

### 第三者評価結果

事業所名：ウイアー

#### 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>&lt;コメント&gt;                  法人の理念や基本方針は法人ホームページや運営規定、事業計画等に明文化されています。職員に対しては入職時に配布されるハンドブックやクレドに記載され、新人研修で周知する他、法人研修や施設の会議、朝昼夕礼等の機会に確認しています。法人の理念や基本方針に基づいた事業目的や運営方針は重要事項説明書に記載されており、契約時に利用者・家族に説明しています。しかし、わかりやすい資料等の準備はないため、今後わかりやすい資料の作成が期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;                  現在は、新型コロナウイルス感染の状況により参加できていませんが、通常は所在区や隣接区の自立支援協議会や横浜市障がい者作業所連絡会等に管理者が定期的に参加し、とりまく地域の状況を捉え、ニーズや課題を他事業所とも共有し分析しています。社会福祉全体の動向については法人の担当部署が把握・分析していますが、事業所にフィードバックする機会が少なく、事業所からの報告や提案に対応する仕組みが確立していません。社会福祉の動向、地域の動向を確認し、法人と事業所共同での分析や課題に対応する仕組みの構築が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;                  事業計画作成前に前年度の職員会議にて事業計画の振り返りを行い、次年度の重点課題を策定し、経営課題に向けての取組を事業計画に盛り込んでいます。事業計画や重点課題は職員会議等で職員に周知し、課題の改善に向けて職員全体で取り組んでいます。利用者に向き合う時間を多くとる等の努力はしていますが、資料や会議録等の作成が不十分であり、課題や改善策の周知や徹底は図れていません。今後記録や書面にて誰でも理解や確認しやすい仕組みの構築が望まれます。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;                  法人は5年毎のマスタープランを策定し、ホームページ等に明記しています。職員のポータルサイトにも掲示されていますが、各施設や職員に対し内容の周知はされていません。毎年施設では前年度の事業計画の反省を踏まえて事業計画は策定していますが、上記の理由から法人の中・長期計画に沿っているものとはなっていません。今後法人の中・長期的な計画やビジョンを確認しやすくするシステムの構築が望まれます。</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

<コメント>  
 法人の理念や基本方針を基に毎年単年度の事業計画が策定されています。内容は前年度の事業計画において課題として抽出された「重点課題」や「ユニークな取り組み」「事業所の運営」「地域との交流」「社会・地域貢献の取り組み」「苦情解決」などについて等となっており、どれも実現可能な内容となり評価を行えるものとなっています。法人の中・長期計画が周知されていないため、内容は法人の中・長期計画に必ずしも沿ったものとはなっていません。法人の中・長期計画の周知・徹底が望まれます。

(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>  
 事業計画は毎年2月に職員会議等で職員の意見からその年の事業計画の達成状況や次年度の重点課題などを抽出し、所長が作成した次年度4月から3月までの原案を職員会議で確認し完成しています。手順については把握しておらず、毎年の流れで実施されています。事業計画の職員への周知は書面で配布し、職員会議で必要事項を説明しています。今後事業計画作成の手順を把握し実施していくことが課題です。

【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。	b

<コメント>  
 家族会はなく、利用者等に事業計画を書面で配布したり説明会を設けることはしていません。重点目標「支払い工賃の安定と増額」などは毎月の利用者会議や朝礼昼礼等で利用者説明し、目標達成に向けての実施方法を利用者から聴取しています。今後事業計画を利用者に書面で配布する等、さらなる周知についての取組が期待されます。

#### 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。

【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>  
 福祉サービスの質の向上に向けて毎年事業計画で重点課題を挙げ目標達成に向けた取組が行われていますが、評価の仕組みが確立されていません。所長を中心とした常勤職員内では効果測定を実施するなどのPDCAサイクルを実施する表を作成し運用を検討している段階です。今後PDCAサイクルにもとづいた福祉サービスの質の向上に関する取組の確立が期待されます。

