

# 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	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	理念・基本方針は事業所内外の文書に記載されており、所内掲示もされているが、利用者や家族向けの文書も含め、各々の記載内容に差があり一元的にこれが施設としての理念・基本方針であると分かり難くなっているのではないかと感じます。様々に表現の工夫がなされた結果、逆効果になってしまっているとも思え、再度、整合性のある表現にまとめられたらと感じます。

### 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	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、管理職会議や現場担当者会議等で把握・分析している。又、相談支援課を介して地域の情報がダイレクトに入る仕組みも有しており、そこから動向は把握されている。
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	経営状況や改善すべき課題については、理事会や管理職会議で協議し職員会議等で周知している。大きな課題として利用者の高齢化問題があるが、利用者の利用相談などを家族と行い、利用者が継続して通所できる方法を相談事業所や関係機関と連携し調整している。他方、工賃UPも重点課題として取り組んでいる。

### 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	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	中・長期計画として法人による第2次発展強化計画、及び第4次地域福祉活動計画in所沢が策定されている。この内容に基づき、3年間の計画のPDCAが展開され、全体の基本計画となっている。
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。	a	年度の事業計画は、中・長期計画との関連性を確保し、事業内容が具体的に示された実行可能な内容となっている。重点目標としては、一人ひとりの作業意欲の向上と工賃UPを掲げて就労支援促進に配慮している。又、年度2回の評価・見直しを行い、進捗・達成状況の確認がされている。
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。	a	事業計画は、先ず管理者により原案が作成され、その後、職員会議に於いて計画の説明や施設運営の周知を行い、職員の意見の反映のもとに集約されている。事業計画は、定期的(年2回)に評価・見直しを実施し、PDCAの改善サイクルが展開されている。
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	事業計画は、年に2回の保護者会や個別面談等で計画の内容や職員体制、行事等を利用者向けに策定した資料に基づいて、説明を行っている。

### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。	b	福祉サービスの内容について組織的にPDCAが展開できる体制が整備されているが、年に1回以上の自己評価は実施されていない。但し、第三者評価結果の分析・検討については、組織として検討の場を設け、実施される。
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	日常の中での課題については、担当者会議や調整会議の中で検討され改善が図られているが、自己評価や第三者評価の結果が報告され、職員間で課題の共有化が図られ、改善策や改善計画の策定が行われる体制作りは今後の課題となっている。

### 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	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。	b	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を明示している。又、年初の広報誌において、実施して行く内容の他に自らの役割と責任に於いて明確にしている。只、有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任については、不在時の権限委任等が不明確な部分がある。
II-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	管理者は、法人の管理職研修・埼玉県施設長会議・衛生推進者研修等を通じて得た遵守すべき法令に関する情報を、運営会議や職員会議等で周知に努めている。
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	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	管理者は、事業計画等で出されたサービスの質の向上に関して、管理職会議や運営会議等の中で定期的、継続的に評価・分析を行い、又、毎朝のミーティングや面談に於いても職員の意見を反映すべく、努めている。職員の教育研修計画は、階層別研修始め、充実している。
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	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、法人の管理職会議での報告や所内の調整会議・運営会議・職員会議等での検討を行っている。運営の効率化(工賃の増加等)のみに焦点をあててではなく、利用者の強みを活かすための配慮も取り入れている。

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人材の確保と育成に関する方針が設定されており、その内容に沿って、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が計画されている。社会福祉士等専門資格取得を推奨している。
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b	法人の人材育成基本計画に「期待する職員像等」が明確にされており、従来よりの人事評価基準に基づいた評価が行われている。加えて本年度より「目標管理シート」の導入を開始したが、人事考課制度として適用されるのは今後の課題となっている。尚、異動が職員の希望通りに行われているかどうか、予想外の異動の場合、将来像を描きにくくしている面も生じているのではと思われる。
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	有給休暇の取得については、業務に支障のないよう職員同士で調整し、できる限り公平に取得できるよう努めている。また、随時職員面談を実施し、メンタル面を含めて職員のモチベーション向上に努めている。又、産業医によるメンタルヘルス・相談窓口も準備されている。ノー残業デイの実施や1時間単位の年休使用等、働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。
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	人材育成基本方針に基づき、研修担当者会議で年間研修計画・全体研修を企画している。又、職員一人ひとり目標設定・目標管理シートを作成し、最低年3回面談を実施して進捗状況を双方で確認し合っているが、目標期限の設定がない為、進捗度や達成度の評価が曖昧と感じる。
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	職員の教育研修計画は、体系化された階層別研修・分野別研修等が組み込まれ、専門性の向上と福祉分野全体への視野の拡大を図れるように策定している。研修担当者により実績が把握されており、定期的に計画の評価と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。	b	職員の研修履歴については、「研修履歴簿」を作成・保管している。職員の異動時は、移動先に事務移管して、法人在籍期間の研修履歴の記録としている。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等が準備されている他、外部も含め多種の研修が準備されているが、職員一人ひとりの研修計画は策定されていない。
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、実習生受入れに関する基本姿勢の表明やマニュアルが準備されていない。実習プログラムは専門職種の特性に配慮したものになっており、実習内容についても、学校側と継続的に連携して運営している。

