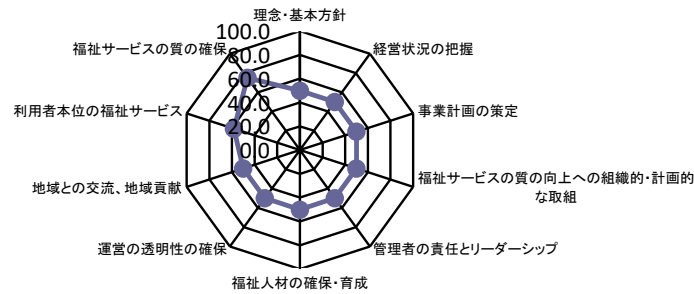


福祉サービスの質の評価実績報告書 [障害児入所施設 八甲学園]



| 大項目 | 中項目 | 評価点 (100点満点) | 満点 (①) | 点数合計 (②) | 評価内容 | | |
|------------------|-------------------------|-----------------|-----------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | | aの数 (10点) | bの数 (5点) | cの数 (0点) |
| Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織 | 理念・基本方針 | 50.0 | 10 | 5 | | 1 | |
| | 経営状況の把握 | 50.0 | 20 | 10 | | 2 | |
| | 事業計画の策定 | 50.0 | 40 | 20 | | 4 | |
| | 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | 50.0 | 20 | 10 | | 2 | |
| Ⅱ 組織の運営管理 | 管理者の責任とリーダーシップ | 50.0 | 40 | 20 | | | 4 |
| | 福祉人材の確保・育成 | 50.0 | 70 | 35 | | | 7 |
| | 運営の透明性の確保 | 50.0 | 20 | 10 | | 2 | |
| | 地域との交流、地域貢献 | 50.0 | 50 | 25 | | | 5 |
| Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 | 利用者本位の福祉サービス | 58.3 | 120 | 70 | 2 | | 10 |
| | 福祉サービスの質の確保 | 75.0 | 60 | 45 | 3 | | 3 |

評価点=(②)/(①)×100
 (①)=10点×(aの数+bの数+cの数)
 (②)=aの数×10点+bの数×5点+cの数×0点

評価の高い点

【共通評価】

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。
 ⇒事業所見学及び体験利用は希望者の意向を踏まえ積極的に対応している。各相談支援事業所にリーフレットを配布し周知している。

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。
 ⇒リスクマネジメント委員会を組織し、事例の収集や要因分析、再発防止策の検討・実施を毎月行っている。

改善を求められる点

【共通事項】

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。
 ⇒利用者等への周知は行っているものの、障害特性等もあり十分に理解されていないと感じる。今後も継続して作成された印刷物等でわかりやすいものにするや周知の方法、説明を行う機会を設ける等の工夫していく必要がある。(事業所毎に対応・工夫していく)

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。
 ⇒個別面談等に不十分さを感じる。今後も個別面談を定期的に行いながら、研修やOJT、OFF-JTを活用していく必要がある。

【内容事項】

A⑩ A-2-(6)-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。
 ⇒訓練に関する専門職の配置がされていない。専門職の配置は難しいと思われるため、看護師等関係職種との連携がより必要である。

今後の方針

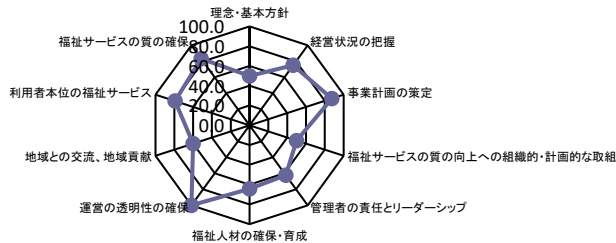
特に評価の高い点については、評価の高さを継続していき、評価が低かった点については、個々に職員の意見等を参照し、意見の出た課題等を十分検討し改善に向けて取り組んでいく。

コロナ禍の状況を見定めながら、保護者説明会等において保護者及び利用者へ周知するとともに、利用者へ配布する際は文書にルビをふることや、分かりやすく説明した資料を作成する等の工夫を継続して行っていく。

職員の育成に向けた取組については、今後も継続して職員面談を行うとともに、研修機会の獲得に努めていく。

利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練については、看護師等関係職種との連携を強化し、利用者の心身状況を把握して機能訓練・生活訓練を心がけていく。

