

## 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> 法人の基本理念「誰もが地域で暮らせるために」や基本運営方針は、ホームページに掲載して周知を図っている。また、毎年2～3月に開催する次年度説明会や、4～5月に開催する全体研修の場において、資料を配布して、理念や基本運営方針、重点課題、主な取り組みなどを職員全体に説明している。家族へは、年度初めと12月に「家族懇談会」を開催して、法人の基本理念などを伝えている。利用者の多くに重度の障害があり、利用者への周知が難しく、今後の取り組みの課題としている。		

#### 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> 社会福祉事業全体の動向の把握については、毎月、高齢・障害・児童分野の施設長が参加する管理職の会議で、それぞれの所属団体や研修会などで収集した情報を提供し、法人全体で状況を共有している。管理職の会議では、地域の高齢・障害・児童の計画策定の会議に各施設長が参加して、その動向や内容を発表し、話し合いを行っている。また、課長以上が参加する月次決算会議の場では、各事業所の毎月のコストや利用率について具体的な数字をあげてまとめ、状況を確認し、必要に応じて内容を分析している。		
【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> 管理職の会議では、経営環境やサービス内容、設備、職員体制、処遇、人材育成、財務状況などについて、課題や問題点を抽出している。具体的な課題や問題は、必要に応じて、プロジェクト会議やカテゴリ会議を開催して、解決や改善に向けた取り組みにつなげている。ちがさきの木魂においても、医療的ケアの必要な利用者が増えていることから、具体的な取り組みを進めている。		

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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>以前、法人全体で中・長期計画を策定したが、対象となる福祉分野も広く、制度の改正などで地域のニーズと合わなくなったため、現在は策定していない。中・長期計画という名称は使っていないが、制度や法令、地域のニーズ、各分野の動向を総合的に把握して、法人の理念を具現化している。法人の理念や基本運営方針の実現に向け、法人全体で課題や問題点の解決や改善に取り組んでいる。</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>管理職の会議で課題や問題点を抽出し、カテゴリー会議やプロジェクト会議につなげている。単年度の事業計画は、実行可能な具体的な取り組み内容としている。今年度の事業計画の主な取り組みとして、医療的ケアが必要な方の受け入れ整備と、障害が重い方の働く場所の整備をあげている。それらに対応できるよう、法人全体で、喀痰吸引の研修会を開催し、医療的ケアを行うことができる職員を養成している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、策定期間や手順を定め、職員の意見を収集し、また、利用者や地域の方々の意見も取り入れるようにして、年度末に1年の振り返りを行い、施設長が策定している。策定した事業計画は、新年度の全体研修や職員会議などで職員に周知している。計画は半期で見直しを行い、9月に上半期事業報告書を作成している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1～2回開催する家族懇談会や、年3～4回発行する広報誌「やまびこ」で、事業計画の主な内容を家族に伝えている。「やまびこ」は、利用者に喜んでもらえるよう、写真を中心にまとめている。また、毎月、「〇〇月の予定表」を配布して、旅行や外出行事などを知らせている。利用者の多くが「連絡帳」を利用しているので、日々のやり取りも密に行っている。ただし、利用者のほとんどが重い障害のある方々なので、利用者が理解しやすい説明には工夫が必要と感じている。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の人権委員会で、各事業所のニコリ・ホット(マイナス面ではなく、利用者や職員の行動や支援場面のプラス面を報告する)を評価したり、虐待防止のポスターを作成して、福祉サービスの内容について、組織内でチェックする体制を多数設けている。全体研修で、60数項目の「職務基準書」を配り、年1回、職員が自己の支援内容の評価を行っている。自己評価の結果は、管理職の会議で内容をまとめて分析し、課題などを職員にフィードバックしている。オンブズマンの月1回の訪問、法人全体での第三者評価の受審など、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを組織全体で行っている。</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>「職務基準書」による職員の自己評価結果は、全体をまとめて分析し、課題を文章化して、全体研修や各事業所の会議の場などで、職員に周知している。今年度は、利用者への言葉かけや対応などに課題があり、具体的な内容を職員に示している。評価結果は、管理職の会議で分析・検討し、組織全体で対応や対策を具体的に行っている。「職務基準書」の評価項目についても、毎年、見直しを行っている。法人内の事業所は高齢・障害・児童と広範囲で、課題もそれぞれ異なるが、利用者の権利擁護は共通しているので、家族に向けた成年後見制度の研修会や相談会を、全体で行っている。