

### 第三者評価結果

事業所名：ワークステーション・菜の花

#### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;                  法人の理念や基本方針は法人ホームページやパンフレットに明記する他、施設内にも掲示しています。「障害者・児、高齢者のノーマライゼーションの実現」「ソーシャル・インクルージョン(共生社会)を目指す」を基本とし、福祉施設・事業所の使命や目指す方向や趣旨が読み取れる内容となっています。新入職員に対しては入職時の研修の際に配布する「県央福祉会ハンドブック」「県央福祉会職員倫理行動綱領」により周知しています。法人内の研修や会議等でも繰り返し理解を深める努力をしています。利用者・家族には利用開始前にパンフレット等により説明していますが、内容の理解はしきれていないことが課題と考えています。今後利用者・家族に向けた分かりやすい資料の配布等など、さらなる周知が望まれます。</p>	

#### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;                  管理者は地域の和海市障害福祉課課長、和海市内の障害者・児施設の管理者が参加する和海市社会福祉審議会への参加、行政からのメール、法人からの連絡、養護学校からの相談等により、地域の福祉サービスのニーズや潜在的利用者等の把握に努めていますが、具体的な把握には至っていないことを課題としています。経営状況は所長が毎月利用者数や利用率等をまとめ、法人に報告してコストも含めた分析を行っています。今後さらなる地域課題の把握と分析への取組が期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;                  管理者は毎月利用者数・利用率等の状況を法人役員に報告し、サービス内容、組織体制や設備の整備、人材育成、財務状況等を分析しています。分析の結果は毎月の職員会議において職員に周知し、課題や問題点を抽出しています。具体的には業務の効率化による残業時間の削減や、職員が「強度行動障害支援者研修」を受講して支援の体制強化、及び加算取得等を図っていますが、職員の理解には課題があります。</p>	

#### 3 事業計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
【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。	c
<p>&lt;コメント&gt;                  法人では2019年度以降の中期計画は案のみで策定されていません。法人ホームページには法人の単年度の事業計画・事業予算書が掲載されています。法人の事業計画は社会福祉全体の動向や法人の課題、改善に向けた取組、収支等となっています。今後、中・長期的な視野での課題や数値目標等を踏まえた中・長期計画の策定が期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;                  法人の中・長期計画は策定されていませんが、事業所における前年度の課題や把握した地域のニーズ等を基にした単年度の事業計画は策定されています。事業計画は「重点目標」「重点課題」をはじめ業務内容の見直し、研修、社会貢献・地域貢献等について明記されています。具体的な数値目標や成果等が設定されており、実施状況の評価が行える内容となっています。中・長期計画の策定と、それを踏まえた単年度計画の作成が期待されます。</p>	

(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

<コメント>

毎年年末に職員に対し「意見シート」にその年度の事業計画の実施状況を踏まえた次年度の事業計画に対する意見を集約しています。それを基に単年度の事業計画の原案を所長が作成しています。事業計画の原案を職員会議で職員に周知し、職員の意見や要望を取り入れて修正する形で策定されています。実施状況の評価や見直しは必要時に実施していますが、時期や手順は明確に定めていません。事業計画は職員会議において読み合わせを行う等理解に努めていますが、全員の理解まで至っていません。今後事業計画の策定・評価・周知方法の検討が期待されます。

【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

<コメント>

事業計画は年度始めの家族会(年4回開催)において書面の配布と口頭での説明を行っていますが、利用者に直接説明はしていません。家族会の出席率は低く、出席できなかった家族に対しては計画書や議事録を送付しています。事業計画の内容を分かりやすく説明した資料の作成等により利用者・家族の理解を促し、事業計画策定への意見を出しやすくする等の工夫が期待されます。

#### 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(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。

第三者評価結果

【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>

法人内での「管理者会議」「事務連絡会議」「運転者会議」「給食会議」等において事業所のサービスの実施状況を把握し、業務や設備の改善等を検討していますが、定期的な自己評価実施等の組織的な取組とはなっていません。第三者評価を定期的に受審し、評価機関のホームページで公開しています。今後定期的な自己評価やその結果に基づく課題の抽出、改善策等を検討する仕組みの構築、法人ホームページでの第三者評価の結果の公表等が望まれます。

【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。

c

<コメント>

事業の実施状況把握のための定期的な自己評価の実施等はしておらず、文書化もされていません。職員会議等で施設の課題や問題点等を共有し、改善に向けての取り組み、残業時間の削減等改善がみられた実績があります。今後、定期的な評価や課題に向けた改善計画の策定や見直し等について、実施方法や仕組みの構築が望まれます。

