

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

(共通版)

◎ 評価機関

名 称	熊本県社協 福祉サービス評価センター
所 在 地	熊本市南千反畑町3-7
評価実施期間	23年7月20日～24年2月23日
評価調査者番号	① 第06-050号
	② 第06-052号
	③ 第06-058号
	④ 第10-002号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：救護施設真和館 (施設名)	種別：救護施設
代表者氏名：施設長 藤本和彦 (管理者)	開設年月日：平成18年4月28日
設置主体：社会福祉法人 致知会 経営主体：社会福祉法人 致知会	定員：50人 (利用人数)
所在地：〒861-2401 熊本県阿蘇郡西原村大字鳥子3072番地	
連絡先電話番号：096-279-1121	F A X 番号：096-279-1122
ホームページアドレス	http://shinwakan.sakura.ne.jp

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
身体や精神に障害があるために、日常生活を営むことが困難な要保護者を受け入れ、生活扶助を行う。 特に、精神障害者、アルコール依存症や統合失調症に力を入れた取り組みをしている。断酒の誓い、断酒会、AA (アルコール依存症の方の自助グループ)	四季の旅行、食事会、芝居見学、誕生会、花見学、ふれあい交流会、なかよし祭り、スポーツ大会、バーベキュー、カラオケ大会、創立記念文集、餅つき、初詣、還暦祝い、心みがきの講演会、心みがきの読書会他
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋14室とプライベートに配慮した2人部屋18室 ・全室にナースコールとフランスベッドを設置 ・各人専用の洗面設備と十分なトイレ数 (大便所23 小便所4)	図書室、学習室、相談室、面談室、事務室、介護職員室、医務室、静養室、宿直室、集会室、談話コーナー、霊安室、理髪コーナー、食堂 (4カ所)、浴室 (3カ所)、洗濯室 (洗濯機6台)、トイレ (大便所23カ所、小便所4カ所)、グラウンド

職員の配置						
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤	
施設長	1		社会福祉士	1		
事務員	1		精神保健福祉士	1		
指導員	3		介護福祉士	2		
介護職員	9		介護支援専門員	2		
介助員	1		社会福祉主事	3		
看護職員	2		訪問介護員 2 級	5		
栄養士	2		看護師	1		
調理員	3	2	准看護師	2		
警備員		2	救急救命士	1		
			管理栄養士	1		
			栄養士	2		
			調理師	1	1	
			保育士	1		
			幼稚園教諭	1		
合 計	22	4	合 計	24	1	

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

中・長期計画を策定し、現状の把握と課題の分析が十分に行われています。この計画には、人事・労務管理やサービスの質の向上などへの取組と施設の改修・増築に向けた中・長期的な資金計画も明文化されています。また、計画の定期的な見直しや年度ごとの事業計画への反映方法についてもくわしく明記されています。

監査法人による外部監査を実施し、監査報告書を広報紙とホームページに掲載されています。外部監査と福祉サービス第三者評価事業の受審を計画的に実施するなど、経営改善に対する積極的な姿勢がうかがえます。

管理者が、職員に対する個別面接を年 2 回実施し、職員の就業状況や意向の把握に努めています。育児休暇の取得や育児中の職員の勤務時間短縮など、職員の希望に合わせた個別の対応が行われており、精神保健福祉士の資格を持つ職員が、職員の悩みごとなどの相談に応じています。

また、防災計画をはじめ、水害や地震対応の指針、火災における消火活動に関するマニュアルを策定し、災害時の職員体制や対処方法などが定められています。備蓄品のリストに基づいて、食料品や飲み水などが備蓄されています。また、利用者による「自主防災組織」と職員による「自衛消防隊」を組織し、防災避難訓練が月 1 回実施されています。夜間を想定した訓練にも取組み、消防署の指導も年 2 回受けられています。

