

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。		
1	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、法人HPに明示されているのと併せ、施設のパンフレットや重要事項説明書にも掲載されている。法人理念・基本方針は事務所内に掲示され、職員に周知されている。家族には重要事項説明書にて入所の際に説明されているが、継続的に周知されてはならず、法人・施設・重要事項説明書の表現にも整合性が分かり難いと感じる。

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。		
2	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 事業経営を取り巻く環境については、法人として策定されている中(経営実施計画5年)・長期計画(経営基本計画10年)において、的確に経営状況が把握・分析されている。又、月次毎に業務報告として稼働率・利用者推移や財務状況、コスト分析等が行なわれており、施設長会議にて説明している。
3	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 職員会議に於いて、現状で一番大きな課題としての稼働率やサービス提供の実態を検討し、又、現行のサービスがニーズに合致するか等に付いても改善を行っている。法人内の監事会や役員会での検討内容は分かりやすい課題として職員に伝えられ、周知・共有がされている。

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。		
4	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 法人策定の中(経営実施計画5年)・長期計画(経営基本計画10年)において、目標を明確にし各施設毎の重点課題を掲げ、改善に向けた具体的な内容を明示している。年度毎にPDCAを展開する仕組みが機能している。
5	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 中・長期計画から各施設の年度の重点テーマが明示されているが、年度の事業計画に於いて繋がりのある課題として、関連が分かり難い。が、その他の継続テーマに付いては、実行可能な具体的な内容となっている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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 年度の事業計画は職員参加で策定され周知されているが、内容に付いて手順に基づく評価・見直しはされていない。中期計画に関わる重点テーマに付いては、施設としての報告業務となっている為、PDCAの展開が年度末にまとめて行なわれている。
7	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。	c 家族会に於いて、「行事計画」の説明はされているが、年度の事業計画の内容は説明されていない。

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。		
8	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 法人内にサービス向上委員会を設置し、利用者アンケートの分析・対応策検討がされ、施設に於いて実施・評価・見直しが行なわれる仕組みとなっている。又、職員の施設サービス自己評価も年1回行なわれている。
9	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。	a サービス向上委員会に於いて行なわれる利用者アンケートから得られた質の向上に向けた課題の分析・対応策検討に基づき、施設に於いて実施・評価・見直しが行なわれる仕組みとなっている。施設内の検討は職員会議に於いて行なわれ、周知・共有化が図られている。

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) 管理者の責任が明確にされている。		
10	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 事務分掌を作成し職員に配布しており、自らの役割と責任を含め職員会議等において説明し、周知を行っている。年初の広報誌に職務に臨む姿勢を表明している。危機管理マニュアルに有事の際の権限委譲に付いて、明示している。
11	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 法人としてコンプライアンス宣言を行っており、法令遵守に付き職員に周知・徹底を行なっている。管理者は研修等により得た情報は、必ず報告をしてフィードバックしており、その他、行政からの法令に付いての案内も、職員会議等で伝達し共有を図っている。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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 利用者アンケートを定期的に行う事で、質の向上に付き指導力を発揮している。又、日々のミーティング等で各利用者の状態・変化・家族ニーズ・それに対する対応を協議し、職員との情報の共有を図っている。又、自身も支援活動には積極的に参加している。サービスの質の向上に関する研修を受け、介助方法の向上等に繋がっている。
13	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 人事・労務・財務等に関しては、月次毎の把握・分析と合せ、報告を行なっている。特に施設の稼働率を上げる為、重点的な取組みを行なっている。法人として年休取得の推奨や15分刻みの年休取得を可能にする等、職員の働きやすい環境整備に取り組んでおり、管理者はコミュニケーションを重視した風通しの良い職場作りを目指している。

