

# 2019(令和元)年度 福祉サービス第三者評価

## 調査結果報告書

### 婦人保護施設

契約日	2019 年	11 月	21 日
		5	
職員報告会	2020 年	2 月	26 日

2020年2月26日  
特定非営利活動法人  
介護と福祉の調査機関おきなわ

## 福祉サービス第三者評価結果

### ①第三者評価機関名

2019年度

特定非営利活動法人 介護と福祉の調査機関おきなわ
-----------------------------

契約日	2019年11月21日
確定日	2020年 2月26日

### ②事業者情報

名称：	非公表	種別：	婦人保護施設
代表者氏名：	非公表	定員 (利用者数)：	40 名
所在地：	非公表	TEL	非公表

### ③総評

#### ◇特に評価の高い点

**1. 同伴児の入所が可能で、施設全体が、生活の場としての快適さに配慮されている。**  
 同伴児と同居できる施設で、加配職員として2名の生活指導員を、加算職員として保育士1名を配置することで増加する同伴児（幼児や0歳児）の支援に対応している。居室は和室と洋室が準備され、全室にバス・トイレを整備し、入所者のプライバシー保護に配慮されている。施設内には面接室や作業室、医務室、娯楽室、保育室、学習室、調理室、洗濯室が設置されている。娯楽室は、単身者は22時、同伴児のいる世帯は21時までが使用時間で、テレビが視聴できる。保育室には遊具や絵本コーナーが設置され、学習室は小学生が勉強室として使用している。洗濯室には5台の洗濯機が設置され、7時から21時までが使用時間となっている。調理室には冷蔵庫が2台設置され、食材を持ち込んで入所者が自由に調理できるようになっている。他県では認められない車や携帯の所持も許可され、生活の場にふさわしい快適な環境の提供に努めている。  
**関連項目（13、29 A⑩、A⑪）**

**2. 利用者の必要に応じて細やかな社会資源の有効利用・職業能力開発や就労支援を行っている。**  
 利用者の職業能力開発や就労支援については、生活指導員は就職情報誌を活用して就職先を開拓し、ハローワークに同行する等、個別に就労の支援をしている。就労継続が困難な入所者には、女性相談所において職業能力や適性の診断を実施し、場合によっては障害者手帳の申請や障害者年金受給申請等の支援を行い、その結果によっては就労継続支援A型やB型事業所への就労につないでいる。本人の希望により、施設内でパーソナルサポートセンターによるパソコン講座を受講し、エクセル3級検定に合格した入所者がいる。職場の給料未払いなどは、担当職員と顧問弁護士が対応して回収した事例がある。外国籍の入所者の職場には定期的に訪問して、就労の継続ができるよう支援している。退所後を視野に入れた情報提供として、新1年生の祝い金制度や学童クラブの費用免除制度、無料塾制度などの掲示をし、退所後の「住居確保給付金」支援の手続き等を支援している。ダウン症親の会や児童デイサービス等、自助グループの紹介等も行っている。  
**関連項目（A⑱、A⑳）**

**3. 利用者が意見等を述べやすい環境を整備し、希望に応える取組を行っている。**  
 利用者サービスアンケートや嗜好調査を実施し、毎月茶話会を開催するとともに、投書箱（「希望の声」）を設置して入所者の満足の把握に努めている。担当制を実施し、担当者は生活場面で面接し、入所者が自由に意見が言える関係作りに取り組んでいる。偏食で給食が食べられない入所者にはまず3食自炊することを認め、その後朝食だけ給食を提供するなどの対応をしている。入所者が意見を述べやすい環境整備として、面接室（リラクゼーション室）はアロマを焚き、飾りつけなどのレイアウトも工夫して、入所者がリラックスできる環境となるように配慮され、個別に意見や相談ができるスペースが確保されている。  
**関連項目（34、35、46）**

## ◇改善を求められる点

### 1. 安心・安全な福祉サービスの提供のための更なる取り組みが望まれる。

リスクマネジメント体制が構築され、寮長を責任者として毎月、事故防止対策委員会が開催され、事故防止研修を実施して入所者も一緒に受講している。さらに、災害時の安全確保の取組として、非常災害対策要綱を作成し、自衛消防組織が結成され、地震発生時の対応体制も決められている。年2回の消防避難訓練を実施し、消防署職員の参加もある。

入所者や職員の災害時における安否確認の手順、及び食料や備品等の備蓄リストの作成が望まれる。また、入所者の安心・安全を脅かす外部の事例等を収集し、収集した事例をもとにした改善策や再発防止策の検討が望まれる。

関連項目 (37、39)

### 2. 標準的な実施方法（「業務標準書」）の定期的な見直しが望まれる。

標準的な実施方法（マニュアル）として、救急対応マニュアルや感染症別予防マニュアル、苦情対応要綱等が整備されている。「業務標準書」は昨年度から運用を開始し、個別支援計画作成や支援経過記録、離婚問題、退所相談やアフターフォロー、レクリエーションや救急対応、妊婦対応、無断外出・外部侵入等多種対応ができるように整備されている。

業務標準書に反映すべき事項として措置継続時の支援計画の作成の追加など、業務に沿った内容の検討と同伴児が多いことから、看護業務や感染症マニュアルに乳幼児に関する感染症の予防や予防接種など、入所者の実情に沿ったマニュアルの定期的な見直し、及び職員への周知が望まれる。

関連項目 (38、40、41)

### 3. 食事をおいしく楽しく食べられるよう工夫し、利用者の状況等に応じた食事時間の配慮が望まれる。

食堂は利用者が当番制で掃除し、円卓が設置され、家族中心に食事できるように配慮されている。食事は個別にお膳にセットされ、汁物だけは保温用スープレジャーから各自でよそっている。体調不良時は、申し出ればおかゆなどが提供される。調理は委託され、施設側と委託先の栄養士との給食連絡会議を毎月開催し、嗜好調査や残食調査を実施して献立に反映させている。行事食としてはバイキング方式を取り入れている。食事時間は、朝食は7時30分～8時30分、昼食は12時～13時、夕食は18時～19時と設定され、連絡があれば1時間は取り置きができるようになっている。電子レンジやトースター、保温用スープレジャーが準備されている。

食事環境として陶器等の使用やテーブルの飾りつけ等の工夫、同伴の乳幼児が多い現状を踏まえて、子どもの嗜好に配慮した献立の作成や離乳食の提供等、子どもの成長過程に応じた健全な食の提供、及び個人差に応じた食事時間への配慮が望まれる。

関連項目 (A7) (A8)

## ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

利用者へのアンケート調査から、「落ち着いた環境の中で安全で安心した生活を提供する。」という目標が評価されているので、継続して頑張っていきたい。今ある環境の解決に向け、取り組むとともに、時勢によって生じる新たな課題にも取り組んでいきたいと思います。

## ⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

婦人保護施設版 評価結果シート

共通

評価項目		評価結果
		職員の集計結果
<b>I 福祉サービスの基本方針と組織</b>		
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。		
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</b>
判断基準	a 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	46%
	b 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	46%
	c 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	8%
	n	0%
着眼点	○ 1 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所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。	62%
	○ 2 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	69%
	○ 3 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。	62%
	○ 4 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。	38%
	○ 5 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。	31%
	○ 6 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。	31%
コメント	<p>理念、基本方針の明文化と周知については、法人の理念と基本方針がホームページや第3期経営計画に記載され、法人の使命や考え方を読み取ることができる。経営目標として、4つの姿勢（利用者、社会、人材、マネジメントに対する）を明示し、倫理綱領も作成して施設内に掲示している。理念と基本方針は、指導員会議で職員に周知されている。今年度、「サービス提供方針と私たちの目指す施設像」を職員とともに検討して策定している。理念や基本方針の周知状況の確認と継続的な取組については、毎年施設自己評価を実施している。</p> <p>理念、基本方針は、利用者や子どもにわかりやすい説明資料の工夫、及び単年度の事業計画への明記による周知、法人の理念にもとづいた施設独自の理念、基本方針の策定が望まれる。</p>	

評価項目			評価結果
<b>I-2 経営状況の把握</b>			
<b>I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>			
<b>2</b>	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。		<b>b</b>
<b>判断基準</b>	<b>a</b>	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。	15%
	<b>b</b>	事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	31%
	<b>c</b>	事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	8%
	<b>n</b>		46%
<b>着眼点</b>	<b>○ 1</b>	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。	15%
	<b>2</b>	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。	15%
	<b>3</b>	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、法人（福祉施設・事業所）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。	38%
	<b>○ 4</b>	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。	23%
<b>コメント</b>	<p>施設経営をとりまく環境や経営状況の把握と分析について、社会福祉事業全体の動向は全国民営婦人保護施設長会議や法人の経営対策監会議、県の青少年児童家庭課や女性相談所等の会議に参加して把握している。水道光熱費等については寮長が会議等で報告し、職員のコスト意識を喚起し、利用率等については、毎月法人に報告して分析されている。</p> <p>女性相談所の概要等から情報を収集し、入所者の動向等の把握、分析が望まれる。</p> <p>着眼点3は、施設の特性を考慮して評価対象外とした。</p>		
<b>3</b>	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。		<b>b</b>
<b>判断基準</b>	<b>a</b>	経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	15%
	<b>b</b>	経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	23%
	<b>c</b>	経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	8%
	<b>n</b>		54%
<b>着眼点</b>	<b>○ 1</b>	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。	15%
	<b>○ 2</b>	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。	15%
	<b>○ 3</b>	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。	23%
	<b>○ 4</b>	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。	8%
<b>コメント</b>	<p>経営課題に対する取組としては、生活指導員の欠員や利用者の同伴児（特に0歳児）の増加等の課題を、年4回開催される法人の経営対策監会議で共有し、年2回開催する法人の実績会議で検討している。経営状況等は、月次報告を指導員会議で説明して職員に周知している。欠員となっていた生活指導員の配置が実現し、加算職員として今年度から保育士が配置されている。</p> <p>現在、寮長が主任生活指導員の役割も兼ねており、経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく更なる取組が望まれる。</p>		

評価項目		評価結果	
<b>I-3 事業計画の策定</b>			
<b>I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>			
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。	<b>b</b>	
判断基準	a	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	31%
	b	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していません、十分ではない。	31%
	c	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	0%
	n		38%
着眼点	○ 1	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。	23%
	○ 2	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。	38%
	○ 3	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。	31%
	○ 4	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	23%
コメント	<p>中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定については、昨年度から3年間の法人の第3期経営計画が策定されている。経営目標として、利用者、社会、人材、マネジメントに対する4つの姿勢が明示されている。計画は、経営課題の改善に向けた具体的な内容で、数値目標を設定して実施状況の評価を行える内容となっている。収支計画も策定されている。</p> <p>同伴児の増加や非公表施設独自の課題について、第3期経営計画への位置づけ、及び必要に応じた見直しが望まれる。</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。	<b>b</b>	
判断基準	a	単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	23%
	b	単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	31%
	c	単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	0%
	n		46%
着眼点	○ 1	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。	23%
	○ 2	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。	46%
	○ 3	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	31%
	○ 4	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。	38%
コメント	<p>単年度の計画は、法人の第3期経営計画の具体的な項目内容にもとづき、施設として婦人保護事業とステップハウス事業の単年度の事業計画が策定されている。取組内容について、それぞれに実施時期や回数も記載されている。利用者支援に係る事業計画は、婦人保護事業は9つ、ステップハウス事業は3つ、それぞれに重点事項を掲げている。生活指導員や看護師、自立支援員等、職種毎に重点事項に沿った目標と取組内容を定め、実施時期や回数を予定に入れて実施している。</p> <p>施設の特性に着目した独自の課題に対する利用者支援は、生活指導員を中心に、利用者の課題やニーズを把握して、同伴児に対する対応やアロマやヨガ、ベビーマッサージ、パソコンや洋裁等の講座、及びハロウィン等の行事を実施している。これらの施設における特徴的な取組を、事業計画に位置づけて支援することが望まれる。</p>		

