

# 福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

社会福祉法人 県央福祉会  
アゼリアうみ風

平成30年11月19日

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

	〒	251-0024
	所在地	神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7
	評価機関名	株式会社フィールズ
	認証評価機関番号	認証第6号
	電話番号	0466-29-2-9430
	代表者氏名	関野 保

評価者氏名	評価者氏名		修了者番号等
	①	安宅 瑞代	神機構-912
	②	立川 功	神機構-550
	③	草刈 利彦	神機構-853
	④		
	⑤		
	⑥		
福祉サービス種別	多機能型事業所		
評価事業所名称	アゼリアうみ風		
評価事業所連絡先	〒	253-0017	
	所在地	神奈川県茅ヶ崎市松林1-17-17	
	TEL	0467-53-8122	
評価事業所代表者	大西 剛		
契約日	2018	年 3 月 2 日	
利用者調査実施日	2018	年 7 月	
利用者調査報告日	2018	年 9 月 20 日	
自己評価の調査開始日	2018	年 6 月 8 日	
自己評価報告日	2018	年 9 月 4 日	
訪問調査日	2018	年 10 月 4 日	
評価合議日	2018	年 10 月 4 日	
コメント (評価の工夫点、第三者性確保のための措置など)	利用者調査におけるアンケートの回収方法は、回答者から直接評価機関に郵送してもらう方法により回答者が意見を言いやすくなった。 第三者性を確保するため、評価機関内に第三者を含めた評価委員会を設けて相談できる体制を整えた。		

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)個別性 2)傾聴と受容 3)生活リズムの安定→自立支援 4)作業に集中しやすい環境設定→工賃アップ 5)非審判的態度</p>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・誠実さと積極性、明るさ。</li> <li>・コミュニケーション能力</li> <li>・失敗をもとにして、次の方法を考えるというような謙虚と粘り強さ。</li> </ul> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人権尊重、利用者主体のサービス。</li> <li>・上記を達成するための日々の勉強。</li> </ul>

調査対象	「アゼリアうみ風」の就労移行支援(6名)と就労継続援B型(14名)を利用している全員
調査方法	一定期間(2週間)に対象サービスを利用している方にアンケート用紙・返信用封筒を渡してもらい、評価機関送付頂いた。

多機能型事業所全体

利用者総数	20	
	アンケート	聞き取り
共通評価項目による調査対象者数	20	0
共通評価項目による調査の有効回答者数	9	0
利用者総数に対する回答者割合(%)	45.0	0.0

入力不要  
生活介護

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

入力不要  
自立訓練(機能訓練)

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

入力不要  
自立訓練(生活訓練)

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

入力不要  
宿泊型自立訓練

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

就労移行支援

利用者総数	6	
	アンケート	聞き取り
共通評価項目による調査対象者数	6	
共通評価項目による調査の有効回答者数	3	
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0

入力不要  
就労継続支援(A型)

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

就労継続支援(B型)

利用者総数	14	
	アンケート	聞き取り
共通評価項目による調査対象者数	14	
共通評価項目による調査の有効回答者数	6	
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0

## 利用者調査全体のコメント

回収率は45%で、就労移行支援:50%と就労継続援B型:43%の内訳となっています。  
総合的に見た総合評価では就労移行支援は66%が満足(大変満足と満足の合計)しています。内訳では「大変満足」と「満足」、「どちらともいえない」がそれぞれ33%となっています。  
就労継続援B型においては、総合的に見た総合評価で84%が満足(大変満足と満足の合計)しています。満足以外の17%は「どちらともいえない」であり、「不満」「大変不満」は共にゼロとなっています。

## 利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
コメント				

1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	9	0	0	0
「はい」は100%となっています。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	8	0	1	0
「はい」は89%となっています。				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	6	3	0	0
「はい」は67%となっています。「いいえ」は0%です。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	8	1	0	0
「はい」は89%となっています。「いいえ」は0%です。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	8	1	0	0
「はい」は89%となっています。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	4	0	1	4
「はい」は44%となっています。「無回答・非該当」も44%あります。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	7	1	0	1
「はい」は78%となっています。「いいえ」は0%です。				

22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	7	1	1	0
「はい」は100%となっています。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	7	0	1	1
「はい」は78%となっています。				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	9	0	0	0
「はい」は100%となっています。				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	8	1	0	0
「はい」は89%となっています。「いいえ」は0%です。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	7	0	1	1
「はい」は78%となっています。				
27. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	5	1	2	1
「はい」は56%となっています。				

## 利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
16.【就労継続支援B型】 事業所での活動が働くうえでの知識の習得や能力の向上に役立っているか	2	4	0	0
2名が「はい」と答えています。4名が「どちらとも言えない」と答えています。				
17.【就労継続支援B型】 工賃等の支払いのしくみは、わかりやすく説明されているか	2	3	1	0
2名が「はい」と答えています。3名が「どちらとも言えない」と答えています。				

