

## 福祉サービス第三評価結果の公表様式〔救護施設〕

### ①第三者評価機関名

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

### ②施設・事業所情報

名称：清風寮	種別：救護施設
代表者氏名：鈴木啓晋	定員（利用人数）：100名
所在地：浜松市天竜区渡ヶ島217-3	
TEL：053-583-1133	ホームページ： <a href="http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/">http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 昭和37年11月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 天竜厚生会	
職員数	常勤職員：29名 非常勤職員：8名
専門職員	（専門職の名称）名
	看護師：1名 管理栄養士：1名
	准看護師：1名 精神保健福祉士：3名
施設・設備 の概要	（居室数） 4人室：30室 静養室：2室
	（設備等） スプリンクラー消火設備、中間浴槽 パソコン記録システム、非常用自家 発電機、防犯カメラ、不審者対応警 報システム等

### ③理念・基本方針

#### (1)理念(法人)

九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ1匹の行方訪ねん

#### (2)基本方針(施設)

清風寮では、法人の基本理念のもと、個々の利用者の希望・要望を踏まえた個別支援計画により利用者主体の自己実現を支援する。また、当法人の総合福祉施設体系による他法他制度の活用及び地域移行訓練、地域生活定着支援等により、最適な支援提供が可能な通過型施設として、セーフティネット機能強化に努める。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

#### (1)利用者自治会

利用者代表を役員とする自治会を設け、月1回、利用者全員による自治会開催により、施設側の連絡事項、情報共有の他、投書箱に寄せられた利用者からの要望や寮内自治についての意見をもとに利用者同士で話し合い、結果を施設運営サービスの向上につなげています。

(2) ご利用者に向けた夕礼

夕食前のご利用者が食堂に集まっている時間帯を利用し、相談員から明日の行事予定や連絡事項を伝えています。また内容の重要度に応じて必要であれば施設長から直接発信しています。その際、質問等があれば受け付け回答しています。

(3) 居宅生活訓練事業

居宅生活訓練事業は、救護施設において居宅生活に向けた生活訓練を行うとともに、居宅生活に移行可能な対象者のための訓練用住居（アパート、借家等）を確保し、より居宅生活に近い環境で実体験的に生活訓練を行うことにより、施設に入所している被保護者がスムーズに居宅生活に移行し、継続して居宅において生活できるよう支援しています。

(4) 保護施設通所事業

救護施設退所者及び地域生活困窮者を対象に、地域生活への定着・継続を支援するため、「通所訓練」「訪問指導」を一体的に実施するとともに、救護施設から地域生活自立への促進と、地域で生活する生活困窮者の支援のための有効活用を図っています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年6月3日（契約日） ～ 令和4年3月28日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	2回（平成26年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・ 経営の改善や業務の実効性を高める取組では、管理者は時間外勤務の集計を行い、時間外 20 時間を超過した場合には、面談を実施し管理しています。また働き方改革として年 1 回 4 連休取得を促進し、労働環境の改善を図っています。課題や改善策は各種会議で意見聴取や情報提供、方針決定を行い、意識形成の為の発信を行っています。会議で出た意見・提案から優先順位を検討し、即実行可能な内容については早急に実施しています。朝 15 分の事務所内の清掃や、ドアの破損個所の修理等、環境や作業性の向上を図っています。
- ・ 建物はかなり年数を経過していますが、快適な生活環境が得られる様、設備や什器等の活用がなされています。
- ・ 年齢差や多様な疾病を抱えている利用者に対し、細やかな生活支援が行われ、自立に向けての活動が行われています。
- ・ 利用者の心身の状況に応じた生活訓練や機能訓練では、朝の体操やリハビリ体操を日課に取り入れ、リハビリ体操では、職員が前に一人出て、どこに効くのかなどを伝えながら動かす場所の指示を行い、もう一人の職員が動きをみて声掛けを行っています。作業療法士が個人の訓練メニューを作成し、職員の助言・指導を受けながら訓練が行われています。

◇改善を求められる点

- ・理念、基本方針については、職員への周知は理念、スローガン、行動指針を毎朝礼時に唱和し、継続的に取り組んでいます。利用者へ「理念」としての説明はしておらず、重要事項を説明する際にわかりやすく説明するにとどまっており、「理念」の説明が求められます。
- ・事業計画はルビ付きで、行事予定表等は担当職員が個別に希望を伺い、集計後調整し写真・ルビ付きで掲示し、利用者に説明をしています。また、事業計画の主な内容や年次計画、工事状況により生活に支障が出ること等の説明は、夕礼等で伝達していますが、記録の整備が十分ではありません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

