

## 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> 法人の理念や基本方針は、明確に策定されホームページ等で広く知らせています。事業所の方針もそれに則り作成していますが、職員に対し理念等の読み合わせをすることは無く、機会を捉えて説明するに止まっています。 利用者や家族に対しては、利用開始時に就労を目指す事業所の方針を伝えるとともに、家族会で法人の方針を抜粋して説明をしていますが、しっかりと伝えるためのツールがありません。職員や利用者・家族に理念等を伝えることについては、不十分と考えています。		

#### 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は、行政、法人やエリアごとの情報により把握し、地域状況については区の自立支援協議会等の会合に出席することで把握しています。 経営状況は、毎月本部に報告をしている月次試算票や利用状況等のデータを用い把握・分析をしており、事業所内の各作業グループにも分析結果を投げかけています。 今後は、作業室単位の分析も行い、経営的課題について具体的な対策をとっていくことが課題と考えています。		
【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> 管理者は、法人全体の経営環境を念頭に、事業所の経営状況についての課題を明らかにしています。職員に対しては、あくまで利用者中心の福祉サービスの提供を基本としつつ、事業継続の必要性、継続するための課題解決に向けての取り組みについて、職員会議や朝夕の打合せ時に伝え周知を図っています。 利用登録者の増加を図ること、開所日を増やすこと、経費を節減すること等々を伝えるとともに、ノー残業デーを作り業務の効率化を図るなどの取り組みを始めましたが、まだ十分ではありません。		

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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、2019年以降の中・長期ビジョンが策定されていません。事業所としても、事業の黒字化に向けて、具体的な数値目標を定めたビジョンが必要と考えていますが、現状では、次年度までの計画を職員に伝えるに止まっています。</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>単年度の事業計画は策定していますが、中・長期計画を策定していないため、反映したものではありません。</p> <p>事業計画は、法人の理念を基本にして、事業所の存在意義や機能を明確にしたものとなっており、実施について効率や経費の面等で困難性が高くても、継続することの意義を再確認しながら策定していますが、具体的な数値目標等は示されていません。</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、法人の事業計画の中から事業所としての取り組みを選択し、所長と一部の職員で案を作成しています。又、年度の積み残し事業を翌年度に再計画し、案については、作業室ごとに職員から意見を出してもらい、職員会議で検討しています。策定した事業計画は、職員会議で内容をピックアップして職員に説明をする他、ショップ等の事業所に配布しています。</p> <p>計画の実施状況は、上半期の状況を本部に報告しているものの、振り返りの機会が無く、評価は十分ではありません。事業計画に数値目標が示されていないことも、評価と事業計画の見直しを困難にしています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画については、利用者も参加できる家族会で配布資料の一つとして配布し、作業で製造している物品の売り上げグラフを添付して、事業の概要ということで説明をしています。その際、各作業室で行っている作業の内容等を補足的に説明し、より理解しやすいよう配慮しています。事業計画を策定するに当たり、利用者アンケートを実施した経過もありますが、今後開所日を増やすにあたって、利用者が積極的に来所したくなるような計画を作ることも考えています。</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>福祉サービスの質の向上に向けては、職員一人ひとりの質の向上が不可欠で、法人で取り組んでいるチャレンジシートを活用して3ヶ月毎の面談を実施し職員の育成を図っています。管理者は毎年事業所の運営状況について自己点検シートを用いてチェックし、定期的に第三者評価を受審するなど自己評価を行っていますが、福祉サービス向上に向けて更に現場と一体になった取り組みが必要と考えています。非常勤職員に関しては評価制度が無いため、意向調査や契約更新時の所長面接などを通じ、業務の振り返りを行うとともに、日常業務の中で研修への参加を推奨していますが、計画的な参加システムにはなっていません。</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>評価結果は、公表したり法人本部に報告するなどしていますが、分析の結果出てきた課題については、認識はしているものの文書化はしていません。課題は職員に口頭で伝え、改善への取り組みは、計画的には行わず随時リーダー会議で検討したり個別に職員と対応を図っています。しかし、評価結果に基づく課題に対しては、改善策や改善計画を策定していない案件も多く、まず課題を文書化し明確にすることが必要と考えています。</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、職務分担表を作成してその役割と責任を明確にし、常勤職員全体の勤務分担や責任とともに職員会議で職員に配布し周知を図っています。