

秋田県福祉サービス第三者評価結果表

① 第三者評価機関名

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：障害者支援施設 更望園		種別：障害者支援施設	
代表者氏名：石坂 洋和		定員（利用人数）：30名	
所在地：秋田県鹿角郡小坂町小坂字大石平 45			
TEL：0186-29-3740		ホームページ： https://a-hanawahukushikai.jp	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：昭和59年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 花輪ふくし会			
職員数	常勤職員：	20名	非常勤職員 1名
専門職員	（介護福祉士）	7名	（調理員） 3名
	（看護師）	1名	（医師） 1名
	（栄養士）	1名	
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）	
	20部屋（55.8㎡～337.25㎡）	一般浴槽、中間浴槽	

③ 理念・基本方針

■理念■

「笑顔とありがとうの心で地域福祉を創造します」

■基本方針■

- 1、良質のサービス提供
- 2、情報開示、透明性の確保
- 3、人権擁護と利用者主体
- 4、地域からの信頼

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者の権利擁護に努め、意思決定支援を推進している。利用者の障がいや加齢に伴う心身の変化を把握し、自己選択・自己決定に基づき、利用者が明るく安全に安心な生活を営むことができるよう支援している。
- ・「気づき・利用者の声」を職員間で共有し検討・対策を進めて、利用者支援やリスクマネジメントに繋げている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年9月25日（契約日）～ 令和5年12月22日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	3回（令和元年度）

⑥総評

◆特に評価の高い点◆

・法人の理念、経営方針に沿った10年間の「中長期基本計画」と、それにリンクした3年間の第五次基本計画が策定されており、数値目標や具体的な成果が明記されたものになっている。法人は秋田県のSDGsパートナーに登録されており、第五次計画もSDGsを意識した作りとなっている。

・法人の「人財育成の取り組みに関わる指針」に基づき人材の確保や育成が実施されている。法人内に人財育成委員会が組織されており機能している。新人職員と異動職員を対象としてエルダーメンター制度を取り入れストレスなく効率的な育成ができる仕組みとしている。

・日常業務の中で職員が気づいたことなどを「心配先回り・気づき・利用者の声」として集約し、内容についてリスクマネジメント委員会で話し合って共有している。

・利用者の権利擁護等に係る姿勢が明記された「法人ケアマニュアル」が策定されており、職員に周知されている。標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかについては、項目ごとに年2回チェックし確認しているほか、職員の意見や家族アンケートを反映する形で見直す仕組みとなっている。

・不適切ケアチェック、事故・ヒヤリハット報告の検証や再発予防の仕組みが確立している。毎月行う不適切ケアチェックとともに、月の初めは事故やヒヤリハットについて各棟会議、リスクマネジメント会議での検討を経て、サービスマネジメント会議、経営会議にて共有している。

◆更なる評価の向上が期待される点◆

・事業計画は、4月の集会で利用者に説明するとともに、内容を施設内に掲示することで周知しているが、今後は、利用者向けに配慮したよりわかりやすい資料の作成などに努めることにより、更なる理解促進が図られるよう期待する。

・利用者の重度化、高齢化が進行しているなかで様々な制約があることは十分理解できるが、利用者本人が自分らしく生活するために重要な要素である、社会参加や学びへの関心を持ち続けられるよう、施設側からの能動的な働きかけを含めて更に工夫を凝らしていくことを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

◆更なる評価の向上への取り組みについて◆

○事業計画のご利用者様などのへ周知と理解の促進について

・事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料の作成などを行い、ご利用様等がより理解しやすいように工夫を行ってまいります。

○ご利用者様からの相談や意見に対して対応マニュアルの整備について

・ご利用様の相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、内容の分類、それに応じた対応策の検討等について、マニュアル等を整備するなど一定のルール化を進めて、組織的かつ迅速な対応を行い、福祉サービスの質の向上に努めてきます。

○ご利用者様の社会参加や学びを持ち続ける工夫について

・ご利用様の希望や意向を把握し、社会参加に関する情報や学習・体験の機会を提供することや、ご利用者様を尊重した柔軟な対応や支援、働きかけて行い、社会参加や学びへの関心を持ち続けられるよう支援に努めていきます。