		第三者評価結果	コメント
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
14	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 年度毎に法人の決めた員数を基準に人員計画を管理している。欠員が出た場合、正規職員は法人、臨時職員は施設担当で、補充の手続きがされる。法人の重点課題として「福祉人材の育成・支援」を掲げ、職員の専門的な知識・技術の向上に努めている。
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b 期待する職員像等は基本方針に謳われている。昇給・昇格は基本的には年功序列に従い対応している。方針管理の仕組みは整備されているが、評価面談は行なわれておらず、職員が自らの将来の姿を描くことが出来るのか、モチベーションをどの様に保てるのか、疑問が残る。
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組んでいる。	a 労務管理に関する諸データは、施設長の毎月の報告内容としてまとめられている。法人として年休取得の推奨や15分刻みの年休取得を可能にする等、職員の働きやすい環境整備に取り組んでおり、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組となっている。福利厚生に関わる給付金規程に基づき、各種給付が行なわれる。職員の悩み相談窓口は法人内に設置されている。
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。	c 方針管理の仕組みは法人として策定されているが、施設としては実施していない為。
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。	a 期待する職員像等は、基本方針や倫理綱領に謳われている。中期計画の重点目標に、職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。研修委員会で策定された計画に従い、教育・研修が実施されており、定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しが行なわれる。
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。	a 職員の資格の取得状況は、取得書面のコピーにて把握されている。階層別研修・職種別研修・テーマ別研修等を含め、年間研修計画に基づき職員一人ひとりに研修の機会を設け、必要に応じ職場内で伝達研修を行う。外部研修に関する情報提供を適切に行うと共に、参加を勧奨している。
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。	a 運営マニュアルに学生・社会人実習生受け入れに付いて、目的・その他を記載している。実習生マニュアルを整備しており、手引き書として使用されている。実施内容に付いては、学校側と連携してプログラムを整備すると共に、実習期間中は訪問等を行ない継続的に連携を維持している。
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。			
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 法人の理念や基本方針・提供するサービス内容・事業計画・事業報告・予算・決算情報等はHPに掲載されている。苦情・相談の体制や内容に付いては、重要事項説明書に記載し所内掲示している。皆様の声をまとめ公表している。地域に対しては、パンフを福祉事務所、特別支援学校等に配布しており、イベントの案内を発信すると併せ、小学校に出向き施設の案内を行なっている。
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。	a 事務・経理・取引等に関するルールは、経理規程・事務決済規程・文書管理規程等の規程に規定されている。職務分掌に職員の権限・責任が明確にされており、周知されている。事務局による内部監査始め、公認会計士等の外部監査も行なわれ経営改善に繋がっている。
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。	b 基本方針に明示し、地域との関わり・情報収集及び掲示板での提供等を行っている。敷地内での放課後児童クラブやボランティアコンサート開催等、地域との交流の機会を設けている。ニーズに合わせ、移動支援サービス・ヘルパー支援紹介等を行なっており、土曜開園も検討中。
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。	a ボランティア受入れマニュアルに基本姿勢・目的等が明文化されており、受入れに付いて登録手続・ボランティアの配置・事前説明等、マニュアルに沿ってオリエンテーションが行なわれる。又、学校の「未来くるワーク体験事業(職場体験)」に協力している。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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 利用者に対して、福祉事務所・生活支援センター等と連携し、様々なサービス情報の提供に努めている。当該地域の関係機関・団体に付いては、職員は連絡情報が記載された小冊子を持っており、相談支援センターや区役所支援課等と相談支援会議やケース検討会議を持って課題の共有化や解決に向けての協議を行なっている。退所する場合は、相談事業所や以後入る他施設等と連携して確実なアフターケアを行なっている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	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 園庭を利用して保育所や放課後児童クラブとの交流や、お楽しみ会やボランティアコンサートに地域住民を招待したりしているが、地域住民に対して生活に役立つ講演会や研修会等は開催していない。災害時の防災訓練は、近隣保育園や放課後児童クラブと連携して行なっている。地域の活性化やまちづくりに貢献する様なイベントは催していない。
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 民生委員との交流に付いては、法人の苦情解決第三者委員が民生委員である事から地域の民生委員を招待して懇談を行なったりしている。利用者から要望の多いショートステイや入所施設の拡充や新規建設等の検討が法人として開始されている。地域に向けて施設を開放することや、社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動等は実施していない。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		第三者評価結果	コメント	
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス				
Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。				
28	Ⅲ-1-1 (1) -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・基本方針に基づき、利用者の人権擁護を明示しており、倫理綱領の規定を実践する為の取組を行なっている。利用者の尊重や基本的人権への配慮については、虐待チェックリストや人権意識振り返りリストを用いて把握・評価を行なっている。標準的実施方法については手順書が策定されている。
29	Ⅲ-1-1 (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	「セクハラ防止に関する要綱」にプライバシー保護に関する規定がある。利用者の虐待防止・権利擁護については、虐待防止マニュアルが整備されているが、プライバシー保護に関する研修等は実施されていない。更衣室等にはカーテンやパーテーションの設置がされプライバシーに配慮がされている。不適切な事案の対応方法については、就業規則に懲戒規程含め規定されている。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	HPに施設の情報提供をしており、又、誰でも見やすい内容として策定されたパンフレットは、相談支援センターや市役所・特別支援学校等に配置されている。見学・体験入所・一日利用等の希望に対応している。公開情報は定期的な見直しがされている。
31	Ⅲ-1-1 (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	サービス開始・変更にあたっては、利用者に対して事前によるびや絵・写真等で分かり易くしたパンフレット等により、説明・見学・実習を経て利用契約書・重要事項説明書により自己決定を尊重した上で同意を得ている。意思決定困難な利用者は、個別支援計画で対応している。
32	Ⅲ-1-1 (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	事業所の変更にあたっては、利用者の特性・サービスの状況を引継文書と併せ、仲介の相談事業所に渡している。退所後のアフターケアについても相談等が出来る様、担当者等を伝え不利益が生じない様、配慮している。
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の向上に努めている。				
33	Ⅲ-1-1 (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	法人として利用者アンケートを毎年1回実施している。そこで確認された課題については、サービス向上委員会で協議され、施設にフィードバックされている。提供された利用者の意見に対しては、問題を明らかにし可能な限り配慮している。利用者懇談会や個別面談においても意見聴取し支援に活かしている。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置・苦情受付担当者の設置・第三者委員の設置)が整備されており、重要事項説明書に明記され利用者に説明されると併せ、所内掲示もされている。利用者が申し出し易い様にご意見箱が設置されており、受付と解決を図った記録は適切に保管されている。出来る内容については、公表している。
35	Ⅲ-1-1 (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	重要事項説明書に窓口や責任者・第三者の氏名・連絡先に加え、施設関係以外の行政窓口等が多肢に亘り紹介されており、どちらにも苦情相談が出来る旨、明記されている。相談受付時は、個別に対応できるスペースを確保して対応している。
36	Ⅲ-1-1 (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	法人として苦情解決事務に関する手引きが策定されており、定期的に見直しがされている。意見に対しては、職員会議等で検討し、対応にあっている。利用者や家族との日頃のコミュニケーションを重要視しており、利用者が相談しやすく意見を述べやすい様に配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	法人として事故防止委員会を定期的に開催している。火災・天災・情報セキュリティ・感染症対策等のマニュアルを整備しており職員に周知している。ヒヤリハットにより事故の要因分析、防止対策案の策定までは事故防止委員会にて行なわれているが、施設ではその内容のファイリング迄に留まっており、安全確保策の実施や実効性に付いて、定期的に見直し等は行なっていない。
38	Ⅲ-1-1 (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	感染症の予防マニュアルについては代表的なものが文章で策定されているが、多肢に亘る感染症毎にフローチャート化され何時でも見られる状態にしておく事が望ましいと感じる。感染症研修については、医師を招聘して行なわれている。
39	Ⅲ-1-1 (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。	b	天災対策(震災、暴風、豪雨、洪水、豪雪等)マニュアルが整備されている。BCPは法人として検討が進められ、現在、施設での対応を検討している。有事の際の食料や備品類等の備蓄リストを作成し管理しているが、避難時の安否確認方法マニュアル等は策定されていない。年2回、児童クラブと合同での防災訓練を行なっている。
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保				
Ⅲ-2-1 (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) -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	標準的実施方法は、春光園運営指針・運営マニュアルに規定されている。利用者の尊重・プライバシーの保護等も記載されている。OJTはこれを行なわれており、職員に周知されている。ケース会議に於いて支援の実施状況の検証が行なわれる。
41	Ⅲ-2-1 (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。	c	標準的実施方法に付いての検証・見直し時期の取組はされていない。

