

社会福祉法人 県央福祉会  
未来わかまつ 御中

# 【平成29年度】 第三者評価結果報告書

かながわ福祉サービス評価認証機関 第28号

調査対象

利用者数25名全員を対象に行いました。

調査方法

利用者調査の方法は、アンケート方式で実施致しました。

利用者総数

25

共通評価項目による調査対象者数

| アンケート | 聞き取り | 計    |
|-------|------|------|
| 20    | 0    | 20   |
| 20    | 0    | 20   |
| 80.0  | 0.0  | 80.0 |

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

**利用者調査全体のコメント**

総合的な評価は、「大変満足」8人(40%)、「満足」4人(20%)、「どちらともいえない」3人(15%)、「不満」0人、「大変不満」0人、「無回答」5人(25%)でした。

自由意見は、「いつも誠意をもって対応していただいている。」「楽しめる工夫がある。」「本人が落ち着いて日々生活しているのが親にとっても安心である。」「こちらの意見が伝えやすい。」という一方で、「もっといろんな職員と話せたらいいな。」などの意見もみられました。

## 利用者調査結果

| 共通評価項目<br>コメント   | 実数 |               |     |            |
|--|----|---------------|-----|------------|
|  | はい | どちらとも<br>いえない | いいえ | 無回答<br>非該当 |
| 1. 利用者は困ったときに支援を受けているか   | 16 | 3             | 0   | 1          |
| 「はい」が80%、「どちらともいえない」が15%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が5%となりました。<br>自由意見は「職員の資質に個人差はあるが、今のところ大きな問題はない」などがありました。 |    |               |     |            |
| 2. 事業所の設備は安心して使えるか   | 17 | 2             | 0   | 1          |
| 「はい」が85%、「どちらともいえない」が10%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が5%となりました。<br>自由意見は特にありませんでした。                            |    |               |     |            |
| 3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか   | 14 | 5             | 0   | 1          |
| 「はい」が70%、「どちらともいえない」が25%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が5%となりました。<br>自由意見は特にありませんでした。                            |    |               |     |            |
| 4. 【生活介護】<br>事業所での活動は楽しいか  | 16 | 3             | 0   | 1          |
| 「はい」が80%、「どちらともいえない」が15%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が5%となりました。<br>自由意見は「ダンス、レクが楽しい。」などがありました。                 |    |               |     |            |
| 18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか  | 17 | 2             | 0   | 1          |
| 「はい」が85%、「どちらともいえない」が10%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が5%となりました。<br>自由意見は特にありませんでした。                            |    |               |     |            |
| 19. 職員の接遇・態度は適切か   | 13 | 6             | 0   | 1          |
| 「はい」が65%、「どちらともいえない」が30%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が5%となりました。<br>自由意見は特にありませんでした。                            |    |               |     |            |

|   |    |   |   |   |
|---|----|---|---|---|
| 20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか  | 18 | 1 | 0 | 1 |
| 「はい」が90%、「どちらともいえない」が5%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が5%となりました。<br>自由意見は特にありませんでした。    |    |   |   |   |
| 21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか   | 12 | 4 | 2 | 2 |
| 「はい」が60%、「どちらともいえない」が20%、「いいえ」が10%、「無回答・非該当」が10%となりました。<br>自由意見は特にありませんでした。 |    |   |   |   |
| 22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか   | 13 | 5 | 1 | 1 |
| 「はい」が65%、「どちらともいえない」が25%、「いいえ」が5%、「無回答・非該当」が5%となりました。<br>自由意見は特にありませんでした。   |    |   |   |   |
| 23. 利用者のプライバシーは守られているか  | 13 | 4 | 1 | 2 |
| 「はい」が65%、「どちらともいえない」が20%、「いいえ」が5%、「無回答・非該当」が10%となりました。<br>自由意見は特にありませんでした。  |    |   |   |   |
| 24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか   | 17 | 1 | 1 | 1 |
| 「はい」が85%、「どちらともいえない」が5%、「いいえ」が5%、「無回答・非該当」が5%となりました。<br>自由意見は特にありませんでした。    |    |   |   |   |
| 25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか  | 14 | 3 | 2 | 1 |
| 「はい」が70%、「どちらともいえない」が15%、「いいえ」が10%、「無回答・非該当」が5%となりました。<br>自由意見は特にありませんでした。  |    |   |   |   |

|  |    |   |   |   |
|--|----|---|---|---|
| 26. 利用者の不満や要望は対応されているか   | 13 | 5 | 1 | 1 |
| <p>「はい」が65%、「どちらともいえない」が25%、「いいえ」が5%、「無回答・非該当」が5%となりました。<br/> 自由意見は特にありませんでした。</p>   |    |   |   |   |
| 27. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか   | 7  | 8 | 3 | 2 |
| <p>「はい」が35%、「どちらともいえない」が40%、「いいえ」が15%、「無回答・非該当」が10%となりました。<br/> 自由意見は特にありませんでした。</p> |    |   |   |   |

## I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7、8)

| No. | 共通評価項目   |   |
|-----|--|---|
|     | カテゴリー1   |   |
| 1   | リーダーシップと意思決定   |   |
|     | サブカテゴリー1(1-1)  |   |
|     | 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている  | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 <b>6/9</b>  |
|     | <b>評価項目1</b><br>事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している<br>評点(○○○●)                   |   |
|     | <b>評価</b>  | <b>標準項目</b>   |
|     | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし                   | 1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している<br><input type="radio"/> 非該当   |
|     | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし                   | 2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている<br><input type="radio"/> 非該当                           |
|     | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし                   | 3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている<br><input type="radio"/> 非該当                    |
|     | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし                   | 4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど)<br><input type="radio"/> 非該当 |
|     | <b>評価項目2</b><br>経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている<br>評点(○○)          |   |
|     | <b>評価</b>  | <b>標準項目</b>   |
|     | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし                   | 1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている<br><input type="radio"/> 非該当  |
|     | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし                   | 2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している<br><input type="radio"/> 非該当  |
|     | <b>評価項目3</b><br>重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している<br>評点(○●●) |   |
|     | <b>評価</b>  | <b>標準項目</b>   |
|     | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし                   | 1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている<br><input type="radio"/> 非該当  |
|     | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし                   | 2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している<br><input type="radio"/> 非該当   |
|     | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし                   | 3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている<br><input type="radio"/> 非該当                                   |

## カテゴリー1の講評

### 職員が法人理念を考える機会を増やし、利用者・家族には懇談会で方針を伝えています

職員に対して、法人として掲げている「ソーシャルインクルージョン(共生社会)を目指します」という理念を明確にし、周知しています。法人理念を事務所の壁に掲示するほか、職員(常勤・非常勤)に対しては職員会議の場で確認しています。利用者や家族に対しては、法人パンフレットや利用開始時の契約書、重要事項説明書で理念に触れているほか、懇談会を3か月に1回実施しているため、その場で運営方針を伝えています。今後はさらに法人・事業所について知ってもらえるようにしたいと検討しています。