利用者の安全確保のために、「リスク管理委員会」を設置し、事故につながらなかった潜在的事例の要因分析や、対応策の検討を行うなど、利用者の安全管理についての取組が入念に行われています。

地域の方々に、アルコール依存症の予防や精神障がい者への理解を深めるため、地域のお祭り等のイベントでパネル展示などを行われています。また、精神障がい者、アルコール依存症、薬物依存症などの外部の方への相談に応じるなど、その支援に積極的に取組まれています。

利用者の嗜好調査を年3回実施し、利用者の代表者と栄養士が参加する「メニュー検討委員会」も月1回開催されています。旅行や行事の実施にあたっては、計画づくりの段階から利用者が参画されています。

対話集会が月1回開催されており、サービスに対する意見・要望を聞いたり、不満や苦情へ迅速に対応したりすることで、利用者満足度が高められています。サービスの提供方法や行事の企画などは、対話集会で管理者と利用者が話し合って決定するなど、利用者本位のサービス提供に積極的に取組まれています。

入浴やオムツ交換などの支援は、サービスごとのマニュアルに則って行われています。また、これらのマニュアルには、プライバシー保護の姿勢が明示されています。利用者への人権の尊重や配慮、プライバシー保護についての指針も策定されています。各種のマニュアルの改正が必要な場合には、担当職員が改正案を作成し、職員会議でその内容が検討されています。最新のマニュアルに基づく標準的なサービスの実施やプライバシー保護への取組は高く評価されます。

◆ 改善を求められる点

事業所が求める職員像が、「事業所運営に関する基本的な考え方と行動規範」に明示されています。

次期管理者の人材確保や精神保健福祉士、作業療法士などの有資格者の配置など必要な人材について、管理者としての考えをお持ちですが、ビジョンとして明文化されたものはありません。法人の目標達成と安定した事業所運営のためには、必要な人材の確保をはじめとした人員体制に関する具体的なプランを策定することが求められます。

ボランティア受入れの基本姿勢と手順がマニュアルとして明文化されており、ボランティア担当職員を配置するなど受入体制が整備されています。

今後より一層の取組として、利用者が地域の行事に参加したり、買い物や映画などで外出したりする際には、ボランティアの積極的な活用や地域の方々の協力が望まれます。また、ボランティアによるクラブ活動の指導や訪問だけでなく、食事介助や洗濯物のとり込みなど日常的なボランティアの受入れへの取組が期待されるところです。当村のボランティアセンターと連携した、ボランティアの募集や養成などをお薦めします。

現在のところ、個別のサービス内容に関する評価や製造業における品質管理の考え方を取り入れた、経営の効率化や業務の改善が行われていますが、ここで求められている事業所全体としての自己評価の実施には至っていません。今後は、第三者評価基準を準用したり、独自の評価基準を設けたりするなどして、事業所全体としての自己評価を実施し、継続的に課題の明確化と改善策の立案に取組むことが望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H24.2.15)

救護施設真和館は、平成18年4月にオープンしました。従いまして、入所者の処遇を始め、まだまだ、学ぶべきことが多い状況にあります。3年目に監査法人による外部監査を受け、6年目にしてやっとかねてからの念願であった第三者評価を受けることができました。

日頃の実態を見ていただくということで、大した準備もせず臨みましたが、思っていた以上の評価を頂き、これまでの路線が間違っていなかったと確認ができホッとしているところです。

