

## 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> 法人の理念、基本方針が適切に明文化されて、新人研修等で職員に渡される職員ハンドブックに記載されています。事務所にも掲示されて、法人理念は職員に周知されています。理念を踏まえたうえで、施設の方針や事業計画で掲げた重点課題を中心に支援の在り方を確認しています。サービス開始時点で利用者に配布する重要事項説明書には施設の目的と運営方針を掲載しています。 法人の理念などを会議や研修会などで職員への継続的に周知することはありません。理念や基本方針を、わかりやすい資料などで利用者や家族へ伝えることはしていません。		

#### 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。	b
<コメント> 施設では事業年度前に事業計画書を作成しています。その中で地域的な制度条例や特徴・変化等を捉えて年度の重点課題を設定しています。事業計画書は法人に報告しています。 法人では経営分析等が行われていることは職員に知らされていますが、具体的な内容についてまでは職員に周知されていません。法人から職員に情報提供・意思疎通を図り一体感を持つためにも、検討が望まれます。		
【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。	b
<コメント> 施設では事業年度前に事業計画書を作成し当年度の重点課題を策定し、施設ごとに経営課題に取り組んでいます。法人では独自に中長期計画等を策定し経営分析等が行なわれていることを職員に周知しています。施設に対する具体的な経営状況についてまでは職員には知らされていません。 施設側では重点課題に対しての取り組みを行い、振り返り課題抽出等のPDCAサイクルを行っていますが、書面等で明確ではなく職員に周知されていません。		

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>中・長期プランは法人として作成していることは職員に知らされていますが、内容について現場職員には周知されていません。施設としての単年度計画は中期・長期計画とリンクして作成されておらず、法人と施設管理者間の連携が課題となっています。</p> <p>中・長期計画は施設の成果等の評価を行える具体的な内容ではなく、施設の状況に応じた見直しにつながっていません。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した事業内容が示されています。施設としては単年度の事業計画を前年度末に作成しています。</p> <p>2019年度の事業計画書では重点目標として①工賃向上・就労促進、②法人内外を問わない事業所間連携の強化、③事業規模の拡大(地域活動支援センターB型事業への移行)、④職員が充実し、かつストレスなく働ける業務環境の整備の4点を掲げています。</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>事業計画の実施が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されています。職員等の参画や意見の反映のもとに、施設としての重点課題である「事業規模の拡大(地域活動支援センターB型事業への移行)」について取り組んでいます。法人全体に関わる事項でもあり、調整が難しい状況です。</p> <p>事業計画の評価・見直しは、あらかじめ定められた時期・手順が決まっておらず、評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っていません。事業計画や人事計画などで法人側と施設側の調整が課題となっています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されていません。資料を作成して利用者等がより理解しやすいような工夫はなく説明していません。</p> <p>利用者が事業計画の立案に参加できるよう意欲向上に向けて、周知の取り組みが期待されません。</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>現状認識と課題の抽出が課題となっており、事業計画でも重点課題として4点掲げています。重点課題に対する取り組みも行なわれていますが、法人の中・長期計画がとの整合が図られていません。第三者評価等を計画的に受審していますが、PDCAサイクルにもとづく質の評価への取組が法人も含め組織的に実施されていません。</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>職員間で課題の共有化が図られて、組織として取り組むべき課題を明確にしています。福祉サービス第三者評価等を初めて受審して、評価に取り組んでいます。評価結果に基づいた改善はこれからの課題となっています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は近接する5施設を兼務しており、副管理者が常駐しています。管理者が多忙のため常時不在の状態であり、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にすることが課題となっています。</p> <p>管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について文書化するとともに、常駐者への権限移譲も明確にして、会議や研修において表明し周知を図ることが期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>遵守すべき法令等を法人の規則などで示しています。管理者は近接する5施設を兼務して常時不在の状態、正しく理解するための取組が十分に行われていません。</p> <p>法令等は政令市の条例等の違いがあるため、川崎市エリアとして法令等を正しく理解するための取り組みが望まれます。常駐しています副管理者を中心に、事例などを示して職員に周知することが急がれます。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>副管理者や職員は利用者支援に対して、質の向上に意欲をもって取り組んでいます。利用者には福祉の枠を超えて実社会で働くというリアリティを持ってもらうようにしています。作業の指導などの場面では押し付けることなく、多くの人に係わってもらい、互いに気持ちの良い関係を心掛けて支援して質の向上に繋げています。</p> <p>実施する福祉サービスの質の向上に関して、管理者と職員による組織的な取組につながるように、管理者の指導力が期待されています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営改善や業務の実効性の向上に向け、日々職員間で検討が行なわれております。