

## 事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 救護施設  
事業所名 れんげ荘

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。  
 「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態  
 「b」評価・・・aに至らない状況＝多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態  
 「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

| 評価対象                | 評価分類         | 評価項目                    | 評価細目                              | 評価 | 着眼点  | コメント   |
|---------------------|--------------|-------------------------|-----------------------------------|----|--|--|
| I<br>福祉サービスの基本方針と組織 | 1<br>理念・基本方針 | (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | ① 理念・基本方針が明文化され周知が図られている。         | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 理念、基本方針が法人、施設内の文書や広報媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。</li> <li>■ 2 理念は、法人、施設が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、施設の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。</li> <li>■ 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。</li> <li>■ 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。</li> <li>■ 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。</li> <li>■ 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</li> </ul> | <p>当施設の理念・行動指針・基本方針は、わかりやすい言葉で綴られ、親しみやすい文面で記載されています。</p> <p>これらは、施設内の掲示のみならず、年に2回発行される広報誌の1面に毎回記載され、多くの人の理解を求めています。</p> <p>そして、これらに基づき、日々の様々な支援が行われています。しかし、それらが理念に沿ったものかどうかについて、職員はもとより、利用者や家族と確認する機会については少ないように感じました。</p> <p>日常的に皆さんが意識することは困難かと思いますが、行事など折に触れて、当施設に関わる全ての人が確認しあえる機会があればよいと思います。</p> |
|                     | 2<br>経営状況の把握 | (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。</li> <li>□ 8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。</li> <li>□ 9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、施設（法人）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。</li> <li>■ 10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。</li> </ul>   | <p>生活保護法を根拠とする当施設において、社会福祉事業全体の動向を日常的に意識する機会は少ないことは理解できます。</p> <p>しかし、社会福祉事業全体の動向が目まぐるしく変化する中、当施設が持つ様々な経営課題の改善のためにも、幅広い知識と情報の収集が望まれます。</p>   |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目                        | 評価 | 着 眼 点  | コメント  |
|------|------|------|-----------------------------|----|--|---|
|      |      |      | ② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | b) | <input type="checkbox"/> 11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 13 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。<br><input type="checkbox"/> 14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。 | <p>当施設の経営課題については、法人本部等で分析され、施設長に対しては、経営改善が強く求められ、職員もその状況を理解しています。</p> <p>しかし、救護施設という福祉施設の中でも特殊性ゆえに経費削減以外の具体策が見いだせない状況にあります。</p> <p>所属する法人には特別養護老人ホームなどの大規模施設があり、これら法人内の施設と協働で現行法を研究し、経営改善に向けた取り組みが行われることを期待します。</p> |

| 評価対象 | 評価分類         | 評価項目                        | 評価細目                          | 評価 | 着 眼 点  | コメント   |
|------|--------------|-----------------------------|-------------------------------|----|--|--|
|      | 3<br>事業計画の策定 | (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | 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。 | b) | <input type="checkbox"/> 15 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。<br><input type="checkbox"/> 16 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。<br><input type="checkbox"/> 17 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。<br><input type="checkbox"/> 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。                      | <p>法人より、経営的な課題は示されているようですが、これに対し、具体的な中長期計画は示されていないようです。</p> <p>当施設の根拠法である生活保護法に大きな変化がない中、経営の改善に向けた具体的な計画は困難かと思えます。</p> <p>当施設単体での計画の立案は困難かと思えますが、法人全体での議論が進むことが望まれます。</p>                                    |
|      |              |                             | 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) | <input type="checkbox"/> 19 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 20 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。<br><input type="checkbox"/> 22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 | <p>単年度の事業計画は、各部署や利用者の生活場面ごとの目標が分かりやすく記載されています。しかし、中・長期計画が明確でないため、その整合を確認することが出来ませんでした。</p> <p>中・長期計画の明示が困難な中、それに従った事業計画の立案はさらに困難であると思えますが、逆に単年度の事業の積み重ねの先にあるであろう姿は見えてくると思えます。</p> <p>施設全体での夢のある議論を期待します。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                 | 評価細目  | 評価 | 着 眼 点  | コメント  |
|------|------|----------------------|---|----|--|---|
