

## 福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
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	設立当初の理念を事務所や各ホームに掲示すると共に全職員が名札の裏にコピーを入れいつでも確認できるような体制になっています。また、朝礼時には理念の唱和を行うことで理解を深めています。法人として外部への周知活動としてホームページを作成していますが現在更新が停止しています。法人の理念や基本方針を掲載したホームページとなることで、外部への周知に繋がることを期待します。
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	社会福祉事業全体の動向については代表が把握し、コスト分析や利用者の推移・利用率等の分析が行われています。行政との関わりと同時に医療機関からのニーズが多く、地域のニーズやデータを収集するまでに至っていません。地域の特性上の課題を把握し地域に理解が深まることを期待します。
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。	b	ワムネットにて財務の開示を行い、税理士に相談しながら運営を行っています。事業計画の策定は年3回の職員評価と面談の中で職員の意見を吸い上げ、年度末に施設長、サービス責任管理者、代表にて次年度の事業計画が策定されています。現在、事業所内の書類の様式を変更し同法人内施設との共有化を進め作業の効率化を目指しています。今後は課題としている人材育成等を含めた職員の参画を期待します。
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。	c	単年度の事業計画のみ策定しており、今後は3ヶ年計画を策定する方針です。策定した事業計画と事業報告の全職員への周知を望みます。
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。	c	単年度の事業計画のみ策定しており、今後は3ヶ年計画を策定する方針です。策定した事業計画と事業報告の全職員への周知を望みます。
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	事業計画の策定は事業所独自の年3回の職員評価表にてコメントを記入後、面談の上で職員の意見を吸い上げています。年度末（1月頃から）に施設長、サービス責任管理者、各委員長にて次年度の事業計画の原案が策定され、それを基に代表が策定しています。前年度の事業報告書が作成されるまでに至っていません。今後は事業報告・事業計画ともに職員への周知を図り理解が深まることを期待します。
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。	c	家族へは毎月利用者の状況等を便りにて知らせていますが、事業計画を説明するまでに至っていません。生活保護受給者が多いことから「家族会」の開催も難しく、利用者に対しては個別に意見を聞き事業計画に反映しています。今後は利用者・家族へのアンケート等による満足度調査を行い計画への反映と理解を深めることを望みます。
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。	b	施設長を中心とした体制が確立されており、次年度の事業計画策定時に自己評価を行い計画に反映しています。評価結果は代表や施設長がまとめ把握しています。評価結果を職員参画のもと分析・検討する場を設けることを期待します。

## 福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
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。	b	年3回の職員評価表や面談にて課題を把握しており、すぐに反映できることから取組み、長期にわたって取組が必要な事項は事業計画に反映しています。今後は課題等を含めた事業報告書等にて職員間での共有が図られることを期待します。
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	事務所内に掲示された職務分掌により施設長の役割と責任が明確にされています。また、施設長不在時はサービス管理責任者が代行する体制になっています。施設長の役割と責任に伴った意思表示は朝礼時に表明し理解を図っています。
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	施設長は必要に応じて遵守すべき法令等の掲示を行うことで職員の周知を図っています。施設長は県の「リーダーシップ研修」等に参加し、研修報告書を残し職員へ伝えています。
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	事業所独自の年3回の職員評価表に代表が評価コメントを記入した物を基に管理者が面談を行っています。職員評価表には職員一人ひとりの年度目標・反省点・自身が事業所に貢献していること・事業所への要望・現在の業務が自分に合っているか等の項目もあり、それぞれに自由に記入ができるようになっています。管理者は職員評価表を人事考課としています。
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。	b	代表と管理者は職員評価表のコメントにより職員の要望や改善点を把握し、職員の働きやすい環境整備に努めています。今年度は業務様式を見直し同法人内施設との連携を図り職員の負担軽減に取り組んでいます。今後は人員配置を含め更に職員の働きやすい環境になることを期待します。
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	事業計画の中で「目指すべき職員像」を明確にし、必要に応じてハローワークを利用した求人活動を代表・施設長・管理者と話し合っている。職員の育成に関しては資格手当の増額や各福祉系資格取得に向けた説明・公的な助成金の紹介等を行っている。
II	2	(1)	②総合的な人事管理が行われている。	b	事業計画のなかで「目指すべき職員像」として明確にしています。職員評価表にて年3回の評価と面談を行い職員が自らの姿を振り返ることができています。職員評価表で評価基準を明確にしています。
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。	b	有給休暇に関しては給与明細に取得状況を掲載し、各職員が把握できるようになっています。また、有給休暇管理表の共有にて代表及び施設長・管理者による取得に向けた促進も行われています。福利厚生として年1回の健康診断を実施し職員の健康管理に努めています。今後は中長期計画を基に計画的な人材確保により、更に働きやすい環境作りに取り組まれることを期待します。
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	年3回の職員評価表の提出により職員一人ひとりの目標設定が明確にされており、都度の管理者による面談や代表からのフィードバックにて進捗状況や目標設定を再確認できるようになっています。

