

評価細目の第三者評価結果

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-(1)-①	a	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 法人の概念である「使命・運営理念・運営方針・運営ビジョン・行動指針」をHPや事業計画に明示している。プロペラとしても独自の理念・基本方針・基本目標や行動指針を「権利擁護～意思決定支援～シート」にまとめ、年度初めに職員会議や家族会等で周知している。朝会での読み合わせや所内掲示も行われている。

I-2 経営状況の把握

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	a	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。 法人が策定した、第2次発展強化計画及び第4次地域福祉活動計画in所沢に基づき、事業運営方針で位置づける基本方針の重点項目や、部門別取り組みとして「法人運営部門」「地域福祉活動推進部門」「福祉サービス利用支援部門」「在宅福祉サービス部門」に分け管理職会議や現場担当者会議等で把握・分析が行われている。
I-2-(1)-②	a	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 法人として、年2回の監事会の中でプロペラの課題を抽出し、理事会や評議員会に提案している。又、プロペラ内でも運営会議や職員会議で周知し経営的意識付けがされる様にしている。協定書の読み合わせ等も行われている。

I-3 事業計画の策定

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	a	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。 法人の第2次発展強化計画及び第4次地域福祉活動計画により策定されている。内容は多岐に渡り検討されており、重点テーマが絞り込まれ具体的な指針として表現されている。PDCAサイクルの確認は策定委員会に於いて定期的に行われている。
I-3-(1)-②	a	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 中期計画に於いて重点テーマが検討されており、年度毎の事業計画にも織り込まれている。全体の支援のベースとなる内容は「権利擁護～意思決定支援～シート」にまとめられ、年度の重点テーマ・課題を明確にし改善実施計画を立て、早期改善、中期改善に分類し現場担当者会議、調整会議等で検討している。実施後の評価の中で、見直しの必要があれば実施される。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-①	a	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。 事業計画は、先ず原案が管理者間でまとめられ、運営会議で見直しを行い、職員会議での決定・周知が行なわれている。評価・見直しの時期については、定期的(半年毎)に行われている。
I-3-(2)-②	a	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 プロペラの事業計画についての利用者や家族会への周知については、ご家族に対しては新年度の第1回目の家族会で伝えている。家族会をご家族が集散しやすい外部の施設を借りて、行っている。又、利用者に対しても同時期に分り易い資料を準備して説明されている。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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	b	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。 質の向上に付いての検討は、運営会議の中でPDCAの確認がされており、グループ支援会議・個別支援会議にて具体的な展開がされる。自己評価は実施されていないが、2年に1回、第三者評価が受審されており、その結果からフィードバックされた内容に付き、実施・評価・見直しがされている。
I-4-(1)-②	a	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。 第三者評価結果や「権利擁護～意思決定支援～シート」に基づき、課題を明確にし改善実施計画を立て、早期改善、中期改善に分類し現場担当者会議、調整会議等で検討している。実施後の評価の中で、見直しの必要があれば実施されている。

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
II-1-(1)-①	a	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促している。 組織体系図、業務分掌、「権利擁護～意思決定支援～事業計画シート」等により管理職及び職員の職掌と責任を明示している。有事の際の権限委任についても、マニュアルの中で明示されている。
II-1-(1)-②	a	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。 社協管理職研修、埼玉県施設長会議、知的障害者福祉協会全国施設長等会議等に参加し、遵守すべき法令に関する情報収集が行われ、職員会議での周知、職員研修を実施している。新法や改正法などポスターやチラシで明示し研修会を開催して理解に努めている。
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	a	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。 「権利擁護～意思決定支援～シート」の活用により、継続的に職員会議の中で質の向上に付いての検討や読み合わせが行われている。日常の中で改善点の変更が行われているが、定期的に市のモニタリングのタイミングに合わせ、全体的な評価・見直しがされている。

		第三者評価結果	コメント
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	社協管理職会議、社協調整会議、社協4施設会議等に於いて、人事、労務、財務等を踏まえた分析を行い、職員会議等に於いて職員の働きやすい環境整備等につき、具体的な検討に取り組んでいる。直近では理学療法士の配置や運転手の一部業務委託開始等の改善が行われた。

