

評価細目の第三者評価結果

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。	b	法人として理念・基本方針が中・長期計画や年度事業計画に表明されているが、施設としての理念・基本方針の捉え方に不明瞭な部分があり、特に基本方針は法人との整合性が曖昧に感じられる。

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	法人として、社会福祉事業全体の動向について具体的に把握し分析しており、福祉サービスのニーズや地域での特徴・変化等、経営環境や課題を捉え、中・長期の事業活動の中に展開されている。
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	経営課題については、法人の中・長期期計画に明示されており、職員に対しては全体研修により課題の共有化と周知がされており、改善に向け具体的な取組が進められている。

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	法人として中(発展強化計画-3年間)・長期(ところWITHプラン-6年間)計画が策定されており、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にすると共に、PDCAの改善サイクルが行われている。
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	毎年、優先取組事項としてその年度の重点テーマを決め、事業内容が具体的に示されているが、事業計画の大半は前年度と同じ内容になっており、実施状況の評価の実績が確認出来ない。
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	事業計画は、職員参画のリーダー会議や運営会議、職員会議に於いて検討され集約が図られ、職員に周知されている。市のモニタリングが年4回あり、その時点で実施状況を確認しているが、評価やその結果に基づく計画の見直しの実績は確認出来ない。
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。	b	年度始めに利用者会を持ち、支援に付いての説明や行事に付いての説明は行われているが、年度の事業計画そのものの内容に付いては、説明の為の配布物を準備する等は行われておらず、優先取組事項の案内もされていない。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	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。	b	法人の中期計画の中で福祉サービスの質の向上に付いては、仕組としてPDCAのフォロー体制が確立している。又、県の自己評価や第三者評価を受審しているが、評価結果を分析・検討する場が、施設として位置づけられていない。
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	リーダー会議や運営会議、職員会議に於いて取り組むべき課題は共有化され周知されているが、改善の取組を計画的に行い、実施状況の評価を実施すると共に、必要に応じて改善計画の見直しをすると云うプロセスが確立していない。

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 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
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	施設長は、パンフレットや施設のホームページに目的や目標・療育内容を明示し、又、自らの役割と責任を含む職務分掌等に於いて文書化すると共に、会議や研修において表明し周知が図られている。有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任に付いては、不在時の権限委任等を含め対応マニュアルに明確化されている。
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り組みを行っている。	a	施設長は、遵守すべき法令等を理解しており、参加した研修や勉強会から得られた情報を職員に伝達し、遵守すべき法令等を周知している。利害関係者（利用者、職員、取引事業者、行政関係者、等）との関係も適正に保持されている。
Ⅱ-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-1 (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	施設長は、朝礼・終礼の際に引き継ぎ事項や確認事項を含め、職員からの情報収集を図ると共に福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を指示・指導し、指導力を発揮している。
Ⅱ-1-1 (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	施設長は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けての取組に付き、法人の中期（発展・強化）計画を受け、施設としての裁量の範囲内で人員配置や職員の働く環境整備・改善の取組を行っており、職員会議等の場で具体的な内容が吟味されている。

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 (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) -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	法人として、人材や人員体制に関する基本的な考え方や研修体系、福祉人材の確保と育成に関する方針等が表明された「人材育成基本方針」が掲げられており、それに基づいた人材の確保、配置、育成計画が進められている。
Ⅱ-2-1 (1) -② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人が掲げる「人材育成基本方針」の中で、「期待する職員像等」が明確にされており、人事考課システムに於いて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-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-1 (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	衛生委員会に於いて有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認する等、職員の就業状況を把握している。法人内に相談窓口が設置されており、職員の定期的な面談の機会を利用してのコミュニケーションと併せ、職員が相談し易い環境に配慮している。又、事務局の福利厚生会の利用や親睦会としてのかしのき会の活動を通して、総合的な福利厚生を実施している。その他、水曜日の「ノー残業デイ」や兼務の負担削減の為に増員をした等、働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。
Ⅱ-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-1 (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	職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されておらず、業績評価の為に自己シートを利用した確認面談は年2回行われているが、職員個々の目標の設定がされていない為、達成度や進捗状況の確認にはなっていない。
Ⅱ-2-1 (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、職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。
Ⅱ-2-1 (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	研修履歴は管理されており、職員個々の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。職員へは外部研修を含め、研修に関する情報が提供されており、希望があれば就業状況を確認/調整して参加を推奨している。又、職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。

