

## 福祉サービス第三者評価の結果

令和3年5月12日提出（評価機関→推進委員会）



## 1 施設・事業所情報

## (1) 事業所概況

|                |   |           |              |      |                  |
|----------------|---|-----------|--------------|------|------------------|
| 事業所名称<br>(施設名) | 救護施設白鳥ホーム   | 種別        | 救護施設         |      |                  |
| 代表者氏名<br>(管理者) | 施設長 川邊 智  | 開設<br>年月日 | 昭和38年2月25日   |      |                  |
| 設置主体<br>(法人名称) | 社会福祉法人青森県玉葉会  | 定員        | 130名         | 利用人数 | 約131.5名<br>(月平均) |
| 所在地            | 〒039-3314 青森県東津軽郡平内町大字盛田字堤ヶ沢 126  |           |              |      |                  |
| 連絡先電話          | 017-755-3274  | FAX電話     | 017-755-2698 |      |                  |
| ホームページアドレス     | <a href="http://www.hakuchou-home.jp/">http://www.hakuchou-home.jp/</a> |           |              |      |                  |
| 第三者評価の受審状況     | これまでの受審回数   | (受審履歴)    |              |      |                  |
|                | 0回  |           |              |      |                  |

## (2) 基本情報 ※必要に応じて写真等追加可能

|         |   |
|---------|---|
| 理念・基本方針 | <p>&lt;基本理念&gt;<br/>「地域とともに明るく豊かな生活をめざして」</p> <p>&lt;基本方針&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の基本的人権を保障し、主体性を尊重した自己実現の支援をする。       <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 利用者を独立した人格として尊重し、人権の擁護に最大限努める。</li> <li>(2) 利用者が主体的に自己実現を図れるよう、できる限り支援する。</li> </ol> </li> <li>2. 利用者の多様なニーズに対する福祉サービスを総合的に提供する。       <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 利用者の個々の生活に対応したサービスを提供する。</li> <li>(2) ノーマライゼーションの考え方を踏まえ、「ともに生きる」ための生活環境を構築する。</li> </ol> </li> <li>3. 地域の社会資源におけるネットワークを構築し、地域に根ざした法人を目指す。       <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 他法、他機関を含めた地域の社会資源とのネットワークを活用し、利用者・地域住民のニーズに応じた支援を提供する。</li> <li>(2) 施設が地域の社会資源として機能することを目指す。</li> </ol> </li> </ol> |
|---------|---|

