

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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。				
1	I-1-1 (1) -①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	法人として定められた理念・基本方針が施設内に掲示され、ホームページにも掲載されている。職員に対しては年初の朝礼で理念・基本方針を唱和することで周知・徹底を図っている。家族に対しては現時点ではホームページによる周知のみだが、今後は保護者交流会で資料を用いて説明することで周知を図っていく予定である。

I-2 経営状況の把握

I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。				
2	I-2-1 (1) -①	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。	a	所沢市の施策推進協議会を通じ、地域の福祉事業の情報収集、情報共有を行っている。また、事業経営協議会、法人会議で、各事業所の利用率、収支状況を月次で確認、分析している。
3	I-2-1 (1) -②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	毎月の事業経営協議会で、理事長及び理事に経営状況が報告され、課題の共有等がなされている。最大の課題は職員の高齢化であり、法人一括採用の中で改善を図り、各職員の役割分担に配慮するなどの対応を行っている。

I-3 事業計画の策定

I-3-1 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。				
4	I-3-1 (1) -①	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。	b	法人としての中長期計画が策定されており、理念や基本方針の実現に向けた目標は設定されているが、各重点課題に対する年度毎の評価や見直しは実施されていない。
5	I-3-1 (1) -②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	中長期計画の重点テーマが織り込まれた単年度の事業計画が策定され、その内容は単なる行事計画ではなく、実行可能な具体的なものとなっている。また、年2回評価、見直しが行われている。
I-3-2 (2) 事業計画が適切に策定されている。				
6	I-3-2 (2) -①	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。	a	今年度の事業計画に関する実施状況について、上半期と年度末で全職員で協議の上評価を行い、それを受けて来年度の計画を策定している。事業計画の内容については、支援会議で全職員に説明し、理解を促す取組が行われている。
7	I-3-2 (2) -②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c	年度初めの保護者会で事業計画について資料配布の上説明し、周知を図る計画であったが、今年度まではコロナの影響で実現できず、来年度から実施を予定している。

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 (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。				
8	I-4-1 (1) -①	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。	b	法人内のサービス責任者連絡会において、虐待防止委員会の設置、事故報告、法令遵守、研修委員会設置など、福祉サービスの質の向上に向けた課題の共有と改善すべき点の整理、見直し、改善のPDCAサイクルが回っている。しかしながら職員の自己評価は行われていない。
9	I-4-1 (1) -②	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。	c	福祉サービスの質の向上に向け、サービス責任者連絡会等で虐待防止、事故報告、法令遵守、各種研修会等の様々な活動が行われていますが、職員の自己評価は行われておらず、そこからの課題の抽出、分析、改善策や改善計画の策定、改善の取組、実施状況の評価と見直し等も行われていません。

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。				
10	II-1-1 (1) -①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針を社内報に掲載している。職務文章が施設内に掲示されている。有事における管理者不在の場合の権限委任について、消防計画に明記されている。
11	II-1-1 (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。	a	遵守すべき重要な法令について、埼玉県等から法令変更等に関する通知メールがあり、都度職員にも報告している。環境関連の法令に関しても埼玉県や所沢市からメールによる情報提供がある。
II-1-2 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
12	II-1-2 (2) -①	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。	a	福祉サービスの質の向上に向けて、管理者は定期的に業務を担当と一緒にしながら、支援会議で改善計画、実行、評価、見直しを行い、PDCAサイクルを回している。具体的な取組としては、運動や地域との関わり強化などを目的に、利用者全員が行う前提でのポスティングがある。研修委員会が中心になって企画される各種研修に職員が参加している。
13	II-1-2 (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	人事、労務、財務等については月次での報告、分析がなされている。有給休暇の取得推奨、残業の抑制、時短勤務等働き易い職場環境の整備に取り組んでいる。業務の実効性を高めるべく、法人全体での衛生委員会、虐待防止委員会、災害防災対策委員会、サービス管理責任者連絡会等に参加している。
II-2-2 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。				
14	II-2-2 (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	介護福祉士や社会福祉士などの専門職をできるだけ多く配置し、可能な限り実習指導者の資格を取ってもらうという基本的な考え方がある。利用者数より決められた員数を人員計画としており、採用は欠員が生じた際に、法人による一括採用となっている。求人サイトやハローワークなどを利用して採用活動を実施している。

