

第三者評価結果（共通項目）

福祉サービス第三者評価基準【共通版】

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。	第三者評価結果
	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

評価概要

- ① 法人で作成しているパンフレットやホームページに理念が記載されており、利用者の主体性の尊重、権利擁護等障害者福祉の基本的な内容を踏まえた内容になっている。
- ② 法人の理念を基に施設の基本方針を策定している。サービスの提供方針として具体的に職員の心構えや責務など4項目をわかりやすく示している。

I-1-（2）	理念、基本方針が周知されている。	第三者評価結果
	I-1-（2）-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b
	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

評価概要

- ① 年度初めに、理念及び職員の心得、利用者の権利、事業計画等について説明をするとともに、雇用契約を締結するにあたっての「基本誓約事項」や「執務態度チャレンジシート」を日常的に使用する指導員日誌の表紙に綴じており、いつでも閲覧できるようにしている。また、職員が携帯している名札の裏に理念・基本方針を明記し職員への意識づけをして周知に努めているが、十分に周知されるには至っていない。
- ② 2ヶ月に1回開催している利用者会で説明をしている。施設玄関に理念・基本方針及び運営方針が掲示されているが文字が小さく見難いので、漢字にルビを振るなどして、障害のある利用者にもわかりやすくする工夫や配慮が望まれる。

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
	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

評価概要

- ① 今年度より3ヶ年（平成25年～28年度）の中期事業計画が策定されている。
- SWOT分析により外部環境特性、組織・内部環境特性を明らかにした上で、重点に取り組むテーマを5項目に絞った具体的な内容になっている。

② 中期事業計画の内容に沿った単年度の事業計画が策定されている。また、介護・看護部門、事務部門、調理部門、相談支援事業毎に事業計画も策定されている。	
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	第三者評価結果
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	b
評価概要 ① 計画の策定に当たっては職員からの意見聴取後、施設長、リーダー等との管理者クラスで構成されている推進会議で協議し策定され、法人理事会の承認を得ている。 ② 職員に対しては、年度初めに施設長が資料をもとに説明している。利用者に対しては、利用者会で説明しているが、資料の配布もされておらず、どの程度周知されたかの確認ができていない。今後、より理解しやすい資料を作成する等の工夫が望まれる。	

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。		第三者評価結果
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。		a
評価概要 ① 業務分掌表により管理者の役割を明確にしている。また、広報誌「おたよりたけやま」に役割や責任について掲載し表明している。 ② 管理者は各種研修会に積極的に参加して、遵守すべき最新の法令についての情報を収集するようにしている。それらの内容について、復命書を職員に回覧したり、毎月開催される職員会議等で伝達をして周知を図っている。		
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
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。		b
評価概要 ① 毎月開催される職員会議では、利用者処遇に関することや外部研修受講者からの復命事項もあることから、会議での様子を毎回ビデオに撮り欠席した職員には必ず見ってもらっている。また、内部研修では、参加者全員に研修シートを記載してもらい、学んだことや、今後どのように活かしていきたいか、どのような研修を希望するか等、職員の意見を取り入れるようにしている。 ② 電気使用量の推移については、前年度との比較表を廊下に掲示する等して、職員に		

対して省エネの必要性や、コスト意識を高めるよう努めている。管理者は、毎月の財務に関する試算表はチェックしているが、経営状況やコストバランスの分析に基づいた検証までは実施されていない。

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。	第三者評価結果
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。	c

評価概要

- ① 個人情報保護法の関係もあり潜在的利用者に関するデータを把握するまでには至っていないが、南九州市、指宿市の相談支援事業の委託を受け、行政との情報交換会や民生委員の定例会に出席するなど、地域の在宅で暮らす障害者の課題やニーズを含めた社会福祉事業の動向について把握できるように努めている。
- ② 2ヶ月ごとに開催している「ともいき会議」（法人会議）にて、利用者数、待機者数、職員の採用、収支状況等について報告し検討する場を設けている。会議に先立ち、施設内で課題や改善点について協議し、その結果を法人会議で報告している。法人会議の結果については、職員会議で職員に報告している。
- ③ 毎月会計事務所に依頼し会計のチェックをしてもらっているが、監査法人等による監査は実施していない。

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。	第三者評価結果
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
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

評価概要

- ① 人事考課制度運用基準の中で、「私たちは生活を支援するプロである」をキャッチフレーズに、質の高い人材を育成しようとする姿勢が伺える。介護福祉士の資格取得者が8割を超えるなど、全員が資格を取得するよう組織的に取り組んでいる。
- ② 人事考課制度運用基準を作成し平成22年度より運用している。執務態度チャレンジシートによる本人、上司の評価と合わせて半期毎に実施される上席者との面接や年に1回の施設長との面談の結果も人事考課に反映させている。評価基準は、わかり易く明確に示されており、職員に配布されることによって客観性や透明性の確保が図られ