</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>管理者として、経営や管理に関して方針を定めている。4月発行の広報誌「やまびこ」に、施設長の方針や取り組みを掲載してはいるが、もう少し詳しく示す必要があると考えている。施設長不在時には、行き先をボードに書き、職員に周知している。また、携帯電話にいつでも連絡ができるようにしている。土曜日の利用者の受け入れも行っているため、施設長か課長のどちらかが連絡のとれる体制にしている。昨年、市と福祉災害避難所の協定を結んだので、具体的な取り組み内容を検討していく予定である。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域や県の障害者施設の連絡会に参加して、遵守すべき法令などの把握に努めている。研修会や勉強会に積極的に参加するとともに、決算書や簿記、不動産、年金、労務などの書籍などで自己学習し、幅広く情報をキャッチするよう努めている。常勤の職員会議や非常勤の会議、専門職会議にもでき得る限り参加し、職員と情報を共有している。最近では消費税の変更に合わせ、会計の見直し、事業所内の喫茶「木木(きき)」のレジの変更や、レジ袋有料化への対応を行っている。法令などの変更、改正については法人職員と協働して対応し、職員に内容を周知している。</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>各会議に参加する他、朝夕のミーティングにも参加して、職員にアドバイスなどを行っている。会議などでは、職員の意見を聴いて、具体的な活動につなげていくようにしている。今年度はコロナ禍で、外出や買い物ができなくなったため、職員の提案を取り入れ、事務所のカウンターを「売店」にする試みを行っている。「売店」は利用者から好評で、現在も週3回行っている。また、昨年より、活動は利用者が中心であることから、利用者ミーティングを定期的に行っている。</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>各事業所の課長以上が参加する月次決算会議で、毎月の決算分析を行っている。また、「人件費分析報告書」を毎月、提出し、人事や労務の分析を行っている。管理職の会議でも、組織体制や人員配置について検討し、他事業所の管理職と協働して取り組んでいる。職員の有給休暇消化率についても把握し、現在、常勤職員の消化率が低いので、職員に積極的に取得を働きかけている。</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>福祉人材については、法人で確保・育成の方針を定めている。「職員体制組織図」を作成し、各事業所の職員配置数や有資格者数を明確にしている。「有資格者表」を作成することで、専門職が不足している事業所や必要な事業所に対して、法人内で補える体制を整えている。職員の採用活動は、法人全体で力を入れており、ハローワークなどの合同説明会や学校説明会、インターネットの活用などを通して積極的に働きかけている。</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>人事考課の規程を定め、前期・後期の職員の成績評価を実施している。併せて、職員が提出する「部署業績・重点課題シート」や「自己申告書」の記入内容を参考にして、職員面接を行っている。職員面接は、施設長と課長が協力して行い、課長の評価も参考にして、施設長が評価している。職員の意向や満足度の調査も並行して行い、人事管理を行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回、就業状況や意向について調査し、それに基づいた労務管理を行っている。また「人事分析表」を作成して、職員の有給休暇の取得状況や時間外勤務の状況を把握している。10～11月には、職員に「ストレスチェック調査」を実施して、必要な場合は産業医への診察や相談につなげている。職員向けに「お願いトークシート」を用意し、職員が相談しやすい人と話ができる体制も整えている。福利厚生やワークバランスへの配慮も随時行っている。</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>「キャリアパス総括表」や「職務基準書」、「翔の会職員倫理規程」により、職員育成の方針を定めている。職員一人ひとりが年度当初に目標を提出し、年度途中で面接を行っている。本人との話し合いを重視し、必要に応じて3～4回の面接を実施している。職員が立てた目標は、年度末に達成度を提出し、面接などを通して、次の目標につなげている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が期待する職員像は、「キャリアパス総括表」や「職務基準書」、「翔の会職員倫理規程」で示している。法人の研修委員会が、職員の教育・研修の計画を作成している。内部、外部の研修について、新人研修、新人振り返り、2～3年目、1・2等級、3等級など、階層別に計画し、資格取得などの勉強会も開催している。研修計画の内容は、研修委員会にて評価、見直しを行っている。研修参加者は、職員の意向や方向性も大切にしながら、施設長と課長で決めている。</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>職員の一人ひとりの研修参加状況や保有資格を把握して、総合的に教育や研修の場に参加できるよう配慮している。