

(様式第3号)

奈良県福祉サービス第三者評価 受審証明書

事業者名：社会福祉法人 総合施設美吉野園

代表者氏名： 理事長 東 好子

上記の事業者は、奈良県福祉サービス第三者評価事業実施要綱に基づく福祉サービス第三者評価を受審し、その結果の公表に同意したことを証する。

1. サービス種別： 障害者・児施設

2. 評価受審年度： 平成 30 年度

3. 評価年月日： 平成30年12月12日 (評価決定年月日)

4. 評価結果の公表

- 1) 奈良県福祉サービス第三者評価推進組織の運営するホームページ
- 2) 独立行政法人 福祉医療機構の運営する「福祉保健医療情報ネットワークシステム (WAMNET)」に掲載
- 3) 特定非営利活動法人 ふくてっくの運営するホームページ

平成30年12月12日

評価機関名： 特定非営利活動法人ふくてっく

代表者氏名： 理事 小川忠雄 印



(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名： 社会福祉法人総合施設 美吉野園

評価実施期間：平成30年8月10日～30年12月12日

1 評価機関

| | |
|-----|--------------------------------------|
| 名称 | : 特定非営利活動法人 ふくてっく |
| 所在地 | : 大阪市住之江区南港北2-1-10 ATC ITM棟11階エントランス |

2 事業者情報【平成30年8月13日現在】

| | | | |
|----------------|--|-------------------|--------------------------------------|
| 事業所名称 (施設名) | 障害者支援施設 大淀園 | サービス種別: | 障害者支援施設(生活介護・施設入所支援・短期入所・日中一時支援) |
| 開設年月日 | 平成10年5月1日 | 管理者氏名 | 森川敬介 |
| 設置主体 | 昭和28年7月17日 | 代表者 職・氏名 | 理事長 東 好子 |
| 経営主体 | 昭和28年7月17日 | 代表者 職・氏名 | 理事長 東 好子 |
| 所在地 | 〒638-0821 | 奈良県吉野郡大淀町下湊1623-2 | |
| 連絡先電話番号 | 0747-52-6486 | FAX 番号 | 074752-6503 |
| ホームページアドレス | http://www.mivoshinoen.jp | | |
| E-mail | ovodoen@mivoshinoen.jp | | ※左記のoyodoen、mivosinoen vではなくyにご注意 |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

| | |
|-----------|--|
| 基本理念・運営方針 | |
| 【理念】 | ご利用者に安らぎと幸せを 職員は真心と向上を |
| 【基本方針】 | |
| 法人指針 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 目指すもの * 社会貢献、地域貢献 * より良き運営 * グローバルな感覚 ・ 大切にしているもの * 職員 多様性を尊重し、成長を支援します。 * ご利用者 かけがえのないパートナーになります。家族意識を持って親切に誠意を尽くします。 * サービス技術 常にスキルアップを目指します。 * サービス品質 常に向上を目指します。 |
| 行動指針 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 常に社会環境に目を向け、良き社会人として行動します。 ・ ご利用者の立場に立って誠意を尽くします。 ・ 現場、現実を直視し、ご利用者の安全を守ります。 ・ チャレンジ 高い目標を掲げ、達成に向けて粘り強く行動します。 ・ スピード対応 目標に向かって迅速に、臨機応変に行動します。 連絡は素早く、報・連・相を大切に。 ・ チームワークを大切 組織を超えて目的を共有します。 |
| 行動規範 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 人権尊重 ・ 法令遵守 ・ 公平・公正 ・ 機密の保持 ・ 権限・責任一致の原則 ・ 業務上の立場を私的に利用しません。 |
| 事業方針 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 自己革新により、ご利用者により良いサービスを提供します。 ・ ソリューション（解決力）を高め、地域コミュニティを大切にします。 ・ 各セクション連携を深め、地域に密着した事業展開を行います。 |

【利用者の状況】

| | | | |
|-------|-------|--------|------|
| 定 員 : | 100 人 | 利用者数 : | 99 人 |
|-------|-------|--------|------|

※) 施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、その施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜添付してください。

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

2 事業者情報【平成30年8月13日現在】

【職員の状況】

| 職 種 | 勤 務 区 分 | | | | 常勤換算 ※ | 基準職員数 ※ |
|----------------------------|---------|-----|-----------|-----|-----------|------------|
| | 常 勤 (人) | | 非 常 勤 (人) | | | |
| | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | | |
| 介護支援専門員 | 12 | | 2 | | | |
| 介護福祉士 | 38 | | 3 | | | |
| 医師 | | | 1 | | | |
| 看護師 | 4 | | 4 | | | |
| 管理栄養士 | 1 | | | | | |
| 音楽療養士 | 1 | | | | | |
| 理学療法士 | 3 | | | | | |
| | | | | | | |
| 前年度採用・退職の状況： | | 採 用 | 常 勤 | 0人 | 非 常 勤 | 2人 |
| | | 退 職 | 常 勤 | 1人 | 非 常 勤 | 2人 |
| ○常勤職員の当該法人での平均勤務年数 | | | | | 13.4 年 | |
| ○直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数 | | | | | 13.4 年 | |
| ○常勤職員の平均年齢 | | | | | 42.4 歳 | |
| ○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢 | | | | | 42.4 歳 | |

※常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

3 評価の総評

◇特に評価の高い点

■多くの委員会が設置され、部門横断的に多くの職員が参加して運営課題の把握と改善への取組を実践しています。各委員会は前年の委員長が委員に残留するほか、委員の固定化を避け、委員会活動の継続性と革新性のバランスを図るとともに、全職員の関与を促しています。さらに品質管理委員会が各員会の成果を検証する仕組みがあるとともに、各職員はBSC活動を通じて、意識を共有しています。このように様々な課題が、委員会活動を通じて各セクションに水平展開する仕組みは見事です。

■総合施設を統括する施設長と、各セクションの管理者の責任と権限が明確にされており、管理者のリーダーシップが発揮されています。各セクションの連携が図られて法人の経営課題が共有されるとともに、職員育成や地域福祉課題への対応に総合施設の強みが活かされています。

■新任職員に対して、総合施設の強みを活かした幅広い実務研修の機会をつくっています。実習期間は3か月に及びます。

■ISO、奈良県認証制度、監査法人による内部監査、そしてこの度福祉サービス第三者評価を受審するなど、多角的に法人運営を検証し、組織運営の公正性・透明性・持続性・発展性を担保して福祉サービスの質の向上に努めています。

■事業規模に照らして監査法人の設置義務はありませんが、監査法人をおき公正な経営の取組が行われるとともに、情報が公表されています。

■地域には多様な福祉課題が潜在し、制度のはざまに取り残される人がいますが、法人は地域に根差した長い歴史と総合施設の強みを活かしたワンストップの在宅支援に注力しています。

