

福祉サービス第三者評価基準 (様式2)

【 共通版 】 障害者・児福祉サービス用 H29年3月1日策定

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。		
	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・ ⓑ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・理念や基本方針は法人のホームページやパンフレット、「大口園だより」に記載し、法人や施設が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた使命や目指す方向性、考え方を明記しています。 ・基本方針は「10のこだわり」として明示し、職員の行動規範となるよう具体的な内容で、名札に「10のこだわり」を明記し、職員がいつでも確認できるようしています。職員会議時に抜き打ちテストを実施し、習熟度の確認を行っています。 ・理念・基本方針をわかりやすく説明した資料を作成し、年1回保護者会で説明し事務所の横に掲示していますが、利用者や家族への周知の工夫が求められます。 		

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。		
	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・ ⓑ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は知的障害者全国大会等の会議に参加し、地域の自立支援協議会の委員として障害者プランの作成に関わり地域の動向を具体的に把握しています。 ・法人で毎月1回実施される経営会議等で全国及び地域の動向を把握し状況を分析し、コストや利用者数の推移、利用率の分析を行い、今後必要なサービスや地域にないサービス等を検討されていますが、分析結果等のわかりやすい記録の工夫が求められます。 		
	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・ ⓑ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・経営上の課題を解決するために年1回の職員アンケートの実施や職員会議、ユニット会議で職員の意見を聴き、課題等を法人の経営会議、施設長会議で明らかにし、職員の就労環境の向上、地域懇親会の計画等具体的な取り組みが進められています。 ・職員には、人材確保と離職者対策、職場研修、財務状況等について具体的に、経営計画発表会や職員会議で説明され、大口園の掲示版に掲示し、グループウェアのソフト「サイボウズ」で報告し周 		

知されています。

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。		
	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・ ③ ・c
評価概要 ・中期計画には理念や基本方針の実現に向けた目標が示されており、経営課題の解決・改善に向けた内容になっていますが、更に数値目標や具体的な成果設定を行い実施状況の評価が行えるような内容が求められます。		
	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・ ③ ・c
評価概要 ・単年度計画は、中期計画の内容を反映した事業内容が具体的に示されています。前年度事業計画の重点目標及び活動結果等の総括を踏まえて策定され、法人全体の職場環境、地域貢献、プロジェクト活動や、施設の方針と取り組む重点目標等が詳細に示された実行可能で具体的な内容となっています。		
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。	③ ・b・c
評価概要 ・事業計画は、職員会議やリーダー会議、ユニット会議で意見の集約を行い、評価結果に基づく見直しを行う等職員参画で策定しています。事業計画の時期（12月から3月）や手順は「事業計画に向けて」に定めてあり、手順に基づいて作成しています。 ・法人理事会で承認された事業計画は、法人全体の経営計画発表会や施設の職員会議で説明し、サイボウズに掲載し周知しています。今後、計画策定における計画の評価、見直しなどの記録の整備が望まれます。		
	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 ・c
評価概要 ・事業計画は、保護者会や保護者交流会で配布し説明していますが、利用者には行事計画、栄養計画など障害特性に配慮し公表はされず、計画は直近に実施する利用者会議で説明しています。障害特性上、2～3人の少人数で実施する等の工夫を行っています。		

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。		
	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・ ③ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 福祉サービスの質の向上への取り組みとして、利用者満足度アンケートを毎年1回実施し、法人の経営会議で結果を分析し次年度の事業計画に反映しています。 内部研修で全国ガイドラインの自己評価を行い、初回の第三者評価の自己評価を実施しています。第三者評価の定期的受審を検討されており、組織的に自己評価に基づいたサービスの質の向上への取り組みが期待されます。また、評価結果を分析・検討する場が組織として位置づけられる事が求められます。 		
	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・ ③ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 利用者満足度アンケート調査結果等に基づく課題は、職員会議で明確にされ、問題解決に向けた取り組みを行っていますが、職員参加のもとで評価の分析結果やそれに基づく課題の検討過程の記録を行う等の取り組みが求められます。また、改善計画の策定についても必要に応じて見直された記録の整備が望まれます。 		

