

第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）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。

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
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は、法人の使命や目指す方向が分かりやすい内容となっており、施設内に掲示するとともにホームページに掲載している。また、年2回発行される広報紙でも年度初め、施設長の挨拶の中で理念について述べている。</p> <p>職員へは、入社時と年度初めに施設長が説明しており、家族へは、家族会総会、役員会、行事などの場で説明している。職員からの聞き取りでは全員が理解しており、家族へのアンケートでも概ね理解していることが確認できた。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>事業経営をとりまく環境や地域の動向等の全体的な把握・分析は法人本部で行い、施設では、利用状況や職員充足状況等施設内での経営状況の把握・分析を行っている。法人本部で総合的に分析された情報は施設に戻され、リーダー会議や全体会議で報告している。</p>		
3	I-2-(1)-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・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、リーダー会議にて経営状況の説明を行っており、そこから各棟の職員へ周知を図っている。</p> <p>平成30年度より、同意が得られた利用希望者の情報を法人内の同種の3施設で共有する取り組みを行っている。</p> <p>そのことが待機期間と入所期間の短縮につながるなど、経営の改善、安定へ向けた取り組みが進められている。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期事業計画及び収支計画については、施設内各委員会の意見に基づいて策定している。各施設の中・長期計画を基に、法人の中・長期経営計画策定委員会で検討を行い、法人全体の中・長期計画を策定している。法人の中・長期計画は施設へ配布され、各委員会や全体会議で説明するという流れができています。</p> <p>法人全体の資料には、新旧対照表も作成されており変更箇所が分かりやすくなっています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映したものとなっている。例えば、中・長期計画の「サービス事業計画」の項目は単年度事業計画の「サービス提供の内容」に反映しており、さらに、単年度の各委員会の事業計画では、活動方針・具体的活動内容・活動計画・留意事項等の項目ごとに具体化させている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、各委員会などで12月に振り返りを行い、それを1月末までにまとめて2~3月中には各委員会やリーダー会議、棟会議などで検討し、全体会議に諮り、次年度の事業計画に反映させている。所属する委員会の反省をもとに改善を提案したところ、次年度の事業計画に反映されたことが職員の聞き取りからも確認出来ており、組織的に評価・見直しが行われている。</p> <p>事業計画は、毎年度当初に職員に資料を配布し、施設長から説明を行って周知を図っている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>家族へは総会や行事の際に、特に家族が関心のある事項(施設の建て替えなど)を中心に施設長が説明を行っている。利用者へは、職員が分かりやすく何度も繰り返すことで理解していただく努力をしている。利用者は、事業計画の中の行事を大変楽しみにされていることが訪問時に確認できた。</p> <p>現在、家族へは口頭で説明しているが、平成31年度には家族向け資料の作成や配布する予定があり、家族への周知がさらに充実すると期待できる。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス評価委員会が中心となり、平成13年度から自己評価に取組んでいる。利用者への満足度調査は利用者の特性に配慮し、隔年で実施している。</p> <p>自己評価の集計結果と利用者へのアンケートの結果を分析し、サービスの質の向上のための課題を2~3項目選んでサービス改善の計画を策定し、全職員で取組んでいる。12月には評価し、その結果を一覧表にまとめており、大変に分かりやすい報告書となっている。このことは毎年行われており、とても良い取組みのため今後も継続していただきたい。</p>		
9	I-4-(1)-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・c
<p><コメント></p> <p>自己評価や利用者への満足度調査の結果を踏まえ、サービス評価委員会が中心となり、改善が必要と判断された課題について、早急かつ計画的に取組んでいる。</p> <p>また、施設の建て替え等の時間をかけて取組まなければならないものについては、中・長期計画に反映させている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長の職務内容は事務分掌に明記しており、施設長は職員に対して年度初めの全体会議の場で自らの役割と責任について説明している。</p> <p>各委員会の中でも権利擁護推進委員会と苦情解決委員会、リスクマネジメント委員会では自らが委員長を務め、リーダーとしての役割を果たしている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、全国や東北ブロックの施設長会議に出席し、障がい福祉に関する必要な情報の取得に努めている。自身が参加できない場合は次長を参加させるなどして最新の情報の収集に前向きに取り組んでいる。</p> <p>また、権利擁護については、自らも虐待防止責任者・管理者研修へ参加するなどし、特に権利擁護については全職員で徹底して行っている。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
12	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、提供するサービスが常に適切なものかを毎朝のミーティングの他、毎日提出される業務日誌や各委員会などの会議録等でも確認している。また、個別面談での職員の意見も含め多面的に課題の把握に努めている。</p> <p>それらを分析し、毎朝のミーティングでの助言の他、各委員会で検討が必要と思われる事柄については、改善へ向けての対応を検討するよう指示している。</p>		
13	II-1-(2)-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・c
<p><コメント></p> <p>入所定員が100人から80人に減ったことから、職員数もそれに合わせて法人内で異動を行うなど適切な人員配置を行い、限られた経営資源を効果的に活用するよう努めている。</p> <p>また、今後予定されている施設建て替えのために「自分たちができることは何か」を職員全体で検討し、ムダな経費を削減することで貢献しようと施設長をリーダーに全職員で取組んでいる。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。		
14	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉人材の確保のため、法人の担当者と施設長が近隣の大学を訪問し、法人や施設についての魅力などをPRし、人材の確保に成果をあげている。</p> <p>また、障がい者施設ではあるが利用者の高齢化に伴い、介護技術が必要となることから、職員の育成も計画的に行われ、ケアマネジャーと介護福祉士の資格取得に対しては経費の支援や取得のための研修(スクーリングも含めて)には業務として出席させる等の取組みを行っている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>法人が求める職員像は「必要な資質」5項目からなっており、さらにそれらの項目ごとに職員像が分かりやすく明示してある。</p> <p>キャリアパスは職位、職層ごとに役割や求められる能力、目標資格などが提示されているため、研修を受講する目的や習得すべき技術が一目瞭然となっている。</p> <p>また人事考課とも密接に関連づけられており、職員は自分の描く未来像や、そのためには何をなすべきかが理解できる仕組みとなっていることが評価できる。</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>人事管理については、法人全体で一括して行われているが、産休代替職員の採用には施設独自でも取り組んでいる。人材不足で応募がない中、短時間労働の職員に就労時間を1時間程度延ばしてもらい、全体の労働力不足を少しでも改善しようと努めている。</p> <p>働きやすい職場づくりの一環として「ノー残業デイ」の完全実施に取り組むなど労働環境の改善に着手しており、また、職員の親睦と連帯感を深めるために施設対抗競技大会を実施していることが職員から確認できた。</p> <p>その他、法人には相談室が設置されており、心理カウンセラーや弁護士が対応する環境にある。</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>職員一人ひとりの目標管理が行われている。5月に年度当初に立てた目標と前年度の評価結果に対して個別の面談を行っている。11月中に上半期の評価を行っており、その際、目標を見直す必要があれば相談するなどしている。</p> <p>年度末に1年間の振り返りを行い、次年度の目標設定を行っている。</p> <p>目標には、職員一人ひとりが所属する棟の目標、業務上の改善目標、業務以外の個人目標を設定している。新人職員についてはプリセプターがアドバイスしていることが職員への聞き取りで確認できた。</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>より質の高いサービスを組織的に提供するため、研修の基本方針が定められており、研修委員会活動計画に明記している。</p> <p>外部研修参加後の研修受講報告書には、研修の目的、学んだこと、研修の評価、職務に活かせる点などの項目があり、集計した結果を次年度の内部研修に反映させている。</p> <p>内部研修は毎月行われているものの、研修委員会の活動計画には具体的な研修予定が記載されておらず、必要に応じて開催となっている。今後は、研修報告書の集計結果を形として活かすためにも年度当初に具体的な研修計画を示すことが望まれる。</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>外部研修の参加は個々の研修履修カードにて管理しており、キャリアパスや法人内の異動により必要とされる研修への参加を計画的に行っている。</p> <p>ただし、外部研修参加後の伝達研修は行われておらず、必要性の高いものを全体会議で報告することに留まっている。研修内容の伝達は、情報の共有だけでなく参加した職員自らの振り返りにもつながるため、すべての外部研修について伝達研修や報告の機会を設けること</p>		

