

### 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。  
 ※評価項目毎に第三者評価機関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

第三者評価結果

##### I-1 理念・基本方針

		a
		b
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		c
【1】	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
<コメント>  「私達はいかなる時にも、いかなる場所に於いても、利用者の基本的人権を尊重し、その人間性を育む事を誓います。」「私達は利用者とともに健康管理を重点目標とし、安らぎとゆとりのある楽しい学園の運営に努めます。」等5項目のやまばと学園信条を理念として掲げている。施設内各フロアに信条を掲示し、事業計画に明示し職員会議のはじめに唱和し全職員に周知している。また、利用者主体に毎月開催している「かながわ会議」や毎月開催の保護者会で事業計画を分かりやすく説明し、やまばと学園信条の周知を図っている。		

##### I-2 経営状況の把握

		a
		b
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		c
【2】	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
<コメント>  毎年SWOT(Strengths,Weakness,Opportunity,Threat)分析を実施している。分析の結果に基づいて法人の経営会議で事業経営の取り組むべき重点課題を明確にしている。令和2(2020)年度のSWOT分析では、法人経営を取り巻く外部環境の変化として、「深刻な人手不足による人材難」「コロナウイルスの脅威と対策」「利用者の高齢化・重度化への対応」等を明示し、また、内部環境の強みとして「やまばと学園信条に則った利用者主体の施設経営」「ISO9001品質管理、第三者評価受審等のフレームワークによる透明性を高めた利用者意思決定支援」「4人部屋解消による快適空間の整備」等を明示している。		
【3】	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
<コメント>  法人の経営方針、SWOT分析の結果及び事業経営計画に基づき、法人で取り組むべき重点課題を明確にしている。令和2(2020)年度の重点課題に、「利用者主体のサービス向上に努め、公益性・透明性・倫理性・継続性・効率性・説明責任を以て法人の円滑経営を行うこと」「利用者の意思決定支援、合理的配慮、人権に配慮し、虐待等のない透明性のある支援を行うこと」等を明示し、また、「ICT(情報通信技術)等社会インフラの向上を念頭に置いた介護や見守り支援を行い、利用者の安全性・快適性を高めること」等を重点課題の目標に設定している。		

