

福島県福祉サービス第三者評価結果表

① 施設・事業所情報

| | | |
|-----------------------------------|------------|--|
| 名称：福島県浪江ひまわり荘 | | 種別：救護施設 |
| 代表者氏名：園長 渡辺 ひろみ | | 定員（利用人数）： 80名（73名） |
| 所在地：福島県西白河郡西郷村大字小田倉字上上野原2番地2 | | |
| TEL：0248-21-9551 | | ホームページ： http://www.fukushima-sj.jp |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日：昭和46年4月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 福島県社会福祉事業団 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 30名 | 非常勤職員 2名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） 名 | |
| | 社会福祉士 | 1名 |
| | 介護福祉士 | 15名 |
| | 精神保健福祉士 | 1名 |
| | 看護師 | 3名 |
| | 栄養士 | 1名 |
| | 介護支援専門員 | 2名 |
| 施設・設備 の概要 | （居室数） | （設備等） |
| | 居室 40室 | 集会室、作業室、共有ダイルーム、 食堂、浴室、特別居室、静養室、 医務室 |

② 理念・基本方針

【理念】

（法人）「私たちはお客様の人格・人権・命を守ります。」

（施設）「明日につながるやさしい笑顔」

【基本方針】

（法人）「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」

（施設）1 お客様の人権を尊重したお客様主体の良質なサービスの提供

2 安心・安全なリスクマネジメント体制の強化

3 職員の専門性向上と人材育成の推進

4 合理的かつ効率的な経営意識の推進

5 社会資源としてのネットワーク構築と地域参加・地域交流の推進

③ 施設・事業所の特徴的な取組

双葉郡浪江町で施設運営をしていたが、平成23年に東日本大震災と原発事故で約100km離れた西白河郡西郷村の総合社会福祉施設太陽の国の仮設施設で避難生活を続けている。

このような特殊な環境の中で利用者の福祉サービス・事業運営に努めている。

法人を取り巻く環境の変化に的確に対応するように日々取り組み、利用者サービスの向上を図っている。具体的な取組として、利用者の日常生活が円滑に営まれるように援助したり(生活援助)、作業を通して生きがいある生活が持てるように援助したり(作業援助)、ひまわり班では、作業を通して生活の幅を広げている。また、レク班や園芸班では、製作を通して楽しみを見つけたり、作業や散策を通して気分転換を図っている。

④ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 令和4年5月13日(契約日) ~ 令和5年2月14日(評価結果確定日) |
| 受審回数(前回の受審時期) | 1回(平成20年度) |

⑤ 第三者評価機関名

福島県社会福祉協議会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

【利用者支援の充実に向けた取組】

職員は、利用者が笑顔で安心・安全な毎日が過ごせるように、日常生活支援の中で、支援の結果だけを求めず、利用者が迷ったり失敗する過程を含めて支援することと捉えており、否定して注意をうながしていくのではなく、利用者がモチベーションアップできるように温かく見守り、寄り添い、意思を尊重する支援を考え、組織全体として取り組んでいることは、高い評価に値する。

【利用者の権利擁護への積極的な取組】

利用者の人権侵害や虐待等が発生しないように、職員倫理綱領を全職員が読み込み、遵守している。利用者の苦情にも真摯に対応して、不適切な場面が発生した時には、速やかに原因を追及し、職員の自浄作用が機能して、利用者支援に一層努力しており、施設長をはじめとして職員の士気が高い。

【施設長による利用者支援の実践とリーダーシップの発揮】

施設長は、毎月の「ひまわり相談日」で直接、利用者の相談に対応するなど利用者に関わり添っている。

さらに、毎月開催される権利擁護推進委員会等に出席してアドバイザー的な立場で、職員に助言し、利用者個々に対しては、寄り添い、サービスの質の向上を図る等、積極的なリーダーシップを発揮している。

◇改善を求められる点

【地域の福祉ニーズに応じた公益的な取組】

地域共生社会が叫ばれるなか、法人本体と密に連携して、制度の狭間の生活困窮者や複合的課題を持つ世帯等の見えにくい地域ニーズに対しての取組を進めてほしい。

浪江ひまわり荘は、昭和46年に開設され今年で51年を迎える。浪江町に帰還するまでの間、地域の福祉ニーズ等を把握し、地域貢献に関わる事業を推進してほしい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福島県福祉サービス第三者評価、大変お世話になりました。

福島県浪江ひまわり荘は平成23年の東日本大震災及び福島第一原子力発電所事故により、浪江町から西郷村へ緊急避難を余儀なくされました。令和3年4月にプレハブ仮設から新仮設施設へ移転しましたが避難生活は今も続いています。