		第三者評価結果	コメント	
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	アセスメントは既定様式に従い行なわれ、必要があれば医師・看護師・相談支援所等の参画のもと、ケース検討会議が開催される。個別支援計画策定時にも同様、必要があれば部外者も参画しケース検討会議が開催される。利用者一人ひとりのニーズに付いては、個別面談等で利用者・家族の意向を反映し、個別支援計画に織り込まれる。年2回、個別支援計画の評価・見直しを行ない、必要があれば随時変更される。意思決定困難な利用者は、個別支援計画で対応している。
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	個別支援計画は、上期下期に評価見直しを行なっている。支援計画会議を開催し職員に内容を周知している。必要な場合は逐次変更される。個別支援計画から表出した改善内容が従来の手法より良い場合は、標準的実施方法に織り込まれる。
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の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a	健康診断成績表・フェイスシート・アセスメント表・ケース台帳・支援計画等、統一した書式で記録している。利用者に関する情報は、支援計画会議やケース会議等で情報共有している。書式の書き方等は、書面が提出された都度行なわれる上長のチェック時に、必要があれば補正される。職員への情報伝達は、回覧が主に行なわれている。
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	法人による個人情報保護規程・情報公開規定・文書管理規程等に記録の保管・保存・廃棄・情報の提供に関する規定を定めている。個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法は就業規則に規定されている。個人情報保護に関する研修が義務付けられており、利用者には入所時に情報公開に関する同意書を求めている。

