

福祉サービス第三者評価の結果

令和元年 11月 22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 (施設名) | 東 幸 園 | 種 別 | 障害者支援施設 | | |
| 代表者氏名 (管理者) | 園長 伊藤 孝典 | 開 設 年月日 | 平成7年4月1日 | | |
| 設置主体 (法人名称) | 社会福祉法人 東幸会 | 定 員 | 50 | 利用人数 | 50 |
| 所在地 | 〒031-0833 青森県八戸市大字大久保字生平44番地77 | | | | |
| 連絡先電話 | 0178(35)2002 | FAX電話 | 0178(35)2003 | | |
| ホームページアドレス | https://s-tokokai.or.jp/ | | | | |
| 第三者評価の受審状況 | これまでの受審回数 | 受審履歴 | | | |
| | 0 | | | | |

(2) 基本情報 ※必要に応じて写真等追加可能

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|--|--|
| 理念・基本方針 | 利用者の個人の尊重、人間としての権利の尊重を図り、情緒の安定、健康の管理、新体機能の発達、身辺の自立、社会適応能力等を育成するために利用者個々の精神身体状況を把握し、適切な処遇を行う。また、ご家族や地域社会の住民と開放的で誠実な交流を通して連携を図り、利用者自らが幸福を目指すための支援サービスを理念とし、誠実に一貫性をもって行う。 | | | | |
| サービス内容（事業内容） | 施設の主な行事 | | | | |
| 施設に入所する障害のある方に対して、日中、夜間において、入浴、排せつ、食事等の介助、生活に関する相談・助言のほか、必要な日常生活上の支援を行います。 また、日中活動においては、創作的活動、生産活動の機会の提供のほか、身体機能や生活能力の向上のために必要な援助を行います。 | 5月 | 遠足 | | | |
| | 7月 | 七夕会 | | | |
| | 8月 | 八戸三社大祭見学 | | | |
| | 9月 | 東幸園まつり | | | |
| | 10月 | 地域交流（白銀南公民館まつり、白銀南中文化祭、白銀南小バザー他） | | | |
| | 11月 | 餅つき交流（種差小） | | | |
| | 12月 | クリスマス会 | | | |
| | 2月 | 節分祭、バレンタインパーティー | | | |
| | 3月 | ひな祭り、ホワイトデーパーティー | | | |
| | | * 通年を通じて、買物外出、各イベント見学他 | | | |
| その他特徴的な取組 | <ul style="list-style-type: none"> ・グループホーム東幸園と連携した、地域交流行事開催。月1回ふれあいカフェ（こども食堂等） ・八ネット福祉オンブズマン利用。（月1回訪問） | | | | |

| 居室概要 | | 居室以外の施設整備の概要 | | | | | | | |
|------------------|-----|-------------------------|---|-----|------|---|----|---|-----|
| 居室24（男性用15 女性用9） | | 医務室、静養室、相談室、事務室、多目的室、食堂 | | | | | | | |
| 自立訓練室1 短期入所2 | | 利用者トイレ、洗面所、浴室、洗濯場 | | | | | | | |
| | | 支援センター、厨房、作業棟 等 | | | | | | | |
| 職員の配置 | | | | | | | | | |
| 職 種 | 人 数 | | | | 職 種 | | | | |
| 園長 | 1 | 常勤 | 0 | 非常勤 | 調理職員 | 4 | 常勤 | 0 | 非常勤 |
| 副園長 | 1 | 常勤 | 0 | 非常勤 | 管理員 | 2 | 常勤 | 0 | 非常勤 |
| サービス管理責任者 | 1 | 常勤 | 0 | 非常勤 | 事務員 | 2 | 常勤 | 0 | 非常勤 |
| 生活支援員 | 18 | 常勤 | 3 | 非常勤 | | 0 | 常勤 | 0 | 非常勤 |
| 看護師 | 1 | 常勤 | 2 | 非常勤 | | 0 | 常勤 | 0 | 非常勤 |
| 栄養士 | 1 | 常勤 | 0 | 非常勤 | | 0 | 常勤 | 0 | 非常勤 |

