

福祉サービス第三者評価の結果

平成28年8月4日 提出(評価機関→推進委員会)



1 施設・事業所情報

(1) 事業所概況

| | | | | | |
|----------------|---|---------------|----------------------------|------|----------------------------|
| 事業所名称 (施設名) | 児童発達支援センターはあと | 種別 | 児童発達支援、放課後等デイサービス | | |
| 代表者氏名 (管理者) | 管理者 高橋正安 | 開設年月日 | 平成25年7月1日 | | |
| 設置主体 (法人名等) | 社会福祉法人 七峰会 | 定員 | 児童発達支援10名 放課後等デイサービス10名 | 利用人数 | 児童発達支援22名 放課後等デイサービス35名 |
| 所在地 | 〒036-1321 青森県弘前市大字熊嶋字亀田183-2 | | | | |
| 連絡先電話 | 0172-82-5780 | FAX電話 | 0172-82-5781 | | |
| ホームページアドレス | http://www.takushinkan.jp/ | | | | |
| 第三者評価の受審状況 | これまでの受審回数 | 受審履歴 | | | |
| | 2回 | 平成26年度、平成27年度 | | | |

(2) 基本情報

| 理念・基本方針 | 基本理念 1. 一人ひとりの個性が生かされ、安心して暮らせるよう支援する。 2. 地域社会の一員として、共に生きていけるよう支援する。 基本姿勢 1. 個人の尊厳の保持を目指す 2. 自立した日常生活への支援 3. 良質で適切なサービスの提供 基本方針 1. 一人ひとりを大切にする個別サービスの提供 2. やりがいの持てる職場づくり 3. 福祉ニーズに応える基盤の整備 4. 地域福祉の拠点としての創造や実践 5. 社会への感謝と事業を通して福祉社会への発展と向上に貢献 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|---|---|--|----|----|----|----|-----|------|-----|------|-------|------|-----|------|-----|------|-----|-------|-------|------|--|--|
| | サービス内容 (事業内容) | 施設の主な行事 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ・児童発達支援 (1)個別支援計画の立案 (2)日常生活における基本的な動作の習得 (3)余暇活動 (4)コミュニケーション能力・社会性の育成 (5)送迎サービス (6)給食 (7)運動 (8)健康管理 ・放課後等デイサービス (1)個別支援計画の立案 (2)日常生活における基本的な動作の習得 (3)家事活動 (4)余暇活動 (5)コミュニケーション能力・社会性の育成 (6)送迎サービス (7)健康管理 | ・児童発達支援 4月 桜まつり 9月 おやこ通園(9・1・2月) 11月 勤労感謝の日 12月 クリスマス会 3月 年長さんを送る会 | ・放課後等デイサービス 4月 歓迎会 5月 野菜・果物を植える 8月 ミニ運動会 9月 野菜・果物の収穫 3月 ひな祭り | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他、特徴的な取組 | お仕事体験：放課後等デイサービスにおいて、小学校高学年や中学生を対象に、就労継続支援事業所とコラボレーションし、将来を想定した段階的な就労支援を狙いに仕事体験を年4回(5・9・1・2月)実施。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ・訓練指導室(ホール) 1 ・遊戯室(プレイルーム) 1 | ・静養室 1 ・相談室 1 ・調理室 1 ・洗面場所 2 | ・シャワー室 1 ・事務室 1 ・屋外遊技場 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職員の配置 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>職種</th> <th>人数</th> <th>職種</th> <th>人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理者</td> <td>常勤：1</td> <td>運転手</td> <td>常勤：2</td> </tr> <tr> <td>管理責任者</td> <td>常勤：1</td> <td>調理員</td> <td>常勤：1</td> </tr> <tr> <td>保育士</td> <td>常勤：2</td> <td>嘱託医</td> <td>非常勤：1</td> </tr> <tr> <td>児童指導員</td> <td>常勤：5</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | 職種 | 人数 | 職種 | 人数 | 管理者 | 常勤：1 | 運転手 | 常勤：2 | 管理責任者 | 常勤：1 | 調理員 | 常勤：1 | 保育士 | 常勤：2 | 嘱託医 | 非常勤：1 | 児童指導員 | 常勤：5 | | |
| 職種 | 人数 | 職種 | 人数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | 常勤：1 | 運転手 | 常勤：2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理責任者 | 常勤：1 | 調理員 | 常勤：1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保育士 | 常勤：2 | 嘱託医 | 非常勤：1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 児童指導員 | 常勤：5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2 評価結果総評

