

## 福祉サービス第三評価結果の公表様式〔救護施設〕

### ①第三者評価機関名

(福) 静岡県社会福祉協議会
----------------

### ②施設・事業所情報

名称： 葵寮	種別：救護施設
代表者氏名：施設長 岡田 貞夫	定員（利用人数）：80名（84名）
所在地：静岡市葵区与一六丁目17-3	
TEL：054-255-0765	HP： <a href="http://www.aoiryou.sakura.ne.jp/">http://www.aoiryou.sakura.ne.jp/</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 昭和27年5月	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 葵寮	
職員数	常勤職員： 27名 非常勤職員 4名
専門職員	医師（嘱託） 2名 生活指導員 2名
	看護師 3名 介護職員 15名
	介助員 3名 事務員 2名
	栄養士 1名 調理員 委託
	精神保健福祉士 1名 居宅生活指導員 1名
	施設長 1名
施設・設備の概要	1人当たりの居室面積 7.5㎡ 食堂 2か所

### ③理念・基本方針

#### (1) 理念

多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、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。

#### (2) 基本方針

- 一. 職員は、利用者との意思の疎通が常に円滑であるよう努める。
- 一. 職員は、利用者が自立できるよう援助する。
- 一. 利用者は集団生活の中で個人の生活も、それぞれ尊重される。
- 一. 利用者支援の向上のために、活用できる諸制度、諸機関を積極的に利用する。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

居宅生活訓練
--------

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年6月21日（契約日） ～ 令和7年3月3日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（令和2年）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・将来の福祉充実計画や大規模修繕等の実施時期の検討については、職員の入退職予測、経年の人件費上昇等の経営的リスク要因を考慮した、長期（～2050年）にわたるキャッシュフローとバランスシート、収支計画の作成が行われており、具体的な目標、実施時期などを示した5か年間の経営方針（中長期計画）が策定されています。
- ・職員全員が参画して、第三者評価事業の自己評価を実施（アンケート方式）し、「品質会議」に諮り法人の強みと弱点を職員の視点に基づき、洗い出し、その結果をグラフ導入による可視化を図り、改善、検証、実行の手順を踏まえた体制構築によるサービスの質の向上・推進に努めています。
- ・事業計画の策定、事業方針の周知等、職員への周知は管理者側から一方的にするのではなく、職員全員への周知を行うべく、複数開催を旨としています。
- ・職員配置に関しては、社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士、基準を上回る配置し、利用者に対するサービスの質の確保・向上に努めています。
- ・「葵寮支援マニュアル」に基づき、虐待防止委員会やコンプライアンス委員会にて不適切ケアを検討し、人権への配慮と個別支援による福祉サービスの提供に努めています。
- ・利用者及び家族等に対してパンフレット「～葵寮の事を知っていただくために～」を配布し、法人理念、基本方針、福祉サービス内容や施設の特性等の説明に努めています。
- ・一人一人に対する個別支援計画書作成に基づくサービス開始・変更時の個別支援、就労自立支援、地域移行支援、食事・栄養サービス、環境衛生等について説明及び同意に努めています。
- ・地域の福祉向上のための取組として、社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士を配置して地域の福祉ニーズ調査と地域貢献に向けた出張相談会や電話相談を実施しています。
- ・毎月の相談会にて利用者の要望を傾聴し地域に移行するために必要なことを把握して一人ひとりに応じた個別支援計画書が作成されています。
- ・施設長、生活指導員の協働で管理係部門と支援課部門を横断した関係職員（管理係・医務係・栄養係・支援係・介護係）支援者会議が定期的に開催されています。
- ・利用者の支援方法について協議する「支援会議」、各部署のリーダーが今後の法人や施設の方針決定や課題等の解決のため協議を行う「連絡会議」、方針を職員に周知する「職員会議」が月1回以上開催されています。
- ・自然豊かな環境で、木材が多用され中庭に面したベランダや広い廊下などゆったりした間取り空間です。
- ・利用者は自立度が高い人が多く、希望や要望が表出でき、自己選択・自己決定できるように支援がされています。自由外出や勉強外出、担当外出など比較的自由度のある活動を提供しています。
- ・個別支援計画に基づき、各自の能力に合った日中活動に作業や当番などが用意され、利用者の生きがいになっています。
- ・利用者の健康管理の支援と体調変化時の対応及び支援がされています。
- ・利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行支援がされています。