## 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

【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>

法人で作成している「職務分担表」や「運営規程」に職員の担当する内容について明記され、管理者は年度始めの職員会議で職員に周知しています。広報誌は発行していません。管理者の職務は「施設全体に関すること」「職員管理」「防災・緊急時の責任者」「苦情解決に関する最高責任者」等の記載がありますが、有事の際に管理者不在時の権限委譲等についての取り決めはされていません。今後、管理者の役割と責任について組織内で表明する手段の方法、管理者不在時の権限移譲についての明示が期待されます。

【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。

c

<コメント>

管理者は法人の経理規定等に則り、利害関係者との適正な関係を保持していますが、法令等の理解のための研修等への参加はできていません。今後、障害者福祉法等の社会福祉法令をはじめ環境への配慮等関連法令の理解のために法人内外研修への参加や、行政からの通知、法令改正、報酬改定等の理解への取組が望まれます。

(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>

管理者は朝・夕のミーティングや職員会議、日々の業務の確認や職員からの報告等で提供している福祉サービスの現状把握に努めています。福祉サービスの課題を把握し、職員会議において職員の意見も反映した改善策の提示・実行をしていますが、会議録や具体的な評価等書面の整備がされていない部分があります。福祉サービスの質の向上に向けて職員に「強度行動障害支援研修」「自閉症支援研修」「運転技術研修」等の法人内外でおこなわれる研修の受講を勧めています。オンブズパーソンが施設を訪問し、利用者の意見や要望を聞き、第三者委員や施設との橋渡しをして課題の解決を図っています。

【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。

b

<コメント>

管理者は法人・執行役員等との会議で毎月の利用者数等の分析を行い、業務や財務状況を把握し、業務内容や人員等を確認して適切な業務分担や職員配置等の見直しをしています。職員の働きやすい環境整備に向けて、職員会議での意見も取り入れていますが、職員の理解には至っていません。管理者自らが日々業務を確認する中で、組織全体で環境整備や経営改善、業務の効率化を図っています。

## 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

【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

<コメント>

職員の入退職は法人で把握し、適正な人員体制や配置を行っています。常勤職員の採用は法人が行い、非常勤職員は事業所で募集を行っています。人材確保と定着に取り組んでいますが、達成状況について職員は課題を認識しています。入職後には「職員倫理行動綱領」や「職員ハンドブック」等を用い、オリエンテーションや研修を実施し、その後も法人規定のキャリアパス等に基づいて資格取得や職務の内容等を身につけていく仕組みとなっています。法人による年間研修計画により受講が必要な職員に声をかける等、福祉人材の育成を計画的に実施しています。

【15】 II-2-(1)-②  
総合的な人事管理が行われている。

b

<コメント>

法人の理念に基づいた「職員倫理行動綱領」や「職員ハンドブック」等に「期待する職員像」が明記される他、人事基準により、採用、配置、異動、昇格等が定められています。法人の「評価制度」はありますが、評価や目標管理等について現在制度の移行中となっており、書面やシステムでの管理はできていません。現在は法人が職員の意向・意見を確認する機会をもっていますが、今後、職員の専門性・職務遂行能力の評価や、職員の意向・意見把握の仕組みの確立が期待されます。

(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組んでいる。

a

<コメント>

職員の残業、有給取得等を含めた就業状況は勤怠管理システムで管理者が確認し、毎月システムを用いて法人と共有しています。休暇の希望は毎月月末までに所定の書式で提出し、シフトを作成しています。休暇の希望が通るようにする他、介護や育児等家庭環境にも配慮しています。職員に年に1回の健康診断と年に2回メンタルチェックを実施し、職員の心身の健康管理をしています。必要に応じて法人内の相談窓口や医療機関に相談できる体制となっています。法人は年1回、意向調査を実施し、職員の意向を把握しています。日々の業務の中で管理者や職員同士の会話からも様々な要望を確認できるような体制としています。

(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>

法人の理念に基づいた「期待する職員像」が「職員倫理行動綱領」や「職員ハンドブック」に明記され、キャリアパス制度により必要な資格や知識・技術も規定されています。管理者は随時面談を行い、希望や業務において不安な部分等の聞き取りをしています。現在目標管理の仕組みの改変中のため、定期的な実施はありません。今後職員一人ひとりの目標管理や評価等が実施できる仕組みの構築が期待されます。