|      |      | (2) 事業計画が適切に策定されている。 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。</li> <li><input type="checkbox"/> 25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。</li> </ul> | <p>事業計画策定に定められた手順はないようですが、部門を超えた議論はされているようです。しかし、全ての職員がそこに意見を言える状況ではなく、決定プロセスに課題があるように感じられました。</p> <p>幅広い職員や利用者の意見が反映され、多くの皆さんが納得した事業計画が策定されるよう、検討と決定のプロセスについてしっかりとした議論が必要だと思います。</p> |
|      |      |                      | ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。                 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。</li> <li><input type="checkbox"/> 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。</li> <li><input type="checkbox"/> 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。</li> <li><input type="checkbox"/> 31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。</li> </ul>   | <p>事業計画を利用者や家族に説明する機会はないようですが、毎月開かれる利用者の会である「やまぼと会」において、施設の考えや予定について説明されています。</p> <p>今後は、施設の事業計画や中・長期計画についても、利用者等の意見収集や、報告が行われることが求められます。</p>   |

| 評価対象 | 評価分類                         | 評価項目                           | 評価細目   | 評価 | 着眼点  | コメント  |
|------|------------------------------|--------------------------------|--|----|--|---|
|      | 4<br>福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | (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。 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 32 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。</li> <li>■ 33 福祉サービスの内容について組織的に評価（C:Check）を行う体制が整備されている。</li> <li>□ 34 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的を受審している。</li> <li>■ 35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。</li> </ul>              | 法人の自己評価を年2回行っており、施設全体の取り組みとして、職員で構成する「支援サービス委員会」で、年に3回、日ごろの支援についてセルフチェックを行っています。しかし、第三者評価については、今回の第三者評価が10年以上前以来の受審で、定期的とはなっていません。<br>今後は、組織的な評価に職員一人ひとりが積極的に参画し、第三者評価の定期的な受審が継続されることを期待します。            |
|      |                              |                                | 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。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。</li> <li>■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。</li> <li>■ 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。</li> <li>■ 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。</li> <li>■ 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。</li> </ul> | 組織的な評価に基づき、支援サービス委員会や職員会議等で改善計画が検討されています。<br>しかし、職員アンケート等の調査結果から、改善計画の策定や実施方法の検討プロセスには課題があるようです。<br>この背景には、人事等を含めた組織的な特徴が少なからず影響していると思われました。<br>職員の勤続年数に関わらず、一人ひとりの思いが改善計画に公平に検討・反映されるプロセスの構築の必要性を感じます。 |

| 評価対象              | 評価分類                            | 評価項目                         | 評価細目   | 評価 | 着 眼 点   | コメント  |
|-------------------|---------------------------------|------------------------------|--|----|---|---|
| II<br>組織の<br>運営管理 | 1<br>管理者の<br>責任と<br>リーダー<br>シップ | (1) 管理者の責任が<br>明確にされて<br>いる。 | ① 管理者は、自らの<br>役割と責任を<br>職員に対して<br>表明し理解を<br>図っている。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 41 管理者は、自らの施設の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。</li> <li>□ 42 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。</li> <li>■ 43 管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。</li> <li>■ 44 平常時のみならず、有事（災害・事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。</li> </ul> | <p>災害時のマニュアル等には、施設長の役割を明示し、日常の会議においても施設長は積極的に意見を述べているようです。</p> <p>しかし、施設長がどのような言葉で意見を述べたかについての記録は少なく、広報誌等でも施設長の考えが述べられている部分を確認できませんでした。</p> <p>施設長が施設運営に対し、どのように考え、どのような展望を持っているかなど、その思いを施設の内外に表明することが求められます。</p> |
|                   |                                 |                              | ② 遵守すべき法令<br>等を正しく理解<br>するための取組<br>を行っている。         | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。</li> <li>■ 46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。</li> <li>■ 47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。</li> <li>■ 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。</li> </ul>    | <p>施設長は遵守すべき法令を理解し、必要に応じて研修や情報収集を行っています。しかし、施設長の意向や行動がどのような法令を根拠としているかについて、職員全体への説明が十分とは言えないようです。</p> <p>日常の業務だけでなく、当施設の運営の根拠となる法令等について、施設長より、全ての職員に説明・指導することが必要だと思います。</p>                                       |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                     | 評価細目                                 | 評価 | 着眼点  | コメント  |
|------|------|--------------------------|--------------------------------------|----|--|---|