福祉サービスの質の評価実績報告書 [養護老人ホーム 安生園]



| 大項目 | 中項目 | 評価点 (100点満点) | 満点 (①) | 点数合計 (②) | 評価内容 | | |
|------------------|-------------------------|-----------------|-----------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | | aの数 (10点) | bの数 (5点) | cの数 (0点) |
| I 福祉サービスの基本方針と組織 | 理念・基本方針 | 50.0 | 10 | 5 | | 1 | |
| | 経営状況の把握 | 75.0 | 20 | 15 | 1 | 1 | |
| | 事業計画の策定 | 87.5 | 40 | 35 | 3 | 1 | |
| | 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | 50.0 | 20 | 10 | | | 2 |
| II 組織の運営管理 | 管理者の責任とリーダーシップ | 62.5 | 40 | 25 | 1 | 3 | |
| | 福祉人材の確保・育成 | 64.3 | 70 | 45 | 2 | 5 | |
| | 運営の透明性の確保 | 100.0 | 20 | 20 | 2 | | |
| | 地域との交流、地域貢献 | 60.0 | 50 | 30 | 1 | 4 | |
| III 適切な福祉サービスの実施 | 利用者本位の福祉サービス | 79.2 | 120 | 95 | 7 | 5 | |
| | 福祉サービスの質の確保 | 83.3 | 60 | 50 | 4 | 2 | |

評価点=(②)/(①)×100
 (①)=10点×aの数+bの数+cの数
 (②)=aの数×10点+bの数×5点+cの数×0点

◆評価の高い点

【共通評価】

- 21. 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。
- 38. 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。
- 40. 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。
- 41. 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。
- 42. アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。
- 43. 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。
- 44. 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。

【内容評価】

- ③利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。
- ⑨移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。
- ⑩食事をおいしく食べられるよう工夫している。
- ⑪食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。
- ⑰利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。

◆改善を求められる点

【共通評価】

- 1. 理念、基本理念が明文化され周知が図られている。
- 7. 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。
- 8. 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。
- 9. 評価結果にもとづく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。
- 29. 利用者のプライバシーの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。

【内容評価】

- ⑫利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。
- ⑬褥瘡の発生予防・ケアを行っている。
- ⑯認知症の状態に配慮したケアを行っている。

◆今後の方針

・共通評価に関しては、今年度10月に第三者評価を受審したので、その結果をもとに次年度改善に取り組む。
 特に、「利用者のプライバシーの保護等と権利擁護に配慮した福祉サービス提供について」に関しては、次年度事業計画の重点事項の中で、「住環境の整備」として改善を目指して取り組む。

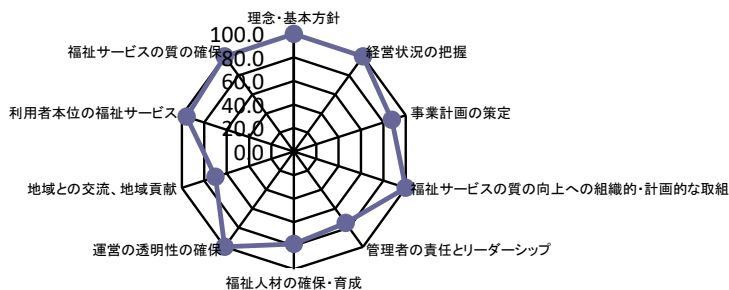
(1) 共通評価

- ① 理念、基本方針の周知について
 - ・ 家族等への効果的な周知方法について検討する。
- ② 事業計画の策定について
 - ・ 計画達成に向けて、職員に一層の周知と理解を促すとともに、家族等への効果的な周知方法を検討する。
- ③ 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組について
 - ・ サービス評価・向上委員会を活性化させ職員の理解を深め、組織的な取組を工夫する。
- ④ 利用者のプライバシーの保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供について
 - ・ 建物の構造的課題は、改修費用の積立を継続し、長期的な視点で改善を目指す。
 - ・ 居室の内装等の劣化や破損は、居室移動の機会等に随時リフォームし、生活空間の改善をすすめる。
 - ・ 現状で可能なプライバシー保護と権利擁護の取組を検討し、一層の確保を目指す。

(2) 内容評価

- ① 利用者の状況に応じた口腔ケアについて
 - ・ 介助が必要な利用者の状態を把握し、組織的な口腔ケアの実践を図る。
- ② 褥瘡の発生予防・ケアについて
 - ・ 要介護者の増加と身体機能の低下に伴う発生に備えて、予防とケアの基礎的知識の共有を図る。
 - ・ 栄養、医療、支援(介護)の多職種が連携しケアに努める。
- ③ 認知症の状態に配慮したケアについて
 - ・ 職員の勉強会や研修受講を重ね、症状の軽減と生活が継続できる支援体制を目指す。