今回評価していただいた結果を参考にさらにサービスの質の向上を目指して取り組みたいと思います。

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。

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目について、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。

【共通評価項目】

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、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<p><コメント></p> <p>法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。</p> <p>理念、基本方針は法人パンフレットや「第五次基本計画(令和4年度～令和6年度)」に明確に示されホームページ等で周知されている。法人の理念を基に利用者支援の実現を明確化した施設の運営方針が策定され単年度事業計画で示し施設内にも掲示して周知が図られている。</p> <p>理念・基本方針は職員の行動規範ともなっていて、所内会議等の際に出席者で唱和し浸透を図っている。また、毎年4月に施設長が利用者へ事業計画等について説明し、家族へは施設広報誌を通じて周知を図っている。</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が的確に把握・分析されている。	a
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>経営会議を毎月開催し施設の稼働率、収支状況等を把握し情報共有に努めている。法人主催の施設長会議にも参加して全体の運営指針の確認や経営状況の把握分析に努めている。また、3か月ごとに開催される自立支援協議会にも参加し社会福祉事業全体の動向把握や意見交換をしている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。</p> <p>法人の経営状況や経営課題については施設長会議で共有化されている。施設内の経営課題については経営会議を開催して明確にし、解決に取り組んでいる。業務にトヨタ生産方式の考え方を取り入れ、職員に周知を図り作業能率の向上とコスト削減につなげている。</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が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<p><コメント></p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>令和3年に法人の理念、経営方針に沿った10年間の「中長期基本計画」が策定され、それにリンクして第五次基本計画が策定されている。この計画は前期の第四次計画を総括したうえで、数値目標や具体的な成果が明記されたものになっている。</p> <p>法人は秋田県のSDGsパートナーに登録されていて、第五次計画もSDGsを意識した作りとなっている。</p>		
5	I-3-(1)-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
<p><コメント></p> <p>単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。</p> <p>事業計画は、中・長期計画に基づき毎年職員の意見を集約して策定されている。計画には運営方針、重点事項を始めとして生活支援、リスクマネジメント、会議、研修に関する事等が網羅的に掲載されていて、行事計画は別枠で作成されている。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>事業計画は、毎年職員会議で各担当ごとに案を出し合い、それを集約し策定している。9月の職員会議で上半期の進捗状況を振り返り、必要に応じて下半期から対応するなど、実施状況の把握や振り返りを組織的に行っている。事業計画書は職員に配布され職員会議等で説明し周知を図っている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画を利用者等に周知しているが、内容の更なる理解促進が図られるよう期待する。</p> <p>事業計画は、4月の集会で利用者説明するとともに、内容を施設内に掲示している。年4回発行の広報誌の4月号に掲載し家族にも周知を図っている。「利用者が語る会」(年2~3回不定期に開催される食事会)の際に行事等の意見を聴取し、計画に反映させている。</p> <p>今後は、利用者向けに配慮したよりわかりやすい資料の作成などに努めることにより、更なる理解促進が図られるよう期待する。</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が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>事業計画に「サービスの質の向上」を掲げて、施設全体で取り組んでいる。「法人ケアマニュアル」「更望園版ケアマニュアル」「入所者個別の介護票」を使用して標準化を図り支援の質の向上に努めている。また、各部署でのそれぞれの取組みと事業所全体の取組みを連動させ、サービスマネジメント委員会にて結果を分析し評価している。</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。	a
