

評価細目の第三者評価結果(障害福祉サービス)

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	コメント
I - 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている			
	① 理念が明文化されている	Ⓐ ・ b ・ c	<p>現在ある信条を理念としている。信条はパンフレットにも記載されている。信条からは、人権尊重及び自立と社会参加など、法人の目指す方向性、考え方が読み取ることができる。理念は、利用者の主体性やエンパワメントの理念に基づいた援助を目指していることが理解できる。</p> <p>基本方針として、「経営理念」「経営方針」「経営目標」「行動指針」が明示されている。基本方針は、理念に基づき作成され、職員の行動規範となるように、「行動指針」も示されている。またこの法人では、「理念はわかりやすく」という考えから、信条を理念としており、信条(理念)が職員の行動規範ともいえるものである。</p>
	② 理念に基づく基本方針が明文化されている	Ⓐ ・ b ・ c	
I - 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている			
	① 理念や基本方針が職員に周知されている	Ⓐ ・ b ・ c	<p>基本方針は、年度終わりに次年度の事業計画の説明をする際に話をしている。職員会議記録や運営会議記録で確認した。理念の周知を目的として、救護施設の全国大会などに参加し、その研修内容を報告会で報告している。今年度は12月1日に実施されている。理念の周知の確認と継続的な取り組みのために毎週月曜日の朝に各部署で信条を唱和している。</p> <p>入居者の方へは、掲示し、懇談会で話をしたりしているが、周知状況の確認は行っていない。そのため、例えば、利用者アンケートなどの取り組みの中で確認を行うなども取り組みが望まれる。</p>
	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている	a ・ Ⓑ ・ c	

I - 2 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
I - 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている			中長期計画は、現在法人として作成中である。今後中長期計画が作成されることで、法人の目標を明確にし、その実現のために組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画が整備されることが望まれる。
	① 中・長期計画が策定されている	a ・ b ・ c	
	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	a ・ b ・ c	
I - 2 - (2) 事業計画が適切に策定されている			事業計画は、事業報告を反映した内容となっており、職員会議で重点事項を説明している。3月26日の職員会議記録で確認した。会議に欠席した職員には重点事項を説明した会議記録を回覧している。計画の進捗状況は、運営会議で話し合われていることを、会議記録で確認した。入所者へは、重点項目を拡大して掲示し、懇談会でも話している。
	① 事業計画の策定が組織的に行われている	a ・ b ・ c	
	② 事業計画が職員に周知されている	a ・ b ・ c	
	③ 事業計画が利用者等に周知されている	a ・ b ・ c	

I - 3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	コメント
I - 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている			
	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 ・ c	<p>施設長の役割は専決規程に記載され、運営会議や職員会議に出席し自分の考えを表明している。また、今年度の広報誌は、1面の文書を施設長が担当し、自分の考えを示している。有事における役割と責任は、職務分担表①や消防計画、各マニュアルなどより確認できる。</p> <p>施設長は、平成26年10月の救護施設の全国大会、平成27年1月の救護施設の北陸中部地区大会などの管理部門研修に参加している。また、法令遵守の取り組みとして、「電気設備保管管理」や「合併処理場維持管理報告」など各専門業者に委託し、各業者がファイル化したものを事務所管理している。職員に対する周知として、各専門委員会を設置し、法令遵守に取り組んでいる。</p>
	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>福祉サービスの質の向上については、全国救護施設協議会の「サービス評価基準」を毎年自己チェックしている。また、全国社会福祉協議会の虐待防止チェックリストを施設として改訂したものも実施している。これら自己評価は、サービス向上委員会で分析・評価され、事業報告書に記載されている。日常的なサービスの質に関することは、月1回の運営会議で話し合われる。</p>
I - 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている			
	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	a ・ Ⓑ ・ c	<p>但し、運営会議は、各部署の代表者の集まりである。また、サービス向上委員会は平成26年度は年2回の開催に留まっている。職員の意見が十分に取り込めているとは言えず、サービス向上委員会が十分に機能しているとも言えない。そのため、サービス向上委員会の活動を機能させることにより、職員の意見を十分に取り込める体制を整えることが望まれる。</p>
	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 ・ c	<p>人事、労務、財務に関しては、運営会議で話し合われている。人員配置や働きやすい環境整備等は、運営会議で話し合われることもある。労使交渉で話し合われることもある。運営会議で話し合われたことは、各部署の出席者が、その日に会議報告を行い、後日記録を作成し各部署ごとに回覧し、職員は捺印している。管理者は、運営会議、職員会議へ参加し、感染症委員会や給食委員会などに参加することで、体制の構築を図っている。</p>

