

福祉サービス第三者評価結果表

①第三者評価機関名

株式会社福祉工房

②施設・事業所情報

名称：救護施設紅花ホーム	種別：救護施設
代表者氏名：細谷康夫	定員（利用人数）：115名
所在地：山形県天童市大字成生1971番地26	
TEL：0237-47-0241	ホームページ：
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：昭和36年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人山形県玉葉会	
職員数	常勤職員：33名 非常勤職員：6名
専門職員	(専門職の名称) 社会福祉士 3名 精神保健福祉士 2名 介護支援専門員 3名 介護福祉士 12名 看護師 2名 栄養士 1名
施設・設備の概要	(居室数) 40室 (設備等) 地域交流スペース 全館冷暖房設備、スプリンクラー設備 浴室チェアリフト 床暖房 等

③理念・基本方針

理念

社会福祉法人山形県玉葉会は、利用者の安寧した生活とその人らしい生き方を支援し、地域社会に必要とされる福祉の向上と発展に貢献していきます。

基本方針

- ① 利用者の権利擁護を図り、個の尊厳を基軸とした良質の支援を提供するとともに、ノーマライゼーションの理念に基づく地域社会での共生を目指します。
- ② 利用者に対し、衛生的かつ快適でプライバシーと防災に配慮した安心で安全に暮らせる生活環境を提供します。
- ③ 法令を遵守し、かつ福祉の担い手としての倫理を持ち、社会的信頼に応える経営を図ります。
- ④ 地域社会の福祉課題に取り組み、福祉需要に応える先駆的、開拓的な取り組みを推進します。
- ⑤ 良質な福祉人材を確保し、かつ育成し、職員が利用者の幸せを第一に誇りとやりがいを持てる職場環境をつくります。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・全ての方を対象にしたセーフティネットの機能を持ち、障がいや生活困窮者の混合入所に対応している。
- ・職場研修（OJT, OFF-JT、SDS）による職員の資質及び専門性の向上に力を入れている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年5月10日(契約日)～平成29年12月12日(評価結果確定日)
--------	--------------------------------------

⑥総評

◇特に評価の高い点

質の向上への取組み

平成27年度より質の向上に関する取組みを積極的に行なわれており、事業所内における質の向上に向けた仕組みの見直しや、県の社会福祉協議会へ講師を依頼し、又、第三者評価を受審し事業所における課題を明確化し、改善していこうという、積極的な取組みを始めた。又、研修に関してもOJT、OFF-JTなどを交え積極的な取組みが行なわれている。

安心、安全の確保

施設内は清潔で、清掃が行き届き、利用者が安心して生活できる環境が整えられている。感染症等リスクマネジメント体制も整備され、安全面への対応も行き届いている。

◇改善を求められる点

職員との情報共有

利用者を尊重する姿勢、利用者の権利擁護への取組み等、事業所の理念や方針は明確となっており、支援の質に関する課題も明確化し改善していく取組みは行なわれつつあるが、職員への浸透に関しては、なお課題が残っている面が伺える。職員との情報共有を的確に行い、質の向上を確実なものとしていくことが期待される。

利用者意見の反映

利用者の意見を把握する仕組みはあるが、具体的な支援への反映に関しては、まだ十分とは言えない面が伺える。利用者満足への取組みや、利用者からの相談、利用者の自己決定などに関し、具体的支援の取組みに関し検討していくことが期待される。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて第三者評価を受審することで、改めて自らが行っているサービスを見直すきっかけができたことは、大変有意義なことでした。また、評価機関の第三者の目を見ていただいたことで、より施設の現状が把握され、良い点と改善点を明確にすることができたことや、客観的な視点をもって施設を見ることの大切さなど、たくさん学ぶことが出来たのではないかと思います。

今回の評価結果で良い評価をいただいた項目については、引き続き努力を行い更に向上できるように、また、改善が必要な項目については、職員全体が問題意識を共有しながらそれらに取り組むことで、更に上を目指した利用者本位の質の高いサービスの提供を図って参りたいと思っております。

⑧評価細目の第三者評価結果
別紙のとおり

(別紙)

【共通評価項目】 評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）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。

