

第三者評価結果

事業所名：ふるーる

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></p> <p>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。行動指針として、職員倫理行動マニュアルに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。さらに解かりやすく説明していく工夫を検討しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>相模原市の福祉施設の集まりである事業所協会に管理者が参加し、市内外の福祉の動向について、社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画等、福祉政策の全体的な動向を把握しています。把握した動向や課題について分析をしています。福祉サービスのコストについては、毎月の試算表で収支状況を確認し、併せて日常的に地域の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、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。</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></p> <p>毎月の試算表から分析した経営上の課題について、前年度分の事業報告書を作成しながら年度の振り返りを行い、次年度以降の取組に活かしています。また、年度予算の作成にあたっては試算表や生活介護部会の月次報告書をもとに収入見込みを立てるとともに、利用率増に向けた取組を職員で話し合い、支出予算の調整をしています。特に人件費については残業時間の分析を行い、これらの分析をもとに次月に取り組む課題を抽出しています。残業時間等の改善に向けた取組を進めるためには、人材の育成がさらに必要と考えています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の基本理念やマスタープランに基づき、事業所としての事業計画を策定しています。中長期計画は事業報告書作成の際の振り返り、評価を基に、次年度の経営課題や改善策に向け具体的内容で作成しています。目標と開きが出てくる場合もあるため、9月～10月の期間で補正予算を作成し、再度年度目標を目指すよう軌道修正を図っています。マスタープランが策定され、定期的に見直しが行われています。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、利用率アップを目指しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画策定にあたっては、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。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。事業計画の内容は、「利用者さんも職員も、明るく！楽しく！元気に！」という事業所のモットーを実現すべく、作業活動・余暇活動ともに力を入れたプログラムの提供を目指した内容としています。工賃の値上げを含めた数値的な結果に関しては単年度ごとに事業報告を作成しています。</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>

事業計画については管理者がたたき台となるものを作成したのち、職員から意見・改善点・アイデアなどを募り、それを反映させる形で作成しています。計画は補正予算の時期と合わせ、半期に一度見直しをしています。年度末には事業報告書の作成を行っており、定められた項目について振り返り・取りまとめ・評価を実施しています。事業計画書・事業報告書共に全体職員会議で読み合わせをし、会議に参加できなかった職員へは配布や回覧で周知をしていますが、現在は限られた職員の参画にとどまっている状況です。今後は多くの職員が参画出来るように検討することを期待します。

【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。

c

<コメント>

毎年、家族会で、事業計画の内容について説明をしていましたが、コロナ禍の為に家族会が開催できず、またその代替手段もとられていません。事業計画の掲示のみとなっています。さらに事業計画は利用者や家族にとって分かりやすい記述とは言えません。今後は利用者や家族に分かりやすい説明資料を作成するなどの工夫が望まれます。

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。

a

<コメント>

「利用者様の声」ボックスを設置し、ご意見ご要望の収集に努めるとともに、いただいたご意見については一つひとつ回答しています。直接職員に寄せられた意見等は日々業務日誌に記録し、全職員が内容を把握しています。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、それぞれ評価・分析しています。意見や要望で改善可能なものについては、迅速に改善に繋がっています。サービス事業者自己点検シート、・第三者評価自己評価、組織効果性サーベイ報告書等で職員は、自らの業務の振り返りも、組織的に行っています。

【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>

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がある事項に優先順位をつけ、改善案について職員グループで話し合いを行っています。満足度アンケートについては振り返りや分析、個々のご意見に対する回答をつけた報告書を作成し、配布しています。サーベイ報告書については、結果により管理者向けの研修を受ける仕組みがあります。課題は、次年度の事業計画に反映して取り組む他、管理者が朝礼や終礼時に職員に伝えたり、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。計画的ではないものの、改善に向けて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。

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>

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。経営方針・取組等は事業計画書に明示しており、管理者業務は業務分担表に明記していますが、広報誌などで表明していません。不在時の責任所在は組織図に依る所とし、有事の際の流れはフローチャートにまとめられています。責任権限は管理者に集約していますが、不在の場合の現場の対応は組織図の役職者順に権限移譲されていくことになっています。

<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。</p>	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。改善に向けての取組について、職員全体会議や毎日の朝礼、終礼で具体的な取組目標や、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。改善に向けた取組を進めるためには、人材の育成がさらに必要と考えています。