|      |      | (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | 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>■ 49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。</p> <p>□ 50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。</p> <p>□ 51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p> <p>■ 52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。</p> <p>■ 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。</p> | <p>施設長は、法人の実施する年2回の自己評価等に基づき、サービスの現状について理解に努めています。また、職員に対しても必要な研修への参加を促しています。その結果、利用者の満足度を高める様々な企画が実施され、利用者からも喜びの声が聞かれました。</p> <p>しかし、これらが施設長のどのような意向や思いによるものなのかを書類上確認できませんでした。</p> <p>それぞれの事業や企画が、施設長がどのような指導力をもって行われたかを、関係者に周知される機会があればよいと思います。</p> |
|      |      |                          | 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。     | b) | <p>□ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。</p> <p>■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。</p> <p>□ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。</p> <p>■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p>  | <p>施設長は、法人本部からの経営分析をもとに人事・労務・財務等を考慮した施設運営を行っています。</p> <p>しかし、施設内での意識を形成し、チームとして一丸となった経営改善には至っていないようです。</p> <p>施設の直面する経営課題について、施設全体で共有し、施設が一体となった取り組みが行われることを期待します。</p>  |

| 評価対象 | 評価分類            | 評価項目                              | 評価細目                                       | 評価 | 着眼点   | コメント   |
|------|-----------------|-----------------------------------|--|----|---|--|
|      | 2<br>福祉人材の確保・育成 | (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。 | 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。 | c) | <input type="checkbox"/> 58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。<br><input type="checkbox"/> 59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。<br><input type="checkbox"/> 60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。<br><input type="checkbox"/> 61 施設（法人）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。  | <p>社会全体の人手不足の中、必要な人材確保が困難な状況が続いています。<br/>           そのため、現場職員は厳しい労働を強いられ、利用者も忙しく働く職員に対し、支援を依頼することを躊躇する場面が日常的にあるようです。<br/>           しかし、これらの状況を社会的な問題と片づけるのではなく、人材確保に係る具体的な行動を計画、実行し、施設全体で諸課題を乗り越えて頂きたいと思います</p>   |
|      |                 |                                   | ② 総合的な人事管理が行われている。                         | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 62 法人、施設の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。<br><input type="checkbox"/> 63 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 64 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 65 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 66 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。<br><input type="checkbox"/> 67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。 | <p>法人が期待する職員像を施設の「行動指針」や「基本方針」に明示し、広報誌の表紙で広く公表しています。また、年に2回の法人の様式に基づく「職員自己評価」で職員一人ひとりが自らの行動を自己評価するとともに、直属の上司による1次評価、施設長による2次評価を本人に戻すことにより、支援の向上を目指しています。<br/>           しかし、その結果が後の人事にどのように反映されるかの基準はなく、管理者・一般職員ともにどのように反映されたかの意識は薄いようです。<br/>           その結果、職員は、自らの将来像を描きづらい状況にあるようです。<br/>           今後は、大きな意味での理想の職員像だけでなく、各部署、各職種の達成すべき目標を明確にし、達成感を感じられるシステムの構築が期待されます。</p> |



| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                       | 評価細目                                 | 評価 | 着 眼 点   | コメント  |
|------|------|----------------------------|--------------------------------------|----|---|---|
|      |      | (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。     | 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。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 68 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。</li> <li>■ 69 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。</li> <li>■ 70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。</li> <li>■ 71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。</li> <li>■ 72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。</li> <li>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</li> <li>□ 74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。</li> <li>□ 75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。</li> </ul> | <p>24時間休みがない支援が求められる当施設においては、職員全員が互いに協力して都合を付けながら、継続的な支援を行っています。</p> <p>しかし、慢性的な人員不足の中、多くの職員が負担を感じつつも、諦めているという状況かと思えます。</p> <p>職員一人ひとりが安心して働くことができ、且つ、利用者も安心して生活できる施設環境の構築が望まれます。</p>   |