2 評価結果総評

◎特に評価の高い点

- ・職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されています。
施設内外で研修会に参加できるように配慮があり、個々の職員の知識を深め、技術水準の向上に取り組んでいます。特に、新任者に対しては「新任育成プログラム」により施設内で育成プログラムが組み立てられ、自己目標に対しての自己評価等を記入し、先輩職員からアドバイスをもらうシステムが確立されている点が評価できます。
- ・運営の透明性を確保するための情報公開が行われています。
ホームページや掲示板及び広報等で法人の基本方針や決算状況の報告等がなされています。また、オンブズマンが毎月施設を訪問し、利用者等とのやり取りや観察の中で改善点や提案を記録にまとめ、その内容が掲示され、利用者家族にも発信されている点が評価できます。
- ・福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元しています。
東幸園祭り等の行事や、大久保の里 地域交流ホールを設け無料で地域に開放しているほか、福祉避難所として八戸市と契約を締結しており、地域の活性化やまちづくりへ貢献しています。

◎改善を求められる点

- ・中・長期的の文書化について
中・長期計画について、設備の整備、職員体制、人材等に関する具体的な計画にして文書化し、中・長期計画を踏まえた単年度の計画も策定されることを期待します。
- ・事業計画について
行事等だけではなく、事業計画についても利用者や家族にわかりやすく説明することが望まれます。
- ・人事管理、職員の育成について
人事基準や、職員一人ひとりの目標管理のための仕組み作りを期待します。
- ・利用者満足度調査について
利用者満足度を調査する機会を作り、また把握した結果を分析・検討することまでを含めて実施することを期待します。
- ・標準的な実施方法について
検証や見直しに関する時期やその方法が決まっていませんでした。定期的な見直し等の仕組みについて今後の整備を期待します。

3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、開設より24年経過して初めての第三者評価受審となりました。普段から、より良いサービスの提供、職員のスキルアップ、働きやすい環境作りに配慮してきましたが、至らない点が多々あることに気がつくことができました。

評価結果を真摯に受け止め、総評の「改善を求められる点」のみならず、各評価項目に関して改善を要する点についてできるだけ早期に改善できるよう努力し、今後もより良い障がい福祉サービスの提供・向上に努めて参ります。

お忙しい中、事前アンケート集計、訪問調査、結果まとめ等、第三者評価を実施して頂きありがとうございました。

| | | |
|------|------------------|--------------------|
| 評価機関 | 名 称 | 公益社団法人 青森県社会福祉士会 |
| | 所 在 地 | 青森市中央3丁目20番30号 |
| | 事業所との契約日 | 平成31年4月1日 |
| | 評価実施期間 | 平成31年4月1日～令和元年8月9日 |
| | 事業所への 調査結果の報告 | 令和元年10月9日 |

第三評価結果

※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。 | a・ ① ・c |
| <p><コメント></p> <p>基本方針はパンフレット、ホームページ、玄関前の掲示、会議資料に掲載されていますが、理念が一部掲載されていませんでしたので、セットで掲載されることが望まれます。また、例えば総会等で理念や基本方針に触れ、利用者や家族へ周知を図ってはいかがでしょうか。</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・ ② ・c |
| <p><コメント></p> <p>副園長が施設長研修を受講し、社会福祉施設における経営課題の分析や経営資源の活性化、サービスの質の向上、人材の育成、地域福祉・在宅福祉の拠点としての役割など、社会福祉施設の経営及び運営管理の手法を学び、経営状況の把握・分析や情報収集に努めています。事業報告書で利用者のデータは収集していますが、コスト分析にまでは至っていないため、現状分析を適切に行うことが求められます。</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・ ③ ・c |
| <p><コメント></p> <p>3～4ヶ月に1回理事会があり、経営状況や改善すべき課題について役員間での共有がなされていますが、現状分析に基づいた課題について明らかにし、職員に周知することが求められます。</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・b・㉔ |
| <p><コメント></p> <p>単年度の事業計画はありますが、中・長期計画が文書化されていませんでした。園長の中長期計画の考えを、設備の整備、職員体制、人材等に関する具体的な計画にして文書化すると良いでしょう。</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・b・㉔ |
| <p><コメント></p> <p>今後は中・長期計画を是非文書化し、中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されることを期待します。</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。 | ㉔・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画書を策定するにあたり、担当職員が分担して行っており、見直しについても事業報告書を策定する際に計画書の時と同様の手順で行い、集約されています。事業計画は会議において周知されています。</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。 | a・b・㉔ |
| <p><コメント></p> <p>行事等については親の会総会の際に周知していますが、事業計画を利用者や家族には説明していませんでした。事業計画は利用者への福祉サービスの提供に関わる事項でもありますので、事業計画においても利用者や家族にわかりやすく説明することが望まれます。</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 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。 | ㉔・b・c |
| <p><コメント></p> <p>毎年2月に施設自己評価を全職員で行い、PDCAサイクルに基づいて担当がとりまとめ、福祉サービスの質の向上に関する取組が整備されています。第三者評価については、本法人の他事業所が受審しており、質の向上に努める組織づくりを進めています。</p> | | |