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、決算報告をはじめ財産目録・監事報告書等を明示している。その他に、事業紹介や活動等、事業の全貌を把握する資料を公開している。又、地域に向けては、イベントの都度、或いは関係機関や相談支援事業所等に配布し、紹介がされている。第三者委員の任命を含め、苦情・相談の仕組が策定されており、機能している。
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	経理規程が策定されており、決済規程等を含め、職員に周知されている。税理士・会計士による外部からのアドバイス、及び監事による内部監査等を実施し、公の施設として透明性を意識して取り組んでいる。

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	地域との関わり方については、理念・基本方針にも触れられており、基本的な考え方を文書化している。リサイクル作業活動(古紙やアルミ缶回収)は、地域の方とのコミュニケーションの場となっている。又、市民フェスティバルへの出店や、市主催の作品展などの行事に積極的に参加する事で、利用者と地域との交流を広げている。買い物・通院等は行っていない。(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。	a	ボランティア担当を配置し、受け入れ体制を整備している。ボランティア受入れに関する基本姿勢はマニュアルに明記されており、オリエンテーションに於いて登録手続や詳細説明が行われている。市民フェスティバル等の行事では、学生ボランティアの協力を得ている。学校教育への協力として、出前講座等を行っている。
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	関係機関については、リスト化され職員間で情報の共有化が図られている。モニタリング等を通じて、相談事業所・グループホーム等、他の関係機関との連携を図っている他、地域の自立支援協議会では、共通の問題に対して解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。
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。	b	彩の国ボランティア体験や出前講座を実施している。又、相談支援事業を通して地域への支援活動を行うと共に、近隣施設と自治会との連携による合同防災訓練にも参加している。事業所のスペースを開放しての行事や地域住民向けの講演会・研修会等は開催していない。

		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	法人として、生活困窮者への相談支援事業や法人後見事業等を行っている。地域福祉のニーズを把握する為に、各地区にCSWを配置して、地域住民との活動に取り組んでいる。第4次地域福祉活動計画in所沢に沿って地域の福祉ニーズの実践を積上げている。車椅子講座や出前講座、福祉掲示板の設置等、地域貢献に関わる事業・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。	b	利用者を尊重したサービス提供に付いては、事業計画への記載、内部・外部研修の実施等により理解を深めている。又、利用者の聞き取り、及び家族面談に基づいて個別支援計画を作成し、日々のミーティングや職員会議・作業会議等で共通理解を図っている。個別支援計画に関しては、年3回のモニタリング・面談を実施し、都度評価見直しを行っている。福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等は策定されていない。
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	個人情報保護に関する規程・マニュアルは策定されているが、利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護に関する規程やマニュアルは整備されていない。しかし、職員は、利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務は備えており、日常の業務を遂行している。
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	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時に、運営規程・契約書・重要事項説明書等を丁寧に説明し、同意を得ている。又、福祉サービスの変更、及び終了は、家族と慎重な聞き取りや協議を行い、同意を得ている。利用者の理解度や特性に応じて、実物提示等の情報提供を行っている。
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	事業所の変更は見学を実施し、家族と慎重な聞き取りや協議を行い、各相談事業所や市CWとの連携に努めて、利用者や家族が安心して安全に移行できるよう努めている。要望があれば体験実習を行っている。退所後に付いては、相談事業所へ相談する事もあるが、連絡があれば都度相談に応じている。
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	利用者の個別のニーズ等の把握に付いては、利用者面談やご家族面談を定期的実施している他、年度末に行われる満足度調査に依っても分析・検討され、改善が図られている。定例的に行われる利用者会には職員も参加し、ニーズの把握に努めている。
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	要望・苦情解決体制は、第三者委員の任命や行政窓口の紹介含め、事業所内、及び入口掲示板に掲示されている。又、満足度調査(匿名のアンケート調査)を実施し、利用者及び家族の苦情や要望を受け付け、解決に取り組んでいる。要望・苦情内容に付いては、検討内容や対応策に付き利用者に伝えると共に、解決内容を適宜公表している。
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	要望・苦情解決の仕組みに付いては、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布し、周知している。また、代表者会議を設けて利用者自らが意見を話せる場を設けている。
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・苦情相談の仕組みに付いては、苦情受付担当者・苦情受付解決責任者が設置され、利用契約書及び重要事項説明書に明記し周知している。対応マニュアルに沿って記録や対応策の検討等が行われている。意見箱は、設置しても「ゴミ箱」になってしまう等の事から、アンケートの実施による意見の収集にシフトしている。
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。			
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	法人が安全管理・危機管理マニュアル、及びフローチャートを作成し、緊急時にはそれに沿って対応を行っている。又、職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っているが、リスクマネージャーの選任やリスクマネジメントに関する委員会は設置されていない。ヒヤリハット事例の収集はされているが、収集した事例をもとに発生要因を分析し、改善策・再発防止策の検討・実施や定期的な評価・見直し等の取組は行われていない。
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	看護師を中心に感染症に対する講習を行い、知識を習得している。又、毎月医師による講話を利用者にも行い、予防対策を進めている。衛生委員会の開催により、発生した時の対応体制や安全確保体制の周知・徹底が図られている。マニュアルは、一部、追加が必要であるが、各感染症毎に対応方法が決められている。
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	災害時対応マニュアルが策定され、安否確認方法始め対応体制が整備されている。備蓄に付いても食品在庫のローリング方法を含め、決められている。今後の課題ではあるが、BCPの検討も法人として開始されている。避難訓練は年3回、地域の合同防災訓練も年1回行われており、参加している。

