

## 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> 法人の理念と基本方針は、パンフレット、ホームページに記載され、事業所内にも掲示されています。ソーシャルインクルージョン(共生社会)をめざす、先駆的で開拓的な事業を展開する、という理念は、当事業所の使命や目指す方向性を指し示すものとなっています。 11項目の基本方針は、職員全員の行動規範となる内容となっています。職員は採用時の研修で説明され、倫理行動マニュアルは、常に携帯することになっており、折に触れて職員会議等で周知が図られています。利用者・家族にも契約時にパンフレットを渡して説明しています。		

#### 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> 社会福祉事業全体の動向、地域福祉計画等については、行政や法人内の所長会議等から情報を収集し、分析をしています。利用を希望する者のニーズは、行政、計画相談機関、学校などの関連施設からの照会、見学や問い合わせを通じて把握、分析しています。 事業の安定化のために、コストや収入、利用者数や利用率の推移の分析を毎月の職員会議の議題にしています。これらのデータ分析をもとに、当該年度の事業報告に、経営状況をとりまとめています。		
【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> 実施している福祉サービスの内容、人員体制、研修、財務状況については、毎月の職員会議のテーマになっており、生じた課題、問題点は、必要に応じて法人のエリアマネジャー、常務理事に報告、相談を行っています。 経営課題は、最終的に事業報告書にまとめられて法人本部に提出され、法人役員間で共有されています。また、毎月の職員会議に、請求状況(収入)、予算消化率、達成率を具体的な数値で明らかにし、目標達成のために必要な人的物的手段を明示して、全職員が状況を把握できるようにしています。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>3年後を目途とした中期事業計画、10年後を目途とした長期事業計画が策定されています。法人の理念と基本方針の実現に向けて、現状の重点課題を全職員で話し合い、将来のあるべき姿と目標を達成するための方法、期限、担当を明確にしています。今後は、収支計画を策定すること、必要に応じた見直しに取り組むことを期待します。</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>単年度の事業計画は、法人の事業計画と事業所の中・長期計画の内容を反映した内容となっています。支援方針、危機管理、健康管理、個人情報管理、研修、このほか利用者数の拡大など、事業所特有の課題解決にむけた具体的な計画になっています。ただし、収支計画がありません。単年度計画も、事業計画と収支計画とがセットになっている必要がありますので、予算の裏付けをしておくことが今後の課題です。また、計画の実施状況を評価しやすいように、目標の指標化などの工夫も期待されます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画策定に際しては、現場の全職員からアンケートを集め、現状課題、将来のあるべき姿、目標を達成するための方法を明らかにしています。事業計画の実施状況は、毎月の職員会議ごとに明らかにされ、検討、評価、見直しがされています。利用者の新規獲得が大きな課題となっていますが、そのために多様な利用者の特性に対応できる支援プログラムの見直しを具体的に行っています。事業計画は、このように職員会議等で職員に周知され、共通理解のもとで組織的に取り組んでいます。</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>事業計画の主な内容は、まず契約時に利用者、家族に文書で説明しています。契約後も毎月、利用者と職員全員が参加する全体ミーティングで、事業計画、運営方針、苦情内容、運営規定なども読み合わせをしたり、説明をしています。欠席した利用者にも後日資料を送っています。利用者がわかりやすいように文書にはルビをふるなどの工夫をしています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の特性にあったサービス向上のため、新規実習先の開拓や、支援プログラムの見直しを行っています。これを職員全体の組織的な取り組みとして行っており、個別支援会議、職員会議を基点として、計画、実行、評価、見直しのPDCAサイクルを行っています。</p> <p>独立した事業所としてスタートして2年目であり、独立後初めての第三者評価を受審するにあたって、評価基準に基づいた自己評価を実施しました。評価結果は、職員会議で報告され、最終的な評価結果を今後の運営改善に役立てたいとしています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月行われる職員会議で、サービスの質の評価が行われ、具体的な課題を明確にして、計画的に改善策を実施しています。常に職員間で課題が共有化され、職員自身が改善策を提案し、改善計画を策定、見直しを行っています。</p> <p>各年度ごとに事業報告に重点課題が明示され、次年度の事業計画に課題解決のための具体的な計画が明示されています。</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(所長)は、職員会議を主宰し、その都度、運営方針についての取り組みや方向性を示しています。運営規定のなかに、管理者(所長)は従業者と業務の管理を一元的に行い、法令等を遵守させるための必要な指揮命令を行う、との職務内容が明記されています。