第三者評価を受けたことで気づかされたことも多々あり、特に、人事関係、入所者処遇関係の一部について、大改革を実施しようと思動をはじめたところでもあります。3年後に予定している第三者評価時に、成果が上がったと評価いただけるよう頑張っていきたいと思えます。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 I</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<p>法人の基本理念が、「事業所運営に関する基本的な考え方と行動規範」に明文化されており、利用者を尊重した事業所運営のあり方がわかりやすく表現されています。基本理念は、広報紙や「入所者必携」にも掲載されています。</p> <p>事業所の運営方針と経営方針が、「事業所運営に関する基本的な考え方と行動規範」としてまとめられ明文化されています。また、職員の行動指針が、「職員の姿勢」や「行動基準」として文書に示されています。</p> <p>法人の理念や運営方針が記載された「事業所運営に関する基本的な考え方と行動規範」が全職員に配付されており、職員ミーティングの際に、理念や運営方針を唱和することで、職員の理解が深められています。理念や基本方針が職員に浸透していることが、職員の自己評価の結果からもうかがえました。</p> <p>利用開始の際に、「事業所運営に関する基本的な考え方と行動規範」を利用者に配付し、個別に説明されています。理念や基本方針は、「利用者必携」や広報紙、ホームページに掲載し、利用者等に周知されています。また、理念や基本方針の考え方をわかりやすく示した利用者向けの資料を作成し、月1回開催する利用者職員との対話集会において、その一部を全員で唱和されています。</p> <p>しかし、現在、家族会の設置がないことなどから、家族に説明する機会がやや不足していると思われます。今後の取組として、定期的に家族に説明する機会を設けたり、理念や基本方針を説明した資料を家族に送付するなどの対応をお勧めします。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>中・長期計画を策定し、現状の把握と課題の分析が十分に行われています。この計画には、人事・労務管理やサービスの質の向上などへの取組と施設の改修・増築に向けた中・長期的な資金計画も明文化されています。また、計画の定期的な見直しや年度ご</p>

<p>2 計画の策定</p>	<p>との事業計画への反映方法についてもきちんと明記されています。</p> <p>年度ごとの事業計画が、中・長期計画の内容を踏まえて策定されています。事業計画には、当該年度の事業方針をはじめ、事業所運営上の課題の改善やサービスの質の向上のための取組などがくわしく記載されています。</p> <p>事業計画に対する意見を徴するため、全職員へのアンケート調査が実施されています。また、各部署で作成された事業計画の素案を管理者がチェックし、幹部会議での検討を経て、法人の理事会に諮るなど事業計画の作成が組織的に行われており、申し分ありません。毎年度末には、計画の達成状況の評価も行い、その結果を次年度の事業計画に反映されています。</p> <p>今後の取組として、計画に数値目標を設定するなど、事業の実施状況を具体的に評価することのできる指標を設けられることをお勧めします。これにより、計画に対する進捗状況や実施状況の評価、計画の見直しを効果的に行うことが可能となります。</p> <p>事業計画書が職員に配付されており、その内容を、管理者や担当職員が職員会議で説明されています。また、事業計画は、全職員が事業所内のパソコンのネットワークシステムで閲覧できるようになっています。</p> <p>事業計画を利用者向けにわかりやすく解説した「年間支援計画」が作成されています。この計画書は、年度当初に全利用者に配付し、管理者が対話集会の際に、その内容を説明されています。</p> <p>事業計画と「年間支援計画」は、ホームページにも掲載し、利用者の家族や地域の方々などに周知されています。今後の取組として、定期的に家族に説明する機会を設けたり、事業計画について説明した資料を家族に送付することなどをお勧めします。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>事業所の管理規程や災害時の対応方針に、管理者の役割と責任が明記されています。また、中・長期計画には、組織体制の整備や職員の資質向上に関する管理者の意向が示されており、管理者の役割と責任に対する職員の理解が深められています。</p> <p>事業所開設の当初から、給与明細に管理者のメッセージが文書で添えられており、管理者の事業所運営などへの考え方が職員に伝えられています。広報紙にも、管理者のビジョンや自らの役割が表明されています。</p> <p>法令遵守については、「事業所運営に関する基本的な考え方と行動規範」に明記されています。職員会議で、担当部署の職員から遵守すべき法令等の説明が行われています。関係法令改正の際は、</p>

