

第三者評価結果

事業所名： 横浜市つたのは学園

I 福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	第三者評価結果
【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>

運営法人（以下、「法人」という）は、理念として「命と出会い、命を尊び、ともに生きる」を掲げています。学園は、法人理念を受けて基本方針として「利用者一人ひとりの人格を尊重します。利用者一人ひとりが豊かな社会生活をおくるために必要な支援を行います。地域の方々に、障害者福祉への理解を高めるために働きかけます。」を掲げ、ホームページやパンフレットに明示しています。職員に朝の会や支援会議等で話していますが、周知が十分ではありません。具体的に話す十分な時間の確保が望まれます。利用者・家族に対しては連絡帳や「おしらせ」により周知しています。

2 経営状況の把握

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	第三者評価結果
【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情報は、行政当局や法人の開催する管理運営会議（理事長、事務局長や施設長が出席している）から得ています。管理運営会議では、各種計画についての進捗状況、職員の採用・異動などを検討しています。事業報告の学園の「諸状況」では、利用者の入退所の状況、市内外より通所している男女別の人数、通所している利用者の年齢、障害支援区分、利用者の出席率や利用率等を記載して、経営判断に活かしています。

<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 毎月、外部の会計事務所の点検を受けています。会計事務所の分析結果により、経営環境や経営状況についての課題を業務報告書により受けています。業務報告書の内容は理事会で報告され、助言内容を朝の会等で職員に報告しています。助言により改善に取り組み成果を出したのに人事体制の整備と加算新規取得があります。人事体制として、会議日程を移動したり年休取得や日頃の超勤を減らして人材を増やしています。職員を増やして支援環境を良くし改善加算を取得しています。</p>	

3 事業計画の策定

<p>(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 令和元年（2019年）策定の指定管理者更新時の長期計画（2019～2029年）があります。その内容は、①施設開放、行事の開催やボランティアの導入等で地域の理解を得ていること、②医療面では、看護師の健康相談等で信頼感を高めていること、③今後も、地域貢献を継続し、地域関係機関と連携し役割を果たしていきたい、としています。しかし取り巻く環境は大きく変化しています。学園として独自の3～5年の中・長期計画の策定が望まれます。</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。

a

<コメント>

単年度事業計画は、①重点目標として、利用者主体となる支援の提供、危機管理マニュアルの見直し、人材育成、などを行う
②管理面として、効果的な予算執行、建物の改修工事、人材確保や人材育成、送迎体制の再検討等を行う ③支援面では、利用者
高齢家族の送迎対策、自主製品プロジェクトチーム等の立ち上げ、などをあげています。しかし、具体的な成果等を評価する内容
とはなっていません。実施状況の評価（コストを考えた支援計画）を行えるような計画にすることが期待されます。

(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

<コメント>

事業計画は職員が主体となって、理念・方針をもとに各委員会で検討し策定しているため、ボトムアップの計画となっています。
単年度事業計画は必要に応じて見直しを行っています。見直しとして、虐待の防止対策を強化するため、権利擁護委員会から
権利擁護虐待委員会に名称を変えて、アンケートを3回実施しました。把握した職員の意識として、利用者の呼称に関する問題点
があり、班ごとにポスターを作成し、話し合い、権利擁護の意識向上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。</p>	a
<p><コメント> 利用者や家族に対し「おしらせ」や家族会で事業計画、行事予定やその他のスケジュールについて周知しています。事業計画の重点目標等について、コロナ禍により、家族会の開催回数が少ないため、「おしらせ」の回数を増やして何度も周知を図るようにしています。玄関に掲示している委員会活動周知掲示板を利用し、利用者に事業計画をわかりやすく知らせています。利用者参加の給食委員会が、食事についてのアンケートを取っており、事業計画に反映させています。</p>	

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

<p>(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。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 全支援員が参加する支援会議で、サービスの質向上を検討しています。第三者評価を定期的に受診しています。運営法人の管理運営会議に理事長、事務局長、施設長が参加し、前年度の各事業所報告を行い、相互確認と今後の福祉サービスの向上について入念に検討しています。しかし、結果をみると、いつものとおり計画を立て、結果がうまくいっただけと言えます。組織的に明確なPDCAサイクルに基づいてはいません。今後PDCAに基づく組織的・計画的な取り組みが望まれます。</p>	

【9】 I-4-(1)-②
評価結果にもとづき組織として取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

