

共通評価項目(45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 | | |
|---|---|---------|
| | (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | 第三者評価結果 |
| | ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | a |
| <p>(特に評価が高い点・改善が求められる点)</p> <p><特に評価が高い点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「経営理念」「経営方針」が明文化され、「経営理念」「経営方針」「今月の目標」等を記載した資料を毎月職員へ配布し、毎朝のミーティング時に読み合わせしている。 ・家族に対しては、「経営理念」「経営方針」を記載した年度事業計画(要約版)を作成し、年度初めの親の会総会時に配布し説明するとともに、欠席者には年度事業計画(要約版)を送付している。 ・利用者に対しては、個人ごとに障がいの程度等にあわせ、絵や行事の写真等を使い「経営理念」「経営方針」を分かり易くその都度説明している。 <p><改善が求められる点></p> | | |
| I-2 経営状況の把握 | | |
| | (1) 経営状況の変化等に適切に対応している。 | 第三者評価結果 |
| | ① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | a |
| | ② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | a |
| <p>(特に評価が高い点・改善が求められる点)</p> <p><特に評価が高い点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての経営状況の把握・分析に加え、施設としての経営状況の把握・分析を的確に行っている。 ・併設している相談支援事業所が、会津全域から在宅障がい者に関する相談を受け、ニーズを把握すると共に支援困難ケースへの対応に関する助言を行っている。 ・短期入所者数の増加に伴い職員を増員し、利用者の支援体制を強化している。 ・地域生活移行の準備をしている利用者のため、グループホームの増設を次年度に向け検討している。 <p><改善が求められる点></p> | | |
| I-3 事業計画の策定 | | |
| | (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | 第三者評価結果 |
| | ① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | a |
| | ② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | a |
| | (2) 事業計画が適切に策定されている。 | 第三者評価結果 |
| | ① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | b |
| | ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | b |
| <p>(特に評価が高い点・改善が求められる点)</p> <p><特に評価が高い点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として中長期計画(実施期間:前期:平成25年度～29年度、後期:平成30年度～34年度、中長期計画収支シュミレーション)が策定されており、その計画を踏まえた施設としての単年度事業計画を策定している。また、平成26年度からは独自にボランティアサポーター登録をすすめ、特に利用者の外出支援を推進している。 ・サービス会議やサービス支援委員会等各種委員会にて事業内容の評価を行い、次年度に向けた改善等が話し合われている。 <p><改善が求められる点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス会議やサービス支援委員会等各種委員会で話し合われた内容を事業計画へ具体的に反映し、見直した内容や新規・重点的に実施する内容を明確にわかりやすく記載してほしい。 ・絵や写真等を活用し、利用者や家族等へ事業計画をわかりやすく説明するさらなる工夫が望まれる。 | | |
| I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | | |
| | (1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | 第三者評価結果 |
| | ① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | a |

| | | |
|---|--|---|
| | ② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | a |
| <p>(特に評価が高い点・改善が求められる点)</p> <p><特に評価が高い点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福島県の第三者評価基準を使用し、全職員が自己評価を実施し、評価結果について、分析、検討を行い、サービスの質の向上に施設全体で取り組んでいる。 ・法人が委嘱している外部モニターが随時、施設を訪問し気が付いた点について提言し、施設はそれに基づき、達成予定時期を明確にした改善計画を作成して取り組んでいる。 <p><改善が求められる点></p> | | |

II 組織の運営管理

| | | |
|---|---|---------|
| II-1 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。 | 第三者評価結果 |
| | ① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | a |
| | 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 |
| | (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | 第三者評価結果 |
| | ① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 | a |
| | ② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 | a |
| <p>(特に評価が高い点・改善が求められる点)</p> <p><特に評価が高い点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成26年度4月の職員会議時に「法人・施設の理念」、「基本方針」及び「当年度の重点事項(職員育成を重点的に推進すること)」を職員へ周知徹底した。職員へ周知すべき内容は、資料配布・回覧しリーダー的職員が職員ミーティング等で説明している。 ・年2回(7月・11月)人事考課表の項目で職員が自己チェックを行った後に施設長が全職員と面談をし、資質向上に向けた助言を行っている。 ・ショートステイの利用率が上がった状況を受け、平成26年1月から職員1人を平成26年4月からさらに職員1人を増員するなどの対応を行っていることは評価できる。 <p><改善が求められる点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・遵守すべき法令等を理解する取り組みは、法人本部からの通知以外にも、労務管理や防災に関する研修会等へ参加するなどしてより一層、積極的な取り組みが望まれる。 | | |
| II-2 福祉人材の確保・育成 | | |
| | (1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | 第三者評価結果 |
| | ① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | b |
| | ② 総合的な人事管理が行われている。 | b |
| | (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | 第三者評価結果 |
| | ① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 | b |
| | (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | 第三者評価結果 |
| | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | b |
| | ② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | b |
| | ③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | b |
| | (4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | 第三者評価結果 |
| | ① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a |
| <p>(特に評価が高い点・改善が求められる点)</p> <p><特に評価が高い点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人が策定した人事考課実施要領に基づき、年1回人事考課を行い目標管理や育成を行う仕組み | | |

ができています。

- ・全ての職員に研修機会が与えられ、専門職として育成していく取り組みがなされている。
- ・実習生等の教育・育成に関して専門職への育成の基本姿勢を明確にした上でプログラムやマニュアルを作成し、積極的に実習生等の受け入れに取り組んでいる。