評価対象 II 組織の運営管理

II - 1 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
II - 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している			
	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	a ・ (b) ・ c	<p>社会福祉全体の動向としては、全国救護施設協議会の研修会の参加。地区ブロックからの情報、経営協からの情報、福祉新聞などから情報を得ている。地域の特徴・変化等の把握のため、今年度は金沢市内の精神科病院や地域包括支援センター、民生児童委員協議会などの情報交換に取り組んだ。このように全国の救護施設を取り巻く状況と地域福祉の状況から、今年度より「一時入所事業」に取り組んでおり、緊急性のあるケースにも対応している。</p> <p>コスト分析などは、月1回の運営会議の議題に上がり、分析・検討されている。会議記録で確認した。各部署で前年度の事業実績を検討し、事業報告を作成し、各部署ごとに予算書を作成する仕組みとなっている。また改善に向けた取り組みが事業計画に反映もされ、課題は運営会議記録で回覧され、職員へも周知されている。</p> <p>外部監査は、月1回税理士による指導が行われている。振替請求明細で確認した。</p>
	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	a ・ (b) ・ c	
	③ 外部監査が実施されている	(a) ・ b ・ c	

II - 2 人材の確保・養成

		第三者評価結果	コメント
II - 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている			
	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している	a ・ b ・ (c)	<p>平成26年度事業計画書に「介護福祉士や社会福祉士等の資格取得に力を注ぐ」など必要な人材等を明示している。平成26年度は、職員3名を資格取得のための研修に勤務として参加させている。但し、人材や人員体制に関する具体的なプランはない。そのため、中長期計画や事業計画に具体的に明記していくことが望まれる。</p> <p>人事考課は法人全体として、「勤務評定実施要領」に基づき実施されている。この要領の中に、目的や結果のフィードバックに関するなどが示されている。この実施要領は全職員に回覧されている。</p>
	② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	(a) ・ b ・ c	

Ⅱ - 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている			
	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	a ・ (b) ・ c	<p>有給休暇や時間外に関しては、庶務課において管理・分析・検討されている。「出勤明細書」で確認した。改善策の検討は、運営会議や法定の委員会である衛生管理委員会でも検討されている。また、労働組合のある事業所であるので、労使交渉でも話し合われる。人材や人員体制に関する改善策の具体的なプランへの反映は、現在作成中の中長期計画の中で、勤務環境改善マネジメントに取り組む中で示すように検討されている。定期的な職員との個別面談は、勤務評定制度により実施されている。職員の相談窓口は、衛生管理委員会が組織され、産業医、衛生管理者、組合支部長が相談窓口であることが周知されていることを委員会記録で確認した。また、福利厚生に関しては、労使間で協議されるとともに、関係団体に加入していることを会員名簿で確認した。</p> <p>そのため、中長期計画や事業計画に改善策が反映され、実行していく体制の整備が望まれる。</p>
	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) ・ b ・ c	
Ⅱ - 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている			
	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	(a) ・ b ・ c	<p>組織が職員に求める基本姿勢や意識は、信条で具体的に示され、必要な専門職資格については平成26年度事業計画に示されている。今年度は、資格取得のための研修に職員3名を勤務として参加させている。</p> <p>研修計画は策定されていない。研修に関しては、これまで各職員が参加した一覧表が作成されており、次にどの研修に参加した方が良いかの判断に活用している。各職員の技術水準などは、人事評定制度により把握されている。研修の実施は外部研修中心となっている。</p> <p>そのため、研修計画を作成し、計画に基づき研修が実施される体制の整備及び内部研修を充実させる取り組みが望まれる。</p> <p>研修に参加した職員は、出張報告書を作成し、すべてではないが研修報告会で報告される。ただ、研修報告会の記録は作成されていない。報告会の実施は事業報告書に記載はされる。</p> <p>そのため、例えば、研修報告会の記録を整備し、研修の評価・分析を行い、研修計画に反映させるなどの取り組みが望まれる。</p>
	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	a ・ (b) ・ 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	a ・ b ・ (c)	