<コメント>

各委員会で改善すべき課題として取り上げたものは、継続的に改善策を講じています。例えば、人権擁護委員会で呼称の問題を取り上げ、継続的に取り組んでいます。利用者を”チャン”とか”愛称、”で呼ぶことを問題にし、職員の意識を把握するために3回のアンケートを実施しました。その結果を分析し、班ごとにポスターを作り、人権擁護の観点から意識を改善できています。この呼称問題等をPDCAサイクルを意識した取り組みとすることが期待されます。

II 組織の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。	第三者評価結果
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 職務権限規程に、施設長の役割として、施設の運営・管理に関すること、所属職員の事務分担に関すること、施設の会議に関すること、地域生活援助等の計画の立案、執行に関することなど、を規定しています。管理者としての役割と責任については、朝礼や各種会議で伝えるようにしています。しかし管理者（施設長）は在任期間が半年足らずと短く、今後の指導力発揮が期待されます。施設長や支援部長が不在の時は、主任が代行しています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント> 管理者は、人権・権利擁護の研修や横浜ふくしネットワーク活動に参加し、遵守すべき法令等を理解するための研鑽に努めています。学園の工事等について、出入り業者の相見積もりをとり、値段の妥当な業者を選び、利害関係者とも適正な関係を保持しています。職員に対して、朝礼や各種会議で法令遵守の重要性を伝えています。しかし、利用者の送迎時の安全確保等についてさらなる法令遵守の安全確保策（朝の飲酒チェック等）が期待されます。</p>	

(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
--	---

<コメント>

施設長は、福祉サービスの質の向上のため、クラブ活動の充実や農耕活動の充実等を図っています。サービスの向上について外部からの意見（例えば、年間10回施設を訪問するオンブスパーソンからの意見）を聴取する等の取り組みを行っています。しかし、施設長は在職半年足らずと短く十分に指導力を発揮するところまではいってはいない。今後、これまでの経験を活かし、課題を明確にし具体的な改善策を職員とともに考え、管理者としてのリーダーシップ発揮に期待したい。

【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。	a
---	---

<コメント>

業務改善や効率化のために、職員の意見を聞き、働きやすい環境整備に取り組んで体制加算1を取得しています。例えば、第一土曜日（出勤日）の会議を移動したり、日頃の超過勤務を減らして、ある日に業務を集中して行えるように改善しています。施設長として、法令遵守の行動をすること、仕事をしやすくするための体制を整えること、効率的な仕事をする事、休みを取れる体制にすることなど、実効性を高めるための体制の構築に取り組んでいます。

2 福祉人材の確保・育成

(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。	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 必要な福祉人材は、人員体制表（仕事と必要な人材を表示している職員体制一覧表）をもとにハローワークを利用したり、人材紹介会社の人材募集広告を通して、計画的に行っています。特に、人材募集広告では、広告の仕方として、広告で開示された上位の会社から選ばれる確率が高いことを考え、掲載料金は高いが、効果的な人材募集広告によって、人員を獲得できています。採用後面接を行い、獲得した人材の育成計画をたて、計画的に育成を行っています。</p>	
<p>【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	b
<p><コメント> 期待する職員像として、「職員1人ひとりが支援スキル等、自らの業務水準の向上に努めるようになることを求めます。」としています。昇給に関して、給与規定に、「昇給は原則、毎年4月1日、本俸について行う。本俸については、年間の勤務成績により、昇給、現状維持、降給を行う。」としています。現状、職員の達成すべき段階や長期的な展望も示されていません。今後、人材の育成、活用、処遇、評価などの観点から総合的な人事管理の仕組みづくりが期待されます。</p>	

(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

<コメント>

責任者（サービス管理責任者）が職員の就業状況を把握しています。法人が会費を払い、横浜市勤労者福祉共済（ハマふれんど）に加入しています。ワークライフバランスにも配慮し、必要な人員の配置に心がけ、不必要な時間外労働の抑制に取り組んでいます。職員の心身の健康と安全の確保に努め、健康診断と相談窓口を設置しています。職員が良いことをしたことを確認し、月一回支援会議で報告する「にこりホット」活動を実施しています。

(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

<コメント>

職員の育成に関し、個別対応を重視すべきとの考えが強く、目標達成確認システムが十分ではありません。現状、職員の評価・処遇（賞与・昇進・昇格等）は、評価にあたり目標管理を採り入れているものの、法人の管理運営会議で検討・承認しています。今後、職員一人一人の目標管理の仕組みの見直しが必要と見られ、検討が望まれます。例えば、個別面接による適切な個人目標の設定、中間面接による進捗状況の確認、目標達成度合いの確認等ができ、処遇改善への反映、人材の育成と目標達成につながるシステムの構築が期待されます。

