

## 福祉サービス第三者評価結果(共通評価項目)

### I. 福祉サービスの基本方針と組織

#### I-1. 理念・基本方針

		評価結果			判断の理由
I-1-1(1) 理念、基本方針が確立されている。					
I-1-1(1)-①	理念が明文化されている。	Ⓐ	b	c	法人の理念が、障害福祉の基本的な考えを踏まえた施設の運営信条に明文化されている。
I-1-1(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ	b	c	基本方針は施設運営上の目標を明確にして策定されており、明文化されている。
I-1-1(2) 理念や基本方針が周知されている。					
I-1-1(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ	b	c	理念や基本方針は職員に文書で配布され、名札裏や毎朝の朝礼で周知徹底されている。
I-1-1(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ	b	c	利用者には職員からわかりやすく説明し、施設案内にも記載されている。また、家族にも保護者会を通じて説明し、不参加者には郵送し周知している。

#### I-2 計画の策定

		評価結果			判断の理由
I-2-1(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)-①	中・長期計画が策定されている。	Ⓐ	b	c	施設の役割や機能を明確にされ、「21世紀の姿」「法人の戦略」として具体的な内容となっている。
I-2-1(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	c	中・長期計画の内容を踏まえた単年度の事業計画が策定されている。事業内容は具体的な数値目標、達成目標として各部署別方針に反映されている。
I-2-1(2) 計画が適切に策定されている。					
I-2-1(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	Ⓐ	b	c	各計画の策定は、運営会議、ISO委員会や職員会議で組織的に意見が集約されている。計画策定過程の記録、評価が継続的に行われ、次年度に反映されている。
I-2-1(2)-②	計画が職員や利用者等に周知されている。	Ⓐ	b	c	各計画は、朝礼、文書、職員会議及び施設内ラン等で周知されている。また、利用者には職員から説明され、保護者には「保護者会」、さらに不参加者にも郵送で周知されている。

#### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		評価結果			判断の理由
I-3-1(1) 管理者の責任が明確にされている。					
I-3-1(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	c	管理者は施設が有する資源を適切に把握し、施設の役割と機能を明確にするとともに、質の高い福祉サービスを提供できるように取り組まれていることが、ヒアリングにより判断できた。
I-3-1(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	c	組織として遵守すべき関連法令等について正しく認識されている。遵守すべき法令等は職員にも説明、周知されている。

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指導力を発揮している。	①	b	c	管理者は施設の課題や問題点を明確に把握できている。問題の重要性や優先度の的確な検討を加え、解決・改善に向けた組織的な体制の構築や具体的な方策の策定に主導的に取り組まれている。
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。	①	b	c	業務の効率化と改善、福祉サービスの質の向上にむけた取り組みが組織的に実施されている。また、管理者自ら「本物の福祉」の実践を目指す取り組みに指導力を発揮できていると、判断できた。

## II. 組織の運営管理

### II-1 経営状況の把握

	評価結果	判断の理由		
II-1-(1) 経営環境の変化等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。	①	b	c	情報を総合的に管理する担当者が決められ社会福祉事業全体、地域福祉に対する動向、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等が把握されており、中・長期計画や事業計画にも反映されている。
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。	①	b	c	施設方針として、部門部署別に改善活動に取り組む課題と目標が策定されている。改善活動は品質マネジメント手法に沿った管理の仕組みがとられ継続的に行われている。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	②	c	法人において、ISOによる外部監査等は実施されているが、公認会計士などの専門家による監査は実施されていない。

### II-2 人材の確保・養成

	評価結果	判断の理由		
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。	①	b	c	各種規程や仕組みが整備され、公平・公正に運用されている。必要な人材や人員体制については、施設として基本的な考え方がヒアリング等で確認できた。
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。	①	b	c	職員の資質や向上を目指した人事考課システムが確立されている。評価基準も公表され結果が本人に知らされ、処遇に結びついている。さらに、評価者教育も積極的に行われている。
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。	①	b	c	就業に関する意向や意見、状況チェックの結果を分析・検討する担当者が設置されている。把握された問題点等は会議・委員会で検討される仕組みが確認できた。
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	②	c	職員の福利厚生事業に取り組まれているが、職員処遇の充実を図る観点からは十分でない。
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。	①	b	c	求められる職員のあり方(PDCAサイクルに基づく実践)が示され、全職員に対する教育・研修体制、計画立案、実施、評価が組織的に実施されている。
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。	①	b	c	各職員ごとに業務内容・範囲、権限や責任が示されている。それに沿った知識や技術の取得に向けた教育・研修も策定、実施されている。また、福祉系国家資格取得も奨励されている。
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。	①	b	c	毎月、個別に教育・研修計画の評価・見直しが行われている。研修参加者の報告書や評価・分析が行われた記録がある。

