

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

② 施設・事業所情報

名称：浜北学苑	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：渡辺 貴則	定員（利用人数）： 60名	
所在地：浜松市浜北区於呂 4201-6		
TEL：053-583-1129	ホームページ： http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/handicap/hamakita/index.html	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和 58 年 4 月 1 日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 天竜厚生会		
職員数	常勤職員： 15名	非常勤職員： 6名
専門職員	（専門職の名称）	
	看護師： 0.9名	管理栄養士： 1名
	准看護師： 1名	作業療法士： 0.1名
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）

③ 理念・基本方針

(1) 理念(法人)

九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ1匹の行方訪ねん

(2) 基本方針(施設)

ご利用者の自立支援を推進します。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

(1) 生活困窮者就労訓練事業への対応(受け入れ実績あり)。

(2) 作業・訓練活動の実施。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 5 月 31 日（契約日） ～ 令和 2 年 3 月 18 日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	2 回（平成 26 年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・前年度の施設自己評価結果から、今年度は、課題等から4つのテーマのワーキンググループを新規設置し、全職員が各グループに所属し、改善に繋がる取組みをしています。
- ・前年度の施設自己評価・利用者満足度調査や虐待セルフチェックリスト等の評価・分析との集計・分析から、福祉サービスの質に関する施設の課題の対策として、職員は4つのワーキンググループを立ち上げました。
- ・利用者懇談会の開催に関して、少人数制とし開催頻度をあげることでより多くの意見が引き出されるよう工夫を行い、一定の効果があがっています。
- ・新設したワーキンググループの活動により、日中活動の選択肢が増えることで、利用者の個々の要望に応えることが可能となり、成果があがっています。

◇改善を求められる点

- ・「期待する職員像」は「私たちの法人天竜厚生会」に明記されており、2019年度より人事考課にも反映される仕組みとなっています。また、ISOの規程に基づき目標と判断基準を設定し、上半期・年間（下半期）で確認・評価をしていますが、目標は職員一人ひとりの設定ではなく、職種ごとになっています。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受審しましたが、準備に要する時間は想定以上でした。ただ、評価基準に挙げられた一つひとつの項目について深く踏み込んで考えることは普段はなかなかできないことであり、業務の振り返りやサービスの質の向上に繋がる有意義な機会となりました。また、受審したことによる気づきや改善事項をご利用者に還元することが第一ですし、高評価を頂いた項目については、自分たちの提供するサービス内容に対する自信に繋げるなど、上手く活用していきたいと考えております。

今回の受審をして終わりではなく、ここからがスタートであり、次回受審に向けてサービスの質の向上・業務改善を進めていきたいと思っております。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態

