

評価細目の第三者評価結果

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-(1)-①	a	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 法人の概念である「使命、運営理念、運営方針、運営ビジョン、行動指針」をホームページや事業計画に明示しています。施設としても独自の理念、基本方針、基本目標を事業計画に定め、年度初めに分かり易い資料を基に職員会議や家族会等で周知しています。

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-①	a	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 法人が策定した、第2次発展強化計画及び第4次地域福祉活動計画in所沢に基づき、事業運営戦略で位置づける基本戦略の重点項目や部門別取組として「法人運営部門」、「地域福祉活動推進部門」、「福祉サービス利用支援部門」、「在宅福祉サービス部門」に分け、管理職会議や現場担当者会議(PT)等で把握・分析している。
I-2-(1)-②	a	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 法人として年2回の監事会の中で、施設内の課題を提出し理事会や評議委員会に提案されている。また、施設内でも調整会議や職員会議で周知し経営的意識が付けられるようにしている。

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-①	a	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 同様、法人の発展強化計画(3カ年計画)及び地域福祉活動計画により策定している。その中で、目標を掲げ重点的に進める課題を抽出し、PDCAの改善サイクルが展開されている。
I-3-(1)-②	a	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 発展強化計画のローリングの中で、年度毎の見直しの結果を踏まえ次年度の事業計画が策定されている。内容は理念・基本方針に繋がりに策定された計画を、具現化すべくより具体的な方策として表明されている。又、定期的に評価・見直しもなされている。尚、改善点として上げるとすれば、計画と実績との因果関係がより明確になる工夫をされると、更に分かり易いと感じる。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-①	a	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 事業計画の策定に当たっては、中・長期計画との整合性を踏まえた上で、運営会議で検討され職員会議で周知が行われ、まとめの段階では各施設の代表による現場担当者会議(プロジェクト)に於いて集約される。評価・見直しに付いては、市のモニタリングに合わせ行われ、以後の計画にフィードバックされている。
I-3-(2)-②	a	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 事業計画に付いての利用者や家族への周知は、前年度末に家族会で伝え、具他的な詳細については、新年度の第1回目の家族会で伝えている。併せて年度初めには分かり易く編集した書面を配付し、年3回の面談も行い、周知している。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-①	b	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 第三者評価の受審に付いては、2年毎に行われており、その結果を踏まえ改善計画の策定、評価・見直しと云った一連のPDCAの改善サイクルが実行されている(例:未策定であったプライバシー保護規程の新規策定等)。只、職員の自己評価は実施されていない。
I-4-(1)-②	a	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 第三者評価結果より明確になった課題を、質の向上に関する取組として実施している。抽出された課題に付いては、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、PDCAサイクルに基づき、評価・見直しを含め具体的な改善が進められている。

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
II-1-(1)-①	b	管理者は、自らの役割と責任や方針と具体的な取組に付いて、組織内の広報誌等に掲載し表明している。又、同様に職務分掌に於いて表明し、併せて職員の役割に付いても周知している。有事の際等、危機管理に於ける責任者不在時の権限委譲に付いては、規定されていない。
II-1-(1)-②	a	管理者は、近年施行されている障害者虐待防止法、障害者差別解消法等、研修会等を活用し自信が研鑽を深めると同時に、報告等を通じて施設職員間での早期周知に努め、施行後の新法、改正法等をポスター、チラシで明示をしている。その他、施設長会議等で得た情報は、職員会議で共有し周知を図っている。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
II-1-(2)-①	a	福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。 管理者は、第三者評価結果より明確になった課題を、質の向上に関する取組として実施している。抽出された課題に付いては、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、PDCAサイクルに基づき、評価・見直しを含め具体的な改善が進められている。職員の教育・研修に関しては、法人の人材育成基本方針に基づき、多岐に渡るプログラムが準備されている。

