

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：障害者支援センター御所野	種別：入所・生活介護・短期入所・日中一時
代表者氏名：齊藤礼彦	定員（利用人数）： 施設入所 40 名、生活介護 40 名、 短期入所 2 名、日中一時 2 名
所在地：秋田市御所野下堤 5 丁目 1 番 4 号	
TEL：018-838-5607	ホームページ： http://fukinoto.or.jp/goshono
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成 31 年 4 月 1 日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人秋田県社会福祉事業団	
職員数	常勤職員： 27 名 非常勤職員： 1 名
専門職員	（社会福祉士） 2 名 （介護福祉士） 7 名
	（看護師） 2 名 （理学療法士） 1 名
	（管理栄養士） 1 名
施設・設備 の概要	（居室数） （設備等）
	入所 40 室/短期入所 2 室 居室 12.84 m ² ~14.79 m ²

③理念・基本方針

■理念■

私たちは、利用者一人ひとりの自己選択と自己決定を尊重し、利用者が地域社会の中で安心して生活し、あらゆる分野の活動に参加することができ、希望と喜びに満ちた人生を送ることができるよう、その実現に向け誠心誠意努めます。

■基本方針■

秋田県社会福祉事業団の基本理念を礎とし、利用される方が安心して生活できるように一人ひとりに寄り添ったきめ細やかな支援、質の高いサービス提供を行う。また、地域に根ざした公益的取組を積極的に展開し、地域と共に歩む施設を目指す。

④施設・事業所の特徴的な取組

昭和 36 年に「秋田県身体障害者更生指導所」として開設し、昭和 55 年に「秋田県身体障害者更生訓練センター」に改称。平成 31 年に「障害者支援センター御所野」として現在地に新築移転した施設で、秋田県の障害者福祉の先駆的施設であり、秋田県の障害者福祉の指導的役割を担ってきた施設である。

法人もハイクオリティサービス推進システムを開発し実践している。法人内の施設ごとに中・長期計画や各種規程や各種支援マニュアルを整備されている。また、PDCA の手法を用いて継続的に福祉サービスの質的向上を図り、利用者の尊厳の確保、その実現のために職員の資質向上に継続的な改善に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5 年 9 月 8 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)	初回

⑥総評

◆特に評価の高い点◆

○ 法人の「ハイクオリティサービス推進システム」を活用し、定期的な推進委員会を実施すると共に PDCA の手法を活用して支援内容を確認、評価、分析し継続的に福祉サービスの質的向上を図っている。また、推進委員を通じて法人内の他の施設の状況や問題点などを共有でき、サービスの質の向上を図るのに役立っている。

○ 法人の理念で自己選択と自己決定の尊重を掲げ、「職員の倫理・行動基準」について施設長と全職員が意見を述べ合う機会を設けている。今年度の事業計画の重点的な取組として、人権擁護と不適切支援等について研修を行い、権利擁護の視点を養うことが盛り込まれている。虐待防止対策委員会が標語を募集し、それを施設の各所に掲示して、常に確認し虐待防止を意識した支援に努めている。

○ 施設長は、「OJT は、教える方と教えられる方の両方が勉強になる。」と述べて、共に学び合うよう励まし職員の意欲を引き出しサービスの質の向上に努めている。

○ 法人の理念で地域とのかかわりを大切にしており、地域貢献活動委員会を中心に地区自治会や関係機関との関係から情報を得て、特殊浴槽の解放を行うなど施設のもてる機能を地域に役立てる。また、利用者の意見や提案を考慮し施設付近の除草やゴミ拾いを行っている。

○ スタッフルームにホワイトボードを常置し、引継ぎ事項やヒヤリハット事項を期限付きで記載、可視化し、必要な情報が正確に共有できる工夫がされている。

○ 利用者への日常的な支援の中で、食事は利用者の障害特性に配慮して時間をずらした対応で提供している。同一献立で利用者に合わせて 20 種類ほどの調理方法があり、多種多様な食器類も準備され、自立摂取に向けた支援となっている。毎週選択メニューがあり、利用者にとって食事の自己選択の機会が多く満足度に繋がっている。また、食事の場に栄養士や理学療法士が立ち会い、摂食状況や課題を把握し利用者一人ひとりの適切な支援に結び付けている。