<p>3 管理者の責任と リーダーシップ</p>	<p>管理者がその内容を詳しく説明されています。</p> <p>関係行政からの通知等は、ファイル化し保管されています。救護事業所や生活保護法などに関する書籍や資料を職員に配付し、職員の自己研鑽を促すとともに、外部研修への参加も積極的に行われています。</p> <p>「利用者サービス向上委員会」などの活動を通して、サービス提供上の課題と改善策の検討やマニュアルの策定・見直しが行われています。「気づき報告書」による職員の提案をもとにサービスの改善を行なうなど、全職員でサービスの質の向上に取り組まれていることがうかがえます。</p> <p>製造業における品質管理の考え方を取り入れた経営の効率化や業務の改善が行われています。</p> <p>サービスの質の向上やリスク管理、職員の待遇改善などに、管理者自らが積極的に取り組み、職員への個別指導も行われています。</p>
<p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p>	<p>法人として、同業種の施設団体の役員や事務局を担っており、社会福祉事業の動向や救護施設を取り巻く環境を具体的に把握されています。中・長期計画には、事業所をとりまく環境や現状を踏まえた課題、今後の事業展開の方向性などがくわしく示されています。</p> <p>また、中・長期計画には、事業所の現状や問題点、改善すべき課題が明示されています。この課題を毎年度の事業計画に取り上げ、改善に向けた取組が積極的にすすめられています。</p> <p>製造業における品質管理の考え方を取り入れた経営の効率化や業務の改善が行われています。</p> <p>管理者や担当職員が、事業費や人件費などの推移を費目ごとに把握・分析されていますが、経営上の課題の解決には、管理者や幹部職員だけではなく、全職員が共通認識のもとで取り組むことが必要です。今後、より一層の取組として、経営改善会議など職員の検討の場を設定し、組織的に取組まれることをお薦めします。</p> <p>監査法人による外部監査を実施し、監査報告書が広報紙とホームページに掲載されています。外部監査と福祉サービス第三者評価事業の受審を計画的に実施するなど、経営改善に対する積極的な姿勢がうかがえます。</p>
<p>2 人材の確保・ 養成</p>	<p>事業所が求める職員像が、「事業所運営に関する基本的な考え方と行動規範」に明示されています。</p> <p>次期管理者の人材確保や精神保健福祉士、作業療法士などの有資格者の配置など必要な人材について、管理者としての考えをお持ちですが、ビジョンとして明文化されたものではありません。法人の目標達成と安定した事業所運営のためには、必要な人材の確</p>

<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>保をはじめとした人員体制に関する具体的なプランを策定することが求められます。</p> <p>職員の自己評価を年2回実施し、その結果に基づいて、管理者による個別面接が行われています。</p> <p>職員が専門資格を取得した際の特別昇給や報奨金の支給、資格手当の支給などが行われています。しかし、一定の基準に基づく人事考課制度の導入には至っていません。</p> <p>客観性や透明性を確保しながら職員の評価を適正に行うためにも、一定の基準に基づく人事考課制度の導入が望まれます。また、職員に対して、考課結果と今後の課題や目標を説明し、業務の効率化やサービスの質の向上に繋げていくことが大切です。</p> <p>管理者が、職員に対する個別面接を年2回実施し、職員の就業状況や意向の把握に努めています。育児休暇の取得や育児中の職員の勤務時間短縮など、職員の希望に合わせた個別の対応が行われており、精神保健福祉士の資格を持つ職員が、職員の悩みごとなどの相談に応じています。</p> <p>職員の研修計画には、職員に求められる能力や専門技術が明示されています。資格取得による特別昇給や資格手当の支給制度を創設するなど、職員の自己啓発を奨励されています。</p> <p>職員個別の研修参加実績が、一覧表として記録されており、この実績を踏まえて外部研修への参加が調整されていますが、職員に対する個別の教育・研修計画は策定されていません。</p> <p>個別の教育・研修計画は、法人の目標達成に必要な職員の育成のために必要なものです。職員育成の基本方針に基づき、職員一人ひとりの知識や技術水準を具体的に把握したうえで、職員個別の研修計画を策定されることをお薦めします。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>事故や感染症発生の際の対応、感染症の予防策などについてのマニュアルが策定されており、具体的な対応方法が記載されています。感染症の予防方法などについて、看護師が職員を指導しています。</p> <p>防災計画をはじめ、水害や地震対応の指針、火災における消火活動に関するマニュアルを策定し、災害時の職員体制や対処方法などが詳細に定められています。備蓄品のリストに基づいて、食料品や飲み水などが備蓄されています。</p> <p>また、利用者による「自主防災組織」と職員による「自衛消防隊」を組織し、防災避難訓練が月1回実施されています。夜間を想定した訓練にも取り組み、消防署の指導も年2回受けられています。</p> <p>利用者の安全確保のために、「リスク管理委員会」を設置し、事故につながらなかった潜在的事例の要因分析や、対応策の検討が</p>

