

共通評価項目(障害者・児版) (53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、基本方針が確立されている	第三者評価結果
	① 理念が明文化されている	a
	② 理念に基づく基本方針が明文化されている	a
<p>(特に評価が高い点) 「聖書の信仰」に基づく福祉事業の実現を目指すという法人として役割使命を反映した基本理念を法人の事業計画及びパンフレット・広報紙へ明文化している。</p>		
	(2) 理念や基本方針が周知されている	第三者評価結果
	① 理念や基本方針が職員に周知されている	a
	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている	b
<p>(特に評価が高い点) 基本理念・基本方針が明文化された施設の事業計画を年度初めに職員へ配布し説明しながら周知している。また、男子棟・女子棟・事務所等に理念等を掲示し、職員が常に確認できるようにしている。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者家族に対して年1回の状況報告会や広報紙等で理念や基本方針を周知するとともに利用者に対しても理解しやすい工夫をしているが、より個人ごとの障がいの状況に応じた理解しやすい工夫(絵や写真等の活用)をしてほしい。</p>		
I-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	第三者評価結果
	① 中・長期計画が策定されている	b
	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	b
<p>(特に評価が高い点) 法人として平成23年12月～平成25年3月までの期間をかけ役職員20人の委員による「第二次将来構想検討委員会」において検討した「将来構想についての第二次提言」を平成25年3月に法人として決定し、平成25年度の事業計画に反映している。</p>		
	(2) 事業計画が適切に策定されている	第三者評価結果
	① 事業計画の策定が組織的に行われている	a
	② 事業計画が職員に周知されている	b
	③ 事業計画が利用者等に周知されている	b
<p>(特に評価が高い点) 各部門の職員代表で構成する企画運営会議を年2回開催し、計画の有効性等を評価し見直しながら事業計画を策定している。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者に対し理解しやすい工夫を行っているが、より個人ごとの障がいの状況に応じた理解しやすい工夫をしてほしい。</p>		
I-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	第三者評価結果
	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
	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
<p>(改善が求められる点) 管理者の役割と責任については運営規程に明記されており、遵守すべき法令等に関する資料収集や研修会への参加をし職員へ随時伝えているが、より積極的に広報紙等へ自らの役割と責任について表明するとともに、職員会議等において全ての職員へ遵守すべき法令等について周知してほしい。</p>		
	(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 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
	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
<p>(改善が求められる点)</p> <p>各部門の職員代表で構成する企画運営会議においてサービスの質の向上や業務効率化に向けた話し合いを行っているが、中には課題をそのままにしている場合があるので、管理者としてより積極的に課題解決に向けたリーダーシップを発揮してほしい。</p>		

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握		
	(1) 経営環境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が的確に把握されている	a
	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
	③ 外部監査が実施されている	b
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>将来構想検討委員会において現状と将来の利用者の推移状況等を分析し、中・長期計画や各年度事業計画に反映させている。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>法人として地域支援委員会を定期的に開催し短期入所の利用者が少ない等の経営課題を明確にしているが、事業所として改善に向け取り組んでほしい。外部監査では経営面の課題解決の指導を受けるようにしてほしい。</p>		
II-2 人材の確保・養成		
	(1) 人事管理の体制が整備されている	第三者評価結果
	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している	c
	② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	c
<p>(改善が求められる点)</p> <p>法人の中長期計画に基づき、法人として次年度から人事考課を実施することにしており、現在人事考課基準等を作成中である。平行して必要な人材や人員体制に関する具体的なプランを作してほしい。</p>		
	(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必要があれば改善する仕組みが構築されている	b
	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
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>福利厚生センターへ加入するとともに法人全体の職員交流会や施設内の親睦会等を行い、職員間で相談しやすい関係づくりに努めている。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>所長は全職員と面談を行い職員の意向把握に積極的に取り組んでいるが、事業所として課題を改善するしくみをつくってほしい。</p>		
	(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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	b
	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	c
	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	b
<p>(改善が求められる点)</p> <p>法人の中長期計画に教育・研修に関する基本姿勢が明示され、研修報告・評価はされているが、次の研修計画への反映や個別の職員の教育・研修計画の策定がされていない。今後は25年度において検討しているキャリアパス及び法人職員育成計画の早期導入・実施に向けて取り組んでほしい。</p>		
	(4) 実習生の受入れが適切に行われている	第三者評価結果