◆改善を求められる点◆

○ 現在、「ハイクオリティサービス推進システム」を活用し、定期的な推進委員会を実施すると共に PDCA の手法を活用して、施設長をはじめ全職員が一丸となって利用者一人ひとりへの尊厳やサービスの質の向上に努めていることを調査から確認できた。

今後は、現状維持にとどまらず、さらに良質な、より良い支援に努めることを期待する。例えば、排せつチェック、水分補給等はなぜ行うのかを考える支援である。勿論、健康維持に必要な医療的ケアの一部であるが、加えて福祉サービスの自立支援（身体的自立、精神的自立、社会的自立）の複眼的見方で考える支援を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて受審させていただきました。

法人では、「福祉サービス第三者評価自己評価票」を参考にして自己評価を実施しています。第三者評価では、外部の方から評価してもらうのと同時に、法人の自己評価を行う上でのポイントや支援の考え方についても教えていただきました。

何より、外部の目で法人の「ハイクオリティサービス推進システム」を確認していただく貴重な機会となりました。

自分たちの行っている「自立支援」がどんな目的で行われているのか、「地域移行」はできた結果に着目するのではなくどんな取組をしているのか、「地域との関係性」では、運営の透明性を確保するための取組や地域との関係をどう作り上げていくのか、このような点について考えながら支援していく必要性について学びました。

第三者評価を受審することによって、理念・運営方針を地域や家族へ発信する部分の弱さに気付きましたので、改善を図っていきます。また、現在実施している支援がどのように自立支援につながっていくのか、複眼的見方で考えながら支援にあたることの大切さを職員に周知していきたいと考えています。

高い評価をいただいた項目については継続して取り組み、改善を求められる点については真摯に受け止め対応してまいります。助言いただいたことを今後の支援に活かしながら、良質なサービスの提供を目指して努力し続けていきたいと思っております。