<p>3 安全管理</p>	<p>行われています。</p> <p>事故報告書を作成し、職員ミーティングで事故の状況や対応方法などが報告されています。また、事故防止の対応策として、必要に応じてケース会議で検討するなど、利用者の安全管理についての取組が入念に行われています。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>地域の保育園児や保護者と利用者の交流会が、年1回開催されています。歌や茶道のボランティアとの交流も定期的に行われています。道路の清掃活動をはじめ、どんどや、スポーツ大会、お祭りなどの地域行事にも積極的に参加されています。また、地域行事などの情報が、事業所内の掲示板で利用者に周知されています。</p> <p>地域の方々に、アルコール依存症の予防や精神障がい者への理解を深めるため、地域のお祭り等のイベントでパネル展示などを行われています。また、精神障がい者、アルコール依存症、薬物依存症などの外部の方への相談に応じるなど、その支援に積極的に取組まれています。</p> <p>ボランティア受入れの基本姿勢と手順がマニュアルとして明文化されており、ボランティア担当職員を配置するなど受入体制が整備されています。</p> <p>今後より一層の取組として、利用者が地域の行事に参加したり、買い物や映画などで外出したりする際には、ボランティアの積極的な活用や地域の方々の協力が望まれます。また、ボランティアによるクラブ活動の指導や訪問だけでなく、食事介助や洗濯物のとり込みなど日常的なボランティアの受入れへの取組が期待されることです。当村のボランティアセンターと連携した、ボランティアの募集や養成などをお薦めします。</p> <p>医療ニーズの高い利用者が多いことから、病院との連携を強化し、病院スタッフとのケース会議が必要に応じて行われています。</p> <p>福祉事務所が実施する年2回の利用者との面談をはじめ、福祉事務所との連携を日頃から密にすることで、利用者に関する情報が共有化されています。</p> <p>事業の適正な運営とサービスの質の向上のためには、関係機関をはじめ地域の様々な団体等と連携を図ることが必要です。病院や関係機関との連携は行われていますので、今後は、社協や民生委員、地域の自治会などの団体と定期的な連絡会を開催するなど、ネットワークづくりに取組まれることをお薦めします。</p>
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>利用者の人権尊重については、「事業所運営に関する基本的な考え方と行動規範」に明記されています。利用者の人権への配慮やプライバシーの保護、個人の尊厳、自己決定の尊重などについての指針が策定されています。</p>