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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	①	b	c	実習生受け入れ担当者が決められている。複数校と実習指定契約しており、受け入れに関する基本方針も明確にされている。
II-2-(4)-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。	①	b	c	実習内容全般を計画的に学べるように配慮した実習プログラムが用意されている。

## II-3 安全管理

	評価結果			判断の理由
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、災害の発生時など)の対応など利用者の安全確保の体制が整備されている。	①	b	c	組織的に検討する危機管理委員会や保健給食委員会などが設置され、機能している。各委員会は役割、責任、権限が明確にされており、月1回定期的に開催され、検討された内容は記録として残されている。
II-3-(1)-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。	①	b	c	安全を脅かす事例報告の情報は、体系的に収集され把握されている。要因分析と対応策の検討は、各委員会で組織的・継続的に行われており、必要に応じて見直しも実施されている。また、職員の研修も積極的に行われている。

## II-4 地域との交流と連携

	評価結果			判断の理由
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。	①	b	c	施設の社会的使命から、施設は積極的に地域との関わりをもつ姿勢がヒアリング等でうかがえた。行事、レクリエーション、スポーツ、小学生との交流などを通して利用者との地域活動が組織的に実施されている。また、個々には散歩、買い物、清掃活動等が日常的に行われている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	①	b	c	職員の講師派遣、施設備品等の貸し出し、施設「ゆうゆう」の開放など地域に施設機能を提供している。また、地域に向けて広報誌(スマイル・3回/年)が発行されている。
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。	①	b	c	受け入れ担当者が決められ、基本姿勢が明確化されている。
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。	①	b	c	地域の福祉施設、保健、医療機関、関係機関、団体等の連携に必要な情報が収集され整理されている。職員会議や各委員会で説明されており、共有化の努力が行われている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	①	b	c	関係機関、団体等との定期的な連絡会やネットワーク化に取り組んでいる。
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。	①	b	c	地域の福祉ニーズは、生活支援ワーカーを中心として、関係機関・団体との連携に基づき具体的な把握に努めるとともに、相談事業を通じて福祉ニーズの把握にも努めている。
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。	①	b	c	把握された福祉ニーズは、グループホーム・ケアホーム、ショートステイ、障害者就業生活支援センター、雇用促進事業等として実施されている。また、中・長期計画や事業計画にも把握された福祉ニーズが反映されている。

### 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

		評価結果			判断の理由
Ⅲ-1-1 利用者を尊重する姿勢が明示されている。					
Ⅲ-1-1-1-① 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。	①	b	c	利用者尊重の精神が理念や基本方針に明示されている。組織的に利用者尊重、基本的人権、身体拘束、虐待防止等の勉強会・研修が月1回行われている。	
Ⅲ-1-1-1-② 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。	①	b	c	プライバシーに関する規程・マニュアルが整備され、マニュアルに沿ったサービスが提供されている。職員等にも周知され、スペースの確保面においても工夫がみられる。	
Ⅲ-1-2 利用者満足の上昇に努めている。					
Ⅲ-1-2-1-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	①	b	c	利用者満足度調査が定期的実施されている。利用者等へのアンケート、定例会、自治会、保護者会で聞き取りが行われている。	
Ⅲ-1-2-1-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	①	b	c	利用者満足度調査で把握された結果は、委員会等で検討され改善への取り組みが組織的に行われている。職員への共有も開催記録・議事録で確認できた。	
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-1-3-1-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	①	b	c	利用者に対して、いつでも自由に誰にでも相談できることを、わかりやすく説明した文書が掲示されている。ホームルームを始め、相談スペースも配慮されている。	
Ⅲ-1-3-1-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	①	b	c	苦情解決の体制が整備されており、文書もある。対応策についても、利用者や家族にフィードバックし個人情報に配慮しながら結果の公表がなされている。	
Ⅲ-1-3-1-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	①	b	c	利用者の意見に対して記録し、報告の作成、対応策の検討など、迅速に対応されている。不適報告書として福祉サービスの改善に反映し、保護者会での話し合い、利用者からの聞き取りの実施がなされている。	

