

# 福祉サービス第三者評価結果

## ①第三者評価機関名

名 称	社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会
訪問調査実施日	平成20年 2月 29日

## ②事業者情報

名 称	ひのみね療護園	種 別	身体障害者療護施設
代表者氏名	橋本 俊顕	定員(利用人数)	50名(49名)
所在地	徳島県小松島市中田町字新開4番1	TEL	0885-32-0903

## ③総評

### ◇特に評価の高い点

○施設長をはじめ、全職員が施設運営の基本理念のもとに、利用者への熱い思いと医療、看護、リハビリテーションの総合的で多様なサービス提供と取り組みが体系的に推進され高く評価される。  
○施設の理念は玄関、職員室の各所掲示板に掲示され、始業時には各部署で唱和するなど、職員への周知は適切に行われている。広報誌やパンフレットにも掲載され、地域社会に向けて発信し、相互理解と積極的な取り組みが行われている。  
○利用者による自治会があり、自主的な活動を認めており、自立に向けた改善に取り組んでいる。また意見や要望等も施設長を含めた中で定期的に協議し、改善に結び付けている。  
○利用者本位のサービス提供に心がけ、個々の目標と計画が策定され積極的に展開されている。また施設は病院機能を兼ね備えており生命の維持を優先し、利用者の思いや気持ちを大切にし、日常生活や支援全般に配慮されたよりよいサービスが提供されている。

### ◇改善を求められる点

○理念や基本方針は確立されているが、法改正による展望とその後の取り組みが明確にされていないため、中・長期ビジョンや計画が利用者ニーズや職員参画のもとに作成されていない。また、評価や見直しについても組織的に行われておらず、職員の参画と主体性がうかがえる一連の流れを整備していただきたい。  
○組織体制の中で、職員の人材育成や研修計画は策定されているが、施設全体としては不十分である。具体的なプランと、個別の職員に対する教育や研修のあり方について再検討が望まれる。  
○総合療育センターという大きな枠の中で各施設は主体性のある運営を実施されているものの、利用者や地域のニーズに基づき、さらに、地域性や独自カラーを十分に表出され、事業所の運営管理、サービスの充実、地域交流等の発展に尽力いただきたい。

## ④福祉サービス第三者評価結果に対する事業者のコメント

○利用者の思いや気持ちを大切にしたいより良いサービスが提供されているとの総評をいただき、日頃職員が丸となって力を入れて取り組んでいることが評価され、光栄に思っています。  
○児童福祉法の改正や障害者自立支援法の見直しが行われており、施設を取り巻く環境が大きく変化しているなかにあっては長期的な展望を立て難いが、重要な地域資源であるとの認識のもと、しっかりと取り組んでいきたい。  
○今回の評価を生かし、至らない点や十分でないところを改善するなどをして、ご利用の皆様方の幸せと障害福祉医療のさらなる向上を図るために、一層取り組んでいきたい。

## ⑤評価細目の福祉サービス第三者評価結果(別添)

# 福祉サービス第三者評価結果

○評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

## I 福祉サービスの基本方針と組織

a	4	b	5	c	3
---	---	---	---	---	---

1. 理念や基本方針については総合療育センターとしての基本理念、サービスの提供の明文化が図られ、施設運営の目標を明確にされている。全職員に対し、周知徹底した取り組みが行われている。  
 2. 中・長期計画については法改正が進められている最中にあるため、展望が見いだされていないために策定できない状況である。目指す方向は示しているものの職員や利用者等への説明は十分とは言えない。  
 3. 管理者の責任とリーダーシップについては施設の役割や機能を明確にし、現場の状況やサービスのあり方を明確にするとともに課題や解決、また業務の効率化と改善に向け果敢に取り組まれている。

### ○理念・基本方針

人命と人権を尊重した理念を明文化し、広報誌やパンフレットに記載されている。	a
理念、基本方針等を記載した冊子を作成し、利用者や職員に関する基本的な内容が明確に記載されている。	a
冊子を全職員に配布し、始業時には各部署で唱和を行い周知できている。	a
利用者の状況により、周知のあり方に難点があるが周知方法の工夫や家族会への資料提供や説明が望まれる。	b

