

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（障がい者・児）

※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
〈コメント〉 社会福祉法人としての基本理念、目指す姿、存在意義、使命がCREDOとして位置づけられ、小型のリーフレットに記載の上、職員は携行することになっています。職員への周知については十分なされていますが、利用者や家族への周知についてはHPへの掲載に留まっていますので、さらなる取組みが望まれます。	

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
〈コメント〉 障がい者福祉の動向を的確に捉え、事業所の収益構造の改善に取り組まれています。取引先の動向を注視し、幅広い仕事の獲得に努力されています。	
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	(a) b・c
〈コメント〉 取引先の業務縮小を踏まえた新規の仕事の獲得、生活介護と就労継続支援B型の定員配分の見直し等により収益の改善が実現しています。 法人内での存在価値の向上が図られるよう、さらなる取組みを期待します。	

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
〈コメント〉 2024～2028年度の事業計画および収支計画を策定し、計画的な事業運営をされています。必要に応じた見直しも図られています。	
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
〈コメント〉 中長期計画を踏まえて事業計画の策定がなされています。中長期計画の進捗状況を踏まえて、項目ごとに新規か継続かの整理もなされています。	

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
<p>〈コメント〉</p> <p>事業計画は所長が立案し、主任会議を経て1月末に策定されることになっています。前年度の振り返りを含めて4月の職員会議で所長から職員への説明がなされています。策定段階において多様な職員の参画を促すような取り組みを期待します。</p>		
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)
<p>〈コメント〉</p> <p>事業計画自体が職員の行動計画としての性格が強いこともあり、利用者等への周知は図られていません。行事等については、利用者の特性を踏まえて、情報提供のタイミングに配慮されています。</p>		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>個別支援計画の策定者が中心となり、部門会議や個別支援会議を通して組織的に取り組まれています。今回の第三者評価の受審を契機として、継続的な評価が行われるよう期待します。</p>		
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)
<p>〈コメント〉</p> <p>一定の基準を用いた自己評価についてはこれまで実施されていません。今回の第三者評価を皮切りに、課題の共有化が図られ、中長期計画への反映も含めた改善活動が計画的に実行されるよう期待します。</p>		

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	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) b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>所長の役割と責任は業務分掌表で明確にされています。不在時には主任が業務を代行するよう定められています。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>行政への提出書類に齟齬をきたさないよう、最新の事業者ハンドブックを常備されています。外部の勉強会等にも積極的に参加されています。</p>		

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
<コメント> 職員会議で提案された意見を踏まえて、適宜改善策を講じられています。職員の教育・研修にも力を入れています。		
II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		a b・c
<コメント> 職員の定着率は高く、職員の配置基準を満たした上で、退職者の動向を踏まえた職員補充も円滑になされています。事業所職員の採用にあたっては、法人での職員採用面接時に所長が同席されています。		

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
<コメント> 有資格者を予め計画的に採用するというよりは、入職後の資格取得を奨励するようにされています。資格取得にあたっては、資金面や休暇等に関する支援がなされています。年2回の定期面談でチーム意識の徹底や体調面でのフォローを行い、その効果が定着率の高さに現れています。		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		a b・c
<コメント> 期待する職員像は明確にされており、かつキャリアパスも明示されています。人事評価についても詳細な基準のもとで運用されています。		
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 b・c
<コメント> 安全衛生、福利厚生、ハラスメント対策等、積極的に取り組むと共に、有給休暇の取得状況や時間外労働についても的確に把握し、法人本部との連携のもとで対処されています。		
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
<コメント> 法人として「期待する職員像」が明確になっており、キャリアパスの各段階で目標も明確に定められています。個人面談は年2回実施され、人事評価制度も含めて目標管理が適切になされています。		
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
<コメント> 虐待防止や発達障がいの理解など、サービス向上に資する研修については事業計画に位置づけられています。年度ごとに重点化される研修テーマが違うという面もあります。		

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
<p>〈コメント〉 職員の入職時に育成計画を策定し、OJTを推進されています。市や種別協議会の研修への参加を勧奨されているほか、資格取得のために金銭的補助やシフト調整といった配慮がなされています。研修成果の評価・分析を次の研修計画に反映させるような取り組みが望まれます。</p>	
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
<p>〈コメント〉 所長が精神保健福祉士の実習指導者になり、当年度から受入をされています。プログラムは作成されていますが、実習ボランティア受入マニュアルを見直し、活用されるよう期待します。</p>	

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
<p>〈コメント〉 WAMNETでの情報公開等、適切に実施されています。地域へ向けた情報発信もなされています。 苦情・相談内容や第三者評価結果の公表など、さらなる充実を期待します。</p>	
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
<p>〈コメント〉 経理面における法人と事業所の役割分担は明確にされ、問題なく運用されています。内部監査や外部監査は実施されていません。</p>	