【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
--	---

<コメント>

法人の理念や基本方針実現のための「期待される職員像」は「職員行動倫理綱領」「職員ハンドブック」等に明記され、入社時の新任職員研修やその後の研修や会議でも周知が図られています。法人による年間研修計画の中に新任職員研修、専門職種別研修等があります。研修の実施状況は職員が提出する、研修報告書の確認等で研修内容や職員の感想等を確認・把握し、次年度の研修計画の策定に活かしています。

【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
--	---

<コメント>

個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況は入社時に確認し、法人のデータにて管理されています。入社後の技術や資格取得にはその都度データを更新しています。法人の年間研修計画に「階層別研修」「職種別研修」「テーマ別研修」「フォローアップ研修」等が計画される他、「強度行動障害」や「自閉症」等についての外部研修の情報も提供し、希望者や管理者が必要と認める職員の受講も勧めています。新任職員は法人の新任職員研修で法人の理念や基本方針等の教育の後、事業所で経験のある職員がOJTを実施しています。

(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
--	---

<コメント>

短期大学からの保育実習を受け入れています。実習にあたり学校の指導者と事前に目的や期間等の打ち合わせを行っています。法人の「実習生受け入れマニュアル」に基づきオリエンテーション時に「啓発ビデオ」や「職員ハンドブック」を用いて事業内容、障害特性や利用者対応について等の理解してもらい、その後実習に入ります。個人情報の取り扱い等について学校側が用意した承諾書を交わしています。実習半ばにも指導者は施設に訪れ、次週の予定を確認しています。今後、実習指導にあたる職員への研修や専門性に配慮したプログラムの構築が期待されます。

### 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
【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

<コメント>

法人ホームページに法人の理念や基本方針、ビジョン、地域における法人の存在意義や役割、事業計画・事業報告、予算・決算報告等を公開しています。ホームページでは事業所のサービス内容や地域の福祉向上に向けた取組についても記載しています。法人の「苦情解決に関する規則」があり、対応の仕組みは確立していますが、対応状況の公表はされていません。事業所の玄関にご意見箱「みんなの声」を設置しています。第三者評価の受審結果はかながわ福祉サービス第三者評価推進機構のホームページに公表されていますが、法人のホームページにはありません。今後、第三者評価の結果や苦情・相談への対応や改善の状況等について公表の取組が望まれます。

【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
---	---

<コメント>

法人による事務・経理・取引等に関する規程が整備され、管理者は理解し職員に周知しています。職員の職務や権限等は職務分担表により明確にされています。定期的ではありませんが、法人による内部監査が行われる他、法人はコンサルティング会社による監査や現状の評価、経営改善に向けた指導を受けています。管理者は法人の会議の報告内容を職員に周知し、経営改善に向けた取組を検討しています。

#### 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>&lt;コメント&gt; 地域との関わりは事業計画に明記され、大和市内の福祉団体や法人内外の障がい者施設等との交流、施設のイベントや自主製品の販売を行う等しています。地域社会福祉協議会が主催するスポーツイベントへの参加もしています。近隣の商店での買い物等で必要があれば利用者への情報提供や支援をしています。今後、事業者や利用者の理解を得るために定期的な地域との交流や参加への取組が期待されます。</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>	c
<p>&lt;コメント&gt; ボランティアの受け入れは重要と考え、地域のボランティアセンターに働きかけもしていますが、コロナ禍のため受け入れには至っていません。ボランティア受け入れに関する基本姿勢や受け入れマニュアルの整備がありません。今後、ボランティアの登録、配置、事前説明等を記載したマニュアルの整備が望まれます。また、近隣小中学校等の職業体験等の受け入れに向けた取組が期待されます。</p>	
(2) 関係機関との連携が確保されている。	
<p>【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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 地域の行政窓口、大和市社会福祉協議会、医療機関、養護学校、地域包括支援センター等関係機関との連携はしていますが、リストの作成や職員への周知はされていません。管理者は大和市が開催する大和市内の障害者・児施設から構成される大和市自立支援協議会に参加し、地域共通の課題等について検討し、解決に向けての取組を行っています。今後、関係機関とのネットワーク構築と職員への周知を含め、関係機関・団体のリスト作成と職員の共有が望まれます。</p>	
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
<p>【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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 大和市が開催する大和市内の障害者・児施設から構成される大和市自立支援協議会への参加、地域の病院の地域連携室、養護学校、大和市社会福祉協議会、地域包括支援センターとの連携や会議により地域のニーズや課題の把握をしています。自治会にも加入していますがコロナ禍のため開催や参加が難しい状況となっています。地域住民との交流や意見交換等により地域住民からの意見やニーズ把握の取組が期待されます。</p>	
<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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 社会貢献・地域貢献の取り組みは事業計画に明記されており、赤い羽根共同募金やペットボトルキャップの回収と選別をし、リサイクルをすすめる段階で得た費用で「世界の子どもにワクチンを日本委員会」を通じて発展途上国の子ども達への各種ワクチンを届ける活動を継続しています。大和市の女子サッカーチームの応援施設として法人のカフェでグッズ販売もしています。コロナ禍のため地域と共同での防災訓練等はできていませんが、大和市との「災害時要援護者の避難施設として社会福祉施設を利用することに関する協定」を結び、災害時には地域の障害者や住民等を支援することとしています。今後、福祉サービスの専門的な情報等を地域に発信できる仕組み作りが望まれます。</p>	