### ○計画の策定

法改正と制度改革に伴っての展望を検討されているものの、現時点では目標が確立されていない。	c
基本となる目標が定められていないため、事業計画においても中・長期計画は策定されていない。	c
各計画の策定はニーズの反映や職員参画のもとでの取り組みが十分行われていない。	b
目指すべき方向は全職員に書面で示し、機会あるごとに管理者から伝えている。しかし職員や利用者・家族への周知が十分に図られていない。	c

### ○管理者の責任とリーダーシップ

方針等を書面化し、年度当初には全員に配布している。課長会も月1回は開き、年5回程度は全職員対象の勉強会も実施しているが十分ではない。	b
遵守すべき法令等については、職員にも周知を図り意欲的に参加させて幅広く把握に努めているが具体的ではない。	b
質の向上と課題については定期的に評価や分析がされており、職員研修やその他の会議等にも積極的に参画されている。	a
業務の効率化と改善に向けた取り組みは各文書等で確認できる。人事、労務、財務面の状況分析を行っているが十分でない。	b

II 組織の運営管理

a | 9 | b | 12 | c | 0

1. 経営状況の把握については、地域福祉の動向やサービス内容の情報を収集し、経営面、人事面、利用者処遇等は適切に行われている。監査は公認会計士を含む複数の機関による外部監査が実施され適切である。
2. 人材の確保については具体的なプラン等が整備されていないし、人事考課も明確な方向性は不十分であり、導入も考えているがまだ具体性がない。職員の就業関係では人事に関する申告制度もあり、個別的な面接も実施されている。職員の研修や教育については策定されている。福利厚生は株式会社ベネフィットと提携され職員の利用もある。
3. 安全管理については事故、感染症、災害時の対応についての安全確保体制やマニュアルが作成され、整備されている。
4. 地域との交流と連携については基本的な考え方と必要性を認識し、連携と交流が意欲的に保たれ、社会資源として専門的な技術や情報等を地域に還元され好評を得ている。

○経営状況の把握

- 福祉事業全体の動向やニーズの情報は関係機関との連携により収集を行っているが、中・長期事業計画に反映させるための取り組みも期待したい。 b
- 経営上の課題や分析を継続的に実施し、職員にも周知しているが改善に向けた取り組みや計画が明確でない。 b
- 公認会計士を含む日赤本社、支部等の外部監査が実施されている。 a

○人材の確保・育成

- 専門療法の取得や長期研修など必要な人材育成は実施しているが、具体的なプランは確立されていない。 b
- 職員処遇については配慮されているが人事考課は実施されていない。次年度導入予定であり期待したい。 b
- 就業状況の把握と人事に関する自己申告制度もあり、個別面接をし、確認されている。 a
- 職員処遇の充実という観点から株式会社ベネフィットと提携し、積極的に取り組んでいる。 a
- 教育委員会を設置し、年間計画を立て基本姿勢も明示し、体制を確立しているが施設全体としては不十分である。 b
- 組織体制の中で職員の教育、研修計画が策定されて実施されているが一人ひとりについての計画とレベルアップに努められたい。 b
- 個別の報告レポート、研修成果についての評価と見直しを十分に行い、次の研修計画に反映が求められる。 b
- 実習の受け入れ体制と効果を上げるためのマニュアルや基本姿勢などが、明文化がされている。 a
- 実習の効果を上げる工夫がされ、プログラムも整備されている。諸学校の受け入れや育成については積極的である。 a

○安全管理

- 安全確保の体制は整備されており、マニュアルも整備し、知識や技術取得のため医師も交え、訓練を実施する等、細心の取り組みをしている。 a
- インシデント、アクシデントの記録簿があり、なぜ発生したか、どう対処したか検証と分析を行っている。 a

