

福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

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：静岡市桜の園	種別：障害者支援施設
代表者氏名：磯部 正	定員（利用人数）： 50名（50名）
所在地：静岡県静岡市葵区内牧 1560-6	
TEL：054-296-2000	ホームページ： http://www.sakurano-sono.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成6年5月	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人恩賜財団済生会支部静岡県済生会・静岡市	
職員数	常勤職員： 30名 非常勤職員 13名
専門職員	医師 1名 生活支援員 28名
	看護師 4名 栄養士 1名
	准看護師 2名 理学療法士 2名
施設・設備 の概要	定員に対する個室の割合 12% 食堂 1箇所
	定員1人当たり居室面積 8.25㎡

③理念・基本方針

(1) 理念

- 1 あなたらしさを応援します。
- 2 人権を尊重し日々有効なサービスを展開します。
- 3 そして常に生活の豊かさを求めます。

(2) 基本方針

- 1 QOLの向上：利用者の立場に立ってニーズを把握し質の高いサービスを提供する。
- 2 地域福祉活動の推進：身体障害者の地域福祉の拠点となる。
- 3 社会福祉教育実践の場：施設を社会に開放し、ノーマライゼーションを実現していく。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1 内牧町内会とのお祭り、防災訓練の共同開催。
- 2 駿府学園（第一種・第五種少年院）との交流（地域奉仕活動の場の提供）

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年8月4日（契約日） ～ 令和6年2月 28日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成29年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・各居室の部屋から見られる中庭、桜通りによって利用者にとって住みやすい環境となっています。
- ・厳しい経営状況や人員体制の中で、施設長をはじめとして、改善努力していく姿勢が見られます。
- ・利用者を定期的に開催して利用者の主訴等に耳を傾ける姿勢に努めています。
- ・アンケート調査より利用者の声を聴き、介護サービス向上委員会等で情報共有しながらケアの向上に努めています。
- ・お好み給食により利用者が選ぶことができる喜ばれる食事の提供に努めており、好評を得ています。
- ・自主防災訓練実施企画に参画し学校を避難所想定し『仮設ベッド組み立て・車椅子を使用した被災者搬送』等、災害時における防災、介護・福祉のノウハウを地元住民にノウハウを説明し、地域福祉の推進に努めています。
- ・少年院等からのボランティア体験受け入れを通して福祉教育の推進を図っています。
- ・個別支援計画とは別に利用者ごと、栄養・リハビリ実施計画書を作成しています。3ヶ月に1回担当者会議が開催され各職種が参画のもと、見直しが行われています。
- ・同法人の医療機関・介護施設との協力的な社会資源が確保され、迅速かつ適切な医療・介護が受けられる体制が整備されています。

◇改善を求められる点

- ・事業計画の策定に当たり、職員等の参画や意見の集約・反映がされていません。
- ・事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知されていません。
- ・管理者の役割と責任について、文書化されていません。
- ・必要な福祉人材の確保・育成方針が確立されていません。
- ・研修計画や内容の評価・見直しがされていません。
- ・職員の経験や習熟度に配慮したOJTが行われていません。
- ・相談援助が困難な場合へ対応するためのマニュアルの整備が必要です。
- ・利用者の心理面を課題とする支援が必要な利用者一人ひとりに対して、個々の具体的なサービス内容・方法が明示されていません。
- ・利用者が、地域の社会資源での生活を身近に感じられるよう、色々な機会や情報を積極的に収集し選択できるように情報提供の取り組みが不十分となっています。
- ・相談援助が困難な場合の対応及び利用者からの意見等に対応するマニュアルが整備されていません。
- ・マニュアルや手順書が整備されていなかったり、不備があったりしました。
- ・個別支援計画作成手順書や計画・実施・モニタリング等の一連の流れを把握する書類シートがありますが、実施している支援内容や取り組みの具体化（記録）が不十分となっています。
- ・虐待等の権利侵害の防止等に関する具体的な取り組みや記録が整備されていません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

