

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
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
1	I-1-(1)-① 理念が明文化されている	(a)・b・c
<コメント>法人の理念はホームページ、法人の中長期計画に掲示されている。また各ユニットの管理マニュアルに入れて配布され、支援室にも掲示されている。		
2	I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a)・b・c
<コメント>法人の理念・基本方針はホームページに明示されている。当施設の基本方針は分かり易く簡潔な3つの指針である「3本柱」にまとめられ、支援室に掲示し、議事録に記載するなどしている。		
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
3	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	(a)・b・c
<コメント>理念・基本方針については、毎年度の年初に行われる、全職員対象の法人内研修で繰り返し周知・徹底されている。		
4	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・(b)・c
<コメント>保護者会などでの話し合いの中で、理念・基本方針を理解いただくよう取り組んでいるが、さらに施設の福祉サービスに対する安心感・信頼感を高めるために理念・基本方針を周知する工夫が望まれる。		

I-2 計画の策定

		第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
5	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	(a)・b・c
<コメント>法人全体としては、5年ごとに中・長期計画を策定している。また法人の中・長期計画を踏まえて、当施設単独の中・長期計画として3年ごとの計画を策定している。		
6	I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	(a)・b・c
<コメント>中・長期計画をふまえて、毎年度、事業計画を策定している。		
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
7	I-2-(1)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a・(b)・c
<コメント>毎年、事業年度の開始前に、作業グループが中心となって、事業計画を策定している。より多くの関係職員の参画および意見の集約・反映、さらに年度終了時だけでなく年度途中における事業計画の実施状況、評価を行うことが期待される。		
8	I-2-(1)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a・(b)・c
<コメント>職員に対しては、年度初めの職員研修で周知しているが、利用者家族等への周知については、保護者会で説明する際に分かり易く説明した資料を準備するなどの工夫が望まれる。		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
9	I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a (b)・c
<コメント> 「管理者の役割内容表」で管理職の責任・役割を明示し、研修会で職員に対し繰り返し表明しているが、その妥当性や評価・見直しにより課題を明らかにし、対策を検討することが望まれる。		
10	I-3-(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 (b)・c
<コメント> 遵守すべき法令などはファイルし、内容が改定されるごとに差し替えを行っているが、より幅広い分野について法令の把握・リスト化など更なる取り組みが望まれる。		
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている		
11	I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a (b)・c
<コメント> 作業グループを通じて職員の意見を集約し、寮会・朝会などで管理者が助言指導を行っている。課題の解決にとどまらず、さらに質の向上へむけた指導力の発揮が望まれる。		
12	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	(a)・b・c
<コメント> 現在、重点課題としてマニュアル化・標準化による業務改善を進めている。また人事・労務・財務の分析を行って、2～3カ月ごとに法人全体の連絡会で報告している。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
13	Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	(a)・b・c
<コメント> 外部研修に参加し同業者からの情報収集、法人内研修で社会福祉事業の動向について、相談支援専門員を通じての地域ニーズの把握、などできる範囲で積極的に取り組んでいる。		
14	Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	(a)・b・c
<コメント> 定期的にサービスのコスト分析、利用者の推移、など分析を行っている。電気の省エネモニターによる経費削減など、具体的な改善に結びついた取り組みを行っている。		
15	Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	(a)・b・c
<コメント> 公認会計士による外部監査により、指導された結果を経営改善に活用している。		

Ⅱ-2 人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
16	Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a (b)・c
<コメント> 目標とするサービスを実施するための、人材や人員体制についてのイメージはあるが、現実には、求人に対し条件を満たす人材の応募がないため、やむなくその都度の対応となっている。		
17	Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	(a)・b・c
<コメント> 法人全体と共通の人事考課の仕組みであり、「成績考課」「情意考課」「能力考課」につい		