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a	法人が展開している発展・強化計画に於いて、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析が行われており、正規・非正規職員の配置や、職員の働きやすい職場環境整備の一端として、キャリアパス制度の導入やワークライフバランスへの配慮等に取り組んでいる。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a	法人が定める人材育成基本方針に、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が明示されている。教育・研修に関しては、研修担当者会議が設置され、階層別研修をはじめとした種々の研修の体系化を図っている。
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b	人材育成基本方針に「目指すべき職員像」が明示されている。人事管理制度として、目標管理シートの導入を図った。今年度は試行的に運営が行われており、実際の人事考課制度としては、別の年功による所を主な基準とした評価基準に従って行われている。年2回の評価面談も予定されており、コミュニケーションの重要性を重視しているが、今後、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を客観的に評価する仕組み作りが期待される。
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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a	有給休暇の取得にあたっては、業務に支障のないよう職員同士で調整し、公平に希望が叶えられるよう管理している。メンタルヘルスの仕組みとして、衛生委員会や精神保健福祉士・産業医に相談が出来る体制となっている。福利厚生については、福利厚生委員会や勤労者福祉サービス(WITH)の利用により、職員の便宜を図っている。ワークライフ・バランスへの配慮については、個々の状況に応じた勤務時間の対応やノー残業デーの実施を行っている。
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
Ⅱ-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b	本年度より目標管理制度の試行的導入が図られているが、人事考課に直接結び付く制度ではない為、制度の完成度にまだ課題があるように感じる。例えば、目標の設定に付いて、その課題の軽重の判断が仕組みにない為、目標水準を客観的に評価する事が難しい。依って、達成度の確認も完成レベルの認定が曖昧になる様な気がする。
Ⅱ-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a	人材育成基本方針に「目指すべき職員像」が明示されている。体系化された階層別研修・分野別研修・交流研修が生まれ、専門性の向上と福祉分野全体への視野の拡大を図り職員一人ひとりの成長に取り組んでいる。研修計画やカリキュラムは、定期的に評価・見直しが行われている。
Ⅱ-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	職員一人ひとりに対し、研修計画に沿って受講がされ、受講後の報告が義務付けられている事と併せ、研修履歴に記録されている。体系化された階層別研修・分野別研修・交流研修が生まれ、専門性の向上と福祉分野全体への視野の拡大を図り、職員一人ひとりの成長に取り組んでいる。
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
Ⅱ-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	実習マニュアルが作成されており、そこに於いて教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。実習指導者研修の受講・担当者の配置・オリエンテーションの実施等、受け入れ体制を整備しているが、専門職種の特性に配慮したプログラムは用意されていない。逐次、学校との連絡を行い、実習内容に付いて連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していく為の工夫を行っている。

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
Ⅱ-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	法人のホームページ等に、決算報告を始め、財産目録・監事報告書等を明示している。その他、事業紹介・活動記録等事業の全貌を把握する資料が適切に公開されている。要望・苦情窓口の設置がされており、重要事項説明書に掲載され、所内掲示もされている。法人の理念、基本方針やビジョン等に付いて、ホームページ等で社会・地域に対して明示・説明し、法人の存在意義や役割を明確にするように努めている。事業所で行っている活動等を説明した印刷物をまちづくりセンター等に配布している。
Ⅱ-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	事務、経理、取引等に関するルールに付いては、経理規程にまとめられており、明確にされ職員等に周知している。第三者評価、や外部監査としての税理士・会計士による指摘や指導・アドバイス、及び監事による内部監査等、公の施設として透明性を意識し取り組んでいる。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a	理念・基本方針にも、地域との関わりを重視して行く旨、表現されている。作業活動を通し、地域住民とのコミュニケーションが良好に図れるように配慮し、リサイクル活動(古紙やアルミ缶回収)等、近隣との触れ合いの場となっている。買い物・通院は入所施設(非該当)
Ⅱ-4-(1)-②	ボランティア等の受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	ボランティア担当を配置し、受け入れ体制の整備をしている。又、ボランティアによる施設内の清掃等、協力してもらっている。ボランティアの年間延べ人数は86名と多いが、古くからの決まった方が多い為、マニュアル等が無くても対応は出来ている状況で、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルは整備されていない。新たなボランティアの参加があった時等を考えると、マニュアルは欠かせないと感じる。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b	相談事業所、市ケースワーカー、生活ホーム、他機関等との連携を図り、定期的な会議開催、及び報告連絡等を行っているが、特に関係機関・団体に付いてリスト化等はされておらず、職員間で関係機関の共有化は出来ていない。
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域のボランティア団体への会議室の貸出や、草木染活動を一般市民対象にホームページで呼びかけ、年2回講習会を実施している。又、車椅子講習会や福祉教育講習会を行い、地域へ参加を呼びかけている。その他、地域の行事の際の駐車場の貸出、三ヶ島文化祭、市民フェスティバルへの参加等、地域の活性化に貢献している。
		第三者評価結果	コメント
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	自治会関係、民生委員・児童委員協議会、ボランティアグループ、福祉施設等が会合の場として施設内の地域活動室を利用している。防災訓練活動では、職員が車椅子体験講座を開き地域活動に参加している。相談事業所を介して、地域のニーズの把握に努め、前述の活動や医療的ケア体制の充実等、地域貢献に関わる活動を実施している。