|  |   |  |   |     |  |     |     |   |     |
|--|---|--|---|-----|--|-----|-----|---|-----|
|  | <p>4. よりよい支援を行うには、職員が高いモラルと職務に対する専門性が不可欠であることから、職員は常に自己研鑽に励む。</p> <p>(1) 職場内研修を意欲的に実施し、職場外研修にも積極的に参加する。</p> <p>(2) 各業務に役立つ専門資格を取得できるよう、職場として支援する。</p> |  |   |     |  |     |     |   |     |
| サービス内容（事業内容）   |   |  |   |     | 施設の主な行事  |     |     |   |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活に関する相談援助、支援に関すること</li> <li>日中活動支援に関すること</li> <li>金銭等管理に関すること</li> <li>健康管理に関すること 等</li> </ul> |   |  |   |     | ショッピング、春まつり、ふれあいフェスタ、一泊旅行、納涼祭、引率帰宅、ふくしねぶた、ひらない夏まつり、青森県障害者スポーツ大会、家族交歓、食事会、敬老会、文化祭、忘年会、正月会、節分、洋ランまつり、誕生会 |     |     |   |     |
| その他特徴的な取組  |   | <ol style="list-style-type: none"> <li>公益事業として「愛のこだま基金の運営」による就職支援金の給付</li> <li>地域の生活困窮者への支援として相談だけでなく生活支援の実施</li> <li>生活困窮者への就労訓練事業</li> <li>東北地区救護施設協議会会長及び事務局として、関係施設のリーダー的役割を担っている</li> <li>職員が積極的に専門資格の取得に取り組んでいる</li> </ol> |   |     |  |     |     |   |     |
| 居室概要   |   |  |   |     | 居室以外の施設整備の概要   |     |     |   |     |
| 居室 35（和室・洋室）、集会娯楽室、食堂、洗面所、浴室、トイレ、洗濯室、面会室、休憩室、機械室、医務室、事務室、介護支援員室、施設長室、書庫等   |   |  |   |     | 厨房、体育館、リハビリテーション及びレクリエーション広場、地域交流ホーム、倉庫、駐車場  |     |     |   |     |
| 職員の配置（令和2年4月1日現在） 50名  |   |  |   |     |  |     |     |   |     |
| 職 種  | 人 数   |  |   |     | 職 種  | 人 数 |     |   |     |
| 施設長  | 1   | 常 勤  | 0 | 非常勤 | 介護支援員  | 21  | 常 勤 | 0 | 非常勤 |
| 次長   | 1   | 常 勤  | 0 | 非常勤 | 看護師  | 2   | 常 勤 | 0 | 非常勤 |
| 基幹的職員  | 3   | 常 勤  | 0 | 非常勤 | 精神保健福祉士  | 1   | 常 勤 | 0 | 非常勤 |
| 主任介護支援員  | 3   | 常 勤  | 0 | 非常勤 | 介助員  | 1   | 常 勤 | 0 | 非常勤 |
| 副主任介護支援員   | 4   | 常 勤  | 0 | 非常勤 | 調理員  | 4   | 常 勤 | 0 | 非常勤 |
| 主任調理員  | 1   | 常 勤  | 0 | 非常勤 | 事務員  | 2   | 常 勤 | 0 | 非常勤 |
| 副主任調理員   | 2   | 常 勤  | 0 | 非常勤 | 栄養士  | 1   | 常 勤 | 0 | 非常勤 |
| 副主任事務員   | 1   | 常 勤  | 0 | 非常勤 | 相談員  | 2   | 常 勤 | 0 | 非常勤 |

## 2 評価結果総評

### ◎特に評価の高い点

#### 1. 経営課題の明確化

利用者の推移や最近の傾向から経営状況を把握し、長期的な課題も含め明確化して、施設経営の今後の展望について理事会で協議し、職員へも周知している。管理者は常に経営や施設管理について工夫と改善に努め利用者や職員からの意見を把握するように努め、福祉サービスの向上を目指している。

#### 2. 「行動計画 2021」の策定

法人が目指すべき施設経営について、利用者や地域への基本姿勢、災害等の安全対策、法令順守、人材育成、財務管理等、中期計画にまとめ内外に示している。中期計画の内容は、職員の行動規範となっている。

### 3. 職員の専門資格取得

法人としての求める職員像や必要とする資格を示すことで、職員の専門資格が取得しやすい環境づくりに取り組み、多くの職員が国家資格等取得している。

### 4. 生活困窮者自立支援制度の取り組み

独自に生活困窮者支援に取り組み、相談受付や関係機関からの依頼に対し、救護施設の役割と位置づけて取り組んでいる。

#### ◎改善を求められる点

1. プライバシー保護に関するマニュアル等は作成されていないが、各種介助マニュアルに記載され、実施しているのでプライバシー保護に関して独立したマニュアルの作成等が望まれる。

### 3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自己評価を中心にすすめてきたが、評価の基準や着眼点が自分たちの感覚になるため、大きな改善につながりにくかった。今回第三者評価を受けたことにより、自分たちが感じるができなかった改善点も多くあり、大変参考になった。さっそく改善に取り組み、数年後に再度評価を受けたいと思います。

|      |              |                        |
|------|--------------|------------------------|
| 評価機関 | 名 称          | 社会福祉法人青森県社会福祉協議会       |
|      | 所 在 地        | 〒030-0822 青森市中央3-20-30 |
|      | 事業所との契約日     | 令和2年3月26日              |
|      | 評価実施期間       | 令和2年10月23日／令和2年10月30日  |
|      | 事業所への調査結果の報告 | 令和3年4月9日               |

