

（別紙）

第三者評価結果

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> ●理念、基本方針はパンフレット・ホームページに記載、館内に掲示も成されている。また理念、基本方針を示した印刷物が全職員に配布されており、毎月の職員会議で理念、基本方針を唱和している。 ●広報誌「桐花園だより（年４回発行）」に理念・基本方針が記載されており、桐花園だよりは利用者、家族、福祉関係施設や行政等の関係者に配布され、理念、基本方針を周知している。 ●年１回家族会の役員会があり、理念・基本方針を伝えている。		

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> ●毎月中長期計画に基づきコスト分析や利用率の分析を行い、職員会議で園長より計算書類を示した上で、収支報告・予測、経営環境・課題等が伝えられている。 ●新型コロナ・報酬改定・脱施設化等、施設を取り巻く経営状況が変化している中、加算項目に合わせた体制を整備し、現状及び今後の動向を分析し、経営向上に取り組んでいる。		
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> ●年４回、外部業者のコンサルタントに入ってもらい、経営・人材育成などに関わる状況報告や課題等について専門的にアドバイスを受けている。 ●中長期計画に関し、経営の現状や将来的な課題・運営について、コンサルタントからいただいたアドバイスを基に、役員間で共有を図り、職員への周知・報告を年４回園長より実施している。 ●施設の実情等を基に、コンサルタントの指導・助言等に基づき策定したトータル人事管理制度を導入し、経営課題の解決・改善に繋げている。		

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（10年）が立てられており、内容を全職員に説明をしている（今後の運営方針、収支状況、施設建替えを目的とした具体的数値目標等）。 ●毎月法人内で中長期計画実行支援会議が実施されており、事業活動の進捗状況を確認している。コンサルタントのアドバイス・意見等を参考にして見直しを行う事もある。		
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＞ ●中長期計画に基づいた単年度の事業計画が作成されており、収支状況が記載されている。 ●稼働率、加算項目、ショートステイ利用率等、数値目標が明確化されている。		
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＞ ●事業計画に施設運営に関する数値目標等が記載され、前年度の実績・評価に基づき、見直しを実施している。 ●事業計画の策定については、一般職員も含めた各委員会で事業計画案に関する内容が検討され、更に運営委員会において検討され、法人の経営委員会で最終決定されるしくみとなっている。 ●事業計画の進捗状況等は、園長や上司から適時会議で報告をしている。		
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＞ ●家族会において事業計画を家族に説明している。 ●年間行事などの予定を館内に掲示している。口頭で伝えたり、関係する資料の配布、イラストや写真、ルビ振り等を行い、利用者に伝わりやすいよう工夫をしている。		

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＞ ●中長期計画・事業計画が策定されており、計画に沿ってPDCAサイクルに基づいて取り組んでいる。中長期計画・事業計画がPDCAサイクルによって実施されていることを、全職員に説明をしている。 ●チェックリストの実施、全職員を対象とした目標チャレンジシート（人事考課）を実施している。		
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。	a・b・c
＜コメント＞ ●職員から出てくる意見・企画等は意見ノート・データに記載される。 ●明確となった課題を関係する各会議に諮り、対応・改善策を検討し、決定事項は1週間以内に議事録を掲示し、周知をしている。		