|      |      | (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。            | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 76 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。</li> <li>■ 77 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。</li> <li>■ 78 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。</li> <li>■ 79 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。</li> <li>■ 80 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。</li> </ul>   | <p>施設として期待する職員像を「行動指針」や「基本方針」に明示し、広報誌の表紙で広く公表しています。また、年に2回の法人の様式に基づく「職員自己評価」で職員一人ひとりが自らの行動を自己評価するとともに、直属の上司による1次評価、施設長による2次評価を本人に戻すことにより、支援の向上を目指しています。</p> <p>しかし、職員の階層や経験年数に応じた具体的なものとはなっておらず、職員間の認識や理解が充分でないように思われます。</p> <p>今後は、組織に求められる知識やスキルと、自らの将来像をしっかりと意識して自己研鑽に励み、それが報われる施設風土の醸成を期待します。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目                                      | 評価 | 着 眼 点  | コメント  |
|------|------|------|---|----|--|---|
|      |      |      | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 81 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。<br><input type="checkbox"/> 83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。<br><input type="checkbox"/> 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。              | <p>厳しい人員配置の中、できる限り研修や資格取得を促すなど、職員の研鑽を支援しています。このような研鑽の状況については、年に2回の自己評価で報告され、直属の上司、施設長の評価を受けるシステムが確立しています。しかし、計画的な教育・研修の基本方針はなく、職員個々の自己研鑽の意欲に委ねられ、計画的に体系化されたものとはなっていないようです。今後は、法人や施設が期待する目標と、職員個々の努力目標が整合し、組織機能の強化につながることを期待します。</p> |
|      |      |      | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。<br><input type="checkbox"/> 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。 | <p>職員個々の研鑽の状況は適時報告されています。また、経験の浅い職員は、ベテランの職員のスキルから学ぶべく、日常的に努力していることが職員面談から理解できました。ここ数年、新任の職員の採用がないため、新任職員に対する計画的なOJTは企画されていませんが、積極的に学ぼうとする施設風土を次世代に引き継ぐ具体的なシステムの構築が期待されます。</p>  |

| 評価対象 | 評価分類        | 評価項目                                    | 評価細目  | 評価 | 着 眼 点   | コメント  |
|------|-------------|---|---|----|---|---|
|      |             | (4) 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成が適切に行われている。 | ① 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 91 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。</li> <li>■ 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。</li> <li>■ 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。</li> <li>□ 94 指導者に対する研修を実施している。</li> <li>■ 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。</li> </ul>  | <p>実習生受け入れのマニュアルは用意されていますが、救護施設の専門性に特化した具体的な実習指導の方法は確認できませんでした。</p> <p>身体的に自立した方から要介護状態までの幅広い介護レベルや、精神障害に対する支援など、幅広い利用者ニーズに応じた実習指導マニュアルの作成は容易ではないと思います。</p> <p>しかし、救護施設の社会的な役割や実態を正しく社会全体に理解されるためにも、より詳しい実習指導体制の充実が必要ではないかと思います。</p>                                  |
|      | 3 運営の透明性の確保 | (1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。            | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 96 ホームページ等の活用により、法人、施設の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。</li> <li>■ 97 施設における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。</li> <li>■ 98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。</li> <li>□ 99 法人、施設の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人、施設の実存意義や役割を明確にするように努めている。</li> <li>■ 100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。</li> </ul> | <p>法人や施設の予算や決算報告は公表されていませんが、ホームページや、広報誌を通して、当施設で行われている支援の様子や、利用者からの苦情や要望などの施設の事業を広く地域の皆さんに公表しています。</p> <p>しかし、日々変化する社会情勢や、利用者の状態から変化する課題に対し、法人や施設の考えの表明は確認できませんでした。</p> <p>社会や施設を取り巻く様々な環境や状況の変化に対し、施設長をはじめとして、施設職員がどのように考え、行動しているかなどの所信の表明が施設運営の透明化には欠かせないと思います。</p> |
|      |             |   | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 101 施設（法人）における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。</li> <li>■ 102 施設（法人）における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。</li> <li>■ 103 施設（法人）の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。</li> <li>■ 104 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。</li> </ul>  | <p>施設の運営状況や財政状況については、定期的に法人本部に報告、精査され、施設に還元されています。</p> <p>そして、施設内の各部署の課題として施設長から適切な指示が行われています。</p> <p>また、法人は、外部の専門機関の監査を受け、適切な管理が行われています。</p>   |

| 評価対象 | 評価分類                 | 評価項目                   | 評価細目                                 | 評価 | 着眼点   | コメント  |
|------|----------------------|------------------------|--------------------------------------|----|---|---|
|      | 4<br>地域との交流、<br>地域貢献 | (1) 地域との関係が適切に確保されている。 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 105 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。</li> <li>■ 106 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。</li> <li>■ 107 利用者の個別の状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。</li> <li>■ 108 施設や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。</li> <li>■ 109 利用者の買い物や通院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。</li> </ul> | <p>当施設の職員は、積極的に地域の情報を収集し、利用者の皆さんが地域で活躍できるようできる限りの努力をしています。</p> <p>近年は、新型コロナの影響で積極的な活動が困難な状況にありますが、利用者有志による老人施設での洗濯ボランティアや、地域の寺院の草刈りなどの清掃作業などの奉仕活動を行い、利用者の皆さんも地域で活動できることに喜びを感じているようです。</p> <p>地域に対する当施設の取り組みについて、地域の皆さんにご理解頂ける取り組みの確立と、社会に協力を呼びかける文書の作成を期待します。</p> |