5年前の受審に続いて2回目の受審となりました。この間、職員の入れ替わりもあり、前回の受審からの取組みが不十分と言わざるを得ないところが多くありました。その結果、全体としては厳しい評価になってしまったと感じています。

厳しい評価をいただいた点については、真摯に受け止め、改善に向け、ひとつひとつの取り組みを進めていきたいです。良い評価をいただいた点についても、取り組みを継続するとともに、より良いサービスにつなげていきたいです。

今回改めて客観的な評価をしていただいたことで、自分たちの課題が明らかになり、なすべきことが見えてきました。今後も、継続的な改善への取組みに努め、利用者にとって必要とされる施設、地域に根差した施設を目指していきます。

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〔障害者・児福祉サービス〕

※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。

障害者・児福祉サービス版共通評価基準

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。	b
<p><コメント></p> <p>パンフレット、ホームページ等に記載され、会議や朝礼により職員への周知はされているとともに、「済生会人像」として行動規範の具体的明文化がされているが、周知状況の確認をしていない。</p> <p>年4回発行の広報紙に記載しているが、利用者や家族にわかりやすく周知を図っているとは言えない。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>事業全体の動向や地域の状況を自発的に情報収集や把握・分析することが、指定管理の制約上難しい環境にあるが、市の障害者福祉計画等は把握している。</p> <p>毎月の運営委員会で、経営状況や利用状況の把握・分析は行っている。市や理事会にも報告している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>職員体制、財務状況、設備面等の課題を明らかにして、理事会や監事に報告し、役員間で共有されている。</p> <p>毎月の運営委員会を開催するとともに、議事録を職員に供覧することにより周知している。消耗品をより安く仕入れたり、介護用品の節約に努めている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>目標や具体的内容を伴った5か年計画があるが、数値目標の設定がされていないので、実施状況の評価が行えない。</p> <p>収支計画は策定されておらず、見直しの手順やスケジュールが不明確である。</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
<p><コメント></p> <p>5か年計画を踏まえた具体的な単年度計画が策定されており、単なる行事計画ではない。</p> <p>数値目標があり、評価が行える内容となっている。</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。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画は施設長が作成しており、職員の参画や意見の集約がされていない。 実施状況は毎月の運営委員会で把握されており、評価・見直しは毎年行われている。 事業計画は職員研修により説明されている。</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。	c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍前は家族会で説明していたが、現在家族会を開催していないので、利用者や家族に事業計画を周知していない。 利用者に毎月、行事内容は説明している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>介護サービス向上・業務改善委員会、個別サービス向上・事例発表委員会等により、質の向上に向けた取組を実施しており、各副主任をチーフとして評価を行う体制となっている。 第三者評価は定期的に受審しているが、毎年自己評価を行っておらず、評価結果を組織的に分析・検討する仕組みがない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>評価結果等に基づく課題が文書化され、運営委員会や各サービス向上委員会により課題が共有され、改善策が検討されている。 改善計画の策定にまでは至っておらず、改善の取組を計画的に行っているとは言えない。 実施状況の評価や見直しもされていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>管理者の役割と責任を会議等で口頭により表明しているが、文書化されたものはない。</p>		

BCPには役割が書かれているが、不在時の権限委任等の規定は明確になっていない。		
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
<p><コメント></p> <p>労働関係、ハラスメント対策、コンプライアンス等の研修に参加して、法令を理解し、遵守している。</p> <p>就業規則やコンプライアンスの研修を実施し、全職員のアンケートを取るなど、具体的な取組を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>各サービス向上委員会で検討した会議録を管理者まで報告させて、現状を把握・分析している。改善のための具体的取組を明示するまでは至っていない。</p> <p>委員会を設置して体制を構築し、職員の意見を反映させる取組はしているが、自ら積極的な参画はしていない。</p> <p>全国大会や外部の研修に職員を参加させている。</p>		