◇改善を求められる点

- ・職員の教育・研修に関して、福祉専門職の配置は充実されているが、「葵寮が求める職員像」方針にもとづき、施設が必要とする知識や専門資格、施設長面接で確認した職員の希望を考慮して、具体的な目標を明示した体系的な教育・研修計画を策定し実施することが求められます。
- ・施設内でOJT等が定期的に行われていますが、研修後、理解度の把握、効果性等の評価が求められます。
- ・個別支援計画書に総合目標に対するモニタリング会議、支援会議はありますが、短期目標の設定や見直しの検討会議の仕組みの構築が求められます。
- ・支援内容が実践記録として残されていない場合がありますので見直しが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

法人・施設が長年取り組んできた福祉サービスの質の向上に向けたマニュアルの作成や支援体制の構築など、積極的な利用者支援の取組を高く評価していただきありがとうございます。

今後は、改善が求められるとご指摘いただいた事項につきましても積極的に取り組み、利用者支援の向上に結び付くように努めてまいります。

また、a評価b評価をいただいた事項に関しましても、さらなるサービスの質の向上に努めてまいります。

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。

## 第三者評価結果〔救護施設〕

※すべての評価細目について、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。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態  
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態  
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

### 救護施設版共通評価基準

#### 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
<コメント> ・法人理念、基本理念は施設内各所に掲示されている。 ・各会議で職員向けにはその都度周知、説明が行われている。		

##### 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
<コメント> ・将来(～2050年)に亘って資金収支シミュレーションの活用に着手開始している。 (取り組み開始2年目) ・シミュレーションには経年に伴う施設整備計画・人件費上昇等も取り込まれている。		
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
<コメント> ・将来に亘って資金収支を中心としたシミュレーションの活用に着手開始している。(2年目) ・シミュレーションには経年に伴う施設整備計画・人件費上昇等も取り込まれている。 ・職員に対してアンケートを実施、職場からの課題を抽出、共有している。		

### 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
<コメント> ・中・長期事業計画は作成されている。 ・中長期計画策定後の必要に応じた改定もされていた。(改訂回数は1回)		
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
<コメント> ・職員向けアンケート実施を経て、事業計画が作成されている。 ・事業計画の説明会は複数回数実施、全職員に対して実施されている。		

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。	b
<コメント> ・評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っているが、職員に周知の確認が不十分である。		
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
<コメント> ・事業計画の利用者向け説明は、R6年5月9日に実施された。 ・不参加者には、カウンター窓口に開示用ファイルが設置されていた。		

#### 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
<コメント> ・合理的に業務を遂行するための検討会として、「支援会議」を設置している。 ・支援会議で個別ケース検討を行い、具体的対応に繋げている。 ・その他品質管理会議も実施、施設環境改善も検討を行い、具体的対応に繋げている。		
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
<コメント> ・職員に対してアンケートを実施、職場からの課題を集計・グラフ化により課題の順位付けを図る作業が着手されている。 具体的には、「プライバシー保護」への対策要望が優先課題であることを確認した。 ・評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 ・R7年以降の中長期事業計画案に反映していく予定となっている。		

## 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
<コメント> ・職務権限表は就業規則の付表として確認できた。 ・人事権限に関する取り扱いが職務権限表に反映されていない。 ・就業規則により人事は施設長が選考し、採用は理事長が決定していることを職員に表明している。 ・有事の際の管理者代行については、稟議書による確認ができた。		
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
<コメント> ・法律の専門家支援による就業規則を改定されている。 ・管理者は監事研修、県社協主催の各専門研修への参加している。 ・職員会議にて法律改正点の説明を管理者より実施している。		
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
<コメント> ・職員の研修参加基準は、管理者からの指示、自発的となっている。 ・参加状況は研修一覧表、議事録を確認した。 ・階層別研修の対応が未実施である。		

