

## 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> 理念や基本方針は、法人のホームページに明記してある他、毎年発行される法人の冊子や職員に配布するハンドブックにも明文化しています。内容は、職員に対しては冊子を渡し、入職時及び毎年度職員会議で周知しています。利用者には、朝ミーティング時やメンバーミーティング時などに仕事の話に絡めて基本方針や理念について管理者が話をしていますが、欠席者もおり、全員への周知はできていません。		

#### 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> 社会福祉事業の動向については、社会福祉関係の冊子、マスコミ、所長会議や県などから情報を得ています。特に地域の就労継続支援B型情報は、市の障害福祉課や地区社会福祉協議会等から収集し、分析しています。 毎月本部に報告をしている試算表を用いてバランスシートを作成、コストや利用率についても把握し、この地域で安定的な収入を得るための分析をしています。		
【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> 障がい者支援を行うとともに、日中作業を通じての収益増を図ることを課題としています。人材の配置や育成も含む課題は職員会議で周知し、事業所のコアの職員と改善についての意見交換をしています。課題は、エリアマネージャーを通じて本部にも伝わり法人で共有しています。 改善に向けては、事業所の明るい雰囲気をつなぐパンフレットを媒体に広く伝え、就労援助センターとも連携して登録者数を増やすことなどを考えています。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人やエリアとしての中・長期計画(マスタープラン)は策定されており、事業計画もありますが、収支の計画はなく、事業所でも中・長期計画は作っていません。</p> <p>管理者として、経営課題の改善に向けた計画は持っていますが、実現に向けた数値目標も含めた具体的な計画までには至っていません。今後、具体的な課題の改善に向けた計画を策定したいと考えています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の目指す基本方針や中・長期計画を踏まえて、事業所では単年度の事業計画を策定しています。重点課題として、将来を見据えた健全な財務経営について特に力を注ぎたいと考えています。</p> <p>事業計画では、事業所の目指す方向や職員の業務、利用者の作業の内容や目標を明記していますが、数値目標についての記載はしていません。カフェや販売会での売り上げ増や軽作業での作業内容の工夫などにより、利用者の工賃増を目指しています。</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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の策定に当たっては、中心となる職員間で打合せ、管理者が案を作り、職員会議で各職員に意見を出してもらいます。毎日終礼時の打合せの中で出された話を、計画作りに反映しています。策定した事業計画は、職員会議で周知すると共に、職員に回覧して全員の理解を図っています。</p> <p>計画の見直しは、実施状況も含め中間報告にまとめています。中間報告は複数の職員が分担し、それらの職員で分析をしています。管理者は、事業計画について、全職員の完全理解と実施を目指しています。</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>事業計画の全体を利用者に周知する取組みは、これまで十分には行っていません。事業計画の一部、例えば事業所の収益や施設の利用率、地域の状況等、直接利用者の工賃や福祉サービスに繋がるような内容については、具体的に管理者から伝えています。今後は、利用者に説明をするに当たってはもっと工夫の余地があり、取り組んでいきたいと考えています。</p> <p>なお、本事業所は利用者主体の施設であるため、家族等を介さず、直接利用者へ情報提供等を行っています。</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>サービスの実施に関するモニタリングは、それぞれのセクションごとに常勤職員と現場の担当職員が行っています。事業所の様々な課題を認識し、福祉サービスの向上に向けた取組をするに際して、常勤職員間では比較的円滑に認識の共有や実施ができています。</p> <p>管理者は、非常勤の職員に対しても、投げかけた課題に関して、参画が少ない状況です。建設的な意見をもっとたくさん出していただき、実施しているPDCAサイクルがより効率的に回転し、サービスの向上を図ることができると考えています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価結果に基づいて出した課題等は、事業計画や会議録に記録し、月1回の個別支援会議や工賃会議でも検討すると共に、翌年度の事業計画に反映しています。改善計画をまとめて書面にしたものはありません。作業の効率化や収益を上げる取り組みの方法として、毎月バランスシートを作成し、職員に配布することで全職員が課題の改善に向けて意識し、取り組んでいくようにしています。</p> <p>厨房の指導を可視化してより実効性のある福祉サービスを実施していくことや、職能指導者を招聘して作業や指導についての指導を受けることなどに取り組んでいくことを考えています。</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、サービス管理責任者を兼務しています。役割分担表に管理業務や事業所の統括的業務を行うことを記載し、職員会議で職員に周知するとともに、毎日の業務を通して、職員の理解を得ています。