

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（共通）

※すべての評価細目（55項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

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、基本方針が確立されている。	
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	○a・b・c
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○a・b・c
<p>・「知的障害児・者の尊厳を守り、より豊かで健全な生活が営めるよう支援に努め、一人一人の能力、特性、障害に応じた接遇と社会参加・自立に必要な支援を行うために、社会・地域における福祉の充実、発展を使命とする」との法人理念は事業計画書や法人が発行している広報誌に明文化されている。しかし、難解な文言が多いことから、職員や利用者の理解を深めるため現在、理事長や各園長、事務局長が分かりやすい文言を検討している所である。</p> <p>・基本方針は事業計画書に明文化されており法人理念との整合性がとれている。基本方針は「安全・安心・信頼を基底とした運営」「利用者とともに在ることを意識した運営」の二つに大きくわかれ、各々、4項目に具体化され、職員の行動規範となる具体的な内容になっている。</p>	
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	○a・b・c
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	○a・b・c
<p>・理念と基本方針は事業計画書に明文化されている。4月1日の年頭式に事業計画書が配布され理事長が全職員に向けて講話を行っている。月1回の全体会議において理事長が理念の確認を行ない、年2回、基本方針の周知を目的とした虐待防止・感染防止等の研修を行なっている。職員は理念・方針に基づいた業務目標を作成し、自己申告書で周知状況を振り返り上司に報告している。</p> <p>・利用者が地域の中で普通の生活ができるように支援するという基本方針を利用者が理解できるようにイラストを使い、ルビをふった読みやすい冊子を作成し、世話人が夕食時に少しずつわかり易く説明している。</p>	

I-2 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。	第三者評価結果
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	○a・b・c
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・b・c
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a○b・c
I-2-(2)-② 計画が職員に周知されている。	a○b・c
I-2-(2)-③ 計画が利用者等に周知されている。	a○b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・3年間の中・長期計画が策定されている。その計画書には、中・長期的に取り組む事業が明確に記載されている。さらに、中・長期計画に基づいた事業計画が策定されている。 ・年度末に評議委員会や理事会で各事業所の事業報告会を開催している。そこで、前年度の目標を検討し、問題点を話し合い「事業報告書」が作成され、次年度の事業計画に反映されている。事業計画は理事長や各園長、事務局長で策定されている。計画の策定に職員が参画することにより利用者の意見を集約できることもある。今後は、職員参画のもとで事業計画の策定が行われることを期待する。 ・事業計画は4月の年頭式で配布され理事長が全職員に向けて講話を行っているが、職員や利用者にわかりやすく説明する資料は作成していない。職員や利用者の理解を促すための工夫が望まれる。 	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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・b・c
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。		○ a・b・c
<p>・園長が管理者である。管理者は職務の内容を、すてっぷ運営規程に具体的に明記し配布している。有事における管理者の役割と責任は、法人の慈光園地区自衛消防隊編成表に明文化されており、総合訓練時等に口頭で表明している。</p> <p>・理事長が法令遵守の手引きを作成して職員に話しをしている。また、七つの部会の一つに法令遵守部会があり、毎月職員会議で報告している。虐待防止法や感染予防のDVDを諫早の保健所からかりて研修を行う等、全職員に対して遵守すべき法令の研修を順次行っている。</p>		
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・b・c
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・b・c
<p>・毎日、午後1時から行われる申し送りに管理者も参加し、そこで出た職員からの支援に関する意見や問題点に答えている。職員が作成したケース記録により課題を毎日把握し評価して、利用者が楽しく過ごせるように日々の課題はその日のうちに解決している。</p> <p>・経営や業務の効率化や人員配置については法人が一括して行っている。事業所としては節約・節電の取り組みや法人に毎年、洗濯機やエアコン等の備品の要望を上げる、事業所の勤務表作成は管理者や職員が参加して作成する等、職員が働きやすい環境に取り組んでいる。</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
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・b・c
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・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・b・○c
<ul style="list-style-type: none"> ・理事長が社会福祉事業全体の動向について、行政やネットワークから情報を把握し、全体職員会議で毎回話をして職員へ周知している。法人の社会参加事業活動部会の会長である園長が特別支援学校へ事業所の説明に行き福祉サービスのニーズの把握に努めている。また、法人の相談支援センターが地域の特徴や福祉サービスのニーズを収集して事業所に報告している。 ・法人の経営会議（理事長・各園長・事務局長参加）において経営状況の分析を行っている。また、理事長・各園長・事務長・事務員で内部監査を行い、今後の方針を広報誌に掲載して経営状況や改善すべき課題について職員に周知している。 ・内部監査により経営状況の分析を行っている。今後は、専門家を通じて法人運営の透明性を確保し経営改善を実施することが望まれる。 ・公認会計士の監査は実施しているが、経営改善にいたる指導は現状おこなわれていない。 	