<p><コメント></p> <p>評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。</p> <p>明確になった課題については、職員間で共有し男女別の棟会議で検討し改善を図っている。第三者評価を受審しない年度においては、利用者に対する「満足度調査」を実施し、検討改善を図っている。その結果は施設内の掲示板に掲示している。</p> <p>また、日常の業務において「気付き等報告書」を作成し、それを通じて職員間で課題の共有化を図られている。</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) 管理者の責任が明確にされている。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>管理者は、施設の経営・管理に関する方針と取り組みを明確にして、職員会議等で周知を図っており、入所者や家族へも伝えている。職務分掌については明文化され周知が図られている。</p> <p>管理者は、小坂エリア3施設を統括するリーダーであり、法人の理念方針を職員に的確に伝える役割も果たしている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。</p> <p>管理者は、法人本部の内部監査担当部署に所属したことがあるため、法令遵守の重要性について精通しており、職員会議等折に触れて周知の徹底を図っている。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>エルダーメンター制度の指導、1on1 ミーティングの総括、OJT の取り組みの充実等を通じて福祉サービスの質の向上にリーダーシップを発揮している。</p>		
13	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。	a
<p><コメント></p> <p>管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>施設長会議で法人経営面の方向性を確認し、経営会議で施設の経営や収支状況を分析している。トヨタ生産方式の進行管理をすることで指導力を発揮し、経営改善や業務の実効性の向上に向けた取組を行っている。</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、人事管理の体制が整備されている。		
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が確立し、取組が実施されている。	a
<p><コメント></p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。</p> <p>法人の「人財育成の取り組みに関わる指針」に基づき人材の確保や育成が実施されている。法人内に人財育成委員会が組織されていて機能しており、職員の定着にもつながっている。新人職員と異動職員を対象としてエルダーメンター制度を取り入れストレスなく効率的な育成ができる仕組みとしている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>総合的な人事管理を実施している。</p> <p>法人の「人事考課規程」が整備されており的確に運用されている。「1on1 ミーティング」、「業務管理シート (Do-Cap シート)」、「人事考課表」等の制度を活用して総合的な人事管理が行われている。また職員の希望・要望については「自己申告書」を職員全員が直接法人本部に提出する仕組みも作られており、職員の意見・意向等を検討分析することで業務改善につなげている。</p>		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。</p> <p>1on1 ミーティング等職員との面談機会の際に意見を聴取し働きやすい職場づくりに反映させている。</p> <p>職員のストレスチェックを毎年実施し必要があれば協力病院の医師からカウンセリングを受ける仕組みが構築されている。</p> <p>休暇・休業がとりやすい環境づくりに努めているほか、法人の福利厚生も充実している。</p> <p>「心配先回り・気づき・利用者の声」の制度を作り、利用者、職員の美点・良点を拾い施設長が評価することで職員の融和とやる気を喚起している。</p>		
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	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
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。</p> <p>「目標管理シート」を活用した目標管理制度が構築されていて、各職員は各自課題を基に目標を立てその達成に向けて取り組み、上司の評価面談を通して個々のスキルアップとサービスの質の向上を図る取り組みをしている。また、人財育成委員会等を通じて進捗状況の確認が図られている。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p><コメント></p> <p>組織として職員の教育・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。</p> <p>法人の人材育成計画「人財育成の取り組みに関わる指針」に基づき、教育・研修が実施されている。</p> <p>新任職員、異動職員の育成にはエルダーメンター制度を導入している。また、階層別の職員研修が法人でシステム化されている他、所内研修会も職員の意見を取り入れて実施されている。</p>		

