

# 第三者評価結果表

施設名 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
<b>1 理念・基本方針</b>						
<b>(1) 理念、基本方針が確立されている。</b>						
1	1	○				理念は、パンフレット、ホームページに掲載、また施設内の随所に掲示、明文化されている。
2	2	○				理念に基づく基本方針が3項目、今年度の事業計画、施設内にも掲示されていた。
<b>(2) 理念や基本方針が周知されている。</b>						
3	1	○				理念や基本方針が職員会議などで繰り返し説明されており、事業計画についても同様、または供覧で周知されていた。
4	2	○				理念や基本方針が施設内に掲示、分かりやすくルビがふつてある。また利用者には全員朝会で説明、家族には家族会総会で説明を行っている。
<b>2 計画の策定</b>						
<b>(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>						
5	1	○				法人の中期計画の中に、たちばな園の5年間の数値目標も策定されていた。
6	2	○				法人とたちばな園の中期経営計画等に基づき、今年度の事業計画が策定されていた。
<b>(2) 計画が適切に策定されている。</b>						
7	1	○				満足度調査の結果を全員朝礼で報告、また施設自己評価結果を参考に、運営委員会などで検討されていた。
8	2	○				それぞれの部署で検討し、運営委員会に上げ、修正を加え再び職員で検討をし策定している。また、利用者へは説明し、園内に文書で掲示している。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>3 管理者の責任とリーダーシップ</b>						
<b>(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>						
9	1	○				管理者の役割は、事務分掌に明示されており、各種会議を通じてその役割や責任を明らかにしている。
10	2	○				法令遵守責任者を配置し、障害者虐待防止、権利擁護研修などの研修会に参加し、会議等を通じて職員へ伝達する機会をつくっている。また、復命は3分間スピーチとし、要点をまとめて報告をするよう取り組んでいる。
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>						
11	1	○				PDCAサイクルによるサービスの質の向上の取り組みや、人事考課などを積極的に取り入れ、課題の抽出と改善に熱意を持って取り組んでいることが職員からの聴取で確認できた。
12	2	○				経営分析を行い、収支のバランス、稼働率を把握した上で夜勤職員の増員をはかり、救急対応時の支援体制の整備を実施していた。また、女子棟の浴室のスロープ、脱衣室の段差の改修がなされていた。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

<b>1 経営状況の把握と開示</b>						
<b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>						
13	1	○				年1回の地域懇談会を通じて、地域からの福祉に対する需要の動向を把握し、地区内のゴミ拾いや小中学校への行事に参加している。また、保護者からのニーズの把握にも努めている。
14	2	○				経営状況の分析を3カ月毎に行い、運営会議や職員会議で職員へ報告、待機登録者の減少、利用率の低下などに対する対策の検討を行っている。
15	3			○		事業団の監事が公認会計士であるため、外部から監査を行う体制が実施されていない。
16	4	○				事業報告・決算報告などが事業所内に掲示され、ホームページや広報誌での情報提供が適切に行われていた。
<b>2 人材の確保・養成</b>						
<b>(1) 人事管理の体制が整備されている。</b>						
17	1	○				専門職のレベルアップの為に資格取得助成制度を制定、今年介護福祉士の国家試験に1名チャレンジしている。また、嘱託職員の人材プランも実施されているのが確認できた。

【 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。	○				人事考課を定期的に行い、評価について職員と管理者が話し合う機会がある。また来年度から勤勉手当に反映させていくことがわかった。年度の目標は、職員の思いを汲み入れたものになっている。
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>						
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。	○				職員からの申し出や職員組合からの意見などについて協議する場を設けている。希望休は勤務表に反映されている。
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、健康福祉財団への加入・事業の活用を行い、互助会活動へは、全職員の参加を呼び掛け職員の福利厚生に努めている。
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>						
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。	○				事業団の職員教育・研修の基本姿勢に基づき、当園の研修計画が作成・実施されている。
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組が行われている。	○				個々の職員について、個別の研修カードを作成し、計画に沿った教育・研修を行っている。
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。	○				研修後には必ず復命書の提出、職員会議では報告を行い、職員の共通認識を図り、次へとステップが踏めるよう取り組みをしている。研修計画の見直しもされている。
<b>(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</b>						
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。	○				実習生の受け入れマニュアルと保育士の実習プログラムを整備している。今年度は保育士6名の実習を受け入れた。
25	2 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	○				保育士については、実習プログラムも整備し、受け入れを行い、今年度6名の実績がある。今後は、介護福祉士の養成にも取り組まれ、実習指導者研修などの受講等、体制の整備が望まれる。
<b>3 安全管理</b>						
<b>(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。</b>						
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。	○				緊急時等の対応マニュアルや連絡網の整備を行い、夜間の緊急時対応がスムーズに行くよう、職員3名に増員された。また、リスクマネジメント検討委員会を毎月1回開催し、内容については職員間で共有できるよう、文書で周知している。
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。	○				毎月、リスクマネジメント検討委員会を開催し、ヒヤリハットや事故の内容や対策について検討し、職員への周知徹底を図っている。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>4 地域との交流と連携</b>						
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>						
28	1	○				基本方針に「地域とともに歩む施設づくり」と掲げ、地域懇談会や地区の海岸清掃、お寺のお祭りなどの参加、また、園祭りには地域の方々の参加などで、良好な関係を構築されていることが確認できた。
29	2	○				園を周防大島町指定の災害時避難所として開放し、また、中学校等へ福祉教育の講師として職員派遣を行っている。
30	3	○				ボランティア受け入れマニュアルの整備、受け入れ担当者の設置を行い、受け入れ時には事前説明を職員・ボランティアに実施するなど、丁寧な受け入れ体制を整備している。また、事故防止の為に、利用者の障害状況の説明も的確に行われている。
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>						
31	1	○				社会資源リストを園内に掲示し、職員間でも共通認識を図っている。
32	2	○				利用者の計画相談を地域連携で園外の事業所に依頼し、計画書の作成を行っている。また、医療関係との連携も図っている。
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>						
33	1	○				地域懇談会で地域から求められている事柄についての把握に努め、対応を行っている。新規ボランティア募集をホームページに掲載している。
34	2	○				相談支援事業所の開設、ショートステイ、日中一時支援の実施、災害時の避難場所としての園の活用、福祉教育への講師派遣なども行っている。