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。			
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組を行っている。	a	理念・基本方針に利用者の尊厳を守り、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。「倫理綱領」が策定されており、職員は理解し実践している。介助や医療的ケアについては、標準的な実施方法を定めたマニュアルが準備されている。利用者の尊重や基本的人権への配慮に付いての教育・研修も行われている。
III-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	本年度、プライバシー保護規程やプライバシーガイドラインが策定され、利用者の虐待防止等の権利擁護に付いて、職員はそれに沿って対応している。不適切な事案が発生した場合に付いては、服務規程に懲戒規定を含め、対応が明示されており、入所時の誓約書の提出も義務付けられている。尚、プライバシー保護規程やプライバシーガイドラインは出来たばかりである為、利用者や家族には周知されていない。
III-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。			
III-1-(2)-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積極的に提供している。	a	事業計画書やパンフレット等の書面及びホームページ等で、施設の沿革・概要・就労継続支援B型事業所の役割を説明している。又、実施する福祉サービスの内容や事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。配付資料に付いては、変更事由が発生した場合は、年度毎にメンテナンスされる。
III-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	福祉サービスの開始に際しては、運営規程、契約書、重要事項説明書などを丁寧に説明し、同意を得ている。又、福祉サービスの変更及び終了に当たっては、分かり易く工夫した資料を用いて、家族と慎重な聞き取りや協議を行い、同意を得ている。
III-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	事業所の変更時は、利用者へのメンタル面への配慮に努め、家族、各相談支援事業所、市ケースワーカー、施設間等と連携し、安心して移行できるよう努めている。福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し相談支援事業所も紹介し、不利益が生じない様に配慮されている。
III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
III-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	平成28年度から年に1回、利用者満足度調査を実施しその集計結果を分析し、支援の向上に役立てている。年2回の家族会や週1回開催されている利用者集会に於いても、利用者の満足度の把握が行われている。その中から出された要望に付いては、検討の上、対応している(例：同性介助の対応等)。
III-1-(4) 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-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	苦情解決体制は事業所内及び入口掲示板への掲示と併せ、重要事項説明書等にも掲載されている。又、利用者及び地域の方々の苦情や要望を受け付け、回答方法は施設内にご意見箱を設置し対応に取り組んでいる。苦情内容に付いては、適切に記録する仕組みとなっており、検討内容や対応策に付いては、利用者や家族等にフィードバックされ、吟味の上、公表される物もある。
III-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a	施設窓口、法人窓口、第三者委員、県窓口、市内各地区の担当課の連絡先が記載された重要事項説明書を配付し、周知している。又、利用者が自ら意見を言える場(利用者集会)を設け、情報共有に努めている。相談に際しては、意見が述べやすいスペースが確保されている。
III-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	要望・苦情窓口として体制が整えられており、相談を受けた時には速やかに検討を行う様にしている。適切な相談対応になる為の職員間での確認を行いながら、相談の解決に努めている。意見箱は設置されており、用紙も整えられている。
III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
III-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b	法人が独自の緊急マニュアルを整備作成しており、災害・応急処置・感染症・アレルギー等各種リスクに対する対応を行っている。又、日々の中では、終礼時のミーティングでヒヤリハット報告を確認しあい周知徹底をしているが、総括的なまとめを定期的に評価・見直しを行う体制にはなっていない。

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b	看護師中心に感染症の管理体制が整備されており、年2回の教育も実施されている。感染症マニュアルは策定されているが、各種感染症毎には設定されていない。しかしながら、対応方法は感染症により違っているので、やはり細かく策定される事が望ましい。
Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	災害の種別にマニュアルが整備されており、避難・消火・通報を踏まえ、地震・火災の想定のもと、年2回の施設内防災訓練を実施している。又、有事の際、第1次避難所としての役割と、災害時の非常食等の備蓄を行っている。事業の継続に関しては、BCPの検討が進められている。
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保			
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(1)-①	提供する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	標準的な実施方法については、こあふる活動マニュアルに記載されており、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢も明示されているが、日常の介助の中でどの様に機能的に使用されているか確認できない。
Ⅲ-2-(1)-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	標準的な実施方法としての手順書は、職員が検討しながら策定する事で周知されており、毎日の作業報告でその実施内容に付き、確認が行われている。年度末に検証・見直しが行われている。改善については、要因の発生都度、行われている。
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	利用者及び家族面談のアセスメントを行い、ニーズ整理票を元に、職員の意見を聞きながらサービス管理責任者が個別支援計画を策定している。定期的に計画どおりに福祉サービスが行われている事を確認する仕組みが構築され、機能している。利用者の意向が計画に反映できる様、長期の展望に努めている。
		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(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。	a	個別支援計画については年2回の評価・見直しがされる仕組みとなっており、ニーズや課題が明確にされた上で、改善のPDCAが展開されている。又、毎月1回のグループ会議、調整会議、職員会議、ケース検討会議を行う中で、職員間の共有を図っている。
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、職員間で共有化している。	a	個別支援計画の課題を明確にし、それぞれの課題毎に日々の動向をケース記録やグループ日誌等に記録している。又、課題に沿った記録を行い、進捗や変化の把握のしやすさ・職員間の記録差異の減少に努めている。記録は上長に報告する際は捺印を受ける仕組みとなっており、その時に書き方等に付きチェックされ、必要に応じ指導もされている。
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	個人情報保護規程が策定され、利用者の記録の保管・保存・廃棄・情報提供に関する規定等を定め、職員が周知している。職員は入所の際、契約書に書かれた個人情報の扱いに関して理解し、遵守している。同様、利用者や家族にも説明されている。