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
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・ ③ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 施設長は、事業計画に自らの施設経営・管理に関する方針と取り組み、基本方針や重点目標、「10のこだわり」で明記し、法人での経営計画発表会や施設の職員会議で資料や事業計画書を配布し説明しています。これらはサイボウズに掲載されています。 職務規程に職務権限分掌を定め、役割と権限を明示していますが、今後、災害時等の有事における施設管理者不在時の権限移譲の明確化が望まれます。 		
	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・ ③ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 施設長は、法人で遵守すべき法令など（雇用・労務関係、リスクマネジメント等）の研修や勉強 		

会に参加しています。また、社会福祉士会の研修や自立支援審査会の活動や外部研修にも積極的に参加し最新の動向や情報を把握しています。

- ・防災や環境へ配慮する法令等幅広い法令を把握し水利確保など防災対策に取り組んでいますが、職員に対して法令等の周知が十分でないので、今後は法令遵守の徹底に向けた取り組みが望まれます。

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。	㉠・b・c
--	-------

評価概要

- ・施設長は、職員会議で「10 のこだわり」のテストやチェックシートを実施し、結果を評価し課題分析を継続的に行っています。
- ・サービスの質に関する課題を把握し、組織内に利用者の特性をふまえたケアのあり方（ユニットケア）の取り組みや、脱施設化等の具体的な取り組みを明示して指導力を発揮し、自らも活動に積極的に参画しています。
- ・職員の意見を反映するため 360 度評価や職員アンケートを行い、事業計画に具体的に反映されています。また、職員の教育・研修の際に方針を伝え、職員が研修に参加できるように工夫し、障害特性を伝えるなど研修の充実に取り組んでいます。
- ・法人でサービスの質の向上を図るため4つのプロジェクトを作り、求人プロジェクトのリーダーとして指導力を発揮しています。

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。	㉠・b・c
--	-------

評価概要

- ・経営の改善や業務の効率性の向上に向けて、毎月法人の経営会議で人事・労務・財務等の分析を行い、職員の配置や職員の働きやすい職場環境を整備しています。また、福利厚生の実施（多種の特別休暇の設置等）や適切な就労時間に配慮する為、残業ゼロに向けて取り組まれています。
- ・法人全体で、業務の改善や業務の実効性の向上に向けて、求人、リスクマネジメント、研修推進、衛生推進のプロジェクトを作り具体的な活動ができる体制が構築され、施設長自らもその活動に積極的に参画しています。

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。		
	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。	㉠・b・c