事業所の経営や管理等についても、事業計画を説明する中で方針や取り組みを伝えています。有事に備えては、災害時対応マニュアルを作成し、管理者不在時には支援課長が権限を任されていることを職員は承知していますが、文書として明確化はしていません。</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、法人からのメールや所長会議での情報によって、関係する法律の改正や法令遵守に関することなどを把握しており、その都度直接職員に関連することを説明をしています。又、支援課長とともに、特に、人権擁護に関連するような障害者虐待防止法の研修などは定期的に受講し、支援会議で職員に周知しています。施設運営に関しては、関連法が多岐にわたることから、全ての関連法に関する情報を十分に理解することは難しいと感じています。</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>事業所では、利用者の出勤率や工賃等の数値もサービスの質の反映として評価・分析をしています。管理者はサービス管理責任者として個別支援計画会議で担当者と話し合うことや諸会議・カンファレンスを通じて指導力を発揮しています。職員全体が、他のグループに所属する利用者の状況もよく把握しており、福祉サービスの質の向上に向けての活発な意見を引き出したり、管理者自身も一緒に作業に入るなどして、OJTの一端を担っています。研修への参加を奨励していますが、非常勤職員に対する体系的な研修が不足していると考えています。</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、経営状況について、主に事務担当職員と評価・分析し、分析結果は支援の職員に伝えるとともに、限られた人員体制で、効率的な経営と実効性の高い業務遂行のため、一人ひとりの職員の役割を明確にしたり、管理者も作業の一端を担うなどして人件費やコスト削減などの努力をしています。経営分析の状況は本部に報告し、課題も共有していますが、今年度は特にコロナ禍の影響もあり収入増に向けた改善ができていません。</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>法人全体として、総合的に人材確保への取り組みが行われ、研修委員会では研修に力を入れ人材育成を図るとともに、福祉サービスの提供をする専門職としての資格取得について、必要な費用の補助制度を設けるなどの支援をしています。しかし、人材確保や人員体制に関しては具体的計画があるものの、追い付いていない実態があります。管理者は、適材適所の実現は、法人本部の人事担当者、研修担当者や事業所が連携する必要があると考えています。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として期待する職員像については、職員倫理行動綱領や倫理行動マニュアルで明確にしています。又、人事基準も昇給・昇格・昇進に関する細則で規程され、採用時に職員に配布しています。職員の職務遂行等の状況については、法人のシステムであるチャレンジシートを職員の育成を兼ねて活用し評価しています。職員に対しては、法人として意向調査や満足度調査を実施して、内容をエリアマネージャーが把握、必要に応じて、人材育成や人事管理の改善に活用していますが、総合的な仕組みとしては、まだ十分ではないと、管理者は考えています。</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>職員の就業状況は、法人として一括して把握できる仕組みがあります。管理者は、定期的又は随時に職員と面談し、意向等を把握しています。</p> <p>事業所では、週に一日ノー残業デーを設けて職員のワークライフバランス実現を図っており、時間外の業務に対しては分単位の手当てを支払っています。職場としては、有給休暇を取りやすい環境にあり、職員が相互に融通し合うなど、職員同士のコミュニケーションも良好です。休憩時間にはゆったりと過ごせる休憩室を用意し、活用されています。</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>法人全体で取り組んでいるチャレンジシートを活用し、管理者が職員と定期的な面接を行うなどして個別に職員の育成を図っています。又、新たなシステムの導入で管理者としては目標に向けての進捗状況を把握しやすくなり、体系的な組織づくりも進行しています。非常勤職員に対しては、実際に業務を担当してもらい、役割と責任を明確にすることで育成に繋げています。</p> <p>管理者は、職員が各々立てた目標に添った支援を行うため、期待する職員像をきちんと伝えることやできていることをしっかりと評価し、更にモチベーションを上げていくことが課題と考えています。</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>法人では、期待する職員像を示すとともに、毎年、全体の研修計画について見直しも含めて策定し、人権等に係る全体研修や階層別、エリア別研修等を活発に実施しています。特に階層別研修は新採用から7年目までの職員を対象に定期的・計画的に実施しています。</p> <p>事業所としては、同じ建物を共有している2法人の合同研修や、エリア毎に、発達障がいや自閉症スペクトラム、虐待防止など業務に直結する研修を行っています。更に、職員が自由に選択できる研修の提供が必要と考えています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の職員の業務遂行状況については、事業所として法人のシステム等を活用し把握しています。</p> <p>法人としても事業所としても、階層別やテーマごとの研修等を企画するとともに、職員の参加を勧奨しています。