

(別紙)

第三者評価結果（救護施設版）

※すべての評価細目（共通評価基準 45 項目・内容評価基準 18 項目）について、判断基準（a・b・c の 3 段階（一部 a・c の 2 段階を含む））に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

共通評価基準（45 項目）

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針を確立・周知している。		
①	I-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 法人の理念を施設の理念とし、毎年、理念に基づき施設独自のスローガンと基本方針を策定し、ホームページや広報誌に掲載し周知を図っている。スローガンと基本方針は年度末の職員会議で話し合い、見直しを図っている。 また、理念・スローガン・基本方針を施設の廊下に掲示し、年度当初の利用者で構成する自治会や保護者総会において、理念及び基本方針を分かりやすく説明し周知している。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
②	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析している。	Ⓐ・b・c
<コメント> 社会福祉事業全体の動向や経営状況は、毎月開催される法人の施設長会議において、福祉情報等の資料が示され把握している。また、施設ごとの利用者の推移・利用率・コスト分析のデータが示され、経営状況の分析がなされている。 さらに、年 1 回措置元の福祉事務所による実態調査時にも情報交換や情報収集を行っている。県社会福祉協議会主催の県南地域生活困窮者支援会議に出席し、県内や地域の生活困窮者の動向や課題等を把握している。		
③	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 施設長は、法人施設長会議で示されたコスト分析・利用率等のデータ等の経営状況を職		

員会議において報告し、周知している。施設の経営課題は、利用者定員割れによる収入の減少であり、このままの減少率で推移すれば、数年先には赤字に転落することが予想される。利用希望者の減少要因としては、施設設備の老朽化から他の施設を選択する要保護者が多く、法人本部へ施設の改築要望を行うとともに、和室から洋室への改装や段差解消、手摺りの設置等の生活環境の改善に努めている。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の中・長期計画(前期5年・後期5年)並びに収支計画が策定されている。5年ごとに中・長期計画の中間見直しを行っており、施設でも振り返りを行い意見や反省内容を法人の見直しに反映している。</p> <p>しかし、利用者の高齢化や重度化が進んでいること、建物の老朽化等の要因により新規利用者が減少している現状を踏まえたものになっておらず、本来救護施設として果たすべき役割も含め検討し方向性を出すとともにこれらの中・長期計画に反映することが望まれる。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設において、法人の中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。単年度計画は実行可能な内容になっている。また、単年度の事業計画と併せて収支計画も策定している。</p> <p>なお、事業計画は実現可能な内容になっているが、数値目標等の設定による具体的な成果を評価できる内容になっていないことから十分な評価が行えず前例踏襲の計画になっているため、できるだけ数値目標や評価が可能となる具体的な内容への見直しが望まれる。</p>		
I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>各事業の実施結果を施設内の各委員会で実施状況を振り返り、評価・見直し結果を主任者会議で確認し、職員会議で協議のうえ次年度の計画の見直しを行っている。また、年度末に新たに策定された次年度の事業計画を職員に説明のうえ配布し、周知を図っている。</p> <p>なお、事業計画の実施の把握は行っているが、内容の評価や見直しが不十分であるため、改善が望まれる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画を利用者等に周知し、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の内容は、年度初めの自治会において、できるだけ分かりやすい言葉で利用者</p>		

に説明している。また、事業計画書の文字を拡大し、ふりがなを付けて施設内に掲示し、利用者が読みやすいように工夫している。家族(保護者)へは、保護者会総会で事業計画書を配布し説明を行い、欠席者へは事業報告書を送付して周知を図っている。

