

福岡県福祉サービス第三者評価の結果

【第三者評価機関】

名 称	公益社団法人福岡県社会福祉士会		
所 在 地	福岡市博多区博多駅前 3-9-12 アイビーコートⅢビル 5F		
T E L	092-483-2944	F A X	092-483-3037
訪問調査日	2018年11月7日・8日	評価調査者 登録番号	07-a00003 15-b00104

【福祉サービス事業者・施設基本情報】

法 人 名 称	しゃかいふくしほうじん けいとくかい 社会福祉法人 恵徳会		
法 人 の 代 表 者 名	もりた こういち 理事長 森田 公一	設立年月日	昭和 53 年 7 月 4 日
施 設 名 称	ようごろうじんほーむ ふたば 養護老人ホーム 双葉	施設 種別	養護老人ホーム
施 設 所 在 地	〒818-0111 福岡県太宰府市三条一丁目4番1号		
施 設 長 名	てしま みのる 手嶋 實	開設年月日	平成 15 年 4 月 1 日
T E L	092-922-3557	F A X	092-922-6211
E メ ー ル ア ド レ ス	futaba@keitokukai.jp		
ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス	http://www.care-net.biz/40/futaba		
定 員	150名（ 現員 123名 ）		

【評価結果】

1 総 評

(1) 特に評価の高い点

◇公正かつ透明性の高い経営・運営

○法人のホームページに基本姿勢、事業計画、苦情内容や第三者評価の受審結果等を掲載しています。年度の予算に対する毎月の収支一覧を作成されていて、勘定科目ごとに支出状況等の把握・分析が行われています。

○外部監査機能（公認会計士による任意監査）の活用により、監査結果による指摘事項の改善等により適切な会計処理や施設運営に努められています。

◇質の向上に向けた取り組みについて

○福祉サービス第三者事業を定期的に受審され、施設の現状の課題に対して分析し改善計画を検討、業務改善プロジェクトで組織的に改善が図られています

○利用者を尊重したサービスの提供を基本理念に明示し、職員に周知する取り組みが行われています。高齢者虐待防止の取り組みとして、サービス向上委員会やリスク委員会でサービスについて見直しが行われています。

○入浴や排泄マニュアルにプライバシー保護が規定され、同性介助や大判タオルの使用などハード面やソフト面で利用者のプライバシー保護に取り組まれています。前回の第三者評価の課題が改善されており、質の向上に向けて取り組む体制があります。

○食事対応マニュアルが整備され、食事の声かけや観察が行われています。バイキングや行事食の提供と安心して食事を楽しむためにソフト食や糖尿病食、減塩食、腎臓食等に対応した食事の提供がされています。

◇苦情解決の体制について

○苦情解決の体制が整備され、定期的に第三者委員に報告する仕組みがあります。苦情に関する意見は業務改善プロジェクトで検討し、改善事項は職員全員に周知し改善する努力が行われています。

◇地域との関わりについて

○地域福祉向上のため行政や地域と連携、協力しています。施設は災害時の避難所として指定されており、西日本豪雨の災害時は100人以上の地域住民を受け入れ、食事の提供など対応し、自力で避難できない方への対応も検討されています。

○地域の餅つきやほんげんぎょう（どんと焼き）などに職員と利用者が一緒に参加し、夏まつりの共同開催や地域交流のパットゴルフ大会、公園の清掃など地域との関わりを大切にしています。

(2) 改善を求められる点

◇中長期を見据えた施設運営

○措置施設の性格上、先行きの見透しが難しい状況ですが、熟慮を重ねて方向性を出されることを期待します。

◇健康管理について

○利用者の健康状態の記録や内服の状況は他職種と共有されています。服薬管理も徹底されていますが、利用者の安全管理のため薬に関する副作用等の研修を実施されることを望みます。

2 第三者評価の結果に対する事業者のコメント

◇今回の「福祉サービス第三者評価」受審について

○自己評価を行う中で、養護老人ホーム「措置施設」が近年の社会環境の変化に伴い、措置対象者が抱える問題も多様化・複合化し、施設の入所者像に変化が生じているところ。また自治体の事情によって措置の在り方に格差が生じていると思います。