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揮している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・将来に亘って資金収支シミュレーションの活用に着手開始している。(2年目)</li> <li>・シミュレーションには経年に伴う施設整備計画・人件費上昇等も取り込まれている。</li> <li>・超過勤務等の労務管理はシステムを導入済み、個々人の勤怠情報を把握し適正な管理に繋げている。</li> <li>・入退職の動向については、上長会議、職員鍵にて報告が行われている。</li> </ul>		

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・配置基準の順守は守られていることを基準と配置人員を比較確認した。</li> <li>・入退職動向について行政への都度報告書も確認した。</li> </ul>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・規程等の改定時における職員向け周知文が運用されていた。</li> <li>・就業規則改定等の場合は、施設長・管理者による職員全体会にて説明が行われている。</li> <li>・人事考課制度の存在、運用が確認出来なかった。</li> </ul>		
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組んでいる。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労務管理は前述の労務管理システムを活用している。</li> <li>・職員健診項目は、人間ドック対象年齢引き下げ等法律を上回る処遇実施している。</li> <li>・その他有給を上回る、特別給与の付与も実施されている。</li> </ul>		
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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長との職員との面接は年1回実施されている。</li> </ul> <p>職員の意向等を聞き取っているが目標項目、目標水準、目標期限の進捗状況が不明となっている。</p> <p>記録は、施設長による管理（非開示）となっていた。(1回/年実施)</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員の研修参加基準は、管理者からの指示、自発的となっている。</li> <li>・ 定期的に研修計画の評価と見直しを行っていない。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修記録、資格者一覧の管理は行われている。</li> <li>・ 個別的なOJTは研修実施報告されていた。</li> <li>・ 職員の知識技能水準に準じた研修は、県社協等外部研修参加記録が確認できた。</li> </ul>		
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実習生受け入れマニュアルの確認はできた。</li> <li>・ 医療、介護、福祉専門職種の特性に配慮したプログラムが用意されていない。</li> </ul>		

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・措置施設という性質上、運営面における対外的情報開示は、HPが中心である。</li> <li>・HPでは事業計画はR1年～R6年、経営実績、監査はR1年～R5年、第三者評価はR2年を公表している。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経営、運営上のルールは定款施行細則による確認ができた。</li> <li>・外部専門家による外部審査は未実施である。</li> <li>・内部監査は実施されており、監事監査報告がある。 (但し、第三者評価はR2実施済)</li> </ul>		

## II-4 地域との交流、地域貢献 評価表との相違について確認。

		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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で利用できる社会資源やイベント情報を施設長、生活指導員が情報収集し、施設内に掲示し利用者へ情報提供している。</li> <li>・できるだけ週1回以上入居者が外出し、地域交流できる機会（施設周辺の地区イベント：与一夏まつり）、がある。</li> <li>・利用者が自ら選び参加できるように地区のイベントやパルシェで開催している各教養講座等に参加できるように相談、調整を図っている。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年事業計画に救護施設としての地域の学校教育等への協力としてボランティアの受け入れについて明文化している。</li> <li>・ボランティア受け入れマニュアルに登録、申込手順、ボランティア協力に係る事前説明方法が記載されている。</li> <li>・ボランティアに対する利用者との交流を図る視点での必要な利用者への事前説明、職員への研修の取組が不十分となっている。</li> </ul>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 施設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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者の地域移行に繋がるように町内会、静岡刑務所、静岡市役所、養護老人ホーム、病院、地域定着支援センター、グループホーム（障害支援サービス）との連携体制の構築を図っている。</li> <li>・地域の共通の問題に対して、関係機関・団体と定期的な連絡会等への参加はしているものの解決に向けて協働（ネットワーキング）した具体的な取り組みは十分ではない。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域福祉ニーズや生活課題等の情報収集はおこなっているが、地域のアセスメント（分析）までは捉える取り組みまでは至っていない。</li> <li>・施設長が地域における公益的な取組みとして担当者を任命（法人管理規定第11章に則り）し、と地域貢献に向け地域福祉電話相談事業（月曜日～金曜日：9：00～16：30）をおこなっている。</li> <li>・施設と賤機南地区社会福祉協議会【福祉健康講座】で協働参画し、「みんなで考える賤南の今と未来のこと」について地元企業、福祉・介護事業所・医療機関・地元企業・地域包括支援センターで参集し、話し合いを行った。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域のS型デイサービススタッフ、お寺、地区社協と協力して座禅、講和を実施している。その際、施設（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を地域に還元する取組を行い、ホームページで紹介している。</li> <li>・地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を積極的に行っていない。</li> </ul>		

