

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成19年度、新施設長が就任したが、『明るく、豊かに、たくましく』という施設の理念は引き継がれており、『いつも明るく、こころもからだも豊かに、そして自立できるようにたくましく』という考え方を日々の支援で実践している。 ・理念に基づいた支援方針を毎年策定している。『家庭や施設での生活を通して、個別支援目標の達成を図る。』など、具体的な目標が設定されており、毎年度支援方針の反省を行い、次年度に見直しを行っている。 		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念、方針は毎年度発行する『施設要覧』の巻頭に記載され、全職員に配布している。また、職員会議、朝礼等を通して理解を促している。新人職員に『理念は？』と質問したが、明確な回答であった。 ・利用者の自治会(園友会)などで、『明るく・豊かに・たくましく』という理念を利用者にわかりやすく、伝えるよう配慮している。また、育成会など保護者との会合で、経営方針書を配布している。保護者アンケートでも『理念・方針を知っている』との回答が多かった。 		

I-2 計画の策定

		第三者評価結果
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・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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援法への移行期間ということもあり、中・長期計画は文書化されていなかった。利用者・保護者・職員全てが、今後の『小浦の里』の方向性に注目していると思われます。将来の夢や現状の分析・課題を解決するための具体的な計画書の作成を期待します。 ・年度の事業計画は、『単年度目標』として明確にされている。目標は26項目あり、毎年それぞれの目標について評価を実施しているが、『よかった・悪かった』の記載で終わっているものもある。目標を重点化し数を絞ること、評価が具体的になるよう数値目標を設定するなどの工夫が必要と思われる。 		
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 計画が職員や利用者に周知されている。		a・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念・方針・単年度目標は、施設長を中心とした運営委員会で原案を作成し、全職員が参加する職員会議で発表されている。 ・例えば、『就労に関すること』『行事に関すること』など実施すべき業務を100項目以上細分化し、各業務毎に担当者を決め、責任をもたせ業務を実施している。また、各担当者が年度終了後評価・見直しを行ない、次年度の計画に反映させている。 ・特に利用者に関連する計画については、ひらがなで記載し、わかりやすさに配慮している。保護者に対しても『施設要覧』の抜粋を配布している。 		

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り組みを行っている。		a・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クレーム・保護者からの相談、事故など負の情報がいち早く施設長の耳に入る仕組みを重視し、上司に対する報告義務があることを職員に教育している。 ・月1回発行する『小浦の里だより』の最新号では、挨拶の大切さについて記載するなど、自分の考えをわかりやすく伝える機会を設けている。 ・法令遵守を第一に考え、発生した諸問題や疑問は所轄官庁に事前相談している。社協等が主催する法令変更の研修には必ず参加し、職員会でフィードバックしている。 		

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>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、全利用者の支援実施記録を時間を十分かけて確認し、必要によって、付箋紙をつけて支援担当者へ返し、そのときの支援が適切であったか、支援目標がマンネリ化していないかなどの注意を促している。 ・施設長から、『将来は財務データを全職員に公開し、数字としてどこに施設の問題があるのかをオープンにすることによって、自分達の問題として課題を認識し、解決を図っていきたい』との話を伺ったが、重要なことだと思うので、早期に実現してほしい。 		

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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者数、欠席者数、年齢構成、利用者の障害の程度など、毎年データを収集し、『施設要覧』に記載、全職員に周知している。また、養護学校の卒業生のうち、何名が利用予定など潜在的な利用者数も把握していた。 ・『必要な経費が十分つかえるよう、ムダな経費(利用者退所後の節電等)を見直ししていきましょう』、『利用料収入の伸びは今後難しいので、できることから節約していきましょう』など職員に周知している。 ・税理士等による監査は実施されているが、その結果を活用しての改善事例は、まだないとのことである。 		