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

<p>【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。</p>	b
--	---

<コメント>

管理者は第三者評価・自己点検シート・組織効果性サーベイなどを利用し、定期的に自身の施設を客観的に評価する機会を設けています。また、利用者満足度調査や日々の利用者からの声（口頭・皆の声ボックス）から、希望・要望等の吸い上げを行い、客観的評価で得られた情報や利用者からの直接的な要望等を施設のサービス委員会で改善・向上に活かしています。また、職員については定期面談（年2回～4回程度）を行い、意見やアイデアなどを聞き、それぞれのパフォーマンスを上げていけるよう指導しています。しかし、組織内の体制の構築はまだ十分とは言えず、今後力を入れていきたいと考えています。

<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。</p>	b
---	---

<コメント>

管理者は、毎月末の試算表作成時や月初請求時の生活介護部会月次方向を作成する際に分析を行い、次月以降の取組を考案しながら取り組んでいます。職員対応としては各自が働きやすい環境を目指し人材育成や業務の効率化を図っています。各々の働き方に配慮し、ヘルプ体制などの人員調整も工夫しています。その際は一部の職員だけの声で物事を進めてしまわないよう留意していますが、全員の意識統一が十分ではありません。双方向の話し合いの回数を増やすなどで、体制を構築していくことが期待されます。

2 福祉人材の確保・育成

<p>(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。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	b

<コメント>

法人の採用活動は活発に行われており、事業所としても職員の採用説明会への参加や、採用前現場実習の受け入れなどの形で協力しています。また、常勤職員については年度別階層別研修が確立しています。コロナ禍のため、直接集まった研修は難しいものの、オンライン等を駆使してグループセッションなども含めた定期的な研修を実施していますが、職員への周知・理解に課題があります。

<p>【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	b
---	---

<コメント>

期待する職員像については法人ホームページや入職後に渡される職員ハンドブックに明記されています。人事基準については就業規則に記載されています。評価システムについては電子システムを使用しており、ここに定めた目標について評価、管理しています。職員の異動希望等、キャリア思考についてのWEBによる意向調査ヒアリングが年に1度あります。また、定期面談により職員の特長や適性、さらに期待されることなどが見えてくるため、適宜それを踏まえた指導をしています。得意分野を活かし、いきいきと働ける職場づくりを目指していますが、十分とは言えません。今後に期待します。

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

<p>【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組んでいる。</p>	b
--	---

<コメント>

労務管理は勤怠システムにより行い、有給取得については電子システムと有給台帳（紙ベース）との併用で管理を行っています。事業所は祝日や土曜も開所している為、代休・有給をバランスよく使えるよう、役職者が前月中に勤務表を作成し、有給や特別休暇（夏季・冬季休暇）等の取得を促しています。年2回メンタル診断を行い、ストレス値が高い職員に対しては、定期面談とは別に面談を行い、必要に応じて心の安心110番につないでいます。ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組が十分効果を発揮していません。今後効果が出てくることを期待しています。

(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。

b

<コメント>

職員に配布される職員ハンドブックに、「法人が期待する人材像」が明記されており、周知しています。評価システムについては「明日のクラウド」という電子システムを使用しており、ここに定めた目標について、1次評価者・2次評価者による評価がされています。職員の異動希望等、キャリア思考についてのWEBによる意向調査ヒアリングが年に1度取り入れられています。個々の職員の評価、分析についてもこれらのシステムのデータをもとに、最低年2回の管理者面接で目標達成度の確認をし、育成を図っています。今後は非常勤職員にも、面談や研修への参加で育成を図ることを期待します。

【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>

法人作成の職員ハンドブックでは「法人が期待する人材像」について明記しています。また、職員の必要とされる資格取得や研修については事業計画に記載されています。常勤職員については階層別研修が確立しており、経験年数に合わせた研修が計画されています。研修報告書は管理者が確認し、本人の理解度、成熟度を把握しています。研修は、法人の研修委員会が職員研修規定に基づき、目指す職員育成のために作成し、研修ごとに評価し、次年度のプログラムの改善に活かしています。コロナ禍でもあり研修開催が少ないようなので、ネット環境の整備などでの研修参加促進が期待されます。

【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>

研修については積極的な受講を推奨し、資格取得斡旋についても事業計画に盛り込んでいます。国家資格の取得については法人側のサポート体制もあります。資格取得助成制度、貸付金等を整備し、積極的に資格取得を支援しています。外部研修は研修ファイルに研修情報をまとめており、個々の職員が適宜選択できます。また、研修の受講については、シフトを工夫し、業務として参加しやすくなっています。管理者は、職員一人ひとりについて必要な研修を把握していますが、利用者からは職員の態度による課題の指摘があります。階層別等の必須の研修や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。

