

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。	a
<コメント> 理念、基本方針は事業計画書、パンフレット、広報媒体(ホームページ)に記載されていた。事業計画書に関しては全職員に配布しており、年度当初に職員説明会を実施し、職員全員に周知を図っています。同じく利用者・保護者様に対しても事業計画書説明会を実施しており、運営会議において、事業目標の進捗状況と今後の取り組みについての検討をしています。		

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> 各協議会・研修会等への参加で地域の動向と内容を把握分析し、全体の動向は経営者会議や福祉新聞により現状と今後の動向について把握に努めています。コストの分析、稼働率において、運営会議にて毎月確認が行われており、事業報告でも年間のコストの分析を行っています。		
【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> 事業報告書により抽出された課題を次年度の事業計画書に事業計画及び目標として反映しており、職員へは事業計画書職員説明会において周知されています。また経営課題の解決・改善に向けて、具体的な取り組みを運営会議にて進められています。		

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
<コメント> 令和2年度虹の家事業計画書に中・長期的なビジョンと計画が明確化になっており、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっています。また、実施状況の評価を行える内容となっていて、運営会議議事録で必要に応じて見直しを行っています。		
【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
<コメント> 令和2年度虹の家事業計画書に中・長期的なビジョンを反映した事業内容になっており、実行可能な内容となっています。単なる「行事計画」ではなく具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっています。		

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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	b
<コメント> 運営会議にて実施状況を確認することが明確にされており、実施されています。また事業報告書に課題を明確にして事業計画に反映しています。		
【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。	a
<コメント> 事業計画書を基に、みんなの会(当事者委員会)、事業計画説明会(ご家族)にて説明し周知を図っている。また、令和2年度に関しては、感染症対策に伴い説明会は延期とし、希望されるご家族には計画書を郵送しています。利用者に対して、みんなの会(当事者の会)で説明し、ルビを振った事業目標などの資料を配布し説明しています。		

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
<コメント> 個別支援計画に関する取り組み(策定会議・個別支援計画・モニタリング・サービス担当者会議)をPDCAのサイクルに基づき実施されています。サービス担当者会議により計画に見直しが必要となった際には個別支援計画の再策定を行っています。報告書(苦情・是正等)によりチェック体制を整えており、その後の効果の確認も実施しています。体制も整備されています。自己評価は年1回実施し、定期的な第三者評価の受審も行なっています。また、職員の自己評価としては年2回面談にて人事考課を行うことで評価を行っています。		
【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> マネジメントレビュー・運営会議資料・苦情報告書・是正報告書・事業報告書で評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化され、職員の参画のもとで各種会議や各種委員会で組織的に取り組んでおり、改善策を計画し、実行しています。		

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
<コメント> 事業計画書の中に「管理者の責任・施設の役割」「職務分掌」が文書化され職員に周知されています。有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任については事業継続計画に不在時の権限委任等を含め明確になっています。		
【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
<コメント> 施設長は研修に参加し、それを職員に情報提供しながら職員に対し、遵守すべき法令等を周知し、具体的な取り組みも行っています。		

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
<コメント> 各会議体、委員会に参加し状況把握及び具体的な取り組みを提案しています。また、マネジメントレビューを実施し現状の分析を行うことで質の向上に向けた取り組みへと繋げています。また、職員面談を実施し職員の意見を聞きつつ、適切なアドバイスを行っています。施設内・外研修を事業計画に記載し、職員に対する定期的な外部研修への参加と内部研修を実施しています。		
【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> マネジメントレビューを実施し、経営の改善や業務の実効性を高めるための分析を行っている。令和2年度虹の家事業計画書に「ご利用者支援サービスの「質の向上」と「尊厳ある対応」「稼働率の向上と無駄な出費の削減」「多様な人財教育・人財定着・人財採用」「働き方改革への対応と働きやすい職場環境づくり」が明示しており、実効性の向上に向けて、具体的な体制を構築し、意識形成するための取り組みを行っています。		

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
<コメント> 2020年度法人事業計画・令和2年度虹の家事業計画書に必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が明示しており、新人職員に関しては法人研修計画に基づき組織人スタンス研修から学ぶようにしています。人材育成に関しては事業計画書に基づき研修等が進められており、職員との定期的な面談で個々の職員の現状を確認して働きやすい職場環境づくりを進めています。		
【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> 事業計画書の職務分掌により、個々の職員の職務は明確化されており、年2回行われる人事考課において等級毎の職務が実施できていて、職員が目標設定したチャレンジシートの進捗状況確認を含め評価しています。また「人事管理マニュアル」により責任と権限も明確になっています。人事考課制度マニュアルにより人事基準を明確化しており、職員との面談により意向や意見を確認し改善に向けた取り組みを行っています。		
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
<コメント> 事業計画書において働きやすい職場づくりを明確化しており、健康診断、ストレスチェック等の実施やあじさいメイツ、福利協会といった福利厚生に加入しています。また育児休暇・介護休暇・企業内保育園の実施などでワーク・ライフ・バランスに配慮した取組をし、ノー残業デイの実施もしております。		
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
<コメント> 人事考課制度マニュアルに基づき、職員一人ひとりが目標チャレンジシートにて目標設定し取り組んでいる。半期に1度面談を行うことで目標に対する進捗状況を確認し目標達成に向けて進めている。		