■災害を想定した避難訓練が実施されており、災害備蓄は200人分×5日対応の備えがあり、利用者・職員のみならず地域住民への配慮がなされています。施設は平屋構造となっており、建物周囲に十分な空地を有しているので火災の場合に容易に避難することができます。

■様々な記録の様式が系統的に整理されており、記述内容が均質に、かつ過不足なく記載されています。またその管理状況も極めてシステム的であり、必要な情報が迅速に抽出できる仕組みとなっています。

■音楽療法を早くから取り入れ、多岐に亘る医療的効果とともに施設生活に潤いと活気をもたらしています。

■3名の理学療法士を配置して入所者のリハビリに努め、高齢化・重度化が進む入所者の拘縮緩和をはかり、気持ちや機能維持にあたっています。

■多数の看護師を配置するとともに、内科医をはじめ専門医が利用者の日常の健康管理に努めています。医療機関との連携もあって、必要な医療を適切に受けることが出来ます。

■食事や日中に過ごすホールは広く高天井の開放的空間となっており、各居室でのプライバシー空間とのメリハリがあり、一日の生活にリズム感を与えています。

※福祉サービス第三者評価では、こうしたハード面の設えに着目した評価は控えるのが通例ですが、与えられた環境を有意義に活用して効果をあげている事実を評価します。

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

◇改善を求められる点

- 非正規職員に対する管理者の意思疎通を円滑にするための仕組みが求められます。

- 利用者の重度化が進むなかで、居室の個室化が図られており、これに対応して、その日常生活支援の職員体制を質・量の両面で、より充実することが課題となっています。

- 利用者本人にわかりやすい説明資料作成の工夫が不十分です。

- 社会生活学習や施設外体験プログラムが伴っていません。入所者の高齢化・重度化が進み、地域移行への意欲は旺盛ではなく、施設としての取組もありません。しかしながら、その成否はともかくとして、地域移行に向けた情報提供や働きかけは、生きる意欲を向上させるためにも必要です。

4 施設・事業所の特徴的な取組

- ・内部統制システムを構築し、ISO継続審査・会計監査・内部監査を受け、適正評価を得ている。
- ・各委員会の一年の振り返りを展示し、ご利用者・ご家族・職員・大淀園にお越しの方々に見ていただいている。また、大淀園での生活風景も月に一回展示しています。
- ・ノーリフティングポリシーに基づき、リフトやその他の福祉機器を利用し、ご利用者に安心安全な移乗をしていただいていると共に職員の腰痛予防に努めている。
- ・音楽療法士による音楽療法を行っている。
- ・防災倉庫を二箇所設置し、地域の方々を含め、備蓄食を1食200名分を5日分用意している。また、町内の福祉避難所として行政と協定を結んでいる。

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

I 福祉サービスの基本方針と組織

※以下の評価コメントにおいて、「法人」は社会福祉法人総合施設美吉野園を指し、「施設」は大淀園を指すものとします。

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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|---|---------------------------------------|---------|--------|
| 1 | ⁻¹ 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>法人理念を「ご利用者に安らぎと幸せを、職員は真心と向上を」とし、パンフレット、ホームページ、毎年度事業計画書に記載するなどして、明文化されています。また、法人経営方針には、法人指針として、地域社会貢献を第一に掲げるとともに、利用者の安らぎと幸せお保証するにはまず職員の働きやすさが重要であるとしています。地域社会貢献に取り組む方針も、行動指針、行動規範、事業方針から読みとることができ、法人の特色を明確にする意図が窺えます。しかしながら、戦略的にはこれまでは職員による意識共有が中心となっていて、利用者とも共有するという取組が十分ではありませんでした。利用者の主体性を尊重する意味で、理念や基本方針は利用者やその家族等にも周知されることが必要です。職員が知っていれば利用者に伝わるといったものではありません。利用者にわかりやすく理念・基本方針を周知徹底するためのしくみづくりが望まれます。</p> | | | |

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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|--|---|---------|--------|
| 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 | a |
| <p><コメント></p> <p>毎月1回の代表者会議（施設長、管理者、サービス管理者、エリアリーダー、理学療法士、音楽療法士、看護師）において、法人を取り巻く環境と経営状況を把握・分析しています。法人が位置する地域における福祉課題として、医療行為が必要な利用者等の要支援者に対応する在宅支援に総合的に取り組むことを確認し、ワンストップの窓口設置と福祉人材の確保・育成を課題としています。また、これらの課題を、総合施設ならこそ取り組むべき課題として、法人全体の事業計画に盛り込んでいます。</p> | | | |
| 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 | b |
| <p><コメント></p> <p>経営課題については、定期的開催される代表者会議などで検討・見直しを行い、理事会・職員会議で報告され、役員・職員に共有されています。明確にされた課題は、長期的な収入低下傾向のなか①人材確保②地域連携③ショートステイでのリハビリが挙げられています。①については独自の手法が図られています。②については施設内完結を是正する取組が検討されています。③については今後の課題です。これらの課題に対して施設内部に多様な委員会を組織し、具体的な取組を進めています。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|--|--|---------|--------|
| 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 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人としての中長期計画が策定されています。法人は、平成30年5月で創立70周年を迎え、これまでの歩みを創立70周年冊子にまとめ、玄関ホールの棚に、30年度事業計画等と一緒に、誰でも閲覧できるようにしています。法人事業計画における重点事項としては、①介護保険事業：介護や支援が必要になっても地域で安心して暮らしていけるように包括的に支援・サービスを提供する体制を整備する。②障害福祉サービス事業：障害者等の自己決定の尊重と意思決定の支援を行い、質の高いサービス提供を目指す。③在宅福祉サービス事業：多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築し、在宅での生活を支える。と掲げています。更に、新たな気持ちで、次の10年に挑みましょう。『新たな挑戦NewチャレンジでNew美吉野園に』とし、今後の法人の方向性も示しています。そうしたビジョンは、職員にもよく周知され共有されています。</p> | | | |
| 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 | a |
| <p><コメント></p> <p>中・長期計画に即した形で単年度計画が策定されています。30年度の具体的事業内容としては、①吉野学園災害復旧工事、②特養寮プライバシー保護のための浴室改修、③美吉野園創立70周年記念行事、④大淀園外部改修事業、⑤防犯対策強化事業、⑥吉野学園「糸紡ぎ体験」のワークショップを通じた地域交流を掲げています。福祉サービスの質を数値化することは難しいことですが、これらの事業内容は、30年度資金収支予算計画にも反映され、実現可能性の高い計画となっています。</p> | | | |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 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 | a |
| <p><コメント></p> <p>職員がSWOT分析を行い、施設の強み・弱み・機会・脅威を把握し、BSC（戦略的目標管理制度）を導入し、それをもとに事業計画を策定しています。BSCは、四つの視点、①財務、②地域・利用者、③業務プロセス、④人材育成から分析評価する手法で、経営理念を達成するためや職員一人ひとりの経営意識が育つように取り組んでいます。これにより、一人ひとりの目標意識を明確に持つことができ、その総合として、組織としてやるべきことも明確になったようです。進捗状況の確認や見直しは、四半期ごとに法人の全セクションが集まり、トップマネジメントへの報告会として実施しています。この報告会の特徴は、特に力を入れて頑張った点を報告することを優先順位とし、目標達成感と共に職員のやる気につながる報告会としていることは評価できます。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

