

福祉サービス第三者評価結果表

① 第三者評価機関名

| |
|--------------------|
| 特定非営利活動法人エール・フォーユー |
|--------------------|

② 施設・事業所情報

| | |
|------------------------------|---|
| 名称：障がい者支援施設 月光園 | 種別：障害者支援施設 |
| 代表者氏名：園長 加藤 恵津 | 定員（利用人数）：75名 |
| 所在地：山形県飽海郡遊佐町当山字上戸8番地の1 | |
| TEL：0234-72-5611 | ホームページ： https://www.yuzakouseikai.or.jp/ |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日：1985年(昭和60年)4月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 遊佐厚生会 | |
| 職員数 | 常勤職員：58名 非常勤職員：7名 |
| 専門職員 | 社会福祉士 2名 調理師 4名 |
| | 介護福祉士 38名 介護支援専門員 3名 |
| | 精神保健福祉士 1名 社会福祉主事 40名 |
| | 看護師 4名 衛生管理者 5名 |
| | 准看護師 4名 歯科衛生士 1名 |
| | 理学療法士 1名 社会保険労務士 1名 |
| | 管理栄養士 1名 |
| 施設・設備 の概要 | 1人部屋 11室 全館スプリンクラー整備 |
| | 4人部屋 18室 発電機4台(東・西・南・管理棟各1) |
| | 食堂・医務室・食堂・浴室2・ 喫煙室・談話室・トイレ 他 特殊浴槽 |
| | 自立訓練室 (オンラインバス2台・チェア浴槽1台) |
| | 多目的室(安静時使用) 監視カメラ5台設置(不審者対応) |
| | 静養室 敷地内防災倉庫(非常時の備蓄品収納) |

③ 理念・基本方針

【理念】

『 させてはならない三つの誓い 』

- ※ 悲しい思い
- ※ 悔しい思い
- ※ 情けない思い

『 支援の心構え 』

- ※私は、やさしさ、思いやりの心でサービスを提供します。
- ※私は、明るい職場づくりに努め、笑顔のサービスを提供します。
- ※私は、介護のプロとして責任と誇りを持ち、サービスを提供します。
- ※私は、チームワークを心がけ、互いに協力し合い、サービスを提供します。
- ※私は、反省の心を忘れず、一人ひとりの声に耳をかたむけ、サービスを提供します。

【基本方針】

1. 利用者の尊厳と人権の尊重
利用者の尊厳と人権を尊重し、利用者が主体的・自主的に生活できるよう支援します。
2. 「地域の拠点」を担う施設づくり
障がい者の専門施設として、地域の障がい者やその家族が安心して利用できる「地域の拠点」を担う施設づくりをめざします。
3. 職員スタッフの育成
個々のニーズを尊重し、利用者一人一人に質の高いサービスの提供ができる職員スタッフの育成に取り組みます。
4. 相談支援の強化
障がいのある方が自立した日常生活、社会生活を営むことができるよう相談支援の強化につとめます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

重度身体障害者の療護施設として県内2番目に開園した月光園は、開園当初から利用者自身の生きがい作りに視点を置き、単調になりがちな施設生活に活力と潤いを持っていただくよう多種多様なサークル活動・教室活動を展開し、また、地域との交流を大切に育んできた文化祭や夏祭りなどの行事を開催してきました。短歌教室は一昨年閉講しましたが32年間活動を続け、利用者の日常生活や心情が詠まれた「歌集あかまんま」を定期的に発行し、障がい者の置かれた環境や暮らしを知っていただく機会を提供し、多くの読者を得ることができました。重度化・高齢化により医療的介護が加速する中で、開園から34年が経過した現在も車椅子ダンス、フラワーアレンジメント、焼物、書道、釣りなどの各教室、カラオケサークルやミュージックケアなどの音楽活動、これらの利用者支援を継続して実施しております。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---|
| 評価実施期間 | 平成30年12月14日（契約日） ～ 平成31年2月26日（評価結果確定日） |
| 受審回数(前回の受審時期) | 0回（平成 年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