Ⅱ - 2 - (4) 実習生の受入れが適切に行われている			
	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、積極的な取組をしている	a ・ (b) ・ c	<p>実習受け入れマニュアルが策定されている。ただ、主に受け入れに関する手順を示したものとなっており、基本姿勢が確認できない。そのため、基本姿勢を明文化することが望まれる。</p> <p>実習における責任体制は、実習依頼書に対し返答として承諾文書を出している。実習指導者の研修は、大学等の実習指導者会議に参加していることが事業報告書に記載されている。大学等と連携を取りながら実習生を受け入れている。プログラムは、施設で用意した「実習受入プログラム予定」に基づいて実習が計画されている。また、支援センターでは介護福祉士用のプログラム、生活支援課では社会福祉士用のプログラムが用意されている。</p>

Ⅱ - 3 安全管理

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ - 3 - (1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている			
	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	a ・ (b) ・ c	<p>管理者は、各種専門委員会を組織し、自らも参加することでリーダーシップを発揮している。安全管理に関する担当部署は、事故対策委員会であり、事業報告書及び事業計画書に報告及び計画が記載されている。定期的に懇談会を開催し、入所者へ向けて安全管理について話しているが、検討会という形式ではない。また、マニュアルは職員には周知しているが、入所者への周知はない。マニュアルの定期的な見直しはサービス向上委員会が担当している。外出・外泊時などの事故に関しては、「ときわマニュアル」の中の「外出時の緊急対応」として文書化されている。救急搬送等緊急時の対応として、Tネットで管理されたデータを医療機関に渡しており、付き添う職員が持ち出すことになっている。研修は、「普通救急講習 I (AED) 受講一覧表」が作成されており、毎年複数名の職員が受講している。日頃より、町会に加入し、消防署や地域の分団と連携し訓練や研修を実施し、近くの交番には機関紙を配布するなど関係機関との連携を保っている。</p> <p>そのため、例えば入所者用のマニュアルを作成するなどし、入所者へマニュアルを周知する取り組みが望まれる。</p>

	<p>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</p>	<p>a ・ (b) ・ c</p>	<p>施設の位置する地域には森本断層があり、そのため耐震設計となっている。災害時の対応マニュアルも策定され、安否確認の方法も含まれている。非常食に関しては、給食部門で備蓄され、2日分の備蓄リストも作成されている。日常生活品に関しては、トイレトーパー、布団、毛布、衣類など通常使用されるものとは別にストックされている。ただ、非常災害時における日用品や非常時の備品に関する備蓄リストは作成されていない。災害訓練は、年に1回は、消防署立ち会いで避難、通報、消火訓練を実施している。訓練の後には、消防署職員によるミニ講座の時間を取り、安全確保に取り組んでいる。</p> <p>そのため、非常災害時の備品や日常生活品の備蓄リストの作成に取り組むことが望まれる。</p>
	<p>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</p>	<p>a ・ (b) ・ c</p>	<p>事故報告やヒヤリハットに関するデータもTネットで管理されている。集計は委員会で行われ、事業報告書で報告されている。大きな事故に関しては各部署で「要因分析・改善計画書」を作成し対応している。事故に関する研修は、出張簿で確認した。3名のリスクマネージャーが各部署に1名ずつ配置されており、この3名が事故報告書の作成や要因分析・改善計画書作成には必ず関わることになっており、これが評価・見直しの体制となっている。ただ、定期的な評価・見直しは確認できない。</p> <p>そのため、例えば委員会活動及びその活動記録を整備することで、定期的な評価・見直しへの取り組みが望まれる。</p>