| |
|---|
| <p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>・福祉人材の確保・育成に関する取組 法人の理念や基本方針を実現するために必要な人材や人員を明確にし、計画的な採用活動を行って、その確保に努めています。また、国家資格の取得を奨励し、研修体制の充実を図ることで、職員が働きながらキャリアアップできるよう配慮するとともに、人事に関する基準を定め、キャリアパスを明確に示すことで、職員がやりがいを持って働くことができるよう取り組んでいます。</p> <p>・利用者を尊重し、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の提供 利用者を尊重したサービス提供について、基本姿勢を理念や基本方針、職員の心得(行動マニュアル)に明示するとともに、職員の共通理解を図るために、利用者尊重や基本的人権への配慮、虐待防止等に関する内部研修を実施したり、各種マニュアルに基本姿勢を反映させたりしています。また、プライバシー保護・虐待対応マニュアルを整備し、職員に所内会議で説明したり、虐待防止に関する内部研修を実施したりして周知するとともに、マニュアルにもとづいた福祉サービスが実施されているかを確認するなど、利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮したサービス提供に努めています。</p> |
| <p>◎ 改善が求められる点</p> <p>・事業計画の利用者等への周知 事業計画の主な内容について、保護者等に周知する取組が行われていません。今後は、保護者等に分かりやすく説明した資料を作成して配布したり、個別面談等の場で説明したりするなど、理解を促す取組が望まれます。</p> <p>・実施した第三者評価や自己評価の結果の活用 第三者評価や自己評価の評価結果を分析し、課題を明確にする取組が行われていません。今後は、評価結果を分析し、明確になった課題を文書化するとともに、職員参画のもとで課題の改善策や改善計画を策定し、計画的な改善に取り組んでいくことが望まれます。</p> <p>・標準的な実施方法について見直しをする仕組み 標準的な実施方法について、職員の意見等にもとづき、必要に応じて検証・見直しを実施していますが、定期的かつ組織的に実施されていません。今後は、標準的な実施方法の検証・見直しについて、その時期や方法、職員や利用者等の意見等が反映されるような仕組みを定めて実施することが望まれます。</p> |

3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

| |
|---|
| <p>今回の第三者評価受審により明確化された評価結果や提言事項はとても参考になりました。今後とも、より一層地域に密着した事業所として地域ニーズに応えつつ、お子様の育ちとご家族の子育てを応援していけるよう、強みの部分の強化及び課題点の改善に努めていきたいと思っております。</p> |
|---|

| | | |
|------|------------------|-----------------------------|
| 評価機関 | 名 称 | 社会福祉法人 弘前市社会福祉協議会 |
| | 所 在 地 | (〒036-8063)青森県弘前市大字宮園2丁目8-1 |
| | 事業所との契約日 | 平成27年12月14日 |
| | 評価実施期間 | 平成27年12月14日～平成28年 6月15日 |
| | 事業所への 評価結果の報告 | 平成28年 8月 2日 |

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 |
|--|-----------------------------------|---------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| 1 | 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 (b)・c |
| <p>法人の理念や基本姿勢、基本方針が法人の考え方を示し、職員の行動規範となるような内容で明文化され、事業計画書やパンフレット、ホームページ等に記載されています。また、理念や基本方針等について、職員に会議や研修等の場で継続的に説明し、十分な理解を促していますが、保護者等に十分な理解を促す取組が行われていません。今後は、理念や基本方針等を分かりやすく説明した資料を作成し、保護者等に配布するとともに、それをもとに個別面談等の場で説明するなどの取組が望まれます。</p> | | |