<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。</p>	b
<p><コメント> 組織が目指す福祉サービスを実施するために、必要とされる資格や期待される職員像が明確になっていません。考えられる職員像として個人レベルで、「職員1人ひとりが支援スキル等を自らの業務水準の向上に努めるようになることを求めています。」として個人に求めています。基本方針や計画の中に組織が職員に必要とする専門技術や専門資格を明示していません。期待する職員像を明示することが期待されます。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント> 法人は、新たな人事管理システムを導入し、職員1人ひとりの氏名、住所、入所の日、資格や異動などの情報はわかるようになっています。しかし習熟度に応じたOJT（現場での職業訓練）は行われていません。毎月研修委員会が内部研修を企画しており、原則職員全員（非常勤職員を含む）が参加しています。内部研修のテーマには、社会福祉の目指すものや対人援助の基礎等があります。外部研修にもできる限り出席できるよう、参加費用を出す等の配慮をしています。</p>	

(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。

a

<コメント>

実習生受け入れマニュアルを整備しています。大学や専門学校から社会福祉士を目指す実習生等を受け入れています。実習前にサービス管理責任者が実習の現場指導者の主任に対し講習会を実施し、受け入れの心構え等についてレクチャーをしています。障害支援に特化したプログラムを実習生に提供すると同時に学校側と密接に連絡を取り、質の高い実習となるように努めています。昨年は7名の実習生を受け入れており、実習後の反省会で、施設への意見も出されています。

3 運営の透明性の確保

(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	第三者評価結果
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【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。</p> </div>	a
<p><コメント></p>	
<p>ホームページやパンフレットで学園の基本方針等を紹介し、玄関スペースに事業計画書や事業報告書等を置いて情報を公開しています。ホームページを開くと、写真とともに事業内容、施設概要、活動内容等に触れ、「利用者1人ほとりの人格を尊重します。利用者1人ひとりが豊かな生活を送るために必要な支援を行います。地域の方々に、障害者福祉への理解を高めるために働きかけます。」を掲げています。小学校のこどもたちとの交流、中学生の職場体験等を実施しています。</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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。</p> </div>	a
<p><コメント></p>	
<p>ホームページやパンフレットで学園の基本方針等を紹介し、玄関スペースに事業計画書や事業報告書等を置いて情報を公開しています。ホームページを開くと、写真とともに事業内容、施設概要、活動内容等に触れ、「利用者1人ほとりの人格を尊重します。利用者1人ひとりが豊かな生活を送るために必要な支援を行います。地域の方々に、障害者福祉への理解を高めるために働きかけます。」を掲げています。小学校のこどもたちとの交流、中学生の職場体験等を実施しています。</p>	

4 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている。	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>事業計画で、「毎年実施している、長津田地区センター、長津田小学校（今年は増築工事で参加しない）との3施設合同のイベントは、通年通り開催し、地域とのかかわりを深める」としています。コロナ禍で予定していた事業が次々と中止になっていく中で、各班参加の2つのプロジェクトを立ち上げ、積極的に活動し、大きな成果を上げています。自主製品プロジェクトでは自主販売コーナーを設置し、農耕プロジェクトでは、利用者による畑作業から販売まで行い、大きな成果につながっています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>ボランティア受け入れマニュアルを用意しています。主任がボランティア受け入れから終了までの責任を担っています。定期的ボランティアには、手芸ボランティアや陶芸ボランティア等があり、横浜市のシニアボランティア制度を活用しています。イベントボランティアとして、あすなろ会の音楽演奏、アニマルセラピーや芋ほりイベント等があります。ボランティアへの個人情報等の守秘義務の説明は施設長が行っています。ボランティアからの苦情・不満に施設長と支援部長が対応しています。</p>	

(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

<コメント>

個々の利用者に対応できる社会資源を明示したリストを用意しています。月1回開催の知的障害者施設協議会や四半期に1回開催の緑区福祉施設分科会に、施設長が参加し各団体と連携しながら、災害時の情報を交換し、具体的な防災訓練を話し合っています。緑区福祉施設分科会では、災害時の回覧版の利用を話し合っています。各団体との連携は重要であり、朝の会や職員会議で各団体との連携についての重要性を、さらに伝えるとしています。

