

岐阜県福祉サービス第三者評価事業評価結果表

平成31年4月1日改正

(平成31年4月1日適用)

①第三者評価機関名

NPO 法人ナルク岐阜福祉調査センター

②施設・事業所情報

名称：岐阜県立三光園		種別：障害者支援施設
代表者氏名：小森 真哉		入所者 50人 短期入所 4人
所在地：岐阜県山県市大桑 3606		
TEL：0581-27-3300		メールアドレス:sankouen@gifu-fukushi.jp
ホームページ: https://www.gifu-fukushi.jp/sankoueni/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日: 昭和56年4月1日		
経営法人・設置主体(法人名等): 社会福祉法人 岐阜県福祉事業団		
職員数	常勤職員： 27人	非常勤職員 17人
専門職員	管理者 1人	
	サービス管理責任者 1人	
	生活支援員 19人	生活支援員 17人
	看護職員 4人	
	事務員 2人	医師 1名
主な設備	居室、プレイルーム、訓練作業室、医務室、食堂、浴室、洗面所	
施設の種類	室数	備考
居室	16室	2人部屋：2室 3人部屋：2室 4人部屋：10室 短期入所：2室
食堂	2室	第一食堂 第二食堂
浴室	2室	一般浴室 特殊浴室
相談室	1室	会議室
プレイルーム	1室	
医務静養室	3室	診察室 医務室 静養室
便所	7ヶ所	
洗面所	2ヶ所	

③理念・基本方針（※転載）

●理念 お一人おひとりの思いに寄り添う

●基本方針

①利用者処遇業務の基本方針

ア、『ノーマライゼーション』の理念のもとに、利用者の皆様の権利を尊重し、一人ひとりが生きがいを持って生活していただけるよう支援する。

(ア) 個人の尊厳

- ・本人の望む生活の実現に向けた個別支援計画を作成し実施する。

(イ) 利用者の皆様の権利の尊重

- ・『ご利用者様の意見を聴く会』（ミーティング）や自治会等の各種話し合いを基に利用者の意見を汲み取るとともに、各委員会や係の会議に参画していただき、施設運営に当事者としての意見を反映する。

(ウ) 自主性の尊重

- ・自己選択、自己決定できる場面の提供と意思決定支援を行う。

(エ) 安らぎと生きがいのある生活

- ・健康で楽しみのある生活環境の提供と支援を行う。

イ、権利擁護とサービスの質の向上

岐阜県福祉サービス第三者評価制度を始め、当法人が第三者機関として設置する『利用者の豊かな生活をめざす委員会』、地元自治会や利用者代表等で構成される『三光園施設経営委員会』等の評価及びニーズ調査等を実施し、利用者の『権利擁護』と『QOL（生活・生命・人生の質）』の確保と向上を図る。

④施設・事業所の特徴的な取組（※評価機関において記入）

●沿革・立地・環境

- ・社会福祉法人岐阜県福祉事業団が受託運営する岐阜県立三光園は、昭和56年4月身体障害者支援施設として設立された。現在男女合わせて50人が入所している。短期入所は2人（定員4人）である。
- ・施設は山県市のほぼ中央に位置し、大桑城跡の麓にある。大桑城跡は、室町時代から戦国にかけて権勢を誇った、美濃国の守護土岐市の山城として知られている。近隣は里山に囲まれた自然豊かな地域で、近くには高齢者施設や、障害者支援施設が多くあり、連携も図られている。
- ・建物は鉄筋コンクリート造1階建（2,322.36㎡）で、管理棟を中心に南フロア（男子）、北フロア（女子）の生活棟がある。居室は4人部屋10室、2人部屋2室、3人部屋2室、短期入所2室で、4人部屋が中心となっている。
- ・食堂は2室、医務静養室3室（診察室、医務室、静養室）、浴槽は一般浴室のほか、特に障がいの重い方のための特殊浴槽室が設けられている。
- ・利用者は、身体障害者手帳を所持している方が43人（内、1・2級の方40人）、療育手帳を所持している方が23人（Aの方22人、Bの方1人）で、重度の障がい