## 利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
11.【就労移行支援】 事業所での活動が就労に向けた知識の習得や能力の向上に役立っているか	1	1	1	0
1名が「はい」と答えています。2名が「どちらとも言えない」「いいえ」と答えています。				
12.【就労移行支援】 職場見学・職場実習等の、事業所外での体験は充実しているか	2	1	0	0
2名が「はい」と答えています。1名が「どちらとも言えない」と答えています。				
13.【就労移行支援】 工賃等の支払いのしくみは、わかりやすく説明されているか	3	0	0	0
3人が「はい」と答えています。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 <b>7/7</b>
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <span style="float:right">○ 非該当</span>
	● あり ○ なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <span style="float:right">○ 非該当</span>
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <span style="float:right">○ 非該当</span>
	● あり ○ なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <span style="float:right">○ 非該当</span>
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している <span style="float:right">評点(〇〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている <span style="float:right">○ 非該当</span>
	● あり ○ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <span style="float:right">○ 非該当</span>
	● あり ○ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている <span style="float:right">○ 非該当</span>
	カテゴリー1の講評	
	理念、基本方針、ミッション、行動指針を定め、会議や掲示で確認しています 社会福祉法人県央福祉会アゼリアうみ風(以下、事業所)は、就労継続支援B型及び就労移行支援事業を運営する多機能型事業所として平成28年4月に開所しました。法人は神奈川県内に児童、成人、高齢者に向けた多くの福祉・医療施設を運営する社会福祉法人県央福祉会で、2つの理念と11の基本方針、3つのミッション、7つの行動指針を定めています。事業所では法人理念や方針、ミッション、行動指針を職員会議などで唱和・確認し、入所時には利用者及び保護者に説明しています。所内に掲示し、日常的に目に触れ意識づけや振り返りを行っています。 所長は事業所をリードし、就労移行支援事業所の廃止に取り組みました 所長は移動により本年4月に着任しています。開所以来、就労移行支援(以下、就労移行)と就労継続支援B型(以下、B型)という2つの事業を運営していましたが、過去2年間で就労移行事業所として就労実績を上げるのは困難であり、また、利用者の制度利用の選択が複雑で困難な面もあり、ミスマッチの利用がありました。所長はこれらの周辺事情を勘案して就労移行を廃止し、B型として一本化に取り組みました。職員の賛同を得、利用者・家族への説明を行い、法人本部の承認のもと10月に県への申請が受理され、B型の新たな取り組みを開始しました。 重要案件は定められた手順で所長が受け、職員・利用者等に周知しています 制度改正など重要な案件は月1回開催される法人の経営企画会議で議案として検討され、理事会の承認を受けます。その後、毎月開催の所長会議で報告されます。所長会議で出された重要な決定事項はその経緯を含めて職員会議で伝達し、参加できなかった職員は議事録で周知しています。利用者には利用者会議、保護者には家族懇談会で説明し、プリント配布や掲示をしています。事業所の課題であった就労移行の廃止については利用者・家族の意向を面談で把握し、職員間で議論し方針を決定しています。その後、経営企画会議に挙げ、理事会の承認を得ています。	

2			カテゴリ-2	
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行				
			サブカテゴリ-1(2-1)	
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			6/6	
評価項目1			評点(000000)	
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している		○ 非該当	
● あり ○ なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している		○ 非該当	
● あり ○ なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している		○ 非該当	
● あり ○ なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している		○ 非該当	
			サブカテゴリ-2(2-2)	
実践的な計画策定に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			5/5	
評価項目1			評点(000)	
事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている		○ 非該当	
評価項目2			評点(00)	
着実な計画の実行に取り組んでいる				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる		○ 非該当	

カテゴリ2の講評		
<p><b>県や区、法人、地域等の各種情報を検討・分析し事業所の課題を捉えています</b></p> <p>利用者・職員が参加する利用者会議では給食の当番制やレクリエーションへの要望など利用者からの意見や提案が出されています。職員の意向や意見は法人が行う意向調査や満足度調査、面談等で把握しています。町内会長や近隣福祉施設との会合で地域の現状や福祉ニーズを捉えています。行政や福祉業界の動きは県・区行政、法人等からくるメールサービス、研修会や講習会に於いて情報を収集しています。事業所では所長・事務職員が運営に関する収支試算表の管理を行っています。こうした各種情報や福祉ニーズを分析し事業所の課題を抽出しています。</p> <p><b>中期財務計画及び単年度事業計画を見直し、事業の刷新を図っています</b></p> <p>中長期の事業計画は作成されていませんが、3年の中期の財務計画が策定されています。単年度の事業計画書を毎年作成しており、方針や行動指針、重点的な取り組みが明示されています。本年度は事業所の財務・運営状況の見直しを図り、利用者・家族、職員同意のもとに理事会の決定を経て就労移行の事業を廃止にする計画を進めましたが、今後は初めに中長期計画で課題や期限を策定し取り組まれることが有効です。そのうえで課題をより明確にして単年度事業計画に反映し、職員や利用者等への周知を図り、着実な事業の推進を図ることが期待されます。</p> <p><b>新しい目標達成に向けた計画の実行に取り組んでいます</b></p> <p>本年4月新所長の着任により、単年度事業計画の一部事業の見直しを図り、就労継続支援B型に一本化した事業運営を行っています。それにより、①利用者への支援をより丁寧に行うこと、②利用者が望む工賃アップに向けた取り組み、③書類の整理・管理を徹底すること、④利用者と職員が誇りを持ち働ける魅力ある事業所づくり、を目指しています。計画推進にあたり、年間計画予定表、会議議事録、利用者伝達事項、個別支援計画、収支試算表等を整備しています。朝礼や月2回の職員会議で進捗状況を確認し、見直しながら取り組んでいます。</p>		
カテゴリ3		
3	経営における社会的責任	
サブカテゴリ1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>2/2</b>
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○ 非該当
サブカテゴリ2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>4/4</b>
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○ 非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○ 非該当