(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
福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。

a

<コメント>

例年は、施設開放、つたのは祭りの開催、近隣の神社祭りの協力（飾り物の作成依頼あり）、ココロはずむアート展への参加、地域の中学校との交流事業、地域の学園高等学校のイベント参加（バザー）等の地域との交流により福祉ニーズを把握しています。しかしコロナ禍でほとんどが中止となっています。地域とのつながりが少なくなっているところ、当学園を取り巻く方々との交流を増やしたいとのことで、今年から地元の消防団に、職場団体として参加することとしています。

【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

<コメント>

横浜市と福祉避難所（年寄りや障害者のための避難所）としての契約を結び、災害時に要支援者の受け入れ施設となっています。地域交流委員会を中心に、多様な地域交流とまちづくりへの貢献をしています。地域交流には、施設開放・地域のお祭り参加・障害者のアート展参加等があります。通常は地域に出向き、障害者の相談支援を行っていますが、コロナ禍で活動に制限を受けています。災害時の備蓄品として、毛布、3日分の水・食料品、粉ミルクなどを用意しています。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>当施設の理念は「利用者一人ひとりの人格を尊重します」と謳っています。「権利擁護・虐待防止委員会」を設置して虐待に関する伝達研修や人権に関する意識を高める啓発活動を実施しています。昨年度は呼称について全職員が利用者を「～さん」付けで呼ばなければならないことを認識しました。本年度は権利擁護及び職員自身の人権に関する関心がどれだけあるかを調査するため、アンケートを全職員に対して行っています。その結果を各班ごとに話し合い人権に対する班のテーマを決め、ポスターを作成し職員全員が利用者を尊重する意識を高めています。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>排泄や入浴など日常生活支援の中で利用者のプライバシーに配慮した支援をしています。個々の利用者のニーズが異なることもあり、プライバシーについてのマニュアルの整備、周知・活用は十分とは言えない状況です。障害特性によりパーテーションで囲んだ机、男女別の着替え室、個別のロッカー、プライバシーの保てる相談室など環境を整備しています。トイレ室の入り口ドアは閉め忘れ防止のため自動ドアへ改装を予定しています。入浴やトイレ介助は同姓介助を行っています。広報誌などの写真の掲示については利用者・家族の同意のもとに行っています。</p>	

(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>

リーフレットとブログ、広報誌「つたのは学園ニュース」で利用希望者に対して学園の情報を提供しています。リーフレットは事業内容や施設概要、活動内容、ご利用案内、マップがあり、写真で施設の建物や利用者が生き生きと活動している姿が映されています。リーフレットは地区センターと共有のフロアに配架したり、特別支援学校や計画相談支援事業所等に渡し多くの人の目につくようにしています。また、施設の見学者の説明にリーフレットを用い、施設の特徴を説明しています。体験入所や日中一時事業にもリーフレット等を使い、説明しています。

【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

<コメント>

サービスの開始や変更にあたっては利用者・家族と面談し、重要事項説明書、利用契約書等を読み合わせ、内容の説明を行っています。生活介護支援、受領する費用の額、人権の尊重・虐待防止、非常災害対策、苦情解決制度、個人情報保護等について説明し、十分にご理解の上署名・捺印してもらい互いに書面を保有しています。意思決定が困難な利用者については家族などキーパーソンとなる方に立ち会ってもらい同意を得ています。本人の参加したいクラブ活動については写真等を用いて活動の様子を伝え選択してもらっています。

<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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>事業所等の移行やサービス内容の変更については利用者本人・家族・関係者に対してその理由について丁寧な説明を行っています。支援内容が変わる場合は利用者・家族とよく連絡を取り合い、理解を得ています。また、他のサービスを利用される方については計画相談支援員やグループホームの世話人と連携しながら福祉サービスの継続性に配慮しています。利用者ごとに責任担当者を決め、利用終了後もフォローし、利用者が安心して次のサービスや活動に入っていられるよう支援しています。実施した支援はケース記録に記載されていますが、引継ぎ記録として整備されることを期待します。</p>	
<p>(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>第三者評価の受信の際には利用者アンケートを実施しており、利用者の満足度を把握する機会となっています。利用者に対して給食アンケートを実施し、食べたいものやイベントメニューについて問い、給食委員会がまとめ、献立や調理に反映しています。家族会に職員が参加し、意見を聞く機会になっています。グループホームや家庭を訪問する際など施設への意向や満足度を把握する機会になっています。満足度に関する分析結果を検討することは利用者の障害特性もあり、個々の対応で把握し、班会議を通して検討し、支援の向上を図っています。</p>	