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果
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。	○a・b・c
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・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・中・長期計画に「人材の育成・確保への取り組み」という項目があり人事制度の充実、人事施策の構築について具体的に示されている。 ・人事考課規程には、基本方針が明確に示されており、人事評価表に基づいて自己評価を行い、上司による面談を実施することで職員の成長を支援している。 	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	第三者評価結果
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)・b・c
II-2-(2)-② 職員の福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c
<p>・職員の勤務表はサービス管理責任者が毎月チェックして事務局に提出している。勤務表により把握した就業状況によりサービス管理責任者が職員に声かけすることにより時間外勤務が減る等、成果を出している。また、サービス管理責任者が毎日、電話や手紙で職員の支援に対する意見や意向を聞き、その日の内に問題を解決する等、職員が相談しやすい環境を作っている。</p> <p>・福利厚生事業としては年1回の健康診断、ソウェルクラブへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。また、職員に対するメンタルヘルスケアに関する要綱を作成して相談窓口の設置や専門家を確保し解決に向けた体制が整備されている。</p>	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	第三者評価結果
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)・b・c
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)・b・c
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)・b・c
<p>・単年度事業計画の中に専門的人材の育成を明示している。利用者の加齢による重度化・精神障害等との重複化・高齢化への対応として専門資格取得を組織として勧めており、職員の専門資格取得に向けて勤務時間の調整を行っている。また、中・長期計画に人材育成についてのプランが示されている。</p> <p>・職能基準に基づいた研修計画があり各階層ごとに必要な研修が実施されている。</p> <p>・研修を終了した職員は報告レポートを作成し、職員会議や部会で発表している。報告レポートや発表により職員の意識が高まり、研修参加職員が事例を出し合い話し合おうと提案する等、次の研修計画に反映されている。</p>	

	第三者評価結果
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a・ b ・c
<p>・法人として、実習生の受け入れに関する基本姿勢や責任体制を明確にしたマニュアルが整備され、担当指導者に対する研修や学校との連携も行われている。すてっぴ事業所としての実習受け入れ体制はあるが現在までその実績はない。</p>	

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果
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）の対応など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
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。	a ・b・c
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 ・b・c
<p>・過去1年間に安全確保の体制で1件問題が発生している。利用者の安全確保のために、担当者と連絡体制がありマニュアルも整備され職員に周知されている。問題発生後、直ちに事故状況を把握し解決している。事故は理事会に報告し、再発防止のために利用者への交通ルール教育や改善策として自転車通勤の中止を決定していることが確認できた。利用者一人ひとりの健康管理表が作成され、職員に対し救急法の研修も行っている。緊急に備えて警察や公共施設、消防署、医療機関、整備会社との連絡体制ができている。</p> <p>・地震、風水害、火災等の災害に関する対策要覧が整備され対応体制が明文化されている。安否確認の名簿点呼や非常通報装置の設置、地域の人にも連携を頼み、日々の生活の中で利用者に避難場所を教えている。調理室に乾パンや水等の備蓄を整備している。</p> <p>・過去1年間に安全確保で問題は発生していない。ヒヤリハット体験報告書で事例を毎月収集してリスクマネジメント部会で毎月事例を報告している。「事故のリスク程度評価基準」を策定し、事例を具体的な数値で客観的に表すことにより評価・見直しを行っている。利用者には月1回、ホームでの反省会や夕食時にサービス管理責任者や世話人が安全確保についてわかりやすく話しをしている。</p>	