更に社会福祉法人として社会・地域への貢献（公益的な活動）が求められていることなど、こうした今日的問題の打開と更なる発展に向けた取り組みを行っているところですが、収支の関係からやむを得ず職員配置数を基準内（若干余裕ある配置ができない）しか配置できておらず、前回受審したときよりも利用者サービスを低下せざるを得ない状況にあるところです。

その様な状況下で今回第三者評価を受審させて頂いたことは、今我々が行っている限られた範囲での「施設・利用者サービスの向上」に繋げていく励みや自信になったと思います。

○今回の受審結果から「改善を求められる事項」については、業務改善プロジェクト会議を通じ改善出来るよう努力していきたいと思っています。

3 共通評価基準及び個別評価基準の評価項目による第三者評価結果（別添）

【共通評価項目による評価結果】

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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。				
項 目			評価	コメント
1	I-1-1 (1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	<ul style="list-style-type: none"> ○法人の理念や基本方針については、毎月の職員会議で職員に説明されています。また、法人のホームページや広報誌に掲載されています。 ○利用者には4月のホーム会で施設長が説明していますが、説明用の資料は作成していません。 ○今後は理念や基本方針を分かりやすく説明した資料を作成するなどの工夫をされ、利用者や家族により丁寧に説明されることを期待します。

I-2 経営状況の把握

I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。				
2	I-2-1 (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	<ul style="list-style-type: none"> ○社会福祉事業については施設長が福岡県老人福祉施設協議会の養護部会長をされており、会議・研修等で情報の収集に努められ、職員にフィードバックされています。 ○過去数年間の措置権者ごとの利用者数の動向や各都道府県別の利用者数の動向等を把握されています。 ○月次の資金収支や勘定科目別支出状況等の資料を作成し、福祉サービスのコスト削減、分析等がされています。 ○毎月開催される法人の幹部会議で法人全体の収支状況が報告され、経営状況の把握・分析がなされています。
3	I-2-1 (1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ○定期的に法人が経営する各施設、事業所の利用状況や経営状況の資料を作成し、法人の幹部会議で詳細に説明して、検討されています。利用者の確保等の活動を具体的に行われています。 ○月次、年間、累年の資金収支や人件費支出等の資料の作成・分析、具体的な行動計画の作成等の取組が行われています。 ○改善すべき課題について職員に周知されています。

I-3 事業計画の策定

I-3-1 (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)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b	<ul style="list-style-type: none"> ○中・長期計画において基本方針・重点目標を立て取り組まれています。 ○収支計画については、5か年計画を立て、今後の展望や課題点の評価を行っていますが、市町村による「措置控え」が多くみられ年間利用者の目標や職員配置計画を設定することが難しくなっています。 ○先行きが見えない中で計画が立てづらい状況ですが、今後の方針について明確になることを期待します。
5	I-3-1 (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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ○単年度の事業計画は実施する事業内容や数値目標が設定されています。 ○事業計画は施設の理念、基本方針をもとに前年度の実施状況や反省を踏まえ、各職種ごとに実施可能な計画が立案されています。 ○中・長期計画は具体的な数値目標が示される必要があります。単年度の事業計画はそれに基づいて作成されることを望みます。

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 ○事業計画はスタッフ会議等で職員の意見などを集約したものを管理者会議で検討して策定されています。 ○職員への周知については全体会議で事業計画や予算、数値設定について具体的に説明されています。 ○上半期を終えた時点で各職種ごとに業務反省会を実施され下半期に改善できるよう取り組まれています
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 ○法人の理念と事業計画については掲示物を所定の掲示場所に掲示されています。 ○事業計画と年間の行事については、4月に行われるホーム会で施設長が説明しています。 ○諸行事は利用者の意見を聴いて実施しています。行事計画の作成にあたっては行事企画委員を利用者のなかから選出し意見を反映させています。 この取り組みが定着することを期待します。