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	実習生に対しては、オリエンテーションガイドを準備しており、実習の流れに従ったマニュアル的に使用されている。学校からのカリキュラムと併せ、実習生に対しては「実践に即した感性を大切に」と指導している。尚、実習指導者研修を受けた職員は配置されていない。

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や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報等が社会・地域に対し適切に公開されており、苦情・相談の体制に付いても明示されているが、第三者委員への連絡方法が明示されていない為、仕組が機能しない。
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	理念・基本方針にも地域との関わり方に付いて基本的な考え方を明示しており、活用できる社会資源や地域の情報に関し、掲示板の利用等で利用者に提供している。地域との交流の機会として、近隣保育園の園庭開放や一緒に遊ぼう会、夕涼み会、人形劇の観覧やタケノコ・野菜堀り等、定期不定期に交流を図っている。
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。	b	ボランティアからは、手芸作品やおもちゃ等の提供を受けており、協力をして貰っているが、来園して貰ったボランティアは積極的に募集していない為、基本姿勢の表明やマニュアルは準備されていない。学校の事業としてのボランティア受入は行っている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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	地域の関係機関や法人の関連施設・医療機関等はリスト化されており、職員に周知されている。又、自立支援協議会こども部会や特別支援学校の見学・実習等を通じ、関係機関・団体との共通の課題の解決や協働での取組を行っている。
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。	a	地域との交流を意図した子ども人形劇上演会や福祉講座(親子遊び体験)等を開催している他、災害時の聴覚障害者の為のバンダナ使用説明や市民フェスティバルへの参加・地区文化祭への出展等々、多様な機関等と連携して地域の活性化やまちづくりに貢献している。
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	法人の相談支援事業等を通して得られた地域の福祉ニーズを含め、中・長期計画の中に地域貢献に関わる事業の推進が表明されており、介護予防・福祉講座、車椅子使用法指導、ゴミ屋敷の清掃支援事業、社会貢献プロジェクトによるイベントの売上金の寄付、生活困窮者自立相談支援事業、安心生活サポート等、様々な場面で地域貢献に関わる事業・活動を実施している。

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	理念・基本方針に利用者を尊重したサービスの実施に付き明示しており、標準的な支援方法も明文化されている。又、虐待防止研修等の利用者を尊重した支援に付いての講習等にも参加しており、定期的に行われている市のモニタリングに於いて実施状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。他方、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	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。虐待防止等の権利擁護については規程が整備されている。尚、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・責務等については熟知しており、日々の支援は支障なく実施されている。
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	写真・図・絵の使用等で誰にでも分かる様な内容にまとめられたパンフレットは、保健センター・市役所・児童館・法人事務局等に配置されており、利用希望者に対しては、入園のしおりや重要事項説明書を用いて丁寧に説明されている。
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	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明にあたっては、重要事項説明書や入園のしおりにより説明し、契約書で同意を得ている。
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	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した「引継ぎ資料」を作成している。又、卒園児の保護者を対象に「かしの木広場」を開催しており、アフターケアの為の相談等を受けている。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-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	満足度調査としてアンケートが年2回実施されており、その結果は父母の会総会で報告されており、具体的な改善内容が伝達されている。又、個別面談や家族会も年2回行われており、併せて満足度の把握や意見の吸上げがされている。
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。	b	苦情・相談の体制についてはホームページに明示されており、掲示物や重要事項説明書により利用者に周知されている。又、意見箱が設置されており、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。尚、第三者委員への連絡方法がホームページには表記されていない為、仕組みが機能していない。
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	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べる事を掲示物や重要事項説明書に明示しており、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が整えられている。
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	職員は、日々の福祉サービスの提供において、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おり、意見箱の設置やアンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。尚、記録の方法や報告の手順、対応策の検討等に付いて定めたマニュアル等は整備していない。
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	安全管理・危機管理マニュアルや対応フローチャートが整備されており、事故発生時の対応と安全確保に付いて責任、手順等を明確にし、職員に周知している。又、ヒヤリハット事例の収集・要因分析・改善策・再発防止策の検討・実施等の取組が行われており、安全確保策の実施状況や実効性に付いて定期的に評価・見直しを行っている。又、リスクマネジメント研修等には積極的に参加している。
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	災害時における利用者の安全確保の為のマニュアルが策定されており、利用者及び職員の安否確認の方法等、対応方法に付き全ての職員に周知されている。又、食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を行っている。地域では総合防災訓練に参加する等、有事の対応体制を整えている。