### 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>	b
<p>&lt;コメント&gt; 利用者を尊重する福祉サービスの中でも行動制限について職員間で理解を確認する機会を持っています。毎日の仕事の中で基本的人権への配慮を把握するように努めていますが、標準的な実施方法が理解されておらず、それについての研修も行われていません。標準的な実施方法を文書化するとともに、研修を計画することが期待されます。</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>	a
<p>&lt;コメント&gt; 個人情報取扱規定や事務マニュアルによりプライバシー保護に関するサービス提供の基本指針が記載されています。心身障害者のグループでは、排泄や着脱衣の際個室やカーテンを使用して、プライバシー保護に努めています。また、同性介護で支援を行っています。プライバシー保護について利用者の家族には口頭で周知するとともに、理解と協力を得ています。</p>	
<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。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 活動内容はホームページを開設していますが、更新はされていないようです。問い合わせがあった利用希望者に個別に対応を行っているため、パンフレットを公共施設等の多くの人が入手できる場所に置くことは不要と考えていますが、情報を積極的に提供することが望まれます。パンフレットは言葉遣いなども注意して、わかりやすいものとなっています。体験希望者には担当者が対応しています。</p>	
<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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; サービス開始時に重要事項説明書等で説明しています。契約書にはルビを振り、家族や利用者に分かりやすい説明に努めています。分からないところは何度も確認し、同意を得ながら進めています。一方変更時は計画担当者と連携して進めており、担当職員はいるものの、特別な資料はなく、変更時の同意といったものもありません。サービス変更時にも説明や同意を得るための対応が期待されます。</p>	
<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>	b
<p>&lt;コメント&gt; 他の福祉施設事業所の変更や家庭への移行について明確な手順や引き継ぎ文書は定めていませんが、計画相談支援者や移動先のホームと相談しながら対応しています。また、終了後は相談があれば対応しますが、明確に担当者や窓口の設置はしておらず、サービス終了後の相談方法や担当者に関する文書はありません。移行についての福祉サービスの継続や対応の充実が期待されます。</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>	b
<p>&lt;コメント&gt; 書面による利用者満足度調査は実施していません。年4回開催される家族会において満足度を聞くことで把握しています。宮ヶ瀬方面へのドライブ、ズーラシア遠足、ボーリングなどいろいろなレクリエーションの希望を認識しており、コロナ後を見据えて4月以降の活動として検討していく予定です。また、防災備蓄も置き場所を確保するためプレハブを建てることを計画しています。利用者満足度の把握や結果分析、検討を利用者も交えて実施していくことが期待されます。</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。

b

<コメント>

苦情解決の体制が構築されています。ポスターを作成し、掲示板等で掲示するなど、周知しています。アンケートや苦情記録の管理状況が十分ではなく、苦情内容に関する検討や対応策作成の実施も確認できない状態です。苦情等があった場合は、利用者や家族に配慮しながら家族会で公表しています。苦情解決の仕組みを十分機能させていくことが期待されます。

【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

<コメント>

利用者が意見を申し出たり相談がしやすいように、相談室を設けており、相談体制について掲示するなど、利用者や家族に知らせています。また、基本は面談ですが、コロナ過では利用者の権利擁護支援のオンブズパーソンによるオンライン相談もとり入れて、直接事業所と話をしなくても相談できる体制を整えています。