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"> ・社会福祉士、介護福祉士等有資格者の比率をたかめていきたいとの事であったが、必要な人材や人員体制、人事管理に関する具体的な方針は確立されていなかった。福祉サービスは、マンパワーによるところが大きいサービスである。限られた予算の中で、厳しいと思われるが、計画的な人事管理を行うことが重要である。 ・理事である社会保険労務士から、人事考課表の雛形を入手し、人事考課制度構築の準備を始めている。組織が必要とする能力を明確にし、その能力に基づいた評価を行なうことは、職員のやる気を引き出し、組織の活性化につながります。今後の仕組みの整備に期待します。 		
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 ・b・c
II-2-(2)-②	福利厚生事業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"> ・有休を時間単位で消化出来る、資格取得のための特別休暇を認める等環境整備に努めている。 ・職員の任意団体である福親会があり、親睦会等定期的に開催している。また施設の職員対抗のソフトボール大会にも参加している。 		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教育・研修について施設の方針を『施設要覧』に明記し、年間の研修計画を策定している。研修は、日常の支援から技術・知識を習得する『ケース会議』、リスクマネジメント等あるテーマに絞った『全体研修』で構成されている。 ・職員一人ひとりについての研修計画までは、策定されていないものの、新人・中堅・ベテランなど経験年数や個人の適性を見て、外部の研修にも参加させている。 ・研修受講後は研修レポートを作成し、職員会議終了後に発表しているが、現場での実践事例が少ないようである。『いい話を聞いた』で終わるのでなく、利用者サービスとして還元できる仕組みづくりが望まれる。 		

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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
	<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・『実習及び研修等の受け入れについて』というマニュアルを整備し、『地域における福祉施設の役割のひとつ』と基本姿勢を明文化している。 ・実習生受入時は毎回実習カリキュラムを作成、週単位で表にまとめられており、実習生に分かりやすく配慮されている。 	

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。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
	<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・数年前に『安全対策と事故防止マニュアル』を整備しており、現在担当を決めてマニュアルの見直しを行っている。 ・事故報告書・ヒヤリハット報告書を整備し、年度毎にファイルしている。また、一年間の事例を取りまとめ第三者委員も参加し、未然防止策の検討をおこなっている。 	

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	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a (b) c
II-4-(1)-②	施設(事業所)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>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ゆうあいスポーツ大会に参加し、他施設との交流を図っている。また毎年、市民大清掃の時期に施設周辺の草刈、清掃をおこなっているが、施設が住宅地・商業地と離れた場所にあり、施設と地域との相互交流は今後の課題である。 ・広報誌を毎月発行し、ホームページも開設するなど地域社会へ向けての情報発信を行っている。また、施設見学は随時実施している。 ・オリエンテーションの際の注意事項等を明記した、『ボランティア受入れマニュアル』を整備している。農園班での農作業など授産活動の手伝いがメインである。 		
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) 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>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長崎市、社協、協力病院、養護学校、就労先など担当者を決めて連携を図っている。 ・東京で行われた施設長会で知り合った方から資料をもらうなど、ネットワークづくりに積極的である。また、県の知的障害者施設協議会や社協主催の勉強会等、機会があれば参加している。 		
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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前職員が地域の自治会長であり、連携をとっているが、今後民生委員や関係団体等と定期的な会議を開催する等、より具体的な福祉ニーズを把握する必要があると思われる。 ・グループホームや、市の『日中一時支援事業』など新しいサービスに積極的であるが、利用状況はいまだ十分とは言えないようである。利用者・保護者・地域社会に認知してもらうための活動が必要と思われる。 		