II-2 福祉人材の確保・育成

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	人材育成基本方針、採用計画に基づく採用試験の実施等を行っている。社会福祉士・介護福祉士等の専門資格の取得を推奨し、費用の一部補助金も準備されている。研修担当者会議により、階層別研修を始めとした種々の研修の体系化を図っている。
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a	人材育成基本方針が策定されており、その中で「期待する職員像」が明示されている。昇任試験の実施や自己申告書の提出、目標管理シートの導入、勤務評定の実施、面談の実施等で評価と管理を行ない、職員のモチベーションの向上に繋げている。異動の基準は曖昧で、若干疑問が残る。
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り組んでいる。	a	悩み事があれば衛生委員会を介して心理士や労務士に相談できる仕組みがある。福利厚生委員会や外部の組織(ウイズ)を使って職員の便宜を図っている。ワークライフバランスへの配慮として、ノー残業デーが実施されているが、平均残業は15H/人/月とやや多い。施設長は職員一人ひとりとの面談を行ない意欲向上に努めている。
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。	b	目標管理制度の導入年と云う事もあり、仕組の詳細が出来上がっていない様に思える。正規職員だけが対象(13名)で、2名のみしか自己管理シートの提出がない事からも、職員の理解度が伺える。もっとシステムの完成度を高めてから導入を考えられた方が良い様に感じる。
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	人材育成基本方針が策定されており、その中で「期待する職員像」が明示されている。現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要としている専門技術や専門資格を明示している(例：社会福祉士・介護福祉士等を推奨し研鑽には補助金も支給している)。教育研修計画は、階層別を始め、分野別や課題別研修が準備されており、研修担当者により受講履歴等が管理されている。
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	施設毎に研修担当者により受講履歴等が管理されている。新任職員に対しては、指導者により標準的な実施方法に基づき、OJTで教育が行われる。教育研修計画は、階層別を始め、分野別や課題別研修が準備されている。外部研修に付いては、管理者が予め面談で受けた研修を確認しておき、研修計画に織り込まれる。
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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	実習生の受入れについては、マニュアルが準備されており基本姿勢を明示している。専門職種に応じたプログラムも準備されており、実習指導者は指導者研修を受講している。期間中は学校と連携し教師の数回の訪問にも対応している。

II-3 運営の透明性の確保

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	法人のHPIに決算報告を始め、財産目録・監事会報告書等を明示している。第三者評価の受診結果について、市や家族会への報告は行なってきた。又、苦情・相談の仕組が策定されている。地域へ向けては、プロペラ祭りでプレゼンを実施したり、自治会の会合等では理念や基本方針、施設の紹介等を行っている。
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	事務、経理、取引等に関するルールに付いては、経理規程や決済規程に規定されており、職務分掌に各人の責任と権限が明示されている。法人として経営課題や運営上の取組に付いては、監事による内部監査や税理士/公認会計士、或いは弁護士、労務士を含む外部の専門家にアドバイスを仰いでおり、経営改善に結びつけている。

II-4 地域との交流、地域貢献

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	理念・基本方針にも地域との関わりにつき触れられており、地域公民館活動への参加や近隣小学校の音楽祭参加、プロペラ祭りの実施等で、地域との交流を図っている。又、フラワーアレンジメントお届け活動やリサイクル活動(アルミ缶回収)、サークル外出等も実施されている。
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	ボランティア受け入れのガイドラインは策定されている。積極的な展開姿勢は事業計画へ明示されている。出前講座の実施や地元柳瀬小学校・柳瀬中学校への福祉学習・職場体験に協力している。又、毎年、民生委員の研修訪問にも対応し、協力している。
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	関係機関や団体等を登録したリストを作成しており、職員間で共有されている。所沢市自立支援協議会の活動に積極的に参画し、情報共有・連携・解決に向けて協働し、具体的な取組に努めている。

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	出前講座や車椅子口座、車椅子の貸出の他、合同防災訓練・福祉避難所としての整備、手話ソング、制作品の販売、地区文化祭への参加・彩の国ボランティア体験受入れ、地域小中学生の職場体験受入れ等々、多様な活動を通して地域との交流の取組を行うと共に、利用者の社会進出も目指した積極的な取組が行われている。
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	地域包括支援センターとの連携や相談支援事業を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。又、防災訓練活動では、職員が車椅子体験講座・車椅子操作説明会等を開き、地域活動に参加している。中期的な計画として、医療的ケアの充実を図ると云った、ニーズに合わせた具体的な展開もされている。