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 必要な人材や人員体制に関する基本的な考えや、人材確保と育成について経営方針に示しています。また、事業計画に職員採用計画が明示され、ホームページにも「求める人材」についての考え方が記載されています。 法人に人材確保のための求人プロジェクトがあり、年間を通して採用スケジュールが具体的に計画され、説明会やガイダンスに参加し学校訪問を行う等積極的な活動を実施しています。 人材育成は、法人の研修推進プロジェクトを中心に、活動内容・研修メニュー、研修予算・OJTなど年間を通じた育成計画を具体的に示し、積極的な活動を実施しています。 		
	<p>Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>a・㉔・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 理念や基本方針に基づき、人事考課規程に「期待する職員像」を明示しています。人事基準は法人の「人事考課規程」で定めています。 人事考課は、人事考課の説明会を年1回実施し職員に考課の「見える化」を図っています。また、年2回の個別面談を実施し、キャリアアップの要件をサイボウズで閲覧できる環境を整備しています。 職員の意向や意見は、年1回職員アンケートを実施し、経営会議で評価・分析を行い具体的な改善策が検討され、法人の経営計画発表会や施設の職員会議で説明しています。 		
<p>Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉔・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 労務管理に関する責任体制は「職務分掌表」に明示されています。毎月法人の経営会議で、残業ゼロを目指し、有給休暇取得状況や時間外労働について報告し、職員の就業状況を把握しています。 職員は年2回の健康診断と腰痛検査を実施し、結果は衛生推進委員会で把握しています。役職者に対してはメンタルヘルスの研修を行い、年2回の個人面談時に職員が相談しやすい雰囲気や環境づくりに取り組んでいます。 職員の意見や希望をもとに、福利厚生の一環としてインフルエンザ予防接種の費用助成、人間ドッグのための休暇と費用の助成や、休暇を取りやすいために独自の多種の特別休暇を設け、働きやすい職場環境の整備に取り組んでいます。 		
<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。</p>		
	<p>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。</p>	<p>a・㉔・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人として「期待される職員像」を明示し、人事考課規程に基づいて人事考課が行われています。また、自己申告シートに職員個々の目標を設定し、年2回上司と個別面談を行い、状況に応じて面談を実施し、進捗状況が確認されています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・個人面談時は自己申告シートを活用し、個々の目標やビジョンを明確にし、目標達成の確認を行っています。 		
	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・ ㊦ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・法人の研修推進プロジェクトチームが研修計画を作成し、事業計画に研修活動や研修内容等を具体的に示しています。 ・教育・研修計画に基づいた研修を実施し、計画は毎年度見直しを行っていますが、評価・見直しの記録が求められます。 		
	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・ ㊦ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・職員の資格取得状況は把握されています。職員研修計画に基づいて、役職者研修・職種別研修・テーマ別研修などを実施し、研修参加の機会を確保しています。外部研修の情報提供も随時行い、経験年数に応じ外部研修への参加を積極的に奨励しています。 ・実践事例報告会を年２回開催し、法人内の他事業所の事例を通し検討する機会もあります。 ・研修の機会は確保していますが、研修の評価・分析等の記録の整備が望まれます。 		
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。	a・ ㊦ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・実習生受け入れ窓口が定めてあり、実習生の受け入れは行われていますが、受け入れ体制や受け入れマニュアル（利用者や家族、職員への事前説明・実習生に対するオリエンテーションの実施方法）など、実習に関する学校等の連携、実習目的や職種等に考慮したプログラムの作成が求められます。 		
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。		
	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・ ㊦ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念・提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報はホームページに公開されています。 ・苦情・相談は法人の第三者委員会に報告していますが、公開はされておらず、公開に向け検討しています。 ・法人や施設における地域の福祉向上の取り組み（備品や施設の貸し出し、研修等）は実施され、施設で行っている活動等はFacebookで公表されています。 		

	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・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 経理規程に事務、経理、取引に関するルール、職務権限規程に職務分掌と権限・責任が定められています。 ・ 施設における事務、経理、取引について、法人で年1回の内部監査を行っていますが、外部の専門家の助言を受ける等の取り組みが望まれます。 		

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。		
	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・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域との関わり方についての基本的な考え方については、経営方針の「10 のこだわり」に記載しています。 ・ 障害特性に配慮し、地域の行事や活動の情報を掲示板等で情報提供し、黒豚祭りなどに参加しています。 ・ 夏祭りでは地域の人々との交流を図っていますが、更に地域との交流の機会を増やし、参加しやすいような工夫が望まれます。法人で地域ニーズの把握や交流に向けて地域懇談会、講演会を計画していますので今後期待されます。 		
	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・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ボランティア受け入れに関する基本姿勢は「ボランティア受け入れ規程」に明文化し、登録手続き、配置、事前説明等を記載しています。 ・ 法人のプロジェクト活動として、ボランティアグループ「はじっぽ」を立ち上げ、ボランティアの研修や支援を実施しています。また、近隣の小学校等の総合学習で講師、体験学習等の受け入れを行い学校教育に協力を行っています。 		
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・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用できる社会資源は限られていますが、病院や温泉、曾木の滝の自然公園や団体等の社会資源のリストを作成し、ユニット会議等で情報の共有を行っています。 ・ 年1回実施される自立支援協議会や知的障害者福祉協会等の連絡会には積極的に参加しています。 		