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

※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。	b
<p><コメント> 法人の理念、基本方針が明文化されているが、年度初めの周知を期待する。</p> <p>理念、基本方針は明文化されており、広報誌やパンフレットホームページなどに掲載され、利用者にも日々適時に周知されているが、家族への説明が10月の家族懇談会の時期となっているので、できるだけ年度初めに周知がなされることを期待する。</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> 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>施設収支状況を分析し、健全な運営ができるよう努めており、運営会議で毎月確認し、職員会議等で職員への周知を行っている。社会福祉事業を取り巻く動向把握については、法人から全国及び県の情報を得ている。また、市町村や関係機関との動向については事業者が適時行い把握に努めている。</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> 経営環境と経営状況の把握・分析に基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>法人の施設長会議において各事業所の中・長期計画を報告し合い、経営環境と経営状況の把握・分析に基づき経営課題を明確にしている。</p> <p>福祉サービスの内容や職員体制、財務状況など現状分析を行い、具体的な目標を定め取り組んでいる。</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> 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収支計画を策定している。</p> <p>施設長は、毎月の経営状況を把握・分析するとともに運営会議において検討を行い、職員会議等で職員に周知している。また、法人の施設長会議で検討し、中・長期計画の策定に反映させている。</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> 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に作成されている。</p> <p>法人の中・長期計画には、平成28～令和2年度の収支決算と令和3～7年度の収支見込が掲載されており、単年度の事業計画と単年度の収支計画は具体的であり、実行可能な内容となっている。</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> 事業計画の作成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>事業計画は施設独自の自己評価を全職員が行い、評価・分析を行うとともに職員面談を通じて職員の意見が反映される仕組みが取られている。</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> 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っているが、周知時期の検討を期待する。</p> <p>利用者には、年度初めの朝の会を活用して事業計画を説明するとともに、毎日の朝の会でも日々適時に説明し周知している。また、地域の住民にも広報誌を配布して施設の理解を深めている。</p> <p>しかし、10月の家族懇談会で家族への説明がされているので、できるだけ年度初めに周知されることを期待する。</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> 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>法人のハイクオリティ推進委員会を通じサービスの質の向上に努めるとともに全職員が自己評価様式を用いて集計・分析を行いサービスの向上に努めている。</p> <p>また、毎週金曜日に法人の「職員の倫理・行動基準」の内容の一部を取り上げ、施設長と全職員が意見を述べ合うことにより、職員としての心構えを養い、利用者への尊厳を尊重する取組がなされている。</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。	a
<p><コメント> 評価結果を分析し、明確になった組織として取り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>ハイクオリティ推進委員会において評価分析・課題抽出を行っており、取り組む課題を明確にして、職員会議等で周知し、取り組んでいる。</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> 施設長は、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>朝の会や職員会議、広報に自らの役割・責任に対して表明し、理解を図っている。また、施設長は「OJTは、教える方と教えられる方の両方が勉強になる」と述べて、共に学び合うよう励まし職員の意欲を引き出し、サービスの質の向上に取り組んでいる。</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> 施設長は、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>法人内の研修には、個人情報保護、虐待防止、権利擁護研修、更に人事・労務管理講座等が計画されている。また、コンプライアンス規程が整えられており、施設長自ら法令に関する正しい理解を得るように努めるとともに、職員会議等で周知している。</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。	a
<p><コメント> 施設長は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>福祉サービスの質の向上には、職員の福祉に関する考え方や、職業倫理の共通理解が必要であると考えている。</p> <p>そのために法人の「職員の倫理・行動基準」の内容の一部を取り上げ、意見を述べ合う機会を設けることで、職員としての心構えを養い、利用者の尊厳を尊重する支援の実践につながっている。</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> 施設長は、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>法人の中・長期計画には、平成 28～令和 2 年度の収支決算と令和 3～7 年度の収支見込が掲載されている。施設長は、毎月の利用状況や収支を取りまとめ、職員と情報を共有し、施設全体で事業運営を行うよう取り組んでいる。</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> 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>法人には、キャリアパス体系図が整備されている。それに基づき各事業所ごとに研修計画がなされている。また、サービス管理責任者など人材の確保が必要な場合は資格取得の機会を設けている。施設長は、OJT の制度を活用して共に学ぶように努めている。</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> 総合的な人事管理を実施している。