※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。

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。	a・b・c
<コメント> 法人の理念、基本方針を事業所の理念、基本方針としており、パンフレットやホームページ、事業計画書等に記載、又、事業所内に掲示している。職員には事業計画書を配布し新入職員には配布・説明が行なわれている。職員に対し、配布に加え会議等での説明を行ない周知を促す取組みを行うこと、利用者へも理解しやすい工夫を加え配布、説明を行なうこと、家族に対しても説明を行なっていくことも期待される。		

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。	a・b・c
<コメント> 救護施設の全国協議会、東北地区での協議会等において、全体的な福祉事業に関する状況や、地域に関する環境については把握されている。職員との情報共有はやや不足気味であり、会議等での職員への説明を行なっていくことも期待される。		
3	I-2-(1)-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・b・c
<コメント> 事業所における課題として、利用者の確保が課題となっており、これに対応するための検討が職員を交え行なわれている。新規事業検討会を立ち上げ、職員を交えた検討会議、一般の職員を同行しての行政への働きかけ等が行なわれている。		

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。	a・b・c
<コメント> 中・長期計画は各年度の事業計画書の中に記載され、取り組むべき項目や目的が記載されている。中・長期計画には、期日に関する記載がなく具体的記載も欠けている。中・長期計画はより具体的目標設定や、日程を明確にして行くことが望まれる。		
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。	a・b・c
<コメント> 中・長期計画には支援の概略が記載され、これらに基づいて、年度の事業計画が策定されている。事業計画は業務ごとに詳細に策定されているが、全体的には具体的目標設定が不足しており、達成状況の確認が曖昧となる恐れがある。より具体的な記載を行なって行くことが期待される。		
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。	a・b・c
<コメント> 法人のスケジュールに従って、事業報告書及び事業計画書が策定されている。各部門において前年度の実績をもとに、話し合いを行い、事業計画書を期末までに立案し、事業所の主務者会議でまとめ、法人への報告が行われている。法人での承認後、各職員への配布が行なわれている。事業報告に関しては、課題とすべき事項が一部を除いて記載されていない。又、課題とされた点に関しても翌年度の事業計画への反映が明確となっていない面が見られる。事業計画策定段階から、より具体的な評価が可能となるような目標設定と、評価、前年の課題に対する翌年度の取組みを明確にして行くことが望まれる。		
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。	a・b・c
<コメント> 事業計画は家族会等を通じて、家族や利用者にも伝えられているが、更に、事業計画の要約や、理解しやすい工夫等を行い、家族、利用者への配布説明を行なって行くことが期待される。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		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。	a・b・c
<コメント> 平成27年度より、事業所の支援の質を確認するため、全職員がグループに分かれ自己評価を行い、課題とされる点を抽出し、主務者会議にて検討を行なう仕組みを構築した。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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・b・c

