

○評価細目の第三者評価結果

<評価結果:共通項目編(障がい者・児)>

I 福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

共通1

(1) 理念・基本方針が確立されている	評価結果	判断理由等
① 理念が明文化されている	a・b・c	法人としての理念、障がい者支援施設としての社会的責務等を踏まえた理念が明文化され、その理念に基づき管理職と職員が利用者支援に取り組んでいる。理念は、職員規則集や事業計画などにも明示されている。
② 理念に基づく基本方針が明文化されている	a・b・c	理念に基づく経営方針としての4項目(人格・人権・命を守る、自立した経営、事業団の使命、地域福祉の推進)が明文化され、これらを基に「利用者への姿勢、地域との関わり方、法人経営に対する姿勢・使命」等が具体的に示されている。
(2) 理念や基本方針が周知されている	評価結果	判断理由等
① 理念や基本方針が職員に周知されている	a・b・c	法人の理念が掲載されている職員規則集は、職員に配布するだけではなく、職員室や各居住棟の職員控室に備えられ、常時、職員が閲覧できるようになっている。また、施設の基本方針は、その年度の事業計画と共に職員に配布するなどの手段で周知が図られている。
② 理念や基本方針が利用者等に周知されている	a・b・c	ホームページへの掲載と併せて、ルビをつけた文書を玄関前や廊下へ掲示している。また、入所時の説明などを通して利用者等に対し、理念や基本方針を周知している。今後は、利用者の家族会や広報誌などを活用し、より一層周知する必要がある。

2 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	評価結果	判断理由等
① 中・長期計画が策定されている	a・b・c	施設では平成22年12月に中・長期的な「運営計画(案)」を作成し、法人全体の作業グループにおいて検討されていたが、震災・原発事故によりその作業が一年間中断され、ようやく本年11月下旬に法人の案が明示される予定である。従って、現時点では法人の承認を得たものとはなっていないので十分であると判断できない。
② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	a・b・c	施設では、中・長期計画を踏まえた事業計画を策定する必要性を十分認識しているが、現時点において中・長期計画が法人の承認を得たものとはなっていないので、法人の作業の進捗状況を見極めながら施設の事業計画に反映させる予定となっている。

(2) 事業計画が適切に策定されている	評価結果	判断理由等
① 事業計画の策定が組織的に行われている	a・b・c	事業計画は、全職員が所属する各種委員会や各居住棟より出された意見を年度末にまとめたうえで、会議等で検討している。会議等では、当該年度の事業内容を評価し、次年度の事業計画へ反映する話し合いがなされている。
② 事業計画が職員に周知されている	a・b・c	毎年度の事業計画は、全職員に配布され周知が図られている。異動あるいは新採用の職員に対しては、計画と併せて必要な業務マニュアルを配布・周知し、業務の連続性と標準化を保つようにしている。
③ 事業計画が利用者等に周知されている	a・b・c	利用者の障害特性から、事業計画の理解については困難性を伴うことも少なくないが、絵文字を含む書面や言葉による働きかけなどの工夫に一層の努力を期待したい。また、近年の自己実現をめぐる福祉実践の動向に沿い、利用者による自治会の設置に向けた働きかけをして欲しい。

3 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	評価結果	判断理由等
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・b・c	事務分掌を全職員に配布し、管理者としての果たすべき役割や責務を明らかにしている。また、管理者として特に知らせたいことがある場合には、施設の広報誌(年1回発行)や家族通信(月1回発行)を活用して記事を寄せたりするなどしている。
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	a・b・c	県内で開催される研修会や会議、また法令の制定や改正等の説明会などには積極的に参加して必要な情報を収集している。施設の全体会議や内部研修の場を活用してそれらを説明・報告し、大切な資料については随時配布している。
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている	評価結果	判断理由等
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	a・b・c	管理者は、全体会議やスタッフ会議の場を通じて、障害者自立支援法の新体系移行に伴うサービスや記録のあり方などの変更すべき点を具体的に提示し、質の向上に向けた方策や職員の意識改革に努めている。
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	a・b・c	管理者は、施設の収支状況について、随時資料を基に会議等で職員に情報を提供している。また、法人の他施設で導入した業務ソフトを平成23年9月より導入し、とりわけ事務や記録などの業務の効率化と情報の一元化・共有化を図っている。