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

		第三者評価結果
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。		Ⓐ・b・c
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・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 『小浦の里職員行動規範』を整備、「利用者の意思・個性の尊重」、「体罰・差別・プライバシーの侵害などの禁止事項」にいたるまで具体的に記載しており、ケース会議や職員会議でもその内容を取り上げている。 『小浦の里だより』で写真・個人名を掲載する必要があるため、利用者全員から個人情報使用に関しての同意書に署名・押印を取り付けている。 個人支援記録は、鍵のかかるキャビネットに保管。持ち出す際は、貸し出し簿に署名するよう徹底している。 		
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ている。		a Ⓑ c
Ⅲ-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 Ⓑ c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者満足の向上を目指す姿勢を明示した文書は特にないが、『園友会』や日常の支援の中から、利用者の意向を聞き取り、支援目標につなげている。 嗜好調査やイベントを行う前等、利用者の意向を聞く機会を設け、随時活用している。今後サービス全般（開始時間や授産プログラム等）に関して、定期的に満足度の調査を行い、サービス改善に結びつけることが望まれる。 		
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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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 Ⓑ c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 苦情対応に関するポスターは、ひらがなをふり大きい文字を使う等、利用者にわかりやすいように工夫されている。 苦情報告書は、①対応策や対応結果、②本人・保護者が納得したか、など記載できる様式となっており、漏れなく記載されていた。報告書は職員会議で職員に配布されている。 明るい施設づくり委員会を設け、利用者からの意見をより聞けるよう対応しているが、意見は少ないとのことである。保護者は、利用させてもらっているという意識が強く意見を言いにくいと思われる。施設長は、「これからは、保護者の意見を引き出しやすいよう質問の仕方を工夫したい」とのことである。今後の取組みに期待したい。 		

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ている。	a・b・(c)
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・b・(c)
<p>コメント</p> <p>・本県の障害者施設で初めての第三者評価の受審であり、質の向上への大きな一歩である。今回の自己評価・第三者評価の結果を踏まえ、全職員で課題を共有し、質の向上につなげていただきたい。</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。		
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・(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> <p>・プライバシーへの配慮、非常災害時のマニュアル等施設全般に関わるマニュアルは整備されているが、作業面、生活面での支援方法についてのマニュアルの整備は今一歩であるとの自己評価であった。「事故の危険度の高い支援、担当者ごとにバラツキのある支援」はないだろうか？そういったサービスからマニュアルを整備していくと、事故防止や利用者の戸惑いがなくなり利用者満足度が高くなると思われる。</p>		
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。	(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> <p>・作業面、生活面それぞれに支援目標を掲げ、その目標を達成する為の支援について①利用者の状況と、②その際の支援の内容及び支援後の状況を並列して記載している。また、それ以外の特記事項も『その他の行動の記録』に記載されており、文字・内容ともに読みやすかった。</p> <p>・支援の記録は、利用をやめた方も含め、鍵のかかる倉庫に保管している。開示の規定は定められていないが、求めがあれば原則開示する方針とのことである。</p> <p>・年2回、利用者の支援目標と支援内容について話し合う全体研修を実施しており、利用者の情報を共有している。さらに、支援が難しい利用者については、ケース会議を実施、支援の意見を出し合っている。</p>		

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページやパンフレットには、写真を多く活用し、授産商品、日常生活・授産作業がわかりやすく紹介されている。特に、パンフレットはコンパクトなものに改良し、ふれあい活動やバザーの際、持ち帰りやすいよう配慮している。 ・重要事項説明書・契約書は利用者、家族同席の上説明し、同意の署名・押印を必ず取り付けている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就労支援決定後も担当者を配置。定期的に訪問し、利用者・工場長とのコミュニケーションを図っている。 		

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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活状況・健康状況・社会生活・就労状況等8領域について、統一した様式でアセスメントを実施している。 ・アセスメントシートは小浦の里オリジナルである。シートは職員の意向を取り入れ、随時見直されており、就労に関する領域で、『早く作業ができる』等18項目が新たに追加されていた。 ・『アセスメントシートから導かれたニーズ』という様式に利用者本人・保護者のニーズを取りまとめ、優先順位をつけて、支援目標にいかされている。 		

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"> ・支援計画書は、2種類（生活面・作業面）作成されており、『作業中、居眠りしないで作業できる』という目標について、だれが（担当職員）、いつ（作業中）、どこで（作業室）支援するかなど、具体的に記載されていた。 ・『支援実施記録』には、目標について、利用者の状況、支援の内容及び支援後の状況が時系列に記載され、実施計画に基づいた支援がおこなわれていることを、施設長が最終確認している。 ・例えば、『金銭管理』について、お金を使う経験を持つ機会をつくる等、家庭での支援にも留意した計画書が作成されている。 	