○地域との交流と連携

- 地域との関わりについての基本的な考え方と必要性を認識し、行事についてのチラシの作成、情報収集を行う等援助体制も整っている。 a
- 専門的な技術や情報を提供し、地域住民の生活に役立つ研修会や講演会を開催して、施設の持つ機能を地域に還元されたい。 b
- ボランティア受け入れ体制など明文化し、サポーターとしての研修や実習を実施した人を登録してもらい、受け入れているが、現在は機能していないので今後は工夫されたい。 b
- 関係機関や団体に対し、役割や機能が社会資源として連携が明示されている。職員会議等で説明し、情報の共有化を図られたい。 b
- 関係機関や団体との連携については、定期的な連絡協議会の開催と具体的な取り組みが望まれる。 b
- 各関係機関や団体、社会福祉協議会、民生委員との連携により福祉ニーズの把握に努めている。 b
- 地域からの福祉ニーズに基づいたショートステイを積極的に展開されている。 a

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

a | 19 | b | 3 | c | 0

1. 利用者の尊重、プライバシーの保護に対して、職員研修を実施、全職員に周知徹底しており、利用者や家族の満足の向上を意図した取り組みや、意見を述べやすい環境を整備してサービスの提供に取り組んでいる。意見や要望などがあれば、サービス改善委員会などで検討を行い、迅速に対応、改善、報告の体制があり機能している。
2. サービスの質については、全体、部署、各職員、それぞれが課題目標を定め評価をしながら実施している。個別に対しては、多職種委員による標準ケア委員会において標準となる実施方法を作成し、個々の状況に基づいた綿密な実施計画が策定されており、記録、評価、見直し、管理など多職種の視点を活かし、責任と連携が確実に行われている。
3. 改善点としては、サービス利用にあたり実情にあった重要事項説明書の改善作成と、設備面との関連が大きい。個々のプライバシーの保護に対する工夫が望まれる。

#### ○利用者本位の福祉サービス

- 一人ひとりを尊重し個別の基本方針を掲げ、関係スタッフ全員で共通の理解を持ちサービスに努めている。 a
- 規程・マニュアルなどを整備し職員にも周知しているが、個々へのハード面での対応に一部工夫を期待する。 b
- 利用者の代表(自治会)と施設長、看護師長との対話ができる機会がある。また、担当職員と個々との話し合いが定期的に行える体制づくりができています。 a
- 部分的には満足度調査を行っており、利用者が満足するサービスの提供に努めている。 a
- 利用者や家族の相談や意見を聞き、サービス改善向上委員会にて検討されている。また、意見箱も設置され仕組みや環境が整っている。 a
- 苦情解決の体制を整備し、内・外部の相談窓口を玄関や利用説明書にも表示され機能している。 a
- マニュアルに沿って対応しており、内容など考慮の上公表している。 a

#### ○サービスの質の確保

- 日本赤十字社の社会福祉施設自己評価を実施しており、今回においても全職員での取り組みの体制ができています。 a
- 部分的には課題を明確にしているが全体的な面が十分でない。 b
- 課題に対して各委員会や部署で検討をし、計画を立て実施している。 a
- 標準的な実施計画を基本に、個々のサービスケアの計画を作成し取り組んでいる。 a
- 標準実施計画は、定期的に見直しを行い個々の計画に反映している。 a
- 記録のとり方に工夫をし、一人ひとりの実施状況や生活状態が記録、整備されている。 a
- 規程を定め、各部署で管理体制を確立し、個人情報保護、守秘義務など全職員に周知している。 a
- 記録やケア会議、引継ぎのシステムなどにより関係職員に伝わる仕組みができています。 a

#### ○サービスの開始・継続

- パンフレットを作成し、市町村窓口など公共の場所に置いている。見学など積極的に受け入れている。 a
- 利用にあたり重要事項等の説明を行って同意も得ているが、実情に合わせて修正が望まれる。 b
- 利用開始からの支援経過をまとめたサマリー等、移行時の引き継ぎ書等の記録があり、移行先等への情報提供を行うことにより、サービスの継続性に細かい配慮ができています。 a

#### ○サービス実施計画の策定

- 利用開始時に身体、生活、行動、将来など一人ひとりの様式に従って把握され実施されている。 a
- 医療、生活行動など場面ごとの具体的な課題を書面や写真などで表示している。 a
- 関わるスタッフの意見をまとめ、家族の意向も聞き策定されている。 a
- 決められた期間や状況の変化時など、一人ひとりに合わせた評価・見直しができている。 a

