

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2つの理念や11の基本方針についてはパンフレットやホームページに明文化されている他、施設玄関にも掲示され周知が図られています。法人の理念や基本方針は入職時の新人研修内で配られるハンドブックに明記されており、内容は法人職員としての行動規範となる内容となっています。会議や朝礼、終礼等でも繰り返し確認の場を持ち、職員が常に理念や基本方針を意識できるような取り組みをしています。利用者に対しては利用開始時や家族会等開催時にパンフレット等で説明し周知を図っています。今後さらに理解しやすい工夫が期待されます。		

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。	b
<コメント> 所長は「藤沢市障害福祉法人協議会」「知的障害者施設協会」等に参加し、「藤沢福祉3ヶ年計画」の理解や地域の社会福祉の動向の把握に努めています。その上で施設の利用率やコスト等経営状況を分析し事業報告書に記載していますが、経営環境や課題・把握、分析が十分ではありません。その内容から次年度の課題を導き出し、次年度の事業計画に盛り込み、施設の理念に基づく事業運営となるよう努力しています。		
【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。	b
<コメント> 経営環境・経営状況の把握分析については毎月行われる三役会(理事長・常任理事・事務局長)や四役会(三役会+エリアマネージャー)、所長会議において行われています。その内容を基に経営会議(法人各部門の執行役員)で分析し課題を抽出し重点目標とし改善に取り組んでいます。課題に対する取り組みについて改善報告等により効果の検証も行っていますが、職員への周知が十分でない部分があります。職員全員が課題や取り組みについての改善結果が周知される仕組み作りが期待されます。		

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。	a
<p><コメント></p> <p>法人では法人の理念と基本方針に基づき、5ヶ年の中期計画を作成しています。中期計画は県内に110あまりの事業所を展開する大規模法人としての将来ビジョンがマスタープランとしてまとめられています。各事業所の経営課題等から具体的な目標を設定しています。平成26年4月～平成31年3月までの第三期中期計画が終了し、平成31年4月～令和6年3月までの中期計画が策定され、法人内のクラウドで共有化されています。</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
<p><コメント></p> <p>事業所としての単年度の事業計画は法人作成の中長期計画に基づき、前年度の事業計画の評価・反省点を踏まえて作成されています。内容は事業所の目的、方針、独創的な取り組み、運営、業務、会議、研修、年間行事計画、社会・地域貢献活動、苦情解決等で実行可能なものとなっています。成果については半期に1度確認しています。</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><コメント></p> <p>理事長からの重点目標を基に職員会議等で職員の意見を集め、所長を中心に事業計画がたてられています。試算表や月次報告等により評価を行い、必要があれば改善策を検討しています。事業計画の職員に対する周知は職員に資料を配布し職員会議、朝礼、終礼等で内容を説明しています。職員会議等は非常勤職員は全員が出席できてはいないので、今後非常勤職員への周知方法の確立が期待されます。</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>事業計画については施設入口付近に貼り出す他、湘南青葉会(家族会)の総会に所長が出席し説明する等で周知、理解の促しを図っています。事業所の活動については湘南青葉会の広報誌にて所長が近況報告として記事を掲載しています。事業計画は利用者や家族にも配布されていますが、特に理解しやすいような工夫はされていません。より理解を促す工夫が期待されます。</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
<p><コメント></p> <p>福祉サービス内容における課題等は職員会議等で話し合い、軌道修正が必要な場合はその都度実施しています。自己評価の基準の定めはありません。チェックの方法や分析・検討の場が組織として位置づけられてはならず、お互いの気づきや提案により行われています。今後は自己点検等において組織としてチェック方法や検討体制の整備が期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>第三者評価の自己評価等の内容について月2回行われる職員会議において確認・分析し、所長・常勤職員を中心に改善計画の策定に取り組んでいます。改善計画についても職員会議で周知する他、事業所PC内に議事録として記録しています。内容について回覧はしていないため非常勤職員に周知されづらく、計画策定に参画しにくい環境となっています。全職員が参画できる仕組み作りが期待されます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>管理者の役割は運営規定、組織図、職務分掌等に明記されています。内容は「管理者は事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業員に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行います」とされています。