法人として積極的に第三者評価を活用していく方針が示されていることもあり、施設としても定期的に受審させていただいています。

ご利用者のアンケート調査では、ご利用者の生の声を聴けたことは大変参考になりましたが、不満なところや満足してもらえている内容を、もう少し具体的に聞き取っていただけるとさらにありがたかったと思います。

今回の受審にあたり、評価の着眼点が何を求めているのか評価基準を丁寧に読み返したり、各種マニュアルや普段の記録を改めて整理したり、準備段階から職員が協力して取り組むことができたことは職員側としても勉強になったと思われます。

救護施設という施設種別としての特殊性はあるものの、ご利用者への処遇、個別支援の考え方や施設運営の基本的な部分は大きく異なるわけではなく、しっかりと実施されていることが大前提ですが。今回の受審により、自施設の現状での立ち位置を把握することができましたので、より良いサービスの提供に繋げていきたいと思ひます。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 第三者評価結果〔救護施設〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

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

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 救護施設版共通評価基準

#### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

##### Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<p>&lt;コメント&gt; 法人の理念、基本方針は事業計画書・広報誌「あかまつ」に、施設は基本方針を事業所の事業計画書とホームページに記載しています。職員への周知は理念、スローガン、行動指針を毎朝礼時に唱和し、継続的に取り組んでいます。しかし、「理念」として利用者への説明はしておらず、重要事項を説明する際にわかりやすく説明するにとどまっています。</p>		

##### Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 「社会保障・社会福祉をめぐる動向について」インターネットや、行政の説明会・情勢報告経営協ニュース等により法人本全体・施設が情報収集に努め、行政の各種会議、行政担当者との意見交換会に参加し、各種福祉計画の動向と内容を把握のため行政機関へのあいさつ回りも実施しています。経営状況やニーズ、課題の把握と分析は、法人本部が主体で実施し、法人全体の各種会議で協議され、意見聴取も含め、施設で内容を共有しています。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 改善すべき課題については、法人本部の各種会議にて資料を基に報告し、職員への周知の方法は、月次試算表、法人本部の会議資料を回覧し、全員の閲覧を確認しています。課題解決や改善への取組みは、施設内会議にて協議を行い、定員割れに対して、営業回りで補充に努めています</p>		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）として「ご利用者・地域・人材・経営管理」の4つの基本領域明確にし、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おり、半期に一度、各職員からの自己評価（個表）を集計し、分析を表や、グラフで表し、施設全体の達成度の評価を行っています。中長期計画は中期経営計画として見直し、投資予算は施設毎に10年スパンで計画し、毎年、見直しています。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 中期経営計画（ISO品質目標）を基に「清風寮」の単年度の事業計画を策定しています。事業内容は施設入所に加え、居宅生活訓練事業と保護施設通所事業があり、実現可能な内容となっています。ISOの品質目標では半期ごとに評価を行うほか、稼働率、収支・利益率・予算執行実績管理で毎月分析・評価をしています。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画策定にあたり、職員アンケートや、職員会議、リーダー会議等で意見等を集約しています。実施状況は経営については毎月、研修参加についても適時把握を行っています。事業所では事業計画にある品質目標は、半期に一度の評価をし、見直しは2月に実施し、稼働率等は月次報告により毎月実施し、会議資料として回覧するとともに、職員会議にて要約版を全職員に配付・説明をし、周知の取り組みをしています。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画、行事予定表等は写真付きで掲示し、利用者には自治会や夕礼等で説明を行っています。事業計画のうち行事予定に関してはルビ付きで月間予定表を作成し、「行事計画」「グループ行楽」は担当職員が個別に希望を伺い、集計後調整し、掲示を行っています。事業計画の主な内容や年次計画、工事状況により生活に支障が出ること等の説明は、夕礼等で伝達していますが、記録が整備されていません。</p>		