## 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者を尊重した福祉サービス提供に関する理念として4つの基本方針を明示している。</li> <li>・「葵寮支援マニュアル」令和2年4月版により人権への配慮と個別支援による利用者を尊重した福祉サービスの提供に努めている。「倫理綱領」や規程等を策定し、虐待防止委員会やコンプライアンス委員会を支援会議で不適切ケアについて検討している。</li> <li>・利用者対応への課題と改善策を検討している。</li> <li>・倫理規定（令和2年4月）を改正し職員向けOJTを毎月開催している。</li> <li>・研修時、研修後、理解度の把握、効果性等の評価が不十分となっている。</li> </ul>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年4月に支援マニュアルの点検と見直しを行っている。</li> <li>・重点項目して「人権への配慮」・「個別支援」・「排泄」・「環境整備」・「余暇・レクリエーション」・「嗜好品等」・「外出」・「外泊」・「金銭管理」・「生活環境整備」・「地域との交流」を定めている。</li> <li>・利用者のプライバシーを守るための工夫（利用者要望よりカーテンでの部屋の仕切り壁や作業用に備え付けの津折り畳み機の設置した）を図った。</li> <li>・プライバシーに関する研修会は定期的に行っていない。</li> </ul>		
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利用に必要な情報を積極的に提供している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者及び家族等へパンフレット「～葵寮の事を知っていただくために～」を配布し、法人理念や基本方針、福祉サービス内容や施設の特性等を紹介し説明に努めている。</li> <li>・パンフレットは、合理的配慮を踏まえ1年1回見直し、漢字にルビ、絵、図、写真等に努めている。</li> <li>・見学、一時入所利用者には、随時対応している。</li> </ul>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活指導員を中心にアセスメントに基づき、個別支援計画を作成している。</li> <li>・個別支援計画書作成に基づくサービス開始・変更時の個別支援、就労自立支援、地域移行支援、地域生活定着支援、食事・栄養サービス、環境衛生支援等について説明及び同意を得ている。</li> <li>・本人、家族、成年後見人、施設内スタッフ、就労先事業所と連携して本人に説明し同意を得ながら就労支援を行っている。</li> <li>・意思決定が困難な利用者への専門職（精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士）を配置しているが、支援付きの意思決定ルールの運用が不十分となっている。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅生活訓練事業支援計画に基づき、利用者、家族、成年後見人の意向を踏まえ、福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等について再アセスメントを行っている。</li> <li>・支援員、介護士、看護師、栄養士が協働して利用者の支援方法について担当者での支援会議でモニタリングをしている。</li> <li>・地域移行した利用者の居住先へ定期的に訪問している。</li> <li>・サービスの利用終了時点で退所後の相談方法等について記載した説明書が交付されていない。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回個別面接会、年2回全体対話会開催、年度毎の利用者 給食アンケート、満足度調査を実施している。</li> <li>・利用者同士の対立や紛争のリスクを踏まえて利用者同士の対話会が企画されていない。</li> <li>・個別面談として生活指導員、栄養士・社会福祉士、精神保健福祉士が入居者より聴取し、日常の生活に把握に努めている。</li> <li>・利用者の要望にもとづき、利用者参画のもとで検討会議を行いカレーのかけ方、食材や食べ方の工夫、プライバシー配慮の為の壁の設置などの具体的な改善を行っている。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情は、面接・電話・書面にて苦情受付担当者が随時受付している。</li> </ul>		

- ・ 1階出入口・2階出入り口に意見・苦情箱設置され1ヶ月に1回支援員が苦情箱を開き、連絡会議で支援員、介護士、看護師、栄養士、生活指導員、施設長が支援会議にて方策を相談している。
- ・ 苦情解決責任者は、施設長。苦情受付担当者は、支援課の長。第三者委員は、有識者3名が配置されている。
- ・ 入居者全体へ誕生会で苦情内容を報告している。
- ・ 利用者と施設との対話会には第三者委員が同席し、講評を受けている。
- ・ 苦情内容、対応結果等をホームページ等で公表している。