| | | | |
|---|------------------------------|---|---|
| 7 | -2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>全職員が参画して作成された事業計画は、保護者会や日常的に行われる利用者のグループワークにおいて、その内容を説明しています。30年度の重点主題は、意思決定ガイドラインにそって利用者にしっかり寄り添って意思をくみ取ることとしています。保護者会への出席率を高めるために、今年は、保護者会開催通知を往復はがきを使って募ったところ、7割の返信があり、実際の出席率の大きな向上には至っていませんが、積極的な取り組みは評価されます。31年度のテーマは「人権擁護」。利用者や家族にとってもいよいよ難しく核心的な課題となります。HP等に掲載するだけにとどまらず、利用者や保護者の方に周知され、理解しやすい工夫の取組みに期待します。</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

| | | | |
|---|--|---------|--------|
| 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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 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。 | a | b |
| <p><コメント></p> <p>品質管理委員会を中心に評価結果を分析・検討し、改善に取り組むしくみが確立しています。年に1回、全職員で「身障協ケアガイドライン」を活用し、ケア・スタンダードを理解し一層のレベル向上を図ることに取り組むなど、常にPDCAサイクルを意識した福祉サービスを実施しています。法人では年2回内部監査を実施するとともに、平成23年にISO9001を取得し、平成29年に更新して必要な書類を規格要求事項を整備して組織を確固たるものとし、奈良県認証制度を導入して働く環境を整え、加えてこのたび整えられた体制が実際に機能して、職員の働きやすさや資質の向上、そして最終的に利用者の利益等に還元されているかを再確認して、さらに経営課題を明確にすることを目的として福祉サービス第三者評価を受審されました。今回初受審ですが、従前から毎年自己評価を実施しているなど、サービスの質の向上に向けた取り組みは高く評価できます。</p> | | | |
| 9 | -2 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | a | a |
| <p><コメント></p> <p>品質管理委員会が中心となってSWOT分析に基づき、取り組むべき課題を明確にし、必要に応じて改善計画の見直しを実施し、各委員会に提示しています。施設の強みは、看護師、理学療法士、音楽療法士、栄養士など多職種連携のもとに利用者の支援をおこなうことができること、緑豊かな広い土地があること、立派な施設建築であること、そして5年前から取り組んできたISO認証やBSCおよび内部監査の取組などです。一方弱みは、そうしたハード（仕組み）面の強みを十分に活かすためのソフト（実際に動かしてゆく職員の理解度や習熟度）の構築が遅れていることとしています。9委員会では、こうして提示された課題に対して見直し・検討を行い、それを水平展開してさらにBSCにつなげる仕組みがあり、PDCAサイクルの実効性が高く評価できます。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|---|--------------------------------------|---------|--------|
| 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 | b |
| <p><コメント></p> <p>施設は法人本部にほど近い位置に独立しており、長い現場経験を有するとともに、法人の管理システムに習熟したサービス管理責任者が管理を担っています。管理者は本年春に着任するにあたって、独自の方針を六つのキーワード（目的、つながり、スキル、伝える、健康、笑顔）で示し、これを軸にして施設運営方針の全体化に努めています。また、自身の役割りや責任等については、委員長会議（各委員会会議：施設長、管理者、リーダー、主任、担当職員等、計11~12名出席）で示しています。管理者は、非正規職の多い職員構成のなか、意思の浸透がまだまだ不十分であることに気づき、様々な場で繰り返し伝えて行くなど、周知を図る意欲的な取り組みを行っています。</p> | | | |
| 11 | 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 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人では、監査法人を置くなど法令遵守を徹底して、取引先や行政関係先との適正な関係を堅持しています。管理者は法人の行動規範に添って、法令遵守に関わる研修会にも積極的に参加し、関係法令の理解に努めています。管理者は、会議での説明やPC上での情報提示では職員の隅々への周知が行き届かないことを懸念して、日常的なコミュニケーションや研究会など通じて、内容に踏み込んだ周知に努力しています。</p> | | | |
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 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 | a |
| <p><コメント></p> <p>管理者は福祉サービスの質の向上に向け、課題の把握や改善に向けた取組みについて自身の自己評価をはじめ、六つのキーワードの中、ここでは「目的」を重視して、職員全体に福祉サービスの質の向上への意欲を喚起しています。また、具体的取組みとして委員長会議（年4回開催）を実施し、三か月の実践状況の確認や内容の見直しが行われています。さらに、職員の教育・研修では年間予定を組み、かつ、研修が一方通行にならないよう全職員に講師を体験させることにより主体的な研修受講マインドを育成して、研修の成果が現場で活かされるよう、職場全体で取り組んでいます。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|
| 13 | -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。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>経営の改善や業務の実効性を高める取組については、委員長会議及び代表者会議（役職員、看護師、管理栄養士、理学療法士、事務職員等12名参加）で検討・確認された改善事項等を全職員に通知し、実行に向け意識形成を図っています。しかしながら、管理者の指示が伝えられる過程で微妙に変質することもあるようです。管理者の指導力は多とするところですが、一つひとつの改善課題について、より分かりやすく説明し、全職員の理解が得られるよう一層の指導力の発揮を期待します。</p> | | | |