## 福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
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。	c	年度事業計画の中で「目指すべき職員像」を「他人のせいになしな。自立（自律）した職員」とし、組織が職員に必要としている資格と共に明確にしており、代表及び管理職で共有していますが事業報告として記録に残すまでに至っていません。各種委員会を設置し定期的に委員会の中で研修を行い、職員間での共有がなされています。今後は中長期計画を基に単年度の事業評価や見直し、職員との共有・計画に基づいた研修の実施を望みます。
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。	b	キャリアパスを整備し国家資格受験に向けた勤務調整や資格手当を手厚くすることで、職員が資格取得に向けて積極的に取り組む機会を確保しています。資格の修了証の写しを保管することで個別の取得状況を把握しています。OJTは随時行っており、外部研修を受講後は研修報告書にて全職員で共有しています。今後は事業計画に沿って計画的な人材育成を期待します。
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、積極的な取組をしている。	c	現在、実習生等を受入れる専門職が不在のため受け入れ体制が整っていません。今後は実習生等を受入れることができる体制作りを行い、事業所の人材確保に繋がることを望みます。
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。	c	事業所としてホームページは作成されていますが現在更新が停止している状況です。事業所の基本方針やサービス内容財務状況等の情報はフムネットにて公開されています。今後は地域に向けて活動等の情報公開がなされることを望みます。
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。	b	事業所の財務状況については税理士の助言が得られています。財務状況はフムネットにて公開し、代表により定期的な確認が実施されています。利用者の小遣いに関しては事務で個別に出納帳をつけ毎月残高確認と家族への報告をしています。職務分掌は明確にされていますが、全職員への周知までに至っていません。今後は職務分掌の周知により職員の更なる意識向上に繋がることを期待します。
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。	c	利用者は自由に外出したり、できる限り地域との交流を持てるような活動をしています。事業所として利用者への理解を得るため、地域との交流を今後も地道に取り組んでいくことを望みます。
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。	c	地域等の外部に向けたボランティア等の受入れに関する基本姿勢は明文化されておらず、登録手続やマニュアルが整備されるまでに至っていません。今後は基本姿勢を明文化し登録手続やマニュアル等の整備・学校教育等への協力にて将来の人材育成に繋がることを望みます。
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。	b	関係機関・団体の把握については事務所に配置されている牛久市社会資源マップを活用しています。事業所職員が個別に地域のコミュニティの中でネットワーク化に取り組み事業所との連携構築に努めています。退所後の利用者のアフターケアについてもいつでも相談を受入れることができる体制になっています。医療機関との連携は密に行われており利用者の紹介も医療機関からの紹介が多く信頼関係が構築されています。

