

(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
コメント ・ 県立から社会福祉法人への移行に伴い、平成19年3月経営理念・運営の基本方針が策定された。理念・方針は、理事長が原案を作成し、入所者の自治会にて意見を聞き取り、研修会で職員に説明、理事会で承認された事業所の最高位の文書である。 ・ 理念・方針は、玄関ホールや各棟に掲示され、利用者・保護者・職員等だれもが閲覧可能である。		
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。	○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 ・ 理事長は、経営理念の策定の経緯や意義を、『展海』（広報誌）に表明し、また全職員研修会において、理念・方針の達成に向けて、全職員で努力していくことを宣言している。 ・ 理念・方針には、『対等な関係で結んだ利用契約に基づき、意向を尊重し、心身の状況に応じた適切なサービスを求めることができる』等利用者の権利について4つの目標が掲げられており、サービスを受ける利用者の見る目が厳しくなることで、質の向上をはかるねらいもある。		

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・(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"> ・ 障害者自立支援法に沿ったサービス再編を検討中であるが、まだ公表する段階ではないということである。 ・ 中・長期の計画とは、理念・方針を実現するための具体的な取り組みであり、施設整備や予算の計画はその一部にすぎません。①理念・方針を実現するための具体的な目標を設定すること、②現状を分析し目標を達成するための課題や問題点を明らかにすること、③課題や問題点をいつまでにだれが解決するかを明確に定めた計画書を策定すること、④その計画の実行と定期的な評価・見直しをおこなうこと、上記4つの順序に沿った計画の策定が望まれます。 ・ 中・長期の計画は、単年度の計画を実施しその成果を積み重ねることによってしか達成することはできません。そのためには、部署または、職員の階層毎に達成度が判定可能な単年度の目標を設定し、実施状況の評価を行うことが重要である。 また、その目標は職員の意見や利用者の意向を踏まえて策定することで、職員の意識が高まり、利用者のサービスを見る目が厳しくなり、質の向上に寄与することが期待できる。 	

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"> ・理事長が常勤で勤務しており、施設の現状を把握し課題や問題を理解している。また、各棟の夜勤を体験する等現場の視点を重視している。 ・所長は、会議において『優秀な施設職員である前に、良識のある社会人であれ』というメッセージを送り、技術の追求だけではなく、良識を持った人材作りに力を注いでいる。 ・思い込みによる間違いを防ぐため、法令・条例の根拠を抑えて業務を実施するよう指示が出されている。また、行政や関係団体の研修・インターネット等、関係法令の改正に対応している。 		
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"> ・サービス検討委員会が設置され、日常生活の改善に関して利用者や職員の意見を取り入れている。『夏場にはシャワー浴を増やす試み』『プチシアターの開催』等委員会の提案が実現されていた。 ・公立から私立へ移行したことにより、委託料がカットされ職員の給与の見直し等経費の削減を図っている。施設の規模も大きく、職員の数も多いことからちょっとした見直しが大きい効率化に結びつくことも考えられる。人員配置や職場の環境整備にムリ・ムダ・ムラがないか、業務の効率化について検討する会議を行う等具体的な取り組みが求められる。 		

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。		Ⓐ 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。		Ⓐ b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		Ⓐ b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 『業務概要』が発行され、利用者の年齢・障害の種別・日常生活上での介護の必要度・年度別の入退所の状況等のデータが整理されている。また、事業経営をとりまく環境を把握するために、外部研修に積極的に参加している。 監事による監査、行政監査、県の監査事務局による監査などがあり、指摘事項は改善している。随意契約を競争入札に変更し、コストの改善を行う等成果があがっている。 		