【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。	c

<コメント>  
 評価の仕組みは確立していませんが職員会議等で課題を抽出し共有しています。その課題を改善する取組も行われていますが改善計画の策定はできていません。会議の議事録はありますが、分析には至っていません。第三者評価を受審する等評価に取り組んでいます。評価を行いその結果を分析し課題を抽出、文書化し共有できる仕組みの構築が期待されます。

## 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
<p>【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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 管理者の役割は運営規定に記載されており、方針や取組を明確にしていますが、文書化し会議や研修等での表明や周知は行われていません。また、平常時・有事における権限委任についても口頭による伝達や慣例によるもののみで文書化はされていません。管理者の役割と責任を含む職務分掌や権限委任について文書化し会議や研修において周知する仕組みの構築が期待されます。</p>	
<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
<p>&lt;コメント&gt; 法人の規則等に遵守すべき法令等を明記しています。管理者は自立支援協議会や横浜市障がい者作業所連絡会等に参加し、常に幅広く新しい情報を得る努力をしています。管理者が把握した内容や関連法令を職員に周知する仕組みが確立していません。関連法令を事例にあてはめて職員に周知する機会の確保が期待されます。</p>	
<p>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>	
<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
<p>&lt;コメント&gt; 管理者・職員は福祉サービスの質の向上について意欲を持って取り組んでいます。利用者が参加する利用者会議を通して作業の課題やルールを話し合う等により責任感を持ち、自分たちの職場は自分で作る取組を実施していますが記録や周知の方法が確立していません。職員に周知できる仕組み作りが期待されます。職員の研修についてはコロナ禍のため開催が困難となっていますが、法人の年間研修計画による研修参加を推進する他、外部研修の情報も職員に周知する等により行っています。</p>	
<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
<p>&lt;コメント&gt; 管理者は経営改善や業務の実効性の向上に向け人員配置や財務等を踏まえ、職員会議等にて改善に向けた取組の検討がされています。職員会議等で職員の意見を収集し、有給取得や作業場の配置等働きやすい環境整備にも取り組んでいます。経営の改善や業務の実効性を高めるための体制の構築がされていません。職員間での課題共有や目的達成の方法を検討する具体的な体制構築が期待されます。</p>	

### 2 福祉人材の確保・育成

(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。	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
<p>&lt;コメント&gt; 法人により必要な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は確立しています。施設の配置基準や加算取得に関連した人員の確保については機能しておらず計画性も高くありません。職員の採用については法人が行っていて、管理者に権限はなく、採用計画に参画していません。施設の現状を把握した人材の確保・育成について、法人と施設が共有しての計画作成が期待されます。</p>	
<p>【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	c
<p>&lt;コメント&gt; 法人が作成している職員ハンドブックで法人の理念・基本方針に基づいた「期待する職員像」を明確にしています。職員の採用や配置、異動等の処遇について定められ職員に周知されています。管理者は職員と半年に一度の面談を行っており、法人が評価制度やキャリアパスを規定していますが機能していません。施設・法人と職員の評価分析を行い職員が将来像を描けるようになる仕組みの構築が望まれます。</p>	

(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

<コメント>

職員の有給取得や時間外労働等就業状況は管理者により把握し、法人労務部に報告をしています。管理者は年に2回職員と面談を行い、業務内容や異動等の希望を確認し、ワークライフバランスに配慮しています。法人は職員に対し年2回のメンタルヘルスチェックの窓口を設置しています。法人は280日の開所を目指しており、人員基準は問題ありませんが、従業員の就業とは噛み合わない部分もあります。組織の魅力を高めつつ働きやすい職場づくりに関する取組が期待されます。

(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>

法人は「期待する職員像」を明確にし、年度当初にチャレンジシートの作成により職員個人の目標を設定しています。年度半期にあたる9月に所長との面談を通して達成状況を確認し、必要があれば目標を修正して年度末の3月に再度所長との面談で最終評価を行います。評価を基に次年度の目標を設定します。それが法人の評価にどう反映されているかが分かりにくいいため、今後法人としての評価・反映の仕組みの職員への周知が期待されます。