## 第三評価結果

※すべての評価細目（65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。 | a       |
| <コメント><br>理念及び基本方針は、救護施設の特性を踏まえ明文化され、ホームページ、施設内への掲示、広報誌、行動計画書等に記載し、利用者や家族、職員に周知されている。利用者へは利用者互助会総会で説明し、職員へは会議等で毎年複数回説明している。 |                                   |         |

#### 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       |
| <コメント><br>救護施設の役割を意識して施設運営の現状、利用者の推移、コスト経営環境、社会福祉事業全体の変化や動向等の把握に努めている。また、東北地区救護施設協議会会長として活動することで、救護施設への需要の状況等を、分析して施設経営に取り組んでいる。 |   |         |
| 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><br>法人の収支状況等の経営環境に関する資料等を作成し、理事会及び職員へ資料を配布し、課題や問題点を明確化にして、法人として今後取り組むべき事項を役員へ説明している。                                       |   |         |

#### 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。 | a       |
| <コメント><br>5年間の中期計画書「行動計画2021」に法人が目指す施設、法令順守、職員等人材育成、財務管理、社会貢献、予算面等に係る方向性を作成している。行動計画の見直しに関する記載はないが、理事会で見直しに関する内容について、平成31年3月理事会で説明・審議している。 |                                       |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 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>&lt;コメント&gt;<br/>         事業計画書には、重点目標、事業内容及びサービスの質の向上に関する事項、職員研修、地域との係わり等明記しているが、数値目標や具体的な成果目標の記載までは至っていない。<br/>         単年度計画には、各事業の目標数値や成果目標等の記載が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;<br/>         手順等は作成していないが、毎年定められた時期に分析・評価・見直しされ、各部署で次年度の計画等協議し作成している。全職員へは3月に計画書を配布して次年度の内容等について説明し、職員は理解している。</p>                                |   |   |
| 7   | I-3-(2)-② 事業計画は、子どもや保護者等に周知され、理解を促している。             | b |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         事業計画書を抜粋した資料等を利用者に配布し、利用者互助会総会に職員も参加して説明しているが、利用者が理解しやすいような資料等の作成・配布までは至っていない。<br/>         利用者参加の観点から理解しやすい資料等の作成及び配布が望まれます。</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 養育・支援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>&lt;コメント&gt;<br/>         福祉サービスの質の担保のため、毎年満足度調査や食事に関する希望の調査等を実施し、組織的にPDCAサイクルによる評価が実施されている。今回の第三者評価受審のため昨年度から委員会を立ち上げ、自己評価を実施するとともに改善するなど福祉サービス向上に向けた取り組みが行われている。</p> |   |         |
| 9   | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき施設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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         評価結果は職員間で共有され、課題も明確化し改善策がとられ実施しているが、改善計画書の作成や改善策の見直しまでには至っていない。<br/>         評価結果から課題等に対する改善計画の作成が望まれます。</p>                                 |   |         |