	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、積極的に取組をしている	a
<p>(特に評価が高い点) 実習生の目的等に沿った実習が出来るよう、実習生の学校と実習担当者が協議し実習プログラムを作成している。障害者支援の実習では、夜間の状況の理解も必要と考え宿泊実習も行っている。 実習マニュアルも整備され、積極的に保育実習・社会福祉士実習・学校等の職業体験実習を受け入れている。</p>		
II-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	第三者評価結果
	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
	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
	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
<p>(改善が求められる点) 緊急連絡網や給食部門での事故(食中毒疑い事故等)対応マニュアルは整備され、夜間想定を含めた定期的な避難訓練は実施されている。今後は、事故・災害時等緊急時全体の対応マニュアル作成、利用者の誤薬や転倒等の事故防止対策の検討を早期に行ってほしい。さらに、「ヒヤリハット」と「事故」の違いに関して全職員が共通認識したうえで、「ヒヤリハット」事例を多く把握し事故防止対策に取り組んでほしい。</p>		
II-4 地域との交流と連携		
	(1) 地域との関係が適切に確保されている	第三者評価結果
	① 利用者と地域との関わりを大切にしている	b
	② 施設が有する機能を地域に還元している	b
	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
<p>(特に評価が高い点) 事業計画にボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化し、利用者の外出支援や散髪、料理教室等の受け入れを行い、地域の社協や学校と連携してボランティア育成や体験を推進している。</p> <p>(改善が求められる点) 施設の体育館の解放や備品等の貸出を行うなど、施設の有する機能を地域に還元しているが、さらに、職員の専門性を活かし、発達障害の相談に応じるなどの取り組みも進めてほしい。</p>		
	(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 必要な社会資源を明確にしている	b
	② 関係機関等との連携が適切に行われている	a
<p>(特に評価が高い点) いわき市の障がい者職親会や地区障がい者連絡協議会等へ参加し情報交換や課題を把握している。課題の改善に向けて、関係機関と連携しながら積極的に取り組んでいる。</p> <p>(改善が求められる点) 病院・福祉事務所・自助組織等の関係機関や地域の社会資源が各担当者や部門ごとにまとまっているので、今後は一体的にまとめ、職員間で共有し利用者支援へ活用してほしい。</p>		
	(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 地域の福祉ニーズを把握している	a
	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
<p>(特に評価が高い点) 地元の民生委員等福祉関係者等と情報交換の機会をもち、地域の福祉ニーズの把握に努めている。把握した福祉ニーズを検討した結果、発達障害児の日中一時預かりや障害者のショートステイを実施するようになった点は高く評価できる。</p>		