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・複数の共有スペース相談会予定や内容を掲示し、広報している。</li> <li>・利用者全員が持っているパンフレット「葵寮を知っていただくために」に利用者がどのように施設側へ相談できるかが説明されている。</li> <li>・専用の個室相談室がある。</li> <li>・相談には社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士を有する生活指導員や支援員3名の専門職が対応している。</li> </ul>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談記録の方法や報告の手順、対応策の検討等を定めたマニュアルが整備されている。</li> <li>・1年に1回コンプライアンス、品質、リスクマネジメント、虐待防止の項目を支援会議にて見直している。</li> <li>・令和5年～令和6年にかけて食事の提供の仕方、エアコン等の調節について迅速に対応している。</li> <li>・検討に時間を要する場合の事態の進捗状況について利用者への説明が不足していた。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職務分掌表にリスクマネジメント体制が明示されている。</li> <li>・多種職、他部署の参画のもとでヒヤリハット報告書や事故報告書発生要因を分析し、改善策・発生防止策を検討の取組を行っている。</li> <li>・事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しスタッフ間での周知を図っている。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症に関するマニュアル及び事業継続計画（BCP：令和6年8月1日付）の1本化として整備した。</li> <li>・安全確保について職務分掌によって施設長と管理課（管理係・医療係・栄養係）が中心となり支援課（支援係・介護係）の責任と役割が明確となっている。</li> <li>・支援・連絡・職員会議を経て感染症の予防と発生時等の対応マニュアルの作成と年2回の見直しが図られている。</li> <li>・職員全体へOJT研修（令和6年8月）にてマニュアル周知を図り、年2回定期的見直しを行っている。</li> </ul>		

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やっている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ B C P 計画書が作成されている。</li> <li>・ 毎月の避難訓練、年 2 回の総合防火・総合防災訓練、年 1 回水防訓練を行っている。</li> <li>・ 食料や備品類等の備蓄リストを作成している。</li> <li>・ 栄養士が物品備蓄（9 日分）入替整備・保存を管理し記録している。</li> <li>・ 利用者及び職員安否確認手順や職員の施設への参集表と連絡方法が定められている。</li> <li>・ 防災計画等整備し、職員への訓練・会議、記録回覧にて周知と課題点の把握や見直しを行っているが、地域の消防署、警察、自治会、福祉関係機関団体等との協働体制づくりや全職員への周知が不十分となっている。</li> </ul>		

### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービスの実施方法が支援マニュアル、介助マニュアル、管理規定に文書化されている。</li> <li>・法人理念、権利擁護、プライバシーの保護の姿勢が明示されている。</li> <li>・個別支援計画書や支援記録等は施設内オンラインシステムを通じて事務所、医務室、介護室、栄養室等と情報共有できる。</li> <li>・コンプライアンス会議、品質会議、虐待防止委員会にてサービスの提供状況の把握し、課題を抽出している。</li> <li>・各部署間の情報共有等を図っているが実施方法について職員一人ひとりが適正に実施しているかを確認する方法が不十分となっている。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントを踏まえ個別支援計画の内容についてニーズ充足が図れている。</li> <li>・定期的（6ヶ月）、随時モニタリングにおいて実施結果の検証・見直しを行っている。</li> <li>・品質会議で職員や利用者等からのサービスの提供状況を把握し、問題点・課題を抽出し業務改善の検討や提案ができる仕組みとなっている。</li> </ul>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長、生活指導員の協働で管理係部門と支援課部門を横断した関係職員（管理係・医務係・栄養係・支援係・介護係）支援者会議が定期的に開催されている。</li> <li>・標準項目を満たしたアセスメント（情報収集・情報分析）によって利用者一人ひとりの具体的なニーズが個別支援計画に具現化されている。</li> <li>・個別支援計画において高齢・障がい・困窮・孤立等の支援困難ケースについて内部で支援者会議が開催されているが、外部専門機関や民生委員等が参加する協議が不十分となっている。</li> </ul>		