<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>「利用者人権擁護委員会」を設置し、利用者の尊重をはじめ、身体拘束や虐待防止についての検討が行われています。また、オムツ交換や衣服の着脱などに関するマニュアルには、カーテンの使用などプライバシー保護の方法が具体的に明記されています。</p> <p>指針やマニュアル策定の際には、職員アンケートでの意見聴取や、職員会議での検討が行われているため、職員の指針やマニュアルへの認識も高いことがうかがえます。</p> <p>利用者の嗜好調査を年3回実施し、利用者の代表者と栄養士が参加する「メニュー検討委員会」も月1回開催されています。旅行や行事の実施にあたっては、計画づくりの段階から利用者が参画されています。</p> <p>対話集会在月1回開催されており、サービスに対する意見・要望を聞いたり、不満や苦情へ迅速に対応したりすることで、利用者満足度が高められています。サービスの提供方法や行事の企画などは、対話集会で管理者と利用者が話し合っ決定するなど、利用者本位のサービス提供に積極的に取り組まれています。</p> <p>食事や行事の内容についても、利用者アンケートを実施し、意見箱も設置されています。</p> <p>利用者からの苦情の適切な解決に努めるため、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員が設置されています。「苦情解決委員会」を設置し、苦情の解決方法が検討されています。</p> <p>意見箱を設置し、匿名による苦情も受け付けており、苦情の受付方法や苦情の内容、苦情解決の結果は、掲示板で利用者に周知されています。苦情の内容と解決結果については、第三者委員と法人の理事にも報告されています。</p> <p>今後より一層の取組として、受け付けた全ての苦情の内容や苦情解決の結果を、広報紙やホームページに掲載し、利用者の家族や地域の方々などに公表されることをお勧めします。これにより、家族や地域との信頼関係がより高まるものと思われます。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>現在のところ、個別のサービス内容に関する評価や製造業における品質管理の考え方を取り入れた経営の効率化や業務の改善が行われていますが、ここで求められている事業所全体としての自己評価の実施には至っていません。今後は、第三者評価基準を準用したり、独自の評価基準を設けたりするなどして、事業所全体としての自己評価を実施し、継続的に課題の明確化と改善策の立案に取り組むことが望まれます。</p> <p>入浴やオムツ交換などの支援は、サービスごとのマニュアルに則って行われています。また、これらのマニュアルには、プライバシー保護の姿勢が明示されています。利用者への人権の尊重や</p>

<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>配慮、プライバシー保護についての指針も策定されています。</p> <p>サービスの標準化を図るために、介護技術の勉強会などが実施されています。また、対話集会における利用者の意見や職員の提案に基づいて、サービス内容の見直しが行われています。各種のマニュアルの改正が必要な場合には、担当職員が改正案を作成し、職員会議でその内容が検討されています。</p> <p>統一された様式により、日々のサービスの実施状況が記録されています。また、利用者の生活状況や具体的な援助の内容などの記録は、月ごとに整理されています。記録は、管理者がその内容を確認し、記入が不十分な場合には、記入方法の指導が行われています。</p> <p>今後より一層の取組として、職員間での記録のバラツキをなくすために、記録の記入例や記録に関するマニュアルの作成、記録についての研修の実施に取組まれることをお勧めします。</p> <p>利用者の状況やケース会議で決定した事項などは、事業所内のパソコンのネットワークシステムを活用して、情報の共有化が図られています。さらに、職員ミーティングやケース会議などにおいて、利用者の状況を伝達し合うなど、情報の共有化に努められています。</p>
<p>3 サービスの開始・継続</p>	<p>入所希望者の事業所見学を積極的に受入れ、パンフレットや「利用者必携」、事業所紹介のDVDなどを活用して、サービスの内容をわかりやすく説明されています。当事業所のホームページには、これらの資料のほか、事業所の概要やサービス内容がわかる情報が多数掲載されています。</p> <p>サービス提供開始の際は、わかりやすいパンフレットや「利用者必携」「年間支援計画」などの文書を利用者に配付し、担当職員が説明しています。また、サービス内容などが具体的に記載された、個別支援計画を職員が読み上げて説明し、書面による利用者の同意も得られています。</p> <p>事業所の変更の際に必要な書類が、一覧表に示されています。入退院の際の手順や準備物、引継ぎのポイントなどがマニュアルに示してあります。</p> <p>地域での生活に移行する利用者への支援として、行政への届出やアパートの賃貸借契約などの必要な手続きを職員が代行し、サービス終了後も利用者や家族からの相談を受付けるなど、必要な助言が行われています。しかし、地域生活への移行などによって、サービスを終了する際の相談方法等については、口頭での説明に留まっている状況です。</p> <p>今後の取組として、相談方法や相談の担当者等を記載した文書を作成し、利用者や家族に渡されることをお勧めします。</p>