<p><コメント></p> <p>自己評価によって得られた課題は、主務者会議をはじめ、諸会議において検討され、対策が講じられているが、更に、課題解決のための取組みをスケジュール化するなど具体的実施計画を立てていくことや、職員へのフィードバックを行ない、職員との情報の共有を行なっていくことが期待される。</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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>毎年の事業計画書内に職務分掌が記載され、管理者はじめ各職員の職務と権限が明確化されている。管理者は毎年の期初などの会議において、自身の年度の取組みに関する話をしていくが更に、事業計画書や広報誌などに記載し、職員や家族、利用者等への配布説明をし理解を促す取組みを行なっていくことも期待される。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は法人内及び救護施設協議会の研修会等に参加し、コンプライアンスに関する研修を受講し、事業所において伝達研修を行なっている。又、職員へは外部における研修への参加をすすめ、理解を促している。</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>事業所における質の向上を図るため、平成27年度より職員による自己評価を実施、又、サービス評価部会を立ち上げ、昨年度は山形県社会福祉協議会より講師を招き、第三者評価受審の為の講習を受ける等、質の向上のための取組みを積極的に行なっている。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-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 ①・c
<p><コメント></p> <p>管理者は経営に関する課題については把握し、解決のための組織的取組みを行なっている。業務改善に関しては各部門における業務効率を高めるためにも、各部門での業務を見直し、それぞれから提案させる等の取組みを行なっていくことも期待される。</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。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>人員に関する基本的考えは、基本方針などに明記されており、人員体制については、経営面とのバランスからは計画に対し充足している。又、専門職に関しても必要な人員は確保されている。不足が出た場合は法人名での募集が行なわれている。新人職員に関しては各部署でのOJTがおこなわれ、OFF-JT、SDSなどを活用し、人材育成に取り組んでいる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉘・c
<p><コメント></p> <p>期待される職員像に関しては事業計画書に記載されている。職員は「OJTチェックシート」を使用し、自己評価を行い、これをもとに上司との面談も行なわれている。面談では、個々の職員の目標や、上司からのアドバイスが行なわれている。法人として現在は人事考課は行なわれておらず、特に評価の昇給等への反映はされていない。今後の検討に期待する。</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。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>労務管理は各職場での上司及び事務部門で行なわれ、必要に応じて管理者への報告が行なわれている。メンタル面での取組みとして、職員への研修が行われ、必要に応じて相談できる体制が整っている。福利厚生に関しては、職員の親睦を目的に「むつみ会」が作られ、事業所からの補助も行なわれ、冠婚葬祭時の祝い金や職員の親睦会への助成などが行なわれている。ワークライフバランスに関しても、現行の制度に上乘せした取組みが行なわれている。</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・㉘・c
<p><コメント></p> <p>期待される職員像、及び階層別の求められる能力等は明記され、職員からは個人別研修計画が提出され、上司との面談において進捗についての確認や、取組みに関するアドバイスが行なわれている。育成に向けた取組みはきめ細かく行なわれているが、更に、職員定着への取組みとして、数年先を見据えた目標を語らせるような、取組みを組み込んでいくことも期待される。</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。	a・㉘・c
<p><コメント></p> <p>事業所内に研修部会が組織され、事業計画書においても研修に関する取組みが明記されている。OJT、OFF-JT、SDSを中心に構成され、OJTチェックシートからのニーズを分析し、これに基づいた研修が計画され実施されている。研修自体は実施されているものの、職員への浸透を行なっていくことも期待される。</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。	㉗・b・c
<p><コメント></p>		

<p>職員の個別のスキルや資格は把握され、必要に応じた研修が行なわれている。外部研修に関しても、回覧等を通じて全職員への情報提供が行なわれ、研修参加への支援も行なわれている。</p>		
<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。</p>		
20	<p>II-2-(4)-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、積極的な取組みをしている。</p>	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>実習受け入れを表明し、マニュアルも策定され、指導者研修を受講した職員も準備されているが、近年は実習生の申し込みはない。更に継続して、受け入れを表明していくことも期待される。実習生とは別に、地域における介護体験として山形大学等の学生等11名が今年度は来所体験している。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
21	<p>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。</p>	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>法人としての経営内容、事業所としての概要や活動をホームページに詳細に掲載し、広報誌も地域の町内会や、関連する団体、ボランティアグループ等への配布も行なわれている。苦情に関しての公表は、項目と件数がホームページに記載されている。苦情に関しては、内容により施設内に掲示するなどの検討を行っていくことも期待される。</p>		
22	<p>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。</p>	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>経理や事務処理、取引に関しては法人のルールに従って行なわれており、法人からは年2回監査が行なわれている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
23	<p>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。</p>	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>地域とのかかわりに関する基本的考え方は、基本方針等に明記され、利用者と地域との交流を図る取組みが進められている。事業所の夏祭りには地域の住民も参加、又、近年までは消防団も参加し利用者との交流が行なわれている。又、年2回万代橋の利用者による清掃活動も行われている。地区のイベントへの参加に関しては、まだ受け入れが行なわれていない</p>		