サブカテゴリ-3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況
		5/5
<b>評価項目1</b> 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	○ 非該当
<b>評価項目2</b> 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○ 非該当
カテゴリ-3の講評		
<b>「職員ハンドブック」を教本にして法、倫理、支援モラルを学んでいます</b> 入社時には法人の研修委員会による新人職員研修会を実施し、「職員ハンドブック」を配布しています。職員ハンドブックにはコンプライアンス、職員倫理行動綱領や倫理行動マニュアル、就業規則等があり、職員はハンドブックを教本として学んでいます。福祉サービスに関わる業種であり、法人により毎年数多くの人権研修が実施され、利用者の人権を重視した取り組みを行い、全職員が研修に参加しています。また、職員会議で、倫理行動マニュアルの読み合わせを行い、利用者に対する支援の在り方、信頼関係を築くことを確認しています。		
<b>苦情解決制度を整え、委員の連絡先や「ご意見箱」で言い易い環境を整えています</b> 職員ハンドブックには苦情解決制度として①みんなの声ボックス②クレーム対応③苦情解決制度④オンブズマン制度があり、苦情対応を多角的に捉え整備しています。法人の「苦情解決に関する規則」に基づき、適切な対応をしております。契約時には重要事項説明書の中で苦情や要望の対応を迅速に行うことを説明しています。「苦情解決事業」として苦情解決委員、苦情解決責任者、苦情受付担当者の顔写真付きで連絡先を掲示しています。ご意見箱を設置し、いつでもクレームや要望を出せる仕組みを整えていますが、現在まで苦情は出されていません。		
<b>町内会と連携したり、精神障害者就労連絡会に所属し地域に向け勉強会を実施しています</b> 苦情解決第三者委員6名の設置や第三者評価を今回初受審し事業所の透明性を高める取り組みをしています。また、見学者や訪問先、関係機関などにパンフレットを配布し、地域に事業所の活動情報を伝えています。実習生を受け入れるためのマニュアルを整備し、本年度は3名の養護学校からの実習生を迎えました。事業所の大家さんを通して町内会とつながり、地元の祭りへの参加や神社に自主製品を奉納するなど地域との関係に努めています。地区精神障害者就労推進連絡会に所属し、一般人向け勉強会などのイベント提供や情報交換、意見集約をしています。		
カテゴリ-4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ-1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況
		4/5
<b>評価項目1</b> 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる <span style="float: right;">評点(〇〇〇〇●)</span>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○ 非該当
○ あり ● なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○ 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
<b>評価項目1</b> 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている <span style="float: right;">評点(〇〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-4の講評		
<b>リスクの優先順位を決めて訓練や準備、体制を整えています</b> 法人作成の各種マニュアルがあり、それを基に事業所でリスク対策を行っています。事業所のリスクの優先順位は地震・津波・火災に対する防災関係が1番で、防災計画を立てています。災害発生時マニュアルや自動火災報知設備、ヘルメット等の災害備品を用意しています。法人から指示があり相模湾地震・津波を想定した訓練を実施しています。次に、事故については作業製品の納品に車を利用するため交通安全対策を重視しています。怪我や服薬ミスなどの事故報告書やヒヤリハットを記録し事故原因を明らかにし、今後の予防対策に努めています。 <b>災害や事故、感染症などの危機管理対策は取っていますが、事業継続計画は未整備です</b> 季節の到来前には職員ハンドブックや感染症マニュアルを確認・見直し、ノロウイルスやインフルエンザ等の感染症対策を行っています。健康管理と手洗い、消毒を励行するよう所内に掲示したり、ペーパータオルを設置し、感染症予防への注意をしています。交通事故や怪我、服薬ミスや感染症の予防対策を行い、防災訓練を実施するなど個々への危機管理対策を取っていますが、自然災害や大火災、深刻な事故など業務を停止させるほど緊急事態に遭遇した場合に備える事業を継続するための事業継続計画は未整備となっており、今後の策定作業が期待されます。 <b>文書管理規定に則り、書類の整理・管理をし、鍵付き書庫で保管しています</b> 必要な情報の適切な収集、管理や保護についての文書管理規定があります。収集した情報や書類は整理し、事務室の鍵付き書庫に保管し、職員は日常的に使用しています。「個人情報の保護の関する方針」を定め、個人情報の適切な収集、利用、提供の実施、安全性確保の措置等についてルールを定めています。契約時には医療機関や他の福祉サービスを受ける際の利用目的を示した「個人情報の提供に関する同意書」についての説明をし、利用者の署名・捺印を得ています。パソコンの活用は本部情報システム室から送られ、職位により情報が管理されています。		
カテゴリ-5		
<b>5 職員と組織の能力向上</b>		
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	8/12
<b>評価項目1</b> 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目2</b> 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している <span style="float: right;">評点(●●)</span>		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる			評点(○○●●)
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している		○ 非該当
○ あり ● なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している		○ 非該当
○ あり ● なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている		○ 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる			評点(○○○○)
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている		○ 非該当
サブカテゴリー2(5-2)			
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に 取り組んでいる			評点(○○○)
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる		○ 非該当
カテゴリー5の講評			
<p>職員の募集はホームページや定期的な説明会など法人が一括して行っています</p> <p>本年度より常勤及び非常勤職員の採用は法人の人事部が行っています。法人はホームページでの募集案内や定期的な説明会を実施し、求人募集をしています。非常勤に関してはインターネットの複数の就職情報サイトに依頼し、募集をしています。法人人事部から依頼を受け、事業所での見学、実習、面接を5日間行っています。採用に関しては誠実な人材を基本にしています。特技や特性に合わせた配置を基本にしていますが、現状は近年の人手不足でゆとりのない状況です。また、人事権は法人上層部にありますが、事業所からの意見具申を行っています。</p> <p>チャレンジシートを活用した目標管理を行っていますが人事制度の体系化が期待されます</p> <p>本人と上司が面談し目標を定め、業務に取り組み、その達成度合いを自己評価し、上司も評価を行うチャレンジシートを活用しています。チャレンジシートは法人が管理し人事制度の一環を担っていますが、明確な形でのキャリアパス制度は設定されていません。職種や職層別に体系的に整理し、それぞれの人材像が持つべき、必要となる技術水準、昇進・昇格、賃金水準について具体的に定め、職員に周知されることが期待されます。また、法人が実施する研修には参加していますが、事業所として職員各人に対する研修計画を作り、育成する取り組みが必要です。</p> <p>目標達成に向けてチーム力を発揮できるよう情報の共有化を徹底しています</p> <p>B型に一本化し工賃アップに向けた工賃目標を掲示し、その達成に向けて取り組んでいます。職員一人ひとりの気づきや工夫の共有を図り、チーム力を発揮できるよう、毎朝の朝礼と職員会議を月2回実施し製菓作業や受注作業の売り上げ状況を確認しています。非常勤職員が多く、勤務時間が異なるため、情報共有には注意し「利用者伝達ノート」(情報共有ノート)を使い報告・連絡・相談を補強しています。所長は職員間の良好な人間関係を築くために定期的な食事会を行い、親睦を深め、チームワークでの取り組みが効果的に進むようリードしています。</p>			

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

開設2年目になり、1年目で達成できなかった課題を2年目の事業計画の重点課題とし、目標設定しました。

目標:

- ・利用者・家族・来客者に対する礼節をわきまえた対応をします。
- ・利用者へは「社会人」という認識を持ち、「敬称」を必須とします。
- ・利用者の確保に努め、稼働率の安定を目指します。
- ・商品の質の向上に努めます。
- ・商品の販路拡大に努めます。

目標の設定と  
取り組み

- 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った
- 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった
- 具体的な目標が設定されていなかった

取り組みの検証

- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った
- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む)
- 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

検証結果の反映

- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた
- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない
- 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

