

(別紙)

評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（45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。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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・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 (b) c
理念・基本方針は明文化し、事務所内及び各施設に掲示している。掲示している事で職員及び利用者は”知って”はあり、その点での周知は出来ており、また「中長期計画（2014～2024年度）」を策定してビジョン、戦略などに落とし込んでいる。しかしながら、自己の活動の結果が理念の実践と繋がっていることが、必ずしも全職員に理解されているわけではない。更なる職員への周知の取組が期待される。	

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果
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 (b) c
経営層は経営状況及びその取り巻く環境は事業の状況に合わせた程度として適切に把握し、「中長期計画（2014～2024年度）」の中でまとめている。更には解釈としての内容分析に加え、事実分析まで深められたい。	
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a (b) c
「中長期計画（2014～2024年度）」の中で長期課題として明確化し、取組内容も設定しているが、具体性に欠けるものがあり、結果として課題解消（達成）が不明確になっている。残る課題を見える化し具体的な取組とされることが望まれる。	

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果
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 (b) c
「中長期計画（2014～2024年度）」を策定し、その中で、ビジョンは明確にしているが、上記 I-2-(1)-①から、ミッションの明確化がないままビジョンが設定されているため、理念から設定される組織の追及する高い目標との関連性が見えにくくなっている。	
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 (b) c
法人として単年度計画を定めているが、さらには施設としての具体的な事業計画への展開が望まれる。	

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 (b) c
事業計画については、現場職員（世話人・生活指導員）との、福祉サービス提供に関する打ち合わせや実施状況確認・指示などが行われているが、これら内容が組織全体での事業計画に対する実施状況把握、評価、見直しではないことから、職員全体での具体的な事業計画に対する理解までに至っていない。	
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) b・c
利用者の状況から事業計画の詳細について確実に周知されることは困難であるため、利用者一人ひとりの状況に合わせ掲示や日々の活動の中で理解されるよう努めている。	

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
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 (b) c
外部専門家を加え「虐待防止委員会」を設置し、彼らの指導を踏まえて課題を抽出し、その対応を実施している。ここで決定された施策手段は担当者（世話人、生活指導員）に伝達指示され、実行されているが、実行の状況や、対応の結果（利用者における改善の状況など）の評価が明確でなく、結果から次の課題を抽出する改善のサイクルを機能させることが期待される。	
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。	(a) b・c
外部でのサービス評価は過去事例はないが、施設での課題は抽出し、課題解決の「改善計画 行程表」を策定し、改善実施の活動を行っている。	

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
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
Ⅱ-1-(1)-① 施設長は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を促している。	a (b) c
管理者は自らの役割、責任、権限について日常業務の遂行を通じて明確化や周知を促しているが、職務分掌等明確な文書はないため、緊急時等不在時を含め文書での明確化が望まれる。また、その実践の記録、特に「改善計画 行程表」の進捗について、評価し指示した記録を維持することが望まれる。	
Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a (b) c
事例検討会の実施はあり、サービス管理責任者の研修参加などの取組がある。知りえた各法令の要求事項について、職員全体による正しい理解を促す場の設定が望まれる。	
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) b・c
（副管理者を含め）管理者は福祉サービスの向上に意欲を持ち組織全体が理念の実践、改善目標の達成に向け、実施状況を評価し、現状での課題を理解して指示・指導を行っている。	

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) b・c
管理者は自己の経験、理事としての職位から施設経営に対し、業務実行の効率性・効果性の観点において適切な意見発信、施策の考察を行い、サービス管理責任者をはじめ職員全体に対し指導力を発揮している。	