面や、消防団の参加も平日のため出来なくなる等の課題もあり、継続して地区との交流を深めていく取組みが期待される。		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れに関してのマニュアルは整備され、基本姿勢等も明記されている。昨年度は個人、団体合わせ延べ134名の受け入れが行なわれ、清掃や夏祭りでの介助、散髪、演芸、舞踊等の活動が行なわれた。ボランティアの受け入れや指導、展開のため、事業所内にボランティア育成部会が設置されている。</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。	a・㉖・c
<p><コメント></p> <p>利用者の受け入れが行なわれている市町村の福祉事務所等とは年1回の実態調査が行なわれ、その他行政や医療機関とは必要に応じて連携が取れる体制とはなっている。必要とされる社会資源に関してはリスト化し職員との情報の共有が図れるようにして行くことが期待される。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・㉖・c
<p><コメント></p> <p>事業所設備の地域への開放に関して、事業所の体育館を地域のスポーツ団体、障がい児の団体等地域への開放が行なわれ、ホームページにも利用に関する情報を載せている。災害時への対応として、天童市及び多賀城市と福祉避難所としての協定が結ばれている。更に、地区で行なわれる講演会等への協力を通して、地区との連携を深める取組みも期待される。</p>		
27	II-4-(3)-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・㉖・c
<p><コメント></p> <p>更生保護女性会の施設見学の際の会議会場の提供等を通して、地域におけるニーズの把握に努め、現在は一時入所等の事業も取り組まれている。更に、事業所としてどのような公益的的事业が取り組むことが出来るか、検討していくことも期待される。</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。	a・㉖・c

<p><コメント></p> <p>理念（利用者の安寧した生活とその人らしい生き方の支援）基本方針（権利擁護を図り、個々の尊厳を基軸にした良質な支援提供）等が明文化され施設内に掲示されている。職員には福祉に携わる者としての倫理綱領、行動基準等を文書化した業務マニュアルが配布されている。年2回虐待防止のためのアンケートが行われ権利擁護推進の検討も行われている。利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が個々の福祉サービスに反映されているが職員の自己評価に於いては十分な浸透が行われていない面が見られ、更に、職員会議等に於いての周知が望まれる。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>業務マニュアルにはプライバシーの保護等が記載されて職員には周知されている。利用者、家族にも権利擁護とプライバシー保護に関する取組の周知が望まれる。従来方式の建物で4人部屋、3人部屋、2人部屋の作りで、プライバシーの保護からの課題が出た時に工夫や検討が望まれる。</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。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>一時入所、体験入所等に対してもマニュアルが作成されている。施設見学（社協、民生委員等）も受け入れている。ホームページ、パンフレットが作成されている。</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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービス開始の時の説明は施設が定めた契約書、入所のしおり等で説明して、利用者の自己決定を尊重し同意（押印）を得ている。家族への説明は十分とは言えない面がある。意思決定が困難な利用者への配慮については適正な説明、運用される体制（ルール化）の検討が望まれる。</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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>福祉施設、事業所の変更、家庭への移行に伴う、福祉サービスの継続に配慮した対応は十分ではない。利用者、家族に対してその後の相談方法や担当者について、文書化して配布し、説明していくことが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>利用者満足の向上を目的とする仕組みは整備が十分でない。栄養士による嗜好調査（利用者30名程）、個別支援計画の見直しの時に希望、要望を面接で聞き、日々の会話で月1回の支援</p>		

<p>会議に於いて職員間で情報を共有している。更に、利用者の満足を把握して課題、改善に向けた取り組みが望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント> 意見箱が設置されている。契約書に苦情解決の体制や第三者委員の配置が記載されている。苦情解決の仕組みを解かりやすく説明した文書等の掲示が望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント> 相談や意見を述べる時必要な相談室は配置されているが活用されていない。日常的に相談窓口を明確にしてその内容を利用者が解かりやすい場所に掲示するなどの取り組みが望まれる。日常的な言葉がけを積極的に行う等の取組も期待される。</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。	a・b・c
<p><コメント> 日々の支援においては相談を傾聴し対応をしているが、積極的に意見を吸い上げる仕組みがない。意見や要望を吸い上げ、改善課題を明確化しサービスの質の向上に結びつけることが期待される。</p>		
<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。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント> リスクマネジメント体制は構築されている、ヒヤリハット、利用者の安全、安心を脅かす事例等、職員間での情報の共有等の仕組みが望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント> 感染症防止対策、衛生管理マニュアルが作成され、職員には業務マニュアルで周知している。</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。	a・b・c
<p><コメント> 災害時のマニュアルは策定され、災害対策として防災規程も整備されている。災害時の職員の安否確認の方法に関して職員個人から知らせる手段が不明である。職員が災害にあった時の連絡方法の検討が望まれる。</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
<コメント> 標準的な実施方法は文書化されている。業務マニュアルは知識、技術、留意点、プライバシーに配慮され作成されている。職員には業務マニュアルが配布され周知されている。		
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。	a・㉔・c
<コメント> 見直しをする仕組みは不十分である。個別支援計画の見直しや、職員は利用者の意見や提案を反映させる仕組みの検討が期待される。		
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
<コメント> 個別支援計画書は市町村と連携し、入所適正化を明確にして、希望、地域の生活、退所等の事を聞き取り作成している。		
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
<コメント> 6ヶ月ごとの見直しと、利用者の精神状態やADLの急激な変化、入院により状態が大きく変化する時等、随時必要に応じて変更を行っている。		
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、職員間で共有化している。	㉓・b・c
<コメント> ケース記録の書き方のマニュアルが策定されていて、職員に統一された記録の配慮がされている。記録はパソコンのネットワークシステムを利用して情報を共有すると共に、定期的な会議を開催している。		
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。	a・㉔・c
<コメント> 法人の管理規定に基づき、保存、廃棄、公表が行なわれている。個人情報管理規定が策定され、個人情報保護に関する方針を明示している。更に、研修等で職員への周知が望まれる。		