なお、事業計画書にふりがなを付ける等理解を促す工夫を行っているが、ふりがなを付けただけでは理解が困難であると思われるため、さらにイラストや写真等で分かりやすく工夫する等利用者や家族(保護者)へ理解を深める取り組みが望まれる。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に行い、機能している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年、第三者評価基準に基づく自己評価を実施し、サービス評価委員会で評価結果を分析した後、職員会議で協議して課題を抽出し、改善を図っている。</p> <p>また、利用者と家族(保護者)に対し無記名の満足度調査を毎年交互に行い、その結果をサービスに活かすとともに、出された意見を検討し改善を図っている。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス評価委員会でまとめた評価結果を職員会議に報告し、情報共有を図っている。また、委員会ごとに評価結果に基づき改善案や方向性について協議し、それらを基にサービス評価委員会で改善策を作成し、職員会議に諮り改善策を決定している。決定した改善策に従い、各棟・各委員会・係で課題解決に向けた取り組みを行っている。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任を明確にしている。		
10	Ⅱ-1-(1)-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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、年度当初の職員会議において施設運営に関する方針と取り組みについて職員に説明している。また、施設の広報誌「からまつだより」で施設長としての役割と責任、当該年度の取り組みや方針について表明し、周知を図っている。</p> <p>さらに、施設長は、事務分掌を毎年度職員全員に説明のうえ配布し、自らの役割を表明し、施設長不在時権限委任等について明確にしている。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-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。	①・b・c

<p><コメント></p> <p>遵守すべき法令に関する情報は、法人施設長会議・県社会福祉協議会主催の研修・県救護施設研究会、東北・全国の救護施設協議会から情報を得て、職員会議で伝達研修や資料配布による説明等を通じて職員へ周知し浸透を図っている。</p> <p>また、最近の取り組みとしては、平成30年の健康増進法改正を受けて職員の敷地内喫煙を全面禁止にするとともに、利用者の喫煙場所を屋外の場所に設ける等新しい法制度についても対策を講じている。</p>		
<p>II-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。</p>		
12	<p>II-1-(2)-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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、サービス評価委員会に参画し、サービスの評価・改善策の策定等に指導力を発揮しサービス向上に取り組んでいる。また、施設長は、職員との年2回の個別面接を通じて指導や助言を行い、法人研修や外部研修への派遣や課題解決に必要な内部研修を開催して職員のレベルアップに努め、サービスの質の向上につなげている。</p> <p>さらに、施設長は法人事務局が実施している権利擁護に関する職員アンケートの結果を職員に周知するとともに、職員へ指導や研修に活用し、サービス向上に取り組んでいる。</p>		
13	<p>II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人事務局の財務担当者が毎月訪れ、月ごとの財務状況の報告を受け、経営改善に向けた協議を行っている。また、定員割れの要因になっている施設の老朽化については、法人本部へ改築要望を行っている。さらに、福祉事務所や同一法人の基幹相談支援センターを通じて利用希望者の把握を行い、利用者の確保に努めている。施設長は、利用者へのサービスの低下にならない範囲で節電や節水等経費節減の取り組みを指導している。</p> <p>なお、施設長は経営の改善に取り組んでいるものの、業務改善等に取り組む体制作りまでは出来ていないので、組織体制の整備等組織的な取り組みが望まれる。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制を整備している。</p>		
14	<p>II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画を確立し、取組を実施している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>人事は法人事務局が一括所管しており、各事業所の職員及び専門職種の配置定数が定められている。施設長は、福祉人材の確保については、法人事務局の人事ヒアリングの中で、必要な専門職種の増員要求を行っている。また、職員の募集は法人事務局においてホームページに掲載し、さらに高校・大学等を直接訪問し求人活動を行っている。</p> <p>なお、新たな専門職種の配置や増員の要求に当たり、その必要性や員数の根拠データが示されていないため、客観的な根拠データ等に基づく人事要求が望まれる。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>期待する職員像を示した文書を職員会議で職員に配布し、周知している。職員に人事基準を示し、キャリアパス制度の導入により期待する職員像や職階に応じた必要な資格や研修の履修等を明示し、職員が自らの将来像を描くことができる総合的な取り組みを行っている。職員の人事考課は、各部署上席者が第一評価者、施設長が第二評価者、事務局長が最終評価者と3段階での評価を行い、複数の評価者による客観的な評価を行っている。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。		
16	Ⅱ-2-(2)-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・b・c
<p><コメント></p> <p>毎週水曜日と第2・4金曜日をノー残業デーと定め日勤職員の一斉帰宅を勧め、計画年次有給休暇取得の推進及び夏季休暇の完全消化を促す等ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。施設長は、毎月、職員の超過勤務時間や年休を集計し職員の就業状況の把握を行い、健康管理や労務管理に活用している。</p> <p>また、施設長は年2回の職員との個別面談を行い、職員の悩みや要望に耳を傾け、可能なものは改善を図りながら働きやすい職場づくりに努めている。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員が、年度初めに所属する棟の全体目標と個人の目標を記載し施設長へ提出する人事考課表を使用して、目標管理の実施期間を原則5月から11月までとし、職員が提出した人事考課表の目標内容を各部署上席者が確認し、年度当初に施設長が職員との面接を行い、最終的に個々の職員の目標を決定している。施設長による中間面接は実施していないが、中間時点で各部署上席者が各職員の目標の進捗状況を確認しながら助言や指導を行っている。年末に各部署上席者が職員との面接を行い、達成度の確認、評価、次年度の目標への助言を行っている。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人では外部の階層別研修・専門研修・テーマ別研修の開催情報を収集して法人研修を含めた年間計画を策定し、各事業所では職員の研修履歴カードで確認しながら研修の受講者を決定している。</p> <p>また、施設では研修委員会で、法人の研修計画のほかに施設独自に必要な内部研修を計画し実施している。さらに、研修委員会では、研修ごとの感想の集計や反省の内容を検証し次年度の研修計画の見直しを行っている。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>新任職員に対しては、1年間、新任職員育成プログラムに従い職員ごとに経歴3~4年の</p>		

