

評価細目の第三者評価結果

（障害者・児福祉サービス分野）

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	理念・基本方針は事業所内に掲示されている他、事業所案内パンフレットやホームページに明示されている。基本方針は法人の理念との整合性が確保されており、職員の行動規範となる内容となっている。職員への周知は所内掲示で日々確認されており、利用者（保護者）へはサービス利用開始時や個別支援計画面談の際などに説明している。

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	毎月実施される運営会議において稼働率や経営状況の報告が行われ、課題の分析が行われている。運営会議には統括施設長及び管理者が参加（昨年度は統括施設長のみが参加）しており、より一層の共有が図られるようになった。フロス会議（職員会議）でも同様の内容が共有されている。
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	運営会議で明確になった経営課題等にフロス会議（職員会議）の場で共有しているため、管理者やサービス管理責任者のみならず一般職層にも課題の共有が進み、具体的な支援の改善や質の向上に繋がっている。

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	法人全体で中・長期ビジョンを明確にしており、2030年までの長期的なビジョンを作成し、職員へ周知している。
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	法人で統一した書式の単年事業計画を策定し、年度初めに職員間で読み合わせを行うほか、館内にも掲示し、いつでも確認できるようにしている。
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	事業計画書の実施状況については、毎月の運営会議内で評価、見直しが行われており、フロス会議（職員会議）内で進捗についての情報共有が行われている。複数年に渡り職員会議での進捗報告を行っているため、職員の計画の進捗の理解度が年々増している。
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	利用者に対しては、サービスの開始時や個別支援計画面談時に支援方法と併せて説明にあたっている。利用者本人の理解が難しい場合は家族にも同様の説明を行っている。また、今後ホームページ上でも大まかな計画を閲覧出来るようにするなど、さらに分かりやすい周知を検討している。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	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	会議時には各職員から毎月の業務報告と併せてケース検討を実施しているため、組織的に支援の質の向上に向けた取り組みが行われている。また、災害を想定した訓練を含め、リスク管理にも力を入れ、安心して質の高い生活を実現している。
I-4-(1)-② 評価結果に基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	前回の評価結果を受けて、職員の教育(研修制度の充実)と更なる理念の浸透の為の取り組みを行い、着実に成果や実績が積み重なっている。

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

	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	管理者は、年度初めの職員会議にて方針と取組を表明し職員に理解を求めている。管理者は、日頃から職員とコミュニケーションをとり、積極的に自分の考えを表明している。また、今年度より、管理者が法人内の経営会議に参加することにより、より具体的な役割や責任を表明しており、職員の理解度も上がっている。
II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	個人情報・プライバシー保護についても規程を策定し、コンプライアンス遵守について体制整備が行われている。また、各種法令に基づく研修についても適切に行われている。
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、サービス管理責任者が密に連携して職員指導等の取り組みを行っている。フロス会議(職員会議)では、一般職や非常勤職員を対象に管理者が研修講師を務めるなど、サービスの質の向上に向けた取り組みを率先して行っている。
II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a	法人内の運営会議等で取り上げられた改善事項を、当該施設にも適応出来るよう、職員と共有し実行している。また、個々の職員の相談にのりアドバイスを行うなど、指導力を発揮している。

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	法人全体のホームページに求人情報を掲載し、職員募集を行っている。各種SNS等も使用して求職者の興味を引き、具体的に仕事内容をイメージしやすくしている。また、管理者による職員面談を毎年行い、人材定着に繋げている	
Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人として、新たな人事基準が定められ、新制度に移行している。意向の際には職員に対する説明会を実施しており理解を得ている。また、今年度から職員各自のスキルチェック制度を取り入れる予定としており、次世代の職員が各々の能力を発揮できるよう積極的に職務分担し人材の活性化を図っている。	
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	管理者やサービス管理責任者は、日頃から職員の意向を聴取しシフトの作成を行っている。管理者は、職員が心地よく働けるように面談等を利用し意向や要望の把握に努めている。家庭の事情等に合わせて、継続して働ける様に時間調整をしている。	
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 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	a	フロス会議（職員会議）の際には必ず各職員からの業務報告を行い、振返りから課題を抽出し当該年度の目標を設定している。職員は目標を具体的に実現するために、管理者やサービス管理責任者と目標を共有して取り組んでいる。	
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	行政や関連機関からの研修案内を共有している。今年度は個人情報についてや、SNSの活用にあたっての注意点などについての研修を実施したほか、外部研修参加についても促しを行っている。また、施設内の研修についても年間計画が策定されており計画通り実施されている。	
Ⅱ－２－（３）－③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	a	職員一人ひとりの成長に合わせたOJT・研修への参加が行われている。職員会議時には年間の研修計画に沿った施設内研修が実施され、常勤、非常勤問わず参加できる仕組みが整えられている。	
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	受け入れ体制の整備、および法人内他事業所では受け入れ実績があるが、日中に利用者が不在となるサービス形態の為、実習依頼がほとんどない。	