I-2 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| 2 | 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)・b・c |
| <p>社会福祉事業全体の動向について、業界団体への加入や外部研修への参加、業界情報誌の購読等により把握するとともに、地域の利用者の動向について、市の自立支援協議会やことばの教室、病院等からの情報により把握しています。また、5歳児健診の実施が、利用者数や利用率のアップにつながっているとの分析がなされています。</p> | | |
| 3 | 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)・b・c |
| <p>5歳児健診で発達障害が判明するケースが増え、利用希望者が増えている中で、設備や人員体制が整わないために定員を増やすことができないという課題があり、その課題を役職員間で共有し、解決に向けて施設整備や人員体制についての検討を行っています。</p> | | |

I-3 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| 4 | 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 (b)・c |
| <p>法人内のグループ事業所単位で中・長期の事業計画を策定し、それは中・長期的なビジョンと土地取得や施設整備、定員数などの具体的な成果や数値目標が設定された内容となっていますが、中・長期の収支計画を策定するまでには至っていません。今後は、中・長期の事業計画の実現に向けて、財務面での裏づけとなる中・長期の収支計画を策定することが望まれます。</p> | | |
| 5 | 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 (b)・c |
| <p>単年度の事業計画は、中・長期の事業計画の内容を反映させた具体的な内容で、実施時期や数値目標などを明記した実施状況の評価が可能なものになっていますが、単年度の収支計画には、中・長期の収支計画が策定されていないため、その内容が反映されていません。今後は、中・長期の収支計画を策定し、その内容を反映させて単年度の収支計画を策定することが望まれます。</p> | | |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 6 | 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)・b・c |
| <p>事業計画は、毎月の所内会議で実施状況を把握し、その結果をもとに年度末に職員参画の策定会議において評価、見直しを行って策定しています。また、職員に年度初めの会議で説明し、十分な理解が得られています。</p> | | |
| 7 | 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・b (c) |
| <p>事業計画の主な内容について、保護者等に周知する取組が行われていません。今後は、保護者等に分かりやすく説明した資料を作成して配布したり、個別面談等の場で説明したりするなどの取組が望まれます。</p> | | |

様式9

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 | |
|--|-----------|---|---------|
| 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。 | | | |
| 8 | 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 (b)・c |
| <p>定期的(年1回)に第三者評価を受審し、全職員で自己評価を行うとともに、評価結果を所内会議の場で報告し、職員間で共有していますが、評価結果の分析・検討が組織的に行われていません。今後は、評価結果を分析・検討する場を組織として位置づけて実施することが望まれます。</p> | | | |
| 9 | I-4-(1)-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。 | a・b (c) |
| <p>第三者評価や自己評価の評価結果を分析し、課題を明確にする取組が行われていません。今後は、評価結果を分析し、明確になった課題を文書化するとともに、職員参画のもとで課題の改善策や改善計画を策定し、計画的な改善に取り組んでいくことが望まれます。</p> | | | |

評価対象II 福祉サービスの基本方針と組織

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 | |
|---|------------|------------------------------------|---------|
| II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | | |
| 10 | 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 (b)・c |
| <p>管理者は、事業目標達成のための具体的な運営管理目標を示すとともに、自らの役割と責任を業務分担・職務分掌表に文書化し、会議の場で表明しています。また、有事における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任を含め文書化しています。</p> | | | |
| 11 | II-1-(1)-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)・b・c |
| <p>管理者は、遵守すべき法令等を業界団体や関係機関、法人内の会議や研修に参加するなどして十分に把握しています。また、法令遵守マニュアルを整備し、担当者を置いて、職員に周知、遵守を徹底しています。</p> | | | |
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | |
| 12 | 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)・b・c |
| <p>管理者は、定期的に第三者評価を受審し、実施する福祉サービスの質の現状について把握するとともに、評価結果にもとづく課題について、職員に改善策を示しています。</p> | | | |
| 13 | II-1-(2)-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。 | (a)・b・c |
| <p>管理者は、経営状況や業務内容について、人事、労務、財務等を踏まえ分析するとともに、所内会議の場で職員の意見を聴いています。また、グループ運営会議の場で、分析結果や職員の意見をもとに課題の改善について検討し、職員に周知して組織的に改善に取り組んでいます。</p> | | | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価結果 | |
|--|------------|--|---------|
| 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。 | | | |
| 14 | 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)・b・c |
| <p>必要な福祉人材や人員体制、福祉人材の育成・確保に関する基本的な考え方を明確にし、その考え方にもとづいて、計画的な採用活動を実施するとともに、専門資格の取得を奨励し、研修体制の充実を図るなどして働きながらキャリアアップできるように取り組んでいます。</p> | | | |