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。			
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 ○福祉サービス第三者評価事業をH21年度、H22年度、H26年度と定期的に受審されています。 ○評価結果をもとに現状の再認識を行うとともに、分析や改善計画等の検討を行う場として「業務改善プロジェクト」を通じて組織的に改善を図っています。 ○業務改善プロジェクト会議で決定したことは業務改善シートで周知して、評価を半年後、1年後と時期を決めて定期的に行う仕組みがあります。
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 ○毎月の業務改善プロジェクト会議で、評価結果に基づく現状把握、分析が行われ課題が明らかになっています。 ○業務改善プロジェクト会議で作成した改善シートを活用して改善計画や改善策を検討、実施しています。

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。			
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 ○施設長は経営や管理体制、方針等を明確にし自らの役割と責任について職務分掌表に明示、会議等で職員に周知しています。 ○有事の際の対応マニュアル、指揮命令系統などを書面で明確にしています。
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 ○高齢者虐待、個人情報保護、コンプライアンスなどの研修を定期的に行い職員に周知しています。 ○施設長は福岡県老人福祉施設協議会の養護部会長として積極的に研修に参加し、遵守すべき法令等について会議等で職員に周知しています。
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 ○施設長の指導の下、定期的に第三者評価を受審して改善点、検討事項の整理をして、業務改善プロジェクトで検討する仕組みが確立しています。 ○サービス向上委員会や業務改善プロジェクトなど各種委員会を立ち上げ福祉サービスの質の向上に向けて体制を整備しています。
13	II-1-(2)-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 ○連月の収支一覧表を基に各月ごとの収支状況と前年度との比較が明確にできる仕組みになっており細かい経営分析がされています。 ○職員配置表で月ごとの職種別配置状況が明確にされ、働きやすい職場環境への推進を図っています。

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。			
14	II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b ○職員の配置は専門職や人員体制について具体的な計画があり、支援員の有資格者は50%以上が配置され、障害者雇用の対応もされています。 ○人材確保の方法としてプリセプター制度を導入して新人職員の相談や育成など職員定着の仕組みがあります。 ○人事考課制度を導入して育成面接を行い、評価結果のフィードバックをする仕組みが確立しています。 ○福祉業界全般で人材確保が難しい状況ですが、福祉人材の確保と育成の方針を確立され、より魅力的な職場づくりを期待します。
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b ○人事考課表を基に職員の専門性や職務遂行能力貢献度等が評価されています。人事考課制度については、委託しているコンサルト会社から職員に説明を行うことで周知、理解に努めています。 ○職員の意見や評価については、定期的な育成面接や評価結果説明を実施し職員の意欲につながっています。 ○人事考課制度が職員自ら将来を描くことができるような制度となるように期待します。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	b ○職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータの定期的確認を行い全体の勤務状況の把握に勤めています。職員のワーク・ライフ・バランスを重視した取り組みを行っています。 ○プリセプター制度（新人職員に対して一定の期間、中堅職員によるマンツーマンの指導）や人事考課制度の面接を行うことで職員の悩み相談の機会となっています。 ○組織の魅力を高めるため福利厚生面での充実を期待します。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b ○人事考課制度の育成面接で個々の達成目標や水準を明確にしています。目標の進捗状況の確認は面接で確認しています。 ○プリセプター制度を導入され職員一人一人の育成に取り組まれています。 ○期待する職員像を明確にされ、人事考課制度とプリセプター制度が達成するための制度となるように充実することを期待します。
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。	b ○研修計画を作成し高齢者虐待防止、個人情報保護、認知症高齢者の対応などの内部研修が行われています。 ○専門的な知識の取得のために職種間での勉強会も行われています。 ○定期的に研修内容を評価して見直しを図られることを期待します。
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。	b ○法人で新任職員や中堅職員など階層別の研修が実施され、施設全体や職種間で研修が実施されています。外部研修に参加できるような配慮が行われています。 ○職員育成の方法としてプリセプター制度を実施し新人育成を行っています。 ○今後は職員一人一人の教育カリキュラムが策定され、教育・研修が充実することを期待します。
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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b ○相談員マニュアルの中に実習生の受け入れマニュアルを整備し、実習担当者を2名配置して積極的に実習受け入れに取り組まれています。 ○社会福祉士の実習にはコミュニケーション技法の取得を目指したプログラムを準備しています。 ○実習指導者のフォローアップ研修参加など実習指導者に対する研修を期待します。