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。	a	今年度に入り、法人ホームページのリニューアルを実施した。ホームページ以外でも、パンフレット等を活用し理念・基本方針・援助内容・社会貢献活動・苦情解決の体制・基本財産・定款等を公開している。社会福祉法の規定に基づき、財務諸表等がWAMNETで公開されている。
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	法人作成の経理規程に予算・取引ルール・内部監査等定められ、適切な経営管理に努めている。施設の事務・経理等は管理者および施設長がルールに基づき本部へ報告している。また税理士へ報告・相談を行い透明性の高い運営がなされている。

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。	b	地域との交流については、特に制限や交流を阻むものは無いが積極的な取り組みには至っていない。今年度に入り、他事業所の通所者が短期利用を行うケースも増えつつあるため、今後は近隣事業所との交流等も検討している。
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。	b	受け入れ体制の整備、および法人内他事業所では受け入れ実績があるが、日中に利用者が不在となるサービス形態の為、ボランティア応募がない。
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	関係市町村及び地域の保健・医療機関・利用者の通所先等の福祉サービスや相談支援事業所との綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めている。新規利用者の登録、見学についても適宜実施している。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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	運営会議等を通じて法人全体で地域の福祉ニーズの把握が行われている。また、行政からの情報・相談、連絡会等の障害福祉サービスの集まりなどから情報収集しニーズの把握に努めている。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	a	法人全体の取り組みとして、地域の福祉ニーズの抽出と必要に応じた社会資源の開発に取り組んでいる。また、事業所は地域生活支援拠点としても指定されている。

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

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-1 (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。	a	フロス会議（職員会議）の際に、日々の支援の振り返り及びケース検討を実施することでサービス提供における職員間の共通理解を持つ取り組みとしている。また、ケース記録等を通じて情報共有も図られている。
Ⅲ-1-1 (1) -② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	居室は個室であり、入室の際は本人に同意を得る、ノックや声掛けの徹底をしている。基本的に身体介助やプライバシーに関わる支援に関しては同性介助を実施している。
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。		
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	ホームページ・パンフレットに写真や1日の生活の様子などを掲載し、分かりやすい内容にしている。見学时に生活のイメージを持てるように利用者様の部屋を見学させて頂くこともある。通所施設との連携についても説明している。
Ⅲ-1-1 (2) -② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等に分かりやすく説明している。	a	重要事項説明書・契約書を用いて入居後の生活のおおまかな流れ・ルールについて説明し理解を促している。また、最大限利用者の意思決定をサポートできるよう説明方法を工夫している。
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	短期入所サービスの為、家庭等への移行は特にないが、契約利用者がグループホームへ入所する際や施設入所する際には必要に応じて情報提供を行っている。
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-1 (3) -① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	フロス会議（職員会議）やサービス担当者会議などを通じて、問題点や改善点について明確にし、日常的に取り組んでいる。登録利用者の通う通所施設とも連携を図っている。
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。		
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	苦情相談窓口、法人窓口、苦情解決第三者委員が設置されており、苦情相談体制が整備されている。重要事項説明書に明記しサービス開始時に説明を行っている。また法人全体として、苦情解決に関わる規程が整備されている。
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	施設では、それぞれの利用者に担当制を導入し、担当職員が日常の相談や意見交換の窓口となっている。担当者は数か月～1年で交代し、勤務する職員と利用者の信頼関係の構築を推進している。担当職員から抽出された利用者の意見や要望は、フロス会議（職員会議）内で共有され、適切な対応が行われている。
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	担当職員から抽出された利用者の意見や要望は、フロス会議（職員会議）内で共有され、組織的に、適切な対応が行われている。

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。	a	危険予知訓練等の実施や、動画による自己検証等の学習などを行い、職員の危機管理能力の向上に努めている。また、ヒヤリハット報告書の提出を積極的に行うことで事故予防等に取り組んでいる。事故報告書は多角的な視点で分析し要因を分析し再発予防に努めている。
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BCPを策定し利用者と職員の安全を守り業務継続が行える体制を構築している。行政や協力医療機関等から最新の情報を入手し予防に努めている。コロナ禍においては、換気の徹底・手洗いの励行・手指消毒を基本とし対策を行っている。
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。	b	様々な状況のマニュアルがあり、状況に応じての各訓練を実施している。特に、水害を想定した訓練に関しては力を入れて取り組んでいる。BCPも策定して取り組んでおり、問題点や課題については検討の中で改善できるよう取り組みを行っている。