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><コメント></p> <p>運営委員会で、労務、財務の分析を行っている。</p> <p>衛生管理者として休職者のフォローやストレスチェック、腰痛対策に取り組み、働きやすい環境整備に努めている。</p> <p>委員会を設置し、対策を検討させる体制を構築するとともに、課題解決に向けて指定管理者への働きかけを行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>人材の確保・育成方針が確立していない。</p> <p>報酬算定上必要な人員を確保するため、施設で定数表を作成し、採用計画は法人が取りまとめて作成している。</p> <p>欠員補充はされており、研修も実施している。</p> <p>ハローワークや養成校と連携して、人材確保に努めている。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>期待する職員像を「済生会人像」として表明している。</p> <p>人事基準は、法人の「人事方針」として明確にしているが、周知はしていない。</p> <p>1次、2次に分けて職員の勤務評価を行っている。</p> <p>法人の「人事給与制定委員会」と年6回の施設長会により、処遇改善の評価・検討を行い、改善策を実施している。</p> <p>将来の姿を描けるような総合的な仕組みづくりはできていない。</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組んでいる。	b
<p><コメント></p> <p>労務管理に関する責任体制が明確になっていない。</p> <p>就業状況の把握やワークライフバランスへの配慮は、運営委員会で検討し、実施している。</p> <p>注意喚起のための文書掲示や職員への通知等により、健康と安全の確保に努めている。</p> <p>年3回個別面談を実施し、ハラスメント相談窓口を設置している。</p> <p>職員の希望を聴取しておらず、福利厚生や人材確保への取組は十分ではない。</p> <p>施設長の提案により5S活動を今年度から開始している。</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。	b

<p><コメント></p> <p>「期待する職員像」は明確になっている。</p> <p>年度当初に職員が目標を設定し、前期末と年度末に評価者が面談により確認する仕組みが構築されている。</p> <p>しかし、目標は水準や期限が設定されたものではない。</p>		
18	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>基本方針や計画の中に「期待する職員像」や必要とする資格等は明示されていない。</p> <p>年間の研修計画に基づき研修が実施されているが、定期的な評価と見直しは行われていない。</p>		
19	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>資格の取得状況を一覧表にしている。</p> <p>習熟度に配慮した個別的なOJTは行われていない。</p> <p>職階別・職種別研修は法人が行い、必要とされる外部研修を施設の研修計画に入れている。</p> <p>外部研修は研修担当により職員に周知されており、研修希望者を勤務シフトに入れない、オンライン研修の環境整備等、参加しやすい配慮がされている。</p>		
<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。</p>		
20	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>研修受入れマニュアルが整備されている。</p> <p>実習指導者講習会に参加させるとともに、養成校との連絡調整や実習中の巡回指導等により、連携を維持する工夫を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人のホームページに事業報告、決算は公開しているが、事業計画、予算は確認できない。第三者評価の状況は施設のホームページ、苦情等は法人のホームページに記載されているが、苦情等の情報は最新のものに更新されていない。</p> <p>毎年の防災訓練の実施や福祉避難所の指定を通して、地域での存在意義を明確にしている。年4回広報紙を町内会長に届けている。</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
<p><コメント></p> <p>規程集として職員に周知されている。</p> <p>監査室による内部監査と監事監査を毎年行っている。</p> <p>会計監査人による監査を毎年行い、経営改善に努めている。</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
<p><コメント></p> <p>地域の人へ広報、地域と利用者との交流を図る為、ホームページ・施設内ポスター掲示や広報誌（さくら便り）を発行している。施設側より定期的に地域の活用できるインフォーマルサポートの社会資源の情報収集や資料作成や利用者への情報提供が不十分となっている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>駿府学園（初等・中等少年院）からのボランティア体験を受け入れている。</p> <p>入居利用者との一緒に外出や外回り清掃を通じて福祉教育の学習を支援している。</p> <p>ボランティア受け入れ担当者の配置やボランティアマニュアルに沿って受け入れ体制の整</p>		