II-2 福祉人材の確保・養成

| | | | |
|---|---|---------|--------|
| 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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 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。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>人材確保・育成の考え方や方針は法人全体の計画で確立されています。法人では、質の高い人材を確保するために安易な採用を避け、初任者研修を実施するなど独自の能動的な取り組みを実施するとともに、総合施設の強みを活かした手厚く幅広い新人研修を実施しています。昨年度の職員異動は退職3名採用2名他部署との異動で1名増強（職員総数74名）と、離職率も低位に安定しています。現場においても特に新しい人材については分かりやすく「しっかり育て、しっかり定着を図る」をモットーにして育成・定着に向け、取組んでいます。また、福祉サービスの提供に関わる専門職、有資格職員の配置についても法人の事業計画で示されており、施設においても法定規定に即して手厚く配置されています。しかしながら、利用者の高齢化・重度化に見合った人員確保は十分とは言えません。</p> | | | |
| 15 | -2 総合的な人事管理が行われている。 | a | a |
| <p><コメント></p> <p>法人の基本方針・大切にしているものの中に「職員の多様性を尊重し、成長を支援します。」とあり、これに基づき期待する職員像として①向上心②主人公意識③思いやり④チームワーク⑤気づきの、人間性に着眼した5要素が明確にされているとともに、これを着眼点とする人事基準が整えられています。また、人事考課の考え方について「人事考課の目的は法人の理念、期待する人材像を実践する職員を一人でも多く育てること」と示されていて人事考課はこれに基づき施設長、管理者、主任、副主任、一般職と階層別に評価に当れる仕組みが整備されており、定着して運用されています。その考え方は、上から基準を当てはめて縛るのではなく、BSCの取組の中から、職員一人ひとりが自ら向上を目指そうとすることを支援することにおいています。離職率が低いことが成果として評価されます。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|---|--|---------|--------|
| 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組んでいる。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>働きやすい職場づくりに関しては、管理者、主任、副主任が各々の立場から日々、職員とのコミュニケーションを大切にして、就業状況や意向の把握に努め、職員個々の希望にも応えられるよう職員配置の調整に当たっています。施設を構成する4つの棟はそれぞれに特徴をもたせていながら平屋構造に融合されており、職員も棟を超えたフォローを受ける体制があって、日々発生する課題に臨機に対応しています。今後とも労務管理の規定を見直し、定期的に職員との個別面談の機会を設けて、悩みの相談やワーク・ライフ・バランスの配慮を含め、職員が一層、意欲的に仕事に臨める労務管理体制を整えられるよう期待します。</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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 17 | -1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | a | a |
| <p><コメント></p> <p>ここでも、15項の通り「職員の多様性の尊重及び成長支援」の基本方針に添って、期待する職員像を明確にし、職員一人ひとりの目標管理についてはBSC（戦略的目標管理制度）を導入され、目標設定に当っては目標項目、水準、期限について管理者との面談で確認し合い、半年後には、その実践状況の点検も行われるなど、BSCの取組み方が整備され定着しています。また、キャリアパスの仕組みも整えられており、職員一人ひとりの成長を支援しています。</p> | | | |
| 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。 | a | a |
| <p><コメント></p> <p>15、17項の通り、組織が目指す福祉サービスの実施のため期待する職員像が明示されており、職員の教育・研修については、研修委員会において策定の年間の研修計画に順じ、教育・研修が実施されています。研修委員会は毎年4つの棟から委員を出して適時・適切な研修課題を検討するとともに、前年の委員長も加わることでより継続性を保持しています。また、職員に求められる介護技術等のスキルアップについても、キャリアパスを明示されて職員の自己啓発意識の向上が図られています。職員の向上心は高く、多様な資格の取得がなされています。</p> | | | |
| 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 | b |
| <p><コメント></p> <p>新任職員を含め職員への個別的なOJTは現場経験豊かな副主任により適切に行われています。職員一人ひとりの研修については、勤務時間の都合等で一律に参加出来ない実状が窺えますが、外部研修を含めさまざまなプログラムの情報提供がされており、職員の専門資格取得も高いレベルにあります。職員一人ひとりのスキルアップは福祉サービスの質の向上や職場全体のレベルアップに繋がるため、より多くの職員が研修に参加できるよう、組織としてのバックアップ体制をさらに高められるよう期待します。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

| | | | |
|--|---|---------|--------|
| 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 | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 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 | b |
| <p><コメント></p> <p>自己評価の時点では、この課題に特化したマニュアルの作成がなく、厳しく「b」評価としたものですが、その後にマニュアルは整備され、そこにおいては福祉人材育成の基本方針や受入れ姿勢、実習記録や評価に係る要綱等が明記されています。専門職種の特性に配慮したプログラムについても、学校側との調整を踏まえて配慮しています。事業所内でのOJT実施に当たるチームリーダーと副主任は、指導者研修を受講するとともに、事業所内での初任者研修講師を務めるほか、奈良県福祉人材センターの依頼を受けて就職フェアでの介護技術研修や福祉の仕事の紹介を天理大学で行うなど、指導者としての研鑽を深めつつ、豊かな現場経験と知見に基づいた指導に当たっています。</p> | | | |

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。 | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 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 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人の基本姿勢として定款・経営の原則に「事業経営の透明性の確保を図る」と明示されていて、この原則に基づきHP、広報誌等で法人運営の情報は詳細に公表されています。また、施設現場の苦情、相談への体制は整備されており、それぞれの対応状況については事業報告書で公表されています。さらに、地域の関係各先へは広報誌（さくら）を配布しています。委員会活動をはじめとする施設運営状況が、施設ロビー等の見やすい場所にわかりやすく掲示されており、説得力に富んでいます。</p> | | | |
| 22 | ⁻² 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | a | a |
| <p><コメント></p> <p>前項の通り、法人の定款・経営の原則で経営の基本姿勢が示されており、事業運営における取引等のルールや事務、経理に関する職務分掌も明確にされています。また、法人の事業規模では設置義務のない監査法人もにおいて、事務、経理、取引等の透明性についてはその助言も受けられ、内部監査も定期的実施しています。さらに、監査等の詳細については法人本部から職員への周知が図られています。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|--|---|---------|--------|
| 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。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者が地域の人々との交流を多くもたれるよう支援することは、利用者の社会性を高め、活動範囲を広げて「生きる目的」を見出すことに繋がる大切な取組です。大淀園では定期的にふれあいの集い・人権フェスティバルへの参加や文化祭・納涼大会に出向き、地域での交流の機会としています。また、利用者の買い物には主に地域の商店街に行かれています。しかしながら利用者は高齢化・重度化も進み、地域交流意欲は必ずしも旺盛ではありません。今後は利用者が自ら外出の機会を希望し、楽しみとなるよう情報提供や意識啓発に努め、また、QOLを高めるためにも外出機会を多くする支援が求められるところですが、限られた人員配置のなか、利用者全員の豊かな施設生活を実現する上で、少数の利用者への手厚い支援は難しい現実があります。家族やボランティアなどの地域資源を活用したインフォーマルな支援を導入することが期待されます。</p> | | | |
| 24 | -2 ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れ姿勢はボランティア受入れマニュアルで示されています。また現在、施設で実施されている演芸ボランティアは利用者にとって、たいへん楽しみな行事となっています。利用者の重度化や、相対的なマンパワー不足のなか、ボランティア等インフォーマルな福祉力を受入れることは、利用者のQOLを高める上で欠かせませんが、それだけではなく、施設と地域をつなぎ、地域の目(第三者の視点)を入れて風通しを良くすること、そして地域市民や学生等への福祉マインドの啓発を進めるという重要な意義があります。一方、安易なボランティア導入は、かえってサービスの質の低下や事故も招きかねませんから、適切な管理体制も欠かせません。利用者にとっての直接の利益向上に留まらないボランティア導入意義に立脚した基本姿勢を明確にした体制を確立されることを期待します。</p> | | | |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 25 | -1 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | b | c |
| <p><コメント></p> <p>地域資源のリスト化は行われていませんが、自立支援協議会(年3回)に出席し、福祉避難所について検討されています。また、地域の相談支援事業所と連携されていますが、十分には活用されていないようです。今後は身近にある地域の関係各先と連携を密にして、利用者により良いサービスを提供出来るよう、ネットワーク化を図られる等、積極的に取組まれることを期待します。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|---|-----------------------------------|---------|--------|
| 26 | -1 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>施設においては、大淀町と協定を結び指定福祉避難所とされていることや、職員の各位が時間調整をし合い、ゴミ拾いをしながら小学生下校時の見守りや交差点での見守りを実行し、安心安全なまちづくりに寄与しています。これからは、もっと積極的に施設のスペースを活用して「地域課題についての討論会」等をテーマにした講演会を開催するなど、施設の物的資源や人的資源を活用して発信される取組に期待します。</p> | | | |
| 27 | -2 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | a | b |
| <p><コメント></p> <p>法人は、その基本方針として地域の在宅支援に注力しており、窓口を設置して制度のはざまに取り残される市民の相談や支援に取り組んでいます。また施設では定員100名の入所支援事業に併設して、短期入所生活介護、日中一時支援などの事業を実施して、地域の障害者とその家族を対象とする支援サービスを提供しています。また、医療ケアニーズにも応じて、在宅では入浴が困難な方に浴室利用を解放しています。広域では五條、吉野地域自立支援協議会生活部会に参加し、情報交換をしています。その中、福祉避難所の必要性についても協議しています。以上のように多様な公益的・活動の展開は既に高く評価される場所ですが、地域課題は膨大ですから、こうした取組から再確認される福祉課題に、さらに広く応える活動の展開を期待します。</p> | | | |