</p> <p>事務分担表にも管理者(所長)が行う職務の一部が書かれています。職務分掌が必要です。また、災害など有事や管理者(所長)が不在時の権限委任については、暗黙の了解として職場で共有されているようですが、やはり明示された文書が求められます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者(所長)は、福祉関係のみならず、事業所運営上必要な、幅広い分野の法令を十分に理解し、行政、取引関係、利用者、家族、関係機関との適正な関係を保持しています。所長は、法人が主催する各種研修会に参加し、常に社会の動向を把握するように努めています。所長は、規約を掲示し、職員に倫理行動マニュアルを携帯させ、会議でも職員に理解を促進する取り組みを行っています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者(所長)は、職員会議を通じて、実施しているサービスの現状について自ら提起し、評価、分析が組織的に行われるようにリーダーシップを発揮しています。現場の職員と定期的に面談しながら、業務上の課題解決に向けて職員の意見を反映するように努めています。職員を法人内外の研修に派遣して、サービスの質の向上につなげるようにしています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者(所長)は、経営改善、業務の実効性を常に留意し、毎月の職員会議で具体的に問題点を指摘しています。とくに職員の時間外労働については、30分以上の残業はしないように指導し、外回りの業務も自宅に直帰できるように検討するなど、働きやすい環境に配慮しています。この他、空調をはじめとする執務環境、人員配置、有給休暇の取得についても、職員の立場に立って取り組んでいます。ただし、経営改善の課題は広範に及ぶため、事業所としては、取り組みや効果についてはまだ十分ではないと考えています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、事業計画のなかで福祉人材の確保と育成についての基本的な考え方を明らかにしています。具体的には法人の人事部が採用、人員配置などに取り組んでいます。人材育成、研修については、新採用、階層別、エリア別など、年間に100回以上の研修が計画されており、事業所も職員を派遣しています。事業所は、質の高い事業所をめざして精神保健福祉士を複数配置しています。また、資格取得費用貸付制度、資格手当があり、職員が精神保健福祉士、社会福祉士など専門職の各種資格を計画的に取得できるよう取り組んでいます。</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>「理想とする職員像！人間尊重主義」という、法人として期待する職員像を明示した文書が事業所内に掲示されて、職員に周知されています。職員の人事管理としては、各職員の専門性や職務遂行能力、成果、貢献度を評価する目標管理が行われています。各自の自己目標をもとに所長が面談し、半期をめぐりに中間評価の面談を行い、後期にむけて目標達成を支援、評価します。ウェブ上で人事管理されており、職員の配置や昇進、昇格は法人人事部が行っています。詳細な人事基準は職員に周知されていません。</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>管理者(所長)が労務管理の責任者となっており、職員の就業状況を日々、把握しています。職員の意向にそって勤務体制の変更、早退遅刻を調整しています。有給休暇は月に最低1日は取得するよう指導しています。定期的に職員と面談し、心身の健康に配慮して必要に応じて勤務変更などの措置を講じています。法人として、住宅手当や余暇活動の支援など福利厚生制度があります。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「期待する職員像」が文書になっており、事業所内に掲示されています。ウェブで管理された目標設定シートに職員が自己の目標を設定し、目標について管理者(所長)との中間面接があります。</p> <p>そのなかで達成状況に課題がある時は、年度後半に向けて改めて課題を明記し、職員に取り組んでもらうようにしています。年度末に管理者(所長)面接を行い、達成状況の確認と評価を行っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の育成は、法人全体として最重要の課題として取り組んでいます。基本方針の11項目は、すべて法人が求める職員像を構成するものとなっており、研修計画の基礎となっています。</p> <p>研修計画は階層別専門分野別(エリア主催、部会主催、委員会主催)で構成されていて、法人の研修委員会が策定しています。事業所も、該当する研修に職員を派遣しています。事業所としての研修計画を策定し、カリキュラムの検討と研修効果を評価していく取り組みに期待します。</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>職員との定期的な面接を通じて、職員の知識、技術水準を把握しています。新任職員には、他事業所の先輩職員が相談役として1年間サポートするメンター制度があります。</p> <p>入職1年目～7年目、副主任、主任、管理者(所長)の階層別に年間の研修が計画されています。また、4エリアごとの研修、人権、危機管理、苦情等テーマ別の研修が用意され、当事業所の職員も参加しています。発達障害の特性や専門的支援などを学ぶ外部研修にも、事業所として職員を積極的に参加させています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「支援マニュアル」のなかに、実習生受け入れマニュアルの一項目があり、「障害のある人を理解し、サポートする人を育てる」という基本姿勢を明示しています。