

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 (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) -① 理念が明文化されている。	a
	I-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
<p>評価概要</p> <p>①②理念、基本方針は、事業計画やホームページ、その他事業所内文書や広報誌に、わかりやすく明文化されています。その内容は障害者福祉の基本的考えを踏まえ、また理念を事業所に合わせた具体的な基本方針として示されています。</p>		
I-1-1 (2)	理念、基本方針が周知されている。	第三者評価結果
	I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
	I-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
<p>評価概要</p> <p>①②理念、基本方針の周知方法は、職員や利用者によって徹底して浸透されるようにいろいろな工夫がなされています。研修や会議だけでなく、目に付くところの各所に掲示され、また利用者にも理解いただけるような説明書も分かるように作られるなど、法人の「周知徹底」の強い意思が窺われます。</p>		

Ⅰ-2 計画の策定

I-2-1 (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) -① 中・長期計画が策定されている。	a
	I-2-1 (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
<p>評価概要</p> <p>①中・長期計画は、理念・基本方針を実現するための目標を明らかにし、実現する年次も明確にしています。法人・ディライトがめざす目標達成への課題を考え、実施する福祉サービスの内容も解決に向けた具体的なものになっています。</p> <p>また単年度計画は、中・長期計画を踏まえて具体的に計画に落とし込まれています。会議や各種委員会・調査、研修・地域交流の回数目標、実習生・ボランティアの受け入れは、その回数目標が具体的に数字で示され、評価しやすいようになっています。</p> <p>②中・長期計画策定に関しては、策定前の「何が課題、問題点か」を探る個々の「現状分析」を職員アンケートをとおして把握され、明らかになった課題を計画に落としこんでおられました。</p>		

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。	a
<p>評価概要</p> <p>①事業計画の策定は、計画の見直しを含め定められた手順に基づき組織的に行われています。</p> <p>②利用者や職員への周知もいろいろな方法・手段を講じて周知徹底を図られています。</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。	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
<p>評価概要</p> <p>①管理者は、自らの役割と責任を深く認識し、それを文書化して会議や研修、広報誌等でも伝え、さらにそれを検証するなど努力しておられます。</p> <p>②事業所運営に当たり必要な法令等の研修も法人全体で取り組み、職員にも周知して、コンプライアンスに努めています。</p>		
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。	a
<p>評価概要</p> <p>①②管理者は、利用者の最善の利益を願い、福祉サービスの質の向上のために、組織的に現状の見直し、課題把握等に努めています。そのために職員からの意見聴取を含め、業務の効率化や改善の具体的取組等を示して、リーダーシップを発揮しています。</p>		

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。	a

評価概要

- ①②運営方針の中に「新制度に対応した計画の立案と積極的な推進」が謳われています。それを実現するために、社会福祉事業全体の動向に目を向け、それを事業として取り組むために具体的検討を行い、中・長期計画に落とし込み、単年度計画に反映しています。そして次々と事業を拡大しています。それは法人全体が「地域」に目を向け、地域と利用者の特徴と変化の情報収集、利用者の推移、サービスのコスト分析、課題の明確化なども行い、その情報を職員へ周知していました。
- ③外部の監査機関の監査も実施されていました。

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人事管理に関する考え方や方針が確立し、人事考課の目的や効果が正しく理解され、それを職員へ周知されています。
- ②必要な人材や人員体制のプランがあり、人事考課結果も考課基準による評価で職員にフィードバックされ、評価の客観性や透明性が確保されています。

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
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事業計画やサービス向上、人事考課制度に関する職員への周知や意見聴取は、よくなされていました。職員の有給の消化率や時間外労働のデータを、定期的に施設長がチェックし、職員の意見・意向や就業状況を法人でも管理、確認し、勤務シフトの再編など具体的な取り組みも確認することができました。
- ②「福利厚生センター・ソウエルクラブ」へ加入しています。また、職員の「希望」をよく聴き、行事などへの参加やさまざまな活動へも法人で支援しています。

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	a

	ている。	
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

評価概要

①②職員の質向上に向けた体制が十分に確立しています。このことは組織が目指す福祉サービス実現のための方針や職員に求める姿勢が、中・長期計画にも謳われ、キャリアパスにも取り組んでいます。

③基本方針に即して個別の研修計画も策定実施され、その見直しもなされています。

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実習生の受け入れに対する基本的な姿勢は明確にされ、その体制も完璧といえるほど整備され、積極的に実習生を受け入れています。

②実習生の育成についても、養成校との連携も密に行われ、実習全般にわたるプログラムも積極的に工夫し取り組まれています。

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利用者の安全を確保するために各マニュアルが整備され、職員に対する救急法研修も年2回実施されているほか、不審者侵入訓練など各機関と共同した対策も実施されています。

②ヒヤリハットや事故報告書は、委員会による年2回の分析・報告がなされています。そしてKYT（危険予知トレーニング）訓練を合わせた環境改善や情報分析に基づき、利用者の体力低下に起因する問題が増加傾向なら、ウォーキングを日課に取り入れる