福祉サービスの質の評価実績報告書 【障害者支援施設 しらかば寮】



| 大項目 | 中項目 | 評価点 (100点満点) | 満点 (①) | 点数合計 (②) | 評価内容 | | |
|------------------|-------------------------|-----------------|-----------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | | aの数 (10点) | bの数 (5点) | cの数 (0点) |
| Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織 | 理念・基本方針 | 100.0 | 10 | 10 | 1 | | |
| | 経営状況の把握 | 100.0 | 20 | 20 | 2 | | |
| | 事業計画の策定 | 87.5 | 40 | 35 | 3 | 1 | |
| | 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | 100.0 | 20 | 20 | 2 | | |
| Ⅱ 組織の運営管理 | 管理者の責任とリーダーシップ | 75.0 | 20 | 15 | 1 | | 1 |
| | 福祉人材の確保・育成 | 78.6 | 70 | 55 | 4 | | 3 |
| | 運営の透明性の確保 | 100.0 | 20 | 20 | 2 | | |
| | 地域との交流、地域貢献 | 70.0 | 50 | 35 | 2 | | 3 |
| Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 | 利用者本位の福祉サービス | 95.8 | 120 | 115 | 11 | | 1 |
| | 福祉サービスの質の確保 | 100.0 | 60 | 60 | 6 | | |

評価点=(②)/(①)×100
 (①)=10点×aの数+bの数+cの数
 (②)=aの数×10点+bの数×5点+cの数×0点

◆評価の高い点

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。
 ⇒理念や基本方針、倫理綱領を朝会で斉唱し、理解し実践するための取組を行っている。
 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。
 ⇒感染症対策委員会で随時マニュアルの整備、見直しを行っている。予防衣の着用方法等実践を交えた研修も行った。

【内容評価】

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。⇒個別支援計画に基づき、一人ひとりの自立に配慮した支援を行っている。
 A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。⇒毎月の給食会議で利用者の希望を伝え、嗜好を考慮した献立になるように工夫されている。
 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。⇒各居室、活動場所等は適温に調整し、安心・安全にも配慮されている。

◆改善を求められる点

【共通評価】

Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。⇒職務遂行能力に見合う業務が与えられ、その成果や貢献度に見合う評価がなされたかは少し疑問に思うところがある。将来の自分の姿を描くことが出来るような総合的な仕組みづくりという面は少し弱いと感じる。人事基準が明確化されていない。
 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。⇒休日出勤が多くワークライフバランスに配慮していると言えない。人員不足で有給が取りにくい。

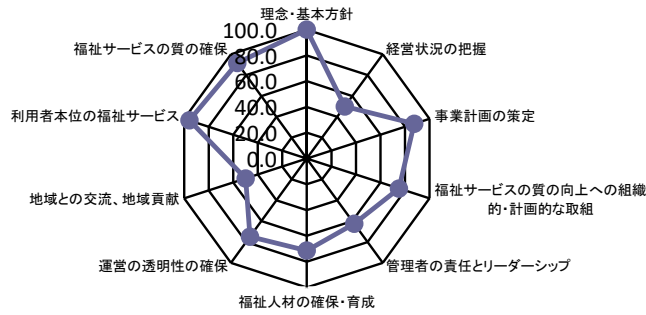
【内容評価】

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。⇒人員不足により、実施可能な余暇やレクリエーションが限られる。
 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。⇒新型コロナウイルスの影響で社会参加の機会がなかなか提供出来なかった。

◆今後の方針

- ・特に評価の高い項目については、今後も維持していけるよう取り組みを継続していく。改善が必要な項目や新たに改善すべき項目が出来ていた際は随時会議等を開催し、施設内職員で情報共有し改善に努めていく。
- ・余暇やレクリエーション、社会参加の不足について、可能であれば近場での外出や施設内で出来るレクリエーション等を会議で検討し、利用者のニーズに合わせた支援をしていく。
- ・評価結果による課題について、職員間で共有し今後の取組について検討、見直しが必要。