II-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果
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 (b) c
人事評価制度を確立し、評価結果にもとづいた教育（指導）の実施があり、各種の研修を計画により広く職員全体に実施する取組がある。専門職の確保は職種から非常に困難な状況であるが、障がい者雇用や潜在資格保有者の掘り出しなど検討にも期待したい。	
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a) b・c
人事考課の基準を策定し、年2回の評価により「望まれる職員像」を明確にした管理が行われている。	
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 (b) c
人事考課から本人の現在の状況と希望との差（ギャップ）について把握する仕組みがある。さらには、職員一人ひとりの就業状況データの把握・分析や職場労働環境の調査・把握などにより、職員の現状を具体的に把握し、職員個々のワーク・ライフ・バランスに配慮した計画策定が望まれる。	
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・b (c)
事業所としての改善計画は策定しているが、この改善計画から職員一人ひとりの自己の責任権限に整合したうえでの理念の達成に向けた取組を計画として作成することが求められる。	
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 (b) c
事業所としての教育計画は策定されており教育目標を設定しているが、具体的な目標となっていないため、誰に対してどのような研修を行うのかの詳細計画までには至っておらず、その策定が望まれる。	
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 (b) c
各種研修計画にもとづく研修は実施されている。さらには職員一人ひとりに対して本人希望を含め、人事評価から見つけ出された教育の必要性に合った研修実施となることが望まれる。	
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b (c)
法人としての実習生受け入れマニュアルは策定されているものの、施設としてその受け入れのための体制整備は為されておらず、受け入れ実績も無いため、積極的な取組とは言えない。	

II-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果
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 (b) c
ホームページにより、施設や事業所の紹介、財務諸表、定款などの情報公開を行っている。更には、この情報公開の場を活用して、日々の活動状況や地域との連携事業など、コミュニティに融合した事業活動である事の表明の公開が望まれる。	
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 (b) c
外部の専門家による会計監査や事業チェックが実施されている。福祉サービス第三者評価は本年初めて受審している。またこれら情報公開として上記II-3-(1)-①で示す内容を実施している。	

II-4 地域との交流、地域貢献

	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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	(a) b・c
敷地内で「昂会祭り」の実施、地域のクリスマス会への参加、事業所周辺の清掃活動などを行っており、伊賀市内の法人連絡会では生活困窮者支援なども行っている。また利用者は自由に施設周辺のコンビニの利用や、移動手段としての公共交通機関の利用などもそれぞれの利用者のニーズに合わせて行っている。	
II-4-(1)-② ボランティア等の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
法人ではボランティア受け入れマニュアルを策定し受け入れ体制はあるが、実績は現時点までない。セミナーへの職員ボランティアの派遣や講師として派遣の取組を行っている。今後は利用者の日々の楽しみや、生きがい・やりがいにつながる取組の一環として、施設の状況に合わせて積極的にボランティア等の受け入れやその体制整備への取組が求められる。	
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 (b) c
施設、事業者が保有する社会資源および、施設周辺の社会資源が明確化されておらず、これらの活用が行われていないため、利用者の安心安全な生活やQOLの向上や生きがい作りなどに関して関連施設との連携が必要である。	
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 (b) c
地域連合で「出前講座」を実施したことがある。地域活動のいろいろな場面で事業所の活動の紹介など行い、地域での理解を深めてもらう活動や、施設の機能を地域に公開して利用を促し、地域のサークル活動などに利用者も参加できる機会の創造などが今後期待される。地域とは、災害時相互支援協定を結び避難訓練・模擬訓練も実施し、災害時には地域の方も避難出来る様に、災害時用の発電機を用意し整備している。	
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a (b) c
法人としての具体的な福祉ニーズを把握する取組は弱い。伊賀市の法人連絡会での生活困窮者支援などの取組への参加や、帰宅時の見守り活動（PTA、民生委員）、中学校の文化祭に参加、自治会の清掃活動、健康体操、将棋教室などの地域自治会の活動への参加を通じて自治会との連携を心がけている。	

