

(別紙2)

評価細目（共通項目）の福祉サービス評価結果

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

評価項目・細目		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
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。	a・b・Ⓒ
評価所見 理念に基づいた基本方針はパンフレットや記念誌、広報誌に示され、施設サービスの基本理念が明文化されている。また、毎年支援計画の見直しが行われている。職員に対しても毎日の朝会や施設内の研修で理念の周知が行われている。ただ、利用者への周知を考えると文章にルビをふったりなどの工夫が期待される。		

I-2 計画の策定

評価項目・細目		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・Ⓒ
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・Ⓒ
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。	Ⓐ・b・c
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者等に周知されている。	a・Ⓑ・c
評価所見 救護施設に対する社会的ニーズの多様化に対応する、一年間単位での事業計画が立てられそれに沿った実践も行われている。中長期計画は特に立てられていないが、しみず園の新築移転記念誌をみると、園が社会的ニーズの多様化に対応できるよう園舎設計等もなされているのが見取れる。毎年事業計画の見直しは、一部職員だけで行われているのではなく、担当職員も関わっている。利用者の満足度を調査して希望も取り入れられている。利用者へは事業計画は文書としては配布していないが、廊下・掲示板等で写真・文字で情報の提供が行われている。今後は、救護施設に対する社会的ニーズの推移を把握しながら中長期の事業計画策定が期待される。		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目・細目		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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

I-3-(2)-③ 管理者は、代表者とともに福祉サービスの質の向上に熱意を持ち、それぞれの権限や責任を踏まえて、ともに取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p>評価所見</p> <p>職務分掌が明文化されて、各部署の職務内容と責任が明確に示されている。会議や研修会、朝会で職員への周知がなされている。法令規則等はデータベース化されて整理されているので、全職員が情報の共有を出来るようになっている。管理部門の職員は、研修会や研究会に積極的に出席し広く情報の収集と知識の集積に努めている。利用者の満足度アンケート調査が行事の後で実施され、福祉サービスの質の向上に努めている。経営や業務の効率化と改善に向けて「福祉見聞録ソフト」や「スチームコンベクション」を導入している。施設全体として運営の合理化に力を入れて取り組んでいると評価できる。</p>	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

評価項目・細目		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組を行っている。		a・Ⓑ・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		a・b・Ⓒ
<p>評価所見</p> <p>管理部門の職員は、「九州地区救護施設協議会」「全国救護施設協議会」「佐賀県社会福祉施設経営者協議会」等の研修会に参加し、経営環境の変化に対する情報の収集、分析に努めている。経営状況を分析し課題の発見をする取り組みも行われている。ただ、入所者の予定が立たないという救護施設ならではの性格上、経営に対する取り組みについて需要が先行する受動的なものになるのはやむをえない。内部監査は行われているが、公認会計士等による外部監査は行われていない。今後、外部監査の積極的活用を期待する。</p>		

Ⅱ-2 人材の確保・養成

評価項目・細目		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。		Ⓐ・b・c
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。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-2-(2)-③ 職員の業務上の悩みやストレスを解消する方策を取り入れている。		a・Ⓑ・c
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。		Ⓐ・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・Ⓑ・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。		Ⓐ・b・c
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組を行っている。	㉠・b・c
<p>評価所見</p> <p>平成12年に人事考課が導入され自己評価を中心に本人・係長・課長・施設長との話し合いで昇給や勤勉報償（個人・グループ）が決められるようになり、年功序列による給与体系から、成果を重視する給与体系へと移行した。客観的な基準に基づく人事管理が行われるよう努力されていると見える。ただ、職員の自己評価と管理者による評価に対する認識が十分に埋められているとはいえないようだ。職員の就業状況や意向については定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みはできている。福利厚生には積極的に取り組み「福利厚生センター」への加入（会費は施設負担）「職員研修旅行（10日連休・2万円補助×4名以上）」「クラブ活動費（1万円×1人・年間5回以上活動する）」等職員の意向に沿った取り組みがなされている。職員の有給休暇の活用やリフレッシュのための勤務体制はよく整備されている。職員の資質の向上については、施設外研修に定期的に職員を参加させている。園内研修は、毎月行われている。専門資格取得、講習会参加は本人の希望が考慮され就業上職免扱いにする等のバックアップ体制が出来ている。職員の悩みの相談や業務上のストレス解消等に対する組織的取り組みや、カウンセラーの設置などはおこなわれていない。この点での改善が望まれる。実習生の受け入れに当たっては、受け入れの意義や方針は全職員に理解され実習担当者も決められている。社会福祉士・介護福祉士等の実習の種類に配慮した、実習受け入れ態勢も整備されている。</p>	

II-3 安全管理

評価項目・細目	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）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>評価所見</p> <p>事故・感染の発生時等の緊急時マニュアルはよく整備されている。さらにマニュアルのデータベース化により職員の知識の共有化が行われている。利用者の安全確保のための体制は、夜間専門宿直員（1名）が配置されるなど整備されている。施設は外部からの無断侵入を許さない構造となっており、法令で定められている以外にも建物の整備点検は定期に行われている。薬品・刃物・電気製品等で危険物は、持ち込みを禁止している。火災避難訓練は消防署の立会を含めて毎月行っており、土砂災害避難訓練も検討中である。施設全体の安全管理は、毎月1回係長以上が出席して行う安全管理委員会において実施され、管理体制はしっかりしている。</p>	