の方が非常に多く、ほとんどの利用者は車いすを必要とし、また食事、入浴時に介助を必要とする状況である。

- 更に、利用者の高齢化・重度化・虚弱化が進み、一人当たりの支援度が高くなり、支援に対する時間や労力が過重となっている。また、咀嚼や嚥下などの身体機能低下、高齢に伴う疾病等から医療依存度が高くなり、通院や入院も多くなっている。加えて数年に及ぶコロナウイルス感染防止対策等、環境の激変の中、利用者が安心、安全に園生活を楽しんでいただくための職員の心身への負担が大幅に増加している。施設管理者はじめ職員の方々の日々の労苦が偲ばれる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年11月14日（契約日）～ 平成5年3月2日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	3回（平成29年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

●個別支援計画策定の仕組みが確立している。

- 確立されたアセスメント（傾聴・情報収集・分析）手法により適切なアセスメントが実施され、個別支援計画作成（支援の実施過程の立案）されている。
- 個別支援計画の実施（具体的な支援の実際）から中間評価と修正（再計画）へと繋がれ、終了時評価を実施し、次期への始まりとしている。
- 一連の作業は、マニュアル化（図表化）されて周知されている。

●リスクマネジメントへの取組み

- 利用者の高齢化、虚弱化による事故防止のために、リスクマネジメント委員会が毎月開催され、発生要因の分析、改善策・再発防止策を検討・実施する取組みが行われている。ヒヤリハット事例は4月10件、5月7件、6月8件、7月8件、8月8件、9月11件、半期で合計52件記録されている。
- 季節的要因などから、事故の発生しやすい利用者の行動などの注意事項を毎月提示して、事故防止を図っている。
- ヒヤリハット発生時の取組みがマニュアル化（図表化）され、全職員に周知されている。また、毎年リスクマネジメントについての研修が行われている。

●医療・介護体制

- 看護職員4人（常勤）、医師1人（非常勤）、診察室、医務室、静養室を配置し、利用者の健康維持、服薬の管理体制が整備されている。
- 福祉サービスの記録は、看護日誌、業務日誌、入所支援記録などにより組織における情報の流れが明確にされ、情報の分析や必要な情報が的確に届く仕組みが構成されている。
- 配薬・服薬マニュアル、誤薬時の対応マニュアルが整備されている。また、食前・食

後の投薬については、一連の流れについて「指呼」することなど、図表化して食堂壁面に貼付し、着実に服薬できるよう配慮されている。

●利用者満足の上への取組み

- 入浴は週2回、午前10時から行われている。介助が必要な利用者のため、車いすのまま浴槽に入ることができる特殊浴槽2台、スカイリフト5台、脱衣場にはつりあげリフトが整備されている。
- 第三委員による、「なんでも相談」の他、毎月第2水曜日に利用者ミーティング、第4水曜日に利用者定例会を開き、利用者の要望、意見を聴くようにしている。
- 車いすの利用者のため、車いすのチェックを毎月業者に依頼し、安全を期している。また、声で意思疎通の困難な利用者のため、「呼気コール」を4人の利用者に採用している。
- 特に重度の利用者の居室の入り口には、担当職員名のネームプレートで表示され、迅速な対応できるよう配慮されている。
- 外出し自動販売機のコーヒーなどを飲むことは、利用者の楽しみの一つであるが、コロナ禍で、外出ができなくなった。このため、園内事務所前の廊下に自動販売機を2基設置し、利用者の希望に添えている。

◇改善を求められる点

- 第三者評価結果は良好であり、特に記述すべき大きな問題点はなかったが、家族・保護者の高齢化、加えてコロナ禍の影響もあって、利用者と家族との繋がりが希薄となっている、今後の家族会のあり方について更なる検討を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価ありがとうございました。日頃、私達職員が実施している支援や三光園の環境等を見直す機会となり、改めて課題も明確となりました。また、評価委員の方には『頑張っていますね。』とお声かけいただき、日頃の苦労や努力が報われとても嬉しい気持ちとともに、更に頑張ろうという思いにさせていただきました。

環境面では施設の老朽化が進み、いろいろな場面で利用者の皆様にご迷惑をおかけすることが多くなっています。即時対応可能なことは、県や業者と相談し対応を進めますが、大規模な修繕・工事については即時対応が難しく、臨時的緊急対応を行いながら長期計画に反映させております。

コロナ禍により、利用者・家族ともに制限された生活が続いた数年でした。今後は感染対策を講じながら、利用者・家族・地域と以前のようにかかわりがもてるよう支援に努めたいと思います。また、利用者の特性に配慮しながら、少しでも心地よくその人らしく生活できるよう努めていきたいと思っています。