評価項目			評価結果
<b>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>			
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。		<b>b</b>
判断基準	a	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。	8%
	b	事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。	38%
	c	事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	15%
	n		38%
着眼点	○ 1	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。	31%
	○ 2	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。	23%
	○ 3	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。	31%
	○ 4	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。	23%
	○ 5	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。	23%
コメント	<p>事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しについて、事業計画は、中・長期計画にもとづいた案を寮長が作成し、施設独自の利用者支援計画は職員が作成して、各職種での検討を経て、指導員会議で決定している。事業計画の実施状況は法人で経営計画推進プログラム進捗状況自己評価を年2回実施し、月次報告でも把握している。2月の実績報告時に行われる評価結果にもとづいて寮長が次年度に向けて見直し案を検討し文書により職員の意見を取りまとめている。見直された事業計画は、指導員会議や申し送り会議で職員に周知している。</p> <p>事業計画を職員へ周知し理解を促すための更なる取組が望まれる。</p>		
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</b>
判断基準	a	事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	15%
	b	事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	31%
	c	事業計画を利用者等に周知していない。	15%
	n		38%
着眼点	○ 1	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。	15%
	○ 2	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。	38%
	○ 3	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。	23%
	○ 4	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。	23%
コメント	<p>事業計画の利用者等への周知については、毎月の茶話会（利用者と職員の話し合いの機会）で行事計画や訓練、設備点検等について説明して配付し、掲示もしている。事業計画以外に、利用者が知りたい・聞きたいことを入所者向け講座として独自に取り組み、薬剤師の講話やアロマ、ヨガ、ベビーマッサージ等の講座を企画して利用者等に説明し実施している。</p> <p>事業計画の主な内容の利用者等への周知について、更なる取組が望まれる。</p>		

評価項目			評価結果
<b>I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</b>			
<b>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。</b>			
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>a</b>
判断基準	a	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。	31%
	b	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ているが、十分に機能していない。	46%
	c	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ていない。	8%
	n		15%
着眼点	○ 1	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。	23%
	○ 2	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。	38%
	○ 3	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。	46%
	○ 4	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。	31%
コメント	福祉サービスの質の向上に向けた取組として、定められた評価基準にもとづいて、毎年施設自己評価と倫理綱領自己評価を実施し、寮長が集計・分析して法人に報告され、倫理綱領自己評価については倫理委員会で検討している。今年度は地震・津波対策を課題として、消防署職員による防災講話を実施している。防災計画については検討中である。		
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。		<b>b</b>
判断基準	a	評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	8%
	b	評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	54%
	c	評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	8%
	n		31%
着眼点	○ 1	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。	15%
	○ 2	職員間で課題の共有化が図られている。	38%
	○ 3	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。	23%
	○ 4	評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	31%
	○ 5	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。	38%
コメント	評価結果にもとづく課題の改善策については、施設自己評価の結果、今年度は地震・津波対策が課題となり、全職員に周知し共有している。課題に対して、消防署職員による防災講話を実施し、防災計画は検討中である。 課題についての改善策や改善の実施状況の評価、及び必要に応じた改善策の見直しが望まれる。課題について、職員への周知・共有の更なる工夫が望まれる。		



評価項目			評価結果
<b>II 組織の運営管理</b>			
<b>II-1 管理者の責任とリーダーシップ</b>			
<b>II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>			
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。		<b>a</b>
判断基準	a	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	8%
	b	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	38%
	c	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	23%
	n		31%
着眼点	○ 1	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	23%
	○ 2	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。	8%
	○ 3	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。	31%
	○ 4	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。	0%
コメント	<p>管理者の役割と責任については、職務分掌で明確にして指導員会議で周知し、年度初めに職員に配付している。法人の広報誌に就任の挨拶を掲載している。消防計画で、有事における自衛消防隊長を寮長とし、不在時は事務員を副隊長と位置づけ、権限委任等を明確にしている。</p> <p>管理者の役割と責任についての表明と有事における管理者不在時の権限委任等については、職員に理解されるよう更なる取組に期待したい。</p>		
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。		<b>a</b>
判断基準	a	管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	23%
	b	管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	46%
	c	管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	0%
	n		31%
着眼点	○ 1	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。	15%
	○ 2	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。	38%
	○ 3	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。	23%
	○ 4	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。	38%
コメント	<p>遵守すべき法令等を理解するための取組として、事業計画にコンプライアンス（法令遵守）の徹底を掲げ、研修等で職員に周知している。法令遵守要綱に基づき、年2回、法令遵守委員会を開催している。事業計画や就業規程の服務規律に、「利害関係者とは公平かつ適切な関係を保持する」ことが明記されている。寮長は、施設長研修や法人主催の経営に関する研修や会議に参加し法令遵守に努めている。職員には虐待防止や困窮者自立支援法、働き方改革等の施設内外の研修を受講させている。「婦人保護施設の設備及び運営に関する基準」と「36協定について」は、毎年、法令遵守委員会で研修を実施して職員に周知している。事務室にハラスメント（セクハラやマタハラ、パワハラ）に関するポスターが掲示されている。</p> <p>利害関係者との適正な関係保持については、職員への周知に期待したい。</p>		

評価項目			評価結果
<b>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>			
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。		<b>a</b>
判断基準	a	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	15%
	b	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	46%
	c	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	23%
	n		15%
着眼点	○ 1	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。	23%
	○ 2	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。	15%
	○ 3	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。	15%
	○ 4	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。	31%
	○ 5	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。	8%
コメント	<p>福祉サービスの質の向上に向けた取組については、法人で定められた評価基準に基づいた施設自己評価と職員倫理綱領自己評価を毎年実施している。寮長が集計・分析し、指導員会議で話し合っ</p> <p>て職員の意見を反映させ、寮長は法令遵守委員会や倫理委員会に出席している。今年度の課題に対しては、消防署職員による「地震・津波に対する心構えについて」の防災講話を入所者も参加して開催している。職員の教育・研修の充実に取り組んでおり、権利擁護研修を職員と一緒に受講し、入所者のニーズをふまえて実施した伊是名夏子さんの講演は全職員が入所者と一緒に聴く等、施設内外の研修を寮長も職員も数多く受講している。</p> <p>福祉サービスの質の向上に関する取組について、職員への更なる周知に期待したい。</p>		
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</b>
判断基準	a	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	0%
	b	管理者は、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が、十分ではない。	46%
	c	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	15%
	n		38%
着眼点	○ 1	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。	8%
	○ 2	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。	15%
	○ 3	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。	15%
	○ 4	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。	8%
コメント	<p>経営の改善や業務の実効性を高める取組として、寮長は指導員会議等で月次報告をしている。欠員の生活指導員を配置して利用者支援の充実を図り、同伴児を認めている沖縄県は生活指導員を基準以上に2名加配している。さらに、今年度から保育士を1名配置することで増加する同伴児（幼児や0歳児）の支援に対応している。職員に対して、年次有給休暇を時間休で認める等、働きやすい環境整備に取り組んでいる。業務の実効性の向上に向けて指導員会議で話し合い、4名の0歳児については職員が保育園を探し、3名が入園できている。心理士の配置を要望し、今年1月から女性相談所の心理士が、月2回来所して利用者にかウンセリングを実施している。</p> <p>今年度策定した支援方針に「職員は心をつなげた福祉サービスの提供を行います」とあり、支援方針に沿った取組が望まれる。</p>		

評価項目			評価結果
<b>II-2 福祉人材の確保・育成</b>			
<b>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。</b>			
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</b>
判断基準	a	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	15%
	b	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	38%
	c	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	23%
	n		23%
着眼点	○ 1	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。	15%
	○ 2	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。	23%
	○ 3	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	23%
	○ 4	法人（福祉施設・事業所）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。	23%
コメント	<p>必要な福祉人材の確保・定着等に関する取り組みについて、事業計画と法人の第3期経営計画に人材に対する姿勢が明記されている。人材の確保、及び定着、育成に向けた3つの取り組みの強化を掲げ、実施時期や回数を定めた具体的な実施計画に沿って取り組んでいる。必要な福祉人材や人員体制は法人の配置基準にもとづいている。福祉人材の確保は、ハローワークや行政機関、社会福祉協議会等の関係機関にも情報を提供し、人材確保に努めることが明記され、採用活動等を実施している。</p> <p>主任指導員の配置に向けて法人に要望しており、計画にもとづいた人材の確保・育成が望まれる。DV被害者等が入所している施設の特性に応じて、入所者を直接支援する生活指導員に関しては女性の配置についての検討が望まれる。</p>		
15	② 総合的な人事管理が行われている。		<b>b</b>
判断基準	a	総合的な人事管理を実施している。	38%
	b	総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	15%
	c	総合的な人事管理を実施していない。	31%
	n		15%
着眼点	○ 1	法人（福祉施設・事業所）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。	31%
	○ 2	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。	38%
	○ 3	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。	8%
	○ 4	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。	8%
	○ 5	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。	8%
	○ 6	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。	8%
コメント	<p>総合的な人事管理については、基本情報に「期待する職員像」を明記している。職員の採用については、法人の「職員採用選考要項」に応募資格が明記され、生活指導員の採用基準は社会福祉士または社会福祉主事、主任生活指導員の要件は2年以上の経験者と明確にされている。昨年度から法人として業務標準書（マニュアル）と働き方の指針や人間力評価による人事考課が実施され、寮長が評価・分析している。法人独自で5段階の基準にもとづいて業務遂行能力評価を実施し、人事異動等の参考にしてしている。異動等について、職員は自己申告書を法人本部に直接提出し、本部で検討している。</p> <p>雇用形態にかかわらず全職員が、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望まれる。</p>		