|      |                      |                        | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 110 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。</li> <li>□ 111 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。</li> <li>■ 112 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。</li> <li>□ 113 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。</li> <li>■ 114 学校教育への協力を行っている。</li> </ul>  | <p>ボランティア受け入れマニュアルを作成し、基本姿勢を明文化していますが、救護施設という特殊性から、積極的なボランティアの受け入れはできていないようです。</p> <p>今後、利用者の社会参加を進める上で、救護施設に対する地域の理解を求めることも必要かと思えます。</p>   |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                     | 評価細目                                     | 評価 | 着 眼 点   | コメント  |
|------|------|--------------------------|--|----|---|---|
|      |      | (2) 関係機関との連携が確保されている。    | 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が適切に行われている。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 115 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。</li> <li>■ 116 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。</li> <li>■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 118 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。</li> <li>□ 119 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</li> </ul>  | <p>県内に救護施設は7施設しかないため、当施設が受け入れをしている市町村も県内各所に及んでいます。</p> <p>そのため、関係する機関も圏域内に留まらず、広く県内各所に広がり、連携が難しい状況にあると思います。</p> <p>当施設の支援が施設内だけで完結せず、利用者に社会参加や自立を促すために、多くの関係機関との連携をより一層進められることを期待します。</p>   |
|      |      | (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | 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) | ■ 120 施設（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。  | <p>利用者の地域行事への参加などの社会参加を進めるために、地域の関係機関との連携を行っていますが、利用ニーズに対しては、救護施設の特長性から、限られた連携とならざるを得ない状況です。</p> <p>しかし、地域の各種会議や行事に参加することで当施設の救護施設としての社会的な役割を少しでも多くの人に理解いただけるよう努力しています。</p>   |
|      |      |                          | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 121 把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。</li> <li>■ 122 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。</li> <li>■ 123 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。</li> <li>■ 124 施設（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。</li> <li>■ 125 地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。</li> </ul> | <p>当施設の主たる役割である生活保護者への支援の他、法務省の保護観察所からの依頼により、保護観察に付されている人や、更生緊急保護の対象になっている人たちに対する一時的な居住提供を行うとともに、生活困窮者に対する就労訓練として、働く場を提供する中間就労を支援するなど、広く社会ニーズに応える公益的な活動を行っています。</p> <p>また、利用者有志による老人施設での洗濯業務、近隣寺院の整備などの奉仕活動をとおして、農村地域の活性化にも寄与しています。</p> <p>今後も人口が少ない近隣地域の防災の拠点としても当施設の機能が活用されることを期待します。</p> |

| 評価対象              | 評価分類              | 評価項目                    | 評価細目                                       | 評価 | 着 眼 点  | コメント   |
|-------------------|-------------------|-------------------------|--|----|--|--|
| Ⅲ<br>適切な福祉サービスの実施 | 1<br>利用者本位の福祉サービス | (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | 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。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 126 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</li> <li>■ 127 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</li> <li>■ 128 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。</li> <li>■ 129 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。</li> <li>■ 130 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</li> </ul> | <p>利用者の尊厳を守る施設理念の具体的な指針や方針を明確にし、広報誌の表紙に載せるなど、施設全体の共通理解を深める取り組みを行っています。</p> <p>これらの考えが標準的な実施方法に具体的に記されていることは確認できませんでしたが、職員の認識は高いと感じられました。</p> <p>今後は、標準的なサービス提供マニュアルに具体的に理念に基づいた意義を書き記すことで、次代を担う人々たちにより確実に引き継がれることが望まれます。</p> |
|                   |                   |                         | 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が行われている。        | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 131 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその職員の理解が図られている。</li> <li>■ 132 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。</li> <li>■ 133 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。</li> <li>■ 134 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。</li> </ul>   | <p>プライバシー保護の姿勢をマニュアル等に記載し、それに沿った支援が行われ、利用者からも高い満足度を得られています。</p> <p>しかし、居住環境については、施設の構造上、3人部屋や4人部屋が多く、利用者の不穏時などには、同室者が落ち着かない環境にあるようです。</p> <p>厳しい財政事情の中、大幅な改善を早急に行うことは困難かと思いますが、一人ひとりの利用者が落ち着いて過ごせる居住環境の改善が望まれます。</p>         |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                                    | 評価細目                                   | 評価 | 着 眼 点  | コメント   |
