

# 福祉サービス第三者評価結果報告書

## ①第三者評価機関

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会

## ②評価対象事業所

社会福祉法人紀之川寮 救護施設 悠久の郷	種別: 救護施設
代表者氏名: 理事長 向井 嘉久藏	定員(利用者数): 190 名 (192名)
所在地: 和歌山県橋本市東家905番地	0736-32-0324

③訪問調査日 平成 23 年 2 月 25 日

## ④総評

### ◇特に評価の高い点

1. 施設内に支援・権利、行事・教養、防災・安全などの委員会が設置され、月1回会議を開催し利用者の代表も参加して協議し広範な活動が行われている。
2. 施設運営上の重点項目を網羅した中長期にわたるビジョンを作成し事業計画に反映させている。
3. 各種のマニュアルが整備され定期的に見直しが行われている。
4. 管理者はサービスの質の向上に意欲をもち指導力を発揮している。

### ◇改善を求められる点

1. 理念や基本方針について、職員に周知を目的とした実践テーマを設定して会議等で検討するなどの取り組みを期待したい。
2. 外部監査の実施について検討されたい。
3. 期末・勤勉手当の支給に関する人事考課について職員へのフィードバック等の方策を期待したい。
4. 研修を受けた職員の研修後の業務により研修考課を評価し次の研修に反映させる取り組みを期待したい。

## ⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

救護施設は福祉のセーフティネットとして、年齢・障害を問わず様々な方の支援を必要とするため、施設及び職員には幅広い専門性が問われます。今回、施設サービスを客観的に見直しを行うため第三者評価を受けさせていただきました。評価を受けるにあたり、約2年間にわたり全職員で準備や自己評価に取り組んでまいりましたが、職員自身がサービスを見つめ直す非常に良い機会を得ることが出来たと感じております。評価いただきました結果を基にサービスの質の向上を行い、生活保護法における救護施設の公益の増進に寄与していきたいと考えております。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由(別紙)

(別紙)

## 各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。

I-1-(1)-① 理念が明文化されている。

【判断基準】

- a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。
- b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。
- c) 法人の理念を明文化していない。

a

法人の福祉職員として、社会福祉の向上と利用者の尊厳や自己実現を目指す専門職であることを自覚し、行動の基準とする趣旨を理念としており、法人の倫理綱領やホームページ、パンフレットに掲げている。

I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。

【判断基準】

- a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。
- b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。
- c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。

a

理念に基づく基本方針が明文化されており、理念との整合性が保たれ、法人の倫理綱領やホームページ、パンフレットに記載されている。また職員の行動規範になるような具体的な内容になっている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。</p> <p>I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を職員に配布していない。</p> </div>	b	<p>理念や基本方針を諸規程と共に全職員に配布し、施設の各所に掲げ全職員が出勤する朝礼においても読み合わせを行って理解を促しているが、周知を目的とし実践テーマを設定した会議等を行われていない。</p>
<p>I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。</p> </div>	b	<p>利用者には入所時に理念や基本方針を記載したパンフレットを配布して説明を行っており、施設内に掲示したりホームページにも掲載しているが、分かりやすく説明した資料は作成されていない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

I-2 事業計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

<p>I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画及び中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。</p> <p>c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>事業計画の中で、サービスの内容や施設・設備の整備、職員の資質の向上などの課題や問題点の解決に向けた中・長期の目標（ビジョン）を具体的に策定しているが、中・長期の収支計画は作成されていない。</p>
<p>I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容及び中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。</p> <p>b) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容または中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。</p> <p>c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容も中・長期の収支計画の内容も反映していない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>事業計画は中・長期の目標に向けて事業を実施する内容となっている。事業計画の実施状況の評価は現在取り組んでいるが、数値目標等の設定にまでは至っていない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
<p>I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。</p> <p>b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。</p> <p>c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。</p> </div>	a	<p>各計画は職員が参加する各種の委員会や部課長会で各部署の意見を踏まえて策定されている。また委員会には利用者も参加し意見が反映されるようになっている。なお事業計画は年度終了後実施状況を点検し必要があれば追加・変更が行われている。</p>
<p>I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 各計画を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 各計画を職員に配布していない。</p> </div>	a	<p>各計画は年度当初に全職員に配布し、4月に職員全員を対象に研修を行っている。事業計画は部課長会、運営委員会で進捗状況の点検を行っている。</p>
<p>I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 各計画を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 各計画を利用者等に配布していない。</p> </div>	a	<p>利用者には、事業計画の直接利用者に関する部分を各寮棟の掲示板に掲げたり、利用者が参加する朝礼の時に理解度を確認しながら伝えている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>I-3 管理者の責任とリーダーシップ</p> <p>I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
<p>I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。</p> </div>	a	<p>管理者の役割や責任は管理規程や事務分掌規程等で明らかにしている。また施設の広報誌において自らの役割や責任について掲載し表明している。なお管理規程で非常災害等の有事においても役割と責任を明らかにしている。</p>
<p>I-3-(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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。</p> <p>b) 管理者自ら、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が、十分ではない。</p> <p>c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。</p> </div>	a	<p>管理者は指導監査基準を遵守し、施設の経営に関連する福祉・労働・防災・人権尊重など幅広い分野の研修会や会合に出席し、法令等を把握している。労働基準法や育児休業関係については努力義務とされているところを義務化するなどの取り組みを行っている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
<p>I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。</p> </div>	a	<p>管理者は福祉サービスの質の向上に意欲をもち、全職員が参加して「救護施設サービス評価基準」に基づく自己評価を実施して課題を把握し、サービスを改善する取り組みに指導力を発揮している。また部課長会や苦情解決委員会等へも参画し、質の向上に指導力を発揮している。</p>
<p>I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。</p> </div>	a	<p>管理者は経営や業務の効率化と改善に向けて指導力を発揮しており、過去7年間の資金収支の分析や介護福祉士等の資格取得や向上の支援、職員の働きやすい環境整備などに取り組んでいる。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