福祉サービスの質の評価実績報告書〔障害者支援施設 さつき寮〕



| 大項目 | 中項目 | 評価点 (100点満点) | 満点 (①) | 点数合計 (②) | 評価内容 | | |
|------------------|-------------------------|-----------------|-----------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | | aの数 (10点) | bの数 (5点) | cの数 (0点) |
| Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織 | 理念・基本方針 | 100.0 | 10 | 10 | 1 | | |
| | 経営状況の把握 | 50.0 | 20 | 10 | | 2 | |
| | 事業計画の策定 | 87.5 | 40 | 35 | 3 | 1 | |
| | 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | 75.0 | 20 | 15 | 1 | 1 | |
| Ⅱ 組織の運営管理 | 管理者の責任とリーダーシップ | 62.5 | 40 | 25 | 1 | | 3 |
| | 福祉人材の確保・育成 | 71.4 | 70 | 50 | 3 | | 4 |
| | 運営の透明性の確保 | 75.0 | 20 | 15 | 1 | | 1 |
| | 地域との交流、地域貢献 | 50.0 | 50 | 25 | | | 5 |
| Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 | 利用者本位の福祉サービス | 95.8 | 120 | 115 | 11 | | 1 |
| | 福祉サービスの質の確保 | 91.7 | 60 | 55 | 5 | | 1 |

評価点=(②)/(①)×100
 (①)=10点×aの数+bの数+cの数
 (②)=aの数×10点+bの数×5点+cの数×0点

◆評価の高い点

【共通評価基準】

Ⅱ-2-(2)-16-①

- 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。
- ・有給や時間外データを確認・把握している。
- ・心身に関しては、委員会の設置、掲示物で周知している。
- ・年休の取りやすさは人による。
- ・職員の心身に合わせて勤務の調整等実施している。
- ・休みは職員の意向を取り入れている。

【内容評価基準】

A-2-(1)-A⑥-④

- 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。
- ・開所日の参加や班活動の希望調査等利用者の意向を反映している。

◆改善を求められる点

【共通評価基準】

Ⅱ-2-(1)-14-①

- 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。
- ・人事については明確でないことが多い。

【内容評価基準】

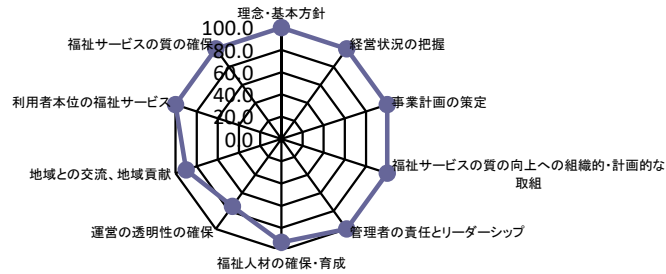
A-2-(5)-A⑪-①

- 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。
- ・エの項目(利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。)が不十分な時があった。

今後の方針

- ・a評価項目については、今後も高い評価を維持していけるよう取り組みを継続していく。
- ・b評価項目については、協議・検討した上で取り組み、向上を図っていく。

福祉サービスの質の評価実績報告書 【就労サポートセンターさつき】



| 大項目 | 中項目 | 評価点 (100点満点) | 満点 (①) | 点数合計 (②) | 評価内容 | | |
|------------------|-------------------------|-----------------|-----------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | | aの数 (10点) | bの数 (5点) | cの数 (0点) |
| Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織 | 理念・基本方針 | 100.0 | 10 | 10 | 1 | | |
| | 経営状況の把握 | 100.0 | 20 | 20 | 2 | | |
| | 事業計画の策定 | 100.0 | 40 | 40 | 4 | | |
| | 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | 100.0 | 20 | 20 | 2 | | |
| Ⅱ 組織の運営管理 | 管理者の責任とリーダーシップ | 100.0 | 40 | 40 | 4 | | |
| | 福祉人材の確保・育成 | 92.9 | 70 | 65 | 6 | 1 | |
| | 運営の透明性の確保 | 75.0 | 20 | 15 | 1 | | 1 |
| | 地域との交流、地域貢献 | 90.0 | 50 | 45 | 4 | | 1 |
| Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 | 利用者本位の福祉サービス | 100.0 | 120 | 120 | 12 | | |
| | 福祉サービスの質の確保 | 100.0 | 60 | 60 | 6 | | |

評価点=(②)/(①)×100
 (①)=10点×aの数+bの数+cの数、(②)=aの数×10点+bの数×5点+cの数×0点

◆評価の高い点

【共通評価基準】

- ・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。
- ・中長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。
- ・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。
- ・福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが組織的に行われ、機能している。
- ・評価結果に基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。
- ・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。
- ・職員一人ひとりの教育研修の機会が確保されている。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取り組みを行っている。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・災害時における利用者の安全確保のための取り組みを組織的に行っている。
- ・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。
- ・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。
- ・定期的に個別支援計画の評価見直しを行っている。
- ・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。
- ・利用者に関する記録の管理体制が確立している。