</p> <p>法人に「キャリアパス体系図」が整備され、期待される職員像が示されている。</p> <p>昇格・昇進については、各施設長が職員の専門性や職務遂行能力、ヒアリング等を経て実施している。</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> 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>職員が働きやすい職場として、リフレッシュ休暇および年次有給休暇や特別休暇を積極的に取得するよう取り組み、ワークライフバランスが図られている。また、アサーティブコミュニケーションについての研修を実施し、施設長や職員間で何でも話せる関係づくりに努めるなど、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</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> 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>法人の「キャリアパス体系図」や施設の研修計画、職員との目標についての個別面接などが行われている。異動調査書で職員の目標や取り組みたい仕事内容を確認し、個別面接で聴き取ることで、一人ひとりの育成に繋がっている。</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。	a
<p><コメント> 組織として職員の教育・研修に関する基本方針が作成され、教育・研修が実施されている。</p> <p>法人の「キャリアパス体系図」に期待する職員像が体系的に示されており、それに基づき施設での研修が決められている。また「職員の倫理・行動基準」にも職員の基本姿勢が示され、研修等で説明されている。</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> 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>職員に対する研修は、公平性の観点から必ず機会を設け、知識や技術水準の向上、資格取得等を考慮し取り組んでいる。また、OJT研修については、教えられる方も教える方も共に学ぶことになると考え、積極的に取り組んでいる。</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> 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・教育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、積極的な取組を行っている。</p> <p>実習受け入マニュアルが作成されており、実際に実習生を受け入れ、OJTで対応している。実習プログラムは、学校側の意向を考慮して、提示された内容を中心に行っている。</p> <p>教える実習生担当職員も自己評価することで、教えられる方も教える方も共に学ぶという姿勢で取り組んでいる。</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。	b
<p><コメント> 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、周知方法の工夫を期待する。</p> <p>施設概要やサービス内容は、施設のホームページに写真付きでわかりやすく公表している。苦情件数は広報誌に掲載して家族や関係機関に配布しているほか、ホームページにも掲載している。事業報告や決算書は法人ホームページで公開されている。</p> <p>今後は、施設のホームページや広報紙でも理念・運営方針を紹介するとともに、ホームページの更なる内容充実や更新頻度の向上などにより、利用者や家族、一般の人がより情報にアクセスしやすくなるよう工夫を期待する。</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> 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>職務分掌では、会計責任者（施設長）のもと会計・各種契約事務についての役割分担を明記している。</p> <p>法人の監査に合わせて年2回書類を提出しているほか、会計監査人による監査、法人内部経理監査が定期的に行われ、会計事務の確認がされている。また、サービス内容に関する法人内部監査も実施されている。</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> 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行っているが、今後の取組に期待する。</p> <p>地域との関わりについては、事業計画にも明記しており、重要視している。コロナ禍も可能な範囲で利用者と地域の公園に出かけた。</p> <p>施設移転後1年あまりで感染症流行となり、基礎疾患のある利用者に配慮する必要があったため、積極的な交流は行えていなかった。自治会に相談したり、広報誌を地区に配布したりして、今後の交流について検討しているところである。</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> ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示され、受入れ体制が整備されているが、内容の充実を期待する。</p> <p>ボランティアマニュアルが整備され、受入れ手順が明記されている。読み聞かせボランティアや近くのコンビニなど、定期的に訪問してもらっており、利用者の楽しみとなっている。</p> <p>今後は、ボランティアマニュアルの内容について、施設にとってのボランティアの意義や、ボランティアへの説明内容がより伝わりやすいよう検討を期待する。</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> 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ているが、周知の工夫を期待する。</p> <p>関係機関を把握し、スタッフルームに掲示している。隣接施設との連絡会議を行っているほか、利用者の支援を通じて関係機関と適切に連携している。</p> <p>今後は、社会資源の把握や関係機関との連携を、職員がより意識して行えるよう周知の工夫を期待する。</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> 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>施設で地域貢献活動委員会を組織し、相談支援事業所と連携しながら、地域の生活課題の把握に努めている。日常的な支援、関係機関との連携の中で、利用者や関係機関からの声を地域の課題として捉え、ニーズとして取り上げている。</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> 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>日常的な支援や関係機関との連携の中で把握したニーズをもとに、施設の特設浴槽を一般開放する取組や、施設周りの除草作業を行っている。</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> 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>法人の理念や「職員の倫理・行動基準」に、利用者を尊重したサービス提供についての考え方が明記されている。