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。		
【4】	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
<コメント> 3～5年の中期ビジョンを明示し、ビジョンに沿った事業経営計画を策定している。毎年経営環境の変化に応じて見直しを行い、当該年度を含めた3年間のアクションプランを作成している。令和2(2020)年度の中期ビジョンには、「無駄を省きバランス経営を主体に行うこと」「利用者居住区域のリニューアルを行い4人部屋を解消したことで新入浴棟の完成を利用者が喜んでくいる状況があること」「介護ロボットや見守り機器、利用者を守るセンサー等を設置し生産性の向上を図り、職員の負担軽減を図ること」等を明示している。		
【5】	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
<コメント> 中・長期ビジョンを見据えた法人全体の事業経営計画を基に、施設の単年度事業計画を策定している。事業計画は、当該年度事業計画の達成状況を評価し、毎年1,2月に次年度の事業計画を策定している。課長会議やフロア会議で確認し、また、各種委員会の意見を反映し決定している。令和2(2020)年度事業計画には、やまばと学園信条に則り、利用者の利益を保護し地域社会の福祉の充実に努めること等を明記している。また、職員の資質の向上を図りISO9001、第三者評価のフレームワークを駆使し、利用者が快適に安心して過ごせることを最重要目的として事業を運営することを明記している。		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
【6】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>当該年度の事業計画の達成状況を各フロア会議及び係長主任会議で確認している。会議の話し合いの結果を基に課題を分析し、1,2月の課長会議で話し合い事業計画を策定し、3月の理事会で確認し決定している。また、理事長、施設長は、11月,12月に全職員に面談し次年度の事業計画策定に向けた職員の意見や提案事項を把握するようにしている。事業計画は全職員に配布され、3月の職員会議で説明し周知されている。</p>		
【7】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は年度初めに家族に配布し、毎月開催している保護者会で事業計画を説明し周知している。特にやまばと学園信条や施設運営方針について説明し、また、事業計画に明記している年間スケジュールについて説明し家族の理解に繋げている。また、毎月開催している利用者主体の「かながわ会議」で利用者支援の具体的内容について説明し、日々の生活や各種イベントにおける利用者の意思決定支援と利用者の障害状況に応じた合理的配慮の実現に努め、事業計画の実践に努めている。</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。		
【8】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>品質マネジメントシステムを構築している。年2回、施設長が議長となりマネジメントレビュー会議を開催し、部門ごとに品質目標の達成状況を評価し生活支援サービスの質の向上に取り組んでいる。マネジメントレビュー規定を作成し、ISO9001要求事項との対比を図り品質目標の達成状況を評価している。部門ごとの品質目標は、施設の基本方針等に基づき「利用者に対する人権尊重、サービスの質の向上、地域社会との良質な関係、利用者の生活環境の充実等の項目」をもとに設定し、半期ごとに達成度を評価している。</p>		
【9】	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度ごとに部門ごとの品質目標を設定し、半期ごとにマネジメントレビューで目標の達成度を評価し、サービス改善課題を明確にしている。マネジメントレビューでは、品質マネジメントシステムの改善やプロセスの有効性を評価し、また、顧客要求事項に関連する生活支援サービスの改善及びプロセスの有効性等を図っている。マネジメントレビューチェックリストを作成し、部門ごとの品質目標の達成率等を項目ごとに評価し、課題を分析し対策を明確にしている。</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。		
【10】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長の役割と責任について、「浄泉会事業計画書」に法的義務に関する役割、法人内各種規程に関する役割、事業運営に関する役割等を明記している。園の経営・管理に関する取組方針は「やまばと学園事業計画」として明確化し、必要に応じて園の広報誌に掲載している。法人の事業計画書は3月の理事会後に職員会議で周知すると共に、全職員に配布している。施設長は自らの職務分掌を「浄泉会職務分掌」に明示し、主任以上に配布している。消防計画には施設長の防火管理者としての任務や、自衛消防隊編成時の隊長として任務及び不在時の任務代行者も明記している。</p>		
【11】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「経営方針」では、経営に対する基本姿勢について「倫理性、透明性、組織性」を掲げ、法令遵守による経営を行うこととしている。職員行動指針では社会的ルール・コンプライアンスの徹底、公正・公平な取引の推進、行政機関との健全な関係などを明文化している。不適切な支援が発生した場合は、行政への通報や賞罰委員会の開催を明示している。研修については例年、市町村や県障害サービス課主催の関係法令の研修等に参加している。職員に対しては倫理綱領、運営規程等を事務所掲示板に掲示し、周知を図っている。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
【12】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO9001による生活支援業務の品質マネジメントシステムの審査や、第三者評価の受審に取組み、定期的・継続的な評価・分析を組織的に行っている。平成17年に取得したISO9001では、各部門毎に「品質目標」と「実行計画」を作成し、半期毎に%で示す達成度評価を行い継続的改善に努めている。3年毎の第三者評価は今回5回目の受審である。施設長は年1回、副理事長と共に各職員と意向面接を行い、職員の意見・提案等を確認し次年度につなげている。今年度はコロナ禍にあっても権利擁護をテーマとした内部研修の実施や外部研修への派遣に努めている。</p>		
【13】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO9001による年2回開催の「マネジメントレビュー会議」は施設長、支援課長、係長、主任等で構成し、品質管理室の室長を兼ねる施設長を中心に、システムの見直しを図っている。「マネジメントレビューチェックリスト」を用い、自部門の品質目標達成率、利用者家族の要望・苦情等への対応、事故報告・是正・予防の管理など11項目を4段階で評価し、経営改善につなげている。施設長は意向面接により把握した意見を反映し、休憩スペースの確保、軽食対応の自販機の設置など福利厚生面の向上や休暇取得の推進にも努めている。</p>		

