

福祉サービス第三者評価

評価施設： 大野荘（救護施設）

評価結果報告書

※評価結果確定日

令和5年3月28日

評価機関： 社会福祉法人 福井県社会福祉協議会〔福井福祉評価認証第1号〕

評価結果（総評）

施設・事業所名	： 大野荘
種別	： 救護施設

特に評価の高い点	特に改善が求められる点
<p>【項目名】Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ</p> <p>管理者は、障がいの多様化や個別支援の必要性を課題とし、実施する福祉サービスの質の現状について定期的・継続的に評価・分析を行っている。また、ケアマネ研究会や職員研修会を通して職員への教育・研修の充実を図っている。</p>	<p>【項目名】Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成</p> <p>研修計画にもとづく職員の教育・研修を実施し、復命書の回覧や報告会を行っているが、研修計画、内容、カリキュラムの評価や見直しがなされていないため、定期的な評価と見直しが望まれる。</p>
<p>【項目名】Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス</p> <p>施設利用に際してのサービス内容、日常生活上での留意事項についての「施設利用時における説明マニュアル（生活の写真やイラスト掲載）」を活用し、利用者からの主訴や要望等を把握している。</p>	<p>【項目名】</p>
<p>【項目名】A-3 自立支援</p> <p>地域生活を希望する利用者には、市内にある訓練用住居での「居宅生活訓練事業」を活用して、利用者の個別支援計画をもとに各専門スタッフと連携して社会自立に向けた取り組みを行っている。</p>	<p>【項目名】</p>

評価まとめ【救護施設版】

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・周知されている。

良い点／工夫されている点：

理念、基本方針は明文化され、職員が携帯する名札裏にも記載するとともに、会議や委員会にて唱和し職員への周知を図っている。また、理念は事業計画書に記載し、基本指針・行動指針にて分かりやすく解説されている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

社会福祉事業全体の情報は、全国組織や奥越地区自立支援協議会からのネット情報等にて把握し分析を行っている。また、利用者の高齢化や障がいの多様化を経営の具体的な課題として捉え、役員間での共有や職員への周知を行うとともに、課題の改善に向けて担当事務所への働きかけや各職員の教育に力を入れている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

中長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けての具体的な内容で策定され、計画の見直しも状況に応じて行っている。また、事業計画は、中長期計画を反映した内容が具体的に明記され、実施状況の評価を行える内容となっている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

良い点／工夫されている点：

事業計画は、各部所や委員会等での職員の意見を反映し策定されており、あらかじめ定められた日程表をもとに進捗を把握し、評価を行っている。また、事業計画は全職員に配布され、職員会議等で説明し理解を促しており、利用者に対しても各部門の担当職員からわかりやすく説明を行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：
特になし。

改善できる点／改善方法：
評価結果について、分析結果や課題が文書化され職員間での共有化が図られているが、受審後の改善に向けた取組みがなされていないため、年に1回以上の自己評価による改善の確認、取組みを計画的・継続的に行うことが望まれる。

II 組織の運営管理

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。

良い点／工夫されている点：
管理者は、施設の経営・管理に関する方針と取組みについて、事業報告書や広報誌に明記し、職員に対し職員会議等で表明し周知を図っている。また、管理者自身も経営セミナー等へ参加し、遵守すべき法令等を十分に理解するとともに、参加したセミナーの内容（ガバナンスとコンプライアンス）を施設内の研修会で職員に周知を図っている。

改善できる点／改善方法：
特になし。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

良い点／工夫されている点：
管理者は、障がいの多様化や個別支援の必要性を課題とし、実施する福祉サービスの質の現状について定期的・継続的に評価・分析を行っている。また、ケアマネ研究会や職員研修会を通して職員への教育・研修の充実を図っている。

改善できる点／改善方法：
特になし。

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。

良い点／工夫されている点：
必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や人材確保と育成に関する方針が確立され、中長期計画や事業計画に記載されている。また、計画にもとづき人材確保や育成が実施されており、学校回りや福祉人材説明会、外国人の採用等を実施している。

改善できる点／改善方法：
異動に関する人事基準が明確に定められていないため、異動に関する基準についても明確にするよう望みたい。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成（続き）

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。
良い点／工夫されている点： 労務管理に関する責任体制は明確であり、職員の就業状況を適切に把握している。また、年2回の個別面談の実施や産業医と連携した相談窓口を設置するとともに、若者が働きやすい職場として「ユースエール認定」を取得している。
改善できる点／改善方法： 特になし。
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。
良い点／工夫されている点： 「期待する職員像」が事業計画に明記され、職員が設定した目標に関しては施設長が面接し目標達成度の確認を行っており、各職員の目標管理のための仕組みが構築されている。また、個別的なOJTが適切に行われ、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。
改善できる点／改善方法： 研修計画にもとづく職員の教育・研修を実施し、復命書の回覧や報告会を行っているが、研修計画、内容、カリキュラムの評価や見直しがなされていないため、定期的な評価と見直しが望まれる。
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。
良い点／工夫されている点： 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢は「実習生受入れマニュアル」に明文化している。また、専門職種の特性に配慮した実習プログラムを用意し、指導者に対する研修を実施している。
改善できる点／改善方法： 特になし。

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。
良い点／工夫されている点： ホームページを利用し、法人・施設の理念や基本方針、事業計画等、第三者評価の受審、評価結果を公開している。また、広報誌を作成し、地区の施設や町内会、学校等へ配布し、社会・地域に対し施設の存在意義や役割を明確にしている。
改善できる点／改善方法： 施設における事務、経理、取引等のルールは規程により明確化されているが、現場の職員までは周知されていないため、事務、経理、取引等のルールについて現場の職員へも周知することが望まれる。また、会計事務所による財務の助言等はされているが、財務だけでなく事業についても外部の専門家（公認会計士等）による監査支援等が望まれる。

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。

良い点／工夫されている点：

地域との関わり方についての基本的な考え方やボランティアの受入れに関する基本姿勢について事業計画等で明文化している。また、施設行事の際にはボランティアによる支援体制が整っており、神社の清掃等の各種行事を通じて、地域の人々との交流の機会が設けられている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

良い点／工夫されている点：

社会資源を明示したパネルを作成し職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化は図っている。また、奥越地区自立支援協議会等の関係機関と定期的な連絡会を開催し、ふく福サポート等の取組み等を行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

良い点／工夫されている点：

奥越ブロック協議会に職員を派遣し、地域の福祉ニーズの把握に努めており、地区の保護司会へは救護施設の役割についての説明や保護司会会報に文書にて広報している。また、市相談センターに職員を派遣し、生活保護受給に陥る前の生活困窮者に対し、緊急一時受入れ事業を独自で行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。
良い点／工夫されている点： 理念、基本方針、行動指針は事業計画書や中長期計画に明記され、職員全員に配布し周知を図っている。また、利用者のプライバシーに配慮したサービス提供に向け、基本理念、基本指針、行動指針に基づく倫理規程、プライバシー保護マニュアルを作成し、各種研究会等と協働した取り組みを行っている。
改善できる点／改善方法： 特になし。
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。
良い点／工夫されている点： 施設利用に際してのサービス内容、日常生活上での留意事項についての「施設利用時における説明マニュアル（生活の写真やイラスト掲載）」を活用し、利用者からの主訴や要望等を把握している。また、利用者が退所（他福祉施設、家庭への移行等）する場合には、入退所委員会、救護施設居宅生活訓練、相談支援事業等により地域移行に向けた支援を行っている。
改善できる点／改善方法： 特になし。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。
良い点／工夫されている点： 利用者の意向や満足度を把握するため、定期的に個室相談室を利用し、相談受付職員が対応している。また、その他の方法として、利用者アンケート、よろず相談、御意見箱、自治会長が作成する企画提案を自治会案として提出するなどの様々な方法により、利用者の生活上の満足度向上を図る取り組みを行っている。
改善できる点／改善方法： 特になし。
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。
良い点／工夫されている点： 施設入所時に「利用説明マニュアル」を使用し、苦情相談窓口・苦情解決制度の設置、御意見の設置等について利用者および家族に対して説明を行っている。また、利用者が苦情解決に向けた流れが分かるように、苦情解決掲示板が廊下に掲示されている。また、プライバシーに配慮した相談室で「よろず相談」を実施し、利用者の意見等については、対応者、ケース担当者、担当係長、生活支援課長、施設長が記録を確認し、事業所組織全体で考えるシステムになっている。
改善できる点／改善方法： 特になし。
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。
良い点／工夫されている点： 事業所に設置された権利擁護委員会は、施設長を責任者とする関係職員等で構成され、ヒヤリハット・事故報告書を収集し対策を検討している。また、感染症対策については、マニュアル、全体保健指導、予防VTR、BCP（事業継続計画）を整備するとともに、災害時の対応としては、防災委員会を立ち上げ、大野市ハザードマップ、火災、地震、風水害等の非常災害対策を検討している。
改善できる点／改善方法： 特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