各課題について以下のように取り組み、成果を上げました。

- ・作業中の来客には手を止めて、顔を見て挨拶することができ、来客者からも評価された。一部出来ていない職員もいました。
- ・利用者にはさん付の呼称で社会人として対応することが出来ました。概ね達成されましたが一部出来ていない場面もありました。
- ・茅ヶ崎市養護学校の合同説明会や茅ヶ崎・寒川地区の福祉関係機関・事業所の定例会に出席しPRに努めました。認知度も上がり、職場環境を含めて良好な評価を頂き、年度末には見学依頼が数件ありました。通所延べ人数は前年度比4.7倍になり、通所率は2.2倍になりました。
- ・月1回職員会議で商品の意見交換を行い、材料を高品質の卵に切り替え、プリンやドーナツの質の向上を図りました。
- ・近隣の工場に月に1度販売会を受け入れてもらったり、近隣の高齢者施設など、一定の売り上げが保てる販路を確立しました。前年度より65%の増収を達成しました。

次年度への課題:

- ・前年度一部達成できなかった「挨拶と利用者へ社会人として対応をする」を徹底させます
- ・商品価値を上げ、他と競争できるものを作り、利用者の満足度を高めて利用者と職員が誇れる事業を目指す

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

開所以来、就労移行支援と就労継続支援B型という2つの事業を展開していましたが、過去2年間就労移行事業所として就労実績を上げることができなかったこと、利用者の制度利用の選択が複雑で困難な面もあり、ミスマッチの利用であったこと、利用者が工賃アップを望んでいたことなど、これら周辺事情を勘案して就労移行を廃止し、B型として一本化に取り組みました。

目標:

・就労移行支援事業を廃止し、就労継続支援B型事業所に一本化します。

<p>目標の設定と 取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</li> <li><input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む)</li> <li><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた</li> <li><input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない</li> <li><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

課題に向けて以下の様に取り組み、就労移行支援事業を廃止し、本年10月より、就労継続支援B型事業所として発足しました。

就労移行の廃止については上記のように①過去2年間就労移行事業所として就労実績を上げることができなかったこと、②利用者の制度利用の選択が複雑で困難な面もあり、ミスマッチの利用であったこと、③利用者が工賃アップを望んでいたことなど、の理由がありました。これについて、B型へ移行したら、1、利用者への支援について、一人一人に丁寧な取り組みを行っていくこと、2、利用者が望む工賃アップに向けた取り組みを明確にし、3、利用者と職員が誇りを持ち働ける魅力ある事業所づくりを目指すことを掲げました。これらを利用者・家族と面談して説明を行い、理解を得ました。また、職員間で検討し、方針を決定しています。その後、本部の経営企画会議に挙げ、理事会の承認を得て、10月1日付で県の許可を受けました。事業は一本化に整理され活動しやすい体制ができました。現在、上記1、2、3を計画に反映させ日々実践に取り組んでいます。

## Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
	評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
	サブカテゴリ1の講評		
	<p>リーフレットやホームページなどにより、事業所の情報を外部に提供しています</p> <p>事業所の情報を外部に提供している主な媒体としては、リーフレットとホームページがあります。リーフレットはA4版の用紙を三つ折りにしたもので、事業所紹介や事業所の概要、一日の作業内容・流れ、主な年間計画、交通案内(アクセス)と事業所周辺略地図、事業所連絡先、苦情解決連絡先などの情報が掲載されています。建物・施設、作業の様子などは写真で紹介されており、事業所での活動の様子がイメージしやすいリーフレットとなっています。リーフレットは見学者等に渡しています。</p> <p>行政や関係機関、地域などに事業所の情報を提供しています</p> <p>行政の福祉事務所内障害支援課、障害者生活支援センターおよび近隣の特別支援学校、事業所で製造するプリン販売先などに事業所の情報を提供しています。利用者居住地の障害者生活支援センターや相談支援事業所は数か所に及び、各担当者との連携強化のため情報提供に力を入れています。近隣の特別支援学校からは昨年3名の実習依頼があり、卒業後の進路先としても検討される状況になってきています。また、事業所の店舗や販売先にもパンフレットや広報紙を置いています。</p> <p>問い合わせや見学の要望には、その都度個別に対応しています</p> <p>問い合わせや見学の要望には、その都度個別に対応し、所長や職員が見学の対応を行っています。利用希望者に対しては、施設全体を案内しながら、作業の様子をゆっくり見ていただいています。希望があれば、実習を積極的に受け入れています。体験実習については支給決定を受けていない方でも受け入れをし、無償で体験実習を行っていただいています。</p>		
	サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	7/7
	評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(000)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目2</b> サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<b>サブカテゴリー2の講評</b>		
<p><b>利用契約締結時に重要事項説明書、契約書内容の詳しい説明を行っています</b></p> <p>サービスの開始にあたって利用者側に伝える必要のある基本的なルールや重要事項等は契約書や重要事項説明書などの書類を使って説明をしています。利用者の状況に応じた分かりやすい言葉で丁寧に説明するよう努めています。重要事項説明書には事業所のサービス提供の内容が詳細に示され、訓練等給付費対象外サービスについての内容と費用が具体的に書かれています。利用者の納得を得たうえで、同意の署名と押印を得ています。この際、聞き取った利用者や家族の意向は、記録し職員間で共有しています。</p> <p><b>サービス開始時の個人面談と個別指導で利用者の不安軽減を図っています</b></p> <p>利用開始時の個人面談は所長が中心となり、利用者や家族に予め記入して貰ったフェイスシートを基にじっくり話を聞き、意向や要望を確認しています。利用者の入所前の生活状況については、所属していた特別支援学校等から情報収集し、その生活を踏まえた支援に努めています。入所直後は所長や職員が個別で対応し、利用者の体調により休憩を多くしたり、柔軟な対応で不安の軽減を図っています。その後は利用者にとっての作業を一通り体験してもらい、その間の状況から得手・不得手を見極め、担当作業の決定に反映しています。</p> <p><b>サービス終了後に環境変化の影響が少なくなるような支援を心がけています</b></p> <p>事業所は開所以来、就職による利用終了者はまだいませんが、個人の理由で他の事業所に移った利用者がいます。必要に応じて移動先の事業所と連絡をとるなど柔軟な対応をしています。当事業所から就労を希望する利用者がある場合には、見学等に付き添い、希望に沿えるように支援しています。サービス終了後には必要に応じて移動先の事業所と連絡をとるなどケースバイケースで利用者の負担を軽減する方針をとっています。</p>		
<b>サブカテゴリー3</b>		
<b>3</b>	<b>個別状況に応じた計画策定・記録</b>	<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 10/10</b>
<b>評価項目1</b> 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		<b>評点(000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目2</b> 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		<b>評点(000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○ 非該当
<b>評価項目4</b> 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○ 非該当
サブカテゴリー3の講評		
<b>個別支援計画の立案や、見直しなどは、年間のスケジュールに則って進めています</b> 個別支援計画の立案やモニタリング、次の計画に向けた見直し等は、年間のスケジュールに則って行っています。半年前に作成した個別支援計画やモニタリング状況を踏まえ、利用者本人と職員で話し合いをし、支援計画の原案を作っています。2～3月に利用者と家族、職員、所長で面談する機会を順次持ち、計画を確定させています。4月の新年度から新しい個別支援計画に基づいた支援の提供が始まり、9月にモニタリングの状況を踏まえて個別支援計画の見直しをしています。		
<b>個々の利用者への支援の記録を残し管理するようにしています</b> 利用者の健康状態や支援の内容については、職員が利用者の様子を記録している「活動日誌」により把握しています。その他に通院同行についても記録する様式があります。記録は利用者ごとにケースファイルにまとめて保管されており、職員が適時参照できるようになっています。「活動日誌」には毎日の利用者の活動状況のほか、家族や関係機関とのやり取りなども記載するようにしています。		
<b>朝礼や引継ぎノートで職員間での情報の共有化を進めています</b> 毎日の朝礼で職員間の情報の共有化を図っています。朝礼では、①当日の利用者の休み・遅刻・早退の確認、②作業の委託先の業者連絡、③作業の予定、④公用車の使用状況、⑤その他の連絡事項などの情報を確認しています。情報共有ノート(引継ぎノート)を作成し、全職員が必ず毎日、目を通す仕組みを作っています。		
サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 <span style="float: right;">サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 5/5</span>	
<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 非該当