(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
--	---

<コメント>

苦情解決規程を定め、苦情解決体制、苦情解決の手順を整備しています。苦情解決体制では責任者、受付担当者、苦情解決第三者委員が設置されています。玄関フロアーには「ご意見ご要望解決の仕組み」として苦情解決のフローチャートが掲示されています。苦情は受け付け、検討し解決を図り、ケースに応じて改善を図り、利用者・家族へのフィードバックを行っています。地域から送迎時の苦情に関しては交通マナーの改善を図るよう委託業者に伝えています。苦情件数をまとめて法人理事会・評議委員会に報告しており、事業報告書としてHPで公表されています。

判断基準	a)利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。 b)利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。 c)利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
評価の着眼点	☑利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。	✓
	☑利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	✓
	☑相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	✓

<コメント>

サービスの利用開始時には重要事項説明書の中で複数の苦情や相談ができる体制や機関を明示しています。日常的には相談室での面談や連絡帳、電話、送迎時には家族と顔を合わせており、手軽に相談できる環境があります。障害特性上言葉が発せられなかったり、自分の意思表示ができないケースも多々あり、日々の支援の中で快不快の感情から利用者の意向を判断しています。また、福祉用具や絵などを用いて判断し支援に反映しています。利用者及び家族は日常的に看護師や職員に相談や意見を伝えていることが記録等からも判断できます。

<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。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>利用者一人一人に異なる障害特性があり、各人に応じた支援方法を職員間で話し合い、共有しています。利用者が相談や意見を述べやすい環境づくりを行い、利用者の発する言葉や動作を受容しています。給食等のアンケートは一人一人の意見を聞きながら実施しています。意見箱は以前は置いてありましたが、利用者がたびたび壊すことにより危険上設置していません。相談や意見の内容は個別支援記録に記載していますが、相談や意見のまとめた記録はありません。記録方法、報告手順、対応策の検討等についてのマニュアル整備が不十分です。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>緊急防災・災害時対応マニュアルを作成しています。施設長・支援部長が責任者となり、安全確保・事故防止の研修を行っています。事故報告書に、発生場所・事故の種類・事故の経過とその対応・診断治療の内容・傷病名・所見・家族への連絡・再発防止対策等を記録しています。ヒヤリハット事例報告書には、事例内容・発見時の状況・事故の経過とその対応・職場責任者の所見等を記録しています。ヒヤリハット事例をもとに、支援会議や職員会議や朝の会で評価・見直しをしています。</p>	

<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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>利用者と家族、職員には予防策として、小まめに手洗いをする、マスクを着用する、換気を小まめにする等の対策を徹底しています。医務マニュアル・衛生管理マニュアルにより、感染症の流行時期の前に、朝の会や支援会議で感染症対策を周知しています。次亜塩素酸ナトリウムの薄め液でトイレ、浴室、手すり、ドアノブなどを消毒しています。施設長と支援部長の個人携帯電話番号を職員、利用者と家族に周知し、土日夜間でも連絡ができ、いつでも対応できる体制をとっています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>緊急防災・災害時対応マニュアルがあり、地震等の災害が発生した場合の状態と被害を想定して、対策を決めています。災害時に備えて、3食・飲料3日分、懐中電灯などの備品、医薬品、軍手等を備蓄しています。例年は避難訓練、通報訓練、消火訓練等の防災訓練を定期的実施しており、さらに近隣福祉施設と災害時の連絡網を作って、年1回の訓練を実施しています。しかし今年は新型コロナの緊急事態宣言で延期となっています。事業継続計画（BCP）の作成が期待されます。</p>	

2 福祉サービスの質の確保

(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。	第三者評価結果
<p>【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。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>日常生活支援入浴マニュアルや排泄支援マニュアルなどを用意しています。例えば、入浴マニュアルには同性介助や支援の注意点を記載していますが、標準的な実施方法に基づいて実施されているどうかを確認する仕組みがありません。職員全員がPDCAサイクルを意識し、表などを使い実施手順の見える化を行い、入浴介助の標準的な手順にもとづいているかどうかを確認する仕組みを作り、誰もがいつでも確認することができるようになることが期待されます。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>福祉サービスの実施方法について、支援会議等で、標準的な実施方法について検証・見直しを随時行っています。班会議、支援会議や職員会議等で福祉サービス向上につながる、検証・見直しを行い、全員に再度記録等で周知しています。しかし標準的な実施方法についての定期的な実施計画がありません。今後標準的な実施方法について、PDCAサイクルを意識した組織的な検証・見直し計画を作成し、定期的に見直しを行うことが期待されます。</p>	