| | | |
|--|--|----------------|
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>自己評価のとりまとめにより、改善すべき課題が明確にされています。今後、中・長期的な検討が必要な課題については中・長期計画を策定し、反映させる等の計画的な取組が必要となります。</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 ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>園長より、年度末に次年度の方針や職務分掌などを職員会議で周知しています。非常災害対策計画が職員の夜勤室や事務室にあり、不在時の権限委任等を含め明確化されています。</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・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>園長は、現在わかる範囲で遵守すべき法令を把握しているとのことでした。今後は幅広い関係法令を把握・周知し、遵守するための具体的な取組を行ってみたいかがでしょうか。</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・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>毎年2月に施設サービス自己評価を行い、次年度に向けた話し合いとなりますが、園長が中心ではなく、現場の職員が中心となり行っています。園長は自己評価に基づいて福祉サービスの質の向上に関わる課題を理解・分析したうえで、改善のために指導力を発揮できる体制作りを整える必要があります。</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 ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>園長・副園長が人事、労務、財務等の分析を実施しています。また、職員配置、働きやすい職場環境づくり、業務改善等を積極的に行い、仕事・家庭生活でのバランスに合わせた勤務体制になるよう取り組んでいます。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>現在職員数は不足していませんが、職員の男女比により、男性利用者に対しての職員が手薄になりがちとのことです。福祉サービスの質の確保のために、人材確保に対する計画は必要不可欠であり、今後人材の確保及び定着等に関する具体的な計画の確立が必要となります。</p> | | |
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a・b・ c |
| <p><コメント></p> <p>人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められていませんでした。今後、明確な人事基準を整備するとのことであり、職員が自ら将来を描くことができるような仕組みづくりを期待します。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>園長は年に2回職員との面談を行い、就労状況の把握等を行っています。職員の質問に対して全職員にその回答が閲覧できるシステムになっています。福祉人材の人員体制に関する具体的な計画がなく、一部の職員に負担が偏りかねない状況であるため、今後の計画に期待されます。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>新任職員に対しては、新任育成プログラムにより研修が進められ、自己目標に対しての自己評価等を記入し、アドバイスを受けられるシステムが確立されています。新任以外の職員に対しては、園長とコミュニケーションをとりながら年2回個別面接を行っています。職員に対する園内・園外の研修も充実しています。</p> <p>組織として「期待する職員像」が事業計画の運営の「処遇の基本」「処遇の重点」に記載されていますが、職員の目標や進捗状況の確認がなされていないため、福祉サービスの質の確保や人材の確保・定着のために今後、目標管理等を具体的に行っていく必要があります。</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。 | a ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>研修委員会が中心となり、事業計画に記載がある「期待する職員像」（処遇の基本・処遇の重点）を元にして研修の年間目標を立てています。また、外部研修への派遣や、内部研修会の開催を行っています。研修内容については年4回の定例委員会を実施し、見直しや確認を行っています。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設内外で職員が研修会に参加できるように配慮されており、職員個々の知識・向上を図っています。新任職員に対しては、新任育成プログラムが確立されています。</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。 | a・㉒・c |
| <p><コメント></p> <p>実習生受入マニュアルに基本姿勢が明文化されており、マニュアルが整備されています。指導する側への研修を実施するとともに、実習受入に対する施設内外または法人独自の研修を設けていくことが望まれます。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>ホームページ、施設前の掲示板及び広報等で法人の基本方針や決算状況の報告等がなされています。またオンブズマンの調査が定期的に行われ、その内容が掲示されており、利用者家族に改善方法などが発信されています。</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。 | a・㉒・c |
| <p><コメント></p> <p>事務規程や経理規程等で事務経理取引等に関するルールが明確化されています。また内部監査や会計事務所による会計経理のチェック体制がなされています。更に公正かつ透明性の高い運営を保つため、外部監査等を活用してはいかがでしょうか。</p> | | |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | |
|--|---------------------------------------|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| 23 | II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | a・㉒・c |
| <p><コメント></p> <p>年2回広報を発行して、地域に事業活動内容を発信し、ふれあいカフェ等で情報収集に努めています。また、2～3ヶ月ごとに利用者の個々のニーズに合わせた買い物外出を行ったり、東幸園祭りなどで地域との交流会を行っています。園について、より地域の方に広く知ってもらうため、総合避難訓練などの際地域の方と連携して行ってみたいはいかがでしょうか。</p> | | |

