

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	洛南寮	施設 種別	救護施設 (旧体系：)
評価機関名	特定非営利活動法人きょうと福祉ネットワーク一期一会		

令和4年7月8日

総 評	京都府立洛南寮救護施設（定員100名）は、京都府内唯一の救護施設で平成18年より社会福祉法人 京都府社会福祉事業団が京都府より指定管理の指定を受け、運営を行う施設です。 京田辺市の閑静な住宅街の一角に立地し、近郊には医療施設や大型ショッピングセンターもあり、交通への利便性もよい環境にあります。 法人理念に加え、事業所として大切にしていることとして「心豊かに暮らすため」という基本方針を掲げ、一人ひとりの人権を尊重し、地域社会での自立を目指して支援や訓練を行っています。 救護施設は生活保護法に基づく措置施設であり、生活困窮、矯正施設退所者、精神障害、知的障害、身体障害などさまざまな背景のある人を受け入れており、セーフティネットの役割を果たしています。 また、洛南寮では、地域での生活への移行に向け、近隣のアパートを借りて、居宅での生活訓練を行う居宅生活訓練事業や地域生活者を対象にした一時入所事業やアフターケア等も行っています。 建物は、1階は重度の方、2階は自立度の高い方が居住されており、旧来型の構造ですが、まじきりなどでプライバシーを確保するなど個室化に向けた工夫がなされています。 日々の支援においては、心身ともに健康で安心した暮らしができるよう、年間を通じ様々な行事・イベントやカラオケ、卓球バレー、お花クラブ、手話クラブ、移動図書館（月1回）など多彩な余暇メニューが設定されています。比較的元気な利用者には疑似就労支援（配膳、草刈り、木工・ペンキ塗りなど）も展開しています。食堂を週1回、喫茶「一休」として開放してスタッフとして関わる利用者には工賃が支払われています。 一方で、高齢化に加え介護の必要性や障害のある方など様々な方が入所されており、入浴においては特浴も整備されています。食事もおかずやきざみなど他自助具を活用されている方もおられます。 地域との関係は、利用者による地域清掃や紙漉き細工の指導のための職員派遣など近隣住民との日常的な交流を通じて強いつながりを構築しています。敬老の集いには近隣の小学生との交流、洛南寮夏祭りには400名ほどの参加、福祉何でも相談や介護技術講習会の実施など積極的にかかわりをもっています。（コロナ渦により交流行事は中止している。）あわせて、自立支援協議会へ参画し、関係機関との地域連携を図っています。 運営面においては、利用者アンケートを毎年行うとともに、苦情や職員の意見箱（希望の箱）の設置、利用者との座談会などを通じて様々な声を反映し、サービスの質の向上に取り組んでいます。また、マニュアルについても全般的に精度が高く、事業所独自の工夫もなされ、とりわけ事故防止に向けては体制を整備し、ヒヤリハットは年間300件にものぼり、施設の事故防止委員会で内容の確認と改善、再発防止に努めています。職員のセルフチェックや倫理綱領の読み合わせ、現場に即した研修の充実など権利擁護の意識を高める取り組みも
-----	--