Ⅱ - 4 地域との交流と連携

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ - 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている			
① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている	a ・ (b) ・ c	<p>地域とのかかわりの基本的な考えは、信条や事業計画に明記されている。活用できる社会資源については、「お役立ち かなざわマップ」や「地域のお役立ち電話番号」などを掲示している。保育所や小学校との交流や地域サロン、依存症グループの集まりにおいて職員が送迎したり、付き添ったりしている。また、施設の納涼祭やときわ祭には、地域の方やボランティアに参加してもらうなど地域とのかかわりを大切にしている。但し、入所者が企画の段階から参加するような行事などはない。そのため、例えば、施設の行事において地域交流を目的として、企画の過程のどこかに入所者が参加する機会をつくるなどの取り組みが望まれる。</p> <p>施設において、地域に参加を呼びかけた研修会の開催はない。地域への支援活動としては、平成26年9月1日より「福祉相談窓口」を開設した。開設にあたり3町内会への説明やパンフレットの配布など、地域への趣旨説明も行った。広報誌「ときわの風」は、家族、福祉事務所、地域の関係機関・団体に配布している。そのため、施設の専門機能を活用した地域住民も参加可能な研修会などへの取り組みが望まれる。</p>	
② 事業所が有する機能を地域に還元している	a ・ (b) ・ c	<p>ボランティアを受け入れるためのマニュアルは作成されている。ただ、基本姿勢の明文化が確認できない。現在継続的に来ている喫茶ボランティアの方々へは、最初に「ボランティア活動の手引き」を読み合わせている。行事ボランティアの方々には、その都度簡単なオリエンテーションを行っている。ボランティア育成に向けた取り組みは行っていない。</p> <p>そのため、ボランティア受入の基本姿勢の明文化及びボランティアへの研修を充実させる努力が望まれる。</p>	
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 ・ (b) ・ c		

Ⅱ - 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている			<p>連携が必要と思われる関係機関・団体に関しては、広報誌の配布先としてリスト化されている。ただ、会議で説明されるなど情報の共有化等の取り組みは確認できない。関係機関・団体との定期的な連絡会として、金沢市ホームレス連絡協議会への参加がある。また、福祉事務所は定期的に入所者への訪問面接を実施しているため、その際に必要な話ができ、連携している。この他不定期ではあるが、地域包括支援センターや地域定着支援センターとの連携もある。今年度より、福祉事務所と連携を取ることで、一時入所事業を開始した。また、平成26年6月より、「見つけてネット」へ参加している。</p>
	① 必要な社会資源を明確にしている	a ・ (b) ・ c	
	② 関係機関等との連携が適切に行われている	(a) ・ b ・ c	
Ⅱ - 4 - (3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている			<p>今年度は、精神科病院や地域包括支援センターを訪問し、情報交換を行うなど具体的な福祉ニーズの把握に努めている。施設の運営が、金沢市民生協会であることから、民生・児童委員とは密に連携している。そして、まだ相談実績はないが、9月より「福祉相談窓口」を開設し、具体的な福祉ニーズを把握するための体制を整えた。把握した福祉ニーズに基づき、事業計画にも明示し、一時入所事業に取り組んでいる。</p>
	① 地域の福祉ニーズを把握している	(a) ・ b ・ c	
	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) ・ b ・ c	