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。		
【14】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の事業計画において、福祉人材に対する基本姿勢を明文化している。教育・研修規程では、「職務基準・職能資格等級制度」を定め、「職能等級表」により職務遂行能力を階層、資格等級、職位、研修内容毎に等級化し、職員の能力開発・育成を行っている。採用計画の立案・採用は法人が行っている。人材確保・定着については、各種求人のほか、国家資格取得支援制度による資格取得の経費助成や、低額な家賃による職員住宅の提供等に取組んでいる。年3回、社会福祉協議会主催の福祉人材育成懇話会に出席し情報交換を行っている。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画に「期待する人材像」を明記している。入職時のオリエンテーションでは給与規程や人事考課制度を周知している。人事考課は「賞与・昇給昇格人事考課実施要領」に基づき、全職員について「職能等級表」に定める等級、職位毎の着眼点に沿って自己評価及び評価者による評価を実施している。施設長は職員処遇の水準の評価・分析は不十分であり、相談や直接支援など、部署や専門性に応じた評価基準が必要との考えである。研修によるキャリアアップの視点等も加味した職員の育成、評価、処遇などを総合的に実施する人事管理制度の整備には工夫の余地がある。</p>		
qexh		
【16】	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は出勤時に現場内の巡回を行い、就業環境の把握に努めるほか、朝夕の申し送りに同席し、職員との積極的なコミュニケーションに努めている。職員のメンタルヘルスについてはストレスチェック表を配布し職員に注意を喚起している。勤務表作成時の希望休へ配慮、有給休暇の取得、時間外勤務の削減などワークライフバランスにも配慮している。施設長は職員面接を行い職員の意向を把握する機会としているが、職員が相談しやすい職場内の工夫は不十分との考えである。職場風土の透明性の確保に向けたスーパービジョン体制の整備については工夫の余地がある。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
【17】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画書に「期待する人材像」を明記し、目標面接チャレンジシートによる目標面接支援により、職員育成の仕組みを構築している。職員は担当業務や能力・意欲の向上について、半期毎にチャレンジ目標、達成方法・手段を立案する。これについて、職員は毎月、3段階評価による自己評価と、実施結果、翌月への対策を記載すると共に、半期終了時には目標達成度を%で記載する。同様に、一次考課者である主任・係長も毎月の3段階評価を行うほか、アドバイスの記載及び、半期毎の面接を行っている。</p>		

【18】	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入職時研修は研修計画に沿って人権、総務、職員行動、各フロアの業務、医療・健康、栄養・調理等の各講義を受講し、各フロアでの現場実習後、振り返りシートの記入や、所属部門長との面談を行う流れとしている。その他、各年度の人権委員会計画において、内部研修、外部研修の実施を明記している。</p> <p>現在、職能等級表に階層毎の研修内容を概略的に示しているが、今後、教育・研修計画として知識・技術水準や専門資格を明示し、職員がキャリアアップを描ける等体系化した研修計画の策定には工夫の余地がある。</p>		
【19】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の職員の知識・技術水準・専門資格の取得状況を把握している。入職時研修は座学と現場実習のほか、外部の新人研修への派遣も行っている。外部研修は研修委員会が中心になり経験年数や階層に応じて情報提供し、積極的な参加を促している。「出張・研修報告書」には上司コメント欄を設け、個別に評価のフィードバックを行っている。皆が研修機会を得られる様に割り振りに留意し、組織内での勤務調整に配慮している。新任職員へのOJTはベテラン職員が担い、分かりやすく自信につながる教育に心掛けている。</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。		
【20】	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習プログラムの整備にあたり学校との連携を密にすると共に、入浴・排泄支援、夜勤、行事や外出など施設内外の支援が経験できる様に日程の配慮を行っている。実習生向けに「実習に来られる皆様へ」を作成し、園の説明や実習の注意事項を記載している。業務引き継ぎ用には依頼の受理から実習終了までの手順や実習当日の手続きを明記した書面をそれぞれ作成している。専門職の研修・育成に関する基本姿勢や実習の目的の明文化、及び既存の文書に加えた実習生受入マニュアルの整備は工夫の余地があり、また実習指導者研修への派遣は実施していない。</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。		
【21】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに、やまばと学園信条、施設方針、事業経営計画、及び定款、財務諸表等を開示し施設運営の透明性に努めている。また、利用者支援のサービス内容や日中活動支援の利用者の状況などをホームページに掲載し市民に分かりやすい情報提供に努めている。年4回広報誌「やまばと」を発行し、施設運営に関する施設長の方針や決算報告、やまばと学園信条、コロナ禍対策等を掲載し利用者・家族、及び関係機関に配布し施設運営の透明性の確保に努めている。</p>		
【22】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年、外部機関による会計監査を実施している。内部監査規定を作成し、品質管理室を設置し法人の品質マネジメントシステムが生活支援サービス実現の計画及び実施状況に適合していること、また、ISO9001規格に適合していることを確認している。また、年2回施設長が参加しマネジメントレビュー会議を開催し、内部監査結果報告書に基づき課題対策を実施している。毎年、外部機関による会計監査を実施し、法人としての財務状況をホームページに公開している。</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。		
【23】	II-4-(1)-① 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者は、春の神輿祭りやたばこ祭り、福祉展バザーなど各地のバザーに参加し地域住民との交流を図り、また、日中活動の散歩では散歩ボランティアの協力があり地域の人たちと顔なじみになっている。利用者は美容院や理髪店など自分のお気に入りの店に通い、地域の人たちとの交流を図っている。また、学園のスポーツレクリエーションは地域の中学校の体育館を借りて、利用者、家族、地域ボランティア、職員が一緒になりいろいろな競技を楽しみ、秋祭りでは地域のボランティアが祭りの屋台づくりなどを手伝い利用者との交流を図っている。</p>		
【24】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ボランティア受け入れマニュアル」を作成し、積極的にボランティアを受け入れ地域の人たちとの交流の機会を作るようにしている。ボランティアの受け入れに際しては、やまばと学園信条やプライバシー保護について明示した資料を配付しボランティアが適切に利用者支援ができるように配慮している。現在ボランティアとして登録し定期的に活動しているボランティアは30名程度である。コロナ禍の中でボランティア活動は減少しているが、散歩やカラオケ、買い物、理美容ボランティアなど各種のボランティアが活動している。</p>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
【25】	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の相談支援事業所との連携を図り、利用者ごとに計画相談等の情報共有を図っている。また、利用者ごとに関係病院一覧を整備し、利用者の受診など緊急時の対応に備えている。必要に応じて地域の関係機関と連携しているが、利用者個々の障害状況に応じた施設として必要な関係機関のリストや資料の整備、及び関係機関と定期的に連絡会を開催し利用者支援に関する情報共有を図る取り組みには工夫の余地がある。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
【26】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年3回、施設運営会議を開催し、地域の自治会会長、保護者会役員、法人役員等が出席し、施設に求められる地域福祉ニーズの把握に努めている。また、市の社会福祉協議会主催の福祉人材育成懇話会に参加し、年3回定期的に連絡会を開催し地域福祉を担う人材の確保や育成について話し合っている。また、行政とこまめに連絡をとり、防災協定を締結し災害発生時の緊急時避難場所を提供し、飲料水・食料等の備蓄を行っている。</p>		
【27】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として「やまばと相談支援事業所」を立ち上げ、神奈川ライフサポート事業に参加し生活困窮者の相談に応じるネットワーク事業に協力している。市の地域公益事業「キャッチ」に参加し、生活困窮者が利用可能な制度の紹介や機関への橋渡しを行い、また、地域の高齢者への買物支援等を行ったり、また、市内美化清掃に参加したりと地域の公益事業に努めている。</p>		