年に3回発行される職員が作成担当の「モンド通信」、湘南青葉会が発行する「青葉会便り」に所長挨拶を掲載しています。有事の際の責任と役割、不在時の権限委任については職務権限規程や災害時のマニュアル等に明記しています。</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><コメント></p> <p>管理者は倫理綱領や法人職員行動指針に基づき、障害福祉法等の社会福祉関連法令をはじめ、遵守すべき法令の理解のために法人が実施する虐待や身体拘束等についての人権研修・コンプライアンス研修、その他社会福祉関連法令についての外部の研修に積極的に参加しています。</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><コメント></p> <p>管理者は月2回開催される職員会議にてサービスの現状把握に努めています。職員会議課題を把握し改善のための取組みを事業計画に盛り込み目標の実現に向けた取組みをおこなっています。サービスの質の向上に向け職員の意見を反映するため定期的に職員アンケートや面談を実施しています。職員の教育・研修については法人の年間研修計画に基づき実施する他、外部の研修への参加も促しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>管理者は事業所の運営においてコストバランスや業務内容について常に把握するよう努力しています。法人の理念や基本方針の実現に向け職員が無理なくやりがいをもって働けるよう人員配置を検討しています。また、清潔で安全な職場環境の構築に向けた努力をし、経営の改善や業務の実効性を高める取組みを事業計画に位置付けています。</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>常勤職員は法人本部が採用し、非常勤職員は法人本部に相談の上事業所で募集・採用を行っています。新入職員に対する新人研修において法人職員としての目指す職員像を明確にし、階層別研修等において必要な知識や技術が身につけられるような体制を構築しています。メンターメンティー制度により法人内の別施設・別職種の先輩に相談できる環境を設けることもしています。社会福祉士相談援助実習計画により大学や短大、福祉専門学校等からの実習生を受け入れ人材育成にも力を入れています。実習を通して採用したケースもみられます。</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>法人の一定基準に基づく人事評価制度、給与規定があります。目標管理制度により職員自ら目標を設定し、定期的に上司と面談し、専門性や職務遂行能力、貢献度等を評価しています。定期的に職員アンケート実施や面談を行い意向調査をしています。福祉に関する資格取得のための勉強会を法人で開催する等、職員の目標実現への仕組み作りもできています。</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>職員の出勤、休暇、残業等についてはICカードの打刻によりPCのシステムで管理しています。職員の意向調査等を行い年に1回の健康診断の他、年に2回のメンタルヘルスチェックも行い、必要があればカウンセラーにも相談できる等職員の精神衛生管理体制もあります。有給休暇は年間に10日取得している職員は年度内に5日以上は利用するよう働きかけています。産休、育児休暇、慶弔休暇等も規定されています。職員に対しアンケートや意向調査も実施し働きやすい職場作りに取り組んでいます。</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>法人での人事評価制度の一環として「あしたのクラウド」を実施しています。職員が業務等の項目毎に目標を4段階に設定し、その目標達成のための具体的な取り組み等を記載しています。職員は自己評価と、評価者となる上司と年3回面談(目標設定、中間レビュー、目標達成度確認)を行い目標達成状況等を確認しています。</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>法人は理想とする職員像を具体的に示しその実現に向け、法人研修規定により研修委員会は年間研修計画を提示し職員の資質向上を図っています。内容は新人研修、全体研修、職種別研修、階層別研修、管理者・役職者研修、他施設職員との交換研修等が計画され、必要となる職員が受講できる体制となっています。また、人権に関する研修や精神障害に関する研修も計画され専門性を高める努力をしています。研修後には研修報告や実践報告会により知識や成果を発表し事業所全体の知識・技術向上をめざしています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>入職時の面談等により法人は知識や資格を把握、入職後は業務の中で上司が援助技術等を判断し必要な研修の受講や資格取得を勧めています。新人職員の相談窓口として上司はもちろん、メンターメンティー制度により別施設・職種の先輩が担当となり業務や他の相談を受ける仕組みがあります。法人内の職種別研修、階層別研修の他、神奈川県知的障害施設協会の開催する研修等の情報を提供しています。職員が研修に参加しやすいシフト組みをしています。</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>今年度より事業所作成の社会福祉士相談援助実習計画に基づき、社会福祉士を目指す大学生・専門学校生等の受け入れをしています。実習計画では実習課題、実習内容、主な実習方法についてのプログラムとなっています。指導は社会福祉士実習指導者研修を受けた所長が担当しています。受け入れている学校側との連絡や学校指導者の見学等により連携を図っています。