

第三者評価結果

事業所名：横浜市中山みどり園

I 福祉サービスの基本方針と組織 1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	第三者評価結果
【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。	b
<p><コメント> 理念や基本方針はホームページやパンフレット、「職員ハンドブック」などに記載され、事業所の玄関ホールにも掲示されています。年度初めの職員会議で、読み合わせを行い、職員へ周知しています。事業計画は理念や基本方針を取り入れて作成しています。保護者教室で毎年事業計画と予算書を配布し、保護者へも周知していますが、分かりやすく説明した資料作成まではしていません。</p>	

2 経営状況の把握

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	第三者評価結果
【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。	b
<p><コメント> 毎月法人の生活介護部会に事業所の管理者と執行役員が参加し、社会福祉の動向についての情報を把握し、話し合いを行っています。地域の情報は横浜市からメール配信され、把握できています。法人で地域の事業所グループ会議があり、地域課題等を話し合っていますが、職員への周知が課題です。「自立アシスタント事業」や後見的支援、生活訓練などを通じて地域のニーズや課題を把握しています。予算は事業所で管理し、コスト分析を行っています。</p>	
【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。	b
<p><コメント> 毎月の「試算表」で事業所の収支、人件費、事務費等から事業所としての課題を明らかにし、法人のグループ長に報告しています。内容については職員会議で所長から職員へ周知しています。法人の幹部会議では、理事長、役員、グループ長、事務局等で経営についての話し合いを行っています。職位への周知に課題がありますが経営企画会議では、理事長、執行役員、グループ長などで各部の課題について話し合い、改善へ向けて取組を行っています。</p>	

3 事業計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
【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。	c
<p><コメント> 中・長期計画については、法人のマスタープラン委員会が現在策定中のため、確認出来ませんでした。</p>	
【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。	b
<p><コメント> 中・長期計画は策定されていませんが、法人の事業計画に基づいて、事業所の事業計画を所長と管理者で策定しています。事業計画の目的と方針は法人の規定により記載され、今年度の重点目標・課題については事業所独自の事業内容になっています。実行可能な具体的な内容になっていて、事業報告書で実施状況についての評価を行っています。</p>	

(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。	b
<コメント> 年度末の1月、2月に事業計画の実施状況について職員会議で各職員の達成度や新たな課題等について話し合い、事業報告書を作成し、職員の意見を取り入れた次年度の事業計画書を作成しています。職員会議では半期ごとに事業計画の進捗状況の確認と見直しを行なっています。事業計画は職員へ配布し、パソコンの共有ホルダーからいつでも閲覧できるようになっています。	
【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。	b
<コメント> 事業計画の利用者への説明は、2ヶ月に1回開催される家族教室に所長、管理者、支援員が参加し、コピーを配布し口頭で説明を行っています。主に事業所での現状の課題や今後の目標についての説明で、理解を促しています。家族からの意見は事業計画作成の際の参考にしています。事業計画を分かりやすく説明した資料は作成していません。	

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(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。		第三者評価結果
【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。		b
<コメント> 事業計画の重点目標や課題を職員の確認の上定め、年数回の振り返りを行っています。実施状況の結果により、次年度の事業計画に反映しています。園外宿泊や夏祭りなどは、実施後にアンケートを行い、評価や反省を次の機会に活かし、PDCAに基づいてサービスを提供しています。第三者評価や自己点検は定期的を実施していますが組織的に取り組むまでには至っていません。		
【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。		b
<コメント> 行事後のアンケート結果を分析し、次回の行事企画時に活かすようにしています。第三者評価の結果は職員間で内容の共有を行っています。年1回の自己点検で運営、支援などのチェックを実施し、法人総務部に提出しています。さらに掘り下げて具体的な解決策を出したり、改善計画を立てるまでには至っていません。		

II 組織の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
【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。		b
<コメント> 法人の「職務権限規程」に所長の役割と責任について明記されています。また不在時の権限委任についても明示されています。事業所の「職務分担表」に管理者の職務内容を明記し、職員へ配布し、周知が図られています。また、運営規定にも管理者の職務内容が明示されていますが、広報誌などに掲載したり、詳細に説明する迄には至っていません。		
【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
<コメント> 管理者は法人の法令遵守に関する研修や会議に参加し、理解しています。集団指導や自己点検などで、関係法令などを認識しています。また、市からの冊子「福祉の案内」に目を通しています。職員とは「倫理行動マニュアル」の読み合わせを行い、法令遵守の振り返りをするなどで、周知しています。		