II 組織の運営管理

1 経営状況の把握

共通3

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している	評価結果	判断理由等
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	地域自立支援協議会に参画しながら、施設周辺の地域特性や福祉ニーズに対応した施設経営や障害者福祉制度の動向等について意見を交換するなど、法人傘下の施設としてその役割や機能を発揮できるように努めている。
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	①・b・c	施設収支状況を職員会議等で公表し、職員一人ひとりが日々の業務にコスト意識を持つことの必要性について周知を図っている。また、年度末に事業の総括を行うことで次年度事業計画に反映させる仕組みが会議録や文書等で確認された。
③ 外部監査が実施されている	a・①・c	法人全体として公認会計士による経営状況の指導は受けているが、施設本体に対する外部監査は実施されていないため、今後の検討課題としていただきたい。

2 人材の確保・養成

(1) 人事管理の体制が整備されている	評価結果	判断理由等
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	社会福祉士、介護福祉士等の有資格者の配置を心がけており、資格を取得するために勤務の義務免除制度等が実施されている。また、法人全体としても人事異動や昇任などの方針を示し必要な人員体制を明確にしている。
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	人事考課実施要領が策定され、職員が作成した業務目標・課題をもとに、対話を重視した一次評価と二次評価などを行う時期や手順が確立している。職員の理解度も高く、職務遂行と能力発揮につながっている。
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている	評価結果	判断理由等
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	年次有給休暇や時間外勤務など職員の就業状況が適切に管理され、ノー残業デイの取り組みも行われている。職員の意見を取り入れ、夏期休暇の取得期間を拡大するなどの対応も行われ、職場全体に休暇を取りにくい雰囲気はないと判断できる。
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	①・b・c	職員は福利厚生センター及び法人の職員共助会に加入しており、それに加えて、施設単位の親睦会が組織化されている。

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている	評価結果	
① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	Ⓐ・b・c	法人全体の職員研修計画を毎年度立案しており、職員が体系的に研修を受講できることが示されている。併せて、職員が資格を取得するための支援策(職務義務免除など)が講じられ、職員間にも浸透している。
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	個々の職員の研修履歴が管理されており、法人全体の研修計画を遂行するにあたっての基礎資料となっている。しかし、職員一人ひとりの研修ニーズを把握したうえでの個別研修計画の策定までには至っていない。
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	様々な研修を受講した職員は、復命書を作成して自らの学びを振り返るとともに、職員会議等で報告する機会を作っている。しかし、定期的に研修の成果を評価する仕組みが確立されているとは言い難いため、今後の評価・見直しの体制づくりに期待したい。
(4) 実習生の受け入れが適切に行われている	評価結果	判断理由等
① 実習生の受け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	Ⓐ・b・c	広域的な役割を担う法人の性格上、実習生の受入は積極的に行っており、その受入方針やプログラムが確立されている。また、実習期間中に実習生が振り返りを行う機会を設け、実習担当者と円滑なコミュニケーションが図られるよう配慮している。

3 安全管理

(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている	評価結果	判断理由等
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	Ⓐ・b・c	法人としてのリスクマネジメント実施要綱があり、施設長をトップとする各部門の職員によるリスクマネジメント委員会が設置され、施設長が指名したリスクマネージャーが中心となり定例会や臨時の会議が開催されている。また外部にリスクアドバイザーを配し、利用者の安全確保体制の一層の強化に努めている。
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	Ⓐ・b・c	緊急時・災害時の連絡網及び役割分担表を整備し、その体系図が全職員に配布されるとともに、事務室及び各棟の職員室にも掲示されている。また、「勤務時間外に発生した地震・災害に対する職員行動マニュアル」を施設独自に策定している。更に、総合訓練を年2回、昼・夜間の部分訓練を年10回実施している。
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	Ⓐ・b・c	リスクマネジメント委員会において、ヒヤリハット体験報告の原因分析を毎月実施し、事故予防策を検討するとともに、事故を未然に防止するための生活環境面の整備にも力を注いでいる。また、一部の利用者に対しては行動特性を基に個別対応マニュアルを設定するなど、きめ細かな対応を行っている。