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	コメント
III - 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている			
	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 ・ c	<p>利用者を尊重した福祉サービスの実施については、信条に明示されているとともに、「三谷の里 ときわ苑マニュアル」に反映されている。利用者尊重や基本的人権の配慮については、全救協の「サービ評価基準」や全社協の「虐待チェックリスト」をもとにした独自のチェックリストを施設として取り組み、サービスの質の向上や虐待防止に努めている。チェックリストの分析・評価は、サービス向上委員会で行われていることを、12月1日の委員会記録で確認した。施設の具体的な取り組みは、各部署、各委員会が、事業報告書や事業計画書に明示している。</p> <p>プライバシー保護に関するマニュアルは策定されている。生活保護法に基づく施設であり、現在は個室はないが、カーテンの利用や面会室などの活用により、プライバシーへの配慮に心がけている。</p> <p>但し、マニュアルは新人職員研修で利用はするが、現任職員への研修は行っていない。また、入所者への規程・マニュアルの周知の取り組みもない。そのため、プライバシー保護マニュアルの一層の周知のためにも、マニュアルの研修会の開催が望まれる。また例えば、入所者向けのプライバシー保護に関する規定や案内書を作成するなどし、施設のプライバシー保護の取り組みを入所者に周知する体制の整備が望まれる。</p>
	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	a ・ Ⓑ ・ c	
III - 1 - (2) 利用者満足の向上に努めている			
	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	a ・ b ・ Ⓒ	<p>利用者満足に関する取り組みは、定期的に懇談会が開催され、随時聞き取りは行っているが、定期的な調査は行っていない。今後、サービス満足に関する調査、分析・評価は、サービス向上委員会での取り組み事項であると考えている。入所者の施設生活の満足度に関して、家族への聞き取りは行っていない。</p> <p>そのため、施設生活の満足度に関する定期的な調査の実施やその分析・評価、各計画への反映などに取り組むため、例えばサービス向上委員会の体制を強化するなどの取り組みが望まれる。</p>

Ⅲ - 1 - (3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている			
	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 ・ c	相談や意見を言いやすい環境の整備として、苦情解決のポスターを掲示し、そのポスターに苦情受付責任者1名、苦情受付担当者4名、第三者委員2名の名前を明示している。苦情受付担当者4名の名前を挙げた理由は、入所者が自分の話しやすい職員を選べるようにするため、もう一つは各部署から職員1名ずつをあてることで、日々の生活スペースにいる職員に気軽に意見・要望・苦情を話せるようにという配慮からである。
	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 ・ c	苦情受付体制は整備されている。規程及びマニュアルが策定されている。解決を図った記録は、「相談内容状況報告」で確認した。公表は、外部へは広報誌で行っている。入所者へは、前年度の苦情の中でピックアップした事例を公表している。この目的は、入所者が意見・要望を発信しやすくするために、「こんなことでも言っているんだ」と思ってもらうために取り組んでいる。
	③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している	Ⓐ ・ b ・ c	利用者からの意見については、苦情解決対応の流れと同じである。マニュアルは、今年度見直しされている。検討に時間がかかるケースについては、概ね1か月経過したものは未解決報告書を作成し、入所者へフィードバックしている。苦情や意見は、事業報告書で報告され、事業計画書で活動計画が示されており、福祉サービスの改善に反映させている。

Ⅲ - 2 サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ - 2 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている			<p>救護施設サービス評価基準に基づき、平成15年度から自己評価に取り組んでいる。評価に関してはサービス向上委員会がその担当部署となっている。</p> <p>自己評価は実施しているが、評価結果の分析は行っていない。今年度第三者評価を初めて受審し、第三者評価結果の分析を行い課題を明確にし、サービス向上委員会にて改善計画を策定する予定になっている。</p>
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 ・ c	
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		a ・ Ⓑ ・ c	
Ⅲ - 2 - (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			<p>三谷の里ときわ苑マニュアルが策定されている。利用者を尊重する姿勢や、プライバシー保持についても明示されているが標準的な実施方法で行われていることを確認する仕組みはない。マニュアルは、事故事例やヒヤリハットに連動して見直しが行われている。改定されたマニュアルは、サービス向上委員会が差し替え部分のファイリングを責任をもって行っているが定期的には行われていない。</p>
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 ・ c	
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 ・ Ⓑ ・ c	
Ⅲ - 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている			<p>ケアプランが作成され、利用者動態(日々の記録)によりプランに基づいたサービスが提供されていることを確認した。記録方法の指導は、各フロアの担当課長が日々実施している。文書保存規程、個人情報保護規程等があり、体制は整っている。記録の管理についての研修は入職時の新人研修のときのみで、その後組織的には行われていない。</p>
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 ・ c	
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している		a ・ Ⓑ ・ c	
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 ・ c	