【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>

法人として「期待する職員像」を明示しています。現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえ、職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示しています。年間研修計画による専門技術や知識についての研修も実施されています。研修に参加した職員はその内容を事業所内で他の職員に周知・報告する場を設けています。資格取得に対して金銭的補助の他、法人の国家資格対策委員会による勉強会等も開催しています。施設内独自の研修や外部研修参加の推進等を行っていますが計画的ではありません。施設内での研修計画の作成が望まれます。

【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>

法人の研修担当により年間研修計画が作成されています。新人研修、階層別研修の他、施設内での研修に加え外部研修の情報提供をする等研修の機会は充実しています。開催時間や職員の勤務地等により非常勤職員は参加が難しいことがあるため、法人研修はネット配信や、内容によってはDVDを作成し、多くの職員が参加できる工夫をしています。個別的なOJTの実施が少ないようです。新人職員や習熟度に応じたOJTの適切な実施が期待されます。

(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。

c

<コメント>

法人として実習生の受け入れの仕組みはありますが、施設として実習生受け入れについての基本姿勢の明文化やマニュアルの作成は行っておらず、実習生の受け入れも行っていない。

### 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。	c
<p>&lt;コメント&gt; 法人ホームページ内で法人としての情報公開は行っていますが施設としての情報公開はしていません。第三者評価を受審し、評価機関から内容の公表はありますが、法人・施設としての公表はありません。運営規定に苦情・相談の体制は明記されていますが公表はしていません。施設で行っている活動内容等はパンフレットに記載されており、相談支援事業所や養護学校等に配布しています。法人の方針や事業内容等を地域に周知する取組が期待されます。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt; 法人作成の事務、経理、取引に関するルールや職務分掌はありますが職員への周知が十分ではありません。内部監査は法人総務部により3年に1回実施されています。法人に対しては定期的に外部監査法人の監査が実施され、指導により改善を図っています。職員に指導内容の周知や改善に関して参加する仕組みの構築が期待されます。</p>	

### 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
【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>&lt;コメント&gt; 地域との関わりについては事業計画に明示されています。コロナ禍ということもあり今年度は実施できていませんが、通常は保土ヶ谷区作業所連絡会、横浜市作業所連絡会、保土ヶ谷区自立支援協議会、保土ヶ谷区社会福祉協議会、近隣の他法人福祉事業所、町内会等との連携や、近隣高齢者施設の夏祭りや防災訓練等へ参加しています。利用者に対し近隣での行事への参加の促しや買い物について等、個々に合わせた情報を提供しています。社会資源の情報提供やボランティアの活用等に対する取組が期待されます。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt; ボランティアの受け入れは現在行っていませんが、法人が、ボランティア養成プロジェクトとして、ボランティアの配置・登録手続き・事前説明等、ボランティア受け入れに対するガイドラインを作成しています。</p>	
(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; 近隣のグループホーム、相談支援事業所、ボランティア団体、法テラスやカフェのリストを作成しています。現在はコロナ禍で開催されていないため参加できていませんが、通常は自立支援協議会や横浜市障がい者作業所連絡会等に参加し、施設ごとの課題や地域のニーズ、課題等を共有すると共に、課題解決に向けた取組を行っています。</p>	

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【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。

b

<コメント>

現在コロナ禍のため開催ができていませんが、通常は自立支援協議会や横浜市障がい者作業所連絡会等への参加や社会福祉協議会と協議することにより地域の具体的な福祉ニーズや生活課題の把握に努めています。また、町内会に参加し、夏祭りや運動会への参加等を行っています。

【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。

c

<コメント>

自立支援協議会や横浜市障がい者作業所連絡会、社会福祉協議会等と連携して地域ニーズを把握し、地域貢献に関わる事業・活動を事業計画に明示しています。非常時における食料等の備蓄は利用者と職員の1日分程度となっており十分ではありません。施設の事業紹介や定期的な地域との交流により地域資源としての周知が望まれます。

### 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

【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>

法人の規定集や入職時等に配布されるハンドブックを活用して法人の理念や基本方針を基に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について、職員が理解し実践するための取組を行っています。規定集やハンドブックには利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」等が記載され、職員はそれらを理解し実践するため日々支援に取り組んでいます。また、利用者を尊重した福祉サービス提供にあたり基本姿勢は、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されています。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、法人や事業所として勉強会・研修を実施し、定期的に状況の把握・評価等を行うような体制を整えるような仕組みとなっていますが、十分な体制には至っていません。