(1) 地域との関係が適切に確保されている	評価結果	判断理由等
① 利用者と地域との関わりを大切にしている	a・b・c	地域の多様な行事に積極的に参加し交流を深め、地域の一員としての役割や自覚を促すように支援をしている。また、施設が行う年一度の花火・盆踊り大会は地域住民に支えられた行事として、また利用者と住民の交流の場として定着しており、利用者と住民の心の拠り所となっている。
② 施設が有する機能を地域に還元している	a・b・c	施設が管理運営する体育館やグラウンド等の設備やそれらに付随する用具等を地域・住民の要望に応じて開放・貸し出し等を行なっている。特に、手話教室やフットサルはこれまで継続して行われ、住民の交流の場としても定着したものとなっている。
③ ボランティア受入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	法人の「ボランティア(体験学習)の心得」に基づき受け入れを行っているほか、施設においても事務分掌で2名の担当職員を定め、受け入れ体制を整えている。現在、毎月の定期ボランティアや夏の盆踊り大会における光南高校生のボランティアが定着している。今年12月には近くのスーパーからの社員の受け入れを予定している。
(2) 関係機関との連携が確保されている	評価結果	判断理由等
① 必要な社会資源を明確にしている	a・b・c	各職員に必要な関係機関・団体の連絡先は個別的に把握しているものの、全体として体系化したリストを作成しているわけではない。今後は、職員間の情報共有も含め、必要な社会資源が誰でも分かるような取り組みをしてほしい。
② 関係機関等との連携が適切に行われている	a・b・c	従来から、近隣市町村との障がい者関連施設とネットワークを構築し、様々な情報交換を通じて連携を深めている。震災により一時中断していたものの、現在再開し継続的な活動が展開されている。
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている	評価結果	判断理由等
① 地域の福祉ニーズを把握している	a・b・c	身体障害者のショートステイ受け入れなど地域からのニーズに対しては可能な限り対応してきたが、地域のニーズを積極的に掘り起こして対応するまでには至っていない。地域に根付く施設としてソーシャルキャピタル(社会的ネットワーク)の機能を発揮させることが望まれる。
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	ショートステイや日中一時支援事業など、地域が求めるニーズに対して具体的かつ積極的に取り組んでいる。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス

共通6

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている	評価結果	判断理由等
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	a・b・c	法人の理念や施設の基本方針に、利用者の意思尊重や権利擁護に関する文言が明示されており、ミーティング等の機会を利用して全員で唱和し共通理解を図っている。特に、身体拘束・虐待防止に関しては、研修等を通じて職員に周知するよう努めている。
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・b・c	職員倫理綱領の中にはプライバシー保護に関する内容が明文化されており、排泄や入浴、着脱等の手順を示した介護マニュアルにはプライバシーに配慮することが明記されている。また、年1回は必ず施設長の管理のもと自己チェックを行うこととなっており、行動規範の徹底に努めている。
(2) 利用者満足の向上に努めている	評価結果	判断理由等
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	a・b・c	毎月、居住棟ごとに利用者と職員が話し合う機会を作り、要望や疑問に対して解決できるよう取り組む仕組みがある。また、サービス評価委員会において家族に対する意向調査を行い、サービスの向上に努めている。
(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている	評価結果	判断理由等
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	a・b・c	毎月第3土曜日に「お客様との話し合い」の場が設定され、施設と利用者が一緒に生活の場を作り上げる取り組みが行われている。今後は、利用者による自治会の組織化をサポートするなどして、利用者がより意見を述べやすい環境整備に努めて欲しい。
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	a・b・c	苦情解決のための要綱を策定し、苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員が決められており、解決の手順も明文化されている。また、第三者委員との連絡会議をする機会を作り、要望・苦情に関わる者同士の情報の共有化が図られている。
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している	a・b・c	要綱に示された手順に従い、受け付けた苦情から想定される要因を探り、対応した結果について整理・記録している。また、苦情解決の状況は定期的に理事会・第三者委員等に報告されている。