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・ ③ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・法人の本部棟に温泉があり、地域住民も利用しています。夏祭りではグラウンドを解放したり、地域の行事の時や地域住民に施設の備品貸し出しを行っています。 ・災害時は福祉避難所として伊佐市との協定を結んでいます。地域懇談会や講演会等の計画があり、今後は地域への積極的貢献への取り組みを一層進めることが期待されます。 		
	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・ ③ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・地域の民生委員の会議に法人職員が参加しています。また、施設の職員が民生委員の会議に参加し、必要に応じ地域住民の相談に応じています。 ・法人に相談支援事業所を設置し多様な相談に応じる体制があります。 ・職員が地域住民として地域活動に参加し、ニーズの把握に努めていますが、更に組織としての取り組みが求められます。計画されている地域懇談会で地域の福祉ニーズを把握し、具体的な地域貢献推進への活動が期待されます。 		

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。		
	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・ ③ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・施設が目指すケア方針について、「大口園&ゆとりの考える普通の暮らしBOOK」の「10のこだわり」で具体的に誰もが理解できる言葉で明示されています。 ・職員の理解を定着させるために職員会議での理解度テストや内部研修を実施するほか、「人権侵害防止に関するチェックリスト」を年1回実施することで、職員が自らの実践状況をかえりみる機会も設けられています。 		
	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・ ③ ・c

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の権利擁護のために虐待防止対応実施要領が整備され、人権擁護や虐待についての理解や手順を確認する内部研修が行われています。 ・利用者の生活環境は個室化されており、同性介護や個別での入浴ニーズへの対応等、利用者に配慮した支援が行われています。 ・居室は施錠ができる環境にないため、利用者のプライバシー空間を自己管理できるための鍵設置への準備中です。 ・利用者のプライバシーや人権擁護に対する実践は確認できましたが、サービス提供に対する手順書等がありませんので、今後具体的に確認できる文書等を整備することに期待します。 		
<p>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。</p>		
	<p>Ⅲ－１－（２）－① 利用者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。</p>	<p>a・ⓑ・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設選択の情報は、法人、施設のパフレットが準備され、市役所や法人ホームページからも取得できます。 ・施設パンフレットについては、写真を多用して視覚的にわかりやすいだけでなく、利用者や協同して作成されることで利用者の視点を取り入れたものになっています。 ・多くの人に施設を知ってもらうためにパンフレットの配置場所については、拡大されることを望みます。 ・Facebook を活用した施設情報や活動の紹介も行われています。利用者が多くの情報を参考に利用選択できるように Facebook を活用した情報発信の取り組みを継続することに期待します。 		
	<p>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。</p>	<p>a・ⓑ・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの利用開始時には、利用者、家族同席のもとで契約書、重要事項説明書をもとに説明しています。また、意思決定が困難な利用者には、家族や成年後見人の同意も得られています。 ・利用者や家族の状況に応じて、自宅を訪問して説明、同意を得ることもあります。しかし、契約書や重要事項説明書を用いた説明であるため、利用者にも内容が理解しやすい資料の準備と説明の工夫が求められます。 		
	<p>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。</p>	<p>a・b・ⓒ</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまで他施設への移行はなく、唯一ある事例は法人内のグループホームが新設された時に利用者、職員と一緒に移行したため、サービス移行に対する手順や書類等は準備されていませんでした。 ・今後、移行が生じた場合に備えて、手順や書類を明確にしておくことが必要です。 		
<p>Ⅲ－１－（３） 利用者満足の向上に努めている。</p>		