様式9

| | | | |
|--|------------|---|-------|
| 15 | II-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | ㉠・b・c |
| <p>法人が求める人材像を明示し、人事に関する基準を定めて、職員にキャリアパスを明確に示しています。また、客観的な基準にもとづく人事考課を実施し、職員の職務遂行能力等を評価したり、意向を把握したりして、職員の適切な処遇に取り組んでいます。</p> | | | |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | |
| 16 | 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。 | ㉠・b・c |
| <p>労務管理の担当者を置いて、有給休暇の取得状況や時間外労働等のデータを定期的に確認したり、個別面談の機会を設けたりして、職員の就業に関する状況や意向を把握するとともに、改善に向けて取り組んでいます。また、退職共済や福利厚生センターへの加入など福利厚生の充実を図るとともに、仕事と育児両立のための制度の充実や時間外労働の削減などワークライフバランスに配慮した取組を行っています。</p> | | | |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | | |
| 17 | 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 ㉠・c |
| <p>職員一人ひとりが年度の目標を設定し、年度末に管理者等と個別面接を行って、目標の達成度を評価する仕組みを整備していますが、十分とは言えません。今後は、管理者等とのコミュニケーションのもとで事業所の目標や方針と整合性がとれた職員一人ひとりの目標を設定するとともに、中間面接を行うなどして、進捗状況の確認を行うことが望まれます。</p> | | | |
| 18 | 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。 | ㉠・b・c |
| <p>法人が求める人材像を明示するとともに、国家資格の取得を奨励するという方針を明確にし、それにもとづいて、職員の研修計画を策定しています。また、策定された研修計画にもとづいた研修が実施されており、年度末に研修計画の評価・見直しを行っています。</p> | | | |
| 19 | 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。 | ㉠・b・c |
| <p>職員一人ひとりの国家資格の取得状況を把握するとともに、職員の職務や知識・技術水準に応じた階層別研修や職種別研修、テーマ別研修が実施されているほか、外部研修への参加の機会が確保されています。また、OJTについて、その強化を目標に掲げて積極的に取り組んでいます。</p> | | | |
| 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。 | | | |
| 20 | II-2-(4)-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。 | ㉠・b・c |
| <p>福祉人材の育成が事業所の社会的責務であるという考え方にもとづき、実習生を積極的に受け入れる姿勢を明文化するとともに、受入れに関してマニュアルを適切に作成し、体制を整備しています。また、養成機関と実習の目標や課題を協議し、実習生の意向や希望を取り入れて実習プログラムを作成しているほか、教員の訪問指導の際、進捗状況を報告しながら意見交換を行っています。</p> | | | |

II-3 運営の透明性の確保

| | | | |
|---|------------|----------------------------------|---------|
| | | | 第三者評価結果 |
| 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。 | | | |
| 21 | 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。 | ㉠・b・c |
| <p>ホームページ上で、法人・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、財務諸表、第三者評価の受審結果等の情報を公開するとともに、事業所で行っている活動等を紹介した広報誌をホームページに掲載したり、保護者や関係機関等に配布したりしています。</p> | | | |
| 22 | 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 ㉠・c |
| <p>事業所における事務、経理、取引等について、規程を定めてルールを明確にするとともに、職務分掌や権限・責任を明文化し、職員に周知しています。また、専門的な知識を有する法人の監事による内部監査を実施していますが、外部の専門家によるチェックが行われていません。今後は、事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家との契約にもとづき、相談し、助言を得ることで定期的に確認したり、外部監査の活用により、事業、財務等に関する外部の専門家によるチェックを行い、経営改善を実施したりすることが望まれます。</p> | | | |