受け入れの枠組みはありますが、受け入れマニュアル等の整備が不十分です。今後マニュアルやプログラムの整備が期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人ホームページに理念・基本方針、事業計画や事業報告、予算・決算等を掲載し情報を公開しています。理念や基本方針や法人パンフレットにも記載されている他、施設入口にも掲示し周知を図っています。第三者評価の受審結果も施設入口に掲示しています。苦情・相談についての対応や改善の仕組みはありますが公表の仕組みはありません。法人の基本方針やビジョン等については障害者福祉施設を運営する近隣8法人で形成される「ぽっぽNoバリア」に参加し明示しています。今後理念や基本方針を地域に向けて積極的な発信が期待されます。</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>事務、経理、取引等に関するルールは法人による経理規定等諸規定に従い、事業所の運営及び管理を行っています。法人規定の職務分掌や組織図により、職員の権限や責任について規定されています。事業所の事務、経理、取引等については法人監査部による内部監査が実施されており適正な運営となっているか評価、確認をしています。法人は外部監査法人による監査を実施し公正かつ透明性の高い経営・運営を行っています。</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><コメント></p> <p>法人理念、基本方針に基づき策定されている事業計画書に社会貢献・地域貢献の取り組みとして「事業所を地域の社会資源として積極的に活用してもらう」「地域に向けてできること」を明示しています。施設入口に事業所の広報誌や研修、後援会案内、藤沢市社会福祉協議会が行う「福祉なんでも相談窓口」のパンフレット等を置いています。事業所の運営するカフェは地域住民も利用できる他、パンの販売等は地域の病院、役所、要望により幼稚園等でも行い、利用者や地域の人々との交流の場となっています。</p>		
【24】	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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><コメント></p> <p>ボランティア受け入れについてのマニュアル等はありませんが、利用者の家族を製パン業務のボランティアとして受け入れていた実績があります。利用者の障害特性や食物製造といった事業内容から対応能力、衛生管理の面でボランティアの受け入れが難しい環境となっています。今後は施設で開催される「お楽しみ会」や「外出」等のボランティア受け入れを検討しています。養護学校からの実習や体験会、特別支援学級生徒の進路選択のための見学や相談等に対する協力を事業計画に組み入れ実施しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>地域の関係機関や行政相談窓口、医療機関、就労移行の体験先等のリストを作成しています。所長は藤沢市障害福祉協議会の幹事として毎月会議に参加、「知的障害施設協会の湘南東地区」にも参加し地域の関係機関、関連団体と地域課題の抽出や改善に向けての取り組み等を検討しています。また利用者を担当する相談支援事業所と定期的に連絡をとり、利用者に対しよりよい福祉サービスの提供ができるよう取り組んでいます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>事業所が運営しているカフェを利用する地域住民や、近隣の幼稚園、役所、地域の秋祭り、善行地区の子育て応援メッセ等でのパンの販売、施設内ホールを町内会や自治会の開催するイベントスペースとして開放する等地域住民との交流を通し地域の福祉ニーズ、生活課題を把握するための取り組みを積極的に行うことを事業計画に取り入れています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>藤沢市内の体育館等の管理を行う藤沢市みらい創造財団の主催する「ふれあいスポーツ大会」に参加し広く障害者スポーツを知ってもらう場をもっています。神奈川県社協事業「かながわライフサポート事業」にも参加し、横浜市中区寿町にて生活困窮者に対して炊き出しを行っています。法人や各施設で行う防災訓練の他、地域の防災訓練へ参加し、地域との協力体制の構築に取り組んでいます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の理念や基本方針に沿って作成され入職時に全職員に配布されるハンドブック等を基に、利用者を尊重したサービスの実施について新人研修やその後の研修、会議等で繰り返し周知しています。職員会議や朝礼、終礼等にて利用者の状況把握を行い、利用者個人に対し的確な支援ができるよう検討しています。法人の人権委員会による基本的人権についての研修を行い職員レベルの向上を図っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護については入職時に配布される職員ハンドブックによって周知し、法人作成のプライバシー保護マニュアルに沿ったサービス提供を行っています。利用者に対し個別対応が必要な場合はその空間の確保をしています。利用者個人所有の物には無断で触れない、呼称は苗字にさん付けとする、更衣や排泄に介助が必要な場合は同性介助で行う等を徹底しています。利用者や家族にプライバシー保護に関する取り組みの周知の課題があります。</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><コメント></p> <p>法人の理念や基本方針を明記したパンフレット、サービス内容や施設の特徴を記したパンフレット等を役所や学校、相談支援事業所に置いています。