

評価細目の第三者評価結果

< 第三者評価結果: 共通項目編(救護施設) >

福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

共通1

(1) 理念・基本方針が確立されている	評価結果	判断理由等
理念が明文化されている	Ⓐ・b・c	社会福祉法人福島県社会福祉事業団として、事業団の果たすべき役割や生活保護法に基づく救護施設としての社会的責務等をふまえて経営理念を明文化している。また、その経営理念に基づきリーダー層と職員が一丸となって取り組んでいる姿が観察できた。さらには、これらを聴き取り調査や文書などにて把握でき、経営理念は利用者にもわかりやすく周知するために漢字にふり仮名をつけるなどして玄関前・施設内の廊下などに掲示されている。
理念に基づく基本方針が明文化されている	Ⓐ・b・c	経営理念に基づく経営方針として「人格・人権・命を守る」「自立した経営」「事業団の使命」「地域福祉の推進」の4項目を明文化し、これらを基に「利用者への姿勢、地域との関わり方、法人経営に対する姿勢・使命」等が具体的に示されている。経営方針は年度当初の機関紙や広報誌、パンフレット等にも明示されている。
(2) 理念や基本方針が周知されている	評価結果	判断理由等
理念や基本方針が職員に周知されている	Ⓐ・b・c	経営理念及び経営方針に基づき、事業計画を策定し、職員会議や内部研修会で全職員へ周知徹底をしている。さらには年1回実施している「救護施設サービス共通評価基準チェック表」で職員の周知度の確認を行い、その結果から職員の90%以上が経営理念や経営方針を理解しており、十分な取り組みが行なわれている。
理念や基本方針が利用者等に周知されている	Ⓐ・b・c	漢字にふり仮名をつけた文書を玄関前や廊下に掲示、利用者にはその都度説明を行っている。周知や理解を求める手段としての広報紙や地域住民向けパンフレット等も十分取り揃えている。機関紙や広報誌、事業計画には経営理念や経営方針が明示されており、機関紙や広報誌は利用者家族にも送付されている。経営理念や経営方針に対して利用者家族より面会時や外泊・外出際に、希望・要望等の聴取・確認を行っている。

2 計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている	評価結果	判断理由等
中・長期計画が策定されている	Ⓐ・b・c	平成20～25年度までの5年間を目途とした「県浪江ひまわり荘 中・長期事業計画」を策定し「管理運営の強化」「サービスの質の向上」「地域福祉支援の推進」の各項目に関する課題・問題点を整理し、経営理念や経営方針に照らし合わせた目標を明確に示している。
中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	Ⓐ・b・c	「県浪江ひまわり荘 中・長期事業計画」にある「地域福祉支援の推進」を救護施設としての使命や責務として、特に力を注いでいく方針を事業計画の中で明確化している。また、平成19年より双葉圏域4箇所のうちの1つとして相談支援事業を実施しており、相談件数も徐々に増えつつある等、事業計画を着実に実行している。

(2) 計画が適切に策定されている	評価結果	判断理由等
計画の策定が組織的に行われている	a・b・c	事業計画の策定にあたっては、「県浪江ひまわり荘 中・長期事業計画」を踏まえ、利用者も一緒に参画し、職員がそれぞれに分担しながら業務の中で組織的に取り組んでいることが、主任者会議及び事業報告書等の会議録より確認できた。特に事業報告書は管理運営、業務内容の評価を行い、次年度の事業計画へ反映できる内容となっている。
計画が職員や利用者に周知されている	a・b・c	全ての会議録は全職員へ回覧し捺印され、全職員に周知徹底されている。また、事業計画は全職員へ冊子として配布され、いつでも確認できるようにしている。利用者には、漢字にふり仮名をつけて廊下・玄関先に掲示し、その都度説明を行っている。また利用者家族へは年度初めに個別支援計画書と共に送付している。

