

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> 法人の理念・基本方針はホームページで示されています。事業所としての理念や基本方針は定めていませんが、法人の理念等に則って運営の方針を定め、運営規定に反映しています。また、理念や基本方針をもとに策定された法人の職員倫理行動綱領や職員倫理行動マニュアルを職員会議で定期的に確認し、職員への周知を図っています。 利用者や家族には、利用契約時に口頭でわかりやすく説明するとともに、毎年度初めの家族会で、法人の使命や職員行動指針を記載した事業計画書を配布しています。		

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。	a
<コメント> 事業所は綾瀬市の指定管理をうけて運営しており、市の福祉計画を始め、地域の自立支援協議会、地区社会福祉協議会、福祉新聞、法人本部からの情報、県の障がい福祉所管課からのメール等で、様々な福祉関係の情報を把握しています。 経営に関しては、毎月本部に報告をするとともに、利用者の出勤率や平均工賃の集計を行うことで傾向を分析・把握しています。分析結果は、新規利用者の開拓に生かし、利用登録者増につなげています。		
【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。	a
<コメント> 経営については、本部執行役員への定期的な報告と相談をしながら分析を重ね、課題の把握、解決や改善に向けての取り組みをしています。 収入増のため、新規利用者の受入れ増、利用率アップ、現状に即した支援区分の見直しを3つの柱とし、職員会議で職員に周知しています。具体的取り組みとして、新規利用者の開拓は、特別支援学校との定期的な連絡会の開催や積極的な見学・実習の受け入れを行い、障がい区分認定については、適切化を図るため行政や利用者家族と話し合い、協力と理解を得ながら進めるなどとしています。		

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><コメント></p> <p>法人の中長期計画は、2019年以降のものについて策定中ですが、所長は、事業所として収入増を図るための中期的な事業計画及び収支改善の目標を持っており、職員にも職員会議で説明をしています。ただし、明文化はしていません。</p> <p>利用率や収入の増加に関しては、家族会で利用者家族にも説明し、納得を得た上で協力してもらっています。運営の改善に向けての考えや取り組みを、今後は、明確に中長期ビジョンとして位置付け、明文化する必要があると考えています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>所長は、事業所の中・長期計画は持っているものの、明文化されないまま職員に伝えられているため、職員の中では曖昧になっている状況があります。</p> <p>単年度の事業計画の中では、その計画を実現するための中・長期的目標と併せて、単年度重点目標と課題を記載し、業務内容も、具体的な活動内容を記述しているものの、利用率や支給工賃等の改善についての数値目標がありません。数値目標を具体的に設定することで、職員の理解や事業評価をし易くすることが期待されます。</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><コメント></p> <p>事業計画は、所長が基本を策定しており、年度の後半に次年度の事業計画内容への各職員の意見を個別に聞いて計画に反映しています。</p> <p>事業実施状況の評価は、10月頃に職員の意見を個別に聞くとともに、会議の場で意見を出しづらいた職員への配慮もあり、アンケート形式で意見を集約しています。</p> <p>策定した事業計画は、所長が年度初めに家族会で配布し、家族会の報告と併せて職員に対して説明をしています。事業遂行の経過の中で職員の意見は反映していますが、策定段階での職員の参画は不十分です。</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。	b
<p><コメント></p> <p>毎年度、4月の家族会で、事業計画書、年度の行事予定表などを配布しています。事業計画書の内容については、苦情受付の説明などとともに、家族に口頭で説明しています。説明は、完全に計画書に沿った内容ではなく、特に必要と思われる項目についてわかり易く行っていますが、所長はこれで十分とは考えていません。</p> <p>又、事業計画書の作成方法や内容について、利用者の目線に合わせた配慮が必要だと考えています。</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><コメント></p> <p>法人のシステムである、チャレンジシートや自己点検シートを活用して、業務や職員の質の向上に向けた取り組みと自己評価を行っています。又、第三者評価も法人の方針の中で定期的に受審し、自己の業務を振り返る良い機会となっています。サービスの質の向上についての評価は、職員会議を活用していますが、所長や常勤職員の意見だけではなく、チャレンジシートの無い非常勤職員にとっても、より良いサービス提供に関する話し合いの場となり、利用者の立場に立って、懸案事項などを活発に議論しています。所長は、今後もっと議論を充実させたいと考えています。</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><コメント></p> <p>評価結果として出てきた課題については、所長が職員会議で職員に伝えています。改善に向けた計画は、常勤の担当者が会議での全体意見を集約したうえで案を作成し、再度職員会議で読み合せて確認しています。確認したものは、改めて利用者や家族に説明をし、実行しています。改善策は、日々の業務の中で実施しながらチェックし、必要に応じ見直しを行っています。改善計画は、家族等に説明する際、更なる要望等が出されれば、それも採り入れて作成しています。改善策や改善計画については、より明確に周知を図るため、文書化されることが期待されます。</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><コメント></p> <p>所長の役割と責任については、事業所の運営規定に大まかに記載しており、日常業務を通じて最終判断や責任は所長にあることを職員も周知しています。