(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支援計画を適切に策定している。	a
--	---

<コメント>

入所時には利用者・家族に向けて個別支援計画作成のための事前調査を行い、利用者の将来の展望、本人・家族の希望、班活動でやってみたいこと、配慮や支援してほしいことをまとめています。それを基に本人のADL状況等を含め、ケース担当職員がアセスメントを行い、個別支援計画案を作成しています。所属の班内の職員間で支援計画の課題、支援内容を確認しサービス管理責任者が最終チェックを行い家族の同意を得ています。計画の実施はケース記録や班会議、支援会議があり支援困難ケースを含めて情報の共有や支援の工夫が行われています。

【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
--	---

<コメント>

支援会議は月1回、支援に係る全職員が参加し、個別のケースについて情報交換や支援の内容について検討しています。モニタリング及び個別支援計画は半年に1回見直しを行っています。施設では利用者の個性を考え、4つの班に分かれて活動を行っており、日常的な情報や細かな支援の見直しは毎週開かれる班会議、朝礼等で伝達、共有が行われています。現在コロナ禍でもあり、外部の理学療法士、関係機関の職員との連携が十分でないと考えています。現在の制度と体制の中でサービスの実施計画に反映できるもの、できないものを整理して取り組んでいます。

(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

<コメント>

利用者は発達障害や自閉症を抱える知的障害者であり、一人ひとりの特性を捉えたきめ細かい支援が行われています。個別支援計画の支援領域ごとの支援目標、具体的な学園の直接支援を基本に支援が実施されています。利用者のケース記録には支援の状況を毎日克明に記録しています。それを基に支援会議や班会議で支援への検討が行われています。利用者の個別ファイルには利用者調査票、聞き取り意向調査、アセスメント、個別支援計画、利用者ケース記録、〇〇様関係者会議、モニタリング、モニタリング報告書、服薬記録票、特別記録等が閉じられています。

【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

<コメント>

「個人番号および個人情報の適正な取り扱いに関する基本方針」を定め、玄関フロアーに掲示しています。利用目的、安全管理措置に関する事項、継続的改善、特定個人情報等の開示について規定しています。個人情報に係る責任者は施設長で全職員に対し「個人情報保護」に関する研修を実施しています。職員は施設退職後も知りえた個人情報に対する守秘義務を入職時に誓約しています。個人情報の取り扱いについては、重要事項説明書に記載し利用者・保護者に説明しています。広報等での写真掲載については同意書をとっています。

第三者評価結果

事業所名： 横浜市つたのは学園

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重	第三者評価結果
【A1】 A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a

<コメント>

個別支援計画では将来地域で生活することを目標にしている方が大部分です。学園の日中活動支援ではグループホームや地域で生活するための支援を行っています。ADL面への支援とともに、日常生活を送る上での買い物や外出体験、作業物品の販売、納品等をの実体験を通じて楽しみや感動、手ごたえを覚え意欲を高めています。利用者や家族の意向を尊重し宿泊訓練、交通機関を使い乗り物に乗るなど各種の実体験を通じた支援を行い、新しい能力の発見につなげています。また、こうした活動の中で友人との交流の機会を作っています。

A-1-(2) 権利擁護	第三者評価結果
【A2】 A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a

<コメント>

「権利擁護・虐待防止委員会」では昨年度伝達研修を行い「すべての虐待は精神的な虐待から始まる」ことを学びました。それにより「言葉遣いと呼称を注意する」というアンケートの実施や全職員が呼称について班会議を行い、目標を定めてさん付けで呼ぶことに取り組んでいます。更に「いつもやっている支援が第三者から見たら虐待でした」という無意識の虐待など職員各人が利用者の人権について意識を持つことが必須と捉え、今年度は全職員に対して再び人権に関わるアンケートを実施し、新たな目標を決めるなど、施設全体で人権に対する意識を高めています。

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本	第三者評価結果
【A3】 A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a