できめ細かい項目に基づいて、管理職が段階的に客観性に配慮した人事考課を行っている。		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
18	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	Ⓐ b・c
<コメント>支援部会から勤務状況やシフトについて職員の意見・意向を聞いて勤務体制を検討している。またいつでも個人面談できるよう相談できる体制となっている。		
19	II-2-(2)-② 福利厚生事業に取り組んでいる。	Ⓐ b・c
<コメント>職員互助会で慶弔・福利厚生制度を規定し、法人が補助している。就業中のケガなどへの補償制度、退職金制度、メンタルヘルスのチェック、悩み相談窓口の設置など多様な福利厚生に取り組んでいる。		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
20	II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	Ⓐ b・c
<コメント>事業計画の支援の方針に職員の教育・研修の基本姿勢を示し、年度初めの研修で、職員に説明している。資格取得の受験条件を満たした職員には、個々に資格取得を働きかけている。		
21	II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a・Ⓑ c
<コメント>個々の職員の技術水準・知識などを把握分析し、一人ひとりの個別研修計画表により、研修計画を策定している。		
22	II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ b・c
<コメント>研修を受講した職員は、研修報告を提出するとともに、研修結果を発表することにより、研修の結果の評価・分析を行って、今後の研修計画に活かしている。		
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
23	II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	Ⓐ b・c
<コメント>「実習生受入要綱」に基本姿勢を明示するとともに、有効な実習を行うための具体的な実施方法を「実習生受入マニュアル」にまとめ、マニュアルに沿った実習を行っている。		
24	II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	Ⓐ b・c
<コメント>大学等の実習実施計画に留意したプログラムを用意している。保育士用と社会福祉士用の実習プログラムを用意している。		

II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
25	II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	Ⓐ b・c
<コメント>「事故発生時対応図」に初動対応をまとめるとともに、各管理マニュアルにリスクごとに緊急時の対応が示されている。利用者一人ひとりの防災カードを準備し、災害時に持ち出す利用者のファイルを準備している。		
26	II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	Ⓐ b・c
<コメント>毎月の職員会で定期的に事故報告と要因分析、対応策の検討を行っている。リスクマネジ		

メント会議で対策の有効性などについて継続的に見直しを行っている。

II-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている		
27	II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a (b)・c
<p><コメント>クリスマス会やバーベキュー大会などのイベントに地域の方を招待しているが、地域のイベントへの参加は一部の利用者が近隣のお祭りに参加するなど機会が限られている。さらに利用者、家族等、職員が協力して地域との交流を深める取り組みが期待される。</p>		
28	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a)・b・c
<p><コメント>相談支援センターの窓口設置、ミュージックケアの研修会場、よさこい祭りの練習場、スーパーバイズの取り組みの成果発表など施設の機能を地域に提供している。</p>		
29	II-4-(1)-③ ボランティア受け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)・b・c
<p><コメント>ボランティア受け入れについての基本姿勢、ボランティア受付から活動終了までの具体的な方法をマニュアルに明記している。マニュアルに沿って施設見学・説明と十分なオリエンテーションを行っている。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
30	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	(a)・b・c
<p><コメント>「関係機関との連携」マニュアルに関係団体などの情報や連絡先等をまとめており、毎年度年初の職員研修で繰り返し周知している。</p>		
31	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c
<p><コメント>施設・学校連絡協議会に参加して、情報と意見の交換を行っている。相談支援事業所と協力して、課題のある利用者のケース会や支援会議に参加している。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
32	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a (b)・c
<p><コメント>意見箱を設置している。療育福祉センター、学校、民生委員、相談窓口などを通じて地域の福祉ニーズの把握に努めている。さらに継続的な福祉ニーズ把握の取り組みが期待される。</p>		
33	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	(a)・b・c
<p><コメント>地域ニーズをグループホーム開設に結び付けた。また、無料で体育館を貸し出すなど地域の福祉ニーズに基づいた事業・活動を行っている。</p>		

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
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
34	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り組みを行っている。	(a)・b・c
<p><コメント> 理念・基本方針に利用者尊重を明示するとともに、「施設職員の心得」にプライバシー尊重の基本姿勢を示し、継続的な研修を行っている。虐待防止についてもガイドラインを定め、ホームページ上に公開するとともに、毎年度継続的に職員研修を行っている。</p>		