	行われています。 一方で疑似就労支援の取り組みにおいて、様々なメニューに取り組んでいることをお伺いしました。今後に向けては、地域の就労支援と連携した取り組みを進めていかれることを検討されてはいかがでしょうか。 また、意見箱を複数設置をして投書は多い月で30～40通あり、投書内容は掲示板で公開していますが、意見箱を開ける頻度が1ヶ月に1回とお伺いしました。意見箱の開ける頻度等について検討されてはいかがでしょうか。 最後に、地域移行や就労先の新たな開拓や利用者の掘り起こしなどこれまで以上に救護施設の役割が多様かつ重要になってきていると 思われます。今後、循環型セーフティネット機能を発揮してますます地域福祉の推進的な役割を果たしていかれることを期待します。
特に良かった点(※)	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。 サービスの質の向上に関する検討を、運営会議や職員会議、毎朝の引き継ぎの場などで行っています。また、嗜好調査、満足度チェック、管理者等による施設間の相互チェックなどの組織的な仕組みが整備されています。満足度チェックに関しては、内容を検討・対応の上、結果を掲示板に貼りだしています。 また、職員のセルフチェックを毎月実施し、結果を匿名にして職員間で共有しています。サービス内容に関する組織的な評価として、第三者評価の受診に加え、法人内の施設間で相互チェックを実施するなど、それ以外の年も第三者評価チェックリストを活用して実施しています II－２－（３）職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 「人材育成４つの柱」としてキャリアパス、人事考課、研修体系、エルダー制度について、法人で定めています。 施設としては法人のキャリアパスに加え、施設独自のキャリアパスを構築するとともに研修の手引きを作成し、職員に研修を行っています。また、毎年、法人横断的な発表の場として実践研究発表会を実施しています。 コロナ禍においては、動画作成した研修内容を見ることができる環境づくりにも努められ、短時間パート職員も必要に応じて研修に参加するなど、工夫を重ねながら、組織的に質の向上に取り組んでおられました。 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。 苦情解決実施要綱、苦情解決の体制を整備し苦情等は、規程に従って迅速に対応しています。あわせて意見箱取り扱いマニュアル、利用者座談会マニュアル等を定めています。 また、担当者を設置するとともに意見箱「希望の箱」の設置、利用者座談会、第三者委員との面談の機会、親睦会「あかつき会（不定期開催）」「こまりごと相談窓口」の掲示を行っています。 上がってきた苦情は毎月開催している虐待防止委員会で報告するとともに概要については、法人ホームページ、広報誌「洛楽」で公表しています。利用者に利用者からの訴えのうち、「苦情かもしれない」という声を毎月、日誌から抜粋し職員会議で検証しています。

特に改善が 望まれる点(※)	特になし
-------------------	------

※それぞれ内容を３点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

〔様式9－2〕

【共通評価基準】

評価結果対比シート

受診施設名	洛南寮
施設種別	救護施設
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」
訪問調査日	2021年11月16日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	A	A
[自由記述欄]					
1) 法人の基本理念と施設の基本方針が明文化され、ホームページへの記載および事業所内の玄関をはじめ、数ヶ所に掲示している。法人広報誌、施設便り、事業計画の表紙にも記載している。毎年、年度初めの職員会議で基本理念と基本方針を確認している。ネームホルダーに理念を記したカードを入れている。利用者に対しては、広報誌等を施設に掲示したり、年度初めの座談会（毎月実施）で直接説明している。家族には、広報誌の送付のほか、家族会（年1回）を開催している。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目		評価結果	
					自己評価	第三者評価
I-2 経営状況の把握	I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	2	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	A
		3	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	A
[自由記述欄]						
2) 全国的な動向は、救護施設協議会等から情報収集している。救護施設は総合支援法に位置付けられた施設ではないが、地域の情報を得るために京田辺市の自立支援協議会に参画している。法人管理会議（月1回）、運営会議（役職者会議・月2回）で情報分析、検討を行っている。運営会議を経て、救護課、養護課それぞれの職員会議（月1回）に情報が流れる仕組みとなっている。						
3) 経営的な課題については、管理会議、運営会議にて協議・検討している。稼働率等については、措置施設であるため、行政と密に連絡を取りながら、対応をしている。また、最近の動向として、精神科病院から退院してくる人も多く、病院との連携強化も図っている。行政のケースワーカー研修に職員を派遣し、救護施設の存在をアピールしている。						