Ⅲ - 3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ - 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている			
	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 ・ c	ホームページによる情報発信や、広報紙を年2回発行し県内外福祉事務所に送付している。一時入所事業の受託により体験入所、一日利用等に対応している。見学はいつでも受け入れている。措置施設のため、重要事項説明書や契約書はないが、利用案内は、大きな文字でルビが振られ、わかりやすい内容のものとなっている。状態が重度化し、日常的に医療管理が必要になった場合には、療養型に移行することが多いが、その場合には福祉事務所、移行先の医療機関と十分に連携をとって行っている。 引継ぎ手順書はないが、現実に個別支援計画、利用者シート、薬情報、債務の状況等を情報提供している。退所後は生活支援課が窓口となっている。利用終了者に対して「退所後支援実施要項」を交付して支援している。
	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 ・ c	
Ⅲ - 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている			
	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	a ・ Ⓑ ・ c	

Ⅲ - 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ - 4 - (1) 利用者のアセスメントが行われている			
	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 ・ c	支援センター主任が個別支援計画策定の責任者となっている。更新時にモニタリングを行うとともに、毎月利用者の1か月ごとの支援記録を確認している。利用者シートやアセスメントで利用者の状況について記録している。個別支援計画の手引きには、計画の更新時期、手順が明記されていて生活支援課と支援センターが協働して計画を策定している。アセスメントに希望聴取欄があり、日常の処遇時に聴取した利用者の意向希望を反映させている。計画策定、見直しの手順は定められていて手順通り行われている。策定、変更した個別支援計画の職員への周知について文書化はされていない。個別支援計画を緊急に変更する場合の手順も作られていない。
Ⅲ - 4 - (2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている			
	① サービス実施計画を適切に策定している	a ・ Ⓑ ・ c	
	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	a ・ Ⓑ ・ c	

評価細目の第三者評価結果(障害福祉サービス)

評価対象 A - 1 利用者の尊重

A - 1 - (1) 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている	Ⓐ ・ b ・ c	コミュニケーションをうまく取れない利用者配慮して、個別対応でその利用者用に「気分シート」というアイテムを作りそこに自分の今の気持ちを記入してもらい利用者の思いを把握している。自立支援計画を説明するときにイラストなどを用いて説明する人もいる。また、手話通訳士を依頼している利用者もいる。
② 利用者の主体的な活動を尊重している	a ・ Ⓑ ・ c	支援センターと生活支援課の職員が直接処遇の担当となっている。毎月各フロアにて利用者との懇談会を開催し利用者の意見を聴取している。懇談会の記録は掲示板にて周知されている。
③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている	a ・ Ⓑ ・ c	三谷の里ときわ苑マニュアル(生活支援マニュアル)に見守り支援の姿勢が明示されている。基本方針も利用者と一緒にすることを重視している。
④ 利用者のネンパワメントの理念にもとづくプログラムがある	Ⓐ ・ b ・ c	居宅生活訓練事業に、健康安全管理、規則の遵守、社会対人関係、作業訓練等のプログラムがあり準用している。施設外の社会資源については情報提供コーナーが設置されていて、利用者は自由に見ることができる。利用者にはコミュニケーション能力を高めるために個別のアイテムを活用したり、セルフチェック表を活用し支援している。

