

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。	a	理念・基本方針はホームページ・パンフレット等に記載されており、法人理念を元に施設が目指す方向・考え方を端的に表現している。職員に対しては、年初の年度の事業計画説明時に、又、利用者や家族に対しては、同様、年初の家族会の中で説明を行っている。

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	社会福祉事業の動向については、法人の分析や相談事業所からの情報に加え同業種施設の会合や資料より把握すると共に、現在、コンサルによる事業経営のデータ収集・分析等を行っている。
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	経営環境や経営全般に関する内容については、毎月行われる理事会や管理者会議にて確認されている。直近での課題は、職員の人員確保や保護者の高齢化問題であり、継続的に検討され職員にも周知されている。

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。	c	コンサルが入り検討を進め始めているが、現在の所では中・長期計画は策定されていない。
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。	b	中・長期計画は策定されていない為、それに基づく年度の事業計画とはなっていないが、行事計画とは異なる事業計画は毎年策定されている。具体的な数値目標等は設定されていない。
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。	b	事業計画は職員参画の元で策定された内容ではなく、毎年、文言もほぼ同一の内容となっている。又、定められた時期・手順に従い進捗状況の確認や評価・見直しは行われていない。尚、職員には年度毎に内容の説明が行われており、周知が図られている。
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。	b	年度の事業計画の内容については家族会で説明がされているが、資料の配布や所内掲示はされていない為、やはり利用者や家族には分かり易い資料により配布の上、説明し一層により良い施設にして行くと言う意識形成がされる事が望ましいと感じる。

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	質の向上に関する課題の抽出に基づくPDCAの展開がされていないが、利用者や家族に対する定期的な面談から得られる情報は捉えている。職員自己評価は毎年実施されているが、そのまとめから課題の抽出を行い、PDCAを展開すると云った取組はされていない。
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	職員自己評価は毎年実施されているが、そのまとめから課題の抽出を行い、改善計画を立てPDCAを展開すると云った取組はされていない。もったいない限りと感じる。

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 (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、年度初めの広報誌に所信表明的に自らの役割と責任を掲載し表明している。又、職務分掌を策定し職員に対しても周知を図り、副担当を明らかにする事で不在時の権限委任を明らかにしている。
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	現在、コンサルの指導を受けて改善に取組んでおり、その研修会等でコンプライアンスについても指導を受けている。水質や衛生管理・大気汚染に関わる法令や虐待防止法等人権に関わる法令の研修に取組んでいる。
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。	b	質の向上に関する課題の抽出に基づくPDCAの展開がされていない為、計画的具体的な改善の取組とはなっていないが、コンサルを入れたの経営改善の中から質の向上に関わる体制づくりは進みつつあり、毎朝のミーティングに注力し職員との関係改善を進めて行きたいとの意図が感じられる。
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	現在、コンサルの指導を受けて改善に取組んでおり、人事・労務・財務等に付いては月次報告をまとめ併せて分析も行われる。職員の働きやすい環境整備として、時間外労働の削減・年休を時間単位で取りやすくする等が上げられる。組織内に同様の意識を形成する為、毎朝のミーティングを充実させている。
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。	b	前年度に職員の大量離職があった事も踏まえ人員計画を策定し進めているが、募集をかけても不足に対する補充が出来ていないのが現状である。尚、専門職の配置については、計画に織り込み展開している。採用に当たっての給与レベルは世間並みよりも多少良い内容で各方面に積極的に募集をかけている。

		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。	C	就業規則の改善や人事基準・人事考課システムに基づく評価制度等に付いては、現在、コンサルと連携しながら策定中である。又、定期面談は行われているが、評価結果を伝え期待値も伝達し合わせて職員の希望・要望を聴取すると云ったスタイルの評価面談にはなっていない。
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。	b	職員の働きやすい環境整備として、時間外労働の削減・年休を時間単位で取りやすくする等が上げられる。職員の労務管理に付いては施設長が集計・分析を行っており、個々の就業状況を把握している。職員に対するメンタルヘルスやストレスチェック・相談体制等は整えられていない。働きやすい職場作りと関連しワークライフバランスへの配慮としては、年休取得の推奨や年休を時間単位で取りやすくする等が上げられる。
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	期待する職員像は内部文書で明らかにされていない。人事考課システムは策定中で、目標管理や評価面談の内容に付いても検討中である。
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。	C	期待する職員像は内部文書で明らかにされていない。職員に求められる専門技術や専門資格も明示されていない。教育・研修計画は策定されておらず、従い研修内容やカリキュラムの評価・見直しは行われていない。
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	職員の知識・技術水準・専門資格取得状況等は施設長が把握している。新任職員のOJTは指導職員が付き行われるが、標準的実施方法により行われてはいない。職員に対し階層別・職種別・テーマ別研修等の義務付けはされていない。外部研修の情報提供は行われており派遣の推薦もされている。職員への支援体制としてスーパーバイザーをおく等の取組はされていない。
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。			
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。	b	実習生等の受入れは積極的に行われているが、マニュアルやプログラムは準備されていない。又、指導者研修も行われていない。実習プログラムに付いては、学校側で準備され連携して実習が行われている。