#### Ⅲ-2 サービスの質の確保

		評価結果			判断の理由
Ⅲ-2-1 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。					
Ⅲ-2-1-1-① 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。	①	b	c	PDCAのサイクルの確立に努め、ケース会議を定期・随時に行っており、利用者ヒアリングからも評価を行う体制が整備され機能している。	
Ⅲ-2-1-1-② 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。	①	b	c	分析した結果やそれに基づく課題が文書化され、モニタリング・支援のまとめを定期的に行っており職員間で共有している。	
Ⅲ-2-1-1-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	①	b	c	評価結果から明確になった課題について、職員参画でケース会議を行い、支援目標の検討・見直し・意見交換など、改善計画を策定する仕組みがある。	
Ⅲ-2-2 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。					
Ⅲ-2-2-1-① 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。	①	b	c	個別指導計画に基づく個別指導計画作成手順書がある。利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を職員に周知徹底させるため研修が行われ、実施状況を確認する仕組みのあることも職員ヒアリングより明らかである。	
Ⅲ-2-2-1-② 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。	①	b	c	利用者満足度調査で確認し、それを年3回、職員会議・ケース会議で見直しをする仕組みが確立している。	

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。	④	b	c	利用者一人ひとりの個別支援記録が整備され、サービス実施計画に基づくサービスが実施されている。一定の観点より記録がなされ、職員による記録のばらつきもみられない。
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。	④	b	c	利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程があり、上司による確認もあり、パソコンにより管理され、管理体制は確立している。
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。	④	b	c	共有化については、知っておくべき情報が職員に正確に伝わる仕組みが確立している。職員会議での周知やパソコンによるネットワーク化、さらに連絡簿で補完し周知できている。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	評価結果	判断の理由		
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。	④	b	c	組織を紹介したホームページの開設・年3回広報誌スマイルの発刊・家庭訪問・実施する福祉サービスの内容を紹介した資料の掲示など、写真・図・絵入りなど、わかりやすいものを公開している。
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。	④	b	c	定例会やアンケート調査を行い、同意書の作成・説明・押印がなされている。他のサービスや施設での利用が望ましい時は、利用者家族の希望も聞き確実に引き継いでいる。
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。	④	b	c	口頭だけでなく書面でも伝え、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ書を定めている。十分理解できない人もいるが、地域生活への移行を目指し、利用者や家族への情報提供や支援を日常的に行っている。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	評価結果	判断の理由		
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。	④	b	c	アセスメントの様式がありファイリングされている。定期的な見直しの時期と手順を定めている。
Ⅲ-4-(1)-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。	④	b	c	利用者一人ひとりのニーズや課題が明示され、個別ファイルの作成ができている。
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。	④	b	c	関係職員の情報共有化がなされ、利用者意向把握と同意を含んだ手順を定め実施している。担任制度を実施し日常生活を支援する上での留意点なども具体的に明記している。
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。	④	b	c	サービスの実施計画の見直しは、利用者本位の視点に立って行われ、モニタリングも行われている。緊急に変更する場合の仕組みも整備されている。

## 福祉サービス第三者評価結果(障害者・児施設版)

### A-1. 利用者の尊重

		評価結果		判断の理由
A-1-(1) 利用者の尊重				
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	懇談時間を設定し、利用者のコミュニケーション能力を高めるためサービス実施計画や支援計画を策定し実行している。懇談時は普段使用している職員手作りのコミュニケーション用のカード等を使用せず、ゆっくり話しかけるか、ゼスチャー等で伝達し、利用者とのコミュニケーションを確保するための支援や工夫がなされている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ	b	c	利用者による自治会ないし利用者の会などがあり、自治会活動は担当職員を設けバックアップしている。グループホーム、ケアホームの利用者との交流活動もある。活動により職員配置が決められ、なお利用者が自主的にできるよう援助している。
A-1-(1)-③ 利用者が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	自力での生活が可能になるよう環境整備し、職員の対応や施設の整備は常に検討している。利用者が自力で行う日常生活の行為は、見守りの姿勢を保ちながらも必要な時は速やかに対応するという態勢をとり職員会議等で確認している。
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	Ⓐ	b	c	自己表現の技能や話し方について支援し個別支援計画に基づき実施している。施設外の社会資源についても情報が提供され、その為の学習・体験の機会も設けられている。毎月各クラブ活動・外出が計画され実施できている。