	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。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意向や希望を把握するために毎月開催される利用者会議に、生活支援員や栄養士、看護師などが参加することで利用者の意向を聞き取り、対応しています。 ・利用者満足度調査を12月に実施し、利用者からの希望や不満に対して事業計画作成時に検討され、設備や行事等については、予算化し改善に取り組んでおられます。満足度調査の結果や回答は郵送し、5月の家族会で報告されています。 		
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・㉡・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の相談などに対する担当者や手続きについては、利用者の相談・苦情解決実施要領で明確にして対応しています。 ・苦情相談の窓口は、社会福祉協議会の苦情解決ポスターに記名して掲示されていますが、利用者により何度もポスターを剥がされるため、掲示場所は事務所の窓に内側から貼り出して対応しています。 ・苦情箱も設置されていますが、利用者からは口頭で職員に伝えられることが多く、職員が聞き取った内容を書類に記録しています。また家族も面会時や電話で直接相談されるなど、職員に相談しやすい関係性ができています。 ・相談された内容については、対応策を検討したのち相談者へは回答されていますが、外部に向けて公表されていません。今後は、対応された内容を公表する機会や方法を設けることが求められます。 		
	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・㉢・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が相談できる方法についてわかりやすく説明した文章は確認できませんでした。しかし、利用者の障害特性もあり直接職員へ相談しても良いことは認知されていました。 ・今後は、相談ができることや相談方法をわかりやすく説明した文章の整備や掲示を行う中で、相談方法が多様化することに期待します。 		
	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・㉣・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談等に対しては、利用者の相談・苦情解決実施要領に従い、記録の方法や報告の手順が適正に行われています。年1回の利用者アンケートで意見を聞き取るほか、職員が直接、利用者から聞き取っています。 ・居室をユニット分けしたことで担当職員が利用者から認識されやすくなり、利用者の相談や話に時間が割けるようになり、相談される頻度も増えています。また聞き取った相談は、毎月の経営会議 		

で報告され、参加者で共有されています。今後は、相談内容を分析しサービス改善につながるような取り組みにより、サービスの質が更に向上するように期待します。

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・**㉔**・c

評価概要

- ・リスクマネジメント委員会が設置され、サービス管理責任者を中心に利用者の安心、安全な生活を実現するために取り組んでいます。
- ・毎月、ヒヤリハット報告や軽事故報告を集計し、経営会議に報告され、その内容を分析し、環境面の改善などに取り組んでいる事例も確認できました。また「誤薬は人為的ミスのためゼロにできる」との考えから誤薬ゼロを重点課題にあげて取り組まれています。
- ・しかし、事故発生時の対応や安全確保についての手順書等は確認できず、実際に対応した内容についても評価や見直しをする機会が明確にされていませんでした。今後は、更に安心安全なサービスを提供するために手順等を明確にすることが求められます。

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・**㉔**・c

評価概要

- ・感染症の予防や発生時の対応は、管理体制を衛生管理マニュアルで明示され、インフルエンザ園内感染防止マニュアルの他レジオネラ菌、食中毒、疥癬等、想定される感染症に対して具体的な対応がマニュアルとして整備されています。
- ・感染症予防のためにインフルエンザが流行する前に内部研修を行い、職員へ対応策を周知することに加え、居室を個室化したことで発症時の対応が、居室で行えることから感染を最小限に留められています。
- ・今後は、変化していく感染症事情に対応できるように、定期的なマニュアルの見直しが求められます。

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。

㉔・b・c

評価概要

- ・災害における対応は、防災管理規程で定められ防災委員会を中心に対応するようになっています。職員の安否確認の方法は、緊急連絡網が準備されているほか災害メールでの一斉通知、災害伝言ダイヤルの活用についても仕組みが整備されています。
- ・施設の立地場所は、水源に難があるため消防用に2つの専用受水槽が整備されています。また、災害に備えて栄養士が食材や備品の備蓄リストを管理しています。しかし、停電への対応については、設備面に不安があります。今後の整備計画を作成する際には、不安に感じられている発電システムの導入等を検討することに期待します。
- ・防災訓練は、消防署や警察も参加し、年2回実施されています。内1回は地域の消防団も参加して