評価分類	評価項目	通番	評価細目		評価結果	
					自己評価	第三者評価
I-3 事業計画の策定	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	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	A
		5	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	A
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	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	A
		7	②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	A	A
[自由記述欄]						
4)法人中期計画を策定し、法人ホームページに掲載している。（指定管理にかかる事業計画とも整合する内容となっている。）中長期的なビジョンについて、京都府と洛南寮の将来構想に関する協議の場を設けている。 5)中期計画に将来のありたい姿と具体的な方針が明示され、取り組むべき重点目標と数値目標が記載されている。各施設はこの中期計画に基づき単年度計画を作成している。 6)事業報告は案を現場でとりまとめ、運営会議で精査した上で確定している。事業報告を次年度の計画策定に反映させている。事業計画の進捗状況は月2回の運営会議で確認している。また、法人レベルでは、年2回の定例確認の機会を設けている。 7.事業計画は、利用者向けにルビを振ったものを掲示したり、座談会でポイントを絞ってわかりやすい説明に努めるなどして周知に努めている。家族・後見人等には面会時に説明するとともに、広報誌「洛楽」を通じて周知している。						

評価分類	評価項目	通番	評価細目		評価結果	
					自己評価	第三者評価
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	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	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	A
		9	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	A
[自由記述欄]						
8) サービスの質の向上に関する検討を、運営会議や職員会議、毎朝の引き継ぎの場などで行っている。また、嗜好調査、満足度チェック、管理者等による施設間の相互チェックなどの仕組みがある。満足度チェックに関しては、内容を検討・対応の上、結果を掲示板に貼りだしている。また、職員のセルフチェックを毎月実施し、結果を匿名にして職員間で共有している。サービス内容に関する組織的な評価として、第三者評価の受診に加え、それ以外の年も第三者評価チェックリストを活用して実施している。自己評価の結果は法人に報告している。						
9) 前回の評価結果に基づく改善としては計画的に改善を実施している。具体的な例としては、トイレのアコーディオンに鍵がついていないのはプライバシーの観点から問題があると指摘を受け、鍵付きに変更したというものがある。						

Ⅱ 組織の運営管理

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ	Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	10	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	A
		11	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	A
	Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	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	A
		13	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	A

[自由記述欄]

10) 管理者は自らの役割と責任を、対外的には広報誌「洛楽」等を通じて表明し、対内的には組織運営体制図（各種会議・PJの構成メンバー）において明示している。組織規程の「洛南寮の組織及び職」の項目に役職の業務分掌が記されている。「地震発生時対応マニュアル」に寮長の役割と責任を明記するとともに寮長不在時の権限移譲（代行者）についても規定がある。

11) 遵守すべき法令等については、救護施設協議会や法人内の会議、研修等で情報収集を行っている。それらの情報は復命書や職員会議で共有している。グループウェア（Garoon・ガルーン）に関係する法制度をリスト化し、Webページにリンクするように設定している。職員もそれを閲覧することができる。新人採用研修で常務理事が毎年、コンプライアンスに関する講義を行っている。

12) 管理者は、日頃より、座談会やアンケートで利用者の声を傾聴し、サービスの質の向上に迅速に反映することができるよう心掛けている。運営会議や職員会議にも出席して助言などを行っている。

13) 業務合理化の一例として、業務日誌を電子化し、ペーパーレスに取り組んでいる（記録ソフトの「福祉見聞録」を4～5年前、電子決済は数年前、今年からタブレット端末を導入している）。また、施設で有給取得状況を一覧表にして把握するとともに、法人においても取得促進に積極的に取り組んでいる。残業時間についても毎月チェックし、残業時間の多い職員には直接指導を行っている

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成	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	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	A
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	A	A
	Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	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	A

[自由記述欄]

14) 福祉人材認証制度の上位認証を取得している。人材確保について若手職員を中心とした広報委員会を設置し、福祉就職フェアや大学での合同説明会など計画的に取り組んでいる。ミスマッチを含めた離職防止策として、インターンシップ、内定者懇談会・見学会、新採研修、新採対象に茶道体験・座禅体験など様々な取り組みを行っている。また、法人独自の取り組みとして「おしゃべりカフェ」を開設したり、インスタグラムで各施設の日々の取り組みを積極的に発信している。

