

## 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> 理念や基本方針は、法人のホームページや職員ハンドブック等で明文化され、特に新任職員研修では必ず周知・徹底されています。職員倫理行動マニュアルにこれらを行動指針として、具体的に示しています。 事業所ではこれらを反映した運営規定や年度の事業計画等を作成し、職員に対しては年度当初に職員会議等で確認し、利用者には入所契約時に周知しています。 家族には家族懇談会で説明し、欠席した家族にはお便りで伝えていますが、十分に伝わるよう更に徹底する必要があると考えています。		

#### 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。	b
<コメント> 社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画等は、相模原市の事業協会定例会に管理者が毎月出席することで情報を得ています。福祉政策の全体的な動向を把握し、分析をしていく必要があると考えています。 経営状況については、毎月の試算表で収支状況を確認し、併せて日常的に利用者ニーズの把握をすることで、利用率の向上やコストの見直しなど、必要な改善について検討しています。検討結果の改善事項については、職員に伝達し、収支バランスを図りながら改善を図っています。		
【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。	b
<コメント> 毎月の試算表から分析した経営上の課題について、管理者は、サービス管理責任者やグループリーダーと分析結果や改善策を話し合い、経営状況や改善すべき課題をグループリーダーから職員に伝えることで、職員からの意見を吸い上げる機会にしています。改善に向けての取り組みについて、職員全体会議や毎日の朝礼、終礼で具体的な取り組み目標や、目標達成の結果を伝えるなどしています。 課題等については、理事会に管理者が出席して直接伝える機会もあります。改善に向けた取り組みを進めるためには、人材の育成がさらに必要と考えています。		

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>法人として、マスタープランが策定され、定期的に見直しがされています。法人の中長期計画では、具体的な数値目標などは示されていませんが、事業所で毎年度作成の事業計画では、年間利用実績目標を立てて、利用率アップを目指しています。</p> <p>現在、新しい中期計画が、これまでの計画の成果と課題を検証しながら策定中で、事業所の事業計画もそれに合わせて策定・見直しをする予定です。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画策定に当たっては、法人の理念や基本方針を念頭に、前年度の事業計画を基盤とした課題改善を意識して、今年度特化したい内容を盛り込んでいます。</p> <p>経営を意識した年間利用実績目標は、数値目標を具体的に明記しています。サービス内容や職員研修なども、事業所の支援方針の実現に向けて計画し、職員が理解しやすく取り組みやすいものとなっています。</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、毎月本部に提出する試算表の見直しと同時に実施状況を把握、評価しています。計画の見直しは、補正予算の時期と合わせ、半期に一度行います。職員には、年度当初の職員会議で事業計画を配布し、周知していますが、策定に関しては一部の職員の参画に止まっており、今後、多くの職員の意見を集約し、反映する形で、事業計画を策定していく必要があると考えています。</p> <p>平成29年度から3か年計画で取り組んだ、作業効率を上げコストダウンを図って利用者賃金を増額する目標は達成されました。</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>事業計画の内容については、毎年度利用者会や家族懇談会で資料を配布し主な内容を説明をしています。利用者には、利用者が取り組んだ作業の成果を示す売り上げを、目で見てすぐに理解できるグラフにして説明し、作業に向かう意欲を喚起しています。</p> <p>予定するイベントや旅行の案内も、分かり易い資料を工夫して作成しています。ただし、利用者に直結しない事業についてはまでは、十分に説明をしていません。</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>個別又は事業所全体としてのサービス運営は、PDCAサイクルを取り入れて展開し、利用者個人レベル、グループレベル、事業所全体としてそれぞれ評価・分析しています。利用者の声は、意見箱の設置をしている他、直接職員に寄せられた意見等を、日々業務日誌に記録し、全職員が内容を把握しています。</p> <p>意見や要望で改善可能なものについては、迅速に改善に繋げています。職員は、法人で定められた年2回の自己評価を行って自らの業務の振り返りをし、自己チェック後の職員へのサポートも、組織的にを行っています。</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>評価結果の分析で課題が明らかになった場合、年度内に改善する必要のある事項を優先的に、職員をグループ化して改善計画を作り取り組んでいます。課題は、次年度の事業計画に反映して取り組む他、施設長が朝礼や終礼時に職員に伝え、又はチラシを作成して職員に周知し課題の共有化を図っています。</p> <p>明確な改善計画策定の仕組みや課題として文書で明記したものではありませんが、一部は年度の事業計画に盛り込み、改善に向けてはその都度チームを作り、改善計画作り・実施・評価・見直しの作業を行っています。</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、実務上、事業所としての業務の取りまとめや人事、経営に係る業務、課題の掘り起こし、課題改善に向けた取り組みの周知や実際の改善等を行っています。