<b>評価項目2</b> サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<b>サブカテゴリー5の講評</b>		
<p>倫理要綱に則り、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した支援を実践しています</p> <p>契約時に個人情報の取扱について説明し、「個人情報同意書」により了解を得ています。個人情報を外部とやり取りする場合は、「個人情報使用同意書」に基づき行っています。ボランティアや実習生等には利用者に関する必要な情報は提供しますが、それぞれの期間の終了後には破棄してもらっています。また、守秘義務の条項を含んだ契約書を交わしています。身体的な介護を要する場合には同性介護を基本としています。</p> <p>職員の不適切な言動がないように組織的に見直しや警告を行い、日常支援を行っています</p> <p>利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動や虐待が行われることのないよう、組織的に日常の支援方法の見直し、警告等を実施しています。虐待防止や接遇などをテーマにする研修に職員を参加させています。虐待被害にあった利用者がある場合は事故対応マニュアルに則って対応をし、内部での処理が難しい時には法人の苦情等解決規定に沿って対応しています。</p> <p>利用者一人ひとりの価値観や自由を最大限尊重しています</p> <p>日常の支援方法については利用者との話し合いの上で決めています。事業所運営上やむを得ない場合を除き、利用者一人ひとりの価値観や自由を最大限に尊重しています。法人で苦情等解決規定や第三者評価制度などを活用しています。これらを継続的に実施する中で相互の連携や利用者、職員の意識改革などが着実に進んできています。</p>		
<b>サブカテゴリー6</b>		
<b>6</b>	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 <b>5/5</b>
<b>評価項目1</b> 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目2</b> サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直し取り組みをしている		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当

#### サブカテゴリ6の講評

##### 各種の手引書を作成して、サービスの基本事項や手順等を明確にしています

法人作成の「倫理行動マニュアル」、「支援マニュアル」など、職員向けに数多くの手引書があります。これらにより、提供しているサービスの基本事項や手順等が明確になっています。手引書は事務室にあるキャビネットに一括整理し、保管されており、職員がいつでも見ることが出来ます。マニュアルに反する行動をとった職員には個別に面談し、注意喚起を行っています。マニュアルは必要に応じて随時見直しを実施しています。

##### 倫理行動マニュアルの読み合わせを行い、職員に意識付けを行っています

法人としての倫理行動マニュアルや支援マニュアルがあります。開所して3年を経過し、その内容を徹底するように務めています。例えば、倫理行動マニュアルについては特別に時間をとり、読み合わせを行いました。その結果、以前よりも更に職員が倫理について意識して行動をするようになっていきます。今後は他のマニュアルについても読み合わせを行い、職員の意識を深めていく予定です。

##### 業務水準の確保は日々の良好なコミュニケーションに現れています

日々の業務水準を確保する取り組みは、毎日のミーティングと定期職員会議の中での報告・連絡・相談で行われています。全職員への共有とサービスプロセスの記録として、ミーティング記録や職員会議記録に蓄積されています。また、研修参加の機会を設けるようしており、職員育成に努めています。日常の良好なコミュニケーションが職員間の信頼関係構築に役立っており、その成果がサービスの質に表れています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	28 / 29
1 評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○ 非該当	
● あり ○ なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○ 非該当	
評価項目1の講評			
<p><b>支援計画を振り返る機会を設けています</b></p> <p>職員会議などで支援計画を振り返る機会を設けています。月2回開催の職員会議で、支援計画の実施状況について振り返りを行っています。日々の支援状況は、「利用者支援記録」に記録しています。日常の支援において、職員は、各利用者の個性を把握して支援に臨んでいます。同時に支援計画の内容を十分に承知して支援を行っています。また、支援計画は、各利用者別にファイルして、事務室ロッカーに収納されています。職員は、必要時に支援計画の内容の確認が速やかに出来、支援計画に基づく支援が行える仕組みとなっています。</p> <p><b>各利用者に合わせてコミュニケーションを行っています</b></p> <p>精神障害や発達障害の特性に応じた、声掛けや相談などを行っています。作業中の声の掛け方については、特に気を付けています。作業の一区切りがついたところで、話しかけるなど配慮しています。また、作業種によって異なりますが、概ね一つの工程が終わったときに声をかける機会と考えています。相談については、利用者が職員に気軽に話しかけ、相談しやすい環境を大切にしています。利用者が自ら相談の思いを発信できる方は少ないです。自身の思いの発信が少ない利用者を含め、各利用者の思いを汲み取り、大切にしています。</p> <p><b>他の利用者との良好な関係づくりに取り組んでいます</b></p> <p>利用者間のトラブルには、必要があれば介入し、面談を行い、利用者間の良好な関係づくりに力を入れています。作業活動や昼食などのグループ割は、利用者の希望と共に相性などを考慮しています。更に、職員は日常的に利用者の気持ちの変化を汲み取り、配慮した支援を行っています。事業所の今年度の取り組みの一つに「～笑顔の絶えない、元気で明るい事業所づくり～」を掲げています。すなわち利用者間と共に事業所全体が良好な関係で、笑顔の絶えない事業所を目指しています。</p>			
2 評価項目2 利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○ 非該当	
● あり ○ なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○ 非該当	