が望まれる。		
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。		
20	Ⅱ-2-(4)-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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>実習生受入のマニュアルが整っており、プログラムが用意してある。</p> <p>今後は、実習生の個々の目的を考慮したプログラムにすることで職員の高い専門性を活かした、より内容のある実習となることを期待したい。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。		
21	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>第三者委員の顔写真を添えて苦情・相談の体制をわかりやすい内容で掲示してある。第三者委員は、家族が施設を訪れる行事に年4回参加し、意見や要望をすいあげる取組を行っている。</p> <p>しかしながら、そこで出された要望等とそれに対して真摯に取り組んだ結果を公表していないことは大変に残念なことである。公表された内容を他の家族等が見ることで、意見や要望を遠慮なく出せると思っていただけのためにもぜひ公表することを期待したい。</p> <p>また、苦情・要望等に対する意見箱を玄関の事務所前に設置してあるが、職員を目を気にしなくて済むように設置場所の検討が望まれる。</p>		
22	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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>平成29年度に公認会計士と契約し、内部監査の他に公認会計士による外部監査を受けている。</p> <p>経営・運営については法人本部でとりまとめているが、施設長も必要時には公認会計士に助言を求めることができる。</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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の方々が地域へ出る機会を促す方法の一つとして、スタッフが情報を収集し、情報誌「ふれあい」を発行したり、地域の広報誌を活用し、情報等を施設に掲示している。</p> <p>施設行事の際は、施設から地域サークル（コーラス、太鼓や二胡演奏、バルーンアートな</p>		