管理者は役割を遂行していますが、管理者としての組織上の責任や役割については、文書上明確にされておらず、職員に対しても十分周知されていない状況です。</p> <p>不在時の権限委任等の仕組みについての明確な根拠も書面では確認ができませんでした。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、施設運営にあたり、研修等に参加し、当面必要な法令に関して把握し遵守するとともに、利害関係者との適正な関係を保持しています。関係する法令を十分に理解しているとは認識していません。</p> <p>今後雇用や環境等に関する法令も含め理解するために、自ら勉強会への参加が必要であり、職員に関しても、法令の理解のための機会が持てるよう検討したいと考えています。</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>管理者は、毎月の試算表提出時の分析や、日常的に出される利用者の声の吸い上げ等によりサービスの質や内容の評価を行っています。現場職員とも3か月に1回又は随時面談し、課題改善等の意見を集約して、その都度関係する職員が改善すべき課題に取り組めるよう指示し体制を構築するとともに、特に環境整備に係る改善を中心に率先垂範しています。ただ、組織内の体制の構築はまだ不十分と考えています。</p> <p>管理者やサービス管理責任者が出席した研修は、職員にワークショップを行うなどして還元するとともに、直接職員に対して外部研修への参加を推奨しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、職員の業務のバランスや適不適を考慮しながら、人材育成や業務の効率化を図っています。職員配置等については、サービス管理責任者等常勤職員会議で協議して次年度の体制を検討していますが、全員が同じ視点を持てるところまでの意識形成には至っていません。</p> <p>話し合いの回数を増やすなどで、体制を構築していきたいと考えています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としては、人材確保のため、積極的な実習生の受け入れ、就職内定者に対する現場の職員との懇親会の実施、メンター制度の導入等の活動を展開しています。職員育成のための研修の体系化、社会福祉士など資格取得のための支援も積極的に行っています。</p> <p>事業所としてもこれら本部の方針に則り、常勤職員が実施しているチャレンジシートを活用した職員の育成に取り組んでいます。ただし、事業所内での人材育成については、体制も含め不十分な点もあり、改善に向けて取り組んでいます。</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>法人の理念等を受けて、職員ハンドブックや行動マニュアルにより期待される職員像が明確に示されています。職員はチャレンジシートを活用し、自らの業務を振り返るとともに将来に亘る目標設定を行い、半年ごとに施設長面接を行い、達成度や目標を確認する作業を行っています。</p> <p>現在、人事評価制度に向けた制度の見直しがされていますが、管理者としては、現段階では昇格等の基準があるものの、評価者によって各職員の評価が客観的に行われにくいと感じています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>労務管理は本部導入の勤怠システムにより行っており、管理者が状況を把握し、時間外や休日勤務等で一部の職員に過度の負担がかからないよう配慮しています。勤務のシフトに融通性を持たせたり、事情を抱える職員には、その特性を活用できる作業を工夫して任せる、職員全員が休暇を取り易くするなどを実践しています。</p> <p>職員は年2回メンタル診断を行い、ストレス値の高い職員には管理者が面談等を行い対応しています。現状では、人力的状況から、ライフ・ワークバランスの実践は厳しいと感じています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待される職員像は、法人の倫理行動綱領に明記、理念や基本方針などとともに職員ハンドブックにも記して、ハンドブックは各職員に配布し周知しています。</p> <p>法人の仕組みとして、常勤職員はチャレンジシートを活用し、個々人の業務や将来に向けた目標設定等を行い、達成状況や課題などを、個別に最低年2回の管理者面接において確認することで、育成を図っています。非常勤職員にはこの制度は適用しておらず、面談や研修への参加で育成を図る必要があると考えています。</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>研修計画や内容は、職員研修規定に基づき、法人本部で法人が目指す職員育成のため集中的に作成しています。常勤職員は、経験年数や階層等に応じて、体系化された年間研修計画に従い参加が義務付けられています。法人は、業務に関係する資格取得のための研修参加を奨励し、資格を得た職員には資格手当を支給しています。</p> <p>管理者は、計画された研修には、積極的に参加するよう、職員に働きかけています。事業所における研修内容や方針についての見直しは、十分ではないと考えています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、職場での職員別研修履歴作成等はありませんが、職員一人ひとりについて必要な研修を把握しています。階層別等の必須の研修には必ず参加させるとともに、必要と思われる外部研修に参加するよう勧奨しています。職場内でも、各グループ単位での話合いや職員全体会議等でできる限り必要な情報提供や課題提供による話合い等を行い、資質向上に努めています。</p> <p>非常勤職員は、OJTが中心の研修になりますが、エリア単位の研修は必ず受講するようにしています。