A-1 利用者の尊重と権利擁護

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	日中の支援やプログラムに付いては、利用者の自主性を尊重し、利用者の希望に応じた支援を行っている。生活に関わるルール等に付いては、出来るだけ利用者同士が話し合う機会を設けて決定している。利用者の権利に付いて職員間で検討する機会が設けられている。
A-1-(2) 権利侵害の防止等				
2	A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b	虐待チェックリストや人権擁護振り返り等を実施し、権利侵害の防止と早期発見の取組を行っている。身体拘束に関しては利用者より同意書面を頂いている。権利侵害が発生した場合の事例収集や再発防止策の検討は行なわれていない。虐待が発生した場合の報告手順が決まっている。

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。	d	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	コミュニケーション能力に差があり、表現、表記にわかりやすい方法を用いており、カードや筆談・絵・写真等、個々に応じ表現方法も支援している。
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。	d	非該当
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。	a	利用者の意向や障害の状況等を考慮しながら、必要に応じて支援を行い様々なプログラム、レク(8種類)を行っている。個別支援計画の見直し等と合せて、日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。
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	個々の障害や病気の特性、在宅での様子も加味しながら、個別面談等を通じて場面に応じた対応を行っている。行動障害など個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等に基づき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。
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	毎日の嗜好調査(残食管理)等により、利用者の嗜好を考慮した献立を基本としている。刻み食等、利用者の状況に応じた食事の提供を行っている。利用者の状況に応じて、排泄及び移動支援を実施している。
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	利用者の日々の状況、場面により健康状態の把握に努めている。嘱託医師による毎月の健康相談を実施し、必要に応じて指導を行っている。利用者の障害の状況に合せたストレッチやリハビリ等、健康の維持・増進のための工夫を行っている。

		第三者評価結果	コメント	
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。	d	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。	d	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				
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