

福祉サービス第三者評価調査報告書 救護施設 角川ヴィラ 2026年度版

②共通評価基準

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	☒		評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	☒	ア	理念、基本方針が法人、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。
	判断した理由・特記事項等 理念や基本方針は、ホームページやパンフレットや機関紙に掲載するとともに、運営方針に沿って利用者にわかりやすく説明しています。年度はじめに回覧し定期的に職員会議で周知徹底しています。利用者への周知は、入所時に利用のしおりで説明するとともに、玄関やフロアに掲示し施設の使命や方向性を確認できるように取り組んでいます。		☒	イ	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。
			☒	ウ	基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。
			☒	エ	理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。
			☒	オ	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。
			☒	カ	理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。

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	☒		評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)
2	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	☒	ア	社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。
	判断した理由・特記事項等 事業部の重点課題を基に、施設の年度事業計画を作成し運営方針を策定し、事業計画に明示し職員に周知徹底に努めています。その結果から次年度の計画を策定しています。サービス会議で毎月の利用者数を把握・分析し確認とその推移を分析し全職員で共有しています。		☒	イ	地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。
			☒	ウ	利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、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。
			☒	エ	定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。
3	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	☒	ア	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。
	判断した理由・特記事項等 法人の事業計画をうけ、各事業部施設で事業計画を作成し、部長会、経営会議等を法人本部で実施しています。決定事項や内容についてはサービス会議、リーダー会議等でフィードバックし課題や問題点を共有し改善に向けて協議し全職員に周知徹底しています。		☒	イ	経営状況や改善すべき課題について、役員(理事・監事等)間での共有がなされている。
			☒	ウ	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。
			☒	エ	経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。

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	☒		評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)
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	☒	ア	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。
	判断した理由・特記事項等 中・長期計画は理念・方針を基に数値目標や具体的な成果を策定し、明記するとともに評価ができる内容になっています。経営課題の改善に向け令和10年度まで計画されています。施設の改修・整備に関して必要に応じた見直しの仕組みづくりを期待いたします。		☒	イ	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。
			☒	ウ	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。
			☐	エ	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。
5	② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	☒	ア	単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。
	判断した理由・特記事項等 中・長期計画は理念・方針を基に数値目標や具体的な成果を策定し、明記するとともに評価ができる内容になっています。基本理念や運営方針の下に施設運営や利用者サービス・人材確保・施設・修繕等を基に経営課題の改善に向け計画されています。		☒	イ	単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。
			☒	ウ	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。
			☒	エ	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。

福祉サービス第三者評価調査報告書 救護施設 角川ヴィラ 2026年度版

②共通評価基準

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	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
6	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a	☒	ア	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。
	判断した理由・特記事項等 前年度の事業計画の達成状況や成果を事業計画に集約し新年度の事業方針、事業項目、重点課題等を定め反映されています。事業計画については、サービス会議、リーダー会議等を通じて事業計画を説明し、全職員の周知徹底を図っています。		☒	イ	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。
			☒	ウ	事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。
			☒	エ	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。
			☒	オ	事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)がされており、理解を促すための取組を行っている。
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	☒	ア	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。
	判断した理由・特記事項等 やまびこ会(利用者の会長選出)を構成し、行事・サービス内容について具体的に説明し、利用者の意見や希望を聞き入れ取り組んでいます。利用者が理解して頂くための具体的な取り組みを期待いたします。		☒	イ	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。
			☐	ウ	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成する方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。
			☒	エ	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。

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	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
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	☒	ア	組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。
	判断した理由・特記事項等 日常的な支援やサービスは、業務改善委員会、サービス向上委員会、リスクマネジメント委員会、防災管理者委員会などの10の委員会を設置し、月1回は活動し分析・検討しPDCAサイクルに基づきサービスの質向上に取り組んでいます。		☒	イ	福祉サービスの内容について組織的に評価(C:Check)を行う体制が整備されている。
			☒	ウ	定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。
			☒	エ	評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。
9	② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a	☒	ア	評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。
	判断した理由・特記事項等 それぞれの委員会から、サービス会議やリーダー会議でも会議議事録などに文章化し、周知徹底をしています。評価計画結果後の課題は改善に向けた対策を検討して事業計画に反映しています。結果は集計し職員に回覧し、利用者へのサービス向上に取り組んでいます。		☒	イ	職員間で課題の共有化が図られている。
			☒	ウ	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。
			☒	エ	評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。
			☒	オ	改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。

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	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
10	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	☒	ア	管理者は、自らの福祉施設・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。
	判断した理由・特記事項等 施設長は当施設の経営や管理に関する基本方針を明確にし、施設長の役割や責任を果たしています。また、利用者のおしり(案内)・広報誌(清流)にも掲載し明記出来ています。		☒	イ	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。
			☒	ウ	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。
			☒	エ	平常時のみならず、有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。
11	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	☒	ア	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者(取引事業者、行政関係者等)との適正な関係を保持している。
	判断した理由・特記事項等 各種の福祉施設協議会の開催する研修会に参加するとともに、人権擁護や虐待防止法、法令遵守などの研修会に参加しフィードバックして情報共有を図り、働きやすい職場環境に努めています。法令遵守最優先の行動指針の基に全職員に周知徹底しています。		☒	イ	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。
			☒	ウ	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。
			☒	エ	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。