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。		
【28】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本的な人権の尊重を明示した「やまばと学園信条」を法人の理念とし、各階、事務所等に掲示し、課長会議や係長主任職員会議の冒頭で唱和している。倫理綱領や職員行動指針は事務所前の掲示板に掲示している。利用者を尊重する基本姿勢は各フロアのマニュアルや、各利用者の個人マニュアル等に反映させている。今年度の内部研修は虐待防止と権利擁護をテーマに実施している。人権委員会では人権アンケートを実施し、とりまとめ係長主任職員会議に報告している。各職員は毎月、目標面接チャレンジシートの自己チェックシートにより、人権意識の振り返りを行い注意を喚起している。</p>		
【29】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「職員行動の指針」にプライバシーの尊重を明文化し、居室に入る時のドアノック、個人宛郵便物などの開封、私物の点検、施設見学者の案内、介助には必ず利用者の了解をとること等を明示している。併せて利用者の家族のプライバシー保護への配慮についても触れている。郵便物は必ず家族にも確認し開封している。園の支援場面では、着替えは部屋で行い見学者来訪時は声をかけてから入室する等の配慮をしている。ハード面では、令和元(2019)年11月に居室のリニューアル工事が終了し、4人部屋は解消されている。</p>		
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。		
【30】	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設を紹介するパンフレットやホームページはカラー写真や絵を豊富に使用し、視覚的に分かりやすい内容となっている。現在、入所待機者が多く空きがないため、入所希望者の受け入れはできないが、見学や体験入所は随時相談にのっている。入所が困難であるため、園の理念や基本方針、サービス内容等を紹介した資料等を公共施設等に置くことは控えている状況である。</p>		
【31】	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始時は契約書、重要事項説明書を2通作成し、利用者・後見人等への説明後、同意のサインの收受し、園と利用者等が各1通ずつ保管している。利用者が同席可能であれば、同席してもらい同意を得ているが、障害状況に配慮したわかりやすい説明については課題を残している。同意書については「個人情報の利用目的」についての同意書を收受している。その他種類の異なる複数の同意を1枚の書面で取得している。サービスの変更時は個別支援計画を変更し、説明し同意を得ている。意思決定困難な利用者については写真等を併用した説明を行っている。項目毎の同意、不同意の意思表示が困難な利用者が多いこともあり、同意の取得方法については工夫の余地がある。</p>		