15) 人事考課制度の目標達成度とキャリアパスの達成基準の2つの指標に基づき、目標管理シートを作成し、管理職が年度初め、中間、期末の年3回面談を実施している。マニュアルとして「人事考課制度のしおり」が整備されている（対象は正職員のみ）。

16) 有給取得と残業時間を事業所で毎月把握し、本部とも共有している。有給が取れていない人、残業が目立つ人には声をかけている。メンタルヘルスの取り組みについてはストレスチェックを実施して、高ストレス者には医師と面談できる仕組みがある。ハラスメント防止の仕組みを整備している。職員安全衛生委員会を設置し、毎月開催している。法人独自に共済会を作り、交流パーティーなどの福利厚生イベントを開催している。コロナの関係で欠勤した場合に、特別休暇を付与する仕組みを講じた（濃厚接触者に特定された、休校になり子供の世話をしなければならない、コロナの疑いがありPCRの結果待ちなど）。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成	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	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	A	A
		18	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	A
		19	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	A
	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	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	A

[自由記述欄]					
17) 法人独自の人事考課制度を構築し、目標管理(面談年3回)に基づいた人事考課を実施している(今年度から給与に反映)。法人キャリアパス、施設キャリアパスを構築するとともに連動した研修体系を整備している。期待する職員像として「法人キャリアパス充足度考課」として定めている。 18) 法人キャリアパス、施設キャリアパスに基づいた研修を行っている。法人研修委員会で法人研修の年間計画を策定するとともに毎年の見直しを行っている。毎年、法人実践研究発表会を実施している。 19) 人事記録によって専門資格等を把握している。OJTの仕組みとしてエルダー制度(入職6ヶ月間)を導入している。外部研修の研修案内を職員に供覧している。 20) 社会福祉士、介護福祉士の実習の受け入れを行っている。実習生の受け入れマニュアルを整備し、専門職種に対するプログラムを用意している。指導者は実習指導者講習会を受講している。受け入れにあたっては学校との連携を図っている。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-3 運営の透明性の確保	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	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	A
		22	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	A

[自由記述欄]					
21) ホームページ等に理念、苦情体制や第三者評価の受診結果を公表している。地域の関係者・関係機関に、法人広報誌「ふれあい」、施設広報誌「洛楽」を配布し情報公開に努めている。 22) 経理規程等を定め職員に周知している。外部の公認会計士と契約を締結して随時、指導・助言を受けている。毎年、府職員による訪問調査を受けている。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献	Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	23	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	A
		24	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	A
	Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	25	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	A
	Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	26	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	A
		27	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	A

[自由記述欄]					
23) 地域との関わりに対する基本的な考え方を理念に明示するとともに、事業計画等に記載し職員会議等で読み合わせを行っている(以前は倫理綱領を読み合わせていた)。自治会や小学校等の行事など地域の情報を収集し、掲示板等で利用者へ周知している。初釜会や夏祭り等地域住民を招いたり、地域清掃への参加など交流を図っている。※現在はコロナ禍のため中止している。 24) ボランティア受け入れに関する基本姿勢及びマニュアルを整備している。余暇活動のボランティアの受け入れを行っている。ボランティア交流会(年に1回)を実施してボランティアの意見を反映している。小学校と紙漉き体験を通じた交流を行っている。※現在コロナ禍のため実施できていない。 25) 行政が発行した手引き等を職員が閲覧できるようにしている。本来、救護施設は対象となっていないが、圏域の自立支援協議会に参加している。精神科病院をはじめ関係機関とのネットワークを構築して利用者の地域移行・ケアに活用している。 26) 洛南祭まつり、初釜会(近年はコロナのため中止になっている)に地域住民を招待している。福祉避難所として登録している。地域向けの介護技術講習会「うちDE介護」を開催したり、老人クラブ交流会を施設のホール(集会室)で開催して、利用者も出し物を発表している。自治会活動の地域一斉清掃(年2回)に利用者・職員も参加している。 27) 市の社会福祉協議会と連携して在宅老人給食サービスを実施している。施設における虐待防止委員会に民生委員に出席してもらっている。「うちDE介護」や「ふれあいサロンでの紙漉き細工」の指導に職員を派遣している。					

