

# 評価細目の第三者評価結果

## （障害者福祉サービス分野⑤）

### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

#### Ⅰ－１ 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ－１－（１） 理念、基本方針が確立・周知されている。		
Ⅰ－１－（１）－① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	経営理念・経営方針・サービス理念・運営方針を明文化し、公表している。ホームページへの掲載、職員名札へのサービス理念の記載、会議での唱和、重要事項説明書への記載など機会と立場にあわせ、理解と周知に努めている。

#### Ⅰ－２ 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ－２－（１） 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅰ－２－（１）－① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	運営法人にて開催される経営会議には、行政および法人内事業所が集まり、情報提供と意見交換がなされている。内容については職員会議にて報告および回覧され、職員にも伝達されている。
Ⅰ－２－（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	品質マネジメントシステムにより目標を設定し、取り組んでいる。目標に対する進捗について確認と職員への周知が図られている。

#### Ⅰ－３ 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ－３－（１） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ－３－（１）－① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a	行政と指定管理についての基本協定が締結されており、契約期間に対する計画が盛り込まれている。事業およびサービスに対して細かに規定されており、運営の土台となっている。
Ⅰ－３－（１）－② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	法人として毎年度事業計画が策定されている。防災・職員研修について目標が定められており、サービスの質の向上に対して意欲的に取り組むことを表明している。
Ⅰ－３－（２） 事業計画が適切に策定されている。		
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	職員会議と回覧を通して職員に周知に努めている。全職員への運営面の周知については課題のひとつとして捉えている。
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。	a	3か月に1度開催される家族会において説明と周知に努めている。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	第三者評価結果	コメント
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。		
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	開設5年を経過し、福祉サービス第三者評価の受審が初めて行われた。職員一人ひとりの自己評価については、自己のサービスについて厳しく見つめる目が持たれていた。
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	品質マネジメントシステムの導入、利用者アンケートの実施を通して課題の認識と明確化がなされている。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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	業務分担表にて各役職・業務について明文化と明確化がなされている。
Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	法令遵守責任者を中心に監査項目に沿ったチェック表が作成され、精査されている。また改正事項等職員に回覧し周知に努めている。
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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	目標の明確化と情報の伝達をもって、役席や業務の違いを越えて職員一人ひとりが同じ視点を持てるよう指導に努めている。
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	ヒヤリハット報告書の集積、利用者アンケートの結果を内部研修の題材として取り上げ、実務に繋げるよう取り組んでいる。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
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。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a	専門的知識の向上に取り組み、資格取得に対して助成がなされている。夜間・祝祭日の勤務については、職員を補充しながら対応に取り組んでいる。
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	運営法人の定める様式に従い、自己評価と人事考課を実施し、目標を持った業務への取り組みを推進している。また施設長との面談時にフィードバックがなされている。
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a	時間外労働の把握がなされており、その削減にも努めている。また職員の希望・適性・健康状態を考慮した人員配置を実施している。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	外部研修への参加、内部研修の実施を通して職員の育成に取り組んでいる。外部研修参加後はテキストを添付して報告書を回覧するなど知識の共有に工夫した取り組みがなされている。
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a	事業計画にも職員育成に対する方向性が明示されており、運営法人による研修計画が策定されている。
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	多くの職員の内部研修への参加、外部研修への派遣に取り組んでいる。年度において一人1回は外部研修に参加することを目標にしており、実現が期待される。
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。		
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	利用者の通所時間帯などが考慮され、実習希望の申し込みが実態としてない。学校との提携や実習形態の工夫を思案している。

### II-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。		
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	運営法人のホームページには、貸借対照表、運営状況報告書が誰でも見ることができるよう公開されており、運営の透明性を意識した取り組みがなされている。
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	家族会では運営状況の報告やアンケート結果の公表がなされており、情報の公開を運営への理解に繋げている。