改善が求められる地域の福祉ニーズに応じた公益的な取組については、現在も仮設施設での避難生活ではありますが、法人と連携して地域の福祉ニーズ等を把握するために相双保健福祉事務所等にも今後も足を運び、地域情報の収集に努め、避難先である西郷村を含めて地域貢献に携われるようにしていきたいと思えます。

高い評価を頂きました内容は更に向上できるように取り組み、お客様の笑顔に繋がるよう今後も精進して参りたいと思えます。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果（共通評価基準）

※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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人の理念「私たちはお客様の人格・人権・命を守ります。」を掲げ、人権の尊重や個人の尊厳に関わる職員の姿勢を明確にしている。理念や基本方針は、ホームページやパンフレットに記載され、毎朝のミーティングで唱和、職員会議（毎月開催）で周知等している。</p> <p>また、利用者や家族には理解を促すため、漢字にルビを入れて廊下に掲示するなどの工夫をしている。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>職員は、各種研修会や会議に出席し、社会福祉事業、救護施設の動向や課題を把握している。また、現場レベルでは、利用者との日常的関わり、支援会議、毎年実施している満足度調査、利用者と施設長の面談等（年2回）でニーズ等を把握している。これらを基に施設長会議や次長会議で経営状況の把握・分析をしている。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>中長期経営計画策定委員会の策定実務組織「サービス作業部会」と「経営管理作業部会」でサービス提供のあり方、組織運営及び収支シミュレーションを行い、福祉サービス、職員体制、財務状況等の課題を明確にし、経営課題の解決や改善を行っている。また、これらの内容については、職員会議で職員の共通認識を図っている。</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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人として中長期経営計画があり、福島県浪江ひまわり荘職員が委員として参画している。委員は施設内利用者及び職員の意見等を集約して、策定にあたっており、今回計画された施設の改築についても参画し、実現している。</p> <p>計画の評価については、経営管理作業部会とサービス作業部会で「中長期経営計画の実施状況及び今後の課題の整理票」（計画の実施内容、成果、達成度を図るツール）を用いて、適切な計画の実行と評価・見直しを図る体制ができています。</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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人全体の中・長期計画は各施設から選出された職員等が中心となり、意見の集約や反映がなされており、令和5年度から改定された中・長期計画で事業が進められることになる。</p> <p>また、単年度計画は、中・長期計画に則って、項目が設定されており、利用者からの希望や職員からの意見をもとに、具体的な計画が定められている。研修会開催、実態調査実施やマニュアル見直し等、実施状況を確認しやすい計画であり、適切に評価を行える内容になっている。</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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>単年度計画については、毎年9月と年度末に4つの棟及び委員会ごと、事業評価及びその後の事業実施について協議し、その内容を職員会議で周知している。なお、給食委員会には利用者が委員として参加して、意見を述べている。</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・㉖・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画は、利用者に、4月に開催の自治会全体会（毎月開催）及び自治会役員会で説明して周知しており、随時確認できるように廊下等に掲示している。また、利用者家族には4月に家庭連絡票で周知している。</p> <p>職員に対しては、配布し、職員会議で重要な項目を中心に説明して共通理解を図っている。</p> <p>利用者家族に事業計画を配布しているが、少しでも施設運営等に興味をもっていただけるように、事業計画を簡潔にまとめて送付する等、理解しやすい配慮を図ってほしい。</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 | ㉖・b・c |

| | | |
|---|---|-------|
| | い、機能している。 | |
| <p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上について、毎月行われるサービス向上委員会で PDCA サイクルに基づき課題について評価を行っている。その結果を支援会議や職員会議で周知し、組織的にサービスの質の向上に取り組んでいる。</p> <p>また、年に1度「福島県福祉サービス第三者評価基準」に基づいて、全職員で自己評価を行うなど、日頃のサービス評価に加えて中期的・継続的にサービスの質の向上に励んでいる。</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>利用者や職員から上がった意見や課題等について、毎月開催されるサービス向上委員会や職員会議で評価や分析を行っている。</p> <p>また、施設サービス改善計画書で、具体的な改善のための取組や達成予定を定めて、職員会議や支援会議で共通理解を図っている。なお、サービス向上委員会を中心に必要に応じて福祉サービスの改善計画の見直しを図っている。</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>施設長は職員会議や広報紙で、その役割と責任を表明している。また、有事（災害、事故等）についても緊急時、利用者不明時、事故時、感染症発生時等、様々な場面において、施設長の役割が文書で明確にされ、リーダーシップを発揮し、その内容を次長や職員と話し合い、共通認識を図っている。</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>施設長は、救護施設の全国や東北ブロック組織の会議・研修で得た法令遵守に関する内容を職員会議や復命で職員に対して周知している。また、施設内部委員会である権利擁護推進委員会（毎月開催）に参加し、遵守すべき法令等を周知している。</p> <p>毎朝のミーティングで職員倫理綱領を唱和し、各職員が職員倫理綱領遵守度合いを確認する職員倫理綱領自己チェックを実施して、職員の法令遵守の徹底を図っている。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> | | |