### 所長は自らの役割と責任を明確にして、主任と副主任が主体となりサポートしています

所長は事業所運営における全ての責任は所長にあると自らの役割と責任を職員に伝え、事業所として目指すべき方向に進むよう取り組んでいます。それに伴い、主任と副主任が所長をサポートする形で運営をしています。クレーム対応や地域との関わり、利用者・家族への連絡、事故対応などは所長、主任、副主任で分担しています。また、役職者以外の常勤職員・非常勤職員も含めて事業所で行う業務や委員会、行事について明確な職務分担表を作成しているため、誰もがわかりやすい運営が行えています。

### 重要な案件は決定手順が決められており、職員同士のコミュニケーションも取れています

重要な案件は職員会議で話し合わせ、決定事項を確認しています。職員会議・支援会議は月に1回実施しているほか、利用者からの要望がある際は迅速に対応するため、個別支援会議を適宜開催しています。相談事項があれば、非常勤職員から常勤職員へ、常勤職員から主任へ、主任から所長へ相談するルートができていますが、明示されてはいません。現状では所長が他事業所も含めて兼務している体制であり、事業所にいないことも多いため、電話でコミュニケーションを取ることも多くあります。そのため、より仕組化をしていくことが望まれます。

| 2  |  |  | カテゴリ2            |  |
|--|--|--|------------------|--|
| 2  |  |  | 経営における社会的責任      |  |
|  |  |  | サブカテゴリ1(2-1)     |  |
| 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる       |  |  | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 |  |
|  |  |  | 4/4              |  |
| 評価項目1  |  |  | 評点(〇〇)           |  |
| 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している        |  |  |                  |  |
| 評価   | 標準項目   |  |                  |  |
| ●あり ○なし  | 1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している                 |  | ○非該当             |  |
| ●あり ○なし  | 2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる               |  | ○非該当             |  |
| 評価項目2  |  |  | 評点(〇〇)           |  |
| 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている |  |  |                  |  |
| 評価   | 標準項目   |  |                  |  |
| ●あり ○なし  | 1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる            |  | ○非該当             |  |
| ●あり ○なし  | 2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している |  | ○非該当             |  |
|  |  |  | サブカテゴリ2(2-2)     |  |
| 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている                            |  |  | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 |  |
|  |  |  | 7/7              |  |
| 評価項目1  |  |  | 評点(〇〇)           |  |
| 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある                      |  |  |                  |  |
| 評価   | 標準項目   |  |                  |  |
| ●あり ○なし  | 1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)       |  | ○非該当             |  |
| ●あり ○なし  | 2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている   |  | ○非該当             |  |
| 評価項目2  |  |  | 評点(〇〇〇)          |  |
| ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している              |  |  |                  |  |
| 評価   | 標準項目   |  |                  |  |
| ●あり ○なし  | 1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している                                  |  | ○非該当             |  |
| ●あり ○なし  | 2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)                      |  | ○非該当             |  |
| ●あり ○なし  | 3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている                       |  | ○非該当             |  |
| 評価項目3  |  |  | 評点(〇〇)           |  |
| 地域の関係機関との連携を図っている                              |  |  |                  |  |
| 評価   | 標準項目   |  |                  |  |
| ●あり ○なし  | 1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している                             |  | ○非該当             |  |
| ●あり ○なし  | 2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている                    |  | ○非該当             |  |



## カテゴリー2の講評

### 職員が守るべき法・規範・倫理について、意識が高まるよう取り組んでいます

福祉サービスに従事する者として、法人では職員の採用時も含めて必要な教育を実施しています。本年度は法人主催で理事長からの訓示として、人権尊重や利用者本位について研修を行い、職員が守るべき法や規範、倫理等の意識を高める取り組みをしました。この理事長からの訓示はストリーミングで動画配信をしているため、直接訓示を聞けなかった職員も含めて全職員が動画をみています。それ以外にも法人の他事業所や他法人の事例を基に学習することで、福祉職員に必要な法・規範・倫理の意識が高まるよう取り組んでいます。

### 養護学校での講話や未来(ミラクル)祭の開催など、地域社会との関わりを持っています

事業所の情報は法人のホームページの他、複数の介護系サイトに掲載しているほか、地域に対して事業所の取組を発信しています。地域の障害を持たれた方の保護者が事業所見学に来る際は、現在の福祉の姿や制度について理解が深まるように説明をしています。問い合わせも多いこともあり、所長が地域の養護学校に訪問し、法人の理念や事業所の取り組み、福祉の将来について説明もしています。このような取り組み以外にも、地域社会、外部に対して透明性の高い事業所になるよう未来(ミラクル)祭を実施するなど、身近に知ってもらう取り組みもしています。

### 地域の関係機関と連携を図り、福祉ニーズを把握することや、必要な協力を得ています

事業所では相模原市の同地域にある相模原市障害者連絡協議会や相模原市事業所協会と連携を図っており、地域の福祉ニーズを収集しています。主に地域の児童・障害・高齢の分野での意見交換を行うほか人権や虐待などをテーマとした研修を行っています。また、行政も交えて職員の人材確保をテーマに就職相談会を開催する等、精力的に取り組んでいます。地域の自治会とも連携し、自治会館で家族懇談会を開催したり、防災訓練を行っています。このような地域の関わりは会合記録として保管され、職員にも周知しています。