評価項目2の講評

**利用者会議などを開催し、意見を事業運営に反映させるよう努めています**

利用者会議を毎月開催しています。利用者会議での利用者の意見・考えは、事業運営に反映させるよう努めています。今年度の事業計画で、利用者の参加をしやすいように、リクリエーションや作業に関して、利用者の意向を一層取り入れることを掲げています。また、利用者が出席の運営・企画会議の設置や各種実行委員会を設置し、主体的な運営や司会進行が出来るように検討しています。発信できる利用者は、少ないので、そうでない利用者の意見をくみ取ることも大切であると考え、支援しています。

**隣の席との区切りを設置し作業に集中できるようにしました**

周りとの関係になじめずに、作業になかなか集中できない利用者に配慮するなど、様々な刺激に弱い利用者のために、新たにパーティションで仕切った作業室を2階に作りました。新しい作業室は、隣の席との区切りを設置し、利用者が周囲を気にすることなく作業が出来るようにしました。作業環境を整え、また、少しのサポートで利用者が自信を持ち、誇りをもって働くことが出来るように支援しています。また、職員は、その日の利用者の心身の状況や希望、その他の事情を踏まえて、作業を支援しています。

**楽しい食事ができるように利用者同士の相性や希望を取り入れてグループ分けしています**

静かな環境下で昼食を食べたいという利用者の希望を反映し、昼食をAグループとBグループに分けて、グループで順番に食事をとっています。少人数でゆったりと食事が出来るように工夫しています。また、それぞれ食後をゆったりと休憩時間が取れるスケジュールとなっています。皆が楽しく食事が出来るように利用者の相性や希望などを考慮してグループ分けをしています。食材業者からレシピ付き食材を配送してもらい、日々職員が調理して、温かいものは温かく、冷たいものは冷たい状態で美味しく提供しています。

3 評価項目3

利用者が健康を維持できるよう支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者の相談に応じている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 健康状態についての情報を、必要に応じて家族や医療機関等から得ている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 通院、服薬、バランスの良い食事の摂取等についての助言や支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 【利用者の薬を預ることのある事業所のみ】 服薬の誤りがないようチェック体制を整えている	○ 非該当

評価項目3の講評

**ケースワーカーとは日常的に相談できる関係にあります**

利用者の健康状態についての情報は、適宜に家族や医療機関等から得ています。利用者が医療機関にかかる際に、必要に応じて職員が通院同行を行っています。医師やケースワーカーからの説明や診断内容を得て、利用者支援に活かしています。また、医療機関のケースワーカー等とは、日常的に連絡をとって相談できる関係にあります。家族からは、家での様子や変化を連絡ノートや電話によって、随時に情報を得ています。協力医療機関で、年に一回の健康診断を行い、利用者の健康保持に努めています。

**利用者の体調変化に速やかに対応できる体制をとっています**

一人ひとりの健康状態について把握しています。また利用者の特性について、身体的側面及び精神的側面を職員は、十分に理解し、日常の支援を行っています。利用者の体調変化に速やかに対応できる体制を整えています。てんかん発作を持っている利用者には、その対処方法をまとめた資料を用意して、職員は慌てずに適切な対応が取れるようになっています。家族が用意してくれた対処方法についても備えています。医療機関の担当看護師などの連絡先を事業所内に掲示して、利用者の体調変化に速やかに対応できるようになっています。

**風邪薬などの服薬については飲み忘れがないように声掛けしています**

利用者がいつも服用している薬は自己管理ですが、風邪薬などのイレギュラーな服薬に関しては、薬の内容を把握し、飲み忘れがないように声掛けしています。自立を促すことから、服薬について自己管理としていますが、利用者によっては、見守りや言葉かけを行い、支援しています。特に認知症等の利用者については、注意して見守っています。服薬は、自己管理ですが、体調不調時に飲み忘れが考えられます。このようなケースにどのように対応していくか検討課題としています。

4 評価項目4 利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている	○ 非該当
評価項目4の講評		
<p><b>利用者と家族の意思が反するような場合は必要によって事業所が調整をしています</b></p> <p>利用者と家族の意思が相反するような場合、事業所が間に入って調整を行っています。利用者の特性に応じ、利用者との面談や家族との面談を行い、柔軟に対応しています。例えば、グループホームに入居希望の利用者に対して、家族が反対を示しているような事例については、各々と面談するなど調整を行っています。家族との関係は、日頃から連絡をとるなど大切にしていますが、家族の意向に偏ることなく、利用者本人の希望を尊重した対応が出来るように課題について家族や利用者、事業所と話し合い、調整を行っています。</p> <p><b>利用者の日常の様子を家族等に伝えていきます</b></p> <p>適宜に利用者の日常の様子を連絡帳や電話連絡により、家族へ様子を知らせています。家族へ事業所での利用者の様子を知らせる場合は、利用者の同意を得るようにしています。家族懇談会を年に2回開催しています。利用者に関わることや事業所の現況などについて、情報提供及び意見交換を行っています。利用者の中には、単身の方や家族と連絡が取りにくい方がいますが、「相談支援事業所」とも連携して対応しています。また、利用者がグループホームに入居している場合は、グループホーム職員とも連携して利用者支援に活かしています。</p>		
5 評価項目5 利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている	○ 非該当
評価項目5の講評		
<p><b>行政や地域からの行事などの情報は掲示して知らせています</b></p> <p>行政や関係機関からの行事などのお知らせは、掲示したり、配布しています。また、必要によって利用者に朝礼などで口頭で伝えていきます。これら配布を受けた書類は、「配布ファイル」に綴り、整備しています。地域からの情報として、お祭りなどのお知らせがありますが、概して土曜日・日曜日が実施日であることから、利用者は、参加しにくい状況です。内容が個人に関わるものである場合は、別途個人ファイルに収納しています。また、行政等へ申請や回答などは、必要に応じて利用者の代行をするなど支援をしています。</p> <p><b>製菓等の商品販売に参加することが社会参加の経験となっています</b></p> <p>商品の販売会に利用者も交代で数名ずつ参加しています。地域の学校の文化祭や保育園の夏祭り、企業などに職員と一緒に出向いています。事業所で利用者が作ったプリンや焼きドーナツなどを販売しています。利用者にとって、自分たちの作った商品の販売を通して、社会参加の経験となっています。また、休日活動で外出する機会を設けています。利用者の希望を取り入れ、ボーリングや卓球、日帰り旅行などを行っています。外出行事を通して、楽しみながらリフレッシュが出来るように支援しています。また、社会参加の経験となっています。</p>		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