福祉サービス第三者評価調査報告書 救護施設 角川ヴィラ 2026年度版

②共通評価基準

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	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a	☒	ア	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。
	判断した理由・特記事項等 年度末に事業報告書を作成し、年度方針と実施状況を確認しています。この結果を分析・検討して次年度の事業計画に反映しています。毎朝、実施している連絡会議にて、支援に対する指導・助言をその都度行っています。毎月のサービス会議とリーダー会議に出席し助言・指導を行い、質の向上に繋げています。		☒	イ	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。
			☒	ウ	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。
			☒	エ	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。
			☒	オ	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。
13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a	☒	ア	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。
	判断した理由・特記事項等 重点事項を全階の事務所に掲示し業務の実効性を高め、職員に周知徹底しています。リーダー会議やサービス会議を通じ施設運営全般について職員の意思統一を図り入退所等の状況把握に努めています。働きやすい環境整備ため希望休・有給休暇取得などに取り組んでいます。		☒	イ	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。
			☒	ウ	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。
			☒	エ	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。

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。		第三者 評価結果	☒	評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）	
14	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a	☒	ア	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。
	判断した理由・特記事項等 事業計画に必要な人員や人材確保と方針を明記し、スキルを身につける教育と訓練を行い人材確保育成を行っています。人材確保法人HP求人サイトやハローワークや就職フェア等で採用し、人材育成は新任研修や施設内外の研修を実施し積極的な採用活動に努めています。		☒	イ	福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。
			☒	ウ	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。
			☒	エ	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。
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	☒	ア	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。
	判断した理由・特記事項等 就業規則に人事基準を定め、「期待する職員像」を明確にするとともに、各階層について規定し、当該者には昇格試験を実施しています。新任職員には育成計画表を基に3ヶ月間ベアレントを組む体制を整備しています。法人内の企画課によるフォローアップ研修・3年・5年研修を実施し、将来性が見える仕組みづくりに取り組んでいます。新人職員育成方針が明記され、育成計画表を基に3ヶ月間のベアレントを組む体制を整備し将来の姿を描く仕組みづくりができています。		☒	イ	人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。
			☒	ウ	一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。
			☒	エ	職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。
			☒	オ	把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。
			☒	カ	職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。
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	☒	評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）	
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。	a	☒	ア	職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。
	判断した理由・特記事項等 職員の勤務や有給休暇、時間外労働等は事前に聞き取り、把握しています。女性職員の育児休暇取得率は100%で、子育てと仕事の両立を実現しています。職員の心身の健康と安全は、毎年ストレスチェックを実施し、ストレスへの軽減・解消を図っています。又、悩み事や要望はいつでも相談できる体制を整備しています。有給休暇や産休取得、希望休の実施を行いワークライフバランスに配慮して、用意された福利厚生メニュー（旅行・自己研鑽）等を選択、利用できるカフェテリアプランの導入や、大阪共済会への加入など福利厚生の充実を図っています。「男女いきいきプラス事業」として認証取得されています。組織の魅力ある職場環境を行い、年1回面談を行い、意向調査を実施し希望を確認し配置等に繋げています。		☒	イ	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。
			☒	ウ	職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。
			☒	エ	定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。
			☒	オ	職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。
			☒	カ	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。
			☒	キ	改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。
			☒	ク	福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。

福祉サービス第三者評価調査報告書 救護施設 角川ヴィラ 2026年度版

②共通評価基準

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	☒	評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）	
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	☒	ア	組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。
	職員の知識や水準を面談などで把握するほか、年度はじめに職員一人ひとり年間自己目標申告シートを作成し、上長との個人面談を通じ目標や進捗状況の確認を行い振り返り、達成度合を確認し情報共有を図り、次年度の人事管理に繋げています。		☒	ウ	職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。
			☒	エ	職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。
			☒	オ	職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。
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	☒	ア	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。
	職員の専門性を考慮して計画的に研修受講や人員配置を行い実施するとともに、研修内容等を評価・見直しをして、人員配置を行っています。また、内部研修、外部研修の取組み事項を定め、成果の達成状況や目標達成の確認をまとめ、次年度に繋げています。		☒	ウ	策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。
			☒	エ	定期的に計画の評価と見直しを行っている。
			☒	オ	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。
19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	☒	ア	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。
	職員の資格取得状況や知識や技術水準を把握し、段階を踏んで受講一覧表を作成し、計画的に実施しています。職員が自己研鑽の受講希望については補助金を交付する仕組みづくりがあります。新任職員においては、ベアレントの指導のもと、理解できるようチェックリストを用いて教育・訓練を実施しています。内部研修では各階層はもとより新人、昇格研修、施設代理などの職員を対象とした研修体制が整えられ公平に参加出来る体制が整えられています。		☒	ウ	階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。
			☒	エ	外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。
			☒	オ	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。
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	☒	評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）	
20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の 研修・育成について体制を整備し、 積極的な取組をしている。	a	☒	ア	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	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。
	実習生受け入れマニュアルを整備するほか、実習生のプログラムを明示するとともに、職員の注意事項について明記し全職員に周知徹底しています。また、個人情報や守秘義務についても説明されています。職種に応じたプログラムは大学側から用意されているが、実習前に教諭・実習性と内容の打合せを行い計画をたてて実施しています。		☒	ウ	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。
			☒	エ	指導者に対する研修を実施している。
			☒	オ	実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。