【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><コメント></p> <p>「期待する職員像等」は明示しており、人事考課制度マニュアルに専門技術や専門資格を明示し、職員資格一覧表を作成、管理しています。職員研修会議にて職員一人ひとりの状況(等級基準)を踏まえ研修計画を策定しています。今年度に関しては、コロナウイルス感染症の流行に伴い外部研修は中止が相次ぎ、内部研修を中心に実施し基本ではあるが接遇を重点に置いた研修を繰り返し実施しています。</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><コメント></p> <p>職員資格一覧表により、個々の職員の把握が行えており、また職員育成計画に基づきOJTでの育成が進められています。研修に関しては、個々の職員の職務状況や経験年数等を踏まえ研修機会の確保をしています。また、外部研修の情報に関しては適宜告知し職員に周知しています。</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><コメント></p> <p>人事管理マニュアル「06見学者等外部受け入れについて」【実習・研修受け入れマニュアル】が整備されており、担当者が受け入れを行うが、事前にオリエンテーションを行い、実習期間内における実習生の目標を確認した上で学校側とも連携を取りながら受け入れをしています。</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><コメント></p> <p>理念、基本方針は事業計画書、パンフレット、広報媒体(ホームページ)、WAMNETに記載されており、第三者評価の結果についてもホームページ、施設内(玄関先)での掲示及びかながわ推進機構並びに「特定非営利活動法人介護の会まつなみ」ホームページでも公表しています。また、苦情・相談に関しても内容、改善策を検討し、施設内(玄関先)にて公開しています。地域に向けての発信方法としてホームページの活用と広報誌を地域に配布しています。</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><コメント></p> <p>職務分掌、経理規程に基づく会計指導が実施されています。また、監査法人が入っています。伝票・稟議書で複数職員のチェックや決済をしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画書により地域との繋がりを文書化しています。施設周辺の清掃活動や地元自治会への福祉村だより配布を兼ねた地域防犯パトロールを実施しています。「年間行事計画案」で交流の機会を定期的に行っているが、今年度に関しては感染症対策により、各イベントが中止となっている状況です。</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><コメント></p> <p>人事管理マニュアル「05見学者等外部受け入れについて」【ボランティア受け入れマニュアル】が整備され対応しています。また、近隣中学校の職場体験としての職員体験という部分でも学校教育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><コメント></p> <p>地域における関係機関(相模原市福祉のまつづくり推進協議会、相模原市障害児者福祉団体連絡協議会、あいロード若松商店会、麻溝地区防災協議会)の会議に出席し、具体的に協働して取り組んでいます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>地域における関係機関(相模原市福祉のまつづくり推進協議会、相模原市障害児者福祉団体連絡協議会、あいロード若松商店会、麻溝地区防災協議会、相模原市社会福祉協議会、相模原市社会福祉法人経営者協議会)への参加により地域の福祉ニーズや生活課題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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画書に基づき、若沼商店街店舗を利用したのレインボーサロン活動(商店街の一角にて地域サロンを運営しており商店街の活性化及び交流の場となるよう取り組んでいます)・自治会と協働しての防犯パトロールや麻溝公園全体清掃活動を実施しています。災害時の取り組みとして福祉避難所としての指定を受けており、福祉避難所マニュアルを作成し、住民の安全・安心のための備えをしています。また、地域の中学生の職場体験を受け入れ社会体験の場として提供もしています。</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。	b
<コメント> 令和2年度虹の家事業計画書に「職員倫理要領」「職員行動規範」に利用者を尊重した福祉サービスの実施についてが明示しており、反映されたサービス提供が実施されています。研修も定期的実施され、権利擁護委員会を設置し、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応をしています。		
【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
<コメント> 令和2年度虹の家事業計画書(職員倫理要領・職員行動規範)、各種業務マニュアル等によりプライバシーに配慮した福祉サービスが実施されています。また、プライバシーの配慮として居室では同室者もいられるため、更衣の際にはカーテンを閉め、仕切り板を用意しています。		
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。	b
<コメント> 法人広報紙(福祉村だより)、当事業所広報紙(なないろたより)を公共施設等に置いています。また、施設には写真を用いてわかりやすく事業所の情報をパンフレットとしています。事業所への電話での相談や利用の希望者には親身に対応し、当事業所の提供できるサービスの情報等をお伝えし、希望者には施設見学も実施しています。		
【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> サービスの利用開始・変更時に、ご本人・ご家族若しくは後見人状況によってはケースワーカー立ち会いのもとサービスの内容、利用料金等を重要事項説明書を基に説明を行い、ご利用者(ご家族)・当事業所の双方が了承のもと利用契約を交わした後に利用をしています。		
【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> ご利用者の状況の変化に合わせ他の事業所への移行を希望される際には、ご本人、ご家族若しくは後見人、ケースワーカーの方々と相談を重ね同意を得た後、ご本人にとって不利益とならないよう利用できるサービスを確認し、希望される事業所の職員と連携を図り進めています。移行された後にも、ご希望があれば当事業所には相談窓口があることを伝えていきます。		
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
<コメント> 年2回実施のご利用者アンケート、悩み相談窓口、みんなの会(当事者委員会)を基にご利用者の要望を把握しています。把握したご利用者のニーズはご利用者の了承のもと会議(棟会議等)にて検討し改善を進めており、その都度ご利用者の方に改善内容をお伝えしています。		