</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>毎年社会福祉士、作業療法士等の専門職養成に係る実習生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本部で作成していますが、事業所では活用できていません。</p> <p>実習生には「実習生の受け入れについて」のチラシで基本姿勢を示し、プログラムは特に定めず実習生の学びたい内容に添って進めています。在籍校の指導者とは、実習中進捗状況の確認や実習内容を更に高めるための話し合いを行うなどの連携を図っています。</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>法人としての理念や基本方針、決算の状況等については、法人のホームページ等で公表しています。事業所の方針を始めとする福祉サービスの内容や利用者の状況は、事業所のホームページで広く知らせています。パンフレットを地域住民との交流の機会等に配布して知らせています。ただし、事業所での苦情・相談の体制や内容、それに基づく改善等については公表しておらず、開示は十分ではないと考えています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の運営や経営については、法人本部と毎月の試算表を基に常にチェックする体制が整っています。内部及び外部監査も実施し、指導を受けて、業務日誌の記載項目を増やしたり、不足している掲示物を新たに掲示するなどの改善を行いました。</p> <p>課題として、管理者は、管理者を始めとする事業所の指導的立場の職員の職務や責任・権限が明示されていないことから、業務の進行に多少の混乱があると考えています。</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>地域の障がい者施設との連携が日常的に行われており、障がい者に係る情報が地域で共有されています。得られた利用者に関わる社会資源等の情報は、印刷し利用者に配布しています。地域で行われるお祭りなどのイベントには、利用者とともに職員が参加しています。地域の公園内の出店で、障がい者施設で作成した製品等を販売しており、利用者と職員が店番をしながら地域の人々との交流をしています。</p> <p>地域住民のボランティアは積極的に受け入れ、必要に応じて、利用者の買い物や振込等で職員と一緒に外出する支援も行っています。</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。	b
<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ていますが、内容として十分ではありません。受け入れの際には、注意事項等を記したチラシ等で、利用者の自主性や人権を尊重することを基本に伝えています。</p> <p>近隣の医療系大学とのコラボレーションで、作業療法士養成の授業に障害のある利用者が出向き、自助具等の製作に協力しています。利用者自身も大学の授業に参加するという経験をするなど、相互に相手に資する活動を行っており、利用者にとって貴重な社会経験の機会となっています。又、中学生の職場体験としての受け入れも行っています。</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 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の障がい者事業所協会主催の連絡会や市の基幹相談支援センターの会議に、事業所として毎月出席しています。相模原市の行政関係情報も含め、事業所協会加入の法人や行政窓口のリストが作成され、集約された情報収集ができています。それぞれが抱えている対応に苦慮している支援について、共通の問題として検討し、お互いの施設の機能を提供し合うなど、改善に向けた活動を協力して行っています。</p> <p>地域で関係機関のネットワークができており、利用者が施設を移る場合も、スムーズな移行引継ぎができています。</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>日常的には、利用者本人や家族からの意見や希望を聞き受け止めることで、個人のニーズと併せて、地域ニーズや課題としての把握に繋がっています。</p> <p>地域の事業所協会の会議でも、共通する地域課題として、タクシー券の助成額減額への対応、地域でサービスに繋がっていない障がいのある人の発掘をどうするかなどが協議され、必要に応じ市の行政に繋がっていく活動となっています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、県内で取り組んでいる「ライフサポート事業」に参加し、地域の生活困窮者に係る相談等を行っています。事業所の具体的な取組みとしては、基幹相談支援センターへの障がい者の相談について、事業所として対応を引き継ぎ事業所の専門情報を提供したり、市の事業所協会での実践報告時に事業所での支援情報を提供しています。市や地域のお祭りに参加し、住民に事業所の有する専門的な情報を提供しています。</p> <p>災害時には、地域住民に備蓄食料などを提供する考えもあり、これらを事業計画に反映していくことも考慮しています。</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>法人は、『職員倫理行動綱領』を基本に職員としてあるべき姿をさらに具体的に規定し、利用者支援の最低基準を示すものとして、「職員倫理行動マニュアル」を全職員に配布し、年度初めの職員会議で周知しています。</p> <p>利用者尊重や基本的人権への配慮については、支援方法について共通理解を持つため、A、B1、B2グループ毎に支援会議を開き、定期的に状況の把握・評価を行っています。</p> <p>人権研修は全員が受けることになっており、どうしても出席できない職員に対しては個別に資料を渡し、周知を図っています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人は『職員倫理行動綱領』の基本的理念で、利用者の社会生活すべてに関わる「自由とプライバシーの守られる環境」を維持していくことを掲げています。