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。			
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 ○法人のホームページに基本姿勢、職員倫理規定、予算、決算、事業計画、事業報告、苦情内容などを掲載しています。 ○事業所の方針や活動が記録された広報誌を家族、地域に配布しています。 ○福祉サービス第三者評価の受審結果をホームページに公表しています。
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 ○施設における事務、経理、取引等に関するルールは明確にされ、職員に周知しています。 ○運営の透明性の確保のため公認会計士による外部監査を実施して、より適切な会計処理、施設運営に努めています。 ○業務分掌表により各個人の権限・責任が明確になっています。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 運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 <ul style="list-style-type: none"> ○地域との関りについては法人の基本理念に明文化され、地域の社会資源や情報は掲示板への掲示等で利用者に提供しています。 ○買い物や通院、墓参りなど外出困難な方に対して、職員が付き添い支援しています。 ○地域の餅つきやほんげんぎょう（どんと焼き）など職員と利用者が一緒に参加し、施設の夏祭りは地域との共同開催で地域の方と利用者の交流の機会となっています。 ○毎月の地域の公園清掃や地域交流のパットゴルフ大会など、地域活動に関する取り組みを行っています。
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。	b <ul style="list-style-type: none"> ○ボランティアの受け入れに関して、基本姿勢の中に明文化されて受け入れマニュアルも作成されています。 ○中学校の職場体験学習や看護専門学校との交流実習受け入れを毎年行われています。 ○夏祭りやクラブ活動でのボランティアの参加はありますが、地域での活発なボランティア活動はありません。今後、ボランティア活動の協力を依頼する等の取り組みが期待されます。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	Ⅱ-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b <ul style="list-style-type: none"> ○外部の事業者、各福祉事務所、病院等の関係機関は全職員がパソコンで閲覧でき、職員会議等で情報の共有が図られています。 ○措置の実施機関や介護保険事業所とは定期的に情報交換を行っています。 ○太宰府市社会福祉協議会が地域法人の連携会議を立ち上げてライフレスキュー事業（生活困窮者等に対する支援）の取り組みが始まります。今後地域との連携が継続することを期待します。法人で実施しているライフレスキュー事業の経験を活かし、地域での取り組みの中心的な関わりを期待します。
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a <ul style="list-style-type: none"> ○施設がある地区住民対象に職員を派遣して、食中毒に関する講座や防災教育を行っています。 ○施設は災害時の避難所に指定されています。今年の西日本豪雨の災害時は100人以上の地域住民の方の避難の受け入れ、食事の提供などの対応をされた実績があります。自力での避難が困難な方は迎えに行く対応も検討されています。
27	Ⅱ-4-(3)-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。	b <ul style="list-style-type: none"> ○緊急一時保護受け入れについては対応マニュアルを整備し事業計画に明示されています。 ○被虐待高齢者一時保護契約を太宰府市とまた近隣5市と短期保護事業の契約を締結して日祭日、夜間を問わず受け入れができるよう体制を整備しています。実際に受け入れの実績があります。 ○民生委員・児童委員との定期的な会議の開催を打診していますが、開催に至っていません。地域の福祉ニーズ把握のためには民生委員・児童委員との連携を図る必要があり、施設の方から民生委員・児童委員の会議等への参加への打診や施設サービス等の情報提供等の工夫をされることを期待します。