ど)に声かけを行い、また、利用者家族からのボランティア希望の申し出に応えるなど、利用者が楽しめるよう積極的・継続的に利用者と地域との交流を図っている。		
24	Ⅱ-4-(1)-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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れや、体験学習についての方針やマニュアルが整備されている。</p> <p>中学生や高校生からの受入の依頼が毎年あるわけではないが、受入の要望に対応できるよう外部研修へ積極的に職員を参加させることで人材の育成を行うなど、体制を整えている。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 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を適切に行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者にとって入所施設が通過点となり、いずれ地域の生活へ戻ることができるようにと出身地の関係機関に半年に一度モニタリングで来荘してもらうなど情報の共有に努め、関係を断たない働きかけを行っている。</p> <p>また、自施設にとどまらず法人内の同種の3施設とも定期的に情報交換を行い情報共有に努めている。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>地域からは、個々の施設としてではなく「太陽の国」として受け止められていることから、法人全体で地域に還元するという考え方で取組を行っている。</p> <p>地域への講師派遣や地域住民向けの陶芸・手芸教室の開催、地域との災害時の役割協力など法人本部が窓口となり、施設は法人本部からの要請により協力する仕組みとなっている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動を行っている。	a・㉑・c
<p>白河地域の関係機関との定期的な会議に出席し、地域での障がい者のニーズの把握や情報の共有に努めている。ニーズに対しての取組は法人本部が主となって行っており、法人本部からの依頼に対して取組んでいる。</p> <p>今後は、自分たちの施設では具体的にどんな取組みができるのかを施設から法人に提案するなどして、地域と積極的に関わることが望まれる。</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
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。		
28	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。	㉑・b・c

<p><コメント></p> <p>経営理念及び経営方針に利用者の人格・人権・命を守ることが明文化され、職員倫理綱領等の遵守に関する規程に基づき、職員は毎年、権利擁護に関する誓約書を作成、宣誓し玄関に掲示している。</p> <p>職員倫理綱領は毎朝ミーティングで唱和され、職員行動規範とともに施設内に掲示するなど職員への理解を深める取組みを行っている。</p> <p>各棟ごとに権利擁護推進強化目標を掲げ、毎月の権利擁護推進委員会において取組み状況を報告するなど、日々の支援内容が人権、権利侵害に至らないか常に確認できる体制を構築している。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-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を行っている。	a・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>権利擁護については、虐待防止に関する指針が定められ、施設内の虐待防止委員により利用者への定期的な聞き取り調査を行うなど虐待の早期発見と発生防止に向けた取組みを行っている。</p> <p>建物の構造や障害特性、経営面などから個室での対応は難しく、タンスをカーテンの代用として活用するなど、プライバシーに配慮した取組みを行っているが十分ではない。</p> <p>また、プライバシーの保護については職員倫理綱領に規定され、入浴・排泄時等の生活場面におけるプライバシー保護についてハンドブック内に写真や分かりやすい言葉で記載されているが、配布のみに留まっているため、研修会の開催など、職員周知へ向けた積極的な取組みが望まれる。</p>		
<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。</p>		
30	Ⅲ-1-(2)-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・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>平成30年度より「施設見学・入学希望確認表」を作成し、法人内の同種の3施設間において、予め同意いただいた利用希望者についてはその情報を共有することで待機期間の短縮に努めるなど、満床時の対応に向けた取組みを行っている。</p> <p>ホームページや要覧（パンフレット）は色合いや構成など読みやすくするための工夫が施されており、利用希望者には、本人及びその家族に対しても資料の配布と説明を行っている。</p> <p>しかしながら、情報提供がホームページや来荘者に限られるため、地域の公民館など公共施設へのパンフレット配置など、情報が多くの人の目に触れるための工夫が望まれる。</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・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書や同意書への署名などサービス利用開始時に必要な手続きについて、適正に行われていることが書面にて確認出来た。</p> <p>個別支援計画の作成・変更にあたっては丁寧な言葉でゆっくりと繰り返し利用者へ説明され、家族からも行事への参加や面談の機会を活用し、意向の把握に努めるなど利用者を尊重した福祉サービスとなるよう心掛けている。</p>		

