

評価細目の第三者評価結果

(障害者福祉サービス分野①)

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	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 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	法人の理念・基本方針を中・長期計画の中で表明し、その内容を受け施設としての運営理念・支援方針が明文化されており、職員用(兼利用者用)に分かり易い資料を作成し、年度毎、職員会議や家族会の中で説明し周知を図っている。

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
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 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	法人の中(3ヶ年)・長期(6ヶ年)計画の中で情報収集・課題把握・分析等が詳細に行われており、重点項目の抽出や部門別の取組課題の設定、スケジュールリング等がされている。
I-2-(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	中・長期計画策定を行ったプロジェクトチームによる法人の全職員向説明会も開催され、法人経営全般にわたる現在・今後の課題や改善すべき点等を説明し、具体的な取組を行っている。

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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 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。	a	法人の中・長期計画が策定され、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にし、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な取組が表明されており、評価・見直しの時期や手順も設定されている。
I-3-(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。	b	年度毎の重点課題の策定や評価・見直しの履歴等、全体的に中・長期計画との関連性が読み取れない。又、事業計画に書かれている文言は同じ内容が毎年繰り返されており、改善の結果の対応が確認出来ない。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(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。	b	事業計画の策定段階で調整会議や運営会議にて内容の検討がされる仕組みにはなっているが、評価・見直しの時期や手順は設定されていない。尚、職員用(兼利用者用)に分かり易く編集された資料を作成し、職員会議・家族会で説明し、周知を図っている。
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	所内掲示の他、利用者用(兼職員用)に分かり易く編集された資料やパワーポイントで作成した資料を用い、家族会で説明し周知を図っている。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	第三者評価結果	コメント
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 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。	a	中期計画(第2次発展・強化計画)に課題解決の手法としてPDCAサイクルが説明・推奨されており、評価・見直しに至るプロセスが機能している。又、定期的な第三者評価受審と併せ、県の自主点検表を用いた自己評価も毎年行われている。
I-4-(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。	b	中期計画の中で確認された課題や、第三者評価、或いは自己評価で上げられた改善点については、職員会議や調整会議で共有化が図られているが、具体的に取組んで行く改善計画策定やその評価・見直しは行われていない。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
II-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	組織体系図及び業務分掌を作成し、管理者及び職員の職掌と責任を明示している。又、年度始めの広報誌に於いて所信表明を掲げており、併せて有事の対応に付いても危機管理マニュアル等に役割と責任が明確化されている。
II-1-(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。	b	障害者総合支援法や障害者虐待防止法等の関連深い法令を始め、施設長は施設長会議や外部研修で得たその他の法令に関する情報等も職員会議を通じ伝達しているが、福祉以外の関係分野(環境・労働・防災関連等)に付いて周知はされていない。
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 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	現在の大きな課題の1つに利用者及び保護者の高齢化問題がある。この課題に対し利用者が不利益を被らない様、継続的に準備を整え長期的に対応できる組織体制を構築し、市内関係機関との綿密な連携を図り、職員の協力の元、具体的な改善の取組を行っている。
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	法人本部との人事、労務、財務等の専決権の分担を踏まえ、人員配置、職員の働きやすい環境整備、予算管理等に具体的に取り組んでおり、上級職以上参加の調整会議等で経営の改善や業務の実効性の向上に向けた取組が組織的に行われている。

II-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
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	人材を育成する為の基本的な方針、研修体系等をまとめた「人材育成基本方針」が法人として掲げられており、それに基づいた人材の確保、配置、育成が進められている。
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	多面的に評価する為の人事考課基準が設定され、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評価している。又、定期的に職員に対する評価結果のフィードバック面談も行われ、期待や改善点の指摘、或いは要望、意見の聞き込み等、コミュニケーションの場としても活用されている。
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組んでいる。	a	定期面談や自己申告制度を通し、職員の意向等を把握している他、PCソフトのグループウォッチャーの活用により、シフトを確認し調整できる様、ワークライフバランスにも配慮している。又、衛生委員会を通し産業医に相談出来る仕組みがあり、メンタルヘルスに対応している。その他、法人として福利厚生委員会を設け、職員の要望に対応している。
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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	期待する職員像は人材育成基本方針の中に明確に表明されており、職員全体ではないが「OJT実践ノート」を使用して、職員個々の目標に関するPDCAを確認・評価出来る仕組みがあり、定期面談と併せ達成度の確認を行っている。
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	期待する職員像は人材育成基本方針の中に明確に表明されている。又、法人のカリキュラムとして、体系化された階層別研修・分野別研修・課題別研修等が策定されており、職員の専門性の向上と視野の拡大を図り、職員個々が成長出来る様、取り組んでいる。
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	法人による体系化された新任職員研修・階層別研修・分野別研修・課題別研修等が策定されており、併せて職員の希望で履修出来る仕組みも備えている。研修修了後には報告と発表が義務付けられており、研修記録は研修履歴カードにより管理されている。

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。		
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	実習指導者や受入担当者の配置、マニュアルやプログラムの策定、オリエンテーションの実施等受け入れ体制を整備して対応しているが、実習生等に対する教育・育成に関する基本姿勢の表明は、法人としてもされていない。