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	標準的な支援方法に関する「支援マニュアル」が策定されており、都度、追記を繰り返しその充実が図られている。職員への周知に付いては、リーダー会議や運営会議、職員会議に於いて内容の確認・検討がされ、必要に応じて追記がされている。併せて実施されているかどうかを確認する仕組みとなっており、日々の支援の中でPDCAが機能している。
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	職員や利用者等からの意見や提案を反映する為、「支援マニュアル」の見直しは適宜、個別支援会議に於いて内容の確認・検討がされ、必要に応じて追記がされ、併せて実施されているかどうかを確認する仕組みとなっている。
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	児童発達支援責任者が設置されており、アセスメントから個別支援計画策定に至る手法・手順が決められている。適宜行われるカンファレンスには、必要に応じPTや看護師も参加し、個別支援計画が策定されている。又、年2回、計画の評価・見直しが実施され、内容が更新されている。
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	個別支援会議が年2回実施され、評価・見直しの上、利用者（保護者）の要望も反映した新たな個別支援計画が策定される。福祉サービスの質の向上に関わる課題等が発生した場合には、都度、「支援マニュアル」に反映され、個別支援会議にて職員に周知される。
Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。	b	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録は個別支援計画に適切に行われているが、職員に対する情報の伝達範囲の分別や的確に届いているかどうかを確認する仕組みは、紙ベースでの管理となっている為、共有・周知に不十分さを感じる。
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	個人情報保護規程により、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、職員に対しても研修等を通じ周知徹底されている。

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） 個別デイサービス計画に基づいた適切な支援について。		
Ⅳ－１－（１）－① 個別デイサービス計画を適切に作成している。	a	利用者や家族の意向・要望を尊重し、個別支援計画を作成しており、利用者の障害の状態や能力に基づいて訓練内容や活動内容を決めている。
Ⅳ－１－（１）－② 個別デイサービス計画に基づいて、適切にサービスが提供されている。	a	個別支援計画は利用者の障害の特性や個性に合わせて策定されており、年2回の評価・見直しを行い、個別支援会議にて適宜確認がされている。
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	利用者一人ひとりの障害の状況に応じて、調理方法等を工夫したり、適切な食事介助を行っている。障害に合わせての対応となる為、種類は多岐に亘り、栄養バランスには考慮しているが、個々のカロリーの表示は難しい。献立・食材に季節感を出し、味付け・盛り付け、行事食や食器(食材の色が解かりやすい様、白を基調とする)など食事を楽しめるよう工夫している。
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 創作的活動や機能訓練等に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	個別支援計画に則りサービスの内容を決め、サービスの内容は、利用者の心身の状況に応じて随時必要な見直しを行っている。機能訓練や介護方法等の援助技術習得の為、PTの指導等の取り組みを実施している。
Ⅳ－１－（２）－④ 利用者の健康を維持するための支援を行っている。	a	保護者との日常の連絡帳を介しての情報交換を参考に、利用者の日常の健康管理が適切に行われている。又、健康上の理由による食事の工夫への対応が適切に行われており、何かあれば随時、医療機関と連携が出来る様、体制が整えられている。
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、主体的にサービスを利用できるような取り組みを行っている。	a	利用者や家族の意向を把握し、その結果を生活環境の改善等に反映させている。又、利用者が心地よく生活できる環境への取り組みが行われている。

IV-1-(3)-② 事業所と家族との交流・連携を図っている。	a	日々の連絡ノートの活用等、家族と連携を取り、利用者の情報の把握に努めている。サービス内容については、個別支援計画に明記されており、家族の意向も反映された内容となっている。家族からの相談には、随時、対応している。
---------------------------------	---	---