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。

評価細目の第三者評価結果

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・c
良い点／工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> ・職員会議で周知、読み合わせをしている。 ・理念・基本方針については、各部署に掲示している。 		
改善できる点／改善方法：		

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。	@・b・c
良い点／工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> ・毎月の経営会議にて、周知・分析・課題確認を行っている。 ・三光園は事業団内における身障者支援施設のCグループ（5施設）に属しており、Cグループの経営会議（CG経営会議）でも、各施設状況の報告及び情報交換等を行い対策が検討されている。 		
改善できる点／改善方法：		
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。	@・b・c
良い点／工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> ・毎月の経営会議で施設の現状や課題の情報共有とともに、解決の方策を検討し、各部署会議でも具体的な支援方法を実施、検証している。 		
改善できる点／改善方法：		

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。	@・b・c
良い点／工夫されている点：		

<ul style="list-style-type: none"> ・法人として中期計画を策定し、法人全体の経営状況や今後の予測に基づく計画や方向性を示している。 ・令和4年～令和8年の中期計画は、①サービスの質の向上、②人材確保、③持続可能な法人経営、④危機管理について数値目標等具体的な方策を策定している。 		
改善できる点/改善方法：		
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。	①・b・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての中長期計画を基に施設の単年度計画を策定している。 ・施設の事業計画書に中期計画で示されている法人の四つの柱（サービスの質の向上、人材確保育成、持続可能な経営、危機管理）を反映させている。 ・事業目標は数値で設定され、定期的に進捗状況を法人本部に報告している。 		
改善できる点/改善方法：		
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。	①・b・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月の経営会議、年3回の職員会議等で、周知を行っている。また、年度末には各部署にて課題や見直し等検討を進め、事業計画に反映できるようにしている。 		
改善できる点/改善方法：		
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・①・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページやお便り等で、お知らせしている。 ・利用者ミーティング等で、事業計画の説明を行い、必要に応じて意見交換を行っている。 ・家族会は、高齢化と、コロナ禍で運営に支障をきたしており、家族に対する周知には懸念がある。 		
改善できる点/改善方法：		
<ul style="list-style-type: none"> ・家族会の今後の進め方については、今後更なる検討が期待される。 		

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。	①・b・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス管理システム委員会・経営会議を始め、各委員会・係が中心となり、課題・改善等を検討している。 ・課題等については、PDCA サイクルの継続によりサービスの質の向上に取り組んでいる。 ・5年に一度、第三者評価を受審している。評価結果について、職員間で課題分析を行い、改善策を策定している。 		
改善できる点/改善方法：		
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	①・b・c

	にし、計画的な改善策を実施している。	
<p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なんでも相談、サービス評価・監査等の結果をもとに、課題の確認・対応方法の検討を進め取り組んでいる。 ・施設の老朽化に伴うハード的な問題については、岐阜県と相談しながら営繕の申請を行っている。 ・令和4年度は、空調工事・廊下床貼り・木質化等環境整備を行った。 ・事業報告書を作成し、計画に対する達成度、問題点、課題を明らかにして、次年度の計画に盛り込んでいる。 		
改善できる点／改善方法：		

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。	@・b・c
<p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・組織図・事務分掌表・係表にて、管理者及び各職員の業務内容を明記し、全職員へ配布・周知している。 ・管理者による面談の実施（年2回）や必要に応じて随時相談を行い、施設や職員の相談に応じている。 ・非常時のBCPを策定し、有事の動き等を明記している。また、訓練等を実施している。 		
改善できる点／改善方法：		
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・c
<p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法改正に伴い、研修参加、文献購入等の実施を行っている。 ・職員には、職員必携として、基本的な内容について資料を配布し会議等で確認を行っている。また、各部署に、規程等をファイリングしており、必要に応じて確認できる仕組みを作っている。また、年度当初の職員会議では、個人情報・コンプライアンスマニュアル等の読み合わせを行っている。 ・管理者は法人で開催する所属長会議や施設長研修会に参加し、遵守すべき法令等を理解し、経営会議等で周知を図っている。 		
改善できる点／改善方法：		
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。	@・b・c
<p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉の専門知識・介護技術の向上を目指し、介護福祉士を始め、各種専門資格取得を進めている。また、資格学習を進められるよう、テキスト等を購入しフロアに設置している。 ・事故報告・ヒヤリハット報告に基づき、現場の確認や上席者への指示等を行うよう努めている。 ・外部研修への積極的な参加や園内研修を実施し、各自の専門性の向上を図っている。 		
改善できる点／改善方法：		
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	@・b・c