II-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。	b	法人のホームページに理念・基本方針以下、サービス内容・事業計画/報告・予算/決算・第三者評価結果(県)等、殆どの情報公開がされているが、苦情の改善・対応状況の内容につき、公表が望ましい内容も公開されてはいない。尚、広報誌は市役所等に配布されている。
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	法人の規程集に事務、経理、取引等に関するルールが明示されており、施設毎の運用に関しては職務分掌等に規定されている。又、税理士・公認会計士・監事等による内部監査や県の自主点検表に基づく自己評価を行う事で、公正且つ透明性の高い適正な経営・運営の為の取組が行われている。

II-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
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	地域との交流に付いては、法人としても中・長期計画に掲げ積極的に対応していく旨の方針が明示されており、施設の活動としても作業活動の他、古紙・アルミ缶のリサイクル活動や地域が開催するバザーや祭りに積極的に参加し、交流を図っている。
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。	a	ボランティアをしたい人と頼みたい人を結びつける仕組み(ボランティアコーディネーター育成)を始め、積極的にボランティアを応援する姿勢を中・長期計画の中で表明しており、施設でもマニュアルや担当を準備し、受入体制を整えている。又、中学生の職場体験等、学校教育にも協力している。
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。	a	直近での大きな課題である高齢化(利用者・保護者)に対し、グループ内の相談事業課や生活ホーム、医療機関等と連携し利用者の最善となる様、支援に取り組んでいる。又、地域の行政や関係機関、他事業所、自治会等と協働し、防災対策等で連携を図っている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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	手織りや陶芸等の作業に関連した講習会を開催していた他、法人の相談支援課を介して得た地域ニーズに応じた支援活動を行っており、車いす体験や福祉教育等の出前講座の講師として参加している。又、防災関連では合同訓練等で役割を分担し協働している。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	a	法人の相談事業や民生委員・児童委員との定期的な会議を通じて得られた地域の福祉ニーズに基づき、生活困窮者への相談支援事業や成年後見人事業等を行っている。又、中・長期計画にも反映され、具体的な事業活動が展開されている。

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

	第三者評価結果	コメント
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	中・長期計画や事業計画に利用者を尊重した福祉サービスの実施に付き表明し、倫理綱領的に策定された「職員心得」にも明示されている。又、基本的人権への配慮やプライバシーの尊重に付いても、同様、触れられているが、定期的な実施状況の把握をし、評価する事は今後の課題と思われる。
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	法人としてプライバシーポリシーが規程されているが、内容は個人情報保護規程となっており、プライバシー保護規程は分けて規定される事が望まれる。虐待防止や身体拘束に付いては、職員研修も実施され利用者にも契約書の中で表明し周知が図られている。
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	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や施設の特性等を法人ホームページで提供している他、市役所や相談支援事業所に分かり易い内容のパンフレットを置いている。又、利用希望者には重要事項説明書にて丁寧に説明している。月3～5名程の見学・体験入所・1日利用等にも応じている。
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時に、「きぼうの園で一緒に働いてみませんか？」と題した資料や運営規程、重要事項説明書などを丁寧に説明し、契約書の取り交わしに於いて同意を得ている。意思決定が困難な利用者へは連絡ノートを使用し、保護者と情報共有出来る様、配慮している。
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	施設移行せざるを得ない利用者に関しては、移行先施設の見学や引継ぎ文書として個別支援計画や支援実績記録表を準備する等、移行後の不利益が生じない様、配慮している。又、移行後の相談等は逐次受け付け、継続して支援出来る体制を準備している。
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。	b	利用者で組織される「自治会」に参加する事で利用者の意見を吸い上げたり、相談面接や日常の利用者との懇談の中で要望や意見を聴取しているが、満足度調査は実施していない為、データに基づく分析・検討、その結果に基づく改善等は行われていない。
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。		
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	苦情解決に関する体制は整備され、利用者に対しても重要事項説明書で説明し、所内掲示もされ記録も適切にされ機能しているが、苦情記入カードや苦情を知らせる「意見箱」等は準備されていない。又、公表に関して規程やルールはなく、公表した事例も無い。
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	「苦情・相談窓口」として多肢に亘り窓口が掲げられ、重要事項説明書による説明・周知や所内掲示もされている。又、相談し易いスペースも確保され、利用者が意見を述べ易い環境も整えられている。
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。	b	管理者・職員は利用者・保護者との日々のコミュニケーションの中から得られた要望や改善課題に関しては速やかな対応を図っているが、相談や意見を受けた際の対応の仕組を定めたマニュアル等がない為、記録の方法や報告の手順、対応策の検討方法や定期的な見直し等が確認出来ない。
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。	a	各種リスクを想定しそれに対する対応方法を決めたマニュアル、及びフローチャートを作成し、責任者の明確化を含め、体制を整えている。又、ヒヤリハット事例収集、要因分析、再発防止策の検討・実施をし記録している事に加え、定期的な見直しや内部研修を行い、安全確保に努めている。
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	感染症に関し症状別にマニュアル及びフローチャートが策定され、責任体制を含め体制を整えている。又、法人主催で看護師による実技指導を含めた安全講習会も開催されており、新たな事象に対する追加等の見直しも行われている。