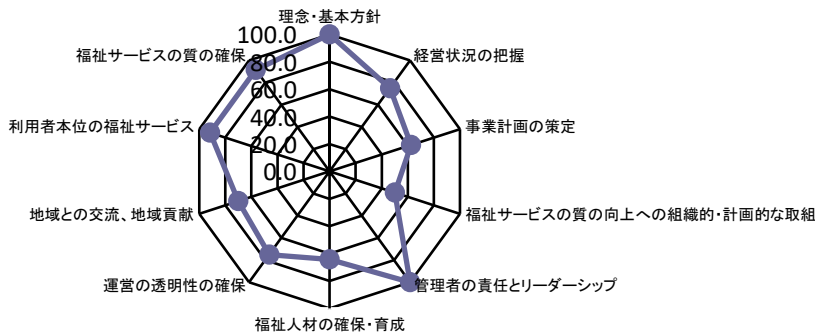
◆改善を求められる点

- ・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、積極的な取り組みをしている。
- ・公正かつ透明性の高い適正な経営運営のための取り組みが行われている。
- ・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。

今後の方針

令和2年度は、令和元年度に受審した第三者評価結果の「B」評価について、評価者コメントに基づき集中的に改善に取り組んだ。結果として、具体的に改善することができたものを「特に評価の高い点」にあげ、様々な外部要因によって具体的に改善することができなかったものを「改善を求められる点」にあげた。令和3年度は、職員が今後、自己評価しやすく「自己評価マニュアル」を独自に作成することとし、令和4年度以降の第三者評価受審のための基盤とする。

福祉サービスの質の評価実績報告書 【就労サポートセンターはくちょう】



| 大項目 | 中項目 | 評価点 (100点満点) | 満点 (①) | 点数合計 (②) | 評価内容 | | |
|------------------|-------------------------|-----------------|-----------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | | aの数 (10点) | bの数 (5点) | cの数 (0点) |
| I 福祉サービスの基本方針と組織 | 理念・基本方針 | 100.0 | 10 | 10 | 1 | | |
| | 経営状況の把握 | 75.0 | 20 | 15 | 1 | 1 | |
| | 事業計画の策定 | 62.5 | 40 | 25 | 1 | | 3 |
| | 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | 50.0 | 20 | 10 | | | 2 |
| II 組織の運営管理 | 管理者の責任とリーダーシップ | 100.0 | 40 | 40 | 4 | | |
| | 福祉人材の確保・育成 | 64.3 | 70 | 45 | 2 | | 5 |
| | 運営の透明性の確保 | 75.0 | 20 | 15 | 1 | | 1 |
| | 地域との交流、地域貢献 | 70.0 | 50 | 35 | 2 | | 3 |
| III 適切な福祉サービスの実施 | 利用者本位の福祉サービス | 91.7 | 120 | 110 | 10 | | 2 |
| | 福祉サービスの質の確保 | 91.7 | 60 | 55 | 5 | | 1 |

評価点=(②)/(①)×100
 (①)=10点×(aの数+bの数+cの数)、(②)=aの数×10点+bの数×5点+cの数×0点

◆評価の高い点

- 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、利用者に周知している
 ⇒ 利用者の状態を把握し、環境に配慮している
- 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
 ⇒ 町の防災計画にのっとりマニュアルを整備、利用者向け防災教育を行っている
- 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
 ⇒ 個別支援計画どおりに福祉サービスが実施されていることを確認する仕組みが構築され機能している

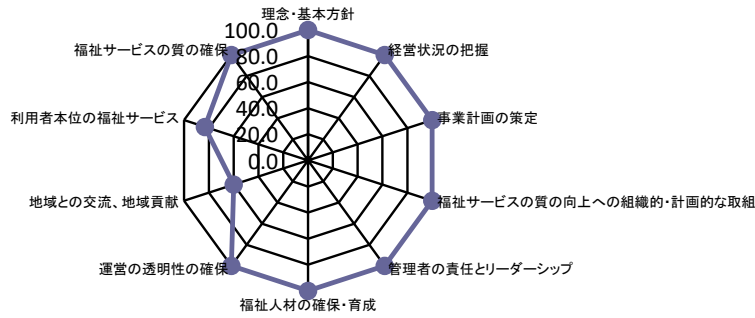
◆改善を求められる点

- 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。
 ⇒ 中・長期計画は策定されているが、周知不足
- 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。
 ⇒ 新型コロナウイルスのため、計画どおりにできなかった、状況変化に対応した見直しが出来ていなかった
- 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
 ⇒ 利用者限定となっており、今後地域のコミュニティの活性化を図る
- A-2-(8)-① 利用者の家族との連携・交流と家族支援を行っている
 ⇒ 新型コロナウイルス対策のため、保護者懇談会を開催できていない、交流を控えた
- 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る
 ⇒ 医療的な支援に関する職員研修は定期的には行われていない