備はある。ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援が準備中となっている。		
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
<p><コメント></p> <p>静岡市自立支援協議会に参加している。内部書類で関係機関・団体リストを作成している。地域の防災について町内会、高齢者福祉施設、消防署、安倍口小・中学校等との連携を図り防災訓練を行っている。内部で福祉施設・事業所として必要な関係機関等との連携情報共有化が不十分となっている。</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 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。	c
<p><コメント></p> <p>内部の運営会議・介護サービス向上・業務改善委員会等において併設する短期入所生活介護、日中一時支援、生活介護と連携して関連する障害福祉サービスや支援の活用と連携を図っている。</p>		
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><コメント></p> <p>安倍口学区自主防災訓練実施企画会議に参画している。学校を避難所とした場合を想定し、『パーティション・仮設ベッド組み立て』・「車椅子を使用した被災者を搬送」等、防災、介護のノウハウを実演している。自主防災訓練を通して町内会、教育機関等との積極的なネットワークを行っているが地域の生活課題の把握と内部での情報共有に至っていない。</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
<p><コメント></p> <p>朝礼・唱和・年度はじめ全体会・桜の園の基本理念を全員に配布・期間限定のYouTube配信によって全職員が確認できる環境を図っている。定期的なコンプライアンス状況の把握・評価等をアンケートで分析し研修を実施している。</p> <p>ケアの場面について入居者の権利擁護を踏まえ身体拘束や虐待防止に努めている。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>福祉ケア専門職として姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備されている。プライバシー保護に関する研修を実施している。個室設備はないが、カーテンの設置等によってできるだけプライバシー保護を踏まえた環境づくりを図っている。</p> <p>利用者と家族等との面談は個室を設け1組限定している。個室で電話ができるようになっている。職員は、本人宛文書の信書、宅配の注文物は、本人が先に確認する対応をしている。同室利用者同士のトラブルに関してケア面を配慮して居室変更を行う対応をしている。</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
<p><コメント></p> <p>施設を説明するホームページやパンフレットは、言葉遣いや写真・図・絵の使用を図り、利用者、家族にとってわかりやすい表記に努めている。</p> <p>施設見学者1組に1名の職員が着いて、パンフレットを使い、丁寧に案内説明をしている。</p> <p>施設体験入所としてショートステイ1泊2日を代替的な体験として提供している。</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
<p><コメント></p> <p>障害者総合支援法改正時等にホームページ、パンフレット、契約書、重要事項を見直し、情報提供に努めている。変更点は、色を変えて見やすく工夫している。できるだけ簡潔な文章、平易な言葉、ルビ、文字を大きくする等、分かり易くなるように努めている。</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
<p><コメント></p> <p>高齢者福祉施設、療養型施設への移行について、手順書に沿って、移行施設へ引継ぎ文書を提供しながら、他機関との協働、連携、横断的な相談調整に努めている。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>毎年満足度調査用紙し居室担当者が利用者・家族への聞き取り調査をしている。満足度調査の項目ごとの量的な数値化と質的な特記事項の記録をしている。満足度調査によって利用者からの要望、意見を把握し居室における環境改善に繋がっている。</p> <p>利用者満足に関する分析・検討について介護サービス向上会議・担当者会議に反映されている。</p> <p>満足調査は、本人・家族・静岡市に報告している。</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
<p><コメント></p> <p>苦情解決マニュアルに苦情処理フローチャートをはじめ苦情解決の仕組みが示されている。苦情申出書の書式に基づき苦情を受付、対応、顛末等を職員間で共有している。</p> <p>ホームページ、第三者委員への説明・開示している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者及び家族からの相談に対して個室で対応している。利用者が組織され開催されている。</p> <p>意見や相談がしやすいように相談するための複数の方法や相手を自由を選べることをわかりやすく説明した文書を作成し配布している。利用者や家族等にとってわかりやすい場所に掲示する等の取組を検討中になっている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>相談や意見の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等を整備しているが、職員全体への周知が不十分となっている。</p> <p>意見箱確認2ヶ所に設置されている。</p> <p>月1回 利用者の意見を把握する利用者委員会（職員2名を配置）が開催されている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会はサービス管理責任者、理学療法士、生活支援員、主幹等のメンバーで配置されているが不定期開催となっている。</p> <p>毎月、身体拘束廃止委員会が定期的に開催している。6ヶ月1回理学療法士・栄養士により個別計画書を作成されている。</p> <p>事故報告書の事例をそれぞれ職員で収集し発生要因を分析している。</p> <p>職員全体で改善策・再発防止策を検討・実施する取組が不十分な状況となっている。</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
<p><コメント></p> <p>職員の感染症に関する研修会を開催し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周知徹底を図っている。感染状況を玄関に張り出し、組織内各部署に配布している。感染症情報を1週間に1回看護師が分析し方針や決定事項を全職員に配布し周知を図っている。</p> <p>看護師が定期的に感染症マニュアルの見直し、感染症の勉強会等を行っている。</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
<p><コメント></p> <p>月1回以上、防災委員会メンバーを中心に組織的に防災想定訓練を行っている。</p> <p>事務所に防災キット用意されている。事業継続計画書（BCP）が作成されている。</p> <p>備蓄リストは作成されているが、定期的に備蓄リスト等の実情把握が不十分となっている。</p> <p>避難訓練を地元自治会、教育機関等と連携し取り組んでいる。</p> <p>年1回連絡訓練やチェックインシステム（メール送信システム）を組織的に活用し、職員</p>		