19	Ⅱ-2-(3)-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
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。</p> <p>事業計画の策定に合わせ、職員の意見要望も取り入れつつ、研修計画が立てられており、法人の研修体系も充実している。また、資格取得のための研修やキャリアアップのための研修も積極的に推奨され職員のやる気を喚起している。</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・育成が適切に行われている。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。</p> <p>実習生受け入れの基本姿勢や担当者の役割り、プログラム、評価等が網羅された「実習指導マニュアル」が策定されていて、実習担当職員も配置されている。施設の立地環境から最近は受け入れ実績はないが、過去に実績のある福祉大や専門学校等との連携を図るため「実習担当職員打合せ研修会」へも出席し、受入申請及び実施状況案内を提出する等努力している。</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が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。</p> <p>法人ホームページで定款、財務諸表、事業計画等を情報公開し運営状況を審らかにしている。法人広報誌や施設機関紙で関係者に周知を図っているほか、SNS やワムネットでも情報公開して、誰でもいつでも閲覧できる仕組みを構築している。</p>		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>法人本部に内部監査の担当部署があり「内部監査実施規程」に基づき定期的実施されている。法人の監査委員監査も規定により定期的実施されている他、会計監査法人による外部監査も行われており、透明性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) 地域との関係が適切に確保されている。		
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
<p><コメント></p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。</p> <p>地域との関わり方については、事業計画書に明記している。</p> <p>地域行事の「アカシア祭り」「七夕祭り」等へ参加し、地域住民との交流を楽しんでいる。また、利用者の買い物や地域美容室の利用等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。</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。	a
<p><コメント></p> <p>ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。</p> <p>ボランティアの受入れに関しては、「ボランティア受け入れマニュアル」に基本姿勢および受け入れ手順等を明文化している。</p> <p>コロナ渦で中断したことや交通不便な事情もあり、ここ数年当施設への希望者はおらず受け入れの実績はないが、法人において福祉関係の教育機関への働きかけを行っているほか、施設においても連携・協力関係がある小坂町社協を通して働きかけを行っている。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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が適切に行われている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <p>関係機関・団体等の社会資源をリストとした資料を作成し、職員会議で説明するなど職員間で情報を共有している。</p> <p>各相談事業所や福祉事務所とは地域の利用ニーズの把握や共有を図っているほか、市町村とは概況調査等で定期的な利用者状況などの情報交換をしている。また、嘱託医や総合病院とは利用者の健康維持の為に連携して取り組んでいる。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>施設長が参加する法人の事業推進会議のほか、各相談事業所や福祉事務所との連携で地域の福祉ニーズの把握に務めている。</p> <p>コロナ禍で中断しているが、法人主催のセミナーなどを開催した際に地域の福祉ニーズを把握する取り組みを行っている。</p> <p>今年度は、新たに発足した法人のクリエイティブ部に施設職員も参加し、今後の取り組みについて協議している。</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・活動が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。</p> <p>法人や事業所が有するノウハウを法人広報誌「広報花輪ふくし会」等を通して地域へ発信している。</p> <p>災害時の福祉避難所として機能を整備しており、住民の安全・安心のための備えをしている。また、コロナ禍で中断しているが、法人主催の高齢者向け運動セミナーや口腔ケアセミナーなどを開催している。</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
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。</p> <p>基本姿勢については、中長期計画等に明記されており、会議の開催前に職員が唱和する取り組みをしている。また、日本知的障害者福祉協会の「倫理綱領」を掲示している。</p> <p>「不適切ケアチェック」を月1回項目を変えて実施しており、棟会議で集計結果を確認し、利用者支援の改善に取り組んでいる。</p> <p>また、日常業務の中で、職員が気づいたことをパソコン上の「心配先回り・気づき・利用者の声」に投稿し、内容についてはリスクマネジメント委員会で話し合い、会議録で回覧するほか、投稿者にフィードバックしている。</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が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>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、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。</p> <p>利用者のプライバシー保護については、支援マニュアルの中に整備されている。また、プライバシー保護、虐待防止を内容とする施設内研修も行われており、職員の理解が図られている。</p> <p>居室は、厚手のアコーディオンカーテンで仕切るなど利用者のプライバシーが守れるような工夫をしている。</p> <p>利用者や家族には入所時に丁寧に説明するなど、プライバシー保護に関する取り組みを周知している。</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）が適切に行われている。		
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
<p><コメント></p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。</p> <p>広報誌委員会で法人広報誌「花輪ふくし会」を作成しており、発行前に法人総務委員会内で文字や写真などの内容を確認しながら誰もが読み易いように取り組んでいる。法人の他事業所が運営する飲食店にパンフレットを置くとともに、ホームページやフェイスブック等で施設情報を公開している。</p> <p>施設の利用希望者にはベテラン職員が対応し、わかりやすく丁寧な説明を心がけており、情報提供の内容については適宜見直しをしている。</p> <p>施設の見学や体験入所の希望者にも対応している。</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。	a
<p><コメント></p> <p>福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</p> <p>入所時に契約書及び重要事項説明書などでわかりやすく説明し、利用者と家族の同意を得た上で利用を開始している。利用者や家族の同意については、その内容を書面で残している。</p> <p>サービス内容の変更時も利用開始時と同様の取り扱いをしている。</p> <p>意思決定が困難な利用者への配慮についてもルール化され、適切な対応がとられている。</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
