

[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 | あんしんサポートハウス光華苑 | 施設種別 | 軽費老人ホーム (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6月10日

| | |
|-----|--|
| 総 評 | <p>旧船井郡6町が中心となり、昭和28年に設立された養護院「光華園」が前身となり、昭和31年に社会福祉法人長生園が設立され、69年の歴史ある法人です。その時々時代の社会情勢や地域ニーズに沿って様々な形態の施設を開設し地域支援を展開されてきています。</p> <p>その拠点の一つである「あんしんサポート光華苑」は社会福祉法に基づき京都府が整備を進めた施設として、長生園が社会福祉事業として平成26年12月25日に定員30名で開設されました。60歳以上で自宅での生活に不安を感じる方が対象で、食事提供や見守り・入浴・生活相談など必要な生活支援サービスが受けられ、レクリエーションや趣味活動など施設が行う余暇活動に参加でき、他の入居者と交流することができる等、入居者が自由に安心して生き生きと生活できるのが特色です。自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援する住居として、それぞれの高齢者の特性に配慮し、自主性を基本として心豊かに暮らせる場となっています。</p> <p>プライバシーが尊重された心地よい個室で、何かの時はナースコールで職員が駆け付け、心身に不調があれば、医師や職員が速やかにサポートできる体制となっています。長生園の本部と場所は離れていますが、多様な福祉サービスや医療など、それぞれの入居者の意向を尊重して総合的にサービスが提供される体制となっており、入居者にとって心身に変化が生じても不安なく継続して生活ができるようになっています。</p> <p>館内は朝には小鳥のさえずりのBGMや決まった時間にラジオ体操が流れ、またコロナ対策の食堂の配置など、きめ細やかな工夫がされています。</p> <p>長い歴史の中で法人の理事長が代わり、施設の体制も変わってきましたが、長生園の理念である「和み・尊厳・安心」は引き継がれています。</p> <p>また、「あんしんサポート光華苑」の施設長も代わりましたが、今までの絆を大事にしながら入居者との関わり方を模索し、時代は変わっても心温まる思いや感謝の気持ちは変わらない暮らしを築き、豊かな暮らしを入居者と共にオリジナルな歩みに取り組んでいるところです。</p> <p>地域支援の在り方を追求しながら、これからの時代においても益々の発展が期待されます。</p> |
|-----|--|

| | |
|----------------------|---|
| <p>特に良かった点(※)</p> | <p>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。 年間行事計画や月間計画が掲示板に掲示されていると共に光華苑運営懇談会において、事業計画等の資料も配布し、説明や報告を毎月されています。ポスターも入居者に理解しやすいように工夫して手作りで作成し掲示されていました。軽費老人ホームという特性を感じながら、いかに入居者に添えるか模索と工夫の中で、入居者の声をしっかり取り入れ、職員の入居者と共に歩む姿勢が掲示物等により汲み取れ、温かさがみてとれました。</p> <p>II-4-(1)-①地域と地域との交流を広げるための取組を行っている。 コロナ禍のもと事業は中止していますが、京都府の事業「涼やかスポーツ」を夏期2カ月間、地域交流スペースを開放し、地域の方との交流の機会としていました。また、事業所の前の公道の草刈り等の清掃を行う「さわやかボランティアロード」の活動をボランティア登録し、実績を土木事務所に報告し、表彰しています。地域に出て作業していることで、地域の方と出会う機会となり、農作業中の方から農作物を頂くことがあるなど、地域と事業所の相互交流の輪が広まりつつあります。事業所が地域社会の一員として社会的役割を果たしていることが、地域の人々の事業所に対する理解を深めることに繋がると考えます。</p> <p>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。 利用者満足向上の取り組みとして、年1回の利用者満足度調査と月1回の運営懇談会（利用者懇談会）があります。運営懇談会は利用者と職員が参加、利用者が意見を述べやすい場となっています。意見の内容によってその場ですぐに対応され解決できたり、必要に応じて共に考えて模索する場にもなっています。また職員会議で満足度調査の結果を分析検討した後、運営懇談会で職員と利用者が共有して、再度確認する場にもなっており、単に満足度を把握するだけでなく職員利用者双方が話し合える、共に検討してさらなる満足度の向上を目指していくための仕組みの一環として評価できます。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p>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。 第三者評価を定期的に受診し、法人内のケアハウスと共同でサービスの向上の取り組みを実践していますが、前回の改善事項の取組がされおらず、組織的にPDCAサイクルに基づいて福祉サービスの質の向上に関する取組がされていませでした。課題の計画化や評価はされているので、それを踏まえて次の計画や実施に繋がることが最も重要です。1つの方法として第三者評価基準に基づく自己評価を活用し、評価を行った後の結果分析や分析内容について検討する仕組みを組織として定められ、福祉サービスの質の向上に向けたPDCAサイクルを組織的な体制として整備されることをお勧めします。</p> <p>II-2-(3)-①職員一人ひとりの育成に向けた取組が行われている。 職員に個別に声かけを行い、職員面談ができていませんが要望等を聞き取る等で、働きやすい職場になっています。しかし、職員一人ひとりの育成に向けた目標管理までは充分に行えていませでした。面談の機会を通じて、一人ひとりの知識や経験等に応じた目標を設定することで、目標達成を意識して研修に参加したり、日々の業務の中でスキルアップを目指したりと、職員の質の向上に繋がると考えます。目標達成の進捗状況を施設長と一緒に確認し、認め合うことが職員のモチベーションを高めることにも繋がるとは思いませんか。</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>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。</p> <p>福祉サービスの内容、福祉施設・事業所の変更等行う場合、利用者の福祉サービスの継続性を損なわないようにすることが大切です。そのためには福祉サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書を定めることが大切ですが、今回の調査では確認できませんでした。口頭で伝えることが常態化していることが多いようですが、確実に伝えることができるように文書化されることをお勧めします。</p> |
|--|---|