|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| カテゴリ3   |  |                                 |
| 3   | 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用                                    |                                 |
| サブカテゴリ1(3-1)  |  |                                 |
| 利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している   |  | サブカテゴリ毎の<br>標準項目実施状況 <b>8/8</b> |
| <b>評価項目1</b><br>利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)  |  | <b>評点(〇〇)</b>                   |
| 評価  | 標準項目   |                                 |
| ●あり ○なし   | 1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている     | ○非該当                            |
| ●あり ○なし   | 2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる                     | ○非該当                            |
| <b>評価項目2</b><br>利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる  |  | <b>評点(〇〇〇)</b>                  |
| 評価  | 標準項目   |                                 |
| ●あり ○なし   | 1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる      | ○非該当                            |
| ●あり ○なし   | 2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している     | ○非該当                            |
| ●あり ○なし   | 3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる                        | ○非該当                            |
| <b>評価項目3</b><br>地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している  |  | <b>評点(〇〇〇)</b>                  |
| 評価  | 標準項目   |                                 |
| ●あり ○なし   | 1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる               | ○非該当                            |
| ●あり ○なし   | 2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる                    | ○非該当                            |
| ●あり ○なし   | 3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している | ○非該当                            |
| カテゴリ3の講評  |  |                                 |
| <p><b>利用者や家族の意見・要望・苦情を集約し、職員は対応策や改善策を検討しています</b></p> <p>利用者に対し、契約時の契約書や重要事項説明書を用いて意見・要望・苦情がある際の対応について説明しています。法人としての苦情受付システムや外部の第三者委員の連絡会があることや、利用者及び家族が法人・事業所に対して何か意見があれば誠実に対応することを伝えています。オンブズマンも定期的に巡回しており、利用者が意見や不満・要望があれば本人から直接確認し、経営層に報告しています。そのため、職員はこのような情報や利用者とのコミュニケーションを通じて意見を集約し、職員会議で対応策や改善点について話し合っています。</p> <p><b>外出レクリエーションや音楽プログラムなど利用者の意向を反映させ、対応しています</b></p> <p>利用者への支援・サービスが向上するように利用者アンケートで意向を確認しています。当事業所では利用者に対して音楽プログラムや調理レクリエーション、外出レクリエーションなど多数のプログラムがあるため、利用者主体で選ぶことを大事に取り組んでいます。例えば、外出プログラムであれば職員が動物園や水族館など5~6か所の行き先を選択し、その中から利用者が自分の好きな場所を選択できるようにしています。また、音楽プログラムについては、利用者本人が歌より楽器を使いたいという希望を持たば、それに応えるように対応しています。</p> <p><b>法人会議や地域ネットワークなどで地域の福祉情報やニーズを収集しています</b></p> <p>地域社会の福祉に関する情報は、法人の会議や地域のネットワークから業界の情報や地域のニーズを収集し、今後の運営に活かしています。法人の所長会議及び法人の相模原エリア会議はそれぞれ月に1回開催されており、障害事業所の情報以外にも高齢施設や保育施設等の動向についても情報を得ています。法人の全体研修では社会福祉事業を行う上で必要な収入(報酬)について学習をしています。地域のネットワークでは、相談事業所のケースワーカーから得る情報が多く、新しく利用を検討している方の情報や他事業所の情報なども参考にしています。</p> |  |                                 |

| カテゴリ4  |  |                        |
|--|--|------------------------|
| 4  | 計画の策定と着実な実行  |                        |
| サブカテゴリ1(4-1)   |  |                        |
| 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる  |  | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/11 |
| <b>評価項目1</b><br>取り組み期間に応じた課題・計画を策定している <span style="float: right;">評点(000)</span>    |  |                        |
| 評価   | 標準項目   |                        |
| ●あり ○なし  | 1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している                               | ○非該当                   |
| ●あり ○なし  | 2. 年度単位の計画を策定している  | ○非該当                   |
| ●あり ○なし  | 3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる                   | ○非該当                   |
| <b>評価項目2</b><br>多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している <span style="float: right;">評点(0000)</span> |  |                        |
| 評価   | 標準項目   |                        |
| ●あり ○なし  | 1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている                             | ○非該当                   |
| ●あり ○なし  | 2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている                       | ○非該当                   |
| ●あり ○なし  | 3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している             | ○非該当                   |
| ●あり ○なし  | 4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している       | ○非該当                   |
| <b>評価項目3</b><br>着実な計画の実行に取り組んでいる <span style="float: right;">評点(0000)</span>         |  |                        |
| 評価   | 標準項目   |                        |
| ●あり ○なし  | 1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している                           | ○非該当                   |
| ●あり ○なし  | 2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にすることの取り組みを行っている | ○非該当                   |
| ●あり ○なし  | 3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している                          | ○非該当                   |
| ●あり ○なし  | 4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる         | ○非該当                   |

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況 **4/4**

評価項目1  
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)

| 評価      | 標準項目  |      |
|---------|---|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している                      | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している                        | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる                       | ○非該当 |

カテゴリ-4の講評

**法人の理念やビジョンを実現するため、単年度計画及び中長期計画を策定しています**  
 理念・ビジョンの実現に向けて、法人では5ヶ年計画であるマスタープラン(中長期計画)を策定し、事業所では単年度の事業計画書を策定しています。この事業計画書には①年度の目的、②年度の方針、③年度の重点目標、④事業所としてユニークで独創的な取り組み、⑤重点課題、⑥実施運営、⑦事業内容、⑧活動日数、⑨研修、⑩会議、⑪年間予定等が記載され、職員に周知しています。事業所ではこの計画が達成できるよう職務分担表を作成し、常勤職員・非常勤職員含め全員で担当を割り振って運営しています。

**利用者が担当する作業の種類や目標を見直し、計画の達成に向けて取り組んでいます**  
 次年度の事業所の計画は前期の2月までに検討し、法人では3月に承認しています。この計画に従いサービス提供責任者やシフト担当者が年度初めに計画案を作成し、職員会議で担当を決め、内容を周知しています。利用者が行う作業としても、えびせん作りや空き缶収集、紙のリサイクル製品作りなど定番の仕事から、新しくTシャツの作成作業を始めるなど、計画的に行っています。作業には製造目標数値を設けて、毎日の目標を利用者と職員が共有することで目標達成の意識が持てるようにしています。

**職員が日々の安全確保や緊急時対応が出来るよう、必要な対策に取り組んでいます**  
 利用者の安全確保や緊急時の対応について、マニュアルを作成し職員への教育を行っています。インフルエンザやノロウィルスに関しては、看護師が研修を受講し、最新の情報として職員に共有し、現場で実践しています。ヒヤリハット報告や事故報告については、クラウド上で法人に報告する仕組みとなっており、それぞれの件数を把握し、再発防止に役立てられています。また、万が一の緊急時に備えて、全事業所でSNSを活用した安否確認や連絡ができるようにしていることで、電話が繋がらない場合の対策をしています。

| カテゴリ5                                  |   |                      |
|--|---|----------------------|
| 5 職員と組織の能力向上                           |   |                      |
| サブカテゴリ1(5-1)                           |   |                      |
| 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる |   | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/8 |
| 評価項目1<br>事業所にとって必要な人材構成にしている           |   | 評点(000)              |
| 評価                                     | 標準項目  |                      |
| ●あり ○なし                                | 1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している               | ○非該当                 |
| ●あり ○なし                                | 2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている                             | ○非該当                 |
| ●あり ○なし                                | 3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる                                    | ○非該当                 |
| 評価項目2<br>職員の質の向上に取り組んでいる               |   | 評点(00000)            |
| 評価                                     | 標準項目  |                      |
| ●あり ○なし                                | 1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している                            | ○非該当                 |
| ●あり ○なし                                | 2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している        | ○非該当                 |
| ●あり ○なし                                | 3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している  | ○非該当                 |
| ●あり ○なし                                | 4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている                 | ○非該当                 |
| ●あり ○なし                                | 5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している | ○非該当                 |

サブカテゴリ-2(5-2)

職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

7/7

評価項目1

職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる

評点(〇〇〇)

| 評価   | 標準項目                                     |                           |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している   | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる    | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

| 評価   | 標準項目  |                           |
|--|---|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる                 | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる                            | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる  | <input type="radio"/> 非該当 |