今後の方針

評価の高い項目については、質の維持及び向上に努めることとし、提供するサービスの一層の充実を図るとともに、改善が必要な項目については、所内会議等で十分検討し改善に向け取り組んでいく。
 評価結果による課題、問題点等は職員間で共有し、新型コロナウイルス状況変化等に応じて、検討、見直しをしながら取り組む。

福祉サービスの質の評価実績報告書 [ライフサポートあおば]



| 大項目 | 中項目 | 評価点 (100点満点) | 満点 (①) | 点数合計 (②) | 評価内容 | | |
|------------------|-------------------------|-----------------|-----------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | | aの数 (10点) | bの数 (5点) | cの数 (0点) |
| I 福祉サービスの基本方針と組織 | 理念・基本方針 | 100.0 | 10 | 10 | 1 | | |
| | 経営状況の把握 | 100.0 | 20 | 20 | 2 | | |
| | 事業計画の策定 | 100.0 | 40 | 40 | 4 | | |
| | 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | 100.0 | 20 | 20 | 2 | | |
| II 組織の運営管理 | 管理者の責任とリーダーシップ | 100.0 | 40 | 40 | 4 | | |
| | 福祉人材の確保・育成 | 100.0 | 70 | 70 | 7 | | |
| | 運営の透明性の確保 | 100.0 | 20 | 20 | 2 | | |
| | 地域との交流、地域貢献 | 60.0 | 50 | 30 | 1 | | 4 |
| III 適切な福祉サービスの実施 | 利用者本位の福祉サービス | 83.3 | 120 | 100 | 8 | | 4 |
| | 福祉サービスの質の確保 | 100.0 | 60 | 60 | 6 | | |

評価点=(②)/(①)×100
 (①)=10点×(aの数+bの数+cの数)
 (②)=aの数×10点+bの数×5点+cの数×0点

◆評価の高い点

<共通評価>

- I-1-(1) : 理念、基本方針が確立・周知されている。
- I-3-(1) : 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。
- I-3-(2) : 事業計画が適切に策定されている。
- II-1-(1) : 管理者の責任が明確にされている。
- II-1-(2) : 管理者のリーダーシップが発揮されている。
- III-1-(1) : 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

<内容評価>

- 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-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-2-(8)-①: 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。

◆改善を求められる点

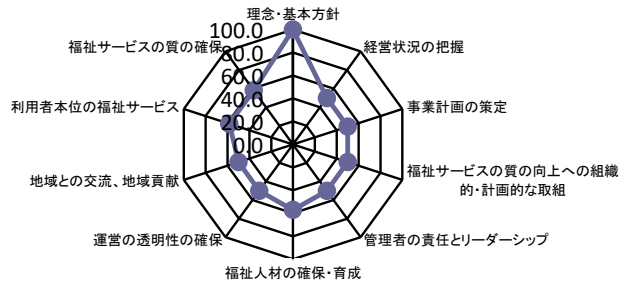
<共通評価>

- 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。
- 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。
- II-4-(3) : 地域の福祉向上のための取組を行っている。
- 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。
- 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、取り組みを行っている。
- 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。
- 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。

◆今後の方針

- 1 地域に向けたイベントの開催
令和2年度に実施した地域交流会で得られたアンケート結果から把握した地域のニーズにもとづき、イベントを開催する。
- 2 保護者会または保護者との懇談会会の創設
満足度調査の結果を分析・検討するために、利用者(保護者)参画の検討機会やさらなるニーズ把握に努める。