など利用者側からの安全改善対策にも取り組まれています。

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。		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にし、体制を確立している。	a
<p>評価概要</p> <p>①利用者を「地域の方々」と位置付けて基本理念に示し、地域との関係性を大切に考えられています。</p> <p>②地域の福祉ニーズに応えるためスポーツレクリエーション事業や常盤会フォーラムなどを開催し、利用者の地域での活動機会の推奨や地域の情報を収集して発信するという活動にも取り組んでいます。そして地域審議会の委員としても参加されており、地域と共に考える姿勢が見られます。</p> <p>③ボランティアの受け入れについては、受け入れ時と終了時に面談を行い、ボランティアへの認識を深める配慮がなされています。</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
<p>評価概要</p> <p>①社会資源は、ゆうあいガイドブックや職員からの情報をもとに一覧表化されており、職員会議で情報を共有しています。</p> <p>②関係機関による連絡協議会や地域審議会などのネットワーク化により、課題などに対して共同して解決に向かう体制も整備されています。</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。	a
<p>評価概要</p> <p>①地域の福祉ニーズ把握は、行政や学校との情報交換を定期的に行い、年6回の地域審議会にて民生委員などとも情報交換が行われています。</p> <p>②法人には相談支援事業所も併設されていることから、地域から相談があった場合は、相談から支援まで迅速に行える体制も整備されています。</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。	a
<p>評価概要</p> <p>①利用者を尊重したサービス提供の方針が明示され、朝礼時に人権擁護ハンドブックを音読することで意識統一を図り、一日のサービス提供が行えるように努めています。また基本的な人権を尊重するための法人研修には、全職員が受講できるように2会場が設定されており、どちらかの会場に参加できるような計画もなされていました。</p> <p>②プライバシーに対する利用者への説明は、わかりやすい言葉に置き換えた文書をもとに、自治会会議などで説明されるとともに、利用者が状況に応じて一人になれるような空間も確保されています。</p>	
Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の向上に務めている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-1 (2) -① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a
Ⅲ-1-1 (2) -② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a
<p>評価概要</p> <p>①利用者アンケートや嗜好調査を年2回実施されているほか、自治会会議や希望の会(家族会)に参加することで利用者の求めていることの把握に努めています。</p> <p>②社会参加活動時には、外出先で家族と面会できるような機会を調整するなどの配慮もなされており、その際に家族からの意見も聞き取るよう努めています。</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。	a
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。	a
<p>評価概要</p> <p>①利用者アンケートや御意見箱の設置などで意見を伝える機会を設けています。また利用者に担当職員を配置することで、意見が伝えにくい利用者の表情等の変化を読み取るような体制が整備されています。</p> <p>②苦情や相談については、迅速に対応するためのマニュアルが整備されており、家族に</p>	

は文書で相談窓口の紹介、利用者にはわかりやすい言葉で書かれた文書を掲示することで周知に努めています。

③受け付けた苦情等については、年1回(5月)、第三者委員へ報告し、対応した結果は広報紙で公表しています。

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。	a
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。	a
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。	a
<p>評価概要</p> <p>①主任会議のメンバーを中心に自己評価を毎年行い、3年毎に第三者評価を受審することにしていきます。今回は3回目の受審となり、定期的な評価を行う体制が整備されています。</p> <p>②評価結果は、職員会議を通して全職員で課題を共有することで、組織としてサービスの質の向上に向けた体制作りが整備されています。</p> <p>③前回の評価結果をもとに、面接カードの作成や個人研修ファイルの改善など、具体的な改善も確認することができました。</p>	
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
<p>評価概要</p> <p>①②個々のサービスについては、マニュアルが整備されており、最終ページの余白に改訂日を記入することで、マニュアルが最新のものであると確認できる配慮がなされています。ただしマニュアルに沿った援助を検証する取り組みについては、マニュアルの中にチェック項目を設け、達成度が図りやすいような工夫を、今後、検討していただきたいです。</p>	
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

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
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 ①③支援日誌は、利用者ごとに1日1枚作成され、職員による記入差を生じにくくするために、チェック方式を多く取り入れてあります。記入された日誌は、全職員が確認し確認印を押すことで常に情報が共有されるような仕組みが定着していました。重要な伝達事項は、事務所内に設置されたホワイトボードに書き出すことで、改めて確認できる機会も設けられています。また法人でファイルサーバーが構築されており、事業所を超えた情報共有が行いやすいネットワークシステムが導入されています。 ②個人情報の管理については、契約書や重要事項説明書にて利用者、家族に説明されており、文書管理規程に従い適切な管理がなされています。記録等の開示請求があった場合にも規程に基づき対応する準備がなされています。	

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。	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。	a
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事業所の紹介は、パンフレットを公的機関や諸団体等に配置されているほか、ホームページにて新着情報を定期的に発信され、近況が分かるように努められています。視覚的に紹介するためにパワーポイントで施設紹介資料も準備されており、見学や施設体験時に活用されています。 ②サービス契約については、利用者向けにかな付きの契約書、重要事項説明書等も別に準備されているほか、成年後見人制度の紹介も含めて説明がなされています。	
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家庭復帰を支援するために、法人内のグループホームへの紹介や提案がなされており、事業所の変更や移行時には、つなぎシートを活用した情報提供が行われています。家族の高齢化が顕著になってきていることから、希望の会だけでなく兄弟姉妹の会や成年後見人の会など、両親以外の支援者の協力が得られるようなネットワーク作りに	

も取り組まれていました。

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>①②支援者マニュアルでは、アセスメントの標準的な実施期間ならびにスケジュールが明示されており、それに基づき年2回実施されています。</p> <p>アセスメントの結果は、課題の整理票を用いて、サービス場面ごとでの問題や課題が整理され、具体的な支援が行える分析まで適正に行われています。また、更なるアセスメントの充実を図るため、アセスメントシートの改訂に向けて試行されている状況が確認できました。</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契約書に個別支援計画の見直しは年2回と定められ、個別支援計画作成におけるマニュアルに従い、サービス管理責任者を中心に計画が作成されています。</p> <p>日々の支援状況は、支援日誌に記録され、履行状況が確認しやすいように工夫されています。</p> <p>②毎月開催されるケース会議の中で、支援状況についてモニタリング、評価されており、検討や変更された内容は、会議録だけでなく支援日誌にも変更内容が記録されました。</p>	