カテゴリ-5の講評

人事考課制度を導入し、人材像を明確にするほか、採用・配置も適正に行っています

法人では今年度新しい人事考課制度を導入し、法人の求める人材像、評価項目を明確にしています。人事考課シートには法人が大事にしている評価ポイントが反映されており、それを基に職員は自分でも目標を立て、所長との面談に臨んでいます。また、職員の確保は最重要課題と捉え、福祉の経験だけでなく、人柄やコミュニケーション能力、普通運転免許の有無などの視点から職員採用をしています。人員配置としても同性介助を基本としており、職員の男女バランスにも留意してシフトを組むなど、工夫して運営しています。

職員の能力向上のため、所長が面談を通じて本人の意向を確認し必要な支援をしています

職員の支援力、技術力等の能力が高まるよう個人目標を立てることで、事業所では職員育成を計画的に行っています。これまでは目標管理シートで職員が今期取り組みたい目標テーマを記載することができましたが、今年度からチャレンジシートへの変更に伴い書式を変更したことで、より具体的に分かりやすく記載できるようにしています。職員個人別の育成計画については所長が職員と半年に1度面談を行い本人の意向を確認しています。非常勤職員に対しても面談を行い、勤務時間を増やしたい、資格を取りたい等の希望を確認して、対応をしています。

職員の満足度やストレス度を把握し、事業所が働きやすい環境になるよう配慮しています

職員の満足度を高め、負荷を軽減するために就業環境の整備に取り組んでおり、ストレスチェックを年に2回実施し、法人全体で管理しています。その結果によっては、法人内にカウンセラーが配置されているため、必要に応じて面談することができます。また、事業所では職員の残業を管理し、休暇も取得し易くすることで、働きやすい職場環境をつくっています。法人の特徴である「ほめーる制度」は以前していましたが、最近では行っていません。よりよい環境を構築するための手段として、今後は更なるコミュニケーションを増やす取り組みに期待されます。

| 7  |   |  | カテゴリ7            |  |     |
|--|---|--|------------------|--|-----|
| 情報の保護・共有   |   |  | サブカテゴリ1(7-1)     |  |     |
| 情報の保護・共有に取り組んでいる   |   |  | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 |  | 7/7 |
| <b>評価項目1</b><br>事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる   |   |  | <b>評点(〇〇〇)</b>   |  |     |
| 評価   | 標準項目  |  |                  |  |     |
| ●あり ○なし  | 1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している                       |  | ○非該当             |  |     |
| ●あり ○なし  | 2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している               |  | ○非該当             |  |     |
| ●あり ○なし  | 3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している                     |  | ○非該当             |  |     |
| <b>評価項目2</b><br>個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している  |   |  | <b>評点(〇〇〇〇)</b>  |  |     |
| 評価   | 標準項目  |  |                  |  |     |
| ●あり ○なし  | 1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している                          |  | ○非該当             |  |     |
| ●あり ○なし  | 2. 個人情報の保護に関する規定を明示している                               |  | ○非該当             |  |     |
| ●あり ○なし  | 3. 開示請求に対する対応方法を明示している                                |  | ○非該当             |  |     |
| ●あり ○なし  | 4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている |  | ○非該当             |  |     |
| カテゴリ7の講評   |   |  |                  |  |     |
| <p><b>法人の情報セキュリティポリシー—新に伴い、情報管理に対するルールを設けています</b></p> <p>法人では今年度「情報セキュリティポリシー」と「情報システム管理規程」を設け、法人及び事業所で取り扱う電子情報の保護・共有のルールを一新しました。それに伴い、パソコンの使用ルールや情報管理について、職員一人ひとりの意識改革を促しています。法人や事業所の運営に関する重要情報は役職による閲覧制限を設けており、一般職員が自由に情報を共有できる共有フォルダも設けています。情報セキュリティのルールが職員個々に浸透するにはまだまだ時間が掛かることも予想できるため、継続的な情報セキュリティ教育の実施が望まれます。</p> <p><b>法人の個人情報保護規程に則り、利用者や職員に対して規程の運用をしています</b></p> <p>法人の「個人情報保護規程」に則り、事業所も同じ規程で運用しています。個人情報保護規程には個人情報の利用目的や個人情報の管理、開示請求等、記載されています。利用者が事業所と契約する際の「利用契約書」にも守秘義務として、個人情報の取扱いに関するルールを記載しています。また、ボランティアや実習生を含む全職員に対しても個人情報保護に関する同意書を提出してもらっています。なお、法人の「個人情報保護規程」は平成18年11月に改正があって以来約10年経過しているため、最新の条例も踏まえた規程になるよう改定が望まれます。</p> |   |  |                  |  |     |

|   |  |
|---|--|
| カテゴリ8   |  |
| 8   | カテゴリ1～7に関する活動成果  |
| サブカテゴリ1(8-1)  |  |
| 前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している   |  |
| 評価項目1   |  |
| 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている<br>・カテゴリ1:「リーダーシップと意思決定」<br>・カテゴリ2:「経営における社会的責任」<br>・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」   | <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている<br><input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない<br><input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない |
| 改善の成果   |  |
| <p>前年度と比較し、主任と副主任が加わったことで計画的な組織運営ができています</p> <p>事業所では前年度と比較し、事業計画の策定と着実な実行の面で進んでいます。組織人事として、主任と副主任が加わり、所長のサポートができていくことが大きな要因となっています。</p>  |  |
| サブカテゴリ2(8-2)  |  |
| 前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している  |  |
| 評価項目1   |  |
| 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている<br>・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」   | <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている<br><input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない<br><input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない |
| 改善の成果   |  |
| <p>前年度と比較し、職員とのコミュニケーションが増加し、良い方向に進んでいます</p> <p>前年度に比べ、主任、副主任が加わり組織が安定したこともあり、職員間のコミュニケーションが取りやすくなりました。職員面談を主任が担当することで、問題を抱える職員が少なくなったという意見も出てきています。</p>  |  |
| サブカテゴリ3(8-3)  |  |
| 前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している   |  |
| 評価項目1   |  |
| 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている<br>・カテゴリ6:「サービス提供のプロセス」<br>・カテゴリ7:「情報の保護・共有」   | <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている<br><input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない<br><input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない |
| 改善の成果   |  |
| <p>前年度と比較し、利用者への支援(安全性)が向上しています</p> <p>前年度に比べ、利用者への安全対策、支援の面で向上しています。過去に利用者が事業所を飛び出してしまい、事故につながる恐れがあったため、事業所の外側に柵を設けることができました。また、その特定の利用者に対して職員配置を見直し、専属で職員が関われる体制を構築することができました。そのため、事業所の安全性が向上しています。</p> |  |



サブカテゴリ4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

前年度に比べ、人件費が管理されたことで、事業所の財政状況が良くなっています

前年度に比べ、事業所の財政状況及び収支バランスの面で改善がみられます。今年度は職員の残業代について管理し、遅くまで働かせないよう職員の体調管理を行った結果、収支バランスの向上にも結びつきました。