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。</p> <p>他の福祉施設等への移行にあたっては、他施設や相談支援事業所、区市町村や家族へ行政様式や法人様式等により情報共有や引継対応を行い、福祉サービスが継続して行われるようにしている。</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、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。</p> <p>施設での食事内容等、利用者満足に関する調査を毎年行っている。利用者の重度化・高齢化、家族の高齢化により利用者会や家族会は解散したが、利用者との個別面談や聞き取りの際、施設が開催する「利用者が語る会」で利用者の意向を聞いている。</p> <p>利用者満足に関する調査、把握した結果については、サービスマネジメント委員会で分析・検討し改善策を各部署で検討している。</p>		
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。		
34	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。	a
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>「サービス点検調整委員（第三者委員）会の設置及び苦情解決に関する規程」が整備されており、苦情解決の体制、手順等が規定されている。</p> <p>また、「心配先回り・気づき・利用者の声」の内容を棟会議で検討し、改善策を利用者にフィードバックしている。</p> <p>食堂ホールに苦情解決に関する掲示物や意見箱を設置しているが、昨年度の苦情の実績はない。</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
<p><コメント></p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>利用者に対しては、掲示物等により希望に合わせていつでも相談できることを周知している。</p> <p>施設長が施設内を巡回し利用者に声を掛けて話しやすい環境作りをしており、利用者から直接職員に話しかけてくることが多い。廊下にソファを置いたり、相談室を開放している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見を把握しているが、把握した様々な内容の相談や意見の取り扱いについて一定のルール化が図られれば、さらにスムーズな対応が期待できる。</p> <p>利用者からの相談や意見は、棟会議で情報共有し改善に向けた検討と実施への取組を行っているほか、棟会議で対応できない場合は組織的に対応している。</p> <p>意見箱の設置や日々のサービス提供において利用者が相談しやすい雰囲気づくりに配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。</p> <p>今後は、記録の方法や報告の手順、内容の分類、それに応じた対応策の検討等についてマニュアル等を整備するなど、一定のルール化を図ることにより、相談や意見に対してよりスムーズに対応できるものと期待する。</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が行われている。		
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が構築されている。	a
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。</p> <p>「事故発生の防止及び発生時対応に関する指針」が規定されているほか、事故・ヒヤリハット報告の手順が明確であり、職員に周知されている。</p> <p>職員が気づいたことをパソコン上の「心配先回り・気づき・利用者の声」に投稿した内容も事例として役立てている。</p> <p>年数回、事故防止に関する職員研修を実施しているほか、毎月リスクマネジメント委員会で報告・確認し、安全確保策の実施状況や実効性について評価・見直しをしている。</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の体制を整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。</p> <p>「衛生管理マニュアル」を整備し、研修会等で職員に周知徹底している。</p> <p>感染症が発生した場合は、感染症予防対策委員会のメンバーが中心となって対応することになっている。</p> <p>また、法人事業管理委員会で感染症発生時事業継続計画書の策定をしており、定期的に感染症対応のマニュアルを見直している。</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行っている。	a
<p><コメント></p> <p>地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、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> <p>法人として「災害時事業継続計画」が策定されており、災害時の対応体制が定められている。</p> <p>利用者及び職員の安否確認の方法も決められており、職員に周知されている。</p> <p>食料等の備蓄リストを作成し、5日分の備蓄をしているほか、年4回の訓練を実施している。</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が確立している。		
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が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
<p><コメント></p> <p>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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。</p> <p>利用者の権利擁護等に係る姿勢が明記された「法人ケアマニュアル」が策定されており、職員に周知されている。</p> <p>標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかについては、項目ごとに年2回チェックし確認している。</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が確立している。	a
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。</p> <p>標準的な実施方法である「法人ケアマニュアル」については、事業管理委員会で適宜見直している。</p> <p>施設のケアマニュアルについては、毎月のサービスマネジメント委員会において職員の意見や家族アンケートを反映する形で見直し仕組みとなっている。</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が策定されている。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。</p> <p>アセスメント様式に基づいてアセスメントを実施し、個別支援計画の年間計画を作成している。その際には、アセスメントの重要性を職員へ伝えて、利用者や家族からの要望等を聴きニーズの把握に務めている。</p> <p>個別支援計画の作成にあたっては、施設長、サービス管理責任者、主任、生活支援員、栄養士、看護師が話し合っている。</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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>毎月5名ごとにモニタリングを行い個別支援計画の支援目標に対して支援内容の具体的あり方を検討し、その結果の評価により支援内容の見直しをしている。個別支援計画見直し後は職員全員へ支援計画を回覧し周知している。</p> <p>緊急に個別支援計画の見直しが必要な場合は、その都度見直すことになっている。</p>		
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	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービスの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
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。</p> <p>パソコンの支援ソフトを活用し、支援記録が行われている。記録内容は、施設内ネットワークの活用により職員間の共有もされている。</p> <p>記録の書き方については、施設の「支援記録の書き方について」を作成し、職員間での差異が生じないようにしている。</p>		