		第三者評価結果	コメント
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	基本方針自体に期待する職員像が記されている。人事評価制度（キャリアパス制度）があり、職務遂行能力、成果、貢献度等を評価し、個別面談にて職員の将来に対する希望等も含め確認している。昇進、昇格等に関する基準は、規程に定められており、全職員が閲覧可能となっている。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	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	職員の有給休暇取得状況、時間外労働等は月次で把握されている。年1回ストレスチェック、健康診断を実施し、問題があれば産業医、看護師が窓口で相談を受ける体制になっている。共助会の福利厚生制度を利用しており、新入職員の歓迎会やインフルエンザ予防接種などの費用の一部を法人が負担している。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	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。	a	職員個人の人事評価制度（キャリアパス制度）が運用されており、その中で期限、水準が明確にされた目標が設定され、中間面接を行う中で達成度の進捗状況が確認され、職員一人ひとりの育成に向けた取組が行われている。
18	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。	b	基本方針に期待する職員像が記されている。法人として研修委員会があり、研修内容の企画、受講推奨等を行っている。事業計画の人材育成のテーマの中で研修計画を策定しているが、研修プログラムのみの計画となっており、職員個人がいつどのような研修を受けるのかという具体的な計画にはなっていない。
19	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。	b	入職時に新人研修は行っているが、個別的なOJTという方法にはなっていない。虐待防止権利擁護研修や支援技術に関する研修、資格取得研修その他各種動画研修など内部、外部の研修に参加している。
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。			
20	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。	c	実習生については基本的に受け入れる方針だが、明文化はされておらず、教育・育成マニュアルもない。コロナ影響もあり、実習生の受入実績はなく、学校側との継続的な連携も行われていない。

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。			
21	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	ホームページにより、理念や基本方針、福祉サービスの内容、事業計画等が公開されている。地域の福祉向上のための取組として、社協の暮らしの相談事業を行っている。広報誌（法人誌、施設誌共各々年4回発行）を福祉事業所や関係機関など地域に配布している。
22	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。	b	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営の実現に向け、法人監事による年2回の定期的内部監査が実施されており、会計事務所等の外部の専門家による外部監査も行われ、指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。

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。			
23	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	地域との関わり方についての基本的な考え方は理念、基本方針に謳われている。職員は市民フェスティバル、法人のお祭り等の地域のイベントに積極的に参加し、施設内の掲示板にパンフレットを掲示し、情報発信を行っている。日常的な利用者の買物や通院等については非該当。
24	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。	c	ボランティア受入に対する基本姿勢あるいは地域の学校教育への協力についての基本姿勢は明文化されておらず、ボランティア受入に関するマニュアルもない。職場体験等の実施による学校教育への協力も行われていない。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	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。	a	地域の関係機関・団体の連絡先を含む対象リストが施設内掲示板に掲示され、職員間で共有されている。相談支援事業所を通じて生活介護の協議会に参加したり、自立支援協議会の分科会としての通所支援部会に参加している。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a	社協の相談支援事業を通じて、あるいは自立支援協議会、社協等の関係機関との連携により地域の福祉ニーズを把握しようとしている。
27	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。	b	地域貢献に関わる活動として、地域の相談支援として彩の国安心セーフティネットや暮らしの相談事業を行っている。車椅子の貸出や出前講座など施設が持つノウハウや専門情報を地域へ還元する取組は行われていない。中長期計画で多機能事業所や障害者支援施設等の新設計画がある。施設の駐車場を解放し、JAのお祭りを行った。施設の3階には災害時の避難所として利用可能な設備がある。

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。			
28	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。	b	利用者を尊重した福祉サービスの実施について、理念・基本方針に明示されており、それに関する倫理綱領があるが、基本姿勢は標準的な実施方法には反映されていない。違反した場合の懲罰規定が就業規則に定められている。毎年1回以上虐待・権利擁護に関するチェックシートを作成し、定期的な状況把握、評価を行い、必要な対応を図っている。
29	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	利用者のプライバシー保護に関する姿勢・責務等が就業規則に明記されている。トイレやシャワールームに目隠しのカーテンを付けるなど、プライバシーに配慮した設備的対応がなされている。プライバシー保護に関する取組について、家族等への周知は行われていない。