3 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている	評価結果	判断理由等
管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している	a・b・c	施設長は社会福祉法人福島県社会福祉事業団としての管理規則や事務分掌を明示し、それを基に年2回職員からの聞き取り調査や利用者に対する相談を定期的に行っている。また施設長自ら職員とともに業務マニュアル化を行い、業務の標準化を進めている。人権擁護の誓約書も施設長が署名し廊下に掲示表明している。利用者への聞き取り調査において施設長としての信頼が厚いことが確認できた。
遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている	a・b・c	施設長は法令遵守に関する研修にはその都度参加し、職員会議などでの研修の伝達を欠かさず実施している事が会議録にて確認でき、また関係法令をリスト化し、日々の業務の中で職員への周知を徹底している。
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている	評価結果	判断理由等
質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している	a・b・c	救護版サービス評価基準(全国救護施設協議会)を用いた全職員による自己評価を実施し、さらにサービス改善計画書を作成し3ヶ月ごとに確認をしている。また、外部の方へ委員を委嘱して行う「施設サービス評価委員」によるモニター活動も年2回実施している。施設長は福祉サービス第三者評価(東京都版)を用いた利用者の聞き取り調査を行い実態把握に努め、サービスを客観的に見つめ直す等、組織としての取り組みに十分な指導力を発揮している。
経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	a・b・c	利用者の高齢化・重度化に伴い看護師を1名増員し、健康管理の充実や処遇部門の4係長制を導入し処遇水準の強化を図っている。職員にも「説明・同意の徹底」「コスト意識の呼びかけ」「サービス向上のためどんな事でも提案できる」等のシステム作りをし、施設長が迅速に対応する事で職員の意欲向上を図っている。また、QC活動()も行っており効率化と改善に対して積極的である。

QC活動()・・・品質管理の手法を用いて具体的な業務課題の解決に取り組み、その品質の適正保持・効率化・改善などの考え、実践する活動のこと。

組織の運営管理

1 経営状況の把握

共通3

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している	評価結果	判断理由等
事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	Ⓐ・b・c	施設への入所待機者名簿が作成されており、相双圏域の実態把握に努めている。また、浪江町の要請と地域の福祉ニーズの把握のために相談支援事業を開始し、地域福祉への貢献を目指している。救護施設としての責務や開かれた施設として、地域の方々との交流を図ることで、お互いに共有できることを探していこうとする姿に共生の精神が感じられた。
経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている	Ⓐ・b・c	財政状況を職員会議などで公表し、職員一人ひとりがコスト意識を持てるように周知徹底している。年度ごとの総括が次年度に反映できるような仕組み作りを、会議録・文書等より確認できた。社会福祉法人福島県社会福祉事業団としても、施設長会議の場で経営状況の分析や検討を行う等、改善に向けた取り組みが行われている。
外部監査が実施されている	a・Ⓑ・c	社会福祉法人福島県社会福祉事業団全体として外部の公認会計士による監査指導を受けているが、救護施設単体として外部監査は実施していない。客観的な監査結果に基づく経営改善への取組が期待できるものと思われるので、今後に期待したい。

2 人材の確保・養成

(1) 人事管理の体制が整備されている	評価結果	判断理由等
必要な人材に関する具体的なプランが確立している	Ⓐ・b・c	職員採用計画に基づき、国家資格などの有資格者の配置に心がけている。資格を取得する為の勤務の義務免除制度等を実施し積極的に推進している。現時点で、介護福祉士14名、介護支援専門員6名、栄養士3名(外部委託2名含)、看護師3名を配置し、利用者の重度化・高齢化に伴う必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立されている。
人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	Ⓐ・b・c	社会福祉法人福島県社会福祉事業団の人事考課実施要領に基づき、人事考課を実施している。職務遂行に関しての自己評価・直属上司の評価を行い第一次評価まで本人に公表し、職員の職務意欲向上を図っている。管理者による第二次評価は第一次評価とそれほど差がないこと、第一次評価で得られた結果で本人の努力すべき点は次年度の個人目標としてつなげられている。という理由により第二次評価の公表は本人に対しては行われていない。第二次評価は今後の課題となりえる。また、人事考課の実施要領は、職員の理解度も高く、職務遂行能力の育成と能力発揮につながっている。
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている	評価結果	判断理由等
職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている	Ⓐ・b・c	有給休暇が制度化され、その他に夏季休暇・子育て休暇(年2日間)が取れるようになっており、子育て支援にも積極的な職場である。また、年2回(5・10月)に管理者との個別面接を実施し、精神的な悩み等の相談を受け付けている。全職員からの業務改善の提案は、主任者会議で検討し、その結果をより良い救護施設づくりに反映させている。有給休暇取得状況や時間外勤務の実態は記録されており就業状況を把握している。
福利厚生事業に積極的に取り組んでいる	Ⓐ・b・c	全職員が福利厚生センターのソウエルクラブ及び事業団共助会に加入している。職員の精神保健対策は、社会福祉法人福島県社会福祉事業団運営の「メンタルヘルス相談事業」「なごむ法律相談所」制度を周知し、職員の心身の健康管理に努めている。

