

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（共通）

※すべての評価細目（53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
コメント	
<p>・『見すてない、あきらめない、血の通った福祉の実現に努めます』という、法人の理念は、他の施設で受け入れが困難といわれた利用者を積極的に受け入れる等、現場で実践されている。施設の職員も、この理念に誇りをもってサービスを提供している。</p> <p>・理念を実現するための、『職員の行動指針』（基本方針）が10項目に文書化されている。法令遵守の徹底、生活の質（QOL）向上の推進、地域貢献・社会貢献、施設の社会化の推進等、職員の行動規範となる具体的な内容である。</p>	
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○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
コメント	
<p>・理念、方針共に文書化され、施設内に掲示されているが、理解を促す取組みが十分ではないとの自己評価であった。文書化された指針やルールが、数多くあるので、イラストや図等を活用し、職員や利用者、その家族等にわかりやすく説明するための資料を作成することも必要である。</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。	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) 事業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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月開催される『あすなろ委員会』には、施設の幹部職員が集まり、現在・過去・未来の課題等の解決策を話し合っている。 これまで、施設を引っ張ってきた施設長や事務長は、幹部職員の考える力を伸ばすために、問題提起は行うが、なるべく口を挟まないように心掛けているとのことである。 すでに、24年～26年度の事業展開を自分達で考え、企画するよう指示している。幹部職員を中心に、今後の進むべき方向を、中～長期の事業計画として作成することは、幹部としての成長にもつながると思われる。 ・毎年、作成される事業計画書には、部署毎の目標等が明確に記載されている。また、年度末に『事業報告書』を作成し、計画の評価を行い、翌年の事業計画に反映されている。 	

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組を行っている。		○a・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、『今後の施設運営の在り方を考える』という文書を作成し、サービス管理、人事・労務、財務管理等に関する課題や方針をわかりやすく職員に伝えている。 ・職員に虐待防止について、自己チェックを求めたり、給食の委託業者や実習生にアンケートを行う等、虐待防止には特に力を入れている。 		
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組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組に指導力を発揮している。		○a・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度調査を毎年行い、前年との対比により、強み弱みを把握し、サービスの質の向上に努めている。また、幹部職員の会議（あすなろ委員会）において、職員の意見を集約して聞き取り、業務改善に努めている。 ・安定した経営を行うために、他の施設で受け入れ不可能な利用者を受け入れること、ショートステイや通所の利用者の増加に努めること、そのためには、考える職員を育成することも大切である。 		

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組を行っている。		○a・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		○a・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設長は協会の役員を兼ねる等、幅広いネットワークをもち、情報収集に熱心である。入所型から在宅移行という国の方針と、それでも自宅へ戻ることが難しい利用者や家族のニーズを解消するために、ケアホーム・グループホームの拡充や在宅サービスの充実を検討している。 毎年作成する事業報告書には、事業計画の達成度や課題等が記載され、翌年度の事業計画書の作成につなげられている。 		

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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 求人募集を行っても、なかなか人材が集まらないとのことである。中間管理職によるフォローで、辞める職員をつくらない、非常勤職員の働きやすい環境を整備する等、在職している職員のやる気を引き出すことに力を入れている。 介護職の処遇改善交付金導入に伴い、2年前に人事評価制度を休止していたが、今年度末から復活させるとのことである。明確な効果基準による教育は、職員の成長、モチベーションのアップに不可欠であると思われ、制度復活に期待する。 		

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 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事評価制度を導入していた際は、施設長が個人面談を行い、職員の状況や意向の把握を行っていたとのことである。現在も、男性職員は副施設長、女性職員は主任へと相談窓口を決めているようであるが、職員の意向把握には、定期的な面談がより効果は高いと思われる。 ・福利厚生は、職員共済会を中心に運営されている。 	
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組が行われている。	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>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の行動指針には、『利用者が豊かで充実した生活がおくれるよう、行動障害、高齢化等の諸問題に取り組み、研修を励行します』という教育・研修に関する方針が明示されている。 ・平成23年度は、外部研修に26回参加しており、教育・研修には積極的である。研修履修後は、研修報告書を記載し、研修報告を行なっている。評価基準では、職員一人ひとりについて、技術水準・知識・専門資格の必要性等に基づき、個別の研修計画の作成と実施、その評価が求められている。今後の取組みに期待する。 	