</p> <p>詳細は、各事業所で作成することになっていますが、開設2年目でもあり、まだ実習生の受け入れの準備態勢や実績はなく、具体的な取り組みをしていません。今後、将来の人材である実習生を受け入れ、育てる体制を整備し、福祉事業所としての社会的責務を担っていくことを期待します。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページには、理念や基本方針、サービス内容、事業計画、事業報告、予算、決算が公開されています。第三者評価の受審結果も公表されています。苦情解決体制を事業所内に掲示しています。活動通信約100部を学校や各機関に配布しています。</p> <p>写真を多数使い工夫したパンフレットを、関係各所に配布しています。苦情やクレームは過去にありませんでしたが、法人規定では個人情報を除く内容は公表することになっています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の事務分担表に事務、経理、取引などのルールと担当者、責任者が定められており、職員に周知されています。事務、経理の職務は基本的に事務担当職員が担当していますが、他の職員に一部権限が委譲されている点があり、権限と責任の範囲は明記されています。法人には会計監査人が設置されており、定期的に会計等のチェックや助言を受けています。法人の役員が訪問し、事業所の事務、会計等が適切に運用されているか点検しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画のなかに、「(利用者が)地域のイベント等にできる範囲で参加して、地域の一員としての認識を常にもち、利用者の地域社会への参加、選択、決定権を支援するようにしていきます」と、基本的な考え方を示しています。利用者が活用できるよう、ブックカフェ、A型就労支援事業所等の案内書を置いています。駅前のプロムナード清掃活動を毎週、続けてきました(現在、コロナ流行のため中断)。こども食堂に職員と利用者がボランティアとして参加しています。利用者の地域のかかわりを、さらに広げていきたい、としています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域ボランティア受け入れの実績はありませんが、採用内定者がボランティアとして活動することがあります。法人はボランティアに関して、ボランティア推進プロジェクトを設置して施策を検討しています。プロジェクトは毎月2回ほど会合を重ねており、受け入れマニュアルの作成等を準備中です。特別支援学校や通信教育機関の学生の見学、一日体験プログラムへの参加など、学校教育への協力を行っています。ボランティア受け入れのためのルール化を図るなど、今後に期待します。</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、団体、活用可能な社会資源を明示したリストを作成し、職員間で共有しています。就労支援センターとは定期的な会議をもっています。ハローワーク、学校とも、情報交換を必要な都度、実施しています。これらの機関との協力関係の結果、利用者の受け入れ先が決まったり、利用者のアフターケアをしています。</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>地域の関係機関、団体、活用可能な社会資源を明示したリストを作成し、職員間で共有しています。就労支援センターとは定期的な会議をもっています。ハローワーク、学校とも、情報交換を必要な都度、実施しています。これらの機関との協力関係の結果、利用者の受け入れ先が決まったり、利用者のアフターケアをしています。</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>発達障害に特化した事業所をめざしていること自体が、福祉ニーズに基づいた事業・活動を行っているとして評価できます。また、子ども食堂に職員や利用者がボランティアとして参加し、地域のコミュニティの活性化に貢献しています。市のケースワーカーを対象とした講演会に講師として出向き、事業所の事業内容、利用者支援の状況を詳しく情報提供しました。これから事業所としての経験を積み上げて、その知見を地域に還元していくことが使命だ、と考えています。地域の防災対策や災害時の住民の安全、安心へのサポートは今後の課題です。</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>法人及び事業所の理念・方針に人権の尊重を明示しています。利用者尊重の基本姿勢については、「県央福祉会職員倫理行動綱領」及び「県央福祉会職員倫理行動マニュアル」に具体的に記載しており、全職員が所持し行動の規範にしています。</p> <p>職員会議で内容の確認を行い共通の理解を持つ取り組みを行っています。利用者の尊重や人権への配慮については、法人が開催する研修で事例を挙げて説明が行われています。管理者（所長）が定期的に実施する職員との面談では利用者を尊重した取り組みを行っているか確認しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員倫理行動マニュアルには個人の秘密や私物の取り扱いなど利用者のプライバシーを保護する具体的な事例を挙げています。また、マニュアルに基づき利用者に対し体罰や言葉の暴力、無視等による身体的、精神的苦痛を伴う問題解決は絶対にしてはならないとし、職員は夕礼や朝礼でその日の支援について話し合い、職員会議でも振り返りをしています。