サブカテゴリ5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している  
・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上しています

今回初めて第三者評価を受診したこともあり、利用者(家族)の意向把握の面で、多くの収穫がありました。これまでは法人内や事業所内だけの確認でしたが、外部機関との関わりを持てたことで、職員同士でも話し合うきっかけになり、利用者意向の把握の面で向上しました。

## Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

| No. | 共通評価項目  |   |
|-----|---|---|
|     | サブカテゴリ1   |   |
| 1   | サービス情報の提供   | サブカテゴリ毎の<br>標準項目実施状況 <b>3/4</b>               |
|     | 評価項目1<br>利用希望者等に対してサービスの情報を提供している   | 評点(○○○●)                                      |
|     | 評価  | 標準項目  |
|     | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし  | 1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している              |
|     | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし  | 2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている  |
|     | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし  | 3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している                    |
|     | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし  | 4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している |
|     |   | ○ 非該当   |
|     |   | ○ 非該当   |
|     |   | ○ 非該当   |
|     |   | ○ 非該当   |
|     | サブカテゴリ1の講評  |   |
|     | <p>パンフレットの情報量がやや少ない印象を受けました</p> <p>事業所の情報はパンフレットと法人ホームページで提供しています。パンフレットには仕事の様子として、各作業グループの活動内容とその様子を写した写真があります。漢字にはルビを振り、利用者本人が読むことができるよう工夫をしています。支援方針も書かれていますが、全体的に情報量がやや少ないような印象を受けました。一日のスケジュールやイベントなど、1年間を通してどのような活動が行われているのか、よりわかりやすい内容になっていくことを期待します。</p> <p>利用者定員が埋まっているため、見学はあまり受け入れていません</p> <p>現在、利用者定員を超える登録数があるため、見学等の問い合わせにはあまり積極的に受け入れていません。近隣に類似の事業所が少なく、このエリアに住んでいる当事者たちにとって待望であったことがうかがえます。関係機関との連携としては、法人内の相談支援事業所とのつながりがあります。相談に来た利用者希望者へ当事業所の情報を共有してもらい、実際に利用者につながっています。</p> |   |

| サブカテゴリー2   |  |                       |
|--|--|-----------------------|
| 2  | サービスの開始・終了時の対応                                   | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/7 |
| <b>評価項目1</b><br>サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている <span style="float: right;">評点(○○●)</span>   |  |                       |
| 評価   | 標準項目   |                       |
| ●あり ○なし  | 1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している     | ○非該当                  |
| ●あり ○なし  | 2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている           | ○非該当                  |
| ○あり ●なし  | 3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している          | ○非該当                  |
| <b>評価項目2</b><br>サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている <span style="float: right;">評点(○○○○)</span>  |  |                       |
| 評価   | 標準項目   |                       |
| ●あり ○なし  | 1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している | ○非該当                  |
| ●あり ○なし  | 2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている         | ○非該当                  |
| ●あり ○なし  | 3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている                       | ○非該当                  |
| ●あり ○なし  | 4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている     | ○非該当                  |
| サブカテゴリー2の講評  |  |                       |
| <p>利用開始時に所長等が契約書、各種同意書を説明し、同意を得ています</p> <p>利用するにあたっては実習を経てから、契約を結ぶようになっています。契約時には所長と担当職員が立ち会い、契約書、重要事項説明書のほかに個人情報提供の同意書、必要に応じて医療行為等の同意書をそれぞれ説明し、記名・押印してもらっています。また、台風や災害時の緊急時対応マニュアルも説明し、万が一の際の対応について確認しています。利用者や家族の意向は、事前に渡す利用者プロフィールの書類に記入してもらおうよう願っています。</p> <p>家族との連携を密にし担当者を付けるなど、利用開始直後の不安軽減に努めています</p> <p>利用開始前の利用者の情報は利用者プロフィールに記載してもらっています。それまでの生活の様子や成育歴、障がいの特性などを書くようになっています。ここで得た情報と実習時で確認した事項などを参考にして、事業所は受け入れの準備をします。本人が意思表示をすることが難しいことが多く、家族との連携を特に重視し、家庭での状況などを細かく聞くように努めています。また、担当職員を付けることで利用者が早く慣れるようにするなど、配慮しています。</p> |  |                       |

サブカテゴリ3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

7/10

評価項目1

定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している

評点(000)

| 評価   | 標準項目  |                           |
|--|---|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している          | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている                  | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目2

利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している

評点(000)

| 評価   | 標準項目                                     |                           |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている            | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している               | <input type="radio"/> 非該当 |

|  |   |                           |
|--|---|---------------------------|
| <b>評価項目3</b><br>利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している  |   | <b>評点(○●)</b>             |
| <b>評価</b>  | <b>標準項目</b>   |                           |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし   | 1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある                         | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし   | 2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <b>評価項目4</b><br>利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している  |   | <b>評点(●●)</b>             |
| <b>評価</b>  | <b>標準項目</b>   |                           |
| <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし   | 1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している                 | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし   | 2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している             | <input type="radio"/> 非該当 |
| <b>サブカテゴリー3の講評</b>   |   |                           |
| <p><b>アセスメントから計画の見直しまでの流れが定まっています</b></p> <p>利用者の情報は、入所前については基礎調査票を家族に記入してもらい、その後、所定のモニタリング、アセスメントシートを使っています。アセスメントは半年に1度見直すほか、必要に応じて対応しています。利用者一人ひとりの個別対応を心がけ、担当者と所長(サービス管理責任者を兼務)が日々の様子などを振り返りながら、本人の課題等を確認して行っています。計画の見直し際には、本人と家族に説明し、同意の上で修正します。なお、見直しにあたって法人内の相談支援員と連携しながらできる点は特徴となっています。</p> <p><b>記録内容は支援計画を反映したものに見直ししていくことを望みます</b></p> <p>利用者の日々の記録は法人共通のソフトに入力しています。職員間で役割分担し、送迎に行かない職員が参加した利用者の様子を記録していきます。また、問題行動を起こす利用者については別途、記録する書式が用意されています。これらの記録は印刷して個別ファイルに綴じ、特に注意する箇所についてはマーカーで色を付けています。実際の記録を確認しましたが、内容が支援計画を反映したものとなっておらず作業日誌のように留まっていました。全体的に「書く」ことが不慣れな職員も多いとのことですので、記録の方法については見直しを望みます。</p> |   |                           |

サブカテゴリー5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況

7/7

評価項目1

利用者のプライバシー保護を徹底している

評点(000)

| 評価   | 標準項目   |                           |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている   | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている                                | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目2

サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点(0000)

| 評価   | 標準項目  |                           |
|--|---|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)                       | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている                           | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている                                       | <input type="radio"/> 非該当 |

