

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> 法人のホームページには、「2つの理念と11の基本方針」が明示され、事業所のパンフレットには、法人の理念と使命が明記されています。理念は法人、事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえたものとなっています。基本方針は、理念を踏まえ、より具体的であり、福祉サービスを実践する上で職員の拠り所になったものとなっています。しかし、理念や基本方針を利用者や家族にわかりやすく周知するための取り組みが充分ではありません。また、事業所内への理念や基本方針の掲示も確認できません。		

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> 法人本部では、社会福祉事業全体の動向について把握・分析しており、定例の所長会等で説明されています。見学者や利用申込者の動向、近隣の養護学校との情報交換などから、利用者に関するデータを収集分析して、事業計画や収支予算を作成しています。地域の各種福祉計画の策定動向の内容把握は不十分です。行政機関との連携を密にするなど、さらなる地域の動向把握が望まれます。		
【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。	a
<コメント> 開設2年目の事業所としての経営課題は、経営の安定に向けての取り組みとなっています。利用者ニーズの把握、職員体制、作業内容、製品の販路開拓などが課題となっています。これらの課題には、法人の役員間で共有するとともに、事業所の職員間でも情報共有して一丸となって課題解決に取り組んでいます。利用者の利便性等を考慮して、土曜日に月2回開所するなどの試みにも取り組んでいます。		

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><コメント></p> <p>理念や基本方針の実現に向けて、5年間の中・長期的な計画を策定しています。「法人の現状分析」「5年後のビジョン」「ビジョンを実現するための戦略目標」「ビジョンを実現するための年次計画」などで構成されており、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっています。しかし、数値目標の設定や収支計画の策定までには至っていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容になっています。給付費収入、製品販売収入、受注作業収入、工賃支給額、就労者数などを積み上げた収支計算と事業計画を作成し、数値目標や具体的な成果を設定したものとなっています。中・長期的な収支計画が策定されていないため、中長期計画を反映した単年度の事業計画として十分ではありません。</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><コメント></p> <p>事業計画は、職員の意見を聞いて策定しており、事業計画の実施状況は、上期、下期に把握・評価して、それぞれ事業報告書を作成しています。実施状況の把握・評価の結果は、次年度の事業計画の策定に反映していますが、当該年度中の事業計画の見直しまでは行っていません。事業計画は、職員会議等で職員に周知しており、計画内容を共有して所長、職員が一丸となって計画の実施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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画書を利用者、家族に渡しています。また、自主開拓した製品について、販促用に制作した広告媒体を紹介して、利用者・家族に事業内容に対する理解を得られるようにしています。しかし、利用者・家族に事業計画の主な内容を、分かりやすく説明する取り組みは充分ではありません。利用者に就労に向けてのモチベーションを高めるためにも、事業計画の主な内容についてイラストや写真を用いるなど分かりやすい資料を作成して説明をされることが期待されます。</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。	b

<コメント> 職員会議で職員の意見を聞いて計画を策定し、上期、下期ごとに実施状況の把握・評価を行い、その結果を次年度の事業計画に反映するなど、組織的にPDCAサイクルにもとづくサービスの質の向上に取り組んでいます。目標管理制度に基づき、職員の自己評価は実施していますが、事業所の自己評価はしていません。事業計画の実施状況の把握・評価だけでなく、事業所としての自己評価を制度化して年1回以上実施されることを期待します。		
【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
<コメント> 事業所の課題を明確にしており、職員間で課題の共有がなされています。明確になった課題について改善の方向性を検討しています。しかし、改善計画の策定するまでには至っていません。改善計画の策定及び実施は、単年度では完結できないことが少なくありません。中・長期的な視野を持って取り組むためには、中・長期計画の中で位置づけ取り組むことが必要となりますが、改善計画の中・長期的な計画への反映がなされていません。		

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
