

### 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

##### 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。		
【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
<コメント> 「人々に共感と信頼の得られる社会福祉事業を行うことにより、人々の安心した暮らしの実現を支援します。」等の3項目を法人の基本理念に掲げています。基本理念をホームページに掲載し、また施設内に掲示して職員に周知しています。基本理念や事業所の基本方針を事業計画に明記し、理念の実践に向けて職員意識の強化に努めています。利用者への理念や基本方針の説明は実施していません。分かりやすく説明し利用者の理念の理解にむけた取組が課題です。		

##### 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。		
【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> 横浜市健康福祉局と年2回定期的に話し合い、利用者の自立に向けた施設の運営に関する情報確認を行っています。また、市内の更生施設3施設が数か月毎に会合し施設の地域のニーズについて情報交換を図っています。全国更宿施設連絡協議会に参加し保護施設等の社会福祉事業の全体の動向の把握に努め、支援課会議で職員間の情報共有を図り、施設運営に関する状況の変化への対応に努めています。		
【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> 利用者サービス支援の質の向上を図るチーム、日中作業の改善を推進するチーム及び施設内のルールに関する推進チームの3つの業務改善チームを編成しています。チームごとに課題を整備し、施設長が参加し毎月開催の支援課会議でチームごとの進捗状況を確認し、課題の見直しと対策を検討しています。		

### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「法人10年プラン(H23～H30)」を作成し、「安全・安心・快適な施設環境と働きやすい環境づくり」「地域連携と福祉環境づくり」等4項目の中・長期的ビジョンを掲げています。また、指定管理者としての5年の指定期間(H28.3～R3.3)を想定した中期事業計画を策定しています。中期事業計画に入所者ニーズの把握と個別支援計画の取り組み、職員育成、コンプライアンスの取り組み等指定管理者としての取り組みについて明記しています。中・長期計画の見直しは実施されておらず、定期的な見直しが課題です。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度ごとの施設の事業計画を策定しています。事業計画に年度ごとの重点目標と目標達成のための対応策の方針を明記しています。重点目標は中・長期計画の目標に沿った具体的内容と言えますが、目標達成に向けた事業所としての具体的方策の記述がありません。職員体制や業務分掌を明記し、利用者支援、日中作業、地域連携、リスクマネジメント、健康管理、職員育成等の具体策の記述が課題です。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、法人のグループ会議で計画され策定されており、施設の職員が課題の抽出段階から参加し策定している状況ではありません。事業計画はトップダウン的に職員に周知されています。年度ごとに事業計画の達成状況の実績評価を全職員を含めて組織的に実施し、数値目標等を設定し事業計画の策定につなぐ仕組みの整備が課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画を法人のホームページに掲載しています。また、利用者の自立支援の事業計画の重点目標については、月一回開催の利用者全体会で、日々のゴミ捨てや小遣いの金銭管理など生活に直結した分かりやすい事例で説明しています。利用者に事業計画に基づいた施設運営や利用者支援の方針を説明し、利用者の自立支援の目標の共有につながる取り組みが課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>横浜市の指導監査を2年ごとに受審し、厚労省行政指導監査の3年ごとの受審に合わせ、事業所のサービス内容の自己評価を行っています。業務改善チームを立ち上げ課題を整備し質の向上に向けて取り組んでいますが、自己評価の結果を分析し組織的にサービス改善に取り組む対応は十分ではありません。指定管理者として第三者評価の受審を定期的を受審し、自己評価と併せてサービスの質の向上に向けた継続的取組が課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務改善チームを編成し、サービス支援の質の向上、日中作業の改善、及び施設内のルールの遵守に取り組んでいます。支援課会議で改善課題と対策について話し合い職員間の情報共有を図っていますが、改善策の計画的実施については十分ではありません。