しかし、それ以外での表明は事業の分担表の作成のみで、十分ではありません。</p> <p>所長不在時の責任体制について、明確にする必要がありますが、所長に次ぐ次席の存在が組織上ないために、権限の委任ができていない現状があります。組織としての分掌事務等を文書化し、より明確にしておくことが望まれます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業所として必要な法令等の情報は、法人、市や県の障がい福祉所管部署等からその都度得ています。</p> <p>所長は、把握した業務関係法令等について、特に、人権侵害や個人情報の取り扱い、虐待の防止、利用者等への説明責任等、重要なことに関しては、職員会議等の場で職員に伝達し、注意を喚起しています。所長自身、法人の研修以外の研修や勉強会への参加が十分ではなく、最新の情報や知識を学ぶ必要があると考えています。</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><コメント></p> <p>所長は、提供している福祉サービスの振り返りを随時会議等を通じて行っています。改善のための具体的な取り組みについて、職員からの意見や家族会で出た意見は、可能な限り採り入れ試行錯誤しながら取り組むようにしています。又、取り組む中で所長がアドバイスをしますが、更なる指導力の向上が必要との課題意識を持っています。</p> <p>サービスの質の向上を図るための研修について、法人研修への参加を奨励しており、特に非常勤職員に受けてほしいこと、事業所としては、自閉症に関する勉強会など支援に必要な知識を増やすための研修を実施し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。	b
<p><コメント></p> <p>所長は、月次試算表を用いて経営に係る諸要素を分析し、改善の工夫をしています。具体的には、土曜日開所による余暇活動を充実させ、又、行政や相談機関への働きかけを強化して新規利用者を開拓するなど、利用者増や収入増を図っています。</p> <p>内部的には、効率の良い仕事を推進するための工夫をし、残業を減らす努力をしていますが実現には至らず、職員全体の質の向上を図るために、所長自身が、職員との協力体制への積極的参画をするとともに指導力を向上させ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><コメント></p> <p>常勤職員の確保や育成については、法人全体として計画的に基本的考え方の下実施されており、当事業所でも、必要な人材は確保されています。</p> <p>非常勤職員は、事業所の業務を支える大きな戦力であり充足していますが、個々の職員の希望をできる限り勘案して、働きやすい環境や雇用条件を整備して定着できるよう努めています。</p> <p>所長は、常勤、非常勤に拘わらず、職員の質の向上が必要で、自らの職員育成について、実力を上させたいと考えています。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></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職員倫理行動マニュアル等に具体的に明記し、昇格等の人事基準は、法人の就業規則で示しており、採用時に職員には周知しています。</p> <p>個々の職員の職務遂行に係る能力や成果等については、法人のシステム、チャレンジシートを活用しています。年度当初に職務上の目標等を定め、年度途中で振り返りをし、年度末に達成状況を確認する作業を、それぞれ所長と面談をしながら行い、更なる目標を設定します。非常勤職員にはこの制度が無く、所長は、非常勤職員に対する育成の仕組みを充実する必要があると考えています。</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><コメント></p> <p>所長は、法人のデータ管理システムで職員の勤務状況を把握していますが、有給休暇の状況把握については不十分と考えています。しかし、有給休暇の取得については法人としても推奨しており、職員の活用も活発です。事業所として、業務の効率化を図り、時間外労働を減らす努力をしています。</p> <p>又、所長は普段から職員への声掛けを心掛けるとともに、毎年意向調査を実施、異動や契約内容変更等の希望を把握し、本人の意向を尊重した働き方について配慮しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人として期待する職員像が明確に示されており、職員育成を実現する手段として、「チャレンジシート」を活用しています。職員自身で、年度当初に自らの業務や資質向上に関する目標を設定し、半年後に振り返り、年度末に達成度の評価を行います。それぞれの時期に所長が面接を行い、確認をしながら進めています。</p> <p>所長としては、職員の目標管理や目標達成のためには、所長自身が、日々の業務の中でしっかり職員に関わる必要があると感じており、自らの力量をさらに向上させたいと考えています。</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><コメント></p> <p>法人として、期待する職員像は、職員倫理行動綱領等に明示し、専門資格や職種等も全職員に配布している職員ハンドブックに記載しています。</p> <p>法人全体では、年間の研修計画が立てられ、人権等に係る全体研修、分野別、階層別等に整理されて実施し、積極的な参加を呼び掛けています。研修計画の見直しも随時行っています。</p> <p>事業所では、非常勤職員の参加者が少ないことや、事業所独自で直接業務に関係が深く必要性の高い研修を実施することが課題です。</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>研修情報は、所長から各職員に細かく伝達しています。OJTは、現場で一緒に作業をしながら、支援者としての技術を伝えていくやり方です。