※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 | あんしんサポートハウス光華苑 |
| 施設種別 | 軽費老人ホーム |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 京都福祉ネットワーク「一期一会」 |
| 訪問調査日 | 令和3年6月10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) 法人理念・基本方針については、法人パンフレットやホームページに掲載している。また施設の玄関や掲示板にも掲示されている。職員の連絡会議で唱和を行い、意識づけの取り組みをしている。

| 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 |
| 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。 | b | 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) 毎月、経営戦略会議があり、各部署で資金収支計画書をもとに経営状況の把握を行っている。地域の関係機関と連携を取りながら、地域の情報把握に努めている。
 3) 経営課題の把握は、毎月開催される経営会議にて法人の各事業所の経営課題を把握し、共有と分析を行っている。業務執行理事を中心に取り組み、理事会や評議委員会において承認を得て、管理者会議・職員全体会議で全職員に周知徹底をしている。

| 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 |
| 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。 | b | b |
| | | 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。 | b | 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。 | b | b |
| | | 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) 中・長期的な計画はあるが、策定日や評価年月日等の記入がなく、いつからいつまでの目標なのか明確になっていない。
 5) 単年度計画は、事業計画と収支計画に分けて策定されている。また実施状況の評価を行える内容になっている。
 6) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価は、職員会議等において策定し、課題や改善点はその都度話し合っている。事業計画や事業報告は理事会や評議委員会に提出し、評価と承認を得ている。しかし評価の結果に基づいて見直しがされていない。
 7) 年間行事計画や月間計画を掲示板に掲示している。毎月の懇談会で月の行事予定を報告したり、資料を配布し説明を行っている。行事前にはポスターを作成して掲示している。

| 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。 | b | b |
| | | 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。 | b | b |

[自由記述欄]
 8) 第三者評価を定期的に受審し、法人内のケアハウスの運営と共同でサービス向上のための取り組みを実施している。しかし組織体制も変わる中で、前回の改善事項に対する取り組みができていなかった。
 9) 評価結果を分析し、組織として取組課題の共有化は図られているが、文書化まではできておらず、改善の取り組みを計画的に行う仕組みや見直しの仕組みがなかった。

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。 | b | 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。 | b | b |

[自由記述欄]

10) 組織の職務分掌に管理者の役割と責任等が文書化されている。施設長は職員会議や懇談会において管理者として統括し、指示命令を出している。有事においても管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等も含め明確化されている。
 11) 法令遵守は社会保険労務士の指導により、全職員に職員会議で周知している。遵守すべき法令はパワーハラスメント等、幅広く把握している。全職員に浸透する取り組みとして全職員にアンケートを実施している。
 12) 福祉サービスの質向上に向けて、管理者は利用者との毎日の関わりや職員会議で個別情報の共有を図り、どのように対応すればよいか等の支持を出している。職員には法人の研修に積極的に参加を促している。
 13) 法人全体において顧問税理士により、毎月各事業所の経営状況を分析し、経営会議において検討を行っている。経営の改善や業務の実行性の向上に向けて、人事・労務・財務等を踏まえての分析は、法人として行われており施設としてはできていない。

| 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。 | b | a |
| | | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | b | b |
| | 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。 | b | b |

[自由記述欄]