実施されています。更には事業継続計画（BCP）への訓練も第1回目が実施され、炊き出し訓練も合わせて実施されていますので、今後も継続した訓練を実施することに期待します。

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。		
	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・㉔
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 標準的な実施方法は文書により定められていません。今後は、標準的な実施方法を文書等で整備し、職員がいつでも確認できるよう整備することが求められます。 新人職員へは、法人内指導者認定資格としてプリセプター資格があります。入職後3カ月は、有資格者が指導担当者として業務確認表を用いて習得度を評価する制度があります。しかしながら、標準的な実施方法が明確でないため、評価基準として確立するためにも文書等で定めることが必要です。 		
	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・㉔
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 標準的な実施方法が文書化されていませんでした。標準的な実施方法を整備する際には見直しについても明確にしておくことが求められます。 		
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支援計画を適切に策定している。	a・㉕・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 相談支援センターで作成されたケアプランに基づき、サービス管理責任者がアセスメントを行うなかで明らかになったニーズに対して支援目標を定めた生活支援計画書が作成されています。また、作成された計画について利用者や家族、支援にかかわる職員の参加で行われるサービス担当者会議で共有されています。 計画された内容のサービスの実施状況を把握するためにモニタリングも実施されています。アセスメントから計画作成まで法令に基づき実施できていますが、今後は手順を明確にし、関係者で確認できる仕組みづくりが望まれます。 		
	Ⅲ－２－（２）－② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a・㉕・c

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活支援計画書は、作成後6カ月ごとにモニタリング評価が行われています。また、モニタリングで確認した内容から援助内容の変更も行われ、変更された内容はサイボウズで共有されています。しかし、計画書の書式に従い、評価や再アセスメントが実施されているため評価や見直しについて、具体的な手順や時期を確認できるような手順等の明確化が求められます。 		
<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。</p>		
	<p>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。</p>	<p>Ⓐ・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者に関する記録は、「福祉物語」で管理され、サービス内容の追加や変更内容など共有が必要な情報については、サイボウズの掲示板で配信され毎月、掲示板情報の既読状況が確認されています。また、毎月開催されるユニット会議でも利用者についての情報が共有されています。 生活支援員が毎月の支援評価をケース記録に記録することで、サービス管理責任者がモニタリング時に計画を見直すための情報としても活用されています。 		
	<p>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。</p>	<p>a・Ⓑ・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者に関する記録は、個人情報管理規程や文書取扱規程で管理方法や保存期間、破棄等についての手順が定められています。また、利用者や家族へは、契約時に重要事項説明書で説明するほか、個人情報の利用目的や動画・写真利用に関する説明書、個人情報に関する同意書にて丁寧に説明され、各書類で同意が求められています。 記録の管理責任者は、全て理事長ですが、その責任を施設長へ委ねることができることになっています。しかし、文書によっては施設長やサービス管理責任者等が管理することが望ましい文書もみられますので、文書ごとに管理責任者を定めて実用的に管理できる仕組みを作られることに期待します。 個人情報の開示についての手順が確認できなかったため、開示方法等の手順の策定が求められます。 		

福祉サービス第三者評価基準 (様式2)

