

評価細目の第三者評価結果

(障害者福祉サービス分野①)

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。	a	理念・基本方針は、法人の中・長期計画やHP・施設パンフレット等に明示されており、職員・利用者(家族等)には事業計画に分かり易く表現され、年度始めの家族会等で説明を行い、周知が図られている。

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	法人の中・長期計画での情報収集・分析や行政の障害者支援計画の作成に施設長は参加しており、そこからも地域の動向が把握されている。又、予算作成の段階では、コスト分析・利用率把握等を定期的に行っている。
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	事業を取り巻く環境等は、法人の中・長期計画に於いて分析・検討がされ、課題の抽出や重点目標の設定、以後の具体的なPDCAの展開が詳細に設定されており、理事会や管理職会議を経て、職員には全体研修が実施され、周知・徹底が図られている。

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	中期計画(第2次発展・強化計画)・長期計画(Withプラン)が策定されており、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容が展開されている。又、実施から評価・見直しに至るPDCAサイクルが組織として進められている。
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。	a	中期計画から抽出された課題に付き、具体的な展開が重点課題として進められている。事業計画と連動して事業報告も作成され、法人HPにも掲載されている。計画と報告との関係では、評価を行い達成度が明示できる様な報告の工夫も必要ではと思われる。
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	年度の事業計画は職員参画の下、運営会議で検討され職員会議で決定している。特に抽出された重点テーマに付いては、毎月の運営会議の中でPDCAの展開がされており、同時に周知徹底がされている。
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	基本方針や事業計画の内容、施設の活動内容等を、パワーポイントを使用して分かり易くまとめた資料を用いて、家族会等で説明している。尚、説明に当たっては、利用者の代表が説明を行う新たな試みも行われており、利用者の参加を促すと云う観点から、周知・説明の工夫を行っている。

Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	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	福祉サービスの質の向上に向けた取組に付いては、事業計画の中から重点課題が抽出され、毎月の運営会議の中で評価が行われる仕組みとなっているが、年に1回以上の自己評価に付いては実施されていない。
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。	a	職員参加で行われる毎月の運営会議を主体に、組織的に重点課題のPDCAの展開がされており、策定された改善案や改善計画は、必要に応じて見直しもされている。

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) 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	施設長は自らの役割と責任を、業務分掌や「権利擁護～意思決定支援～」に詳細に表明しており、職員会議や研修・催事の際のパンフ等に於いて表明し、周知が図られている。
Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	施設長は法人管理職研修始め、県や国の関連施設長会議等へ参加し、その中で得られた遵守すべき法令に関する情報を職員に提示し、職員研修とも合わせ、周知徹底を図っている。
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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	「権利擁護～意思決定支援～」シートに施設の在り方や職員の行動指針等が表明されており、それに基づき施設内の運営会議等で、サービスの質の向上に付いても具体的な活動がされている。職員の教育・研修に付いても、積極的な派遣が実施されている。
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	施設長は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織として運営会議や職員会議で検討した内容を、法人の会議等に提案し、具体的な改善策を具現化している。 (例：医療的ケア充実の為に看護師+1配置、等)

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	法人の人材育成基本方針や採用計画に基づき、人員の確保・採用が進められており、施設としても長期的な視点から資格の取得や本採用試験の受験を推奨し、必要な人材の確保が進められている。
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	「期待する職員像等」が人材育成基本方針に明示されており、業績評価として勤務評定が年2回行われ、その際の面談や自己申告制度により職員の希望や要望を聞く機会を設けている。又、評価方法や評点の付け方等に付き、調整会議の中で評価の標準化が図られている。
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り組んでいる。	a	職員の就業状況については、衛生委員会への報告が義務付けられており、法人としての管理もされているが、施設でも残業や年休取得に付き、ワークライフバランスを考慮した働きやすい職場への配慮がされている。法人内に福利厚生委員会を設け、職員の要望に対応している。
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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	年度毎に設定されている「業務分掌」に基づき、職員一人ひとりの業績評価が行われている。年2回の評定・面談の中で、期待する内容や組織としての目標・方針も併せて伝えられ、達成度の評価が行われている。
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	「期待する職員像」は法人の「人材育成基本方針」に明示されている。法人で義務付けられている階層別研修・専門分野別研修等の他、研修担当者が研修履歴を管理し、それに基づき職員個別に教育・研修の案画を行い、それに沿って職員の参加・派遣を行っている。
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。	a	職員一人ひとりの研修履歴が教育研修担当者により管理されており、知識・技術水準・専門資格の取得状況等に基づき、研修参加の提案がされている。又、新任職員始め、職員の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。	a	実習生の受け入れを積極的に行っており、基本姿勢の明文化がされマニュアル・プログラムを準備して体制を整えている。社会福祉士・介護福祉士・保育士始め、教員や市職員の研修・職場体験等々、26年度は86名を受け入れている他、小・中学生の職場体験の受け入れを積極的に続けており、最近では希望者が増加している。