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。	a
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年1回モニタリング会議で個別支援計画見直している。</li> <li>・管理規定において利用者の意向把握と同意のあり方の手順等が定められている。</li> <li>・病状等の悪化に伴う個別支援計画を緊急に変更する場合など支援者会議を随時開催して関係職員に周知する手順を定められている。</li> </ul>		
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、職員間で共有化されている。	a
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> <li>・【福祉見聞録】オンラインケアソフトを使用し、リアルタイムで利用者の状態、状況について職種間の記録ファイルの情報共有、ペーパーレスが行われている。</li> <li>・【福祉見聞録】にて利用者の生活全般等を踏まえたアセスメント様式、個別支援計画にもとづく実施が記録されている。</li> <li>・【福祉見聞録】より支援会議、職員会議の会議録の記録を共有している。</li> </ul>		
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。	b
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報保護管理規定が整備されている。</li> <li>・記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。</li> <li>・個人情報の取扱いを利用者や家族に説明し記名・捺印を受けている。</li> <li>・施設内研修やオンライン研修にて個人情報保護規程等を学習する研修を実施しているが利用者に関する記録の管理について、個人情報保護の観点からの教育や研修は十分ではない。</li> </ul>		

## 救護施設版内容評価基準

### 評価対象 A-1 支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 支援の基本		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の情報収集項目には持てる能力及びニーズ評価を加えて個別支援計画に繋げている。趣味活動・衣服・嗜好品等については本人の意思や希望を尊重した支援がされている。</li> <li>・合理的配慮の事例として喫煙習慣の有る利用者などへの対応状況を支援会議で検討している。</li> <li>・職員との間では年2回の対話会を設けている。生活に関わるルール等については、利用者同士の話し合いの機会をあえてしないようにしているが、利用者の権利について職員が検討し</li> </ul>		

情報を共有する機会がある。		
A②	A-1-(1)-② 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ アセスメントをしてニーズ評価の上、車での担当外出プランを作成している。本人は「小遣い帳」で活動に必要な金銭出納ができるように支援している。</li> <li>・ バス乗車料金の減額申請手続きなど生活に必要な行政手続きや福祉サービス利用手続きには職員が同行して行っている。</li> <li>・ 手帳更新通知は施設に届くので本人に渡し、自立度によっては本人自身で手続きをする事例があった。</li> <li>・ 死亡時の対応マニュアルが有り葬祭扶助の活用手続きや経費一覧表・家族からの遺品受領書等の書類ファイルが有り、適切に実施している。</li> </ul>		
A③	A-1-(1)-③ 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 言語的コミュニケーションが困難な利用者は不在だが、精神状態に合わせて本人からの発言を待つ方法や、言葉を掛けて返事をすぐに求めないなどの工夫をしている。</li> <li>・ コミュニケーション能力を高めるために、折り紙作品や手芸作品等を居室の壁に飾り、話題にしている。</li> <li>・ 家族に会えず精神的に不安定な時には、家族に来てもらい外出などの協力を得るなどの働きかけをしている。</li> </ul>		
A④	A-1-(1)-④ 利用者の自己決定を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員は担当制のため利用者が職員に話したいことを話せる機会は有る。</li> <li>・ 利用者の選択と決定の理解のための情報提供や説明及び自己決定の支援について口頭で行っていることは聴取できたがケア記録に記述がない。</li> <li>・ 相談内容について急ぎの場合は朝夕の申し送り時にてフロア内のみではあるが検討し、共有を図っている。他は支援会議にて検討する。支援計画同意書には本人の署名と共にその時の様子が記録されている。</li> </ul>		
A⑤	A-1-(1)-⑤ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日中活動は内職作業・農作業・当番など本人の希望やニーズに基づき選択できる。</li> <li>・ 毎週木曜日をレクリエーションの日とし、第2木曜日は運動療法、それ以外の週は社交ダンス、ヨガ、説法、カラオケ、歌謡ショー等を計画していた。</li> <li>・ 内容に関しては、利用者アンケートは実施したことはなく担当職員が決めて掲示して知らせている。</li> <li>・ 希望があれば、支援する。地域の日中活動の情報は、事務所の横にある掲示板に貼りだし</li> </ul>		