法人全体では、人権や虐待防止、情報管理などの必須になっている全体研修、採用年数や役職等による階層別研修、職種によるテーマ別研修などが計画されており、事業所でも通常業務に優先して研修への参加を勧奨しています。又、外部研修にも、できる限り参加を勧奨しています。</p> <p>事業所としては、直接業務に関係する知識や技術を学べる研修を内部で実施することが課題です。</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>実習生の受入れについて、法人のマニュアルとともに、事業所でも現場実習に関わるマニュアルを作成しており、毎年ではありませんが、保育系の学生を受入れています。プログラムは、学生が何を学びたいかを中心に作成し、実習中は担当の教員とも連携を図っています。</p> <p>受け入れの体制は万全とはなっておらず、今後は社会福祉士資格取得等の実習生が受けられるよう、職員が指導者研修を受けることを検討しています。</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>法人のホームページで、法人全体の理念や基本方針、財務状況が総合的に公開され、事業所では、第三者評価の結果やパンフレットで事業での取り組み状況を公表しています。事業所では、新規利用者の募集の一環としてチラシを作成しています。チラシには、法人の理念を始め法人の基本方針、事業所の目的や作業・活動の内容等を掲載し、数ヶ所の事業所が合同で実施している特別支援学校の見学者会で来場者等に配布するとともに、関係機関にも配布していますが、広報誌等による地域全体に向けた広報は行っていません。</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><コメント></p> <p>事業所では、運営規程で職種とそれに係る職務内容を明記するとともに、常勤職員の業務の担当表を作成しており、それぞれの業務の分担を明示していますが、非常勤職員の分担の明示はありません。事業所運営に係る事務や経理については、法人経理部の職員が年一回内部監査を行い、別途監査法人による外部監査も行われています。結果、経営改善の必要があるとされた事項については、職員や利用者家族の意見を確認しながら、改善に向けた取り組みを行っています。</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 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>地域との関わりについては、法人の基本方針でもあり、事業計画書で支援方針の一つとして「社会参加活動への支援を行う」旨明記しています。地域交流の一環として、ロータリークラブの活動に参加したり、市や自治会のお祭りへの参加、市や障害者団体の運動会等、行事が週末の場合でも事業所を開所にして皆で参加しています。利用者の活動のみでなく、事業所として活動で使用する材料を近隣の商店で利用者と一緒に買って購入したり、近隣住民への挨拶を励行するなど、日常での交流もしています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>毎年近隣の高校の文化祭に招待され、パン販売の店を出しています。この時に、高校のボランティアサークルの生徒が店の手伝いをしながら、利用者と一緒に楽しんでいます。これ以外には、事業所としてボランティアの受け入れは行っておらず、又、体制の整備もしていません。今後は、利用者の高齢化を考慮し、余暇に散歩等の付き添いとして職員と一緒に近所の方に同行をお願いするなど、地域住民に施設を知ってもらう事も含め、ボランティアの受け入れを検討したいと考えています。</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><コメント></p> <p>計画相談事業所や、綾瀬市内の福祉事業所との定期的な連絡会に参加しています。事業所は種別がまちまちで、共通課題が少ない中、最近ではコロナウイルス対策などが話し合われています。市の障がい福祉担当者も出席し、公民一体で情報共有等がなされています。計画相談事業所のモニタリングへの同席や、地元の特別支援学校との連絡会では、進路担当教諭の情報提供を受け、生徒の実習先がその場で決定するなど、積極的な連携が行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>市内の福祉事業所の連絡会議が定期的開催され、自立支援協議会にも参加することで、それぞれの事業所の状況について等、情報交換をしたり、課題等の共有をしています。自治会や地区社会福祉協議会への参加もしており、事業所の話をする機会を持つとともに、地域の様々な福祉関係情報を得ることもあり、その中から、独居の高齢者宅への手伝いを、地域貢献の事業プログラムの一つにしていくことなどを検討しています。今後も更に、地域の福祉ニーズの把握が必要と考えています。</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>事業所では、慣例として地域清掃に職員・利用者ともに参加したり、地域で法人が行っている子ども食堂に職員を派遣したりしています。単年度の事業計画書には、募金活動や地域清掃を行うこと、地区社協と共同で地域の高齢世帯の方への簡単な家事手伝い等の活動の取り組み等を記載しています。地域コミュニティの活性化やまちづくりなどへの貢献はできていませんが、災害時には、地域の必要性と要望に応じて、施設を提供する用意があります。その他、法人全体で実施している横浜寿町のホームレス対策の炊き出し活動にも職員を派遣しています。</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><コメント></p> <p>法人の理念や基本方針には、利用者尊重の姿勢が明記されています。又、それを具現化するものとして、職員倫理行動綱領や職員倫理行動マニュアルがあります。事業所ではこれらを半年に一回会議で読み合せ、利用者対応におけるグレーゾーンの事例を出し合うなどして意見交換をし、「人権」「虐待」「利用者主体」等について職員が振り返りや確認を行っています。個々の福祉サービスは、個別支援計画に基づいて行われていますが、日々の支援については、各利用者が作業をする席や作業室に内容を書いたものを掲示するなどして、標準的な実施ができるよう配慮しています。