</p> <p>小規模の事業所であるため、有事の際の責任や役割についても、管理者が負うことは現実に職員に理解されています。不在時の権限委任等も含め、責任や役割について文書では明確化されていません。</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、遵守すべき法令等について、年2回開催される県の事業説明会への参加、法人の所長会議への出席しています。法人本部からの通知、労働局主催の労務関係研修等を通じて情報を得、理解をしています。</p> <p>法令等の内容について、常勤職員に対しては伝えていますが、非常勤職員に対しては行っていません。利用者には障害者虐待防止法についての説明を行っています。職員が法令を周知・遵守するための取組みは、実際の業務に支障が出た場合等に、具体的に行っています。</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>福祉サービスの質の向上について、管理者は評価・分析を行い、課題等について職員に明示し、指導を行っています。質の向上について、組織として体制が整っている状況ではなく、体制の強化が必要と考えています。職員からは、日常的に意見や要望が出される環境にあり、職員から直接聞いて、サービスの質の向上に反映できています。</p> <p>サービスの質の向上に必要な職員の教育等については、法人主催の全体研修や精神保健部会での研修に参加し、外部研修にも積極的に参加を促していますが、非常勤職員の全体研修以外での参加が困難な状況があります。</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>事業所は、多様な作業メニューを利用者に提供しています。管理者は、働く環境としては、スペースが狭すぎると考え十分と思っていません。経営改善と業務の実効性を高めるという課題解決のために、職員にとって働きやすい環境を整えること、利用者にとってもより良い作業環境を整備する必要があり、試行錯誤を重ねています。</p> <p>事業所の収益を上げることが、働きやすい職場づくりに繋がるとの考えから、売り上げをグラフにして掲示するなどの工夫で、職員全員が、管理者と同様の意識を形成し、課題解決に取り組めるよう、職員一人ひとりに合った働きかけを工夫し、経営改善と業務の実効性の向上を目指しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、人材の確保は計画的に、特に福祉関係資格のある人材の確保及び定着への工夫を積極的に行っています。育成については、研修体制を整備し、経験年数や職種別に必要な研修を計画・実施しています。法人以外の外部研修も含め、積極的な参加を奨励しています。計画ができていますが、現状では十分な研修参加ができていません。</p> <p>事業所の人材確保については、多くの専門職の配置希望を本部に提出し、協力しながら進めています。</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>期待する職員像は、法人の基本方針等を踏まえ、倫理行動綱領、職員行動指針、職員ハンドブック等で明確にしています。人事基準も設けられ、管理者が一定の基準に基づき評価をしています。</p> <p>職員はチャレンジシートで自らの業務を振り返り、人事や将来に向けての意向や意見を述べ、管理者が面接を行って内容を確認し、育成に繋げていますが、管理者は評価や分析は十分に行えていないと考えています。人事はできる限り本人の意見を聞き意向に添った形で行っています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の人事や労務管理の責任は、管理者兼サービス管理責任者にあることを組織として明確にしています。職員の就業状況は本部で一括して管理しており、管理者は必要の都度状況を確認することができます。勤務については、家庭や職員自身の体調等に配慮し、出産休暇や育児休暇等も含めて取得しやすいように柔軟に対応しています。</p> <p>働きやすい職場づくりに向けての改善等について、職員には、ミーティング等で取組みを伝えていますが、事業計画等に明記していません。法人としては、地域限定職員の採用を導入し、定着を図っています。</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>法人全体の取組みとして期待する職員像を明確にし、個々の職員はチャレンジシートを活用しています。職員一人ひとりが、自分の業務を振り返るとともに、職員としての成長を目標として掲げ、管理者等とそれをもとに話し合いをします。</p> <p>面接の中で、目標到達状況を確認し、新たな目標を設定するなど、年に2回の振り返りを行っています。この制度は非常勤職員には適用しておらず、業務上の様々な情報を提供し、意向も聞いていますが、取組みは十分ではありません。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体として、期待される職員像は、職員ハンドブック等で明示しており、併せて、年間の研修計画も職員歴や職種等に応じて作成しています。入職時の人権などの全体研修は、業務として参加を義務付けています。</p> <p>事業所としても独自に研修参加を事業計画に位置付け、法人の精神保健研修部会主催の研修や消防関係の研修、食品衛生やメニューに関係する研修に参加するなど、外部研修にも積極的に参加しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修への参加は、法人の研修規定に基づき、事業所として職員が専門知識や技術習得によって資質の向上を図ることを目的として推奨しています。必要に応じて外部研修にも参加するよう事業計画に位置付け、情報を提供しています。</p> <p>参加希望者には、積極的に参加できる環境を整えるなど配慮をしています。