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			
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組を行っている。	a	事業計画や「権利擁護～意思決定支援～シート」、所沢市立プロペラ職員ガイドライン等に利用者を尊重したサービスの提供が謳われ、職員会議や支援会議でのグループワーク、内部研修の実施、外部研修への参加、及び倫理綱領の策定等を通し、職員に周知されている。虐待防止委員会が定期的に開催され、現況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。
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。	b	法人としてプライバシー保護規程が直近で策定されたいいが、当施設では確認できない。虐待防止委員会は発足しており、権利擁護に関しては定期的に検討されている。職員は社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関しては熟知している。不適切な事案が発生した場合の懲戒規程等は策定されていない。
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	パンフレット、施設広報紙等を配布し、障害者相談支援事業所、市役所障害福祉課、特別支援学校等に情報提供を行っている。見学、体験等は随時受け入れており施設の概要、役割などを説明している。利用希望者には重要事項説明書で詳細な説明が行われる。案内書関係は年1回、見直される。
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	利用者の理解度や特性に応じ、絵カード、写真カード、実物提示、実体験など様々な情報提供を行なっている。またサービスの変更時や終了時については、利用者・家族との聞き取りや協議を行ない同意を得ている。
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	事業所の変更や家庭への移行等にあたっては、相談事業所を介して進められ、サービス調整会議で関係者への引き継ぎや関係資料の受け渡しを行なっている。以後の相談についても利用者・ご家族に対し安心していただけるように努めている。
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	平成28年度から年に1回利用者満足度調査を実施し、集計結果を分析して支援の向上に役立てている。詳細に分析・検討された内容から抽出された課題については、利用者面談・ご家族面談を定期的に行い、具体的な改善の内容を伝えている。
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。	b	苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)が整備されている。内容は行政の受付窓口も含め、重要事項説明書に明記されているが、利用者や家族から申し出る際のカード等は配布していない。検討方法や記録については仕組みが出来ており、了承が得られた案件については、公表もされる。
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	苦情・相談窓口については、施設窓口・法人窓口・第三者委員・県窓口の設定が重要事項説明書で分かりやすく説明されており、スペースも個室の環境が準備され、意見を述べやすい様、配慮されている。
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。	b	利用者ミーティングや面談で出された意見等については、面談記録、日々の記録等によりサービス管理責任者が集約し緊急度等に応じて、事務所ミーティング、リーダーミーティング、グループ会議、職員会議で検討し対応しているが、対応マニュアルは整備していない。意見箱は設置されていないが、満足度調査・分析は詳細に行われ、標準的な実施方法に反映される場合もある。
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	各種リスクに対応した緊急マニュアルが策定されており、年度初めの職員会議で安全管理・危機管理マニュアルの周知を図っている。リスクマネジメント委員会が設置されており、主にヒヤリハット事例に付き、要因分析・対応策の検討・集計/分析等、仕組みとして機能している。職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修も定期的に行われている。
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。	b	感染症に対する予防や発生した場合の利用者の安全確保の体制については、看護師による研修を行い、周知を図っているが、各種感染症毎のマニュアルは準備されていない。感染症については、各々対応の仕方がかなり違うと云う事もあり、それぞれに対応したフローチャート等を準備し、発生時には瞬時に対応できる様、準備する事が喫緊の課題と言える。

		第三者評価結果	コメント
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。	b	災害時の対応体制が決められており、防災計画に基づき年2回の防災訓練、年1回の地域を含めた総合防災訓練が行われている。独自にBCP(事業継続計画)の担当者を置き、災害時の体制検討を行っており、備蓄もリストに基づき進められているが、安否確認の方法等を明示したマニュアル・フローチャートは準備されておらず、瞬時の判断が求められる中、早急に対応する必要を感じる。
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保			
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	標準的な実施方法として、所沢市立プロペラ職員ガイドラインが策定されており、その中に利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。新任職員への指導に当たっては、マニュアルとして職員ガイドラインが使用され、OJT主体で教育がされる。又、ガイドラインについては、定期的な見直しが行われる事と併せ、都度変更が行われ運営会議にて確認される。
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	標準的な実施方法としてのガイドラインについては、年に1回、年度末に定期的な見直しが行われる事と併せ、都度変更事案が発生した場合には修正/変更が行われ運営会議にて確認され職員会議で承認される仕組みとなっている。
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	アセスメント票(フェースシート)を起こす際には、利用者/ご家族との面談の上、確認した意向をニーズ整理票に展開し、部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関するカンファレンスを実施している。その結果を個別支援計画として発行し、以後、年2回のPDCAサイクルに基づく確認が行われる。
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	個別支援計画は、利用者面談・ご家族面談の内容をグループ会議にて検討の後、中間評価・年間評価を実施している。全体的な課題に対しては、次年度に向けて運営会議・職員会議で見直しを行い共有会議で確認される。評価・見直しについては、定期的な確認以外にも必要に応じて都度、メンテナンスが行われる。
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	決められた時期・手順に基づき、体重測定・健康診断・歯科検診等が行われ、所定の様式に記録されている。個別支援計画や日報・連絡票等により日々の支援内容を確認することができる。記録方法については、上長への提出の際にチェックされ書き方等の標準化指導がされている。職員への情報発信の分別は、回覧用紙を分けることにより行われている。所内のネットワークシステムが構築されている。
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	文書管理のルール(記録の保管、保存、廃棄、情報の提供等)に関しては、文書取扱規程に規定されている。又、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法については、個人情報保護規程に規定されており、各人に誓約書の提出も義務付けられている。又、個人情報保護に関する文章の読み合わせも行われている。