| | | | |
|---|------------|---------------------------------------|-------|
| <p>施設長は良質かつ適切な福祉サービス提供するためのサービス向上委員会（毎月開催）に出席し、アドバイザー的な立場で、利用者個々に寄り添い、希望に添えるような日中活動活性化等に尽力している。</p> <p>施設サービス改善計画に反映させるための利用者満足度調査や個別支援計画の見直し策定にかかる会議の進行管理を行い、状況を把握しながら適切に指導している。</p> <p>毎月の事業所内で実施している研修に職員を参加させることはもとより、法人内部や対外的な研修に積極的に参加させて、職員のより一層、資質向上が図れるように力を注いでいる。</p> | | | |
| 13 | II-1-(2)-② | <p>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>法人全体の施設長会議等に出席し、利用率の状況や改善策を提示し、利用率向上のために市町村行政や保健福祉事務所等と適切な情報交換をしている。</p> <p>また、施設内の施設長をはじめとする主任者参加の主任者会議（毎月開催）や職員会議等において、コロナ禍の運営体制や介護職員加算等について指示し、業務の効率性や経営改善策等具体的に指示している。</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 | <p>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>法人本部と連携して、中途採用を積極的に取り入れたり、新任職員育成プログラム（プリセプター制度）を実施して、人材育成や職員定着を図っている。</p> <p>また、キャリアパス制度を取り入れ、権利擁護等を中心とした専門性を高める職員育成に努めており、研修担当者会議で人材育成・定着、研修成果等の検証等を行っている。</p> | | | |
| 15 | II-2-(1)-② | <p>総合的な人事管理を行っている。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>職員自ら将来を描くことができるよう「事業団キャリアパス設置要綱」を定め、職員個々のキャリア形成を支援している。</p> <p>また、人事考課については「事業団人事考課要領」により、職員が各階層に合わせて目標設定、評価を行い、施設長とともに人事ヒアリング等行いながら、職員の育成及び能力発揮の高揚を図っている。</p> | | | |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。 | | | |
| 16 | II-2-(2)-① | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向について、職員調書作成、施設長との個人面接で職員個人の状況把握を行っている。また、職員自身のストレスへの気づきやその対処支援のため「ストレスチェック制度実施規程」を定めて、毎年ストレスチェックを行い、メンタルヘルス不調となる</p> | | | |