参加した研修の内容は、職員会議で報告し、回覧で共有しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生は、看護学生に対してのみ、障がい者への理解を深めることを目的として受け入れています。受け入れマニュアルは、法人として策定していますが、事業所での活用は十分ではありません。</p> <p>法人では、職員の社会福祉士や精神保健福祉士等の資格取得に関して、積極的に推奨していますが、事業所では現在は実習指導者講習を受けた指導資格のある職員はいません。受け入れている看護学校とは、実習内容について実習期間中に協議しながら進めています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人では、運営の基本となる理念や基本方針等と共に、福祉サービスの内容、事業報告、予算、第三者評価の結果等をホームページで公開しています。事業所としてのホームページは、カフェ事業の案内が中心となり、障がい者支援の施設としての福祉サービスには十分触れていません。</p> <p>就労継続支援B型事業所としてのリーフレットは作成しており、地域に向けて配布しています。リーフレットには、支援対象、サービス内容、利用手続き等を記載しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所における事務分掌や責任体制、取引に関するルール等について、職員は周知しています。取引等に関してはチェック体制ができており、適正に運営しています。</p> <p>毎月の試算表から作成しているバランスシートを全職員に配布していることで、経営についての職員の意識を高めています。管理者は業務に当たり、全職員が事務処理の流れや福祉サービスの全体像を理解して欲しいと考えていますが、十分でないと認識しています。内部及び外部の専門家による財務や事業のチェックは受けています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念と基本方針の中で、地域との共生や地域貢献を明記しています。事業所では、日ごろから自治会や商店会との交流を行っています。毎朝利用者と近隣の清掃を行い、利用者が通院している病院のイベントに参加して相談も受けています。</p> <p>カフェとしては、近くの福祉施設、学校、行政機関などから食事の注文を受けるなど、地域に根ざした事業所になっています。高齢施設には、施設外就労部門の利用者が清掃に行っています。消防署の救命救急研修には、利用者と職員が参加し、カフェの客にも緊急時に対応できる体制を作っています。</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養成プロジェクトがあり、取り組んでいます。事業所では、子ども食堂関係ボランティアと、特別支援級に在籍している生徒を、学校教育の一環でボランティアとして受け入れています。受け入れについて、守秘義務を遂行するための様式や同意書等がありますが、ボランティア受入れの基本姿勢などのマニュアルは作っていません。</p> <p>研修は、希望があれば初回に事業所の説明のみ行っています。子ども食堂には、高校生や社会人のボランティアが参加し、利用者との共同作業を行っています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の関係機関等社会資源について、市障害福祉課で作成したリストを活用し、社会資源情報を掲示しています。精神障がい関係の事業所連絡会や市の自立支援協議会の会議に定期的に参加しています。情報共有、課題の洗い出し、課題解決に向けての調整や活動等について話し合いをしています。</p> <p>利用者の高齢化への対応や、社会資源の少なさ等行政にも課題を投げかけ、支援の質のステップアップを図っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常的には、地域に居住している事業所の利用者から、直接福祉的ニーズについての意見や要望等がもたらされています。地域の福祉関係の会議を通じて、福祉ニーズを把握しています。子ども食堂の実施やお祭りへの参加、チラシ配りの効果として、地域の人から事業所を利用したいとの相談もあります。自治会や商店会、商工会には所属していません。社会福祉協議会の担当者が利用希望の見学者を連れてくることもあり、地域の関係機関との日頃の交流を大切にしています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月1回、事業所の特長を生かして子ども食堂を運営しています。孤食の多い子供やひとり親家庭、障がい児のいる家庭のコミュニティ作り等への支援の一環として、食事の提供だけではなく、ゲームや宿題のサポート、高齢者との交流なども行っています。</p> <p>事業所として在宅障がい者作品の販売場所の提供や毎朝の近隣の清掃活動に取り組んでいます。法人として取り組んでいる、ライフサポート事業の一環としての横浜市寿町での炊き出し活動にも取り組んでいます。専門的な情報を地域に還元する取組は積極的とは言えず、救急救命研修で学んだことを、住民支援として災害時等に地域住民に還元したいと考えています。</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>法人は、『職員倫理行動綱領』を基本に職員としてあるべき姿をさらに具体的に規定し、利用者支援の最低基準を示すものとして、「職員ハンドブック」を入職時に全職員に配布し、説明、掲示をしています。職員会議や朝のミーティング等、月1回の利用者、職員を交えたメンバーミーティングでも、「共に作って行きましょう、歩いて行きましょう」と話しています。</p> <p>利用者の尊重や基本的人権の配慮については、全体研修や入職時研修等で身体拘束や虐待防止について周知しています。非常勤職員にも研修には必ず参加するように勧めています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は倫理行動マニュアルや職員ハンドブックを読み、また新人研修に参加して、プライバシー保護に関する基本的な知識や職員としての姿勢・意識を理解しています。