評価対象 A - 2 日常生活支援

A - 2 - (1) 食事

	第三者評価結果	コメント
① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている	Ⓐ ・ b ・ c	日常生活支援サービスマニュアルの中に食事介助について定められている。糖尿病などで食事の管理が必要な人には、個別支援計画に挙げている。食事形態は刻みや、ソフト食、治療食、低脂肪食等、利用者の状態に応じて提供している。
② 食事は利用者の嗜好を配慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるよう工夫されている	a ・ Ⓑ ・ c	今年度嗜好調査を実施して献立について検討している。ごはん、味噌汁はできたてのものを常に提供している。副食は設備がないため冷めてしまうが温かくできるように、電子レンジが設置してある。行事食は毎月数回実施し、季節の食材、料理を提供している。
③ 食事環境(食事時間を含む)に配慮している	a ・ Ⓑ ・ c	支援センターでテーブル配置の見直しについて検討されている。食事時間は決められているが、時間帯に幅を持たせできるだけゆっくと食事できるように配慮している。

A - 2 - (2) 入浴

	第三者評価結果	コメント
① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している	Ⓐ ・ b ・ c	入浴は一般浴と介助浴に分かれている。介助の場合には浴室に2名、脱衣場に2名職員が貼り付けられている。入浴のマニュアルは、入職時にOJTを行い研修している。バイタルは身体健康管理票、入浴は入浴実施記録に記録されている。
② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている	a ・ Ⓑ ・ c	入浴の時間は決められているが、作業で汗をかいた利用者には入浴時間終了後も入ってもらうこともある。失禁者にはシャワー浴でその都度対応している。
③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である	Ⓐ ・ b ・ c	利用者の高齢化が進んでいるため、福祉用具の利用も多くなってきている。毎日の申し送りの中で、福祉用具の使用、環境整備については検討している。浴室や脱衣場は、プライバシーが保護される構造となっている。

A - 2 - (3) 排泄

	第三者評価結果	コメント
① 排泄介助は快適に行われている	a ・ (b) ・ c	日常生活支援マニュアルの中に排泄介助が記されている。必要な人には排泄チェックを行い個人記録を残している。
② トイレは清潔で快適である	(a) ・ b ・ c	トイレ清掃は業者委託となっていて、利用者も手伝っている。換気、照明については特に不備な点はない。空調は館内の空調と一体的になっており不快な状態にはなっていない。

A - 2 - (4) 衣服

	第三者評価結果	コメント
① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している	(a) ・ b ・ c	衣類の購入は年3回の訪問販売時や、グループ外出時に利用者が自分の好みで購入している。グループ外出は職員が付き添って行くので、購入時にアドバイスしている。
② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である	(a) ・ b ・ c	起床時と就寝時の更衣は、必ず行っている。介助が必要な利用者には、職員が更衣の支援を行っている。昼食時と懇談会の時に、利用者の様子を見せてもらったが、汚れた衣類をそのまま着ている人や、穴の開いた衣服を着ている利用者はいない。

A - 2 - (5) 理容・美容

	第三者評価結果	コメント
① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している	(a) ・ b ・ c	理髪室が設置されていて、外部の理美容店が来てくれている。利用者は自由に、自分の好みの店で理美容をしている。自主製作のヘアカタログが用意しており、利用者が参考にしている。
② 理髪店や美容院の利用について配慮している	(a) ・ b ・ c	外部の理美容店を利用する人もいるので、職員が同行したり、お店と連絡を取って送迎の手配をしたりしている。

A - 2 - (6) 睡眠

	第三者評価結果	コメント
① 安眠できるように配慮している	a ・ (b) ・ c	個室ではないので制限はあるが、カーテンで仕切ることができるようになっている。寝具はリネンサービスなので同じものを使用しているが、クッションや毛布など個人のものも使うことはできる。一時的に和室を利用し就寝することも行っている。