| | | |
|--|---|-------|
| <p>ことを未然に防ぐ取組をしている。法人全体としてこころとからだの健康相談や法律相談窓口「なごむ」を利用し、いつでも相談を受け入れる体制を整えている。</p> <p>また、女性活躍推進法に基づく優良企業認定を取得し、女性の活躍しやすい環境整備を図っている。クラブ活動も盛んで、1クラブに20万円の助成をして、健康保持や職員間の交流を図っている。</p> | | |
| <p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。</p> | | |
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>職員は「利用者が笑顔になるために」毎年5月に個人と所属する部署の目標を定め、11月に各部署の上席者と面談し、目標の進捗状況を確認して評価する人事考課制度を取入れている。また、施設長による年2回の面談を行い、コミュニケーションを図りながら組織的に人材育成に取り組んでいる。</p> <p>新任職員には、プリセプター制度で、新任職員と指導担当職員、チーム責任者3者で面談や評価を行いながら細かな援助実施方法等について育成プログラムを設定している。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人として「福島県社会福祉事業団職員研修基本方針」を定め、利用者主体のサービス提供の推進のために、職員研修履歴カード等活用しながら、計画的な研修実施に努めている。</p> <p>法人や他機関で実施する階層別研修、課題別の感染症予防対策やリスクマネジメント研修等の参加に加え、施設内部では、研修委員会で検討、運営する毎月実施している内部研修でアンガーマネジメント研修や記録の書き方研修等、研修実施や評価の体制等が充実している。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人、施設として、職員の希望に合わせて教育や研修の場に参加できるように配慮し、研修受講後も受講報告書で目的や学んだこと、今後職務に活かせる点等のシート作成を義務付けて自ら振り返り、上席者のアドバイスを得て、研修が一過性のものにならないよう工夫している。</p> <p>また、介護福祉士や介護支援専門員資格取得制度を設け、働きながら資格取得しやすい体制整備に努めている。</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 | 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設における実習生等の受入は少ないが、「社会福祉施設実習受入要領」を定め、福祉や職場の魅力を直接伝える好機と捉え、実習等受入担当者は勿論、職員全員の意思統一を図っている。</p> <p>また、実習等受入計画を作成したり、実習等受入担当者に対する研修を行うなど、実習等受入体制の強化に努めている。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人ホームページや広報誌等で理念、基本方針、予算、決算等周知している。また、四半期ごとに事業団苦情受付内容・対応状況報告を掲載する等運営の透明性を確保している。</p> <p>利用者家族に対しては、個別支援計画と事業計画（年1回）、家庭連絡票（年4回）、利用者家族と関係機関施設には広報誌「せせらぎ」（年2回）、行事等施設の様子（ホームページで毎月）を掲載し、情報開示に努めている。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人として、事務、経理等は事務分掌等で権限・責任が明確になっている。また、事業経営・運営におけるチェック体制を確立するため、事業計画に内部統制の強化を掲げ、定期的に内部監査を実施している。</p> <p>外部専門家による施設サービス検証事業を実施しており、福祉サービスの客観的評価にも取り組んでいる。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>地域とのかかわりについては現在施設がある地域と避難前の地域双方に情報発信や関係性構築を推進することを文書化し、地域のイベント参加や清掃活動等の交流をしていたが、コロナ禍で、地域の行事参加は中断している。</p> <p>また、利用者に対しても、共有デイルームに市町村の広報誌を設置し、タイムリーな情報提供に努めている。</p> <p>買物については、コロナ禍であるため、選ぶ楽しみを希望する利用者のために移動販売業者を選定し、施設内で買い物ができるよう取組んでいる。</p> | | |
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>ボランティア等受入については、施設のことを知ってもらうことは勿論、人材確保や人材定着・育成に繋がる仕組みであるという基本姿勢を明示し、職員全員での受入体制構築を目指している。また、ボランティア受入れについては、マニュアル化されており、目的を持ってボランティアできるようになっている。</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 法人として、ボランティアや介護の技術等の周知をするため、講師を学校や地域に派遣する「地域福祉支援プロジェクトチーム派遣事業」を行っている。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <p>行政機関、福祉施設、病院、保健所等関係機関と連携を深め、緊急的な一時保護の受入等に努めている。</p> <p>今後は、救護施設の特徴であるセーフティーネット機能を発揮し、利用者のアフターケアを含めて、地域関係機関との連携による包括的相談や支援に取り組んでほしい。</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・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人として行政、障がいや高齢福祉施設・事業所、基幹相談支援センター等から現状や課題について情報収集に努めている。</p> <p>行政区長、消防団員、法人本部や施設長等参加の「地域の皆様との懇談会」を毎年開催しており、地域の意見や要望を伺い主体的に地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p> | | |
| 27 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人として大規模災害時における福祉避難所への派遣、県内福祉施設でクラスター発生時の応援職員派遣等に参画する等の地域貢献活動を実施している。</p> <p>今後は、規模の大きな法人のスケールメリットを活かして、他の単独施設法人や関係機関を主体的にリードし、制度の狭間の生活困窮者や複合的課題を持つ世帯等の見えにくい地域ニーズに対して、伴走型支援・包括的支援を展開してほしい。</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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>福島県社会福祉事業団として経営理念「私たちはお客様の人格・人権・命を守ります。」を宣言し、利用者を尊重し、良質なサービスを提供する職員の真摯な姿勢を明示している。</p> <p>また、法人の倫理綱領を基に、福島県浪江ひまわり荘職員行動規範を定めて、利用者の人権擁護に努めている。</p> <p>1ヶ月に1度、施設長が対応している「ひまわり相談日」は、直接利用者の相談を受けて</p> | | |