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。	b
Ⅱ－２－（２）－②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
評価概要		
① 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータは定期的にチェックしているが、それらを分析、検討する担当者や担当部署がない。今後は、法人内で職場能力開発推進者の資格を取得させて担当させる予定にしている。また、カウンセリングを受けられる体制を整備したり、メンタルヘルス推進者に看護師を配置したりして、職員が相談しやすい環境づくりに取り組んでいる。		
② ソウエルクラブに加入している。		
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
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。	b
評価概要		
① 基本方針の中に職員の責務として「専門職としての自己研鑽に努める」と明記しており、組織としての目的意識を持った研修計画が策定されている。資格取得のための試験対策講座等は研修扱いとし、休日の優先的な取得に配慮している。		
② 外部研修の参加については、年度末に全職員と面接をして研修内容の希望を確認して計画している。年間を通じて認知症、権利擁護、尊厳、リスクマネジメント等外部講師を招いての内部研修を実施し、必要な知識・技術の習得に努めている。		
③ 研修に参加した職員は、復命書を作成し管理者に提出している。合わせて毎月行われる出張復命報告会にて全職員に報告をしているが、研修成果に関する評価・分析がなされていない。今後は、評価・分析まで行き、その結果を研修内容やカリキュラムに反映されることが望ましい。		
Ⅱ－２－（４） 実習生の受け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
Ⅱ－２－（４）－②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a

評価概要

- ① 実習受け入れの意義については「福祉施設の社会的使命」「利用者にとって開かれた福祉施設環境」「次世代の福祉人材の育成」であると謳い、組織としての基本的な考え方が明確にされている。社会福祉士、介護福祉士の職種毎にマニュアルが整備されている。また、実習指導者も職種ごとに配置され受け入れ体制も整備されている。介護福祉士養成校の閉鎖がある中、中期事業計画の重点項目に、介護福祉士養成機関との連携を挙げ、養成機関との人材交流を図りながら実習生の受け入れについても積極的に取り組む姿勢が見受けられる。
- ② 職種ごとに実習プログラムを準備している。養成校とは定期的な打ち合わせや状況報告を行うなどにより連携を図っている。

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。	第三者評価結果
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
Ⅱ-3-(1)-② 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

評価概要

- ① 事故防止防止委員会が設置され2ヶ月に1回ヒヤリハット、アクシデントの要因分析をして対応策を検討している。検討の結果は利用者会において利用者に説明し、利用者からの意見を聞いて対応している。また、年2回救急法の研修を行い利用者の症状が急変した場合に対応している。緊急を要するものを事故発生と位置づけ、誤嚥、転倒、利用者間のトラブル、所在不明等について各々の対応マニュアルを作成している。感染症については、疾患ごとに対応マニュアルを整備している。また、地震、風水害、火災についても災害別に関係機関を含めたマニュアルを作成している。
- ② 不審者が施設内に侵入してきた場合、利用者にもわかるように決め事を行っている。AEDの研修は利用者も一緒に参加している。また、電動車いすで外出する利用者もいることから、警察が来苑し交通安全についての研修会を実施している。リスク研修会ではKY研修を行うなど利用者の安全確保対策を実行している。

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。	第三者評価結果
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
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	a

にし、体制を確立している。		
評価概要		
<p>① 地区公民館単位で実施している津波避難訓練やほぜ祭り、六月灯に参加している。民生委員の定例会に出席し地域の情報収集や施設からの情報提供を行っている。指宿、頰娃町の障害者施設が主催している「ふれあいフレンド文化祭」では、利用者が展示コーナーの実行委員になり企画に参加している。</p> <p>② 2か月毎に発行している広報誌に講習会の案内を掲載し、地域の方に来苑してもらい施設を知ってもらう機会を作っている。また、保健所と合同で難病についての講演会を開催し家族や外来者の参加もある。</p> <p>福祉サービスが必要な方の相談に応じる体制が整備されている。民生委員の定例会でアプローチの方法等の質問があり、一緒に介入することもある。</p> <p>③ ボランティア受け入れマニュアルを作成している。法人内では、有償ボランティアの育成を積極的に行っている。</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
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。		a
評価概要		
<p>① 地域自立支援協議会が中心となりスタッフが参画して「障害福祉事業所マップ」を作成している。地図の中に病院、障害者施設、相談支援事業所、移送サービス事業所等の事業所名、住所、連絡先を明記し、社会資源がわかり易く掲載されている。</p> <p>② 地域の振興局やハローワーク等と一緒に障害者就労支援ネットワーク会議に参加するなど関係機関との連携が図られている。南薩地区、指宿地区の行政、地区振興局、民生委員、障害者関係施設、MSW、地区の相談員等が集まる連絡会に毎月参加しネットワーク作りをしている。</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。		第三者評価結果
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。		b
評価概要		
<p>① 地域住民からのニーズを受けて、日中一時支援対応している。障害者の学校以外の居場所の確保に積極的に取り組んでいる。</p> <p>② 10年前からニーズに応じて日中一時支援と相談支援事業を行っている。SWOT分析では、ニーズの多様化により新規参入のチャンスと外部環境特性を挙げているが、次の展開までの具体的な明示がされていない。</p>		