参集や

情報伝達、共有訓練を実施し、職員全体で周知する取り組みを行っている。

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><コメント></p> <p>ケア実施方法は、接遇・個人情報保護・サービス提供マニュアルを基本として行っている。施設内のICTにてケアカルテシステムを活用しオンライン化が図られている。令和4年～新人教育は、チューターシステムを導入している。新人教育はチェック機能が存在するが、評価等のモニタリングが不十分となっている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書作成の手順書に沿って基本的に6ヶ月毎の個別支援計画の検証・見直しとして担当者会議が開催されている。</p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法について職員や利用者等からの意見や提案が反映されるよう介護サービス向上・業務改善委員会が組織されているが検証・見直しが不十分となっている。</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支援計画を適切に策定している。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書作成の手順書に即してサービス管理責任者のもと作成されている。担当者会議が定期的に行われ看護師、栄養士、理学療法士、生活支援員等が参加しての検討が行われている。各専門職よりモニタリングが持ち寄られているが、個別支援計画作成の根拠となるアセスメント書式が存在しているが、更新、変更時個別支援計画書における情報収集と分析の記録が確認できない。モニタリング表には課題、ニーズの表記が確認できる。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書作成の手順書に即して個別支援計画書、担当者会議録、ケア記録にて定期・状態変化に伴う個別計画書作成時に担当者会議を開催されている。サービス実施にあたりサービス管理責任者・看護師・理学療法士・生活支援員等でケアにおける実施について評価・見直しを行っている。</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、職員間で共有化されている。	b
<p><コメント></p> <p>ICTを活用し、施設内を組織で定めた統一した様式（ケアカルテシステム）を導入しオンライン化を図っている。利用者の身体状況や生活状況等をタブレット端末にてタイムリーに入力している。</p> <p>記録について定型文の活用で記録の標準化に努めているが、ケア記録の記録内容や書き方に差異が生じている課題が存在する。記録要領作成や職員への記録に関する研修を実施に努めている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>記録管理責任者を設置していない。内部規定に基づき保存年月表を作成し保存と廃棄を管理している。施錠つき書庫で管理されている。利用者及び職員等の個人情報保護規定・個人情報保護規定の周知できるように内部研修等を行っている。</p>		

障害者・児福祉サービス版内容評価基準

評価対象 A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
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。	c
<p><コメント>利用者の意向を尊重しながらその発展を促すような個別支援計画が確認できない生活に係わるルール等について利用者と話し合う機会を設けて決定している記録がない。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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><コメント>権利擁護について、規定、マニュアル等の整備がなく、職員の理解が図られているとは言えず、利用者や家族にも周知されている記録等が確認できない。具体的な手続きと実地方法等を明確に定めていない。権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取り組みの手順書等が整備されていない。虐待の届出、報告についての手順等の確認ができない。職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている記録等が確認できない。</p>		