## 評価対象Ⅱ 施設の運営管理

### Ⅱ-1 施設長の責任とリーダーシップ

|   |  | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| Ⅱ-1-(1) 施設長の責任が明確にされている。  |  |         |
| 10  | Ⅱ-1-(1)-① 施設長は、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、施設経営に関する方針や取り組みについて、広報誌等に明記するとともに経営課題や改善策に関して、職員会議等で周知を図っている。また、事務分担、決裁規程等により管理者の不在時の権限委任等明確化され職員も理解している。</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。     | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者等は、利害関係者との適正な関係について中期計画書「行動計画 2021」に明記したり、法令順守の観点から各種研修会へ参加するとともに職員への周知を図っている。社会福祉関係法令以外に労働基準法令についても専門家と連携し職員へ周知する等取り組んでいるが、セクシャルハラスメント以外の他のハラスメントに関する規程等の作成までには至っていない。各種ハラスメントへの対応や相談窓口に関する規程等の策定が望まれます。</p>               |  |         |
| Ⅱ-1-(2) 施設長のリーダーシップが発揮されている。  |  |         |
| 12  | Ⅱ-1-(2)-① 養育・支援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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、福祉サービスの現状に関する評価・分析のため「福祉サービス第三者評価委員会」を設置し、自己評価や満足度調査等により評価・分析している。職員は部署ごとに福祉サービスの実施において、意見等を提案する仕組みがあり、サービスの質の向上に意欲を持ち組織として取り組んでいる。そのため、職員は年1回以上は外部研修へ参加するとともに研修報告会等も実施している。</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。   | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、経営改善のため、地域の状況、財務関係や利用者の推移などデータ化するとともに経営環境と経営状況を作成し、理事会及び職員へ配布して改善の必要性と改善策を説明している。今年度からは人事考課を実施することで職員の意識や働きやすい環境づくりに努めているが、組織内に経営改善や業務の実効性を高めるための具体的な体制までには至っていない。経営改善等に努めているので、管理者のみでなく組織内に経営に関する検討できる委員会等の開催に期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>必要な人材や体制に関する基本的考え方を中期計画書「行動計画 2021」に明記し、効果的な人材確保や職員の資格取得推進に努めているが、人員体制・採用計画等の具体的な計画までには至っていない。</p> <p>採用計画も含めた人員体制等の具体的な計画の作成が望まれます。</p>   |  |         |
| 15  | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像を文書化して職員へ配布し、人事考課を実施している。面談は定期的に行われていないが、職務等に対する職員の意向は各部署で主任による聞き取りがされている。職務に関する成果・貢献度等キャリアパスの基準は明確化までには至っていない。</p> <p>職員が将来像を描けるようなキャリアパス等の基準の明確化に期待します。</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。       | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>労務管理責任者は管理者であり、有給休暇取得状況や時間外勤務数を把握している。職員の就業に関する希望等を聞き取りし、子育て中などの職員に配慮した勤務体制にして働きやすい職場づくりに努めているが、定期的な職員との面談の実施や労務管理担当者は配置されているが各種相談窓口等の配置までは至っていない。</p> <p>職員の相談窓口や職員の定期的な面談に期待します。</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。                  | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像を文書化して職員へ配布し、適宜上司との面談やコミュニケーションはとれており、今年度からの人事考課により各職員は目標等設定して取り組んでいるが、年度当初・中間等の定期的な面接の実施や目標水準・期限等の設定までには至っていない。</p> <p>定期的な面接の実施や職員の経験年数等により目標設定等に期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像を文書化して職員へ配布し、行動計画には基本方針、事業計画書には法人が求める専門の国家資格等が記載している。研修では、毎年外部研修に参加できるように配慮され参加しているが、経験年数や職種等に関して体系化された研修計画の策定までには至っていない。</p> <p>経験年数や職種による研修計画の策定が望まれます。</p>                   |  |         |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 19  | Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修等の機会が確保されている。                     | a |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         新人職員へは先輩担当職員が指導できる体制があり、職員一人ひとりの専門資格を把握し、職種に応じた外部研修へ参加できる機会があり、すべての職員が教育・研修に参加できるように配慮されている。</p>   |  |   |