様式9

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

| | | 第三者評価結果 |
|---|-----------|--|
| Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| 23 | Ⅱ-4-(1)-① | 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。 a <input checked="" type="radio"/> b • c |
| <p>利用者が勤労感謝の日に地域の商店を訪問し感謝の意を表したり、就労支援事業所で仕事体験を実施したり、利用者の作品展に地域の方を招待し交流したりするなどの取組が行われているほか、地域に対して、ホームページ上でサービス内容や活動を紹介し、利用者への理解を深めるための取組なども行われていますが、十分とは言えません。今後は、地域との関わり方についての基本的な考え方を文書化し、地域に周知するとともに、地域の行事や活動に積極的に参加したり、地域の人々と定期的に交流する機会を設けたりするなどの取組が望まれます。</p> | | |
| 24 | 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。 <input checked="" type="radio"/> a • b • c |
| <p>ボランティア受入れ規程を整備し、ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化するとともに、登録手続や配置、事前説明、実施状況の記録等の必要な項目を記載しています。また、担当者を置いて、ボランティアに対して必要な支援を行っています。</p> | | |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 25 | 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。 <input checked="" type="radio"/> a • b • c |
| <p>関係機関・団体について、その機能や連絡方法をリスト化し、閲覧できるようにして職員間で共有しています。また、関係機関等が参画する地域自立支援協議会や地域の同業他事業所との定期的な連絡会に参加し、地域の共通の問題を協働して行政へ提起するなどしています。</p> | | |
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| 26 | 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 <input checked="" type="radio"/> b • c |
| <p>自閉症スペクトラムに関する勉強会を定期的に行い、自閉症児者の親の会等に参加を呼びかけている取組はありますが、十分とは言えません。今後は、発達障害等に対する理解を深めるための講習会や講演会を地域へ参加を呼びかけて開催したり、地域の活性化やまちづくりの活動に協力したりするなどの取組が望まれます。</p> | | |
| 27 | Ⅱ-4-(3)-② | 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b • c |
| <p>関係機関・団体との連携や地域の関係する協議会や連絡会に参加し、地域の福祉ニーズを把握していますが、これにもとづく独自の公益的な事業・活動が行われていません。今後は、既存の制度では対応しきれない福祉ニーズについて、これを解決・改善するための事業所独自の事業・活動に取り組むことが望まれます。</p> | | |

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 |
|--|-----------|--|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| 28 | 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。 <input checked="" type="radio"/> a • b • c |
| <p>利用者を尊重したサービス提供について、基本姿勢を理念や基本方針、職員の心得(行動マニュアル)に明示するとともに、職員の共通理解を図るために、利用者尊重や基本的人権への配慮、虐待防止等に関する内部研修を実施したり、基本姿勢を各種マニュアルに反映させたりしています。</p> | | |
| 29 | 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。 <input checked="" type="radio"/> a • b • c |
| <p>プライバシー保護・虐待対応マニュアルを整備し、職員に所内会議で説明するとともに、虐待防止に関する内部研修を実施するなどして周知し、利用者のプライバシー保護と権利擁護に配慮したサービス提供に努めています。また、所内会議でマニュアルにもとづいた福祉サービスが実施されているか確認しているほか、不適切な事案が発生した場合の対応を明示しています。</p> | | |