10	<b>評価項目10</b> 【就労移行支援】就労に向けて、必要な知識の習得や能力向上のための訓練等の支援を行っている		評点(○○○○○●)
	評価	標準項目	
	● あり ○ なし	1. 利用者が働く意欲を持てるような取り組みを行っている	○ 非該当
	● あり ○ なし	2. サービス期間内に就労に結びつくことができるよう工夫している	○ 非該当
	○ あり ● なし	3. 生活リズムや社会人としてのマナーの習得等の就労に向けた支援を行っている	○ 非該当
	● あり ○ なし	4. 就労に向けた職場見学や実習等、実際に職場にふれる機会をとりいれた支援を行っている	○ 非該当
	● あり ○ なし	5. 就労支援機関と密接な連携をとり、利用者が力を発揮できる就労先に結びつくよう支援を行っている	○ 非該当
	● あり ○ なし	6. 就労後も利用者一人ひとりに応じて職場定着等の支援を行っている	○ 非該当
評価項目10の講評			
<p><b>工賃表には、皆勤賞や期末手当などがあって魅力を感じてもらえるように工夫しています</b>                  年度ごとに平均目標賃金を掲示して利用者などへ知らせています。工賃は、利用者の作業に関わった対価であると同時に大変な喜びでもあります。生産性を高め、少しでも利用者に納得してもらえる工賃を捻出できるように努力することを方針として掲げています。本年度の工賃表では、工賃の他に皆勤賞、期末手当などもあり、利用者にとって魅力ある内容となっています。利用者が働く喜びを感じていただけること、個々の役割があって必要とされている存在であること、仕事を通して誰かの役に立っていることを実感していただくことを大切にしています。</p> <p><b>就労移行に向けた取り組みは十分とは言えず困難な状況を抱えていました</b>                  社会人としてのマナーの習得、対人スキルの習得などの就労に向けた支援として、SST(社会生活技能訓練)等を行ってきました。自己紹介や電話対応の仕方などを利用者のやる気を支援しながらくり返し訓練を行ったり、企業見学を実施しています。B型事業所としての支援や活動は十分に行い、福祉就労に向けた取り組みを行っています。しかしながら、より精度の高い就労移行支援事業所としての専門性や人材、時間などに課題があり、就労に向けたプログラムの実行は定期的な実行とは言えず、就労移行に向けた取り組みは困難な状況を抱えていました。</p> <p><b>平成30年9月末に就労移行支援を廃止し就労継続B型事業所に統合しました</b>                  職員が同行して、ハローワークの求人情報の確認並びにハローワークや障害者生活支援センターへの登録を行ってきました。利用者の企業見学にも職員が同行支援を行うなど努力を積み重ねて来ましたが、過去2年間を通じて就労移行事業として就労実績を上げるのは困難であり、また、利用者の制度利用の選択が複雑で、困難な面もあり、ミスマッチの利用がありました。このような状況を勘案し、就労移行事業の廃止を行っています。平成30年10月1日より登録者の3名全員が「B型」に移行し、利用者全員が就労継続支援B型の登録者となっています。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