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	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
21	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	☒	ア	ホームページ等の活用により、法人、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。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	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。
	法人のホームページに理念・方針を明示し事業内容や事業計画・報告活動内容・収支に関する運営状況等を公表しています。また、法人や施設の役割等を事業計画に明記し公表しています。また、独自の広報誌「清流」や「たんぼぼ通信」を発行し、施設内の様子やボランティア活動の情報を地元の自治会や近隣地区に配布し情報発信に努めています。		☒	ウ	第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。
			☒	エ	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。
			☒	オ	地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。
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	☒	ア	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。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	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。
	経営規定に基づき経営管理・運営管理を明確にし、業務分担するとともに、職務内容や責任等を明確にし、朝礼やリーダー会議、職員会議などに周知徹底しています。定期的に内部監査、外部監査を受けながら経営改善に努めています。		☒	ウ	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。
			☒	エ	外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。

福祉サービス第三者評価調査報告書 救護施設 角川ヴィラ 2026年度版

②共通評価基準

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	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
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	☐	ア	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。
判断した理由・特記事項等			☒	イ	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。
地域交流の基本的な考え方を明記し、角川地区との「ふれあい祭り」や合同の避難訓練など定期的に行っています。町内のスーパーマーケットへの買い物支援では地域のボランティアや館内ボランティアを実施しています。又、独居高齢者の見守りも月に2回継続的に実施しています。年1回実施している地区秋祭りでの更なる取り組みを期待いたします。			☒	ウ	利用者の個別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。
			☒	エ	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。
			☒	オ	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。
24	② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a	☒	ア	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。
判断した理由・特記事項等			☒	イ	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。
事業計画にボランティア受け入れマニュアルが整備されています。赤十字奉仕団と個人会員で構成される「たんぼぼの会」のボランティア団体と協力体制を構築しています。事業計画にボランティア受け入れマニュアルが整備されています。ボランティア総会や講座を定期的に開催し交流を図っています。又、ボランティアの方が講師になり、リズムワークを月1回開き情報の改善を図っています。			☒	ウ	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。
			☒	エ	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。
			☒	オ	学校教育への協力を行っている。
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	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
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。	a	☒	ア	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したりリストや資料を作成している。
判断した理由・特記事項等			☒	イ	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。
地域の福祉施設協議会や救護施設協議会に出席し、必要な社会資源情報を得て、個々のニーズに応じた通過施設としての役割を果たしています。地域のイベントや広報誌などを掲示設置し利用者がいつでも資料入手できるよう取り組んでいます。退所後も通所サービス等の必要性が予想されるケースについては、アフターフォローをして継続した支援に繋がっています。			☒	ウ	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。
			☒	エ	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。
			☒	オ	地域に適切な関係機関・団体が無い場合には、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。
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	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
26	① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a	☒	ア	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。
判断した理由・特記事項等			☒	イ	把握した福祉ニーズ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。
毎年運営委員会を開催し、社会福祉事業所や福祉事業所・医療機関、各地区長などと連携強化を深め情報の共有化を図る体制を整えています。高島市から受託されている地域清掃作業への参画を行っています。			☒	ウ	多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。
			☒	エ	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。
27	② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	☒	ア	把握した福祉ニーズにもとづいて、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。
判断した理由・特記事項等			☒	イ	把握した福祉ニーズ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。
年間を通じ月2回地域の独居老人の安全確認や配食弁当を実施しています。高島市と協定を結び大規模災害に広域避難所や福祉避難所などを受託しています。角川地区とは防災協定を締結し、合同防災訓練を年2回と防災会議も年2回実施し、防災時における総合協力体制を構築しています。			☒	ウ	多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。
			☒	エ	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。
			☒	オ	地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。