IV 適切な処遇の確保

IV-1 サービスの実施			
IV-1-(1) 個別支援計画または個別療育計画に基づいた適切な支援について。			
IV-1-(1)-①	個別支援計画または個別療育計画を適切に作成している。	a	計画の作成にあたり、面談を通し利用者のニーズや意向の確認、モニタリングと日々のミーティング記録の分析等を基に個別支援計画に個人の支援サービスや必要な情報等を策定している。
IV-1-(1)-②	個別支援計画または個別療育計画に基づいて、適切にサービスが提供されている。	a	半年に一度、個別支援計画の評価・見直しを組織的に行っている。又、個別支援計画は定期的に検討し、次年度計画に反映できる様、課題整理表等を使った取り組みを行っている。利用者への説明に当たっては、ジェスチャーや絵・図・写真等を用い、工夫をしている。
IV-1-(2) 利用者の状態に合わせたサービスの実施について。			
IV-1-(2)-①	食事に関しては、おいしく楽しく食べられるよう工夫されている。	a	食事時間は12時から13時の間となっている。食事の内容は、栄養士による栄養のバランスを考慮したものとなっており、利用者一人ひとりの障害の状況や体調に応じて、個別の形態(きざみ・ペースト等)やアレルギー食の実施等、適切に行っている。食堂は、清潔な環境に保たれている。
IV-1-(2)-②	入浴に関しては、利用者の希望や事情を反映した支援を行っている。	a	週3回の入浴支援を基本に、希望に添えるよう実施しており、失禁や汗をかいた場合など必要に応じて入浴が可能である。
IV-1-(2)-③	排泄に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	原則同性介助で実施している。個別の排泄チェック表を基本に職員同士共有を図りながら、利用者支援をしている。排泄行動は一人ひとりの利用者の習慣・健康状態に留意して行っている。外出前・外出後にも行っている。トイレは毎日清掃し快適な環境を保っている。
IV-1-(2)-④	整容その他に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	食後の歯磨きを毎回実施している。着替えが必要となった場合は、自身の着替えストックから選んで貰って対応している。整髪ボランティアの月2回訪問時に、利用者(男女共)の希望に合わせて実施している。
IV-1-(2)-⑤	利用者の健康を維持するための支援を行っている。	a	嘱託医による月1回の健康チェックや年1回の健康診断、歯科検診により、健康管理の体制が確保されている。利用者の健康管理の為、定期的なウォーキングや体育館での運動等を行っている。又、市販薬以外の服薬管理や、必要に応じて昼寝における環境作りを行っている。

IV-1-(3) 利用者の自主性と家族との交流について。			
		第三者評価結果	コメント
IV-1-(3)-①	利用者の自主性を尊重し、主体的に施設での生活が送れるような取り組みを行っている。	d	非該当(入所者向)
IV-1-(3)-②	金銭管理その他利用者の財産を管理するための支援を行っている。	d	非該当(入所者向)
IV-1-(3)-③	利用者の自立(自律)に向けた取り組みを行っている。	d	非該当(入所者向)
IV-1-(3)-④	利用者の就労を支援するための取り組みを行っている。	d	非該当(入所者向)
IV-1-(3)-⑤	施設と家族との交流・連携を図っている。	a	施設での利用者の状況、家庭での状況を連絡帳で毎日家族と連携を取り、又、年3回の家族会や、法人や施設の催し物への招待も行っている他、草木染め講習会、市民フェスティバル、公民館祭り、作品展、書道展等で、家族及びボランティア関係者等との交流・連携を図っている。(帰宅中は非該当)