サービスの質の向上のために必要な人員配置や予算などを数字で法人にアピールできるように、作業の獲得、売上向上を図っています。経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、管理者による人事、労務、財務等を踏まえた分析は行えていません。人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的な取り組みが課題となっています。</p> <p>近隣の事業所との共同受注や地域の商店との連携などで着実に受注を増やして、経営の改善に努めています。</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>必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立しています。法人は常勤職員を直接雇用して、非常勤職員は施設で採用しています。常勤職員は法人内で異動があり勤務時間が決められており、勤務時間に幅のある非常勤職員とで調整して対応しています。専門職の配置等、必要な福祉人材や人員体制に計画にもとづいた人材の確保や育成については法人と施設との調整に課題があります。</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>法人が用意した職員ハンドブック等で法人の理念・基本方針に基づいた「期待する職員像」を明確にしています。採用・配置・異動などについては定められており、職員等に周知されています。人事管理は法人で行っており、施設や職員を対象に仕組みを作っています。法人で職員処遇の水準や処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っていますが、運用に関して施設との調整が課題です。職員の意向調査もありますが、分析も含めた結果などについて、職員は知らされていないと認識しています。</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>法人は年2回のメンタルヘルス対策について専門の窓口を準備し工夫を行なっています。利用方法について徹底されておらず、職員が利用しづらいと感じています。ワーク・ライフ・バランスへの配慮要請から、月に一回有給休暇が取れる仕組みを作っています。</p> <p>常時勤務は常勤職員1名、非常勤職員2名の施設であることもあり、職員の希望・意向は確認し改善に努めています。月に一度行っていた職員会議を、長引かないように職員会議と支援会議のふたつに分けて行うようにする等の工夫をしています。</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>法人が直接雇用している常勤職員と、施設雇用の非常勤職員に分かれています。常勤職員には二か月に一度チャレンジシートを元にした目標管理が義務付けられていますが、非常勤職員には制度・仕組みとしての目標管理は行われていません。</p> <p>常勤職員についてはチャレンジシート等で意向・目標を設定しますが、非常勤職員には明確なものはありません。常勤職員のチャレンジシートについては個別面接がありません。職員が設定した目標について、中間面接や進捗状況の確認も行われていません。法人として人事考課・昇給等にどう活かされているのについても職員に周知することが期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>組織が目指す福祉サービスを実施するために、法人として「期待する職員像」を明示していません。教育・研修についても常勤職員と非常勤職員の違いがあります。教育・研修計画はありますが、計画の見直しやカリキュラムの評価・見直しを定期的に行っていません。</p> <p>職員への資格取得にも積極的に法人は支援しています。常勤職員には個別に加算に結び付く資格として、社会福祉士、サービス管理責任者、福祉住環境コーディネーター等の資格取得を勧めています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人は利用者の権利擁護等の研修に力を入れています。施設は本部から遠隔地で開催時間が夜遅くのため、参加が難しい現状です。研修内容により、非常勤職員参加の制約もあります。職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTはできていません。</p> <p>職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮しています。法人の研修はネット配信でライブビューイングが可能で、内容によってはDVD等を作成しています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生等の福祉サービスに関わる基本姿勢を明文化してません。実習生等の受入れマニュアルはなく、実習生の受け入れは行っていません。</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>法人として情報公開は行っていますが、施設単体としては行っていません。第三者評価の受審結果、苦情・相談の状況について公表を検討しています。地域や利用者に対して、情報公開を行ってこなかったこともあり、法人・施設の理念等について、社会・地域に対して明示・説明することが今後の課題です。事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を地域へ配布していません。</p> <p>法人の方針を地域や職員にまで周知することが課題です。</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>法人より事務・経理の権限やルールについて施設側に通達があります。施設側ではその変更に合わせて対応していますが、全体像を把握しずらく職員に徹底されていません。定期的なエリアマネージャー訪問による方針周知や事務員の派遣による事務確認等の取り組みが望まれます。</p> <p>内部監査などの仕組みはあり、会計監査法人の指導に基づいて改善を図っています。</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>地域とのかかわり方等について基本的考え方を文書化しておらず、利用者向けの掲示などは行われていません。町内会に参加しており地域との交流を図っています。利用者の買い物や通院等では、特に地域における社会資源を利用するような取り組みは行っていません。</p> <p>配送作業や近隣のお寺の境内清掃等の作業を通し、利用者は近隣地域と触れ合っています。