</p> <p>利用者のプライバシー保護として個々人に鍵付きのロッカーを備えています。体調不良の時や一人になりたい時には相談室を活用したり、パーテーションで仕切ったコーナーで休むことができます。</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>パンフレットや冊子、「活動通信」、ホームページを用いて就労移行支援と自立訓練、定着支援について特色や活動内容を伝えています。病院、法人内外の事業所、学校等にパンフレットや冊子等の設置を依頼しています。</p> <p>パンフレットでは特色や利用対象者、支援概要、体験プログラムや各種検査、講座紹介、求職活動など発達障害・精神障害者の特色を踏まえた就労支援や就労後の定着支援について、大きな文字と写真で分かりやすく紹介しています。見学や数日の体験を通して、本人の利用の意思を確認しながら利用を進めています。情報提供については随時見直しています。</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>サービス開始前に利用希望者には見学や1～5日間の体験・実習をしています。オリエンテーションを始めスケジュールや支援の流れの説明を受け、作業やプログラムの体験をしてもらいます。実習期間中にアセスメントを行い、本人のニーズや課題を捉えています。本人の利用の意思を確認した上で契約書や重要事項説明書、「利用のきまり」について説明をし、十分な理解と納得の上で契約し、サービスを開始しています。意思表示や決定が困難な利用者については家族の同伴、ルビ付き契約書、絵の活用など本人が理解しやすい配慮をしています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉施設・事業所の変更については、利用者の負担をなるべく減らすように事業所間で認識の共有を図り、見学・実習・面談を通して本人や家族の意思を確認したうえで利用を開始しています。利用の初期には職員が定着を図れるよう訪問による支援を行います。地域・家庭への移行については、本人の可能性に留意して社会と繋がれるように見学や実習を行い、就労支援B型事業所や就労に結びつけています。利用終了時には管理者(所長)が窓口となり、利用者・家族に対し、今後の相談や連絡が出来ること、半年後から始まる定着支援について説明しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足に関しては講座のプログラムに関するアンケートや第三者評価の利用者アンケートを実施しています。個別面談は月に1～2回定期的に実施し、本人の希望や相談を受けています。毎月、利用者と職員が参加する全体ミーティングを開催し、事業所からの報告や連絡、運営規定等の説明、利用者からの希望、質問、提案があり、参加者による話し合いもあります。要望等は職員会議で検討され、改善や見直しをしています。利用者の要望には、映画に行きたい、エアコン温度設定、他のプログラムに参加したい等があり、実現しています。</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>「苦情解決に関する規則」や「苦情解決事務手続きのマニュアル」があり、苦情解決体制を整備しています。苦情解決責任者、担当者、第三者委員を設置して苦情解決体制を整え、重要事項説明書に記載し、利用開始時に説明し配布しています。施設内に掲示すると共に「利用者さんの声シート」を配布・設置し、いつでも意見を出せるよう「ご意見ボックス」を設置しています。苦情への検討や対応策については利用者や家族に伝え、必要に応じて公表することにはしていますが、現在まで苦情は出されていません。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が相談や意見を述べやすいように重要事項説明書には苦情受付担当者2名、責任者1名、第三者委員2名、行政機関など外部の相談機関2ヶ所が記載されており、複数の方法や相手を自由に選べるようになっています。利用開始時には重要事項説明書について利用者及び家族に説明し、配布しています。事業所内にご意見ボックス及び記載用紙「利用者さんの声シート」を設置しています。毎月面談を1～2回実施し、利用者の希望や要望を聞いています。また、誰でも使用できるように相談室を開放しています。</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>利用者がいつでも相談しやすいように声をかけ、定期的な個別面談、全体ミーティングなど様々な場面や形式で意見を出せるよう配慮しています。「利用者さんの声シート」を配布し、いつでも意見を出せるよう「みんなの声ボックス」を設置しています。コミュニケーションの助けになるよう、絵などを活用しています。</p> <p>「苦情解決に関する規則」や「苦情解決事務手続きのマニュアル」があります。出された意見や要望は夕礼や朝礼、職員会議で検討し、速やかに説明や改善を行います。マニュアル見直しについては苦情がないこともあり、現在は行われていません。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントの責任者は管理者(所長)で、事故発生時の対応と安全確保については「緊急時対応マニュアル」で明確にしています。「ヒヤリハット・事故報告書」で発生要因・内容、処置、経過、家族への連絡、今後の対策等を記載しています。今まで事故発生事例はありません。ヒヤリハットは夕礼、朝礼や職員会議で発生要因の分析、家族への連絡や今後の対策が検討されています。法人では事例研修があり、受講した職員による伝達研修を行い、職員に周知しています。