(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>

毎年作業療法士(大学)・社会福祉士(大学・専門学校)・福祉系高校などから幅広く実習を受け入れています。学校とも連携し、実習生には「実習生の受け入れについて」の文書で基本姿勢を示し、実習指導者が実習生の学びたい内容に添ってプログラムを作成しています。また、知的・身体・自閉症の障害の方々で3グループに分かれているふるーの特性を生かし、専門職の特性に配慮したプログラムを用意しています。在籍校とは実習中進捗状況確認などの連携を図っています。今後は実習指導者に対する研修を実施し、より良い実習となるよう取り組むことが期待されます。

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>

法人のホームページには法人としての理念や基本方針、収支報告等について公表しています。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います。定期的に第三者評価を受審しています。ただし、事業所での苦情・相談の体制は整備されていますが、実際の苦情・相談の記録や改善等については公表しておらず、今後は開示について検討されることが望まれます。

【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>

事務・取引・経理等のルールについては月に一度の事務連絡会議で確認されています。権限については基本的には管理者と事務員、管理者不在の場合には主任とルール化されていますが、職員へは今一度さらなる周知が期待されます。また、第三者評価を利用し、透明性の向上に努めています。生活介護部会(管理者部会)の中で監査についても勉強会が設定されることもあります。事業所の運営や経営については、内部監査及び外部監査も実施し、指導を受け、残業の時間の分析などから人件費の改善を検討しています。

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
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 地域との関わりについては文書化され、障がい者に係る情報が地域で共有されています。利用者に関わる社会資源等の情報は、印刷して利用者に配布しています。以前、近隣大学医療衛生学部とのコラボレーションで、実際に利用者が学生の授業に参加をする機会を設けていましたが、コロナ禍の為、動画等でのやり取りになっています。地域で行われるイベントには、利用者とともに職員が参加しています。地域住民のボランティアは積極的に受け入れ、利用者の買い物等で一緒に外出する支援も行ってはいますが、個別の支援は少ないようです。今後は更なる個別支援に努めることが望まれます。</p>	
<p>【24】 II-4-(1)-② ボランティア等の受け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>	a
<p><コメント> ボランティア受け入れや学校教育への協力については事業計画に明示しています。ボランティア受け入れマニュアルを作成しており、実際の活動前にはオリエンテーションを実施し、説明しています。受け入れの際には、注意事項等を記した文書で、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。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と自助具等の製作に協力しており、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>	
(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>	a
<p><コメント> 市の事業所協会に所属して関連機関との繋がりを広げるとともに、社会情勢に合わせたそれぞれの事業所の取組や対応などの情報を収集しています。また、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。管理者はオンブズマン運営委員を努めており、他法人の事業所の運営委員と共に地域のオンブズマン活動の円滑な運営および活性化に向けて協働しています。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>	
(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>	b
<p><コメント> 市の事業所協会に所属し、社会情勢に合わせたそれぞれの事業所の取組や対応などの情報を収集しています。また、管理者はオンブズマン運営委員を努めており、地域のオンブズマンの活動報告から地域のニーズを把握することもあります。事業所では市の基幹相談支援センター主催の研修に参加することで、基幹相談や近隣の相談支援事業所の関係者と連絡を取り合う機会となっています。地域の事業所協会の会議でも共通する地域課題としてサービスに繋がっていない障害のある人をどうするか、などが協議され、必要に応じて市の行政に繋げていく活動を行っていますが、十分とは言えず、更なる取組が望まれます。</p>	
<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
<p><コメント> 北里大学医療衛生学部の授業に施設として参加し、利用者の社会参加の機会を提供するとともに、学生の授業を生きたものにしていくという両側面からの活動もしています。市の障害者地域作業所等連絡協議会に所属し、地域のイベントを収集して積極的に参加しています。防災備蓄は3日分の準備をし、災害時には、地域住民に提供するよう取り組んでいます。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。</p>	