福祉サービスの標準的な実施方法については、運営指針や職員倫理規程に基づき業務計画を策定している。また、個別支援計画は、利用者と他の職員が参加するケア会議で経過検証と再検討が行われており、利用者の身体的状況に応じたよりきめ細やかな計画の変更によるサービス提供を行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

個別支援計画策定の責任者が配置され、計画の見直しを半期ごとに行っている。また、個別支援計画は半期ごとに経過の検討と見直しを実施しており、利用者・家族の意向をふまえた、よりきめ細やかな計画策定を行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

良い点／工夫されている点：

個別支援計画の策定では、統一した個別支援計画ハンドブックや支援マニュアルの整備によって、統一性の高いサービスの提供と全職員が理解しやすい書式を通して記録の整理を行っている。また、各委員会、職員会議、調整会議の記録も統一表現化され、利用者のサービス実施状況が統一性の高い記録によって、職員同士の共有化を図る仕組みを構築している。また、利用者と家族に対しては、入所時説明マニュアル、保護者会添付文書、ホームページ同意書等を説明し、個人情報の取扱いの理解を図っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A 救護施設固有の内容評価基準

A-1 支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 支援の基本

良い点／工夫されている点：

SST（ソーシャルスキルトレーニング）活動を月1回実施し、生活の中で起こる困ったことなどをロールプレイを通して行う事で、日々の生活の自信につなげる訓練を行っている。また、日中活動は、利用者の年齢や能力にあった班分けにより実施しており、利用者の希望に応じて年度途中の班変更にも柔軟に対応している。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-1-(2) 権利侵害の防止等

良い点／工夫されている点：

権利擁護委員会が中心になり利用者アンケートを実施し、その集計結果については利用者への配布および掲示を行っている。また、職員セルフチェックを実施し、必要に応じて権利擁護委員会が職員への聴き取りを行い、その結果について報告書にまとめている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-2 生活支援

A-2-(1) 日常的な生活支援

良い点／工夫されている点：

困難事例については、ケアマネ研究会を通して、外部有識者による助言のもと検討会を行い支援の資質向上を図っている。また、個別対応が必要な利用者には、別部屋を用意するなどの落ち着いた環境の配慮のもと支援するなど柔軟な対応をしている。また、リハビリが必要な利用者には、週1回、外部から理学療法士が来所し、心身機能と日常動作の回復・維持に努めている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-2 生活支援 (続き)

A-2-(2) 機能訓練・生活訓練

良い点／工夫されている点：

週1回、外部の理学療法士による機能訓練を行っており、日常においても歩行訓練や軽運動を取り入れている。また、居宅生活訓練事業を通して地域移行も積極的に行っており、関係機関とも連携を取りながら支援している。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-2-(3) 健康管理・医療的な支援

良い点／工夫されている点：

利用者の健康に対する意識向上のため、ポスター掲示や個別医療相談対応で注意を促している。また、精神科の薬は量が多いため1つの袋に梱包を依頼し誤薬がないように工夫している。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-3 自立支援

A-3-(1) 社会参加の支援

良い点／工夫されている点：

市内にある訓練用住居での「居宅社会事業訓練」の利用者は地元自治会に所属し、町内の奉仕作業に参加している。また、事業所内の談話室には、雑誌、大野市市報、新聞を置き、社会参加に向けた情報提供の支援を行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-3-(2) 就労支援

良い点／工夫されている点：

施設内では、各班（農業、こども、のぞみ、内勤実習）に分かれ作業を行っており、就労を取り入れた活動を行っている。また、外勤をしている利用者については、利用者の意向や障がいの状況に合わせ、働く意欲の維持・向上の為に支援を行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-3-(3) 家族等との連携支援

良い点／工夫されている点：

ホームページ掲載や広報誌「雪やなぎ」を年2回発行し、利用者の生活状況を発信している。家族などからの訴えに対しては、その都度対応しており、個々のケース記録や報告書にて報告している。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援

良い点／工夫されている点：

地域生活を希望する利用者には、市内にある訓練用住居での「居宅生活訓練事業」を活用して、利用者の個別支援計画をもとに各専門スタッフと連携して社会自立に向けた取り組みを行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-4 地域の生活困窮者支援

A-4-(1) 地域の生活困窮者等の支援

良い点／工夫されている点：

地域公益事業として「緊急一時入所事業（すまいる）」や「ふく福暮らしサポート事業（生活困難者総合相談・生活支援事業）」を実施している。また、緊急一時入所者に対しては短期目標を立て、自立支援につなげている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

救護施設版自己評価シート（兼調査台帳）【共通評価基準】

I 福祉サービスの基本方針と組織

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・周知されている。		自己評価	○	○	評価の着眼点（該当する場合は○印を記入）	評価結果	
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	○	ア	理念、基本方針が法人、施設内の文書や広報媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等：法人理念・基本指針は事業計画書、ホームページ、広報紙等に記載している。職員には会議を通じて周知し、利用者・家族には父母の会の資料を配布したり、施設内廊下に掲示している。		○	イ	理念は、法人、施設が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、施設の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ	基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ	理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	オ	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	カ	理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 理念・基本方針は明文化され、職員のネーム裏に記載すると共に、会議や委員会にて唱和し職員への周知を図っている。また、理念は事業計画書に記載し、基本指針・行動指針にてわかりやすく解説され、周知の状況は年2回行う個人面談にて確認している。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

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。		自己評価	○	評価の着眼点(該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等：管理者は施設が所属する団体や行政との連絡会・協議会に参加し、動向を把握・分析している。また奥越地区自立支援協議会に職員を派遣し、地域の福祉ニーズを把握しながら福祉計画の策定に携わっている。毎月の財務諸表の確認分析や利用者の入退所状況を把握し経営分析している。		○	イ 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、施設(法人)が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 社会福祉事業全体の情報は、全国組織や奥越地区自立支援協議会からのネット情報等にて把握し、分析を行っている。利用者の動向等は事業報告等で把握・分析しており、特に利用者の高齢化と施設の環境改善が問題であると捉えている。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

(前頁のつづき)

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	○	ア	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：各部署・各委員会・会議等にて課題を明確にし、理事会や職員会議等で報告・周知している。また事業計画や中長期計画に記載している。		○	イ	経営状況や改善すべき課題について、役員(理事・監事等)間での共有がなされている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	良い点／工夫されている点： 利用者の高齢化や障がいの多様化を経営の具体的な課題として捉え、役員間での共有や職員への周知を図っている。また、課題の改善に向けて担当事務所への働きかけや各職員の教育に力を入れている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

I-3 事業計画の策定 (1)

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		自己評価	○		評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等：第三次中長期実施計画に基づき各委員会等で検討している。3年程度で実績や進捗状況に応じて見直しを行っている。		○	イ	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 中長期計画は4つの基本項目で構成され、経営課題や問題点の解決・改善に向けての具体的な内容で策定している。また、計画をふまえた予算措置も明確であり、計画の見直しも状況に応じて行っている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

(前頁のつづき)

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	○	ア	単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：第三次中長期実施計画に基づき作成された単年度の事業計画書をもとに事業を実施している。年度毎に事業報告書を作成し、実施状況の振り返りと評価を行っている。		○	イ	単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	良い点／工夫されている点： 事業計画は、中長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示され、実施状況の評価を行える内容になっている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

I-3 事業計画の策定 (2)

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		自己評価	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等：各部署や各委員会等で職員の意見を集約し、計画・立案している。また半期毎に検証し見直しを行っている。全職員に事業計画書を配布し職員会議等で説明している。		○	イ 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ 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。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	オ 事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)されており、理解を促すための取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 事業計画は、各部所や委員会等での職員の意見を反映し策定されており、あらかじめ定められた日程表をもとに把握され評価を行っている。また、事業計画は全職員に配布され、職員会議等にて説明するなど理解を促している。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

(前頁のつづき)

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	○	ア	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：年度毎に主な内容とこれまでと変更になる内容については、全体集会や担当職員が変わる年度始めのオリエンテーションで分かりやすく説明を行っている。また年度途中でも変更になる点については、分かりやすく周知している。		○	イ	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	良い点／工夫されている点： 事業計画は家族等に配布され、利用者には各部門にて担当職員からわかりやすく説明している。また、談話室にはいつでも見ることができるよう配置され、ふりがなを付けるなどの工夫もされている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