II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	第三者評価結果
II-2-(4)-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>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 『実習の手引き』には、施設の理念・方針、実習にあたっての心得、留意点、時間外の過ごし方等がわかりやすく記載されている。 実習の受け入れは、地域交流委員会が窓口となり、学校、実習生との連絡・調整を行っている。 	

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組が行われている。	
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。	(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>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 運営マニュアルには、事故（誤薬、誤嚥、誤飲、異食、怪我等）、疾病（てんかん、ショック、意識障害、呼吸困難等）等、想定されるリスクについて、発生時の対応が文書化されている。また、施設内において、AEDを利用した緊急救命法の講習も実施されている。 年2回避難訓練を実施している。天気予報を事前にチェックし、台風や降雪の恐れがあれば、飲み水、貯め水を事前準備している。 『くらしを考える会』で、利用者毎に、健康面・行動面等のリスクをとりまとめた『サントピア学園におけるリスクマネジメント』を作成しており、すばらしい取組みである。 過去1年間、安全確保の対策で、問題があったことはないとの自己評価であった。 	

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	利用者地域との関わりを大切にしている。	a・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> b・c
II-4-(1)-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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・街中からはなれた場所にあり、地域とのつながりが難しい環境にあるが、地域の行事には積極的に参加しているとのことである。また、新設したケアホームは、住宅街にあるため、清掃活動等の地域貢献に努めていきたいとのことである。 ・年に3回、学園新聞を発行し、関係機関等に配布している。相談支援の窓口を開設しているが、相談事例が少ないようである。ホームページの開設や、ケアホーム等を活用した出張相談等、相談窓口のPRが必要だと思われる。 ・『ボランティアの手引き』が作成され、ボランティア受け入れの指針になっている。ボランティア参加者には、地域交流委員による事前オリエンテーションが行われている。 		

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・ <input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関の連絡先一覧表は作成しているが、その他の社会資源については、連絡を行う各担当者まかせになっているとのことである。 ・毎月一回、『東長崎地区障害関係連絡協議会』が開催され、『ケース会議』『講師を招いての研修会』『地域のニーズの共有』等について、積極的に連携している。 		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域のニーズに基づき、短期入所者の受け入れに積極的である。また、障がい者の地域での生活や、障がい者施設の在り方等について、子供たちへの教育が重要であると考え、講師活動等、施設外との連携にも積極的である。 		

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
<p>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組を行っている。</p> <p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 『みすてない、あきらめない、血の通った福祉の実践に努めます』という理念を実現するために、『くらしを考える会』が中心となり、支援サービスの経過報告の際に、QOL向上のための検討が行われている。 	<p>○a・b・c</p>
<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。</p> <p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 建物の環境が厳しい状態でありながら、支援室や職員の控室等を改装し、個室化を実現していることは素晴らしい取組みである。それでも、多床室の利用者が、ひとりになれる環境をもっとつくってあげたいとの自己評価であったので、リハビリ室や共有のリビング、食堂等を活用する等、さらなる工夫に期待したい。 2003年に整備された『運営マニュアル』に、プライバシーの保護等について文書化されているが、時間が経過しているので、見直しをおこないたいとの自己評価である。今後の見直しを期待する。 	<p>a ○b・c</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
<p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。</p> <p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎年度末に担当職員が聞き取り、利用者満足度調査を行なっている。前年度とのデータを比較し、改善が必要な項目を次年度の事業計画書作成につなげている。アンケートの聞き取り方が、一部いい結果がでるよう誘導的になる可能性があるの、複数による聞き取り等改善策を考えていることもすばらしい取組みである。 毎年、支援サービス計画書を見直しており、その際、利用者家族の意向の聞き取りを行なっている。 	<p>○a・b・c</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 data-bbox="268 454 379 488">コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="236 517 1276 611">・重要事項説明書には、相談や意見の窓口として、第三者委員、行政、施設の相談員等が明記されている。これまで、直接外部の窓口への相談はないとのことである。 <li data-bbox="236 640 1276 734">・施設内に相談受付ポストがある。ポストは主任が開封し、利用者と面談、対応策を検討している。結果は、第三者委員にも報告されている。直接書くことができない利用者は、職員が聞き取り、ポストに投函しているとのことである。 <li data-bbox="236 763 1276 857">・アンケートや相談受付ポストだけに頼らず、特に意思表示が難しい利用者は、支援員が観察し、要望を感じ取るようにしている。パンに手をつけない利用者について、ごはんに切り替える等がその一例である。 	