12	評価項目12 【就労継続支援B型】就労の機会の提供や、知識の習得及び能力向上のための支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
	評価	標準項目	
	● あり ○ なし	1. 自発的に働きたいと思えるような取り組みを行っている	○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 働くうえで、利用者一人ひとりが十分に力を発揮できるよう支援を行っている	○ 非該当
	● あり ○ なし	3. 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している	○ 非該当
	● あり ○ なし	4. 受注先の開拓等を行い、安定した作業の機会を確保できるよう工夫している	○ 非該当
	● あり ○ なし	5. 商品開発、販路拡大、設備投資等、工賃アップの取り組みを行っている	○ 非該当
評価項目12の講評			
<p>様々の作業種をそろえて自発的に働きたいと思えるように努めています</p> <p>様々な作業種を用意できています。作業種を増やすことで、飽きの防止及び自発的に働きたいと思ってもらえるように努めています。作業内容としては、製菓部門と軽作業部門があります。前者は、プリンや焼きドーナツなどについて、卵などの素材にこだわった製品の製造販売を行っています。後者は、お菓子箱などの箱折作業やDVDのシールはがし、ダイレクトメールの封入、たばこケースの組み立て等と様々な作業種があります。また作業だけではなく、お花見や、ゴールデンウィーク・レクなどを行い、リフレッシュの機会を設けています。</p> <p>刺激に弱い利用者が周辺を気にせず集中できる作業場を新しく作りました</p> <p>様々な刺激に弱い利用者のために、新しくパーテーションで仕切った作業室を2階に作りました。作業室自体が他の人の声などを遮断できています。さらに室内の作業台は、一人ひとりに仕切りを設置し、利用者が隣りを気にせずに仕事に集中できるようになっています。利用者一人ひとりの特性に寄り添い、働くうえで利用者が十分に力を発揮できるように支援を行っています。また、職員は、その日の利用者の心身の状況や希望、その他の事情を踏まえて、利用者にとって仕事がしやすい支援に努めています。</p> <p>受注先の開拓を行い、安定した作業の確保が出来るように努めています</p> <p>今年度、新たに2件の受注先を確保しました。受注先の開拓については、所長を中心に積極的に取り組み、安定した作業の機会が確保できるように努めています。新たな2件については、DVDのシールをはがす作業とダイレクトメールの封入作業です。利用者の選択できる作業種が増えました。製菓商品などについては、地域のお祭りや学校、企業などで利用者も同行して、販売に取り組んでいます。製菓商品の説明用の綺麗な色彩のチラシを作成し、PRしています。また、職員会議で販路拡大の検討を行っています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	1-1-2	経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている
タイトル①	就労支援と継続B型を一本化し、利用者支援に力を入れ工賃アップに取り組んでいます	
内容①	開所以来2年間、多機能型事業所として就労移行支援と就労継続支援B型の事業を運営してきました。B型としての実績は上がりましたが、就労移行としては利用者のミスマッチの入所であったり、プログラムの運営が困難であり、就労へ結びつけられませんでした。所長は周辺事情を勘案し、就労移行の現状について利用者・家族に説明し、職員と検討してB型事業所として一本化する方針を決定しました。法人理事会の承認を得、県の認可を受け、10月にB型として発足しました。現在、利用者支援に力を入れ、出勤率を上げ、工賃アップに取り組んでいます。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-3	利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している
タイトル②	運営に必要な書類の整備や掲示を行い、整理・整頓を徹底し活用を図っています	
内容②	基準書や手順書、各種会議録、個別ファイル、収支試算表など業務運営に必要な書類を整備しています。個人情報同意書では、利用者からの収集が不十分でしたが、取得を徹底しています。個別支援計画は運用上不十分な面がありましたが、内容を整え支援に活かしています。作業マニュアルは写真や分かりやすい文字で説明し、利用者が活用しやすく袋で整理しています。これらの書類は鍵付き書庫に保管したり、机上に置くなど利用しやすいものにしていきます。また、事業所内の掲示物が有効に分かりやすく掲示されています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-12	【就労継続支援B型】就労の機会の提供や、知識の習得及び能力向上のための支援を行っている
タイトル③	職員会議等で販路拡大について検討を行っています	
内容③	職員会議で販路拡大などについて検討を重ねています。今年度、新たに2件の受注先を確保しています。新たに利用者の選択できる作業種が増えました。受注先の開拓については所長を中心に企業を訪問するなど、積極的に取り組み、安定した作業の機会が確保できるように努めています。製菓商品については、地域のお祭りや学校、企業などに利用者も同行して、販売に参加しています。また、製菓商品の説明用の綺麗な色彩のチラシを作成しPRに努めています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	職員間の情報共有に力を注ぎ、チームでの活動がスムーズに効果的に進むよう取り組んでいます
	内容	利用者への支援や作業について気づきや工夫の共有化を図り、チーム力を発揮できるよう情報伝達に留意しています。毎朝の朝礼と職員会議を月2回実施し利用者の状況や作業内容、売り上げ状況を確認しています。非常勤職員が多く、勤務時間が異なるため、情報共有には注意し情報共有ノートを使い報告・連絡・相談を補強しています。職員一人ひとりが遠慮なくものを言い、他人の意見を否定しない雰囲気があり、互いに尊重し合い、十分コミュニケーションが取れています。職員が同じ方向性を持ち、チームワークで意欲的に作業の推進を図っています。
2	タイトル	利用者の意向を汲んだ個別支援計画に基づいてきめ細やか支援を行っています
	内容	職員は利用者一人ひとりの支援計画に基づいて支援をしていますが、日々のミーティングの中でも、利用者意向への対応や処遇について話し合い、行動しています。例えば、時間外の作業を希望する利用者については、その間必要な休息をとるために、休憩室の畳やベッドで体を休めることが出来る様にしたケースがありました。この例に限らず、一人ひとりの利用者の意向を尊重するきめ細やかな支援が行われています。
3	タイトル	利用者一人ひとりが働きやすい環境整備に努めています
	内容	様々な刺激に弱い利用者のために、新たにパーテーションで仕切った作業室を2階に設置しました。作業室自体が他の人の声などを遮断しています。さらに室内の作業台は、一人ひとりの席に仕切りを設置し、利用者が隣りを気にせずに作業に集中できるように工夫をしています。利用者一人ひとりに寄り添い、働くうえで利用者が十分に力を発揮できるように支援しています。職員は、その日の利用者の心身の状況や希望、その他の事情を踏まえて、利用者が仕事をしやすい支援に取り組んでいます。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	人材育成計画の策定及びキャリアパス制度の構築が期待されます
	内容	職員と上司が面談する中で目標を定め、その達成度合いを自己評価し、上司も評価を行うチャレンジシートを活用しています。チャレンジシートは法人が管理し人事制度の一環を担っていますが、明確な形でキャリアパス制度及び人材育成計画の設定はされていません。職員の目標とすべき人材像を定め、職種や職層別に整理し、昇進・昇格、賃金水準、必要となる技術水準について具体的に定めるキャリアパス制度や人材育成計画の策定を行い、職員に周知されることが期待されます。
2	タイトル	組織的・計画的なマニュアル作成への取り組みが期待されます
	内容	現在用意されている業務に必要なマニュアル類は、法人レベルで作成されたものをそのまま参照する形になっています。組織として必要な内容が網羅されていますが、事業所独自の面が反映できていない懸念が感じられました。マニュアルは現場での活用の視点で記述されることが大事です。所長もその必要性に言及されており、速やかな修正活動が望まれます。事業所内のマニュアル修正の取り組みを通し職員のレベルアップにも結びつけることができると考えられます。
3	タイトル	緊急事態に遭遇した場合に備える事業継続計画の策定が期待されます
	内容	リスクへのマニュアルや手順書を整備し、交通事故や怪我、服薬ミスや感染症の予防対策を行い、防災訓練を実施するなど個々への危機管理対策を取っています。しかしながら、自然災害や大火災、深刻な事故など業務を停止させるほど緊急事態に遭遇した場合に備える事業を継続するための事業継続計画は未整備となっています。今後は策定作業を行い、緊急事態に備えて周知や訓練を図っていくことが期待されます。



**株式会社フィールズ**

〒251-0024 藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F

TEL : 0466-29-9430 FAX : 0466-29-2323