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。		自己評価	○	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア	組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	b
	判断した理由・改善方法等：3年に1度の第三者評価受審を機に、サービスの質の向上を諮っているが、年1回は自己評価を行っておらず、評価結果の分析検討する場を組織として位置づけたい。		○	イ	福祉サービスの内容について組織的に評価(C:Check)を行う体制が整備されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
				ウ	定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。		
					エ	評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	
コメント	良い点／工夫されている点：						
	改善できる点／改善方法： 3年毎の評価受審時にはサービスの向上について話し合いをしているが、年1回以上の自己評価はしていない。評価結果を基に、年に1回以上は改善の確認をすると同時に、評価結果をふまえた取組みが継続的に行われているか確認することが望ましい。						

(前頁のつづき)

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	○	ア	評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	b
判断した理由・改善方法等：受審後職員会議等にて評価分析結果について報告されているが、改善への計画的な取組がなされていない。		○	イ	職員間で課題の共有化が図られている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	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。	<input checked="" type="checkbox"/>		
			エ	評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	<input type="checkbox"/>		
			オ	改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	<input type="checkbox"/>		
コメント	良い点／工夫されている点：						
	改善できる点／改善方法： 評価結果について、分析結果や課題が文書化され職員間での共有化が図られているが、その後の改善に向けた取り組みがなされていないため、受審後の計画的な取組みの継続が望ましい。						

II 組織の運営管理

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ (1)

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		自己評価	○		評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア	管理者は、自らの施設の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等：事業計画や広報誌に掲載し、職員に配布したり、職員会議等で周知している。災害時等の役割については危機管理マニュアルに明記されている。		○	イ	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ	平常時のみならず、有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 施設の経営・管理に関する方針と取組みについては、事業報告書や広報誌に明記されており、職員に対し職員会議等で表明し周知を図っている。また、有事における管理者の役割をマニュアルに明示し、不在時の権限委任等も明確にしている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

(前頁のつづき)

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	○	ア	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者(取引事業者、行政関係者等)との適正な関係を保持している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：各種セミナー、研修会等に参加し情報を収集し、改正された法令を遵守するよう、その都度職員会議等で周知している。		○	イ	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 管理者は、経営セミナー等へ参加し、遵守すべき法令等を十分に理解している。また、参加したセミナーの内容（ガバナンスとコンプライアンス）を施設内の研修会で職員に周知を図っている。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

II-1 管理者の責任とリーダーシップ (2)

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		自己評価	○		評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等：各委員会を設け職員の意見を反映し、事業の検討・改善に取り組んでいる年間を通して研修会や復命報告会を開催し、サービスの質の向上に取り組んでいる。		○	イ	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	オ	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的・継続的に評価・分析を行っている。また、課題として、障がいの多様化や個別支援の必要性を重視し、ケアマネ研究会や職員研修会を通して職員への教育・研修の充実を図っている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

(前頁のつづき)

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	○	ア	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：各事業の収益、事業実施内容等の把握を行い、運営会議等で情報を共有し改善等に取り組んでいる。		○		イ	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○		ウ	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○		エ	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<p>良い点／工夫されている点： 管理者は、経営の改善や業務の実効性に向けて分析を行い、運営会議等で情報を共有し、改善（外国人の採用、職員ロッカー室のシャワー室設置等）に取り組んでいる。また、組織として、若者が働きやすい企業に与えられる「ユースエール認証」を取得している。</p> <p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>					

II-2 福祉人材の確保・育成 (1)

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。		自己評価	○		評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等：幹部職員による徹底した職員の責任体制管理を行っている。また適正に運営できるように有資格者を配置している。学校等に出向き救護施設についての説明会をしたり、研修会や実習生の受け入れを行っている。		○	イ	福祉サービスの提供に関わる専門職(有資格の職員)の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ	施設(法人)として、効果的な福祉人材確保(採用活動等)を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や人材確保と育成に関する方針が確立され、中長期計画や事業計画に記載されている。計画にもとづき人材確保や育成が実施されており、学校回りや福祉人材説明会、外国人の採用等を実施している。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

(前頁のつづき)

15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	○	ア	法人、施設の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	b				
<p>判断した理由・改善方法等：期待される職員のあるべき姿が明確にされている。年2回の人事考課を実施し、施設長による面談も実施している。また改善策等に関しては各委員会で検討している。</p>											
								○	イ	人事基準(採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準)が明確に定められ、職員等に周知されている。	<input type="checkbox"/>
								○	ウ	一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	エ	職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	オ	把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>
○	カ	職員が、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ができています。	<input checked="" type="checkbox"/>								
コメント	<p>良い点／工夫されている点：</p>										
	<p>改善できる点／改善方法： 異動に関する人事基準が明確に定められていないため、異動に関する基準についても明確にするよう望みたい。</p>										

II-2 福祉人材の確保・育成 (2)

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		自己評価	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：メンタルヘルスやハラスメント防止に関する研修や、ストレスチェックを実施したり、相談窓口を設置している。また産業医とも連携している。連続5日間のリフレッシュ休暇を設け、心身のリフレッシュを目的に年に1度取得できる。		○	イ	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	エ	定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	オ	職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	カ	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	キ	改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ク	福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 労務管理に関する責任体制は明確で、職員の就業状況を把握している。健康診断の実施や年2回の個別面談の機会を設けるとともに、相談窓口を設置し産業医とも連携している。ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みとして、連続5日間のリフレッシュ休暇制度を設けている。また、若者が働きやすい職場として「ユースエール認定」を取得している。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

II-2 福祉人材の確保・育成 (3)

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		自己評価	○	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b	○	ア	組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等：年2回行っている職員の自己評価に基づき、施設長が面談を行い、目標達成の進捗状況等を確認している。		○	イ	個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ	職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ	職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
					オ	職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>
コメント	良い点／工夫されている点： 「期待する職員像」が事業計画に明記され、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。職員一人ひとりが目標を明確にし、設定した目標に関しては年2回施設長が面接し、目標達成度の確認を行っている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

(前頁のつづき)

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	○	ア	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	<input checked="" type="checkbox"/>	b
判断した理由・改善方法等：法人の理念・行動指針は職員と利用者の目につきやすい施設内2箇所に掲示して周知している。年間の研修計画を作成し、必要に応じて地域企画委員会を中心に研修を計画実施している。		○	イ	現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
			エ	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	<input type="checkbox"/>		
			オ	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	<input type="checkbox"/>		
コメント	良い点／工夫されている点：						
	改善できる点／改善方法： 研修計画にもとづく職員の教育・研修が実施され、復命書の回覧や発表会は実施されているが、研修計画、内容、カリキュラムの評価と見直しは行っていないため、定期的な評価と見直しが望まれる。						

(前頁のつづき)

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	○	ア	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a						
判断した理由・改善方法等：OJTとOFFJTの両方で職階別研修の参加・実施をしている。また各員会で研修を計画実施している。また職員の資格取得のために職専免の取得を推奨している。													
								○	イ	新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
								○	ウ	階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
								○	エ	外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
良い点／工夫されている点： 各職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等については一覧表を作成し、把握している。個別的なOJTが適切に行われ、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。外部研修の情報は職員に回覧し、職員一人ひとりが教育・研修の場に参加できるように配慮している。													
								改善できる点／改善方法： 特になし。					

II-2 福祉人材の確保・育成 (4)

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。		自己評価	○	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
20	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。	a	○	ア	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等：マニュアルを整備し、受け入れ先の学校と実習前後に学習プログラムの検討を行っている。また実習指導者研修に参加し、介護福祉士だけでなく、社会福祉士養成のための実習も受け入れている。		○	イ	実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ	指導者に対する研修を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	オ	実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢は「実習生受入れマニュアル」に明文化している。専門職種の特性に配慮した実習プログラムを用意し、指導者に対する研修を実施している。また、実習生については、学校側と、実習内容について協議し、学校別に内容がまとめられている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

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。		自己評価	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア ホームページ等の活用により、法人、施設の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：ホームページや広報誌にて情報公開している。また近隣地域等に広報誌を配布している。		○	イ	施設における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	エ	法人、施設の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人、福祉施設の存在意義や役割を明確にするように努めている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	オ	地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： ホームページを利用して、法人および施設の理念や基本方針、事業計画等を適切に公開している。また、第三者評価の受審、評価結果についても公開している。広報誌を作成（約300部）し、地区の施設や町内会、学校等へ配布し、社会・地域に対し施設の存在意義や役割を明確にしている。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

(前頁のつづき)