職員の勤務に当たっての姿勢を始め、利用者の個性の尊重、意思決定の尊重、プライバシー保護、人権擁護について、項目ごとに行動基準が記載され、職員の指針となっている。</p> <p>また、法人の開催する虐待防止や権利擁護研修に参加しているほか、施設内では意思決定支援についての研修を開催するなど、研修機会も多くある。</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> 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>「職員の倫理・行動基準」にプライバシー保護について明記している。</p> <p>居室は全て個室であり、見学者は居住スペースに入れないなどの配慮もしている。共有の個室トイレには目視しやすい「使用中」の札を設置して、誰でも安心して使えるよう工夫している。管理職が「利用者一人ひとりの歴史を大切に支援する」よう呼びかけ、利用者の目線に立った支援が行えるように努めている。</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> 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>施設のホームページには、サービス内容や設備が写真付きでわかりやすく掲載されている。見学にも対応しており、パンフレットや、生活上の留意点を記載した「入所のしおり」を使って説明している。提供する情報は、説明事項や職員体制が変わった時などに適宜見直しを行っている。</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> 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>契約書、重要事項説明書により丁寧に説明している。生活については「入所のしおり」に、食事や入浴などの項目ごとに箇条書きし、わかりやすく記載している。</p> <p>利用者本人が意思を伝えられない場合もあるが、職員が見学時に本人の様子を細かく観察し、表情や反応について家族と確認し合い、本人の気持ちに寄り添えるように配慮している。</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。	b
<p>〈コメント〉 福祉サービスの内容や福祉施設の変更、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が、更なる標準化を期待する。</p> <p>医療的ケアや看取り、緩和ケアが必要になった場合の施設移行が多く、病院の書類等、医療的な情報について引継ぎを行っている。移行先の相談員を通して、利用者の好みや過ごし方を伝えている。</p> <p>今後は、施設として移行先に伝える情報を統一し、様式の整備等を期待する。</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〉 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>満足度調査と嗜好調査を定期的に行うほかに、行事等の後に利用者の感想を聞き取る機会も設けている。嗜好調査の結果は保健給食委員会で検討しており、委員会には利用者も所属している。満足度調査の分析により把握できた課題は、施設の課題としてハイクオリティ推進委員会で取扱い、具体的な対応策を立て、進捗を評価している。</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〉 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>苦情解決処理規程、苦情解決処理マニュアルを定め、施設に苦情解決処理委員会を設置している。第三者委員とその連絡先を含む苦情受付窓口について重要事項説明書に記載している。利用者の特性に配慮する必要があるため掲示物はないが、重要事項説明書をファイルに綴じ、ダイルールの意見箱の横に置くことで、いつでも閲覧できるようにしている。</p> <p>苦情を受けた際は適切に記録しており、その内容と解決結果は事業報告に記載して公表している。</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。	a
<p>〈コメント〉 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>苦情や相談の受付体制については説明や周知がされており、利用者は自身が伝えやすい職員を選んでいつでも相談や意見を言うことができる。</p> <p>職員は居室やラウンジなど、利用者と一緒に過ごす中でどこでも話を聞いており、内容によっては相談室を使用している。意見を伝えられない利用者もいるため、職員が積極的に代弁者となり発信するよう意識づけをしている。</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。	a
<p><コメント> 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。</p> <p>基本的には苦情受付マニュアルに沿って進めることとし、苦情と意見相談との区別については、取扱いの希望を利用者に直接確認している。利用者から意見や相談があった場合には、朝夕の引継ぎ時に伝えているほか、苦情解決処理委員会で内容について話し合う機会もある。</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> 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>ヒヤリハットは、ハイクオリティ推進委員会において報告や分析が行われている。直近のヒヤリハット報告書は専用の場所に置き、誰でもすぐに確認できる。また、改善に向けて期限を設け、ヒヤリハット一覧をホワイトボードで周知し、改善策の進捗状況を支援日誌に記録している。新任職員に対しては、利用者の安全な移乗などについて研修を行っている。</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> 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>看護師、管理栄養士、支援員、利用者の代表で構成される保健給食委員会では、それぞれの立場から発言し、その場で調整ができる場になっている。</p> <p>感染症対応には、外出の制限、使い捨て食器への移行などについて施設独自の明確な判断ルールを設けており、そのルールは利用者にも周知している。ルールは市内の感染者数など数値で示しているため、利用者が自分で情報収集して、ルールと照らし合わせることもできる。</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> 地震、豪雨等の災害に対して、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>年間避難訓練計画に沿って、毎月の訓練が実施されている。訓練時の利用者の意見も聞き、早く且つ安全に避難できるよう訓練している。備蓄は目標値を定めており、多量のストックが必要なものは計画的に購入している。食品や消耗品はローリングストックとし、防災委員会が備蓄品を毎月チェックし、入れ替えている。市の福祉避難所にも指定されている。