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	28	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	A
		29	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	A
	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	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	A
		31	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	A
		32	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	A

[自由記述欄]

28) 法人苦情解決連絡調整委員会、法人サービス向上推進本部（サービス向上委員会、施設プロジェクトチーム）等でサービス内容について評価・改善を行っている（例・服薬管理にかかる緊急時対応マニュアルの改善など）。各委員会でマニュアルの見直し、虐待防止にかかるセルフチェックや研修も実施している。

29) プライバシー保護マニュアル等を整備している。職員セルフチェックを毎月実施して不適切な事案がないかを確認するとともに、「改善のための提案」については利用者にもフィードバックしている。利用者の意見箱、職員の意見箱を設置して不適切な事案がない確認している。虐待防止マニュアルを整備し、委員会も設置している（外部委員ふくむ）。プライバシー保護の具体的な改善としては、身障者トイレのドアをアコーディオンタイプから引き戸タイプに交換した事例がある。

30) 入所前見学を推奨し、写真や動画で説明している。面接時はパンフレット、生活のてびき（重要事項説明書）を活用して説明をしている。ホームページに事業所の特色を掲載するとともにインスタグラムを活用して情報発信をしている。

31) 行政（年1回訪問あり）とも連携しながら1年に1回、個別支援計画を見直し、同意を得ている。意思決定が困難な利用者については家族等と話し合いの上、支援の内容を決定するようにしている。必要に応じて後見人選任の働きかけを行っている。

32) 生活保護法に基づく施設であるという性質上、サービスが著しく変わることはないが、退所時には転出先に診療情報提供書、本人には「利用者退所とアフターケアについて（マニュアル）」に基づき、「退所に向けて（所定様式）」を渡している。居宅訓練後のアフターフォローを実施している。退所後も本人に関わるサービス事業所との連携を継続している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。	33	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	A
		34	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	A
	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。	35	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	A
		36	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	A

[自由記述欄]

33) 満足度調査を年1回実施し、分析するとともにその結果をHP等で公表している。利用者との個別面談は担当職員が対応している。支援に関わる内容であれば支援会議に挙げてもらい方針を決定している。面談の際は、プライバシーに配慮し個室を確保している。

34) 苦情解決実施要綱、苦情解決の体制を整備している。苦情は所定の様式に記入し、規程に従って迅速に対応している。例えば、具体的な事例として居室扉にカギがかからず、貴重品がなくなったという苦情に対し、鍵付きロッカーを設置したり、手持ち金庫を用意した。また、利用者からの訴えのうち、「苦情かもしれない」という声を毎月、日誌から抜粋し職員会議で検証している。例）「〇〇を買ってくれない」→本当に買ってないのか、それとも何かしらの理由があって本人が好むものが買えないのか。上がった苦情は毎月開催している虐待防止委員会で報告するとともに概要については、法人ホームページ、広報誌「洛楽」で公表している。

35) 入所時に「生活のてびき」を活用して説明している。苦情解決第三者委員との面談の機会を設けている。「こまりごと相談窓口」を掲示するとともに担当者を配置している。（職員1名あたり8～10名を担当している。）意見箱「希望の箱」を施設内に設置するとともに利用者座談会、親睦会「あかつき会（不定期開催）」を行っている。

36) 意見箱取り扱いマニュアル、利用者座談会マニュアル等を定め、迅速に対応している。意見箱は月1回の座談会開催前に開けるルールになっている。法人においても苦情解決連絡調整委員会を開催している。