</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><コメント></p> <p>法人の倫理綱領や倫理行動マニュアルで、利用者のプライバシー保護については具体的に明記しており、職員は定期的にこれを会議で読み合せ、確認しています。日々の活動の中では、排せで介助の必要がある場合は、同性介助を基本にしています。</p> <p>利用契約時には、「個人情報の提供に関する同意書」の提出を求めています。実際に取材を受ける際や法人のパンフレット作成時の写真撮影に関しても、本人の使用許可を取り、個人名の公表に配慮しています。</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><コメント></p> <p>事業所のパンフレットには、提供している作業や活動内容とともに、法人の理念や基本方針が書かれており、市役所や相談事業所に配置して利用希望者に渡してもらい、施設見学前でも事業所の情報が得られるようにしています。</p> <p>見学や利用希望者には、その方の障がいの特性に応じた対応で事業所の説明を行い、直接利用に繋がらない体験実習も、地域の社会資源の一つという位置づけで、積極的に受け入れています。</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><コメント></p> <p>サービスの開始にあたっては、ルビをふった利用契約書や重要事項説明書について、利用者本人や家族に丁寧に説明しています。内容や開始時期は、本人及び家族の意思を尊重して決定します。サービスの変更時にも同様に、ひらがなを多用したり、ルビを大きく振るなどの工夫をした書面を作り、障がいの特性に応じた説明をして、利用者本人や家族の同意を求めて決定しています。</p> <p>意思決定が困難であったり、言語による意思確認ができない利用者に対しては、本人の障がい特性を考慮して、職員間で話し合った対応を試行錯誤しながら判断したり、僅かな表情の変化を捉えて意思を判断していますが、方法についての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><コメント></p> <p>事業所の変更や移行にあたっては、利用者本人に確認をとった上で、本人に係る情報を移行先の事業所に引き継いでいます。引き継ぎ時の文書は、移行先から求められる内容に応じて事業所で使用している書面を利用するため、事業所としての様式は定めていません。</p> <p>退所後の相談は、必要に応じて受けていますが、個人情報の取り扱いにも関わるため、所長を窓口として一本化し、口頭で家族や移行先の施設にも伝え理解を得ています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>利用者に対する満足度調査は行っていませんが、第三者評価受審の際のアンケートで内容を確認しています。利用者や家族とは、年に3回個別支援計画作成等に関して面談をしています。</p> <p>又、日々の活動の中で、利用者本人から直接希望や訴えがある場合はそれを受け止め、本人の不安や不穏な状態が見える時には、不定期に本人との面談をしています。</p> <p>家族会への出席は、利用者満足度を把握する目的ではありませんが、事業所に対する意見を聞く機会になっており、出された意見は、個別懇談時の意見とともに必ず職員会議で検討し、必要な事案については改善に繋げています。</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。	b
<p><コメント></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・苦情解決責任者を設置し、外部の第三者委員も合わせ、苦情解決の体制が整備されています。苦情受付ポスターを利用者が見える場所に常時掲示し、みんなの声ボックスを玄関に設置しています。ボックスの利用は少ないですが、日頃より職員は発言ができない利用者に声を掛け、面談したり課題の解決策を検討しています。</p> <p>年度初めに家族会で苦情受付窓口のお知らせを配布しています。最近一年間は苦情はなく、苦情がないことを公表していません。</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>利用者が相談する際に、複数の方法を自由に選べることを説明した文書を作成していません。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、相談室や空いている部屋など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。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。</p> <p>オンブズパーソンネットワーク(eネット)に加盟し、2ヶ月毎にオンブズパーソン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、事業所単独ではなく、eネットとして解決を図ります。利用者には事前に日時を案内し、毎回利用されています。</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>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タ礼や業務日誌で職員が情報共有をし、併せて翌朝の打ち合わせ等でトピックとして話し合い、早めに改善案を出すように心がけています。例として、給食の単価が高いとの要望が家族会から出た時は、検討を重ね、翌年度より業者変更を行い、単価を下げるようにしました。</p> <p>事業所には相談対応マニュアル等はありませんが、利用者の意見や要望、提案等への対応は迅速に行っています。</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><コメント></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となっています。法人ではリスクマネジメント委員会を設置し、法人内で起きた事故等について分析しています。分析結果は、各事業所に資料として配布されています。