事業所では、勤務の振り替えや研修情報の積極的提供、場合により外部有料研修への配慮をするなど、必要な研修には可能な限り参加できるようにしていますが、管理者は職員への個別対応が十分ではないと感じています。</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>法人として、実習生の受け入れに関する基本姿勢は明確にしており、福祉人材の育成を図るという方針の下、コロナ禍で他の事業所に行けない学生も受け入れるという方針が示されましたが、受け入れ体制は厳しい状況です。</p> <p>事業所では、実習学生は、保育実習生1名を受入れるに止まっていますが、社会福祉士資格取得実習の指導者は在籍しています。実習生対応のプログラムは、所属する学校のプログラムに添う形で組んでいます。</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>法人では、ホームページを作成し、広く理念や基本方針、事業内容、財務状況について社会に発信する他、定期的に新聞を発行しています。</p> <p>事業所は、横浜市の西区を拠点として設置された施設で、同じ建物で運営している機能の異なる別法人事業所と共同での事業も行っています。事業内容は行政への報告と併せて、チラシや広報誌を二つの事業所が共同で作成して市民に知らせています。特に広報誌は年に4回定期の他に号外を発行し、ホームページにも掲載するなど情報提供を行っていますが、地域向けの情報発信は弱いと感じています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、職務分担表を作成し、管理者の職務と責任、職員の事業内容別業務分担を明確にしています。主だった業務について職員には周知しています。事務や経理等に関しては、法人として年1回以上、法人事務局の内部監査を実施、監査法人による外部監査も年1回行っています。監査結果については、理事会で報告し、法人役員と情報を共有しています。現在まで特段の指摘事項はありません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域における福祉やイベント情報は、玄関や作業室にチラシ等を掲示して、利用者に提供しています。地域との関わり方について基本的な考え方を文書で表してはいません。地域で行う就労フォーラムに利用者が参加する際は職員が同行したり、利用者家族が通院に付き添えない場合や家族の送迎が一時的に困難な場合は、ヘルパー事業所や自立生活アシスタントへの繋ぎをし、地域の資源が円滑に利用できるよう支援しています。又、事業所で行っている、施設内で行うランチコンサートは地域住民の参加があり、利用者との交流の機会となっています。</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>法人として、ボランティアの受け入れについては積極的姿勢でいますが、実際には受け入れの体制整備ができていないため、積極的な受け入れは行っていません。マニュアル類も、受け入れについての手順書やボランティアのドレスコードの規定等はありませんが、十分ではありません。実際には毎月1、2名のボランティアを事業所外店舗で受け入れています。その他、近隣の小学校の生徒の見学や中学校生徒の職業体験を受け入れることで学校への協力を行っています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所は、横浜市西区第3地区の障がい福祉拠点として事業を展開しています。第3地区の福祉に関する懇談会が組織され、行政、福祉関係施設、民生児童委員、自治会、商店会、PTAなどが参加し定期的に会議を開催しています。</p> <p>この部会で地区の福祉関係マップを作成し、事業所内に掲示し周知していますが、更にわかりやすく工夫した個別の資料作成が必要と考えています。</p> <p>懇談会では、地区共通の課題として移動困難者への対応が検討され、「おでかけ3」として移動支援バスの運行に繋がりました。</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>事業所では、運営委員会制度を採用していませんが、西地区の第3部会・懇談会や横浜市社会福祉協議会、西区社会福祉協議会などと連携を図りながら、地域の福祉ニーズの把握に努めています。取り組みとして、懇談会で地域の生活課題になった買い物等移動困難者のための移動支援サービスが開始されました。</p> <p>事業所では「みんなの節供」として子ども食堂を実施し、子どもに限らず地域住民を受入れる中で、地域の福祉ニーズ等の把握に努めています。</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>事業所では、運営委員会制度を採用していませんが、西地区の第3部会・懇談会や横浜市社会福祉協議会、西区社会福祉協議会などと連携を図りながら、地域の福祉ニーズの把握に努めています。取り組みとして、懇談会で地域の生活課題になった買い物等移動困難者のための移動支援サービスが開始されました。</p> <p>事業所では「みんなの節供」として子ども食堂を実施し、子どもに限らず地域住民を受入れる中で、地域の福祉ニーズ等の把握に努めています。</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>法人の基本方針に人権の尊重を掲げ、職員倫理行動綱領で「利用者中心の支援」「自己選択、自己決定のできる環境」「自由とプライバシーの守られる環境」等と明記し、倫理行動マニュアルでも具体的な職員の行動を明示しています。又、事業所の運営規程でも利用者の意思及び人格を尊重する旨記述しています。</p> <p>内容については、入職時に研修を行う他、事業所の支援員会議等で周知し、法人研修の資料を活用して人権尊重への対応に関するセルフチェックを実施しています。