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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|---|---|---------|--------|
| 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 | a |
| <p><コメント></p> <p>理念や基本方針に利用者を尊重する姿勢が明示され、施設各棟では月1回の目標振り返りを行い、不適切ケアゼロを目指しています。施設内には9つの委員会（日中活動、リハビリ、事故対策、品質管理、身体拘束廃止、エコ・ライフガード、虐待防止、QOL、研修）が設置され、各項目に沿った研修や勉強会も開かれています。</p> | | | |
| 29 | -2 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | b | c |
| <p><コメント></p> <p>2人部屋ではカーテン、4人部屋ではパーティションが設置され、利用者のプライバシーは保持されています。また2人部屋は次年度、4人部屋と同じようにパーティションで区切る計画も有ると伺いました。利用者や家族に対する周知も、グループワークや保護者会にて行っています。プライバシー保護に関するマニュアルは有りませんでした。自己評価後にこの課題に関しての記述を介護マニュアルに追記して策定されたことは評価に値します。しかしながら、策定までの期間が短かったこともあり「介護マニュアル」に数行記載があるだけで、十分な内容とは言えません。今後改定などを行い、内容の充実を期待します。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

| 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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|--|---|---------|--------|
| 30 | -1 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | a | a |
| <p><コメント></p> <p>事業所の理念や基本方針、サービス内容の情報は、ホームページや広報誌で紹介されており、玄関ホールには広報誌等の設置に加えて、理念や基本方針、サービス内容が掲示しています。利用希望者には見学や体験入所等の機会を持ち、個別に丁寧な説明を実施しています。</p> | | | |
| 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、同意を得るための仕組み作りをしている。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>サービスの開始・変更時に関する内容の説明と同意は、利用者の意思決定が尊重されています。また説明にあたっては、専門用語などは使わずに説明にあたっていますが、わかりやすいように工夫した資料は用意されていないようです。コミュニケーションが難しい利用者もおられ、資料作成が難しい点もあるとは思いますが、今後の創意工夫を期待します。</p> | | | |
| 32 | -3 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | a | b |
| <p><コメント></p> <p>退所時の対応手順は定められ、法人内外の他の福祉施設・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支援計画や引き継ぎ文書が定められています。また、退所後も担当者や相談窓口で利用者や家族等の相談に応じ、その相談方法や担当者に付いての内容を記載した文書を渡しています。</p> | | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 33 | -1 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者満足度調査を年1回行っており、月1回開催される利用者の自治会(さくら会)にも職員が参加し、利用者満足を把握しています。ただ利用者満足度調査の結果をグループワークで発表はしていますが、より満足度を上げるための検討会議は行われていません。今後は検討会議を行うなどして、利用者の満足度をより上げるよう期待します。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

| 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。 | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|---|---------|--------|
| 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 | a |
| <p><コメント></p> <p>苦情ボックス、第三者委員、苦情解決責任者（管理者）が設置されるとともに苦情受け付けは担当者が主にその任に当たり、利用者や家族等は苦情を申し出やすい環境が整っています。また苦情内容に関する検討内容や対応策は利用者や家族等にフィードバックされ、その結果公表でも申し出た利用者や家族等に配慮した形で行われてます。個人的な問題として扱わず、組織全体の問題として捉え、取り組まれている事は高く評価出来ます。</p> | | |
| 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 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者や家族等が相談や意見を述べる際には、複数の方法や相手が自由に選べることは掲示されており、相談室を設置して意見の述べやすい環境も構築されています。また受動的な意見収集だけではなく、職員が利用者の様子を見て声かけなどを多くして、能動的な情報収集も行っています。</p> | | |
| 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。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>意見箱を設置し、職員が日々の福祉サービスの中で、利用者の意見を傾聴する姿勢が視えます。ただ意見や相談の内容や人員不足等の影響も有り、対応に時間の掛かることも有るようです。このたびの自己評価後に、この課題についての記述を「ケース記録記載マニュアル」に追記してマニュアルを作成されたのは評価出来ませんが、作成までの期間が短かったこともあり「ケース記録記載マニュアル」に数行の記載がありますが、十分な内容とはなっていないようです。今後改定を重ねて、利用者の意見や相談に迅速に対応ができ、利用者の満足度を上げるマニュアルとなることを期待します。</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。 | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 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 | b |
| <p><コメント></p> <p>管理者を責任者とした事故対策委員会が設置されています。事故発生時の対応手順マニュアルも整備され職員への周知も出来ています。事故対策委員会の会議は月1回開催され、「リスクマファイル」を利用して、事例の収集にあたりグループ討議や研修も行われてます。 ※「リスクマファイル」は「リスクマネジメントファイル」の略称</p> | | |
| 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が整備し、取組を行っている。 | a | b |
| <p><コメント></p> <p>全館が平屋建てで利用者の移動が容易く、また中央のホールで食事や集会を一堂に会することができるなど、防疫上の弱点はありますが、エコ・ライフガード委員会が設置され、感染症対策の管理体制は整備されています。委員会は月1回開催され、感染症の予防や安全確保に対する勉強会等も行われています。シーズン前には棟ごとに会議を行い、感染症の予防と発生時等の対応手順を職員に周知徹底しています。マニュアルの見直しは行われていませんでしたが、このたびの自己評価後に見直しを行ったことは評価出来ます。</p> | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

| | | | |
|---|------------------------------------|---|---|
| 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している。 | a | a |
| <p><コメント></p> <p>消防計画及び事業継続計画(2017.4に消防計画に統合)に災害時の対応体制は記載され、定期的に訓練もされています。平屋建ての構造となっていることも利用者の安全確保に寄与しています。食料や備品等の備蓄は200人×5日分と、地域への対応も配慮した十分な蓄えがあり、備蓄リストも防火管理者と栄養士の管理の下に整備されています。</p> | | | |