| | | |
|--|---|-------|
| <p>対応しており、利用者との信頼関係が築かれ、より充実した福祉サービス提供が図られている。</p> <p>毎月の「権利擁護推進委員会」には、利用者代表・虐待防止委員・管理者が出席し、意見を出しあうことで相互の理解を深めている。</p> | | |
| 29 | 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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護については、職員倫理綱領や行動規範そして基本介護技術(オムツ交換時は特に配慮している)に示され、職員一人ひとりが社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務を自覚してサービス提供に励んでいる。</p> <p>職員倫理綱領自己チェックを実施し、利用者のプライバシーの保護の徹底を図っている。</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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設利用希望者に対して、施設のパンフレット、施設利用に当たっての注意事項、浪江ひまわり荘の一日、入所までに準備していただくものについての情報に、写真を入れたり、漢字にルビを入れてわかりやすく説明している。</p> <p>利用者(予定者)に提供する情報は適宜見直し、よりリアルな情報となるよう努めており、施設内の見学の希望にも対応している。</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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始・変更にあたっては、利用者や家族に、わかりやすく説明し、同意を得た上でサービスを開始している。同意・承諾した年月日を記入した同意書を書面で残している。</p> <p>利用者の満足度をあげていくために、個別支援計画書に基づき、利用者の希望・要望を適切に把握し、必要な支援を提供している。</p> <p>意思決定の難しい利用者に対しては、日常の関わりから表情・行動等を読みとり、対応している。</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・㉖・c |
| <p><コメント></p> <p>入所施設の変更や家庭への移行時、利用者の同意を得て、必要な記録や個別支援計画の写を提供して、利用者の福祉サービスの継続性に充分配慮している。</p> <p>また、福祉サービスの利用が終了した後、利用者や家族等が相談できるように相談者を業務係長として窓口を設置しているが、福祉サービスの継続性に配慮した引継ぎ文書を定めてほしい。</p> | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | 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 | ㉖・b・c |

| | | |
|--|--|-------|
| | を行っている。 | |
| <p><コメント></p> <p>利用者満足の向上のために、利用者と家族に対し、1年毎に満足度調査を実施している。</p> <p>また、毎月自治会全体会を行い、各棟の利用者と職員が出席し、利用者からの希望・要望を聞くことで、利用者寄りそったサービス支援をしている。</p> <p>定期的に「みなさまの声」の投書結果を記録化し、内容に応じて具体的にサービスの改善策がとられている。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決の体制が整備されており、利用者に苦情の受付から解決までの経過についてわかりやすく説明している。</p> <p>苦情解決委員会や虐待防止委員会のお知らせが玄関や廊下に掲示されている。</p> <p>また、利用者の食堂前等に意見箱を設置しており、利用者の声が出やすいように配慮している。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者が相談や意見を述べやすいように、各棟や食堂前に意見箱を設置している。また、施設長が直接利用者と会い、意見や要望が言えるように「ひまわり相談日」を設けている。</p> <p>実際、「ひまわり相談日」で施設長が受付けた苦情について、虐待防止委員会の職員が中心となって対応するなどの体制を整えている。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見に対して、施設長をはじめ職員全体で対応している。各棟や食堂前に意見箱を設置して利用者が日常的に気軽に投書できるほか、「ひまわり相談日」に出てきた苦情について、苦情受付書に記録して虐待防止委員を含む権利擁護推進委員会を中心となり、支援会議で対応している。また、職員等が自治会全体会に利用者と一緒に出席して、意見・要望・苦情等を聴きとり、状況を把握している。さらに、権利擁護推進委員会で解決できない場合は、苦情解決第三者委員により対応している。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者に安心、安全な福祉サービスを提供するために、「リスクマネジメント実施要領」が制定されている。これには、安全確保に関する責任や役割に対する管理体制、リスクマネジメント委員会の設置ならびに運営方法が示されている。施設内の危険箇所のチェックを行い、修繕に努めている。また、毎月ヒヤリハットの検証を行い、事故防止につなげている。</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 | ①・b・c |

| | | |
|---|--|-------|
| | めの体制を整備し、取組を行っている。 | |
| <p><コメント></p> <p>毎年、感染症の流行シーズン前に内部研修を実施している。5月には、全職員対象で看護師を中心に医務室でグリッターバグ（手がしっかり洗えているかのチェック）の研修を実施している。</p> <p>マニュアルについては、保健感染対策・労働安全委員会で定期的に見直している。</p> <p>今年、職員がコロナに感染した際、施設内消毒はもちろん、ゾーニングも徹底している。利用者への感染を避けるために、食事を二部制にしたり、利用者には、手指の消毒・マスク着用等の徹底を図り、感染拡大防止に、しっかり取り組んでいる。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>災害時における利用者の安全確保のために、非常事態対策本部の設置を含めた「事業団非常事態対策本部設置要領」が制定されている。地震、集中豪雨、火災発生時マニュアルも整備され、職員会議で全職員に年度当初に説明し、周知している。食料は1日3食、3日間備蓄している。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>標準的な実施方法として「基本介護技術」があり、車椅子移乗・食事・オムツ交換等マニュアル化しており、内部研修等で職員に周知徹底している。新任職員育成にも力を注ぎ、OJTを通して職員として基本的役割が果たせるように個別の指導に力を入れ、利用者の日常生活に関わるリスクを把握して、安全にすごしていただけるように支援している。</p> <p>福祉サービスを提供する際に、特に対話が困難な利用者に対しては、日々のかかわりの中で利用者の思いをくみとり、表情を見ながら支援している。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>標準的な実施方法について、「介護マニュアル」「援助マニュアル」の見直しは、利用者のリスク状況を随時把握して、各棟の会議等で見直し、サービス向上委員会で、サービスの実施方法の検証・見直し時期を定めている。職員は利用者に寄り添いながら、個別支援計画の内容についても支援内容方法を利用者の体調の変化等をよく観察し、見直しをして良好なサービス支援に努めている。</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支援計画を適切に策定している。 | ①・b・c |