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
<コメント> ●人事考課制度において、管理者の役割が明確化され、実践がなされている。 ●管理者による事業経営方針がホームページに記載されている。 ●就業規則の中の「等級基準書」に等級・クラス区分、対応する役職、期待像、求められる行動、職務遂行能力が明文化されている。 ●災害用BCP、感染症BCP等に、対応主体、対応事項、担当者、代行者などが明文化され、有事の際の管理者の権限移譲が明確に提示されている。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●社会福祉法人経営者協議会、群馬県、労働局などの定例会議・研修に参加し、遵守すべき法令について把握されている。 ●法令・規定規則等に変更等があった場合には、管理者より会議や申し送りを通し、職員に周知されている。 ●役職者、各職員が参加した研修等は管理者に報告されることで、法令等の理解がなされている。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●職員研修委員会が設置されており、委員会において福祉サービスの質に関する施設内外の幅広い研修に職員個々人が参加できるよう計画を立て、参加できる機会を設けている。 ●管理者は職員研修委員会に参加し、福祉サービスの質の向上についての改善点を把握し、職員の教育に繋がるよう対応を行なっている。 ●福祉サービスに関する課題等がある場合には、個別支援会議等で話し合い、評価・分析・改善に努めている。		
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)・b・c
<コメント> ●経営状況等を毎月分析し、職員会議で収支報告を行い、経営改善に向けた取り組みを行うよう周知を図っている。 ●法人でえるぼし認定を取得しており、女性職員が働きやすい環境を整備している。 ●運営に関する施設支援業務改善委員会を踏まえ、法人の経営会議で諮ることができるよう管理者が対応をしている。 ●勤務・支援状況等を踏まえ、人員配置等については法人内で検討の上、実施している。		

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。	(a)・b・c
<コメント> ●人事考課制度が導入されている。就業規則に「人事考課規程」が定められており、マニュアルも整備されている。目標チャレンジシートを活用し、各職員の業務目標が示され、それに基づく目標設定面談～自己評価～一時考課者面談～二次考課者面談を踏まえ、考課者会議で考課がなされている。 ●職員研修マニュアルが整備されており、「職員研修年間予定」が設定され、階層別研修が年間を通して定期的実施されている。 ●技能実習生の受入れの実施、障害者雇用を積極的に実施しており、法人全体では法定雇用率を達成している。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c
<コメント> ●期待する職員像、人事基準が明確に定められ、周知が図られている。 ●異動についての希望を毎年度受け付けており、昇格等の基準については等級定義が定められている。 ●職員個々人の取得資格も含めて、人事基準による検討を実施している。 ●人事考課制度が導入されており、職員の成果を評価・分析する基盤が整備されている。また年間の自己評価表があり、仕事の成果や貢献度について職員が評価できるようになっており、それに基づく人事考課を実施している。		
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組んでいる。	(a)・b・c
<コメント> ●就業規則、慶弔規程等が整備されている。 ●公休、有給休暇・育児休暇などの取得状況や就業状況を常に把握している。 ●毎月、希望休を職員から申し出てもらった後、シフトによる勤務体制を決めている。こどもに関することや親の介護等がある職員には、ワークライフバランスを考えた勤務体制を考慮し、働きやすい職場を作っている。 ●健康診断、ストレスチェックを定期的に行い、職員の心身のケアに配慮している。 ●虐待防止委員会による「虐待防止徹底のためのルール」の一つに、“プライベートではストレス解消に努めましょう”を謳い、ストレス軽減を図っている。 ●園長面談を年1回行い、職員の勤務・休暇等の希望や業務改善などに関しての話を聞く体制を図っている。 ●身体への負担軽減を目的のひとつとして、ICT機器やリフトを導入し、対応をしている。		
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)・b・c
<コメント> ●就業規則に人事考課規程、マニュアルがあり、期待する職員像、行動基準が階層別に設定されている。 ●人事考課制度により、職員一人ひとりの目標管理の仕組みが構築されている。		