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	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いる。苦情・相談の体制については第三者委員への連絡方法含め、重要事項説明書に明示されている。(法人HPには連絡先表示なし)

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	法人として事務局規程や経理規程・決裁規定等が規定されており、職務分掌に於いて権限・責任が明示されている。公認会計士等より会計や事業運営に関するアドバイスを受けており、指摘事項に関しては改善を進めている。
--	---	---

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	中期計画や事業計画の中にも地域との交流が重点テーマとして掲げられている。地域活動への参加として、公民館の情報誌に施設の行事を紹介する、或いは積極的に参加すると共に、施設の催しに地域からの参加を促し、その中で利用者の代表が施設の説明を行う等、新たな試みも行われており、利用者の参加を促すと云う観点から、積極的な支援を行っている。その他、多肢に亘る企画が実施されている。
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。	a	ボランティア受入のガイドラインやマニュアルを準備しており、行事の手伝い等への参加の他、利用者が講師の手話ソング講座や小学生への福祉学習・車椅子使用法指導等の際の支援をお願いしている。
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	利用者個々に必要な社会資源については、一覧表にまとめられ、支援会議で共有が図られている。地域の施設との連携・協働に関しては、所沢市自立支援協議会の活動に積極的に参画し情報共有され、ネットワークの構築に努めている。今日の利用者の状況として高齢化が進んでおり、生活介護から入所へのニーズも増えており、地域連携は欠かせない内容となって来ている。
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	施設を利用しての民生委員向福祉講習会や出前福祉講座の開催、法人としての相談支援事業、車椅子の貸し出しや利用者の外部ボランティア活動（清掃活動）への参加等を行い、地域との交流を意図した取組を行っている。又、施設は福祉避難所に指定されており、応分の備蓄も行っている。
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	地域包括支援センターとの連携や法人の相談支援事業からの情報、民生委員定例会や地区自治会への参加等により、地域の福祉ニーズの把握に努めている。その他、地域貢献活動としては、賞味期限が迫った備蓄品の配布（フードドライブ）や出前福祉講座の開催、車椅子の貸し出し等を行っている。

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。	a	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。又、標準的な支援の実施方法を記載した施設のガイドラインにも、人権に配慮した利用者との基本的な関わり方を明示している。
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	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で分かり易くパンフレットや施設広報紙等に掲載しており、障害者相談支援事業所や市役所障害福祉課・特別支援学校等に情報提供している。又、見学・体験等は随時受け入れている。
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	福祉サービスの開始・変更にあたり、重要事項説明書や契約書による説明に加え、利用者の理解度や特性に応じ、絵カード・写真カード・実物提示・実体験等、分かり易い様に工夫し様々な情報提供を行なっている。
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	サービス調整会議を開催し、移行先関係者への引継ぎや関係資料の受け渡しを行なっている。又、以後の相談に付いても利用者・保護者に対し安心して貰える様に対応している。

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。	b	利用者への個別の相談面接や週1回の利用者ミーティングでの聴取、利用者懇談会が定期的に行われているが、満足度調査等は行われておらず、データで利用者の満足度を継続的に分析・検討・把握する事が出来ていない。
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	苦情解決の体制が整備され、重要事項説明書に分かりやすく明示されている。平常時の利用者ミーティングで利用者の要望を極力聴取し、対応に努めており、苦情があった場合は、受付と解決を図った記録を適切に保管すると共に、利用者や家族等にフィードバックし、可能なものは公表している。
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	重要事項説明書に複数の方法や相手を自由に選べる事をわかりやすく説明しており、週1回の利用者ミーティングと併せ、利用者の意見を直接聴取できる環境を整備している。相談に当たっては、相談室を利用している。
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	利用者ミーティングや面談で出された意見等については、面談記録・日々の記録等によりサービス管理責任者が集約し、緊急度等に応じて事務所ミーティング・リーダーミーティング・グループ会議・職員会議で検討し対応しているが、対応マニュアルは整備していない。
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。	b	リスクマネジメントに関する委員会等は設置されていないが、安全管理・危機管理マニュアルは整備されており、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・実施は行われており、リスクマネジメント研修等にも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	看護師を中心に感染症発生時の対応・予防・安全確保に関する勉強会等が行われており、対応マニュアルやフローチャートも準備され、新たな対応が発生した場合も対策が講じられ、管理体制を整えている。
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	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続する為に必要な対策を検討するBCPの対応担当者を置き、検討が進められている。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整備している。又、地域合同防災訓練も定期的に行われ、地域での連携体制も確立している。