<p>ている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外出時に情報を得たカルチャークラブへの参加などは希望を申し出ることになっている。作業等を行っている利用者には、個別支援計画の見直しを行っている。</li> </ul>		
A⑥	A-1-(1)-⑥ 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・二人部屋を壁とカーテンで仕切り各部屋毎に廊下側に出入り口が有る。</li> <li>・引き戸にはガラスがはめてあり、夜間はカーテンを内側から閉め、昼は中央で束ねている。</li> <li>・部屋以外の部屋からは中庭側のベランダに出ることができ、全ての窓から外の景色が見える。見学时、廊下等通路は樹木の名称で部屋が分るようになっていた。</li> <li>・木材の多用によって暖かみのある雰囲気が出ていた。</li> <li>・冷暖房の希望は個々人の申し出によって窓の開閉や廊下のみでの対応等流動的に行っている。</li> <li>・居室にはテレビ台兼机、椅子を設置した。室内に大型の可動式フックを取り付けて昼夜いつでも洗濯物が干せるように工夫をした。他の利用者に影響を及ぼす様な場合には、静養室には2名、完全個室が2部屋あり必要に応じ対応できる。</li> </ul>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A⑦	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・葵寮支援マニュアルには「人権への配慮」の項目はあるが具体的な内容で利用者へ周知した記録がない。権利侵害の防止と早期発見のために苦情の意見から虐待防止委員会で検討している。</li> <li>・虐待防止委員会及び虐待防止責任者を設け、発見から通報までの手順を「利用者虐待防止マニュアル」に記載している。</li> </ul>		

## 評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(1)-① 利用者の障害・疾病等の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修計画があり、県人材センターの研修スタイルブックから選択する。</li> <li>・本人の希望及び上司の判断や推薦によって決めている。採用年数によって決めることもある。</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援会議には介護職及び看護師や栄養士も参加して支援方法の検討と共有を図っている。不参加者の意見は文字の色を変えて記録している。支援会議記録には行動障害への対応や検討及び見直しが記録され、職員の命を守る手段として①逃げる②チェーンを掛ける③セコムへの通報ボタンを押す。等があった。</li> <li>・ 利用者間の関係調整のためには部屋替えや階を変え等の対応をしている。</li> </ul>		
A⑨	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じた日常的な生活支援を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入浴支援や排泄支援は個別支援計画書に基づき支援をしている。</li> <li>・ ケア記録にて転倒後職員2名で車椅子へ移乗した後、居室まで移動介助をした事例は確認できた。支援マニュアルには標準的な実施方法が記述されていない。</li> </ul>		
A⑩	A-2-(1)-③ 利用者の嗜好や心身の状況にあわせて食生活を支援している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 毎月の始め1回、月毎にメニューが変わる「お誕生日献立」にしている。</li> <li>・ 月に一回、総菜パンや菓子パンなど5種類から選択できる工夫や外食もできる工夫をしている。誕生日メニューの時は食堂の飾り付けをしている。</li> <li>・ 意見箱に入っている意見は給食会議で話し合い、決定後、栄養士がプリントにした献立表を1, 2階の廊下に張り出している。</li> <li>・ 誤嚥・窒息その他、禁忌食品が有る場合は栄養士が食札に表示してトレーに添え、利用者は自分の名前のトレーを選択して摂食している。</li> </ul>		
A-2-(2) 機能訓練・生活訓練		
A⑪	A-2-(2)-① 利用者の心身の状況に応じた生活訓練や機能訓練を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 誤嚥・窒息の対応マニュアルの実践ではパタカラ、口腔ケア体操を行い、体力維持のために散歩・ラジオ体操などを日課として、第2木曜日のレクリエーションの日の運動療法には全員参加で機能低下防止を意図的に支援している。</li> <li>・ 利用者の通院時に医師の助言によって歩行を奨められ、一日に合計時間で30分になるように指示をされたことへの時間管理のために言葉掛けをしている。</li> <li>・ 個別支援計画書と機能訓練計画の連動状況は確認できない。</li> </ul>		
A-2-(3) 健康管理・医療的な支援		
A⑫	A-2-(3)-① 利用者の健康管理の支援と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康管理に関する情報は看護師がまとめている。</li> <li>・ 健康診断は年2回、往診は内科・外科嘱託医が月2回、精神科嘱託医が月1回行い、その機会に健康相談等も行っている。</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・心疾患がある利用者にはバイタルチェック、BMI 管理、週 1 回全身イレウス・むくみ等のチェックをしている。</li> <li>・利用者の体調変化への対応は、支援マニュアル及び医療マニュアル・緊急管理マニュアルが有り、看護師が医師に連絡して指示された内容で利用者に対応している。</li> <li>・研修は、全職員に対し年 1 回感染講義マニュアルに沿って行ない、さらに年 1 回緊急講習マニュアルに沿って行っている。利用者に対してはマスクの着脱、手洗い、外出時の手指の消毒方法等を行った。</li> </ul>		
A13	A-2-(3)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医務マニュアルが有り、看護職 3 名で医療的な支援の把握をしている。</li> <li>・薬等の管理は全て看護師が行うことが支援マニュアルに明記されている。</li> <li>・内服薬は看護師から介護職へ渡し利用者本人が飲む。または看護師から看護師へ渡して利用者が飲む。等の方法がとられている。</li> <li>・カルテに基づき薬アレルギーについては看護師が、食品アレルギーについては栄養士が主になって対応している。</li> <li>・利用者の通院時や入・退院時には看護師が同行して支援している。安全管理体制は支援マニュアルや医務マニュアルが有る。医療的な支援が必要な時には、看護師は全職員が担当できるようにその都度指導研修を行っているも定期的にはではない。</li> </ul>		