評価項目			評価結果
<b>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>			
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。		<b>b</b>
判断基準	a	職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	23%
	b	職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	54%
	c	職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	15%
	n		8%
着眼点	○ 1	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。	23%
	○ 2	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。	62%
	○ 3	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。	15%
	○ 4	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。	8%
	○ 5	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。	15%
	○ 6	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。	8%
	○ 7	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。	8%
	○ 8	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。	8%
コメント	<p>職員の働きやすい職場づくりに関して、職員の就業状況等の労務管理に関する責任者は寮長で、有給休暇の取得状況や時間外労働のデータについては事務員が定期的に把握している。有給休暇を時間休で認め、取得しやすいように配慮している。ストレスチェックや定期的健康診断、年4回管理者によるヒアリングを実施している。ソエルクラブに加入し、福祉医療機構の社会福祉施設職員退職共済や全国社会福祉事業団協議会年金共済に加入し福利厚生事業を実施している。育休明けはワーク・ライフ・バランスへの配慮として短時間勤務にするなど、法人としての体制が整備されている。同伴児の増加に伴い、今年度、加算職員として、保育士が配置されている。</p> <p>職員の悩みや相談などは寮長が聴いているが、職員の相談窓口の組織内への設置が望まれる。</p>		
<b>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>			
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>c</b>
判断基準	a	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	15%
	b	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	46%
	c	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	8%
	n		31%
着眼点	○ 1	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。	15%
	○ 2	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。	8%
	○ 3	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。	15%
	○ 4	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。	23%
	○ 5	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。	15%
コメント	<p>職員一人ひとりの育成に向けた取り組みとしては、基本情報に「期待する職員像」を明記し、法人の第3期経営計画の4つの姿勢に基づき、それぞれの項目毎に長期ビジョン（将来あるべき姿）を明示している。昨年度より正規職員に人事考課を実施し、ケース担当としての能力等については、寮長による面接が行われている。</p> <p>職員一人ひとりの目標設定にあたっては、目標項目と目標水準、目標期限を明確にするとともに、設定した目標について、年2回の面接を実施することが望まれる。</p>		

評価項目			評価結果
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>b</b>
判断基準	a	組織として職員の教育・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。	23%
	b	組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	54%
	c	組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	8%
	n		15%
着眼点	1	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。	23%
	○ 2	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。	15%
	○ 3	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。	23%
	○ 4	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	8%
	5	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。	8%
コメント	<p>職員の教育・研修に関しては、法人の第3期経営計画の人材の育成の項目に長期ビジョン（将来あるべき姿）を明示し、人材育成要領を法人本部で作成中である。職員に必要とされる専門技術や専門資格は、法人の「職員採用選考要項」に明記されている。職員は、年度の研修計画に基づき、職場内外の研修や法人の実施する階層別、職種別、特別研修等を受講している。研修計画は3月に見直し、次年度に反映させている。研修については生活指導員が担当し、施設内研修は指導員会議で話し合っって企画し実施されている。</p> <p>基本方針や計画への「期待する職員像」の明示、及び研修内容やカリキュラムの評価と見直しが望まれる。</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。		<b>a</b>
判断基準	a	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	31%
	b	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	46%
	c	職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	8%
	n		15%
着眼点	○ 1	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。	38%
	○ 2	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。	15%
	○ 3	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。	23%
	○ 4	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。	38%
	○ 5	職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	23%
コメント	<p>職員一人ひとりの教育・研修の確保については、個別の職員の専門資格の取得状況を把握している。新任職員研修や職員の資質向上、専門性の向上等の研修を計画にもとづいて実施している。新任職員には、寮長が相談にのっており、家庭訪問が苦手という職員には、「利用者の通っている美容室や病院を訪問して話を聴いて利用者の状況を把握してみては？」等の指導をしている。法人として階層別、職種別等の研修が実施され、外部研修も職種毎に受講している。外部研修は回覧により情報提供し、業務の状況を見ながらできるだけ全職員が受講できるよう、職員一人ひとりの教育・研修の機会が公平に確保されるよう配慮している。受講者には交通費と参加費を支給している。</p>		

評価項目			評価結果
<b>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。</b>			
20	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。		
判断基準	a	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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	0%
	b	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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	0%
	c	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ておらず、教育・研修が行われていない。	31%
	n		69%
着眼点	1	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。	0%
	2	実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。	0%
	3	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	0%
	4	指導者に対する研修を実施している。	0%
	5	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。	0%
コメント	施設の特性から評価対象外とした。		
<b>II-3 運営の透明性の確保</b>			
<b>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。</b>			
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。		<b>a</b>
判断基準	a	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	15%
	b	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	31%
	c	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	8%
	n		46%
着眼点	○ 1	ホームページ等の活用により、法人・福祉施設・事業所の理念や基本方針、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。	23%
	○ 2	福祉施設・事業所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。	38%
	○ 3	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。	31%
	○ 4	法人（福祉施設・事業所）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・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。	15%
	5	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。	8%
コメント	運営の透明性を確保するための情報公開については、法人のホームページに経営理念や施設概要、決算情報などが公開され、地域社会に法人の存在意義や役割などが示されている。苦情・相談の体制が法人全体として構築され、苦情対応要綱をもとに、苦情・相談の内容も公開されている。今回、第三者評価の受審にあたり自己評価を実施している。 施設の特性から着眼点5は評価対象外とした。		

評価項目			評価結果
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>a</b>
判断基準	a	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。	38%
	b	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が、十分ではない。	8%
	c	公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	0%
	n		54%
着眼点	○ 1	福祉施設・事業所における事務、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。	31%
	○ 2	福祉施設・事業所における事務、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。	31%
	○ 3	福祉施設・事業所の事業、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。	23%
	4	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。	15%
コメント	公正かつ透明性の高い適正な経営や運営に関する取組については、法人の事務・経理などの規程や職務分掌・権限など、入職時に説明されており、簿冊は事務所と指導員室に備え付けられ、職員はいつでも閲覧できるようになっている。毎年、法人本部による内部監査が実施されるとともに、外部監査の対象法人となっており、平成30年度から実施され、今年1月には本施設にも外部監査員が訪問している。外部監査結果の報告についてはこれからとなっている。		
<b>II-4 地域との交流、地域貢献</b>			
<b>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>			
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。		
判断基準	a	利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	8%
	b	利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	8%
	c	利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	23%
	n		62%
着眼点	1	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。	0%
	2	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。	8%
	3	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。	15%
	4	福祉施設・事業所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。	0%
	5	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。	15%
コメント	施設の特性から評価対象外とした。		

評価項目			評価結果
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。		
判断基準	a	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	8%
	b	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	0%
	c	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	23%
	n		69%
着眼点	1	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。	0%
	2	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。	0%
	3	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	8%
	4	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。	0%
	5	学校教育への協力を行っている。	0%
コメント	施設の特性から評価対象外とした。		
<b>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>			
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>a</b>
判断基準	a	利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	46%
	b	利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	23%
	c	利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	8%
	n		23%
着眼点	○ 1	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。	31%
	○ 2	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。	54%
	○ 3	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	38%
	○ 4	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。	46%
	5	地域に適当な関係機関・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。	31%
コメント	施設として必要な社会資源の明確化や関係機関等との連携については、地域の警察署や町役場、教育事務所、児童相談所、女性相談所のリストがあり、保育園やファミリーサポートセンターも把握されている。地域の消防署や電気・水道などの緊急連絡一覧表、職員の緊急連絡網が作成され、指導員会議で共有している。女性相談所や福祉事務所、県担当部署と定期的に連絡会が設けられ、課題解決に向けて協働し、地域の病院や施設とも連携を図り、困難ケースなどに対応している。 施設の特性から着眼点5は評価対象外とした。		



評価項目			評価結果
<b>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>			
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。		
判断基準	a	地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。	15%
	b	地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。	0%
	c	地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。	8%
	n		77%
着眼点	1	福祉施設・事業所（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。	15%
コメント	施設の特性から評価対象外とした。		
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。		
判断基準	a	把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	8%
	b	把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	0%
	c	把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っていない。	23%
	n		69%
着眼点	1	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。	8%
	○ 2	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。	8%
	3	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。	8%
	4	福祉施設・事業所（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。	8%
	5	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。	8%
コメント	施設の特性から評価対象外とした。		

評価項目			評価結果
<b>Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</b>			
<b>Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス</b>			
<b>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>			
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。		<b>b</b>
判断基準	a	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	54%
	b	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。	31%
	c	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	8%
	n		8%
着眼点	○ 1	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。	38%
	○ 2	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。	31%
	○ 3	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。	54%
	○ 4	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。	38%
	○ 5	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。	69%
コメント	<p>利用者を尊重した福祉サービス提供に関する共通理解のための取組については、理念や基本方針が玄関に掲示され、利用者を尊重した基本姿勢について職務会議などで話し合われている。ホームページに法人の職員倫理綱領が公開されており、毎年2回、倫理綱領自己評価チェック表により自己評価が実施され、法人全体で対応している。法人で「権利擁護研修」が実施され、職員も多数参加している。施設における対応マニュアルとして、「サービス提供過程における取り扱い要綱」があり、「入所者の接遇」の中に入所者の尊厳について記載されている。</p> <p>個々の福祉サービスの標準的な実施方法（マニュアル）への利用者尊重の明示が望まれる。</p>		
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。		<b>a</b>
判断基準	a	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。	54%
	b	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	38%
	c	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	8%
	n		0%
着眼点	○ 1	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理解が図られている。	54%
	○ 2	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。	54%
	○ 3	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。	54%
	○ 4	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。	54%
コメント	<p>入所者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスの提供については、「職員行動基準」が作成され、個人としての尊重、プライバシーの保護、人権の擁護への対応が記載されている。職員には採用時に説明し、外部に入所者の情報が漏れないよう職務会議などでも共有している。施設の特性から、「他入所者の情報はいわない。SNSに乗せない」とルールを定め、個人情報については、他入所者に聞かれても答えられないなど、細心の配慮に努め、学校や保育所にも協力してもらっている。4年程前から、全室にバス・トイレが整備され、入所者のプライバシー保護に配慮されている。他県では認められない車や携帯の所持も許可されるなど、生活の場にふさわしい快適な環境の提供に努めている。</p>		

評価項目			評価結果
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	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
判断基準	a	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	46%
	b	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	31%
	c	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	0%
	n		23%
着眼点	1	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	8%
	○ 2	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。	23%
	○ 3	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	46%
	○ 4	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	31%
	○ 5	利用希望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。	31%
コメント	<p>入所希望者に対する福祉サービスの選択に必要な情報の提供については、施設を紹介する「入所のしおり」が作成され、文字も大きく読みやすくなっている。外国の方には英語に訳して資料を作成し、手渡している。女性相談所の案内による見学希望者には、「入所のしおり」をもとに説明しながら施設見学を実施している。「入所のしおり」は、毎年見直している。</p> <p>「入所のしおり」は、ふりがなや絵、図を活用し、文字間や行間にも配慮して更に入所者のニーズに沿った資料となることに期待したい。</p> <p>施設の特性から着眼点1は評価対象外とした。</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ている。		a
判断基準	a	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	54%
	b	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分でない。	15%
	c	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	0%
	n		31%
着眼点	○ 1	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。	46%
	○ 2	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。	31%
	○ 3	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。	38%
	○ 4	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。	31%
	○ 5	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。	31%
コメント	<p>福祉サービスの開始・変更にあたっての入所者等への説明は、「入所のしおり」や変更時の福祉サービスの内容について、入所者がわかりやすいように工夫しており、入所者の自己決定を尊重しながら対応している。意思決定が困難な入所者には、分かりやすい言葉で説明することを職員間で統一して対応している。退所時は、女性相談所に情報を提供するとともに、地域生活において本人が困らないよう、地域の要保護児童対策地域協議会や家庭女性相談員、相談支援事業所などの関係機関との顔合わせを行っている。他施設等への変更にあたって情報を提供する場合は、入所者本人に口頭で説明し確認したうえで記録に残している。</p> <p>福祉サービスの開始・変更にあたり、入所者に分かりやすく説明するための手順をルール化し、職員間での更なる統一した支援に期待したい。</p>		