| | | |
|--|---|-------|
| <p><コメント></p> <p>アセスメントにもとづく個別支援計画をケース担当職員が、施設長・看護師・次長等に相談・協議して利用者一人ひとり詳細に適切に策定している。</p> <p>利用者の希望や要望にそって、良好な福祉サービスが行えるように、3ヶ月毎にモニタリングを実施し、検証・評価している。職員面談時に同性介護・セクハラ問題等についてもよく状況を把握しながら適切に策定している。</p> <p>困難なケースの対応についても各棟職員・看護師等が中心となって行われる毎月の支援会議で十分検討され、適切な福祉サービスが提供されている。</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>3ヶ月毎にモニタリングを実施して個別支援計画の評価・見直しをしている。個別支援計画策定について、職員が、個別支援計画を策定する際、日常の関わりから計画に反映させる仕組みが記載された「手引き」があり、充実した質の高い福祉サービスが提供されている。</p> <p>—「手引き」のコメント—</p> <p>「お客様と一緒に作る部分です。改まって聴いても急には出てこないし、一時的なその場の要望かもしれません。日頃の会話や傾聴、3ヶ月のモニタリングがあなたを助けてくれますよ。」</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>利用者に関する福祉サービス実施状況の記録については、浪江ひまわり荘の全職員で情報が共有できる業務ソフトを使用している。パスワードで管理されており、個人情報がおもにもれることなく、すべての記録を閲覧することができる。</p> <p>ケース記録には、利用者の身体状況をはじめ、生活面での特記すべきことならについて日時・項目・内容が統一した様式によって詳細に記録されている。</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>利用者に関する記録の管理について、「個人情報の保護に関する規程」が制定されている。また、個人情報の取り扱いについては、入所の折に、利用者や身元引受人等に説明し、同意を得て「個人情報提供についての同意書」を作成している。</p> | | |

第三者評価結果（内容評価基準）

※すべての評価細目（18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。

A-1 支援の基本と権利擁護

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| A-1-(1) 支援の基本 | | |
| A① | A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | ③・b・c |
| <p><コメント></p> <p>日常的な支援、利用者面談、利用者の声だけでなく表情やしぐさ等から、利用者の特性や意向を把握し、その内容を個別支援計画に反映させている。また、結果だけを求めず、利用者の迷ったり、失敗する過程を大切に自己決定を尊重している。</p> <p>普段の日中活動以外にも、カラオケクラブ、写真クラブ、ゲートボールクラブ等に部長、副部長をおいて自主的な活動を支援している。</p> <p>生活のルール等については、自治会役員会や自治会全体会で話し合う機会を設けて決めている。</p> | | |
| A② | A-1-(1)-② 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | ③・b・c |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画を基に、生活のリズムを整え、利用者自身の性格や特性にあわせて、褒めたり、確認したり、支援することを職員全体で意思統一して自律・自立支援に取り組んでいる。</p> <p>また、サービス向上委員会（毎月開催）で、個別支援計画の見直しや策定にかかる会議開催の進行管理等を行い、利用者本位の良質かつ適切な福祉サービスを提供している。</p> | | |
| A③ | A-1-(1)-③ 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | ③・b・c |
| <p><コメント></p> <p>発語ができず、意思表示が難しい利用者には、特に信頼関係を積極的に構築し、表情やジェスチャーでその気持ちを読み取るなど、利用者の心身の状況に応じた意思疎通を図っている。また、全盲の利用者には、音の出る時計等の器具を取り入れて、利用者の特性に合わせたコミュニケーションに努めている。</p> | | |
| A④ | A-1-(1)-④ 利用者の自己決定を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 | ③・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設長による「ひまわり相談日」や利用者希望時に個別に相談する機会を設けている。また、「みんなの声投書箱」や自治会で、利用者自身の気持ちを表明したり、話す機会を設けて</p> | | |