| Ⅱ-2-(4) 実習生等の養育・支援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 実習生等の養育・支援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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         実習指導者の研修の実施については、研修会等が県内では開催の実績が少ないので研修会への参加はない。実習生受け入れマニュアルはあるが連絡窓口、利用者、職員への事前説明に関する事項等の記載までには至っていない。<br/>         受入マニュアルには、連絡窓口等必要事項の記載の追加を期待します。</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>&lt;コメント&gt;<br/>         ホームページでは、理念や基本方針、苦情受付状況、計画、財務関係等法人に係る情報公開が適切に行われており、広報誌等は公共施設に配布しているが、地域へ法人の理念や施設の役割等に関する事項の啓発活動までには至っていない。<br/>         地域へ施設の理念や役割等に関する事項の啓発活動に期待します。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         施設での事務・経理等の権限や責任が明確であり、職員も理解している。税理士の会計に係る指導もあるが、内部監査や専門家による監査等は実施されていない。<br/>         会計事務の職員間による内部監査等の実施が望まれます</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 子どもと地域との交流を広げるための取組を行っている。 | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         地域との関わりについて、行動計画や事業計画書に明記され、施設内掲示板に行事等の情報を紹介したり、地域の行事や買い物には職員が付き添い等行っている。また、施設の行事には地域住民や学校関係者へも案内し、参加されている。</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>&lt;コメント&gt;<br/> ボランティアの受入や学校教育への協力を事業計画に明示して、ボランティアの受入・交流が行われているが、ボランティア受入マニュアルの作成やボランティアへの研修等を実施していない。<br/> 事前説明等の必要事項が記載されたボランティア受入マニュアルの作成に期待します。</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 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。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 利用者が必要とする地域の社会資源の掲示や情報提供が行われ、職員も理解している。地域の関係機関とは地域ケア会議、生活困窮者支援調整会議、しあわせネットワーク等に参画し、地域のネットワーク化に取り組み支援できる体制となっている。</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 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>&lt;コメント&gt;<br/> 生活困窮者支援調整会議、役所や社協からの困難事例の依頼による連絡会議、地域ケア会議の参画等により地域の生活課題等を把握し、解決に向けた支援活動が行われている。</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>&lt;コメント&gt;<br/> 公益的事業の実施を事業計画書等で明示し、生活困窮者支援活動の実施やしあわせネットワークに参画している。施設が有しているノウハウ等を活用した高齢者疑似体験や救命講習会等を町内で開催したり、防災訓練の実施など地域の町内会と防災協力が行われている。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 法人の基本方針に、利用者の権利擁護に関する事項を明示し、各サービスマニュアルにも利用者尊重に関する事項が明記されているが、倫理綱領等の基本姿勢に関する規程等までには至っていない。月1回権利擁護の視点から職員対応に関して虐待や利用者尊重について検討する機会があり、利用者への対応の把握と評価・改善等を協議している。<br/> 利用者尊重に関する取り組みが実践されているので、基本姿勢として倫理綱領等を策定し、さらに推進されることに期待します。</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が行われている。               | b |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         プライバシー保護に関する規程・マニュアルはないが、各介助マニュアルに介助の場面ごとのプライバシー保護への対応が明記しており、職員は理解し実施しているが、利用者及び家族へのプライバシー保護に関する説明等までには至っていない。建物の老朽化のため、設備面ではプライバシー保護に対応できていない。<br/>         利用者及び家族へのプライバシー保護に関する資料の作成や利用者・家族への説明に期待します。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         ホームページ及びリーフレットを作成し、施設の特性等紹介した内容により理解できるように工夫されている。体験入所や見学も実施し、利用希望者へは必要な情報提供や丁寧な説明をしているが、説明用資料は言葉遣いやふりがな明記など、誰でもわかるような内容までには至っていない。なお、重要事項説明書には、全ての文書にふりがな表記がされている。<br/>         施設のリーフレット等はふりがなをつける等、誰もが理解できる内容の工夫に期待します。</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>&lt;コメント&gt;<br/>         サービス開始時は、重要事項説明書により説明・契約して同意を得ている。開始時・変更時は理解できるように工夫して説明しているが、わかりやすく工夫した資料の作成までには至っていない。また、変更時には家族から同意を得ていない場合もある。措置のため福祉事務所ケースワーカーへ年1回説明している。<br/>         障害等がある利用者や家族用にわかりやすくした資料等の作成が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;<br/>         退所後も不利益がないように利用者及び家族に対して相談等できる旨説明しているが、事業所の変更や地域への移行時での引継ぎ文書等の配布までには至っていない。また、退所後の相談方法や担当者については措置施設のため福祉事務所となる。<br/>         退所後もいつでも誰にでも相談できることを伝えるための資料等の作成に期待します。</p>   |   |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。   |   |   |
