

(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〉 法人の理念がホームページに掲載され、それに基づいて事業所の基本方針を定めている。基本方針は、社会の変化や福祉動向を考慮して、毎年見直しを行っている。利用者や家族、職員に対し、理念や基本方針を周知させるための特段の取組みは行われていない。	

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〉 全国や県の知的障害者福祉協会の会議や研修に参加し、事業運営に必要な情報を取得している。Web開催の県の集団指導、県のホームページ、WAM NET等からも有効な情報を得ており、適切な事業運営のための情報量に不足はない。法人内の他事業所との情報共有は、SNSによって行われている。	
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・b・c
〈コメント〉 県内、市内に日中支援を行う他法人の事業所が増加しており、「利用者確保」を将来的な課題と捉えている。「利用者の高齢化」も喫緊の課題である。「利用者確保」については、特別支援学校との連携を強化したり、放課後等デイサービス事業所を新設する等の取組みがある。高齢化対策として、利用者に合った活動を模索している。	

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
〈コメント〉 法人によって「第14次（2025～2027年度）中期経営計画」が策定されている。具体的な取組みの内容を列挙し、それぞれに数値目標、期間、担当者が示されている。この中期経営計画は、毎年見直しを行って更新し、常に3年先までを見通したものとなっている。	

	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
〈コメント〉 法人の中期経営計画に沿って事業計画を作成しているが、取り上げている項目数が少なく、事業の全体像を掴むことはできない。また、事業計画の主要な取組みについては、数値目標や具体的な到達点を明確にしているが、事業報告書との連動がない。事業計画の重点的な取組みについては、事業報告書にて詳細に報告されたい。		
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。	a・b・c
〈コメント〉 毎月の職員会議で意見を吸い上げ、それを事業計画につなげる形をとる。しかし、事業計画に取り上げるべき職員意見は少なく、結果として一部の幹部職員によって事業計画が作成されるといった状況である。職員に対し、「利用者支援の根本が事業計画である」との意識の醸成を図られたい。		
	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
〈コメント〉 利用者の自治会には事業所の担当職員が立会い、利用者意見を聞き取って事業所（管理者）につないでいる。自治会の際に、利用者の声は拾っているが、事業所（担当職員）からの事業説明の機会は確保されていない。		

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
〈コメント〉 法人内の7事業所が、毎年1事業所ずつ輪番で第三者評価を受審しており、平成29年度に続き2回目の受審となる。第三者評価を受審しない年は自己評価を行っている。ただ、自己評価が形骸化しており、PDCAサイクルを機能させてサービスの質を向上させる取組みには至っていない。		
	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
〈コメント〉 前回の第三者評価受審での指摘事項である「事業計画の重点事項に数値目標の設定」に対し、改善が図られていた。令和7年度の事業計画に取り上げられている主要な取組みには、可能な限り具体的な数値目標が設定されている。一方で、その際に作成された「改善計画書」は活用されておらず、計画的な改善活動が期待される。		

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 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
〈コメント〉 「運営規程」や「管理者の役割」に、管理者の職責が示されている。災害BCP（事業継続計画）や「危機管理マニュアル」には非常時における管理者の権限の委任先が明記されているが、平時の委任先に関しての言及がない。また、管理者の所信については、機会あるごとに発信することが望ましい。	
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
〈コメント〉 県の知的障害者福祉協会の会議に県の担当者の参加があり、関係法令の改廃や制度改定等の情報もたらされる。全国知的障害者福祉協会の大会に参加し、他県の先鋭的な法令順守の取組み（私のお守り手帳）に感化され、事業所の全職員に「私のお守り手帳」を配付する等、管理者のコンプライアンス意識は高い。	
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〉 事業の現状分析から、「利用者の高齢化」が将来的に大きな課題となることを懸念し、利用者の新たな生活基盤作り（新たな作業、余暇活動の発掘）に取り組んでいる。定期的に利用者の嗜好調査を実施し、季節に合った行事食を提供する等、食に対する利用者の満足度の向上に取り組んでいる。	
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〉 ICT化の一環として、職員の勤怠管理がデータ管理され、「見える化」されている。職員間の情報共有の手段として、SNSが活用されている。職員の勤怠管理データには、一部職員の時間外労働や休日出勤の常態化が顕著に表れている。しかし、「構造上の課題」として、改善には手が付けられない状態が継続している。	

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
〈コメント〉 正規職員は法人本部が主導して、また非正規のパート職員等は事業所単位で採用活動が行われている。安定的な職員雇用が続いており、職員配置に目立った不足感はない。将来的に「パート職員の高齢化」が課題となってくるとも予測している。	