サブカテゴリー5の講評

プライバシー保護等に関して徹底しています

個人情報の取り扱い等に関しては、契約時に同意書を利用者と家族に説明し、同意を得ています。法人としては個人情報保護規程を作成し、その方針を示しています。事業所内には鍵付きの個人ロッカーを設置し、個人の荷物を保管できるようになっています。普段の活動中、プライバシーに関するような相談や話をする場合には周囲に配慮し、場所を移して話を聞くようにしています。介助に関しては同性介助を基本とし、更衣室などを備えて外から見えないようになっています。

虐待防止に組織的に取り組んでいます

利用者が日中の活動を自由に選択できるよう、各作業グループの中でも本人が望む活動を提供できるよう心がけています。意思表示が難しい利用者の中には、声をかけ、その反応をみて本人の気持ちを読み取るようにしています。虐待防止のために、職員会議でテーマを取り上げてディスカッションするほか、法人で作成したDVDを見る予定を設けるなどして、組織的に対策しています。そのほかでは、月1回オンブズマンが来所する機会が設けられており、利用者が職員へ言いづらいことを外部へ相談できるようになっています。

サブカテゴリー6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況

7/11

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(●●●)

| 評価   | 標準項目  |                           |
|--|---|---------------------------|
| <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | 1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | 2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている   | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | 3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している          | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(○○●)

| 評価   | 標準項目   |                           |
|--|--|---------------------------|
| <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | 1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている                | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる         | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(〇〇〇〇〇)

| 評価      | 標準項目   |      |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している                  | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている                 | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している             | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている          | ○非該当 |

サブカテゴリー6の講評

マニュアルの整備が進んでおらず、業務の標準化へ向けた取り組みは課題といえます

入職時、職員一人ひとりへ配布される「職員ハンドブック」があり、職員の心構えから具体的な業務に関する内容がマニュアルとなってまとめられています。しかしながら、現場ではほとんど使用されておらず、形骸化してしまっています。これは当事業所のみならず、法人全体に共通しています。職員に求められる事項が網羅されているので、今後の活用が望まれるところです。そのほか、事業所独自のマニュアルはこれまでのところ作成されておらず、業務の標準化に向けた取り組み全般が課題となっています。

利用者の安全性に配慮した支援ができています

利用者の安全性に配慮した支援に関しては、改善の兆候がみられました。ヒヤリハットを毎日夕方のミーティングで発表して職員間の共有を図り、半年間でその実績を一覧にまとめるなど再発防止に努めています。また、利用者の特性によりどのフロアで活動するかを考えています。車いすを使う利用者がいますが、突然走り出したりする利用者もいることから、車いすをどこに配置するか注意を払っています。これは訪問時の午前中の音楽プログラムを行っている際に実際に確認することができました。



Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

|   |   | サブカテゴリー4          |       |
|---|---|-------------------|-------|
| サービスの実施項目   |   | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 | 20/21 |
| 1   | 評価項目1<br>個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている | 評点(○○○●)          |       |
| 評価  | 標準項目  |                   |       |
| ○あり ●なし   | 1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている                           | ○非該当              |       |
| ●あり ○なし   | 2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している             | ○非該当              |       |
| ●あり ○なし   | 3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している          | ○非該当              |       |
| ●あり ○なし   | 4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている                       | ○非該当              |       |
| 評価項目1の講評  |   |                   |       |
| <p><b>支援計画に基づいた日々の活動へとつながることを期待します</b></p> <p>日頃から職員が利用者一人ひとりの個別支援計画を意識してできているか、という点においては全員ができていない状況のようです。利用者のケース記録を見ると、支援計画とは結び付かない内容が多かったことから推察できます。一方で、職員調査では利用者個々への対応がよくできているという意見が複数挙がるなど、利用者のことを考えた行動はできている様子はうかがえました。今後は定期的に支援計画を確認するなどして、日々の活動とつながりを持たせていくことが望まれます。</p> <p><b>コミュニケーションの取り方は一人ひとりに対して工夫しています</b></p> <p>コミュニケーションに課題がある利用者が多いこともあり、一人ひとりに合わせた方法を工夫しています。朝礼では、その日の気分を皆の前で発表するために、様々な表情をした顔の絵を用意し、利用者に指し示してもらっています。自閉症の傾向がある利用者が2階フロアに多くいるので、扉に絵を貼って何をやる場所なのかを示すことで理解を促しています。この絵は1階でも確認することができ、実際にこの絵により利用者の理解が進んだ面もあったとのこと。</p> <p><b>自立へ向けて短期入所使用からグループホームでの生活へと移行しています</b></p> <p>利用者が地域で自立した暮らせるよう支援しています。グループホームから通所している利用者に対しては送迎時に家での様子を確認するほか、担当職員が帰り道に立ち寄って話を聞く機会を作るなど、安心できる環境づくりをしています。また、将来的にグループホームでの生活を検討している利用者には法人内の他事業所で短期入所の利用を勧めています。慣れないうちは職員も同行することもあります。連絡帳は単に言葉によるやり取りを記録するだけでなく、写真を貼り付けるなど工夫して、利用者が楽しめるようにしています。</p> |   |                   |       |

| 2 評価項目2<br>利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている  |   | 評点(0000) |
|--|---|----------|
| 評価   | 標準項目  |          |
| ●あり ○なし  | 1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している                     | ○非該当     |
| ●あり ○なし  | 2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている                 | ○非該当     |
| ●あり ○なし  | 3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている                   | ○非該当     |
| ●あり ○なし  | 4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】<br>利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している | ○非該当     |
| 評価項目2の講評   |   |          |
| <p><b>活動内容や場所については、本人の気持ちを大切に決めていきます</b><br/> 日中の活動は前以て決めておくのではなく、朝通所してきた際に職員が声をかけ、その日の体調や気分で利用者本人に選択してもらっています。活動場所については、障がい特性や利用者同士の相性に配慮し決めていきます。たとえば、自閉傾向の強い人たちは2階で活動してもらっています。音が気になる人はヘッドフォンをつけることで、落ち着いて作業に取り組んでいます。このように事業所で自分らしく過ごせるよう、環境づくりには十分に配慮しています。</p> <p><b>利用者が過ごしやすいよう室内環境を整えています</b><br/> 様々な障がい特性を持つ利用者が通っていることから、人によって希望が異なることがあります。そのため、昼食時のテレビに関するルールなどを利用者の意見を反映して作っています。また、職員に対して個別でインターネット検索をお願いしてくる人には1日1つまでとルールを定めるなどの対応もしています。室内環境は利用者の過ごしやすいようにしています。掃除は利用者が職員と一緒にしています。トイレ掃除や洗濯については職員が対応しています。必要に応じてレイアウト変更をするなど、柔軟に対応しています。</p> <p><b>食事は同法人が運営する事業所から運んでもらっています</b><br/> 食事は市内にある同法人が運営する「きらら」で作ったものを運んできてもらっています。食べる場所は利用者が食べたいところを選んでもらい、1階では音楽を流して楽しいひとときとなるようにしています。なお、利用者同士の相性を考慮して、座席の位置には配慮しています。アレルギーがある人には除去食を提供するほか、きざみ食などの利用者に合わせた食事形態で提供しています。給食会議を適宜行い、食事の満足度を高めるよう努めています。</p> |   |          |