階層別や職種別、テーマ別の研修の場を確保し、外部研修や内部研修の情報を職員に提供している。外部研修に参加した職員は、職員会議などで内容を報告している。ちがさきの木魂の内部研修は、施設長と課長で事業所の方向性や課題を検討して、テーマを決めて開催している。</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>実習担当者を決め、実習生の受け入れを行っている。「施設実習の手引き」のマニュアルに沿って、事前にオリエンテーションを行っている。現在、実習生の受け入れは年数名で、社会福祉士を目指す学生の受け入れが中心である。実習生の受け入れは職員にとっても、教えること、評価することなど勉強の場になり、スキルアップの機会にもなっているので、今後も積極的に受け入れていく予定である。</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
<コメント> ホームページや、法人の広報誌「NEWS翔」(年3回発行)などで情報を公開し、運営の透明性を確保するよう努めている。広報誌「NEWS翔」は、関係機関や関係者に広く配布している。ちがさきの木魂としては、地域の自治会などへの働きかけが弱いことから、今後の課題としている。		
【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
<コメント> 職員には、ルールや権限、責任を周知している。法人内の施設長及び課長が、各事業所を回って内部監査を行うとともに、外部の監査会計の会社による外部監査を行っている。会計事務所や顧問弁護士、社会保険労務士、設計士などいつでもアドバイスを受けられる体制を確保して、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営を行っている。		

### 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
<コメント> 「職務基準書」などで、地域との関わりについての基本的な考え方を示している。法人内の大きなイベントや、社会福祉協議会、他施設のお祭りなど、利用者の多くが参加できるものは、掲示したり、お知らせを配布して、利用者や家族に周知している。利用者が地域の行事や活動に参加する際には、平日は職員が支援している。場合によっては、土日も職員が支援する体制を整えている。今年はコロナ禍で開催できなかったが、ちがさきの木魂の夏祭りには、地域の方に無料券を配り招待している。喫茶「木木」は、地域の自治会が会合で利用したり、重い障害を持つ利用者と地域の方との交流の場にもなっている。		
【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
<コメント> ボランティア担当を決め、「ボランティアの皆さん」や「ボランティアさんをお願いすること」などの説明書を整えて受け入れを行っている。ピアノを教えてくれるボランティアが活動しているが、現在はコロナの影響で中止している。地域の学校教育などへの協力は、不足していると感じている。活動しているボランティアの人数は多くないが、希望があれば、できるだけ受け入れていきたいと考えている。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>市や県の関係団体との連絡会に参加して、関係機関との連携や、地域の課題などの情報を共有している。ただし、事業所として地域のネットワーク化に新規に取り組む努力までには至っておらず、地域の自治会へのアプローチが弱いと感じている。利用者一人ひとりが必要な社会資源は、個々に整え、関係書類を整備している。必要に応じて、職員会議などで情報を共有している。</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>毎年、法人主催で、福祉や地域の課題に合わせた「地域セミナー」を開催している。昨年度は「地域でゆるやかに支え合う場をめざして」というテーマで開催している。年1回、法人全体で地域の各種団体(当事者団体、当事者の親の会など)が参加する「運営委員会」を開催し、地域の福祉ニーズを把握する取組を行っている。NPO法人茅ヶ崎サポートセンターや各福祉団体とも連携し、福祉ニーズや課題の把握に努めているが、ちがさきの木魂自体は、地域の住民との交流が不足していると感じている。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、鶴が台団地で子供食堂運営団体に料理と客席を提供するなど、地域に向けた活動を積極的に行っている。障害者のサーフィン教室や精神病院の夏祭りでボランティア活動を行ったり、買い物に出かけるのが難しい方を対象とした「お出かけワゴン」に法人の車両を提供している。ちがさきの木魂は、昨年度、市と福祉災害拠点の協定を結んだことから、今後の具体的な取組を検討していく予定である。</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
<コメント> 法人の理念や基本方針に利用者中心のサービスを実施することを明記し、倫理綱領や規程を策定し、基本姿勢は「職務基準書」にも掲載している。「職務基準書」は、毎年、常勤や非常勤の職員会議で内容を再確認している。また、利用者中心のサービスについて、1年間の「重点課題」を決めて取り組んでいる。人権については、特に配慮しており、顧問弁護士の下、テーマを決めてグループワーク形式などで、全員参加で研修会を開催している。利用者中心、人権に配慮したサービスについては、「職務基準書」で状況を把握した後、管理職の会議で分析、評価し、周知や改善を各事業所で行っている。		