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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|---|--|---------|--------|
| 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。 | b | b |
| <p><コメント></p> <p>提供する福祉サービスの標準的な実施方法は、「介護技術マニュアル」として文書化されています。その中には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に付いても明示されています。QOL委員会での研修や個別の指導で職員への周知徹底もしています。またケアガイドラインを利用し、「介護技術マニュアル」に沿って実施されているかどうか確認する仕組みも構築されています。しかしながら、その仕組みにより一部職員に標準にそぐわない支援が実施されていることが確認されています。</p> | | | |
| 41 | -2 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。 | a | a |
| <p><コメント></p> <p>職員全員でケアガイドラインのチェック表を使い、その結果を基に、年に1回QOL委員会で会議、検討を行い「介護技術マニュアル」へ反映する仕組みが整っています。個別支援計画の内容も、ケアガイドラインのチェック表に含まれ、その結果も反映できる体制も構築されています。</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。 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 42 | -1 アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | a | a |
| <p><コメント></p> <p>管理者を責任者とし、担当者によってアセスメントが行われ、それを基に本人や家族及び保護者を交え、様々な職種の関係職員と共にケア会議が行われ個別支援計画が策定されています。ケース記録で個別支援計画どおりに福祉サービスが行われるか確認する仕組みも構築されています。</p> | | | |
| 43 | -2 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | a | a |
| <p><コメント></p> <p>毎月のまとめ、年次中間評価、期末時評価を行い、ケア会議で変更した個別支援計画を職員に周知しています。個別支援計画の評価・見直しを行う手順も「個別支援計画評価手順」や「個別支援計画作成手順」が用意され、組織的な取り組みが構築されています。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|---|--|--------|
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>ケース記録は事業所内ネットワークで全職員に共有されています。また「ケース記録記載マニュアル」が整備され、記録内容や書き方が職員間で差異の無いよう配慮されています。記録した内容は、副主任、主任、サービス管理責任者でチェックされ、棟会議、代表者会議、委員会会議等で情報の共有も為されています。</p> | | |
| 45 | -2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a |
| <p><コメント></p> <p>個人情報保護規程を定め利用者に関する記録の管理は為されています。記録の管理については、個人情報の保護の観点から、職員に周知も出来ています。記録管理については、副主任、主任、サービス管理者でチェックを行い、責任者は設置されて居ませんでしたが、自己評価後サービス管理者を責任者に設置されています。</p> | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

評価対象A-1 利用者の尊重

| A-1-(1) 利用者の尊重 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|--|--|---------|--------|
| 46 | ⁻¹ コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている | a | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者を尊重し、その自己決定を支援する第一歩は利用者と支援者との良質なコミュニケーションの形成にあります。施設では主に身体に障害をもつ方々が生活されており、一部に知的障害との重複がありますが、概ねコミュニケーションを図るうえで特定の代弁者や手話通訳等の配置を必要としていません。中でも意思伝達の制限は利用者各様にあり、その対応としてトーキングエイド等のツールを活用するとともに、職員は利用者との日々の関わりのなかで寄り添い、意思をくみ取るようにしています。また、特定の職員でないと対応できないという関係性をつくらないように心がけています。</p> | | | |
| 47 | ⁻² 利用者の主体的な活動を尊重している | a | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者の自治会（さくら会）が毎月開催され、生活面での課題が利用者主体で話し合われています。これには職員も参加し会議記録を作成して、その意思決定を尊重しています。面会の制限は設けられておらず、また利用者が外出することも可能です。館内には外部に通信できる電話の用意もあり、よく利用されています。</p> | | | |
| 48 | ⁻³ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている | b | b |
| <p><コメント></p> <p>ケア会議や棟会議で、過剰支援を避けて見守りの姿勢を保つことと、必要に応じた迅速な支援のバランスを図ることが確認されています。しかしながら、その状況に即応した対応は職員の判断に依るほかなく、職員の資質や経験値だけではなく、ケースごとに何が最善かを見極めることはむづかしく、バラつきが解消しきれていません。ケース会議を重ねて、職員間の共通認識を深めることを期待します。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

| | | | |
|--|--|---------|--------|
| 49 | -4 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある | b | c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の高齢化が進み、多くの利用者は園での日々の生活を安らいで過ごすことに満たされていて、自立や地域移行を目指そうという思いは大きくないようです。事業所としても、法人の理念にも謳われているように「ご利用者に安らぎと幸せを」に徹しており、利用者のおだやかな表情に、その成果が表れています。本評価基準では、そのように安定した生活の場においてもマンネリに陥らない新鮮な生き甲斐をもてるサービス提供と、自立支援を求めています。エンパワメントの原点は、利用者自身が権利意識に目覚めることにあり、そのためには、人権擁護のポスターを掲示するだけではなく、権利侵害の事例を含む情報を提供して丁寧な説明を施し、人権意識を高めることを支援する必要があります。ともあれ、日中活動支援においては、人員配置の厳しいなか、多様なプログラムが起案されています。特に音楽療法を先駆的にとり入れ、利用者の生活に変化と楽しみを付加しつつ、機能維持を図っていることや、3名の理学療法士を配置して入所者のリハビリに努め、高齢化・重度化が進む入所者の気持ちや機能維持にあたっていることは評価されます。しかしながら、施設内プログラムのほかに、社会生活学習や施設外体験プログラムが伴っていません。</p> | | | |
| 50 | -5 学校を卒業する子どもの進路や今後の地域生活への移行について、自己決定できるよう援助している | 対象外 | 対象外 |
| <p><コメント></p> <p>本施設は成人の重度身体障害者入所支援施設ですので、本評価項目は「対象外」とします。</p> <p>ただ、学校を卒業する云々は別として、重度の障害を持つ方についても所支援施設からの地域移行が課題の一つにあげられます。施設では、地域での生活の訓練として、調理室や個人的に使用できる洗濯機。家庭用浴室、パソコンルームを用意しており、能力の向上を図っています。地域生活への意向に向けた資源情報の提供等に、より積極的な取り組みを期待します。</p> | | | |
| A-1-(2) 利用者の権利擁護 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 51 | -1 虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置等)等の人権侵害について、防止対策が図られている | a | a |
| <p><コメント></p> <p>虐待防止委員会が設置され、関係マニュアルの作成や各部署ミーティングでの検討、そして研修活動を主導するなど、施設内における虐待等の人権侵害についての防止策が十分に機能しています。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