<p>しかしながら、重要事項説明書など関係書類にはルビなどが振られておらず、家族向けの説明資料に留まっている。障害特性などから利用者本人への理解が困難な場面も想定されるが、利用者の視点に立った資料の作成などより一層の取組みが期待される。</p>		
32	<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>a・②・c</p>
<p><コメント></p> <p>中・長期経営計画に地域生活移行の推進を掲げ、グループホームの体験入所など他施設・事業所への移行へ向けた取組みを積極的に展開している。</p> <p>他施設や家庭への移行については、サービス管理責任者が窓口となり会議を開催、市町村関係機関や移行先の施設・事業所と連携している。</p> <p>しかし、申し送りの手順書などは定められておらず、口頭での伝達や都度必要な書類の提出としているため、今後は手順を明確化し、適切に対応されるよう整備に努めて欲しい。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
33	<p>Ⅲ-1-(3)-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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>平成26年度より隔年で利用者・家族に対して満足度調査を実施しており、利用者用にはルビを振るなど理解促進のための工夫が施され、集計した結果は可視化できるようグラフ化している。</p> <p>実施した満足度調査結果と自己評価結果を分析し、「施設サービス改善報告書」「施設サービス改善計画書」にまとめている。職員は改善計画書に基づき各棟ごとに改善へ向けた取組みを行い、サービス評価委員会で評価するなどPDCAサイクルができています。</p> <p>満足度調査以外にも、食事提供委員会や権利擁護推進委員会に利用者に参加したり、利用者懇談会の「あ～友こ～友会」において直接聴取するなど意見・要望を主張できる機会を設けており、利用者本位のサービス提供に努めている。</p> <p>※PDCA=Plan Do Check Action</p>		
<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。</p>		
34	<p>Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	<p>a・②・c</p>
<p><コメント></p> <p>苦情解決制度実施要綱に基づき、施設ごとに苦情解決責任者及び苦情受付担当者を設置し、受付から解決、公表へ向けた流れが明示されており、各種様式も統一されるなど体制を整備している。</p> <p>第三者委員会を定期的に開催し、苦情受付状況の報告を行うとともに、利用者からは食事提供委員会や権利擁護推進委員会、「あ～友こ～友会」などを通じて意見・要望を吸い上げる仕組みが整っている。</p> <p>苦情はなかったが、家族からの意見・要望を聴取する連絡票には要望内容が見受けられるため、苦情以外に対応したケースについて個人が特定されないよう配慮した上で施設内に掲示するなど、積極的に公表していく姿勢が望まれる。</p>		

35	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>利用者は「あ～友こ～友会」や権利擁護推進委員会、食事提供委員会、虐待防止委員による意見聴取など、複数の相談相手から自由に選べる状況が整っている。</p> <p>利用者からの意見・要望は業務日誌に記録、対応可能な要望は随時対応し、リーダー会議や全体会議で経過を報告するなど全職員で情報を共有している。</p> <p>個別の相談があるときは、同室者に席を外していただく、空いている居室を活用するなどプライバシーに配慮しているが十分ではないため、プライバシーも担保されるようなスペースの確保にも留意されたい。</p>		
36	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>平成30年度より「お客様からの意見に対する手順書」を新たに定め、これまで担当職員ごとに対応してきた体制を組織的に対応できるよう見直しが行われている。職員は手順書に基づき、聴取、対応、検証を行いながら各会議等で報告するなど職員間での情報共有も行っている。</p> <p>今後は実践を踏まえながら定期的に手順書の見直しを行い、より迅速に対応できるような体制を確立することに期待したい。</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。		
37	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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>気づきレポートは棟ごとに1日1枚提出され、日々収集したものを毎朝のミーティングで配布するなど職員間での共有に努めており、レポートには状況報告とその場の対応を記載し、その経過について検証する体制を整備している。</p> <p>ヒヤリハット発生時は棟内で検証、迅速な対応を行い、リスクマネジメント委員会でさらに検証し、必要があれば追加の改善策を講じるとともに、委員会の結果は棟内にフィードバックしている。</p> <p>リスクマネジメント委員会において毎年内部研修を実施し、各種マニュアルの読み合わせや与薬に係るロールプレイ、事故対応フローシートの確認を行うなど、職員の資質向上に積極的に取組んでいる。</p>		
38	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>保健衛生委員会と研修委員会が協力して感染症流行前に内部研修を実施しており、「感染症対応マニュアル」の確認や嘔吐物の処理方法、トレーニングボックスによる手洗い訓練などインフルエンザやノロウイルスなどへの予防策を講じている。マニュアルはリスクマネジメント委員会において毎年見直しを行い、全職員に配布している。</p> <p>感染症発症時は棟内単位で隔離するなど、拡大防止対策への取組みが行われているが十分</p>		