A 個別サービスについて

a	21	b	5	c	0
---	----	---	---	---	---

1. 利用者による自治会があり「自治会憲章」も作られている。施設長、看護師長も会議に参加するなどして見守っている。自治会主催でする行事の計画やポスター作りをしている。
2. パソコンが使える人が10人おり、ホームページを作成し、インターネットで外部に発信したり、パソコンの講師や講演をする人もいる。在宅障害者と協力して名刺作りをするなど就労意欲の強い利用者もいる。
3. 趣味の会（陶芸、コーラス、手芸、園芸、生け花、絵画）がある。素晴らしい絵画が施設の壁面を飾っている。利用者の希望や能力を伸ばすように、その支援にボランティアを導入している。
4. 壁面の展示物やお知らせは、車いすでも読みやすい位置に掲示されている。
5. 「自治会」を通じて意見を出したり、ミニ面接を設定し、直接意見を聞き取るようにしている。人としての権利、「意見表明」、「自己決定」、「自己実現」の場が保障されている。

○利用者の尊重

- 意思の伝達に制限のある人には、日常生活の中でサインを決める等により思いを伝えている。パソコンの使用が出来る人は、メールで意思交換をしている。 a
- 自治会があり「自治会憲章」がある。自治会長、副会長は利用者がなり、施設長、看護師長も参加し、利用者が主体的に日課や年間行事への意見や要望を出し、決定し、実施することを見守っている。 a
- 自分で出来ることを尊重し、見守りながら、能力に応じて自主的に活動することを基本としているが、支援が必要な利用者が多いので不十分な点がある。 b
- ICFの考えのもと、「何が出来るか」を把握し、利用者の生きる力、伸びる意志を尊重している。 a

○日常生活支援

- NST委員会（栄養サポートチーム）を作り、利用者の要望を聞き、身体状況に合わせた食事を用意し、肥満や褥瘡についても検討している。 a
- 管理栄養士が食事場面を見たり、利用者の希望を聞いて献立を作成し、季節感を出したり、楽しく食事できるように工夫している。 a
- 行事の時には季節感のある飾り付けをするなど楽しい雰囲気の中で食事ができるよう工夫しているが、支援の必要な利用者が多く食事時間に余裕を持たせることが難しい。 b
- 障害程度を把握し、入浴機械を使用して痛みのないように工夫をしたり、室温にも配慮しながら介助している。 a
- 入浴日は週2回に設定しているが、利用者の希望や必要に応じて、入浴が出来るようにしている。 b
- プライバシーに配慮し、カーテンで仕切るか扉を閉めるように職員の行動基準に明記している。転倒予防の手すり、滑り止めマットを用意し、快適な入浴ができるように室温調節もできるようにしている。着替えの衣類は、整理されて室内は、清潔にしている。 a
- ハード面で少し狭いが、利用者が車椅子で使用できるように、手すり、ウォシュレットの設備がある。プライバシーに配慮するよう職員の行動基準に明記している。 a
- トイレで使用する物品が整備されており、掃除が行き届いて尿臭もない。快適さを保ち、自力で使用できるように工夫されている。 a
- 利用者の好みを大切に、外出時の服装、購入する衣類は、利用者の意思で選ぶように見守っている。 a
- 利用者自身が管理することを基準にしている。破損や汚れはすぐ処理し、適切な支援ができています。 a
- 意思表示の難しい利用者は、家族の意向に添っているが、利用者の好みによるカット、毛染めを認めている。 a
- 施設内で外部委託の美容師にしてもらったり、外出した時に利用者の意思で好みのスタイルにしている。 a
- 寝付けない時には、利用者の話をよく聞いたり、アロマを入れて足浴をしたり、マッサージをして安定してもらうようにし、別室の用意もしている。眠剤を利用している人もいます。 a
- 利用者の健康状態は詳細に把握し、その推移や処置の記録も適切で、職員間で共有している。 a
- 施設自体が診療所の機能があり、緊急の時には、迅速、適切な対応ができる。そのマニュアルもある。 a
- 利用者の詳細な健康記録と共に薬の効能や副作用もファイルされており、適切に処理し職員間で共有されている。 a
- 自治会が、利用者の意見を聞いて行事を企画立案し、実施している。職員は具体化できるよう見守っている。しかし、個別の具体的な要望に対する支援が不十分である。 b
- 地域の社会資源の情報を利用者へ提供し、介助者と外出できるよう支援しているが、個別対応が不十分である。 b
- 利用者や家族の意向を汲み、家族が迎えに来れば外泊できる。 a
- 金銭管理は利用者が管理、出納することを基本にしているが、できない利用者は、規程によって預かっている。 a
- 新聞、雑誌の購入は自由にできる。 a
- 飲酒は、行事の時や目的別外出（ホテル、ピアガーデン）で適度に楽しめている。煙草は、本数を決めて、自己管理し、所定の場所で喫煙できる。 a