ホームページでも法人や施設の情報が確認できるようにしています。利用希望者に対しての見学は随時受け入れ、事業内容等について丁寧に説明しています。見学を通して利用希望があった場合は実習を行い利用に向けた対応をしています。組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容には至っていません。</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><コメント></p> <p>サービス開始時には法人の規定に基づき作成されたパンフレットや重要事項説明書でサービス内容等について利用者・家族に対し説明し書面にて同意を得ています。サービスの変更時には重要事項説明書の部分改定を行い、郵送や手渡しにて書面を渡し同意を得ています。意思決定が困難な利用者については家族、後見人、入所施設の職員が同意の支援をしていますがルール化はされていません。今後のルール化が期待されます。</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>他施設への移行については利用者の不利益とならないよう情報共有を図っています。移行先の担当者と電話連絡で移行理由を確認したり、フェイスシート、成育歴、長所や短所を書面で渡すことはありますが、引継ぎについてのマニュアルや規定の様式はありません。利用者の履歴書作成に支援が必要な場合は担当職員が支援しています。施設の利用終了後も担当職員が相談に乗ることはありますが、担当や窓口を書面で利用者や家族に周知はしていません。移行についての手順を定めたマニュアルや様式の整備が期待されます。</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><コメント></p> <p>レクリエーションの外出先、外食先などの希望をアンケートで取り検討しています。担当職員は年2回利用者の個人面談を実施し、相談や要望などを聞き取っています。昨年度から法人主催の「本人会」を開催し、利用者の代表が集まり、第1回目は、施設紹介や自己紹介などをしました。利用者から食事会の提案やわかり易いカードの作成などの要望や意見が聞かれ、職員会議で検討し、ストップカードの作成や食事会の企画に取り組んでいます。施設長は年1回開催の3ヶ所合同の家族会に参加し、施設運営や要望など話し合っています。今後定期的に事業所の提供しているサービス内容の満足度を図る調査等の実施と分析・検討の機会を設ける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>苦情解決に関する規則、苦情解決事務手続き(マニュアル)を作成し、体制の整備をしています。利用者や家族には契約書の苦情解決の仕組み、重要事項説明書の苦情受付についてで受付担当者など詳細に説明しています。事業所玄関先に苦情解決相談のチラシを掲示しています。ご意見箱の無記名用紙やこまめな連絡帳のやり取りを行い意見を出しやすく努めています。今までに苦情受付記録用紙の申請や苦情解決委員会にかけた事例はありません。「自閉症の研修会などもっと職員に勉強して欲しい」「グループホームの利用者の衣類が不衛生で仕事をしている」などの意見に対し、研修を年4回実施するなど、グループホームと連携し改善を図っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書には利用者・家族の相談支援について文書で明記しています。事業所の支援・活動全般、家庭環境・健康など生活全般、就職・実習、その他の悩み事について個別の相談の時間を設けていること、何時でも、誰でも、どんな形(口答・電話・連絡帳など)でもと説明しています。朝礼などで利用者の様子を見て、職員から相談に乗るように声をかけています。相談時は必要に応じ、別棟の部屋、食堂、他の部屋等本人の希望する場所に対応するよう配慮しています。</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><コメント></p> <p>職員から利用者に積極的に朝礼時や活動中もコミュニケーションを図り、相談や意見の傾聴に努めています。作業中手が止まったり、生活の状況が変わったり、様子が違ったりした場合や連絡帳の内容などにより、担当者や他の職員が声をかけています。相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等の整備や定期的な見直しはできていません。レクリエーション内容などアンケートを取り、意見の収集を図っています。相談内容は個人記録や申し送りノート、連絡帳に記録しています。相談を受けた職員は、必要に応じ、直ぐに主任や施設長に相談したり、申し送りや会議で話し合っています。法人作成の職員ハンドブックには職員倫理要綱が記載され、職員行動マニュアルに相談時の対応などについて具体的に記載しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人には危機管理室に事故検証委員会が設置され体制を整備しています。施設長は委員会に出席し、職員に会議等でフィードバックしています。ヒヤリハット発生時は、「ヒヤリハットシート」を記録しています。内容・対応・原因のチェック・問題・改善すべき提案などを記録しています。用紙には「もし最悪の事故になっていたら」とヒヤリから事故防止を図る検討もしています。事故発生時は施設長、家族への連絡、活動日誌の記入などの手順となっています。職員は、職員会議で報告書を基に安全の確保策の実施状況や実効性について再検討し共有を図っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人では感染症委員会を設置し、感染症マニュアルを作成し、管理体制を整備しています。