福祉サービス第三者評価調査報告書 救護施設 角川ヴィラ 2026年度版

②共通評価基準

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	☒	評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)	
28	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	☒	ア	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。
	法人の基本理念に、「利用者一人ひとりの人格を尊重し、『その人』に即した過不足のないサービスを行う」を掲げ、「サービス会議」や「リーダー会議」の場で理念の浸透を図っています。また、事務所には「ここに響くサービス・7つの実践」を掲示し、職員連絡会等の場で定期的に唱和し、日々の福祉サービスの充実に生きるよう配慮しています。		☒	ウ	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。
			☒	エ	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。
			☒	オ	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。
29	② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	☒	ア	利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその職員の理解が図られている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。
	「サービス提供マニュアル」にはプライバシー保護に関する留意事項が明記されています。各居室には個人用のタンスが備えられ、室内をカーテンで仕切ることもできます。個人入浴を希望する場合は、個別利用ができるなど、プライバシー保護に十分な配慮がなされています。		☒	ウ	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。
			☒	エ	利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。
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	☒	評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)	
30	① 福祉サービス利用者に必要な情報を積極的に提供している。	a	☒	ア	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を準備している。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。
	ホームページを開設し、法人の基本理念や運営方針をはじめ、施設の概要等についても、誰もが情報を入手できるよう積極的に取り組んでいます。同時に、情報弱者を作らないためにも、電子媒体のみならず、各種のパンフレットづくりに力を注いでいます。施設紹介ビデオ等を用意し、各市町の福祉事務所に持参するなど、広く情報提供も行っています。		☒	ウ	福祉施設・事業所の利用者(予定者)については、個別に丁寧な説明を実施している。
			☒	エ	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。
			☒	オ	利用者(予定者)に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。
31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	☒	ア	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。
	入所時に手渡す「施設利用のごあんない」には、すべての漢字に平仮名ルビを打つなど、誰にでも理解できるように細かな配慮を施しています。なかでも、日常生活に関する事項については、具体的な説明を付け加えるなど、利用者の立場に立った配慮を充実させています。サービス内容等の変更にあたっては、利用者の同意と自己決定を尊重しています。		☒	ウ	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすい工夫や配慮を行っている。
			☒	エ	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。
			☒	オ	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。
32	③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	☒	ア	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。
	他施設への移行にあたっては、医療機関から提供される医療情報とADL(日常生活動作：食事・排泄・更衣・入浴・整容等)を記載した「引継書」の作成を徹底しています。とりわけ大阪本部との連携を重視し、移行後も関係性を大切にしています。		☒	ウ	福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。
			☒	エ	福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		第三者 評価結果	☒	評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)	
33	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	☒	ア	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。
	利用者への個別面談や聞き取り活動をおして要望の取りまとめを行い、サービス改善委員会の方針に沿って課題の検討・改善に努めています。とりわけ食事に関しては、アンケート調査を年2回実施するとともに、利用者参加の「食事懇談会」を毎月開催したりして、リクエストメニューを提供するなど、利用者満足の向上をめざした取組を進めています。		☒	ウ	職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。
			☒	エ	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。
			☒	オ	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。

福祉サービス第三者評価調査報告書 救護施設 角川ヴィラ 2026年度版

②共通評価基準

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	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
34	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	☒	ア	苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)が整備されている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。
	苦情解決規程にもとづき施設長の責任のもと、苦情解決委員会を設置しています。「苦情解決のしくみ」・「苦情解決の相談方法」等については、すべての利用者に理解できるように漢字には平仮名のルビを打ち、やさしい日本語で表現し、廊下に掲示しています。 第三者の相談員2名が毎月1回来所し利用者と面談を行っています。その内容は「苦情相談活動記録簿」に記載し、職員との情報の共有に活かしています。また、年1回、苦情解決報告会を開いたり、第3事業部(滋賀地区同法人4施設)会議を開き、共通課題の分析を進め、再発防止に努めています。		☒	ウ	苦情記入カードの配布やアンケート(匿名)を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。
			☒	エ	苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。
			☒	オ	苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。
			☒	カ	苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。
			☒	キ	苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。
35	② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a	☒	ア	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。
	苦情解決制度をはじめ、第三者への相談日・場所等について、詳しくお知らせしています。面談室も常設しています。		☒	ウ	相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。
36	③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	☒	ア	職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。
	施設長宛の意見箱や第三者委員宛の意見箱を設置し、広く意見や苦情が集まるよう配慮しています。また、定期的に各種のアンケートを実施し、利用者の意見や要望が把握できるようにしています。寄せられた意見や要望・苦情は、「サービス向上委員会」で集約し、検討・改善に繋がるよう取組みを進めています。事案によっては、守秘義務がかかったり、即刻、対応できない場合がありますが、そうした場合は、経過報告を行うなど、丁寧な対応に心がけています。		☒	ウ	相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。
			☒	エ	職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。
			☒	オ	意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。
			☒	カ	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。
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	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
37	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a	☒	ア	リスクマネジメントに関する責任者の明確化(リスクマネージャーの選任・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。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順(マニュアル)等を明確にし、職員に周知している。
	各部署にリスク対応責任者を置き、毎月、リスクマネジメント会議を開催しています。リスク状況やその原因をきめ細かに記載した「ヒヤリ・ハットメモ(年間約100件の記載)」をもとに、事案の検証・防止策の立案をはじめ、日常の気づき等について話し合い、予防的な取組を組織的に展開しています。 職員への周知については、職員会議や担当部署での報告の他に、報告書を全職員へ回覧するなど、周知・徹底を図っています。利用者の安全確保・事故防止は、施設運営上の最重要課題に位置づけ、職員研修を徹底しています。		☒	ウ	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。
			☒	エ	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。
			☒	オ	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。
			☒	カ	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。
38	② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	☒	ア	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。
	感染症予防対応マニュアルを完備し、職員に周知・徹底しています。年間2回、保健所や病院から講師を招き、職員研修会を開催しています。施設利用者向けには、看護職員や栄養職員が講師を務め、定期的に「健康教室」を開き、感染症予防の重要性について啓蒙活動を繰り返し広げています。 「静養室」や「面談室」を常設するなど、施設面での充実を図るとともに、手指消毒の励行や必要に応じてマスクの着用を奨励するなど、感染症対策への注意喚起を促しています。		☒	ウ	担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。
			☒	エ	感染症の予防策が適切に講じられている。
			☒	オ	感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。
			☒	カ	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。
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	☒	ア	災害時の対応体制が決められている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。
	災害対応を想定した各種のマニュアルを完備し、地震・火災・洪水、そして原子力災害を想定した避難訓練を毎月実施しています。滋賀県や高島市からは、広域避難所・福祉避難所の指定を受け、3日分の食料等の備蓄を行っています。非常用大型自家発電設備も設置し、災害時におけるライフライン確保に努めています。		☒	ウ	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。
			☒	エ	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。
			☒	オ	防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。