c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

障害者・児福祉サービス版共通評価基準

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・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人と施設の理念、基本方針は同一であり、法人と施設の事業計画書と、法人のホームページで見ることができます。ISOの基準に基づき、理念・基本方針は施設の目指す方向を具体的に表し、職員会議やレポート提出で周知を図り、研修記録の提出により一人ずつの周知度を確認しています。家族に対しては、毎年度初めの「家族の集い」で、利用者には行事報告会で事業計画の内容をパワーポイントとルビ付きの掲示物として周知を図っています。</p>		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業全体については福祉新聞、経営協ニュース等の購読と身障協各種会議により動向を把握し、浜松市社会福祉施設協議会等への参加や、浜松市の障害者計画等の数値を参考に、法人で担当の課が動向と分析をしています。内容は関係各課で協議され、施設内でも情報共有と意見交換をするほか、毎月、法人本部に利用者推移、利用率等を報告し、法人本部で分析、コメントされたものをもとに施設で対策の会議を開いています。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年、施設は経営環境やサービスの各データを作成し、現状分析と課題や問題点を明確にしています。経営状況については経営企画課が中心になり、経営戦略会議、執行責任者会議にて協議されます。各データは毎月レポートとコメントをつけ法人の担当各課に報告、協議され、施設では返却される資料を基にして、課題については施設内の各会議で周知し、対応策の検討・具体的な取組みをしています。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>IS09001に基づき、品質マネジメントシステムで具体的な行動計画を立てています。収支計画については、支出一覧表で物品と修繕等でスパンと金額を分けて計画の上、課題の変化を確認し、前年度資料と比較し、具体的な改善に向けた見直しをしています。中・長期計画から毎年、職種毎に目標設定(品質目標)を行い、半期に一度、各職員からの自己評価表を集計し、施設全体の達成度の評価を数値化して確認しています。</p>		
5	I-3-(1)-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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>IS09001で法人は中・長期計画に品質目標として4つ示し、法人の障害部で単年度、職種毎に示しています。今年度の品質目標から施設では職種毎に目標の設定をして定期的に評価・分析をしています。また、稼働率等の数値目標も毎月、同一の仕組みにより分析・評価をしています。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-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・c
<p><コメント></p> <p>事業計画書は職員会議で全職員に配付・説明をしています。今年度より4つのワーキンググループを設置し、事業や、備品・修繕要望等について、グループの意見を反映し、役割分担して策定しています。事業計画の実施状況と品質目標は法人で統一した手順で、自己評価シートの提出により、把握・評価され、本年度の実施状況の評価結果から、作業環境の改善や機能訓練メニューの見直しをしています。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画について、家族には保護者の集いで抜粋版の配付をし、ルビ付きの大きな文字で、パワーポイント資料も活用して説明を行い、欠席の家族には抜粋版の郵送をしています。利用者には行事報告会で、パワーポイントと同様に大きな文字のイラスト付きの資料で要点を抜粋して説明をしています。行事計画については、月間予定表の一覧表を壁面に掲示して、利用者が理解しやすい工夫をし、毎日の予定ボードへの記載、毎朝の全館放送、担当ケアワーカーからの声かけ等で周知を図っています。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(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。		
8	I-4-(1)-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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人内のリスクマネジメント委員会、虐待防止委員会、施設内のワーキンググループ(4種類)、法人内の身障3施設連携会議等を毎月開催し、サービスの質の向上に取り組んでいます。また、施設内の各種会議で、現状の課題等についてグループ毎に数値化、集約の上協議し、毎年8月に施設自己評価を実施し、評価結果は他施設との比較分析を実施しています。5年に1回を目安に、第三者評価を受審しています。</p>		
9	I-4-(1)-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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>評価結果に基づき課題等を明確にし、改善計画を年間スケジュール表にして改善に取り組んでいます。今年度は課題等から4つのテーマのワーキンググループを新規設置し、全職員がいずれかのグループに所属し、計画に基づく取り組みを行っています。改善計画は、中間・最終報告会を開催して評価を行い、また必要に応じて見直しを行っています。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は4月の職員会議で、管理者の役割・責任について表明し、今年度の管理者としての取り組みについて具体的に達成目標項目を定め、浜北学苑の「各種取組みの進捗状況」として一覧表でまとめています。また、その進捗状況については中間報告をしています。事業計画書や浜北学苑だより巻頭言では施設運営の方針と責任を表明し、分掌に役割と責任を明記しています。施設長が不在及び有事の際の権限委任等についても経営書や事業計画書に明記しています。</p>		
11	Ⅱ-1-(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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>ISO9001での「取引業者一覧表」を確認し、関係協議会等に出席しての意見交換、外部施設等への見学会を通じ、適正な関係を構築しています。関係機関や法人内研修等に参加して得た法令の改定等や通知を朝礼や会議等で伝達・周知を図っています。また、省エネ対策の評価の実施や働き方改革等に積極的に取り組んでいます。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、前年度の施設自己評価等の評価・分析と利用者満足度調査や虐待セルフチェックリスト等の集計・分析から、福祉サービスの質に関する施設の課題の対策として、4つのワーキンググループを立ち上げました。また、職員の意見収集のためのアンケートの実施や、各種会議の他、虐待防止、身体拘束廃止等各委員会への参画し、意見の把握をしています。外部の年間研修情報の提供と職員の業務や在籍年数等から、適切な研修への計画的参加により、研修の充実を図っています。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、毎月法人本部の担当各課へ定められたデータとコメントを提出し、人員配置調査に実績の変動データ等の、いくつかのを分析し、施設に送り返された内容により、必要人員と不足人員の確認と把握等の確認をしています。業務改善では職員会議等で意識形成のための働きかけをし、意見聴取・情報提供・方針決定に取り組み、職員不足に対しては、求人情報誌やハローワーク等に求人申し込みと、新規利用者獲得のための事業所周り等の募集活動を積極的に実施しています。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(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。		
14	II-2-(1)-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・c
<p><コメント></p> <p>求める職員像は、「私たちの法人天竜厚生会」に明記され、天竜厚生会キャリアパス体系が確立され、必要な専門職の配置はISOの有資格者一覧表で把握して、長期を見通した具体的な計画を作成し、職種・キャリアに応じた法人内部研修を実施しています。福祉人材の確保では新卒者採用の他、中途採用試験の頻回な実施、有期契約職員の正規登用試験、市民向け介護体験講座の実施、求人情報誌、ハローワーク等による常時の採用活動をしています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>「私たちの法人天竜厚生会」に求める職員像が明記され、人事考課マニュアルで評価基準を明確にして、毎年2月に人事考課を実施しています。法人では、初任給水準や上がり幅、賞与の水準などの全国比較や同地域の大規模法人との状況比較等を行っています。人事考課に基づく職員面談で意向や意見を聴取し、キャリアパス制度、係長・管理職のジョブチャレンジの制度の活用、法人内求職制度等、人事に関して自分の意思が反映できる仕組みがあります。</p>		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、職員との面談で意向を把握し、面談によるストレスチェックと毎月、就業状況を法人の総務課に報告、年間5日以上の計画的な有給休暇の取得を図っています。法人にはジョブチャレンジ制度や求職シートがあり、本年度より定年延長（65歳）制度が実施されています。福利厚生面では、雇用の形態に関係なく、特別休暇制度、年2回の健康診断や法人内にメンタルヘルス推進室の設置や無料の人間ドックや予防接種等、手厚い制度になっています。また、法人全体で就業等に関する調査を実施し、検討しています。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像」は「私たちの法人天竜厚生会(冊子)」に明記されており、本年度より人事考課にも反映される仕組みとなっています。また、品質目標で職種ごとの目標が設定され、そこから判断基準が設けられ、職員一人ひとりを上半期・年間（下半期）で確認・評価しています。人事考課の面接も年度末に実施し評価と振り返りを行っていますが、品質目標については職種ごとであり、一人ひとりの個別の目標設定はされていません。</p>		
18	II-2-(3)-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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>施設で必要とされる専門技術や専門資格は人事考課基準の中で明示され、教育、研修は事業計画書に基づき計画的に実施しています。有資格者一覧表は、定期的他、随時見直しを行い、出来る限り適切な研修への参加を配慮しています。事業計画書の作成段階で、年度毎のテーマに基づき、内容等の見直しを行い、本年度は気づきワーキンググループ主催の勉強会を計画しました。加えて、必要に応じ、研修の追加や新規の外部研修の補充と見直しをしています。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>有資格者一覧表で専門資格・知識等の把握をし、新任・異動職員には研修マニュアル、ツールを活用してOJTを実施しています。法人内に経験年数や次世代リーダー、管理職等のキャリア別、職種別、階層別、テーマ別の研修があり、施設内でも、各種勉強会を実施しています。前年度末に外部研修情報を提供して希望を確認する等、全職員が年1回は外部研修への参加や、法人内研修への参加も推奨し、力量に応じた研修に参加できるように配慮しています。</p>		
II-2-(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。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉士や介護福祉士の実習生受け入れマニュアルがあり、基本姿勢を明文化し、専門職種の特性に応じたプログラムも用意しています。また、研修担当窓口を定め、指導者は指</p>		