●職員が立てた目標設定は項目・水準・期限に沿って、上司と面談時に設定内容に関する修正やフィードバック等が、年間の業務計画の中に定められ、実施されている。		
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)・b・c
<コメント> ●基本方針に、経験年数に基づく「期待する職員像」が明記されている。 ●職員研修委員会による研修計画に基づき、定期的に職員研修が実施され、評価・見直しを行っている。 ●新任職員・技能実習生のマニュアルが整備され、毎年見直しを行っている。 ●参加したい研修等の希望を上位者が聞き、参加に繋げている。参加後は職員会議で伝達研修を実施している。施設内研修は1つの研修につき複数回開催し、全職員が必ず参加できるよう勤務体制等の調整をしている。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●経験年数や職位を考慮した階層別研修やその他の専門研修へ参加できるよう対応・調整をしている。 ●等級基準書に、受講を求める内外部研修を明記している。 ●外部研修に関する研修実施予定等の資料の情報提供（掲示・回覧等）を適時行っている。 ●様々なテーマの研修に参加できる機会を設け、参加の偏りをなくすよう配慮している。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●教育職員免許による介護等体験の実習生、技能実習生を積極的に受け入れている。 ●実習生受入マニュアル、技能実習生委員会マニュアルがあり、個々の実習生に合わせた実習内容・指導方法が整備されている。 ●技能実習生、介護福祉士養成学校実習の実習指導者を配置している。 ●実習プログラム内容は養成校の要望を反映させて作成している。養成校と継続的な連携維持の為、随時連絡や実習開始前、実習巡回時時に連絡を取り合っている。		

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。	a・b・c
<コメント> ●ホームページ、パンフレット等に法人・施設の理念や基本方針、事業計画等を掲載している。 ●苦情、相談等は、相談窓口を設けている。 ●法人内の広報委員会により、広報等に関する内容を検討しているほか、ホームページ、Instagram、フェイスブックに各情報等をアップロードしたり、広報誌「桐花園だより」を年4回発行し、関係する行政・医療機関、施設、特別支援学校、地域の回覧版、家族に配布している。 ●施設内に、事故検討報告、ヒヤリハット、インシデントを掲示しているほか、ヒヤリハット専用ファイルも設置されており、いつでも閲覧できる体制となっている。		
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。	a・b・c
<コメント> ●事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌、権限・責任等が明確され、公正かつ透明性の高い経営に繋がっている。 ●外部専門家による監査の実施、会計監査を毎月実施している。 ●群馬県の定期的な監査を受け、指導指示等のあった部分は、職員に周知を図り、対応している。 ●会計責任者・金銭係には、辞令を交付して周知を図っている。 ●役職者及び金銭係のみ、金銭等に関する専用システムに入ることができる仕組みとなっており、管理を徹底している。		

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。	(a)・b・c
＜コメント＞ ●理念、中長期事業計画に「地域に選ばれる施設となるために、地域医療福祉の向上」が謳われている。 ●地域にある商業施設、行政機関などの社会資源に関する情報、地域で行われるマラソン大会・ポッチャ大会などの行事に関する情報を、館内に掲示する等を実施している。 ●双葉会まつり等法人の季節に応じた行事について、事前に広報誌・ホームページ等に情報を掲載して周知を図り、地域住民の参加に繋げている。 ●法人の行事には地域の方に参加してもらっている。 ●介護タクシーや有償送迎ボランティアの利用も実施している。		
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。	(a)・b・c
＜コメント＞ ●ボランティア渉外係が設置されており、業務委員会渉外マニュアル内に「各種ボランティア受け入れマニュアル」が整備され、ボランティア受け入れ体勢が整えられている。ホームページに記載もしている。 ●事業計画書に地域貢献活動（ボランティア・講習会・避難訓練）が明記されている。 ●ボランティアに入る方には、登録手続き、利用者に関する事前説明などの指導研修を実施している。 ●市のボランティアセンターに登録し、ボランティアの依頼・募集等を実施している。 ●広く実習生を積極的に受け入れ、養成教育への協力を行っている。		
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)・b・c
＜コメント＞ ●社会資源マップが作成され、館内に掲示されている。 ●職員会議時に、支援上必要な社会資源に関する情報共有を図っている。 ●組織をあげて特別支援学校等との連携や、桐生市社会福祉協議会が中心となった市社会福祉施設連絡協議会、地域連携推進会議を介し、関係機関との連携を図っている。		
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。	(a)・b・c
＜コメント＞ ●地域の福祉施設や特別支援学校、各事業所が参画する防災会議や利用者へのサービス向上を目的とした会議に参加し、情報交換・共有、交流、課題の把握に努めている。 ●利用者、利用者の家族、地域の関係者、市町村担当者等が参加する地域連携推進会議を行い、福祉ニーズ等の把握をする取組体制が整備されている。		