(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。	b
<コメント> 管理者は職員会議で法人からの情報を職員へ周知し、事業所の課題についての方向性を示すなどリーダーシップを発揮し、職員からの意見や質問に答えています。職員会議では、予め議題を決め、議事録を残しています。管理者は現場活動に参加し、個別支援計画も作成しています。職員に専門的資格の取得を促し、取得に向けて積極的に調整を行っています。サービスの質の定期的、継続的な評価分析は実施できていません。	
【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。	b
<コメント> 管理者は自らも活動を行いながら、職員から報告を受けたり、意見を聞いて業務フローを検討し、業務改善に取り組んでいます。毎月役職の付いた職員と所長、管理者でリーダー会議を開催し、活動室の利用者の様子や意見を聞いています。特に残業についての声に対して、減らす方向で検討し、働きやすい職場にしたいと考えています。人事、労務、財務等を踏まえた分析は具体的には行えていません。	

2 福祉人材の確保・育成

(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。		第三者評価結果
【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。	b	
<コメント> 事業所で専門職が欠員した場合は法人へ連絡し、運営規定に則った人員配置になるように人材確保を行なっています。常勤職員の採用は法人で行い、非常勤職員の募集は事業所で行っています。一時面接は所長と管理者で、二次面接はグループ長、エリア常務理事が行い採用しています。採用前に5日間の実習を行い、判断しています。人員体制について具体的な計画を立てるまでには至っていません。		
【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	
<コメント> 「法人が期待する人材像」を明確にし、「職員ハンドブック」に明記しています。採用、異動、昇進などは「就業規則」に定められ、規定集にファイルされていて、職員はいつでも閲覧できるようになっています。また、パソコンの共有ホルダーからも確認できます。年1回意向調査を実施し、退職、異動、現在の職場での満足度など把握して、希望があれば、管理者やグループ長、常務理事などが面談し、話を聞いています。キャリアパスは法人で作成されていますが、事業所職員までは周知されていません。		
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
【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	
<コメント> 「計画的有給表」に職員の有給希望を記載し、それを基に希望の有給を取り入れたシフト表を作成しています。残業はパソコンソフトで、出勤、退勤、残業申請などと共に管理し、管理者がチェックしています。パワハラ、セクハラ等ハラスメント委員会がハラスメント規程を作成し、職員がハラスメントを受けた場合の相談窓口を設けています。育児休業を利用している職員もいます。残業や職員の離職など課題があり、改善について取り組んでいるところです。		
(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。	c	
<コメント> 毎年人事考課システムを活用し、年度初めの目標設定、中間や期末の振り返りを各自で行うようにしていましたが、今年度は法人で人事考課システムを作成中のために実施出来ていません。年2回の人事考課のための面談も行っていない。		

【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
--	---

<コメント>

法人が掲げる基本方針には、理想の職員像が明示されています。法人では毎年研修計画を作成し、階層別研修、専門分野別研修を実施しています。法人研修に該当職員は参加していますが、外部研修にはなかなか参加出来ていません。毎月、嘱託医の巡回後に職員全員に対し、支援についてのアドバイスや専門的知識を習得できるような研修を実施しています。

【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。	b
--	---

<コメント>

入社から7年目までは、法人で階層別研修を実施しており、該当者が参加しています。外部研修の情報提供を各職員へ行い参加を促していますが、自主的に参加する職員はあまりいません。入社後数年間は、経験のある職員が相談に乗るなどのメンターメンティーでの階層研修を行っています。事業所の研修計画は作成されていません。

(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
--	---

<コメント>

社会福祉士や保育士など福祉サービスに係る実習を積極的に受け入れています。実習生受け入れマニュアルは法人で作成されていますが、事業所独自では整備していません。学校側と事前に目的やスケジュールを確認しながら実習予定を組み、効果的に実習ができるように配慮しています。社会福祉士の指導者研修を受け、資格を取得した職員がいます。

3 運営の透明性の確保

(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	第三者評価結果
【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。	b

<コメント>

ホームページ、SNS、お便り等を通じ、理念、基本方針、施設情報、決算情報、サービス内容活動の様子等を公表しています。第三者評価の受診結果や苦情内容などの公表はしていません。法人の広報を年2回発行し、地域へ配布して、情報提供しています。

【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。	b
---	---

<コメント>

法人の「経理規定」「職務権限規程」などが整備されています。規定集としてファイルされ、職員はいつでも確認できるようになっていますが、周知までには至っていません。法人労務、総務、経理部からの内部監査は不定期に実施され、書類確認、実査などを行なっています。2、3年毎に市から実地指導を受けており、改善事項については職員会議で話し合い、検討しています。

4 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている。	第三者評価結果
【23】 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。	b

<コメント>

利用者が参加できるような情報を玄関ホールの掲示板に掲示しています。町内会の行事などの情報把握を行い、地域のイベントの販売会でアクリルたわしや紙漉きのポチ袋など、自主製品の販売を行って、地域交流をしています。また、定期的に近隣へのポスティングや作業具となるペットキャップの受け取りにスポーツセンターや学校などに行き、地域と交流できる機会を提供しています。買い物や飲食店等で地域資源を利用していますが、コロナ禍で地域交流は積極的には出来ていません。