評価項目			評価結果
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。		b
判断基準	a	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。	38%
	b	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。	23%
	c	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。	0%
	n		38%
着眼点	○ 1	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。	38%
	○ 2	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。	38%
	○ 3	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。	31%
	○ 4	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。	31%
コメント	<p>施設の変更や家庭への移行等に当たっての福祉サービスの継続性に配慮した対応については、定められた様式の情報提供書を作成して対応しており、退所後も本人のニーズによっては、地域の事業所等と連携するなど、不利益が生じないように支援している。退所等に当たって、基本的には担当指導員が中心となり、「何かあったら電話してね」と入所者に口頭で伝え、電話があった場合は、その都度対応している。</p> <p>福祉サービスの継続性に配慮した手順のマニュアル化、及び退所後の相談方法について文書を作成して手渡すことが望まれる。</p>		
<b>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</b>			
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。		b
判断基準	a	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	38%
	b	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	31%
	c	利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	0%
	n		31%
着眼点	○ 1	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	38%
	○ 2	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。	54%
	○ 3	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。	23%
	○ 4	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。	15%
	○ 5	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。	38%
コメント	<p>利用者満足の上昇を目的とする仕組みの整備と取組については、毎年1回の利用者サービスアンケートと年2回の嗜好調査を実施している。毎月、茶話会（入所者を中心とした話し合いの場）を実施し、職員からの情報提供や入所者との意見交換を行い、利用者満足度の把握に努めている。利用者サービスアンケート結果によりエアコン洗浄などが行われ、嗜好調査の結果から生の果物をカップゼリーに変更して提供している。</p> <p>茶話会における入所者の意見を吸い上げる工夫を行うとともに、利用者満足に関する入所者参画の検討会議等の設置が望まれる。</p>		

評価項目			評価結果
<b>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。</b>			
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。		<b>a</b>
判断基準	a	苦情解決の仕組みが確立され、利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	23%
	b	苦情解決の仕組みが確立され、利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	38%
	c	苦情解決の仕組みが確立していない。	8%
	n		31%
着眼点	○ 1	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。	38%
	○ 2	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。	15%
	○ 3	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。	31%
	○ 4	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。	31%
	○ 5	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。	23%
	○ 6	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、公表している。	23%
	○ 7	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。	38%
コメント	<p>苦情解決の仕組みの確立と機能の有無については、沖縄県社会福祉事業団苦情対応要綱にもとづいて責任者を寮長とし、受付担当と第三者委員の体制が整備され、「入所のしおり」に記載し、茶話会の場で説明している。玄関に第三者委員のポスターを掲示するとともに、「希望の声」（投書箱）を設置して記入用紙も準備する等、入所者が苦情を申し出しやすいように工夫している。苦情内容の記録は保管され、解決結果は入所者にフィードバックし、法人のホームページで公開されている。苦情相談内容をもとに、警備員の変更や子供用ベッドの購入など、福祉サービスの質の向上の取組が行われている。</p> <p>施設の特性上、第三者委員に女性の起用を期待したい。</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。		<b>a</b>
判断基準	a	利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	46%
	b	利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	31%
	c	利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	0%
	n		23%
着眼点	○ 1	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。	31%
	○ 2	利用者や家族等に、その文書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。	15%
	○ 3	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。	54%
コメント	<p>入所者が相談や意見を述べやすい環境の整備と周知については、入所時に「入所のしおり」をもとに、第三者委員の説明を行うとともに、担当者や他の指導員など、誰でも話しやすい相手を選ぶことができることを伝えている。面接室はアロマを使用したり、飾りつけなどレイアウトにも配慮して、入所者がリラックスできるような工夫がされている。相談室や面接室（リラクゼーション室）など、個別に意見や相談ができるスペースが確保されている。</p>		

評価項目			評価結果
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</b>
判断基準	a	利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	46%
	b	利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。	38%
	c	利用者からの相談や意見の把握をしていない。	0%
	n		15%
着眼点	○ 1	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。	62%
	○ 2	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。	62%
	○ 3	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。	15%
	○ 4	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。	46%
	○ 5	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。	46%
	○ 6	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	15%
コメント	<p>入所者からの相談や意見に対する対応については、女性のシェルター的な施設の特性から、外出や外勤、帰寮時は指導員室に声かけするシステムとなっていることから、指導員は入所者がいつでも相談や声かけをしやすいような対応に努めている。投書箱を設置し、利用者サービスアンケートを年1回実施して入所者の意見の把握に努めている。法人の苦情対応要綱にのっとり、離婚問題などの相談や意見について、時間を要する場合は、速やかに状況を説明し対応している。入所者からの意見をもとに、食堂に子ども用椅子を設置し、居室にボディーソープや沐浴桶などを準備している。昨年より苦情対応要綱の他に「業務標準書」（マニュアル）も作成されている。</p> <p>苦情内容と解決結果等については、施設内への掲示による入所者への公表、及び入所者にも理解しやすい手順の作成が望まれる。</p>		
<b>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。</b>			
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。		<b>b</b>
判断基準	a	リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	38%
	b	リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	46%
	c	リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	0%
	n		15%
着眼点	○ 1	リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・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。	38%
	○ 2	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。	31%
	○ 3	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。	38%
	○ 4	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。	46%
	○ 5	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。	31%
	○ 6	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。	38%
コメント	<p>安心・安全な福祉サービス提供を目的とするリスクマネジメント体制の構築については、リスクマネジメント実施要綱や事故発生防止のための基本指針、リスクマネジメント実施マニュアルチェックリスト等が職員に周知され、寮長を責任者とした事故防止対策委員会が毎月開催されている。職員と入所者、小学5年生以上の子どもも参加し、事故防止職場内研修が実施されている。安全確保等の実施状況などについては、事故防止対策委員会で対応している。</p> <p>入所者の安心と安全を脅かす外部の事例等の収集、及び収集した事例をもとに施設の改善策や再発防止策を検討する取組が望まれる。</p>		

評価項目			評価結果
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。		<b>b</b>
判断基準	a	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	31%
	b	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	62%
	c	感染症の予防策が講じられていない。	0%
	n		8%
着眼点	○ 1	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。	38%
	○ 2	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。	46%
	○ 3	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。	23%
	○ 4	感染症の予防策が適切に講じられている。	38%
	○ 5	感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。	62%
	○ 6	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。	23%
コメント	<p>感染症予防や発生時における入所者の安全確保の体制整備と取組については、看護業務マニュアルや職務分掌により責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。緊急対応マニュアルや感染症マニュアルがあり、随時に感染症対策委員会が開催され、年2回、感染症予防に関する研修も実施しており、インフルエンザ等が発生した場合は、緊急会議を開催して対応している。日常的な予防としては、手洗いと施設内の消毒を徹底している。感染症が発生した場合の対応として、看護師や寮長の指示のもと、感染者は使い捨ての食器を使用して居室で食事を摂り、他入所者との接触をしないように配慮している。従来のマニュアルに加え、昨年度から法人として「業務標準書」（マニュアルに沿った支援の評価も記載できる様式）が作成され、活用されている。</p> <p>感染症マニュアルは作成されているが、乳幼児に関する病気の予防や予防接種など、入所者の状況に沿ったマニュアルの整備、及び職員への周知徹底が望まれる。</p>		
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。		<b>b</b>
判断基準	a	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	15%
	b	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	46%
	c	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	15%
	n		23%
着眼点	○ 1	災害時の対応体制が決められている。	15%
	2	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。	23%
	3	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。	15%
	4	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。	38%
	○ 5	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。	15%
コメント	<p>災害時における入所者の安全確保のための取組については、非常災害対策要綱が作成され、寮長を隊長とした自衛消防組織が結成され、地震発生時の対応体制も定められている。年2回、火災発生時対応の消防訓練を自衛消防隊を中心に実施し、消防署職員が参加することもある。</p> <p>立地条件による福祉サービス提供を継続するための対策の検討、及び入所者や職員の災害時における安否確認の手順の作成、食料や備品等の備蓄リストの作成等、防災計画の整備が望まれる。</p>		

評価項目			評価結果
<b>Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保</b>			
<b>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。</b>			
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</b>
判断基準	a	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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	31%
	b	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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	46%
	c	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ていない。	8%
	n		15%
着眼点	○ 1	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	46%
	○ 2	標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	38%
	○ 3	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。	23%
	○ 4	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。	31%
コメント		<p>提供する福祉サービスの標準的な実施方法（マニュアル）の文書化とサービスの提供については、救急対応マニュアルや服薬管理マニュアル、感染症別予防マニュアル、苦情対応要綱等が整備され、サービス提供過程における取り扱い要綱には、プライバシーへの配慮が明記されている。別に「業務標準書」が作成され、個別支援としては支援計画作成や退所、支援経過記録、離婚問題等について整備されている。相談援助（退所相談、アフターフォロー、入所受け入れ等）や日課支援（レクリエーション、清掃、苦情解決等）、緊急時対応（救急対応、妊婦対応、無断外出・外部侵入等）、接遇等について、それぞれに整備されている。マニュアルにもとづいて実施されているかどうかの確認は、人事考課評定として寮長が年2回面接し、評価、助言する仕組みがある。マニュアルは、職員への周知徹底が望まれる。</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。		<b>b</b>
判断基準	a	標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	31%
	b	標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	31%
	c	標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	0%
	n		38%
着眼点	○ 1	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。	31%
	○ 2	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。	38%
	○ 3	検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。	31%
	○ 4	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。	31%
コメント		<p>標準的な実施方法の見直しについては、業務標準書は昨年度から運用を開始しており、寮長が職員と面接をして「業務標準書」どおりに実施しているか等の意見や提案を聞く仕組みとなっている。個別指導計画は期間が定められて定期的に見直されている。業務標準書に反映すべき事項として措置継続時の支援計画の作成内容の追加やマニュアルの定期的な見直し、及び必要に応じて個別指導計画内容が反映されることが望まれる。</p>	