## I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
<p>&lt;コメント&gt; 法人全体で ISO9001 の取り組み PDCA サイクルを実践しており、施設では、苦情・事故・虐待・身体拘束等の各種マニュアルに則り、評価を行う体制が整っています。また、施設自己評価を毎年8月に実施し、さらに、第三者評価を5~6年毎に実施し、評価結果を分析・検討するとともに、事故等の是正対応について効果の確認をリーダー会議と職員会議にて行っています。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
<p>&lt;コメント&gt; 自己評価結果、虐待セルフチェック、ISO 部署目標、個別目標等は法人で次年度に向けたアンケートの分析を行い、毎年5月と11月に事業改善会議（ISO パフォーマンスレポート報告会）があり、障害関係施設会議、ソーシャルワーカー会議で施設の課題を文書化し、施設の職員会議で課題を共有化しています。評価結果を基に業務改善委員会等で課題について協議し、次年度の事業計画や中長期計画の投資支出一覧に反映し、予算化する事で改善策を実施しています。</p>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画の職務分掌に役割・責任について明記され、管理者は4月・5月の職員会議で自らの施設の経営・管理に関する方針と施設長の役割について取組を明言し、文書化しています。消防計画の最高責任者は本部財務部部長ですが、「消防署活動対策」で施設の防災責任者を明確化し、その計画に「清風寮細則」があり、役割と責任を明確にしています。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; ISO は取引業者一覧を義務付け、法人の経理規定に則り、工事、備品の見積もり、入札等、実施しています。施設・設備の自主点検票ではマニュアル化して環境測定を行っています。管理者は施設運営にかかわる法令等を理解するために各種研修等に積極的に参加し、コンプライアンスに努めています。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用者満足度調査、虐待チェックリスト等の評価・分析を行い、各会議にて伝達を行い、月次報告、パフォーマンスレポート（年2回）の内容を精査し、問題の解決案は報告会に提示し、精査を経て指示書を作成するなど、指導力を発揮しています。管理者は業務改善委員会等に参加し、意見の反映と改善策の協議や、職員間の意見反映の取り組みを行っています。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p>&lt;コメント&gt;管理者は時間外勤務の集計を行い、時間外 20 時間を超過した場合には、面談を実施し管理しています。また働き方改革として年 1 回 4 連休取得を促進し、労働環境の改善を図っています。課題や改善策は各種会議で意見聴取や情報提供、方針決定を行い、意識形成の為に発信を行っています。会議で出た意見・提案から優先順位を検討し、即実行可能な内容については早急に実施しています。朝 15 分の事務所内の清掃や、ドアの破損個所の修理等、環境や作業性の向上を図っています。</p>		

## II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 法人の事業計画に人材育成月別計画表があり、施設では ISO 有資格一覧表、研修参加者一覧表で管理し、資格取得や、職種・キャリアに応じた研修計画に基づき、人材育成が実施されています。計画に基づく人材の確保はネット広告・地元求人誌・新聞折り込み（法人のチラシ）等を積極的に活用し、人材確保のために、職員紹介報奨制度・正看護師資格取得研修制度・奨学金貸与制度等が整備されています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 「私たちの法人天竜厚生会」に求める職員像が明記され、職員採用時研修で、職位や役割、任用基準や、必要資格・役割行動を示しています。人事基準に基づく一次、二次考課とフィードバックの面談で、成果や貢献度等の評価を行い、自分の意向・意見の反映ができる法人内求職制度や登録制度、異動希望等、人事に関して、自ら将来の姿を描くことができる仕組みがあります。キャリアパス制度での評価分析と、係長・管理職の助言による改善策の検討や、キャリアチェンジや、ジョブチャレンジ制度を設けています。</p>		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
<p>&lt;コメント&gt; 正規職員、有期契約職員、派遣職員とも年2回面談を実施しています。職員の有給休暇、時間外労働については毎月集計し、「変動データ」として法人総務部に報告し、施設長は職員の意向の把握をしています。また、法人内にメンタルヘルス推進室を相談窓口として設置しています。(雇用形態に関係なく参加できる職員互助会には、職員の希望でできたものも多くあり、スポーツクラブ等幅広く多面にわたり実施しています。五九六休暇制度や永年勤続表彰、定年の延長制等、法人は「健康経営優良法人認定制度 2023 年」取得を目標に事業所と一体に、働きやすい職場環境への取り組みを進めています。</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。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 期待する職員像は「私たちの天竜厚生会」に記載され、目標管理は ISO 目標達成シート(個票)があり、職種ごとの目標は、所属長による職員への面談(7月)を実施し、一人ひとりへの目標設定を行っています。目標達成シートでは目標項目、判断基準は目標の合格ラインを80%に設定し、目標の進捗状況は半期毎に把握し、目標達成度を確認の上、法人本部に提出し、人事考課の面接は年度末に実施し、評価と振り返りを行っています。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 職員の教育、研修の基本方針は私たちの法人天竜厚生会に明示され、事業計画書の中に教育・研修計画があり、これに沿って実施をしています。研修参加後の復命書のコメント欄にその都度評価と意見を記載し、有資格者一覧は随時更新を行い、それを基に事業計画書の作成段階で研修カリキュラムの内容等の評価・見直しを行っています。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等は採用時に確認し、その後は本人の資格取得等の報告を受け、有資格者一覧で管理をしています。新任職員研修マニュアルに則り、新任職員、中途採用や異動職員のOJTを実施し、法人で初任者研修、2年目・3年・6年、次世代リーダー・管理職等のキャリア別・職種別・階層別・テーマ別の研修を、施設内では虐待防止、トリアージ訓練・感染対策、全ワーカー対象に個別支援計画の作成等の勉強会を実施しています。外部研修の情報提供を行い、参加を勧奨しています。</p>		