</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> 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>標準的な実施方法は、業務マニュアル（施設マニュアル）が整備されており、日課についても、一日の流れが24時間軸で示されている。各支援マニュアルは、手順表とフローチャートからなっており、サービス実施時のプライバシーの配慮や設備の違いによる業務手順も含まれていて、利用者の特性に応じた支援方法となっている。</p> <p>標準的な実施方法を毎月の職員会議で読み合わせし、マニュアルに沿ったサービス提供ができていないか確認する仕組みとなっている。</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> 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>標準的な実施方法は、各課の課長・係長・看護師・理学療法士・栄養士・支援員で構成されるハイクオリティサービス推進委員会を随時開催し、ヒヤリハット報告書・事故報告書を検討し、検証・見直しし施設マニュアルを更新する体制となっている。また、支援会議や職員会議を毎月開催し意見が反映され、PDCAサイクルによる支援の質に関する検討が組織的に行われている。</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> 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>「個別支援計画実践マニュアル手順表」に沿って、サービス管理責任者が個別のアセスメント様式でアセスメントを行い、個別支援計画（案）を作成している。個別支援計画（案）について、本人・支援員・理学療法士・栄養士が参加した個別支援会議で、個々の利用者の意見を聞き取り、ニーズを把握した上で、個別支援計画を決定する手順となっている。家族にも説明して同意を得ている。</p> <p>食事・入浴・排泄などの生活支援以外の意思疎通、不穏時、余暇など詳細に記載した支援計画シートを全利用者分作成している。さらに、特別な支援が必要な利用者には、個別の支援手順書を作成している。</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> 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>「個別支援計画実践マニュアル手順表」に沿って、サービス管理責任者が半年ごと（2月・8月）にモニタリングを行っている。サービスの実施状況はパソコンのケース記録に入力し、支援員が個別支援計画と照らし合わせて月末に総括している。</p> <p>中間評価で今後の支援について検討し、さらに最終の評価をする手順で定期的に見直しが行われている。</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、職員間で共有化している。	a
<p><コメント> 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>日々の支援は、支援計画目標の番号に沿って記録され、どのように支援がなされたかが明確にわかるように記載されている。その他、毎月の支援会議や職員会議、朝夕の引継ぎで情報共有している。更にスタッフルームにホワイトボードを常置し、引継ぎ事項やヒヤリハット事項を記載し可視化して全体で情報共有している。法人の「文書・記録の手引き」で記録に差異が生じないように統一した記録となっているが、更なる工夫に取り組んでいる。</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> 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>法人として個人情報保護規程・特定個人情報保護規程を定めている。規程には個人情報管理者及び個人情報取扱者、破棄、漏洩、提供に対しても対策が位置づけられている。</p> <p>利用者・家族には入所契約の時に、個人情報の取り扱いについて説明し同意を得ている。</p> <p>法人の研修として個人情報保護に係る研修が行われている。</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> 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>法人の理念で「自己選択と自己決定を尊重し」とうたっている。</p> <p>利用者からの意向について、ケース検討会議で話し合い、意向を汲んだ対応をしている。</p> <p>毎日の朝の会や日常生活、日中活動でも利用者の希望を聞いている。日中活動行事委員会で「寿司が食べたい」との要望に対応を検討したり、スポーツレクリエーションとしてポッチャ交流会を実施したりしている。その他、利用者の希望でふるさと訪問として外出の支援も行っている。また、社会参加の機会を提供するなど積極的な取組をしている。</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> 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、法人の研修で、虐待防止・権利擁護研修が行われており、事業計画の重点的な取組となっている。ナースコールに駆けつけしない等の不適切な支援について、毎月開催される虐待防止対策委員会で検討している。更に年2回、家族・町内会・隣接施設職員が出席して虐待防止委員会を開催しているほか、虐待防止チェックリストで自己チェックし虐待防止に努めている。身体拘束についても、マニュアルを整備している。緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の初動手順を明確にしており「安全確保のための動作制限票」を作成し家族の同意を得て対応している。</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> 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>法人の理念で「自己選択と自己決定を尊重し」とうたっている。利用者からの意向について、ケース検討会議で話し合い、意向を汲んだ対応をしている。毎日の朝の会や日常生活、日中活動でも利用者の希望を聞いている。日中活動行事委員会で「寿司が食べたい」との要望に対応を検討したり、スポーツレクリエーションとしてポッチャ交流会を実施したりしている。その他、利用者の希望でふるさと訪問として外出の支援も行っている。また、社会参加の機会を提供するなど積極的な取組をしている。</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> 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>25%程度の利用者はコミュニケーション支援が必要で、利用者に応じて絵カードやジェスチャーなど視覚からの支援をしている。また、トーキングエイドのコミュニケーション機器を活用したり、特に意思表示が困難な利用者については家族の協力を得たりして、意思や希望を確認している。生活の中で一人ひとり利用者の思いを汲み取るため、意思決定支援についての研修も行われている。</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> 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>個別支援計画作成時の個別支援会議に利用者も参加し、個別面談の機会となっている。相談の内容は、サービス管理責任者が聞き取り個別支援計画に反映している。