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 Ⓑ 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 Ⓑ c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 理学療法士、作業療法士等リハビリの専門職を手厚く配置し、機能訓練に力を入れている。また、高齢化や重度化に伴い医療の処置が必要な利用者が今後増加するとともに、介護の必要度もアップすることである。職員の増加は現状厳しく、今いる職員のレベルアップによる対応が不可欠である。理念・方針を達成するために必要な職員像を部署や階層、経験年数によって明示し、人事評価や教育計画に反映することによって、理想像に近づけていく仕組みづくりが望まれる。 人事考課制度は実施していないとのことである。人事考課は、賃金・処遇に格差をつけることが目的ではなく、施設が職員に求める能力、行動および成果を明確にし、組織が定めた基準と方法によって評価を行い、個々の意欲を喚起し組織を活性化することです。今後の導入を期待します。 		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		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 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"> ・有給休暇が消化しやすい体制をとり、資格を取得するための特別休暇も付与している。 ・大規模の施設であり、業務が各棟毎で行われるため、ソフトボールやバドミントン等のスポーツや文化活動を通し他セクションとの交流をはかっている。 		
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"> ・研修委員会が設けられ、職員の資質の向上やサービス技術を向上するための企画が検討されている。今後、先進的な施設への見学を研修プログラムに組み込み、サービス技術の向上を行なっていきたいとのことである。 ・毎年、テーマを決めて全体研修を実施しており、今年度は『接遇』について実施されていた。新人研修のプログラムがあり、理事長・所長・各セクションの代表が講師となり、質の向上にむけて教育している。さらに、自治会の代表も講師参加し、『障害種別の特徴と感受性について』『入所者から見た理想的な職員について』『施設の課題と今後の目指す方向について』等について研修を行っていることは、利用者満足の向上に向けた素晴らしい取り組みである。 ・年間35を超える外部研修に参加している。外部研修受講後は研修報告書を作成するとともに、必要に応じ、各委員会で事例についての検討を行っている。施設見学で、移乗方法についての研修を受け、現場へのフィードバックが行われていた。 		

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。		Ⓐ・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"> ・実習生には、基本的な技術の習得も大事であるが、利用者のことを正しく理解すること、さらに利用者へ普通に接することがいかに大切であるかを学んでほしいとのことである。 ・『実習生受け入れマニュアル』には、受け入れと育成の担当者、事前説明やオリエンテーションのルールが定められている。また、実習計画表が定められており、スムーズな実習が行われるよう配慮されている。 		

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。		Ⓐ・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"> ・火災・食中毒・感染症等リスクに対応したマニュアルが整備されている。また、衛生委員会で感染症発生の防止策について検討会が行われている。 ・インシデント・アクシデントの事例は記録を残し、リスクマネジメント委員会において、事故事例の統計をとり、時間帯や場所、原因など分析し、再発防止策を検討している。 		

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 『敬老会』『納涼大会』等行事の際は、案内状を作成し地域の方も参加している。また、スポーツ・文化活動を通じ、他施設や団体との交流を図っている。 施設入所やデイサービス、ショートステイの問合せの担当者を設け、ご家族の悩みや相談を聞きとっている。また、広報誌や業務概要をホームページで公開し、地域に向けた情報提供をおこなっている。 写真クラブや音楽クラブの講師、学生や自衛隊等、ボランティアの受け入れが多くある。担当者が決められ、受け入れは極力文書で申し入れてもらう等受け入れ体制が整備されている。 		

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 行政や医療機関、他団体との連絡・連携は各棟の指導員を中心に行われ、毎週金曜日指導員会議が行われ、情報の共有化が図られている。 ケアプランの作成や自立支援法への対応等『県療協』（県内の療護施設協議会）を活用した情報交換、研修会が行われている。また、在宅復帰を目指す利用者については、自立生活支援センター（ピアさせば）との連携を図っている。 		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅サービスのニーズが高まってきており、デイサービス（平成18年10月から通所生活介護事業）を開始している。在宅のニーズは行政や保健師を通じ把握している。 		

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。		Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の尊重や人権への配慮について、『利用される方々の権利』が明文化され、掲示されている。今年度の研修のテーマが『接遇』であることも、利用者尊重の具体例である。 		
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 Ⓑ c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマニュアルが整備され、プライバシーを保護するための留意事項が定められている。しかし、歴史が古く、大半が多床室であるため、利用者個々のプライバシー確保は難しい面がある。建替えの予定があり、ハード面での改善が期待される。 ・個人情報保護に関する規程を現在整備中で、理事会に諮る予定とのことである。 		
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ている。		Ⓐ・b・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"> ・自治会との意見交換会、利用者参加の『サービス検討委員会』等利用者の意見を聞き取る仕組みが作られている。 ・利用者本位のサービスとは、施設が一方的に判断するものではなく、サービスを受ける利用者がどれだけ満足しているかという視点からの評価が必要である。掲示された『利用される方々の権利』が遵守されているか等定期的にアンケートをとり利用者の意向を把握し、その結果を分析し、改善を行うなどの仕組み作りが重要である。 		