| | | | |
|--|-----------|--------------------------------|-------|
| <p>いる。</p> <p>支援会議で、利用者からの相談に基づき、処遇全般、援助業務に関することを話し合い、職員全員に周知している。</p> | | | |
| A⑤ | A-1-(1)-⑤ | 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>日常の支援の関わり、個別面談、自治会等により、利用者の個別支援計画にもとづく日中活動の希望を確認し、利用者から選出された部長、副部長をもとに自主的なカラオケ、ゲートボール、写真クラブ実施の内容等に反映している。</p> <p>また、夏祭りや忘・新年会実施にお客様協力員制度を設けて、利用者の希望に応じた企画・運営や検討・見直しを行っている。</p> | | | |
| A⑥ | A-1-(1)-⑥ | 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境を確保している。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設建物は東日本大震災・原子力災害により避難し、仮施設で生活していたが、令和3年に新しく建替えられた。建替えにあたり中庭でガーデニングができるようにしたり、建物の外周を散歩できるようにする等、利用者の希望を反映させた。営繕・環境整備係を設け、職員と利用者ともに環境整備、快適性の確保に努めている。</p> <p>居室は利用者の障がい特性や身体状況、性格等配慮して、状況に応じた居室変更等柔軟に対応している。</p> | | | |

| | | | |
|---|-----------|----------------------------|---------|
| | | | 第三者評価結果 |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 | | | |
| A⑦ | A-1-(2)-① | 利用者の権利侵害の防止等に関する取組を徹底している。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>職員個人では、職員倫理綱領自己チェックや権利擁護に関する誓約書で自署捺印（年1回）を行い、利用者の人権擁護に努めている。また、施設では毎月開催する権利擁護推進委員会で虐待防止、同性介助、プライバシー保護、個別ケース等について話し合い、利用者の権利や職員の権利意識の高揚に努めている。</p> <p>法人全体でも「お客様への虐待防止に関する指針」を定め、虐待の定義や虐待が起きる要因や背景等の周知徹底を図っている。</p> | | | |

A-2 生活支援

| | | | |
|--|-----------|-------------------------------|---------|
| | | | 第三者評価結果 |
| A-2-(1) 日常的な生活支援 | | | |
| A⑧ | A-2-(1)-① | 利用者の障害・疾病等の状況に応じた適切な支援を行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の障害・疾病等の状況に応じた適切な支援を行うために、内部研修で、「グリッターバグ手洗い」「医療等の知識について」「精神障害者への支援について」等々、支援に必要と</p> | | | |

なる専門知識の習得とサービスの向上を図っている。

法人には「福島県太陽の国クリニック」があり、内科及び精神科医師が常駐しており、24時間対応しているので、緊急時等には安心して受診することができる環境が整備されている。

また、非常勤で皮フ科・整形外科・歯科医師も対応しており、施設の看護師が医師から適時アドバイスを受けて、利用者の支援方法について支援会議で検討している。

| | | |
|----|--|-------|
| A⑨ | A-2-(1)-② 利用者の個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。 | a・b・c |
|----|--|-------|

<コメント>

利用者の個別支援計画にもとづき、入浴支援時には、注意して全体観察をしている。「転倒してキズがないか」「あざはあるのか」「皮フの疾患はないか」等々、利用者の変化に気づき、かゆいところに手が届く支援に努めている。

また、排せつ支援において、病院から入所した利用者が、日々の職員による訓練でオムツをはずすことができた例もあり、利用者の尊厳に配慮し、介助方法等に工夫がなされている。

| | | |
|----|--|-------|
| A⑩ | A-2-(1)-③ 利用者の嗜好や心身の状況にあわせて食生活を支援している。 | a・b・c |
|----|--|-------|

<コメント>

利用者の年に1度の嗜好調査から、希望リクエストを献立に反映させている。また、秋のサンマや夏のそうめんやお月見の時のデザートを工夫する等して季節の変化を感じてもらい工夫をしている。毎月実施する給食委員会には、利用者や食事委託業者にも出席してもらい、おいしく楽しんでもらう配慮をしている。

また、食事介助に関する内部研修も実施して、利用者に安心・安全な食事提供に取り組んでいる。

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| A-2-(2) 機能訓練・生活訓練 | | |
| A⑪ | A-2-(2)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 | a・b・c |
| <コメント> | | |
| 福島県太陽の国クリニックの医師や施設の看護師の指導・助言をもとに利用者の心身の状況に応じて、日々の生活動作に工夫を加える等の生活訓練を行っている。 | | |
| また、ラジオ体操や軽運動、施設周辺を散策する等、利用者の訓練に対するモチベーションがあがるよう、関係する職種が連携して体力の維持向上に努めている。 | | |