1. 利用者の生きがい作りについて

日頃、単調になりがちな施設の生活に潤いや活力を与え、さらに身体の機能維持にも繋がるよう日中活動のなかに多様なサークル活動・教室（フラワーアレンジメント・車椅子ダンス・釣り教室・書道教室、カラオケサークル、ミュージックケアなど）を取り入れています。手指訓練も兼ねた制作品が施設内の壁一面を飾り、時間をかけて根気強く作られた作品は文化祭では来園者の目を引き、利用者は自分の作品を家族等へ自慢するなど満足げな様子が見られます。また活動が長く続けられるよう理学療法士による機能訓練に積極的に取り組み、利用者の楽しみと生活の質向上に繋がっています。

2. グループケアの取組について

男子棟と女子棟をそれぞれ2つのグループに分けて、利用者一人ひとりに寄り添ったきめ細かな支援ができるようにグループ主任と担当職員を配置し取組んだことで、体調変化時には素早い対応ができるなど成果がでています。グループごとの連絡ノートで利用者についての報告や連絡事項を共有して要望を把握しケアに活かしています。さらに職員の休暇による一時的な人員不足を補うためにも棟全体をカバーする必要から棟主任を配置し、縦・横のつながりを強化して利用者の満足に繋がるよう生活支援に取り組んでいます。

3. 防災への取組について

年間防災計画は事業計画の中に明文化し、避難訓練はほぼ毎月想定を変えて実施しています。総合訓練には消防署・近隣地区長・消防団・防災会社等の協力参加があり、その為の事前打ち合わせではプロジェクターを使いシミュレーションを行うなどの綿密な対策で協力体制を構築しています。職員は避難場所の確認や初動動作訓練、防災機器の使い方など常に研修で学び、危機意識を持って利用者の安心・安全に努めています。

◇改善を求められる点

1. マニュアルの活用について

各種マニュアルは整備されてあるが、職員一人ひとりの把握が薄く感じられるので、いつでも確認でき、日々の業務に活用できるように工夫し、新人職員の質向上にも繋がるよう期待します。

2. 中・長期計画について

中・長期目標についてはビジョンを明確にして長期的視点に立ち取組まれるよう期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

開園より34年が経過し、障害福祉制度の改革や利用者サービスの拡充など、著しい時代の変化を感じる中で、これまで適切だと思ってやってきた日々の業務や支援の在り方を問い、改善点や課題となる点、または推進されるべき点は何かを知り、進むべき方向性について考えようと、今回初めて第三者評価を受審いたしました。

評価基準となる各項目については、全職員から自らの目線で自己評価を行ってもらい、その結果を基に役職チームが中味を検証し、そこに役職者本人の自己評価を加えながら一つにまとめてゆくという過程を踏みました。全職員から自己評価に取り組んでもらったことにより、日頃の業務を顧みる機会が得られ、本来あるべき姿は何かに気づかされたり、また基本的なマニュアル等の整備や組織体制・中長期ビジョンの在り方を考えさせられたり、施設の現状を知ることが出来ました。そして、受審を通して職員一人一人が福祉サービスに関する知識の習得を図ることができました。

今後は、評価の低かった点の改善、評価の高かった点の継続に向け、組織全体でレベルアップをはかり、サービスの質の向上に取り組んでまいりたいと思います。

⑧評価細目の第三者評価結果

別紙のとおり

【共通評価項目】

評価細目の第三者評価結果

※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。 | b |
| <コメント> 理念・基本方針は事業計画の中に明文化しており、関係機関に配布し、ホームページ上でも公表している。職員は法人理念をもとに「させてはならない三つの誓い」悲しい思い、悔しい思い、情けない思いと「支援の心構え」を各部署に掲げ、毎日唱和している。利用者・家族等にわかりやすい工夫をし周知を図る取組みに期待したい。 | | |