サービス改善に向けた計画的取組の推進が課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、施設運営の組織体制を明示し、また、業務一覧表を作成し係ごとの業務分担と担当者、及び責任者を明確にし職員に周知しています。しかし、施設運営についての管理者の方針や考え方について明記したものはなく、事業計画推進の課題への対策、実績の評価、職員育成等に関する管理者主導の具体的施策の取り組みの推進が課題です。</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「法令遵守規定」を作成し、施設長の役割や職員の責務について明記し職員に法令遵守に関する注意を喚起しています。また、「法令遵守マニュアル」を作成し、法令遵守の職員の基本姿勢を明示し、社会的使命・社会的責任等のコンプライアンスの五つの基本原則を定め違反規定を明記しています。権利擁護等研修に積極的に参加し、法令遵守の職員意識の徹底を図っています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の目標達成と個別支援の質の向上に向けた支援に努めています。半年ごとにケース担当職員は個別支援計画の目標に沿ってモニタリングを実施し、個別支援計画の見直しに反映しています。日々の利用者支援の状況をケース記録に記述し、個別支援計画の目標に沿った支援の内容をまとめ一月ごとに「利用者支援状況一覧表」を作成し、モニタリングで活用し一人ひとりの利用者支援の質の向上に活かしています。今後は目標管理に沿って職員の育成と研修計画の策定が課題です。</p>		
【13】	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、指定管理者として毎月施設運営や収支状況について横浜市に報告し、適材適所の人員配置に努めています。支援課会議やグループ会議で施設運営の課題について検討し対策を指示し職員に周知しています。人事・労務・財務の総合的管理と分析に関わる課題についてまとめた資料は整備されていません。組織的に経営課題の整備と対策への取り組みの推進が課題です。</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>職員配置は更生施設の基準に沿っています。正規職員の採用は法人が行い、非正規の職員採用は事業者で実施しています。今年度は2名の職員が退職し欠員1名の補充があり3名の職員が配属され、管理者は適材適所の人員配置に努めています。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の人事考課制度を整備し、「人事考課規定」を作成しています。人事考課は年度ごとに業務や施設運営の視点、貢献度や能力向上の視点、協調性・積極性等の項目ごとに職員が自己評価を行い、考課面接を実施し、その結果が報酬に反映されます。職員の目標管理管理制度を推進し担当業務の目標や個人目標を設定し、上司面談で目標の達成度を共有し人事考課に反映しています。</p>		
II-2-(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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の支援課会議で職員の休暇取得や勤務状況について話し合い、職員が有給休暇を取りやすい雰囲気づくりに配慮しています。職員がお互いに声を掛けて作業負荷の調整を図っています。必要時には産業医が職員のメンタルヘルスの相談に応じています。労務管理について新人研修や中堅職員研修で職員に周知しています。</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>人事考課制度を整備し法人としての「期待する職員像」を明示しています。職員は、一人ひとりの担当業務や施設の課題の達成目標、スキルアップの目標を目標管理シートに記述します。今年度は6月と12月に目標管理の職員と管理職との個別面談を実施し、目標の達成状況について情報共有を図り面談の内容や課題について記録しています。年度末の3月にも個別面談を予定し年度ごとの目標管理の達成状況を評価することにしてしています。</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>法人としてのキャリアパス一覧を作成し、階層別に職員に求められるスキルと研修内容を明記しています。法人としての基本方針や研修計画は、指定管理者の中期事業計画で策定していますが、施設として年度ごとの具体的な研修計画がありません。研修はその都度職員に周知し、個々の職員が年一回は目標に沿って研修受講ができるように配慮しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課を実施し、個別の職員の知識・技術水準・資格の把握をしています。入職時1週間の新人研修を法人が実施し、その後施設内で1ヶ月間のOJTが行われます。外部研修の案内はパソコン上で共有され、参加の希望を出すこともできますが、職務の都合から研修機会は全員が確保されているとは言えず、一部の職員の参加となっています。アルコール依存症や精神障害の利用者が多いことから、看護師、精神科医によるOJTが行われていて、これについてはほとんどの職員が参加しています。