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

<b>1 利用者本位の福祉サービス</b>						
<b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>						
35	1	○				「その人らしさを大切に」の基本方針が明文化されており、ホームページ、事業計画、パンフレット等で職員、地域に周知されている。また、人権委員会を定期的に開催し、身体拘束や虐待防止についても職員会議などで周知している。
36	2	○				プライバシー保護マニュアルが整備されており、月1回の棟ミーティングで職員間の共通認識を図っている。現在、居室が4人部屋であり、職員が必要と思える時だけでなく、一人になりたい時に自由に使えるスペースも検討して頂きたい。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(2) 利用者満足の向上に努めている。</b>						
37	1	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	○			毎年1回満足度調査を実施、食事については、嗜好調査を実施している。意思の確認が口頭ではできない方については、職員の日常の見守りの中から意見を吸い上げている。毎月1回全員朝会を開催し、利用者の意見を聴く場を設けている。保護者会総会にも出席し、意見・要望を聞いている。
38	2	利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	○			利用者満足度調査を年に1回実施し、内容については、棟ミーティングから支援者代表者会議、最終的に運営会議で検討・改善を行っている。また、結果は利用者、家族に公表され、改善点の説明などを行っている。
<b>(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>						
39	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。	○			居室担当やリーダー等だけでなく、相談しやすい職員に相談できる体制を整えている。また園内には「ちょっと気付き箱」も設置され、毎月1回開封、結果と改善報告が全員朝会で報告される仕組みになっている。
40	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。	○			苦情解決取扱規程や苦情相談解決システム運用マニュアルが整備され、利用者・家族にも分かりやすく、窓口の掲示板にポスターが掲示されていた。また、全員朝会等で仕組みについて説明をしている。
41	3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○			利用者からの意見に迅速に対応できるようマニュアルを整備し、職員に周知している。また、利用者への説明は全員朝会などで行っている。
<b>2 サービスの質の確保</b>						
<b>(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。</b>						
42	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。	○			毎年、施設自己評価を実施、3年に1度第三者評価を受診し、課題把握やサービスの質の向上に向けた取り組みを実施するために、定期的評価を行う体制を組織的に整備している。
43	2	評価の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いる。	○			施設自己評価に基づく課題について、検討、分析することが事業報告に明文化されており、職員には職員会議などで説明、共通認識されていた。
44	3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。		○		課題解決についてを事業報告などに明文化し、職員会議などで説明、検討を行っているが、改善計画の実施状況の評価については、書面及び聴取で確認できなかったため、計画的な取り組みとはなっていないと判断し、b判定とした。
<b>(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。</b>						
45	1	個々の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。	○			個々の基本的サービスについては、各種業務マニュアルを作成、職員に配布し周知徹底を図っている。
46	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。	○			マニュアルの見直しについては、定期的に多職種による見直しをするシステムが整備されていることを確認した。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</b>						
47	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。	○			パソコンシステムを活用し、職員がパスワードを持ち、リアルタイムに閲覧できる体制が確保され、情報の共有化が図られている。一方、ケース記録には限られた職員の確認印しかなく、今後は供覧の確認方法の検討が望まれる。
48	2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			情報公開規程、個人情報保護規程、文書事務取扱規程に基づき、担当者を配置し、適切に管理されている。
49	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。	○			パソコンシステムや共有ファイルを活用し、職員間で共有している。
<b>3 サービスの開始・継続</b>						
<b>(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</b>						
50	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。	○			ホームページや入居のしおり、園便り等の広報を通じて必要な情報提供を行っている。また、体験入所、施設見学等の受付・対応も行っている。総合支援学校への説明の機会も設けている。
51	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。	○			重要事項説明書、契約書の提供に合わせ、事業所案内パンフレット、入居のしおりにより、利用者、家族にわかりやすく説明を行っている。現在、成年後見人制度を利用している方が3名であり、今後は、制度の活用も視野に入れてほしい。
<b>(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。</b>						
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。	○			事業所の変更や家庭への移行はないが、入院時には医療機関との連携を図って、対応している。
<b>4 サービス実施計画の策定</b>						
<b>(1) 利用者のアセスメントが行われている。</b>						
53	1	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○			パソコンの支援システムを活用し、統一した様式でアセスメントが行なわれている。半年に1回、評価、見直しも実施されている。
54	2	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	○			利用者個々のニーズ分析を行い、個別支援計画に記載された目標設定と、日々のケース記録から、目標達成に向けたサービス提供への取り組みが確認できた。
<b>(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。</b>						
55	1	サービス実施計画を適切に策定している。	○			個別支援計画作成時に、評価・課題分析を行い、利用者のニーズの把握に努めるとともに、相談支援事業所との連携を図り、利用者に応じた計画を策定している。
56	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。	○			半年に1回、個別支援計画担当者会議を開催し、評価・見直しを行っている。