<コメント>

当施設では利用者一人一人の将来像（自立して生きる姿）を目標にした個別支援計画を立てています。個別の状況を利用者・家族と共有した上で自立に向けて支援内容を検討しています。検討された支援内容を日々実践しています。例えばグループホームで生活できるように食事、排泄、整容、入浴、洗濯など日常生活ができるように訓練しています。長時間座っていることが困難、継続した作業が難しいなどに対して粘り強い支援、本人の努力で可能になります。支援では外部の発達支援センターや理学療法士など専門化のアドバイスを受け支援に反映しています。

【A4】 A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
--	---

<コメント>

班では利用者各人のコミュニケーションの取り方についてアセスメントを行い、利用者との交流方法を見つけています。言葉だけでなく動作や行為からデータを取り、その意味を職員間で共有しています。絵や写真を使いそれを指さすことにより本人が意思を表明できるよう工夫しています。個別の日課表やせいかつシート・おてくだいシートなど絵で順番を描き靴が自分で脱げるようにしたり、トイレ、食事、休憩など動作一つ一つに絵や写真、文字などを記し、職員との会話や意思疎通ができるようにしています。無理に日課に従うことはせず、個別の対応で意思を尊重しています。

<p>【A5】 A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。</p>	<p>a</p>
<p><コメント></p>	
<p>利用者の意思決定のために情報提供を工夫して行い、相談内容を個別支援や全体支援に反映させています。特別に時間を決めて意見を聞く機会は儲けていませんが、日常的に利用者の意向を把握しています。言葉だけでなく一つの動作や行動から本人が何をしたいか、何を望んでいるかを捉えています。利用者の決定や選択のために今日の予定をボードに書き分かり易い絵や写真で示しています。家族からは連絡帳、送迎時、個別の電話、訪問等により相談を受けています。外部の専門機関からアドバイスを受け、分かり易い表現方法を学んでいます。</p>	
<p>【A6】 A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。</p>	<p>a</p>
<p><コメント></p>	
<p>個別支援計画の利用者の希望に基づき、日中活動やクラブ活動を行っています。日中活動は4班に分けた活動と全体での活動を並行して行っています。1班はウォーキングやリハビリなど健康維持につなげ、2班は個々の利用者に合わせた環境・空間を作り自立課題に取り組んでいます。3班は陶芸と刺繍を中心とした自主製品の生産、4班は外部からの受注作業に取り組んでいます。全体での活動は野菜の水やりや収穫、梱包や販売などを行っています。音楽など6個のクラブ活動は担当者による検討見直しを適宜行い、余暇活動を適切に提供しています。</p>	
<p>【A7】 A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。</p>	<p>a</p>
<p><コメント></p>	
<p>職員は外部研修に積極的に参加しており、所内研修も毎月実施され知識や技術の習得に努めています。週1回の班会議や月1回の支援会議で利用者個々の支援について検討し、適切な支援に努めています。利用者の行動障害等について発達障害者支援センター職員のアドバイスを受け強度行動障害のある利用者の支援方法を見直したり、理学療法士を中心にリハビリも行っています。班会議を通じて支援の見直しを行い、発達障害・自閉症の方の個別空間づくりを行い、利用者が落ち着いて自立課題に取り組んでいます。また利用者間の調整を行い、関係改善を図っています。</p>	
<p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p>	<p>第三者評価結果</p>
<p>【A8】 A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。</p>	<p>a</p>
<p><コメント></p>	
<p>個別支援計画に基づく日常生活活動に関する領域では①食事、②排泄、③入浴、④着替えて構成されニーズ、支援目標や支援方法を記載しています。食事に関しては利用者の意向をアンケートでとり、翌月の献立に反映しています。食事形態については本人の状態に合わせた刻み食や自閉症の方には丼物が苦手の方もおり、別々に盛るなど対応しています。入浴支援については身体上必要なケースに対応し、排泄に関しては、専門家の助言や家族の要望を受けながら対応しています。いずれも将来の自立生活を目標に自分でできる方向へと支援しています。</p>	