4 サービス実施計画の策定	<p>担当職員が、利用者のニーズに基づいて作成したアセスメント票は、介護、看護、栄養の専門的な視点から職員会議で検討されています。同様の手順で、アセスメントの内容が、年1回見直されています。</p> <p>また、アセスメントの結果に基づいて担当職員が作成した個別支援計画についても、職員会議において検討されています。検討後は、福祉事務所の意見やかかりつけ医の所見を得るなどして、計画の客観性の担保に努められています。</p> <p>サービス内容などが具体的に記載された個別支援計画を、職員が利用者に読み上げて説明し、書面による利用者の同意も得られています。また、利用者にわかりやすい表現による日々の目標を設定し、個別支援計画への理解が深められています。</p> <p>個別支援計画の評価・見直しが、年2回行われています。評価・見直しの際には、利用者本人の意向や意見を担当職員が直接聴取して、見直し案を作成し、職員会議での検討を経て決定されています。</p> <p>病状の急変などによって、早急に計画の変更が必要な場合は、ケース会議が迅速に開かれ、計画の見直しが行われています。</p>
---------------	--

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人		
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人	20人	
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

評価細目の第三者評価結果 【 共通版 】

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、基本方針が確立されている。		
	I-1- (1) -① 理念が明文化されている。	Ⓐ・b・c
	I-1- (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c
I-1- (2) 理念、基本方針が周知されている。		
	I-1- (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
	I-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

I-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-2- (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 中・長期計画が策定されている。	Ⓐ・b・c
	I-2- (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
I-2- (2) 事業計画が適切に策定されている。		
	I-2- (2) -① 事業計画の策定が組織的に行われている。	Ⓐ・b・c
	I-2- (2) -② 事業計画が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
	I-2- (2) -③ 事業計画が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3- (1) 管理者の責任が明確にされている。		
	I-3- (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
	I-3- (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。	Ⓐ・b・c
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取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
	I-3- (2) -② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1- (1) 経営環境の変化等に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。	Ⓐ・b・c
	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組を行っている。	Ⓐ・b・c
	Ⅱ-1- (1) -③ 外部監査が実施されている。	Ⓐ・b・c

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
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。	a・ (b) ・c
	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。	a・ (b) ・c
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。	(a) ・b・c
	II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	(a) ・b・c
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。	(a) ・b・c
	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組が行われている。	a・ (b) ・c
	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。	a・ (b) ・c
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・ (c)

II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
	II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	(a) ・b・c
	II-3-(2)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	(a) ・b・c
	II-3-(1)-③ 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。	(a) ・b・c

II-4 地域との交流と連携

		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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	(a) ・b・c
	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a) ・b・c
	II-4-(1)-③ ボランティア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) ・b・c
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。	(a) ・b・c
	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a) ・b・c
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 地域の福祉ニーズを把握している。	(a) ・b・c
	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。	a・ (b) ・c

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。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ－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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に務めている。		
	Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	Ⓐ・b・c
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 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ－１－（３）－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。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ－１－（３）－③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	Ⓐ・b・c

Ⅲ－２ サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
	Ⅲ－２－（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。	a Ⓑ・c
	Ⅲ－２－（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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a Ⓑ・c
Ⅲ－２－（２） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	Ⅲ－２－（２）－① 提供する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。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ－２－（２）－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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c

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。	Ⓐ・b・c

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象Ⅰ～Ⅲ)	45	7	1
合 計	45	7	1