| | | |
|---|--|----------------|
| 24 | Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | a・ ② ・c |
| <p><コメント></p> <p>ボランティア受入マニュアルがあり基本姿勢が明文化されています。ボランティアの受入れ体制は確立されていますが、利用者との交流を図る視点で必要な研修及び支援を行うことや、地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明示することを期待します。</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 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | a・ ② ・c |
| <p><コメント></p> <p>個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示した資料があり、医療機関、障害者関係機関等への連絡体制が整っています。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うために、竣工した大久保の里地域交流ホールを活用してはいかがでしょうか。</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。 | ① ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>東幸園祭りや大久保の里 地域交流ホールを設け、地域に還元する取組がなされています。また、福祉避難所として八戸市と契約を締結しており、地域住民へ施設の開放や、地域の活性化やまちづくりへ貢献しています。</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・ ② ・c |
| <p><コメント></p> <p>大久保の里地域交流ホールを無料で開放し地域に還元した取組みがなされていますが、その際アンケートを実施するなどし、把握したニーズに基づいた具体的な活動に取り組みられることを期待します。</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・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>玄関に理念や運営方針・処遇の基本を掲示し、職員が毎月行うセルフチェックリストに理念を印刷し配布するなど努力がみられます。倫理綱領についても、廊下に掲示されています。園内研修等で「施設で働く心構えと行動の基本」「利用者さんへの接遇マナー」の勉強会を行っていることが評価できます。理念、基本方針、倫理綱領が全職員に浸透するような取組が期待されます。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>「接遇対応マニュアル」にプライバシー保護に関する記載があります。居室が2人部屋と3人部屋となっており、一人ひとりのプライバシーが保たれている状況とは言えませんが、着替え時は居室の戸を閉めるなどの対応や、同性介護で対応するなどの配慮が見られます。利用者や家族へのプライバシー保護に関する周知については、入所の契約時のみとなっています。利用者がトイレ使用時に戸があいていたり、カーテンが外れたままになっている箇所がありましたので、今後の改善に期待します。</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 ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>見学希望の方には、利用者や家族に来園していただき、施設の見学や施設の特徴である行事や入所後の家族との交流・病気に対する対応など、利用者や家族が知りたいと思う情報を時間をかけて説明しています。また利用者が理解しやすいように広報誌の写真を利用し一日の生活の流れを説明しています。ホームページが開設された事で、より多くの方が情報入手しやすい環境となっています。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>サービスの利用開始にあたり重要事項説明書及び契約書（ルビ付き）をもとに、また行事の写真や一日の生活の流れなどの写真を利用し、利用者がイメージしやすいように工夫しています。同意を得た際の面談記録も残されており、家族の意向と利用者の意向が異なる場合についても、利用者が安心できるように説明を行っています。意思決定が困難な利用者への配慮について、どの職員が対応しても適切に配慮できるような体制を期待します。</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。 | a・ ② ・c |
| <p><コメント></p> <p>施設での生活の継続性に配慮するため、相談支援センターと連携し、関係機関の協力体制ができるよう取り組まれています。</p> <p>また、グループホーム等で暮らせる可能性がある利用者に対しての声掛けや、移行にむけて自立訓練室を使つての訓練を取り組んできた実績があります。施設を退所された後もサービス管理責任者が窓口となって相談できる旨は伝えていますが、相談方法や担当者等を記載した文書を作成してみたいかがでしょうか。</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、取り組んでいる。 | a・b・ ③ |
| <p><コメント></p> <p>利用者満足把握のための調査や懇談会等確認できませんでした。親の会への参加は4月には職員紹介、年2回の役員会には園長・副園長・管理課長・支援課長が参加されているため、その機会を利用し利用者満足度調査を行うことや、利用者への個別面談等で把握する等の工夫が求められます。</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。 | ① ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の生活の質の向上につながるようオンブズマンを活用しています。週1回の朝礼の際に利用者に説明したり、家族に対してはイニシャルに変更した回答書を毎月送付しています。また苦情解決の仕組みについて、入所時に重要事項説明書にて説明し、廊下に掲示したり、玄関に「みなさんの声」という意見箱を設置し、月1回オンブズマンが来園した際に意見箱の中身を確認しています。</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・ ② ・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者や家族が相談や意見を述べたいときの方法や、相手を選択できるという仕組みについては入所時に説明しています。