

(別紙)

評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目(55項目)について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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。	
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	①・b・c
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	①・b・c
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a・①・c
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・①・c

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。	
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a・①
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・①
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a・①・c
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a・①・c

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。	
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。	①・b・c
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・①・c
Ⅰ-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
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・①・c
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・①・c

【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅰ：福祉サービスの基本方針と組織』項目

- 法人理念や基本方針は明文化され、その周知に関しては玄関、職員室、事務室などにも掲示されている。他にも法人パンフレットや広報誌にも掲載されていることから家族、外部への発信も行われている。
- 中長期計画については、策定はされていないが単年度計画は策定されている。ただ策定に当たっては経営幹部が中心であり、現場スタッフが参画していないため、今後の策定にあたっては、現場の声、意見が集約できる仕組みを検討するなど組織的に策定されることに期待したい。
- 管理者のリーダーシップに関しては、管理規定に責任等級説明書に管理者の役割等が記載されている。質の向上や業務改善にも取り組んでいるが、今後はリーダーシップの発揮により、組織全体に浸透していくことに期待したい。

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。		
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。	①・b・c
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・②・c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	①・b・c

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		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。		
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・②・c
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・②・c
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	①・b・c
Ⅱ-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	①・b・c
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	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a・②・c
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・b・③
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。	a・b・③
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
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。	a・②・c
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。	①・b・c

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。		
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。	①・b・c
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。	①・b・c

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。		
Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	①・b・c
Ⅱ-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	①・b・c
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。	①・b・c
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	①・b・c
Ⅱ-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	①・b・c
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	①・b・c
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づき事業・活動が行われている。	①・b・c

【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅱ：組織の運営管理』項目

- 経営環境に関する情報収集は、関係機関、行政などから積極的に収集し、その内容を分析し法人単年度の事業計画へ反映している。その計画内容は具体的な表現となっていて分かり易い。
- 人材教育・育成に関する概要は研修要綱に記載され、新卒向け研修、支援員向け研修も行なわれている。今後期待したい点は、研修の更なる充実であり、計画的、組織的な計画の策定である。また人事考課は一部でジョブカードを活用した考課の仕組みを導入し、考課後のフィードバック面接も行なわれている。
- 積極的かつ開放的な地域貢献を行なっている。社会貢献活動の事業計画の策定や相談支援事業へも注力している。実習生、ボランティアの受入も前向きで学校、地域との連携もうまく機能している。

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
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。	①・b・c
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・②・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	①・b・c
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	①・b・c
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。		
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・②・c
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。	①・b・c
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。	①・b・c

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
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。	①・b・c
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。	①・b・c
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・③
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。		
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ビスが提供されている。	①・b・c
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。	①・b・c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	①・b・c
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・b・③
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。	①・b・c

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1)	サービスの提供の開始が適切に行われている。	
	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。	①・b・c
	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。	①・b・c
		第三者評価結果
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。	
	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。	①・b・c

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

【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅲ：適切な福祉サービスの実施』項目

- 利用者を尊重した支援という姿勢は、新人研修時より行なっており、その後も研修・勉強会や職員会議でも周知している。また職員が利用者の立場に立って幸せを感じるかを確認する仕組み「幸せ度チェック」は共感、受容という意識の形成につながり工夫した取り組みで評価が高い。
- ケース担当制をとっているものの、利用者に対しては、職員誰にでも相談できるようになっていることを伝え、玄関にもその旨、相談体制を掲示している。また苦情・意見に対しても第三者委員など受付・検討体制なども整備されている。法人内の報・連・相の徹底のため、その言葉や意味が随所に掲示されている点は、その意識の高さが分かる。
- 今回の第三者評価の受審にあたり自己評価で多くの気づきを得ており、改善思考でできることから計画、着手している。規程の文書化、マニュアルの整備、計画的な研修体制の構築などに今後期待したい。