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
<p>〈コメント〉 法人としては育成まつりの開催、事業所としては地域の祭への出展、企画展の開催など、地域との交流がなされています。地元の地域づくり協議会へも情報提供を行い、良好な関係づくりに尽力されています。</p>	
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 (b) c
<p>〈コメント〉 陶芸ボランティアの受入をされており、ボランティア受入簿で適切に管理されています。実習ボランティア受入マニュアルを見直し、活用されるよう期待します。</p>	

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
〈コメント〉 生活介護では名張市地域共生デザイン会議に、就労継続支援B型では伊賀圏域就労部会にというように、必要な会議体の構成メンバーになっています。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。		a ○ b c
〈コメント〉 名張市には社会福祉法人連絡会があり、法人間の連携はなされています。法人内特定相談事業所での8050問題を抱える世帯のショートステイ利用勧奨といった事例はあります。市の障害福祉計画の内容についての認識を深めた上で、さらなる取り組みを期待します。		
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。		○ a b・c
〈コメント〉 アトリエの地域開放やアートの展開による地域活性化に取り組んでいるため、施設見学を交えた所長の講演等、事業所としても一定の取り組みをされているほか、法人でも地域に根差した公益的な活動をされています。		

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
〈コメント〉 倫理綱領については事務所に掲示されています。令和7年度は虐待防止を重点化し、委員会活動や研修会の年2回開催など、積極的な取り組みをされています。		
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		○ a b・c
〈コメント〉 作業スペースでの間仕切りの設置や静かに集中できる環境の確保など、利用者の特性に応じた配慮がなされています。肖像権配慮については契約時に十分説明されています。		
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
〈コメント〉 見学や体験利用の希望には対応されています。パンフレットのルビは一部のみ付されています。		
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
〈コメント〉 利用契約書の表記はルビつきになっていますが、重要事項説明書にも同様の表記が望まれます。図やイラストの併用等により、わかりやすい説明資料の作成が望まれます。		

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 (b) c
<p>〈コメント〉 利用事業所の変更は、相談支援事業所のサービス担当者会議において実施されます。引継ぎのためのアセスメント票は特に作成されていません。</p>	
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。	a (b) c
<p>〈コメント〉 年1回アンケート調査を実施し、個人の希望の調査をされています。コロナ禍の影響で保護者会の開催を中断していましたが、本年度から再開される予定です。</p>	
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
<p>〈コメント〉 運営適正化委員会のポスター2種類が掲示されており、苦情解決の仕組みが周知されています。苦情へのフィードバックに関しては、専用のフォーマットが用意されています。苦情内容や解決結果の公表については未実施となっています。匿名アンケートの実施等、さらなる取り組みが望まれます。</p>	
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
<p>〈コメント〉 相談相手は任意となっていますが、そのことについての周知はなされていません。相談スペースは確保できるようになっています。</p>	
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
<p>〈コメント〉 意見箱は生活介護側のみを設置となっています。法人として苦情対応マニュアルは用意されていますが、内容については定期的な見直しが望まれます。</p>	
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
<p>〈コメント〉 ヒヤリハットの記録は整備されていますが、記録対象となる事象について明確な基準は定められていません。事故発生報告書については適宜集計され、再発防止に努められています。AEDの設置場所を示す表示が望まれます。</p>	
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
<p>〈コメント〉 感染症対策委員会が設置され、吐瀉物処理キットや感染対策マニュアルの整備、BCPや「感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針」の策定等、様々な施策が講じられています。静養室も完備されています。</p>	
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
<p>〈コメント〉 避難場所は隣接する小学校とされています。有事の際はBCP及び法人の規程に則り行動することとされており、同一法人の入所施設の応援が想定されています。備蓄品については購入して間もないこともあり、リスト化には至っていません。</p>	

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実施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
〈コメント〉 マニュアル集は用意されています。特に重要と思われるものについては、適宜掲示もされています。マニュアル見直し後の職員への周知に課題があります。		
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)
〈コメント〉 マニュアル類は定期的な見直しがなされていません。		
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
〈コメント〉 個別支援計画の策定責任者は定められており、生活支援員によるアセスメントを基に個別支援計画が策定されています。個別支援会議で情報の共有も適切になされています。アセスメントシートに利用者の希望についての視点がなく、生活能力に関するアセスメントに留まっています。		
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
〈コメント〉 モニタリングの結果を踏まえて、6か月に1回見直しが実施されています。		
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
個別支援計画は閲覧用PCで情報共有が図られています。支援記録のフォーマットには個別支援計画の内容を予め転記されるようになっています。支援記録の記載方法については記録要領の作成等による平準化が求められます。		
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
〈コメント〉 記録管理の責任者は所長となっており、施錠できる保管庫で管理されています。情報漏洩リスクの注意喚起は掲示物で図られています。個人情報の取り扱いについては、利用者や家族に重要事項説明書で説明されています。個人情報取扱マニュアルはありますが、長らく見直しがなされていないので、再点検が必要です。		