福祉サービス第三者評価調査報告書 救護施設 角川ヴィラ 2026年度版

②共通評価基準

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			評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)
40	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a	☒	ア	標準的な実施方法が適切に文書化されている。
判断した理由・特記事項等 業務マニュアルによって、全ての業務が明文化されています。職員は、常にマニュアルに沿って食事・入浴・排泄等の業務を遂行しています。同時に、「日常業務介助確認表」を用いて業務チェックを行い、福祉サービスの質を維持しています。			☒	イ	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。
			☒	ウ	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。
			☒	エ	標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。
41	② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a	☒	ア	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。
判断した理由・特記事項等 業務改善委員会やサービス向上委員会を設置し、日頃より業務改善に取り組んでいます。改善にあたっては、職員や施設利用者からの声を大切に、個別支援計画の中で示した項目・内容が質的に向上するよう細心の注意を払っています。			☒	イ	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。
			☒	ウ	検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。
			☒	エ	検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。
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			評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)
42	① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	b	☒	ア	個別支援計画策定の責任者を設置している。
判断した理由・特記事項等 個別支援計画の策定にあたっては、入所時に、生活基盤・日常生活・健康状態・社会生活技能等、各領域ごとにアセスメントを実施しています。また、入所後は毎月、利用者との定例面接を実施するなかで、希望や要望を聞き取り、利用者一人ひとりに合った計画となるよう改善を積み重ねています。支援困難ケースが生じたときは、その都度ケースカンファレンスを開催し、看護職員や栄養職員などの参加を得るなかで解決策を見いだすよう努力しています。しかし、支援困難ケースは年々広がりを見せ多岐にわたるようになってきています。今後は、看護・栄養部門のみならず、幅広い職域からの参加を得た取組が臨まれます。			☒	イ	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。
			☐	ウ	部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。
			☒	エ	個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。
			☒	オ	個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。
			☒	カ	個別支援計画どおり福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。
			☒	キ	支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。
43	② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a	☒	ア	個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。
判断した理由・特記事項等 個別の支援計画は、モニタリングに基づいた見直しを半年ごとに実施しています。また、その見直しにあたっては、福祉サービスの質の向上に関わる課題を常に念頭に置きながら、上長の責任のもと検討・改善に努めています。			☒	イ	見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。
			☒	ウ	個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。
			☒	エ	個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容(ニーズ)等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。
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			評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)
44	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a	☒	ア	利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。
判断した理由・特記事項等 個別支援計画にもとづいた福祉サービスが着実に実践されていることが記録簿等から確認することができます。記録内容や表記方法も統一され、差異が生じないよう配慮がなされています。これには、施設長代理やグループリーダーの働きかけが大きく、常日頃より、各職員への適切な指導と助言が施されていることが読み取れます。 情報共有を目的としたファイリングシステムやパソコンのネットワークシステムも素晴らしく、情報の集約化と共有化が業務の効率化を推し進めています。			☒	イ	個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。
			☒	ウ	記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。
			☒	エ	組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。
			☒	オ	情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。
			☒	カ	パソコンのネットワークシステムを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。
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	☒	ア	個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。
判断した理由・特記事項等 リスクマネージャーが個人情報保護推進委員長を兼務し、施設長が管理責任全般を担うなど、個人情報を組織として一元管理しています。個人情報の保存期間は原則5年と定め、期間終了情報は、廃棄専門会社へ持ち込み、溶解処理を行っています。現行使用中の個人ファイルは紙ベースで管理され、各階の事務所内のキャビネットに厳重保管されています。個人情報を持ち出す際は、封筒に入れるなど人目に触れないように配慮しています。個人情報取扱についての研修も計画的に実施し、利用者への啓蒙も欠かしていません。			☒	イ	個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。
			☒	ウ	記録管理の責任者が設置されている。
			☒	エ	記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。
			☒	オ	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。
			☒	カ	個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。