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。	(a)・b・c
＜コメント＞ ●渡良瀬クリーン作戦に利用者・職員で参加している。 ●地域の町内会、婦人会、民生委員児童委員、スポーツ団体等に対し、生産活動時に作製した物品等を、各イベント時に販売や展示等の機会を設けることで、施設の事業・活動を認識してもらっている。 ●災害時の備蓄品があり、避難場所として活用できる体制が整えられている。 ●地域貢献に関わる活動、地域コミュニティの活性化、まちづくり等の計画や活動には取り組めていない。		

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)・b・c
<コメント> ●理念・基本方針・倫理綱領などに、利用者を尊重した福祉サービスの実施に関する内容が明示されており、パンフレット、ホームページ、その他関係する印刷物に掲載されている。 ●個々の福祉サービスの標準的な実施方法は、個別処遇マニュアルに記載されている。 ●チェックリストや虐待防止アンケートの実施、個別支援会議等により、定期的に状況の把握・評価を実施し、必要な対応が図られている。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●プライバシー保護に基づいた支援を実施することがパンフレット・ホームページ等に記載されている。 ●利用者・家族にプライバシー保護を周知し、同意書をいただいている。 ●職員の入職時にプライバシー保護に関する研修を実施している。 ●居室（多床室）は、仕切りカーテンの活用やタンス・床頭台の配置を工夫してプライバシー確保に努めている。 ●入浴・排泄・更衣・移乗など、同性介護を原則としたサービス提供を行っている。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●パンフレット・リーフレットがあり、理念・基本方針など施設の特徴や支援内容を、どなたにも分かりやすいよう図、絵などを活用して作成されている。 ●パンフレット・リーフレットは玄関先、館内に設置・掲示されている他、外部の研修や会議で配布をし、協力医療機関にも設置している。 ●利用希望者の見学・体験入所の対応等の対応を実施している。その際、利用者本人・家族にサービス内容等の説明を実施している。		
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
<コメント> ●サービス開始・変更時に、利用者の自己決定を尊重した対応を実施している。 ●利用者・家族等には、書面及び口頭により、内容が理解しやすいよう対応の工夫や配慮を行っている。文字や口頭での説明で伝わりにくい場合には、写真・イラスト・実物をみってもらう等の対応を実施している。 ●伝えた内容等は、記録を取り、署名をいただいている。 ●意思決定支援マニュアルが整備され、意思決定支援を実施している。利用者本人への聞き取り（アセスメント）を行い、個別支援計画の総括欄に意思決定支援の内容を記載している。		