## 福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
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。	c	利用者のプライベートな生活の場であるため、地域に開かれた場とするのは困難ではありますが、職員による地域での啓蒙活動などに取り組むことを期待します。
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。	c	法人内施設との連携を図り情報交換やニーズの把握に努めています。現在では医療機関との連携が主に実施されています。
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。	b	職員会議やケース会議及び虐待防止委員会にて全職員へ確認をする機会を設けています。虐待防止研修も実施されています。また、常に利用者の安全と健康管理、精神的安らぎを与えられるように配慮をしています。
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。	b	虐待防止に関する研修会を実施しています。委員会にて虐待防止及び身体拘束適正化の指針を策定し利用者一人ひとりに合わせた支援を職員全員で行っています。 家族等には毎月出納帳と一緒に写真や近況を知らせています。今後は、プライバシー保護と権利擁護に関する取り組みについてわかりやすく周知する機会を設けることを期待します。
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。	b	パソコン教室に通っている利用者や就労のための面接を受けている利用者がいて、その活動を温かく見守っています。ホームページが長らく更新されていないので広く多くの人にも広報するために更新していく事を期待します。
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。	b	入所契約書や、付随する重要事項説明書などでわかりやすく記載されています。また、利用者に合わせて説明を実施しています。意思決定が困難な利用者への配慮に関しては今後個別支援を積み重ねていく中でルール化がされることを期待します。
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。	b	法人内で独自のアセスメントシートが作成されており、それを使用した引継がされています。 退所後には相談窓口としての電話番号を知らせていますが文書として渡していないので今後その作成を期待します。
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。	c	第三者評価を受審した結果で今後の取り組みを検討する予定です。集計された利用者アンケートを参考に検討されることが望まれます。
Ⅲ	1	(4)	①苦情解決の仕組みが確立してお、周知・機能している。	b	各ホームの苦情解決対策マニュアルの掲示がされています。相談・苦情解決（改善）結果報告書の活用が事業所内でのみ共有となっています。今後ホームに貼りだすなど利用者、家族等に公表していく事を期待します。
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。	b	利用者が相談や意見を述べやすいよう文書を作成し玄関内に掲示しています。個別に相談室を確保し、それぞれ話しやすい職員に話ができるようにしてるとともに個人情報を守られる環境にあります。

## 福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
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る。	b	意見箱を設置し利用者への周知は口頭で行っています。苦情解決対応マニュアルが整備され、日頃の利用者からの相談や要望は日報や引き継ぎノートを利用し職員間で共有を図っています。職員が共通意識を持つためにも定期的な見直しをすることを期待します。
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。	b	B C P 検討委員会を設置し年 2 回委員会が行われています。緊急連絡網が各ホームに掲示され、ヒヤリはっと・事故報告書等にて職員への周知を図っています。定期的な研修にて職員の意識の向上に繋がることを期待します。
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。	b	感染症対策委員会を設置し年 4 回委員会の開催と研修が行われています。毎朝の体温測定・発熱者対応シートの活用。急変時は嘱託医へすみやかに相談できる体制になっています。
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やっている。	c	B C P 検討委員会にて研修が年 2 回行われています。緊急時対応マニュアル・消火器・自動火災通報システムが整備され、緊急連絡網が周知されています。地域との連携にて利用者の安全が更に確保されることを期待します。
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明文化され福祉サービスが提供されている。	b	新入職員に対して新入社員資料を策定し標準的支援、職員としての姿勢や守るべき事項を定めています。またそれを入職時に渡して説明しているとともに全職員に配布しています。
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。	b	サービス担当者会議録を開催し半年ごとに見直し・検討が実施されています。計画作成に関しては事業所独自のアセスメントシートにて詳細に利用者の状況を把握し、日々の日報や引き継ぎノートから職員の意見を反映しています。管理者によるサービス提供場面の巡回を行い、点検にあたっています。
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	法人として独自のアセスメントシートが作成され個別のアセスメントが実施されています。シートにはすべての情報がまとめられ個別の支援計画策定の他、他事業所へ異動する際にも活用されています。
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	独自のアセスメントシートを活用して課題を明確にした個別支援計画が策定されています。職員会議やケース会議にて定期的な見直しがされています。
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。	a	申し送りノートで情報共有をしています。職員が日中活動と兼務しているので情報の流れはスムーズに行われています。各グループホームでは、毎週利用者の様子を文書にて報告し、都度電話にて詳細を確認するなど、連絡方法を定めることで情報の漏れがないように工夫をしています。
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。	b	個人情報に関わる物は事務所を施錠することで管理されています。また、個人情報の取扱については契約時に重要事項説明書にて説明し同意を得ています。全職員に「日報の書き方」を配布し記録管理の責任者は施設長としています。プライバシー保護に関するマニュアルの整備とマニュアルに沿った定期的な研修の実施に期待します。