|------|------|---|--|----|--|--|
|      |      | (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。 | ① 利用者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。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 135 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や施設の特性等を紹介した資料を準備している。</li> <li>■ 136 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。</li> <li>■ 137 施設の利用者（予定者）については、個別に丁寧な説明を実施している。</li> <li>■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 139 利用者（予定者）に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。</li> </ul>  | <p>パンフレット等を地域の公共機関に置いています。また、ホームページ等を通して適切な情報提供が行われています。</p> <p>また、利用に際しては、個別の丁寧な説明の他、見学や体験利用を行い、利用者が納得して利用できるようにできる限りの配慮を行っています。今後も、ホームページやパンフレットの記載をより分かりやすいものにするなどの工夫を重ね、利用される方々のイメージがより明るくなるよう努力されることを期待します。</p> |
|      |      |   | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 140 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。</li> <li>□ 141 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。</li> <li>■ 142 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。</li> <li>■ 143 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。</li> <li>■ 144 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。</li> </ul> | <p>サービスの利用開始や変更の際には、適切な説明と利用者の同意をもって実施しています。しかし、口頭での説明が多く、分かりやすい資料については、改善の余地があるようです。特に意思決定の困難な利用者への配慮や意思の確認方法について、資料や職員の対応に係るマニュアルの充実が求められます。</p>   |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                | 評価細目  | 評価 | 着眼点  | コメント  |
|------|------|---------------------|---|----|--|---|
|      |      |                     | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 145 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。</li> <li>■ 146 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</li> <li>■ 147 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</li> <li>□ 148 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</li> </ul> | <p>当施設の支援が終了し、次の支援につなげる場合は、関係機関と連携し、適切に対応が行われていますが、利用開始に際し、これらを事前に資料をもって説明する機会はないようです。</p> <p>当施設が利用者にとって終の棲家となることを前提とせず、自立に向かった取り組みについても利用開始時に説明される必要があると思います。</p>   |
|      |      | (3) 利用者満足の向上に努めている。 | ① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。                 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</li> <li>■ 150 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。</li> <li>■ 151 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。</li> <li>□ 152 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。</li> <li>□ 153 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。</li> </ul>           | <p>利用者や職員は、担当支援員を中心に定期的に個別の懇談を行い、日々の支援に対する満足度や課題を話し合うほか、利用者の会である「やまばと会」を毎月開催して、利用者の声を広く収集し、行事や日々の支援について、利用者や職員が一体となって議論しています。</p> <p>しかし、利用者を対象とした満足度調査は行われていません。</p> <p>今後は、利用者や家族を対象とした満足度調査を定期的に行うことにより、施設全体の支援の向上の変化等についても把握する必要があると思います。</p> |



| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                         | 評価細目                                 | 評価 | 着 眼 点  | コメント   |
|------|------|------------------------------|--------------------------------------|----|--|--|
|      |      | (4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 154 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。</li> <li>■ 155 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。</li> <li>■ 156 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。</li> <li>■ 157 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。</li> <li>■ 158 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</li> <li>■ 159 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公開している。</li> <li>■ 160 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</li> </ul> | <p>利用者からの苦情・要望は、聞き取った職員が記録して、職員会議で共有し、改善に向けて検討されています。</p> <p>また、苦情・要望の傾向や数については、広報誌で公表され、施設運営の透明化が図られています。</p>   |