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
＜コメント＞ ●移行時には情報提供書を基に、処遇マニュアルやサマリー等を整備し、他施設等との引継ぎを実施している。 ●利用者、他施設等に不利益が生じないよう配慮している。 ●サービス終了後も相談できる窓口・体制を整えている。説明は口頭で行っており、今後内容等を文書にして渡すこととしている。		
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
＜コメント＞ ●年2回定期的なモニタリング、毎月の個別支援計画会議・意思決定支援会議、自治会役員定例会議（年4回）、個別面談、各イベント後のアンケート実施、意見箱設置、家族会会議などを定期的の実施している。 ●上記内容には利用者・職員が参加し、意見・要望等を伺うことができている。把握した内容等は施設支援業務改善委員会などで分析・検討・改善に繋げている。		
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。		
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
＜コメント＞ ●苦情解決マニュアルの整備、サービス向上苦情解決委員会の運営、苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員の氏名・役割などを記載した掲示物を館内に掲示する等により、苦情解決体制がある。 ●苦情の内容については利用者本人と、担当者や委員会で話し合われ、記録に残し、再発防止に繋げている。 ●記録は利用者本人、家族等に渡している。 ●個人情報に配慮し、苦情内容や対応等について、館内掲示をしている。		
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
＜コメント＞ ●利用者からの相談を受ける際は、会議室・相談室・多目的室などを活用することで、相談しやすい、意見を述べやすい環境への配慮をしている。 ●相談、意見などの申し出に関する対応等については、重要事項説明書に記載され、館内掲示している。 ●利用者の身体状況等により、意思伝達装置や写真、イラスト等も活用している。		
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
＜コメント＞ ●利用者に対応する際は傾聴に努め、利用者が相談・意見を言いやすいよう配慮している。 ●館内に意見箱の設置、行事实施後にはアンケートを取るなどの実施をしている。 ●いただいた相談や意見については、利用者自治会に意見を求めたり、施設支援業務改善委員会で検討することを実施している。 ●相談や意見に関する内容は記録に残しているが、相談・意見への対応や検討など、手続きやフローを示したマニュアルは整備されていない。		

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。	(a)・b・c
<コメント> ●リスクマネジメント委員会が設置されており、責任者の明確化及び委員会が定期に実施されている。 ●夜間緊急時対応入院時急変マニュアル、事故発生マニュアル、車両取扱マニュアル等が整備されており、事故発生時の対応や手順の明確化、職員への周知が図られている。 ●リスクマネジメント委員会では、収集された事例をもとに分析、改善策・再発防止策の検討を行っている。 ●全職員を対象とした研修（危険予知トレーニング・シェルモデル等を活用した研修）を実施している。		
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
<コメント> ●感染症対策委員会が設置されており、責任者・役割を明確にした管理体制が整備されている。 ●感染症BCP、感染症対策マニュアルが作成され、研修を通し職員への周知徹底を図っている。 ●見直しの上、マニュアル内容に変更等が考えられた場合には、変更・更新を実施している。		
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
<コメント> ●防火・防災委員会が設置されており、定期的な会議を実施している。 ●災害時のBCPが定められており、研修を実施し、周知を図っている。 ●地域のハザードマップを活用し、災害影響を把握している。その上で、年に数回、地震や河川氾濫など、あらゆる災害を想定した、避難・消火訓練や職員間の継走訓練等、普通救命講習を実施している。 ●備蓄品リスト、非常用発電機等の非常時対策物品をリスト化して整備している。		

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。	(a)・b・c
<コメント> ●施設入所支援・生活介護・短期入所の各障害福祉サービスについて、パンフレット・ホームページに記載されている。 ●利用者一人ひとりへの支援実践の標準は、個別処遇マニュアルに記載され、ファイルの使用やデータ管理することで、いつでも閲覧可能な状況となっている。 ●プライバシー保護については、個別面談や家族面談の際に、説明を行い書面で同意を得ている。 ●新人職員の採用研修時に、個別処遇マニュアルを活用した、標準的なサービスの提供について指導し、評価を実施している。		
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)・b・c
<コメント> ●福祉サービスの実施方法については、利用者一人ひとりの個別支援計画を基にサービスが実施され、半年に一度モニタリングにおいて見直しを行い、それを踏まえて個別支援会議等で内容の評価を行う等、定期的にサービスの見直しを実施している。 ●利用者本人が個別支援計画会議に参加し、意見を述べる機会を設けている。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●個別支援計画策定の責任者（サービス管理責任者）を設置している。 ●個別支援計画マニュアルが整備されており、一定のフロー（アセスメント～内容確認～個別支援会議～ケアカンファレンス～承認）を明確化し、個別支援計画が策定されている。 ●半年に一度、個別支援計画の評価を行い、本人参加による個別支援計画・意思決定支援会議を実施し、今後の生活や課題・意見等を聞いている。そのうえで、ケアカンファレンス会議を実施している。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●個別支援計画マニュアルに従い、年2回個別支援計画のモニタリング、再アセスメント等を実施している。 ●疾患による体調の変化、身体機能の変化による介護実践方法など、利用者の心身状況等の急な変更があった場合にも、緊急に打合せを行い、即支援実践を実施する体制がある。 ●評価・見直しにより変更等があった場合には、会議録・データで情報共有を図っている。		