福祉サービスの質の評価実績報告書 [すこやか苑]



| 大項目 | 中項目 | 評価点 (100点満点) | 満点 (①) | 点数合計 (②) | 評価内容 | | |
|------------------|-------------------------|-----------------|-----------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | | aの数 (10点) | bの数 (5点) | cの数 (0点) |
| Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織 | 理念・基本方針 | 100.0 | 10 | 10 | 1 | | |
| | 経営状況の把握 | 50.0 | 20 | 10 | | 2 | |
| | 事業計画の策定 | 50.0 | 40 | 20 | | | 4 |
| | 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | 50.0 | 20 | 10 | | | 2 |
| Ⅱ 組織の運営管理 | 管理者の責任とリーダーシップ | 50.0 | 40 | 20 | | | 4 |
| | 福祉人材の確保・育成 | 57.1 | 70 | 40 | 1 | | 6 |
| | 運営の透明性の確保 | 50.0 | 20 | 10 | | | 2 |
| | 地域との交流、地域貢献 | 50.0 | 50 | 25 | | | 5 |
| Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 | 利用者本位の福祉サービス | 58.3 | 120 | 70 | 2 | | 10 |
| | 福祉サービスの質の確保 | 58.3 | 60 | 35 | 1 | | 5 |

評価点=(②)/(①)×100
 (①)=10点×(aの数+bの数+cの数)、(②)=aの数×10点+bの数×5点+cの数×0点

◆特に評価の高い点

<共通評価>

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。

→外部・内部共に研修機会は確保されている。

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。

→リスクマネジメント委員会で毎月インシデント・アクシデント報告書をもとに事故の対応策を検討し、再発防止に努めている。

<内容評価>

A-2-(1)-①福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。

→全室個室かつ家庭的で明るい雰囲気と保たれている他、心身の健康が保てるよう快適な環境について配慮している。

A-3-(3)-①褥瘡の発生予防・ケアを行っている。

→褥瘡対策委員会で、他職種が情報共有し、連携してケアに取り組んでいる。

A-3-(5)-①利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。

→機能訓練指導員が一人ひとりに応じた計画書を作成し、個別及び集団体操等のリハビリ活動を実施している。

◆改善を求められる点

<共通評価>

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。

→経営状況や課題を明確にしているが、職員への周知や改善へ向けての仕組みづくりに努める必要がある。

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。

→新型コロナウイルス感染予防のため、地域との交流が制限されているが、交流の仕方に工夫を行い、地域との交流を広げていく必要がある。

<内容評価>

A-1-(1)-③利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。

→利用者の希望を把握し、より充実した日中活動へ繋がるように、集団及び個別の活動メニューを工夫していく。

A-3-(4)-①介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。

→認定特定行為業務従事者認定証を取得済みの職員が複数名おり、また、医療的ケア教員講習会を修了した看護師もいるため、事業所登録の手続きを進めていく。

A-3-(8)-①利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。

→方針や手順は明らかになっているが、職員に対する精神的ケアの強化が求められるため、看取り介護実施委員会を中心に対策を検討していく。

◆今後の方針

・評価が高い項目については維持及び向上していけるよう努める。

・改善が求められる項目については、次年度の事業計画に反映し、改善していく。

・様々な項目について取組・整備がされいても職員への周知が徹底されておらず、評価が低くなっている項目も多かったため、今後は、周知方法を工夫し、職員全体が理解できるような体制を整えていく。

障害者・児福祉サービス版自己評価シート 集計結果表

【内容評価基準】

【自己評価の実施にあたって】

- 第三者評価基準「評価の着眼点」や「評価基準の考え方と評価の留意点」を参考に自己評価をしてください。
- 評価結果は、「自己評価結果欄」のドロップダウンから選択してください(「a・b・c」)。
- また、その判断した理由・特記事項等を「判断した理由・特記事項等欄」にご記入ください。
- 「評価の着眼点」についても「欄」のドロップダウンから選択してください(「・」)。