45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<p><コメント></p> <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>「個人情報に関する基本指針」「個人情報保護・利用に関する基本規程」等により、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供について定めている。</p> <p>支援や申し送り等の記録はパソコンシステムで管理され、役職に応じて権限設定されたログイン ID やパスワードが各職員に知らされている。</p> <p>個人情報の取り扱いについては利用者や家族に説明し、同意書を交わして適切に管理している。</p>		

【内容評価項目】

A-1. 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
①	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。	a
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>意思伝達方法として言葉、表情、ジェスチャー、などのコミュニケーションツールを活用するなど、個人個人の特性に合わせ、工夫しながら支援している。</p> <p>利用者が自身自分で決めることに対する支援をしている。</p> <p>各棟会議にて「不適切ケア」について検討し、気になる事を提案し利用者の権利が守られているか職員間で話し合いをしている。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。</p> <p>権利擁護については、定款に明文化し社是としている。不適切ケアチェック、事故・ヒヤリハット報告の検証や再発予防策の仕組みが確立している。</p> <p>身体拘束を現在行っている利用者はいないが、毎月行う不適切ケアチェックとともに各棟会議の中で検討している。事故、ヒヤリハット報告の検証は月1回、身体拘束についてはリスクマネジメント会議の中で半年ごとに検討している。</p> <p>月の初めは各棟会議で事故やヒヤリハットについて検討し、その結果をリスクマネジメント会議で再検討したうえで、その後サービスマネジメント会議を含む経営会議にて共有している。</p>		

A-2. 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。</p> <p>利用者との十分な話し合いをして作成された個別支援計画に基づいて利用者主体の支援が行われており、モニタリングは6か月ごとに行っている。ケース検討会議は他職種参加のもと、計画を立て支援している。</p> <p>本人には理解できる言葉で説明している。</p> <p>モニタリング、計画は家族へ送付し、承諾書への捺印後に施設へ返送してもらっている。</p>		
④	A-2-(1)-② 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。	a
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>意思伝達方法として言葉、表情、ジェスチャー、絵カードなどのコミュニケーションツールを活用している。個人個人の特性に合わせ、利用者の考えている時間（直ぐには返答が無い場合が多い）を尊重し、表情や言葉・仕草（指差し等）の意思表示を汲み取り支援に繋げて工夫しながら支援している。食事時には利用者の様子の確認を徹底している。</p>		
⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。</p> <p>利用者からの要望など、できる限り利用者のペースに合わせて支援をし時間を設けて話せる機会を作っている。職員間での情報はパソコンや連絡帳などで共有している。</p> <p>パソコン上の連絡帳は全員出勤後必ず見るようにし確認サインをしている。回覧用の会議録も必ず確認後押印している。</p>		
⑥	A-2-(1)-④ 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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画にもとづく日中活動と利用者支援を行っている。</p> <p>利用者の状況に合わせて、日中活動や利用支援をしている。</p> <p>年間の行事予定が計画されているが利用者の状況によっては参加しないこともある。</p> <p>利用者の状態が重度化・高齢化し、以前のように余暇活動や園芸班の活動も難しくなってきたが、それでも少しは野菜などを植えて食材として活用している。</p>		

⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。</p> <p>利用者は全体的に重度化・高齢化しており、グループホームで生活していた利用者が再入所をする状況が発生してきている。</p> <p>また、介護状態や医療支援が必要となった場合は対応可能な他施設に入所するなど、住み替えをしている。</p> <p>コロナ禍の収束に伴い、研修が再開されてきているので、強度行動障害支援者養成研修を積極的に受講して、専門知識の習得に努めている。各棟会議で復命研修報告をしている。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
⑧	A-2-(2)-① 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
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>食事内容は給食会議で検討している。おやつは職員が管理し 10 時と 15 時水分補給時に提供している。体調不良時は看護師と連携して対応し、状態に応じて家族へ連絡をしている。</p> <p>利用者の心身の状況に応じて、入浴支援（清拭）や排泄支援、移動や移乗など行い、必要に応じて生活環境（居室）を整備している。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。</p> <p>一人部屋、二人部屋を整備し、冷暖設備が整備されており、利用者が自由に安心して過ごせる環境作りをしている。二人部屋は、アコーディオンカーテンで仕切られてプライバシーが保たれている。</p> <p>施設内の危険個所についてはリスクマネジメント委員会で検討し職員が共有している。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
⑩	A-2-(4)-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
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>隣接するあすなろの理学療法士と連携して月 1 回利用者への生活リハビリについて支援方法やアドバイス、助言をもらって支援をしている。</p>		

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。</p> <p>月1回、嘱託医の回診があり、利用者の健康状態を報告し対応を行っている。利用者の体調変化や怪我等の際は、嘱託医のほか、緊急時の入院対応など地域の病院とも連携を密にして迅速に対応している。整形外科医師の往診も月1回あり、歯科の治療は必要時に通院をしている。</p>		
⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a
<p><コメント></p> <p>医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。</p> <p>パソコン上で共有している連絡帳を活用し、支援者が医師や看護師からの指導・助言、観察項目に基づいて支援している。服薬マニュアルが統一されていて、誤薬防止のため職員が2名で氏名、薬剤確認、服用確認をしている。</p> <p>連絡帳は全員出勤後必ず確認しサインを入れるようになっている。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っているが、より利用者の興味や意欲を引きだせるような工夫を期待する。</p> <p>利用者の希望を聞き取り、毎月外出計画を実施しており、外出時や買い物時に本人ができることを可能な範囲でもらっている。</p> <p>利用者の重度化、高齢化が進行しているなかで様々な制約があることは十分理解できるが、利用者本人が自分らしく生活するために重要な要素である、社会参加や学びへの関心を持ち続けられるよう、施設側からの能動的な働きかけを含めてさらに工夫を凝らしていくことを期待する。</p>		

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
⑭	A-2-(7)-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
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>現在は在宅や病院から重度化・高齢化のために入所される方が多い。地域移行の希望やニーズが聞かれた場合には、本人、家族、関係機関と連携を図り、支援する体制が整っている。現在希望される方はいないが、希望があればいつでも対応できる体制である。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
⑮	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。</p> <p>家族の高齢化に伴い、遠方から入所している利用者が希望すれば自宅まで年2回（お盆、お正月）送迎をしている。近くの場合は本人や家族の希望に基づき、月1回自宅に帰ることも可能である。</p> <p>家族とは帰省の送迎時に家族との意見交換や交流の場となっている。</p> <p>普段利用者の体調などは連絡を密にしており、本人も電話での対話を行うなど、月1回連絡を取っている。家族への電話連絡は意見交換の場にもなっている。</p>		

A-3. 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
⑯	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	評価外

A-4. 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
⑰	A-4-(1)-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。	評価外
⑱	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。	評価外
⑲	A-4-(1)-① 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	評価外