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><コメント></p> <p>苦情解決に関する規則に基づき、苦情受付担当者及び苦情解決責任者のポスターを正面玄関・2階職員室前に掲示してあります。また、直接申し出にくい方のために投書にて申し出られるよう正面玄関に悩み受付箱を設置し、ご家族には苦情解決のシステムが掲載された事業計画書を配布すると共に契約時に重要事項説明書を基に説明を行っています。苦情となった内容に関しては改善を図り申し出者に報告し了承を得ています。また、苦情に関して公表を了承いただいたものに関しては正面玄関に掲示し公表しています。</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><コメント></p> <p>権利擁護体制表が示されている事業計画書を配付し、正面玄関先に苦情受付担当者及び苦情解決責任者のポスターを掲示しお知らせをしています。担当者は男女職員1名ずつで配置しており、ご利用者の方が話易い担当者の方にお話しして頂くようしています。</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><コメント></p> <p>正面玄関に悩み受付箱を設置し、投函された相談内容に関しては、迅速に対応策を検討し申し出者に報告し了承を得ています。安全管理規定に関しては、マニュアル委員会にて定期的な見直しを行っている。</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><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会を毎月開催し、リスクの検討を行っています。事故発生時の対応については、事故初期対応マニュアルを1階職員室、2階宿直室にいつでも確認できるよう保管し職員に周知しています。研修に関しては、施設における防犯研修に参加し、参加した職員より内部研修を実施しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>感染症マニュアルが整備されており、各支援室に置かれ職員に周知しています。安全衛生委員会が設置されており、感染症予防対策をポスターを掲示することにより周知しています。また、感染症マニュアルを基に、感染症が発生した際には個別対応等の適切な対応を行っています。研修に関しては、感染症対策に関する外部研修に参加し、参加した職員より内部研修を実施しています。また、今年度に関しては、コロナウイルス感染症対策として園内の消毒作業の強化も図っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画書の防災計画を基に、年に3回防災自主訓練を実施しています。防災研修も内部研修、外部研修と実施されております。また、事業継続計画(BCP)を基に訓練を実施し、法人内各事業所と連携して大規模災害が起きたことを想定しての訓練を実施しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>各種マニュアルが整備されており、毎月のマニュアル委員会にて各マニュアルの内容が現状に適しているか確認し、合っていない際には適宜改定を行っています。また、マニュアル内容の再確認も含め内部研修も実施しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個々のご利用者への取り組みの確認を含め、月に5名のサービス担当者会議を実施しています。事前に再アセスメントを行いモニタリングによる検証により、個別支援計画策定会議やサービス担当者会議で多職種が集まりご本人の意向を尊重し個別支援計画の見直しや支援方法の改善を行っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者が配置され、ご利用者アンケート、保護者面談にて意向を窺い、アセスメントに記載され、その後、ご本人、他部門(医務、栄養)の職員を含めて個別支援計画策定会議を開催し個別支援計画を作成しています。また、ご利用者の健康状態の変動により適宜ケアカンファレンスを実施し個別支援計画の見直しを実施しています。</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><コメント></p> <p>令和2年度虹の家事業計画書に個別支援計画策定会議が定められており、月5件のケアカンファレンスの開催も明記されています。また支援マニュアル5、個別支援計画の立て方・進め方・サービス提供のプロセスに手順等が定められています。変更となった個別支援計画は、個別サービス表にファイリングすることで職員に周知しています。</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><コメント></p> <p>利用者の生活・行動等に関するアセスメント調査1・2や個別サービス表にて個別支援計画への取り組み状況や生活状況の記載がされており、個々のご利用者の状況が確認できています。また、記録の書き方に関する資料(理事長の一言)を職員に配布し各職員によって差異がないようにしています。また、各議事録は1階支援員室のホワイトボードに掲示し情報共有が図られています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規定に基づき、ご利用者の情報は管理されている。職員に関しても、職員倫理要領を厳守し個人情報の取り扱いは充分留意しています。但し、ご利用者の命に関わる際の医療機関等への情報提供はご本人、ご家族若しくは後見人の方に個人情報に関わる同意書を頂いている。</p>		