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。	a	標準的な作業方法は作業手順書として各作業毎に写真入りで策定されており、利用者が見て理解できる様、工夫されている。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。
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	アセスメントは、利用者からの聞き取りや家族との面談を実施した後、ニーズ整理表を作成し、利用者の意向が個別支援計画に反映できるように策定している。年3回のモニタリング/個別面談により、計画通りに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され機能しており、都度、評価・見直しが行われる。
		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	個別支援計画は、半年に一度中間評価を行い、面談や家庭訪問で利用者、及び家族と確認をしている。又、年度末に総評を行い次年度の個別支援計画に反映できるように利用者からの聞き取り面談も行っている。評価に当たっては、達成されない原因の分析を行い、見直しに繋げている。
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	夕方のミーティングでは、個々の利用者の様子について情報交換・共有を図り、「日々の記録」をPCに入力している。翌日朝のミーティングで支援内容等について周知・徹底を図っている。記録については見本をつくり、差異が生じない様にしている。又、ネットワークシステムや各種定例会議の開催により、職員間での情報共有・徹底が図られている。
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。	b	利用者の記録の保管・保存・廃棄・情報の提供等の文書管理に関しては、文書管理規程にて管理されている。個人情報の不適正な利用や漏えいに対しては、入所時に誓約書の提出は義務付けられているが、懲戒規程を含め、漏洩に対する対策は確認できない。職員に対する個人情報保護に関する教育や研修は記録管理に関する教育と併せ行われている。

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	個別支援計画の作成にあたり、利用者面談・家族面談・前年度担当者からの引継ぎ・職員の意見の集約等から、利用者の意向を確認し、実際の作業時の様子等を踏まえて、計画を作成している。又、作業種を複数にしたり、作業工程を増やす等、選択できるように配慮している。
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	年度初めのミーティングで、個別支援計画の評価、及び次年度の支援内容の確認を全職員で行っている。日常、夕方のミーティングにて支援内容等の見直しを行い、翌日のミーティングで周知をしている。サービス提供に当たっては、利用者の障害の特性や個性に合わせて、身振り手振りや写真を使う等、コミュニケーションの工夫を行っている。又、評価・見直しのタイミングで達成度の測定を行っている。
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。	a	食事は、利用者が一斉に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で、利用者の都合に応じて摂ることができる様、配慮している。食事をする場所は清潔になっており、設備や雰囲気について必要に応じて改善を行っている。給食施設がない為、食事の介助は行っていない。(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	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	利用者の高齢化に伴って、障害者用トイレの使用頻度が高くなってきている。トイレは、使いやすさに配慮するとともに、常に清潔で快適な環境にある。
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。	d	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	医療機関との連携体制を確保しており、年に1回の健康診断、歯科検診を実施し、朝のラジオ体操等健康維持・増進に取り組んでいる。食事の工夫や服薬管理・安眠に対する配慮は行っていない。(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	日帰り旅行や忘年会・クリスマス会・カラオケ活動等は利用者の要望に添って行われている。又、利用者が組織する代表者会議では、主体的に取り組めるよう支援を行っている。又、要望があれば随時面談等を実施している。外出・外泊・面会には対応していない。(非該当)

		第三者評価結果	コメント
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
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
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	利用者の意向に基づき、日々の職員間のミーティングや作業種の受注状況等から調整して支援に取り組んでいる。社会就労に向けては関係機関との連携を図りながら実習や面接を実施し、就労意欲が高められるよう支援を行っている。工賃については、今年度の県の指導監査の指摘により見直しを行っている。
IV-1-(3)-⑤	施設と家族との交流・連携を図っている。	a	日々の連絡ノートや電話、メール等を活用して情報を共有し、日頃から相談に応じる等、信頼関係を深めるように努めている。保護者会を年に2回実施しているが、保護者の高齢化が進んでおり、出席率が低下している現状がある。帰宅中の支援はしていない。(非該当)