(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている	評価結果	判断理由等
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・b・c	外部モニター調査員が委嘱され、毎年、施設単体のサービス評価を行う仕組みがある。また、今年度は、第三者評価基準に基づき全職員が自己評価を行い、その検証をサービス評価委員会で行った。今回の第三者評価受審を契機として、自己評価・外部評価が継続されていくことを期待したい。
② 評価の結果に基づき組織として取組むべき課題を明確にし、改善策・改善計画を立て実施している	a・b・c	サービス評価委員会において、自己評価の結果を分析したうえで、改善策が立案されている。改善を実施した結果については、サービス改善報告書として記録化されている。
(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	評価結果	判断理由等
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	a・b・c	法人作成の介護マニュアルに基づき、支援過程及び支援手順を示している。マニュアルは全職員に配布されており、配属が変わっても混乱させないよう研修等にも工夫を凝らしている。
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	a・b・c	個別支援計画は、ケース記録のモニタリング(1か月ごと)及び定期の評価見直し(6か月ごと)または利用者の変化に応じた随時の見直しが行われている。これに加え、入所支援会議や居住棟別ミーティングで得られる情報に基づいた計画の見直しも行われている。
(3) サービス実施の記録が適切に行われている	評価結果	判断理由等
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	a・b・c	個別記録が入力できる業務ソフトを活用し、職員間でも情報が共有されるなど効率化が図られている。利用者の処遇記録は、菜園班活動日誌・居住棟業務日誌・看護日誌等の記録を基に作成されている。
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している	a・b・c	利用者に関する記録は、過去5年分も含め一括して専用ロッカーに保存され、また電子データとしても施設のサーバー内に保管されている。それらは管理規則に基づいて取り扱いされている。
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	a・b・c	前述の業務ソフトを活用していることが、職員間で情報を共有する効果を生み出している。利用者の事故やヒヤリハット報告については、その日のうちに情報回覧を行って、その都度対応するように努めている。

3 サービスの開始・継続

共通8

(1) サービス提供の開始が適切に行われている	評価結果	判断理由等
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	ホームページ上でサービス内容がわかるようになっており、施設のパンフレットでも必要な情報が希望者に提供できる内容である。利用者や家族からの問い合わせや施設見学にも常に応じることができる体制が構築されている。
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	①・b・c	サービスの利用を始める方に対しては、契約書及重要事項説明書を基に説明が行われている。説明を受けた利用者や家族は、サービス内容を確認したうえで同意書に署名、捺印している。
(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている	評価結果	判断理由等
① 施設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	この2～3年間の家庭退所者数は3名であり、現在も1名が家庭退所を予定している。家庭退所の利用者には関係機関との調整や連携も視野に入れ、退所後支援としての家庭訪問等が実施されている。

4 サービス実施計画の策定

(1) 利用者のアセスメントが行われている	評価結果	判断理由等
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	アセスメントをするための様式が統一されており、関係者から情報を集めるなどその手順も定められている。観察による詳細の情報を収集するために、アセスメント項目によっては、入所後1か月を目途にした作成も行っている。
(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている	評価結果	判断理由等
① サービス実施計画を適切に策定している	①・b・c	個別支援計画は、サービス管理責任者や看護師、栄養士等で構成するケア会議(個別支援会議)において作成されている。この計画は、本人に解りやすい表現にして伝える工夫がなされ、本人の同意を得た計画書となっている。
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	個別支援計画は、ケース記録のモニタリング(1か月ごと)及び定期の支援目標モニタリング(6か月ごと)において見直しが行われている。これらに関する記録を利用者の個別記録から確認することができた。