| A-1 | A-1-(1) | 自己決定の尊重 | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | |
|------------------------------|--|--|---------|-------|------|------|-------|-------|----|
| 利用者 の 権 利 擁 護 | A① | 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。 | b | a | a | a | b | a | |
| | A-1-(2) 権利侵害の防止等 | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | |
| | A② | 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。 | b | a | b | a | b | a | |
| | A-2-(1) 支援の基本 | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | |
| 生活 支 援 | A③ | ① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | b | a | a | a | a | a | |
| | A④ | 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 | a | b | a | a | a | |
| | A⑤ | ③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等適切に行っている。 | b | a | a | a | a | a | |
| | A⑥ | 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。 | b | a | a | a | a | a | |
| | A⑦ | 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 | a | b | a | a | a | |
| | A-2-(2) 日常的な生活支援 | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | |
| | A⑧ | 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。 | b | a | a | a | a | a | |
| | A-2-(3) 生活環境 | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | |
| | A⑨ | 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。 | b | a | a | a | a | a | |
| | A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | |
| | A⑩ | 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 | a | 非該当 | 非該当 | 非該当 | 非該当 | |
| | A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | |
| | A⑪ | 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 | a | b | b | a | a | |
| | A⑫ | 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 | a | a | b | a | b | |
| | A-2-(6) 社会参加、学習支援 | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | |
| A⑬ | 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。 | b | b | b | a | b | b | | |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | | |
| A⑭ | 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 | b | b | a | a | a | | |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | | |
| A⑮ | 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 | a | a | a | a | b | | |
| A-3 | A-3-(1) 発達支援 | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | |
| 発達支援 | A⑯ | 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。 | b | 非該当 | 非該当 | a | 非該当 | 非該当 | |
| A-4 | A-4-(1) 就労支援 | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | サボセン | はくちょう | |
| 就 労 支 援 | A⑰ | 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。 | b | 非該当 | 非該当 | 非該当 | a | a | |
| | A⑱ | ② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。 | b | 非該当 | 非該当 | 非該当 | a | a | |
| | A⑲ | 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。 | b | 非該当 | 非該当 | 非該当 | a | b | |
| 集計結果 | | | 八甲学園 | しらかば寮 | さつき寮 | あおば | さつき | はくちょう | |
| | | | 「a」評価の数 | 0 | 13 | 8 | 13 | 14 | 13 |
| | | | 「b」評価の数 | 19 | 2 | 6 | 2 | 3 | 4 |
| | | | 「c」評価の数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | 非該当の数 | 0 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 |

高齢者福祉サービス版自己評価シート 評価結果表

【内容評価基準】

【自己評価の実施にあたって】

- 第三者評価基準「評価の着眼点」や「評価基準の考え方と評価の留意点」を参考に自己評価をしてください。
- 評価結果は、「自己評価結果欄」のドロップダウンから選択してください（「a・b・c」）。
- また、その判断した理由・特記事項等を「判断した理由・特記事項等欄」にご記入ください。
- 「評価の着眼点」についても「欄」のドロップダウンから選択してください（「・」）。

| | | | | |
|--------------|--------------------------|---|-----|-------|
| A-1 | A-1-(1) 生活支援の基本 | | 安生園 | すこやか苑 |
| 生活支援の基本と権利擁護 | A① | ① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 | 非該当 | b |
| | A② | ① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。 | 非該当 | b |
| | A③ | ① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。 | a | b |
| | A④ | ② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。 | b | b |
| | A-1-(2) 権利擁護 | | 安生園 | すこやか苑 |
| | A⑤ | 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。 | b | b |
| A-2 | A-2-(1) 利用者の快適性への配慮 | | 安生園 | すこやか苑 |
| 環境の整備 | A⑥ | ① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。 | b | a |
| A-3 | A-3(1) 利用者の状況に応じた支援 | | 安生園 | すこやか苑 |
| 生活支援 | A⑦ | ① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | b | b |
| | A⑧ | ② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a | b |
| | A⑨ | ③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a | b |
| | A-3(2) 食生活 | | 安生園 | すこやか苑 |
| | A⑩ | ① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | a | b |
| | A⑪ | ② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a | b |
| | A⑫ | ③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | b | a |
| | A-3(3) 褥瘡発生予防・ケア | | 安生園 | すこやか苑 |
| | A⑬ | ① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | b | b |
| | A-3(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | 安生園 | すこやか苑 |
| | A⑭ | ① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。 | 非該当 | b |
| | A-3(5) 機能訓練、介護予防 | | 安生園 | すこやか苑 |
| | A⑮ | ① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。 | b | a |
| | A-3(6) 認知症ケア | | 安生園 | すこやか苑 |
| | A⑯ | ① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | b | b |
| | A-3(7) 急変時の対応 | | 安生園 | すこやか苑 |
| | A⑰ | ① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。 | a | b |
| | A-3(8) 終末期の対応 | | 安生園 | すこやか苑 |
| | A⑱ | ① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。 | b | b |
| | A-4 | A-4-(1) 家族等との連携 | | 安生園 |
| 家族との連携 | A⑲ | ① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | a | b |
| A-5 | A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制 | | 安生園 | すこやか苑 |
| サービスの提供体制 | A⑳ | ① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。 | a | b |

| | | | |
|------|---------|-----|-------|
| 集計結果 | | 安生園 | すこやか苑 |
| | 「a」評価の数 | 8 | 3 |
| | 「b」評価の数 | 9 | 17 |
| | 「c」評価の数 | 0 | 0 |
| | 非該当の数 | 3 | 0 |