	揮している。	
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナクラスターに伴い、利用者・職員の安全を最優先に、即時 BCP 対応へ切り替えている。 ・利用者の高齢化・重度化・虚弱化に伴い、今までの日課では身体機能的に難しい場面が多くなっており、日課見直しプロジェクトを組み、数年にわたり課題の検討を進めている。(自治会への聞き取りも含め) ・管理者は毎月の経営会議に参加し、経営改善及び人員配置等について検討を行い、職員の働きやすい職場作りに努めている 		
改善できる点/改善方法：		

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・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、緊急課題として学校訪問、企業説明会の参加、HP の掲載等を行い、人材確保に取り組んでいる。 ・園としては、情報誌の掲載やチラシ、学生アルバイトの募集、ハローワークへの依頼等、行っている。 ・人材育成としては、新人職員についてはチューターの配置や、法人として階層別研修を実施し育成に努めている。また、全職員に資格取得を推奨している。 		
改善できる点/改善方法：		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	@・b・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の規定に基づき、人事考課・面談を実施している。 ・面談にて、職員の意向・意見を確認し、必要な助言・情報提供を行っている。(資格取得等) ・目標管理や個別面談の実施により、職員個々の目標の設定や進捗状況、評価を行っている。 		
改善できる点/改善方法：		
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・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業団の規程に基づき、適切に対応している。 ・働き方改革・雇用方法の多様性に着目し、育児・介護が必要な職員でも継続して勤務できる体制作りに努めている。 ・勤怠管理システムにて、適切な労務管理を行っている。 ・管理者による職員面談の実施(年2回)・随時相談を行い、悩みを吐露できる場、改善方法について一緒に考える機会を設けている。必要に応じて、通院助言・通院付き添いを行っている。 		
改善できる点/改善方法：		
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・c
良い点/工夫されている点：		

<ul style="list-style-type: none"> ・管理者による職員面談にて、個々の目標確認を行っている。また、中間面接では、到達度や課題について確認し、助言している。 ・法人の職務基準書があり、サービス規程と合わせて標準的な職員の行動を定めている。 ・法人で規定された人事考課制度に沿って評価を行っている。 ・施設長は職員と個別面談を行い、目標の設定と管理を行っている。 		
改善できる点/改善方法：		
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・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員研修については、外部研修・内部研修を年間計画にて立案・実施している。 ・学習したい内容や、受講を希望する研修については、参加できるよう勤務を調整している。 ・内部研修に関しては、変則勤務に伴い全員の参加が難しいため、研修システム（サポーターズカレッジ）やYouTube等を活用している。 ・外部研修参加者には、園内にて復命研修を実施し、多くの職員が学べる機会を設けている。 		
改善できる点/改善方法：		
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。	@・b・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の階層別研修、社会福祉協議会によるキャリアパス研修等、縦・横の組織を通じて、研修へ参加できるように配慮している。 ・資格取得に伴い、スクーリングや試験に関しては、特別休暇や有休にて対応し、資格取得を推進している。 ・チューター制度を設け、OJTに取り組んでいる。また、経験・習熟度に応じて、指導している。 		
改善できる点/改善方法：		
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。	@・b・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れ体制・マニュアルが整備されている。 ・介護福祉士実習指導者を配置し、適切な指導・助言ができるように努めている。 ・学校や担当職員と密に連携を図り、課題・問題があった際にも、速やかに対応できるようにしている。 ・今年度は2名の実習生を受け入れた。 		
改善できる点/改善方法：		

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・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページを活用し、理念・基本方針・提供する福祉サービス等の情報を掲載している。 ・5年毎に、第三者評価の受審し結果は公表されている。 		

改善できる点/改善方法：		
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・c
良い点/工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> ・法人規程・各種マニュアルについては、各部署にファイリングされており、職員へ周知している。また、システム（職員デスクネット）にて、規程や最新情報を確認することができる。 ・施設内内部監査・法人内部監査・外部監査等を実施し、適切な運営に努めている。 		
改善できる点/改善方法：		