## 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) 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	人命と人権を尊重した理念を明文化し、広報誌やパンフレットに記載されている。
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	理念、基本方針等を記載した冊子を作成し、利用者や職員に関する基本的な内容が明確に記載されている。
I-1-(2) 理念や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	冊子を全職員に配布し、始業時には各部署で唱和を行い周知できている。
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	Ⓑ	c	利用者の状況により、周知のあり方に難点があるが周知方法の工夫や家族会への資料提供や説明が望まれる。

#### I-2 計画の策定

		評価結果			判断の理由
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。	a	-	Ⓒ	法改正と制度改革に伴っての展望を検討されてはいるものの、現時点では目標が確立されていない。
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。	a	-	Ⓒ	基本となる目標が定められていないため、事業計画においても中・長期計画は策定されていない。
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。					
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	a	Ⓑ	c	各計画の策定はニーズの反映や職員参画のもとでの取り組みが十分行われていない。
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者に周知されている。	a	b	Ⓒ	目指すべき方向は全職員に書面で示し、機会あるごとに管理者から伝えている。しかし職員や利用者・家族への周知が十分に図られていない。

#### 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) 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。	a	Ⓑ	c	方針等を書面化し、年度当初には全員に配布している。課長会も月1回は開き、年5回程度は全職員対象の勉強会も実施しているが十分ではない。
I-3-(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。	a	Ⓑ	c	遵守すべき法令等については、職員にも周知を図り意欲的に参加させて幅広く把握に努めているが具体的ではない。
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。	Ⓐ	b	c	質の向上と課題については定期的に評価や分析がされており、職員研修やその他の会議等にも積極的に参画されている。

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。	a	ⓑ	c	業務の効率化と改善に向けた取り組みは各文書等で確認できる。人事、労務、財務面の状況分析を行っているが十分でない。
--	---	---	---	--

## 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。	a	ⓑ	c	福祉事業全体の動向やニーズの情報は関係機関との連携により収集を行っているが、中・長期事業計画に反映させるための取り組みも期待したい。
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。	a	ⓑ	c	経営上の課題や分析を継続的に実施し、職員にも周知しているが改善に向けた取り組みや計画が明確でない。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	ⓐ	b	c	公認会計士を含む日赤本社、支部等の外部監査が実施されている。

### 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。	a	ⓑ	c	専門療法の取得や長期研修など必要な人材育成は実施しているが、具体的なプランは確立されていない。
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	ⓑ	c	職員処遇については配慮されているが人事考課は実施されていない。次年度導入予定であり期待したい。
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。	ⓐ	b	c	就業状況の把握と人事に関する自己申告制度もあり、個別面接をし、確認されている。
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	ⓐ	b	c	職員処遇の充実という観点から株式会社ベネフィットと提携し、積極的に取り組んでいる。
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	ⓑ	c	教育委員会を設置し、年間計画を立て基本姿勢も明示し、体制を確立しているが施設全体としては不十分である。
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。	a	ⓑ	c	組織体制の中で職員の教育、研修計画が策定されて実施されているが一人ひとりについての計画とレベルアップに努められたい。
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	ⓑ	c	個別の報告レポート、研修成果についての評価と見直しを十分に行い、次の研修計画に反映が求められる。
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。	ⓐ	b	c	実習の受け入れ体制と効果を上げるためのマニュアルや基本姿勢などが、明文化がされている。
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。	ⓐ	b	c	実習の効果を上げる工夫がされ、プログラムも整備されている。諸学校の受け入れや育成については積極的である。