14) 法人として「職員採用プロジェクト」があり、必要な人材や人員体制に関する具体的な計画が確立している。効果的な人材確保の為に、資格取得に向けて取り組んでいる。
 15) 職員の意向を踏まえた上で、年2回の人事考課を実施し個々の職能資格を評価し、人事管理を行っている。職員個人が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりはない。
 16) 今年度は職員面談はできていないが、施設長が個別に声かけを行い、家庭の事情や要望等を聞き、可能な限り対応している。また有休の取得状況を把握し、取得できるよう配慮している。定期的にパートも含めた全職員対象に健康診断やワクチン接種、ストレスチェックを行い、衛生管理者や産業医に相談できる体制を作っている。改善策については、具体的に計画等に反映することができていない。

| 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。 | c | b |
| | | 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。 | b | 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。 | b | 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。 | b | a |

[自由記述欄]

17) 定款に職員としての姿勢を明示しているが、職員面談ができていないため、一人一人の目標を確認したり、助言を行うことが充分にできていない。
 18) 法人の研修委員会を中心に年間の研修計画を立て、教育、研修を行っており、資格取得のための模擬試験等も法人全体で取り組んでいる。研修委員が定期的な計画の見直しや評価を行っている。
 19) 新任職員には法人職員による基礎知識の研修と現場で基礎実習を実施し、各事業所で職種別の実習期間を設けている。施設内研修ではテーマによっては同じ内容の研修を複数日設定するなど、多数の職員が参加できるよう工夫している。短時間勤務等の事情で研修に参加できない職員には伝達研修を行っている。
 20) 当事業所は実習場所となっていないが、法人として実習受け入れ体制を整え、各学校等と連携を図りながら実習生を受け入れている。また、実習指導者は研修を受けている。

| 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-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。 | b | b |
| | | 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) 法人ホームページに理念や事業計画、基本方針等を掲載し、各事業所の情報も公開しているが、苦情・相談の内容については公表できていない。また「光華苑新聞」を年2回発行し、利用者・家族に配布しているが、地域へは配布ができていない。 22) 毎月、顧問税理士が各事業所の経営を分析した結果を職員に回覧しており、監査法人による外部監査も受けている。理事会、評議員会前には各施設長が出席する主幹部会議で事業執行状況を確認している。 | | | | | |

| 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 |
| 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。 | b | 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。 | b | a |
| | 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。 | b | 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。 | b | b |
| | | 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。 | b | b |
| 【自由記述欄】 | | | | | |
| 23) 市の広報誌やお知らせを掲示している。様々な行事や買い物、受診等の送迎要請があれば、支援する体制が整っている。「涼やかスポット」として夏期2カ月間、地域の方に地域交流スペースを開放している。また、地域貢献として「さわやかボランティアロード」をボランティア登録し、施設前の道路の清掃活動を行っている。 24) 中学生の職場体験、小学生の福祉体験教室、吹奏楽や合唱クラブの慰問を受け入れてきたがコロナ禍のため中止している。府立農芸高校による花壇の植え付けは入居者との接触をなくして実施している。マニュアルを整備し、受け入れの際には社会福祉協議会等と連携している。 25) 介護サービスを利用している入居者が多いため、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等との連携は常に行っている。また、生活保護受給者も入居しているため、福祉事務所のケースワーカーとも密に連携し、課題の解決に向け協議している。毎月の職員会議で、職員間で情報共有している。 26) 「お気軽介護相談室」を法人として取り組み、チラシやホームページで広報している。災害時には福祉避難所として社会福祉協議会を窓口とし、一次避難の受け入れを行っている。福祉の専門性や特性を生かした研修等の開催はできていない。 27) 常時地域の窓口として問い合わせを受ける等地域からの情報による様々な福祉ニーズの把握に努めているが、民生委員等との定期的な会議を開催することはできていない。当事業所の利点をいかし、高齢の生活困窮者や支援を必要としている対象者を受け入れている。 | | | | | |

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 | b |
| | | 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 | b |

[自由記述欄]

28) 法人基本理念を掲示し、毎日のミーティング時に唱和している。虐待、身体拘束防止研修を開催し、毎月の職員会議では入居者の状況把握等の意見交換をしている。定款や運営マニュアルに利用者本位のサービスについて記載されているが、倫理綱領や規程等の策定は確認できなかった。
 29) 運営マニュアルの中に人権プライバシー保護について記載があり、人権擁護や虐待防止については運営規程に定められている。職員はもとより、利用者間やご家族にも周知するよう努めている。
 30) 地元のみならず宇治、城陽、舞鶴等広範囲の関係諸機関に出向き、事業所の説明とパンフレット配布を行っている。資料は専門用語を使わずできるだけわかりやすくし、写真や絵を用いてわかりやすく工夫している。利用希望者には必ず見学してもらって他、体験入所も実施している。情報提供は時宜に応じて見直ししている。
 31) 入居契約時に、身体状況の変化によるサービス変更についてはその内容や手続きについて時間をかけて丁寧に説明を尽くし、利用者・家族等が理解した上で自己決定されるよう努め、同意書を頂くと共に処遇用紙に記録している。
 32) 入居前の福祉サービスを継続して利用できる旨説明、事業所変更の場合は移行先事業所、当事業所、利用者、家族と事前に面談している。継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書は確認できなかった。福祉サービス終了後利用者や家族に対して相談窓口を設置し担当者を置いている旨説明し記載したものを渡している。