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) b・c
全体会議及び小会議においても共通の理解が得られるように研修会を実施している。全ての世話人が、福祉サービス提供に対し共通の認識を持っているかどうかは確認できていないが、福祉サービス提供に必要な情報に関しては、小会議を通して共有し日々の電話連絡でもこまめに対応するなど、利用者を尊重した実践が行われている。	
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。	a (b) c
プライバシー保護や権利擁護及び虐待防止のマニュアルが整備されており、定期的に研修会も実施している。特にプライバシーには配慮しているつもりであるが、他の利用者のいるところで職員同士が利用者のプライバシーに触れる会話をしてしまうこともあり、配慮に欠ける場面も見られる。	
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) b・c
見学や利用希望者には、パンフレットを配布したりHPも参考にしてもらい、説明や質問などへの対応をていねいに行っている。体験希望者には実際に体験をしてもらい、サービスの選択肢に関しても具体的に分かりやすく説明を行っている。	
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) b・c
福祉サービスの開始時や変更時には、利用者に合わせて平易な言葉で分かりやすい説明を行っている。話し合う時間設定に関しても、まずどのくらい椅子に座っていただけるかを確認してから行う。契約書等にはルビなどはふっていないが理解してもらえそうな言葉に変えて、ていねいに説明している。個別支援計画書などは絵を用いて分かりやすく説明している。	
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所等の変更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 (b) c
サテライトに移行した利用者に対して、ケース会議を開催し家族への説明を行い、サービスが途切れないように配慮している。移行及び変更希望のある利用者に対してその都度対応はしているが、窓口やその手順に対するマニュアルはない。移行後は相談支援センターをはじめ関係機関との連携は取っている。	
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。	a (b) c
相談便を活用し、随時利用者からの意見は拾えるように留意しながら支援を行っている。ホーム内でも話し合い、サビ管が大まかな意見を把握しているが、積極的に検討会議を開催するなどできていない。	
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) b・c
これまでもしっかり取組んできたこともあり周知・機能しており、利用者も記入用紙を使用して意見を上げることへの抵抗は無いようである。最近では苦情としては具体的には上がってきていないが、意見や相談が寄せられておりその都度対応している。	
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) b・c
相談便のみではなく、利用者が相談しやすいように手紙やノートなどいろいろな方法を使って意見や相談を述べやすい環境を整えている。本人がいちばん話しやすいように1対1の個別対応をすることや、手紙やノートへの返事は親身になり速やかに行っている。毎日電話をかけてくる利用者に対しても、納得して貰えるよう毎日じっくり話を聞き対応している。	

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。	○a b・c
緊急な場合を除いて相談は用紙に記載してもらい、日時を決めて誰が相談に乗るなどを組織的に動いて対応し、相談記録は職員に周知している。早急な判断が必要な場合は適切な対応を管理者等が迅速に行っている。		
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。	a ○b c
リスクマネジメント体制の構築及び事故発生、緊急対応マニュアルが作成されており職員全員が安心・安全な福祉サービスの提供を心がけている。ヒヤリハットについては整備されているが最近活用事例が殆ど無く、機能していない。日頃ハットとする瞬間があるという認識のもと、再度ヒヤリハットの活用方法を確認し、習慣付けて行えることに期待したい。		
い	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 ○b c
感染症BCP作成をして組織的に対応ができるようにしており、利用者の安全を最優先にして取組んではいる。利用者の特性や基礎疾患、職員のシフトの関係等があり、すべて決まり事通りにやればうまくいくという訳でもない。マニュアルが活かされた上で、その場その時に適した対応方法を構築されたい。		
	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 ○b c
法人として県の団体に参加し、災害時におけるBCPを作成して組織的に動けるようにしているが、自治体、地域及び消防関係の団体との連携は行えていない。避難の集合場所は近くにあるので、近隣や自治会に対しては声掛けを行っている。定期的に消防指導による避難訓練を行っているが、コロナ禍により休止中である。今後様子を見ながら実施していく予定である。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1)	提供する福祉サービスの標準的な方法が確立している。	
Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉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 ○b c
基本的には、福祉サービスの標準的な実施方法が記載された重要事項説明書にもとづいた活動マニュアルにしたがい福祉サービスが提供されているが、それを確認できるような仕組みは整備されていない。		
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 ○b c
見直しは話し合っている環境にあるが、仕組みとしては確立してはいない。1か月に1回の現場世話人との話し合いで現状の実施方法について確認を行い、必要に応じて見直しを行っている。		
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支援計画を適切に策定している。	○a b・c
相談支援事業所から提供されたアセスメント情報及び本人の意向をもとにケース会議が行われ、個別支援計画作成者が計画を立案し、承認を得て適切なサービスが実施できるようにしている。		
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	○a b・c
利用者の個々の支援内容に合わせて6ヵ月に1回以上の間隔でケース担当者が本人及び家族等に対しモニタリングを行っている。内容や実施方法の変更等があれば、職員に周知できるように職員会議やノートなどを活用し、情報の共有を行っている。		

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 (b) c
サービス実施状況の記録は常時行われており職員間で共有できるようにしているが、情報量が多い場合にはその伝達方法に不備があり、見逃してしまう事がある。	
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 (b) c
利用者に関する記録の保管及び情報保護に関しては十分注意しており、鍵付きのキャビネットに入れて保管し、利用者の目に触れないようにしている。記録の保管期間については定められているが、保管場所に関しては明確化されていない。	