評価項目			評価結果
<b>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。</b>			
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。		<b>b</b>
判断基準	a	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	38%
	b	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	31%
	c	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。	0%
	n		31%
着眼点	○ 1	福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	38%
	○ 2	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。	31%
	○ 3	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。	38%
	○ 4	福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	46%
	○ 5	福祉サービス実施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。	31%
	○ 6	福祉サービス実施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。	38%
	○ 7	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。	38%
コメント	<p>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の策定については、個別指導計画書策定の責任者は寮長となっている。施設入所期間が1年のため、個別指導計画の策定は、入所時指導2か月、中間期指導8か月、退所準備指導2か月と定められている。女性相談所から入所時に新入所指導の2か月の個人指導計画書を作成して交付されている。施設では入所2週間後にケース概要やフェースシートを作成している。女性相談所からの2か月間の計画にもとづいて指導援助した結果の評価を行っている。中間期指導の8か月間の個別指導計画は担当者が案を作成し、全職種による指導員会議での合議を経て計画を決定している。8か月の指導状況で退所か継続か、施設としての意見をまとめ、女性相談所に依頼書を提出し、女性相談所の決定に沿って最後の2か月の個人指導計画書を作成している。</p> <p>入所者の課題抽出のための適切なアセスメントの実施、及び課題の協議が望まれる。</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。		<b>a</b>
判断基準	a	福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	23%
	b	福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	23%
	c	福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	0%
	n		54%
着眼点	○ 1	福祉サービス実施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。	31%
	○ 2	見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。	31%
	○ 3	福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	23%
	○ 4	福祉サービス実施計画の評価・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。	31%
コメント	<p>定期的な福祉サービス実施計画の評価・見直しについては、中間期指導計画と退所期指導計画の評価と見直しを実施し、継続になる場合は6か月の更新とし、5か月の中間期の個別指導計画と1か月の退所準備の個別指導計画を作成している。緊急時の計画変更も実施されている。見直された個別指導計画は入所者に説明して意向を把握し、記録に残すことの承諾を得ている。</p> <p>入所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することに期待したい。</p>		

評価項目			評価結果
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	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。		a
判断基準	a	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	38%
	b	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	54%
	c	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。	0%
	n		8%
着眼点	○ 1	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。	62%
	○ 2	サービス実施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。	54%
	○ 3	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。	46%
	○ 4	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。	38%
	○ 5	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。	38%
	○ 6	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。	62%
コメント	入所者に関する福祉サービス実施状況の記録の職員間での共有については、パソコンネットワークシステムが導入され、施設が定めた統一の様式に各職種が記録し、情報が共有できるようになっている。段階的指導目標（指導方針）に沿って、全職種が参加する指導員会議で毎週報告し記録されている。記録様式には支援内容や看護内容、年月日、時間、テーマ、記録者が明記され、記録内容や書き方に差異が生じないよう工夫され、2週間毎に寮長の決裁を得ている。		
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		b
判断基準	a	利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	38%
	b	利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	38%
	c	利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	0%
	n		23%
着眼点	○ 1	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。	46%
	○ 2	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。	31%
	○ 3	記録管理の責任者が設置されている。	31%
	○ 4	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。	23%
	○ 5	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	54%
	○ 6	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。	31%
コメント	入所者に関する記録の管理体制として、法人の「個人情報保護規程」や「文書取り扱い規程」により、入所者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供にすることが定められている。「就業規則」や「運営規程」には施設及び職員の守秘義務が定められている。入所者の記録は職員室で保管され、記録管理の責任者は寮長となっている。職員は、年に2回前期と後期に倫理綱領自己評価チェックを実施することにより、個人情報保護を理解し遵守している。入所者に対し個人情報の取り扱いについては、「入所のしおり」で説明し同意書を徴している。記録の管理について、個人情報保護の観点から職員への教育や研修の実施が望まれる。		

		評価項目	評価結果	
<b>A-1 利用者の尊重</b>				
<b>A-1-(1) 利用者の尊重</b>				
46	A①	① 施設生活全般について、利用者が自由に意見を表明する機会を設け、それに応えている。	<b>a</b>	
		判断基準	a 施設生活全般について、利用者が自由に意見を表明する機会を設け、それに応えている。	69%
			b 施設生活全般について、利用者が自由に意見を表明する機会を設けているが、十分にそれに応えていない。	31%
			c 施設生活全般について、利用者が自由に意見を表明する機会を設けていない。	0%
	n		0%	
	着眼点	○ 1	利用者の個性を尊重し、利用者の希望や意見に可能な限り応えている。	85%
		○ 2	利用者が自由に意見を表明できるよう、利用者との信頼関係づくりに取り組んでいる。	77%
		○ 3	日常生活の場面で、生活場面面接を実施するなど、利用者から意見を引き出せるよう取り組んでいる。	69%
		○ 4	能力や状況によって十分に意思を表明できにくい利用者に対して、職員が本人の意思を確認したうえで社会的な代弁者としての役割を果たすように努めている。	77%
		○ 5	普段の利用者の表情や態度からも意見を読み取るよう取り組んでいる。	69%
		○ 6	すぐに応えることが難しい事柄でも、職員会議で話し合う等の取り組みで対応している。	69%
		○ 7	利用者の希望に応えられない事柄については、その理由をその都度利用者に説明して、理解を求めている。	77%
	コメント	施設生活全般について、入所者が自由に意見を表明する機会を設け、それに応える取組については、入所者の希望に応じている。偏食で給食が食べられない入所者には、3食自炊することを認め、その後就職に伴い朝食だけ給食提供するなどの対応をしている。子ども用スプーンの持ち込みについては、ケースに入れて棚に置くなど可能な限り対応している。入所者と職員の信頼関係づくりとして担当制を実施している。担当者は生活場面で面接し、入所者が自由に意見が言える関係づくりに取り組んでいる。意思を表明できにくい入所者に対しては、行政手続きや医療機関の受診時、離婚調停等で入所者の意思を確認したうえで代弁することがある。入所者の表情や態度は出勤や帰宅時に読み取っている。毎週1回指導員会議で取り組みについて話し合い、対応している。「なぜ外泊させてくれないの」「なぜ門限が20時なの」「入所開始の2週間はなぜ外出禁止なの」等についてはその都度説明し理解を求めている。		
	47	A②	② 利用者自身が自分たちの生活全般について自主的に考える活動（施設内の自治会活動等）を推進し、自立に向けて積極的に取り組めるよう支援している。	<b>b</b>
判断基準			a 利用者自身が自主的に考える活動を推進し、自立に向けて積極的に取り組めるよう支援している。	23%
			b 利用者自身が自主的に考える活動の推進に努め、自立に向けて積極的に取り組めるよう支援しているが、十分ではない。	31%
			c 自立に向けて積極的に取り組めるような支援をしていない。	15%
		n	31%	
着眼点		○ 1	利用者自身が自分たちの生活全般について、自主的・主体的な取り組みができるような活動（施設内の自治会活動等）を実施している。また、施設がそのような活動を阻害していない。	31%
		○ 2	利用者が問題や課題について主体的に検討し、その上で取り組み、実行、管理するといった内容を含んだ活動をしている。	23%
		○ 3	活動における目標実現に向かって発展していくように支援している。	31%
		○ 4	活動を通して、利用者の自己表現力、自律性、責任感などが育つように支援をしている。	38%
		○ 5	活動で決定した要望等については、可能な限り応えている。	31%
コメント		入所者自身が自分たちの生活全般について自主的に考える活動の推進と支援としては、施設主催で月1回茶話会を開催し、殆ど入所者が参加し、要望等を言える機会としている。茶話会活動を通して、掃除当番等による責任感の育成や仕事を選択し継続する、子育てについての自律性が育つように支援されている。茶話会活動で決定した要望については、可能な限り対応しており、直近では空調機（エアコン）のオーバーホールを実施している。茶話会における入所者の課題の主体的な検討、及び要望等の実現の支援が望まれる。		

評価項目			評価結果
48	A③	③ 施設の行う援助について利用者に対して適切な情報提供を行い、利用者が自らの意思を決定できるように支援している	a
	判断基準	a 施設の行う援助について利用者に対して適切な情報提供を行い、利用者が自らの意思を決定できるように支援している。	54%
		b 施設の行う援助について利用者に対して適切な情報提供を行っているが、利用者が自らの意思を決定できるような支援が十分ではない。	38%
		c 施設の行う援助について利用者に対して適切な情報提供を行っていない。	0%
		n	8%
	着眼点	○ 1 施設の提供する援助の内容・方法について事前に利用者には十分説明している。	54%
		○ 2 利用者の自己決定の重要性について職員全員が十分認識している。	46%
		○ 3 必要な情報を提供し主体的な選択ができるようにしている。	54%
	コメント	施設の行う援助についての入所者に対する情報提供と入所者自らが意思決定できる支援については、入所開始時に情報を提供している。離婚手続きについては、独自でやる方法と顧問弁護士や法テラスに依頼する方法等を説明し、保育施設については、認可保育園や無認可保育園、ファミリーサポート等の情報を提供している。一人親補助制度や仕事情報、医療機関、資格取得等の情報も提供し、入所者が必要な情報を主体的に選択できるように支援している。入所者の自己決定の重要性については、職員の倫理綱領に「自己決定権の尊重」として規定されており、一人ひとりが状況に応じて自ら選択し、決定したことは最大限に尊重すると明示されている。	
49	A④	④ 職員が利用者に対して二次的被害に及ぶ言動等を行わないよう徹底している。	a または c → a
	判断基準	a 職員が利用者に対して二次的被害に及ぶ言動等を行わないよう徹底している。	54%
		b ー	ー
		c 二次的被害に及ぶ言動等を行わないための取り組みが十分ではない。	15%
		n	31%
	着眼点	○ 1 「就業規則」等の規程に二次的被害に及ぶ言動等の禁止を明記している。	23%
		○ 2 具体的な例を示して二次的被害に及ぶ言動等を禁止している。	23%
		○ 3 二次的被害に及ぶ言動等の起こりやすい状況や場面について、研修や話し合いを行い、それらを伴わない援助技術を習得できるようにしている。	15%
		○ 4 二次的被害に及ぶ言動等の禁止を職員に徹底するため、日常的に会議等でそれらを取り上げ、行われていないことを確認している。	23%
		○ 5 二次的被害に及ぶ言動等があった場合を想定して、施設長が職員と利用者の双方にその原因や事実の確認をし、「就業規則」等の規程に基づいて厳正に処分を行うしくみがつくられている。	23%
		○ 6 職員による二次的被害に及ぶ言動等の禁止について、利用者には周知している。	31%
	コメント	職員が入所者に対して二次的被害に及ぶ言動等を行わないことの徹底については、就業規則の服務規程に二次被害の言動等の禁止が規定され、具体的な例が「サービス提供過程における取り扱い要綱」に明示されている。二次被害に及ぶ言動等が起こりやすい状況等については、倫理綱領の自己評価チェック表で課題を抽出し、その結果をもとに職務会議で二次被害の伴わない対応について検討し確認している。二次被害に及ぶ言動等の禁止を職員に徹底するため、就業規則に入所者への非違行為にたいする処分が明記されている。 職員による二次被害に及ぶ言動等の禁止について、入所者への周知が望まれる。	

