

第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
①	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<コメント> 理念と基本方針は、スタッフルームに掲示されています。パンフレットや事業計画にも掲載されています。利用者や家族、地域への積極的な周知が求められます。		

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・b・c
<コメント> 理事会・評議員会で決算報告をする際、事業特性を分析した「経営指標」についても説明されています。今後の社会福祉事業全体の動向も含め、事業経営をとりまく環境についても、分析されることを期待します。		
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・b・c
<コメント> 経営課題は、理事会・評議員会で諮られています。近々の課題として、東館の老朽化とその建替えについては、職員も共通認識されています。しかし、その他の経営課題は十分に周知されていません。職員間で検討されることが、経営課題の解決や改善等につながりますので、職員への周知等も必要です。		

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・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画は策定されていません。平成27年には、理事会・評議員会に「経営戦略」を示し、それを基に事業を展開されています。</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・c
<p><コメント></p> <p>単年度計画は作成されていますが、中長期計画を策定し、それを踏まえた単年度の事業計画を策定されるよう期待します。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>次年度の事業計画は、年1回の「調整会議」にて作成されています。会議録は作成されていません。定められた職員で策定されていますが、評価・見直しが不十分です。</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・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の中から、利用者に関わる行事などを抜粋して、フロアごとに掲示したり、月に1回、フロアごとに開催される「園長と語ろう」で説明したりされています。今後は、家族や関係者にも周知されることが求められます。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>部署ごとで取り組みを行っているため、他の部署の取り組みが把握されおらず、組織的には十分に行われていません。</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>自己評価として、「救護施設サービス評価基準・評価項目」を施設長および各フロアの代表が実施しています。課題を明確にしていますが、改善への取組みが不十分です。今後、第三者評価の結果を参考にいただき、さらなる改善に取り組まれるよう期待します。</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>職員には、年度初めの挨拶などで表明されています。管理者として、自らの役割と責任を含む職務分掌等を明確にされることが求められます。</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>法令等が改正された時は、管理者から職員に伝達されています。東館の煙草の分煙についても、職員全員で認識されていますが、建物の構造上、分煙がされておりません。全救協や県社協などの研修を通して情報収集に努められています。</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>簡潔に記載できるヒヤリハットの様式を作成し、無記名で提出できるように工夫がされています。また、迅速に職員間で共有されています。</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>職員に日頃から声かけを行い、働きやすい環境を整備されています。</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>法的基準から照らし合わせると職員数は足りていますが、介助が必要な利用者が増え、慢性的な人手不足となっています。常に採用募集はされていますが、定着が難しい状況にあります。今後は、有資格職員も含め福祉人材の配置や確保について、具体的な計画を作成され、実現されることが求められます。</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>「業務内確認シート」を利用し、自己評価をされていますが、一定の人事基準に基づいた評価がなされていません。</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>有給休暇の取得率も高く、時間外勤務も少ない等、働きやすい職場となっています。管理者との個別面談の機会も設けられています。離職率が高いのが、課題です。</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>研修の年間計画は作成され、受講履歴は管理されていますが、今後は、全職員一人ひとりの目標とそれに基づく個別研修計画の策定を期待します。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>資格取得を目的とした自発研修は、出勤扱いになり、交通費の支給もされています。新任職員から管理職員までのそれぞれが行うべき研修体系は明示されていますが、職員に必要とされる専門技術や専門資格は明示されていません。組織として、研修内容の評価や見直しをされることを期待します。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員に対して、研修の機会が確保され、資格取得のための研修参加についても勤務等の配慮もされており、研修の復命書をもとに、他の職員に伝達する場も設けられています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>実習生の受け入れ体制はあり、マニュアルもあります。過去の実績はありますが、昨年度に続いて今年度は実習希望がありません。今後は、大学や福祉専門学校への積極的な働きかけを期待します。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>運営状況については、ホームページや広報紙「陽心の友」に掲載されていますが、苦情や相談にもとづく改善・対応の状況については、公表されていません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>外部監査契約をしている会計事務所によるチェックが月1回実施されています。</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 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・b・c