【32】	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス終了後は、主任や係長などを利用者や家族の相談窓口としている。サービス終了後も、移行先の地域の相談員や関係職員と連携し、生活の環境調整を図っている。サービスの継続性に配慮し、利用者に不利益が生じない様に、個々の支援方法を記載した個人マニュアル、個別食事箋、看護サマリーなど、同意書に基づく個人情報の提供を行っている。必要に応じて関係機関によるケースカンファレンスを実施し、行政、相談支援事業所、後見人、移行先の施設等により、情報共有や支援方針の確認等を行っている。サービス利用が終了した後の相談方法についての書面での確認や担当者の対応については工夫の余地がある。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
【33】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者主体の「かながわ会議」を月1回開催し、食べたい物、やりたいこと、困っていることや、バス旅行が中止の際は、代替行事のプランについてなど、利用者が意見を述べる場としている。司会は利用者で、職員は話のスムーズな進行を側面からサポートする役割である。保護者に対しては、年3回、保護者会の同日に、各階のフロア懇談会を開き、職員が家族に各階の生活の様子について報告を行っている。今年度はコロナ禍で懇談会を中止としたため、書面でお知らせを送付した。全ての家族宛てには、利用者の1カ月の支援内容や生活状況をまとめた「生活支援サービス報告書」と利用者の写真を送付している。イベント後にも利用者の写真を送付している。</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。		
【34】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「苦情解決規定」を作成し、苦情解決責任者、苦情受付担当者及び苦情解決第三者委員を規程し、苦情解決の手順を明記し職員に周知している。また、苦情解決責任者、苦情受付担当と第三者委員の連絡先を明示したポスターを各フロアに掲示し利用者・保護者に周知している。玄関に苦情箱を設置し、常時利用者の苦情を受け付けている。年に一度利用者主体の「かながわ会議」に第三者委員が出席し利用者の苦情や意見を直接聞く機会を設けている。苦情対応の結果を「苦情解決結果報告書」に記述し、1か月以内に苦情申出人に報告し、また、利用者・家族の状況に配慮し地区の苦情解決委員会に報告し公表している。</p>		
【35】	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>最重度の利用者が多く言葉で意思を表明することには限界があり、職員は利用者の表情や行動から利用者の相談の思いを読み取り、利用者が自身の判断で複数の案から選んで対応できるように説明するように心がけている。また、家族とはこまめに連絡をとり、意見や要望の把握につとめている。しかし、相談室は2階の1室のみでいつでも利用者が相談したいときに応じるには十分な環境とは言えない状況である。利用者・家族がいつでも気軽に相談できるように相談室等の環境整備については、工夫の余地がある。</p>		
【36】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は利用者の相談内容や日々の利用者の思いを受け止めケース一覧に記録している。重度障害者が多く言葉で自身の意思を伝えることが困難な利用者の表情や行動から思いを汲み取り、「情緒」のキーワードでケース一覧に記述し、職員間の情報共有を図っている。また、各階会議で利用者の相談内容について話し合い、職員間の利用者支援の統一化を図っている。毎月実施している利用者が司会する「かながわ会議」は、利用者の食事や旅行先などそれぞれの思いを活発に話し合っている。職員は利用者の自主的意見を尊重し可能な限り実現するように支援している。</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。		
【37】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスク管理委員会を立ち上げ、「事故報告・是正処置報告規定」を作成し、事故報告・ヒヤリハット報告の仕組みを整備している。年度ごとに報告書を集計し事故の原因と対策を分析し事故防止に努めている。月1回、定期的に委員会を開催し事故報告書、ヒヤリハット報告書について振り返り、再発防止対策を話し合っている。話し合いの結果を部門会議、職員会議で説明し職員間の情報共有を図っている。毎年、危険予知トレーニングを実施し、利用者が躓きやすい設備や置物の配置等の事例を用いて、職員が危険予知ができるように訓練している。また、個々の利用者の障害や行動特性を明記した「個人マニュアル」を整備し、職員は利用者一人ひとりのリスク管理に努めている。</p>		
【38】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長を委員長とする感染予防対策委員会を立ち上げ、新型コロナウイルス等感染予防対策を徹底している。「感染症対策マニュアル」「インフルエンザ対応マニュアル」「BCP(新型コロナウイルス対策)」等の感染症対策マニュアルを作成している。感染の疑いがある場合の連絡体制や感染予防と感染拡大防止対策を具体的に明示し職員に周知している。また、ノロウイルス対策として毎年定期的に汚物処理等のシミュレーション訓練を実施し緊急時に備えている。職員の勤務時間以外の行動についても感染症を持ち込まない、広げないための対策を周知し徹底を図っている。</p>		