評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b
<p><コメント>行政手続き、生活関連サービス等の支援は現物で確認できた。個別支援計画に、本人の生活習慣や望む生活、自律、自立に配慮、動機づけ等を行っているという記載等が、日々の記録等でも確認できなかった。</p>		
A④	A-2-(1)-② 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。	c
<p><コメント>利用者の心身の状況に応じた様々な機会や方法、器具、機器によるコミュニケーション手段の確保の記載がなく確認できない。日中支援時のコミュニケーション手段が支援計画や記録等で確認できない。</p>		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	c
<p><コメント>月1回利用者会を行っているというが記録が不十分。利用者の選択・決定、理解の為の情報提供や説明を行っている記録がない。</p>		
A⑥	A-2-(1)-④ 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><コメント>入所施設であっても、日中活動不可欠で重要な支援だが、日々の活動の記録が不十分で、選択できる活動やプログラムがなく、利用者の意思に基づく余暇やレクリエーション等が適切に提供されているとはいいがたい。</p>		

A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	b
<p><コメント>職員は年間計画に基づき研修等で知識と支援の向上を図っているが、研修報告書等が少ない。年間計画は確認できたが、職員間で支援方法の検討と理解・共有は朝令で行うこともあるというが、記録等が無いため確認できない。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	<p>A-2-(2)- ① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。</p>	b
<p><コメント>食事・嗜好を考慮した献立を管理栄養士や委託業者と定期的に調整が行われていること等を記録で確認した。食事をする場の雰囲気作り、楽しく食べられるような取り組みや工夫について、個別支援計画や、支援実施表、記録等への記載で確認出来なかった。日常的な生活支援に対する標準的なマニュアル・手順書は確認した。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	<p>A-2-(3)-① 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。</p>	c
<p><コメント>利用者の生活の場で必要に応じ一時的に他の部屋を使用するなどの対応や支援を行っていることを聞き取りで確認できた。居室のタンスの固定が不十分で安全に配慮されているとはいえない。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	<p>A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。</p>	a
<p><コメント>常勤理学療法士が個別リハ計画を立て、職員と連携のもと実施・検討・見直しが行われているのを個別リハ計画で確認した。利用者主体で行えないときは、声掛け、仕草等で確認した。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	<p>A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。</p>	b
<p><コメント>体調不良時・緊急時等の対応、マニュアルや手順や方法が明確化されており、本施設関連病院と迅速な対応ができています。障害者・児の健康管理等についてのマニュアルは確認できなかった。職員に対して健康管理の基本、方法や留意点についての研修、個別指導等定期的に行っている計画、記録の確認が出来なかった。</p>		
A⑫	<p>A-2-(5)-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。</p>	b
<p><コメント>医療的支援の必要な利用者の個別支援計画には個別の計画が策定されているが、管理者等の責任の明確を記載したものがない。現在介護職員による医療的ケアを必要とする対象者はいないため、医師の指示書、職員研修、個別指導はされていないと職員から聞き取</p>		

る。

服薬等では、時々誤薬、落葉があり、適切かつ確実にやっているとは言えない。

A-2-(6) 社会参加、学習支援

A13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
-----	--	---

<コメント>社会参加に資する学習や、体験の機会や提供する機会がなく、学習支援も行っていないため書類等で確認することは出来なかった。外出・外泊、交流等には柔軟に対応していることが記録してあった。

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

A14	A-2-(7)-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。	b
-----	--	---

<コメント>現在は重度化しているため対象者がいないが、対象者有の時は地域の関連機関との連携、協力していた。地域資源に関する情報や学習・体験の機会はなく、地域生活の意欲高める支援や工夫の記載がない。

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

A15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b
-----	--------------------------------------	---

<コメント>生活状況について、請求書・領収書等と共に利用者の生活状況を文章にして入れる事はあるが定期的に行う事はない。家族との意見交換する機会や交流をもつことが殆どないが、電話等の家族との相談・助言等は記録で確認できた。