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	災害時の利用者の安全確保に関するマニュアルが準備されており、避難ルート確保の為、樹木の伐採、壁面の修理等も行われている。又、災害時用の食料・備品の備蓄も行われている他、近隣の施設・自治会との共催で地域連合防災訓練が実施されている。
--	---	---

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する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。	a	職員の利用者への支援内容については、「職員心得」や「就業規則その他に関する確認事項」「職員留意事項」にプライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢等も含め明示されている。又、サービス管理責任者の指導管理のもと利用者一人ひとりにあった支援を行っている。
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	施設内で県の自主点検表を基に点検作業を行い、常に標準的な取り組みを遵守している。又、法人内のサービス管理責任者会議でフェイスシートやアセスメントシートの見直し作業を行っており、個別支援計画の作成・評価・見直し等にも反映される。
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	計画策定の責任者であるサービス管理責任者が一堂に会して、法人内の関係施設の統一したアセスメント手法の確立に向け協議している。アセスメントに続き、サービス調整会議やケアカンファレンスに於いて確認・調整された内容に基づき、利用者の意向等を織り込んだ個別支援計画が策定され、年2回のモニタリングや計画の評価・見直しがされている。
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	個別支援計画は、年2回のモニタリングを行い、支援実績や利用者及び家族の要望等も確認している。又、年度末に1年間の評価を行い、次年度の個別支援計画に反映できるように支援内容の見直しも行われ、サービス調整会議等で職員間で情報共有がされている。
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、職員間で共有化されている。	a	個別支援計画の様式(新規/改定時)や記録用紙が統一されており、記載内容は日々の記録物も含め、上長の確認印を得る仕組みになっており、その際に記録の作成方法等も指導されている。組織体系を改編し、情報の流れを分別して職員に伝達出来る体制に変更しており、ネットワーク上も職員間で共有出来る情報と出来ない情報とは区分されている。
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	利用者に関する記録の管理については、個人情報保護規程に利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関して規定されており、記録媒体毎・利用者毎に整理され、鍵付キャビネットで保管している。

評価対象Ⅳ 適切な処遇の確保

Ⅳ-1 サービスの実施

	第三者評価結果	コメント
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	個別支援計画の作成にあたり、アセスメント、或いは面談を通して得られた利用者の状態、能力、要望等を確認し、作業内容や活動内容を決めている。
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	年2回、定期的に個別支援計画書の評価・見直しを組織的に行っている(中間評価表/年間評価表使用)。又、次年度に向けては、年間総括評価表や課題整理表等を使用し、情報共有しながら個別支援計画の策定を行っている。
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。	d	食事の内容に関しては、弁当持参か業者弁当の注文対応の為、非該当。
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。	d	入浴サービスは行われていないので、非該当。

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	排泄に関しては、同性介助を基本に排泄時や排泄後の処置等を、利用者の人格やプライバシーに配慮しながら支援を行っている。トイレに付いても、常に清潔で快適な環境に保たれている。
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	整容その他に関しては、利用者の服装の乱れや身だしなみ等、身の回りの事や清潔を保ち不快感を感じない様、配慮している。 尚、衣服・理容・美容に関しては、入所施設向の項目の為、非該当。
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	定期健康診断や歯科検診が行われており、朝のラジオ体操やリズムダンス等、適度な運動が出来る様な配慮もされている。必要な利用者には、服薬の管理も併せされている。 尚、食事・安眠は非該当。
IV-1-(3) 利用者の自主性と家族との交流について。		
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。	a	日常作業や余暇活動(日帰り旅行・忘年会・カラオケ・ウォーキング・リズムダンス等)に付き、どのような内容にするのか、何に参加するのかといった内容は、利用者が自主性に基づき選択できる様、配慮している。 尚、生活内容の自由選択や外出・外泊・面会は入所の項目の為、非該当。
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	金銭管理は行われていないので、非該当。
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。	a	就労継続支援B型事業所の役割は、将来的に自立出来る様、世の中のルール(規則・規程・きまり)やマナー(態度・礼儀)など学ぶための社会生活支援も行っている。又、地域社会で仕事をする意識を主体的に持ち、大人として自覚した行動が出来る様、支援を行っている。 尚、食事・整容・入浴は入所の項目の為、非該当。
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。	a	B型事業所としての主たる機能として捉え、請負業務の開拓や自主生産品の開発に日々腐心している。就労への希望が高い利用者に対しては、将来就労出来る様、個別支援計画に盛り込み、又、関係機関と連携し就労意欲が高められる様、支援を行っている。
IV-1-(3)-⑤ 施設と家族との交流・連携を図っている。	a	家族とは、日々の連絡帳(コミュニケーション困難な利用者向)や電話連絡(その日あった事で利用者が活躍した事等の伝達)で連携を図っており、施設の催しや市の作品展への参加時等に参加を促し、交流を図っている。 尚、帰宅中は入所の項目の為、非該当。