II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 実習生受け入れに対する基本姿勢を明文化し、マニュアルを整備し、社会福祉士実習指導者研修、介護福祉士実習指導者講習会を受講し、実習指導者として対応し、専門職種に応じたプログラム（介護実習、相談援助実習、保育実習と基本プログラム）を整え、社会福祉士や介護福祉士の実習受け入れを行っています。研修対応窓口は法人内にあり、法人全体の実習受け入れとして対応し、本年度は施設では社会福祉士2名、介護福祉士4名の実習生を受け入れました。</p>		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt; ホームページで法人と施設の理念や、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、決算情報を公開し、施設における福祉向上のため、法人全体の担当で話し合いをもち、障がい者福祉週間では法人合同で地域の商店街にプランターの設置や地域清掃活動の実施で地域の福祉の理解向上を図っています。第三者評価の受審や苦情解決の体制や内容、改善・対応状況について公開し、パンフレットや、機関誌を市町、養成学校、民生委員等へ配布をしています。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 法人の事業計画の職務分掌に権限と責任が明示され、全職員に周知し、経理規程、預り金管理規程、取引業者一覧に掲載業者等とのルールは、関係する職員に周知し、他の職員には規程綴りで閲覧可能にしています。監査法人が内部監査を毎月実施し、ISO 内部監査の実施は2.3年に1回あります。外部の監査法人による指摘事項等、法人全体で共有され、経営改善を実施しています。</p>		

### II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用者が活用できる社会資源については、会議室内の本棚にパンフレット等を整備し閲覧が出来るようになっています。地域の行事への参加はボランティアの付き添いを得ることで実施されています。中学生の福祉教育の受け入れを行うことで、施設への理解や利用者との交流の機会が持っています。買い物や通院については、利用者の希望</p>		

を確認しながら、出来るだけ地域内にある施設を利用することを検討しています。		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
<p>&lt;コメント&gt; ボランティアの受け入れマニュアルが整備され、受け入れる職員の教育についても実施されています。福祉教育については希望通りに受け入れを行い、施設内での交流などについても配慮しています。また実習などの受け入れも行い、福祉を担う人材の育成への協力も行っています。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 施設として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用者向けには他施設のパンフレットを用意しており、実施機関別名簿を作成し、職員間での情報共有を図り、変更等があれば更新しています。階層ごとの救護施設研究協議会へ参加し、研修会や会議などを行い、ネットワーク化を図り、法人内の福祉担当者で就学や就業について情報交換し、地域の共通課題へ取り組んでいます。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 浜松市から法人へ打診があり、浜松市障がい者緊急時対応事業ネットワーク会議を開催し、緊急ショートステイやシェルターなど、地域課題への取組を行っています。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 通所事業所で、若年性認知症の居場所作り、ジョブサポート事業の就労支援などを実施しており、法人内の地域福祉課や地域包括支援センターなどとも連携して、地域の活性化に努めています。高校生への出前講座などを通じて、専門的な情報を地域に還元する取り組みを行っています。総合防災訓練では近隣住民にも訓練に参加してもらい、施設機能を福祉避難所としても提供しています。</p>		

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用者を尊重した福祉サービス提供について、スローガンや事業計画に明示するとともに、「私たちの法人天竜厚生会」という冊子にも明記されており、全職員へ配布し、伝達研修で理解度も確認しています。また、アセスメントやニーズ整理表を利用して、利用者の尊重に配慮した個別支援計画を作成し、虐待セルフチェックや利用者満足度調査等を利用して、状況の把握・評価に努めています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用者のプライバシー保護について、個人情報管理規程や虐待防止マニュアルの中に明記され、その他「職員の心得」にも記載し、全職員へ新任研修や虐待防止研修にて周知しています。利用者や家族へは、重要事項説明書とわかりやすい掲示物を用いるなどして内容の説明をしています。利用者満足度調査やご意見箱の内容及び回答を、自治会で利用者にわかりやすく説明をしています。また、利用者へのプライバシーの配慮については、プライバシーカーテンがあります。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス利用に必要な情報を積極的に提供している。	a
<p>&lt;コメント&gt; パンフレットには理念や運営方針、作業訓練内容、施設の生活が紹介され、障害特性に応じて分かりやすく説明しています。入所問合せ記録では、必要に応じた見学や体験も行っています。また、パンフレットは利用者数の変更時など、適宜更新しています。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p>&lt;コメント&gt; 教育マニュアルにて、利用者の自己決定の尊重について明記されており、アセスメントやニーズ整理票から、利用者の意向を反映した個別支援計画の作成がマニュアル化されています。重要事項説明書を使用した説明では、障害特性に応じて大きな文字にし、ひらがな表記にするなどの工夫をし、同意したことを書面で残しています。意思決定が困難な利用者については、各市町の福祉課等の実施機関と協議して決定しており、救護施設職員ハンドブックの中にマニュアル化されています。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a