</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>昨年度は2つの大学から3名の社会福祉士資格取得のための実習生を受け入れました。実習内容について大学側と連携しプログラムの内容を決定しています。受け入れに際しては個人情報保護に関する誓約書を義務づけています。実習生受け入れマニュアルが作成されていません。受け入れマニュアルを整備し、利用者のプライバシーへの配慮等に関する注意を喚起し、また、職員の実習生指導プログラムを整備する等の取り組みが課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の基本理念や倫理綱領をホームページに掲載し、また、法人の事業計画や収支状況をホームページに開示しています。苦情・相談の体制や連絡先及び苦情内容や対策に関する掲示はなく利用者に開示されていません。施設の事業計画については事業目標の達成に向けた具体的施策を明示した内容の計画策定が望まれ、事業計画を開示し施設運営の透明性につながる取り組みが課題です。</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>年一回定期的に会計監査を実施し、2年ごとに横浜市の指導監査を受審しています。夜間の避難訓練や階段の踊場の物品の整理に関する指導を受けています。また、厚労省の保護施設指導監査を3年ごとに受審し、施設の運営管理、入所者の処遇、生活環境、利用者への自立支援等に関する監査を受けています。</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 利用者と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>地域の消防団に加入し防災訓練や消火訓練に参加しています。また、災害時の二次避難場所の指定を受けています。月一回、地域の公園の清掃に利用者が参加しゴミ拾いを行い地域の人達との交流を図っています。毎年施設の裏庭で実施している餅つき会に地域住民も参加し、餅と豚汁でにぎわいます。地域行事であるレインボーフェスタに参加し、地域の障害者施設等の販売会で地域との交流を図っています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月一回、理容師が施設を訪問していますが、ボランティアの受け入れは基本的に行っていません。ボランティア受け入れ窓口を設定し受入れマニュアルを整備し、地域の福祉ボランティアの育成も兼ねてボランティア受け入れの取り組みが課題です。</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 施設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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者全員が生活保護受給者であり横浜市健康福祉局と定期的に会合し、利用者の自立支援等に関する情報共有を図っています。市内の3更生施設と連携し利用者受け入れの調整を図っています。また、区役所職員向けに更生施設に関する説明会を実施し、行政の更生施設の現場の状況の理解が深まるように努めています。地域住民の高齢者訪問事業を推進し、11名の地域住民を毎月訪問し施設の退去者を含めて安定した生活の継続を支援しています。</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>アルコール依存症の支援団体と定期的打ち合わせを行い適切な利用者支援に努めています。月一回、区社会福祉協議会主催自立支援協議会の施設部会、精神部会に出席し、区の福祉行政の動きや福祉施設等との情報交換を図っています。利用者の通所先の作業所との情報共有を図り、利用者が安心して継続的に作業所に通うことができるように支援しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>高齢者見守り事業を推進し、地域の高齢者や貧困世帯等の居宅を毎月訪問し生活の安定を見守っています。地域の消防団に加入し地域の防災訓練等に参加し、また、災害時の二次避難場所の指定を受け保存食の備蓄を行い地域貢献に努めています。更生施設運営で培った長年の経験とノウハウを生かし、区役所職員向けに更生施設に関する説明会を実施するなど、理解促進に努めています。</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>施設の運営方針に「個人の尊厳を重んじ、適切なサービスを提供し、自立への支援を行います」と利用者を尊重した福祉サービスの基本姿勢を明示しています。職員は入職時研修及びその後の研修で運営方針についての説明を受け理解を深めています。「法人倫理綱領」では基本的人権を擁護し、体罰、暴力、虐待の人権侵害は絶対に行わないとしています。職員は運営方針、倫理綱領の基に福祉サービスの実践者として日々利用者の支援にあたっています。人権研修を毎年実施し、身体拘束の廃止やプライバシーの尊重など多様な視点から人権擁護に取り組んでいます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人倫理綱領に、「利用者のプライバシーを尊重し、業務上知り得た個人情報について守秘義務を徹底します。