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に関する規程・マニュアル等を整備している	b
(改善が求められる点) 利用者の人権を守ることを基本理念とし、共生共感を福祉サービスの基本として、法人では人権や個人情報保護の勉強会を開催して職員の意識向上へ向け取り組んでいる。また、生活支援の場面においては、職員間で工夫をしてプライバシーが守れるよう努めている。今後は、職員への周知方法や数班に分けて同じ内容の学習を行う等の方法を検討し、全ての職員が共通理解を持つ取り組みを実施してほしい。		
	(2) 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意図した仕組みを整備し、取組を行っている	b
(改善が求められる点) 利用者への個別の聴取、利用者による自治会、年3回の家族への状況報告会でサービスに関する意見を把握するなど、利用者本位のサービスに向けての取り組みを行っている。しかし、直接、意見を述べることへ躊躇してしまうことが当然考えられるため、利用者や家族が率直な意見を出せるよう利用者満足に関するアンケート調査を定期的に行い、福祉サービスの質の向上につなげてほしい。		
	(3) 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 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
	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
	③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している	c
(改善が求められる点) 職員は利用者ごとに担当が決まっているが、随時、担当にかかわらず相談を受けている。また、食堂に意見箱の設置するとともに、毎週開催される利用者の自治会から意見を聴くほか、法人の苦情解決委員会委員が年1回利用者へ直接意見や要望を聴取する機会を設けている。今後は、意見や要望への対応マニュアルを作成し、職員が迅速に対応できるようにするとともにサービスの改善へつなげてほしい。		
III-2 サービスの質の確保		
	(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている	第三者評価結果
	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	b
	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	b
(改善が求められる点) 施設内での自己評価や法人内のサービス検討委員会でサービス内容の自己評価を2年に1回実施している。その結果から課題や改善を要する点が明確にされ、職員間での共有化は図られている。しかし、改善策の検討にまで至っていない。今後、職員参画のもとで改善策の検討と改善計画を策定し実行してほしい。さらに、全職員が参加して自己評価を年1回実施し、サービスの質の向上に努めてほしい。		
	(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	第三者評価結果
	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
	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
(改善が求められる点) サービス提供におけるマニュアルは整備されており、利用者の状態に応じた個別的な対応や担当者と役割も明確にされている。標準的な実施方法は文書化されているものの具体性に欠けているため、新人職員等が一読して理解できるよう業務内容や手順をわかりやすい内容で整理してほしい。また、利用者が高齢化・重度化しているため、現在のマニュアルを見直し、利用者の変化に応じ定期的に見直し、統一したサービス提供につなげてほしい。		
	(3) 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 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている	b
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している	b
	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

(改善が求められる点) 利用者に関するサービス実施記録は作成されているが、必ずしも計画に記載したサービス提供内容が記載されていないので、記録要領や職員への指導を行い、より適切な記録に取り組んでほしい。記録管理は、文書管理規程の中で保管と保存等が定められているが、保存と廃棄に関してあいまいな部分があるので、明確にし記録の保存に努めてほしい。利用者の状況等の情報共有はパソコンでネットワーク化されているが、申し送りの仕方をノートへ雑然と記入する方法ではなく、重要な申し送りが正確に共有されるよう改善してほしい。		
Ⅲ-3 サービスの開始・継続		
(1) サービス提供の開始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サービス選択に必要な情報を提供している	b
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
(改善が求められる点) ホームページやパンフレット・広報紙を使い親の会や関係機関へサービス内容を紹介している。また、行事や利用者の活動状況をスライドで紹介したり、利用体験をしてもらい利用者希望者に理解してもらうよう工夫に努めている。サービス利用開始時には組織が定める重要事項説明書を用いてサービス内容をわかりやすく説明し、利用者や家族の意向を確認した上で、同意を得てから契約を行っている。今後は、さらに利用者希望者の状態に応じた理解しやすい情報提供方法を検討してほしい。		
(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている		第三者評価結果
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
(改善が求められる点) 本人の同意を得たうえで、移行先の事業所へ必要な情報提供を行い、スムーズな移行が行われるように配慮している。また、移行後も3ヶ月ごとの訪問を1年間行い、環境変化への支援が行われている。しかし、移行の過程の記録が不十分なので、今後は移行の過程を評価することが出来るよう、その過程を一貫的に記録してほしい。		
Ⅲ-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		第三者評価結果
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
(改善が求められる点) 利用者の心身状況や生活状況について、必要に応じて看護師や栄養士の意見をもらい、利用者にかかわる担当職員や支援職員が中心となりアセスメントを行っているが、すべての職員が共通認識をもってサービス実施できるよう共有化を図ってほしい。		
(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている		第三者評価結果
①	サービス実施計画を適切に策定している	b
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
(改善が求められる点) サービス管理責任者が、利用者や家族の意向をふまえ各部門から意見を聴取するとともに、担当生活支援員と共に検討と協議を行い個別支援計画書を策定し、定期的に評価・見直しを行っている。今後は、出来る限り検討する場に支援を受ける利用者や家族が参加し、意向や意見を直接述べてもらい、相互で確認しながら共通認識を持って計画の策定に取り組んでほしい。		