<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。</p>	b
---	---

<コメント>

ボランティアの受け入れに関しては、登録状況を保管し、ボランティア希望の意向と支援現場の意向、業務内容とをすり合わせながら、効果的な参加に繋げています。現在ボランティアには、自主製品作り、ダンス指導、練り切り作りなどに参加してもらっています。ボランティア保険にも加入しています。今年度は職場体験を受け入れておらず、学校教育等の協力は出来ていません。

(2) 関係機関との連携が確保されている。

<p>【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。</p>	b
---	---

<コメント>

自立支援協議会の代表者会議、日中活動部会、相談支援部会に定期的に参加し、近隣の関係機関との情報交換や地域での取組を協働して行っています。得られた地域情報については、職員会議で共有しています。社会福祉協議会、緑区、横浜市と連携した会議にも参加し、関係機関とのネットワーク構築に努めています。社会資源のリストや資料の作成は出来ていません。

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

<p>【26】 II-4-(3)-① 福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>	a
---	---

<コメント>

地域での連絡会や会議等になるべく参加し、地域における現状の課題やニーズに関する情報収集に努めています。県の「ライフサポート事業」に参加し、生活困窮者対応を実施している中で、地域の福祉ニーズや生活課題の把握を行っています。事業所で実施している「横浜市障がい者自立アシスタント事業」からも地域の生活課題の情報収集ができています。

<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。</p>	a
--	---

<コメント>

市の「ライフサポート事業」へ参加し、事業所としての専門的な相談や、行動障害、発達障がい等の情報を提供し、生活困窮者対応を支援しています。また、事業所が実施している「横浜市障害者自立生活アシスタント事業」では、地域で生活している障がい者への訪問・電話で衣食住、健康管理、消費生活、余暇活動などの相談・助言を行っています。緑区の地域防災協定を締結し、災害時に障害者の避難場所として受け入れることになっています。

III 適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス

<p>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a

<コメント>

市の「ライフサポート事業」へ参加し、事業所としての専門的な相談や、行動障害、発達障がい等の情報を提供し、生活困窮者対応を支援しています。また、事業所が実施している「横浜市障害者自立生活アシスタント事業」では、地域で生活している障がい者への訪問・電話で衣食住、健康管理、消費生活、余暇活動などの相談・助言を行っています。緑区の地域防災協定を締結し、災害時に障害者の避難場所として受け入れることになっています。

<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。</p>	a
---	---

<コメント>

「倫理行動綱領」や「倫理行動マニュアル」に、プライバシーの遵守や利用者のプライド、羞恥心に配慮した支援について明示しており、職員に研修などで周知され、プライバシーに配慮したサービス提供を行っています。職員・家族には、利用契約時に守秘義務・プライバシー保護についての説明を行っています。

(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

<コメント>

事業所独自の三つ折りで、カラー写真入りの施設概要や活動内容、年間行事、一日の流れなどを分かりやすく掲載したパンフレットを作成し、利用希望者へ配布しています。見学希望者には管理者が随時対応し、パンフレットなどの資料で事業所の方針やサービス内容を説明しています。利用希望者には5日間の体験利用をしてもらっています。

【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

<コメント>

サービス利用開始時や変更時には、ルビを振って、文字を大きくして分かりやすくした重要事項説明書で、施設概要や職員配置、サービス内容、利用料などを説明し、同意を得ています。同意を得た重要事項説明書や利用契約書は個人ファイルに綴じています。意思決定が困難な利用者には、家族や関係者からの意見や日常の様子などから意向を汲み取るようにしていますが、ルール化はされていません。

【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

<コメント>

グループホームや他の日中事業所、家庭等への移行時には、従前のサービス内容から著しい変化や不利益が生じないように、手順書や引き継ぎ書などで情報提供し、スムーズに移行できるように努めています。管理者が担当窓口になり、退所後も利用者や家族が相談できることの説明をしています。

(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。

b

<コメント>

利用者や家族と個別面談時に聞き取りを行い、出てきた内容に対して適切な対応をすることで、利用者満足につながるように努めています。家族教室に参加した際や送迎時に家族から意見や満足度を聞いています。行事の際は、アンケートを行って満足度を把握しています。利用者満足度調査は実施していません。

(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。

b

<コメント>

「苦情解決に関する規定」「苦情対応マニュアル」が整備され、マニュアルに沿って苦情対応を行っています。事業所の玄関ホールに苦情解決責任者及び担当者、第三者委員の写真や名前、連絡先を載せたポスターを掲示しています。「みんなの声ボックス」（意見箱）を設置していますが、意見は入っていません。また苦情の内容や解決結果を公表するまでには至っていません。