<改善が求められる点>

- ・「期待する職員像」を明確にせず年1回人事考課を実施しているため、どのような職員になればいいのか不明確なまま個人ごとの課題・目標が設定されている。今後は平成26年4月に作成したキャリアパス構築のイメージをもとに「期待する職員像」を明確にした上で人事考課を行ってほしい。
- ・人事考課を効果的に活用し、職員が受講したい研修や施設が職員に期待する技術・知識等を話し合いをし、個人ごとの研修計画を策定し、計画的な職員育成に努めてほしい。
- ・夏季休暇取得率が77.6%であり、かつ年次有給休暇取得率が23.3%と低いため、取得率を高める取り組みを積極的に行ってほしい。

II-3 運営の透明性の確保

| | |
|------------------------------------|---------|
| (1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | 第三者評価結果 |
| ① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | b |
| ② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | a |

(特に評価が高い点・改善が求められる点)

<特に評価が高い点>

- ・会計面に関しては法人として公認会計士が外部監査を行っている。
- ・施設運営や事業・サービス実施状況に関しては、法人が委嘱した外部モニター1人が年1回訪問し、気がついたことを指摘し、施設は改善計画をたて改善に取り組んでいる。

<改善が求められる点>

- ・広報誌には施設の理念・方針が記載されていないので、わかりやすい表現で毎回記載してほしい。
- ・事業内容、サービス実施状況、改善した内容等を広く知っていただく上で広報誌は有効な方法であるため、発行回数を年2回から年4回以上に増やし、家族や地域に向けて積極的に情報提供が望ましい。

II-4 地域との交流、地域貢献

| | |
|--|---------|
| (1) 地域の関係が適切に確保されている。 | 第三者評価結果 |
| ① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | b |
| ② ボランティア等の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。 | b |
| (2) 関係機関との連携が確保されている。 | 第三者評価結果 |
| ① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | a |
| (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | 第三者評価結果 |
| ① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | b |
| ② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | a |

(特に評価が高い点・改善が求められる点)

<特に評価が高い点>

- ・会津障がい保健福祉圏域連絡会(年2回)を開催する中でグループホーム増設等の課題解決を行っているほか、町内の就労継続B型事業所へ通所する利用者があり、関係機関等との十分な連携を図っている。
- ・地域の福祉ニーズに基づき実施している短期入所は専用床4床とも全てほぼ毎日利用され、日中一時支援事業へは1日7人程度が来所しており利用率が高く、地域貢献に関わる事業活動を積極的に実施している。
- ・猪苗代養護学校の生徒の送迎のため、体育館や図書室を開放しており地域住民の福祉ニーズに応えている。

<改善が求められる点>

- ・利用者と地域との交流を広げる取り組みについては、施設内及び地域の行事に和太鼓の会を中心に参加している。今後は、より積極的に地域行事(文化祭等)へ参加しながら施設で進めているボランティアサポーター登録者を増やし、利用者の要望に多い「外出」支援の強化が望まれる。

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

| | |
|---|---------|
| (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | 第三者評価結果 |
| ① 利用者を尊重した福祉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 |
| ② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | b |
| (2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。 | 第三者評価結果 |
| ① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | b |
| ② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。 | b |
| ③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | a |
| (3) 利用者満足の向上に努めている。 | 第三者評価結果 |
| ① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | b |
| (4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | 第三者評価結果 |
| ① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | a |
| ② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | a |
| ③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | a |
| (5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。 | 第三者評価結果 |
| ① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | b |
| ② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | a |
| ③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 | b |

(特に評価が高い点・改善が求められる点)

<特に評価が高い点>

- ・家族懇談会では職員は入らず苦情解決委員と家族での小グループ制で意見交換を行うなど、苦情解決の体制が整備されている。
- ・約7割の利用者が参加しているワイワイ会(利用者が意見を述べる場)を月1回各棟で実施し、意見や要望を出しやすい環境づくりを心がけている。
- ・施設の消防計画に基づき火災・地震・磐梯山噴火を想定したそれぞれの対応手順が作成されており、その手順に基づき火災・地震・磐梯山噴火及び日中・夜間を想定した避難訓練を組み合わせ毎月1回実施している。訓練後には、反省点等をまとめ次回の訓練時に役立てている。

<改善が求められる点>

- ・プライバシー保護や虐待防止に関する権利擁護、リスクマネジメント等の周知を全職員へ図っているが、十分に理解されていない。今後は内部研修会や事案発生時の対応策を明示するなど職員の資質向上に向けた取り組みが望まれる。
- ・避難訓練では、避難完了に要する時間を想定した上で実施し、さらに、想定以上の時間がかかった場合等は、要因を分析し次の訓練に活かしてほしい。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | |
|---|---------|
| (1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。 | 第三者評価結果 |
| ① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | a |
| 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 |
| (2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。 | 第三者評価結果 |
| ① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービスの実施計画を適切に策定している。 | b |
| ② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | b |
| (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | 第三者評価結果 |

| | |
|---|---|
| ① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有されている。 | b |
| ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a |
| <p>(特に評価が高い点・改善が求められる点)</p> <p><特に評価が高い点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・文書管理規定に基づき記録が管理されており、文書の取り扱いは全職員に周知徹底されている。 ・サービスの実施マニュアルが全職員に配布され、実施方法が周知され支援が提供されている。 <p><改善を要する点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス実施計画の見直しに当たっては、モニタリングした内容がサービス実施計画に適確に反映されていない部分が見受けられたため、モニタリングした結果をもとに福祉サービス実施計画の策定に取り組んでほしい。 ・決められた手順に沿ってモニタリング実施し見直しを行っているが、評価分析した記録の文章を簡潔明瞭に記載してほしい。 ・利用者の支援経過記録が月毎にまとめられているが、職員間で共有できるように例えば箇条書きにするなど、ポイントを押さえた文章表記が望ましい。 | |