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。		第三者評価結果
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 (b) c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業報告書の作成や『くらしを考える委員会』で、利用者の支援について評価を行なっているが、定められた評価基準に基づいた自己評価・第三者評価は、今回が初めての取り組みだと思われる。評価は受けることが目的ではなく、課題を共有し、改善活動を行うことが重要である。今後の取り組みに期待する。 		
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。		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)
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2003年に、100ページを超える『運営マニュアル』が作成され、職員に配布されたとのことであるが、活用度合いを確認すると、職員間でまちまちであった。マニュアルは作成することが目的ではなく、業務を標準化するためのツールである。マニュアルを活用した研修をおこない、職員にマニュアルの重要度を理解させることも大切である。 ・一度作成したマニュアル・規定も、時間の経過や施設基準、法令等の改定により、見直しが必要だと思われる。素晴らしいマニュアルであると思うので、定期的に見直しを行うルールづくりが重要である。 		

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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス支援計画に基づいて、日常の支援経過を『生活記録』に記載している。特に、夜間の事項を朱書きにする等、見やすく配慮されている。職員間で書き方、記録内容について、差異が生じることがあるとの自己評価であったので、記録を標準化するための教育が今後必要になるのではないかとと思われる。 記録の持ち出しは不可等、一定のルールは聞き取りにより確認できたが、規定の有無、保管・保存・廃棄のルールについては明確な回答が得られなかった。記録の管理は、今後ますます重要になるとと思われるので、対策検討が求められる。 記録はPCを活用し、電子媒体で管理されている。パスワード管理したうえで、全員が記録等の情報を共有できるとのことである。 		

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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> パンフレットを事務所玄関に保管しているが、公共施設への掲示や、ホームページの開設等はないとのことである。常に定員を満了した運営となっているので、現状での必要性は薄いとも思われるが、今後、相談支援事業、通所事業の拡充を検討しているとのことなので、対応が必要になるとと思われる。 重要事項説明書を使用し、料金、サービス内容、苦情対応等について説明を行い、利用者（家族）の同意を得たあと、署名・押印した書類を保管している。 		
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。	(a)・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療処置の対応が困難になり、入院による退所はあったが、最近ではそれ以外のケースはないとのことである。他施設から受入れる場合は、情報交換を積極的に行うとのことである。 		

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>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・共通の様式に基づいて、健康、疾病、行動障害、日常生活等について、毎年アセスメントを行なっている。特に、日常生活については、利用者やその家族の意向や課題を聞き取る様式である。 		
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>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントシートに基づいて、サービス計画の原案を作成している。さらに、看護師、栄養士、関係職員等の意見を参考に、支援計画書を作成し、本人（家族）の同意も得ている。 ・毎年一回、『くらしを考える委員会』で他職種による支援経過の評価を行い、次年度のサービス計画作成につなげている。今後、利用者の高齢化にともない、介護・医療の必要度が増すことを考えると、年の途中でもサービス計画を変更し、サービス内容の変更について、関係職員と情報を共有する仕組みをつくることが重要である。 		