</p> <p>利用者の思いや希望を聞く機会として朝の会があり、平日9:00からのラジオ体操後、日課や情報提供と、利用者からのさまざまな課題等について相談に応じている。デイルームに意見箱を設置し、いつでもどこでも相談できる体制にある。</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> 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。</p> <p>日中活動・行事企画委員会が設置されており、今年度は4月に開催し、他施設の活動なども参考に検討している。日中活動は、個々の特性に応じてスポーツ活動（ボッチャ・風船バレー等）など多様である。レクリエーション活動についても多様なメニューを準備しており、どちらの活動も、利用者の自由選択・自由参加としている。利用者の個別支援計画に基づき、利用者個々の得意分野で、今年の「心いきいき芸術文化祭」に提出する作品を作成している。</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> 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>利用者の障害特性に応じた支援をするために、最新の福祉機器についての外部研修を受講し専門知識の習得に努め、その後、内部研修で知識を共有しスキルの向上を図っている。</p> <p>個別的な配慮が必要な利用者には、個別の支援手順書が整備され、支援内容の検討・見直しや環境整備に対して、支援課長や支援係長がスーパービジョンを行っている。</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> 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>日常生活支援は、個別支援計画に基づき利用者の心身の状況に応じた適切な支援を実施している。</p> <p>食事は、毎週選択メニューとなっていて食事の楽しみの工夫がされ、年1回嗜好調査を実施し行事食やメニューに反映させている。食堂で食事を摂る時には、利用者の障害特性に配慮し時間をずらして提供しているほか、利用者に合わせたテーブルや食器を使用している。給食は業者委託であり、年2回委託業者の評価を実施している。</p> <p>入浴や排泄に関しても支援度合に応じて、個別支援計画と標準的な実施方法のマニュアルを基に支援が提供されている。</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> 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>施設は採光の良い清潔な生活環境となっていて、各居室は全室個室となっている。また、利用者によっては、理学療法士の助言で安全に配慮した福祉用具をレンタルしたり、入浴に関しても、椅子に座ったまま浴槽まで移動できるようになっている等、利用者の安心・安全の環境となっている。利用者の声や音が、他の利用者に影響が及ぶ場合は居室変更したり、朝光が眩しいとの訴えで他の利用者と居室変更する等の支援を行っている。</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> 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>個別支援計画に基づいて、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を行っている。理学療法士が個別のリハビリテーション計画を作成、3か月ごとにモニタリングし、利用者の状況や意向に応じて検討・見直しを行っている。また、理学療法士の助言・指導を受けて、支援員が生活の場において生活訓練を行っている。嚥下体操やラジオ体操を実施し、利用者の機能の維持に努めている。</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> 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>毎日の検温や毎月の体重測定、必要に応じて血圧測定を行い、健康状態の把握をしている。支援マニュアルに沿って入浴時や排泄時の健康観察を行い、異変の早期発見に努めている。</p> <p>救急マニュアルを整備し、利用者の体調の変化に迅速な対応が適切に行われる体制になっている。</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。	b
<p><コメント> 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が、更なる取組を期待する。</p> <p>看護師2名を中心に医療的な支援が行われている。救急マニュアル、服薬援助マニュアル・服薬管理マニュアルと誤薬の発生フローチャート・手順表が整備されている。毎月の職員会議で、マニュアルの読み合わせを行っている。</p> <p>今後は、慢性疾患のある利用者もいることから服薬の重要性を考慮し、薬に関する研修を定期的に行うなど更なる取組が期待される。</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。	a
<p><コメント> 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。</p> <p>分野別援助マニュアル(外出)を整備している。利用者の外出は少人数で主体性を尊重し、今後の生活の励みとなることを目的に実施している。</p> <p>また、家族懇談会に合わせて法人から講師を招き、「介護保険制度について」の学習会を開催し、利用者・家族が出席している。そのほかにも、日中活動の時間に業者から「腸内環境」についての講話を聞く機会を設定するなど、学習の機会を設けて支援している。</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> 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>個別支援検討会議などの機会に、地域移行の意向や本人の暮らしへのニーズを確認し、希望する場合は関係機関と連携して情報提供を行っている。</p> <p>県外出身の利用者から地元に戻りたいとの声を受け検討している。県内の他地域への移行を支援し施設見学を行っているが課題が多く実現には至らなかった。施設入所後、地域生活への移行を目指すことも地域移行と捉え支援を行っている。</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> 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>利用者家族とは、個別支援計画の同意をもらう時に、利用者の状況や生活への希望等を確認する機会としている。また、年1回10月に家族懇談会を開催し意見交換の場としている。</p> <p>必要時には、電話で連絡したり家族からの相談にも対応している。</p>		

A-3. 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
⑩	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		
⑪	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
⑫	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
⑬	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