基本的人権を擁護し、体罰、暴力、虐待の人権侵害は絶対に行わない」と明記し、入職時に職員に誓約書を提出してもらい意識の徹底を図っています。日常の支援業務では、利用者のプライバシーに配慮した対応を心がけています。居室は4人部屋でカーテンで仕切り、トイレはドア付きです。相談は面談室を使い、利用者の個人情報書類は鍵付き書庫で管理しています。プライバシー保護に配慮した取り組みについてアンケートでは、利用者は概ね了解していることがうかがえます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の情報はホームページ、パンフレット、法人機関紙で発信しています。ホームページやパンフレットでは入所後の支援のイメージとして、施設内作業をしながら生活能力や就労能力を高め、就労・自立への道を目指すことを伝えています。パンフレットに日用品や衣類の提供、小遣い、行事、個別支援や法律相談など施設での生活について記載し、利用者が安心して生活できるように配慮しています。見学を受け入れ、利用者が作業をしている現場や4人部屋の居室、食堂、浴室等を案内しています。1年半～2年の期間を利用する中間施設であり、自立・退所となることを伝えています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの利用開始・変更にあたっては「横浜市中心中央浩生館の管理規則(手引き)」を用い、日常生活、行事、医務室(服薬管理)、館内作業・就労、苦情解決システム、禁止事項等について説明しています。大事なところは理解しやすいようにかみ砕いて説明し、説明確認書に署名・捺印をもらっています。また、入所時支給品チェック表、追加預かり品管理依頼書(金銭管理)等に署名・捺印を得ています。意思決定が困難な利用者については家族やケースワーカーなど関係機関の了解を得ながら対応しています。</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>移行にあたり利用者への日常の具体的な支援の内容や引継ぎ文書は作成していませんが、利用者の生活や健康状況について担当のケースワーカーへ報告しています。他事業所や家庭への移行にあたり、従来のサービス内容から著しい変更や不利益が生じないようにしています。施設利用の終了後は、通所や訪問事業対象者は利用者・家族からの連絡は受け入れますが、その他は退所者への積極的関与は行わないこととしており相談方法や担当者は設置されていません。退所後の訪問事業や通所事業を実施しており、訪問事業は定員10名で1年契約になっています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>給食に関する利用者の嗜好調査を年2回実施し、要望の反映に努めています。利用者が一堂に会し、職員からの連絡・報告及び利用者が意見や提案を述べる事が出来る「全体会」を毎月開催しています。年2回の個別支援計画の見直し・作成の際や日々の状況確認など必要に応じて面談を行っています。全体会等で出された利用者の意見や提案に対しエアコンの使用ルールを決めたり、入浴時には札をかけることで入浴中の人数が分かり、利用可能か判断できるよう改善しています。利用者参加の満足度検討会の設置は今後の課題と思われます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「苦情解決要綱」を定め目的、体制、手順、記録及び報告・公表など苦情体制の仕組みを整備しています。苦情解決システムについては施設管理規則(手引き)に記載し、入所時に利用者に説明し周知しています。2階の踊り場に「ご意見BOX」、傍らに紙と鉛筆を設置し、意見を述べやすいように配慮しています。苦情対応は苦情の申出人と苦情解決責任者の話し合いによる解決を図っています。受付・対応の内容を記録に残し、隔月に来所する第三者委員へ報告し助言を受けていますが、公表はされていません。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所時に利用者に説明・配布した「手引き」には、「苦情については2階踊り場に設置されているご意見BOXに投書すること、及び解決するために苦情解決担当者とは話し合う、その際第三者委員に加わってもらうことが出来る。」と記載しています。第三者委員は2か月に1回来所し、利用者の相談・苦情を受け入れるとしています。今回のアンケートでは第三者委員の存在を40%の利用者が知らないと答えており、さらなる周知への工夫が課題です。支援室受付コーナーや面談室で相談や意見についての面談を行っています。</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>日常の支援の中で職員との会話、嗜好調査、苦情BOXへの投書、全体会での意見交換により、職員は利用者の意見や提案を把握しています。相談・苦情体制や手順、記録や報告についてまとめた「苦情解決要項」を整備しています。利用者からの意見や苦情に対して概ね1か月以内には対策を立て、回答をしています。利用者からの意見等に基づきサービスの向上に努め、生活しやすい環境や施設づくりに努めています。