また、重要事項説明書に記載してあるほか、オンブズマンの顔写真等も掲示されていました。今後は、それらの周知を図るための取組に期待します。</p> <p>意見を述べやすいスペースの確保として相談室を利用することはできますが、実際は居室にて相談を受けている状況であり、意見を述べやすい環境の工夫についても検討してみたいかがでしょうか。</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・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>相談や意見を受けた際の手順などのマニュアルが整備されていませんが、利用者からの日々の要望や意見については、いつ対応できるかをはっきり回答するように取り組んでいます。意見箱の設置はありますが、アンケートの実施等の工夫までは至っていないため、今後の工夫に期待します。</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・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>安全事故防止委員会にて、「ひやりはっと・事故報告書」に取り組んでいます。夜勤室には、事故発生時対応マニュアルや緊急連絡網・家族の緊急連絡先及び病院連絡網を掲示し対応できるようにしています。ひやりはっとについてはケース記録の中から該当する内容を収集し、委員会で発生時間場所等の分析を行い事故防止につなげるように取り組んでいます。昨年度の職員全体の研修において、緊急時の対応についての実績が確認できませんでしたので、定期的な勉強会などの開催を期待します。</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・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>各種感染症対策マニュアルはありますが、定期的に見直しは行っていないようです。ノロウイルスや新型インフルエンザについては、勉強会等を行った事がありますが、昨年の実績では新任職員育成プログラム内の勉強会のみとなっています。食堂に感染症対応の用具が一式用意し対応できるようになっています。インフルエンザ発生時については、感染拡大防止のための対応が統一されています。保健委員会は年4回開催されていますが、内容について、定期的な感染症予防の勉強会などを開催するような取組を期待します。</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・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>防災管理規程・防災会議規程・防災計画・非常災害対策計画が整備されています。火災・地震・夜間・停電想定等行われていますが、不審者を想定した訓練の実施についても検討してみたいでしょうか。</p> <p>非常用の食料については3日分の備蓄を行っており、栄養士により災害時の献立表を作成、賞味期限の記載もされています。震度5の地震の際は職員を招集し、利用者の家族については最低3カ所の緊急連絡先の確認をしており連絡がつくようにしています。現在暴風雪に対応するマニュアルを作成中との事です。利用者の安全確保の取組の為、地域住民等の協力を仰ぎながら訓練をしていくことを期待します。</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・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>食事や排せつの支援マニュアル及び直接処遇職員業務マニュアルは整備されています。また接遇対応マニュアルに利用者の尊重及びプライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されており、新任職員育成プログラムにおいて、職員に理解を図るための取組が行われています。今後は全職員に標準的な実施方法が実施されるような取組を期待します。</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・b・ c |
| <p><コメント></p> <p>標準的な実施方法について、検証や見直しに関する時期やその方法が決まっていません。新任職員育成プログラム等で使用するものは手直ししているようですが、定期的な見直し等の仕組みについて今後の整備を期待します。</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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画策定責任者をサービス管理責任者に定め、看護師・主任生活支援員・栄養士・ケース担当支援員との合議によりケース会議が行われています。個別支援計画書作成マニュアルは整備、実施されています。ただし、マニュアルの見直しがされていないことや、新規利用者の場合で3週間を目途に個別支援計画作成が基本とされていますが、4月と10月の時期に合わせての作成となっていることや、判断能力が難しいと判断している利用者への意向把握した内容の記載がないことについて、今後見直しが期待されます。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画の定期的な見直し方法のマニュアルについて整備されています。見直しを行った後の個別支援計画の内容についてはファイルにし、職員に回覧し閲覧できるような仕組みとなっています。今後は定期的な見直し及び緊急に変更が必要な場合の手順も含めたマニュアルの整備・実施を期待します。</p> | | |

| | | |
|---|--|----------------|
| 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・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>入所時に利用者の身体状況や生活状況を統一様式で把握しています。記録に関しては「ケース記録・訓練日誌・業務（看護）日誌の起動方法及び入力方法マニュアル」や「職場でのコミュニケーションのあり方」などを作成して、情報共有や記録内容に差異が生じないように配置されています。今後は、それらのマニュアルなどについて、より周知されるよう期待します。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>事務規程・文書管理規程・特定個人情報取扱規程・個人情報管理規程・個人情報保護に対する基本方針等により記録の保管、保存、廃棄等について定めています。また個人情報開示確認書や個人情報利用同意書にて、入所時に家族に説明をし同意を得ています。新任職員育成プログラムで個人情報保護についての勉強会は開催されていますが、今後は定期的にすべての職員にそれらの勉強会を開催するような取組に期待します。</p> | | |