<p>II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。</p> </div>	a	<p>社会福祉事業全体の動向については、福祉施設経営者協議会のメール配信や福祉に関する各種定期刊行物の閲覧、市内の福祉施設連絡協議会、地域の障害者就労支援団体、近畿救護施設協議会などでの意見交換等で把握している。また当地域での特徴や変化などは県の生活保護のデータや福祉事務所職員の見学時の意見交換、利用者が入院している病院担当者との意見交換等で把握している。</p>
<p>II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。</p> <p>c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。</p> </div>	a	<p>経営状況は資金収支表の7年間の推移を分析して理事会、評議員会、部課長会で報告を行っている。また利用者その人にあつたオムツや交換時間を見直すことによりオムツ代の削減を行っている。利用者の入退所状況や入所の問い合わせ数などは部課長会で指導部が報告し意見交換を行っている。</p>
<p>II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。</p> <p>b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。</p> <p>c) 外部監査を実施していない。</p> </div>	c	<p>外部監査は実施されていない。</p>



評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅱ-2 人材の確保・養成

Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

<p>Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。</p> <p>b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。</p> <p>c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>人材や人員体制に関する具体的なプランはなく救護施設の職員配置基準を遵守し、利用者支援量に応じ財務の状況を見ながら職員を増員している。8部署からなり、2年に1度正規職員・臨時職員、有資格者について検討し配置している。</p>
---	----------	--

<p>Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。</p> <p>b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。</p> <p>c) 定期的な人事考課を実施していない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>期末・勤勉手当の評定を年2回人事考課表により行っているが、結果のフィードバック等を行われていない。</p>
---	----------	--

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>職員の年次休暇の取得状況や時間外労働は事務所で一元的に管理し把握している。また給食部の勤務時間変更については職員の意向を受け入れて変更している。定期的に職員との個別面接の機会を設けるなどの取り組みは行われていない。</p>
<p>Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施している。</p> <p>b) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施していない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>施設は、和歌山県民間社会福祉事業従事者共済や社会福祉職員等退職共済制度等に加入し、また職員は年1回(介護職員・夜勤職員は年2回)の健康診断やインフルエンザの予防接種、介護職員については年2回の腰痛検査などを受けている。また、職員親和会へ福利厚生援助があり、さらに「職員の苦情相談に関する要綱」を設けており職員は相談することができる。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<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。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <p>b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。</p> <p>c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>基本方針や事業計画の中に福祉専門職としての知識や技術の維持向上に努めようという基本姿勢が明示されている。</p>
<p>Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>職員の受講した研修はリスト化し、把握することは出来るが、職員一人ひとりの計画に基づいた具体的な取り組みは行われていない。</p>
<p>Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。</p> <p>b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。</p> <p>c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>研修を受けた職員は復命書を提出し会合で発表する機会を設けているが、研修後の業務等によって研修成果を評価し、次の研修計画に反映させるまでには至っていない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。</p> <p>II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。</p> <p>b) 実習生の受入れと育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていない等、積極的な取組には至っていない。</p> <p>c) 実習生の受入れと育成について体制を整備しておらず、実習生を受け入れていない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>実習生受け入れに関する基本姿勢は受け入れマニュアルの中で明確にしており、連絡窓口、事前説明等も記載されている。また実習に応じたプログラムが用意されている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅱ-3 安全管理

Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。

<p>Ⅱ-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。</p> <p>b) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。</p> </div>	a	<p>利用者の安全確保のため防災・安全委員会を設置しており、安全点検、訓練の実施、災害に備えた備品の管理などを行っている。また事故急病対策マニュアル、外出時事故緊急対応マニュアルを整備して事故や急病時の応急措置、交通安全対策などの研修を実施している。感染症・食中毒については、給食・保健委員会が主管し、予防のために手洗いの励行や食事前のアルコール消毒等を指導している。いずれも管理者が指導力を発揮している。</p>
<p>Ⅱ-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。</p> </div>	b	<p>火災・風水害・地震などの災害についても、防災・安全委員会が主管し、建物の耐震診断を行った結果、耐震補強を予定しており、備品については転倒防止対策を行い、地震を想定した避難訓練を実施している。消防訓練については消防署や地元の消防団の協力を得て、総合避難訓練や夜間総合訓練、放水訓練、徒手搬送訓練等を実施しており、利用者を対象にビデオによる研修も行っている。また災害に備えて食料や備品等の備蓄を行っておりリストも用意されている。利用者や職員の安否確認の方法については検討中である。</p>
<p>Ⅱ-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。</p> </div>	a	<p>事故が発生した場合は事故報告書の提出義務があり、事故の発生要因を担当部署で検討し、安全・防災委員会で再検討を行っている。ヒヤリハット事例については苦情解決委員会で発生要因を分析し、未然防止策を検討している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅱ-4 地域との交流と連携

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

<p>Ⅱ-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。</p> <p>b) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていますが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。</p> </div>	a	<p>利用者が社会とのつながりを回復、維持できるような支援を目指すという基本的な考え方を事業計画の中で文書化している。また施設内に県や市の広報誌を掲げており、利用者が各種の地域行事に参加する場合は職員が積極的に援助を行っている。盆踊り大会など施設で行事を行うときは、地域の人々が参加し、施設のクラブ活動にはボランティアの援助がある。また利用者により地域の清掃活動も行われている。</p>
<p>Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていますが、十分ではない。</p> <p>c) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。</p> </div>	b	<p>施設のホームページや広報誌で理念や基本方針、事業所の活動等を説明しているが、専門技術の講習・研修会や福祉に関する相談会などは行われていない。</p>
<p>Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。</p> <p>b) ボランティア受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>c) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	a	<p>ボランティアの受け入れに関する基本姿勢は受け入れマニュアルの冒頭に記載されており、登録手続き、配置、事前説明等に関する項目も記載されている。またボランティア活動に当たっての注意事項や活動後のアンケートも用意されている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関や団体の機能・連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>b) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関や団体の機能・連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>c) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関や団体の機能・連絡方法を体系的に明示していない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>県内の福祉事務所、市町村福祉課、精神保健福祉センター、障害児者施設一覧などを記載した「障害者福祉のしおり」を職員はサーバーで閲覧することができる。また橋本市福祉施設連絡協議会や橋本・伊都地域自立支援協議会等の設置要領も備え付けており職員間で共有している。</p>
<p>Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。</p> <p>c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>橋本市福祉施設連絡協議会や橋本・伊都地域自立支援協議会、断酒会とは定期的な連絡会が開催されており、様々な課題について解決に向けた取り組みが行われている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>救護施設は福祉事務所が被保護者を措置(入所依頼)する施設であり、生活保護の動向については県の資料により把握し参考にしている。なお警察署、保健所等から要援護者の緊急入所の希望が出されることがある。</p>
<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。</p> <p>b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。</p> <p>c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>緊急入所の希望申し出があれば、ショートステイで対応している。</p>



評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

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

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

<p><u>Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した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。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>理念や基本方針の中で利用者を尊重するサービスの実施についての基本姿勢が明示されており、虐待防止マニュアル(身体拘束廃止を含む)も作成されている。橋本市社会福祉施設連絡協議会の研修会で毎年人権意識の啓発研修が行われ、その他の人権の尊重を含む各種の研修会に職員が参加している。</p>
--	----------	---

<p><u>Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、職員に周知する取組が十分ではない。</p> <p>c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>利用者のプライバシー保護マニュアルは職員に配布しているが、職員に対する研修は行われていない。また設備面では、浴場や居室にカーテンを吊したり個人の押入れに鍵を付けるなど徐々に改善しているがまだ十分ではない。</p>
--	----------	---