「苦情解決要綱」の見直しは過去に1度行われていますが、ここ10年間はなく、定期的な見直しの実施が課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントに関する責任者は施設長です。感染症や防災対策などリスクに対する体制を整え安心・安全に配慮しています。事故が発生した際には事故報告書に記載し、発生原因を分析し、再発防止策を検討しています。ヒヤリハットも同様の取り組みがされています。しかしながら、事故発生時の対応や安全確保に関するマニュアルは作成されていません。職員への安全確保・事故防止の研修はなく、事故防止への取り組みは充分とは言えない状況です。マニュアルの作成、事故防止・安全確保体制への取り組みが課題です。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染対策委員会を設置し、委員にそれぞれの責任と役割を分担し月1回委員会を開催し対策の状況を確認しています。厚労省作成の「更生施設における感染症対策マニュアル」を見直して分かりやすいものにし、職員への周知を図っています。職員に向けて看護師による嘔吐処理演習を行い、宿直時でも対応できるようにしています。医療面と施設の衛生管理は看護師が担当し、栄養士は栄養管理と厨房衛生、生活支援員は生活全般を担当し、感染症予防に取り組んでいます。感染症の発生や課題が出た場合には迅速に対応しています。</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行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害に関わる対応体制を整備しています。消防計画書を作成し、自衛消防組織の編成や緊急連絡体制を整えています。耐震措置を行い、突っ張り棒で設備の落下対策、消火設備の設置、食料品の備蓄などハード面の対策を講じています。利用者及び職員の安否確認等、災害発生時の連携・連絡はSNSのChatworkを使い、指示や情報を得ることにしています。避難訓練・消火訓練など防災訓練を年2回実施しています。職員が地元の消防団員になり地域との連携を図っています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員はOJTにより業務を伝えており、サービスの標準化については今後の課題といえます。依存症や行動障害、高齢化による利用者特性に配慮し、生活支援マニュアル、作業マニュアルを整備し、支援の標準化を推進することが課題です。マニュアルに利用者支援の個々の場面でのプライバシー保護や権利養護に関する職員の姿勢を明記し、職員に周知することが求められます。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的実施方法の整備は今後の課題です。生活支援マニュアル、作業マニュアルを作成し、毎年定期的に、また、必要に応じ随時見直しを行い職員に周知しサービス支援の標準化の推進が課題です。</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支援計画を適切に策定している。	b
<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ています。アセスメントは、所定の書式を用いてケース担当職員が利用者に面談し支援ニーズの把握に努めています。アセスメントシートに利用者本人の意向の記述欄がありますが、精神障害や各種の依存症、金銭管理等多彩な利用者支援のニーズの記録に改善の余地があるようです。個別支援計画は長期・短期目標を設定し、利用者支援の課題を明記し支援内容を記述しています。アセスメント、個別支援計画ともに利用者の同意の署名をもらっています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に2回個別支援計画の見直しを行い、見直しに際し個別支援計画の目標に沿ってケース担当職員がモニタリングを実施し、目標の達成度と今後の課題を明示しています。日々の利用者支援をケース記録に書きとめ、ケース記録をもとに月ごとに個別支援計画の目標に沿った支援ができていないかを振り返り「利用支援状況一覧表」にまとめモニタリングで活用しています。モニタリングやアセスメントの結果をケース会議で検討し職員間の情報共有を図り個別支援計画の見直しに反映しています。</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
<コメント> パソコンの記録システムを活用し、個別支援計画、モニタリング、アセスメント、ケース記録等の情報を入力し職員間の情報共有を図っています。ケース担当職員が月1回利用者に面談し、面談の内容をケース記録に書きとめています。また、日誌の特記事項欄に個々の利用者のその日の行動特性を入力し、パソコンに入力し朝の申し送りで職員全員の情報共有を図っています。		
【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。	a
<コメント> 個人情報保護管理規定を作成しています。個人情報の管理体制を明記し、個人情報の保管及び廃棄について規定しています。法人の文書管理規定があり、法人のIT推進室がパソコン上のデータ廃棄について技術的支援を行っています。パソコン上のデータはパソコンごとのパスワード管理を実施しています。		