<p>&lt;コメント&gt; 福祉サービスの内容変更や地域への移行などの際には、引継書を作成して担当者会議を開催することで、情報を共有する配慮をしています。退所後の支援についても、事業計画書の中に明記されており、アフターフォローの体制を整備しています。利用者や家族等に対して、外部文書によって相談方法や担当者の説明をしています。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-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
<p>&lt;コメント&gt; 利用者満足度調査、嗜好調査は年1回実施し、毎月の自治会や随時個別相談面接を行っています。利用者満足度調査の担当者はソーシャルワーカー業務担当表に記載されています。意見箱を月1回集計して職員会議にはかり、毎月自治会で報告しています。自治会には施設長、相談員、ケアワーカー、看護師などが出席しています。</p>		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
<p>&lt;コメント&gt; 苦情対応マニュアルを整備し、苦情解決の体制や掲示物、記録、フィードバック、公表や支援の上昇に関わる取り組みを法人として組織的に実施しています。ご意見箱に寄せられた意見も、一つひとつを職員会議で検討し、対応について回答しています。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
<p>&lt;コメント&gt; 重要事項説明書に苦情解決責任者のほか、本部の監査指導部、市役所福祉総務課、静岡県福祉サービス運営適正化委員会の連絡先を明記しています。また、意見が述べやすい環境整備のため、ご意見箱の設置や苦情窓口のポスターを玄関ホールに掲示するなどの取組を行い、作業をしていないときの作業場、会議室を分割して使用するなど、プライバシーの確保に配慮しています。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a
<p>&lt;コメント&gt; 玄関と食堂にご意見箱を設置し、月1回、集計して、職員会議で対応策を検討して自治会で報告しています。返答に時間がかかる場合も、自治会でその旨を報告しています。苦情対応マニュアルにも苦情に対する記録や報告、対応策の検討方法について明記しています。</p>		
<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。</p>		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a

<p>&lt;コメント&gt; 事業計画書の中に、リスクに関する担当者やリスクマネジメント委員会について明記されています。事故・ヒヤリ対応マニュアルが整備されており、職員会議で研修をするなどして周知しています。事故報告書をもとに是正を職員会議で検討し、再発防止の確認もしています。半年に1回パフォーマンスレポートを作成し、実施状況や評価の見直しもしています。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 感染対策委員会が設置されており、管理体制が作られています。感染対策マニュアルも整備され、清風寮職員必携に綴られ、職員へ周知を図っています。職員会議や施設内勉強会で予防策が講じられています。感染症が発生した際には、適切に対応した計画記録も残しています。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 法人として消防計画が作成されており、建物や設備については、建物維持管理マニュアルに規定され、点検チェックシートで毎月確認されています。事業計画には利用者を把握するための非常時点呼名簿があり、随時更新されています。緊急連絡網があり、事業計画にのせることで全職員に周知し、管理者には法人のネット配信があり、スマホも活用しています。非常食や備品は管理栄養士が、非常食一覧表で管理し、研修センターに保管しています。総合防災訓練は毎年行っており、地域住民や消防署などとの訓練を訓練計画書に記載しています。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 標準的な実施方法については、利用者の生活サポート帳や障がい者施設職員心得にて文書化され、プライバシーの保護についても明記されています。新任職員研修マニュアルに沿って、全職員へ周知し、職員会議などでも周知を再度図っています。毎月のケース記録は担当相談員や施設長が確認し、半年に1回はモニタリング記録、個別支援会議を開催する仕組みがあります。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
<p>&lt;コメント&gt; 標準的な実施方法については、ISO 教育マニュアルに規定され、定期的に委員会で検証・見直しがされています。利用者からの意見や要望を聞いて、個別支援会議にかけ、個別支援計画を作成する仕組みができています。</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。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	a
<p>&lt;コメント&gt; ISO 教育マニュアルに沿って、個別支援計画の基本ルールが明文化され、個々の利用者のニーズもアセスメント表に記載され、多職種が参加する担当者会議を通じて個別支援計画が作成されています。支援困難事例に関しても、担当者会議を通じて、検討し適切なサービスを提供しています。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; ISO 教育マニュアルに基づいて適切な手順で行う仕組みが実施されています。個別支援計画の内容はPCの記録システムで全職員が確認できます。個別支援計画の緊急な変更についても、グループノートを使用し、グループ内で検討し、申し送りノートで職員へ周知する仕組みがあります。具現化できなかったニーズについても、今後の対応について利用者へ自治会で報告しています。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 法人が定めたPCシステムを使用することで、共通の書式によって、フェイスシート、アセスメント表、ニーズ整理表、利用者の希望・要望、担当者会議、個別支援計画などが、どこからでも記録し、閲覧することができます。また、新任研修マニュアルに沿って、記録内容に差異が生じないように指導しています。情報共有が適切に行われるように、申し送りノート、グループノート、会議録の回覧や、グループ会議、リーダー会議、職員会議などを毎月実施しています。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<p>&lt;コメント&gt; ISOに基づいた個人情報管理規程、文書管理規程が整備されており、文書・記録一覧表の中に、文書名、内容、保存期間、管理者等が記載されています。新任職員研修では、障がい者関係施設職員の心得、利用者サポート帳などを用いて全職員への周知を図っています。利用者に対しても、重要事項説明書の中に個人情報管理について記載され、同意の署名を得ています。</p>		