様式9

| | | |
|---|-----------|--|
| 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 | 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)・b・c |
| <p>理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容等について、ホームページでわかりやすく紹介するとともに、写真を使って説明したパンフレットを作成し、病院等に置いています。また、利用希望者に個別ていねいに説明するとともに、見学の希望に対応しています。</p> | | |
| 31 | 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)・b・c |
| <p>サービス開始・変更時には、利用者や保護者等に重要事項説明書にもとづき、サービス内容や料金、留意事項等をわかりやすく説明し、同意を得たうえでその内容を書面で残しています。</p> | | |
| 32 | 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 (b)・c |
| <p>事業所の変更にあたっては、相談支援事業所と連携し適切に引継ぎが行われています。また、福祉サービスの利用が終了した後も、担当者を置いて相談に応じていますが、その内容を書面にして利用者等に渡していません。今後は、福祉サービスが終了した時に、利用者等に対し、その後の相談方法や担当者について説明した内容を書面にし渡すことが望まれます。</p> | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-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。 (a)・b・c |
| <p>保護者等との個別面談や連絡帳のやりとり、嗜好調査などで利用者満足を把握し、把握した結果をもとに担当者を置いて所内会議の場で分析・検討を行っています。また、分析・検討の結果にもとづいて行事内容や食事等の改善が行なわれています。</p> | | |
| 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。 | | |
| 34 | 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)・b・c |
| <p>苦情解決の体制や仕組みを規程で定め、その内容を重要事項説明書に記載し、保護者等に説明するとともに事業所に掲示し周知しています。また、苦情の受付から改善までの経過を記録し、苦情を申出た保護者等に検討内容や解決策等を書面で報告するとともに、苦情解決状況を事業報告書に記載し公表しています。</p> | | |
| 35 | 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)・b・c |
| <p>利用者や保護者等が相談や意見をしやすいように、事業所に受付窓口を設けたり、意見箱を設置したり、相談室を用意したりするなどの取組が行われています。また、事業所の受付窓口や第三者委員、外部の相談窓口で相談や意見ができることを重要事項説明書に明示し、保護者等に説明するとともに事業所に掲示し周知しています。</p> | | |
| 36 | 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 (b)・c |
| <p>利用者の話を傾聴したり、意見箱を設置したりして、利用者や保護者等からの意見を把握し、ケース記録に残していますが、それに対する具体的な対応がマニュアル化されていません。今後は、利用者や保護者等からの意見や相談について、受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討、利用者等への経過と結果の説明等を定めたマニュアルを整備し、組織的かつ迅速に対応することが望まれます。</p> | | |
| Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービス提供のための組織的な取組が行われている。 | | |
| 37 | 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 (b)・c |
| <p>利用者の安全確保について、リスクマネージャーを配置し、事故防止委員会で検討を行うとともに、職員に事故防止に関する研修を行っています。また、ヒヤリハット事例を収集し、それをもとに所内会議で発生要因の分析や防止策の検討を行っていますが、事故発生時の対応についての手順等を明確にしていません。今後は、事故発生時の対応についての手順を明確にしたマニュアルを作成し、職員に周知することが望まれます。</p> | | |

様式9

| | | | |
|--|-----------|--|---------|
| 38 | 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 (b)・c |
| <p>感染症対策について、責任者や担当者を明確にし、感染症の予防と発生時の対応マニュアルを作成するとともに、手洗い・うがいの励行、加湿器の設置などの予防策を講じていますが、対応マニュアルの職員への周知等が十分とは言えません。今後は、対応マニュアルについて、職員に説明するなどして十分に理解を促すとともに、定期的に見直しを行うことが望まれます。</p> | | | |
| 39 | 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 (b)・c |
| <p>地震、洪水発生時の対応について、フローチャートを作成し、発生初動時の対応や避難先、避難方法、保護者への連絡方法等を定め、職員に周知しています。また、管理者を決めて食料や備品等を備蓄していますが、取組が十分とは言えません。今後は、災害の影響を把握し、耐震措置や設備等の落下防止策、消火設備の充実などの必要な事前対策を講じることが望まれます。</p> | | | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | | |
|---|-----------|---|---------|
| | | | 第三者評価結果 |
| 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。 | | | |
| 40 | Ⅲ-2-(1)-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 (b)・c |
| <p>標準的な実施方法について、規程やマニュアル等として文書化し、職員がいつでも閲覧できるようにしていますが、職員への周知等が十分とは言えません。今後は、職員に研修や個別の指導等によって周知徹底するとともに、それにそった福祉サービスが提供されているかを組織として確認する仕組みを構築することが望まれます。</p> | | | |
| 41 | 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・b (c) |
| <p>標準的な実施方法について、職員の意見等にもとづき、必要に応じて検証・見直しを実施していますが、定期的かつ組織的に実施していません。今後は、標準的な実施方法の検証・見直しについて、その時期や方法、職員や利用者等の意見等が反映されるような仕組みを定めて実施することが望まれます。</p> | | | |
| 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。 | | | |
| 42 | Ⅲ-2-(2)-① | 適切な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。 | (a)・b・c |
| <p>個別支援計画について、策定の責任者を設置するとともに、保護者等との面談によるアセスメントを実施し、利用者や保護者等の身体状況や生活状況、思いなどを把握したうえで、関係職員の合議により策定しています。また、個別支援計画は、利用者のニーズや課題を明示し、それを反映させた内容になっています。</p> | | | |
| 43 | Ⅲ-2-(2)-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。 | (a)・b・c |
| <p>個別支援計画について、実施状況を担当職員が毎月評価するとともに、6ヶ月ごとに関係職員の合議により評価し、必要に応じて計画の見直しを行っています。また、見直しによって変更した個別支援計画は、保護者等に説明し同意を得るとともに、所内会議で職員に周知しています。なお、個別支援計画を緊急に変更する場合も定期的な変更と同様の手順で行っています。</p> | | | |
| 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 | 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)・b・c |
| <p>個別のケース記録に個別支援計画にもとづくサービスの実施状況が書かれており、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、管理責任者が指導しています。また、ケース記録は、回覧やパソコンネットワークシステム、ケース検討会議等で職員間で共有されています。</p> | | | |
| 45 | 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)・b・c |
| <p>利用者の記録について、個人情報保護規程により、管理の責任者、保管、保存、廃棄、情報開示等を定めて適切に管理しています。また、職員に個人情報保護について教育研修を実施するとともに、保護者等に個人情報の取り扱いについて書面を渡し説明しています。</p> | | | |