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。	b	ホームページには事業計画・事業報告等は公表されていない。又、苦情・相談の体制や内容に付いても公表されていない。施設の理念や基本方針・事業内容等に付いては、民生委員や自治会等、社会・地域に対して広報誌を配布する事により公表し、存在意義や役割を明確にするように努めている。
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	事務・経理・取引等に関するルールに付いては、経理規程に規定されている。又、職務分掌により権限・責任が明確にされている。法人監事により内部監査は行われているが、外部の専門家による監査は行われていない。

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付いては、基本方針に明示されている。地域の催し物に付いては、掲示板で利用者に告知し地域のバザーや市民フェスティバル・夏祭り等に参加して地域との交流を図っている。
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。	b	ボランティア受入れマニュアルが策定されていない為、受入れに関する基本姿勢等は明示されておらず、登録手続や配置に付いての事前説明も行われていない。職場体験等、学校教育への協力は行っている。
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。	b	地域の関係機関・団体に付きリスト化等はされておらず、職員間での情報共有も図られていない。自立支援協議会や発達障害福祉協会等では課題の解決に向け協働して協議を行ったり、相談支援事業所や同種他施設との連携も行っている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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	自立支援協議会や発達障害福祉協会等では課題の解決に向け協働して協議を行ったり、相談支援事業所や同種他施設との連携も行っている。
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	相談事業や車椅子貸出し等、地域のニーズに基づく事業を行っているが、事業計画に織り込む等はされていない。民生委員会等で福祉講座を行う等、専門的な情報を地域に還元する取組を行っている。災害時の福祉避難所に指定されている。

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。			
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	理念や基本方針に人権を尊重した支援の実施に付き明示しているが、倫理綱領等は策定されていない。標準的実施方法としてのマニュアル・手順書は準備されていない。利用者の尊重や基本的人権への配慮に付いての研修等を実施している。個別支援計画の確認面談の際の利用者・家族ヒアリングで支援状況等に付き確認している。
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	プライバシー保護の定義に基づく規程・マニュアルは策定されていない。プライバシーに配慮したカーテンやパーティション・マジックミラー等を着替え室の入口等に設置している。利用者や家族にプライバシー保護に関する説明等はされていない。

		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	写真・図・絵の使用等で分かり易いパンフレットや広報誌を特別支援学校や公民館・相談事業所等に配置している。見学や体験入所・一日利用等の希望者には対応し、分かり易い説明を行っている。
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。	b	事業所として契約書の取り交しを行っているので、利用者の意思決定を尊重し押印をお願いしている。契約書や重要事項説明書にはルビがふられており、分かり易い様、配慮されている。退去時に届けを出す等は求めている。意思決定が困難な利用者への配慮としては、個別支援計画で1:1の支援方法を策定し対応している。
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。	b	事業所の変更や家庭への移行に当たっては、相談事業所等と連携し不利益が生じない様、配慮しているが、引継ぎ文書等は準備されていない。退所後もそれまでの担当者に利用者や家族等が相談できる体制を整えている。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。				
33	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	利用者の満足度調査等は行われていないが、職員が出席して年1回、利用者・家族等との父母会(懇談会)が開催されており、又、利用者の自治会での話し合いの中からも利用者の満足度情報を得ている。
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。				
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	苦情解決の仕組みは策定されており、重要事項説明書に記載し入所時に説明されているが、所内掲示はされておらず利用者・家族への周知が足りていない様に感じる。苦情申し出カードや受付の意見箱等も設置されておらず、記録や記録簿も策定されていない。
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。	b	相談は常時受け付けており対応しているが、相談を受け付ける仕組みの策定や明文化等はされていない。相談を受け付けた場合、相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等はされている。
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	相談受付マニュアルの整備や意見箱の設置・アンケート等は実施されていないが、日々の支援の中で意見を述べやすい雰囲気作りに努め、適切な対応が出来る様、配慮している。相談があった場合は速やかな検討を心掛けているが、時間が掛かる場合はその旨を相談者に伝えている。
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に関する責任者の設置やリスクマネジメント委員会等の設置はされていない。事故発生時の対応と安全確保に付き、事故対応マニュアルが策定されている。インシデント事例の収集とその要因分析・対応策の検討・実施迄は行われているが、再発の有無確認と集計分析による重点解決課題の抽出が行われていない。もったいないと感じる。
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。	b	施設長を責任者として対応体制は整えられているが、予防と発生時等の対応マニュアルは作成されておらず、感染症の予防や安全確保に関する勉強会や研修等も開催されていない。所沢市で最初にコロナのクラスターが発生した施設である事を考えると、対応体制を整える事が喫緊の課題と思われる。
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。	b	災害時の対応体制に付いては、事業継続計画や防災計画を策定し対応している。避難訓練を行っているが、安否確認に付き何時・何処で・誰が確認を行うのが規定されていない。又、災害用の食料や備品類の備蓄も行われていない。
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	標準的な実施方法としての作業手順書や作業マニュアルは全てではないが一部策定されているが、職員に研修や個別の指導等によって周知徹底する為の方策は取られていない。
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。	c	標準的な実施方法としての作業手順書や作業マニュアルを検証・見直しする仕組みは策定されていない。
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	アセスメントは専用の様式が準備されており、適切に実施されている。利用者の課題に付き関係部門のアドバイスを必要とする場合、関係者(医師・看護師・相談支援所・施設職員等)が集まってアセスメント段階でも個別支援計画策定段階でも協議して課題を解決する様、対応している。個別支援計画は年2回、評価・見直しを行っている。支援困難な利用者への配慮としては、個別支援計画で1:1の支援方法を策定し対応している。
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。	b	個別支援計画に付いては、PDCAの手順が決められ年2回の評価・見直しが実施されている。変更事案が発生した場合は都度、改定される。標準的な実施方法が策定されていない為、個別支援計画から反映される事はない。
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。	b	健康診断や歯科検診の結果は個別に記録されている。個別支援計画は年2回の評価・見直しが行われ、都度、上長の確認印を貰う仕組みとなっている為、記載内容や書き方に齟齬があった場合は指導されている。情報伝達は回覧により分別される仕組みとなっている。個別支援計画は紙でファイルされており、職員が閲覧できるが共有は足りていない。
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。	b	個人情報保護規程は策定されているが、記録の保管・保存・廃棄等に関しては規定されていない。懲戒規程含め漏洩等に対する対策と対応方法は規定されている。個人情報保護に付いての職員研修等は不足していると思われる。