### 評価対象 A-3 自立支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 社会参加の支援		
A14	A-3-(1)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加のための支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自由外出で情報を得る機会を提供している。</li> <li>・利用者の外出等は本人・家族の希望によって実施している。</li> <li>・生涯学習への支援として着物の着付けや計算ドリルでの脳のトレーニング等希望をした利用者に対し支援をしている。</li> <li>・社会参加の意欲を高める支援としてバスの乗り方や自販機及び買い物のセルフレジでの支払い方法などの学習を勉強外出で支援している。</li> </ul>		
A-3-(2) 就労支援		
A15	A-3-(2)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者ができそうな内職をネットで探して協力者を取り込んだ。</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・就労支援の1段階として医師と連携してまずはデイケアを利用できるレベルで試しから始めた。</li> <li>・就労模擬面接で面談の練習をした。就労できてからは月に1回施設で個別面談を行い本人の様子観察ができています。</li> <li>・ハローワークへ登録に行く場合は職員も同行して支援している。</li> </ul>		
A-3-(3) 家族等との連携・支援		
A⑩	A-3-(3)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外出・外泊時には必ず本人が行き先を決めている。</li> <li>・家族等への近況報告は6月・12月の年2回、私金報告は3月・6月の年2回報告している。家族等と交流する機会は設けてはいない。</li> <li>・兄弟間の苦情トラブルが有り心配した家族からの電話取り次をした。</li> <li>・体調不良や急変時の家族への連絡ルールは支援マニュアルの健康管理の項目に定めてある。</li> <li>・帰省など外泊時には持ち物リストを作成して持参してもらう支援をしている。</li> <li>・利用者の不穏時には家族の声を聴くと安定するので家族に連絡をして家族に連れ出してもらい安定してから帰寮したことがあった。</li> </ul>		
A-3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑪	A-3-(4)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメント項目に照らし地域生活への移行への支援では、本人が生活したい場所は以前暮らしていた場所かまたは新たな場所かを確認している。</li> <li>・自活のために栄養バランスや献立、買物の場所の確認と実際の動線の確認等を担当外出で支援している。</li> <li>・居宅訓練マニュアルが有り、毎週1回訓練棟で実習することができる。</li> <li>・次のステップでは1日から2週間の訓練をする。その後1ヶ月間生活をしてから退所して地域生活へ移行する。その間には献立作りなどは栄養士がチェックしている。</li> <li>・地域の関係機関として当該市町の福祉事務所、市社会福祉協議会等の他、福祉法人格や不動産業者とも連携・協力を得ている。</li> </ul>		