## 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	安全確保の体制は整備されており、マニュアルも整備し、知識や技術取得のため医師も交え、訓練を実施する等、細心の取り組みをしている。	
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	インシデント、アクシデントの記録簿があり、なぜ発生したか、どう対処したか検証と分析を行っている。	

## 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	地域との関わりについての基本的な考え方と必要性を認識し、行事についてのチラシの作成、情報収集を行う等援助体制も整っている。	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	①	c	専門的な技術や情報を提供し、地域住民の生活に役立つ研修会や講演会を開催して、施設の持つ機能を地域に還元されたい。	
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。	a	①	c	ボランティア受け入れ体制など明文化し、サポーターとしての研修や実習を実施した人を登録してもらい、受け入れているが、現在は機能していないので今後は工夫されたい。	
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	①	c	関係機関や団体に対し、役割や機能が社会資源として連携が明示されている。職員会議等で説明し、情報の共有化を図られたい。	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	①	c	関係機関や団体との連携については、定期的な連絡協議会の開催と具体的な取り組みが望まれる。	
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。	a	①	c	各関係機関や団体、社会福祉協議会、民生委員との連携により福祉ニーズの把握に努めている。	
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	地域からの福祉ニーズに基づいたショートステイを積極的に展開されている。	

## 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 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	一人ひとりを尊重し個別の基本方針を掲げ、関係スタッフ全員で共通の理解を持ちサービスに努めている。	
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。	a	①	c	規程・マニュアルなどを整備し職員にも周知しているが、個々へのハード面での対応に一部工夫を期待する。	
III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。					
III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	①	b	c	利用者の代表(自治会)と施設長、看護師長との対話ができる機会がある。また、担当職員と個々との話し合いが定期的に行える体制づくりができています。	
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	①	b	c	部分的には満足度調査を行っており、利用者が満足するサービスの提供に努めている。	



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。	①	b	c	利用者や家族の相談や意見を聞き、サービス改善向上委員会で検討されている。また、意見箱も設置され仕組みや環境が整っている。
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。	①	b	c	苦情解決の体制を整備し、内・外部の相談窓口を玄関や利用説明書にも表示され機能している。
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。	①	b	c	マニュアルに沿って対応しており、内容など考慮の上公表もしている。

### 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 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	日本赤十字社の社会福祉施設自己評価を実施しており、今回においても全職員での取り組みの体制ができている。
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ている。	a	②	c	部分的には課題を明確にしているが全体的な面が十分でない。
Ⅲ-2-(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	課題に対して各委員会や部署で検討をし、計画を立て実施している。
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 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	標準的な実施計画を基本に、個々のサービスケアの計画を作成し取り組んでいる。
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。	①	b	c	標準実施計画は、定期的に必ず見直しを行い個々の計画に反映している。
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。	①	b	c	記録のとり方に工夫をし、一人ひとりの実施状況や生活状態が記録、整備されている。
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。	①	b	c	規程を定め、各部署で管理体制を確立し、個人情報保護、守秘義務など全職員に周知している。
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。	①	b	c	記録やケア会議、引継ぎのシステムなどにより関係職員に伝わる仕組みができている。

### 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。	①	b	c	パンフレットを作成し、市町村窓口など公共の場所に置いている。見学など積極的に受け入れている。
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。	a	②	c	利用にあたり重要事項等の説明を行って同意も得ているが、実情に合わせ修正が望まれる。
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。	①	b	c	利用開始からの支援経過をまとめたサマリー等、移行時の引き継ぎ書等の記録があり、移行先等への情報提供を行うことにより、サービスの継続性に細かい配慮ができている。

		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。	①	b	c	利用開始時に身体、生活、行動、将来など一人ひとりの様式に従って把握され実施されている。
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。	①	b	c	医療、生活行動など場面ごとの具体的な課題を書面や写真などで表示している。
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。	①	b	c	関わるスタッフの意見をまとめ、家族の意向も聞き策定されている。
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。	①	b	c	決められた期間や状況の変化時など、一人ひとりに合わせた評価・見直しができている。