A-2-(3) 生活環境	第三者評価結果
【A9】 A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
<コメント>	
横浜市の指定管理施設として4つの作業室と男女別の更衣室、トイレ、身障者トイレ、浴室、相談室、食堂、職員室、園庭等を備えバリアフリーやプライバシーに配慮しています。各室はいずれも清潔、適温、採光十分で安全性に配慮され適切な広さです。作業室は各班の活動や利用者の個性に合わせた空間づくりをしています。自閉症に対応するパーソナルスペースを作り、落ち着いて自主作業に取り組める部屋、受注生産の作業する部屋、自主製品を作る部屋、生活支援に応じた部屋があります。ソファやマットを置き、休憩できる体制を整えています。	
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	第三者評価結果
【A10】 A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a
<コメント>	
各班の障害特性や個性により班ごとの健康プログラムを組んでいます。また、医師、看護師、理学療法士の助言を受け個別の健康目的に応じたストレッチやプログラムを開拓し、プログラムに沿って提供することで健康の維持改善につなげています。例えば個別対応では本人の健康や身体機能の課題を解決するために個々にあった距離やルート、時間を設定してウォーキングを行ったり、リハビリをしています。ストレッチを行い可動域を広げたり、体操やダンスで動きを真似ることで体を動かし、それにより他者や周囲への意識につなげています。	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援	第三者評価結果
【A11】 A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
<コメント>	
「年度医務運営計画」を作成し利用者の健康管理を行っています。身体測定や健康診断、歯科検診、健康相談等の医療行事の遂行、定期測定の実施による予防・早期発見に努めています。プール・旅行等の特別行事の安全対策、嘱託医による個別健康相談、感染症の予防接種の情報提供及び実施整備、福祉機器や療育医療センターの巡回訪問など学園の医務に関する業務を把握し、看護師を中心に支援員や保護者と連携した取り組みを行っています。また、医療面からの緊急・災害時の対応を定期的に見直し、いつでも対応できるようにしています。	
【A12】 A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a
<コメント>	
看護師が常勤で、日中の利用者の排泄や入浴、食事などの支援の様々な場面での健康状態の把握を行っています。ストレッチやウォーキングなど障害の状況に合わせて、理学療法士や看護師の助言を受け利用者の健康の維持・増進のための工夫をしています。利用者が健康危機に直面した際に医療にスムーズにつなげられるよう近隣の医療関連施設との連携を図っています。看護師による医療・医務の基本的な知識について年度初めに職員に対して研修を行っています。職員会議や朝の打ち合わせで看護師からの情報提供を行い、支援員との連携を図っています。服薬は3回のチェックを行っています。	

A-2-(6) 社会参加、学習支援	第三者評価結果
<p>【A13】 A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。</p>	a
<p><コメント> 個別支援計画では将来地域で生活することを目標にしている方が大部分です。学園の年中活動支援ではグループホームや地域で生活するための支援を行っています。ADL面への支援とともに、日常生活を送る上での買い物や外出体験、作業物品の販売、納品等を実体験を通じて楽しみや感動、手ごたえを覚え意欲を高めています。利用者や家族の意向を尊重し宿泊訓練、交通機関を使い乗り物に乗るなど各種の実体験を通じた支援を行い、新しい能力の発見につなげています。また、こうした活動の中で友人との交流の機会を作っています。</p>	
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	第三者評価結果
<p>【A14】 A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。</p>	a
<p><コメント> 地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供しています。利用者の地域生活への将来的な移行には入所施設、グループホーム、家族と一緒に住むという3つの選択肢が考えられます。グループホームに関する近隣情報やホーム内での生活情報、体験宿泊などの機会を提供しています。地域生活への移行や課題を整理し、具体的な支援に反映させています。例えば、グループホームへの入居では洗濯機の使用方法を理解し、自分で洗濯する、脱いだものは片づけるなど日常生活支援を行っています。グループホームや相談支援センター等と連携し地域移行を進めています。</p>	
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	第三者評価結果
<p>【A15】 A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。</p>	a
<p><コメント> 利用者の障害により判断や理解が困難なため家族等との連携は支援をしていく上で重要な役割を果たしています。家族の意向が利用者本位になっているか利用者の様子から確認し、支援方針を立てています。従来家族会は月に1回行われていましたが、現在コロナ禍により未実施のため、家族との連携は連絡帳や送迎時の会話、電話等で行っています。認知症の進む家族に対して利用者のグループホーム入りを勧めたり、強度行動障害の利用者の家族に対して精神的な支援を行うとともに利用者への対処方法を伝えたりしています。</p>	

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援	第三者評価結果
【A16】 A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	評価外
<コメント> 	

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援	第三者評価結果
【A17】 A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	評価外
<コメント> 	
【A18】 A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。	評価外
<コメント> 	

【A19】 A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	評価外
<コメント> 	