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。	b	○	ア	施設(法人)における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	<input type="checkbox"/>	b
判断した理由・改善方法等：法人監事による監査の他に、会計事務所と契約し月1回～2回財務等に関する指導助言を得ている。		○		イ	施設(法人)における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
				ウ	施設(法人)の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。	<input type="checkbox"/>	
				エ	外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	<input type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点：						
	改善できる点／改善方法： 施設における事務、経理、取引等のルールは規程により明確化されているが、現場の職員までは周知されていないため、事務、経理、取引等のルールについて現場の職員へも周知することが望まれる。また、会計事務所による財務の助言等はされているが、外部の専門家（公認会計士等）による監査支援等は行われていない。財務だけでなく事業についても外部の専門家（公認会計士等）による監査支援等が望まれる。						

II-4 地域との交流、地域貢献 (1)

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		自己評価	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：新型コロナウイルス感染拡大防止でここ数年は実施できていないが、地域周辺の小学校に出向いたり、受け入れて行事を実施している。地域の情報誌を談話室に整備している。また近隣で社会奉仕をしたり、買い物や散髪等個人のニーズに応じて社会資源を活用している。		○	イ	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	エ	施設や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	オ	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 地域との関わり方についての基本的考え方は事業計画に明記している。また、活用できる社会資源や地域の情報はパネルが作成されて利用者に提供している。祭りや社会奉仕時には職員やボランティアが支援を行う体制が整い、神社の清掃やあじさい祭りを通じて、地域の人々との交流の機会が設けられている。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

(前頁のつづき)

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	○	ア	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：マニュアルを整備し、事業計画等に掲載している。新型コロナウイルス感染拡大防止でここ数年は実施できていないが小学校の総合的な学習の一環として施設訪問を受入れ、利用者と作業体験等を実施している。		○	イ	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	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、支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	オ	学校教育への協力を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点／工夫されている点： ボランティアの受入れに関する基本姿勢や学校教育等への基本姿勢は事業計画等で明文化している。受入マニュアルも整備され、守秘義務の誓約書等の必要な研修等も行われている。学校教育への協力として施設訪問等も行っている。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

II-4 地域との交流、地域貢献 (2)

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		自己評価	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果			
25	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	ア	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a		
判断した理由・改善方法等：幅広く利用者に還元できる社会資源のリストは作成している。また、地域の関係団体、協議会等に参加し、地域福祉のネットワークを通じて連携している。				イ	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
				○	ウ	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
				○	エ	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
				○	オ	地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 社会資源を明示したパネルを作成し職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。奥越地区自立支援協議会等の関係機関とは定期的な連絡会を行い、ふく福サポート等の取組み等を行っている。							
	良い点／工夫されている点： 社会資源を明示したパネルを作成し職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。奥越地区自立支援協議会等の関係機関とは定期的な連絡会を行い、ふく福サポート等の取組み等を行っている。							

II-4 地域との交流、地域貢献 (3)

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		自己評価	○		評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
26	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。	a	○	ア	施設(法人)が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：地域の関係団体、協議会等に参加し、地域における福祉ニーズの把握に務めている。保護司会等への救護施設の役割についての説明や、生活困窮者支援事業や障害者用リフト車移送サービス等の福祉分野での委託事業を大野市と連携して行っている。また新型コロナウイルス感染拡大防止でここ数年は実施できていないが地域の運動会等の地域行事に参加し、交流を深めている。						<input type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 奥越ブロック協議会に職員を派遣し、地域の福祉ニーズの把握に努めており、地区の保護司会へは救護施設の役割についての説明や保護司会会報に文書にて広報している。また、生活困窮者支援事業や障がい者用リフト車移送サービスを市と連携して行っている。					<input type="checkbox"/>	
	改善できる点／改善方法： 特になし。					<input type="checkbox"/>	

(前頁のつづき)

27	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。	a	○	ア	把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a				
判断した理由・改善方法等：生活保護法による保護施設でありながら生活保護受給に陥る前の生活困窮者に対し、緊急一時受入事業を独自で行っている。また緊急時の福祉避難所として登録し、地域への啓発活動も定期的に行っている。											
								○	イ	把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	ウ	多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	エ	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積極的に行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>
○	オ	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行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>								
コメント	良い点／工夫されている点：										
	生活保護法による保護施設でありながら、市相談センターに職員を派遣し、生活保護受給に陥る前の生活困窮者に対し、緊急一時受入れ事業を独自で行っている。また、緊急時の福祉避難所として登録している。										
コメント	改善できる点／改善方法：										
	特になし。										

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

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 (1)

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		自己評価	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・改善方法等： 理念や基本方針は職員が常に身に着けられる（名札）サイズにして携帯している。年賀式の際には基本指針を全員で唱和し、確認をしている。 事業計画・中長期計画には理念や指針・基本方針が記載されていて、全職員に配布することで周知・徹底を図っている。利用者へのサービス提供については個別支援計画を全員に対して作成し、職員が統一したサービスを提供出来る体制を整えている。又、所内研修では虐待や権利擁護についての研修を計画・実施することで、理解を促し、セルフチェックリストや利用者アンケートを年2回行うことで、検証・改善に組織的に取り組んでいる。</p>		○	イ	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	エ	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	オ	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
「アンケート」	<p>良い点／工夫されている点： 事業計画書には理念、基本指針、行動指針を明示し、職員の名札裏面や中長期実施計画にも記載され、職員全員に配布している。また、年賀式において基本指針を唱和し、法人のサービス提供指針を共有し確認している。各種規定等（職員倫理規程、管理規定、支援マニュアル）はそれぞれファイルに一本化され、取り出しやすくなっている。その他、プライバシー、権利擁護・人権についても、外部講師を招き、各研究会（利用者支援、ケアマネ研究会）を実施しており、職員セルフチェックリストや利用者アンケートを通して利用者を尊重する仕組みが整っている。</p>					
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>					

(前頁のつづき)

29	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	○	ア	利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその職員の理解が図られている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等： 職員規定集の権利擁護に関する規定、支援マニュアルにプライバシー保護に関する規定を明記し、職員に周知するとともに、所内研修等を実施している。又、生活の環境の改善を総務委員会や施設整備委員会で検討し、改善・工夫に取り組んでいる。利用者に対しては各棟の朝礼で説明をするとともに、家族に対しては運営指針の中から抜粋した資料を配布（送付）して周知している。		○		イ	規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○		ウ	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○		エ	利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 利用者のプライバシーに配慮したサービス提供に向け、理念、基本指針、行動指針に基づく倫理規程、プライバシー保護マニュアルを作成し、各種研究会（利用者支援、ケアマネ研究会）、生活環境の改善のために各種委員会（施設整備、総務委員会）と協働した取り組みを行っている。コロナ禍の影響があるが、利用者には朝礼等の機会を利用し、かつ家族には資料送付によって取組みを説明し周知を図っている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス (2)

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。		自己評価	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
30	① 利用者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	○	ア 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や施設の特性等を紹介した資料を準備している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等： ホームページ、施設要覧、広報紙、TV放送等で施設の情報を広く発信している。利用希望者・見学希望者に対しては受付し、希望を聞いて受け入れの対応をしている。		○	イ	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	施設の利用者(予定者)については、個別に丁寧な説明を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	エ	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	オ	利用者(予定者)に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： ホームページ、施設要覧や広報紙「雪やなぎ」の地域配布、テレビCMの使用し、救護施設情報を広く紹介・発信している。ホームページの更新やパンフレットの見直しも積極的に行っている。また、施設利用希望者の見学、体験、一時入所・緊急一時宿泊等の相談、受け入れも対応している。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

(前頁のつづき)

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	○	ア	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	☑	a				
<p>判断した理由・改善方法等： 施設の利用開始時には施設利用における説明マニュアルを利用して説明を行っている。個別支援計画については希望希望を聴き取りそれに沿った計画を立てている。又、半年に一度モニタリングを実施し、ケア会議に利用者が参画して、本人の意向を取り入れた計画の作成を心がけており、利用者の同意をとっている。</p>											
								○	イ	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	☑
								○	ウ	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。	☑
								○	エ	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	☑
○	オ	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	☑								
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 施設利用に際してのサービス内容、日常生活上での留意事項についての「施設利用時における説明マニュアル（生活の写真やイラスト掲載）」を使用し、利用者の主訴や要望を聴き取り、どのような支援が提供されるかを確認する手順等をまとめている。また、半年毎のモニタリングに際し、ケア会議に利用者も同席して説明を受けており、利用者や家族の同意を得ることにつながっている。</p> <p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>										

(前頁のつづき)