</p> <p>職員は倫理行動マニュアルや職員ハンドブックを読み、また新人研修プログラムに参加して、プライバシー保護に関する基本的な知識や職員としての姿勢・意識を理解しています。利用者の私物の確認や点検は、利用者の同意を得て、立ち会いのもとで行ったり、生活の場では利用者の秘密の厳守や介護・介助が必要な場合にはプライドや羞恥心に十分配慮しています。</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>利用希望者が複数の福祉施設から、自分の希望に沿ったサービスを選択できるように、誰にでもわかるような内容のパンフレットを作成し、手作り商品の委託販売店や販売会、展示会、養護学校等に置いています。</p> <p>事業所のホームページは毎月更新しています。又、体験実習・見学者はいつでも所長・主任が対応しており、福祉の現場を幅広い人々に理解してもらうように心掛けています。</p> <p>作業室等へ案内する時は、事前に利用者の同意を得ています。利用前提の実習者はファイルに一覧にし、空きがでたら状況に応じて案内しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始にあたり、利用者・家族と面談し、フェイスシート(基礎情報シート)、緊急時対応書等で聞き取りを行い、サービス提供に必要な情報を記録しています。</p> <p>利用契約書はふりがなを付け、利用者の特性に応じて丁寧に説明し、納得した上でサービスの開始・変更時の同意を得ています。重要事項説明書は福祉サービスの内容や日常生活に関する事項、料金等を説明し、同意を得ています。利用者が説明を受け、契約を締結することが困難な場合は、個別に対応していますが、更にわかり易く工夫する必要があると考えています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の状態の変化や家庭環境の変化等で、福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行を行う場合は、引き継ぎや申し送りの手順が決まっています。</p> <p>フェイスシート(基礎情報シート)、緊急時対応書、アセスメントシート、当事業所利用までの経緯等を本人・家族の同意を得た上で申し送り、引継ぎをしています。</p> <p>他へ移行した場合でも、利用者や家族が相談できるように担当者や窓口を置き、障がい福祉サービスが活用できるように地域の関係機関や相談支援事業所と連携しています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇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>実施している福祉サービスの質を高めるために、年に1回、利用者満足度調査を行っています。意思疎通が困難な利用者については、コミュニケーション支援を行いながら、利用者がどれだけ満足しているかを把握しています。今年度の意見は職員の対応や雰囲気、送迎の使いやすさ、施設の器具や設備、毎月の負担金等が出ていました。</p> <p>集計結果の分析や今後の対応を明記した書類を家族懇談会等で利用者・家族に配布しています。内容によっては、利用者と個別に話し合い、検討することもあります。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人には苦情解決に関する規則があり、苦情解決責任者は少なくとも年1回は利用者へ周知し、苦情申出人の範囲を決めています。担当者、委員は利用者等からの苦情を面接、電話、書面等により随時受け付けています。責任者、担当者、第三委員の写真付きポスターを作成し、作業室に掲示しています。</p> <p>利用者の声ボックスを玄関に設置し、利用者・家族が申し出しやすい工夫をしています。「手すりをつけて欲しい」や「予定表をもっと早くだしてほしい」との意見には職員会議で検討し、迅速な対応をするよう心がけています。</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>利用契約書や重要事項説明書には利用者・家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助を行うと明示しています。利用開始時に利用者・家族に説明し、日常的に「いつでもお話聞きますよ」と声かけしていますが、人員体制が整わない場合は、別の日に面談することもあります。</p> <p>業務分担として所長と主任が相談支援を行っていますが、相談をしやすく、意見を述べやすい面談室もあるので、できる限り利用者・家族の相談の希望に添えるように努めています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者・家族からの急な相談には人員体制が整わない時は迅速な対応ができないことがありますが、「利用者の声ボックス」や年度初めに実施している「利用者満足度調査」等から、利用者の意見を積極的に把握しています。職員が把握した相談や意見については、業務日誌に「利用者さんからの声」や「今日のホメール」のコーナーに記録しています。終礼の時に話し合い、福祉サービスの改善に繋げています。利用者から相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等の整備が望まれます。</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>危機管理は「インシデント管理」・「ヒヤリハット管理」に分けられ、本部の危機管理及びリスクマネジメント委員会へ報告書を提出しています。事業所独自でヒヤリハット担当者を設け、毎月件数と内容の集約を行い、半期に一度全体職員会議で分析と評価をしています。</p> <p>ヒヤリハット報告書は全職員が何時でも確認できます。