【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>

入職時に配布されるハンドブックに利用者のプライバシー保護について記載されています。社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備されており、職員への研修によってその理解も図られています。契約時に一人ひとりの利用者に個人情報やプライバシー保護の説明をし、同意書ももらっています。事業所内は個人の生活の場にふさわしい快適な環境となるよう工夫し、利用者のプライバシーを守る設備等の工夫を行っています。契約時や月1回の利用者会等も活用し、利用者や家族に対して事業所が行っているプライバシー保護に関する取組を知らせていますが十分ではありません。

(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>

法人の理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料（パンフレット等）は、地域の基幹相談センター、特定相談事業所、病院等の公共施設等に配布して多くの方が入手できる場所に設置しています。パンフレット等は、ルビを使用したり行間を大きくしたり誰にでもわかりやすい表記としています。また事業所の利用希望者については、個別に説明を実施し見学、体験入所、一日利用等の希望に対応しながら、場合によってはWEBを活用した体験も可能とし、様々な利用希望者に対する情報提供の仕組みを適宜見直しながら実施しています、事業所単独の情報が少ない為、十分とは言えません。

【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>

サービスの開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、契約書や重要事項説明書を用い利用者の自己決定を尊重しています。また、それら契約時の書類は、行間を調整したり、ルビをふったりし、サービス開始・変更時には、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っています。

サービスの開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を個別支援計画として残しています。意思決定が困難な利用者への配慮についてはルール化され、適正な説明、運用が図られていますが、事業所としてのマニュアル化に関しては対応内容が十分とは言えません。

【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>

福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されています。また福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置して対応しています。他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎは行っていますが、手順書等の作成は行っていません。また福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明等を行っているものの、その内容の記録が残されていません。今後記録やその管理の仕組み作りが望まれます。

(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。

c

<コメント>

利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で行われています。また、職員等が、利用者満足把握を目的で、利用者会や家族会等に出席しています。法人で利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われています。検討会の内容を分析・検討の結果、サービスとして具体的な改善を行っています。利用者満足調査に関しては不定期に行われている為、定期的な実施が期待されます。

(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

<コメント>

苦情解決の体制（苦情解決責任者は法人の執行役員、苦情受付担当者は施設の管理者・副主任、第三者委員は外部の大学の先生と弁護士）が整備され、その担当者の顔写真と経歴、苦情解決の仕組み等が事業所内にわかりやすく掲示され、必要に応じて資料を利用者等に配布、説明しています。また、玄関脇に意見箱が設置されており、利用者や家族が苦情を出しやすい工夫をしています。意見箱等からあがってきた苦情内容については記録し、適切に保管されています。また、それらの苦情内容に関しては必要に応じて検討内容、対応策について当該利用者や家族等にもフィードバックを行っています。苦情相談内容をもとに、福祉サービスの質の向上を行う仕組みとなっていますが、苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等には配慮して対応していますが公表までには行っていません。

【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>

利用者や家族等が相談したい時には、玄関の意見箱を含めて毎日の朝礼、昼礼、夕礼、月1回行う利用者会、適宜希望者に行う面談で対応しています。相談の案内等は、事務所内にわかりやすく掲示され、相談しやすく、意見を述べやすい環境となっています。しかし、利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明する場所として、毎日の朝礼、昼礼、夕礼、月1回行う利用者会、適宜希望者に行う面談等があるものの、口頭での対応にとどまっており文書化していません。

【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

<コメント>

職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と傾聴に努めています。また玄関に意見箱を設置、法人がアンケートの実施等を行い、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っています。職員が、毎日の業務の中で朝礼、昼礼、夕礼、利用者会、個人面談等を利用して、利用者の相談内容を把握し、相談や意見については、支援検討会議等でも検討して、相談内容に関して利用者に速やかに説明する対応を行っています。マニュアル等に関しては法人からの規定集のみが文書化されていて、事業所で実際に利用者から受ける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や定期的な見直しに関しては文書化されていません。