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	○	ア	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等： 施設移行や地域移行の際には担当者会議、入退所委員会で検討し、利用者が地域での生活を長く健康で続けていけるように、各機関や福祉サービスに繋がっている。救護施設居宅生活訓練事業や相談支援事業所大野荘の地域移行支援を利用して地域移行を進めており、必要に応じて退所後も実態把握や助言等を継続している。		○		イ	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○		ウ	福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○		エ	福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 利用者が退所（他福祉施設、家庭への移行等）する場合には、入退所委員会、救護施設居宅生活訓練、相談支援事業等により地域移行に向けた支援を行っている。新たな支援機関の連絡先、大野荘との関係を示す「退所時の指示書・記録」を作成し説明を行っている。退所後も、利用者や家族が大野荘と相談できる担当者や窓口を設置しており、利用者の担当職員が一連の業務を行うようになっている。実際の移動に際しても、地域移行先の実施機関と連携して、手続きや必要な備品等の受け渡しに同行している。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス (3)

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		自己評価	○	評価の着眼点(該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等： 毎年利用者アンケートや食事に関する調査を実施し、利用者の意向や満足度について調査を行っている。自治会では特別な行事(夏祭り、おさらい会)の食事のメニュー等の希望を聴き取り反映できるように取り組んでいる。利用者への相談の機会は毎日の担当職員への相談はもちろん、よろず相談・栄養相談・医療相談で細かく対応し、生活全般の不安等の解消に取り組んでいる。		○	イ	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	エ	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	オ	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 利用者の意向や満足度を把握するため、定期的(週1回)に個室相談室を利用し、相談受付職員が対応している。その他、利用者アンケート、よろず相談(寮内の事、よろず事、栄養、医療に分けた内容ごと)、御意見箱、自治会長が作成する企画提案を自治会案として提出すること等、様々な方法を用意し、生活上の満足度向上を図る取り組みが行われている。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス (4)

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。		自己評価	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア 苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)が整備されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等： 苦情相談窓口や体制について規定し、施設内に掲示をしている。相談室を設置し、個別相談に使用している。苦情対応やその結果は当人にフィードバック出来る体制を整えており、職員にも会議や事業報告書等で情報共有できるようにしている。		○	イ	苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	苦情記入カードの配布やアンケート(匿名)を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	エ	苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	オ	苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	カ	苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公開している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	キ	苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 施設入所時に「利用説明マニュアル」を使用し、苦情相談窓口・苦情解決制度の設置、御意見の設置等について利用者および家族に対して説明を行っている。「苦情解決掲示板」と「利用者の皆様へ（ルビ付き）」が廊下に掲示されており、苦情解決に向けた流れが分かるようにしている。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

(前頁のつづき)

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	○	ア	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等： 日々の生活の場での相談は、各寮の担当者にはいつでも相談出来るよう、又、夜勤や日勤時にも担当者以外でも相談に応じている。毎週水曜日にはよろず相談を行い、相談室で幅広い内容の相談や意見を聴く場を設けている。又、ご意見箱の設置もしており、利用者のタイミングでいつでも意見が出せる環境を提供している。		○		イ	利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○		ウ	相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 利用者アンケートを年2回実施し、その結果を簡略にまとめたものを作成し掲示するとともに、利用者に対し担当職員から説明を行っている。また、「苦情解決掲示板」が廊下に設置され、御意見箱に投函された意見・要望等の内容のまとめも公表され掲示されている。よろず相談（週1回）を実施し、生活全般の相談を受け入れている。相談室は、他の利用者に見られないよう配慮した場所（3か所）に設置している。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

(前頁のつづき)

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	○	ア	職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・改善方法等： 利用者からの意見や相談に対しての対応は危機管理（支援）マニュアルに基づいて対応している。よろず相談の記録は対応者、ケース担当、担当係長、生活支援課長、施設長が確認をする事になっており、組織的に対応することを心がけている。又、意見箱についても対応を掲示することでフィードバックを行っている。</p>							
<p>○ イ 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。</p>							
<p>○ ウ 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。</p>							
<p>○ エ 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。</p>							
<p>○ オ 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</p>							
<p>○ カ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</p>							
コメント	<p>良い点／工夫されている点： よろず相談で把握した利用者の意見等については、対応者、ケース担当者、担当係長、生活支援課長、施設長が記録を確認し、事業所組織全体で考えるシステムになっている。御意見箱に入る内容（食べ物の希望、雑誌、テレビ、備品等）は広範囲なため、各種マニュアル（支援、危機管理支援、防止・対応、苦情解決支援マニュアル）により対応しており、迅速なフィードバックを行っている。</p> <p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス (5)

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。		自己評価	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア リスクマネジメントに関する責任者の明確化(リスクマネジャーの選任・配置)、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等： 権利擁護委員会を設置し、ヒヤリ・事故担当職員を設置している。事故発生時には危機管理マニュアルを使用し、統一した対応を心がけている。又、ヒヤリハット事故報告書を提出してもらい、課題の発見や改善、情報共有を行っている。リスクマネジメント研修には職員が参加し、職員全員に情報共有を行うために、復命報告会を開催している。		○	イ	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順(マニュアル)等を明確にし、職員に周知している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	エ	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	オ	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	カ	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・見直しを行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 事業所に設置された権利擁護委員会は、施設長を責任者として、課長、課長補佐、係長、支援員、事務員、サビ管、第三者委員で構成され、ヒヤリハット・事故報告書を収集し対策を検討している。危機管理マニュアルや緊急時対応マニュアルを基に安全確保対策を職員会議で見直している。各種報告書(事故、ヒヤリハット報告書)はシステム福祉見聞録に記載され、事業報告書に掲載、考察を明示している。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

(前頁のつづき)

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	○	ア	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	☑	a
<p>判断した理由・改善方法等： 危機管理マニュアルに体制が記載されており、統一した対応がとれるようになっている。又、感染症の予防等に関する研修会には看護師や栄養士が参加し、施設内で勉強会を開催している。感染症の予防についてはコロナ感染症の流行もあり、利用者職員共に取り組むようにしている。感染症が発生した際には、感染拡大をしないように細心の注意を払って対応している。さらに権利擁護委員会でマニュアルの見直しを定期的に行っている。</p>							
<p>良い点／工夫されている点： 感染症に対する安全確保対策は、職員会議で見直され、事業報告書に経過報告と考察を掲載している。また、全体集会の場で保健・栄養指導、感染症予防の啓発を利用者にも行っている。特に感染症対策については、マニュアルの整備、全体保健指導（掲示物の作成）、予防VTR、規制の徹底、BCP（事業継続計画）の検討、備蓄品等の整備に取り組んでいる。感染症の予防、発生時対応マニュアル等を定期的に見直している。</p>							
コメント	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						
<p>○ イ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。</p>							
<p>○ ウ 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。</p>							
<p>○ エ 感染症の予防策が適切に講じられている。</p>							
<p>○ オ 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。</p>							
<p>○ カ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。</p>							

(前頁のつづき)

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	○	ア	災害時の対応体制が決められている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a				
<p>判断した理由・改善方法等： 災害時対応については危機管理マニュアルに記載されており、マニュアルの整備や備蓄品の確認や研修企画・実施は防災委員会にて行っている。2年に1回は総合防災訓練を実施し、消防署・地域消防団と連携し訓練を行っている。</p>											
								○	イ	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	ウ	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	エ	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	<input checked="" type="checkbox"/>
○	オ	防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>								
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 災害時の対応には、防災委員会（構成メンバー：防災管理者、課長、課長補佐、係長、支援員、事務員、看護師）を立ち上げており、大野市ハザードマップ、火災、地震、風水害等の非常災害対策を検討している。また、災害時備品一覧表、防災マニュアル、危機管理マニュアル、BCP（事業継続計画）、職員緊急連絡網等を整備している。避難訓練は毎年2回実施し、隔年での総合防災訓練を消防署、地域消防団と連携した訓練を行っている。</p>										
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>										

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保 (1)

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。		自己評価	○	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：標準的なサービス提供については事業計画に記載されており、権利擁護やプライバシー保護についても倫理規程に明示されている。職員への周知徹底方法としては所内研修を実施している。実施状況の確認については半期ごとに報告と改善をしながら業務を進めている。		○	イ	標準的な実施方法には、利用者の尊重や権利擁護とともに、プライバシーの保護に関わる姿勢が明示されている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	良い点／工夫されている点： 福祉サービスの標準的な実施方法については、運営指針や職員倫理規程に基づき業務計画を策定している。また、特に重要な個別支援計画は、全国救護施設協議会が作成した「救護施設個別支援計画書作成ガイドブック」を参考に、大野福祉会独自の「個別支援計画ハンドブック」を作成し「個別支援計画立案マニュアル」を整備している。権利擁護やプライバシー保護についても「職員倫理規程」の中に明示されている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