<コメント> 所長は、事業所の経営・管理に関する自らの方針と取組について、職員会議等で職員に説明をしています。事業所の職務分掌表には、所長の役割と責任が詳細に定められ、職員に周知されています。災害時の所長の役割と責任は、消防計画書に定めるとともに、所長不在時の権限委任については明確化しています。職員との信頼関係をさらに築くためにも、組織内の広報紙等で所長自らの役割と責任を積極的に表明することが期待されます。		
【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
<コメント> 所長は、法人の「法令遵守規程」「職員倫理規程」「ハンドブック」に基づき、法令を遵守するとともに、利害関係者(取引事業者、行政関係者等)と適切な関係を保持しています。ハンドブックには、理念、基本方針、職員行動指針、コンプライアンス、倫理行動綱領、苦情解決制度、虐待防止等が含まれており、職員の行動の拠り所になっています。また、所長は、所長会等の機会に法令遵守に関して勉強をしています。しかし、環境への配慮など幅広い分野についての法令等の把握と取組は十分には確認できません。		
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
<コメント> 所長は、福祉サービスの質の現状について、定期的、継続的に評価・分析を行い、課題の改善等について、職員会議や日常業務の中で、指導力を発揮して取り組んでいます。具体的な取組としては、月ごとに行動目標を表に落とし込んで実行に移し、進捗状況を日々点検できるようにしています。職員は、法人の策定した階層別、テーマ別の研修計画に基づいた必要な研修に参加できるようにしています。所長、職員が一丸となってサービスの質の向上に取り組む体制を整えています。		

【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
<p><コメント></p> <p>所長は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、毎月の試算表を作成し、収支状況の把握・分析と改善策の策定・実行をしています。特に、就労の事業所ですので、利用者の工賃アップが課題であるという意識を持っての取組になっています。所長は、事業所内に同様の意識を形成するよう、職員会議等で職員に働きかけています。定期的な職員との面談の中で、職員の意向の把握等を行い、所長、職員が一体となって効果的な事業運営に取り組みめるように職場環境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。	a
<p><コメント></p> <p>事業所が必要とする福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方及び具体的な配置計画は、運営規程や事業計画書に明記しています。人材の確保は、法人の人事部が計画的に行っており、福祉関係の就職説明会に参加したり、法人のホームページでの求人案内を中心に採用活動を行っています。計画的な採用時研修、フォローアップ研修、職場でのOJTにより効果的な人材育成を行っています。</p>		
【15】	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>法人の理念・基本方針に基づいた「期待される職員像」は、法人の事業計画の中で、13項目の具体例により明確にしています。「給与規程」「昇格・昇級規程」が定められ職員に周知されています。職員の職務能力、成果、貢献度等は、職員の「チャレンジシート」に基づいた中間期と期末期の面談等により評価をしています。毎年、定期的に職員満足度調査や職員意向調査をしており、その中で処遇に関することや将来のキャリアプランについてヒアリングをしており、職員の処遇改善の検討やキャリアアップの支援をしています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>所長は、職員の就業状況や意向の把握を年2回の定期面談や日常の業務の中で行っており、適切な労務管理につなげています。職員の就業状況は、有休台帳や残業申請書により把握し、心身の健康やワークライフバランスに配慮しています。法人内に職員の相談窓口が設けられており、外部にメンタルの相談を受けられる環境があります。勤務シフトの作成に当たっては、職員の希望を取り入れたり、有給休暇を取得しやすい配慮をしています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の事業計画書に、13項目の具体的な「期待される職員像」を掲げ、職員の目標管理のための仕組みが構築されています。目標の設定は、所長と職員の面談により組織の目標との整合性、チャレンジ度等を確認しています。所長は、目標等を作成した職員の「チャレンジシート」をもとに、中間期と期末期に面談をして、進捗状況についての確認やアドバイスをして職員の目標達成に向けて支援をしています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>職員行動指針や事業計画書の中に、「期待される職員像」を明示し、組織が目指す福祉サービスを実施しています。職員に必要なとされる専門技術についても、事業計画書の中に説明があります。法人の年間研修計画は、研修委員会により、階層別、テーマ別に策定されており、職員は必要な研修を受講しています。研修委員会では、研修を受講した職員の研修報告書を参考にするなどして、計画の評価と見直しを行っています。また、外部の研修機関主催の研修にも参加できるようにしています。</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><コメント></p> <p>定期的な面談や日常業務の中で、個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況を把握し、職員の経験や習熟度に応じて、OJTを適切に行っています。