| 33  | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。            | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年、利用者の満足度調査を実施して広報誌で公開し、利用者及び家族に報告がされている。調査は担当委員会により実施、分析して改善に向けた検討がしている。また、利用者とは互助会総会等での懇談や日常のコミュニケーションにより利用者の満足度を把握するように努めて改善されているが、利用者参画による検討会議等の開催までに至っていない。</p> <p>可能な利用者は検討会議へ参加できるような配慮が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決のための仕組み及び体制があり、苦情解決第三者委員による2ヶ月に1度の相談会の実施や掲示板等により周知を図っている。利用者等からの意見については、利用者及び家族に解決のための取り組み等報告するとともにホームページ等で公開し、福祉サービスの質の向上に努めている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談や意見は、相談室を設置していつでも誰でも相談できる体制となっているが、そのために説明する資料等の作成や配布までには至っていない。</p> <p>利用者から相談や意見は複数の方法や職員にできることを説明した資料等の作成が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談や意見は述べやすいように、意見箱の設置や満足度調査を実施している。記録して職員間で共有され、解決するための検討会も実施されているが、意見や相談対応のためのマニュアル整備までには至っていない。</p> <p>利用者からの相談や意見に対して組織的に対応されているので、マニュアル化に期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントに関して事故防止委員会を設置し、管理者も参画して取り組み、事故発生時等の対応マニュアルを全職員に周知している。ヒヤリハット集を毎月回覧して再発防止に努めるとともに緊急の事故等が発生した場合はすぐに研修会を開催するように努めている。</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>&lt;コメント&gt;<br/>         感染症対策として、担当委員会を設置しマニュアルを職員に示し、毎年同時期に職員への研修会を開催している。今年は新型コロナウイルス感染対策として3回程度開催している。</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>&lt;コメント&gt;<br/>         災害時の体制はマニュアルにより職員に示され、利用者及び職員の安否確認方法や災害時に持ち出す利用者名簿の作成、備蓄リストもあり、地域住民の協力のもと訓練も定期的実施している。</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>&lt;コメント&gt;<br/>         標準的な福祉サービスの実施方法は、マニュアル化して各部署に配置され、いつでも閲覧できるようにしている。中期計画書「行動計画 2021」では「利用者に対する基本姿勢」により職員に説明して利用者の尊重、権利擁護、プライバシーの保護に関して明示している。また、研修会等で周知徹底に努めている。</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。               | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         毎月開催されている委員会活動及び各種職員会議や利用者からの意見・提案が、福祉サービスの標準的な実施方法に反映される仕組みがあり実施されているが、検証・見直しは定期的ではなく、その都度となっている。<br/>         福祉サービスの標準的な実施方法については、定期的に見直し、過程の記録作成が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;<br/>         個別支援計画策定の責任者を主任とし、年1回のアセスメントは定められた標準的な実施方法により行われ、利用者個々のニーズを確認して協議している。計画策定では、モニタリング・多職種での会議開催を実施し、必要に応じて利用者本人の同席も行われている。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         モニタリングの時期を定め、個別支援計画検討会により評価・見直しを実施している。変更後の内容は書面のみでなく、パソコンでの共有により各職員への周知と確認がなされている。また、退院後等、緊急を要する場合はその都度、検討会を開催している。</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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         福祉サービスの記録や個別支援計画は、毎日の回覧やパソコン上でのネットワークシステムにより職員間で情報共有されている。情報共有に関して毎月連絡会議は開催されているが、部門横断までには至っていない。<br/>         情報共有に関しては、部門横断による定例会議の実施や入力の内容、書き方に差異が生じないように一定のルール化の検討に期待します。</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>&lt;コメント&gt;<br/>         個人情報管理規程や文書保存取扱要領により記録等の管理・漏えいへの対応がされている。個人情報管理については、職員へ周知・理解されているが、利用者及び家族への説明はされていない。<br/>         重要事項説明書に個人情報に関する取扱いについて記載し、入所時には「個人情報の取得と利用目的について」等を書面で提示・説明し、同意を得るなどが望まれます。</p> |  |   |