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている	評価結果	
職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	a・b・c	施設の「県浪江ひまわり荘 中・長期事業計画」で「人材育成の強化」が明示されており、毎年度作成する「職員教育基本方針」を基に職員が教育・研修に参加できるよう計画している。また、職務専念の義務免除の取り扱いを制定し、専門資格取得に配慮する、基本姿勢が明示されている。これまで、介護福祉士資格取得やケアマネジャーの更新研修等に職務専念の義務免除を行った実績がある。
個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている	a・b・c	職員ごとの研修履歴カードを基に職員別の研修の評価・分析を実施し、結果を次年度の計画に役立てている。また、外部講師を招いた各種内部研修会を年間計画で実施する等、基本姿勢に沿った教育・研修計画があり、計画に基づいた具体的な取り組みが行われている。
定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている	a・b・c	外部研修後、研修に参加した職員はレポートを作成し報告は行なわれているものの、施設内で職員間の共通理解を行うための内部研修は研修レポートを回覧するにとどまっている。
(4) 実習生の受け入れが適切に行われている	評価結果	判断理由等
実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している	a・b・c	実習生受入マニュアル、受け入れ計画書、実習プログラムが作成され、基本姿勢を明示している。年間4～5名の実習生また、資格取得を目的とした実習生も受入れている。その他、実習担当職員が養成校主催の実習指導者の研修も積極的に受講している。
実習生の育成について積極的な取り組みを行っている	a・b・c	資格種別ごとに作成した実習プログラム及び実習計画を作成し、また実習生を派遣している学校との打ち合わせを行い、効果的に目的が達成できるプログラムを策定している。また、実習期間中は実習生の指導教官を受入れ、スムーズに実習が実施できるようにしている。

3 安全管理

(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている	評価結果	判断理由等
緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている	a・b・c	緊急時及び感染症、投薬及び誤薬等の対応マニュアルや法人・施設内の組織図、緊急連絡先組織図等を整備している。さらに職員を対象に救急法の研修を年2回実施している。日頃から利用者個々人の健康管理を医師と連携し看護師が行っており、その取り組み内容については各種文書より確認し、リスクを最大限避けられるように組織として体制を整備し機能できるように努力している。
利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を執行している	a・b・c	リスクマネジメント委員会を毎月開催しており、また委員会でヒヤリハット()体験報告及び事故報告を分析し、事故防止対策が検討されている。利用者が重度化・高齢化している事もあり、未然に事故を防げるような業務手順の標準化を行い、事故防止に取り組んでいる。

ヒヤリハット()…重大な災害や事故には至らないものの、直結してもおかしくない一歩手前の事例。

(1) 地域との関係が適切に確保されている	評価結果	判断理由等
利用者や地域とのかかわりを大切にしている	a・b・c	「県浪江ひまわり荘 中・長期事業計画」において地域との関わりについて、開かれた施設を目指すことが明記されている。これに沿い、地域の集会所への広報誌配布、施設内掲示板への掲示、地域住民との行事・レクリエーション・スポーツ等が実施されている。途絶えていた夏祭りが今年は地域との共催によって施設敷地内で開催できた。また、5人が就労実習として地域内障がい者作業所に出向いている等、地域との関わりが増えている。
事業所が有する機能を地域に還元している	a・b・c	施設の体育館や会議室は、無料で地域住民が利用できるような旨の内容を回覧する等の取り組みを積極的に行なっているが、日常的に施設利用は行われていない。相談支援事業の開始と共に、相談件数と地域内社会資源との連携が徐々に増えつつあることは、この事業が施設が有する機能を地域へ還元する有効な手段となり得ることを示している。
ボランティア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・b・c	社会福祉法人福島県社会福祉事業団の「県社会福祉施設実習受入れ要領」及び施設の「実習・研修等受け入れに関する基本方針」において基本姿勢を明文化している。ボランティア育成についても浪江町社会福祉協議会主催のサマーショートボランティアスクールの受け入れや中学校生徒会との交流会を計画し実施する等、積極的に行われている。地域内にある他の施設とも、ふれあいマーケット等に参加し交流を図っている。
(2) 関係機関との連携が確保されている	評価結果	判断理由等
必要な社会資源を明確にしている	a・b・c	町内の社会資源の把握に努め、その情報を必要な部署に配布し活用されている。また、職員間でも情報の共有化に努め、廊下には社会資源マップを張り出し、利用者もすぐに見られるように配慮している。
関係機関等との連携が適切に行われている	a・b・c	双葉圏域にある相談支援事業所で毎月1回程度の連絡会(情報交換)を行い、施設からも継続して参加している。「地域自立支援協議会」の立ち上げの準備は、地域の福祉サービスに対する責務として対応し、地域の中の施設として地域貢献できる様に努力している。まだ立ち上げ準備段階であるため、今後は具体的な事例検討や新たな社会資源の開拓等が行われることを期待したい。
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている	評価結果	判断理由等
地域の福祉ニーズを把握している	a・b・c	「県浪江ひまわり荘 中・長期事業計画」における「地域福祉支援の推進」において、地域住民との連携強化、施設運営懇談会の中でニーズの把握や、「地域生活支援センターなみえ」の相談支援事業及び居住サポート事業を通じた地域社会福祉資源の情報収集について明示しているが、意見箱のみの設置となっており、積極性という観点からは十分ではない。
地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	a・b・c	社会福祉法人福島県社会福祉事業団の「地域福祉プロジェクトチーム派遣事業」による出前講座(地域の依頼により職員が出向き講座の講師を務める)を、施設としても計画・検討しており、現在は準備段階である。今後は具体的な取り組みに期待したい。