### II-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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	町内会主催の防災講習への参加、関係団体の餅つき大会への招待、民生委員の施設見学、入所選考委員への町会から1名の就任、地域からの食糧の購入など地域との交流に努めている。
II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a	清掃やおやつ作りなどのボランティアの協力を得ている。守秘義務・利用者の特性などの説明に努めている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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。	a	利用する通所施設とは送迎や連絡帳を通して日常の体調や状況について情報を共有している。また担当者会議にケースワーカーとともに出席してもらい課題や目標に対して意見交換がなされている。

Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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	民生委員等各種見学がなされており、他市の福祉施設の見学にも応じている。運営や機能の詳細についての質問にも応じている。
Ⅱ－４－（３）－② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	a	隣接する法人内の通所施設利用者の短期入所利用が増えており、有効利用と施設の認知に努めている。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ－１－（１） 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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	月に1回の職員会議において利用者の状況・状態について報告がなされている。また特に必要な場合については、ケース会議が開催され、問題解決について検討がなされている。
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	「居室に入るのは家に入るのと同じ」との考えのもとプライバシーへの配慮を徹底している。また入所の際には、居室への立ち入りについて同意を得ている。
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。		
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	利用希望者に対しては見学等対応に努めている。また入所者に対しても訪問歯科、マッサージ等一人ひとりの状況と要望にあわせた情報の提供に努めている。
Ⅲ－１－（２）－② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	本年度、医療連携加算の導入が図られており、対応指針についての同意を得ている。導入に際しては、家族会での説明および欠席の方には自宅に伺うなど丁寧な対応がなされている。
Ⅲ－１－（２）－③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	市の基幹相談支援センターと協働して取り組んでおり、必要に応じて担当者会議を開催するなど対応している。利用者の最善の選択となるよう取り組んでいる。
Ⅲ－１－（３） 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ－１－（３）－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	運営法人によるアンケートが行なわれており、家族の不安や心配に対しては、細やかな対応に努めている。モニタリングにおいて家族の要望の聴取を一層取り入れていくことを課題として捉えている。

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。		
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	苦情相談先については、重要事項説明書に事業所内の相談窓口・第三者委員・行政窓口・運営適正化委員会の連絡先を記載、また事業所内に掲示し周知している。
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	利用者とは日常より深い信頼関係を構築するよう努めており、何でも相談してもらえよう職員に指導している。また家族には事業所から積極的に連絡をするなど細かに様子を伝えるよう努めている。
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	アンケート結果については、職員間で共有し、サービス提供改善の糧としている。また家族会でも報告し、理解が深まるよう取り組んでいる。
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。		
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	ヒヤリハットと事故の判別について運営法人および事業所において細かに規定がなされている。集積された報告書の事業所独自の更なる分析を進めていくよう思案されている。
Ⅲ－１－（５）－② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	感染症対策マニュアルが設置されており、予防接種の実施、消毒方法の周知など対策がなされている。
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	火災想定を中心に年に2回の防災訓練が行われている。また入居者一人ひとりの避難方法が記載された消防計画が策定されている。

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

Ⅲ－２－（１） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ－２－（１）－① 提供する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	生活棟ごとに業務マニュアルが規定され、ファイルされている。衛生・防災・通所施設ごとの決まり・入浴・利用者の特性などが網羅されており、誰が業務に入っても困ることのないよう整備されている。
Ⅲ－２－（１）－② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a	生活棟のマニュアルは、詳細なことまで網羅されており、都度変更や加筆がされている。変更事項は連絡ノートにて周知し、共有に努めている。また集積されたノウハウを施設として残していけるよう取り組んでおり、定時における見直しの時期を定めることも検討されている。
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。		
Ⅲ－２－（２）－① アセスメントにもとづく個別の福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	アセスメントの結果、主治医の意見・家族の要望を反映し、個別支援計画の作成に取り組んでいる。
Ⅲ－２－（２）－③ 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	定期でのモニタリング・担当職員の意見を総合し、個別支援計画の見直し・継続がなされている。

Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a	ケース記録は特記事項と日々の様子の2通りの書式が用意されている。職員に対しては「状況はどうだったのか・どのような反応があったか」など具体的記述となるよう指導に努めている。
Ⅲ－２－（３）－② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	利用者各人の書類は、フォルダにてファイルされ、事務棟のキャビネットにて保管されている。また、必要に応じて写しを生活棟の執務室にて管理している。

評価対象Ⅳ 適切な処遇の確保

Ⅳ－１ サービスの実施

	第三者評価結果	コメント
Ⅳ－１－（１） 個別のサービス提供方針に基づいた適切な支援について。		
Ⅳ－１－（１）－① 個別のサービス提供方針を適切に作成している。	a	課題と目標については、個別支援計画に策定されており、具体的支援内容や注意事項については、各棟の支援マニュアルに規定されている。利用者一人ひとりの特性について配慮した支援となるよう取り組んでいる。
Ⅳ－１－（１）－② 個別のサービス提供方針に基づいて、適切にサービスが提供されている。	a	モニタリング・カンファレンス・ケース記録の振り返り等により確認に努めている。特にカンファレンスの際には各職員の対応について意見交換をし、良い支援を共有するよう取り組んでいる。
Ⅳ－１－（２） 利用者の状態に合わせたサービスの実施について。		
Ⅳ－１－（２）－① 食事に関しては、おいしく楽しく食べられるよう工夫されている。	a	アレルギーに対する除去食の提供、補助具の使用、利用者に適した形態への変更など利用者の特性への対応に努めている。手作りおやつや月に1回のケーキの提供は、利用者の楽しみの1つとなっている。
Ⅳ－１－（２）－② 入浴に関しては、利用者の希望や事情を反映した支援を行っている。	a	スペースが確保され清潔が保たれた浴室が各ユニットに装備されている。入浴実施日以外にも状況に応じ対応している。
Ⅳ－１－（２）－③ 排泄に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	定時の誘導、声掛けにより自立支援に努めており、同性介助を基本としている。また便秘がちな利用者については、予防を含め対応に取り組んでいる。
Ⅳ－１－（２）－④ 整容その他に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	洗顔・髭剃り・歯磨きなど利用者にあわせた支援がなされている。毎日の衣服の選択や衣服の補充についても利用者に好みを聞くなど一人ひとりに合わせた対応に努めている。
Ⅳ－１－（２）－⑤ 利用者の健康を維持するための支援を行っている。	a	利用者それぞれの状態と状況により、服薬管理・通院同行・医療機関との連携がなされている。感染症予防を含め、日々の管理により利用者の健康維持に努めている。
Ⅳ－１－（２）－⑥ 安定的で継続的なサービスを行っている。	a	職員の人員配置や勤務時間については、利用者および職員の状況を勘案しながら決定されている。職員の欠勤に対しても管理職をはじめ他の職員がサポートする体制がとられている。

IV-1-(3) 利用者の自主性と家族との交流について。		
IV-1-(3)-① 利用者の自主性を尊重し、主体的にホームでの生活が送れるような取り組みを行っている。	b	洗濯物干しや清掃など当番活動を設けて主体的な生活となるようサポートしている。また外泊・外出・面会・サークル活動への参加についても希望に応じながら安全等に配慮した余暇支援となるよう努めている。
IV-1-(3)-② 金銭管理その他利用者の財産を管理するための支援を行っている。	a	預かり金管理要綱を定め、体制が整備されている。出納帳による管理・家族への確認など適切な支援がなされている。
IV-1-(3)-③ ホームと家族との交流・連携を図っている。	a	3か月に1回、家族会が開催されており、日常の様子や決定事項等の報告がなされている。おやつ作りのボランティアや家族実行委員としての参画など家族の協力を得ながら運営がされている。