【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。

a

<コメント>

重要事項説明書で、事業所外の第三者委員にも苦情や意見を述べることを利用者・家族に説明しています。玄関ホールには第三者委員の顔写真や名前、連絡先等を掲載したポスターを掲示しています。相談があった場合は、相談内容が他利用者に伝わらないように相談室などで個別に相談を受け、配慮しています。

【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。

b

<コメント>

日々の活動の中から利用者の意見を聞くようにしています。活動室によっては、「ぷろぐらむ会議」を開き利用者の希望や意見でプログラムを決めています。「苦情対応マニュアル」が整備され、苦情内容を記録し、必要時には第三者委員へ報告し助言をもらうなど組織的に対応しています。意見等に基づいたサービスの質の向上に関する取組は行われていません。

(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。	b
<p><コメント></p> <p>事故発生時の対応マニュアルが作成されています。リスクマネジメントに関する委員会は設置されていません。事故発生時の初期には事故報告書をもとに朝礼や夕礼時に改善策や再発防止を協議しています。コロナ前には法人にてリスクマネジメント研修を行っていましたが、最近ではコロナ禍で行っていません。リスクマネジメント責任者は管理者です。</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><コメント></p> <p>感染症対策の責任者は所長、サービス管理責任者です。記録は手書きであり、その記録の書き方の研修は行っていませんが、サービス管理責任者が記録の書き方についてスーパービジョンを行っています。また月1回の会議の中で、マニュアルをもとに、予防対策について話し合いをしています。マスクをつけられない利用者には個別に対応したり、パーテーションをつけたり、食事の時間をずらしたりするなど、感染症の予防策がとられています。換気や手洗い、手指消毒、必要備品の保管などの予防策を講じ、実際に感染が判明した場合は、対応マニュアルに従い、対応及び必要部署への報告をしています。</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している。	b
<p><コメント></p> <p>避難訓練は地震や川の氾濫など、想定される災害に対して毎月行っています。安否確認の方法として、一斉メールサービスを利用していますが、利用者によってはうまく携帯電話が使えない人もいて、課題があります。現在、災害時を予測しての地域との連携など、事前の取組はありません。食品の備蓄については3日間確保されています。また、消防署とは年1回、消火訓練など行うなど、安全確保のための取組が行われています。</p>	

2 福祉サービスの質の確保

(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。		第三者評価結果
【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。	b	
<p><コメント></p> <p>文書化されている横浜市中山みどり園運営規程第18条をもとに標準的な福祉サービスの提供を行っています。利用者にはどのようなニーズがあるのか、利用者の行動を見て理解したり、家族からの聞き取りをもとに行っていくという姿勢のもとで行っています。しかし、支援のあり方がグループ化で行っているため、標準的な実施方法の見直しについての時期や方法など明確に定められていません。</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。	b	
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法の見直しについては、モニタリング面談の際に園での利用状況を伝えるとともに、家庭での様子を聞き取りするなかで、事業所でやりたいことなどを聞き、相談を受けています。一人ひとりの利用者の障害に個性があるため、正確な状況の把握や見直しが行えるように、日々の記録を振り返りながら実施しています。見直し時期はモニタリング時ですが、具体的な方法について組織として特に定められてはいません。</p>		
(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支援計画を適切に策定している。	b	
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者を中心として、個別支援計画が作成されています。支援開始の際にアセスメントシートを作成し、それをもとに支援計画を作成しています。利用者一人ひとりの具体的なニーズについて、本人が意思表示できない場合には担当者、家族で把握しながら、適切なサービスが行われているか確認しています。公共の場で他人に危害を及ぼすなどの問題行動があり、支援困難ケースに対しては、職員で共有しながら支援をしています。</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。

b

<コメント>

個別支援計画作成にあたっては、責任者を中心として最新情報をもとに策定するようにしています。また病気をしてADLが低下した場合は、支援区分の変更申請をしています。現在、利用者の高齢化が進行しており、個別支援計画を緊急に変更することが必要となることが予想されますが、それらの仕組みの取り決めなどについては明確になっていません。

(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。

b

<コメント>

記録の様式については、法人内で共通のソフトを使用し、内容は共有できるようになっています。また記録内容の具体的な記載方法については、指導していますが、統一されていない現状があります。尚、常勤職員はパソコンを個別に所持し記録しています。

【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。

b

<コメント>

個人情報の取扱いについては、法人の個人情報保護規程に基づいて管理を行い、個人情報の不適正な利用や漏えいにつながらないように注意しています。また個人情報保護規程は、職員会議等で職員へ周知を図っています。具体的な記録については管理者を決め、各リーダーがチェックしながら、個人情報に関する書類を個別に利用者ファイルなどにファイルし、鍵付きの書棚で管理しています。保護者にはサービスを利用開始時に、個人情報の取扱いについて伝えています。