様式9

評価対象A 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重

| | | 第三者評価結果 | |
|--|-----------|---|-------|
| A-1-(1) 利用者の尊重 | | | |
| 46 | A-1-(1)-① | コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。 | Ⓐ・b・c |
| <p>コミュニケーションの支援が必要な利用者について、個別支援計画に支援内容を明示するとともに、意志伝達に制限のある利用者の場合、その人固有のサインの発見に心掛けたり、絵や写真カードを用いたり、具体的な物を見せたりしてコミュニケーションを図っています。</p> | | | |
| 47 | A-1-(1)-② | 利用者の主体的な活動を尊重している。 | Ⓐ・b・c |
| <p>担当職員が利用者や保護者等の意見をよく聞いて活動プログラムを作成するとともに、その活動を側面的に支援しています。</p> | | | |
| 48 | A-1-(1)-③ | 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。 | Ⓐ・b・c |
| <p>利用者が自力で行う日常生活上の行為は、見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援する方針を会議で確認するとともに、介助が必要かどうかの判断について、保護者等と十分に話し合いが行われています。</p> | | | |
| 49 | A-1-(1)-④ | 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。 | Ⓐ・b・c |
| <p>利用者ができることを生かすという考えのもと、調理や買い物などの訓練プログラムを用意しているほか、就労支援事業所と連携して仕事体験の機会を設けています。また、自己表現の仕方や話し方について支援しています。</p> | | | |

A-2 日常生活支援

| | | 第三者評価結果 | |
|--|-----------|--|-------|
| A-2-(1) 食事 | | | |
| 50 | A-2-(1)-① | サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。 | Ⓐ・b・c |
| <p>個別支援計画において、食事形態や食器、介助方法などを明示し、食事介助マニュアルを用意して食事サービスを提供しています。また、利用者の体調や身体状況により、代替食やアレルギー対応食を用意しています。</p> | | | |
| 51 | A-2-(1)-② | 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。 | Ⓐ・b・c |
| <p>年1回嗜好調査を行い、その結果を献立に反映させるとともに、季節の食材を使ったり、行事食を取り入れたり、盛り付けを工夫したりして美味しく、楽しく食べられるようにしています。また、保護者等に2週間分の献立表や人気メニューのレシピを提供しています。</p> | | | |
| 52 | A-2-(1)-③ | 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。 | Ⓐ・b・c |
| <p>食事をする場所の設備や雰囲気について、会議で定期的に検討し、必要に応じて改善を図るとともに、利用者が自分のペースで食べられるように食事時間に配慮しています。</p> | | | |
| A-2-(2) 入浴 | | | |
| 53 | A-2-(2)-① | 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 | a・b・c |
| <p>※該当しない細目</p> | | | |