ヒヤリハット及び事故は年度の事業報告に記載され評価・見直しをしています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「感染症マニュアル」「衛生管理マニュアル」を整備し、法人では理事、事業所では管理者(所長)が責任者です。本年度は「新型コロナウイルス感染症に関する説明会」(ガイドライン)を法人本部が実施しました。職員会議で感染症マニュアルを読み、職員間で確認しています。</p> <p>所内ではアルコール消毒、検温、手洗い等の励行をしています。感染症が発生した場合、濃厚接触者への対応、利用者・家族への周知、医師への連絡などの対応をします。インフルエンザやノロウイルスなどについてはシーズン到来前に予防対策を講じるなどマニュアルの見直しをしています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>火事対応、地震対応、ガス漏れ対応の方法を記載した緊急時対応マニュアルを備えています。法人合同防災訓練を年2回実施しています。本年度も訓練の目的、参加者、想定、役割分担、スケジュールを決め、時系列で地震発生、安全確認、避難開始、点呼、公表を行って解散し、職員間で振り返りを行いました。この実践を通して所内の設備の安全性、緊急時への対応、安否確認方法、避難場所など利用者及び職員に周知・確認がされています。</p> <p>今後は災害発生後の事業再開へのマニュアルの整備及び防災用品の備蓄の拡充が必要と思われます。また、消防署や自治会との災害時における連携は今後の課題と思われます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人ファイル作成マニュアル」「作業マニュアル」には作業に必要な実施方法が文書化されています。「職員倫理行動マニュアル」に利用者の尊重など人権に関わる具体的な取り組み方を明示し活用しています。職員が毎日記載する活動日誌を基に支援会議や夕礼、朝礼で振り返りを行い、支援内容の妥当性を振り返ります。</p> <p>法人作成の利用者支援マニュアルはありますが、事業所に適合するものではないため、支援の標準的な実施方法を明確に把握することが困難な状態です。作業やプログラム、利用者各人への対応などサービスの標準化が図られているか確認や評価を行う仕組みを構築する必要があります。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所で整備されているサービス手順への見直しは、支援会議や夕礼など日常で気づいたときに行われています。プログラム変更については期末など区切りごとに行われ、感染症については季節の到来前に整備し、防災計画は訓練実施前に前回の反省をもとに見直しをしています。見直しは個別支援計画に反映され、プログラム内容、スケジュール、日数や回数の変更等を行います。また、コロナ対策を新たに付け加えるなど現実に合わせた変更をしています。見直しは全体ミーティングや面談で出される利用者や職員の提案を基に検討し改善を図っています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が個別支援計画策定の総合的な責任者です。利用開始時には各種の検査やアセスメントを行い利用者の状況・ニーズを把握し、利用者の希望を聞いています。支援会議でアセスメントや検査結果、本人、支援員等の意見を踏まえて課題を捉え、個別支援計画の目標を設定しています。</p> <p>利用者はその日の作業や活動のふり返りを通所日報「一日のふり返し」に記録し、職員は活動日誌を毎日記録しています。それ等を踏まえてサービスが適切に行われたかを会議で確認しています。支援困難者へは、1対1の支援などで配慮をしています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>月1～2回は利用者との面談を行い、個別支援計画の進捗状況や本人の意向を確認し、相談に乗っています。個別支援計画は3ヶ月に1度アセスメントやモニタリングを行い、進捗状況を確認し見直しをしています。見直された個別支援計画は本人の確認と職員会議で報告し、職員間で共有し、支援に反映しています。</p> <p>計画を緊急に変更する場合は夕礼・朝礼で対応しています。見直しにあたり、全体で共有する事項、サービスを十分に提供できていない部分については会議で検討し、新たな個別支援計画に反映させるなど、明確な取り組みをしています。</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>フェイスシートやアセスメントシート、個別支援計画、活動日誌など統一した様式を用いて記録し、保管しています。サービスの実施状況は活動日誌に記録しています。「記録マニュアル」には客観的な記載方法が明記されており、職員は記録内容や記載方法に差異が生じないように学習しています。</p> <p>毎月開催される職員会議や支援会議で各種情報や個人の支援状況を把握、共有しています。PCは非常勤を除く全職員が各自所有しており、WEB上での書類整理を行い、個人情報に配慮した事業所内で情報を共有する仕組みが構築されています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報保護規程」があり、個人情報の収集、利用及び提供、開示及び訂正等の申し出等を規定しています。また、記録の保管、保存、廃棄、情報提供に関する規定があり、個人情報に関わる書類は鍵付き書庫に保管しています。</p> <p>安全管理のために責任者を定め、職員に対する監督、安全管理措置を講じ、個人情報の不適正な利用や漏洩に対する措置を講じています。職員の入職時研修で規程を学び、守秘義務に関する誓約書に署名しています。契約時には保護者や利用者に対して個人情報の取り扱いについて説明し、同意書を得て、保管しています。</p>		