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。	a・b・c
<コメント> ●「介護支援記録システム」が導入されており、生活日誌、当直日誌、日中活動の参加など利用者の生活状況、個別支援計画について、組織が定めた様式に記録を行い、職員全体が把握できるようになっている。 ●記録・記述内容に関して、職員個々人に役職者が指導を行うことで、記録・書き方に差異が生じないように対応をしている。 ●「・・・」は職員、『・・・』は利用者の発言で記録する等、全職員が読みやすく、見やすい記録となるよう工夫をしている。		
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・b・c
<コメント> ●文書に関する規程が整備されており、それに従い5年・10年・永年保存等の管理を実施している。 ●園長が記録管理者となっている。 ●個人情報保護については個別面談時に利用者・家族に説明し、ホームページやSNS等に掲載する場合の同意文書にサインをもらっている。 ●採用時研修において、記録マニュアルに基づいた研修を実施しているほか、意思決定支援研修や虐待防止研修などの各研修時にも、記録に関する説明を行っている。 ●日頃の業務における記録においては、役職者が内容等を確認の上、必要に応じて助言・指導を実施している。		

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。	(a)・b・c
＜コメント＞ ●基本方針に、利用者一人ひとりの意思を尊重と明示している。 ●意思決定支援マニュアル、個別支援計画マニュアルが整備されている。 ●マニュアルに従い、年2回利用者と直接モニタリングを実施している。その際、希望や意見等を伺うことを通し、利用者の自己決定を尊重した対応を実施している。 ●意思決定支援シートを基に、可能な限り本人の希望を具現化する体制を取っている。 ●外部業者による月2回の理容サービス・月1回の美容サービスを実施している。 ●嗜好品については、主治医に確認の上、希望者は摂取できる体制をとっている。 ●利用者からの意見等、必要があれば利用者自治会との話し合いを行い、運営委員会に伝える機会がある。		
A-1-（2） 権利擁護		
A②	A-1-（2）-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	(a)・c
＜コメント＞ ●権利擁護規程が整備されている。また虐待防止委員会による「虐待防止徹底のためのルール」が明文化されている。 ●苦情解決マニュアルの整備、サービス向上苦情解決委員会の運営、苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員など、権利擁護に関する体制が整えられている。 ●職員会議時に、職員全体で虐待防止のためのルールの唱和を行なっている。 ●全職員対象に虐待チェックシートを年1回実施している。不適切ケアについてグループディスカッションを実施することで、権利擁護について職員間で検討する機会を設けている。 ●身体拘束が必要な場合には、家族に説明の上、同意書にサインをもらっている。その上で身体拘束を実施した際は必ず所定様式に記録を取ることとしている。身体拘束の実施が必要か不必要かを個別支援会議等で検討している。		

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。	(a)・b・c
＜コメント＞ ●基本方針に、自律・自立の意が示されている。 ●意思決定支援マニュアル・個別支援計画マニュアルに、利用者の要望・意見などを尊重することが明文化されている。 ●利用者の心身状況や生活習慣等を把握し、本人が実施できることは見守り、必要な事は支援実践をする等の対応を図っている。安全に配慮した支援を行っている。		