|  |   |  |               |
|--|---|--|---------------|
| 3 評価項目3<br>利用者が健康を維持できるよう支援を行っている  |   |  | 評点(0000)・非該当1 |
| 評価   | 標準項目  |  |               |
| ●あり ○なし  | 1. 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者の相談に応じている                 |  | ○非該当          |
| ●あり ○なし  | 2. 健康状態についての情報を、必要に応じて家族や医療機関等から得ている              |  | ○非該当          |
| ●あり ○なし  | 3. 通院、服薬、バランスの良い食事の摂取等についての助言や支援を行っている            |  | ○非該当          |
| ●あり ○なし  | 4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている          |  | ○非該当          |
| ○あり ○なし  | 5. 【利用者の薬を預ることのある事業所のみ】<br>服薬の誤りがないようチェック体制を整えている |  | ●非該当          |
| 評価項目3の講評   |   |  |               |
| <p>嘱託医が月1回訪問し、気になる症状の利用者などを診ています</p> <p>利用者の健康状態を把握するため、毎朝通所時にバイタルチェックをしています。自分で記録できる人は自分で、そのほかの人については職員が記録しています。看護師は週3日の勤務となっています。法人が運営するクリニックから嘱託医が月1回巡回で訪問してきます。その際は、あらかじめ健康面で気になる人を確認するように決め、当日の段取りをします。そのほか、嘱託医と一緒に通院の練習をしたり、予防接種をしたりしています。これらの情報は家族と共有し、また家族からも日々の家庭での様子を確認することで、利用者の健康維持に努めています。</p> <p>発作などの体調変化に対応できるよう職員間で情報共有しています</p> <p>健康面に関するアドバイスは、利用者本人は理解することが難しい場合が多いため家族との協力が大切になってきます。日々の送迎時の会話から連絡帳で家庭及び事業所での様子を共有することで、健康状態の把握に努めます。年1回の健康診断結果をみて、たとえば血糖値が高い利用者がいれば、甘い食べ物を控えるように伝えるなど、必要なアドバイスをしています。発作などの急な体調変化があった場合、朝夕の打ち合わせで共有し、対応方法については会議議事録に残して職員全員で確認できるようにしています。</p> |   |  |               |

|   |   |         |
|---|---|---------|
| 4 評価項目4<br>利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている  |   | 評点(〇〇〇) |
| 評価  | 標準項目  |         |
| ●あり ○なし   | 1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている          | ○非該当    |
| ●あり ○なし   | 2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている        | ○非該当    |
| ●あり ○なし   | 3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている | ○非該当    |
| 評価項目4の講評  |   |         |
| <p>連絡帳に写真を貼るなどの工夫により、家族に多くの情報が伝わっています</p> <p>家族とは連絡帳を通じて日々の情報を共有しています。中でも連絡帳の内容を充実させようと工夫している様子がうかがえました。その日の利用者に関するコメントを載せるだけでなく、活動の様子を写した写真を貼り付けることで、言葉で伝えるよりも多くの情報を家族が得られることができています。実際に家族からは好評を得ており、よい情報提供ができていますと評価できます。連絡帳だけでは伝えにくい場合などは、必要に応じて電話連絡しています。</p> <p>家族懇談会や土曜日レクリエーションなど、家族と良好な関係が築かれています</p> <p>事業所と家族全体が交流する機会として年2回、家族懇談会が開かれています。ここでは活動予定、結果を報告するほか、たとえば後見人制度に関する案内をしたり、緊急時連絡カードの内容更新などの事務的手続きをしたりしています。新年に行う際には、レストランを予約して昼食をとりながら楽しい雰囲気の中で行われており、多くの家族が参加しています。そのほかでは、土曜日レクリエーションでは料理活動と一緒に参加したり、ミラクル祭りのアンケートでは今後の希望を聞くなど、家族との協力体制が築かれています。</p> |   |         |
| 5 評価項目5<br>利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている  |   | 評点(〇〇)  |
| 評価  | 標準項目  |         |
| ●あり ○なし   | 1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている                   | ○非該当    |
| ●あり ○なし   | 2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている        | ○非該当    |
| 評価項目5の講評  |   |         |
| <p>利用者のグループホーム移行に向けて支援しています</p> <p>地域で行われるお祭りや販売会の情報を利用者に提供しています。利用者の地域移行実現へ向けは、短期入所の利用を勧めています。まずはグループホームの見学からはじめ、食事をするなど徐々に慣れていくようにします。実際の生活面でイメージしやすいように、たとえばトイレトーパーをどれくらい使ったらいいのか写真で示したり、排せつリズム表や睡眠時間の記録などをより細かくとってホームの世話人とのやり取りを密にしています。</p>  |   |         |

|   |  |   |  |          |  |
|---|--|---|--|----------|--|
| 6 評価項目6   |  | 【生活介護】日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている                  |  | 評点(〇〇〇〇) |  |
| 評価  |  | 標準項目  |  |          |  |
| ●あり ○なし   |  | 1. 一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動やその他の活動の支援を行っている               |  | ○非該当     |  |
| ●あり ○なし   |  | 2. 自分でできることは自分で行えるよう働きかけている                             |  | ○非該当     |  |
| ●あり ○なし   |  | 3. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている                   |  | ○非該当     |  |
| ●あり ○なし   |  | 4. 【工賃を支払っている事業所のみ】<br>工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している |  | ○非該当     |  |
| 評価項目6の講評  |  |   |  |          |  |
| <p>作業ばかりにならないよう、創作的活動にも取り組んでいます</p> <p>日中活動は、縫製作業グループ、再生紙製品グループ、海老せんグループの3つに分かれて行っています。利用者が希望するグループで活動してもらっています。たとえば、デザインが好きな利用者にはTシャツづくりをしています。また、活動が作業ばかりにならないよう、創作的活動も取り入れています。訪問調査時にはちょうど音楽プログラムの活動をしており、外部から講師を招いてみんなで楽しく歌っている様子を確認することができました。そのほかには、金曜日に女子会と称して、女性利用者同士で買い物に出かける活動などもあります。</p> <p>工賃は発生していますが少ないため、今後は賞与で還元していきたいと考えています</p> <p>生活介護事業ではありますが、下請け作業や再生紙を利用したはがきやポチ袋の販売をしているので工賃が発生しています。支給の際は明細書を付けていますが、利用者本人の理解は難しくなっています。工賃の額は、通所1日に対する定額を定めて支給しています。毎月の工賃は低いため、賞与で少しでも還元していきたいと事業所では考えています。</p> |  |   |  |          |  |