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。	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>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情対応の窓口、責任者、第三者委員、苦情解決の方法が掲示され、ホームページでも公開されている。苦情対応の受付担当者を8名置くことによって、利用者が申し出やすい体制を作っている。 ・ 発生した苦情は、個人名を伏せて、事例のフィードバックを行っている。 ・ 利用者との定例会を毎月開催し、利用者の意見・要望を聞き取り迅速に対応している。 	

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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 Ⓑ・c
<p>コメント</p> <p>・サービス評価委員会が設置され、全国療護施設協議会が作成した『療護施設評価基準』に基づいて、サービスの質に関する自己評価を行なっているが、成果があがっていないとのことである。自己評価はあくまで、施設の課題や問題点をあぶりだすための作業で、①課題に関する改善策を検討すること、②その改善策が実施できたかを確認すること、③改善策を実施した結果、効果があがったかを評価することが重要である。素晴らしい取り組みであるので、自己評価の実施時期を年度末の繁忙期を避けること等、今後の改善に期待します。</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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <p>・各棟毎に『介護マニュアル』が整備されている。マニュアルには、勤務時間帯毎に実施すべき事柄が明確にされており、さらに、支援計画とリンクした利用者の特性や留意事項が記されている。</p> <p>・『介護マニュアル』は、業務の仕組みや利用者に変化があった場合、『ケース会議』で検討され即座にマニュアルが改定されている。</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)・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"> ・利用者個々の支援計画書は作成されているが、計画に基づいたサービスの提供と状態の推移の記録が不十分とのことであった。支援計画書に定められたニーズや目標が数多くあり、その全ての項目について記録することは困難であると思われる。ニーズや目標に重点項目を付けて焦点をしぼって、記録することも改善のポイントである。 ・利用者の記録の管理は、個人情報の取り扱いを含め、現在整備中とのことである。記録が外部へ流失しないための管理体制（記録の保管場所、保管方法、廃棄方法等）や開示を求められた際の規定（情報開示の基本姿勢、情報開示の範囲、開示する際の利用者への配慮等）についても配慮が必要である。 ・申し送り帳が整備され、利用者についての、医療の処置、処遇、夜間の状態等について記録され、職員間で回覧されている。また、月に1回ケース会議が実施され、非番の職員も参加し、情報の共有化が図られている。 	

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"> ・ホームページを作成し、『施設概要』『重要事項説明書』が閲覧可能となっている。利用前に施設見学をお薦めしている。 ・重要事項説明書、契約書が整備されており、利用料金の明細も作成され、利用者や家族から同意の署名・押印を取り付けている。 	
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"> ・退所後最低一度は訪問シアフターケアを行っている。退所後も、施設内のデイサービス（平成18年10月から通所生活介護事業）に通う利用者もおり、サービスの継続性に配慮している。 	

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
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・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活環境や健康、日常生活支援等6領域について、アセスメントシートが整備され、毎年一回全利用者についてアセスメントが実施されている。 アセスメントの項目毎に、利用者のニーズや課題が記載されており、支援計画の目標に活かされている。 		
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"> 個別支援計画書が毎年策定され、計画書を標準化するために、ケアプラン委員が選定され、計画書の精査がおこなわれている。 支援計画書の策定にあたっては、利用者本位の視点と利用者に関係する複数の職種の見解が反映することが求められる。支援計画書の策定にあたって、多職種を交えたカンファレンス、必要によっては、利用者も交えたカンファレンスを実施することも重要である。さらに計画書を策定するだけでなく、計画に基づいたサービスが提供されているかを確認し、計画の評価・見直しを行うことが期待される。 		