A - 2 - (7) 健康管理

	第三者評価結果	コメント
① 日常の健康管理は適切である	(a) ・ b ・ c	看護師は常勤で配置されているので、毎日利用者の健康管理を行っている。健康診断記録、バイタル記録、薬情報等は個人ファイルに綴られるとともに、管理ソフトを使用してパソコン上でも管理している。予防接種は毎年早めに利用者の承諾をとって実施している。日課の中に、ラジオ体操、ウォーキング、軽運動が盛り込まれ実施している。
② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる	(a) ・ b ・ c	緊急時マニュアルが整備されていて、救急救命の講習会は、全職員が受講し研修を行っている。協力医療機関は地域内にたくさんあり、通院は基本的に職員が介助や同行しているの、直接に医師から指示を受けたり、また、苑での様子を医師に伝えている。誤薬等があった場合には、すぐに医療機関に連絡し指示を仰いでいる。
③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている	(a) ・ b ・ c	薬の管理は診療所が一週間分の薬をセットし支援センターに渡し、支援センターでは一日ごとの個人トレーにセットされた薬を、空包確認をして確薬している。与薬管理マニュアル、誤薬マニュアル、緊急時マニュアルが整備されてマニュアルに沿って支援がなされている。

A - 2 - (8) 余暇・レクリエーション

	第三者評価結果	コメント
① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている	a ・ (b) ・ c	利用者の意向を反映した行事も一部ある。レクリエーションや行事のお知らせは、ホワイトボードに掲示したり、毎月の懇談会時に連絡している。食堂の喫茶コーナーはボランティアが運営している。

A - 2 - (9) 外出・外泊

	第三者評価結果	コメント
① 外出は利用者の希望に応じて行われている	Ⓐ ・ b ・ c	自立している人は届け出と時間を守れば、自由に外出している。介助が必要な人は職員が付き添い、外出支援している。地域のイベント等の情報は館内に掲示したり、情報コーナーに設置している。人により、外出時には、身分証を携帯してもらうこともある。
② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている	Ⓐ ・ b ・ c	外泊は利用者の希望に応じて実施している。措置施設なので、ある程度の制約はあるが親族のところへの外泊の場合には1週間程度は可能。施設の都合で盆や正月に外泊を強要することはない。

A - 2 - (10) 所持金・預かり金の管理等

	第三者評価結果	コメント
① 預かり金について、適切な管理体制が作られている	Ⓐ ・ b ・ c	生活保護費は全額施設に入金される。近隣の銀行に、新たに利用者個人の口座を開設し、年金や苑支給の小遣いなどがその口座に入金され、必要に応じて職員が出金手続きをとり、一部金銭自己管理ができるようになっている。居宅訓練対象者(在宅復帰を目指すプログラム)には小遣い帳の活用を行ったり、職員と一緒に自分の口座の管理をしている。
② 新聞・雑誌の購読やテレビ等の利用者の意思や希望に沿って利用できる	Ⓐ ・ b ・ c	個人で購入している人もいるし、施設で購入したものを利用する人もいる。利用者の中には、自分でポータブルテレビを所有する人や、ラジオを所有する人もいる。新聞やテレビの利用について、懇談会で協議したり、部屋別に話し合いを行うこともある。
③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている	a ・ Ⓑ ・ c	依存症の人も多いため、飲酒は禁止している。喫煙所が設置されていて、喫煙時間のルールについて懇談会で話し合い協議している。

A - 2 - (11) 就労支援

	第三者評価結果	コメント
① 本人のニーズに合わせて就労支援を行っている	a ・ (b) ・ c	居宅訓練対象者について、就労支援も視野に入れた個別支援計画を作成して支援しているが、現状は厳しく就労して地域生活を送っている利用者は現在いない。ハローワークへは職員が出向き連携をとっているが、一般企業への就労支援はない。退所後は「退所後支援実施要項」(退所後支援マニュアル)に基づいて支援を行っているが、現実的には就労に至る事例はなく、施設内の作業の提供にとどまっている。
② 就労支援を行うにあたり事業所の環境に配慮している	a ・ (b) ・ c	ウエス、プラスチック成型、ビニール、正月飾り、昆布巻き、環境美化等の作業が準備されていて、半数の利用者が参加している。今年度生活支援員が就労支援の研修に参加している。