適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス

共通6

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている	評価結果	判断理由等
利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている	a) b) c)	利用者尊重や基本的人権への配慮を目指したケアをするために、ミーティング時には、年間・週間目標を立て、全員で目標事項の復唱を行う等共通の理解を深めるための確認を実施している。特に、身体拘束、虐待防止等では、定期的に研修し職員一人ひとりについての周知徹底のための取り組みを行っている。
利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している	a) b) c)	社会福祉法人福島県社会福祉事業団独自のマニュアル(介護、援助サービス場面におけるプライバシー保護に関する留意事項)を準用し、職員に配布されている。利用者は二人部屋のため、衝突する場合もあり、その際は本人の意思尊重を第一に話し合い、了解を得ながら同室メンバー変更するなどの対応を行っている。入浴・排泄時のプライバシー保護は十分注意・配慮し、可能な限りの同性介助の取り組みを行なっている。利用者個人の生活空間を確保する努力に十分というものはなく、今後さらなる取組を期待したい。
(2) 利用者満足の上昇に努めている	評価結果	判断理由等
利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している	a) b) c)	利用者の意向を把握した資料や個別相談面談の記録を確認した。「東京都版福祉サービス第三者評価(利用者調査)」を用いて、管理者及び職員が定期的に直接利用者と同面談し、満足度を把握し評価を行っている。また、意見箱が施設内2箇所に設置してあり、意見には必ず回答している。匿名のものについても回答を掲示する等十分な取り組みが行われている。
利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている	a) b) c)	施設内サービス評価委員会が利用者満足度調査を担当している。委員会には利用者4名も参加し、その結果は利用者及び職員にも報告されており、次年度のサービスに反映していくことになっている。
(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている	評価結果	判断理由等
利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している	a) b) c)	施設内2箇所に意見箱を設置し、利用者の苦情や意見等をいつでも受け付けることを可能にしている。また、施設長による「ひまわり相談(月2回)」、「職員と利用者の話し合い(月1回)」、「給食相談(月1回)」、「利用者自治会役員会(月1回)」、「総会(年2回)」、「美味しい給食を考える会(月1回)」等、施設長・職員との交流する場が設定され、相談相手を選択できる環境が整備されている。利用者からの意見等は全て施設長に報告されている。
苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している	a) b) c)	苦情対応についての規程、マニュアルが作成され、掲示されている。苦情は職員会議でも検討し、申し出た方に回答すると共に、内容は事業団のホームページでも公表していることから、周知及び解決への仕組みが機能している。
利用者からの意見等に対して迅速に対応している	a) b) c)	「お客様からの意見等に対する対応マニュアル」を整備し、意見等について記録、報告の手順が規定されている。意見箱や「ひまわり相談」「職員と利用者の話し合い」等において出された意見や要望について、迅速に対応しその結果を公表することで、利用者の不安を取り除く努力が認められる。