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。 | b |
| <コメント> 研修や行政の説明会などに参加し外的動向を把握している。法人全体の経営会議等で会計事務所の顧問から指導・助言を受けながら、利用状況や財務状況の分析を行い事業計画に明記し、全職員には業務連絡で周知し共有している。 | | |
| 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 |
| <コメント> 経営課題については施設の企画会議（係長以上出席）で話し合い、法人経営会議・本部会議に上げ検討している。施設内では職員に協議課題を提示してもらい、グループ主任会議で意見をまとめ上層部で検討する仕組みになっており機能している。 | | |

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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>3ヶ年の中期目標はまだ単年度に明記されているのみだが役員体制は改正が行われ、修繕積立は確認できる。社会貢献事業の明確化、人事計画等の実施状況・評価・分析を明確にし、資金面の目標も含めた長期に立った視点でのビジョン計画・達成に期待したい。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>単年度事業計画で新規事業として2名の利用者が就労継続支援B型事業所へ通い始め実施されている。障がい児放課後デイの設置は地域の福祉ニーズとしてあるが中・長期計画の立案までは至っていない。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>事業計画の策定は支援課長・管理課長が各担当から出てきた意見を、課長以上で編成している拡大企画会議で協議し予算編成に反映している。策定されたものは年度初めに全職員にフィードバックし共有している。</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>事業計画については家族等へ記載してあるものを発送して理解を得ている。利用者には利用者懇談会・あゆみ会運営委員会(利用者自治会)・給食懇談会・園長と語る会など様々な機会を捉えて周知を図るようにしている。行事については施設内に掲示し確認できるよう配慮している。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>この度初めて第三者評価受審となり、評価基準に沿って自己評価を全職員で行った結果、職員のなかで日頃何気なく行っていた支援方法や互いの意識の違いなど気づきが多くあり、今後のサービスに反映できるよう取組んでいる。</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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上に向けてPDCA（計画・実行・評価・見直し）サイクルを活用し、職員全員で継続的な自己評価に取り組まれるよう期待したい。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>管理者の役割や責任は運営規程の職務内容で確認できるが、家族等や利用者には明文化したものは配布されていない。職場における組織図などで指示系統は明記してあり、また行事係などの役割は確認できるが、今現在、職務分掌として責任者名の記載したものの作成はない。利用者・家族等に向けては家族会総会の場などで園長の役割や責任について説明し文書化するなど周知を図るよう期待したい。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法令に関しては東北ブロック身体障害者連絡協議会の研修や山形市などからの情報を収集し、職員に直接関わるものから説明し周知を図っている。契約職員の雇用等は法令変更に伴い面談をして対処している。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>年1回、全職員と個別面談を実施し、個人目標管理シートのなかの12項目から取組みたい項目を4つぐらいにしぼり、また項目以外でも目標として取組みたいことを掲げて実施状況の把握や意見を聞いている。一次評価は係長、二次評価は課長、三次評価を園長が実施し、行動評価と業績評価の二面から査定に反映させている。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>園長は常に職員との関わりを重視して意見を聞いている。充足率や有給取得率、定期昇給の維持、産休や病休職員に代わる職員の補充など企画会議の場で情報を共有した結果、業務改善に繋がっている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>採用は法人主導で各方面に求人働きかけを行っており、来年度は地元から高校生の採用を内定している。福祉サービスの提供に関わる専門職員（有資格者）の指定基準は満たしているが、より多くの喀痰吸引資格取得者の確保に向けて研修計画中である。</p> | | |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>施設理念の中の『支援の心構え』を「期待する職員像」として捉え、毎朝唱和している。人事評価制度を導入し、職員は「個人目標管理シート」に目標を策定して上司や年1回園長との個別面談などで査定・評価を得て処遇に反映されている。</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組んでいる。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人全体で、山形県から山形いきいき子育て応援企業「優秀（ダイヤモンド）企業」の認定・全国健康保険協会山形支部に「やまがた健康企業宣言」・酒田労働基準協会から衛生部門「優良事業場」に表彰されるなど働きやすい職場づくりに積極的に取組んでいる。医療機関に委託して職員のストレスチェックを実施し、産業医との面談も行ってストレス低減に努めている。</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は内部・外部研修を実施しており、「個人目標管理シート」には4つの個人目標を設定し、一次評価を係長・二次評価を課長・三次評価が園長と段階的に目標達成度の確認を行っている。</p> | | |