【39】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「消防計画」を整備し、自衛消防組織や休日・夜間の防火管理体制について明記し、火災や地震、土砂災害等の災害発生時の緊急時対応に備えている。消火訓練、通報訓練、避難ルート訓練等目的を定め、利用者全員が参加し毎月防災訓練を実施している。年1回大規模地震を想定し、二次災害としての火災の発生を想定し、初期消火、避難誘導體制、消防通報など総合訓練を実施している。家族への一斉同報メールを送信するなど、災害発生時の緊急連絡票を整備し有事に備えている。</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。		
【40】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO9001に基づいた品質マネジメントシステムを構築し、マネジメントレビュー規定及び内部監査規定を作成し品質マネジメントシステムの実践の状況を毎年定期的に確認している。また、マネジメントレビューチェックリストを作成し、年2回マネジメントレビュー会議を開催し品質目標の達成度を評価している。部門ごとの品質マニュアルの作成など品質マネジメントのPDCAの継続性を確認し、サービスの質の向上に向けた取り組みの標準化を図っている。</p>		
【41】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>マネジメントレビュー規定を作成し、標準的な実施方法の見直しについて明示している。年2回マネジメントレビュー会議を開催し、内部監査の結果や品質目標の達成状況などの分析データを基に課題を明確にし、社会ニーズ、利用者ニーズに対応した品質マネジメントのシステムの改善、プロセスの有効性の改善等を図り標準化の推進を図っている。マネジメントレビューの記録は、品質マネジメントシステムの品質記録として、文書管理規定に従い記録されている。</p>		
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。		
【42】	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の見直しに合わせて年2回アセスメントを実施し、利用者支援ニーズの把握に努めている。アセスメントでは、本人の日常生活、金銭管理、健康管理、共同生活・地域生活等について、現在の状況、本人・家族の意見、支援内容等について確認している。所定の様式を用いて担当職員がアセスメントを実施している。アセスメントを見直し、話し合いやその結果の内容を追記していく形で使用し、次期の個別支援計画に反映させている。</p>		
【43】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回、定期的に個別支援計画の見直しを実施している。「個別支援計画等作成フローチャート」を作成し、個別支援計画の作成・見直しに必要なモニタリングやアセスメント、看護師や栄養士等専門職種担当との情報共有・確認について規定し、個別支援計画の品質確保に努めている。半年ごとに個別支援計画の目標にそってモニタリングを実施し、達成状況を評価し次に達成すべき目標を「モニタリング・評価」に明示している。モニタリングの結果及びアセスメント等の結果を各階会議、ケース会議等で検討し、個別支援計画の見直しに反映している。</p>		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
【44】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は、日々の利用者支援の状況を「ケース一覧」に記録し、パソコンの記録システムに入力し職員間の情報共有を図っている。ケース一覧は利用者の生活状況や情緒に関する情報、医療に関する情報などケースごとに分類し記録されている。また、毎月「生活支援サービス報告書」を担当職員が個々の利用者ごとに作成し、個別支援計画の目標に沿った支援が実践されていることを確認し、支援内容及び利用者の状況を記録している。毎日、「朝の申し送り事項」を作成し職員に配布し、施設全体の連絡事項や部門ごとの利用者支援の情報について職員間の共有を図っている。</p>		
【45】	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「文書管理規定」を整備している。個人情報保護については理事長が管理責任者で施設長が個人情報監督者である。「個人情報保護規定」を整備し、個人情報の目的外利用の禁止や個人情報の漏洩防止について規定している。パソコンのデータについては、職員一人ひとりにパスワードを設定し、また、役職ごとにパスワードを設定し権限に応じたアクセスのみを可能にし個人情報の保護に努めている。</p>		