③内容評価基準

A-1-(1) 自己決定の尊重		第三者 評価結果	☒	評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)	
A①	① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a	☒	ア	利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。
	入所時に基本情報を作成し、7日以内に初回面接、2か月以内にADL把握、希望要望の確認、アセスメントを順次実施し、利用者の意向に沿った個別支援計画を作成しています。担当者は毎月面談を行い個人能力が発揮される支援を行っています。利用者の日中活動のほか、クラブ活動、買い物便、図書館便、月1回の理容サービスを提供し、楽しみや趣味の機会を確保しています。また、利用者と職員双方が話し合う場（やまびこ会、朝会、町内会）を設けています。		☒	ウ	趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。
			☒	エ	生活に関わるルール等については、利用者で話し合う機会(利用者同士が話し合う機会)を設けて決定している。
			☒	オ	利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組をつうじて具体化されている。
			☒	カ	利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。
A②	② 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a	☒	ア	利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。
	自立に配慮した個別支援計画にもとづき、利用者の心身の状況や生活を把握し、施設内での自立（食事、身辺清潔保持等）や社会的自立（服薬、金銭管理、作業訓練参加等）に向けて必要な支援を行っています。作業訓練では、参加者増加への対応や障がい者の参加を促す作業開拓に取り組む、自立へのステップアップにつなげています。また、障がい者手帳取得や居宅保護、他種別施設への変更支援などの行政手続きを利用者と同行し、手続き支援も行っています。その他退所後も支援継続に努めています。		☒	ウ	自律・自立生活のための動機づけを行っている。
			☒	エ	生活の自己管理ができるように支援している。
			☒	オ	行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。
			☒	カ	必要に応じて他法による福祉サービスを利用できるよう支援している。
			☒	キ	利用者が死亡した際の手続き等を確認し、適切に実施している。
A③	③ 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a	☒	ア	利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機会や方法によりコミュニケーションがはかられている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。
	コミュニケーションが取れない利用者とは定期的に、朝の宅訪問を行い日常的に生活や健康状態を把握し健康上態を把握し意向に沿った支援を行っています。また、第三者委員（苦情相談員）による傾聴の場を月2回設け、利用者が安心して相談できる機会を確保しています。伝達や案内については、筆談やポスター掲示による視覚的な情報提供を行う等、利用者が理解しやすい形で周知を図っています。		☒	ウ	意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。
			☒	エ	利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。
			☒	オ	必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。
A④	④ 利用者の自己決定を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a	☒	ア	利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。
	利用者と職員の面接を月1回実施し、生活状況や健康状態・希望・要望などの個別支援計画に努めています。6グループ担当制を採用し、不在の場合でも、同一グループ内の速やかに対応できる体制を整えています。困難ケースについてはケースカンファレンスを開催し、看護職員や栄養士など専門職から助言や意見を得ています。さらに、スーパーバイザーの意見を踏まえ、必要に応じて個別支援計画へ反映しています。		☒	ウ	利用者の自己決定の支援を適切に行っている。
			☒	エ	相談内容について、関係職員による検討と理解・共有を行っている。
			☒	オ	相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。