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

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	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
<p><コメント> 法人は、「職員倫理行動綱領マニュアル」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。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、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。特に留意してもらいたい点については年度初めの全体職員会議で読み合わせをしています。支援方法に疑問がある時は支援会議で話し合いを行っています。法人の人権委員会により、定期的に全体研修が組まれていますが、コロナ禍の折、大きな研修が出来ていなかったため、今年度は人権にかかわる映画を鑑賞し、研修としています。</p>	
<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>	b
<p><コメント> 「職員倫理行動綱領」の基本的理念で、法人として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。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を理解しています。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。しかし施設の広さの問題もあり快適な環境とは言えない部分（声の問題などで）もあるので、今後は設備の工夫に更なる取組が望まれます。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 利用希望者が自分の希望に沿ったサービスを選択できるように、図や写真を入れてわかりやすい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養護学校等に置いています。情報提供の資料については随時見直しをしています。体験実習・見学者についてはいつでも受け入れを行っており、管理者・役職者が対応しています。また、療育施設や養護学校の関係者とは毎年実習受け入れについての話し合いをしています。体験実習・見学希望者はいつでも管理者・主任が対応しています。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント> サービスの開始・変更にあたっては、利用者や家族に分かりやすくサービスの内容を伝えるように配慮しています。書類は文字を大きめに作成し、契約書の漢字表記にはルビをふるなどの工夫をしています。契約書上の難解な単語・表現の説明などについて言い換えや例などを用いて説明していますが、利用者の多くが文字よりは絵図や写真等の方が理解を得られやすいケースも多く、今後の課題となっています。職員間で利用者ごとに適した意思疎通の方法を共有しており、説明などにも活かされています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント> 事業所でのサービスを終え、他事業所へ移行する際には、担当者同士の引き継ぎを適宜行っており、その際は利用者・家族の同意を得た上でフェイスシート等の基礎情報を共有しています。直近の身体状態の変化や日々の様子など、各施設の担当者会議等の場において共有することもあります。新規で利用される利用者の受け入れの際も、引き継ぎの際に情報の共有をしています。サービス終了後も利用者・家族等が相談できる体制を整えています。</p>	
<p>(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 年に一度4月から5月に利用者満足度アンケートを行い、集計結果の分析を行っています。7月には分析した結果や今後の対応をまとめた利用者満足度アンケート報告書を利用者、家族へ配布しています。家族懇談会参加者には書面を渡し、また口頭での説明も行っています。「職員の対応や雰囲気について」「施設の利用のしやすさについて」「日中活動について」「食事内容について」などのアンケート項目を設けています。結果を踏まえて消毒液設置箇所の増設、公園散策、ドライブスルーへの外出を実現しています。また日常的にはみんなの声ボックスを活動室に設置し、要望を受ける機会を作っています。</p>	

(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

<コメント>

法人として「苦情解決に関する規則」を設け、苦情解決責任者、苦情解決への手順などが記されています。苦情の受付、報告・確認、解決に向けての話し合い、記録・報告について詳細に定められています。苦情解決のフローについては職員ハンドブックにマニュアルとしてまとめており、施設全体、法人全体として適宜見直しされ、その都度改定され共有されています。このフローに基づき、施設では職員が窓口となり、施設長が責任者となって苦情解決にあたる体制が整えられています。

【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

<コメント>

重要事項説明書中に苦情等の受付という項目で、事業所内の相談窓口の他に、法人の第三者委員、相模原市役所地域包括ケア推進部福祉基盤課、県社協かながわ福祉サービス運営適正化委員会など外部の苦情受付機関の連絡先を掲載しています。また苦情解決ポスターは写真付きのもので掲示しています。月に一度はオンブズマンの訪問の機会も設定しており、利用者の求めに従い話をすることが出来るようにしています。次回来所日は活動室に掲示しています。面談・相談の際には基本的には相談室など個別に話しができるスペースを用意していますが、利用者からは言いやすい雰囲気と評価されていません。利用者満足度アンケートの自由記入欄や、みんなの声ボックスなど意見を伝える機会を設けています。

【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。

a

<コメント>

事業所は日中作業の提供などを行う施設であり、利用者はグループホーム等他施設のサービスを併用しているケースも多く、他事業所とも緊密に連携を図っています。他施設との連携により、事業所内だけでは把握しづらい意見・要望を聞くことが出来るケースもあります。他方面から把握した意見等にも可能な限り対応し、利用者の声を反映できるように努めています。

(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。

a

<コメント>

ヒヤリハット担当者を設け、毎月件数と内容の集約を行っています。報告書はファイリングされ職員間で共有しています。半期に1度、法人のヒヤリハットインシデント分析プロジェクトへ報告を行い、法人としてのヒヤリハットの傾向を分析・検討し、分析結果は管理者会議を通して各事業所にフィードバックされています。交通事故の防止策として、毎月法人内の安全運転管理者委員会より事故件数の報告があり、事故の傾向、注意すべきポイントなどが報告されています。管理者はこれを全体会議や朝の会等で職員に周知しています。建物仕様および立地条件として避難方向が限られる点が懸念点であり、火災・侵入などの際の避難想定が期待されます。