導者養成研修に参加し、学校側と実習内容について継続的な連携を図り、実習期間の指導者の巡回指導も含め、連携を取り合っています。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報は施設玄関に資料を置き、法人のホームページには決算報告を公開しています。苦情に対する改善・対応状況がホームページに掲載されています。また、市町や相談支援事業所、特別支援学校等を訪問する中で、地域ニーズの調査をしつつ、法人の存在意義や役割、理念、基本方針、施設の特徴等について、パンフレットや説明資料を用いて説明しています。</p>		
22	II-3-(1)-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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>経理規程、預かり金管理規程、取引業者一覧表等、ルールや職務分掌が明確にされており、関連する職種に周知されています。定期的に ISO 内部監査を受審し、財務部が会計監査法人による監査を受審しています。法人顧問の公認会計士が、毎年、財務研修の講師となり、毎月開催される経営戦略会議でも助言を行なっています。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
23	II-4-(1)-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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>中期経営目標に地域に関することを明文化しています。外出支援体制が整い、隣接する施設のイベント案内、介護・福祉タクシー、障害者虐待 110 番の案内、玄関ホールの壁や事務室近くにも時刻表、福祉タクシーのパンフレット、ガイドネットの活用案内等の掲示で情報の提供をしています。利用者はガイドヘルパーの支援により、個々のニーズに応じて外出しています。地域との交流は、法人全体で行う天童厚生会まつり、近隣 5 施設で納涼花火大会、福祉教育の受け入れ、介護体験講座を合同で実施しています。</p>		
24	II-4-(1)-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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れマニュアルが整備されています。福祉教育受入れ担当職員の研修は法人本部で実施しており、福祉系学科の実習やサマーショートボランティアの受入れも積極的に行っています。</p>		