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。</p> <p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>ケアカンファレンスの様式に利用者の満足度を記載する欄を設けたり、利用者が各委員会へ参加したときや、苦情解決委員が月1回利用者に取り組み調査を行ったときに満足度についても聞き取りを行い対応している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
<p>Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。</p> </div>	a	<p>利用者には施設内で相談等があれば、生活相談、医療相談、苦情相談の窓口があり、また外部でも第三者委員や福祉サービス運営適正化委員会があることを重要事項説明書にも記載し渡している。</p>
<p>Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 苦情解決の仕組みが確立していない。</p> </div>	a	<p>苦情解決委員会を原則月1回開催しており、寮棟の階別に利用者から苦情や要望の聞き取りを実施し、聞き取った結果について対応策を検討している。また施設の各棟に意見箱を設置し意見等があれば検討して記名者に回答している。なお苦情解決結果を本人に了承のもとに壁に掲げて公表している。</p>
<p>Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。</p> <p>b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。</p> <p>c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。</p> </div>	a	<p>苦情に限定されない利用者からの意見や提案について、面接や記録の方法、報告の手順、対応策の検討などを記載したマニュアルが作成されており、対応結果の利用者への迅速な報告に努めている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。

<p>Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。</p> <p>b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。</p> <p>c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。</p> </div>	a	<p>「救護施設サービス評価基準」に基づく自己評価を、指導部が担当部署となり平成20、21年度を除き14年度より毎年実施している。22年度は全職員で行い、職員研修会で評価結果の検討を行っている。</p>
<p>Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。</p> <p>b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでは至っていない。</p> <p>c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。</p> </div>	a	<p>「救護施設サービス評価基準」及び「第三者評価基準」による自己評価は全職員が参加した。「救護施設サービス評価基準」については研修会で評価結果を検討し、取り組むべき重点課題を明確にして職員間に回覧し、共有するサーバーに保管している。また改善策の意見交換を行っている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
<p>Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>b) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。</p> <p>c) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。</p> </div>	a	<p>提供するサービスに関するマニュアルが整備されており利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示され、それに基づいてサービスが実施されている。</p>
<p>Ⅲ-2-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みに従って検証・見直しを行っている。</p> <p>b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。</p> <p>c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。</p> </div>	a	<p>マニュアルについては原則年1回職員や利用者の意見により部課長会議や各種委員会で見直しが行われている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> <p>Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。</p> </div>	b	<p>利用者一人ひとりのケース記録や個別支援計画が作成されており、個別支援計画のモニタリング表で実施状況を確認することができる。パソコンの専用記録ソフトを使って職員間で記録内容や書き方に差異が出ないようにしているが、個別支援計画のモニタリングに関する記録は十分にはなされていない。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>b) 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。</p> </div>	a	<p>利用者の記録の管理については「個人情報管理規程」の中で規定されており、管理責任者も定められている。また利用者や家族から情報の開示を求められた場合についても規定されている。職員は倫理綱領を遵守し個人情報を洩らさないように注意している。</p>
<p>Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。</p> </div>	a	<p>利用者についてのケアカンファレンスが定期的に各部署が計画の段階から参加することで個別支援計画の関係情報を職員間で共有しており、更に個別支援計画を全部署に回覧している。また職員はサーバー上で利用者台帳、個別支援計画、支援記録を閲覧し共有することができる。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

<p>Ⅲ-3-(1)-① <u>利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。</p> <p>b) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供していない。</p> </div>	a	<p>施設を紹介したホームページを作成し公開しているが、救護施設は福祉事務所の措置による入所になるので、各福祉事務所に施設のパンフレットや重要事項説明書を配布している。また希望による1泊2日の体験入所にも対応している。</p>
<p>Ⅲ-3-(1)-② <u>サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</p> <p>b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。</p> </div>	a	<p>新しく入所する人には、重要事項説明書によりサービス内容等を説明し、利用者や家族の同意を得ている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。</p> <p>Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。</p> <p>b) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>利用者が退所するときは重要事項説明書に円滑な退所のための援助について記載しており、本人の希望や心身の状況、置かれている環境等を勘案し、適切な病院等への転院の調整や居宅生活への移行の援助を行うこととされている。退所先には「申し送り書」により施設での生活や服薬の情報、その他重要な情報を記載して提供している。退所後の相談窓口としては、指導部や元の担当介護職員、その他退所先が求める者が対応している。</p>



評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。

【判断基準】

- a) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しており、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を具体的に明示している。
- b) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しているが、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を十分には明示していない。
- c) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しておらず、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を明示していない。

a

利用者の身体・健康状況や日常生活等について詳細なアセスメントを施設の様式によりなされており、利用者のニーズも具体的に明示されている。アセスメントの協議は支援権利委員会や担当介護職員で行われ、見直しは毎年10月か利用者の病状が急変したときに行っている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。</p> </div>	a	<p>個別支援計画はケアカンファレンスで関係する様々な職種の職員が意見を出し合って作成しており、利用者の意向の把握も行われている。</p>
<p>Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。</p> </div>	a	<p>個別支援計画は、ケアカンファレンスにおいて評価見直しが行われている。見直しは個人個人の必要に応じてなされている。</p>