II-4 地域との交流と連携

	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。	
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	○a・b・c
II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	a○b・c
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○b・c
<p>・夏祭りやソフトボール大会、公民館の掃除等の情報を地域の人や回覧板から収集している。利用者が職場で情報を得て参加することもあり、行事の際は必要に応じて職員が援助する体制がある。地域の人々を施設行事の忘年会や夏祭りに招待したり、町内の文化祭に作品を展示する等、地域との交流の機会を定期的に設けている。利用者の買物時に職場の人が車に乗せてくれる等、社会資源の活用も行われている。</p> <p>・地域に向けて、専門的な技術講習会や研修会の開催はないが、地域の人々からの介護相談や相談支援事業は法人として行っている。理念や基本方針が掲載された広報誌を駅のホームやスーパーに置き、配布して施設の情報を地域に発信している。。</p> <p>・ボランティア受け入れに関する基本姿勢は規程集一覧に明文化されている。法人としてのマニュアルも整備しており施設の体制は整っているが、すてっぴ事業所での実績はない。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	第三者評価結果
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	○a・b・c
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	○a・b・c
<p>・地域の様々な機関や団体との連携のために利用者の状況に対応できる会社や学校、病院、東彼地区障害者支援センター等のリストを作成し、事務所に掲示して職員間で情報を共有している。</p> <p>・東彼地区障害者支援センターと、区分決定時や地域活動、利用相談等で定期的に連絡を行っており、問題を抱える家族の解決に向けて協働して具体的な取り組みを行なっている。</p>	

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・ b ・c
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・ b ・c
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の相談支援センターが収集している福祉ニーズの情報により把握に努めている。法人の評議委員の中に地区の民生委員がおり情報を収集しているが民生委員との定期的な会議は開催していない。 ・地域の福祉ニーズに基づき、グループホームやショートステイ等を設置運営している。今後は、民生委員等との定期的な会議や、夏祭り等のイベント時にアンケートを実施して具体的な福祉ニーズの把握に努め、福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動の中・長期計画や事業計画の中に明示することを期待する。 	

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。	第三者評価結果
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)・b・c
<p>・理念に「知的障害児・者の尊厳を守り、より豊かで健全な生活が営めるよう支援に努める」と明示している。利用者尊重について職員間で共通理解を深めるために福祉サービスガイドラインを作成し、具体的な実施方法を提示している。障害の特性を知る勉強会や身体拘束、虐待防止の研修を実施し、組織の基本姿勢を踏まえた具体的な支援内容は日々のケース記録に記録している。</p>	
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。	(a)・b・c
<p>・プライバシー保護に関する基本的な姿勢は福祉サービスガイドラインに明文化している。利用者が、他の利用者やスタッフと距離を置きたい時には相談室を一時避難場所にする等、具体的な取り組みが行われている。日々の支援の中で折に触れ園長やサービス管理責任者が職員にプライバシー保護に関する話しをすることにより職員に周知され、職員一人ひとりのプライバシーに対する意識付けが高いとの自己評価である。大きな文字にルビをふり「個人の尊厳」「プライバシーの保護」を明記し、利用者にもわかりやすい表現で説明を行っている。</p>	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	第三者評価結果
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・(b)・c
<p>・サービス管理責任者が、週1回午後7時頃に各グループホームを訪問して利用者への聴取により満足度を把握している。園の旅行行事後に、サービス管理責任者が個別に利用者と面談して満足度を把握し、次回の旅行行事の内容を利用者と一緒に検討する等、具体的な改善を行っている。今後は利用者の満足度を把握するため家族への対応や利用者参画のもとでの検討会議の設置が望まれる。</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。	第三者評価結果
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)・b・c
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)・b・c
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。	a・(b)・c
<p>・福祉ガイドラインの「相談・苦情申し立てについて」に文章にルビをふり支援体制をわかりやすく表現して、利用者や家族に配布している。日々の生活の中でも誰にでも相談できることを伝え相談室を設けている。</p> <p>・苦情解決の体制を整備し、規程集一覧と福祉ガイドライン、重要事項説明書に明記し玄関に掲示している。電話で苦情を受け付け施設で検討し、結果内容を家族にフィードバックしている。解決を図った記録は適切に保管され、園長が苦情内容及び解決結果を幹部会議で報告している。</p> <p>・福祉サービスガイドラインの「利用者の個別的な要求・利用者の希望や意見について」に報告手順や対応策の検討について規程したマニュアルを明記している。高齢の利用者から真夏に歩行するのが大変だという意見に対し、熱中症対策も兼ねて送迎車を利用する等、サービスの改善に反映している。今後は、マニュアルの研修により職員への周知し必要に応じて見直すことが望まれる。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
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・ b ・c
Ⅲ-2-(1)-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・改善計画を立て実施している。	a・b・ c
<ul style="list-style-type: none"> ・今回初めての第三者評価受審に向けて、サービス管理責任者を担当者として設置している。評価結果を職員会議で分析・検討することを組織としてすでに定めている。 ・今後は、評価結果に基づき、職員参画のもとで取り組むべき課題を明確にし、改善策や改善計画を策定し、実施状況の評価や計画の見直しを行うことを期待する。 	
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。	第三者評価結果
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 ・b・c
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。	a・b・ c
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスガイドラインに、食事や入浴、排泄、衣類、睡眠、健康管理等の標準的な実施方法が利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を含めたわかりやすい言葉で明示され、職員に配布し周知されている。実施状況は日々の日誌やモニタリングで確認している。 ・現時点では、標準的な実施方法の見直しは行われていない。今後は、サービスの実施方法を職員参画のもとで見直すことにより福祉サービスの質に関する職員の共通意識を育て、組織的に検討することが望まれる。 	