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>関係機関や取引業者がリスト化され、連絡先を明示しています。</p> <p>地域の相談支援事業者と連携し、サービスの少ない地域の課題にも取り組んでいます。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>肢体不自由児親の会との意見交換や相談支援事業所の巡回訪問で地域福祉ニーズの把握に努めています。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>地域貢献の為、遠方の送迎や施設間の送迎を行っています。日中一時受入れ事業を実施しています。災害時の福祉避難所として、地域住民や他施設からの利用者受入れを予定し、天竜病院、天竜特別支援学校と連携する協定が結ばれ、合同での防災訓練を実施しています。</p>		

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。		
28	Ⅲ-1-(1)-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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>施設内で理念や基本方針の勉強会を実施し、スローガンについては、毎朝の申し送り時に唱和しています。福祉サービス提供については、「ご利用者の生活サポート帳」のチェックシートをケアワーカー会議で振り返り利用者を尊重した福祉サービスに努めています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>個人情報管理規定を整備しています。虐待防止については、重要事項説明書に明示され、施設内に虐待防止委員会を設置しています。職員の接遇マナーを徹底する等プライバシー保護に配慮しています。</p>		
Ⅲ-1-(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。		
30	Ⅲ-1-(2)-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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>施設パンフレットは、写真を使用し、わかりやすい内容になっています。入所希望者や見</p>		

<p>学者には個別で丁寧に説明し案内をしています。入所希望者には短期入所利用を勧め、施設での生活を体験したのちに意思決定が出来るよう配慮しています。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-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。	㉓・b・c
<p><コメント> サービス開始時の施設見学では、事務所前に掲示してある図や写真を用いた「施設の1日の流れ」を活用し分かりやすく説明しています。意思決定困難な利用者には、ISOの規程に基づき、説明・運用を行うようルール化しています。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-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。	㉓・b・c
<p><コメント> 施設移行の際の引継ぎ文書が決まっており、法人の教育マニュアルを活用しています。福祉サービス利用終了時には、相談窓口の連絡先と担当者を記載した文書を説明し渡しています。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント> 年に1回「利用者満足度調査」を行い、利用者や家族からの意見聴取に努めています。利用者満足度調査の結果は集計し、意見や要望に対して、改善策を事務所前に掲示しています。</p>		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	㉓・b・c
<p><コメント> 苦情対応マニュアルを整備しています。苦情受付報告書は、苦情解決責任者が中心となり職員間で検討し、利用者・家族にフィードバックをしています。苦情内容・解決結果については、公表の可否を確認したうえで機関紙や法人のホームページで公表しています。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-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。	㉓・b・c
<p><コメント> 重要事項説明書に苦情等申し立ての明記があり、ご意見箱の設置もしています。「お気軽にご相談ください」のチラシを食堂入り口に掲示し、相談に際しては、相談室等の個室で相談を受けています。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-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。	㉓・b・c
<p><コメント> 意見箱や満足度調査の実施により、意見の把握をし、苦情対応マニュアルにそって報告手順も決められています。意見や要望をもとに毎月行う職種間会議等で対応策を検討しています。</p>		