●地域移行希望の方については、家族にも意向を確認の上、金銭の対応方法・知っておく必要性のある社会資源の情報を提供するなど、必要な訓練や準備を行っているほか、グループホームの見学・その他移行に必要と思われる情報提供を実施している。		
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。	(a)・b・c
＜コメント＞ ●コミュニケーションが困難な利用者については、生活歴を良く調べ、家族に聞き取りをすること、日頃の本人の生活等の様子の観察等をして情報収集し、嗜好・価値観・親しみのあるもの等を見出し、できる限り本人の要望等に繋がる支援を実施している。 ●月曜日～金曜日の昼食前に口腔訓練を実施している。 ●意思伝達装置や文字盤を活用し、本人の目線を読み取ることやジェスチャー、その他写真やイラスト等を活用した表現方法、画像を見ていただくなど、コミュニケーションツールの選択肢を広げて対応をしている。 ●コミュニケーションは利用者1に対し、職員1人で対話ができるよう対応をしている。		
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。	(a)・b・c
＜コメント＞ ●個別支援計画・意思決定支援会議に、利用者本人に出席していただき、意思表出いただく体制を取っている。 ●利用者から相談や希望があった際には、多目的室などを活用することで、個別にゆっくりと話ができる環境を整備している。 ●要望等、個別対応や施設の支援として実施が必要な内容等は、上位者に報告、必要に応じて施設支援業務改善委員会に諮り、対応が実施できる仕組みとなっている。		
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。	(a)・b・c
＜コメント＞ ●日中活動委員会があり、年6回の定例会議で季節を感じていただく行事・活動を検討の上実施している。 ●行事後にアンケート調査を行い、行事内容等の見直しを行い、その後の内容等に活かしている。 ●利用者一人ひとりの希望を聞き取り、希望する日中活動等への参加ができるよう対応をしている。 ●地域で行われるポッチャ大会・マラソン大会などへの参加をすることや、地域のさまざまな文化的な生活、レクリエーション、余暇、スポーツなどに関する情報提供を館内に掲示し、参加できる機会を設けている。 (魚の解体ショー・そば打ちやかき氷・動物とのふれあい・ストレッチ・映画鑑賞・職員考案のものなど)		
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。	(a)・b・c
＜コメント＞ ●障害に関する専門知識の習得のため、内外部の研修への参加を計画的に実施している。参加者は伝達研修を実施することとなっており、周知を図っている。 ●利用者の状況は、システムに記録し全職員で共有している。障害や行動など、障害特性に合った支援の提供に繋がるよう、施設支援業務改善委員会で検討を実施している。 ●利用者間のトラブル等があった場合には、職員が速やかに介入して対応をしている。またトラブルなどにならないよう、利用者間の関係性を考慮して、居室や食堂の座席の変更は、常に実施している。		

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。	(a)・b・c
<コメント> ●年1回の嗜好調査・年6回給食委員会において、利用者の嗜好を考慮し、献立作成や特別献立の企画、年2回外注食を計画し、おいしく楽しく食べられるよう工夫を行っている。咀嚼が十分にできない、嚥下障害がある方、体調不良の方などが安全に摂取できるよう食形態の対応を随時行なっている。 ●利用者の体調等に合わせて入浴していただく時間を設定することや、入浴ができない場合には全身清拭の対応を実施している。 ●排泄は下剤を調整することで排便コントロールし、皮膚疾患等にならないようオムツ交換等のケアを行っている。 ●移乗は生活場面に応じてリフトを活用している。 ●利用者一人ひとりの身体機能、障害状況等に合わせたA D L面の介護については、個別支援計画に記載し、支援統一を図っている。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●館内清掃は毎日実施している。利用者居室の整理等は担当職員が月に一度実施している。定期的な居室清掃やコンセント周りのチェックは、防災委員会が対応をしている。 ●多床居室は、個人スペース確保のため仕切りカーテンを活用しているが、安眠の妨げとなる大声・奇声などがあった場合には、一時的に居室を移動していただく等の対応を実施している。 ●情緒不安定等になった場合には、一人で居られる居室へ誘導し、気持ちを落ち着かせるよう働きかけている。 ●冷房時は27℃温度設定・70%湿度設定、暖房時は22℃温度設定を基本としているが、利用者希望により都度空調の対応を実施し、毎日10時30分・15時30分に換気を実施している。 ●ハード面は変えられないが、その生活環境の中で工夫は行っている。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●医療処置・生活目標・リハビリプログラムが記載されたリハビリテーション機能訓練指示書に基づき、利用者が週1回リハビリを受けられる体制を整えており、理学療法士、作業療法士が対応を実施している。 ●リハビリテーション実施計画、リハビリ内容・生活目標を説明・同意の上実施し、半年毎に検討・見直しを行っている。 ●昼食前の口腔訓練を実施のほか、運動器具を整備し、いつでも筋力トレーニングができるようになっている。		
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。	(a)・b・c
<コメント>		

