

第三者評価結果表

施設名 指定障害者支援施設 たちばな園

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
1 理念・基本方針						
(1) 理念、基本方針が確立されている。						
1	1	○				「その人らしさを大切に」という基本理念が明文化され、パンフレット・広報誌他に掲載されているのが確認されたので、a評価とした。
2	2	○				理念に基づいた3項目の基本方針が、事業計画に明文化されていることが確認されたので、a評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				理念は職員の名札に明記され、職員会議や全員供覧文書にて周知徹底が図られていると確認されたので、a評価とした。
4	2	○				理念や基本方針が施設内数箇所に掲示され、利用者には全員朝礼、家族には家族会などを通じて説明されていることが確認されたので、a評価とした。
2 計画の策定						
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。						
5	1	○				前計画をもとに21年から25年までの中期計画が策定されているので、a評価とした。
6	2	○	-			中期計画をもとに事業計画が策定されていると確認されたので、a評価とした。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1	○				利用者の満足度調査、年2回の自己評価に基づき、職員の意見を反映した運営会議によって策定されていることが確認されたので、a評価とした。
8	2	○				職員に対しては職員会議など、利用者には全員朝礼、家族に対しては家族会などで周知を図るとともに、文面などもルビを打ち、要点だけに絞るなど工夫が見られたので、a評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
3 管理者の責任とリーダーシップ						
(1) 管理者の責任が明確にされている。						
9	1	○				施設長は年度当初の職員会議において所信表明し、毎月の運営会議で自らの役割や責務について表明されていることが記録においても確認されたので、a評価とした。
10	2	○				各種研修会に参加するとともに、運営会議や職員会議などで説明していることが確認されたので、a評価とした。
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。						
11	1	○				施設長は毎月の運営会議で、現状の把握や課題の検討を職員と行うと共に、リーダーとしての考えを文書化して職員に説明をするなど、福祉サービスの質の向上に指導力を発揮していることが確認されたので、a評価とした。
12	2	○				現状把握の中、業務改善に対し熱意を持ち改善に向けた取組みを行っていることが職員の聞き取りにおいて確認されたので、a評価とした。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