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。			
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 <ul style="list-style-type: none"> ○利用者を尊重したサービスは基本理念に明示され、毎朝唱和することで理念を意識したサービスを心がけています。 ○採用時に法人の理念・基本方針やコミュニケーションスキル及び福祉サービスに対する基本姿勢などの事項をファイルに綴じ込み渡しています。 ○基本的人権や虐待についてはサービス向上委員会やリスク委員会で確認し検討する仕組みがあります。 ○基本的人権や高齢者虐待等については全職員への研修が行われています。
29	Ⅲ-1- (1) -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。	a <ul style="list-style-type: none"> ○プライバシー保護マニュアルや職員倫理規定が策定され、入浴や排泄支援マニュアルにプライバシー保護が規定されており実践されています。 ○利用者、家族には入所時やホーム会議でプライバシーについて説明、理解を得ています。 ○利用者間のプライバシーについてもルールブックを作成し利用者や家族に説明しています。 ○利用者の権利侵害については就業規則に制裁委員会での対応が明示されています。
Ⅲ-1- (2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。			
30	Ⅲ-1- (2) -①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a <ul style="list-style-type: none"> ○ホームページでの公開、施設のパフレットやしおり等を作成し施設の説明がわかりやすく工夫されています。病院等からの問い合わせにも対応しています。 ○施設見学や体験入所などに対応し、利用者の心身状態に応じた説明が行われています。
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。	b <ul style="list-style-type: none"> ○サービスの開始時は生活のルールなどをわかりやすく説明したしおりを作成し、説明を行い同意を得ています。 ○意思決定が困難な利用者など利用者の心身状態に合わせ分かりやすい説明が行われています。また家族がいない方の同意は、施設長が同席して説明を行うなど工夫がされています。 ○措置施設のため措置を決定した時に市町村が契約を交わしているため、施設は説明の同意書はとっていません。 ○施設独自のルールなどの説明をされていますので、説明の同意を取られることが望まれます。
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。	b <ul style="list-style-type: none"> ○福祉サービスの変更時は支援員や看護師からの添書により情報提供を行っています。 ○福祉サービスの利用が終了する場合は、入院や他施設への入所による変更が殆どであり、福祉サービス終了後も支援が行われていますが、利用者や家族に文書は渡されていません。 ○相談について口頭での説明だけでなく、相談方法や退所後の相談先を記載した文書を渡しての丁寧な説明が望まれます。
Ⅲ-1- (3) 利用者満足の上昇に努めている。			
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。	b <ul style="list-style-type: none"> ○ホーム会や意見箱などで利用者からの意見が収集されています。内容を相談員がまとめ、業務改善プロジェクト会議で検討し組織的に対応する仕組みがあります。 ○今年度から年間行事の実行委員に利用者3名が入り、利用者の声を反映する仕組みが取られています。今後利用者の意見が出やすい会議運営が継続されることを期待します。 ○食事に関する満足調査は定期的実施されています。施設生活全体に関する調査はH27年2月に実施されていますが、その後実施されていません。定期的な調査と利用者の満足向上への取り組みを期待します。