| 18 | II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>今年度の事業計画の重点事項に職員育成を掲げ、介護のプロとしての自覚を育むための外部・内部の年間研修を実施してステップアップ・キャリアアップを目指している。外部研修参加後は復命書を作成し、職員間で回覧して共有している。</p> | | |
| 19 | II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人全体で資格取得を奨励し費用の助成制度も取り入れており、特により多くの喀痰吸引資格取得者の確保を目指している。職員の外部研修には適材適所や希望に沿って参加してもらい、伝達研修はグループワーキングで行われている。人材育成面での取組が弱いため今後の課題となっている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>学生の実習体験・インターンシップ（就業体験）を受入れ、実習生指導者講習受講の職員が担当してプログラムに沿って指導し、採用に繋がった例もある。地元の高校にもアプローチして福祉コース卒業生の来年度の新規採用が内定している。</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>ホームページを開設して法人全体や各施設の基本情報を公開し、行事などは写真にコメント付きで最新の情報を発信している。広報誌「月光園だより」は年3回発行し、行事や事業の取組み、利用者の様子を紹介し関係機関に広く配布しており、次号から地区内全戸の回覧を予定している。</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>会計事務所に委託して毎月巡回による実務指導やインターネットでの指導を受けており、全国の情報や稼働率・職員配置・就労支援などのアドバイスを受けている。法人の経営会議で毎月分析を行い、内部監査も年2回実施されている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>1年ごとに「夏祭り」と「文化祭」を開催し、イベントを通して地域の方に施設に来て交流してもらいたいとポスターなどで案内して、大勢の来園者で賑わっている。町民盆踊り大会や地域行事には職員と一緒に参加しており、釣りやパチンコのグループ外出や個別には介護タクシーを利用して買い物などに出かけている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>イベントや教室・サークル活動などの年間行事にはボランティアの要請を呼びかけており、たくさんの方々から施設への理解と協力を得ている。法人全体でボランティア懇談会やボランティア感謝デーを年1回開催して、意見交換や慰労会を行っている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>遊佐町民生児童委員の草むしり奉仕活動の訪問は毎年継続して行われている。施設の総合避難訓練には近隣地区長や地元消防団、消防署等の参加があつて協力体制を構築しており、遊佐町に福祉避難所の登録をしている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>施設は災害時の福祉避難所としてホールを利用して避難者を受入れる体制がとられている。相談支援センター内にカフェをオープンして地域に開かれた施設を目指している。また地域住民が参加して総合避難訓練や対策会議を実施している。</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・活動が行われている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>障がい者の相談支援事業を法人内に独立させ担当職員2名体制で相談を受けている。障がい者以外でも気軽にお茶しながら話をしに来てもらえるよう「カフェ おんりー・わん」を開設している。引きこもりの方が来やすいような声掛けも行い、地域の中で専門的な知識を活かし活動している。</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>利用者一人ひとりに寄り添った支援ができるようグループケアを基本とした取組みを実施し、職員も小単位で情報の共有も早く、利用者の要望や体調変化等に素早い対応ができ成果が見られている。職員は「支援の心構え」の理念と全国身体障害者施設協議会倫理綱領を掲げサービスに努めている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人・施設の理念や基本方針に人権の尊重を掲げており、利用者の権利擁護については理解しているが新規採用者等への教育がまだ十分ではなく課題となっている。「虐待防止委員会」の立ち上げが決定されている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>サービス選択に際して、パンフレットやホームページ等で情報の提供を行っている。施設見学の受入れ時は丁寧な説明を心掛けサービス内容の説明を行い、家族等や利用者の思いに沿った対応で実施している。