## 救護施設版内容評価基準

### 評価対象 A-1 支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 支援の基本		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 救護施設のハンドブック、個別支援計画、アセスメントに基づいて利用者の意向や要望を確認しながら個別支援につなげています。趣味活動や嗜好についても、利用者の意見や希望を尊重しながら支援しています。支援計画などの様式が整備され、それらを基に個別支援を行うことで利用者への合理的配慮を具体化しています。虐待防止や権利擁護に関する研修の受講の機会を作るとともに、復命書により他の職員への理解と共有しています。</p>		
A②	A-1-(1)-② 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; ニーズ整理表等のアセスメントに基づき、利用者の支援計画を作成し、支援を行っています。支援が統一できる様、担当職員が決まっており、不在の時でも困らないようグループ制となっています。誰が担当職員やグループ担当なのかは、一覧表を作成し、すぐわかるようになっています。支援マニュアルとして、「知的・救護施設支援マニュアル」「救護所職員ハンドブック」等を活用し、示された手順に基づき支援しています。</p>		
A③	A-1-(1)-③ 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; アセスメントを行い、支援計画を作成、支援会議でそれぞれの支援内容を共有しており、支援会議録に細かに記録しています。また支援会議で決まったことは、支援計画の備考欄に赤字で表記をすることで、確認しやすくなっています。筆談や手紙形式、手の形で意思を伝える等利用者個々の状態に合わせ、利用者本人とも相談をしてコミュニケーション方法を決めて実行しています。また、プライバシーにも配慮し、話しやすい場所を探すなど工夫しています。</p>		
A④	A-1-(1)-④ 利用者の自己決定を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の相談等にゆっくりと時間を取り対応が出来るよう、月の勤務表の中に「個」の記号（個別支援の意味）で示した出勤日を作り、予約がなくても相談できる体制を作っています。相談内容は支援経過に記録しており、すべての職員間で閲覧により情報を共有しています。行事食や選択メニュー、行事の参加等選択の機会があり、利用者が自己決定出来るよう、情報提供が掲示や口頭で行っています。6か月に1回のモニタリングや再アセスメントにより出た課題について、支援会議で調整</p>		