<p><コメント></p> <p>秋祭りや盆踊りなどの行事を行い、住宅団地に隣接しているため自治会との交流もあり、菰野町社協主催のけやきフェスタなどにも積極的に参加されています。施設の性格上、積極的に外部の人を受け入れるのに制限があります。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入マニュアルも整備されており、学校教育への協力や受入体制は整備されていません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>生活保護法の他法優先の原則により、他の社会資源があれば、個別につながられています。今後は、施設として、利用者のニーズに応じた関係機関や団体等と共通の課題に対して、連携やネットワーク化が必要です。</p>		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>菰野町の7法人が参画し、菰野町事業福祉連絡協議会を設立され、福祉相談窓口を設置しています。菰野町福祉避難所にもなっています。今後は、生活困窮者等の理解を深めるための研修会など、施設の専門性を活かした活動も期待します。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法定の保護施設通所事業や居宅生活訓練事業は実施されています。菰野町外からの利用者が多いため、現在、隣接する市内で通所訪問事業のサテライト事業を準備されています。</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>倫理綱領は策定はされていませんが、利用者の尊重や基本的人権を理解するための取組みとして研修や会議が行われています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規程や人権擁護マニュアルを作成されており、全社協が示す「施設における障がい者虐待防止チェックリスト」を利用されています。環境面では、二人あるいは三人部屋のため、プライバシー保護の確保に苦慮されています。</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>見学や一時入所で、利用者本人が選択できるようにされています。また、パンフレットにて、本施設の目的や生活に関することを説明されていますが、入所者に分かりやすいしおりや文言等の配慮はありません。</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>入所に対しては、「入所の手続きについて」を基に説明をされていますが、入所に納得されていない利用者もいますので、今後は、各福祉事務所と連携し、利用者の自己決定に配慮した入所手続きをされることを期待します。</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・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>地域や家庭に移行される利用者は、地域移行プログラムに沿って支援を実施しています。退所に対しては、「退所の手続きについて」を基に説明をされていますが、福祉サービスの継続性に配慮したマニュアルを定められることを期待します。</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・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>フロアミーティングを随時開催していますが、利用者満足を取り入れる仕組みにはなっていません。管理者は利用者から直接要望を聞き取り、随時改善につなげています。利用者が参加できる給食会議は月1回開催しており、また希望者とは担当者が個別面談を行っています。</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・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>苦情受付書があり、記録に残されています。苦情解決の仕組みが、事業計画の中に組み込まれており、職員には周知されています。ポスターは掲示されており、意見箱は現在設置されていません。</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・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>毎月1回、園長（施設長）と語ろうは、フロアごとに開催し、内容を書面にてフィードバックされています。利用者に対して、相談する内容によって相談相手を選べることや、その方法などが周知されていません。</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>苦情解決処理規程を作成されています。苦情や意見箱に記載されたことは、迅速に対応されていますが、対応等のマニュアルがないので、今後マニュアル作成に期待します。</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>事故等検討会議は随時開催されており、無記名で簡潔に記入できるヒヤリハット用紙を整備し、検討と対応も行われています。事故報告書・ヒヤリハット報告書にも記録されています。</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>感染症対策・予防マニュアル・感染予防対策グッズは整備され、年1回マニュアルを見直されています。</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>菰野町のハザードマップでは河川の氾濫区域からは外れていますので、地震を中心とした災害対策を進められています。非常食は、地域住民の分も含め、利用者数の1.5倍分の1週間分が備蓄されています。また、福祉避難所として位置づけられています。菰野町の訓練には参画されていますが、地元自治会と連携した訓練はされていません。</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>サービスの実施内容は事業計画に記載され、新任職員業務チェックシートはあります。一部、宿直手順書や入浴介助の個別手順書は作成されていますが、サービス全体における標準的な実施方法の文書化を期待します。</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>業務内容日課表は、年1回見直されていますが、その他の標準的な実施方法を策定し、定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施する仕組みが定められていません。</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>個別支援計画は、すべての職種が参加され、策定する体制も確立されアセスメントに基づいて適切に行われています。利用者にも説明をされています。</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> モニタリングが行われ、年に1回、見直しをされています。また、利用者本人の意見も反映される仕組みになっています。今後、緊急的に見直しが必要な場合の体制整備を期待します。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a・b・c
<p><コメント> 利用者に関する福祉サービス実施状況は、記録されていますが、職員間での記録内容に差がみられます。パソコン上では共有化が図れていますが、それ以外の方法での情報共有の工夫が必要です。</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> 個人情報規程のなかに、文書保管期限が記載されています。廃棄の方法などの文書管理規程も決められることを期待します。</p>		