

評価細目の第三者評価結果

判 断 基 準 項 目	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	
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b
評価機関コメント	
<p>法人の理念として「大阪福祉事業財団 綱領」、それを受けた施設の基本方針として「高槻温心療のめざすもの」を明文化しています。「高槻温心療のめざすもの」は職員全員の意見を集約して出来る上がるもので、その決定プロセスは高く評価できます。利用者やその家族に周知するための取り組みは不十分と認識しているため、利用者との懇談会や家族会を通じて意識化する取り組みが期待されます。</p>	
Ⅰ-2 事業計画の策定	
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	c
評価機関コメント	
<p>中長期計画は策定していますが、策定プロセスは不十分です。まず中長期計画を策定し、それを受けて単年度の事業計画の立案が期待されます。事業計画は職員の意見が集約されており模範となるシステムです。今後は、利用者や家族への周知のさらなる取り組みが求められます。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-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。	a
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a

評価機関コメント

職務分掌は明示しています。管理者の役割や責任も明確です。一方、災害時の防災体制は不明確です。役割の明確化と、組織化について、一層の検討が期待されます。
 コンプライアンスは、私たちが思っている以上に多くの法令が施設には関係しています。今一度整理をした上で、定期的に遵守できているかどうかの確認が望まれます。
 質の向上、業務の経営や業務の効率化等の取り組みは、かなり意識が高く、実践されています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握		
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	b
評価機関コメント		
<p>経営状況の把握は、高く評価できます。経営状況や事業内容の情報は職員で共有しており、職員が主体となって事業計画や予算を組んでいくというプロセスになっています。外部監査は受けていませんが、内部監査にあたり監事に公認会計士が同行し、専門的な立場から確認作業を支援しています。</p>		

Ⅱ-2 人材の確保・養成		
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-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
Ⅱ-2-(2)-②	職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-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
Ⅱ-2-(3)-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り組みが行われている。	a
Ⅱ-2-(3)-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
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-①	実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	a
評価機関コメント		
<p>人事考課は平成26年度より、人材の育成という観点からそれに代わるものとして開始しています。職員の福利厚生事業も積極的に行われています。また、法人、行政機関、各種団体などが企画する研修に積極的に参加しています。参加した研修等はレポートや伝達講習等を行い共有化を図っています。法人内研修の計画は、法人施設長会議などを通じて、法人に対して研修の見直しについて意見する機会があります。さらに、実習生の受け入れに関しても積極的に行っています。</p>		

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。

II-3-(1)-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。	b
II-3-(1)-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。	b
II-3-(1)-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。	a

評価機関コメント

緊急時、特に火災や地震の場合の管理体制については、やや不十分です。どのような役割を想定し、それに基づいてどのように組織化して対応すべきかの検討が必要になります。また、防災組織は職員の勤務に応じて変化するものですので、日々の組織化も検討が望まれます。

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-①	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a
II-4-(1)-③	ボランティア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。	a

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。

II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a
II-4-(3)-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

評価機関コメント

地域との連携については、施設機能の地域への開放、ボランティアの受け入れ、地域福祉ニーズへの対応等、どれを見てもとても積極的に行っています。あらゆる機会を通じて地域との交流を模索される姿勢は他の模範となります。

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		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-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り組みを行っている。	a
Ⅲ-1-(1)-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。	b
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	a
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。		
Ⅲ-1-(3)-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。	a
Ⅲ-1-(3)-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。	a
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b
評価機関コメント		
<p>利用者の尊重やサービス提供について、危機管理（虐待防止）委員会を設置し、法人・施設にて、定期的にセルフチェックを行うなど、組織全体で理解が図れています。</p> <p>利用者の居室は全室個室になっています。</p> <p>苦情解決事業については、掲示物を館内に掲示している事に加え、「生活のしおり」にも文書化し入所時に説明しています。また、法人の苦情解決委員会とも連携し、苦情解決に向けた体制が取られています。</p> <p>意見箱は、各フロアに設置し適切に管理しています。利用者の意見や利用者自治会での要望などがあれば、その場で対応する、もしくは会議で報告し内容を周知する等の体制が取られています。</p> <p>利用者からの意見や要望について、迅速に対応する姿勢は、職員のヒヤリングから受け取れましたが、全職員が同じ対応ができるよう、マニュアルの整備等されることが望まれます。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。

Ⅲ-2-(1)-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。	a
Ⅲ-2-(1)-②	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、改善策・改善計画を立て実施している。	b

Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-(2)-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。	a
Ⅲ-2-(2)-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

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-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
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
Ⅲ-2-(3)-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

評価機関コメント

自己評価については、法人のチェックリストを用いて取り組んでいます。また、法人の内部監査も受けています。

自己評価や内部監査の指摘事項について、企画会議で共有化を図り対応を検討する体制を整備しています。

提供するサービスについては、利用者の支援方法やプライバシー保護に関する内容を文書化した「支援ハンドブック」を作成しています。この支援ハンドブックは、各職員に配布されており、必要に応じて利用者の意見などを取り入れ改善・見直しをしています。

支援方法の見直しについて、実施している行程を文書化し、支援ハンドブックに組み込むなど工夫される事を期待します。

個別支援計画に基づく記録は、ケース記録や各フロアの連絡ノートに記録あり、すぐに共有が必要な記録はパソコンを利用し情報を共有しています。

利用者の情報については、各連絡ノートや宿直連絡票・連絡票を活用し情報の共有化を図っています。また、各種会議や委員会報告も文書化しています。新入所者や一時入所者の情報については、当日の宿直者や職員が分かりやすいよう、写真入りの書類を作成し情報を共有しています。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

Ⅲ-3-(1)-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
-----------	-------------------------------	---

Ⅲ-3-(1)-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。	a
-----------	-----------------------------	---

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。

Ⅲ-3-(2)-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。	b
-----------	---	---

評価機関コメント

施設の情報は、インターネットや施設のパンフレットでわかりやすく紹介しています。入所希望者には「生活のしおり（書面）」を説明し同意を得た上でサービスを提供しています。地域生活支援事業担当者を中心とし、通所事業を含めた支援体制を整備しています。地域移行をする利用者や関係機関も含めた地域移行会議を実施しています。会議で際決まった内容や地域のサービスなど文書化した書類を作成するなど検討する事を期待します。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

Ⅲ-4-(1)-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
-----------	--------------------------	---

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。

Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	b
-----------	---------------------	---

Ⅲ-4-(2)-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
-----------	----------------------------	---

評価機関コメント

個別支援計画の様式に基づいて、計画表を作成しています。利用者のアセスメント票は、ニーズ整理表を代用しており作成していません。入所に至るまでの事前面接や入所面接時にアセスメント票に近い情報を収集し文書化している事、また、居宅生活訓練事業の希望者には、アセスメントを行っていることから、独自のアセスメント票の作成、もしくは居宅訓練希望者のアセスメント票を活用するなど工夫される事が望まれます。実施計画表は、各ケース担当者が計画表を作成しています。必要に応じ、フロア会議などで情報の共有を図っています。支援内容に変更が生じた場合は、フロア会議などを随時行っています。