1 経営状況の把握と開示						
(1) 経営環境の変化等に対応している。						
13	1	○				法制度変革の時期にあり、不透明な要素がある中、地域懇談会や地域の関係機関、親の会などの連携によりニーズ把握がされていたので、a評価とした。
14	2	○				日々の業務や半期ごとの収支状況の確認により経営状況を確認し、併せて運営会議や職員会議での改善課題への取組み、職員への意識付け等が確認されたので、a評価とした。
15	3			○		外部監査が実施されていないため、C評価とした。
16	4	○				ホームページや施設の広報誌で運営内容が適切に開示されていることが確認されたので、a評価とした。
2 人材の確保・養成						
(1) 人事管理の体制が整備されている。						
17	1		○			事業団として中長期計画に人員体制に関する基本的な考え方が記載されているが、当施設としての具体的なプランが確認されなかったため、b評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
18	2 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	○				人事考課について、前回評価時より範囲を広げ、評価の基準についても、統一の見解で実施されていることが確認されたので、a評価とした。
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。						
19	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。	○				施設長による個別面接等が実施され、異動や研修など個々の職員の意向を把握する仕組みが構築されていることが確認されたので、a評価とした。
20	2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。		○			福利厚生センターへ加入しているが対象が正規職員だけであり、施設全体としての取り組みが十分とはいえないので、b評価とした。
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。						
21	1 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	○				事業団として、職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されており、職員研修実施要綱も整備され、施設としても個別に応じた資料を作成していることが確認されたので、a評価とした。
22	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。		○			研修計画担当者が明示され、職員個別計画を作成しているが、大半を占める嘱託・臨時職員の計画は作成されていないので、b評価とした。
23	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。		○			研修内容を職員研修などで発表する機会を設け、個別の研修についても評価見直しを行っているが、嘱託・臨時職員まで至っていないので、b評価とした。
(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。						
24	1 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	○				実習生の受け入れに関するマニュアルが整備されていることが確認されたので、a評価とした。
25	2 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。		○			実習について学校等と連携を図りながら対応しているが、資格に応じた具体的なプログラムが整備されていないため、b評価とした。
3 安全管理						
(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。						
26	1 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	○				緊急時の対応マニュアルが整備され、リスクマネジメント委員会で協議検討後、職員への伝達等の取り組みが確認されたので、a評価とした。
27	2 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。	○				事故報告やひやりハット報告書が整備され、月1回のリスクマネジメント検討委員会や、各種会議において検討され、対策を立てていることが確認されたので、a評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
4 地域との交流と連携						
(1) 地域との関係が適切に確保されている。						
28	1	○				「地域とともに歩む施設づくり」を基本目標に掲げ、施設の事業計画にも地域との関りを明示し、たちばな園祭りでの住民とのふれあい等、積極的に関わる姿勢が確認されたので、a評価とした。
29	2	○				地域の緊急避難場所として受入れる体制が整備され、地域行事に参加するだけでなく、相談支援事業の開設など事業所が有する機能を地域に還元していることが確認されたので、a評価とした。
30	3	○				マニュアルが整備されるとともに、事業計画にボランティア受入れに関する基本姿勢が明示され、受入担当も業務分掌で決められていることが確認されたので、a評価とした。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1	○				行政機関をはじめ、医療機関、地域の資源などをまとめた一覧表が作成され、職員間で情報の共有に関する取り組みが確認されたので、a評価とした。
32	2	○				地域懇談会を始め、ケース会議、自立支援協議会・部門別会議等に積極的に参加し、利用者のサービスに関する具体的な課題や事例検討が行われていることが確認できたので、a評価とした。
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。						
33	1	○				地域懇談会を始め、社会福祉協議会、柳井圏域の関係機関との連携・協力を通して、具体的な福祉ニーズの把握に努めていると判断されたので、a評価とした。
34	2	○				相談支援事業やショートステイ、日中一時支援事業、災害時における地域の指定避難場所の提供など福祉ニーズに基づいた事業展開がなされていたので、a評価とした。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス						
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。						
35	1	○				事業計画に、基本的人権への配慮や身体拘束廃止・虐待防止、権利擁護・成年後見人の活用について明示され、職員会議や職場内研修などで周知徹底する取組みが確認されたので、a評価とした。
36	2	○				利用者のプライバシー保護に関するマニュアルが整備されていることが確認されたので、a評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(2) 利用者満足の上昇に努めている。						
37	1	○				事業計画に利用者満足度の上昇について明記され、利用者満足度調査を定期的実施、また全員朝礼などで利用者の要望を聞くとともに、保護者会や面談会を通じて満足度向上のための取り組みが確認されたので、a評価とした。
38	2	○				満足度調査の結果を踏まえた要望の取り組みと、全員朝礼を通じて、意見聴取や報告、各部門からの詳細な説明を行っていることが確認されたので、a評価とした。
(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。						
39	1	○				日常的に居室担当支援員・主任等によって相談を受け、全員朝礼での聞き取り、「ちょっと気付き箱」では、自由記入で投函され、家族からもアンケートを実施するなど、意見を述べやすいように環境を整備していることが確認されたので、a評価とした。
40	2	○				苦情解決の窓口、担当者、第三者委員が配置され、苦情解決の仕組みを説明した資料の施設内掲示や、利用者自治会や保護者会等での周知が積極的に行われていると判断されたので、a評価とした。
41	3	○				マニュアルが整備され、その意見に対し組織的に検討され、個別対応をはじめ全員朝礼で利用者に説明し、内容によっては支援室に対応を貼り出すなど、迅速な対応が取られていると確認されたので、a評価とした。
2 サービスの質の確保						
(1) 質の上昇に向けた取り組みが組織的に行われている。						
42	1	○				年2回施設サービス自己評価を組織的に実施しており、第三者評価についても今回、3回目を受診されているので、a評価とした。
43	2		○			自己評価等の評価結果について分析され、事業計画等に反映されていることは聞き取られたが、課題の文書化、職員間の課題の共有化が確認できなかったため、b評価とした。
44	3		○			自己評価等の内容をもとに事業計画が作成・実施していると聞き取りにより確認されたが、課題の文書化、課題から明確になった事項について改善策・改善計画までは確認されなかったため、b評価とした。
(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。						
45	1	○				個々のサービスについて具体的なマニュアルが整備され、職場内の研修等で共有化を図り、サービスが実施されていることが確認されたので、a評価とした。
46	2	○				標準的な実施方法について各種委員会において見直しが行われ、マニュアルの改訂記録や検討会議の記録等が確認されたので、a評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(3) サービス実施の記録が適切に行われている。						
47	1	○				利用者一人ひとりのサービス実施状況の記録がパソコンのシステムで適切に記録され、書面においても確認できたので、a評価とした。
48	2	○				記録管理の責任者が設置され、利用者に関する記録管理について、個人情報保護規定に基づき、適切に管理されていることが確認されたので、a評価とした。
49	3	○				日常的な引継ぎ、申し送りとパソコンに入力した内容を職員間で共有するなどの取り組みが確認されたので、a評価とした。
3 サービスの開始・継続						
(1) サービス提供の開始が適切に行われている。						
50	1	○				ホームページや広報を通じて情報を提供しており、入所の手引き、2泊3日の体験入所の受け入れなどサービス選択に資するような工夫が行なわれていることが確認されたため、a評価とした。
51	2	○				利用者や家族に対し、契約書、重要事項説明書等で説明を行い、さらに理解しやすいよう入所の手引き等を作成し、丁寧にわかりやすい工夫が確認されたので、a評価とした。
(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。						
52	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。
4 サービス実施計画の策定						
(1) 利用者のアセスメントが行われている。						
53	1	○				個別支援計画についてはパソコンのシステムを利用しながら、統一された様式で記録されており、原則年2回の評価・見直しがなされ、状態に応じて随時見直しも行われていることが確認されたので、a評価とした。
54	2	○				アセスメントの内容を踏まえて、サービス場面ごとの個別ニーズの課題が把握され、個別支援計画が策定されていることが確認できたので、a評価とした。
(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。						
55	1	○				サービス実施計画の策定責任者が配置されており、支援検討会議では関係職員の参加及び協議内容について書面で確認できたので、a評価とした。
56	2	○				6ヶ月ごとに評価見直しをすることが文書化され、その見直しについては個別支援担当者会議でモニタリングを行い評価することなど、組織的な仕組みが確認されたので、a評価とした。