</p> <p>職員には職員ハンドブックの事故発生時マニュアルで周知しています。事故やインシデントは市や法人に報告していますが、ヒヤリハットに関しては職員会議で報告し、職員の参画のもと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。事故防止策等の安全確保への研修や安全の定期的に評価・見直しが課題となっています。</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>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化されており、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は徹底しています。</p> <p>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おり、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た結果、利用者・家族・職員とも感染者はでていませんが、改めてマニュアルの見直しや確認が必要だと認識しています。</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。	b
<p><コメント></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。緊急時対応マニュアルを備え、年3回避難訓練を行っています。</p> <p>利用者及び職員の安否は一斉メールで確認する方法を取っています。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、ハザードマップと移動経路を調べ、安全性を確保しています。</p> <p>しかし、自治会の避難訓練実施は週末で事業所での活動が無いこともあり、地域も含め行政や消防署との連携が十分ではありません。</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>福祉サービスの標準的な実施方法に関しては、研修や個別の指導等によって周知していませんが、法人で「職員倫理行動マニュアル」「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、福祉サービスの提供をするに当たり、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、正確に行えるように工夫しています。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><コメント></p> <p>事業所における標準的実施方法については、日々利用者が行う作業等を支援する中で、職員が適切かどうかを把握しています。職員それぞれが毎朝の打合せや職員会議で、利用者のサービス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。又、個別支援計画の変更に関わること、利用者や家族の面談時の意見や要望に対しては、年に二回、関係職員で検討し、見直しをするしくみがあります。</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。	a
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者は、計画策定のためのアセスメントの際は利用者に関わる他の関係機関の面談に参加するなどして情報を共有していますが、手法の確立については十分ではありません。個別支援計画の策定に当たっては、利用者基礎調査票や職員の意見を基に、サービス管理責任者と関係職員で計画策定会議を開いています。利用者や家族の希望も採り入れ、事業所として目標としたいことと併せて、支援計画に載せています。</p> <p>具体的支援内容が個別支援計画に反映しているかどうかは援助記録表で確認できます。支援困難ケースも可能な限り受け入れており、朝の打合わせや職員会議で協議し、適切な福祉サービスを提供しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>事業所では、職員会議で利用者の個別支援計画に基づく福祉サービスについて協議しています。個別支援計画については、必ず半年に1度見直しをしますが、個別支援計画の確認面談は4月、中間評価は9月、年間評価は3月に行うことになっており、事前に多職種の参加で支援計画会議を開催しています。</p> <p>変更した個別支援計画は職員会議で周知され、計画に基づく福祉サービスの提供状況は日々の個別記録に反映しています。緊急に計画を変更する事態に対しては、仕組みはありませんがその都度対応します。</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。	a
<p><コメント></p> <p>一人ひとりの利用者に対する福祉サービスの実施状況は、パソコンを利用し援助記録表に記録しています。援助記録表は項目別に記録しており、個別支援計画に沿ってどのようにサービスを実施したか、その結果としての支援経過が具体的に記録されています。その他、朝の打合わせを行い、業務日誌の記録を基に職員間で情報共有を図っています。</p> <p>記録の記入閲覧は、IDを支給されている職員は誰でも行えるしくみで、情報は適切に管理されています。</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。倫理行動綱領に個人情報についての条項があり、毎年、2回読み合わせを行っています。記録管理について個人情報保護の観点からの職員研修は行われていません。</p> <p>サービス管理責任者である所長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この契約の終了後5年間は保存しています。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に署名捺印をもらっています。又、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事務所内で保管をしています。</p>		