<p>を行い、支援計画の見直しをしています。</p>		
A⑤	A-1-(1)-⑤ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	a
<p>〈コメント〉 活動や作業、趣味の会、外出などについて利用者の希望と要望を聞き取り、支援計画の中に反映しています。行楽・行事については利用者の希望や要望も反映し、行動計画などを館内に掲示し、情報を提供しています。地域での日中の活動については、仕事についてはパンフレットでの情報提供を行い、一人暮らしをするにあたってのスキルや考え方の講演会には、職員と一緒に参加もしています。支援計画の見直しについては、定期的なモニタリングと再アセスメントにより、支援計画を作成、支援会議を経て職員間で共有しています。</p>		
A⑥	A-1-(1)-⑥ 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
<p>〈コメント〉 建物自体は昭和59年に建てられていますが、安全への支援からスプリンクラー設備、耐震設備、転倒防止の家具等の固定を行っています。居室内での安眠や休息が出来る様、工夫がされ、廊下などに椅子やソファ、机などを配置し、くつろいだり談話ができる場所があり、作業室の横にホビールームを設置し、予約制ではあるがプラモデルを作ったり、手紙を書いたり、ビデオを見る等自由に使うことができ、食堂にはTVが2台両端に置かれ、別々の番組を見ることができます。感染症対策として、空気清浄機が食堂・作業室に数台置き、衛生環境を保っています。</p>		
<p>A-1-(2) 権利侵害の防止等</p>		
A⑦	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a
<p>〈コメント〉 利用者の権利侵害防止のため、利用者に対しては職員の言葉遣いや態度などについてのアンケートを実施し、職員会議で問題点などを話しあっています。また、虐待防止のための職員セルフチェックを毎年行い、その結果も職員間で共有しています。虐待防止、身体拘束についてはそれぞれのマニュアルに基づき、手順通りに支援しています。事例についてはイラスト付きで掲示し、理解しやすい説明に心がけ、投書箱の投書へは、自治会で丁寧なフィードバックにより、周知を図っています。</p>		



## 評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(1)-① 利用者の障害・疾病等の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 職員が支援に必要な専門知識を得る機会として、外部・内部を問わず研修への参加の機会を設けており、職員研修会参加一覧表に記録しています。障害等による行動への対応としては、毎日の状態を記録し、グループ会議等で把握しています。また、モニタリングやアセスメントを行い、個別の対応の方法は試行錯誤をしながら検討しています。支援会議等で検討後は、支援計画に位置付け、利用者個々のファイルへ対応方法を記載した書類を入れる等、すぐに確認できる対応となっています。利用者間のトラブルが発生した場合の対応についても、部屋の調整などの必要な対応をしています。</p>		
A⑨	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じた日常的な生活支援を行っている。a	a
<p>&lt;コメント&gt; 入浴、排せつについては、アセスメントや日々の記録を基に支援計画を作成し、支援会議を開催することで対応方法についての共有を図っています。対応が必要な利用者については一覧になっており、対応前に確認が出来ます。移動についてもアセスメントや利用者の状況により、見守りや付き添い、福祉用具の利用等の支援を行い、福祉用具については施設で準備がしてあります。6か月に1回モニタリングと再アセスメントを実施し、日常生活支援の見直しも行います。</p>		
A⑩	A-2-(1)-③ 利用者の嗜好や心身の状況にあわせて食生活を支援している。	a
<p>&lt;コメント&gt; 献立は法人全体で考え、定期的に嗜好調査をするなどして得た利用者の嗜好については、法人の献立会議の中で伝えられ、メニューに反映されています。選択メニューは週1回程度実施し、献立表に書かれています。また誕生月の出前や行楽時の外食など、選択の機会は多くなっています。食堂は明るく、衛生的です。座席は利用者の状態により、席の変更も行っています。心身の状況により適切な食事形態で提供できるよう、ケアワーカー、看護師、栄養士が状況を確認しています。誤嚥・窒息時の対応マニュアルが整備され、それをもとにわかりやすくチャートにし、ワーカ一室に掲示しています。</p>		
A-2-(2) 機能訓練・生活訓練		
A⑪	A-2-(2)-① 利用者の心身の状況に応じた生活訓練や機能訓練を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 朝の体操やリハビリ体操を日課に取り入れられています。リハビリ体操では、職員が前に一人出て、どこに効くのかなどを伝えながら動かす場所の指示を行い、もう一人の職員が動きをみて声掛けを行っています。作業療法士が個人の訓練メ</p>		

<p>ニューを作成し、職員の助言・指導を受けながら訓練が行われています。支援計画に基づき、6ヵ月に1回モニタリングを実施し、その評価を基に支援会議で見直しを行い、新たな支援計画を作成しています。</p>		
<p>A-2-(3) 健康管理・医療的な支援</p>		
A12	<p>A-2-(3)-① 利用者の健康管理の支援と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 日頃からケアワーカーや看護師が状態を確認し、異常や変化があれば支援経過に記載しています。看護師の記録も支援経過に赤字で記入し、確認がしやすくなっています。医師の回診日やカウンセリングの日程は行事予定に記載し、当日は医務室前のボードにも記載し、利用者が確認しやすいようになっています。看護師による排泄状況や水分摂取状況は定期的に確認があり、変化があれば連携をして対応が行われています。利用者に体調変化が見られた場合は医師に相談をし、必要に応じて病院受診を行っています。健康管理の研修は定期的に行い、薬や感染症に関する研修に参加をし、復命書で内容を共有しています。薬に関する勉強会については、ケアワーカーから希望があり、看護師を講師に実施予定になっています。</p>		
A13	<p>A-2-(3)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 医療的支援は、感染対策、食中毒予防・衛生管理、与薬、清風寮看護師等各マニュアルが作成され、その中に管理者の責任も明記されています。職員間の連絡もフローチャートで定められており、配薬については手順も定められています。薬に関しては看護師が管理していますが、休日はケアワーカーが配薬を行い、拒否などがあればその状況は支援経過に記録しています。通院・入院については医師や医療機関の指示により適切に行われ、家族等対応する人がいない場合は職員が対応をし、状況は支援経過に記録しています。安全管理体制の維持のため、衛生管理委員会を設置し、話し合われた内容や対応は衛生管理委員会会議録に記載しています。医療の研修については、内部でのシミュレーションや外部研修へ派遣し、復命書で共有しています。</p>		