<p>職員が指導に当たるプリセプター制度による個別指導を実施して育成を図っている。</p> <p>また、職員の研修履歴カードに基づき受講が必要な外部の階層別研修・専門研修・テーマ別研修への参加により、職員個別の研修機会を確保している。さらに、各種研修の情報を職員全員に回覧し、希望する職員には勤務調整を行い参加できるよう配慮している。</p>		
<p>II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成を適切に行っている。</p>		
20	<p>II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>実習生の研修や育成に関する基本姿勢は、法人の「施設実習生等受入れ要領」において明文化している。実習生は法人事務局が窓口になり、毎年、多くの学生等を受け入れているが、からまつ荘を希望する実習生は少なく、この数年は実績がない。</p> <p>なお、受け入れに際して実習プログラムはその都度作成しており、専門職種に応じた基本プログラムが作成されておらず実習指導者の有資格者もいないため、実習生の受入れ体制の整備が望まれる。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組を行っている</p>		
21	<p>II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページで、法人の理念・基本方針・事業報告・決算報告と施設の基本方針・行事内容等を公開している。</p> <p>また、ホームページで苦情の内容・対応を開示し周知を図っている。さらに、法人広報誌や施設だよりを家族(保護者)や福祉事務所等の関係機関のみならず管内の区長を通じて地域住民に配布や回覧を行い周知する等、情報の公開に努めている。</p>		
22	<p>II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>経理や会計事務は法人の会計規則や同細則により、契約手続きや会計ルール、決裁権者が定められており、職員に周知されている。会計については、全て法人事務局が担当し、施設では「小口現金に関する取り扱い要領」に基づき必要物品の購入を行っている。</p> <p>また、法人では、契約・財務・監査の担当部署を分離し、内部牽制が機能する体制を整備し、毎年法人の監査担当者による内部監査と法人監事による監査を受けている。さらに、外部の監査人(公認会計士)による会計監査を受け、適性かつ透明性の高い運営の確保に努めている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
--	--	---------

Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。		
23	Ⅱ-4-(1)-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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>今年はコロナ禍で自粛しているが、利用者は自身の作品を出展した地域の文化祭やゲートボール大会に参加する等地域住民との交流を図っている。</p> <p>また、毎年、法人の敷地内で村と共催で開催している「さくら祭り」では、多くの地域住民が参加し利用者と交流している。さらに、地域のイベント等の情報を掲示し、参加を希望する利用者には職員同行や送迎サービスを利用しイベント等に参加する支援している。</p> <p>なお、地域との交流は一部のイベント等や利用者に限られ、多くの利用者は社会参加や地域の交流が図られていないため、さらに社会参加や地域交流を図る取り組みが望まれる。</p>		
24	Ⅱ-4-(1)-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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れに関するマニュアルを整備し、受け入れに関する基本的姿勢や体験学習等学校教育の協力に対する考え方を明示している。施設の行事にボランティア団体の協力を得ており、その他に月2日の傾聴ボランティアや地元の小学校・中学校・高校の職場体験や総合学習を継続的に受け入れている。</p> <p>なお、受け入れに当たって、ボランティアや学生に対する必要な研修や事前説明等が十分になされていないため、改善が望まれる。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 施設として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携を適切に行っている。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>各棟のフロアの壁面に各福祉事務所の住所と電話番号を記載した一覧表を掲示し、援助員室には利用者ごとの福祉事務所名の一覧表を備え、利用者の問い合わせの対応や支援に活用している。また、福祉事務所の実態調査や県南地域生活困窮者自立支援会議への参加を通して、個別ケースや地域課題について情報共有を図り課題解決に取り組んでいる。</p> <p>なお、県南地域生活困窮者自立支援会議や福祉事務所、送迎サービス等社会資源の把握が限定的であるため、幅広い社会資源の把握や地域移行に向けた関係機関との連携構築に取り組むことが望まれる。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組を行っている。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>法人の基幹相談支援事業所を通して、地域の福祉ニーズの把握を行っている。また、法人では、毎年「地域住民との懇談会」を開催し、施設長が参加し地域の区長等との情報交換を行い地域の福祉ニーズの把握に努めている。さらに、各福祉事務所・西郷村役場・高</p>		

<p>齢者の入所施設等から情報提供を受け、福祉ニーズの情報収集を行っている。</p> <p>なお、法人主催の「地域住民との懇談会」だけでは、地域の福祉ニーズ等を十分に把握することは困難であるため民生委員協議会との連携等、さらなる取り組みが望まれる。</p>		
27	<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>音楽療法を学んだ職員が、地域の公民館等で地域の子どもから高齢者までを対象に音楽に合わせて軽運動等を行っている。また、法人が実施している「地域福祉支援プロジェクト」に職員が参加して、学校やコミュニティセンター等で福祉出前講座を開催し、福祉に関する啓蒙普及に努めている。</p> <p>さらに、福祉避難所の指定を受けており、東日本大震災では同一法人であるが浪江町にあった救護施設の利用者6名を受け入れている。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。</p>		
28	<p>Ⅲ-1-(1)-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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の倫理綱領をもとに施設職員の行動規範を定めている。年度当初に、倫理綱領や行動規範について職員全員が遵守することを署名した誓約書の一覧表を廊下に掲示している。毎日、朝礼時に唱和して浸透を図っている。また、利用者と保護者(家族)に対するアンケートや利用者代表が参加している権利擁護推進委員会や施設長との懇談会を通して、利用者や家族の意見をサービスの改善や権利侵害の防止に活かしている。</p> <p>さらに、法人及び施設において権利擁護に関する研修会を実施し、職員の倫理綱領自己チェック及び施設長による行動規範の遵守状況確認のための職員面談を行い、利用者を尊重した福祉サービスの提供に努めている。</p>		
29	<p>Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護への配慮は、倫理綱領に定め、職員へ周知を図っている。また、毎年、チェック表に基づく自己点検を実施し、プライバシーに配慮したサービス提供に取り組んでいる。入浴や排泄介助に当たり同性介助を原則としているが、男性利用者には職員の男女比の関係で、同意を得ながら女性職員が介助を提供する場合もある。</p> <p>なお、居室は2~3人部屋になっているが、専用スペースに仕切りがなくプライバシーが守れる環境にないため、家具やカーテン、パーテーション等で工夫しプライバシーゾーンを設ける等改善が望まれる。</p>		