様式9

| | | | |
|---|-----------|--------------------------------|-------|
| 54 | A-2-(2)-② | 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | a・b・c |
| ※該当しない細目 | | | |
| 55 | A-2-(2)-③ | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | a・b・c |
| ※該当しない細目 | | | |
| A-2-(3) 排泄 | | | |
| 56 | A-2-(3)-① | 排泄介助は快適に行われている。 | Ⓐ・b・c |
| 排泄介助について、個別支援計画に介助の注意点等を明示し、排泄支援マニュアルを用意して行うとともに結果を記録しています。また、排泄状況を記録し、それをもとにトイレ誘導を行っています。 | | | |
| 57 | A-2-(3)-② | トイレは清潔で快適である。 | Ⓐ・b・c |
| トイレは、換気や薬品等による防臭対策、毎日の清掃及び汚れた場合の直ちの清掃、採光や照明による適度な明るさの確保、冷暖房設備などにより清潔で快適になっています。また、トイレ環境について、会議で点検や改善のための検討が行われています。 | | | |
| A-2-(4) 衣服 | | | |
| 58 | A-2-(4)-① | 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。 | Ⓐ・b・c |
| 衣類は利用者の意思で選択し、衣類の選択について、必要に応じて職員が相談に応じています。 | | | |
| 59 | A-2-(4)-② | 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。 | Ⓐ・b・c |
| 衣類に汚れや破損が生じた場合、保管している着替え用の衣類に着替えさせています。 | | | |
| A-2-(5) 理容・美容 | | | |
| 60 | A-2-(5)-① | 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。 | a・b・c |
| ※該当しない細目 | | | |
| 61 | A-2-(5)-② | 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | a・b・c |
| ※該当しない細目 | | | |
| A-2-(6) 睡眠 | | | |
| 62 | A-2-(6)-① | 安眠できるように配慮している。 | Ⓐ・b・c |
| 昼寝の時は、カーテンを閉めて部屋を暗くし、物音をたてないように配慮しています。また、マットレスやタオルケットなどの寝具を用意していますが、私物の使用も認めています。 | | | |

様式9

| | | | |
|--|------------|--|-------|
| A-2-(7) 健康管理 | | | |
| 63 | A-2-(7)-① | 日常の健康管理は適切である。 | ㉠・b・c |
| <p>保護者等から情報を得て、利用者の身体状況を把握し記録するとともに、毎日の検温結果を連絡帳に記載しています。また、健康管理マニュアルを用意するとともに、うがい・手洗いを励行したり、肥満防止の運動を取り入れたり、歯科検診の結果にもとづいて歯みがきを指導したりしています。</p> | | | |
| 64 | A-2-(7)-② | 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | ㉠・b・c |
| <p>健康面に変調があった場合の対応手順を定めるとともに、地域に協力的な医療機関を確保し、日常的に連携を図りながら、緊急時には迅速に診療が受けられるよう依頼をしています。</p> | | | |
| 65 | A-2-(7)-③ | 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。 | ㉠・b・c |
| <p>薬の取り扱いについて、保護者等から与薬依頼書を受けて薬の適切な情報を得るとともに、薬の管理や誤薬時の対応等を記載したマニュアルを用意し、確実にされています。</p> | | | |
| A-2-(8) 余暇・レクリエーション | | | |
| 66 | A-2-(8)-① | 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。 | ㉠・b・c |
| <p>レクリエーションは、利用者との話し合いで意向を把握し、利用者が主体的に活動できるように職員が側面的に支援するとともに、必要に応じてボランティアを受入れています。</p> | | | |
| A-2-(9) 外出・外泊 | | | |
| 67 | A-2-(9)-① | 外出は利用者の希望に応じて行われている。 | a・b・c |
| <p>※該当しない細目</p> | | | |
| 68 | A-2-(9)-② | 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。 | a・b・c |
| <p>※該当しない細目</p> | | | |
| A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等 | | | |
| 69 | A-2-(10)-① | 預かり金について、適切な管理体制が作られている。 | a・b・c |
| <p>※該当しない細目</p> | | | |
| 70 | A-2-(10)-② | 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。 | a・b・c |
| <p>※該当しない細目</p> | | | |
| 71 | A-2-(10)-③ | 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。 | a・b・c |
| <p>※該当しない細目</p> | | | |