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・c
良い点/工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍に伴い、対面しての交流は実施していないが、お花の寄贈やお手紙等を通して、交流を継続している。 ・地元公民館のフリースペースを活用し、利用者の作品を展示し、つながりを持てるよう支援している。 ・地元の衣料品店の協力により、園内販売の企画を行っている。 ・近隣福祉施設合同防災会議を継続し、有事や非常時に協力できる体制を継続している。 		
改善できる点/改善方法：		
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・c
良い点/工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受け入れマニュアルを整備している。 ・例年、地域のボランティアの方からは園庭の清掃などの協力を得ているが、コロナ禍に伴い感染防止のため今年度は中止している。 		
改善できる点/改善方法：		
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・c
良い点/工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援推進協議会・有償運送等運営協議会・社会福祉協議会評議会等に定期的に参加し、地域連携・協働に努めている。 		
改善できる点/改善方法：		
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。	@・b・c
良い点/工夫されている点：		

<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援推進協議会・有償運送等運営協議会・社会福祉協議会評議会等に定期的に参加し、地域連携・協働に努めている。 		
改善できる点/改善方法：		
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。	@・b・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時の福祉避難所として指定を受けている。これに伴い、備品の購入・福祉避難所開設訓練を自施設で実施している。 ・自立支援推進協議会に参加し、利用できる福祉サービス・社会資源の活用について検討をしている。また、山口市を中心とした福祉計画を基本とし、不足するサービスや社会資源の検討等を行っている。 ・短期入所・日中一時支援等、地域のセーフティネットとして対応・支援を行っている。 		
改善できる点/改善方法：		

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について共通の理解をもつための取組を行っている。	@・b・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画立案・モニタリング時には利用者の同席を得て、困っていることや夢へのお手伝いについて聞き取りを行い支援に繋げている。コロナ禍により、活動制限が多く、実施できないことも多いが、ネットの導入等、代替案を取り入れ実施している。 ・毎月権利擁護委員会・虐待防止委員会を中心とし、利用者の意思を尊重する支援について確認している。 		
改善できる点/改善方法：		
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・@・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のプライバシー保護についての姿勢・責務等を記載したマニュアルは整備されている。 ・利用者の居室が多床室であることから、環境的にプライバシーへの配慮が難しい事は否めない。 		
改善できる点/改善方法：		
<ul style="list-style-type: none"> ・居室の個室化は、ハード面で問題があり限界があるので、個々の利用者の希望、要望を聴き生活場面でのプライバシー配慮に期待したい。 		
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。	@・b・c
良い点/工夫されている点：		

<ul style="list-style-type: none"> ・麺の選択・パンの選択等、食事やおやつ提供は、写真を掲示し希望を取って提供している。 ・施設見学については、施設のパンフレットを利用して説明している。また、コロナクラスターの際は、以前に撮影・録画したものを、タブレットにて視聴・説明する形で対応した。 ・高齢者施設への移行希望が出ている方については、計画相談を交え近隣の施設パンフレットの取り寄せやインターネットでの情報確認を行っている。 		
改善できる点/改善方法：		
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・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・報酬改定等、国の制度変更に伴うことに関しては、本人・家族へ説明し同意書をいただいている。 ・重要事項説明書で、施設利用に関する取り決めを説明し、同意を得た上で利用契約を結んでいる。 ・利用者が決定することや、説明を理解するのが難しいが重要なことである場合には、家族や後見人などに説明し、支援への同意を得ている。 		
改善できる点/改善方法：		
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・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設移行希望者には、資料・パンフレット・インターネットを活用して案内している。また、具体的な移行については、計画相談を交えサービス管理責任者やケアマネジャーと相談・調整し進めている。 		
改善できる点/改善方法：		
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。	@・b・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画作成時、利用者ミーティング、全体会、自治会等を通して、日常的に意見交換する機会を設けている。 ・CS調査については、利用者・家族ともに年1回実施。解答をもとに、対応策・改善策の検討・実施に努めている。 		
改善できる点/改善方法：		
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。	@・b・c
<p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・園内に意見箱を3か所に設置し常時投書できるようにしている。 ・なんでも相談として、外部委員を介して相談の機会を設けている。第三者からの意見・助言をもとに、課題の確認や対応策を検討する機会となっている。 ・苦情受け付けの報告書を作成し法人本部に提出、保管している。 		
改善できる点/改善方法：		
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・c