Ⅲ-1-(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。		
37	Ⅲ-1-(5)-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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>事故、ヒヤリハット対応マニュアルを整備しています。施設長を責任者とし、毎月行う職種間会議の中でリスクマネジメント委員会を開催しています。半年に1度「事故集計シート」や「効果の確認レポート」を作成し、施設内の事故防止対策等の評価を行っています。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>感染対応マニュアルがあり、管理体制を整備しています。看護師による感染症の勉強会を年2回実施し、感染予防を行っています。感染症発生時には、医師の指示のもと適切な対応をしています。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>消防計画の中で、災害時の対応体制が決められています。利用者の安否確認については、「緊急避難人員確認名簿」を毎日作成し、外泊者や短期入所者の名前がわかるようになっています。防災訓練は、毎月実施し、年1回、消防署や地元住人の協力のもと総合防災訓練を実施しています。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(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。		
40	Ⅲ-2-(1)-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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>支援の心得や介護マニュアルとして文書化しています。「ご利用者の生活サポート帳」にサポートの手順やチェックリストがあり、ケアワーカー会議でマニュアルに沿った支援を実施しているか評価を行っています。</p>		
41	Ⅲ-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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月のモニタリングと年1回の多職種による支援会議で見直しを行っています。利用者の状態に変化があれば、支援会議を行い、個別支援計画の変更をしています。</p>		
Ⅲ-2-(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。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画については、サービス管理責任者を中心として、多職種の職員が関わり支援会議を行い、個別支援計画を作成しています。毎月のモニタリングでサービスの確認をして</p>		

います。		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>ISO教育マニュアルに作成手順を定め実施しています。支援会議において十分提供できていないニーズに関しては、改めて検討会議で話し合いを行っています。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-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、職員間で共有化されている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>法人内の障害者関係施設で統一したシステム・様式を使用し記録・管理をしています。連絡ノートの回覧があり職員間で共有ができています。記録内容や書き方については、「ご利用者サポート帳」に明示され、職員が個々に確認をしたチェックリストを主任及び施設長が点検しています。</p>		
45	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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>個人情報管理規定を整備しています。保存期間が経過した場合は、業者に廃棄処分を委託しています。記録管理責任者を施設長とし、新人職員には新人職員研修にて教育し、中途採用職員には、施設長から個別に研修を行っています。個人情報取扱いに関する掲示物を玄関に掲示してあります。</p>		

障害者・児福祉サービス版内容評価基準

評価対象 A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>生活の場面では食事の選択メニューや理美容希望、余暇活動として料理や運動、音楽活動など選択肢を多く準備し、利用者の意向や希望を個別支援計画に反映しています。ガイドヘルパーなどを利用し買い物・外出支援も行っています。利用者懇談会は、少人数制にすることでより多くの意見が出るように工夫しています。利用者懇談会で出された意見は、ケアワーカー会議・職種間会議で話し合い結果を職員間で共有しています。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>権利侵害の防止のために、利用者に分かりやすく具体的な内容を示した施設独自のポスターを掲示しています。虐待防止マニュアルに基づいて、早期発見の取り組みや虐待の届出・報告、手順などを職員に教育しています。また、虐待セルフチェックリストによる振り返りアンケートを年に2回の頻度で行い、職員の資質管理をしています。</p>		