| 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) 利用者満足の上向上に努めている。 | 33 | ① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | b | 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 | b |
| | 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) ご意見箱を設置している。年1回の利用者満足度調査と月1回の利用者職員が参加する運営懇談会を実施している。満足度調査は担当者を設置して結果を分析・検討、さらに運営懇談会にて検討を重ねている。日々の利用者の声から聞き取った意見等で改善すべき点があれば迅速に対応する仕組みとなっている。
 34) 苦情解決者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、その仕組みと受付、対応の流れを運営規定に明示すると共に施設内に掲示、入居時に利用者、家族等に説明、文書を渡している。挙がってきた意向は処遇記録に記録、苦情のみ苦情相談対応記録簿にも記載されている。苦情内容、解決結果の公表は確認できなかった。
 35) 施設内相談員を列記し相談者が選べることを明記、「忙しそうにしている迷惑と思わずに…」の一文も添えて掲示板に張り出し、意見・要望・苦情を言いやすいよう工夫している。入居時利用者、家族等に第三者委員について説明している。個別の相談に備えて相談室を設置している。
 36) 対応マニュアルを設置し定期的に見直しを行っている。挙がってきた内容によっては職員会議で検討し全職員が共有し運営懇談会で確認している。対応に時間を要する場合には、法人にも相談の上速やかに状況説明を行い、組織として迅速に対応している。

| 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。 | b | b |
| | | 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。 | b | 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行っている。 | a | a |

[自由記述欄]

37) 事故発生時及び利用者急変時の対応マニュアルを設置して事故・急変時の手順を明確にしている。年に一度事故防止の内部研修を実施、職員に周知している。起こった事故やヒヤリハットは処遇記録、事故報告書に記載し、ミーティングや職員会議、運営懇談会で分析・検討を行い共有した上で再発防止に努めている。マニュアルの定期的な見直しは確認できなかった。
 38) 産業医の協力を得て月1回各代表者が集まる衛生委員会を実施する他、日々のミーティングや月1回の管理職会議で感染症の情報を得て全施設で共有し対策を行っている。新型コロナ対応マニュアルを設置し、情報に応じて適宜見直し、感染症委員会や研修委員会を中心に感染症研修を必要に応じて行っている。
 39) 年2回の総合避難訓練は、消防署と連携を取りつつ想定する災害を変えながら実施している。その他、緊急時連絡網の実施訓練や消火器訓練を実施している。備蓄は法人栄養課の管理のもと、災害時には全施設に対応できる体制となっている。

| 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 |
| 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。 | b | b |
| | | 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。 | b | b |
| | 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 | b |

[自由記述欄]

40) 標準的なサービスの実施方法をマニュアルに定めさらに「職員の心構え」を定めて職員に周知している。サービス担当者会議で検討、立案したケアプランから個別援助計画を作成し職員会議で検討、利用者の特性を踏まえた標準的な実施方法となっている。日々のミーティングや記録にて業務内容の確認を行っている。

41) 標準的な福祉サービスの実施方法の見直しは定期的に行い、かつ利用者の状況が変化した際にも行っている。見直す際は、ケアマネジャーを中心としてサービス提供者（職員）の意見や提案、本人・家族の意向を聞き取り反映している。

42) 福祉サービス実施計画は、ケアマネジャーを中心に各事業所のサービス提供責任者、福祉用具担当者等と連携を取って策定しており、責任者は設置していない。アセスメントから計画策定の際は、本人・家族の意向、病院からの情報も含め定められた手順に則って実施している。

43) サービス計画の見直しは、ケアマネジャーが定められた時期や方法によって評価、見直しを行っており、それに協力している。変更があった際はケアプランをもらって職員間で共有しているが、関係職員に周知する手順は定めていない。

44) 関わった職員が利用者の身体状況、生活状況を業務日誌、処遇記録に記録し、全職員が確認、共有している。伝えるべき情報は職員連絡ノートでも確実に届くようにしている。その他法人内経営戦略会議では、各施設の課題や提案が挙がってきて情報共有の場となっている。PCのネットワークシステムを法人で新たに導入している。

45) 文書規程を定め、利用者に関する記録の管理体制ができています。利用者や家族等から情報開示を求められた際のルール・規程は確認できなかった。