		第三者評価結果	コメント	
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。				
30	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	理念や基本方針、福祉サービスの内容、施設の特性等が書かれた広報誌が、相談支援所、特別支援学校、社協等に配布されている。利用希望者に対しては、パンフレットを利用して個別に丁寧な説明を行い、見学、体験入所等の対応も行っている。
31	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・変更にあたっては、利用者の押印により本人の意思であることを確認している。重要事項説明書等を使って説明するが、写真を多く使用したパンフレットを利用するなどわかり易く説明する工夫を行っている。
32	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	他事業所への移行時は、福祉サービス内容の変更による不利益が生じぬ様、またサービスの継続性に配慮し、利用者の個別支援計画を移行先に提供し、相談支援事業所や担当ケースワーカーと連携しながら進めている。福祉サービスの利用完了後の相談窓口を設置し、家族等に説明している。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。				
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	利用者満足の把握の為、年1回の利用者との個別面談と、職員も参加する年3回の利用者部会を行っている。利用者満足に関する調査結果の分析、検討を行っているが、そこに利用者は参画していない。
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。				
34	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。	b	苦情解決の体制が整えられており、その仕組みを説明した資料が施設内に掲示され、利用者にも配布している。苦情記入カードやアンケートといった仕組みはない。苦情内容に関する検討内容や対応策、解決結果等は、記録を残すと共に、利用者や家族にフィードバックし、公表する制度となっている。
35	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	複数の相談相手が設定されていることや相談の方法が記された資料が施設内に掲示され、重要事項説明書にも記載されている。施設内に相談室という個室がある。
36	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。	b	利用者部会や連絡ノート等を活用し、また日々のコミュニケーションを通じて、適切な相談対応と意見の傾聴に努めているが、意見箱の設置やアンケートの実施などの取組は行われていない。相談や意見の記録方法に関しては業務マニュアルの中に書き方マニュアルがある。意見等に基づき、それが福祉サービスの向上に繋がる内容であれば業務マニュアルを改訂している。
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。				
37	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	リスクマネジメント委員会と同様の機能を持つ法人主催の運営会議が定期的に開催されており、事故発生時の対応マニュアルがある。ヒヤリハットの事例収集は行われているが、安全確保策の実施状況や実効性について、定期的な評価・見直しは行われていない。要因分析、再発防止策の検討等も行われていない。送迎者の安全運転研修会や埼玉西部消防局の普通救命講習等に参加している。
38	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。	a	コロナウィルス等感染症対策マニュアルがあり、定期的に見直しが行われている。感染症対策研修や医師、看護師による講習、各種動画研修が行われている。うがい、手洗い、アルコール消毒など感染症の予防策が適切に講じられている。
39	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	事業継続計画(BCP)が策定されており、災害対応マニュアルも整備されている。災害に備え、年3回防災訓練を実施し、災害発生時の安否確認方法、連絡ルート等も決められている。食料、飲料水はもちろん、衛生用具、光熱源、排泄用具まで備蓄されており、施設内での宿泊も可能で、シャワーもあり、これらは地域住民にも解放される。
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。				
40	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	提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が業務マニュアルとして文書化されているが、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢については明示されていない。年1回標準的な実施方法に基づいて実施されているかが確認されている。
41	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	年1回標準的な実施方法としての業務マニュアルの見直しが実施されている。個別支援計画から出てきた重要かつ緊急性を要する改善テーマに関しては、都度見直しを行っている。
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。				
42	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(個別支援計画)を適切に策定している。	a	アセスメントに基づき個別支援計画が策定されている。アセスメントの結果、あるいは個別支援計画作成の結果課題が生じた場合、必要に応じて相談支援所、ケースワーカー、サービス管理責任者、看護師等が内容に関する協議を行っている。個別支援計画通りにサービスが行われていることを確認すべく、年2回の見直し時にモニタリングを行い、個別支援計画の評価、見直しを行っている。
43	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	年2回9月と2月に個別支援計画作成協議会で内容のモニタリング、評価、見直しが行われている。見直した結果は全職員に回覧することで周知を図っている。この年2回のタイミングのみならず、個別支援計画を変更する必要性が生じた場合は、都度見直しを行っている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。				
44	Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況(個別支援計画)の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a	利用者の身体や生活の状況等は、日報としての個人記録という書式に記録されており、書き方に差異が生じないよう記録の書き方研修を行っている。個別支援計画に変更が生じた場合は、全職員に対して口頭もしくは回覧により情報を共有している。
45	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	文書管理規程で利用者の記録の保管、保存、廃棄等が規定されている。個人情報不正利用や漏洩対策の1つとして、全職員から個人情報保護に関する誓約書を取っている。個人情報の取扱いについて、重要事項説明書等を使い、利用者や家族に説明している。