評価対象A-2 日常生活支援

| A-2-(1) 食事 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|--|--|---------|--------|
| 52 | -1 サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている | a | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの個別支援計画に、食事サービスについての留意点や支援内容が明示され、用意された介護マニュアルにも沿って、個々のサービス方針が職員に共有されています。栄養士による栄養ケア計画は通常3か月に一度の見直しが行われ、褥瘡ケアを要する様な高リスクの利用者については2週間に一度見直すなど、利用者の体調や身体状況に応じた個別対応も適切に施されており、高く評価できるところです。</p> | | | |
| 53 | -2 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている | a | b |
| <p><コメント></p> <p>食事サービスを検討する会議へは、本年10月以降さくら会（利用者会）代表が参加するとともに、職員が各利用者の嗜好を個別に聴き取るようにしています。週1回、選択食の用意があり、利用者が選ぶことができます。食事は大変おいしく、またメニューに応じた食器が使われており、豊かな食生活への配慮があります。食事を摂る利用者の表情も穏やかで、食事を楽しんでいる様子がうかがえます。行事食・季節の食事・郷土食などを提供する際には、朝の集い等で口頭で伝えるとともに、絵や写真入りのポスターをその都度掲示して紹介しています。</p> | | | |
| 54 | -3 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している | a | b |
| <p><コメント></p> <p>喫食時間は二部制を採用して幅を持たせており、それぞれのペースでゆっくり食事をすることが出来ます。介助の必要度に応じて高さの異なるテーブルが用意されており、個々の身体的事情や自立度にも配慮されています。</p> | | | |
| A-2-(2) 衛生管理 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 55 | -1 施設及び周辺の衛生は適切に維持されている | a | a |
| <p><コメント></p> <p>施設内外の清掃は行き届いており、また常勤・非常勤計8名の看護師のもと、衛生管理も徹底しています。館内の冷暖房・換気・採光（人口照明を含む）の機能設定も申し分ありません。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

| A-2-(3) 入浴 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|---|---|---------|--------|
| 56 | ⁻¹ 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している | a | b |
| <コメント> 入浴は週2回となっており、これは利用者の希望に比して十分とは言えませんが、限られた人員配置のなかで可能な限り利用者の障害程度や介助方法などの事情に配慮して行われています。機械浴の活用についても、職員の介護負担軽減のためノーリフティングを徹底しつつ、利用者にとって快適な入浴サービスに努めています。また自立度の高い利用者には、一般的な家庭的浴室が用意されており、自分らしい入浴ができる環境があります。 | | | |
| 57 | ⁻² 入浴は、利用者の希望に沿って行われている | b | b |
| <コメント> 前述のように、回数は必ずしも利用者の希望に沿っているとは言えませんが、利用者への説明を行い、理解は得ています。また急な体調変化や個人的な事情によって入浴時間や日にちを変えることにも柔軟に対応しています。 | | | |
| 58 | ⁻³ 浴室・脱衣場等の環境は適切である | a | a |
| <コメント> QOL委員会において、環境を検討する場があり、利用者のプライバシー確保や、職員の負担軽減を含むサービス改善のための取り組みがあります。 | | | |
| A-2-(4) 排泄 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 59 | ⁻¹ 排泄介助は快適に行われている | a | a |
| <コメント> 利用者の多くはおむつやパッドを着用していますが、一部座位をとれない人や排泄感覚を喪失された人を除いて、トイレでの排泄が行われています。トイレ介助については個別支援計画や排便チェック表を用いて適切に行われており、利用者の評価も高いところです。排泄用具等の使用法についてのマニュアル整備が一部整っていませんでしたが、この第三者評価の受審を契機に早々に整えられたことは評価されます。 | | | |
| 60 | ⁻² トイレは清潔で快適である | a | a |
| <コメント> トイレは5年前に改修されており、設えも充実していて清掃も行き届いています。冷暖房設備はありませんが、トイレから排気する換気システムにより、トイレの空気が廊下側に流れ出ることを防ぐとともに、館内の空気をトイレに導入しているため、トイレ内外のヒートショックもなく、快適な環境であると評価されます。 | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

| A-2-(5) 衣服 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|--|---|---------|--------|
| 61 | -1 入所者の判断能力に応じて、個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している | a | b |
| <コメント> 衣類の調達については、家族の持ち込みや本人の買い物に依る場合もあります。買い物は、利用者の外出動機の最も大きな要素となっています。また、本人の希望を聴いて職員が通販で購入したり、近隣の商店から取り寄せるなどの支援もしています。 | | | |
| 62 | -2 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である | b | b |
| <コメント> 利用者によっては、特定の衣服に強いこだわりをもって着替えを拒むなどのケースはありますが、そうした場合を除いて着替えの支援については本人の意思を尊重して、またプライバシーにも配慮して行われています。ただ、汚れや破損が生じた際の速やかな対処を行うためのマニュアルの作成が遅れています。 | | | |
| A-2-(6) 理容・美容 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 63 | -1 利用者の判断能力に応じて、個性や好みを尊重し、選択について支援している | a | b |
| <コメント> 理・美容については次項で評価しているように理髪店の協力を得て利用者自身の意思が尊重されています。また化粧についても、情報を提供して利用者の個性や好みをできるだけ尊重しています。利用者・家族アンケート調査でも好評価を得ています。 | | | |
| 64 | -2 理髪店や美容院の利用について配慮している | a | a |
| <コメント> 4社の理髪店の協力を得て、出張サービスを実現しています。髪形の選択や毛染めの希望にも応えるなど、利用者それぞれの個性や好みが尊重されています。 | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