●毎日検温実施、定期的なバイタルチェック、月１回体重測定を行い、利用者の状況に合わせた体調管理に努めている。 ●体重の変動や食事摂取量により、栄養補助食品を提供する等の対応を実施している。 ●週１回、嘱託医の往診がある。 ●緊急時マニュアルが整備されており、利用者の体調変化等に対して、迅速に対応できるよう、直ぐに閲覧できるよう職員室内に配備している。 ●夜間帯などは看護職員や当直医師と速やかに連絡がとれるよう、連絡先などを周知している。 ●１時間毎に排泄状況を記録し、健康状況の把握に努めている。 ●年４回看護職員による医療的ケア研修を行っている。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●看護職員による個別支援計画が作成されている。 ●投薬マニュアルが整備されており、時間帯により違う色を薬袋に付ける、配薬者・対応者の設定、呼名などを細かくルール化し、事故防止に繋げている。服薬等の管理は全て看護職員が管理し、薬を飲んだ後のダブルチェックも行っている。 ●毎月、職員会議において医療的ケア研修を実施している。 ●医療的ケア（吸引等）については医師の指示のもと、資格のある生活支援員が行っている。 ●看護職員からの研修で、吸引、経管栄養、吐物処理、ガウンテクニック等を定期的実施している。 ●アレルギーのある利用者については、医師の指示により適切な支援や対応を実施している。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●外部の施設への見学会等の実施、語学や漢字の学習を希望する利用者への対応を実施している。 ●利用者が希望した場合には社会参加・学習ができるよう情報提供をしている。 ●保育園との交流（シャボン玉パフォーマンス）、ポッチャ大会・マラソン大会、将棋交流、書道検定、語学学習などへの対応を実施している。各情報は生活支援員がチラシやポスターなどを館内掲示して情報提供し、意向を伺い対応をしている。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●地域移行に関するマニュアルが整備されており、地域移行計画書を作成している。 ●地域移行について聞き取りを実施している。希望者にはグループホームの見学や、情報提供を実施している。 ●地域移行の具現化に関する課題を明確にし、その解決に向けた支援を行っている。調理や洗濯などを利用者が自分で実施できるよう声掛けをするなど、自分でできることは自分で実施できるよう促しをしている。 ●地域生活の意欲を高める支援や声掛け、生活体験（買い物、金銭管理など）を実施している。		
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。	(a)・b・c
<コメント> ●家族会、家族懇談会、個別面談に同席をしていただくなど、家族等との連携・交流、家族支援を実施している。 ●面会時にも、生活や健康のことなどを伝えている。 ●利用者・家族の希望に応じて面会や、一緒に外出ができるよう対応を図っている。 ●利用者の体調不良や急変時には家族への連絡・報告のルールを明確に示し、いつでも連絡等ができる体制となっている。 ●家族のレスパイトを目的としたショートステイの利用対応を実施している。		

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	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>		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	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>		
A⑱	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>		
A⑲	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	a・b・c
<コメント>		