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| A-2-(3) 健康管理・医療的な支援 | | |
| A⑫ | A-2-(3)-① 利用者の健康管理の支援と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | a・b・c |
| <コメント> | | |
| 利用者の健康管理の支援と体調変化時の迅速な対応等について、施設の看護日誌に、申し送り事項や心身の状況・発作時等の対応が記録され、担当職員は安心して支援・行動するこ | | |

| | | |
|--|--|-------|
| とができる体制が図られている。健康管理に関する各種マニュアルも整っており、利用者のバイタルチェックも毎日行い、体調変化時には、看護師と密に連携を図り、クリニックへつないでいる。 | | |
| A13 | A-2-(3)-② 医療的な支援を適切な手順と安全管理体制のもとに提供している。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設には、現在 79 名が入所している。そのうちほとんどが服薬しており、薬の管理については、適切にできている。また、定期的に改定された医薬品管理マニュアル、誤薬時対応マニュアル、与薬対応マニュアルを定めて、個別支援計画の基本情報にある既往歴などを理解し、適切な支援に努めている。</p> | | |

A-3 自立支援

| | | |
|---|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(1) 社会参加の支援 | | |
| A14 | A-3-(1)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加のための支援を行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>以前は、利用者の希望と意向を尊重して支援していたがコロナ禍のため、現在は、外出・外泊・面会等について制限している。</p> <p>自治会全体会において、利用者から家族に会いたいとの要望があったが、コロナ禍のため、難しいことを理解していただいている。</p> <p>地域の一斉掃除に参加し、地域のいろいろな人にふれあい交流を図り、利用者の社会参加のための支援に努めて、利用者の意欲向上につながっている。</p> | | |

| | | |
|--|---------------------------------------|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(2) 就労支援 | | |
| A15 | A-3-(2)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の地域移行に対する不安を解消するために福祉事務所との連携も図りながら施設長をはじめとする担当職員等で話し合いを重ね、地域移行となったケースを東北大会で事例発表した。</p> <p>現在、利用者は、高齢化・重度化が進んでおり、就労を希望する方は少ないが定期的に話し合いをする中で、「働きたいが、その経験がないので不安だ」等一人ひとりの思いをすいあげ、情報提供などの支援を行っている。</p> <p>また、自発的に施設内廊下のモップがけのお掃除や中庭の花壇の手入れ等をしている利用者に対しては、働く意欲の維持・向上のための支援を行っている。</p> | | |

| | | |
|--------------------|--|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(3) 家族等との連携・支援 | | |

| | | |
|---|------------------------------------|-------|
| A16 | A-3-(3)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の家族等との連携と支援について、広報誌「せせらぎ」や家庭連絡票「ご家族への連絡票」(年4回発行)を家族等へ送り、施設での利用者の生活状況等について報告している。家族からも元気に過ごしている事がわかり安心していきますとの声もいただいている。現在、新型コロナウイルス感染予防のために、ご家族等との交流は自粛しているが、コロナ感染の状況が落ちつけば、従来どおり帰省や交流を図っていきたくと考えている。</p> <p>希望する利用者は、施設内の電話を使用して家族等との連絡をとっている。</p> <p>利用者の体調不良や急変時の家族等への連絡はマニュアル化されており、全職員に周知している。</p> | | |

| | | |
|--|--|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | |
| A17 | A-3-(4)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>現在、2名の利用者が地域生活への移行を希望しており、地域生活に必要な社会資源等に関する情報を提供して、意向に添えるように、地域の行政等と連携して支援を行っている。</p> <p>コロナ禍で状況は大変厳しいが、利用者本人の希望と意向を尊重して、身元引受人へお伝えする働きかけをしている。同意と理解を得ることが難しいが、根気強く話し合いを重ねて見守り、自立できるように支援している。</p> | | |

A-4 地域の生活困窮者支援

| | | |
|--|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-4-(1) 地域の生活困窮者等の支援 | | |
| A18 | A-4-(1)-① 地域の生活困窮者等を支援するための取組や事業を行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>地域の生活困窮者等を支援するために、全国救護施設協議会や東北地区救護施設協議会の動向に注意して、救護施設が果たすべき社会的使命・役割について自覚し、地域の関係機関や他の福祉施設等と情報を交換して、緊急の受け入れにも積極的に取り組んでいる。</p> <p>最近では、急に住むところが無くなってしまった地域の生活困窮者の緊急入所について、その日のうちに対応したケースがあった。</p> <p>職員も生活困窮者自立支援のあり方についての検討会の研修や触法障がい者への理解を深める研修等に参加し、学習協議する機会を設けている。</p> | | |