| A-2-(7) 睡眠 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|--|-------------------------------------|---------|--------|
| 65 | ⁻¹ 安眠できるように配慮している | a | a |
| <コメント> 居室は個室26、2人室22、4人室10の構成となっておりますが、2人室、4人室でも家具や仕切り等で個人空間が確保されており、ベッド周辺の光や音についても配慮されて安眠できる環境となっております。また夜間の個別支援についても、体位変換やおむつ交換などについて、同室者の安眠を妨げない対応についてのマニュアルが整備されています。 | | | |
| A-2-(8) 健康管理 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 66 | ⁻¹ 日常の健康管理は適切である | a | a |
| <コメント> 100名の利用者（別に短期入所10名）に対して4名の常勤看護師と4名の非常勤看護師が配置されています。館内に診察室があり、内科医師が週4回診療にあたるほか、歯科、精神科、整形外科の医療対応もあります。加えて3名の理学療法士が利用者の機能維持や拘縮緩和にあたっています。このように、手厚い医療体制があって、様々な疾病への対応とともに日常の健康管理は行き届いています。この体制となって以来、利用者が入院することも減少しています。遅番の看護師が勤務を終える19時以降翌朝までは看護師不在となりますが、4名の看護師が輪番で電話対応して夜間職員への指示を行う体制があります。 | | | |
| 67 | ⁻² 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる | b | b |
| <コメント> 施設として前述の医療体制をもつほか、南奈良総合医療センターとの日常的な連携もあり、必要な場合の迅速かつ適切な医療が施されています。ただ、夜間の体制について輪番看護師の遠隔指示の状況判断が難しいことが、課題となっています。 | | | |
| 68 | ⁻³ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている | a | a |
| <コメント> 食後や就寝前の投薬について、看護師の勤務時間外も含めて、看護師の管理のもとで職員は薬の情報も得て適切に行っています。使用状況の記録も所定の様式に従って行われています。薬物管理や事故対応マニュアルも整えられています。 | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

| A-2-(9) 家族等との連携 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
|--|--|---------|--------|
| 69 | -1 家族や後見人等には、日常的に情報が提供され、必要な場合はいつでも連絡できる | b | b |
| <コメント> 年4回の保護者会、年2回の昼食会の開催、毎月送る施設便り、そして帰省ノート、担当職員による電話連絡など多様な機会により、交流の場を設けるとともに相互の情報共有に努めています。しかしながら、利用者のQOLを高めるためには家族等との連携は、対話の充実や豊かな日常生活行動について極めて重要であり、また今後の家族等への支援ニーズも勘案すると、より頻度と内容を充実してゆくことが期待されます。 | | | |
| A-2-(10) 余暇・レクリエーション | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 70 | -1 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている | a | b |
| <コメント> 利用者には朝の集いやグループワークにて余暇やレクリエーションに関する情報を提供し、日中活動会議では利用者の参加も得て意見を聴取しています。入所者の高齢化・重度化に伴い、積極的な余暇活動意欲は旺盛とは言えず、また以前には実施できていた宿泊を伴う遠方への旅行なども、近年は職員体制の事情もあって難しくなっていますが、日帰り旅行をはじめとして入所者の心身事情や希望に配慮したレク活動に力を入れています。なお理想を求めれば、多様な可能性を秘めたレク活動を進展させるためには、地域に出向いて予定調和を破るという発想も望まれるところですが、これを現実に推進するには、職員体制によるフォーマルな支援だけでは限界がありますから、家族や地域の人的資源によるインフォーマルな支援体制がの確立を模索することも懸案です。 | | | |
| A-2-(11) 外出、外泊 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 71 | -1 外出は利用者の希望に応じて行われている | b | b |
| <コメント> 利用者にとって、外出の一番の目的は買い物、他には映画を見たいという希望もあります。こうした希望に応じて、介護タクシーや外部の外出支援事業所のヘルパーをつけるなどの社会資源の活用・連携について、職員が必要な情報を共有しつつ、サービス利用の日程や時間・内容の調整を行い、つながりの強化に努めています。利用者の外出は、社会参加や学習の貴重な機会となりますが、一方外出に伴っては様々なリスクがあります。外出にあたっての事前準備や安全配慮についても、利用者の状況に応じて十分な検討と、利用者への学習支援を期待します。 | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (障害者・児施設 付加基準)

| | | | |
|--|--|---------|--------|
| 72 | -2 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている | b | b |
| <p><コメント></p> <p>週末や盆暮の帰省など、外泊について施設側の都合を強要するようなことはなく、利用者と家族の立場にたった調整が行われています。外泊実施については「外出・外泊援助手順」があり、これによって支援が行われているところです。しかしながら本当の意味で利用者本位に徹するならば、支援者主導の援助手順ではなく利用者会議との協議を踏まえたルールの確立が欠かせませんが、その明確な取り決めがなされていません。</p> | | | |
| A-2-(12) 所持金・預かり金の管理等 | | 第三者評価結果 | 自己評価結果 |
| 73 | -1 所持金、預かり金、その他利用者の財産について、適切な管理体制が作られている | b | b |
| <p><コメント></p> <p>所持金・預かり金を含め、利用者による自己管理は現状では殆どなく、家族による管理と施設による管理がそれぞれ約半数を占めています。施設が管理するケースについては適切な管理体制が作られています。自己管理を促すような支援や、必然とされる学習支援の取組は今後の課題となっています。</p> | | | |
| 74 | -2 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる | a | a |
| <p><コメント></p> <p>新聞や雑誌の購入は可能となっており、テレビは個人所有が叶えられています。ホールの共用TVや施設で購入している新聞等の利用については大きな衝突はなく、たまにトラブルが生じても職員が介入して収まっています。</p> | | | |
| 75 | -3 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている | a | a |
| <p><コメント></p> <p>飲酒・喫煙については、医師の所見のもと許される範囲で利用者の希望が尊重されています。飲酒は日曜日の夕食時に提供しています。喫煙については玄関外に喫煙所を設けて対応していますが、現在4名の利用者がここで喫煙されており、3名は医師により止められています。公共施設においては敷地内禁煙が制定されていますが、福祉事業所としては利用者の嗜好を尊重することを行政サイドに求めて実施しています。</p> | | | |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

6 利用者調査の結果(別紙)

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

法人は、「ISO9001認証」、「奈良県福祉・介護事業所認証」、「会計監査法人監査」を受審することで、ガバナンスの強化に努めていたところです。

しかし、事業所は利用者の視点に立った評価が弱いことに気づき、今年度はじめて「第三者評価」を受審しました。

自己評価の時点で気づいたこと、ご本人・ご家族・職員の率直な評価で気づいたこと、また、評価者の客観的・全体的な評価でわかったことがそれぞれにあり、第三者評価は、事業所のより良い運営のために、とても有効な手段だと思いました。

改善すべき事柄は、すでに改善できたこともあるが、期間を要するものもあります。全職員が自分のこととしてとらえ、知恵を出し合いながら、計画的に改善していければと思います。

今後も利用者、職員、事業者の視点を忘れず、「ご利用者にやすらぎと幸せを職員は真心と向上を」の法人理念にもありますように、ご利用者・ご家族だけではなく地域や職員からも望まれる施設となれるよう、努めていきたいと考えております。

この度は誠にありがとうございました。