また近隣の商店に利用者がトライアルで働き始めるといった事例もあり、積極的に地域交流を進めています。</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>ボランティア受け入れについて明確な基準などを設けてはいません。ボランティア受け入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備していません。</p> <p>ボランティアスタッフとして2名の方に作業の支援を行ってもらっています。コミュニケーション能力の高い人生経験の多い方が作業を通して相談や助言を行い、利用者が安心感と信頼感を持たれています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本部からは遠隔の土地で、自治体の違いから、地域的な近隣の福祉施設・事業者との連携を深めています。地域活動支援センターとしての立場から、さまざまな利用者の意向・特性を考慮し、利用者にあったサービスを探し出すことが出来るように配慮しています。</p> <p>共同受注や作業分配などを行うためグループホーム、就労継続支援B型、相談事業所等との関係を深めています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めていますが、実施する事業や地域の会合への参加、地域住民との交流活動などから得ることが出来ていません。社会福祉協議会等と協議しながら地域課題の解決に向けた取り組みを模索しています。</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>さまざまな事業者などと連携した支援を心掛け実践しています。町内会にも加入し地域交流を図っています。近隣に対して情報提供などは行なっていません。他の機関等と連携して、地域コミュニティの活性化に参加しています。</p> <p>施設紹介や定期的な交流の機会を持つなど地域資源として周知を図ることが課題となっています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念は事務所に掲示し折に触れ確認しています。法人は「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っています。施設では理念をもとにして事業計画に重点課題を策定し、日々の支援に活かしています。</p> <p>個々の福祉サービスの提供について、日頃から職員間で話し合い、一方的な指導にならず、職員間・職員利用者間、利用者間の気持ちの良い関係を構築できるように配慮しています。法人では基本的人権への配慮、利用者の尊重という事柄についての啓発の研修等が特に力を入れて行われています。利用者を尊重した福祉サービス提供の標準的な実施方法や基本的人権への配慮については、定期的に状況の把握・評価等には至っていません。</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>法人としてプライバシー保護に関する規程やマニュアルを作成しています。他のサービス事業者や医療機関などとの連携を目的とした情報提供については「個人情報の提供について」で説明され、同紙の「個人情報の提供に関する同意書」にて確認・押印を求めています。</p> <p>施設内のプライバシー保護については個別のロッカーの設置、作業室内をパーテーションで区切る等の工夫の他、建物内の壁の薄さから個室での面談時の声が外に漏れてしまうことの配慮から、気にならない程度の大きさでラジオ放送を流す工夫をしています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係機関に募集チラシなどを配ることが、利用希望者への主な情報発信となっています。施設を利用する人たちは関係機関からの紹介が多くなっています。川崎市には福祉関係のデータベースがなく、自分に合った施設を探すのが困難な状況です。地域の施設の横の繋がりによって情報交換がなされ、いままでの実績などからこの施設を紹介されるケースが多い状況です。施設の内容に関するインターネット等の情報発信の取り組みが今後の課題となっています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始の際は、利用者に重要事項説明書・サービス利用契約書また「実習にあたって」といった書類を用いて説明しています。利用者特性に合わせてルビを振るほか、別紙に要約版を用意する等工夫しています。変更などの際も、都度利用者にも面談等を通して理解を求めています。</p> <p>意思決定が困難な利用者への配慮についてもルール化を行い、適正な説明、運用が図られる工夫が必要とされています。</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>施設に通う利用者には、障害認定をしていない、障害者手帳を取得していないなど、制度の狭間に置かれている利用者も少なくありません。こうした利用者が他の施設等へ移行する場合、サービスの継続性に配慮し、移行先への引継ぎは特に配慮を行っています。同時に利用者や家族に対しては、サービス終了時に「何かあればいつでも相談に来るように」と伝えています。</p> <p>他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービス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。何らかの理由により移行先での継続が困難となった場合に備え、本事業所に登録を残しておくこともあります。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上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>利用者との日常の会話など様々な機会を捉えて、利用者満足把握し、サービスの質の上向上に努めています。半年に1度(初年度の利用者は3か月に1度)の定期的な個別面談や、月1回実施する利用者ミーティングで、ニーズ把握と利用者満足度把握をしています。本人の希望があれば随時面接を行っています。</p> <p>施設では定期的な利用者満足度調査は実施していません。今後組織的・定期的に取り組むように検討しています。</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>苦情解決の仕組みについては「重要事項説明書」に明記しており、同説明書を用いて利用者・家族に説明しています。事業所内には苦情解決窓口の掲示を行い、匿名で意見を出せる「意見箱」も設置しています。</p> <p>職員は日頃から利用者との相談しやすい関係づくりを心掛けると共に、利用者との定期的な面談の機会も捉え、苦情等の吸い上げに努めています。