|      |      |                              | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 161 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。</li> <li>□ 162 利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。</li> <li>■ 163 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。</li> </ul>  | <p>多くの利用者が日常的に担当職員だけでなく、多くの職員に相談や意見を述べており、満足しているようです。また、個別に話を聞く部屋も用意されています。</p> <p>しかし、これらの過程を記した文書はなく、それを掲示してはありませんでした。</p> <p>施設内には、苦情・要望を受け付ける投書箱は用意されており、これをもっと気軽に活用できるような工夫があっても良いかと思います。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                                  | 評価細目  | 評価 | 着眼点   | コメント   |
|------|------|---------------------------------------|---|----|---|--|
|      |      |                                       | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 164 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。</li> <li>■ 165 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。</li> <li>■ 166 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。</li> <li>■ 167 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。</li> <li>■ 168 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</li> <li>■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> </ul>     | <p>苦情・要望受付のマニュアルと投書箱を用意するなど、利用者が意見を述べやすい環境を整備しています。</p> <p>また、利用者の会の「やまばと会」を毎月開催し、意見の聞き取りを行うとともに、利用者と共に改善策を話し合っています。</p> <p>しかし、これらを記したマニュアルの改定がここ数年行われていません。定期的なマニュアルの見直しが必要かと思えます。</p>           |
|      |      | (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。 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 170 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。</li> <li>■ 171 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。</li> <li>■ 172 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。</li> <li>■ 173 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。</li> <li>■ 174 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。</li> <li>■ 175 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。</li> </ul> | <p>施設内の事故やヒヤリハットの収集を積極的に行い、職員間で情報の共有が行われています。</p> <p>改善策については、リスク管理委員会の他、支援サービス委員会で改善方法や改善結果が検証され、所定の様式において委員会のセルフチェックが行われています。</p> <p>今後は、これらの結果を標準的なサービス提供マニュアルに反映させ、実施日時等の記録が徹底されることを期待します。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目   | 評価 | 着 眼 点   | コメント  |
|------|------|------|--|----|---|---|
|      |      |      | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 176 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。</li> <li>■ 177 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。</li> <li>■ 178 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。</li> <li>■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 180 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。</li> <li>■ 181 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。</li> </ul> | <p>当施設は常勤の看護師が勤務しており、看護師を中心とした感染症対策委員会で感染拡大の防止に向けた取り組みが検討され、実施されています。</p> <p>しかし、感染対策においては、これで万全と言う事はなく、引き続き取り組みが継続されることを期待します。</p>   |
|      |      |      | 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。           | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 182 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 183 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。</li> <li>■ 184 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。</li> <li>■ 185 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。</li> <li>■ 186 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。</li> </ul>     | <p>年1回の防災・防犯講習会を行っているほか風水害や地震等を含めた防災訓練を年間で6回実施し、災害時の利用者の安全確保に努めています。</p> <p>また、地域の防災組織（野口地区自主防災会）と連携し、年1回の合同避難訓練を実施しています。さらに、災害時の食料品の備蓄や支援体制や、防災計画全般についても、職員及び利用者への周知や情報共有ができています。</p> <p>今後は、災害時の実施計画と実施報告が一連の動きとなって確認できるよう記録の整備等を行い、利用者のより一層の安全確保体制が図られることを期待します。</p> |

| 評価対象             | 評価分類 | 評価項目                            | 評価細目  | 評価 | 着 眼 点  | コメント   |
|------------------|------|---------------------------------|---|----|--|--|
| 2<br>福祉サービスの質の確保 |      | (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。 | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 188 標準的な実施方法には、利用者の尊重や権利擁護とともに、プライバシーの保護に関わる姿勢が明示されている。<br><input type="checkbox"/> 189 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。<br><input type="checkbox"/> 190 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 | <p>職員の「福祉サービスの支援体制における事業所としての標準的な実施方法」について文書化されていました。</p> <p>しかし、施設の運営管理についてのものが多く、利用者の支援に関するものは少ないように感じました。また、職員への周知や、実施されているかどうかを確認する仕組みがあるかについては課題があるようです。</p> <p>今後は、職員の違いによるサービス実施の差異をなくし、サービスの一定水準を保つことを念頭に標準的な介護方法やその他の支援の方法を定めたマニュアルを整備した上で利用者の個性への対応を検討することが望ましいと思われます。</p> |