法人では、階層別・テーマ別に策定された研修計画に基づき実施しています。所長は、職員の職務や必要とする知識や技術水準に応じた研修を受講できるように配慮していますが、職員は忙しくて行けない等の課題があります。外部の研修期間の実施する研修にも参加できるようにしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「実習計画書」に、実習生の受け入れに関する基本姿勢が明文化されています。実習の目標や実習の意味などの記載があります。実習生の受け入れに関するマニュアルを整備し、学校側とは実習を円滑に進められるように連携、協力をして受け入れの準備をしていますが、開所後間もないという事情はありますが、まだ実績はありません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人及び事業所のホームページを活用して、法人、事業所の理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算等の情報が適切に公開されています。運営規程には苦情解決の仕組みについて明文化されており、事業所のパンフレットには、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が明示されるとともに、事業所の玄関に掲示しています。地域に向けては、ホームページの活用とともに、基幹相談支援センターにパンフレットを置くなどして情報提供をしています。</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><コメント></p> <p>経理規程や職務分掌表により、事務、経理、契約等のルール、職務分掌、権限責任は明確になっており、職員に周知されています。適切な経理処理等の確認のため、定期的に法人の経理部門による内部監査が実施されています。監査法人による監査支援等も実施されており、公正かつ透明性の高い経営、運営がされています。また、監査法人の指摘事項に基づいて、経営改善が実施されています。</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><コメント></p> <p>法人の事業計画に、社会的責任の基本指針として、「地域交流、地域貢献活動の拡充を図ります」とあり、地域との関わり方の基本的な考え方を記載しています。事業所では、定期的に地域の清掃活動を行い地域との交流を図っています。個々の利用者のニーズに応じて、基幹相談支援センターの情報を伝え、利用を勧めています。隣接の養護学校の協力を得て、学校内で事業所の自主製品の販売を行っています。しかし、社会資源について、掲示板の利用等による利用者への積極的な情報提供や地域の行事や活動に参加する機会が不十分です。</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。	c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れに関しては、「ボランティア受け入れ要領」にもとづき受け入れを行うことになっています。受け入れ要領には、登録手続き、事前説明等に関する項目が記載されています。また、学校教育への協力について基本姿勢が明文化がされておらず、実施も確認ができませんでした。ボランティア受け入れに向けて、社会福祉協議会への紹介依頼等もまだ行われていないなど、受け入れ準備が不十分となっています。</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><コメント></p> <p>利用者に福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を把握しています。横浜市障害者地域作業所連絡会に定期的に参加し、地域の共通の課題解決に向けた要望書の作成やアンケート調査に積極的に参加しています。また、その内容は職員会議で説明し情報の共有化を図っています。サービス担当者会議を開催し、相談支援事業所や障害者グループホーム等とケースカンファレンスを実施していますが、個々の利用者の状況に対応できる社会資源のリストの作成はできていません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題を把握するための取組を積極的に行っています。横浜市障害者地域作業所連絡会に定期的に参加し活動をしています。近隣の養護学校の進路担当の教員を通じて、生徒やその家族のニーズについての聞き取りをしています。そうした中で、地域では身体障害者の生活介護について、具体的なニーズがあることが分かり、その対応について法人内で検討をしています。</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><コメント></p> <p>手づくりマトジュースの製造・販売を通して地場の農業の活性化に向けた農福連携の取組を行っています。また、月に2回施設周辺や近隣のゴミ拾い、清掃作業を実施したり、近隣の養護学校の進路先としての受け入れを計画しています。把握した福祉ニーズ等にもとづいて公益的な事業・活動を行っていますが、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどに貢献したり、地域の防災対策へ取り組むまでには至っていません。</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><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢を明示し、組織内で共通の理解を持つための取組を行っています。