<p>ではない。</p> <p>また、マニュアルの内容が文章での記載のみに留まっているため、写真やフロー図の導入など分かりやすくするための工夫が望まれる。</p>		
39	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やっている。	a・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>消防計画に基づき毎月避難訓練を実施し、日中や夜間、火災・水害・地震など様々な災害を想定した訓練となっている。訓練の結果を踏まえ、計画的に避難経路にスロープを設置するなど、実情に沿った取組を行っている。</p> <p>また、毎年8月27日を「防災の日」と位置付け、総合防災訓練を実施し、地域の消防署や地元消防団、行政区長が参画するなど地域を巻き込んだ取組を行っている。</p> <p>平成29年度より火災発生時における煙への訓練として、FIG訓練（火災図上訓練）も新たに取り入れるなど様々な工夫を凝らしているが自施設のみ取組みに留まっている。今後は実際に周囲の施設からの応援を得た夜間訓練を実施することで、機能するための体制整備に取組んでいただきたい。</p> <p>※FIG=Fire Image Game</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。		
40	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。	a・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>権利擁護と記録の書き方に関する研修会を開催し、利用者の尊厳の遵守と、個別支援計画に基づいた記録が正確に行われるよう取組を行っている。</p> <p>「介護基礎技術ハンドブック」を整備し、全職員への配布と棟ごとの設置により、職員はいつでも閲覧出来る体制にあるが、実施している内容を確認する体制には至っていない。</p>		
41	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。	a・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>「介護基礎技術ハンドブック」は平成30年度に新たに作成され、写真やイラスト、注意点が分かりやすくまとめられている。</p> <p>しかしながら、活用が新人職員のみ留まっているため、全体会議での読み合わせや研修会の開催など、全職員での活用が望まれるとともに、チェックリストの内容について職員や利用者の意見を反映させるなど自施設に合った項目になるよう定期的な見直しが求められる。</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。		
42	Ⅲ-2-(2)-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。	① ・b・c

<p><コメント></p> <p>障がい特性により意思表示が困難な利用者に対しても、日常支援の中から意向を汲み取れるよう努めており、家族からも面談や電話で意向確認を行うなど可能な限り意見聴取に取り組んでいる。</p> <p>個別支援計画は、「作成会議・モニタリング会議」において年2回の定期的な見直しに加え、必要があれば臨時の会議を開催し対応している。変更した内容や支援困難ケースについては、棟内会議で検討した後、リーダー会議や全体会議を通じて職員間で情報の共有を図っている。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-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・b・c
<p><コメント></p> <p>「個別支援計画作成・実施手順表」に基づき、6ヶ月ごとの見直しが行われ、必要があれば随時検証と見直しが行われている。</p> <p>サービス管理責任者が中心となって「個別支援計画作成会議・モニタリング会議」が開催されており、支援員や栄養士など多職種が参画し、多角的な視点から検証、見直しが行われていることが書面にて確認出来た。</p> <p>個別支援計画の内容に変更がない場合も、会議内で十分に考慮し、継続の必要性に納得ができるまで話し合うなど、より良いサービスの提供に向けた高い意識が醸成されている。</p> <p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。</p>		
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>支援内容については、業務ソフト「絆」に項目ごとに入力し、業務日誌として毎朝のミーティングで配布、看護日誌と合わせて毎日回覧し職員間で情報を共有している。</p> <p>しかしながら、業務ソフトへの入力の実施した支援内容の記載に留まっており、個別支援計画と一致しない内容も見受けられたため、支援したときの利用者の表情やしぐさなど、日々の変化を記録し、個別支援計画に反映させることで計画の更なる充実に努めていただきたい。</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>「個人情報の保護に関する規程」が整備され、個人情報管理者や基本方針等が定められている。職員は、服務規程に基づき、個人情報保護に係る誓約書へ署名するなど、徹底した取り組みが行われていることは評価できる。</p> <p>また情報公開についても規程に基づき、適切に開示請求に対応していることが書面にて確認出来た。</p>		