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	標準的な実施方法のマニュアルとして「職員ガイドライン」が策定されており、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢も明示されている。又、職員への周知徹底を図る為に、ガイドラインをチェックリストとして活用し、グループ会議の中で確認されている。
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	標準的な実施方法のマニュアルとして策定された「職員ガイドライン」に付いて、年1回の見直しが行われ、リーダーミーティングや運営会議・職員会議での検討を踏まえ、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	入所時の面談に於いて、フェイスシートを使用しアセスメントを行っており、内容の見直しに付いては外部を含む関係者により調整会議や支援会議で検討される。同様に個別支援計画に付いても、定期的な見直しが行われニーズ整理表により、利用者の要望等が確認されている。
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	個別支援計画の見直しに付いては、年2回、利用者面談・家族面談の内容をグループ会議にて検討の後、評価を実施し見直しを行っている。通常の支援の中では、変更事案が生じた場合、同様の手順の中で都度、変更している。
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、職員間で共有化されている。	a	個別支援計画と併せ、「利用者個別配慮事項」やケース記録で把握された内容を記録している。情報の共有化は基本的に回覧で行われており、情報の分別も回覧先により分けられている。記録方法の標準化は、回覧による記載内容のチェックと併せ、記載方法の指導も行われている。個別支援計画は、ネット上で管理されている。
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。	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事と併せ、雇用契約の中の誓約書で確認されている。

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	年2回の面談の実施によりニーズの把握がされ、個別支援計画のPDCAが展開されており、障害の状態や能力に基づいて訓練内容や活動内容が決められている。
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	個別支援計画に付いては、利用者の障害の特性や個性に合わせて支援内容が策定され、適切に提供されているかは月1回の支援会議で、個別に確認が行われている。
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	食事は、利用者の嚥下機能に合わせた食形態の提供等、利用者一人ひとりの障害の状況や体調に応じて、調理方法等を工夫したり、適切な食事介助を行っている。利用者の嗜好調査を行い、献立に反映している。又、余裕のある食事時間の設定や食事場所の個別配慮も行っている。
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。	a	入浴ニーズの増加に対して、この2年間で入浴実施日を増やし対応してきている（3日⇒5日）。入浴時の介助は、一人ひとりの障害の状況や健康状態に配慮して行っており、入浴する事が困難な場合には、清拭を実施する等、利用者の清潔保持に努めている。
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	排泄介助に関しては、利用者の習慣や健康状態等に留意して支援を行っている。職員に排泄用具の使用法に関する十分な知識があり、利用者の状態に応じた対応が可能である。トイレは、使いやすさに配慮すると共に、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。	a	必要に応じて、身の回りのこと（洗顔、整髪、歯磨き、更衣等）に関する支援を行っている。利用者の清潔を保ち、不快を感じないように配慮している。衣服が汚れてしまった場合等に付いては、利用者の好みや選択を尊重して支援を行っている。
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	利用者の日常の健康管理が適切に行われており、健康診断・歯科検診が毎月行われている。医療機関との連携体制が確保されており、適切な服薬管理も行われている。食事に関しても、利用者の状況に合わせた対応が行われている。
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、主体的に施設での生活が送れるような取り組みを行っている。	a	施設での日々の活動は、基本的に利用者が自由に選択でき、利用者からの要望をサービスに反映させる取り組みも行われている。サークル活動として、カラオケ・ボーリング・喫茶・買い物準備されている。
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。	a	一人一人の障害の状況に応じて個別の支援マニュアルを作成し、必要な支援を行なっている。入浴や排泄に関しては、自分で出来る部分を増やす支援を行い、自立に配慮している。グループホームやショートステイの利用等、退所した場合の事を想定し支援を行っている。
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。	d	非該当
Ⅳ－１－（３）－⑤ 施設と家族との交流・連携を図っている。	a	年3回の面談や年2回の家族会その他、必要に応じ随時個別面談やサービス調整会議を実施している。通所施設ではあるが24時間の生活がなめらかに送れる様に相談に乗っている。