運営規程・事業計画書にサービス内容を明示し、職員会議等で職員へ周知を行い、倫理綱領の読み合わせも行っていきます。</p> <p>アセスメントや面談で利用者や家族の要望を聞き取り、主体性を持って作業や活動に取り組むことができるよう支援しています。法人内外の研修に参加し、利用者の基本的人権への配慮について理解を深めています。</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><コメント></p> <p>運営規程・プライバシー保護マニュアルに明記し、利用者のプライバシー保護に配慮した支援を実践しています。利用者からの相談は、相談室や静養室を活用し、プライバシーを守れるよう配慮しています。車椅子利用者にもゆったり利用できる多機能トイレを設置し、トイレでの介助が必要な利用者への声掛け等はさりげなく行っていきます。職員は法人内の人権研修に参加しプライバシー保護に関する理解を深めています。利用者や家族にはプライバシー保護への取り組みを説明し同意を得ています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供しています。相談支援事業所や区役所などの関係機関にパンフレットの送付を行い、事業所では来訪者が閲覧、持ち帰りができるようにしています。ホームページを活用して情報提供し、利用希望者には不明点がないように丁寧に説明を行っています。見学、体験希望者の受け入れを積極的に行い、日程を調整して随時受け入れを実施しています。また、情報提供に関しては、適宜見直しをして最新の状況を伝えています。</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><コメント></p> <p>サービスの開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたり、利用者や家族にわかりやすく説明を行っています。利用契約書には振り仮名をつけ、理解しやすいよう工夫しています。不明な点や疑問点についてはその都度答え、理解を得ています。工賃の仕組みについてイラスト図を用いながら説明を行っています。利用者や家族への説明内容は、面談記録に記載し個別ファイルで保管しています。意思決定が困難な利用者にはイラストや写真等で説明し、家族にも詳しく丁寧に伝えています。</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><コメント></p> <p>福祉サービスの内容の大幅な変更は今のところありませんが、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮しています。福祉サービスが終了した後も、利用者や家族が相談できる旨を伝え、各関係機関にも連携、協力していく旨を伝えています。</p> <p>他の事業所や家庭への移行にあたり、入退所調整会議を開き検討内容を会議録に残していますが、サービスの継続性に配慮した申し送りの手順書や引継ぎ文書整備は課題となっています。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者満足に関しては、日常的な支援の中で把握し、対応する取組を行っています。年に2回、利用者・家族と個別に面談を行い、家族がどのように受け止めているかを聴取しています。福祉サービスの質の向上のためには、日常的に随時出される意見や要望等にその場で対応するだけでなく、聴取した意見や要望を組織として分析・検討し、改善課題の対応策への評価、見直しを検討していくことが期待されます。</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><コメント></p> <p>運営法人の方針により苦情解決の体制が整備されています。運営規程、重要事項説明書、苦情解決に関する規則に明記し、事業所内に苦情解決の仕組みを説明した掲示物を提示しています。</p> <p>「みんなの声ボックス」を設置しましたがほとんど機能しないため、利用者が苦情や悩みを申し出しやすいように毎月、少しの時間でも個別に話をするようにしています。</p> <p>所長会議等で法人内の事業所で発生した苦情内容、解決までの経緯について、プライバシーに配慮した形で情報共有しています。</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><コメント></p> <p>重要事項説明書で「適切な相談、助言、援助等を行います」と明記し、日常的な支援の中で利用者が必要に応じて相談したり意見を述べたりできる環境になっています。</p> <p>利用者が意見を述べたり相談したい時に対応しているため、そのための文書をわかりやすく作成していませんが、家族等とは日々の連絡帳のやり取りの中で、相談や意見を伺っています。相談室、静養室を設置し、プライバシーに配慮して相談に応じています。</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><コメント></p> <p>「みんなの声ボックス」を設置しましたが意見が入ることはほとんどありません。日常の支援の中で、利用者からの意見や相談について、その都度迅速に職員が対応しています。毎日のコミュニケーションや作業でのやり取りの中で、意見や要望を把握して信頼関係を構築するよう努めていますが、意見や要望、提案などを受けた後の手順、具体的な対応方法、記録方法などをマニュアルとして整備するには至っていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>運営法人内にリスクマネジメント委員会が設置され、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討実施が行われています。事故発生時の対応と安全確保については、マニュアル「事故発生時と事後処理について」により明確に定められ、職員に周知しています。事故発生時の対応と安全確保について責任、手順等を明確にし、職員会議の場でヒヤリハットの分析、事故発生事例の検討を実施していますが、職員に対して安全確保や事故防止に関する研修の実施が不十分です。</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。	b