評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者を中心として、本人、関連機関などから希望や思いを汲みとり、個別支援計画を作成し支援しています。本人の課題などを明示しながら活動の動機づけに結び付けるなどの工夫をしています。また、必要時には、相談支援事業者や行政などの他機関を利用し支援を行っています。</p>		
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>コミュニケーション手段としてトーキングエイドや文字盤を準備し、支援しています。また、各居室に呼び出しボタンを設置し、心身の状況に合わせた支援を行っています。</p>		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者には担当職員を配置し、いつでも相談できるような体制を整えています。食事メニューや理美容、行事参加などの日常生活での意思決定がしやすいような案内・情報提供は掲示板や館内放送にて行っています。相談の内容については、ケース記録に残すことで相談員をはじめとする多職種にも情報共有ができ、都度検討し個別支援計画に反映しています。</p>		
A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画で計画された日中活動や機能訓練の他に、新たな試みとして余暇ワーキンググループを立ち上げ、創作系や運動系、外出等の活動を提供しています。利用者にアンケートをとりながら希望に合わせた活動を支援しています。他の障害者施設で行われている活動や、地域の行事案内などを掲示し、参加をするなど地域へ赴くことを意識した活動が行われています。</p>		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>年間の研修計画に基づき、内部研修を実施するとともに外部研修に参加しています。記録システムに行動や生活の状況を記録することで、職員間や多職種間で情報を共有しています。強度行動障害の方には、個別支援計画に加えて強度行動障害者支援計画シートを作成し、検討・見直しを行っています。利用者間の関係の調整については、訓練や作業などの生活空間を分けるなどの対応をしています。</p>		

A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>年に1回実施する嗜好調査や残菜調査、検食簿の確認などを行い、特別献立や選択メニュー、外注食を取り入れる工夫をしています。入浴の支援は、心身の状況にあわせ機械浴・一般浴にて対応し、排泄や移動支援もアセスメントに基づき適切な対応をしています。必要に応じて看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による評価を実施しています。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>多床室の中でカーテンでの仕切りやベッドの配置に配慮し、棚は耐震対策を施すことで安心や安全に配慮しています。食堂や浴室・トイレなどの清掃は毎日実施しています。利用者が思い思いに過ごせるよう作業場を開放し、中庭や廊下にもソファを設置しています。静養室を準備し、他利用者に影響を及ぼす場合にも対応できるようにしています。利用者懇談会を通じて、生活環境についての意見を集めています。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>機能訓練は、本人が主体的に取り組めるように声掛けや動機づけを行うなど計画書に記し、実施しています。日課の中に機能訓練を位置づけ、グループごとに実施しています。また、医師の指導の下で作業療法士による個別機能訓練を実施しています。個別リハビリ計画書は多職種協働で策定し、定期的にモニタリングを行っています。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>日々の観察の中で、看護師等、多職種が連携し情報を共有しています。必要に応じて家族への報告も行っています。嘱託医が2週間に1回の頻度で回診を行い、健康相談に対応しています。健康維持・増進を目的とした機能訓練プログラムを準備しており、実施しています。「利用者の観察項目マニュアル」「夜間・休日看護師要請対応マニュアル」などの医療的支援に関するマニュアルを法人が整備し、それに基づく研修を定期的実施しています。</p>		
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>与薬や感染症対策、観察項目などのマニュアルを整備し、定期的に研修を実施しています。慢性疾患やアレルギーに関することは、個別支援計画の中で明示し、医師の指示に基づいて適切に支援しています。</p>		

A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者懇談会や日々の支援を通じて、利用者の意向や希望を確認し地元の催しやカルチャー教室などの情報提供を行っています。行事計画の中に外出支援が組み込まれ、個別やグループなどで対応をしています。自立支援プログラムの利用による用途や希望にあわせた金銭管理などの支援を行っています。ガイドネットの手配や、近隣高校の福祉学習への参加、ボランティアの参加支援など、地域とつながる支援も行っています。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の意向に応じて、相談支援事業所と連携し、情報提供を行っています。地域生活にあたっての課題を本人とともに把握し、段階的な目標達成を重ねることで本人のモチベーションを上げる工夫を行っています。グループホームなどの体験利用、就労体験などの働きかけを行っています。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の生活状況等は年3回発行の施設だよりにて定期的に報告しています。年1回家族との集いを実施し、面談にて本人・家族の意向を確認しています。また、個別支援計画の見直しの機会にも意向を確認、意見交換を行っています。体調不良や緊急時の連絡については、マニュアル化され適切に実施しています。家族支援の工夫については、個別支援計画書、生活支援実施書に記載し、情報共有をすることで対応を統一する支援を行っています。</p>		