

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・基本方針が明確に表現され、外部への発信物も含め、目指す所が確認出来るが、施設として理念や基本方針の位置付けが明確になっておらず、法人の内容との整合性が曖昧になっている。基本方針は職員や家族等へは、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ周知を図っている。

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	事業を取り巻く環境と経営状況については、中・長期的な法人の計画に於いて利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等、社会福祉事業全体の動向に於いて具体的に把握・分析されており、今後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	法人として中(発展強化計画-3年間)・長期(とことろWITHプラン-6年間)計画が策定されており、課題や問題点を明らかにし、PDCAサイクルを展開する事で具体的な取組が進められている。又、職員にも全体の説明会が開催される等、周知も図られている。

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	前述の中・長期計画に於いて理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にし、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な取組を進めている。この中ではPDCAを展開する事により、評価・見直しがされる仕組が機能している。
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。	b	中・長期計画の中では、重点課題が明確にされ、年度毎の目標到達レベルも示されているが、単年度計画は毎年同じ文言の繰り返しが見られ、年度計画と年度報告の内容も「～をやります」⇒「やりました」となっており、評価・見直しの関係や達成度が確認出来ない。
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、分かり易い資料により職員に説明されているが、ほぼ前年度の内容の踏襲となっている為、職員等の参画や意見の集約・反映のもとでの策定とはなっていない。又、評価・見直しの時期や手順に於いても、定められていない。
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。	a	利用者(保護者)向には、年度始めの家族会の中で職員と同じ分かり易い資料を配布の上、説明し周知を図っており、又、所内掲示も行い理解を促している。

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	福祉サービスの質の向上については、法人の中期計画の中で組織的にPDCAのフォロー体制が確立している。又、県の方式による自己評価や第三者評価を定期的に見直ししており、その内容に基づく評価・見直しの展開も、主査以上の管理者により進められている。
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	中期(発展・強化)計画に於いて掲げられた課題を含め、職員に冊子を配布の上、確認のミーティングが行われているが、そこから具体的な改善計画の策定や評価・見直しは行われていない。

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) 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、年度始めの広報誌に於いて自らの方針や役割、責任等を表明しており、内部的には職務分掌や組織体系図に明示されている。又、有事(災害、自己等)における役割と権限を定めた危機管理マニュアルやフローチャートにも明確化されている。
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	管理者は、法人内の管理者研修や県や市障害福祉課等からの講習等を受講する中で、遵守すべき法令を把握しており、内部での報告会等で職員に周知を図っている。
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。	b	日常の支援の中で確認された福祉サービスの質に関する課題に付いては、調整会議等で取り上げられ都度、対応策の確認・検討はなされているが、継続的にその内容を実施し評価・分析をして行く取組は、確認出来ない。
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	経営の改善や業務の実効性の向上に向けての取組に付いては、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、調整会議や職員会議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) 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	法人として、中期(発展・強化)計画や人材育成基本方針を掲げ、人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が表明されており、その計画に沿った人員の確保や育成が、中期的な課題の第一として具体的に展開されている。
Ⅱ－2－(1)－② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人の人材育成基本方針の中で、明確に期待する職員像が表明され、人事考課制度の中で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する人事基準に従った評価(年2回のフィードバック面談)の際に、職員への期待や評価内容の説明と併せ、職員の要望や将来の希望を確認し、擦り合わせが行われている。
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組んでいる。	a	職員の就業状況に関しては、本部への報告事項となっており、進捗状況も含め管理されている。又、職員のメンタルヘルスケアに付いては、衛生委員会が窓口となり、産業医に相談出来る仕組みが準備されている他、ワークライフバランスへの配慮や定期的な面談等を通して、職員が働き易い職場作りに関する取組を行っている。
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。	b	法人の人材育成基本方針の中で、明確に期待する職員像が表明され、職員の目標とする所が明らかにされている。しかしながら、職員個々の目標管理が仕組として設定されていない為、その進捗状況の確認や達成度の把握は出来ていない。
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。	b	次年度の予算作成段階で研修費の概算が出され、内訳として研修内容が想定され、執行実績報告として評価見直しがされているが、研修毎個別に研修内容やカリキュラムの評価と見直し出来る様な内容にはなっていない。
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	階層別研修制度として、法人内にプログラムが準備され、都度、教育・研修が行われている。又、個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握し、外部研修等の情報提供をしながら参加を奨励しているが、自分が研修に参加した場合の人員不足の状況に鑑み、参加を希望する職員は少ない。