## 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。 | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         施設内での生活上のルール等は利用者とも協議し、利用者の意向を確認して自己決定を尊重する個別支援が行われ、職員も理解している。利用開始時に「新規入所者の確認事項(本人用)」にて嗜好品について確認して個別支援計画に記載し、支援している。</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。    | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         個別支援計画により自律・自立への配慮や動機付けを行い、自己管理等の支援がされている。高齢や障害による介護等が必要となった利用者には他の福祉サービスの利用を検討しているが、受け入れ先が少なく、支援体制の構築までには至っていない。<br/>         救護施設の役割・機能を踏まえ、状況に応じて他の福祉サービスが利用できるような方針を明確にし、個別支援計画へも反映が望まれます。</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。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>聞き取りを主として対応しているが、筆談やコミュニケーションボードも活用している。必要に応じて家族等を代弁者とし、その協力を得ている。</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。         | a |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者は、個別に職員へ相談できる機会があり相談室も設置され、利用者が選択・決定できる体制が構築されている。相談内容は、職員間で共有（ノートへの記載、パソコンへの入力、メモによる伝達）され、個別支援計画へ反映すべき内容は検討会議によって調整している。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>個別支援計画に基づき、作業やレクリエーションは利用者の希望を踏まえて、能力等を考慮し選択できるよう支援している。地域における日中活動の情報提供や施設内でのクラブ活動・愛好会活動等の支援が行われている。また、作業中は安全に活動できるよう使用する農機具・工具の確認を徹底している。</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が確保されている。          | b |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>生活環境について、利用者の意向等を把握して対応しているが、施設の老朽化により清潔にしているが介護の必要な利用者等が使用する浴室やトイレ、居室等のハード面は安心・安全面の整備までに至っていない。廊下に個人使用のテーブルや椅子があり、移動時の妨げになっている。<br/>行動計画 2021 にある「生活環境の向上」により、安全で衛生的かつ快適な環境の整備が示されているので、具体的な計画策定と予算措置に期待します。</p> |  |   |
| 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が徹底されている。              | c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>虐待防止委員会が設置され、運用指針や虐待防止マニュアル等の整備と虐待防止に対する施設の姿勢が周知されている。虐待防止や権利擁護の事例等に関して、部署ごとに検討会は月1回実施して職員への検討や周知がされているが、利用者への具体的事例等の周知までには至っていない。<br/>利用者所持金取扱要領へ経済的虐待防止の内容を追加や利用者への周知に期待します。</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  |  |         |
| A17   | 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。      | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別に配慮が必要な利用者の行動や生活状況を把握し、行動障害等のある利用者は職員間で共有され、支援計画に記録する等、個別に対応する体制が構築されている。利用者の障害や疾病等の研修は医師や看護職から指導はあるが、専門知識の習得までには至っていない。</p> <p>専門職からの助言のみでなく、支援に係る職員の専門知識や技術の習得に期待します。</p>        |  |         |
| A18   | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づき、利用者の状況に応じた入浴支援、排せつ支援、移動・移動のマニュアルが整備され支援が行われている。</p>   |  |         |
| A19   | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の嗜好を調査等により把握し、利用者が満足できるように工夫している。誤嚥等の危険がある利用者については、常に見守り体制が構築され、体調不良者にはゼリー等の栄養補助食を提供している。</p>   |  |         |
| A-2-(2) 機能訓練・生活訓練   |  |         |
| A20   | 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。      | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>機能訓練マニュアルがあり、個別支援計画により機能訓練・生活訓練を実施しているが、理学療法士等の専門職員の指導までには至っていない。</p> <p>機能訓練評価表にある動作状況の確認・評価に当たっては、理学療法士等の専門職員の参画や特に必要性の高い利用者には訓練計画の立案に専門職員の指導・助言を取り入れることを期待します。</p>                |  |         |
| A-2-(3) 健康管理・医療的な支援   |  |         |
| A21   | 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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の健康状態は、看護職が中心となり障害等の特性を踏まえて把握や指導に努め、利用者の通院には職員が付き添い医師や医療機関と連携されているが、歯科検診の計画的な実施までには至っていない。</p> <p>歯科口腔保健の推進に関する法律にて、障害（児）者入所施設での定期的な歯科検診の目標実施率が数値化されていますので、計画的な歯科検診の実施に期待します。</p> |  |         |