(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている	評価結果	判断理由等
サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している	a・b・c	年1回の救護版サービス評価基準(全国救護施設協議会)による評価や外部の方を委員として委嘱して行われている「施設サービス評価委員」によるモニター評価、そして今回の第三者評価を受審するため、これらの事前作業をサービス評価委員会が担当している。評価結果を次年度の事業計画に反映させている事からも、評価を行なう体制が整備され機能している。
評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている	a・b・c	職員の参画によって評価結果の分析を行い、全職員で施設の解決すべき問題点や課題の検討を実施している。明確に取り組むべき課題の抽出が可能となる仕組みがあり、解決すべき優先順位も書面に明文化されている。
課題に対する改善策・改善計画を立て実施している	a・b・c	改善すべき課題については、どこまで遂行できているか6ヵ月後に確認した上で再検討し、それを書面にして職員に配布し把握していく仕組みがある。また、改善策は3ヶ月毎に進捗状況を確認している。
(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している	評価結果	判断理由等
個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている	a・b・c	標準的サービスは援助マニュアル・介護マニュアルに基づいて、そして、個別対応は「業務手順書作成概要」に基づいて、職員間で協議し個別の業務手順書を作成し統一のサービスが提供されている。これらの手順書はいつでも職員が確認できるようになっている。
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・b・c	施設では、利用者の心身の状況により、その都度または、年度末に見直しを行い、ファイル冊子の差し替えと共に職員間での共有化に努めている。
(3) サービス実施の記録が適切に行われている	評価結果	判断理由等
利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている	a・b・c	サービス実施計画書及び記録により、個別支援計画は9月と2月の年2回にモニタリングを実施し、サービス実施の検証をした上で次回の個別支援計画を決定している。3ヶ月ごとに支援経過を取りまとめ、ケース記録に掲載する作業を行なうようになっている。
利用者に関する記録の管理体制が確立している	a・b・c	文書管理規程・個人情報保護規程及び記録管理規程によって、担当職員ごとに記録が保管されている。また、情報開示の請求があった場合の対応等を定めている。これらの管理についての教育は随時職員会議等で行なっており、その管理体制も整っている。
利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している	a・b・c	個別支援計画、個別リスク管理、利用者の状況については、朝のミーティングの中で職員間で共有し、医療・介護・行事・施設設備については、掲示板、周知伝達日誌、パソコンネットワークシステム等で職員が情報共有できるシステムが整備されている。

(1) サービス提供の開始が適切に行われている	評価結果	判断理由等
利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している	Ⓐ・b・c	施設のパンフレット、社会福祉法人福島県社会福祉事業団として開設しているホームページにより情報提供が行われている。その他に事業計画書、利用条件、サービス内容紹介、見学、体験入所、一日利用等で情報提供を行い、サービスを選択できる工夫を行なっている。これまでに体験入所は、入所前に希望者が3泊4日の日程で3、4名が行っている。
サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている	Ⓐ・b・c	サービス内容や利用料、身元引受人の設定、行政手続き等の説明と、身元引受人には必要時には来園して頂けるように等、必要事項の説明を実施し同意を得ている。また、個別支援計画書については、利用者本人にも説明を行っていることを自筆署名の同意書により確認できた。
(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている	評価結果	判断理由等
事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている	Ⓐ・b・c	退所者への対応は「退所手続きマニュアル」により行うこととなっている。利用者が高齢化していることもあり施設または病院での死亡による死亡退所が多くなっている。施設替えの場合等は必要に応じてケース記録や個別支援計画等の写しを提供している。地域生活に向けた支援は、関係機関との調整を行い連携できるように支援していきたいとの管理者の意向を確認できた。

4 サービス実施計画の策定

(1) 利用者のアセスメントが行われている	評価結果	判断理由等
定められた手順に従ってアセスメントを行っている	Ⓐ・b・c	毎年年度末に定期的なアセスメントの実施と見直しを行い、継続的な支援計画を作成している。最近では高齢化に伴って、急変等での入院を強いられる利用者が多くなり、その都度アセスメントを行なっている。
利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している	Ⓐ・b・c	「救護施設版個別支援計画書」によるアセスメントに基づき、利用者の日常生活や作業・クラブ活動・趣味等の場面ごとに年間事業計画があり、個別支援計画書には、全利用者について、援助目的やサービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。
(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている	評価結果	判断理由等
サービス実施計画を適切に策定している	Ⓐ・b・c	「全国救護施設版個別支援計画に当たっての考え方のマニュアル」に基づき個別支援計画を作成している。個別支援計画書では6ヶ月毎の見直しや3ヵ月ごとに支援経過のまとめを行なっている。支援項目や目標の決定は、担当者と係長で作成し、これらを主任者会議の中で決定し管理者へも報告するという仕組みが確立し、十分機能している。
定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている	Ⓐ・b・c	個別支援計画書では6ヶ月毎の見直しや3ヵ月ごとに支援経過のまとめを行ない、評価、モニタリングを全職員が共有できるようなシステムになっている。実施計画の見直しに関する手順を組織として定めている。