<p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当職員を中心として、日々の困りごと等については傾聴している。対応が難しい事案については、上席者が対応している。 ・会議室等の別室にて、プライバシーを尊重して傾聴できる場所を確保している。 ・契約書・重要事項説明書には、相談場所・相談先等の情報を掲示している。また、電話等での相談については、即時対応している。 			
<p>改善できる点／改善方法：</p>			
36	Ⅲ-1-(4)-③	<p>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。</p>	a・b・c
<p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各種マニュアルについては、必要に応じて見直し・改訂を行っている。また、改訂した旨を、全職員へ周知している。 ・管理者が日常的に巡回し、表情・会話を通して様子観察を実施。いつでも気軽に声をかけて相談できるように努めている。 ・苦情については、様式・マニュアルを整備し、それに準じて対応している。 			
<p>改善できる点／改善方法：</p>			
<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。</p>			
37	Ⅲ-1-(5)-①	<p>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。</p>	a・b・c
<p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメント委員会を中心として、事故報告・ヒヤリハット報告の検証を実施。また、検証結果については、全職員に周知している。 ・年1回、リスクマネジメント研修を実施している。 			
<p>改善できる点／改善方法：</p>			
38	Ⅲ-1-(5)-②	<p>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。</p>	a・b・c
<p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師を中心として、各種マニュアルの整備を行っている。必要に応じて、改訂している。 ・保健所・嘱託医と連携し、感染症対策・対応を行っている。 ・利用者についても、非常時の対応方法を説明し、有事に即時対応できるよう、利用者全体会・利用者ミーティング等で、日常的に説明・協力をいただけるよう努力している。 ・職員研修として、感染対策や対応方法について、外部講師を招いて知識・技術の向上に努めている。 			
<p>改善できる点／改善方法：</p>			
39	Ⅲ-1-(5)-③	<p>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。</p>	a・b・c
<p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・防災の係を中心として、年間の訓練計画を立案し、利用者を含めた訓練の実施に努めている。 ・大規模災害・コロナに伴うBCPを策定し、必要に応じ改訂している。 ・非常時に職員へ連絡する訓練として、すぐメール訓練を年2回実施している。 ・栄養士を中心として、備蓄品の発注・管理を行っている。また、山口市防災課と連携し、非常時の対応訓練等も行っている。 			

改善できる点/改善方法：

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。	①・b・c
良い点/工夫されている点： ・各部署のマニュアルは整備されている。また、個別対応が必要な方については、担当職員を中心に、注意事項や対応方法を作成し、職員間で周知している。		
改善できる点/改善方法：		
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。	①・b・c
良い点/工夫されている点： ・各部署会議を毎月実施しており、担当職員・リーダーを中心として、課題や変化について情報交換・検討を進めている。また、緊急的な対応が必要な件に関しては、朝礼・業務日誌・すぐメールで配信し、職員の情報共有に努めている。 ・サービス管理システム委員会では、適正なサービス提供ができていないかを検討する場とし、課題や改善策を検討している。		
改善できる点/改善方法：		
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。	①・b・c
良い点/工夫されている点： ・アセスメントは基本年1回実施している。また、心身面の変化が大きい時は、再アセスメント及び個別支援計画の見直しを実施している。		
改善できる点/改善方法：		
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。	①・b・c
良い点/工夫されている点： ・基本、年2回個別支援計画を立案している。また、心身状況の変化や入院時には、都度、変更している。 ・個別支援計画には、本人をはじめ多職種の職員が集まり、多角的な面からアプローチができるようにしている。		
改善できる点/改善方法：		
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。	①・b・c
良い点/工夫されている点： ・個別支援計画、日常の記録については、適切に記録・管理されている。 ・各種資料については、PC内の共有フォルダにて、適切な管理・使用に努めている。 ・記録については、毎年1人が研修に参加し、復命研修を実施している。		

改善できる点／改善方法：		
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
良い点／工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> ・法人規程に基づき、個人情報保護推進委員会を設置し、適切な情報管理・記録管理に努めている。 ・個人情報推進委員会で検討された内容を、職員へ周知している。 		
改善できる点／改善方法：		