35	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a (b) c
<p><コメント>福祉サービスの実施マニュアルにも、プライバシーを尊重したサービス実施方法が、示されている。具体的なサービスの場面で求められる配慮について、様々な角度から検討し、さらなるサービスの質の向上を目指す取り組みを期待したい。</p>		
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上向上に努めている		
36	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上向上を意図した仕組みを整備している。	(a) b c
<p><コメント> 年2回家族向けにアンケートを実施するとともに、毎月の保護者会を通じて利用者家族等の意見・要望を聴いている。</p>		
37	Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上向上に向けた取り組みを行っている。	a (b) c
<p><コメント> 保護者会の要望を受けて、行事活動を増やしたり、給食試食会を実施するなど取り組んでいる。把握した結果を継続的に分析・検討する担当部署や検討会議の設置などにより、個々の要望への対応にとどまらない、より組織的な取り組みが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
38	Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	(a) b c
<p><コメント>家族等が相談相手の職員を自由に選び、指名された職員が対応している。相談室も2室を設けており、相談しやすい環境を整えている。</p>		
39	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	(a) b c
<p><コメント>「福祉サービスに係る苦情解決に関する基準」を定め、苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員会を設置し、苦情受付後は基準に沿って解決策を検討して、結果をホームページに公開している。</p>		
40	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	(a) b c
<p><コメント>「相談・意見・提案対応マニュアル」を定め、手順に沿った迅速な対応に努めている。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の上向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
41	Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	(a) b c
<p><コメント>自己評価は毎年1回、第三者評価は3年に1回受審することが、規程されている。今回の第三者評価は諸事情により、予定より1年遅れての実施になった。マニュアルに評価検討委員会の設置が明記され、定期的な評価の体制ができている。</p>		
42	Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a (b) c
<p><コメント>自己評価の実施、評価結果の分析・検討を多くの職員の参画により行うこと、また職員間の課題の共有化について、さらに意識をもった取り組みが期待される。</p>		
43	Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a (b) c
<p><コメント>評価結果から明確になった課題は、毎年の事業計画に反映して取り組んでいる。職員がさらに主体性をもって自己評価に取り組み、実施状況の評価なども行うことが望まれる。</p>		
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
44	Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサー	(a) b c

	ビスが提供されている。	
	<コメント>「療育支援マニュアル」に利用者尊重やプライバシー保護についても配慮した個々のサービスの方法が、示されている。マニュアルは毎年、職員研修を行い、周知徹底している。またマニュアルの実施方法に沿った支援が行われているかを記録で確認している。	
45	Ⅲ-2-(2)-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。	Ⓐ・b・c
	<コメント>「療育支援マニュアル」を含む管理マニュアルは毎年見直しを実施している。	
	Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	
46	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
	<コメント>利用者ごとの個別支援計画を策定し、計画に基づく日々の支援結果がケース記録に記録されている。	
47	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・c
	<コメント> 記録管理の責任者を定め、個人情報保護規程に沿って利用者の記録の保管・保存・廃棄を行っている。また規程について継続的に職員研修を行っている。	
48	Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	Ⓐ・b・c
	<コメント> 個別支援計画書、ケース記録は、PCにより入力・作成され事業所内ネットワークにより、支援室、事務室、管理職室で確認することができる。PCに入力された情報に加えて、手書きの引継ぎ簿、口頭の申送りにより職員間の情報伝達の漏れがないよう確認している。	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	
49	Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	Ⓐ・b・c
	<コメント> インターネット上に当施設を含めた法人の施設が紹介されている。施設や活動の様子などの写真を掲載した分かりやすいパンフレットを用意している。また相談支援事業所からの問い合わせに対して施設見学など積極的に対応している。	
50	Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	Ⓐ・b・c
	<コメント>サービスの開始時には、重要事項説明書・契約書の説明を丁寧に行い、利用者・家族等の同意を書面で確認している。	
	Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	
51	Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	Ⓐ・b・c
	<コメント> 退所時のマニュアルを定めて、必要な情報の提供などの手順を定めている。児童施設から成人施設へ移行する場合には、利用者の障害の特性や行動パターンなどについて両方の施設を担当する職員の情報などによりサービスの継続性に配慮している。	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
	Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。	
52	Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a Ⓑ・c
	<コメント> 半年ごとにアセスメントの見直しを行っている。現在のアセスメント様式が当施設の実態と	

合致していないため、様式の見直しを行っており、当年度中に完了する予定である。新しい書式のアセスメントにより、さらに利用者の状況を的確に把握し、サービスの質の向上に繋げて行くことが期待される。

53 III-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 (a)・b・c

<コメント>半年ごとのアセスメントの見直しに対応して、個別支援計画の見直しを行っている。

III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

54 III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。 (a)・b・c

<コメント>個別支援計画の策定の責任者の設置、その利用者に係るすべての職員に加えて看護師・栄養士も参加しての検討会議、個別支援計画どおりにサービスが行われていることの毎月の評価など、定められた組織的な体制と手順により実施されている。

55 III-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。 (a)・b・c

<コメント>年2回のモニタリングを実施し、家族等の意見も聞いて内容を評価して個別支援計画を見直している。