| 事業者が特に力を入れている取り組み① |   |                   |
|--------------------|---|-------------------|
| 評価項目               | 2-2-3   | 地域の関係機関との連携を図っている |
| タイトル①              | 地域との関係を大切にすることで法人の理念や事業所の認知の向上に努めています   |                   |
| 内容①                | 地域に根付いた事業所として、地域との関わりを大切にしています。現在事業所では自治会との関わりやお祭りの開催、利用者の作業として空き缶拾いを通じて地域と関わりを持っています。自治会長との関係も良く、自治会館での家族懇談会開催の場所提供や、防災訓練の参加等の協力を得られています。また、相模原市の養護学校で所長が事業所について説明することや、地域の障害を持つ家庭からの事業所見学依頼に対応することで、法人や事業所の理念を伝えています。 |                   |

| 事業者が特に力を入れている取り組み② |   |                  |
|--------------------|---|------------------|
| 評価項目               | 4-1-3   | 着実な計画の実行に取り組んでいる |
| タイトル②              | 利用者が行う作業の品質を高めたり、ケガを防止したり、計画的な作業を行っています   |                  |
| 内容②                | 事業所が利用者に提供している作業として、えびせんづくりや空き缶回収、紙のリサイクル製品づくりがあります。製品の品質を高めたり、万が一の事故に備えたりするため、他施設の先進事例や失敗事例の収集にも余念がなく、把握した情報は現在の利用者支援に生かしています。えびせんづくりは20年以上の経験がある事業所から教わっており、空き缶作業も他事業所で起こったケガの事例を踏まえ対応しています。このような着実な作業を行う一方で新しくTシャツを作成して販売することも行っており、利用者だけでなく職員の意欲向上につなげています。 |                  |

| 事業者が特に力を入れている取り組み③ |  |  |
|--------------------|--|--|
| 評価項目               | 6-4-1  | 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている |
| タイトル③              | 様々な方法により利用者とのコミュニケーションを深めています  |  |
| 内容③                | 法人の相模原エリアの事業所が集まる研修で自閉症研修を企画する等、利用者の障がい理解し、深いコミュニケーションが取れるようにしています。事業所内を見学すると、廊下や活動室内に絵が多く貼りだしてあることが目につきました。これは自閉傾向が強い利用者に対して言葉で理解を促すことが難しいため、絵で伝えているということでした。実際に絵を見て理解する利用者も多くいるとのことで、成果に結びついているといえます。朝礼時に行う気分調べでも、いろいろな表情をしている絵を選び、その日の気分を皆に教えてくれています。 |  |

| No. | 特に良いと思う点     |  |
|-----|--------------|--|
| 1   | タイトル         | 職員が増加したことで組織の基盤が安定し、その結果、職員同士のコミュニケーション量が増えたことでよい職場づくりが行えています  |
|     | 内容           | 今年度は職員の増加に伴い、事業所運営の安定化につなげる取り組みができており、それが利用者への支援に結びついています。特に主任と副主任が所長をサポートできる体制になったことで、所長が全体を俯瞰したマネジメントを行えるようになっていきます。職員同士の面談は主任が行い、職員一人一人とコミュニケーションをすることで、悩みを抱え込む職員が減りました。また、職員同士で職務分担表を作成していることで、職員一人一人の責任感が醸成され、協力し合える環境づくりに向けた取り組みが行われています。                  |
| 2   | タイトル         | 職員体制が整ってきたことで、支援の個別化ができてきています  |
|     | 内容           | 様々な障がい特性をもつ利用者を受け入れ、3つのグループに分かれてそれぞれが自分らしさを発揮できる場が用意されています。作業については特定のものに縛ることはなく、本人が興味を持ったものに取り組んでもらうよう選択の機会を設けています。そのため、支援する職員は多種多様な作業にかかわることになりますが、利用者本位の姿勢を大切にしています。それを表すように職員の自己評価では「利用者一人ひとりに合った対応ができています」という意見が複数あがっており、その成果が現れてきているといえます。                  |
| 3   | タイトル         | 自閉症に関する専門性が高く、利用者の満足度が向上していくものと思われます   |
|     | 内容           | 自閉症の利用者に対して、専門的なアプローチによる支援が行われていました。コミュニケーションでは絵や写真を多く使ったり、落ち着いて作業に集中できるようにレイアウトを変更するなどの取り組みが確認できました。また、法人の相模原エリアでは複数の事業所が協力して研修を企画しています。昨年度は当事業所が自閉症研修を企画し・実施運営をしており、職員が専門的なことを学べる機会をつくっています。今後もこのような継続的な取り組みにより専門性を高めることで利用者満足度の向上へとつながっていくことと思われ、期待が持たず。      |
| No. | さらなる改善が望まれる点 |  |
| 1   | タイトル         | 個別支援計画に沿った日々の活動と記録など、支援全般に関してその取り組みの振り返り及び見直しを期待します  |
|     | 内容           | 利用者の活動に関する日々の記録と、その情報の共有に関しては全体的に課題が散見されました。記録方法は定まっていますが、内容は支援に対する反応等には触れられておらず作業内容を書き記した程度に留まっています。その背景には、職員が利用者一人ひとりの支援計画を十分に把握できていないのが原因と考えられます。また、職員間での利用者に関する情報共有の機会も十分とはいえず、記録の保管に関しては統一されていませんでした。支援計画を中心とする活動及び記録の改善に期待します。                             |
| 2   | タイトル         | 業務の標準化に関しては全般的に見直ししていくことが望まれます   |
|     | 内容           | 事業所が開所して約5年が経過していますが、マニュアル等の整備・活用が十分にできておらず、事業所としての業務の標準化へ向けた取り組みについては課題と見受けられました。定期的な会議の場で支援方法などの確認は行われているものの、計画的に業務の点検や見直しが行われておらず、結果として職員個人の判断に委ねられている部分も多いと感じられました。法人で作成している「職員ハンドブック」の活用もできておらず、業務の標準化全般について見直しが見られます。                                      |
| 3   | タイトル         | 法人の理念を浸透させ支援サービスを向上させるために、職員同士のコミュニケーションをさらに増やしていくことに期待されます  |
|     | 内容           | 職員数が増え、組織が安定してきた状態であることで、事業所としては次の成長ステージに向かう段階にきています。具体的には法人の理念や考えを全職員に対して浸透を図り、支援サービスを向上させることです。職員の意見としても職員同士に意識の格差があると記述があります。年度の計画事項や日々の連絡事項についても常勤職員・非常勤職員問わず、全員が同じ情報を把握しているかという点では所長も十分ではないと認識をしています。そのため、主任と副主任が加わり組織体制が固まった今、職員同士のコミュニケーションを増やすことに期待されます。 |