さらに来所するボランティア等の力も借りながら、相談しやすい環境づくりを更に進めることとしています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者には「いつでも話したいことがある時には話をしてほしい」と伝えており、希望に応じて随時、相談の機会を設けています。一方、管理者や主任クラスの職員との相談を希望する場合、面談の時間の確保が困難な場合も多くジレンマとなっています。折に触れ、全ての職員が相談にのることができる旨利用者に伝えると共に、相談しやすい関係づくりに努めています。</p> <p>相談場所については、作業室とは異なる部屋を利用し、プライバシーへの配慮に留意していますが、防音対策など面接に適した環境の整備が期待されます。</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>利用者の意見は、職員との日常の会話はもちろんのこと、半年に1度(初年度の利用者は3か月に1度)の定期的な個別面談や月1回実施する利用者ミーティングの機会を捉え、積極的な把握に努めています。相談を受けた後は、対応職員任せにはせず、第三者を介したり、職員会議などで相談内容を共有し、解決に向けた対応を図っています。</p> <p>相談や意見を受けた際のマニュアル等を整備して、その意見等にもとづき、福祉サービスの質の上向上に関わる取組が期待されます。</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>ヒヤリハットについては集計や発生要因の分析を行っています。また過去のインシデント事例では、臨時の職員会議を開催し、再発防止に向けて、危険物の取扱いに係るガイドラインを作成しました。</p> <p>今後に向けては、ヒヤリハットの分析結果の職員への周知や、法人のガイドラインも踏まえた事業所としてのリスクマネジメント体制の整備などが期待されます。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>発熱時の対応など、事業所内部で一定のルール化を図っていますが、感染症対策について予防から発生、対策に至る組織的な管理体制は未整備です。 法人作成の最新のガイドラインが事業所に配布されたところであり、指針に基づき、事業所内で必要な予防策や発生時の対応の再確認が望まれます。</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>年に4回以上の防災訓練を実施しており、昨年度実績では、合計5回の訓練を実施・参加しました。事業所内では防災備品の確認や救護の講習、地震想定避難訓練を行ったほか、法人全体の防災訓練にも参加しました。 施設周辺の避難場所や危険区域の把握にも努めています。今後に向けては、備蓄管理や防災計画など、消防署との関係の構築を図る予定です。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設における主なサービス内容は、作業の提供、就労支援、日常生活支援、余暇活動などがあります。作業の提供については、メール便の仕分け・配達、フェライトコアの組み込み、ノズル清掃などを行っています。これらの作業について職員の違いによる支援内容の差異をなくすため、一部の作業種では標準的な実施方法を文書等で示した「手順書」を掲示しています。 標準的な実施方法が適切に文書化して職員に周知徹底していません。新たな手順書の作成にあたっては、障害特性により文書や口頭での理解が困難な利用者への視覚支援も念頭におき、映像(DVD)などを用いることも検討する予定です。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する仕組みがありません。検証・見直しにあたり、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もありません。今後、標準的実施方法の組織的な検証・見直しの仕組みづくりが期待されます。</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>個別支援計画の策定は、各利用者の入所月を起点として常勤職員が案を作成し、サービス管理責任者を兼務する所長の決裁にて決定します。他の職員に関しては支援会議が周知の場となっています。個別支援計画の様式の冒頭には利用者の要望を記入する欄を設けており、各利用者のニーズを明示しています。個別支援計画策定にさまざまな職種による関係職員の合議や利用者の意向把握を含んだ手順を定めていません。 支援困難ケースの支援では、事業所単独で抱え込むのではなく、フォーマル、インフォーマルを問わず活用できる地域の社会資源を出来る限り動員し、地域のネットワークにより利用者の地域生活を支える方針で支援を行っています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は、通常半年ごとにモニタリングを行いますが、利用初年度の利用者に関しては、必要があれば3か月に1回のモニタリングを実施しています。モニタリングでは具体的到達目標や支援内容に対する評価を行い、評価結果は「個別支援計画評価表」に記載の上、利用者・家族に説明し、同意を得ています。職員には会議で周知を図っています。</p> <p>見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めていません。個別支援計画の評価・見直しに手順を決め、福祉サービスの質の向上に関わる課題等を明確にすることが望まれます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの実施記録については、情報を的確にかつ客観的に記載できる「記録作成のリーダー」を養成中で、今後リーダーを中心に記録の質の向上を目指すこととしています。今年度からパソコンのネットワークシステムが法人内で導入され、パソコン上での議事録の回覧など、速やかな情報共有が可能となりました。</p> <p>利用者の身体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ていません。組織における情報が的確に届くように、システムの活用が期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人作成の「個人情報保護規程」に、個人情報の取り扱いを定めています。また、事業所作成の「利用契約書」には個人情報の保存期間や利用者自身の記録閲覧について定め、契約時に本人・家族に説明を行っています。</p> <p>利用者から「個人情報の提供についての同意書」を取得する際に、同意書を必要とする理由、提供する情報の範囲、提供先、提供条件などについても説明を行っています。更に、記録管理の責任者が設置や個人情報保護の教育や研修が期待されます。</p>		