【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> プライバシーの保護については、入職時に規程などを明記した文書で説明し、職員から同意の署名をもらっている。日頃のケアにおいては、入浴は個浴、同性介助とし、使用中は浴室に鍵をかけ、脱衣所と浴室の境は曇りガラスにしている。また、オムツ交換はすべてトイレ内で行い、トイレにベッドを備えている。SNS(インターネット上のコミュニティサイト)の使用について注意を促したり、写真の取り扱いに配慮するよう、新たな課題については、会議などで職員に周知している。広報誌に掲載する写真についても、利用者や家族から同意をもらっている。スヌーズルームを備え、一人になりたい時、静かで穏やかに過ごすことができる空間を設けている。		
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
<コメント> パンフレットなどは、写真や図、絵を使い、分かりやすくしている。事業所の見学や体験、実習希望者などの対応は、管理職が個別に丁寧な説明を行い、案内している。活動内容の変更などがあった場合は、その都度、パンフレットの内容などを見直しているが、現在、ホームページを作り変える予定があり、それに合わせて見直しを行う予定である。重い障害がある利用者に対して、分かりやすい内容になっているかどうかは課題もあり、今後、工夫が必要と捉えている。		
【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> その日のスケジュールは、朝の会で利用者に説明している。また、フロア毎の活動室のボードに、その日の活動内容を掲示し、参加予定者の顔写真を該当箇所に貼るなどして、利用者が理解しやすいように工夫している。サービスの開始や変更については、書面を用意しているが、重度の利用者が多く、決められた形での対応は難しく、利用者の障害の特性や個性に合わせて伝えている。職員は日々のミーティングで情報を交換し、より良い方法を話し合い、対応方法をケース記録に残している。		



【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>福祉サービスの内容を変更する場合は、法人の理念「本人中心の支援」に立ち返って支援内容を見直している。事業所変更に伴う引き継ぎについては、基本情報の他に障害の特性や個別の対応などを文書で引き継ぐとともに、面談や電話でのやり取りなどで個別に対応している。細かなケアが必要な場合は、スタッフが移行先の施設や事業所、家庭(家庭移行の場合)を訪れ、日常のケアの方法を直接、説明している。サービスが終了した利用者については、終了後も連絡や相談ができる体制を整えている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「利用者アンケート」や「意向調査」を定期的に行っている。障害の重い利用者が多く、利用者だけの会などの開催は難しいが、「利用者ミーティング」で活動内容について意見を聴いている。言葉で意見を表出できない利用者に対しても、家族に代弁してもらうのではなく、あくまでも本人自身の気持ちを聴くスタンスを崩さず、本人の気持ちに寄り添いながら、本人の意向を汲み取るようにしている。利用者から個別の相談希望もあり、その際にはきちんと話を聴き、対応策や改善策を検討している。満足度調査の結果は、法人の広報誌に掲載している。アルミ箔はがしの軽作業などは、活動に応じてポイントが増えるシステムを取り入れ、利用者の満足ややりがいにつながっている。コミュニケーション機器も、利用者の心身の状況に合わせて準備している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情受付担当者や苦情解決責任者、第三者委員を置いている。苦情解決の仕組みは、重要事項説明書に記載し、契約時に内容を説明している。オンブズマンも定期的に訪れ、掲示板に訪問予定日を掲示し、利用者に周知している。「意見箱」も設置しているが、障害の重い利用者が多く、活用は少ない。利用者本人の日頃の様子を中心に、家族との「連絡ノート」でのやり取りなどから、思いを汲み取るようにしている。ケアの内容に関する意見は、その場で改善したり、ミーティングで共有し、改善に向けた取組を行っている。受け付けた苦情や意見は記録に残し、法人全体で内容を確認して、改善やサービスの質の向上につなげている。</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>契約時、複数の相談窓口や利用方法(苦情、相談、オンブズマン、第三者委員、行政窓口)について、文書をもとに説明している。また、苦情解決の仕組みを事業所内に掲示している。オンブズマンについては、利用者に分かりやすいよう、写真入りで掲示している。利用者がいつでも職員に相談できるよう、事務所のカウンターを低くして、車椅子使用でも話がしやすいよう配慮している。事務所は壁やガラスなどの仕切りもなく、カウンター越しに、利用者が気軽に声をかけられるようにしている。利用者からの個別の相談は、個室やゆっくり相談できるスペースを用意して対応している。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「意見箱」を設置したり、年1回、アンケートを実施しているが、重度の利用者も多く、日常の活動の場面で、利用者の声や思いを傾聴することを重視している。相談や意見に対するマニュアルや手順を整備して、できるだけスムーズに答えを出すようにしている。