評価分類	評価項目	通番	評 価 細 目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	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	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	A
		38	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	A
		39	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やっている。	A	A

〔自由記述欄〕					
37)「事故防止」「所在不明対応」「リスク管理」等のマニュアルが整備されている。業務マニュアルを一覧表にし、それぞれの手順書の更新時期を明記している。事故及びヒヤリハット報告書を作成して毎月開催する事故防止委員会で改善策等を検討している。ヒヤリハットは年間300件程度の提出がある。(一番多いのは転倒。)法人本部にもリスクマネジメント・ワーキンググループがあり管理者が参加している。 38)感染症委員会は規程で年4回以上実施と定め、嘱託医とも連携して対応策等を検討している。「感染症対応マニュアル」「新型コロナウイルス発生時対応マニュアル」等を整備している。マニュアルは委員会で適宜見直しを行っている。新型コロナウイルス発生時の研修を行っている。 39)「地震発生時対応マニュアル」を整備し参集基準等を定めている。年2回消防署と合同で訓練を行っている。備蓄(食料品・飲料水)を3日分整備している。発災時の職員との連絡は、管理職はライングループ、職員は、非常連絡網を作成するとともにガルーンの一斉送信機能を活用することとしている。職員(課長補佐)がDWATに登録している。福祉避難所として市と契約締結をしている。					

評価分類	評価項目	通番	評 価 細 目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	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	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	A
		41	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	A
	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	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	A
		43	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	A
	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	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。	A	A
		45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A	A

〔自由記述欄〕					
40)シフト毎の業務マニュアル(マニュアルのタイトルは「標準的な業務」)を備えている。1日の時間軸に沿って利用者毎の個別対応(体重測定や血圧、水分補給、頓服等)を一覧表(一覧表の名前は「対応チェックシート」)にし、最新・正確な情報の維持に努めるとともに、職員の業務に抜け漏れが生じないように注意を払っている。利用者尊重やプライバシーの保護について法人研修を行っている。セルフチェックを毎月実施し、標準的な実施方法に基づいて行われているかを確認している。 41)年1回以上の見直しを行うとともに法人サービス向上推進本部で法人内の他施設のマニュアルと比較して必要に応じて改善に努めている。 42)43)個別支援計画書は、救護施設協議会のモデル様式を参考に、洛南寮において必要な項目を絞って使用している。個別支援計画の作成にあたっては医療機関等の意見もふまえ、支援員だけでなく、看護師や栄養士の意見も反映し、支援会議で検討の上、作成している。記録ソフトに「月概要」「個別支援計画の取り組み」のケース項目を設け、毎月、担当者が特記事項を記入しモニタリングを行っている。毎月のモニタリングの結果を「年度のまとめ」に集約し、支援経過を評価している。個別支援計画をもとに利用者本人への説明用様式「個別支援計画説明書」を作成し、本人から支援計画の同意を得ている。困難事例は京都府精神保健福祉総合センターから招いて検討会を行っている。 44)「支援記録のガイドライン」を作成し、記録入力の方法を定めている。支援計画に基づく記録となっている。業務分担、クラブ担当、行事関係、各種委員会、余暇支援、自立支援等にカテゴライズされた、業務担当毎の個別業務マニュアルを作成している。マニュアルはできるだけ写真などを多用し、ビジュアル化を推奨している。朝夕の引継ぎのほか、職員会議、課内会議、ミーティングを開催し情報共有を行っている。 45)文書規程に保存年限あり。個人情報管理マニュアルに、個人情報の持ち出し、廃棄、文書管理に関する規定を設けている。情報開示は、「個人情報保護規程の制定について(規程)」の「保有個人情報等の開示等(項目)」に基づき、「開示申出書(様式)」により受け付け、対応している。新人職員には「支援記録のガイドライン」を用いて、個人情報保護についての説明を行っている。					