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	勤務する職員がいつでも確認することが出来るよう、業務マニュアルが整備されており、施設内に設置されている。
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	マニュアルは事業計画の評価等と併せて定期的に見直しが行われるほか、毎月のケース会議の際や新規職員の受け入れ後のOJTの振り返りからも検討され、必要に応じて見直しが行われている。
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（個別支援計画）を適切に策定している。	a	相談支援事業所が作成するサービス等利用計画に基づき支援している。サービス利用開始時には、管理者、サービス管理責任者を中心に独自のアセスメントを行っている。
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画（個別支援計画）の評価・見直しを行っている。	a	相談支援事業所が作成する計画に基づき支援している。利用開始当初は面談や当初情報から情報を把握し、職員間で共有して支援を行っている。通所施設とも連携し、担当者会議を事業所から声をかけて適宜実施するなど、利用者個々への適切な支援に取り組んでいる。
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（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	利用者の様子・健康状態、サービス等利用計画に基づいた支援については日々記録を行い、PC内に保存されているため、関係職員はデータの閲覧および情報の共有が可能となっている。
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物は書庫等で適切な管理をしている。また、法人で文書管理規定が策定されており、規定に則り管理されている。

A 個別評価基準

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		
A-1-1-1-① 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	支援の際は、利用者の意向を尊重しながらいくつかの選択肢を提示し入居者が選べるようにしている。具体的には、食事の際には、偏食や好みなどにより、形態や提供方法等、個別の要望に出来る限り対応している。
A-1-2 権利侵害の防止等		
A-1-2-1-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a	権利擁護について厚生労働省の手引きやチェックシートを用い、施設内研修等を行っている。ケース会議では、生活場面を想定し職員間で意見交換や検討を行い、共通理解を高めている。職員が自身の支援を振り返るセルフチェックは毎月実施している。

A-2 生活支援

A-2-1 支援の基本		
A-2-1-1-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a	利用者一人ひとりが自立した生活が出来るよう職員は危険が及ばないよう見守り支援を行い、ご自身で出来ることは行えるよう支援している。また、ホームでの生活の中で一人ひとりが役割を持ち、主体的に生活出来るよう支援している。
A-2-1-1-② 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	言葉でのコミュニケーションが中心だが、障害特性や心身の状態に配慮してコミュニケーション方法の工夫を行っている。情緒が不安定な利用者に対しても必要な個別対応等を実施している。
A-2-1-1-③ 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	各利用者に担当職員を配置し、一人ひとりの意思を尊重できるよう取り組みを行っている。また、日誌・ケース記録に記入し職員共有を図っている。ケース会議で職員が意見を出し合い支援内容の計画調整を行っている。
A-2-1-1-④ 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	日中は利用者全員が通所施設に通所しているため、日中の支援は休日のみに限られている。余暇活動として近隣の散策や買い物などを実施している。
A-2-1-1-⑤ 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	日常生活上の支援においては、利用者の状態に応じて必要な支援を個別に行っている。職員は強度行動障害支援者養成講習の受講を進めており、修了者は年々増えつつある。
A-2-2 日常的な生活支援		
A-2-2-1-① 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	相談支援事業所が作成するサービス等利用計画に基づき支援している。必要に応じて、通所施設とも連携しサービス担当者会議等を開催している。
A-2-3 生活環境		
A-2-3-1-① 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	利用者が心地よい空間で生活できる様、専門スタッフにより清掃と消毒を行っている。施設内を定期的に見回り、安心・安全な環境を確認している。居室・食堂・浴室・トイレは明るく清潔な状態が保たれている。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
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。	a	短期入所サービスの為、機能訓練、生活訓練等は実施していないが、支援の際には、数年後も現在の生活が維持できる様、個人の生活状況に合わせて身体を動かす機会を作るという視点をもって支援している。
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
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	体調の変化を見逃すことがないように適宜のバイタルチェックを行い、職員間で共有している。利用時の体調不良などは、必要に応じて家族連絡や帰宅などの対応を取っている。
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	薬は事務所で管理し、配薬管理を徹底して行っている。また、内服に関する学習会を施設内で行い、常勤非常勤問わず参加可能としているため、1年度を通して服薬に関する事故やミスは0件を達成している。
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
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。	b	利用者の希望があれば対応可能だが短期入所の為、提供の機会は多くはない。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
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。	a	毎月実施されているフロス会議（職員会議）では、短期入所利用者についても必要に応じてケース会議が実施され、本人の意向や希望の尊重といった点からも検討が行われている。管理者が意志決定支援についての外部研修に参加し、職員に対して伝達研修を実施するなどの対応を行っている。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
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	ご家族ごとに連絡の頻度は異なるが、必要に応じて連絡を行っている。また、短期入所利用の度に生活の様子などの引継ぎ等を行うようにしている。

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援		
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-(1) 就労支援		
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
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
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