(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。

c

<コメント>

事業所では、管理者や副主任を軸に、リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置する等の体制を整備しています。また、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集は、法人内の他の事業所等からの情報を含めて積極的に行われています。収集した事例をもとに、法人や事業所で職員の参画のもと発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組を行いながら、事故防止策等の安全確保策の実施状況等を定期的に評価・見直しを行っています。事故発生時の対応と安全確保について責任、マニュアル等を明確にしていますが、文書化されておらず、口頭での周知となっています。職員に対しての安全確保・事故防止に関する研修は行っていますが内容が不十分です。

【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。

b

<コメント>

感染症対策については、法人からの規定集や研修を参考にしながら管理者や副主任を軸に責任と役割を明確にした管理体制が整備されています。具体的には感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底しています。また法人の担当者を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等も開催しています。その為、感染症の予防策が適切に講じられており、感染症が発生した場合にも適切に対応が行われています。感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等も定期的に見直しが行われていますが、対応マニュアルでの内容が様々な感染症に対応できる文書としては十分ではありません。

【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。

c

<コメント>

事業所として、法人の規定集で定められた災害時の対応体制が決められています。利用者及び職員の安否確認の方法が定められており、職員はそれに従って対応する仕組となっています。また、防災計画等も法人の規定集で整備されており、地域の行政をはじめとした、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携する等、体制をもって訓練を実施してきています。立地条件等から災害の影響を把握する為、ハザードマップで地域の情報も確認し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じていますが、BCP（事業継続力）策定までには至っていません。また、食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備されているものの、保管場所が狭く、事業所としては職員を含めて3日分は備蓄したいと検討していますが、1日分の備蓄が現状です。

## 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

【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

<コメント>

法人の内部監査等を活用しながら、標準的な実施方法を適切に行う為の文書化、また、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を明示し、事業所内の職員への研修や個別の指導等によって各職員に周知徹底しています。また、標準的な実施方法にもとづいたサービスの実施の確認や見直しの仕組みに関しては事業所内で管理者が確認するだけでなく、法人の内部監査を活用し適切に行う仕組みとなっていますが、文書化という面ではマニュアル化されているものが少なく十分とは言えません。

【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

<コメント>

福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法を組織で定める事、また実施方法の検証・見直しの定期的な実施に関しては行政のガイドラインを活用しながら対応しています。また検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されており、職員や利用者等からの意見や提案も反映されるような仕組みになっています。

(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。

c

<コメント>

個別支援計画策定の責任者を設置していますが、アセスメントについては専用書類ではなく他の書類と内容が混在しており不十分です。部門を横断したさまざまな職種の関係職員が参加したアセスメント等に関する協議が実施されており、それらの職種による合議により、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施しています。個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズも明示されていますが、計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みを構築、機能するまでには至っていません。支援困難ケースへの対応については、積極的かつ適切に福祉サービス等が行われるよう、毎月1回、職員全員が参加する支援検討会議を行い、計画が策定されています。

【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。

c

<コメント>

個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施しています。また、見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施しています。評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされています。個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みに関しては月1回行っている支援検討会議のような仕組みが整備されていません。

(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。

c

<コメント>

利用者の身体状況や生活状況等を、定まった統一した様式に把握し記録しています。個別支援計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができます。記録内容や書き方が職員により差異が生じないように、記録要領の作成方法の指導等の工夫をしています。情報共有を目的とした会議として支援検討会議や朝昼夕礼等に定期的な開催をすることで、部門横断での情報共有の取組を行っています。パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されていますが、情報の流れが明確ではなく、職員一人ひとりが情報の分別や必要な情報を的確に把握する仕組みの整備は不十分です。

【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。

b

<コメント>

法人の規定集にある個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定が定められています。規定集や契約時に交わす個人情報同意書には個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応、取扱い方法が明記され、記録管理の責任者が設置されています。記録の管理について個人情報保護の観点からの職員研修は十分とは言えませんが、職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守しながら、必要に応じて、個人情報の取扱いについて、利用者や保護者等に説明を行っています。