安全運転管理者委員会には運転業務をする全職員が参加して運転適性チェックを受けています。</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>「職員ハンドブック」に、感染症の予防、発生時の対応、ウィルス予防対策、汚物処理手順、事業所で利用者が発症した時の対応、職員(家族)が感染した時の対応等が分かりやすく載っています。看護師は定期的に医療ミーティングを開き、インフルエンザ、ノロウィルス等の感染症対策の勉強会を各グループ毎に実施しています。</p> <p>職員会議で他事業所での感染症発生状況を話し合い、情報を共有しています。11月～3月までは毎日利用者の検温をし、お茶は麦茶から緑茶に変更し、次亜塩素酸水でテーブルを拭き、消毒しています。</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>地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全を確保するために災害時対応フローを作成し、事務所の壁に掲示しています。</p> <p>年4回避難訓練を行い、そのうち2回は法人合同の防災訓練をしています。年2回は救急法(心肺蘇生、AED、ハイムリック)の勉強会を行っています。利用者及び職員の安否確認は一斉メールで確認する方法を取っています。事業所内の落下防止措置や消火設備を整備し、水、米、レトルト、乾パン、生活用水(期限切れペットボトル水)等を3日分常備しています。期限管理はリストにて行っています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>支援者全体に係る標準的な福祉サービス実施方法は、法人の支援者マニュアルに明記されています。事業所における福祉サービスの提供・実践は利用者の特性や必要とする支援等に応じて、利用者の個別性を尊重した対応を行っています。</p> <p>特性に応じ、A、B1、B2グループに分け、個別マニュアルを作り、それに沿って職員育成も行っています。自閉傾向の強いグループ全体用のサービスを標準化した文書も作成しており、全6回の自閉症研修にも力を入れています。併せて利用者一人ひとりの対応一覧と一日の流れが定められ、職員が内容を共有しながら支援を行っています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年事業計画を作成するにあたり、前年度の重点課題の結果報告や活動報告を踏まえて、今年度の支援方針や重点目標を決めています。その中で、職員の支援に携わる姿勢を定め、具体的な支援については障がい特性に応じて各グループ毎の標準的支援方法について話合っています。</p> <p>実施方法は、主に事業計画を作成する際に、利用者や職員の声を反映して検証・見直しを行います。</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>サービス管理責任者は、各グループの職員の意見を集約、調整し、各支援会議に参画して個別支援計画の内容をまとめています。個々の職員は利用者の身体状況や生活状況等を把握したり、利用者にとどのようなサービスのニーズがあるかを日常の支援状況やカンファレンス、担当者会議に参加することで把握していますが支援困難ケースも可能な限り受け入れており、職員には積極的にカンファレンスや担当者会議に参加するように促しています。</p> <p>新任職員など、アセスメントが、個々の職員の力量によるところも大きいため、サービス管理責任者がサポートをしています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の実施状況の評価と計画の見直しは、手順も含め法人作成のハンドブックに明記しています。事業所でも、A、B1、B2のグループ毎に毎月支援会議で評価や見直しを実施しています。基本的には6か月毎にモニタリングをして、計画に基づく福祉サービスの提供の状況、利用者の身体状況や生活状況等の変化等、責任者も参画して関係職員で協議しています。</p> <p>支援会議に参加しない職員が出勤した時に会議録を読まずに現場の業務に入ることがあります。利用者全員の個別支援計画の内容を確実に全職員に周知するため、口頭や会議録の回覧だけでなく、会議録を全員に配布することを検討しています。</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。
	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の個人情報や医療情報は、フェイスシートや緊急時対応書、個別支援計画書、業務日誌等が整備され、職員全員が見ることができます。</p> <p>業務日誌は利用者の通所状況から家族からの連絡、利用者の声、ヒヤリハット報告、施設長予定、研修・委員会、出勤職員、送迎運転車両等1日の様子が分かるようになっています。日誌はパソコンに入力することになっていますが、全職員が入力できないため、申し送りは手書きのメモや口頭で行われることも多く、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みを検討しています。</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>事業者は利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示しています。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保存します。</p> <p>個人情報の利用に関しては、契約時に個人情報使用同意書を取り交わしています。また、個人情報保護規程を定めており、職員については入職時に「個人情報の取り扱い」を説明しています。</p> <p>パソコン上の記録はパスワードのかかるシステムで入力し、個人記録等は鍵のかかる棚で保管をしています。個人情報を含む書類の廃棄は、シュレッダーや機密文書処理サービスを利用しています。</p>	