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	第三者評価結果
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。	(a)・b・c
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
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。	(a)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・サービス実施計画に基づいたサービス内容は個別のケース記録により確認できた。福祉サービスガイドラインに記録要領が作成され、月1回のすてっぴの職員会議時に記録要領を指導している。 ・記録管理責任者はサービス管理責任者であり、利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規定や個人情報保護と情報開示の規程は規程集一覧に明記され、記録は各ホームの世話人室の鍵のかかる書庫に保管している。法人全体職員会議で毎回、理事長から職員に対し個人情報保護と情報開示の話があり、すてっぴの職員には1時からの申し送り時に園長が個人情報保護と情報開示について説明することで職員に周知されている。 ・利用者の状況に関する情報は職員会議や日々の申し送り時に共有している。情報の分別は理事長からの支持や園長の判断で行われ、パソコンで施設内の情報を共有する仕組みがある。 	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果
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。	(a)・b・c
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)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページや福祉サービス内容を写真や図、絵でわかりやすく紹介した広報誌を駅やスーパーに置き、利用希望者に情報を積極的に提供している。また、グループホームの空いている部屋を使用して体験入所や一日利用の希望に対応している。 ・サービス開始時には、重要事項説明書に沿って職員が利用者の特性に応じて大きな声で話したり、身振り手振りやわかりやすい表現で説明して同意を得ている。グループホームの空きがない場合や利用者が他のサービスを利用したい場合は、利用者や家族とよく話し合い相談支援センターを通して必要な手続きを行い確実に引き継ぐなど支援している。 	
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。	(a)・b・c

• 施設の変更、地域、家庭への移行にあたり、サービスの継続に配慮した引継ぎの手順や文書の内容は、規程集一覧に明記している。サービス終了後は法人の相談支援センターが窓口になっている。福祉サービスガイドラインにサービス終了後の相談方法や担当者について利用者や家族にわかりやすく書いてあり、終結記録の中にサービス終了後の相談方法や担当者を記録して家族に渡している。退所した利用者からの相談は相談支援センターに繋ぐ等、積極的に退所者を支援している。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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。		○a・b・c
<p>・初回の聞き取りは、サービス管理責任者により家族と利用者から行い、フェースシートに記録している。アセスメントは①基本的な生活習慣②生活スキル③社会スキル④社会参加⑤コミュニケーション⑥健康管理の項目に沿って記録している。</p> <p>・アセスメントの見直しは、世話人からの聞き取りを踏まえ、園長、看護師、サービス管理責任者参加のモニタリング会議において一年に2回行っている。</p>		
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。		a○b・c
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・b・c
<p>・利用者のアセスメントやモニタリング会議を踏まえてサービス実施計画は作成されている。計画に基づいて、日々のケース記録へ残し職員間で共有できている。</p> <p>・現在、計画の作成に当たり、色々な工夫を取り入れ、全体の目標を掲げる試みを行いながら、改訂を模索中である。個々の計画に沿った支援が行えるよう、支援計画や、ケース記録の更なる工夫が期待される。</p> <p>・利用者の聞き取りや日常、接している世話人が感じ取った内容をくみ取り、踏まえた上でモニタリング会議を行い、一年に2回のサービス実施計画の評価、見直しを行っている。</p>		