な条例について把握している。品質マニュアル「関係法令一覧」で職員に必要な法令を周知している。
 12) 毎月行われるリーダー会議で「苦情クレーム集計」を確認し、各部署の会議に下ろされ、改善が図られる仕組みがある。「品質目標計画書」に沿ってサービスの質の向上を図っている。年1回全職員から提出される「自己申告書」を通じて職員の要望や意見を聞き取り、実際の運営に反映している。
 13) 管理者は、リーダー会議録や総務からあげられる月次報告の内容を確認し、適宜指示を出したり、法人に報告している。「経営品質プロジェクト」の活動を通じて、組織的に経営改善に取り組んでいる。

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) 法人主体の「人材確保プロジェクト」が、就職フェアの窓口や学校との連携を担っている。福知山市の施策である家賃補助に加え、法人でも補助の仕組みがある。新卒者の採用実績がある。
 15) 「人事システムガイド」で「職務職能等級制度」を設けており、人事考課面談を実施して能力や実績に応じた昇給昇格や賞与支給などを行っている。「ききょうと福祉人材育成上位認証」を取得しており、キャリアパスの仕組みが明示され、周知されている。
 16) 「自己申告書」によって職員の意向を把握した上で、「チャレンジシート」をもとにフィードバック面談を実施したり、組織活性化プログラムを活用している。法人本部でアンケートを実施し、顧問である大学教授から分析結果の説明を受けるなど、職員が働きやすさを実感できているかを把握するための取り組みが行われている。ハラスメント相談窓口を整備している。

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) 期待する職員像を「人事システムガイド」で明確にしている。年度当初に全職員が各々の目標を「チャレンジシート」に記入し、それをもとに半年ごとのフィードバック面談が実施されている。
 18) 法人内の「人材育成プロジェクト」が主体となって、育成プログラムが策定されている。1stステージ、2ndステージ、3rdステージ、nextステージ、キャリアアップといった経歴別・階層別の研修プログラムがあり、また、課長級以上は全員が法人内の何らかのプロジェクトに関わるなど、運営面においても実地で職員を育成する仕組みが構築されている。
 19) 「研修修一覧」で全職員の研修受講履歴等を把握している。法人内研修のほか、外部研修にも積極的に職員を派遣している。「自己申告書」に書かれた本人の意向には、なるべく沿うよう配慮している。
 20) 職種別の実習マニュアルが整備されている。介護系の専門学校や地域の高校、医師会の看護学校など、様々な職種の実習生を受入れている。nextステージ研修では、教える立場の研修の一環で福祉即戦力講座の講師を努めたり、外部研修に参加している。

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) 法人広報誌「ききょう」、施設広報誌「紫豊館だより」、法人ホームページなどを活用して、適切な情報発信、情報公開に努めている。「紫豊館だより」は地域に全戸配布している。
22) 経理規定を整備し、各部署にファイルを配備することで職員に周知している。「人事システムガイド」に事務系職員の職務分掌や責任・権限を明記している。監査法人による監査を定期的を受けている。

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。	A	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。	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) 地域との関わり方について基本的な考え方を法人理念、経営方針に明文化し事業計画に反映している。主な地域の社会資源表を施設内に掲示している。施設の夏祭りを地域に開放、地域から多数の参加があり、地域の行事には利用者と共に参加し、協力する他案内等を施設内に掲示している。こうした交流はコロナ禍でも工夫を凝らし継続している。福祉有償運送を実施し、講習を受けた職員が担当して利用者、地域住民共に登録制で安価に利用できている。
24) ボランティア委員会を設けボランティア受け入れマニュアルを設置し、事前にはオリエンテーションを行っている。小学校に案内を出し、夏・冬休み等に体験学習を実施して協力している。
25) 地域の社会資源を明示した資料として福知山市介護保険の資料を施設内の見やすい所に掲示している。同一法人の「岩戸ホーム」と情報交換を行っている。災害時に備えて地域協定を締結し、福祉避難所として備蓄も行っている。
26) 府の事業「高齢者涼やかスポット」に施設内のスペースを提供したり、施設内で夏祭を開催して地域に開放する等地域住民との交流の場作りに努めている。その他、介護保険の相談窓口や健康体操を地域に出向いてサロン形式で行うなど事業所の専門性や特性を生かした活動を行っている。
27) 地域に向けて法人アンケートを実施し、積極的に地域の潜在福祉ニーズ把握に努めている。府社協の事業「わかっPJ」に参画し、多くの社会福祉法人と協働して地域の課題に取り組んでいる。また職員が地域の清掃などの奉仕作業に参加して話を聞くなどの相談活動を行っている。

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	B

[自由記述欄]

28) 法人理念に利用者の尊厳保持を基本としたサービス提供を明示し、基本マニュアルにも記載して職員への意識付けを図っている。また理念・運営方針記載の「和顔愛語」を朝礼で読み合わせている。その他、人権研修や虐待チェックリストを使った振り返りを定期的に行っている。