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）を適切に行っている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス利用に必要な情報を積極的に提供している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用希望者に対しては、パンフレットを配布し、分かりやすく説明をしながら施設内を案内している。また、希望に応じて1週間程度の体験入所も実施している。現在は、コロナ禍のため、見学や体験入所は実施できないため、写真を使用した説明に替えている。</p> <p>なお、分かりやすく説明する等の工夫は見られるものの、配布資料は利用希望者にとって分かりやすい資料になっていないため、改善が望まれる。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-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・b・c
<p><コメント></p> <p>一人一人の利用者や家族(保護者)の希望を確認して、本人が希望する目標を基に個別支援計画を作成し、同意を得たうえでサービスの提供を行っている。実現困難な希望・要望に対しては再度職員間で協議しニーズの見直しを図り、利用者の同意を得るように努めている。利用者の障がい特性に合わせて、筆談や写真、ジェスチャーを使って説明している。意思表示が困難な利用者について、動作や表情等の反応から本人の意思を推測しサービスの提供の諾否や適否を判断している。</p>		
32	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉施設や家庭への移行に際しては、退所時に対応マニュアルに従い、福祉事務所職員立ち会いのもと利用者や家族(保護者)への説明を行い、退所手続きを行っている。福祉施設に移行する場合は、個別支援計画のコピーにより引き継ぎを行っている。</p> <p>なお、福祉施設・事業所の変更や家庭への移行に当たり、引継ぎに必要な書類が定められていないので対応マニュアルを整備する等、福祉サービスの継続性への配慮が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者・家族(保護者)に満足度調査を隔年で実施している。調査結果は可視化出来るようグラフにし、利用者・家族(保護者)の意見もグラフの脇に記載し解りやすくしている。また、満足度調査結果を職員会議で分析し課題を検討のうえ、全職員が情報を共有しながら課題解決に向け取り組んでいる。利用者へは朝の会で口頭で報告を行い、家族(保護者)へは広報誌及び保護者会総会で報告している。</p> <p>なお、サービス評価委員会会議には利用者代表も入り当事者の視点をサービスの向上に活かして行く取り組みが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みを確立し、周知・機能している。	a・b・c

<p><コメント></p> <p>法人として苦情解決制度実施要綱を制定し、その中で苦情解決制度を図式化し苦情受付から結果報告通知・概要公表を時系列にまとめ解り易くしている。施設として苦情解決責任者・苦情受付担当者をおき、外部から苦情解決第三者委員2名を任命している。第三者委員は利用者との懇談会や面談を年4回実施し苦情解決への周知と理解を図っている。玄関と集会室に意見箱を設置し、利用者へ用紙も定期的に配布し意見を出しやすい環境を整えている。</p>		
35	<p>Ⅲ-1-(4)-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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>月1回、利用者と施設長との懇談会を設け、各棟から2名の利用者が参加し希望や要望を含め質問や意見を直接聞き取り懇談内容は記録されている。出された意見や要望は、施設長から各委員会や担当者に周知され、担当部署で検討し対応可能な要望については随時対応し、全職員が情報を共有している。</p> <p>また、朝礼時にも利用者の意見を聞き取る時間を設け、個別の相談は援助室で行う等プライバシーに配慮している。</p>		
36	<p>Ⅲ-1-(4)-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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設では苦情解決とは別に、毎月開催される権利擁護推進委員会会議に利用者代表として自治会役員が出席し、意見や改善事項を述べている。また、当会議にて月ごとに設定してある職員強化目標に対する職員・利用者の意見を権利擁護推進委員が集約し報告している。施設長・次長から意見や反省を踏まえた利用者への接遇等の指導がなされ、内容を記録している。</p> <p>また、職員は意志疎通の困難な利用者にはホワイトボードを使用したり、表情から意思を汲み取り満足のいくサービスの提供に努めている。</p>		
<p>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を行っている。</p>		
37	<p>Ⅲ-1-(5)-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を構築している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人としてはリスクマネジメント実施要綱を制定し、施設においてリスクマネジメント委員会を設置しリスクマネージャーを配置している。毎月リスクマネジメント会議を開催し、アクシデント及びインシデント検証を行い、防止について改善策を話し合い記録にまとめ全職員へ周知している。リスクマネジメントの内部研修も実施している。利用者は障がいの重度化・高齢化が進み認知症の利用者も多く転倒リスクが高いため、「日常生活に関わるリスク状況一覧」として、個人ごとにリスクに対する支援内容をまとめ事故やリスクの予防のためのマニュアルが作成されている。</p> <p>また、不審者の侵入に備え不審者対応マニュアルを作成し訓練も行っている。</p>		
38	<p>Ⅲ-1-(5)-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。</p>	a・b・c