|                  |      |                                 | 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) | <input type="checkbox"/> 191 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。<br><input type="checkbox"/> 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。<br><input type="checkbox"/> 193 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。<br><input type="checkbox"/> 194 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。                    | <p>「職員の福祉サービスの支援体制における事業所としての標準的な実施方法」については、文書化されていました。</p> <p>しかし、各委員会では見直しがされていましたが、マニュアルとしては機能しておらず、個別支援計画との整合性も確認ができませんでした。さらに、検証・見直しにあたり、時期やその方法について確認ができませんでした。</p> <p>今後は、アセスメントにもとづいたニーズの把握による、適切な個別支援計画の作成を行い、これと連動して、標準的な見直しが施設のシステムとして行われることを希望します。</p>                   |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                                | 評価細目                           | 評価 | 着 眼 点   | コメント   |
|------|------|-------------------------------------|--------------------------------|----|---|--|
|      |      | (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。 | 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。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 195 個別支援計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 196 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。</li> <li>■ 197 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。</li> <li>□ 198 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。</li> <li>■ 199 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。</li> <li>■ 200 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。</li> <li>■ 201 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。</li> </ul> | <p>利用者の状況にもとづいたアセスメント及びニーズまとめを行い、個別支援計画を作成しています。</p> <p>しかし、アセスメントの過程で確認できた多くの問題点やニーズが個別支援計画に反映されておらず、アセスメントにもとづいた個別支援計画とは言えない状況にありました。</p> <p>今後はアセスメントで得られた情報をもとに、問題の背景や利用者ニーズの検討を行い、個別支援計画との整合性を図ることが必要と思われる。</p> <p>早急に個別支援計画策定方法について検討し、その過程をマニュアル化することが必要です。</p>   |
|      |      |                                     | ② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。     | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 202 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。</li> <li>■ 203 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</li> <li>□ 204 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</li> <li>□ 205 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。</li> </ul>   | <p>個別支援計画の評価及び見直しは、主任支援員が中心となり、個別支援計画検討会議において6か月にごとに行われています。</p> <p>しかし、個別支援計画の作成にあたり、アセスメントで把握されたニーズが個別支援計画に反映されるシステムがない当施設において、利用者ニーズの変化に対する個別支援計画の変更システムが構築されているとは言いがたい状況かと思えます。</p> <p>従って、個別支援計画の変更にもとづき、標準的なサービス提供を変更するシステムも確認できませんでした。</p> <p>今後は、利用者の状態やニーズが変化した状況に対し、モニタリングやアセスメントの過程において課題を正確に把握し、個別支援計画を変更するシステムの構築が求められます。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                       | 評価細目  | 評価 | 着 眼 点   | コメント  |
|------|------|----------------------------|---|----|---|---|
|      |      | (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | 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、職員間で共有化されている。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 206 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</li> <li>■ 207 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。</li> <li>■ 208 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。</li> <li>□ 209 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</li> <li>□ 210 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</li> <li>■ 211 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。</li> </ul> | <p>施設独自の支援システムを構築し、個別支援計画とサービスの実施状況の記録がされていました。また、職員間での情報共有も行われていました。</p> <p>しかし、毎日サービスが提供されていることは、記録からは確認できませんでした。また、各種活動の記録が転記されておらず、利用者の全体像がつかみにくい状況にありました。</p> <p>今後は、個別支援計画に沿ってどのようなサービスが提供され、その結果、利用者の状況はどのように変化したのかについて具体的に記録されていることが求められます。</p> <p>さらに、業務日誌や、ケース記録等、各部署の記録の連携を行うことで、事業所内での情報共有の仕組みが構築されることを期待します。</p> |
|      |      |                            | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                    | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 212 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。</li> <li>■ 213 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。</li> <li>■ 214 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 215 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</li> <li>■ 216 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 217 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</li> </ul>  | <p>利用者の個人情報については、管理されており、入所時には個人情報の取り扱いについて、利用者・保護者に説明をしています。</p> <p>また、情報開示については、必要に応じ情報公開を行う体制が整っています。</p> <p>今後は、個人情報管理等に関する研修の機会を設けるなど、記録等の管理について、周知と徹底が図られることを期待します。</p>   |