		評価項目	評価結果	
50	A⑤	⑤ 職員は、セクシャルハラスメント行為等により、利用者の生活環境が害されることがないように取り組んでいる。	b	
	判断基準	a	職員は、セクシャルハラスメント行為等により、利用者の生活環境が害されることを防ぐ取り組みを行っている。	38%
		b	職員は、セクシャルハラスメント行為等により、利用者の生活環境が害されることを防ぐ取り組みを行っているが、十分ではない。	31%
		c	職員は、セクシャルハラスメント行為等により、利用者の生活環境が害されることを防ぐ取り組みを行っていない。	8%
		n		23%
	着眼点	○ 1	セクシャルハラスメント行為等の防止に関する要綱を作成して職員に徹底している。	23%
		2	セクシャルハラスメント行為等について、具体的な例を示して、利用者に周知している。	23%
		○ 3	セクシャルハラスメント行為等に迅速に対応できるように、利用者からの訴えやサインを見逃さないよう留意している。	31%
		○ 4	セクシャルハラスメント行為等の防止を徹底するため、日常的に会議等で取り上げ、行われていないことを確認するとともに、女性性の侵害について認識を深めるための研修を行っている。	23%
		5	セクシャルハラスメント行為等を発見した場合には、記録し、必ず管理職等に報告することが明文化されている。	23%
		○ 6	セクシャルハラスメント行為等があった場合を想定して、施設長が職員と利用者の双方にその原因や方法・程度等事実確認をし、「就業規則」等の規程に基づいて厳正に処分を行うようしくみがつけられている。	23%
		○ 7	利用者が自分自身を守るための知識を学習したり、嫌がらせなど性的な侵害を受けたときは、自らが訴えるスキルを身につけるような機会やシステムを設けている。	23%
	コメント		<p>セクシャルハラスメント行為等により、入所者の生活環境が害されることがないための取組みについては、サービス提供過程における取り扱い要綱が作成されている。「ハラスメント（セクハラ、マタハラ、パワハラ）は許しません」のポスターを作成し、それぞれの事例や懲戒処分内容、相談窓口も記載され、事務室に掲示して周知している。権利擁護について全職員が法人主催の研修を受講している。セクハラ行為等があった場合は、本人が訴えなくても、周りの入所者が訴えるほど、入所者の意識が敏感である。セクハラ行為を想定して、就業規則には厳しい懲戒処分が設定されている。嫌がらせなどを受けた時の訴える手段としては投書箱を設置し、直接管理職に訴える入所者もいる。実際に警備員について訴えがあり、管理職まで報告され、対処した事例がある。</p> <p>「ハラスメント（セクハラ、マタハラ、パワハラ）は許しません」のポスターは入所者が見やすい場所に掲示して周知すること、及び職員がハラスメント行為を発見した場合は、記録し報告することを明文化することが望まれる。</p>	
51	A⑥	⑥ 利用者個人の思想や信教の自由は、他の利用者の権利を妨げない範囲で保障されている。	a または c → a	
	判断基準	a	利用者個人の思想や信教の自由は保障されている。	100%
		b	—	—
		c	利用者個人の思想や信教の自由が尊重されていない。	0%
		n		0%
	着眼点	○ 1	施設において宗教的活動を強要していない。	77%
		○ 2	個別的な宗教活動の自由は他の利用者の権利を妨げない範囲で保障されている。	54%
○ 3		利用者の宗教的活動において他の利用者の権利を妨げないように配慮している。	54%	
コメント		<p>入所者の思想や信教の自由は、他の入所者の権利を妨げない範囲で保障することが、法人の経営方針に入所者の人権の尊重として明示されている。具体的には入所者の自己決定と選択の尊重を取組の姿勢としている。施設として宗教活動を強要することはなく、個人の宗教活動は保障され、他の入所者の権利を妨げないよう配慮されている。</p>		

		評価項目	評価結果
<b>A-2 日常生活支援サービス</b>			
<b>A-2-(1) 食生活</b>			
52	A⑦	① 食事をおいしく楽しく食べられるよう工夫し、栄養管理にも十分な配慮を払っている。	<b>b</b>
	判断基準	a 食事をおいしく楽しく食べられるよう工夫し、栄養管理にも十分な配慮を払っている。	46%
		b 食事をおいしく楽しく食べられるよう工夫し、栄養管理にも配慮を払っているが、十分ではない。	38%
		c 食事をおいしく楽しく食べられるような工夫や配慮を払っていない。	0%
		n	15%
	着眼点	○ 1 食事場所は、常に清潔が保たれている。	46%
		○ 2 食事場所は、安心できる環境として配慮している。	62%
		○ 3 温かいものは温かく、冷たいものは冷たくという食事の適温提供に配慮している。	23%
		4 陶器の食器等を使用したり、盛りつけやテーブルの飾りつけを工夫したりするなど、食事をおいしく食べられるように工夫している。	15%
		○ 5 利用者の体調、疾病、アレルギー等に配慮した食事を提供している。	54%
		○ 6 バランスのとれた食生活の習得については、無理がないよう配慮し実施している。	54%
		○ 7 定例的に利用者の嗜好や栄養摂取量を把握し、献立に反映させている。	23%
		○ 8 生活指導担当職員と給食担当職員との定例的な連絡会議を開催し、食生活の向上などに努めている。	31%
		9 研修会や講習会に参加し、技術の向上に努めている。	15%
		○ 10 バイキング方式や屋外での食事、レストランでの外食等、多様な食事の機会を設けている。	15%
	コメント	<p>食事をおいしく楽しく食べられる工夫と栄養管理への配慮として、食事場所（食堂）の清掃は利用者が当番制で実施し、円卓が設置され、家族中心に安心できる環境で食事できるように工夫されている。食事は個別にお膳にセットされ、汁物だけは保温用スープジャーから各自で温かい状態でよそっている。体調不良の場合等は、申し出ればおかゆなどが提供される。調理は委託され、施設側と委託先の栄養士との給食連絡会議を毎月開催し、7月と12月に嗜好調査や残食調査を実施し献立に反映させている。行事食としてバイキング方式を取り入れている。</p> <p>食事環境として、食器については、陶器等の使用やテーブルの飾りつけ等の工夫、及び調理職員の技術向上の講習受講が望まれる。子どもの嗜好に配慮した献立の作成や離乳食の提供等、偏食にならない健全な食の提供に期待したい。</p>	
53	A⑧	② 利用者の状況や希望に応じて食事の時間が設定されている。	<b>a または c → C</b>
	判断基準	a 利用者の状況や希望に応じて食事の時間が設定されている。	62%
		b —	—
		c 利用者の状況や希望に応じて食事の時間が設定されていない。	31%
		n	8%
	着眼点	○ 1 朝食、昼食、夕食それぞれの食事時間が、利用者の基本的な生活習慣の確立につながるよう設定されている。例：夕食時間は午後6時以降にしている。	62%
		2 就労活動等利用者の状況に応じて、食事時間以外の時間でも個別の食事を提供している。	54%
		○ 3 電子レンジや保温庫、保冷庫等を用意し、食事時間以外にもおいしく食べられるよう配慮している。	54%
		4 無理なく楽しみながら食事ができるように、個人差に応じた食事時間に配慮をしている。	38%
	コメント	<p>入所者の状況や希望に応じた食事時間の設定について、朝食は7時30分～8時30分、昼食は12時～13時、夕食は18時～19時と設定され、連絡があれば1時間は取り置きができるようになっている。電子レンジやトースター、保温用スープジャーが設置されている。</p> <p>同伴児に乳幼児が多い現状を踏まえ、無理なく楽しく食事ができるように、個人差に応じた食事時間への配慮が望まれる。</p>	

評価項目			評価結果
54	A⑨	③ 利用者の状況に応じて食習慣を習得するための支援を適切に行っている。	b
判断基準	a	利用者の状況に応じて食習慣を習得するための支援を適切に行っている。	15%
	b	利用者の状況に応じて食習慣を習得するための支援を行っているが、十分ではない。	46%
	c	利用者の状況に応じて食習慣を習得するための支援を行っていない。	8%
	n		31%
着眼点	○ 1	食器の使い方や食事のマナーが習得できるよう支援している。	15%
	○ 2	食習慣の習得を、無理なく楽しみながら身に付けられるよう工夫している。	15%
	○ 3	テーブル拭き、食器洗い、食器消毒、残飯処理など食後の後片づけの習慣が習得できるよう支援している。	38%
	○ 4	食品分類やおやつへの摂り方等、栄養についての正しい知識を教えている。	15%
コメント		<p>入所者の状況に応じた食習慣の支援として、子どもへの食事のマナーについては、職員の検食時や夕食の見回りを機に指導するようにしている。食堂では指定席で、母子が揃って食事することが決められ、下膳やテーブル拭きは各自でする決まりである。設定された時間に食事を終わらない場合だけ食器洗いや残飯処理などをする決まりになっている。栄養についての知識は、看護師が食品分類等について説明している。偏食で給食が食べられない場合や離乳食作り、他に食べたいものがある時等は、母子棟の調理室で独自に作って食べることができる。調理室には冷蔵庫が2台設置されており、入所者はそれぞれに食品を保管している。</p> <p>食習慣の習得については、入所者も子どもも無理なく身に付けられるよう、実習等による工夫が望まれる。</p>	
<b>A-2-(2) 住生活</b>			
55	A⑩	① 居室等施設全体が、生活の場としての快適さに配慮したものになっている。	a
判断基準	a	居室等施設全体が、生活の場としての快適さに配慮したものになっている。	38%
	b	居室等施設全体が、生活の場としての快適さに配慮されているが、十分ではない。	54%
	c	居室等施設全体が、生活の場としての快適さに配慮していない。	0%
	n		8%
着眼点	○ 1	居室は利用者が個々の生活を演出できる空間が確保されている。	69%
	○ 2	居室はプライバシーに配慮した構造になっている。	54%
	○ 3	トイレは利用者の快適さに配慮して設置している。	62%
	○ 4	浴室は利用者の快適さに配慮して設置している。	54%
	○ 5	談話室など、憩いの空間を確保している。	69%
	○ 6	共用部分には行き届いた清掃が行われ、軽度な修繕は迅速に行っている。	46%
	○ 7	身体に障害のある利用者がある場合には、安全に行動ができるように配慮している。	23%
コメント		<p>生活の場としての快適さに配慮した居室等については、同伴児と同居できる施設であり、居室は、和室と洋室が準備されている。各居室は施錠でき、電球の取り換えや網戸の修理等は職員が行っている。施設には面接室や作業室、医務室、娯楽室、保育室、学習室、調理室、洗濯室が設置されている。娯楽室の使用時間は、単身者は22時まで、同伴児世帯は21時までテレビが視聴できる。保育室には遊具や絵本コーナーが設置され、学習室は小学生が勉強室として使用している。</p> <p>洗濯室には5台の洗濯機が設置され、使用時間は7時から21時までとなっているが、入所者の8割が同伴児世帯で就労しており、居室への洗濯機や冷蔵庫の設置について検討することに期待したい。</p>	