(前頁のつづき)

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	○	ア	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	☑	a
判断した理由・改善方法等： 標準的なサービス提供については生活支援会議の中で見直しや検証を行っている。特に半期毎には反省点と改善案を担当職員が提出し取りまとめている。中には個別支援計画が反映され見直しされることもある。利用者からの提案は自治会から意見を頂くことがある。		○	イ	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。	☑		
		○	ウ	検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。	☑		
		○	エ	検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。	☑		
コメント	良い点／工夫されている点： 福祉サービスの標準的な実施方法について、個別支援計画（上半期・下半期）は、利用者和其他の職員が参加するケア会議で経過検証と再検討が行われている。3か月ごとに個別支援計画の検証と見直しが行われることで、利用者の身体的状況に応じた、よりきめ細やかな計画の変更によるサービス提供を行っている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保 (2)

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。		自己評価	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
42	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。	a	○	ア 個別支援計画策定の責任者を設置している。	☑	a
判断した理由・特記事項等： 個別支援計画の責任者を2名配置し、ケア会議への参加を義務付けている。アセスメントについてはハンドブックにて、全職員に周知徹底している。新人職員には個別に勉強会を開催している。個別支援計画の策定については必要に応じて外部の方や多職種の方とも連携して作成をしている。支援困難ケースや支援統一が必要なケースは別紙（書面）にて周知徹底している。		○	イ	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	☑	
		○	ウ	部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。	☑	
		○	エ	個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	☑	
		○	オ	個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。	☑	
		○	カ	個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。	☑	
		○	キ	支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。	☑	
コメント	良い点／工夫されている点： 個別支援計画の責任者は2名配置（責任者1名とチェック者1名）され、計画の見直しを半期ごとに行っている。なお見直しの際のアセスメント手法としては、3か月ごとの経過検証と3か月先の計画の再策定を行っており、ケア会議では多職種と利用者・家族の意向も尊重され、計画策定の体制を構築している。また、変更された個別支援計画はシステム見聞録により全職員に周知している。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

(前頁のつづき)

43	② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a	○	ア	個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	☑	a				
<p>判断した理由・改善方法等：個別支援計画の見直しは基本的には半年に一度モニタリングと計画作成を行っている。入退院や緊急に支援計画を変更する必要がある場合には半年に限らずケア会議を実施し、本人に適した支援計画に変更をしている。変更した計画は全職員がシステムで確認できるようになっており、重要な変更事項については別紙報告書を提出している。</p>											
								○	イ	見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。	☑
								○	ウ	個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	☑
○	エ	個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容(ニーズ)等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。	☑								
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 年2回を基本とする個別支援計画は、半期ごとに前半3ヶ月の経過の検討と後半3ヶ月の見直しを実施することで、よりきめ細やかな計画の変更が図られる。この手法によって、曖昧になりがちな計画が理解しやすい短期計画になり、参加した利用者に理解しやすく、納得出来る個別支援計画になっている。</p>										
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>										

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保 (3)

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		自己評価	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
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	○	ア 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等：利用者個々の情報やサービス実施記録等はシステムにて記録され、いつでも全職員が閲覧することが出来るようになっている。システムの担当者が記録方法や使用方法について取り決めを行い、情報を共有している。会議や委員会など多職種ともその情報を共有している。又、会議録もシステムで全職員が閲覧でき、情報共有を出来る体制を整えている。		○	イ	個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	エ	組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	オ	情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	カ	パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 個別支援計画の策定では、統一した個別支援計画ハンドブックや支援マニュアルの整備によって、統一性の高いサービスの提供と全職員が理解しやすい書式を通して記録の整理を行っている。また、各委員会、職員会議、調整会議の記録も統一表現化され、利用者のサービス実施状況が統一性の高い記録によって、職員同士の共有化を図る仕組みを構築している。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

(前頁のつづき)

45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	○	ア	個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。	☑	a				
<p>判断した理由・改善方法等：記録の管理については規定集に明記されている。個人情報については職員と誓約書を取り交わし、十分に注意するように周知している。個人情報の取扱いについては保護者には保護者会の際に、利用者には入所時に説明している。</p>											
								○	イ	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。	☑
								○	ウ	記録管理の責任者が設置されている。	☑
								○	エ	記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	☑
								○	オ	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	☑
○	カ	個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。	☑								
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 利用者の記録管理等については「大野福祉会規定集」に明記されおり、記録管理と個人情報の管理者、職員は運営規定、個人情報保護規程を理解し、個人情報誓約書を取り交わしている。また、利用者と家族に対しては、入所時説明マニュアル、保護者会添付文書、ホームページ同意書等を説明し、個人情報の取扱いを理解を図っている。棟内職員室の鍵付き書庫にケース記録等の重要書類が保管され、パソコン内のデータについては、各職員のパスワードの入力により管理している。</p> <p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>										

救護施設版自己評価シート（兼調査台帳）【内容評価基準】

A-1 支援の基本と権利擁護（1）

A-1-(1) 支援の基本		自己評価	○	評価の着眼点（該当する場合は○印を記入）	評価結果	
46	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。	a	○	ア 利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・特記事項等：利用者の自己決定や主体性を尊重するために、個別支援計画書に買い物・外出、趣味的な活動等の支援プログラムが用意され、個別支援を重視している。また、新型コロナウイルス感染症により集会は自粛しているが、自治会活動等を通して利用者同士が話し合い、希望する行事等を行っている。		○	イ	利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	エ	生活に関わるルール等については、利用者と話し合う機会（利用者同士が話し合う機会）を設けて決定している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	オ	利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組を通じて具体化されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	カ	利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 自治会（がんばろう会）が中心になり喫茶運営を行っており、利用者に対し飲み物を提供（有料）している。利用者の権利については、権利擁護委員会が中心となり月1回検討しており、職員全員に対し職員会議で話し合い、理解、共有の場を設けている。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

(前頁のつづき)

47	② 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a	○	ア	利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。	☑	a
<p>判断した理由・特記事項等:個別支援計画作成の手順において、自律や自立生活に向けての支援を重視して計画を作成している。身近な生活の中でのルール、社会でのルールなど一般的なスキルを身に付けてもらえるよう個別支援計画書に反映している。又、介護や心身の状況により適切な施設への移行の為、介護認定や手帳の申請を行い、他施設への移行が出来るよう支援している。</p>							
			○	イ	利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。	☑	
			○	ウ	自律・自立生活のための動機づけを行っている。	☑	
			○	エ	生活の自己管理ができるように支援している。	☑	
			○	オ	行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。	☑	
			○	カ	必要に応じて他法による福祉サービスを利用できるよう支援している。	☑	
			○	キ	利用者が死亡した際の手続きなどを確認し、適切に実施している。	☑	
コ メ ン ト	<p>良い点／工夫されている点： 居宅生活訓練事業で、地域生活を希望する利用者が円滑に移行できるよう訓練用住宅を利用し、専門員と連携を取りながら社会自立に向けた訓練を行っている。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

(前頁のつづき)

48	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	○	ア	利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機会や方法によりコミュニケーションがはかられている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a				
<p>判断した理由・特記事項等：言語でのコミュニケーションが取りにくい利用者へは、個々の状態・状況に合わせたツールを用いることで意思確認を行っている。食事の献立等メニューについては、イラストや写真つきなど構造化を重視し、分かりやすく提示している。疎通が困難な利用者の方については、個々に合わせたツール（ボードやジェスチャーなど）を用いて、職員間で理解し、共有するなどの工夫を行っている。他の利用者の方から情報も聞きながら支援に役立たせている。</p>											
								○	イ	コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	ウ	意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	エ	利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	オ	必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>
コメント	<p>良い点／工夫されている点： SST（ソーシャルスキルトレーニング）活動を月1回実施し、生活の中で起こる困ったことなどをロールプレイを通して行う事で、日々の生活の自信につなげる訓練を行っている。</p>										
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>										

(前頁のつづき)

49	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。	a	○	ア	利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・特記事項等：日々の利用者の生活場面による相談は、各寮の職員が行っており、支援課課長補佐、係長によるよろず相談、医療に関わることは看護師による医療相談、給食関係は栄養士による栄養相談と、誰もが相談出来るよう配慮もしている。また、対面での相談が苦手な利用者に対しては意見箱を設置することで対応している。		○	イ	利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	利用者の自己決定の支援を適切に行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	相談内容について、関係職員による検討と理解・共有を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	オ	相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 利用者への個別支援では、利用者話す時間や買い物などにあてている。よろず相談（週1回）では、課長補佐や係長が苦情や意見をはじめ、要望悩みなどの相談に応じている。また、月1回の各種相談（医療、栄養相談）も行っている。利用者からの意見・要望を把握するため、意見箱を談話室に設置し、その回答について掲示している。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