【 障害者・児福祉サービス版 】 H29年3月1日改定

評価対象IV

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
	A-1-(1)-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。	Ⓐ・b・c
評価概要 ・利用者の自己決定を支援するために基本方針で「10 のこだわり」を明示し、利用者自身の意思で自発的な活動を後押しするために「動き出しは当事者から」と援助方針を明確にして支援しています。 ・利用者の権利に対する支援は、内部研修や職員会議での確認など全職員で「10 のこだわり」を実践するための取り組みがあります。毎月の利用者会では生活ルールを職員と一緒に確認しながら作る仕組みもあります。		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		第三者評価結果
	A-1-(2)-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。	Ⓐ・--・c
評価概要 ・利用者の権利を侵害しないために「10 のこだわり」でわかりやすい言葉で明示され、職員が自らの支援を振り返るためにチェックリストを用いて定期的に確認しています。また年1回は家族ならびに施設職員研修会にて家族とともに利用者の人権について確認する機会もあります。 ・身体拘束廃止規程や虐待防止対応実施要領で支援の手順や関係機関への報告が定められ、毎月開催されるユニット会議でも確認するように取り組まれています。		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	Ⓐ・b・c
	A-2-(1)-② 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・Ⓑ・c
	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	Ⓐ・b・c

	A-2-(1)-④ 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・ ⑥ ・c
	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	⑤ ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①ユニットケアの導入により利用者が生活を自己管理し、自己決定できる機会が増えたことで利用者同士の助け合いや支え合いも見られています。また、24時間シートを作成し、利用者の生活習慣を把握することで利用者の行動に合わせた支援が行われています。</p> <p>②言葉で気持ちを表現できない利用者には、写真や絵で表示できるように支援し手話にも対応できる環境があります。また、利用者独自の表現や支援について、家族とメールや電話でアドバイスや意見を求め、職員が理解を深めることにより利用者の自己表現を理解できるようになり、利用者が自己表現しやすいように取り組まれています。</p> <p>③ユニットケアにより利用者が担当職員を認識しやすく相談しやすい環境があります。イベント情報を各ユニットのボードに掲示して参加を促したり、外食の希望を募ったりすることで利用者が自ら選択できる機会づくりに取り組まれています。また、利用者からの相談や情報は、サイボウズや「福祉物語」を利用することで共有できています。</p> <p>④24時間シートで日中活動の状況を把握し、個々の状況に応じた活動ができています。「人の役に立ちたい」意向がある利用者に対しては、できる事を依頼し支援しています。個別支援計画は6カ月毎の見直しを行い「Just・Time・Care」を形にするように取り組まれています。</p> <p>⑤支援パターンの事例等を取り入れた、障害特性のスキルアップ研修を行っています。個々の24時間シートで生活の状況が把握されており、状態の変化等が見られた時は、施設長の助言のもとユニット会議等で検討し、変更された支援計画については、サイボウズで周知されています。コミュニケーションが取れない利用者の不適応行動は自分の想いを表現できないために起こっているととらえ、基本的には叱責や指導は行わず、状況に応じて対応されています。障害特性と環境因子との相互関係の結果であるとして落ち着ける環境づくりを目指し、不適応行動につながらないための予防支援に取り組んでいます。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		第三者評価結果
	A-2-(2)-① 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・ ⑥ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月の給食会議に利用者代表も参加し、利用者会議で食事への要望を伝える機会を設けています。嗜好調査を年2回行い、その結果を献立に取り入れ「カレーの日」を設けたり、3種類のドレスニングを準備するなど、楽しく食べられように工夫しています。 ・アレルギーのある利用者や摂取量が少ない利用者に対しては特別メニューを提供しています。 ・入浴は利用者が希望する時間がある場合は入浴できるように調整し対応され、心身の状況に応じて支援や清拭を行っています。 ・排泄については、24時間シートで排泄時間の把握に努め個別計画に基づき必要な支援を行っています。 		