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。		
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	実習生受入対応マニュアルが策定され、受入区分毎にプログラムが決められているが、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化した文書が確認出来ず、又、実習指導者の配置もされていない。

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、苦情・相談内容に基づく改善・対応の結果の状況については公表されていない。
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	地域との交流に関し、基本理念の中でも積極的にして行く旨を明文化している。又、活用出来る社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供しており、具体的には三ヶ島小ふれあい祭、地区文化祭、所沢祭等々に職員も支援しながら参加している。尚、買い物、通院等は入所施設向の為、非該当。
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	「ボランティアさんへの期待」や「実習受け入れ対応マニュアル」に於いて、ボランティア受入れに関する基本姿勢や地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。これらのマニュアルに従いオリエンテーションがなされ、ボランティアに対する研修・支援となっている。
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	地域での公共機関や医療機関、法人や関連施設等を含んだリストが作成されており、職員に周知されている。又、地域の障害者施設合同で運営されている自立支援協議会では、定期的に協議が進められ、協働で課題に対応している。
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域の住民が気楽にお茶会等を行える「こあふるサロン」やボランティア演奏会、草木染講習会等、施設のスペースを開放している他、車椅子講習会講師や相談支援事業を通して地域住民の支援を行っている。又、地域の合同防災訓練に於いては災害時車椅子体験を担当する等で役割を分担し、地域に貢献している。
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、PDCAサイクルを機能させ、継続的に改善して行く旨が述べられている。又、地域では民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催し、地域の要望の把握にも努めている。

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、サービスマニュアルにも反映されている。又、最近の虐待防止や身体拘束の問題等を含め、利用者を尊重した支援に付いての講習等にも参加している。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	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・責務等に付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が、プライバシー保護規程・マニュアルは法人としても整えられていない(プライバシーポリシーは有するが内容は個人情報保護規程)。
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	年1回見直しがされているパンフレットは、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容になっており、市役所等の公共施設に配置している。又、入所時には重要事項説明書により丁寧に説明がされている。見学、体験入所、一日利用等は特別支援学校の生徒・父兄を中心に受入れている。
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	サービス開始・変更時には、分かり易い内容の重要事項説明書により説明され、契約書により同意の確認がされている。又、活動プログラムの説明を通して、利用者の自己決定の尊重や意思決定が困難な利用者への配慮に付いて説明がされている。
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	福祉サービス内容の変更や家庭への移行等にあたっては、個別支援計画や関連文書を渡す事で引き継ぎを行い、継続的に不利益を被らない様、配慮しており退所後の相談等にも応じ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。		
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	年2回、個別面談や家族会が開催され、利用者の施設に対する要望や苦情を含め意見聴取を行っているが、満足度調査は行われていない為、データを分析・検討する等の対応は行われていない。
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。	b	苦情解決の仕組みは重要事項説明書に詳述されている。又、全ての利用者(保護者)と毎日の連絡帳でのコミュニケーションが行われており、その中で出された苦情や意見に付いては個別に対応を図り、職員に周知すべき内容に付いては連絡帳のコピーをファイルし記録としているが、解決後、他の利用者(保護者)にも周知すべき案件の公表はされていない。
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	利用者向には、「苦情、及び相談」としての仕組みが整備されており、分かりやすい文書で説明され、所内にも掲示されている。又、相談に際しては、意見を述べ易いスペースが確保されている。
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	相談窓口の設置や提示部署の説明は行われているが、運営に関わる具体的な方法等を定めたマニュアル等は策定されていない。尚、意見箱の設置やアンケートの実施等は行われていないが、日々の連絡帳を介して利用者が相談し易く意見を述べ易い様に配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。
Ⅲ－１－（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	各種リスクを想定し、その対応方法を決めたマニュアルやフローチャートを作成し、責任者の明確化を含め体制を整えている。又、ヒヤリハット事例収集、要因分析、再発防止策の検討、実施を行い記録しているが、総括的に管理する体制作りや定期的な評価・見直しがされていない為、効果が発揮されていないと感じられる。
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	有事の際の利用者の安全確保に関してマニュアル等が準備されており、災害時の対応体制が整えられている。建物は耐震・耐火構造となっており、災害時用の食料・備品の備蓄も行われている他、地域の消防・自治会・学校等との連携で、地域連合防災訓練が実施されている。
--	---	--