### 福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
内	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	利用者が休日に外食に行きたいときなどは食事の提供を止め、好きな店や場所を決めて出かけています。利用者の状態に合わせて、日中活動中に職員と一緒にいくなどして自ら買い物ができるよう支援しています。
内	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	「虐待防止のための指針」「身体拘束適正化のための指針」が整備され各食堂に掲示されています。虐待防止委員会・身体拘束適正化委員会を設置し、年2回の委員会の開催、年3回の研修が行われています。
内	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	利用者に対し自律・自立生活が来ています。お金の管理はほぼ全員事業所で行っていますが、数名は自己管理をしている利用者もいます。それぞれの特性に合わせて管理し、嗜好品の購入なども注意をしながら支援をしています。
内	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。	b	機器を利用したコミュニケーションを必要とする利用者は居ませんが、職員は利用者それぞれの特性を共有し、共通した意思疎通の仕方を大切に実施しています。
内	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	個別面談は利用者の希望があれば随時行っています。また、アセスメントシートを活用し年に2回の個別支援計画の見直し前にも個別面談を実施しケア会議にて決定し個別支援を行っています。利用者の要望によりサービス内容が変更になることもあります。
内	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	利用者の希望を取り入れた社会参加の行事などを実施しています。就労支援A型に移行したい利用者がいれば対応するなど、希望に合わせて他事業所への変更も対応しています。さらに相談支援事業所を併設して運営しており計画相談の作成も行っています。
内	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。	b	アセスメントを行い、個別支援計画を作成しケア会議を行うという一連の流れの中で利用者一人ひとりに面談を適宜実施し本人の意思に応じた支援を実施しています。
内	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	個別支援計画に基づき利用者一人ひとりの心身の状況に応じた食事や入浴等の支援を実施しています。日中作業所との調整のためのモニタリング及び計画相談策定の面談を行い本人の意向を確認しながら行っています。利用者の体調に応じてお粥を提供する等の配慮がされています。入浴は毎日可能ですが、声かけや見守りが必要な場合は状況に応じて対応しています。浴室入口には使い方や「使用中」の札がありプライバシーが保護され利用者の自立支援に繋がっています。
内	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	ホームを多角的に運営しておりそれぞれのホームごとに住環境や支援体制を利用者に応じて行っています。利用者に見合った場所の提供の為ホームの変更にも対応しています。ホームによっては、独自に設計をし建設も自ら行ったところもあり既存の建物と異なった環境の所もあります。非常時には、法人内の日中作業所の相談室を利用するなど、あらゆる経営資源を活用できる体制となっています。

## 福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
内	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。	b	利用者の心身に応じた訓練等にあたって、往診に来る嘱託医（精神科医）が助言等を行っています。生活支援の一環として自室の整理整頓を利用者自身が行い、清掃等の環境整備は職員が行っています。
内	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。	b	嘱託医による月2回の訪問診療の機会を設けています。内服薬に関してはチェック表を作り本人に手渡しし、すぐに内服してもらうことで確実に内服できる支援と同時に職員による本人確認にて誤薬防止に繋がっています。
内	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。	b	感染症予防研修を定期的に行っているほか、内服薬に関してはチェック表を作り本人に手渡しし、すぐに内服することで確実に内服できる支援と同時に職員による本人確認にて誤薬防止に繋がっています。
内	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	外部のパソコン教室への参加など地域資源の活用を行っています。利用者の自律・自立支援を積極的に行い、買い物外出や行事参加も行っています。参政権行使の支援として選挙の投票への声掛けを行っています。
内	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	過去には自立しアパート生活をした利用者もあり、将来的に自立してアパート生活を希望する利用者への社会資源の情報提供や退所後の相談窓口として電話での対応を行っています。現在は医療機関退院後の生活の場の提供が中心となっています。
内	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	毎月家族へ出納簿の写しと近況の写真等を同封し報告を行っています。入院時の報告もしています。家族からも連絡があり本人とのやり取りを行っています。
内	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。	評価外	
内	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。	評価外	
内	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。	評価外	
内	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。	評価外	