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>サービス開始にあってはサービス担当者と一緒に面談し、手順に沿った説明で利用者・家族等の意思を尊重し、ショートからスタートするなど慣れてもらい個別支援計画の説明と理解を図っている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>現在移行を希望する利用者はなく、過去もなかったが相談があれば移行に関して継続性を大事にした手順と引き継ぎ文書は定めている。サービス終了後の窓口は設置していない。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者の意見・要望を聞く機会として利用者懇談会・あゆみ会運営委員会・給食懇談会・園長と語る会を定期的開催しており、食事や行事に関することができるとはすぐ取り入れている。家族会地区懇談会を開催して意見交換を行い、情報を得ている。</p> | | |
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>苦情受付担当者を支援課長・解決責任者を園長・苦情処理委員(第三者委員)5名(法人全体)を設置して体制を整備している。苦情処理委員が訪問してふれあい相談日を年4回(内1回は家族対象)開催して利用者・家族等から率直な意見を聞いている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みを分かりやすく説明したポスターを掲示している。ふれあい相談日には苦情処理委員が施設内を声掛けしながら周り、気軽に参加できるように配慮し個室で対応している。意見箱(あなたの声)は場所を考慮して2ヶ所に設置している。</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>ふれあい相談日終了後は苦情処理委員から記録の報告があり、同じ利用者からの相談が多く、話しを聞いてもらっただけで解決する場合もある。年1回委員が集まり全体の報告会を開催している。日々の相談は身近な担当職員が対応し、できないことは丁寧な説明をして理解してもらっている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会を設置して内部研修を実施している。支援や医療の「ひやり・はっと」を検証し原因究明と再発防止に取組み、報告書は職員全員が閲覧して共有している。利用者の高齢化・重度化による機能低下に伴い、グループ・棟ごとの職員で見守りを強化し</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| ている。 | | |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>感染症対策委員会や衛生委員会を中心に予防注射、面会や居室への規制、手洗いやうがいの励行などの予防に取り組んでいる。利用者はもとより職員の体調変化も見逃さないようにしており、数年間罹患者をだしていないが油断することなく緊張感を持って支援している。</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>年12回想定を変えて避難訓練を実施しており、内2回は利用者も参加しての訓練を実施している。総合避難訓練時には、近隣地区長・住民、消防団、防災業者、消防署と事前打ち合わせを行った後、実施しており防災意識は高く、利用者の安心・安全に努めている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>標準的な実施方法のマニュアル等は整備されているが、職員一人ひとりの活用方法に差異がみられる為、統一した支援に繋がるよう期待したい。</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が確立している。 | b |
| <p><コメント></p> <p>標準的な実施方法については、グループ内で定期的に検証・見直しを行っている。日々変化していく利用者の現状を把握し適宜検討して情報を取り入れ、施設全体で組織としての取組に期待したい。</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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | b |
| <p><コメント></p> <p>サービス担当者会議では個別の支援計画を作成する際、本人の希望を尊重し、食事・リハビリ・医療などはその都度内容によって他業種も参加して検討している。専門職員からの意見を取り入れ個別支援計画に反映している。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>職員はグループごとに対応しているため、身近に接することができ、半年に1回モニタリングを行い個別支援計画に反映させ、利用者のニーズに合わせた福祉サービスの向上に繋がっている。</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実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。 | a |
| <p><コメント></p> <p>職員全員が利用者一人ひとりの情報を都度パソコンで入力し、業務開始時に利用者の入力情報をチェックし全職員で共有し支援に繋がっている。新規利用者や、問題発生時には主任の判断でグループ会議・棟会議を開催し迅速に対応している。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>職員は個人情報保護規程を理解し遵守しており、取り扱いも職員は周知している。来年度新しいパソコン導入を機にマニュアル関係を見直しさらに整える考えがあり、園長を中心に体制作りを検討している。</p> | | |