A-1-(1) 支援の基本		自己 評価	○	評価の着眼点(該当する場合は○印を記入)	評価結果	
50	⑤ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用者支援等を行っている。	a	○	ア 個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動(支援・メニュー等)の多様化をはかっている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・特記事項等:地域の交流行事など新型コロナ感染症対策により制限がある中でも、感染状況に合わせ出来かぎりの活動を取り入れている。例えば買い物外出の制限については、少人数での外出や希望を聞きながら職員が代行し。スポレク等交流行事なども出来る限り参加した。		○	イ	利用者の状況に応じて活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	利用者の意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	エ	文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	オ	地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	カ	個別支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コ メ ン ト	良い点/工夫されている点: 日中活動は、利用者の年齢や能力にあった班分け(なごみ、こでまり、農耕、のぞみ、内勤・外勤実習班)により実施しており、利用者の希望に応じて年度途中の班変更にも柔軟に対応している。余暇活動も、利用者が楽しめる企画を提供して。					
	改善できる点/改善方法: 特になし。					

(前頁のつづき)

51	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	○	ア	利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等：利用者の居室は基より、談話室や食堂、廊下とほぼすべての生活空間には冷暖房を完備し、利用者の声を聴きながら調整している。居室を含め、館内の掃除・トイレ掃除などは午前の活動前に行えるよう日課時限の変更を行った。浴室掃除は、週1回（水か木の午後）、かえで寮トイレはよもやま作業所に委託し週2回掃除を行っている。かえで寮増設により大部屋解消を行い、利用者が思い思いで過ごせるよう配慮し、必要な個所には手すりを設置、転倒時の怪我防止のための廊下の床のソフト化、介助を必要とする利用者には低床ベッドを配置するなど安心・安全に配慮している。又、利用者間の問題や病気など緊急の場合にはショートルームを利用したり、居室替えを行っている。</p>							
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 居室は2～3人部屋を基本とし、2人部屋では個別確保の為に壁で区切り、入り口はカーテンをしてプライベート空間を確保できるよう工夫している。自治会から出た意見をふまえ、談話室の椅子、机を新調し、エアコンも取り付けしている。安全面に配慮したクッション床や2段になった手すりの設置など、利用者が使いやすいように配慮がなされている。</p> <p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

A-1 支援の基本と権利擁護(2)

A-1-(2) 権利侵害の防止等		自己評価	○	○	評価の着眼点(該当する場合は○印を記入)	評価結果	
52	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。	a	○	ア	権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・特記事項等: 身体拘束が必要になった利用者へは、手続きに則り一時的に実施、権利擁護委員会にて報告を受ける。また、権利侵害防止のため、利用者アンケート、職員のセルフチェックとグレーゾーンの提出を年2回実施、アンケートの内容集計は廊下に掲示、セルフチェックの結果は各寮に配布し、各寮ごとに話し合い検討している。権利侵害発生時は、再発防止策の含め、権利擁護(虐待防止)委員会にて検討と対応を行うこととなっている。その他、権利侵害防止等については、復命報告会など研修会を開催周知を図っている。	○	イ	権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等を明確に定め、職員に徹底している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	オ	権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	カ	権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点/工夫されている点 権利擁護委員会が中心になり利用者アンケートを年2回実施し、その集計結果は利用者への配布および掲示を行っている。年2回職員セルフチェックを実施し、グレーゾーンの職員へは権利擁護委員会が聞き取りをし、報告書にまとめ上司に報告している。身体拘束が必要な利用者への対応については、同意書をもらい定期的(3か月に1回)に見直しを行っている。</p> <p>改善できる点/改善方法: 特になし。</p>						

A-2 生活支援 (1)

A-2-(1) 日常的な生活支援		自己評価	○	○	評価の着眼点(該当する場合は○印を記入)	評価結果	
53	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	○	ア	職員は支援に必要となる専門知識の習得と支援の向上をはかっている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・特記事項等:新型コロナ感染症対応のため制限がある中、職階別の研修会を実施、困難事例などはケアマネ研究会を通じて県立大学より助言を得ながら支援の質向上を図っている。個別対応が必要な利用者においては個々に対応表を作成し全職員に提示することで対応の統一化を図っている。	○	イ	利用者の障害等による行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	利用者の不適応行動などの行動障害に個別的かつ適切な対応を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	行動障害など個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等にもとづき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	オ	利用者の障害等の状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点/工夫されている点: 困難事例については、ケアマネ研究会を通して、外部有識者(県立大学教員)による助言のもと、検討会を行い(年3~5回)支援の資質向上を図っている。また、個別対応が必要な利用者には、別部屋を用意するなどの落ち着いた環境の配慮のもと支援するなど柔軟な対応をしている。</p>						
	<p>改善できる点/改善方法: 特になし。</p>						

(前頁のつづき)

54	② 利用者の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。	a	○	ア	利用者の心身の状況に応じて入浴支援や清拭等を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・特記事項等：入浴に関しては介助入浴は週3回、自主入浴は1日おきで実施。自主入浴に関しては毎日可能。入浴支援、排泄支援、移動・移乗支援等についての個々の対応についてはマニュアル（手順書）を作成し、利用者及び職員に周知している。		○	イ	利用者の心身の状況に応じて排せつ行為を行っている。		<input checked="" type="checkbox"/>	
		○	ウ	利用者の心身の状況に応じて移動・移乗支援を行っている。		<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	<p>良い点／工夫されている点： トイレにシャワー室があり、衛生面に配慮した造りとなっている。自主入浴者は夕方から夜間にかけて毎日入浴が可能であり、介助を必要とする入浴者には職員が日中対応を行っている。部屋の前に排泄チェックボードがあり、職員が共通認識し、適切な対応ができるように工夫されている。建物の周りに歩行訓練が行えるコースがあり、安全に歩行訓練ができるようになっている。また、リハビリが必要な利用者には、週1回、外部から理学療法士が来所し、心身機能と日常動作の回復・維持に努めている。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

(前頁のつづき)

55	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	○	ア	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく食べられるように工夫されている。	☑	a				
<p>判断した理由・特記事項等：多職種と連携を取ることで食事変更を速やかにしている。主に主食に関しては選択可能であり、利用者の意見を献立に反映している。喫食場所も2箇所あり、ゆとりのある空間を作り、座席は希望にも応じて無理のないようにしている。急な変更は速やかに行い、職員間で間違いのない体制を作っている。</p>											
								○	イ	食事を選擇できるよう工夫している。	☑
								○	ウ	食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。	☑
								○	エ	利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援等を行っている。	☑
○	オ	誤嚥、窒息など食事中の事故発生の対応方法や衛生管理の体制を確立し、日頃から確認と徹底を行っている。	☑								
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 食事は温冷ショーケースを使用している。視覚障がい利用者に対しては、白の食器が見ずらいので色付きの食器を使用したり、介助なしで一人で食事できるように、トレーにすべり止め置くなどの工夫をしている。ミキサー食は、食材をこす作業をして利用者が口当たりよく食べられるようひと手間を加えている。食材の刻みも、あら刻み、中刻み、小刻みと様々な刻みをするなど、利用者に合わせた対応をとっている。</p> <p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>										

A-2 生活支援 (2)

A-2-(2) 機能訓練・生活支援		自己評価	○	○	評価の着眼点(該当する場合は○印を記入)	評価結果	
56	① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練や生活訓練を行っている。	a	○	ア	生活動作や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・特記事項等：毎週土曜日に外部のPTによる機能訓練を実施、日常においてはなごみ班にて生活動作に繋がるような、歩行や軽運動や創作活動等を行っている。また、居宅生活訓練事業を利用している方に対しては、地域移行を目的とした生活訓練を実施、関係機関とも連携して支援に当たっている。		○	イ	利用者が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう工夫している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	利用者の障害の状況に応じて専門職の助言・指導のともに機能訓練・生活訓練を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	利用者一人ひとりの計画を定め、関係職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	オ	定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練計画や支援の検討・見直しを行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	良い点／工夫されている点： 週1回、外部の理学療法士による機能訓練を行っており、日常においても歩行訓練や軽運動を取り入れている。また、居宅生活訓練事業を通して地域移行も積極的に行っており、関係機関とも連携を取りながら支援している。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

A-2 生活支援 (3)