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
34	Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a <ul style="list-style-type: none"> ○苦情解決の体制は整備され、利用者や家族に分りやすく掲示され、ホーム会議や全体会議で利用者及び職員に周知されています。 ○苦情内容に関する第三者委員への報告は年2回実施され、報告会の記録は職員全員が確認できる仕組みになっています。 ○苦情に関する意見は業務改善プロジェクト委員会で改善について検討され、検討された内容や改善項目については職員会議や社内メールで職員に周知しています。 ○福祉サービス苦情解決従業者研修会に第三者委員と担当職員は毎年参加しています。
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 <ul style="list-style-type: none"> ○入所時に担当者を記載した文書を渡し、相談や意見、要望等がある場合は相談できるように利用者や家族に説明されています。 ○意見箱は、娛樂室、食堂入口に配置され、娛樂室はひと目も少ない時間が有り投函しやすい環境です。 ○複数の相談室があり全室個室であるため、利用者が相談しやすい環境になっています。
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 <ul style="list-style-type: none"> ○相談や意見への対応マニュアルは整備され、定期的な見直しがされています。 ○職員は毎朝の挨拶や日常の利用者との対応時に利用者の意見を聞くことで要望等を把握し対応しています。 ○業務改善プロジェクトやサービス向上委員会など利用者の相談や意見に対して組織的に対応する仕組みがあります。
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a <ul style="list-style-type: none"> ○リスクマネジメントに関する責任者は施設長であり、各職種からの委員で構成するリスク管理委員会を毎月実施するなど体制が整備されています。 ○事故発生防止及び事故発生時対応のための基本指針、事故対応マニュアル、事故防止のための全体対応、夜間緊急時対応マニュアル、徘徊対応マニュアルなどを作成し、責任・手順等を明確にしています。
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。	b <ul style="list-style-type: none"> ○看護師が中心になり感染防止対策委員会で対策を行っています。 ○感染症発生時は臨時で感染防止対策委員会を開催し、感染者の状況や蔓延防止のための対策を講じています。全室個室のため個室で対応できますが、隔離室も準備されているため状況による対応が可能です。 ○感染症マニュアルは整備され、全職員に感染症の研修を実施しています。ノロウイルス対応のセットは準備され研修会で職員に周知しています。 ○消毒液は職員ステーションには設置していますが、誤飲の心配があるため施設内には設置されていません。誤飲防止の工夫をされることを期待します。
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 <ul style="list-style-type: none"> ○災害時の対応体制が確立され、施設の立地条件による災害の影響を予測し、必要な対策を講じて職員研修で周知しています。 ○施設利用者以外に地域住民の避難場所として太宰府市と協定を締結し、更に地域住民と一緒に防災教育、訓練を行っています。 ○防災訓練では備蓄している非常食の調理等を実施し地域住民にも提供しています。 ○備蓄はリストを作成し、災害に備え3ヶ所で保管しています。

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。			
40	Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b ○利用者の尊重やプライバシー保護については規定等が定められ各マニュアルにも明示され職員に周知しています。 ○サービス向上委員会等で実施に対する検討はされています。今後、現場での実施を確認するシステムが確立されることを期待します。
41	Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b ○福祉サービスの標準的な実施方法の検証や見直しは定期的に行われています。見直したマニュアルは職員会議や社内メールで職員に周知しています。 ○検証・見直しについては支援員で検討した結果を業務改善プロジェクト会議に提案し、試行後に再度評価し実施する仕組みがあります。 ○見直しの必要時は随時カンファレンスを実施し、その都度変更・見直しを行い、利用者の意見は担当職員が聞き取りを行い反映する仕組みがあります。 ○個別的に提供・実践されているサービス内容について確認が行われ、利用者へのサービスが更に充実することを期待します。
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a ○計画の策定は生活相談員が担当し、各職種が参加するケース委員会でアセスメントに関する協議を実施しています。 ○アセスメント票は本人の要望や課題などを抽出し支援計画に反映しています。 ○支援困難ケースについてはその都度カンファレンスを行い、対応を協議しサービスを提供する仕組みがあります。
43	Ⅲ-2-(2)-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。	b ○福祉サービス計画の見直しは、各職種が集まりカンファレンスを行い、1年に1回実施する仕組みがあります。 ○緊急時はカンファレンスを行い、課題や実施変更について職員に周知していますが、実施計画の変更まではできていません。
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、職員間で共有化している。	b ○サービスの記録は日報システムに記録され、ケース記録や実施記録として活用でき、全職員が確認できる仕組みがあります。しかし実施項目に対する実績の記録表は未作成です。 ○記録については入職時に指導しケース記録等を確認し必要時に指導を行っています。 ○サービスに関する情報は社内メールやパソコンのネットワークシステムで情報の共有する仕組みが整備されています。
45	Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b ○プライバシー保護マニュアルや個人情報等に関する規程は整備され、研修で全職員に周知しています。廃棄に関しては廃棄方法までの詳細な規定は定められていません。 ○個人情報の取り扱いに関して、入所時に本人・家族に説明し文書で同意を得ています。