施設長は委員会に参加し、職員に会議でフィードバックし、周知を図っています。感染症(ノロウイルス・インフルエンザ、新型コロナウイルスなど)予防のチラシを掲示し、情報を伝達し、予防接種などの促しを図っています。法人で新型コロナウイルス感染症予防対策のガイドラインを利用者、家族に配布し、職員に通知しています。カフェや製パンなど食品を扱う活動では、検便や手洗い、うがいの徹底を図っています。法人のハザップセミナーでは食品衛生に関する研修を行っています。事業所の感染症マニュアル等を作成し職員への更なる意識づけが期待されます。</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><コメント></p> <p>総合防災訓練を年2回実施し、火災の初期消火、避難・誘導を行っています。防災訓練を年1回実施し、地震を想定した避難場所への誘導訓練を実施しています。緊急連絡網を掲示し、訓練時は利用者の安否確認を行っています。「緊急時対応利用者個人情報カード」を作成し、利用者の心身の状態や服薬、かかりつけ医など記載し保管しています。来年度は行政に防災拠点事業の申請を行い、予算が下りたら、食料品や防災用品などの備蓄品の購入を予定しています。災害時に地域との応援体制や法人内他事業所との事業継続の協力体制など連携が図れるよう取り組むことが期待されます。</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>利用者個々の状況に応じ対応が異なるため標準的な実施方法は文書化されていません。支援の実施については、職員ハンドブックの職員の行動指針や行動マニュアルでは、利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護に関する姿勢を明示し、具体的な言葉遣いや支援方法を記載しています。入職時は個人情報保護規程や人権擁護について研修をしています。手順書等に基づいての実施でないため、確認の仕組みは整備していませんが、個人面談等で支援方法についての確認をしています。また日常では2人の職員を配置し互いに指導内容の確認をし合い、必要時は上司が指導しています。</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>利用者の状況が様々なため、利用者の個別の支援サービス内容は個別支援計画書を作成し見直し検証をしています。サービスの標準的な実施方法の整備ができていないため組織的な検証・見直しの仕組みも定めず、定期的な検証は図られていません。職員は個人面談等で自己の支援方法の見直しや2名の職員支援体制で互いに支援の仕方について話し合っています。今後は入職者の指導や自己の基本的サービス提供の振り返りに役立てられる標準的なサービス支援の実施内容等の手順・マニュアルなどの作成が期待されます。</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。
a	
<p><コメント></p> <p>担当職員は、利用者と直接、家族から直接又は電話などで、本人や家族のニーズを聞き取り、「ニーズ調査票」を作成しています。「アセスメントシート」で日常生活・対人関係・行動や態度を評価しています。「課題の整理表」では作業・活動・出勤状況・生活に対し現状・意向のニーズ・支援者の気になるところ・解決すべき課題を整理しています。整理表を基に、具体的到達目標・支援内容(内容・留意点)・支援期間・サービス関連機関・優先順位を記載し「個別支援計画書」を作成し、利用者・家族に説明し同意を得て、サービスの提供を行っています。</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><コメント></p> <p>担当職員は6ヶ月毎に「中間評価ニーズ調査票」を利用者・家族から聞き取り、「中間評価・課題の整理表(追加分)」で新たな課題を記録し、職員会議等で他の職員の意見を聞き取っています。「個別支援計画の中間評価」で到達目標・達成状況の評価(達成・ほぼ達成・未達)・達成状況の分析・今後の対応や優先順位を記録し、支援計画の見直しを図っています。更に年1回「個別支援計画の年度末評価表」で到達目標・達成状況・全体的評価・今後の目標設定など対応・目標終了及び目標の継続を行い、新たな個別の支援計画書を作成しています。但し、作成の手順書等、組織的な仕組みは定めていません。</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は、基本情報やフェイスシート、アセスメントシートなどで記録し把握しています。ケース記録には日々の支援内容を項目別、種類・種別ごとにわけ、日々実施した支援内容を記録し、職員間で情報を共有しています。会議等では主任、看護師、生活支援員、就労支援員、職業指導員など専門職員が参加し、情報の共有を図っています。法人主催で「新聞の力」の研修で記録の書き方などを学んでいます。記録類は事業者内の棚やパソコンで保管し、職員はいつでも閲覧することができ、情報共有を図っています。</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>個人情報保護規程には個人情報の管理、利用及び提供、開示、利用目的など、詳細に記載し、不正な利用や漏洩対策や対応方法が規定されています。個人データの管理者は法人の理事長であり、事業所での担当者は施設長となっています。職員には個人情報保護について研修を実施し、理解と共に遵守することを周知しています。利用者や家族には契約時に個人情報保護についてと記録の保管期間や記録の開示等の説明をしています。同時に個人情報の提供について理由・目的を説明し、個人情報の提供に関する同意書を取り交しています。</p>	