A-2-(3) 生活環境	第三者評価結果
A-2-(3)-① 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・ ⓑ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活環境は、安心・安全に配慮され、火気やリスクがある場所は鍵をかけ管理していますが、日中活動の場は施設内外の制限はなく自由に活動ができます。 中庭に向けたウッドデッキにチェアを設置し、利用者が自由に利用しています。施設の両側には窓があり採光に配慮され、臭気が全くなく清潔で明るい雰囲気があります。 居室は全室個室で、自分だけの空間がとれる環境にあり、利用者が自分で生活空間を自由に作っています。個室化されてからは他の利用者に影響を及ぼす場面は見られません。 廊下に空調の設置が予定され、快適な生活環境の確保に向けた改善が進められています。 	
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	第三者評価結果
A-2-(4)-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・ ⓑ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 機能訓練・生活訓練が必要な利用者には個別支援計画に計画し支援を行っています。利用者の「人の役に立ちたい」思いを大切に、「ありがとうカード」を作成する役割やイベントのポスター貼り等を行っています。 障害に応じて医師、看護師、法人内の理学療法士の助言・指導のもとに訓練を行っています。個別計画は6カ月毎にモニタリングを行い再評価し、必要に応じて見直しを行っていますが、見直し、評価についての時期や手順の明確化が求められます。 施設内に利用者自ら運動できるようにトレーニングルームを整備する予定があります。 	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援	第三者評価結果
A-2-(5)-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。	ⓐ ・b・c
A-2-(5)-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・ ⓑ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康状態は生活のさまざまな場面（食事摂取量や顔色、嘔吐等）で、看護師や生活支援員が連携し把握しています。 衛生管理マニュアル（インフルエンザ、感染、食中毒等）に具体的な対応を明記し、入所者個人台帳を作成し「指示、処置、処方記録」に記載され検査データや看護サマリー等の健康管理は適切に行われています。 年2回の健康診断を行い、結果については医師、看護師から利用者にはわかりやすく説明しています。 週1回の往診時に体調不良の利用者を診察し、状態変化時「災害事故発生時の対応手順」に準じ医師、医療機関と連携を図り迅速な対応を行っています。 	

<ul style="list-style-type: none"> ・健康管理等の研修は、衛生推進委員会による年2回の職員研修と、タイムリーに必要な（感染症など）勉強を行っています。 ・医療的な支援の実施については、衛生管理マニュアルに示し、管理責任者（看護師）の責任は明確にしています。慢性疾患やアレルギー疾患のある利用者には、嘱託医と連携のもと週1回の往診や必要に応じて通院を行っています。現在、介護職員は医療的ケアを行っていません。 	
A-2-(6) 社会参加, 学習支援	第三者評価結果
A-2-(6)-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。	a・ ⓑ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・書道や踊りクラブなどの活動を通して、MBC硬筆コンクールに出品し、黒豚祭りや曾木の滝もみじ祭りなど地域のイベントへの参加支援や、ミニコンサートや食事など、グループ外出を利用して支援しています。 ・外出や外泊時、利用者の状態に応じて職員が付き添う等、柔軟な対応や支援を行っています。「調理したい」など利用者の意向を尊重し、調理ができる支援など可能な限り利用者の意向の実現に向けて支援しています。 	
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	第三者評価結果
A-2-(7)-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。	a・b・ ⓒ
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・地域への移行の希望や実績はありません。地域生活に必要な社会資源に関する情報が乏しく情報提供に至っていません。 	
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	第三者評価結果
A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	Ⓐ ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・ユニット毎の「大口園だより」を毎月作成し、利用者個々の状況を書き添えて、家族へ生活状況の報告を行っています。また、利用者アンケートや個人の意見・意向を聴いて行事や交流会参加への対応を行っています。 ・家族総会、夏祭り、保護者交流会、年末合同大掃除、クリスマス会、グランドゴルフ大会を開催し、交流会では事例発表を行い家族との意見交換を行っています。 ・利用者の体調不良や急変時の家族への連絡等は契約書に明記され、対応手順は「事故対応手順」に準じて行われていますが、確実な連絡を取るための工夫が望まれます。 	

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		非該当
	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a・b・c
評価概要		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		非該当
	A-4-(1)-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。	a・b・c
	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a・b・c
	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	a・b・c
評価概要		