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	日々の支援に於いて意思を汲み取る支援方法や自己決定の支援方法など工夫している。日中活動の種類を増やし利用者が主体的に選択出来る様、配慮している。生活に関わるルール等は、利用者の自治会で話し合う機会を設けている。職員とのコミュニケーションから合理的配慮が出来る様、取組んでいる。
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	虐待防止規程が策定されており虐待防止委員会も設置されているが、規定の内容や検討内容は利用者等には情報提供されていない。虐待防止チェックシートの実施により職員の教育も兼ね権利擁護に取組んでいる。身体拘束に付いては入所時にやむを得ず実施することがある旨説明し了解を得ている。虐待が発生した場合は虐待防止センターへの届け出が義務付けられている。

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	本人の強みに注目し望む生活を理解し、又、本人のやる意思を尊重し見守りながら支援を行っている。 【自立・自律の為の動機付けや自己管理・生活手続き援助等は非該当】
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	重度の障害をお持ちの方も多く、コミュニケーションに付いては、カードやタブレット端末等を使用しながら色々工夫して行っている。又、可能な場合はご家族にも助けを借りて行う場合もある。
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	話の出来る利用者には、時間を掛けながら理解を促す様にしたり情報提供を行ったりしている。幾つかの選択肢を提示して選んで貰ったり、カードやタブレット端末等を使用しながら工夫して行っている。相談の内容に付いては、職員間で共有し必要な場合は個別支援計画にも記録している。
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。	a	個別支援計画に利用者の希望やニーズを明記しており、それに基づき日中活動を行っている。日中活動の種類を増やし利用者の多様なニーズに対応できる様、配慮している。文化的生活やレク・余暇・スポーツ等の情報提供は行っている。日中活動の見直しは個別支援計画の見直しと併せ行われる。 【余暇の提供は非該当】
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	職員は研修等により障害に関する専門知識の習得や支援技術の向上を図っている。利用者の不適応行動等に対応し、職員会議やグループ会議に於いて支援方法等の検討と理解・共有を行っている。
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	食事は利用者のリクエストメニューを導入したり、又、きざみや硬さ等、利用者の状況に応じている。入浴や清拭・排せつ・異動・移乗等の支援を行っている。
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。	a	利用者の日中活動の場の環境は、安心・安全に配慮し適度な室温・明るさに保たれている。又、安息の場所や休息できる場所を設けており、自治会等で出された要望には極力応えている。
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。	b	利用者の要望に応じ個別支援計画に機能訓練や生活訓練を織り込んでいる。PTが主体となり障害の状況に応じ機能訓練・生活訓練の指導を行っている。個別支援計画に併せ検討・見直しが行われる。
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	健康診断・歯科検診・内科検診を定期的実施しており、入浴や排せつの場面でも健康状態の把握に努めている。バイタルチェック・体温測定や体重の状態を観ながらダイエット食を薦めたりしている。利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。
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	慢性疾患やアレルギー疾患等を含む医療的な支援の実施に当たっては、医師の指示書や家族の同意書に従い看護職員・サビ管・管理者を主として実施手順や個別の計画が策定されている。服薬管理は適切、且つ確実にされている。
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	【社会参加や学習支援は非該当】
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	【地域生活への移行や地域生活の為の支援は非該当】
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	利用者と家族との面談を年2回行っており、日々の連絡帳のやり取りと併せ支援に付いての意見交換や報告を行っている。利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。

A-3 発達支援

		第三者評価結果	コメント
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	【子供の障害は非該当】

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	【就労支援は非該当】
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	【適切な仕事内容は非該当】
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	【就職活動支援は非該当】