		評価項目		評価結果
<b>A-2-(3) 入浴</b>				
56	A⑪	①	入浴の支援は、利用者の状況や希望を反映して行われている。	<b>a</b>
	判断基準	a	入浴の支援は、利用者の状況や希望を反映して行われている。	38%
		b	入浴の支援は、利用者の状況や希望を反映して行われているが、十分ではない。	8%
		c	入浴の支援が、利用者の状況や希望を反映して行われていない。	0%
		n		54%
	着眼点	○ 1	利用者の身体的状況（例：性感染症、刺青、暴力による痣、妊娠）に対して配慮している。	31%
		○ 2	設定された時間のほかに、利用者の個別の状況に応じて入浴できるよう配慮している。	23%
		○ 3	入浴の時間帯や回数について、利用者との話し合いで決めている。	0%
		○ 4	入浴のマナーに関する話し合いの機会が持たれている。	8%
	コメント		入所者の状況や希望を反映した入浴支援に関しては、各居室に浴室が設置されており、入浴の時間や回数などは入所者のライフスタイルに合わせて自由に対応されている。看護師は、妊娠中に入所して、出産した入所者に対し、0歳児の沐浴支援を行っている。幼児に対しては、入浴の仕方についての指導をしている。	
<b>A-2-(4) 他者等との関係調整</b>				
57	A⑫	①	利用者と家族との関係再構築のための支援を行っている。	<b>a</b>
	判断基準	a	利用者と、同居していない子どもや家族等との家族関係の再構築のための支援を行っている。	62%
		b	利用者と、同居していない子どもや家族等との家族関係の再構築のための支援を行っているが、十分でない。	23%
		c	利用者と、同居していない子どもや家族等との家族関係の再構築のための支援を行っていない。	0%
		n		15%
	着眼点	○ 1	施設内で、家族関係に関する相談ができる体制が整えられている。	62%
		○ 2	子ども、両親、きょうだい等との関係再構築のための具体的な支援を行っている。	62%
		○ 3	とりわけ、子どもとの関係再構築については、施設として支援の計画を持つとともに、他の関係機関等とのケースカンファレンス等で、子どもを取り巻く総合的な問題解決方法等の手段を持ち、具体的に取り組んでいる。	46%
		○ 4	必要な場合には、医師、弁護士等の専門家や関係機関等との連携を行っている。	62%
	コメント		入所者と家族との関係再構築のための支援としては、施設内で家族関係に関する相談体制が整備されている。担当者が入所者と退所後のあり方や方針について話し合い、親族についての関係調整を行っている。退所の近い入所者には、親族（母親）との面談を行い、退所後の同居や支援について、同伴児の課題（医療や障がい等への支援）について対応している。若年で出産した入所者へは、母親との関係修復を支援計画に位置付けて支援している。入所者が不利益を被ることが考えられる場合には、親族との交流や面会を行わず、必要に応じて地域の警察や行政に入所者をつないでいる。	



評価項目			評価結果
58	A⑬	② 利用者と、他者との関係調整のための支援を行っている。	a
	判断基準	a 利用者と、他者との関係調整のための支援を行っている。	38%
		b 利用者と、他者との関係調整のための支援を行っているが、十分でない。	54%
		c 利用者と、他者との関係調整のための支援を行っていない。	0%
		n	8%
	着眼点	○ 1 施設内で、他の利用者や以前の知人・友人との関係等について相談ができる体制が整えられている。	69%
		○ 2 必要に応じ、他の利用者との関係づくりのため支援を行っている。	62%
		○ 3 利用者同士のトラブルについて適切に解決を図っている。	77%
		○ 4 施設外の人たちとの関係調整のため、訪問や調整会議等の機会を設けている。	46%
		○ 5 以前の知人・友人との関係調整を図るため関係機関との連携体制が作られている。	31%
		○ 6 必要な場合には、弁護士等の専門家や婦人相談員、民生委員等との連携を行っている。	62%
	コメント	<p>入所者と他者との関係調整のための支援については、「入所のしおり」に他の入所者との適切な付き合い方を記載し、トラブルの未然防止を図るとともに、必要に応じて助言を行っている。言葉や習慣の違い等で意思の疎通が難しい外国籍の入所者とのトラブルには、生活指導員が間に入ってわかり易い言葉で伝えるなど、適切に対応し解決につないでいる。入所者の職場での人間関係のトラブル調整も生活指導員が職場を訪問して話し合い、解決に努めている。以前の知人・友人と良い関係が築けていない場合には、警察や女性相談所と会議を行うなど連携体制がとられている。退所後は民生委員につないでいる。</p>	
<b>A-2-(5) 自主性・自律性を尊重した日常生活支援</b>			
59	A⑭	① 行事などのプログラムは、利用者が主体的に関わることができるように計画・実施されている。	a
	判断基準	a 行事などのプログラムは、利用者が主体的に関わることができるように計画・実行されている。	46%
		b 行事などのプログラムは、利用者が主体的に関わることができるように計画・実行されているが、十分ではない。	38%
		c 行事などのプログラムが、利用者が主体的に関わることができるように計画・実行されていない。	8%
		n	8%
	着眼点	○ 1 利用者の趣味や興味にあったプログラムになるよう利用者の要望を反映している。	62%
		○ 2 利用者の自発的な参画を促すように支援している。	46%
		○ 3 利用者が施設での生活を楽しめるような企画を利用者と共に行えるように工夫している。	62%
		○ 4 利用者の状況を考慮し、参加しやすいように内容、時間等を工夫している。	69%
		○ 5 行事等の参画について、利用者の選択を尊重している。	62%
	コメント	<p>入所者が主体的に関わることができる行事などのプログラムについては、月1回開催する茶話会や年間行事（ハロウィンパーティー・クリスマス会・観月会・新年会・バーベキュー等）に取り組んでいる。入所者の趣味や興味を聞きエアロビクスやヨガ、アロマセラピー、パソコン教室なども取り組み、入所者が自発的に参加できるように土曜日に実施している。職員は、「話しやすい面談ルーム」になるよう配慮し、工夫している。行事等への参加は、強制ではなく入所者の意思を尊重している。クリスマス会では、入所者が司会を務めるなど積極的に関わっている。</p>	

		評価項目	評価結果
60	A⑮	② 利用者が自らの健康について理解を深めるような支援を行っている。	b
	判断基準	a 利用者が自らの健康について理解を深めるような支援をしている。	46%
		b 利用者が自らの健康について理解を深めるような支援をしているが、十分ではない。	54%
		c 利用者が自らの健康について理解を深めるような支援を行っていない。	0%
		n	0%
	着眼点	○ 1 利用者自らが、健康に留意できる意識を育てている。	62%
		○ 2 必要な場合には利用者の看病を行っている。	46%
		○ 3 必要な場合は受診、通院等についての相談・助言、介助、同行等を行っている。	77%
		○ 4 利用者の意向を尊重しながら、医療の専門家又は医療機関との連携を行っている。	77%
		○ 5 受診や服薬が必要な場合、利用者にもその必要性を説明・助言している。	77%
		○ 6 誤薬を防ぐシステムが確立している。	31%
		○ 7 職員間で病状経過、服薬などの情報がきちんと引き継げるシステムができている。	54%
		○ 8 静養室が確保されている。	54%
	コメント	<p>入所者が自らの健康について理解を深めるような支援については、職員は入所者に対して「顔色がいいね」とか、「ぐっすり眠れている」等の声かけをすることで、入所者自身の健康に対する意識付けをしている。必要に応じて看護師や職員が医務室や居室で看病し、通院の際には同行支援をしている。SGA性低身長症の同伴児のいる入所者には、専門医と連携して支援している。成長ホルモンは毎晩皮下注射をする必要があり、ホルモン剤は事務室の冷蔵庫で保管している。母親が慣れるまでの最初の2週間は看護師が付き添い、母親が注射を行っていたが、現在は注射器等の保管は寮で行い、注射は母親が行っている。服薬については、常用薬の数量が多い入所者には、飲み忘れの無いよう指導員室で管理し、看護師や生活指導員が支援している。職員は病状や服薬情報については日誌で引継ぎ共有している。</p> <p>飲み忘れを含めた誤薬を防ぐためのシステムの確立が望まれる。</p>	
61	A⑯	③ 個別に応じ、利用者への衣食住に関する生活スキル向上の支援を行っている。	a
	判断基準	a 個別に応じ、利用者への衣食住に関する生活スキル向上の支援を行っている。	38%
		b 個別に応じ、利用者への衣食住に関する生活スキル向上の支援を行っているが、十分ではない。	62%
		c 利用者への衣食住に関する生活スキル向上の支援を行っていない。	0%
		n	0%
	着眼点	○ 1 衣服の清潔保持等、衣生活のスキル向上の支援を行っている。	62%
		○ 2 入浴等、衛生管理のスキル向上の支援を行っている。	69%
		○ 3 栄養管理等、食生活のスキル向上の支援を行っている。	38%
		○ 4 調理等のスキルを学ぶための設備が整っている。	69%
		○ 5 基礎的な調理技術を習得できるよう、食事やおやつを作る機会を設けている。	38%
		○ 6 部屋の清掃等、住生活のスキル向上の支援を行っている。	54%
	コメント	<p>個別に応じた入所者への衣食住に関する生活スキル向上の支援については、5台の洗濯機を共用するため、使用時間や順番などの調整を行っている。天気のいい日には、布団を干すなどのアドバイスを行い、シーツ交換は入所者に任せて衛生管理支援を行っている。調理室では、入所者と職員が共に離乳食作りやクッキー等のおやつ作りを行う機会を設けている。入所者から蛍光灯の交換や網戸の修繕などの依頼があった場合は、入室し部屋のレイアウトや清掃について支援している。</p>	