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 (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) -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 (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
<p>評価概要</p> <p>① 理念や基本方針に利用者の権利を尊重した支援を行う旨の記載がある。権利擁護委員会で研修会を開催しているほか、2ヶ月に1回、身体拘束委員会を開催し拘束廃止に向けた取り組みを実施している。</p> <p>② プライバシー保護については全職員が執務態度チャレンジシートを確認している。排泄介助マニュアル・入浴介助マニュアル等にプライバシー保護に関する記載はあるものの、プライバシー保護に関する規定・マニュアルが策定されていないので、整備する必要がある。</p>	
Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の上昇に務めている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-1 (2) -① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a
Ⅲ-1-1 (2) -② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	b
<p>評価概要</p> <p>① 隔月毎の利用者会の開催や半期毎の利用者に対する聞き取り調査、年1回家族に対するアンケート調査を実施し、利用者満足を把握する仕組みがある。</p> <p>② 利用者参画のもと外出検討会議等を開催（平成24年度は7回開催）して検討する場を設け、利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。しかし、利用者に対する聞き取り調査や家族に対するアンケート結果については、分析、検討がなされた記録が見受けられない。分析、検討内容の記録や改善策についての記録を整備する等、調査結果を活用し更なる利用者満足の上昇に向けた取り組みを、進めることが期待される。</p>	
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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。	b
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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

評価概要

- ① 苦情受付窓口担当者を5名配置するなど、利用者が相談相手を自由に選択できるようにしている。現在、会議室を相談室として利用しているが、他の目を気にしないで相談できるスペースを確保されていない。改修後に相談室を設けたいとしている。
- ② 苦情解決の体制を整備し、パンフレットを受付に掲示してあるが、ルビを振るなどわかり易くする等の工夫が求められる。苦情内容については、理事会に報告し受付処理状況を施設内に掲示している。
- ③ 利用者からの意見等に対する対応マニュアルは整備されており、苦情に限定されない意見や提案についてもその都度対応をされているものの、意見や提案を受けた際の記録や報告の手順等の仕組みはあるが十分に機能していない。利用者調査では、不満や要望に対してきちんと対応してくれるとの回答者が、半数に満たない状況にある。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な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。	b
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ている。	b
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b

評価概要

- ① 自己評価は毎年実施している。
- ② 自己評価の結果については、推進会議で検討がなされているが、取り組むべき課題について職員間での共有が不十分である。
- ③ 今回の自己評価及び第三者評価の結果を受けて、明らかになった課題に対する改善策を検討し改善計画を立て、質の向上に向けた取り組みを進めることが期待される。

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 個々の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。	a

評価概要

- ① サービス実施書に、各マニュアルが作成されており、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。
- ② マニュアルは担当者会議において半年ごとに見直しが行われ、利用者、職員からの

意見を反映できるようにしている。		
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。	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。	a
評価概要 ① 利用者ごとにケース記録が作成されている。記録は、パソコン入力しているが記録の仕方にややバラツキがみられるため、統一できるよう職員への周知が求められる。 ② 文書取扱規程には、利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規定を定めているが、記録管理責任者の明示がない。 ③ パソコンネットワークシステムを導入し、施設内で情報の共有が図られている。また、担当者会議に他職種が参加して利用者の状況に関する検討がなされており、情報の共有に努めている。		

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。		第三者評価結果
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
評価概要 ① パンフレットを作成し施設のホームページも開設し情報提供をしている。施設を紹介する資料については、わかり易い内容とはなっていないため、現在パンフレットのリニューアルを進めている。 ② 重要事項説明書の他に「利用の手引き」を作成し、利用者によりわかり易く説明し同意を得ている。		
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。		第三者評価結果
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
評価概要 ① 退所者は少ないが、引き継ぎ文書で変更後の事業所に情報提供を行っている。在宅障害者の自主グループである「自立生活センターてくてく」と連携して側面からサポートしている。		

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。		第三者評価結果
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
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a
<p>評価概要</p> <p>① 生活環境、健康、日常生活活動、コミュニケーション、社会参加等の領域ごとにアセスメントを実施している。定期的な見直しの時期も含めた手順を定めている。</p> <p>② アセスメントの内容を踏まえて、利用者ごとのニーズや課題に添った適切なサービスを明示している。</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。		第三者評価結果
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a
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
<p>評価概要</p> <p>① サービス実施計画策定に当たっては、サービス管理責任者が決められており、サービス内容の決定にあたっては、関係職員、利用者、家族が参加した担当者会議を開催している。サービスの実施状況は、日常的にチェックできるシステムが構築されている。</p> <p>② サービス管理責任者が6か月ごとのモニタリングを実施し評価・見直しを行い、変更内容等を職員に周知させる手順を定めている。また、サービス実施計画書を緊急に変更する必要が生じた際も適切に行われている。</p>		