|  |   |   |
|--|---|---|
| A22  | A-2-(3)-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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画では、医師等の助言を得て医療的な支援や疾病への対応方法が明記され、通院等が行われている。通院・入院等に関するマニュアルも整備されているが、アレルギー疾患等のマニュアルの整備までには至っていない。</p> <p>アレルギー疾患等への対応を投薬マニュアルへの追記や誤薬・誤飲、服薬拒否を想定したマニュアル内容の見直しと医師・看護師との安全管理体制の強化に期待します。</p> |   |   |

### A-3 自立支援

|   |   |   |
|---|---|---|
| A-3-(1) 社会参加の支援   |   |   |
| A23   | 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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の社会参加の支援等を行い、就労支援等利用者の意向を尊重して実施しているが、資格取得等の学習支援の必要な利用者がいないため、支援は行われていない。</p> <p>パソコンの指導、図書館の利用、調理実習等、選択肢を増やし外部講師の参画も含め、社会参加への意欲を高める支援に期待します。</p>  |   |   |
| A-3-(2) 就労支援  |   |   |
| A24   | 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。     | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障害者の就労支援事業は実施しており、就労支援等利用者の意向を尊重して実施しているが、利用者の障害の状況から一般企業への就労が困難なため、地域の企業、関係機関との連携までには至っていない。</p> <p>地域におけるネットワーク構築には障害者雇用率向上の視点からも地域企業や関係機関への理解促進を図る働き掛けに期待します。</p>   |   |   |
| A-3-(3) 家族等との連携・支援  |   |   |
| A25   | 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。        | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者と家族との交流や家族からの相談は、いつでも受ける体制が構築されている。帰省時における遠距離の移動や移動手段の確保が困難な利用者には、施設独自の送迎を行っている。緊急時の連絡体制は確立されているが、個別事情やプライバシーに配慮し、定期的に生活状況等を家族へ報告するまでには至っていない。</p> <p>利用者や家族の高齢化に伴い、連携が希薄になりつつある現状が想定されますので、機関紙発送等を活用し相談受付を含めた工夫が望まれます。又、家族への報告・連絡についてはその内容に応じてルール化や地域交流ホームのぞみの家を活用した家族との交流にも期待します。</p> |   |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| A-3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援   |  |   |
| A26  | 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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意向を把握して社会資源等活用できる情報の提供等を行っているが、地域生活への移行できる方が少ないため、地域生活での意欲を高める支援までには至っていない。</p> <p>地域生活への移行と継続に伴うプログラムの策定や、「地域とともに明るく豊かな生活をめざして」との法人理念の具現化に向けた支援内容（バックアップ体制の構築等）に期待します。</p> |  |   |

#### A-4 地域の生活困窮者支援

|   |   |   |
|---|---|---|
| A-4-(1) 地域の生活困窮者等の支援  |   |   |
| A27   | 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>救護施設の専門性を発揮しつつ、地域の関係機関との情報共有、連携に努め、「青森しあわせネットワーク」への参画や生活困窮者自立支援制度の窓口の設置を含めて、生活困窮者への活動を行っている。</p> |   |   |