法人としても、事業所としても、人権研修には特に力を注いでいます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシーについては、職員倫理行動綱領に「自由とプライバシーの守られる環境」の記述を始めとして職員行動マニュアルにも明記し、職員には入職時研修で周知しています。事業所では、男女の更衣室を夫々用意するとともに、排泄や移乗時の介助が必要な場合は同性で行うことを基本にし、レクリエーションで外出する際は必要時に備えて必ず男女の職員が付き添っています。利用者や家族に対して、プライバシー保護の取り組みについて周知することが期待されます。</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>事業所の特性等を紹介したパンフレットや広報誌を、同じ建物で協働している他の事業所と共同で作成しています。利用希望者は、学校や区役所、相談支援事業所などの紹介で見学や体験入所に来ますが、その都度個別に丁寧に説明し対応しています。伝える情報は、その時の事業所の状況に合わせて説明内容を見直して提供しています。事業所を紹介する資料を丁寧に記述して、事業所の様子が分かるように考えて、わかりやすくするために工夫しています。</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>福祉サービスの開始・変更時には、利用者の自己決定を尊重しています。基本的に意思決定が可能な利用者が多いため、開始時には、契約書や重要事項説明書、運営規程等を利用者や家族に渡して丁寧に説明をし、利用契約書にはルビを振るなどの配慮をしていますが、関係機関のスタッフの立ち会いやサポートを求めることなどについて、配慮が不足していると感じています。意思決定が困難な利用者への配慮については、事前に関係機関での聞き取りや説明が終了しているため、ルール化はしていません。</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>事業所変更にあたっては入退所調整会議を開催し、全職員で確認するルールを設けています。移行先の事業所や行政機関との引き継ぎにも配慮し、引き継ぎ時には新しい事業所で同席し、利用者と一緒に説明を聞きます。引き継ぎに係る文書は、移行先で求められる内容を記載してある既成のものを渡しています。退所後、利用者から相談のある場合は、基本を相談支援事業所としているため窓口の設置はしていませんが、ニーズがあれば在籍時の担当者が対応することとしています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者や家族の意向を把握する機会として、年2回個別支援計画面談を行っています。又、毎年2回家族連絡会を計画し、終了後各作業室ごとの懇談会を実施しています。事前に質問用紙を配布した上で、懇談会には全職員が出席して、家族等の利用満足度も含め意見や要望を把握するとともに、個別の相談希望については必ず面談を設定します。定期的な利用者満足度調査は実施しておらず、利用者参画での満足度の検討会議等は実施していませんが、第三者評価事業の受審を満足度を図る機会と捉えています。</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、事業所に苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備しています。苦情受付ポスターは顔写真入りで1階入り口の利用者・家族が見える場所に常時掲示しています。</p> <p>苦情に関する実績はありませんが、玄関に設置した「みんなの声ボックス」の側に、「あなたがお話したいことを自由に書いてポストに入れて下さい」と書き添えた用紙を置き、相談室の前に相談方法を掲示、作業室にオンブズパーソン（O.P.）の訪問日を掲示するなどの工夫で、利用者の声を拾う工夫をしています。</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>利用者から職員へ相談の希望があった時は、時間を確保し、相談室やプライバシーが守られる環境において面談をしています。利用者から相談があった時は、必ず当日に話を聞くようにしています。又、オンブズパーソンネットワーク（eネット）に加盟し、月に2回第三者委員の訪問相談を行っています。これは直接、利用者や家族から相談を受け付けることを原則とし、利用者には事前に日時を案内したチラシを作業室に掲示するとともに、連絡帳に挟んで家族にも案内しています。</p> <p>利用者には、相談相手を選択できるなどの説明が不十分と考えています。</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>「みんなの声ボックス」や第三者相談員の訪問相談を定期的に行っています。利用者からの相談や家族からの要望等があった時は、どんな些細なことでも夕礼や朝礼で報告し、活動日誌等に記録しています。</p> <p>職員は利用者の意見や要望、提案等は迅速に情報共有し、早めに改善案を出すように心がけていますが、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相談対応マニュアルの整備は不十分と認識しています。</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>事業所のリスクマネジメントに関する責任者は所長になっています。法人では、リスクマネジメント委員会を設置し、法人内で起きたヒヤリハット・インシデントの集計及び分析をし、改善や再発防止に向けた取り組みを半期に一度行っています。</p> <p>事業所からは、職員が法人のリスク要因分析演習に参加しています。