<p><コメント></p> <p>看護師を中心にインフルエンザ・ノロウイルス・新型コロナウイルス等の感染症対応マニュアルを整備している。必要物品リスト等を書式・図式化し職員への周知を図り、毎月勉強会を実施している。</p> <p>また、患者対応後のガウンテクニック《エプロンの脱ぎ方》も写真付きで明示している。さらに、月1回、保健衛生・感染症予防対策委員会を開催し感染症予防への対策を講じ、見直しを行っている。研修・マニュアル等からの学びで、全職員が感染症予防や発生時対応への意識を高めている。</p>		
39	<p>Ⅲ-1-(5)-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行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>消防計画が策定され防火管理者を置き、行政へ避難計画書を提出している。夜間想定を含む避難訓練を月1回行い、年に1度は消防署の立ち会いにより放水訓練が実施されている。また、ハザードマップから想定される土砂災害に対しては、安全な避難先を決めている。2階からの避難経路はスロープから幅を広くした階段に改修し安全性を確保している。災害発生時の食料・備品も備蓄している。避難誘導マニュアル・非常時の連絡先が明示されている。施設では自衛消防隊を配置している。</p> <p>なお、法人を中心に法人内の体制が築かれているが、施設では地元自治会等地域の協力関係は築いていないので連携に向けた関係づくりが望まれる。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
<p>Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法を確立している。</p>		
40	<p>Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法を文書化し、福祉サービスを提供している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>各棟の責任者を中心に話し合いを持ち、権利擁護及びプライバシーに配慮した各棟単位での支援計画や日常生活支援マニュアルが作成されている。その中で支援方針・活動内容・週間活動計画・年間活動計画を作成し、支援のねらい・担当者及びタイムスケジュールに合わせた日課に伴う支援業務を詳細に記載し標準的なサービス内容を文書化している。支援の重要個所は赤字で記載する他写真も使い、職員誰もが同一のサービスを提供できるよう体制を構築している。</p>		
41	<p>Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>標準的な支援計画は、各委員会の会議や棟内会議等で検証し、必要に応じ見直しをしている。また、定期的なものとして年1回利用者で構成されている自治会からの意見も見直しに取り入れている。業務改善委員会は次長を責任者とし、検討会議を年3~4回開催し、サービス内容を全体的にまとめ、次年度の標準的な支援計画の見直しをしている。</p>		
<p>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を策定している。</p>		

42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「個別支援計画策定の流れ（マニュアル）」が備えられ内部研修で支援計画の作り方の研修も行っている。毎月利用者担当を中心に行うモニタリング結果や利用者の希望・要望、医療や栄養面のケアも含めアセスメントを実施しニーズ整理表にまとめている。それをもとに担当者が作成した計画書原案を援助係長が確認し、利用者・棟の職員・看護師・栄養士・施設長又は次長等が参加する策定会議で個別支援計画を策定している。</p> <p>また、困難ケースについては処遇会議の中で検討し、情報を共有しながら対応している。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>マニュアルにより個別支援計画の評価・見直し手順が定められている。サービス実施状況を毎月評価するとともに、年1回施設の手順に沿って個別支援計画書を見直している。利用者は障がいの重度化・高齢化に伴う身体機能の低下事例も多く、その場合随時見直しを行う等計画の変更をしている。変更にあたっては、利用者の意向確認、関係職員による処遇会議を経る等 PDCA サイクルにより見直しを行っている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録を適切に行い、職員間で共有化している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>全体職員会議及び各棟での職員会議を月1回実施し、情報の共有化が図られている。個別支援計画書に沿った支援の実施状況の記録を業務ソフト「絆」を使い行っている。記録の書き方は各棟で検討し、簡潔明瞭で解り易い書き方等統一した表現になるようにしている。ケース記録は日時・項目・内容・担当の順に記載するようになっている。</p> <p>また、勤務につく職員は申し送りノートに目を通し、利用者一人一人の情報とサービス実施状況を把握し業務に就く等職員間で情報の共有化が図られている。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の文書管理規程・個人情報保護規程・情報公開規程に基づき、利用者の記録に関する管理体制が確立している。文書管理の責任者を定め、個人のケース記録等は鍵のかかる場所に保管している。個人情報保護の内部研修を行う等理解に努めている。個人情報の取り扱いについては利用者・家族(保護者)にも説明し、文書を取り交わしている。また業務ソフトは情報漏えい対策としてパスワードを設定しデータの厳密な管理に努めている。</p>		

内容評価基準（18項目）