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 自己決定の尊重			
1	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a	利用者本人の自立を目標に、自己決定を尊重し、個人の力をうまく引き出せるような支援計画を立てて取組を行っている。手紙を書く、絵を描くなどの趣味活動やおやつに食べたい物など、利用者の意思や個性を尊重し、モチベーションを上げられるように必要な支援を行っている。
A-1-(2) 権利擁護			
2	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	b	利用者の権利擁護に関する規程・マニュアルは策定されておらず、止むを得ず身体拘束する場合の手続きと実施方法を定めたものや所管行政への虐待の届出の手順書等も整備されていない。毎月虐待防止委員会が開催され、権利擁護の取組について職員が具体的な検討を行っている。

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本			
3	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a	運動をメインにした施設で、全員で楽しむ取組と個別にサポートする部分に配慮しながら、また自分でできることは見守るというスタンスを基本として、利用者の自律、自立生活のための支援を行っている。【後段3件は非該当】
4	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a	言語以外にも、筆談やジェスチャーなど障害特性に合わせたコミュニケーション手段を使用している。また自傷、他害等の問題行動も意思表示と捉え、利用者の真意を探る支援を行っている。
5	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a	利用者からの要求に応じて、個別に話をする機会を設けている。例えば食事のメニューを選択制にするなど、利用者の意思決定を尊重する取組を行っている。相談内容は個別支援計画に反映させている。
6	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	d	【非該当】
7	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a	障害に関する専門知識習得のため、ダウン症や行動障害等に関する研修など内外の研修に参加し、職員スキルの向上を図っている。障害の状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。
A-2-(2) 日常的な生活支援			
8	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a	年1回食事の嗜好調査を行い献立に反映するなど、嗜好に配慮した食事提供を行っている。利用者の心身の状況に応じた入浴、清拭、排泄、移動・移乗等個別支援計画に基づくの日常的な生活支援を行っている。
A-2-(3) 生活環境			
9	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	d	【非該当】
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
10	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	d	【非該当】
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
11	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a	年1回健康診断、歯科健診を行い、職員間、入所グループホーム等と共有している。2ヶ月に1度嘱託医による健康講和や感染症の研修会等を行っている。健康増進のため、トレーニング機器を設定し、ウォーキング、全員での体操、ストレッチなどを行っている。
12	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a	医師、看護師からの指導、助言のもと、服薬等の管理あるいは慢性疾患やアレルギー疾患のある利用者に対する食事管理などを個別に適切に行っている。医療的な支援に関する項目については非該当。
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	d	【非該当】
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	d	【非該当】
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a	利用者の家族等とは、日々の連絡ノートや電話対応などにより利用者の活動状況に関する情報を共有し、連携を図っている。利用者の体調不良時等の家族への報告ルールが定められ、適切に行われている。利用者の生活状況に関する項目については非該当。

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援			
16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	d	【非該当】

A-4 就労支援

		第三者評価結果	コメント	
A-4-(1) 就労支援				
17	A-4-(1)-①	利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	d	【非該当】
18	A-4-(1)-②	利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	d	【非該当】
19	A-4-(1)-③	職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	d	【非該当】