

# 評価細目の第三者評価結果

## 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 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	a	
I-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	
I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	
I-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	

### I-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-1 (1) -① 中・長期計画が策定されている。	b	
I-2-1 (1) -② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	
I-2-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-1 (2) -① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	
I-2-1 (2) -② 事業計画が職員に周知されている。	a	
I-2-1 (2) -③ 事業計画が利用者に周知されている。	c	

### I-3 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
I-3-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1 (1) -① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	
I-3-1 (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。	b	
I-3-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-1 (2) -① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a	
I-3-1 (2) -② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

## Ⅱ－１ 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－１－（１） 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ－１－（１）－① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	
Ⅱ－１－（１）－② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	a	

## Ⅱ－２ 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－２－（１） 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ－２－（１）－① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b	
Ⅱ－２－（１）－② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b	
Ⅱ－２－（２）－② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	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。		
Ⅱ－２－（３）－① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	c	
Ⅱ－２－（３）－② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	b	
Ⅱ－２－（３）－③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	
Ⅱ－２－（４） 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ－２－（４）－① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	c	

## Ⅱ－３ 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－３－（１） 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
Ⅱ－３－（１）－① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	
Ⅱ－３－（１）－② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行なっている。	a	
Ⅱ－３－（１）－③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	

## II-4 地域との交流と連携

	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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	
II-4-(1)-③ ボランティア受け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	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b	

## 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 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	b	利用者尊重や基本的人権への配慮、身体拘束・虐待防止等に関しては、理念や基本方針に明示され研修等により職員に周知されているが、サービス内容に関わる標準的な実施方法が示されたマニュアル等は確認出来ない。
III-1-(1)-② 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。	b	法人として「プライバシーポリシー」を策定しており、ホームページにも公表しているが、内容として個人情報保護に関わる記述のみで、プライバシー保護規程とはなっていない。只、職員はプライバシー保護に関する基本的な知識や社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識は十分に理解していると思われる。
III-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行なっている。	b	年1回の利用者満足度調査や相談面接時の聴取等を行い、課題の抽出・改善案の策定・実施は進められているが、利用者懇談会や家族会は開催されていない為、改善内容を伝達しきれていないと感じる。
III-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	利用者からの相談に関しては随時対応しており、相談室も設定されている。又、であいの森として投書箱も設置されており、使用方法を明記した書面を掲示している。
III-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	であいの森として投書箱の設置と併せ、苦情解決責任者・受付担当者・外部窓口の設置がされており、重要事項説明書や内部掲示文書にも明記され説明がされている。又、苦情内容のフィードバックも提起者には勿論、全体に関わる内容については掲示し公表もしている。
III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	対応マニュアルを策定し、掲示する事で周知を図っており、必要があれば都度改訂がされている。改善の必要がある課題については、適宜、具体的な展開が図られている。

## Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	年1回の自己評価と併せ、第三者評価の受審がされており、評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にして、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	第三者評価の評価結果に基づき、重点課題の抽出・改善策/改善実施計画の策定・実施・評価・見直しと云った一連の改善サイクルを、担当・スケジュール等を設定の上、展開して行くべく確認された。
Ⅲ-2-(2) 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-(2)-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サービスが提供されている。	b	標準的な実施方法を規定したマニュアルは策定されていないが、OJTや個別の指導等により職員が理解する為の方策を講じている。又、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢に付いても職員に周知徹底が図られている。
Ⅲ-2-(2)-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	日常行われている支援方法に付き、マニュアル等に標準化はされていないが、改善提案があった場合は実施方法を見直し、改善すべき点は改訂がされている。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b	サービス実施内容は、決められた各種フォーマットに記録され管理されているが、記録要領は策定されておらず標準的な記録方法は決められていない。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b	記録管理責任者が設定され、利用者の記録の保管、保存、廃棄に関して文書管理規程が策定され運用されている。個人情報保護に関しては職員は理解し遵守しているが、情報開示に関しては規程の策定がされていない。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	b	利用者の状況等に関する全ての情報は紙ベースでファイリングされており、職員全員が何時でも確認できる状態にしておく事が望ましい為、情報の分別等の必要はない。情報共有を目的としたケアカンファレンスは適宜開催されている。

## Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	法人のホームページに当施設の案内が掲載されており、パンフレット等も写真・図・絵等を使用し、分かり易く工夫され関係施設にも配置されている。見学・体験入所・一日利用等の希望には随時対応している。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	サービス開始時には分かり易く工夫された重要事項説明書に従い料金等を含め説明し、同意を得て契約を取り交わしている。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	事業所の変更や家庭への移行等に際しては、当施設での個別支援計画や関連情報を引き継ぎ文書として渡し、その後、もし相談等があった場合は、窓口は設置していないが職員が随時対応する様、配慮している。

## Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	入所の際、定められた手順に従い決められた様式にアセスメントの内容が記録され、年1回の見直しも実施されている。又、アセスメント時に必要があれば部門を横断したケアカンファレンスが実施されており、利用者の具体的ニーズも確認されている。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	サービス管理責任者を計画策定の責任者としてサービス実施計画が策定され、必要があればケアカンファレンスが開催されており、年2回実施内容の評価・見直しも仕組として機能している。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	サービス実施計画の評価・見直しに付いては、年2回定期的な見直しがされ必要に応じてカンファレンスが開催されており、各職員に周知すべく情報開示されている。又、変更事案が発生した場合は、都度改訂がされる仕組となっている。

## 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） 個別支援計画または個別療育計画に基づいた適切な支援について。		
Ⅳ－１－（１）－① 個別支援計画または個別療育計画を適切に作成している。	a	個別支援計画は利用者や家族の意向・要望を尊重し、利用者の障害の状態や能力に基づいて訓練内容や活動内容を決めている。
Ⅳ－１－（１）－② 個別支援計画または個別療育計画に基づいて、適切にサービスが提供されている。	a	6か月ごとに個別支援計画の評価・見直しを行い、実施状況を検討し次の支援計画作成にあっている。職員間での利用者の情報の共有は、適時確認される事で統一的な対応が図られている。
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	食事時間の1時間の中で各利用者のペースで食べられる様、配慮されており、利用者一人ひとりの障害の状況や体調に応じて調理方法等を工夫したり、適切な食事介助を行っている。又、管理栄養士の指導の元、栄養バランスを考慮したものとなっており、個々の嗜好やアレルギーを調査し、場合によってはメニュー以外の物も提供している。
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。	b	入浴に関しては希望者に対して月、水、金の午後で対応しているが、高年者デイケアと共有している為、他の時間帯での対応は出来ていない。入浴時の介助は、一人ひとりの障害の状況や健康状態に配慮して行うと共に、人格やプライバシーにも配慮して行われている。
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	排泄介助に関しては、一人ひとりの人格やプライバシーに配慮し、利用者の習慣や健康状態等に留意して支援を行っている。トイレは、使いやすさに配慮すると共に、常に清潔で快適な環境にある。
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	利用者により歯磨き後のチェックを行う等、必要に応じて利用者の清潔を保ち、不快感を感じないように配慮しながら、身の回りの事に関する支援を行っている。
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	毎朝、バイタルチェックを行い、異常があれば医療機関と連携する様な体制が確保されている。又、活動プログラムに散歩や体操等を取り入れ、利用者が適度な運動ができる様な配慮をしている。
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、主体的に施設での生活が送れるような取り組みを行っている。	b	利用者や家族の意向を把握し、要望をサービスに反映させる取り組みを行っており、活動プログラムを工夫しながら支援を行っているが、選択肢は当日のプログラムに参加するか自由になっているかの二者択一になっている。
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。	非該当	
Ⅳ－１－（３）－③ 利用者の自立（自律）に向けた取り組みを行っている。	a	入浴や排泄に関しての支援を行っているが、極力自分で出来る事は自分でする様に促し、自立（自律）に配慮した支援を行っている。
Ⅳ－１－（３）－④ 利用者の就労を支援するための取り組みを行っている。	非該当	
Ⅳ－１－（３）－⑤ 施設と家族との交流・連携を図っている。	a	日々の支援内容に付いては、連絡帳のやり取りや家族からの相談に随時応じ、利用者に関する必要な情報が共有されている。又、施設の催し等に招く事により、家族との交流・連携を図っている。