### A-2 日常生活支援

		評価結果		判断の理由
A-2-(1) 食事				
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	体調・好みにより食事形態を変えている。食事量の確認の必要な利用者もチェックし、体調や身体状況により必要に応じて個別の食事を用意できている。栄養士や生活担当者により食事形態・支援の方法が周知されている。
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	献立などの情報はあらかじめ利用者に提供されている。嗜好を把握する方法についてはアンケート調査や残滓調査をし、季節感のあるメニューづくりなど嗜好調査を参考に要望が反映されている。食堂には複数の調味料・香辛料が用意され、盛り付けや食器にも工夫がなされている。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	Ⓐ	b	c	食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、ある程度の時間帯で利用者が好きな時刻に食べられる体制があり、ゆうゆう喫茶ルームも調理教室の実施により使用している。調理担当者による会議が開かれ環境の整備がなされている。

A-2-(2) 入浴				
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。	①	b	c	毎日5ヶ所の浴室を利用し時間差で実施。入浴介助や支援・助言方法についてのマニュアルがある。障害程度や介助について時間設定や状況把握ができています。入浴チェック表も作成されている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	①	b	c	利用者の希望に添って毎日実施している。失禁や汗をかいた場合など必要に応じて入浴でき、時間帯も希望が受け入れられていることが、利用者ヒアリングからうかがえた。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	①	b	c	脱衣所の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状況に応じて調整でき、職員が気候に合わせて設定している。事故防止・プライバシーの保護及び快適性の確保がなされ検討体制も整備されている。
A-2-(3) 排泄				
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	①	b	c	排泄介助に際して利用者の健康状態や注意事項を守り、マニュアルも用意されている。ウォシュレットの活用やエアコン設備もあり、介助は快適に行われている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	①	b	c	清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応、清掃チェック表で確認されている。採光・照明も適切で清潔快適である。
A-2-(4) 衣服				
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。	①	b	c	衣類は利用者の意見で選択し、必要があれば相談に応じている。情報提供・買物支援にも対応している。
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。	①	b	c	ホームルーム時や入浴時に本人の意見を尊重し確認できている。汚れや破損が生じた場合も速やかに対応する手順が用意されている。
A-2-(5) 理容・美容				
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。	①	b	c	理容、美容に関する資料や情報を用意し利用者の希望に添って支援している。
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	①	b	c	地域の理髪店や美容院の利用については、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。また、美容師に施設に来てもらうなど工夫されている。
A-2-(6) 睡眠				
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	①	b	c	夜間の環境配慮と不眠の利用者へは医療機関と相談の上、医療措置を実施している。また、一時的に他の部屋を使用するなどの配慮ができています。TPOに合わせて寝具の調整をし、安眠できるように配慮している。

A-2-(7) 健康管理				
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	①	b	c	利用者の健康管理票が整備されマニュアルも用意されている。毎日バイタルチェックを2回実施し、週1回の血圧測定、体重測定、医師の往診が実施されている。健康を維持していくため様々な相談をはじめ、日常的に援助している。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	①	b	c	確保している医療機関とは常に連携を図り、利用者のヒアリングからも健康面に変調があったときは速やかに対応してくれることがうかがえる。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	①	b	c	薬物は医務室に保管・管理されており、看護師、支援員、担当医が連携し扱いは確実に行われている。薬物の管理についてのマニュアルがあり、使用状況の把握などもきちんと記録されていた。
A-2-(8) 余暇・レクリエーション				
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。	①	b	c	話し合いやアンケートで利用者の意向を把握し、定例会でも希望を聞いている。余暇やレクリエーションに関する情報の提供もわかりやすく、職員の側面からの援助もある。
A-2-(9) 外出・外泊				
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	①	b	c	定例会で希望を聞き状況を確認しながら実施している。必要な時は職員等が介助や支援をする体制が整っている。
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。	①	b	c	利用者やその家族とよく話し合っって担当職員が調整している。施設側の都合で決めず利用者や家族の立場に立って行われている。
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等				
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。	①	b	c	こづかい帳を活用し、職員が援助している。通帳や手持ち金は所定の場所に保管され、帳簿も整備されている。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	①	b	c	新聞や雑誌は個人で購入することができるよう支援しており、テレビ等の共同・個人利用も要望に応じてできている。
A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、タバコ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	①	b	c	酒・たばこの害について情報提供を行ったうえで利用者話し合い、意見や希望を尊重している。また、喫煙場所も設けている。