福祉サービス第三者評価調査報告書 救護施設 角川ヴィラ 2026年度版

③内容評価基準

A⑤	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	☒	ア	個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動(支援・メニュー等)の多様化をはかっている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	利用者の状況に応じて活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。
	利用者の希望やニーズに応じて、日中活動、クラブ活動、作業訓練の場を提供しています。作成は利用者と目標設定を行い取組みができる環境づくりに取り組んでいます。行事などは朝会や町内会、ポスター掲示し、わかりやすい情報提供に努めます。定例面接では作業状況や思いを聴き取り、不安の有無を確認しながらモニタリングに反映しています。個別支援計画は半年ごとに見直し、変化があった際にはその都度、見直しをしています。行事内容も利用者のニーズに合わせて企画し、楽しみの場の充実を図っています。		☒	ウ	利用者の意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されている。
			☒	エ	文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供を行っている。
			☒	オ	地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。
			☒	カ	個別支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。
A⑥	⑥ 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a	☒	ア	利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔、適温と明るい雰囲気を保っている。
	食堂は明るく景観の良い環境にあり、居室にはエアコン・テレビ・ロッカーを備え、ベッドはプライバシーカーテンで仕切られています。体調変化時には静養室を利用できるようにしています。5人部屋の環境改善としてコンセントを増設し、高齢者や多様な障がいに対応するため、車椅子、トイレ増設や洗面所の改修を随時行って利用者に寄り添った支援をしています。		☒	ウ	利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠(休息)できるよう生活環境の工夫を行っている。
			☒	エ	他の利用者に影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を使用するなどの対応と支援を行っている。
			☒	オ	生活環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。
A-1-(2) 権利侵害の防止等		第三者評価結果	☒	評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)	
A⑦	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。	b	☐	ア	権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。
	虐待禁止・身体拘束禁止に関する指針をマニュアルに明記し全職員に周知徹底しています。虐待防止委員会を2か月に1回開催しています。新任職員には事例を交えた勉強会を行い、日常の支援が虐待に当たらないか職員同士で確認しあう機会を設けています。全職員に身体拘束三要件を周知しています。利用者には入所時に虐待防止の取り組みを説明し、安心・安全な施設生活と呼び掛けています。今後、職員や利用者に事例を多く取り上げ、わかりやすい周知が望まれます。		☒	ウ	原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。
			☒	エ	所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。
			☒	オ	権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。
			☒	カ	権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。

A-2 生活支援

A-2-(1) 日常的な生活支援		第三者 評価結果	☒	評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)	
A⑧	① 利用者の障害・疾病等の状況に応じた適切な支援を行っている。	a	☒	ア	職員は支援に必要な専門知識の習得と支援の向上をはかっている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	利用者の障害等による行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。
	職員全体のスキルを磨くため、各種研修に参加しフィードバックにて情報の共有を行っています。個別支援については、支援会議やケースカンファレンスを通じて利用者の意向に沿った計画を作成しています。作成後は、実施内容、現状把握を行い支援方法を職員間で話し合い共有し利用者に寄り添った支援に取り組んでいます。		☒	ウ	利用者の不適応行動などの行動障害に個別的かつ適切な対応を行っている。
			☒	エ	行動障害など個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等にもとづき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。
			☒	オ	利用者の障害等の状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。
A⑨	② 利用者の個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a	☒	ア	利用者の心身の状況に応じて入浴支援や清拭等を行っている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。
	実施機関からの支援方針と作成した個別支援計画に沿って、利用者の状況に応じた日常生活支援を行っています。		☒	ウ	利用者の心身の状況に応じて移動・移乗支援を行っている。
A⑩	③ 利用者の嗜好や心身の状況にあわせて食生活を支援している。	a	☒	ア	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく食べられるように工夫されている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	食事を選択できるよう工夫している。
	食事はカフェテリア方式で、和食中心の栄養バランスを考慮した献立を提供しています。毎月、誕生日祝膳やリクエストメニューを取り入れ、楽しみの機会としています。医師の指示や嚥下状態に応じて治療食・介護食などの事故防止に繋がっています。食事懇談会を月1回行い、食事アンケートは年2回実施し結果を考慮した献立に努めています。		☒	ウ	食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。
			☒	エ	利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援等を行っている。
			☒	オ	誤嚥、窒息など食事での事故発生の対応方法や衛生管理の体制を確立し、日頃から確認と徹底を行っている。
A-2-(2) 機能訓練・生活訓練		第三者 評価結果	☒	評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)	
A⑪	① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a	☒	ア	生活動作や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	利用者が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう工夫している。
	日中活動として、介護予防運動、作業訓練、生活訓練、リハビリ、フレイル予防体操などを実施し、個別指導計画に基づき利		☒	ウ	利用者の障害の状況に応じて専門職の助言・指導のともに機能訓練・生活訓練を行っている。

用者がそれぞれの活動に参加しています。運動機器を使った体操も毎日、職員と安全、安心に行っています。栄養士は食事や運動面の助言を行い、看護師は健康教室で生活習慣について指導をしています。高齢に伴う嚥下体操も取り入れています。	☒	エ	利用者一人ひとりの計画を定め、関係職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っている。
	☒	オ	定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練計画や支援の検討・見直しを行っている。