利用者や家族からの意見や相談内容は、事業所のサービスの向上に活かしたり、マニュアルなどの見直しにつなげている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故防止委員会を設置し、事故発生時の対応や手順を、フローチャートを用いて、職員にわかりやすく示している。事故の内容はレベルに分けて分析し、改善策を検討している。法人全体にリスクマネジメント委員会を置き、各事業所の施設長などをリスクマネージャーとしている。事故については理事会や行政にも報告することとしている。事故の発生を防止するため、特に車両の運転スタッフを対象に、「運転シミュレーター」を使った研修会などを年2回、定期的に開催している。事故防止対策は、検討を継続して行っている。</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>コロナ対策を中心として、管理体制を整えている。法人及び各事業所に衛生委員会を置き、マニュアルを整備して、感染症の予防や対応方法を職員に周知している。感染症予防に関する研修会は、実技(ノロウイルスの現場を想定し、嘔吐物の始末方法や飛沫範囲の検証など)も取り入れて行っている。支援現場での予防策は、看護師が中心となって取り組んでいる。マニュアル類の見直しは、職員の意見も聴き、産業医の指導のもと、法人と衛生委員会が連携して行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時の体制を整備し、文書化している。災害の初期対応として、災害メーリングリストによる利用者と職員への情報発信や、災害伝言ダイヤルの運用を決めている。また、事業所での対策とは別に、法人本部が中心になり、法人内の事業所をグループ分けして、連携する仕組みを作っている。ちがさきの木魂も、市と福祉災害拠点の協定を結んだことから、地域の障害者の受け入れ体制を整えていく予定である。現在、3日分の非常食を備蓄しているが、今後も不足する備品などを取り揃えていく予定である。市との無線連絡訓練は実施しているが、他団体との連絡体制の整備や訓練の実施は、これからの取り組みとなる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法や、プライバシーの保護、権利擁護については、利用契約書や重要事項説明書、個人情報保護に関する同意書、「職務基準書」に、文書化している。また、重い障害のある利用者が多いことから、それぞれの障害特性に合わせた、個別支援計画を策定している。新規の利用者は、必要に応じて写真付きのケアマニュアルを作成し、会議や引き継ぎ書などで、内容を職員に周知している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の作成や見直しは、半年に1回、実施している。個別性を重視した利用者個々へのサービス内容は、利用者本人の意見や職員の提案内容を、1日の終了時のミーティングの場で検討し、すぐに改善できるものは、翌日から変更する仕組みを整えている。既存の福祉機器の使用が難しい場合には、職員が福祉用具を手作りしている。今年度はコロナ禍で外出が中止になったりしたため、夏場はベランダに手作りのミストシャワーを設置するなど、職員のアイデアを活かしている。</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>各フロアで、個別支援計画策定の会議を開催している。個別支援計画は、サービス管理責任者を中心にして、担当者がアセスメントを実施して策定している。看護師や理学療法士などの専門職の会議においても、ケアの方法やサービス内容を検討している。支援が難しい利用者も、本人の意向にどのように応じているか(本人主体)という法人の理念に戻って、サービスの継続に向けて、課題の解決に取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体で、個別支援計画の見直しや評価の時期、参加者、手順などを決めている。半年に1回、サービス管理責任者や担当職員、課長が参加して、個別支援計画策定、見直しの会議を開催している。また、利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて随時、評価、見直しを行っている。また、他の専門職の意見も取り入れ、アセスメントに反映し、評価や見直しにつなげている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>日頃のサービスは個別支援計画に基づいて行い、決められた書式に記録している。記録のまとめ方は、OJT(仕事を通しての指導システム)にて行っている。ケアの内容に変更があった場合には、ミーティングの場で内容を共有するとともに、個々のケース記録に記載している。パソコンのネットワークを活用して回覧する仕組みも作っている。新規の利用者など、特に細かい情報の共有が必要な場合には、写真付きの個別のケアマニュアルを別途作成し、職員間で内容を共有している。</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>個人情報の保護に関する規程を整備し、管理責任者を決めている。利用者の個人ファイルやケース記録などは、施錠できる書庫で管理している。個人情報の保護に関しては、入職時に「個人情報の使用に関する誓約書」に、職員が署名、捺印している。また年1回、「職務基準書」にて、再確認する仕組みを作っている。不適切な漏洩などが起こった場合には、法人全体で対策と対応を協議することとしている。</p>		