	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〉 一部成果主義的な考えは入っているが、入職から中堅職員までは自動昇級する年功序列の終身雇用型キャリアパスが構築されている。人事考課の結果を賞与支給に反映させているが、体系的な人事考課や目標管理の制度は導入されていない。法人の課題として、職員が自らの将来像を描けるようなキャリアパスの構築を期待したい。		
	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〉 安定的な職員雇用ではあるが、一部職員に時間外労働や休日出勤が偏っており、働きやすい職場環境とは言い難い状態である。毎年、健康診断やメンタルチェックを行い、心身の不調・トラブルで休職や退職に至るケースはない。これまでに男性職員の育児休業の取得はないが、ワーク・ライフ・バランスには配慮を持って臨んでいる。		
	Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
	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〉 法人共通の「人事評価表」を用いて人事考課を行っており、その中に個人目標が設定されている。しかし、人事考課のフィードバック面談が有効に機能しておらず、個人目標に対しても進捗管理が行われていない。キャリアパスに基づき、人材育成のために、人事考課と目標管理制度が連動した制度設計が求められる。		
	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
〈コメント〉 階層別の研修は法人が計画し、テーマ別研修は法人内の主任級職員が企画している。また、職種別研修は外部研修に委ねるといった研修体系である。研修の履修後には「研修報告書」の提出がルール化されているが、ここ数年「研修報告書」の提出はほとんどない。研修は実施されるものの、研修効果が確認されない状態が続いている。		
	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
〈コメント〉 法人作成の研修計画に沿った階層別研修や不定期のテーマ別研修等、職員には研修機会が確保されている。全職員が対象となる法定研修に関しては、時間的に制約を受けるパート職員の受講が課題となるが、動画配信等の措置を講じて対応している。職員個々の研修履歴が管理されておらず、今後の課題となる。		
	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
〈コメント〉 管理者が社会福祉士実習指導者資格を有しているが、実習受入れの実務を担当することができず、他事業所が受け入れた実習生が見学に来る程度の関わりである。次代の福祉職の養成は、社会福祉法人（事業所）の使命でもある。「実習生受入規定」の不備を整え、社会福祉士実習指導者を育成して積極的な実習生受入れを実施されたい。		

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
〈コメント〉 法人のホームページやWAM NET（独立行政法人福祉医療機構）を使って、様々な情報を公開している。苦情解決の内容についても、ホームページの「情報公開」のページで、年度ごと、事業所ごとに公表している。ただ、「苦情解決マニュアル」には、苦情解決までの手順は示されているものの、申立人へのフィードバックや公表等の記述がない。		
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・b・c
〈コメント〉 事業所の現金出納は、3万円を限度とする小口現金制をとっており、パン工房（パンの製造・販売事業）は別会計で処理している。物品の購入は「物品購入書」を用いて行われ、決裁権は管理者が有している。また、出納責任者も管理者が兼務している。内部牽制を働かせる観点から、決裁者と出納責任者の役割を2者に分かつことが望ましい。		

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
〈コメント〉 地域との関わりを多く持ち、特に就労継続支援B型事業のパン工房は、100%地域を対象とした事業である。地域との関わりの方針は、パンフレットの「施設の特徴」や「重要事項説明書」の「社会的活動の支援」の中に示されている。プルフェスタや四日市徹夜踊り等、法人内外のイベントに利用者が参加し、職員がスタッフとして参加している。		
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
〈コメント〉 イベント開催時には、地域のボランティアの手伝いがある。中学生2名の体験学習を、「ボランティア受け入れマニュアル」に沿ってパン工房で受け入れた。マニュアルには守秘義務に関する条項があるが、具体的な手順が記載されておらず、個人情報の取扱いに関する「誓約書」等は取得していない。		
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〉 行政機関や同業者団体、防災・緊急連絡先、パン工房における取引先関係等、必要な社会資源とは緊密な連携が図られている。ただ、連携がすべて組織的に行われているとは言い難く、職員個々や部署での取組みとなっているケースもある。事業所に関わる社会資源を洗い出し、リスト化して管理することを期待したい。		

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。	①・b・c
〈コメント〉 自立支援協議会への参加、また相談支援事業所や特別支援学校との連携を通して地域の福祉ニーズの把握に努めている。それらの取組みの結果、重度の障害を持つ子どもの居場所確保のニーズが高いことを認識している。		
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・②・c
〈コメント〉 法人として、障害を持った子どもの受入れとして、来年度から児童発達支援（重心型）、放課後等デイサービス（重心型）、短期入所の各事業が新たに開始される。事業所としては、地域の自治会を通して子ども食堂の運営に協力している。大規模災害時の二次避難所としての登録もある。ただ、事業所の取組みとしては、積極性に欠ける。		

