

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

I-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-(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 中・長期計画が策定されている。	a	
I-2-(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-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者に周知されている。	a	

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) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(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。	b	
I-3-(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-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(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-(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。	b	
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。	a	
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。	b	
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。	a	

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。	b	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	c	
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。	c	

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。	a	利用者を尊重したサービスの提供に付いては、理念・基本方針の中でも謳われており、利用者の尊厳や基本的人権への配慮、身体拘束や虐待防止に付いて、内部研修を実施し周知・徹底を図っている。
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	法人としては個人情報保護や情報セキュリティ関連の規程・マニュアルは有しているが、プライバシー保護として特に触れられてはいない。只、職員は利用者の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・意識を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。	a	利用者に対する年1回のアンケート調査から、その結果の集計・分析を詳細に行い課題を抽出し、対応策の策定、一部は年度事業計画への反映がされており、前年度の結果報告も含め年初の懇談会にて利用者にも報告されている。
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	「みなさまの声」として投書箱が設置されており、利用者への案内と共に分かり易い場所に掲示されている。又、独立した相談室も設けられており、利用者やご家族の相談に応じている。
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。	b	苦情解決責任者・苦情受付担当者の設置、第三者委員会の設置がされており、苦情受付～解決～苦情を申し出た利用者や家族等へのフィードバックの仕組みが整備されているが、苦情内容及び解決結果等の公表はしていない。
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	「みなさまの声」設置要項や「苦情解決に関する手引き」に、意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等に付いて規定されており、定期的な見直しもされている。

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	評価に関する担当者・担当部署が設置され、第三者評価の受審(2回目)や年1回の評価基準に基づいた自己評価は実施している。又、評価結果の分析・検討に付いては法人として総括的に行っている。
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。	b	第三者評価や自己評価の評価結果はフィードバックされており、それにより課題の明確化・共有化はされているが、課題の分析や改善策・改善実施計画の策定、実施状況の評価・見直しは不十分と感じられる。
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	運営規程・管理マニュアル・サービスマニュアルに提供するサービスの標準的な実施方法が明記されており、利用者を尊重する姿勢が明示されているが、プライバシー保護に関しての記述が確認出来ない。
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	運営規程・管理マニュアル・サービスマニュアル等は定期的に改訂がされているが、職員や利用者等からの意見や提案が反映される様な仕組みにはなっていない。
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。	a	各種マニュアルに従いサービスの提供がされており、サービス実施計画に基づくサービスが実施されており、記録要領に基づいた記録がなされている。
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	利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する文書管理規程等を定め、利用者に関する記録の管理体制を確立している。又、個人情報保護規程や情報開示規程も定められており、職員に対して教育や研修も行われている。
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。	a	パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っており、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。又、支援センターや市の支援課を含め、必要に応じケアカンファレンスも開催されている。

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	ホームページやパンフレット等で施設の内容を分かり易く紹介しており、福祉事務所や市の支援課等に資料を配置し、利用者へ情報提供がされている。又、見学や体験入所、一日利用等の希望があれば、都度対応している。
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重要事項説明書等の資料に基づき、サービス内容や料金等を分かり易く説明し、利用者や家族等の同意と捺印を得た上で、契約書の取り交わしが行われている。
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	他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書は作成していないが、サービス終了後も、利用者や家族等が相談できる様に、担当者や窓口を知らせている。

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	サービス開始時には、定められた様式に従いアセスメントデータが記録され、それに基づき作成された利用者の具体的なニーズが明示されている個別支援計画の定期的な評価時期に、見直しがされている。又、情報共有の為、関係職員によるカンファレンスも行われている。
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中心にサービス実施計画の管理体制が確立しており、利用者や家族等の意向や要望を織り込んだ個別支援計画が策定され、年2回の見直しにより状況を定期的に確認する仕組みが構築されている。
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	サービス管理マニュアルには、計画の作成～実施～中間評価～終了時評価～見直しに至るまでの手順や記入方法が明示されており、標準的な支援方法が確立している。変更要件が発生した場合は、都度計画に反映され改訂がされている。

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、又、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が決められている。
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	個別支援計画の目標を達成する為に、年２回（利用者の状況によっては随時）サービスの効果を測定し必要に応じて内容を見直している。又、ネットワークを用いて職員間では情報共有がされ、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	管理栄養士の指示の下、栄養バランスを考慮した、又、利用者の嗜好や献立の希望・季節感を取り入れた食事が提供されており、利用者一人ひとりの嚥下状況や咀嚼力に応じた給食を提供している。
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。	非該当	
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	排泄の介助に当たっては、同性介助を基本に利用者一人ひとりの人格やプライバシーに配慮した支援が行われており、清潔な環境が保たれている。
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	利用者の身体や衣服が汚れた時には、速やかに着替えさせる等の対応がされ、利用者が不快感を感じない様な配慮がされている。 注）衣服・理容・美容に関する利用者の好みの尊重は非該当
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	看護師（２名）を中心に、医療機関との連携や日常の健康管理、服薬管理等の支援がされており、散歩や体操等、利用者が適度な運動が出来る様な配慮を行っている。 注）安眠に関する配慮は非該当
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。	a	日中活動に於いては、利用者の表情や行動から自主性の尊重にも努めている。又、選択出来る活動も増やしながら取り組んでいる。 注）余暇・レクリエーション・外出・外泊・面会の自由度は、入所施設向けの為、非該当
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。	非該当	
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	日々の利用者の様子を知らせる連絡帳や家族懇談会、或いは常時受け付けている相談等を通じて、家族とのコミュニケーションを図っている。 注）帰宅中に関する支援は非該当