【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

<コメント>

日頃から看護師を中心に、各季節に応じた感染症対策を講じ、グループで実施する体制が出来ています。この3年間のコロナ禍では法人として対策本部を立ち上げ、利用者・職員の感染対策を推進しています。職員会議にて、他施設での感染症の状況なども共有しており、都度ガイドラインも法人レベルで更新しています。外部の人が施設内に入る際は検温・手指消毒・マスク着用を徹底し、連絡先と検温記録は個別シートのもにに変更して有事の際に備えてファイリングして残しています。施設内で陽性者が発生した場合に備え、感染時専用の利用者・職員の連絡先の一覧を作成しています。職員向けのマニュアルを原案とし、利用者にも行える予防対策などを、看護師が「ほけんだより」として読みやすい形にまとめ、配布しています。

【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

<コメント>

大規模災害発生を想定し、年6回の防災訓練（内2回は法人全体防災訓練）を実施しています。法人合同防災訓練の際には全職員と希望利用者への個人メールアドレスへ安否確認メールが送信され、各自安否や周辺状況をチェックして返信する訓練も行っています。春～秋の訓練の内の1度は、水消火器を使用した消火訓練も実施しています。防災訓練での気づきや次回への注意点は防災訓練の報告書にまとめています。備蓄は3日分を常備しており、賞味期限の管理はリストを作成しています。また、災害時フローチャートを作成し、事務所内の掲示を行っています。日中作業を提供する施設としての、利用者の安否確認は元より、安全確保の在り方、発災後の事業継続の在り方などを確立されることが期待されます。

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
<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 事業所では自閉症の方の多いAグループ、知的障害の方のB1グループ、身体障害の方のB2グループと3つのグループに分かれており、各グループの個別マニュアルを作成し、それに沿って日常の支援を行っています。マニュアルには時系列で行われる支援スケジュールが記載されており、利用者個々の支援についても書かれています。個々の支援記録やグループの支援会議への役職者の参加により、支援の実施状況を上席が把握し、状況に応じて助言や指導を行っています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント> 個別支援計画の内容については、モニタリング・再計画のタイミングごとにサービス管理責任者と担当者、管理者が相互にチェックし合い、利用者的一面だけをとらえた計画書とならないよう留意しています。個々の利用者の支援計画や心身の状況の変化が見られた場合は、随時個別マニュアルの見直しが行われており、職員間で話し合われた結果に沿って日常の支援に活かしています。</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。	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 個別支援計画の策定にあたっては、利用者・家族からの意見をもとに作成した個別支援計画(案)をたたき台として現場職員での個別支援会議を実施し、作成しています。また、他施設との連携のため、担当者は相談支援専門員の設定する担当者会議に積極的に参加しており、多職種連携を意識した計画作成を目指しています。特に困難ケースの利用者に関しては、日中支援側から相談支援専門員へ情報提供や担当者会議設定の依頼の連絡を入れています。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント> 個別支援会議で個別支援計画の評価・見直しを行っています。また、評価時期でなくても変更を要するようなケースはグループの支援会議の打ち合わせの中で判断しています。個別支援計画作成の流れについてはフローチャートを作成しており、サービス管理責任者以外の職員にもどういった流れで支援計画を作成しているのかを把握できるようにしています。</p>	
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 法人内の他事業所の記録も閲覧することが出来るシステムを用い、日々の利用者の様子を記録しています。そのため通所している利用者が、法人内の他の通所先やグループホームでどのように過ごしているか様子などを把握することが出来ています。毎月のグループ支援会議で利用者の様子に変化がある場合や支援方法の工夫が必要な場合について話し合いを行っています。グループを超えての共通支援が重要となる利用者の支援については職員全体会議で共有の場を設けており、参加できなかった職員には会議録を配布し共有しています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント> 個人情報保護の意識付けについては、職員ハンドブックや個人情報保護規定に準じています。記録はパスワードのかかるシステムで入力をしており、個人記録等は鍵のかかる棚で保管しています。個人情報を含む書類の廃棄の際は、シュレッダーを使用するか、市の清掃工場に直接持ち込み、機密文書処理の手順を踏んで処理をしています。記録の管理は管理者と主任・事務員が協働で行っており、文書管理規定に則って保管及び廃棄を行っています。</p>	