29) プライバシー保護や虐待防止等利用者の権利擁護についてマニュアルを設置し、抑制禁止委員会を年3回実施する他、職員研修を定期的に行っている。9項目の「成光苑抑制廃止宣言」を施設内に掲示している。重要事項説明書にも記載があり、契約時には本人・家族に説明している。風呂場の脱衣場入口にカーテンを設置し、廊下から直接内部が見えないよう工夫している。

30) 事業所パンフレットを行政機関や他事業所に設置している他、ホームページを開設している。施設玄関入口には事業所資料、広報紙、相談カード等を設置している。見学の際、満室で居室が見れない場合は居室内の写真を用意したり、相談の際には他の事業所を紹介したり待機状況の説明をしている。その後も定期的に連絡を取り、様子を伺っている。利用者に伝わる情報の一つとして、居宅のケアマネジャー対象に試食会を実施している。

31) サービスの開始時に契約書や重要事項説明書を丁寧に口頭にて説明し同意を得ている。サービス変更の際はサービス担当者会議に支援者だけでなく本人も参加して、普段の様子等を突き合わせて検討している。

32) 退所される場合は「サンヒルズ紫豊館ケアハウスを退所されるご利用者・ご家族様へ」という文書を渡し、退所後の支援の内容や相談窓口を記載し、説明している。変更の場合は同法人内の特養への異動が多く、その際、特養相談員への情報提供、引き継ぎが口頭のみで、引き継ぎ文書等の文書化したもの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
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。	33	① 利用者満足度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
		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	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) 定期的に利用者満足度調査や栄養士による利用者の嗜好調査を実施し、結果をグラフ化して利用者フィードバックしている。その他、月1回の利用者懇談会「すみれ会」に職員が参加し意見要望を聞いたり、年1回開催される家族懇談会ではケアハウスご家族様アンケートを実施するなど、意向の把握に努めている。

34) 苦情解決規定を設け、組織としての苦情解決の仕組みを記載し、定期的な見直しもしている。第三者委員、苦情受付責任者、苦情受付担当者を設置して苦情相談窓口、公的な相談窓口、第三者委員の紹介等を施設内に掲示している。さらに重要事項説明書にも記載、入居時に説明をしている。あがってきた要望、苦情には組織として迅速に対応しクレーム・苦情報告書に記録している。また、アンケート調査の結果は抜粋して意見の内容と回答という形で無記名で広報誌に掲載している。

35) 施設内にご意見箱を置いている。相談を受ける際に利用者が安心して話せるよう、面談室を新設している。施設長、職員は日頃から意識して利用者とのコミュニケーションを取り、話しやすい雰囲気作りに努め、常に傾聴を心がけている。福知山市の介護相談員派遣を受けている。

36) あがってきた意見・苦情には規定の手順に則って対応し、苦情・クレーム報告書に記録して、リーダー会議から各部署会議にて施設長、相談員、職員で情報共有し、分析、検討の上、連携して迅速に対応している。

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。	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を設置し、緊急対応規程を定めており、緊急時のケアハウスの対応の流れをフローチャートにて明記している。発生事故は事故報告書に記録し、リスクマネジメント委員会にてチェックリスト等を用いて分析・検討し、再発防止に努めている。KYT研修を実施し、ヒヤリハット事例も含めてシュミレーションするなどして再発、予防に努めている。
 38) 安全衛生委員会を設け、感染症対策マニュアルを設置している。例年感染症流行期の前に、看護師を講師として内部研修を実施、感染予防と対策の周知徹底を図っている。安全衛生委員会では感染症の最新の情報を公的機関や医療機関から得たり、医師の助言等もあり、年1回マニュアルを見直し、適宜更新している。年1回レントゲン撮影を行っている。
 39) 福祉避難所となっており、備蓄を行い、食料備蓄リストを作成し、管理している。非常災害対策計画を作成し、想定される災害についての対応を整備している。避難訓練等はケアハウス単体と紫豊館全体の両方を実施している。

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) 法人共通の基本マニュアルが整備され、相談援助業務の実施方法についても記載している。新任職員はファーストステージプログラムに沿って1年間で3回研修の機会があるなど、経験に応じた学びの制度を整備している。
 41) 事故等の不適合報告書や、法人内で起こった小さな事故でも他事業所で同様のことが起こった場合を想定した水平展開を行い、マニュアル等の変更で反映している。変更点は各事業所に報告され、毎月の会議で情報共有している。
 42) 面接時に施設独自の様式により、アセスメントが実施されている。ケアハウス手順書に沿って個々のニーズに応じた個別計画書を生活相談員が作成している。
 43) 個別計画書は基本的には半年ごとに見直している。生活相談員が毎月モニタリング記録を行い、ケアマネジャーのケアプランを参考にしたり、必要に応じてサービス担当者会議にも出席している。
 44) 毎日のケース記録以外に、申し送りが必要なことは業務日誌の特記事項に記載し、施設内全体朝礼での報告等は引継ぎノートを活用している。毎月の定例会議では計画の実施状況の評価・見直しや情報の共有を行っている。
 45) 個別の記録はケアハウス事務室内に保管し、事務室に鍵をかけ管理しているが、鍵の掛かる書庫や引き出し等で保管していない。個人情報保護規定や記録一覧表で記録の保管年数等が明記され、ケアハウス手順書に廃棄方法が明記されている。