### 評価対象 A-3 自立支援

		第三者評価結果
<p>A-3-(1) 社会参加の支援</p>		
A14	<p>A-3-(1)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加のための支援を行っている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の意向や希望により、就労支援や一般企業での体験や、講演会などへの参加の機会を作っています。また居宅生活訓練で一人での生活ができるよう、敷地内にある建物での一人暮らしも行い、定期的に生活状況を確認しています。外出・外泊については、本人の状態などにより、希望が出たときに検討しています。資</p>		

格取得については勉強場所の提供や書籍の購入などの支援を行い、支援計画に位置付けています。社会参加の意欲を高めるためには、工賃の支給額が上がるよう出席の声掛けをし、買いたいものがどの位頑張れば買えるのかを担当者と一緒に調べ、購入が支援計画の目標に位置付けています。

A-3-(2) 就労支援

A15	A-3-(2)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a
-----	---------------------------------------	---

〈コメント〉 利用者の状態や能力に合わせ、寮内での作業や外勤実習をしています。意欲を高めるため、利用者の欲しいものに対し、どのくらい頑張れば購入できるのかを話し合い、目標を決めて、支援計画に位置付けています。ハローワークと一緒に出席したり、作業所でのマナー、知識、技術などを利用者と一緒に考えています。仕事や支援については、モニタリングや振り返りを通じ、お互いに状況を確認しあっています。外勤実習先としては法人内の就労支援事業所等のほか、申し出があった地域の企業へお願いするにあたり、関係者と連携をし、覚書を交わすなどしています。行政や相談支援事業所への報告連絡もその都度行っています。

A-3-(3) 家族等との連携・支援

A16	A-3-(3)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a
-----	------------------------------------	---

〈コメント〉 家族との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重し、家族と連絡調整を行っています。外泊のお願いや厚生会まつりの案内など、定期的な連絡以外にも必要時には連絡を行い、支援経過に記録しています。家族や後見人からの相談に対しては、時間を取って対応し、助言や支援を行っていますが、家族からの相談は不安に対する対応が多くなっています。緊急時の対応についてはISOマニュアルに定めたフローチャートに基づいて連絡を取っています。家族関係が継続できるよう、連絡や面会の調整、関係者への面会依頼も行っています。

A-3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援

A17	A-3-(4)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a
-----	--	---

〈コメント〉 利用者に地元に戻るか、施設の近隣で生活するかの意向を確認し、自立したいと希望する利用者も多く、自立のために必要な課題を支援計画に位置付け、少しずつクリアできるよう、支援し、地域移行が近くなれば利用者との面談により意思や希望を確認し、移行に向けての準備をします。グループホームの紹介や見学、不動産屋、ハローワークへ一緒に行く等、行政機関や不動産屋、病院などと連携します。さらに、自立に向け居宅訓練等を利用し、生活ができるかの課題を把握し、職員が週1回訪問の上、振り返りや生活状況の確認をしています。また、地域生活を始めるにあたり、生活を安定させるため、通所系のサービスも活用しています。

## 評価対象 A-4 地域の生活困窮者支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 地域の生活困窮者等の支援		
A⑱	A-4-(1)-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
<p>&lt;コメント&gt; 年間の研修計画に基づき、外部研修だけではなく、法人内の職員を講師に迎え、生活保護法と生活困窮者自立支援法の研修を実施しています。また、他の救護所からの相談を受け、生活困窮関係の機関とは常に情報交換をし、お互いに支援ができる部分で協力しあっています。法人内に生活困窮を担当している事業所があり、必要に応じノウハウや衣類などの貸し出し、緊急の入所対応などの支援を行い、緊急入所等は行政とも連携をし、法人では学習支援や生活困窮対応が行われており、法人の呼びかけがあればボランティアとして参加するなど、協力しています。</p>		