## 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	意思の伝達に制限のある人には、日常生活の中でサインを決める等により思いを伝えている。パソコンの使用が出来る人は、メールで意思交換をしている。
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ	b	c	自治会があり「自治会憲章」がある。自治会長、副会長は利用者になり、施設長、看護師長も参加し、利用者が主体的に日課や年間行事への意見や要望を出し、決定し、実施することを見守っている。
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。	a	Ⓑ	c	自分で出来ることを尊重し、見守りながら、能力に応じて自主的に活動することを基本としているが、支援が必要な利用者が多いので不十分な点がある。
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	ICFの考えのもと、「何ができるか」を把握し、利用者の生きる力、伸びる意志を尊重している。

### 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	NST委員会(栄養サポートチーム)を作り、利用者の要望を聞き、身体状況に合わせた食事を用意し、肥満や褥瘡についても検討している。
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	管理栄養士が食事場面を見たり、利用者の希望を聞いて献立を作成し、季節感を出したり、楽しく食事のできるように工夫している。
A-2-(1)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	Ⓑ	c	行事の時には季節感のある飾り付けをするなど楽しい雰囲気できちんと食事ができるよう工夫しているが、支援が必要な利用者が多く食事時間に余裕を持たせることが難しい。
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。	Ⓐ	b	c	障害程度を把握し、入浴機械を使用して痛みのないように工夫をしたり、室温にも配慮しながら介助している。
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	Ⓑ	c	入浴日は週2回に設定しているが、利用者の希望や必要に応じて、入浴が出来るようにしている。
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	Ⓐ	-	c	プライバシーに配慮し、カーテンで仕切るか扉を閉めるように職員の行動基準に明記している。転倒予防の手すり、滑り止めマットを用意し、快適な入浴ができるように室温調節もできるようにしている。着替えの衣類は、整理されて室内は、清潔にしている。
A-2-(3) 排泄					
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ	-	c	ハード面で少し狭いが、利用者が車椅子で使用できるように、手すり、ウォシュレットの設備がある。プライバシーに配慮するよう職員の行動基準に明記している。
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	Ⓐ	-	c	トイレで使用する物品が整備されており、掃除が行き届いて尿臭もない。快適さを保ち、自力で使用できるように工夫されている。
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。	Ⓐ	b	c	利用者の好みを大切にし、外出時の服装、購入する衣類は、利用者の意思で選ぶように見守っている。
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。	Ⓐ	b	c	利用者自身が管理することを基準にしている。破損や汚れはすぐ処理し、適切な支援ができています。

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	意思表示の難しい利用者は、家族の意向に添っているが、利用者の好みによるカット、毛染めを認めている。
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	-	c	施設内で外部委託の美容師にしてもらったり、外出した時に利用者の意思で好みのスタイルにしている。
A-2-(6) 睡眠				
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	①	-	c	寝付けない時には、利用者の話をよく聞いたり、アロマを入れて足浴をしたり、マッサージをして安定してもらうようにし、別室の用意もしている。眠剤を利用している人もいる。
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	-	c	利用者の健康状態は詳細に把握し、その推移や処置の記録も適切で、職員間で共有している。
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	施設自体が診療所の機能があり、緊急の時には、迅速、適切な対応ができる。そのマニュアルもある。
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	-	c	利用者の詳細な健康記録と共に薬の効能や副作用もファイルされており、適切に処理し職員間で共有されている。
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。	a	①	c	自治会が、利用者の意見を聞いて行事を企画立案し、実施している。職員は具体化できるよう見守っている。しかし、個別の具体的な要望に対する支援が不十分である。
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。	a	①	c	地域の社会資源の情報を利用者に提供し、介助者と外出できるよう支援しているが、個別対応が不十分である。
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	利用者や家族の意向を汲み、家族が迎えに来れば外泊できる。
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	金銭管理は利用者が管理、出納することを基本にしているが、できない利用者は、規程によって預かっている。
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	-	c	新聞、雑誌の購入は自由にできる。
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	-	c	飲酒は、行事の時や目的別外出(ホテル、ビアガーデン)で適度に楽しめている。煙草は、本数を決めて、自己管理し、所定の場所で喫煙できる。