③内容評価基準

A-2-(3) 健康管理・医療的な支援		第三者 評価結果	☒	評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
A⑫	① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a	☒	ア 日頃から支援のさまざまな場面をつづて、利用者の健康状態の把握に努めている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ 医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。
	年2回の健康診断で健康状態を把握し看護師4名が日々の健康相談や毎月の血圧・体重測定を行い、健康管理に努めています。体調変化時は提携病院と連携し、職員連絡会で情報共有しています。また、看護師が年2回、健康維持、増進のための健康教室を各町内で実施しています。		☒	ウ 利用者の障害・疾病の状況にあわせた健康管理の支援や健康の維持・増進のための工夫を行っている。
			☒	エ 利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。
			☒	オ 利用者の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。
A⑬	② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a	☒	ア 医療的な支援の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ 服薬等の管理(内服薬・外用薬等の扱い)を適切かつ確実にしている。
	看護師を中心とした、服薬管理や、慢性疾患のある利用者への支援方針が事業計画で、健康管理について明記され、投薬は顔写真付き服薬トレーを用いて本人確認を徹底し、誤薬防止に努めています。慢性疾患の利用者には定期的に医療機関に施設車で職員が付き添い、結果は看護師に報告書し利用者に寄り添った取り組みを支援しています。依存症の会を立ち上げ対象利用者に対する具体的取り組みを進めています。		☒	ウ 慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。
			☒	エ 利用者の通院、入院などを適切に支援している。
			☒	オ 医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。
			☒	カ 医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。

A-3 自立支援

A-3-(1) 社会参加の支援		第三者 評価結果	☒	評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
A14	① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b	☒	ア 利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ 利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。
	今年度は、曜日ごとにリフレッシュ活動・文化活動・奉仕活動・生活活動・自主活動を実施し、日中活動の充実を図っています。今後、利用者の地元自治会が行う行事に意欲的参加が望まれる工夫に期待します。		☐	ウ 利用者の希望と意向を尊重して資格取得等の学習支援を行っている。
			☒	エ 利用者の社会参加の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。
A-3-(2) 就労支援		第三者 評価結果	☒	評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
A15	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。	b	☒	ア 利用者一人ひとりの働く力や可能性を引き出すような取組や工夫を行っている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ 利用者一人ひとりの障害に応じた就労支援を行っている。
	内部就労として、地元企業からの支援を受け、内職請負、収入を得ることで働くことへの意欲向上に繋がっています。働く目的の意図の共有を本人と行い、労働による報酬や生活能力の向上に繋がっています。作業訓練は内容を拡充し、約90名が参加しています。利用者とは定例面接で話し合う機会を設け、各作業訓練ごとのミーティングも毎月実施しています。今後、館外作業訓練への移行支援が確立される事を期待いたします。		☒	ウ 利用者の意向や障害の状況にあわせて、働くために必要なマナー、知識・技術の習得や能力の向上を支援している。
			☒	エ 働く意欲の維持・向上のための支援を行っている。
			☒	オ 仕事や支援の内容について、利用者と定期的な報告と話し合いを行っている。
			☐	カ 地域の企業、関係機関、家族等との連携・協力のもとに就労支援を行っている。
A-3-(3) 家族等との連携・支援		第三者 評価結果	☒	評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
A16	① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a	☒	ア 家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ 利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。
	利用者本人に家族関係について希望を聞き取り、意向を尊重した支援計画をしています。また、帰省等にも柔軟に対応した交流を含め、外出泊では、利用者や家族の意向を優先し、交流できるように支援しています。緊急時に関する意向確認書を作成し、福祉事業所や後見人に連絡を取り、家族にも繋げるよう、連絡等のマニュアル化しています。		☒	ウ 利用者の生活や支援について、家族等と交流する機会を設けている。
			☒	エ 家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。
			☒	オ 利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。
			☒	カ 帰省(外泊等)中の利用者と家族等の支援を行っている。
			☒	キ 利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。

福祉サービス第三者評価調査報告書 救護施設 角川ヴィラ 2026年度版

③内容評価基準

A-3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援		第三者 評価結果	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
A⑪	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。	b	☐	ア	利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意欲を高める支援や工夫を行っている。
	利用者の希望や意向を確認し、必要な情報提供や関係機関との連携を図っています。施設内での集団生活も社会参加のきっかけと捉え、様々な地域活動や行事へ参加し、地域生活への意欲向上に向けた働きかけに繋がっています。		☒	ウ	地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望が尊重されている。
			☒	エ	地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。
			☒	オ	地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域の関係機関等と連携・協力している。

A-4 地域の生活困窮者支援

A-4-(1) 地域の生活困窮者の支援		第三者 評価結果	☒		評価の着眼点(該当する場合は□にチェック)
A⑱	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。	b	☒	ア	地域の生活問題や生活困窮者等について、職員の学習や協議する機会を設けている。
	判断した理由・特記事項等		☒	イ	地域の生活困窮者等の支援について、地域の関係機関や他の福祉施設・事業所と情報交換している。
	生活困窮者就労訓練所として、滋賀県に登録して、引きこもり等の対象者の就労支援として社会福祉協議会・民生委員協議会と情報交換を行い、自立に向けた支援活動を「つながり応援センターよろず」と情報共有し受け入れ整備しています。さらなる地域での事業・活動場所の繋がりを期待いたします。		☒	ウ	生活困窮者等の支援における救護施設の専門性や支援ノウハウを関係機関等と共有している。
			☐	エ	地域の生活困窮者等を支援するための事業・活動を実施している。
			☒	オ	地域の生活困窮者等の支援ネットワークの構築や事業・活動に参画・協力している。