面接は相談室がないので、事務室や1階のカフェ等で実施しています。更衣室のドアは女性用にはありますが、男性用はドアではなくカーテンで仕切られています。トイレの掃除は利用者が朝の掃除で行っています。汚れた時にはその都度にも掃除しています。</p> <p>一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境、利用者のプライバシーが守られるような設備は十分ではなく工夫が望まれます。</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>利用希望者が複数の福祉施設から、自分の希望に沿ったサービスを選択できるように、誰にでもわかるような内容のパンフレットを作成しています。市障がい福祉課、相談支援事業所、販売会、病院の相談室、養護学校等に置いています。</p> <p>現在、利用は空き待ちの状況ですが、体験利用・見学者はいつでも所長・主任が対応しています。体験利用開始前に相談支援事業所の利用を確認し、5日間の実習に入ります。日程を設定しながら個別に持ち物等について伝え、作業内容については、適宜見直しをしているので、その時点での状況を詳しく説明しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始にあたり、利用者・家族と面談し、「利用申込書」や「申請者の現状(基本情報)」、「緊急時対応利用者個人情報カード」から個別事情に配慮し、サービス提供に必要な情報を記録しています。利用契約書は利用者の症状の特性に応じて丁寧に説明し、納得が得られた上でサービスの開始・変更時の同意を得ています。</p> <p>重要事項説明書では福祉サービスの内容や日常生活に関する事項、料金等を説明し同意を得ています。意思決定が困難な利用者はいないので、直接利用者本人に対し、契約締結の時は分かりやすく丁寧に説明するよう心がけています。</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>利用者が福祉サービスの内容や事業所の変更、地域への移行を行う場合の継続性に配慮した手順と引継ぎ文書は定めていません。「申請者の現状(基本情報)」、「緊急時対応利用者個人情報カード」は本人・家族の同意を得た上で移行先へ申し送り、引継ぎをしています。</p> <p>他施設へ移行した場合でも、利用者や家族が相談できるように担当者や窓口を置き、障がい福祉サービスが活用できるように地域の関係機関や相談支援事業所と連携しています。終了した後の相談方法については口頭で伝えていますが、文書にして渡していません。</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>就労支援の事業所なので、何事も本人主体で取り組んでいます。利用者懇談会は作っていませんが、職員も交えて、月1回10時～11時までメンバーミーティングを開いています。家族会も作っていません。</p> <p>利用者アンケート調査も回答は全て利用者本人が記入しています。利用者の希望や働きやすい場所にする提案を朝のミーティングやメンバーミーティングで受け付けています。作業の改善、レクリエーション、トイレの掃除等についての提案や意見を検討し、改善に結びつけています。</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、苦情解決責任者は少なくとも年1回は利用者へ周知し、苦情申出人の範囲を決め、担当者、委員は利用者等からの苦情を面接、電話、書面等により随時受け付けています。責任者、担当者、第三委員の写真付きポスターを作成し、休憩室に掲示しています。</p> <p>「利用者の声ボックス」をタイムレコーダーの横に設置し、利用者が相談しやすいように工夫をしています。利用者アンケート調査では自由記入欄を設け、意見、要望等を書くようにしています。30年度の苦情報告はありませんでしたが、苦情相談があれば検討し、サービスの質の向上に向けて改善に取り組んでいます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用契約書や重要事項説明書には利用者・家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助を行うと明示しています。利用開始時に利用者・家族に説明し、日常的に「いつでもお話聞きますよ」と声かけもしています。</p> <p>その日の事情で人員体制が整わなかったり、事務室やカフェの場所が空いてなかったりすることもあります。業務分担として所長と主任が責任をもって、できる限り利用者の相談の希望に添えるように努めています。</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>事業所は利用者が相談しやすく、意見を述べやすいように、手作りの「利用者の声ボックス」や2年おきのアンケート調査を実施しています。朝のミーティング、メンバーミーティング等で利用者の意見を積極的に把握しています。面接や聞き取りが中心になって、職員が利用者の相談や意見を把握しています。利用者からの相談や意見については、業務日誌に記録し、朝のミーティングや職員会議で検討し、福祉サービスの改善に繋げています。</p> <p>利用者から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が望まれます。</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>ヒヤリハット・インシデントはリスクマネジメント委員会へ報告書を提出しています。事故発生時の対応における責任と手順は明確になっており、ヒヤリハット・インシデントの要因分析と改善策・再発防止策は検討されています。30年度のインシデントは5件、ヒヤリハットは8件でした。