IV 適切な処遇の確保

IV-1 サービスの実施			
IV-1-(1) 個別支援計画または個別療育計画に基づいた適切な支援について。			
IV-1-(1)-①	個別支援計画または個別療育計画を適切に作成している。	a	利用者/ご家族との面談の上、確認した意向をニーズ整理票に展開し、健康活動・文化活動・社会参加活動・作業活動など多様な活動の中からニーズに基づき選択できるように配慮し、その結果を個別支援計画に反映し発行している。
IV-1-(1)-②	個別支援計画または個別療育計画に基づいて、適切にサービスが提供されている。	a	職員ガイドラインに沿った支援が標準的な実施方法とされており、利用者の障害の特性や個性に合わせてコミュニケーションの工夫(身振り・手振り・写真・現物/絵を使用等)を行っている。個別支援計画は定期的にPDCAサイクルの確認が行われる。
IV-1-(2) 利用者の状態に合わせたサービスの実施について。			
IV-1-(2)-①	食事に関しては、おいしく楽しく食べられるよう工夫されている。	a	栄養士による献立作成を実施しており、個別に刻み食等の対応も行っている。毎月バースデーメニューや季節の行事メニューの提供をしており、セレクトメニューの提供も実施されている。年1回嗜好調査を行っている。
IV-1-(2)-②	入浴に関しては、利用者の希望や事情を反映した支援を行っている。	a	施設としては、希望者には提供する決まりとなっているが、身体障害の方が少ない為、利用は殆どない。失禁等により必要な場合に実施している程度である。その場合もプライバシーに配慮し、一人ひとり個別に行っている。又、同性介助を徹底している。
IV-1-(2)-③	排泄に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	入浴と同様にプライバシー保護の観点から同性介護が原則であるが、原則、同性介助と云う事で、ご家族に了解を頂き対応している。トイレは、使いやすさに配慮されており、常に清潔で快適な環境にある。
IV-1-(2)-④	整容その他に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	整容その他に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。必要に応じて、身の回りのこと(洗顔、整髪、歯磨き、更衣等)に関する支援を行っている。又、失禁の際の着替え等、衣服については、利用者の好みや選択を尊重して支援を行っている。

		第三者評価結果	コメント
IV-1-(2)-⑤	利用者の健康を維持するための支援を行っている。	a	毎日のバイタルチェック・月1回の体重測定・年1回の健康診断/歯科検診等の健康管理が行われており、嘱託医との連携も確保されている。ストレッチウォーキングやPTに依る指導等も定期的に行われている。常勤看護師2名と喀痰吸引の研修を終えた介護福祉士4名の配置も行っている。
IV-1-(3) 利用者の自主性と家族との交流について。			
IV-1-(3)-①	利用者の自主性を尊重し、主体的に施設での生活が送れるような取り組みを行っている。	d	非該当
IV-1-(3)-②	金銭管理その他利用者の財産を管理するための支援を行っている。	d	非該当
IV-1-(3)-③	利用者の自立(自律)に向けた取り組みを行っている。	d	非該当
IV-1-(3)-④	利用者の就労を支援するための取り組みを行っている。	d	非該当
IV-1-(3)-⑤	施設と家族との交流・連携を図っている。	a	年3回のご家族面談、年2回の家族会の他、必要に応じ随時個別面談やサービス担当者会議を実施している。