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。	①・b・c
〈コメント〉 利用者を尊重した福祉サービスを提供するため、3ヶ月に1回法人内で「向上委員会」を開催し、虐待防止や身体拘束に関する事例検討を行い、利用者本位の支援となっているかどうかを検証する機会を設けている。職員が共通の理解を持って取り組むことを目指し、毎日朝礼で法人の理念を唱和する時間を作り、職員意識の向上を図っている。		
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・②・c
〈コメント〉 「プライバシー保護マニュアル」が作成されており、プライバシーに配慮した支援が行われている。利用者個々のニーズに基づいて、プライバシーに配慮した安全で快適な生活環境となるように努めているが、マニュアルに関する職員への周知については十分ではない。マニュアル周知について、職員研修の機会を設けることが望まれる。		
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・①・c
〈コメント〉 利用希望者に対しては、見学、体験通所、一日利用等を行い、選択に必要な情報を積極的に提供している。パンフレットが作成されているが、事業内容について就労継続支援A型等の古い記述があるため、見直しを図ることが望まれる。		
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・②・c
〈コメント〉 福祉サービスの開始・変更については、「契約書」や「重要事項説明書」等により詳細に説明している。しかし、利用者が理解しやすいようなイラストや映像を使ったサービスガイダンスはなく、今後の工夫が期待される。		

	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・b・c
〈コメント〉 事業所の変更や家庭への移行にあたっては、相談支援事業所等とサービス担当者会議を行い、福祉サービスの継続性に配慮した対応を図っている。サービスを終了した利用者への対応について、退所後の対応窓口を文書化する等の明確化を図り、利用者や家族が安心して家庭生活ができるような対応が求められる。		
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
〈コメント〉 自治会や利用者家族懇談会が定期的に行われており、嗜好調査やモニタリング時の面談にてニーズを聴取するように努めている。利用者の要望や意向を聞き取る機会を定期的に設け、その内容をフィードバックすることを通して、より一層の利用者満足の向上を図ることに期待したい。		
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
〈コメント〉 「苦情解決マニュアル」が作成されており、ホームページや作業室に文書化した苦情解決の仕組みを掲示している。苦情として上がってくる事例がないという現状ではあるが、積極的に意見や苦情を聞き取るという風土作りに期待したい。		
	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・b・c
〈コメント〉 利用者が、相談したり意見を述べやすい環境を作るように努めている。しかし、具体的にどのような形で意見を集約していくのかを検討することが望まれる。		
	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
〈コメント〉 利用者からの相談や意見を聞き取るように取り組んでいるが、組織的に対応するための対応マニュアルが整備されていない。どのような形で利用者の意見を聞き取り、どのような形でフィードバックしていくのかを文書化した対応マニュアルの整備が望まれる。		
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
〈コメント〉 事故発生時の手順を文書化した対応マニュアルが整備されている。毎月開催している職員会議にてヒヤリハット事例を報告し、対策を検討している。リスクマネジメント体制を明確にして職員に周知するとともに、研修を通して事故防止策等の安全確保のための取組を強化することが望まれる。		

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。	㉑・b・c
〈コメント〉 3ヶ月に一度、法人内で「向上委員会」が開催されており、感染症の予防対策と発生時の対応マニュアルの確認と研修が行われている。「向上委員会」での内容は、部署ごとに詳細に報告され、職員間での情報共有が図られている。定期的に感染症の予防のためのガウンテクニック等の研修や、安全確保のための研修を行っている。	
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。	㉑・b・c
〈コメント〉 緊急時の「災害対策マニュアル」が作成されている。利用者の安否確認の方法が定められており、定期的に避難訓練が行われている。職員の緊急連絡網を使った伝言訓練が定期的に行われている。	

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・㉑・c
〈コメント〉 福祉サービスの標準的な実施を定め、文書化を図っているが、職員への周知が十分ではない状況が見られた。職員が標準的な実施方法により、統一した支援が行えるよう、研修等を通して周知を図ることが求められる。	
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・㉑・c
〈コメント〉 標準的な実施方法を検証して見直す仕組みが、十分に機能しているとは言い難い。文書化された内容を、実際の支援と比較・検討し、齟齬の生じている部分の改善を図ることが求められる。	
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。	㉑・b・c
〈コメント〉 個別支援計画策定の責任者を置いており、適切なアセスメントに基づいて年に2回策定している。相談支援事業所や家族と連携して支援計画を策定し、月に1回支援計画通りに実施されているかどうかの評価を行っている。こだわりの強い支援困難事例についても、家族と連携して粘り強い支援を提供している。	
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。	㉑・b・c
〈コメント〉 半年に1回、8名の職員がペアを組み、「評価表」を基にモニタリングを行い、支援計画の評価・見直しを行っている。変動しそうな項目については、毎月見直しを行うようにしている。	

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
〈コメント〉 利用者の日々の生活状況は、定められた様式によりパソコンのネットワークシステムに記録されている。利用者の状況によって記録の量の多い少ないが見られているが、記録されていない日も見られる。個別支援計画に基づくサービスの実施状況を、記録により確認することができ、かつ職員間で共有できる体制の整備が望まれる。		
	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
〈コメント〉 「個人情報保護管理規程」が策定されており、利用者の記録についての保管、保存、廃棄、情報提供に関するルールが定められている。個人情報保護の観点から、職員の教育・研修を行うことが求められる。		