A-2-(3) 健康管理・医療的な支援		自己評価	○	○	評価の着眼点(該当する場合は○印を記入)	評価結果	
57	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	○	ア	日頃から支援のさまざまな場面をつうじて、利用者の健康状態の把握に努めている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・特記事項等:健康観察表や申し送りにて把握、内容により看護師が対応している。健康相談や健康面での説明の機会は、往診時(月1回)や受診時等で医師に相談し説明を受けることを行っている。全体集会時(7月、11月)に利用者に健康に対する意識向上の為の話をしているが、近年は新型コロナウイルス感染症対応にて、全体集会が開催出来ない為、ポスター掲示と個別の医療相談時に対応している。通院は看護日誌(通院計画書)で管理し、利用者の急変時には、病状によって通院先を判断し通院対応している。新任職員、中堅職員に対し、看護師が所内研修を行っている。また、医療相談にて、個別に利用者の相談内容での解決策を職員に説明や指導を行っている。		○	イ	医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ	利用者の障害、疾病の状況にあわせた健康管理の支援や健康の維持・増進のための工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ	利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	オ	利用者の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点/工夫されている点: 健康に対する意識向上の為、ポスター掲示や個別医療相談対応で注意を促している。利用者全員に対し、検診車による生活習慣検診を年1回行っている。定期通院者の予定表を作成し漏れがないように管理している。また、嘱託医は緊急時でも対応しており、夜間は近くの病院へ搬送している。						
	改善できる点/改善方法: 特になし。						

(前頁のつづき)

58	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。	a	○	ア	医療的な支援の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a				
<p>判断した理由・特記事項等: 医療的支援は基本的に看護師が実施しており、服薬管理においては、自己管理者には、週一回(金曜日、祝日の場合は前日)お薬カレンダーを使用し、飲み忘れ等がある場合は、本人に説明や指導を行い、内容をケースに記録している。施設管理の方に対しては、投薬時に声掛け確認等を行い誤薬に努めている。投薬の変更がある場合は、変更日を朝礼や夕礼で伝達しケース記録に残している。慢性疾患やアレルギーのある利用者は、健康管理簿に記載し、急変時は病院へ連絡し対応している。入退院や通院については、漏れが無いよう、看護日誌(通院計画書)を使用し支援している。往診や受診を通して、医師より指導や助言を受け、内容をケースに記録して管理している。血糖の際の針等は、嘱託の病院に処理をお願いしている。休日等の看護師が不在時はオンコール制を取っており、連絡が取れるようになっている。新任職員、中堅職員に対し、看護師が所内研修を行っている。</p>											
								○	イ	服薬等の管理(内服薬・外用薬等の扱い)を適切かつ確実にやっている。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	ウ	慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	エ	利用者の通院、入院などを適切に支援している。	<input checked="" type="checkbox"/>
								○	オ	医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が構築されている。	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>良い点/工夫されている点: 医療廃棄物は嘱託医の病院で廃棄している。また、精神科の薬は量が多いため1つの袋に梱包を依頼し誤薬がないように工夫している。BCP(事業継続計画)では、新型コロナウイルス感染症対応方法を取り決めている。</p>											
								<p>改善できる点/改善方法: 特になし。</p>			

A-3 自立支援 (1)

A-3-(1) 社会参加の支援		自己評価	○	○	評価の着眼点(該当する場合は○印を記入)	評価結果	
59	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	○	ア	利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・特記事項等：談話室に新聞や雑誌、市報等を置き、県内市内の行事等社会参加のための情報としている。また、行事等の情報を希望する利用者へは、個別支援計画に反映させ、情報提供を行っている。 新型コロナウイルスにより、利用者の社会参加には様々な制限を受けているが、感染状況により、学習支援としては、毎週図書館外出等により機会を提供、少人数での外出を計画したり、他施設との交流活動を行っている。また、なごみ班では季節に応じた創作活動を行っており、毎年文化祭に作品を展示している。		○	イ	利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	利用者の希望と意向を尊重して資格取得等の学習支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	利用者の社会参加の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	良い点／工夫されている点： 居宅社会事業訓練を利用している利用者は自治会に所属し、町内の奉仕作業に参加している。談話室には、雑誌、大野市市報、新聞（5社以上）を置き、様々な情報を得ることができる。なごみ班が活動で制作した作品を地元の文化祭に展示している。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

A-3 自立支援 (2)

A-3-(2) 就労支援		自己評価	○	○	評価の着眼点 (該当する場合は○印を記入)	評価結果	
60	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	○	ア	利用者一人ひとりの働く力や可能性を引き出すような取組や工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等: 利用者の平均年齢が70歳であり、就労支援を行っている利用者は限られているが、特に居宅生活訓練事業を利用している方には、地域移行に際してハローワークなども活用し就労支援を行っている。施設内においては、年度末に所属班への希望を取り、個々にあった支援を行っている。又、個別支援計画により利用者の意向を尊重し支援しており、その中で相談に乗ったり、意欲を高めるよう努めている。</p>		○	イ	利用者一人ひとりに応じた就労支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	ウ	利用者の意向や障害の状況にあわせて、働くために必要なマナー、知識・技術の習得や能力の向上を支援している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	エ	働く意欲の維持・向上のための支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	オ	仕事や支援の内容について、利用者と定期的に話し合いを行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		○	カ	地域の企業、関係機関、家族等との連携・協力のもとに就労支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点/工夫されている点: 施設内では、各班(農業、こでまり、のぞみ、内勤実習)に分かれ作業を行っており、就労を取り入れた活動を行っている。また、外勤をしている利用者もあり、利用者の意向や障がいの状況に合わせ、働く意欲の維持・向上の為の支援を行っている。</p>						
	<p>改善できる点/改善方法: 特になし。</p>						

A-3 自立支援（3）

A-3-（3） 家族等との連携・支援		自己評価	○	評価の着眼点（該当する場合は○印を記入）	評価結果	
61	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	○	ア 家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・特記事項等：盆・正月を利用しての帰省については、本人、家族の意向を聞き対応しているが、新型コロナウイルス感染症の状況により近年実施出来ていない。又、面会についても自粛する事も多くあった。利用者の急変時等への身元引受人への連絡のルールは、危機管理マニュアル（緊急対応マニュアル）に明示され、内容は個々のケース記録に記載してある。施設移行などにおいて身元引受人が不在の場合、成年後見制度の申し立ての取り組みも行っている。ホームページや広報誌「雪やなぎ」を通して、生活状況を発信している。家族などからの訴えに対しては、訴え時その都度対応しており、個々のケース記録や報告書にて報告をしている。		○	イ 利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ 利用者の生活や支援について、家族等と交流する機会を設けている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ 家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	オ 利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	カ 帰省（外泊等）中の利用者と家族等の支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	キ 利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： ホームページ掲載や広報誌「雪やなぎ」を年2回発行し、利用者の生活状況を発信している。家族などからの訴えに対しては、その都度対応しており、個々のケース記録や報告書にて報告している。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

A-3 自立支援（4）

A-3-（4） 地域生活への移行と地域生活の支援		自己評価	○	○	評価の着眼点（該当する場合は○印を記入）	評価結果	
62	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	○	ア	利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・特記事項等：新型コロナウイルス感染症対応のため支援に制限があるが、救護施設居宅生活訓練事業を活用して、地域移行支援を実施している。			○	イ	利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意欲を高める支援や工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ	地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望が尊重されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ	地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	オ	地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域の関係機関等と連携・協力している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 地域生活を希望する利用者には「訓練用住居」での居宅生活訓練事業を活用して、利用者の個別支援計画をもとに各専門スタッフと連携して社会自立に向けた取り組みを行っている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

A-4 地域の生活困窮者支援（1）

A-4-(1) 地域の生活困窮者等の支援		自己評価	○	評価の着眼点（該当する場合は○印を記入）	評価結果	
63	① 地域の生活困窮者等を支援するための取組や事業を行っている。	a	○	ア 地域の生活問題や生活困窮者等について、職員の学習や協議する機会を設けている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・特記事項等：生活困窮者への支援は、生活保護受給の有無により、受給に至らないよう支援することが求められており、生活困窮者自立支援センターふらっとでの取り組みや、地域公益事業として、緊急一時宿泊事業、ふくふく暮らしサポート事業を行っている。		○	イ 地域の生活困窮者等の支援について、地域の関係機関や他の福祉施設・事業所と情報交換している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	ウ 生活困窮者等の支援における救護施設の専門性や支援ノウハウを関係機関等と共有している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	エ 地域の生活困窮者等を支援するための事業・活動を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			○	オ 地域の生活困窮者等の支援ネットワークの構築や事業・活動に参画・協力している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 地公益事業として「緊急一時入所事業（すまいる）」や「ふく福暮らしサポート事業（生活困難者総合相談・生活支援事業）」を実施している。緊急一時入所者に対しては短期目標を立て、自立支援につなげている。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					