内容評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重

		第三者評価結果
--	--	---------

A-1-(1) 自己決定の尊重			
1	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。	a・b・c
<コメント> 利用者の自己決定を尊重するエンパワーメントの理念に基づく支援に関し、障がいに応じた自律・自立生活力を高める為の支援が日々の生活に活かされていない面がある。管理されているので利用者の意欲向上等が課題と思われる。			
A-1-(2) 権利侵害の防止等			
2	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。	a・b・c
<コメント> 虐待防止のポスターを掲示していて、マニュアルも作成されている。アンケート調査も年2回実施されていて権利侵害の防止、早期発見等について検討する機会を定期的に行っている。			

A-2 生活支援

			第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本			
3	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。	a・b・c
<コメント> 生活上の行為は 見守りの姿勢を基本に支援しているが、利用者の個別支援計画書の検討が望まれる。(自己評価 b、c20, 15)			
4	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。	a・b・c
<コメント> 利用者にあったコミュニケーションを取っている (自己評価 b19, 15)			
5	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	a・b・c
<コメント> 相談内容についてサービス管理者等と関係職員による検討と理解、共有が望まれる。(自己評価 b24、11)			
6	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。	a・b・c
<コメント> 地域のさまざまな日中の活動の情報を増やし、参加できるような検討が望まれる。(自己評価 b20、15)			
7	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。	a・b・c

<コメント> 職員は研修で概ね専門的知識を習得しているが、支援の向上を図る検討が望まれる。(自己評価 b25, 9)			
A-2-(2) 日常的な生活支援			
8	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
<コメント> 業務マニュアルに基づくサービスが提供されている。			
A-2-(3) 生活環境			
9	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
<コメント> 施設内は清潔であり、日中活動に関しても安心、安全が確保されている。			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
10	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。	a・㉓・c
<コメント> ラジオ体操、ホーム独自の水戸黄門体操が行われている。機能訓練は実施していない。			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
11	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
<コメント> 月2日内科診察の他、毎日の健康調書により健康状態の把握をしている。			
12	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。	a・㉓・c
<コメント> 医療的な支援についての管理者の責任が明確であるが、実施手順や個別の医療計画の策定が不十分であり検討が望まれる。(自己評価 B24, 12)			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
13	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

<コメント> 万代橋の清掃（年2回）敬老会、図書館、交通機関（バス）を利用したり、家族と旅館やホテルに外泊したり社会参加している利用者もいるが、学習支援等に関しては困難な状況である。			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
14	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。	㉠・b・c
<コメント> 訓練用住居を用意して居宅生活訓練事業を行っており、運用マニュアルが整備されている。地域移行希望者を対象に自立訓練も行われている。			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
15	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。	㉠・b・c
<コメント> 家族会があり、年1回総会、職員との懇談会が実施され、ホームの行事に対し家族から助成金を得ている。			
A-3-(1) 発達支援			
16	A-3-(1)-①	子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 対象外			
A-4-(1) 就労支援			
17	A-4-(1)-①	利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 対象外			
18	A-4-(1)-②	利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a・b・c
<コメント> 対象外			
19	A-4-(1)-③	職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組みや工夫を行っている。	a・b・c
<コメント> 対象外			