評価項目			評価結果
62	A⑰	④ 利用者が新しく生活を立て直すために、十分な相談体制をとっている。	a
判断基準	a	利用者が新しく生活を立て直すために、十分な相談体制をとっている。	69%
	b	利用者が新しく生活を立て直すために相談体制をとっているが、十分ではない。	31%
	c	利用者が新しく生活を立て直すための相談体制をとっていない。	0%
	n		0%
着眼点	○ 1	利用者が今後の生活を立て直すための相談にあたり、多様な選択肢を用意している。	77%
	○ 2	夜間・休日でも利用者の相談に応じられる体制をとっている。	62%
	○ 3	必要に応じて、専門の相談機関を紹介している。	69%
	○ 4	個別相談に応じるためのスペースが確保されている。	69%
	○ 5	健康相談、将来の生活設計等に対する支援を行う職員との信頼関係が構築されている。	69%
コメント		入所者が新しく生活を立て直すための相談体制については、入所者との面談を通して、退所後の仕事や子どもの保育園や小学校などの環境整備について支援している。夜間であっても生活指導員は面談室などで相談に応じている。精神や知的などの障がいを持つ入所者には、行政や社会福祉協議会、パーソナルサポートセンター等につなげて支援している。4人の生活指導員が、入所者支援を担当制で行い、信頼関係を構築し、健康相談などの支援を行っている。	
63	A⑱	⑤ 婦人保護施設の利用者の特性により生じる心理的な課題をもつ利用者に対して、心理的な支援を行っている。	b
判断基準	a	婦人保護施設の利用者の特性により生じる心理的な課題をもつ利用者に対して、心理的な支援を行っている。	46%
	b	婦人保護施設の利用者の特性により生じる心理的な課題をもつ利用者に対して心理的な支援を行っているが、十分ではない。	54%
	c	婦人保護施設の利用者の特性により生じる心理的な課題をもつ利用者に対して、心理的な支援を行っていない。	0%
	n		0%
着眼点	1	婦人保護施設の利用者の特性により生じる心理的な課題をもつ利用者については、個別支援（サービス実施）計画に基づき、心理療法担当職員によりその解決に向けた心理支援プログラムが策定されている。	31%
	○ 2	精神的な疾病・障害、知的障害を持っている利用者が抱えている精神的な不安を十分に理解し受け止めたうえで支援が行われている。	69%
	3	心理支援プログラムにおいて個別・具体的方法が明示されており、その方法により心理的支援が実施されている。	23%
	4	日常生活の中で、心理的な援助が行える体制ができている。	46%
	○ 5	必要に応じて心理の専門家から直接的支援を受ける体制が整っている。	46%
	6	心理的なケアが必要な利用者への対応に関する職員研修やスーパービジョンが行われている。	23%
	○ 7	必要に応じ、医療機関との連携が図られている。	69%
コメント		入所者の特性により生じる心理的課題を持つ入所者に対する支援については、必要に応じて年1回程度、女性相談所で臨床心理士による心理面談を行っている。精神科病院でのカウンセリング治療を受ける入所者の支援もしている。心理的なケアが必要な利用者については、職員間でケース検討会議が行われている。 1月からは、月に2回臨床心理士が来所して面談が行われているが、解決に向けた心理支援プログラムを策定し、それに基づく支援の実施、及び心理療法担当職員による職員へのスーパービジョンが望まれる。	

評価項目			評価結果
64	A⑱	⑥ 利用者の職業能力開発や就労支援を行っている。	a
	判断基準	a 利用者の職業能力開発や就労支援を行っている。	62%
		b 利用者の職業能力開発や就労支援を行っているが、十分ではない。	38%
		c 利用者の職業能力開発や就労支援を行っていない。	0%
		n	0%
	着眼点	○ 1 公共職業安定所の活用や就職先の開拓など、利用者の心身状態や意向に配慮した就労支援を行っている。	77%
		○ 2 職業能力や適性について、婦人相談所と十分に共通理解がされる等、連携が図られている。	38%
		○ 3 利用者の適性や経験・希望に配慮した職場探し、能力開発についての相談や情報提供等の支援を行っている。	77%
		○ 4 就労に不安を持つ利用者については、事情や背景を十分考慮しながら相談・助言を行っている。	62%
		○ 5 施設内で、就労支援のための講座・勉強会等を行っている。	54%
		○ 6 必要があれば利用者の勤める職場との連携・調整を行っている。	54%
		○ 7 職場環境に関する相談・助言を行っている。	46%
		○ 8 職場での権利侵害等の訴えに対して適切な対応をしている。	38%
		○ 9 障害者手帳の交付を受けて就労をめざす利用者には、障害者雇用の枠を利用し、就労がスムーズに行えるよう支援している。	69%
		○ 10 希望に応じて、定期的な職場訪問を実施するとともに、その結果を利用者に伝え、よりよい就労の継続ができるよう支援している。	38%
	コメント	<p>入所者の職業能力開発や就労支援については、生活指導員は入所者と共にハローワークに同行し、個別に就労相談の支援をしている。生活指導員は就職情報誌を活用して仕事内容を問い合わせる等、就職先の開拓を行っている。就労継続が困難な利用者には、女性相談所において職業能力や適性についての診断を実施し、早期に障がい気づき、場合によっては障害者手帳の申請や障害者年金受給申請等の支援を行い、その結果によっては就労継続支援A型やB型事業所への就労につないでいる。入所者の希望により、施設内でパーソナルサポートセンターの支援を受けてパソコン講座を実施し、エクセル3級検定に合格した入所者もいる。職場の給料未払いなどの権利侵害については、担当職員と顧問弁護士の対応により回収した事例がある。外国籍の入所者の職場には定期的に訪問して、就労の継続ができるよう支援している。</p>	
65	A⑳	⑦ 利用者が必要に応じて社会資源を有効に利用できるように支援を行っている。	a
	判断基準	a 利用者が必要に応じて社会資源を有効に利用できるように支援を行っている。	31%
		b 利用者が必要に応じて社会資源を有効に利用できるように支援を行っているが、十分ではない。	62%
		c 利用者が必要に応じて社会資源を有効に利用できるような支援を行っていない。	0%
		n	8%
	着眼点	○ 1 利用者が、自身に関わる社会資源の正確な名称や機能を理解できるよう努めている。	46%
		○ 2 掲示板等を活用し、諸制度に関して常に新しい情報提供に努めている。	38%
		○ 3 関係機関や施設等へ同行している。	77%
		○ 4 書類記入などの申請手続きの側面的支援を行っている。	77%
		○ 5 専門機関・自助グループ等についての相談・紹介を行っている。	77%
	コメント	<p>社会資源を有効に利用できる支援については、退所後を視野に入れた情報提供として、掲示板を利用し、新1年生の祝い金制度や学童クラブの費用免除制度、無料塾制度などの情報提供を行っている。期限が迫っても申請がまだの入所者には直接連絡をして書類の申請手続きを支援している。就職活動の支援では、ハローワークに同行し、退所後の「住居確保給付金」支援の手続き等を行っている。ダウン症親の会や児童デイサービス等自助グループ等の紹介等を行っている。</p>	

評価項目			評価結果
66	A ㉑	⑧ 利用者が性について理解を深めるための取り組みを行っている。	C
判断基準	a	利用者が性について理解を深めるための取り組みを行っている。	23%
	b	利用者が性について理解を深めるための取り組みを行っているが、十分ではない。	31%
	c	利用者が性について理解を深めるための取り組みを行っていない。	0%
	n		46%
着眼点	1	利用者の状況に応じた性教育のカリキュラムを用意し、性知識などを学ぶ機会を設けている。	23%
	2	性教育について、職員の学習会を実施している。	15%
	3	性について、職員と利用者が率直に話し合う機会を設けている。	23%
コメント		入所者が性について理解を深めるための取組については、性教育のカリキュラムの用意や、入所者と職員の性教育の学習会が望まれる。夫や身近な人からのDV等の被害を受けた女性が入所する特殊な施設であるため、デリケートな性の問題を率直に話の出来る機会を設けるためにも女性職員の配置についての検討が望まれる。	
67	A ㉒	⑨ 金銭の管理や使い方など経済観念が身につくよう支援している。	b
判断基準	a	金銭の管理や使い方など経済観念が身につくよう支援している。	38%
	b	金銭の管理や使い方など経済観念が身につくよう支援しているが、十分ではない。	54%
	c	金銭の管理や使い方など経済観念が身につくような支援を行っていない。	0%
	n		8%
着眼点	1	施設が金銭管理を行う場合は、利用者と協議のうえ、その範囲や方法等について決定している。また、このことを文書にして確認している。	38%
	○ 2	計画的な小遣いの使用等、金銭の自己管理ができるよう支援している。	69%
	○ 3	無駄遣いをやめ、節約したことによる効果が実感できるようなお金の使い方を体験できるように工夫している。	46%
	○ 4	小遣いの使途については、利用者の自主性を尊重し、不必要な制約を加えていない。	46%
	5	一定の生活費の範囲で生活することを学ぶプログラムを実施している。	31%
コメント		金銭の管理や使い方など経済観念が身につくための支援に関しては、計画的な金銭管理の支援として携帯電話の料金設定の見直しや車両保険の変更などを行い、節約した分で子どもの服を購入するなど、効果が実感できるような支援をしている。 施設での金銭管理は実施していないが、退所を見据えて貯蓄計画を立て、初期費用や当面の生活に必要な金銭に関して個別指導をしている。貯蓄計画等は書面で確認できる仕組みの検討、及び一定の生活費の範囲で生活することを学ぶプログラムによる指導などが望まれる。	
68	A ㉓	⑩ 利用者に対する債務整理のための支援を行っている。	b
判断基準	a	利用者に対する債務整理のための支援を行っている。	54%
	b	利用者に対する債務整理のための支援を行っているが、十分でない。	31%
	c	利用者に対する債務整理のための支援を行っていない。	0%
	n		15%
着眼点	○ 1	債務があった場合の相談ができる体制が整えられている。	62%
	2	消費者金融の制度や債務返済についての研修に施設として取り組んでいる。	31%
	○ 3	必要な場合には、弁護士、警察等と相談できる体制を施設として作っている。	62%
	○ 4	必要な場合には、弁護士、警察、裁判所調査員等の専門家や民生委員等との連携を行っている。	38%
	○ 5	一時的に身を隠す場所や手段等をあらかじめ準備している。	31%
コメント		入所者に対する債務整理のための支援では、顧問弁護士や司法書士に相談できる体制がある。返済不能の債務については迅速に対応し、自己破産などの手続きを行い精神的負担軽減の支援をしている。サラ金やクレジット会社からの取り立てに追われている利用者には、一時的に別の機関に移動できるよう配慮されている。 消費者金融の制度や債務返済についての職員研修が望まれる。	

評価項目

評価結果

A-2-(6) 利用者の安全の確保

69

A⑭	①	夫等の暴力により保護を必要とする利用者の安全確保を適切に行っている。	aまたはc→	a
	判断基準	a	夫等の暴力により保護を必要とする利用者の安全確保を適切に行っている。	92%
		b	—	—
		c	夫等の暴力により保護を必要とする利用者の安全確保を行っているが、十分ではない。	8%
		n		0%
着眼点	○	1	安全確保と精神的ケアを目的とした相談・支援を行っている。	77%
	○	2	本人の所在の秘匿について関係機関と協議し、理解と協力を得ている。	77%
	○	3	夫等から発見される等の怯えがみられる利用者について、外部との連絡のとり方、日常生活の代行等、きめ細かい対応ができる体制がとられている。	62%
	○	4	安全確保のための方法についてマニュアルを作成し、常に職員や利用者に周知を図っている。	54%
	○	5	夫等から発見される等おそれが出てきた場合には、婦人相談所、福祉事務所や警察等と連携して他施設へ移動できる体制が整っている。	85%
コメント		夫の暴力により保護を必要とする入所者の安全確保を適切に行っている。保護命令申立や接近禁止命令などを申請し、入所者の精神的ケアを図っている。入所者全員が住民基本台帳のロックを行っている。関係機関と連携して入所者の所在地の秘匿についての理解と協力を得ている。特に入所当時は外部との連絡を取らないよう伝え、不安やイライラ解消のために職員は寄り添って話を聞くようにしている。安全確保のため、外部からの電話対応マニュアルが作成され、職員や入所者に周知している。保護命令の再申請や家裁の調定には弁護士と待ち合わせる等、同行支援をしている。夫等から発見される等のおそれが出てきた場合には、女性相談所と相談し、協議して対応している。		