II-4 地域との交流と連携

評価項目・細目	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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	㉠・b・c
II-4-(1)-② 保育所（施設）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。	a・㉠・c
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。	㉠・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
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。	㉠・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・㉠・c

評価所見

事業所が有する機能の地域への還元ということで「地域交流センター」を施設内に設置して地域の人に利用してもらっている。カラオケ会場、講習会会場、非常時の避難所、行方不明者捜索の拠点等として利用されている。「地域交流センター」使用規程も定められ利用を地域に働きかけている。施設と地域との交流については、園の行事への地域の人の招待、地域の行事への利用者・職員の参加など活発に行われている。また、利用者・職員の公共施設（JR・地元小学校）への清掃奉仕などが行われている。地域の団体への職員の加入等行われている。利用者のクラブ活動の手芸・舞踊・パッチワーク・絵画・生花・理美容などにボランティアの受け入れが行われ専用のボランティア室もある。施設の役割や機能を活性化するための関係機関や団体の機能・連絡方法は体系的に明示され、その情報は職員会議で説明され職員間で共有されている。地域の福祉ニーズの把握のため「小城・多久障害者自立支援会議」等の関係機関や団体との定期的な連絡会、生活保護のワーカーとの連絡を密にしている。従来は障害者手帳を持った利用者が多かったが近年はホームレス等の受け入れもしている。また、男性利用者の割合増加が進み部屋割り等でサービスに新たな対応が必要となってきた。施設は平成19年4月当地に新築移転がなされ、移転に当たって、移転先でのいわゆる「施設コンフリクト」的なこともあり地域に溶け込んでいく努力が施設の側からなされ、その成果が次第に出てきている。

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

評価項目・細目		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 利用者を尊重した福祉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。		Ⓐ・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
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。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取組を行っている。		Ⓐ・b・c
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 利用者が相談や意を述べやすい環境を整備している。		a・Ⓑ・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

評価所見

倫理委員会活動では毎年利用者へアンケートを取り、利用者への福祉サービスが利用者尊重や基本的人権が損なわれていないか確認作業に取り組まれている。また、「施設サービス支援の基本」を職員の目につくところに掲示しておくなどの配慮がある。身体拘束に関する説明書・同意書があり医師の指示などで、必要な場合は家族や本人の承諾を得る準備がある。利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備がなされ、利用者の人権への配慮をしている。利用者満足に関する調査の結果を活用する仕組みが整備され、実際にその向上に向けた取り組みを行っている。自治会長が取り仕切る自治会会議が一週間に一回開かれ、出された意見や要望は検討され実施されている。利用者や家族等に、その文章を配布したり、わかりやすい場所に掲示することを希望する。苦情解決の仕組みが確立されており、毎年「福祉サービスに関する苦情解決の仕組み」を利用者に渡している。苦情解決責任者の設置、苦情担当者の設置、第三者委員の設置、苦情の窓口を明文化している。利用者や家族等に、その利用者の意見や提案は、自治会や

個別支援計画作成の際聞き取り迅速に対応している。今後は利用者がよりわかりやすく理解できるような説明文章等の作成が望まれる。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

評価項目・細目		評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① 福祉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。		a・Ⓑ・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
Ⅲ-2-(2) 個々の福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 個々の福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉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
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われている。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・b・c

評価所見

福祉サービス第三者評価を受けるのが初めての試みである。管理者・職員の参画により自己評価をした段階である。現時点では、評価結果・課題に対する改善策・改善計画を立てる段階ではない。しかし、日頃より園内では、課題の評価・改善策への取り組みは担当者会議等で行われている。利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。「社会福祉法人天嶺会 個人情報管理規程」がある。利用者一人一人の福祉サービスの実施計画の実施状況が適切に記録されている。利用者の状況等に関する情報を職員間で共有している。「福祉見聞録ソフト」を使用している。福祉サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法は文章で定められていないが、個別支援計画は定期的に見直しをしている。

Ⅲ-3 福祉サービスの開始・継続

評価項目・細目		評価結果
Ⅲ-3-(1) 福祉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福祉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 福祉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
Ⅲ-3-(2) 福祉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 保育所(施設)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

評価所見

利用希望者に対して福祉サービスの内容が正しく理解されるような工夫がなされている。ホームページ・DVDを作成し施設について公開している。利用希望者には見学や体験入所を実施されている。福祉サービス開始の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。入所時は「入所誓約書」「利用者の守るべき規律」「福祉サービスに関する苦情解決の仕組み」「身体拘束に関する説明書・同意書」の重要事項説明の書類を渡している。福祉サービス終了の際、措置変更時は利用者や家族に対して、その後の相談方法や担当者について説明を行っている。一部の自己退所者(ホームレス等)については、退所後のアフターケアは十分できない状況である。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

評価項目・細目		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福祉サービス場面ごとに明示している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対する福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-①	福祉サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価所見</p> <p>入所時のアセスメントは「福祉見聞録ソフト」を使用して、定められた手順に従って行われている。個別支援計画を作成し個別の課題やニーズを明示している。個別支援計画には、日常生活を支援する上での留意点が具体的に記載され、適切に実施している。個別支援計画は定期的に見直されており、組織的な仕組みを定めて実施している。</p>		