職員は、研修の一環として事故時の緊急対応について職員ハンドブックの事故発生マニュアルを周知し、収集した事例について職員参画の下で発生要因を分析し改善策・再発防止策を検討・実施しています。</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>職員ハンドブックで、感染症の予防や発生時の対応がマニュアルで示されており、職員には入職時にハンドブックを配布し、周知しています。事業所では特に食品を扱うこともあり、事業所内の衛生チェックを徹底しています。例年はノロウイルスやインフルエンザの感染症対策に取り組んでいますが、本年度は新型コロナウイルス感染防止の体制づくりを強化しています。</p> <p>法人の危機管理室による「新型コロナウイルス感染防止対策」の研修に所長が参加し、事業所に保健師を招き、職員・利用者の勉強会を実施しています。</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策ができています。年3回火災想定避難訓練・水消火器訓練・連絡訓練、年2回法人総合防災訓練（地震・津波想定）を行っています。防災計画で職員の役割を明確にし、緊急避難場所の確認だけでなく、移動経路を調べ、安全性を確保しています。</p> <p>地域では、西区第3地区の町内会と連携して防災ウォークを行い、近隣施設の所在地を確認しています。又、市と防災協定を締結し、地域住民や事業所に食料や備品類等、在庫管理者を決めて防災倉庫に備蓄しています。</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>福祉サービスの標準的な実施方法に関しては、法人で「職員倫理行動マニュアル」や「職員ハンドブック」を作成し、法人の理念や基本方針に沿って利用者の尊重・プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢等、支援に係る基本が明記されています。</p> <p>事業所では利用者の障がいの状況に合わせて作業内容を文書化し、利用者の座席の前や作業室の壁などに掲示することで、利用者が安心して効率的、正確に作業できるよう工夫しています。個々の利用者への福祉サービスの提供状況については援助記録表で確認することができます。</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>事業所は本年度より4階グループ、3階グループ、喫茶グループの3つの作業室に分かれ、年間目標を設定し、業務改善に向けて計画や企画を立案しています。職員は日々の福祉サービスの標準的な実施方法について、作業内容が利用者に適切かどうか支援する中で確認しています。朝、夕の打合せや支援員会議、職員会議で利用者の作業内容の現状を検証し、意見を出し合い、個別支援計画の状況を踏まえて見直しています。</p> <p>検証・見直しにあたり、利用者や家族との面談時に個別支援計画意向記入書を書いてもらい、担当者会議で検討する仕組みがあります。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の策定に当たっては、20項目を5段階で評価するアセスメントシートや職員の意見を基に、サービス管理責任者と関係職員、利用者・家族で個別支援計画担当者会議を開いています。特に、就労移行支援対象の利用者では、入所後2週間で実施し、必要に応じて関係機関と調整しています。支援困難ケースでは行政機関や相談支援事業所等の関係機関とカンファレンス等も実施していますが、アセスメントについては、更なる質の向上を目指しています。</p> <p>個別支援計画を反映した支援が行われているか、必ずモニタリングを実施し検証しており、内容は援助記録表で確認できます。</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>個別支援計画の定期的な見直しでは就労移行支援は3ヶ月毎、就労継続支援B型は6ヶ月毎に行っています。事前に利用者・家族と面談し、個別支援計画意向記入書を書いてもらい、外部機関を含む多職種の参加で支援計画会議を開催しています。</p> <p>見直しによって変更した個別支援計画の内容は支援員会議で周知していますが、同会議には本人や家族の了解を得て関係機関の参加も求めています。緊急に計画を変更する場合はサービス管理責任者に報告し、関係職員で担当者会議を開きます。</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>作業室ごとに常勤・非常勤職員は利用者の1日の作業内容や生活状況を、パソコンで援助記録表に記録し、記録は支援課長が週に一度確認し内容等の指導を行っています。個別支援計画に基づくサービスが実施されているか、援助記録表により確認することができます。その他、情報共有は朝・夕の打合せや職員会議、支援員会議等で複合的に行っています。</p> <p>クラウド上で記録ファイルを共有しており、常勤・非常勤職員とも必要に応じて情報を得ることができますが、職員がネットワークシステムを更に活用して、事業所内で情報共有を深めることが期待されます。</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>法人では個人情報保護規程を定めており、法人内に情報セキュリティ委員会が設置され、情報セキュリティポリシーを基に事業所で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。</p> <p>記録管理の責任者は所長で、記録及び情報については契約終了後5年間保存しています。個人記録等は施錠された書庫で保管をしています。</p> <p>個人情報の利用に関しては、契約時に利用者から個人情報使用同意書に署名捺印をもらっています。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>		