<p><コメント></p> <p>感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制を整備し、感染防止マニュアルを作成して職員に周知しています。感染症の予防に関する勉強会を開催し、感染症対策として消毒用アルコールを設置し、朝と夕には手が触れる箇所の消毒作業を行なう等の予防策を講じています。</p> <p>事業所を開設して1年余りで、まだ感染症の発生がなく、実際の対応やマニュアルの見直しは今後の課題となっています。</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><コメント></p> <p>事業所防災マニュアルを作成し、災害時の対応体制が整っています。災害の影響を把握し、建物、設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じています。安否確認の方法を決め、職員に周知しています。食料や備品類の備蓄リストを作成し管理しています。防災計画を作成し、火災や地震を想定した定期的な防災訓練を実施していますが、今後、地域の消防署や自治会、福祉関係団体等との連携体制を作っていくことが望まれます。</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><コメント></p> <p>提供する福祉サービスについて、運営規程、重要事項説明書に標準的な実施方法を記載して、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関する姿勢を明示しています。</p> <p>業務マニュアルを年に一度見直しており、その際に提供する福祉サービスが実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認しています。標準的な実施方法について、職員に周知徹底するための研修や個別の指導等の方策を講じることが期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法について業務マニュアルとして整備し、年に2回利用者・家族と面談し、サービスの実施方法についての意見や感想を伺って面談記録に記載しています。モニタリング会議を開催し、個別支援計画の内容が反映されているかについて、作業の手順や仕事の出し方などを職員間で検討していますが、標準的な実施方法の見直しが定期的には実施されていません。</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><コメント></p> <p>個別支援計画策定のサービス管理責任者を所長が兼務しています。アセスメントシートを活用しエビデンスにもとづいた個別支援計画の策定を行っています。利用者や家族からニーズの聞き取りを行い計画に反映させています。年に2回モニタリング会議を開催し、個別支援計画に沿って福祉サービスが行われているか関係職員で協議し、課題解決に向けた目標を設定し、各年度の始めには見直しされた個別支援計画で福祉サービスの提供を実施しています。</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><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しについて、毎年9月と2月に見直しを行い、全職員参加のモニタリング会議を開いて職員間の合意を得た上で最終内容を決定しています。支援計画書の見直しにおいて支援方法等の有効性について検証し、見直しが必要な時には、アセスメントを再評価し個別支援計画案を作成して支援計画策定会議を実施しています。変更に関しては利用者の意向の確認と同意を得ています。</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><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を支援日誌に記録しています。支援記録は個別支援計画の内容に沿った記録をするよう所長が職員に指導し、記録によって計画にもとづくサービスが行われていることが確認できます。情報共有を目的とした職員会議を定期的に行っています。職員は全員業務アカウントを持ち、パソコンのネットワークシステムを利用して事業所内で情報を共有する仕組みができています。</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><コメント></p> <p>運営法人の個人情報保護規程によって、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関して定めています。記録管理の責任者を設置し職務分掌表に明記しています。職員に対しては、研修を実施しています。利用者や保護者には契約時に個人情報の取扱いについて説明しています。</p> <p>電子データについては、運営法人によって、法人のクラウド内フォルダでのパスワード付き保管、USBメモリの使用とスマートフォンなどでの撮影の管理、デジカメのSDカードの管理を徹底しています。</p>		