</p> <p>職員はヒヤリハット・インシデント分析研修や法人外研修の「福祉施設における防犯対策」に参加しています。更に、安心・安全な福祉サービスの提供のためにも、総合的なリスク対策の検討・見直しが望まれます。</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、発生時の対応、ウィルス予防対策、汚物処理手順、利用者が発症した時の対応、職員が感染した時の対応等を記載しています。インフルエンザやノロウイルス等感染症が流行する時期には、対応の手順書を洗面所や休憩室の壁に貼って防止に努め、日常的には、仕事に入る前の準備として衛生チェック表を壁に貼り手洗いや爪のチェックを必ず行っています。</p> <p>インフルエンザの予防接種は希望者(利用者・職員)には医師が事業所に来て行ってくれます。感染症の勉強会を開いたり、食品衛生講習会や食育講座に参加して、感染症蔓延防止について理解を深めています。</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体制ができています。緊急時対応マニュアルを備え、年4回避難訓練を行い、そのうち2回は法人合同の防災訓練をしています。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。ヘルメットは1階、2階の所定の位置に整備し、防災用具を毎年3月に入れ替えています。食料や備品等の備蓄リストを作成し、定期的にチェックしています。</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>提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法は、法人作成のハンドブックで全職員に示され、人間尊重主義に基づく経営を目指した利用者本位のサービス目標や業務の進め方、時間の標準化等が明記されています。</p> <p>事業所ではこれに基づき、利用者がより確実に日々の作業をこなしていくためのそれぞれの作業内容を標準化し、福祉サービスの提供がより効率的、確実に行われるよう工夫し、可視化することで、職員・利用者ともに共有することができています。厨房の作業でのカレールウの作り方についての標準化は、その一例です。</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>標準的な福祉サービスの実施方法の基本は法人の職員ハンドブックで示されていますが、事業所における標準的な実施方法については、毎朝の全体ミーティングや月1回のメンバーミーティングで、定期的に検証されます。具体的な作業手順は利用者・職員ともに共有され、利用者一人ひとりの作業の状況に応じて見直しをし、福祉サービスの質の検証にも繋がっています。</p> <p>見直しに当たっては、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みが継続的に実施されており、福祉サービスの質の向上に結びついています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画策定のサービス管理責任者は、管理者が兼務しています。利用者の基本情報や利用者担当職員等の意見を整理して集約しています。担当者会議等に参画して個別支援計画の内容をまとめ、利用者の心身の状況や生活状況、サービスのニーズなどを明らかにしながら策定しています。支援計画の中には利用者が職務を果たす能力や作業場面を観察したことなどの明確な記載がありません。</p> <p>実際の支援では、病状等により、一時的に支援が困難な状態の利用者に対しては、作業時間を短縮するなど、個別支援計画に則り柔軟な支援を提供しています。管理者は、更にアセスメント力を向上させたいと考えています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成30年度から職員は利用者毎の担当制になり、担当者が利用者の身体状況や生活状況等を把握したり、利用者にとどのようなサービスのニーズがあるかを明らかにしています。職員と利用者がお互いに尊重し合い、笑顔で働ける職場を作るため、個別支援計画の振り返りの面接を丁寧に行い、信頼関係を築きながら、常勤、非常勤の職員は連携を図り、専門性を高めるように努めています。</p> <p>福祉サービスの実施状況は朝のミーティングや職員会議等でサービス管理責任者に必ず報告しており、緊急に変更する場合も利用者の担当職員がまず意向の確認と同意を得るようにするなど組織的に対応しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりに対する福祉サービスの実施状況は、援助記録表に記録しています。同じ日に相談、軽作業、施設外就労、カフェがあれば、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、時間の経過の中での利用者の変化などが、具体的に記録されています。</p> <p>その他に職員は業務日誌や引継ぎや申し送り等で情報の共有を図っていますが、それらは個別支援計画の評価・見直しを行う際の基本情報となっています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業者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。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を取り交わしています。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。</p> <p>記録はパスワードのかかるシステムで入力しており、個人記録等は鍵のかかるキャビネットで保管をしています。個人情報を含む書類の廃棄は、シュレッダーを使用しております。記録及び情報については契約の終了後5年間保管をしています。</p>		