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	標準的な実施方法については、「こあふる活動マニュアル」に記載されており、プライバシー尊重に関しても留意点が挙げられている。又、新任職員に対しては、OJTの中で実施状況を確認する事としている。
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	標準的な実施方法については、都度、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっているが、特に年度始めの職員の異動時期に検証・見直しがされ、新任職員の研修時にも説明がされている。
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	サービス管理責任者が中心となり、アセスメント表等の作成、利用者や家族の意向を織り込んだ個別支援計画の策定、半年毎の評価・見直し等が仕組みとして構築され、機能している。又、アセスメント時や以後も定期的に個別のケアカンファレンスが開催され、部門を横断した職員や外部関係者により協議が進められている。
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	「個別支援計画作成スケジュール」に手順、時期、利用者・家族の意向把握の内容等が決められており、策定時・改定時(年2回)の留意点や内容の評価・見直し時に検討する課題等も詳細に方法が記載されている。
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、職員間で共有化している。	a	アセスメント表やフェースシート、個別支援計画、その評価表(中間/年度末)等、記録様式が決められており、記録方法等も統一されている。利用者の個別情報は、ケース会議等で情報共有が図られ、データはネットワークで管理されている(パスワードによる分別有り)。
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	プライバシーポリシー、個人情報保護規程が策定され、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報提供に関する規定等を定め、職員にも研修等で理解を促している。記録の管理は、施設長が行っており、特に情報媒体の取り扱いやパソコンそのものの盗難防止策も徹底している。

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	利用者や家族の意向・要望を尊重し、個別支援計画を策定している。支援については、個別に利用者の障害の状態や能力に基づき訓練内容や活動内容を決めている。
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	個別支援計画については、起表・改定・評価・見直しに至る一連の策定スケジュールや支援方法が決められており、職員間で統一的な対応が図られている。支援内容については、定期的に評価・見直しが行われており、利用者の障害の特性や個性に合わせて適切にサービスが提供されている。
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	食事に関しては、障害の状況に応じた形態(きざみ・ペースト等)やアレルギーへの対応等も行っており、栄養士による栄養バランスを考慮した献立や味付け・盛り付け・食器等、楽しめる工夫を行っている。又、嗜好調査を行い個々の献立に反映している。
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。	a	出来る範囲で希望に応じ、週3回の入浴支援を行っており、利用者の「楽しみ」にもなっている。又、プライバシーに配慮し同性介助を原則としているが、男性職員が少ない為、利用者・家族の了解の上、一部、男性利用者に女性職員が対応している。支援に際しては、安全確保や事故防止に努めている。

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	排泄介助は、利用者の習慣や健康状態等に留意して支援を行っており、プライバシーに配慮して同性介助で行っている。トイレは清潔で快適な環境を保っている。
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事に関する支援や清潔を保ち不快を感じない様、配慮している。又、着替える際にはストックしている利用者の衣服から好きな物を選択してもらっている。その他、月2回の整髪ボランティアの訪問の際には利用者の希望を尊重し、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	月1回の嘱託医の診断や日常の看護師(2名)のケアにより、健康管理が適切に行われている。又、定期的にウォーキングや体育館使用による運動等、適度な運動の機会を提供している。服薬管理が必要な利用者には対応している。 安眠は生活介護の為、非該当。
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	個別支援計画の作成時にも利用者の意向を尊重し支援内容を決めており、余暇やレクリエーションの支援に付いても、基本、利用者の希望(何に参加するか)に沿った支援を行っている。催し物の内容としては、カラオケ・プール遊び・体育館遊び等がある。 外出・外泊・面会は生活介護の為、非該当。
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。	非該当	金銭管理は生活介護の為、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。	非該当	自立に向けた取り組みは生活介護の為、非該当。
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。	非該当	就労支援は生活介護の為、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	利用者の施設での状況に付いては、連絡帳で毎日の家族との連携が密に行われており、施設訪問の機会作りにも、年3回の家族会や法人や施設の催し物への招待等が行われている。 就労支援は生活介護の為、非該当。