【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

<コメント>

利用者からの相談や意見が述べやすいように配慮しており、管理職も含めて対応に当たっています。意見箱の設置はしていますが、アンケートの実施は行われていません。相談や意見を記録していく手順も文書化していません。対応手順をマニュアルなどで文書化することにより、対応を適切に行い、さらに対応方法の見直しを定期的に行うことが期待されます。

(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

<コメント>

法人に危機管理委員会が設置され、リスクマネジメントについて話し合いが行われ、その結果は職員に伝えられています。また、事故発生時の対応手順はマニュアル化されています。事故は専用のシステム上で記録されていますが、事故の定義や記録の基準が明確になっていません。職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行う事が期待されます。また、誰がどのような手順で何を実施するかといったルール化には至っておらず、ルールの明確化が期待されます。

【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

<コメント>

法人が規定した「新型コロナウイルス感染症に関すること（ガイドライン）」があります。しかし、感染症について予防や発生時対応に関するマニュアルがなく、月2回開催される職員会議の場での管理者からの指示待ちとなっています。今後、法人のガイドラインに従い事業所としての対応フローチャートを作成し、利用者への対応や各関係団体との連絡調整を明確にしていくとしています。対応が期待されます。

【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。

a

<コメント>

地震、水害、火事などの災害について対応体制が決められています。川沿いに立地しているため、氾濫の危険がありそうな時に、迅速に対応できるように情報確認や一斉通報ができるように整備しています。防災訓練を実施しています。災害に備えて3日分の水や食糧を確保しています。災害時の利用者や職員の対応手順は周知しています。

## 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>&lt;コメント&gt; 運営規程に事業所のサービス内容等が明記され、「職員ハンドブック」に法人内施設共通の業務について標準的な実施方法が記載されています。事業所の提供サービスについての標準的な実施方法は「菜の花勤務マニュアル」が作成されており、入職時や職員会議にて周知しています。プライバシー保護や同性介助を基本とし利用者個々に合わせた支援方法は個別支援計画に記載され、職員にも周知されています。職員会議や半年毎のモニタリングを実施し、サービスの提供状況等について確認しています。今後、標準的な実施方法について見直しの仕組みを構築することが望まれます。</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>&lt;コメント&gt; 事業所での標準的な実施方法について「菜の花勤務マニュアル」が作成されています。個別支援計画に基づいたサービス提供が行われているかは半年毎のモニタリング等にて行っています。また、半年毎の支援検討会議において個別支援計画の評価を行い、利用者や家族の意見も踏まえて検討し、計画に反映しています。定期的な見直しの他、必要があればその都度見直しをしています。「菜の花勤務マニュアル」の見直しの仕組み作りが期待されます。</p>	
<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。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用開始時にサービス管理責任者が法人規程の様式によりアセスメントを実施しています。利用者・家族からの要望等を聞き、担当者を中心に個別支援計画の作成をしています。必要時には相談支援担当者や行政職員等の意見も確認して支援にあたっています。個別支援計画は基本的には半年毎の支援検討会議で評価・見直しを行う他、毎月の会議で実施状況を確認し、必要時には期間途中でも見直し・変更をしています。</p>	
<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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画は基本的に半年毎の支援検討会議にて評価・見直しを行い課題を抽出しています。その際モニタリングも実施し、利用者・家族の要望や意向も確認して計画に反映しています。家族の意見は送迎時や連絡ノートでも確認しています。個別支援計画書は利用者・家族に確認・同意を得ています。日常的に利用者の状況変化等を確認し、職員会議や伝達ノートを用いて共有しています。</p>	
<p>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 日々のサービスの実施や利用者の状況等は法人のシステムにパソコンで入力しています。システムの記録内容はパスワードで管理されており、それぞれの職員が確認できる仕組みとなっています。情報共有は職員会議や伝達ノート等で日々行われています。職員によって記録の内容や書き方、情報の分別等が統一されていないことが課題と考えています。記録の方法や内容、情報把握、伝達について職員毎の差異が生ずることなく、適切にできるよう指導の工夫が望まれます。</p>	
<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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 記録は「文書管理規程」により取り扱い方法が定められています。管理者を記録の管理についての責任者としています。個人情報保護は「個人情報保護規定」により個人情報の収集及び管理、利用、提供、開示、保存、廃棄等を厳正に行っています。利用開始時には利用者・家族に個人情報使用同意を得ています。個人情報保護は法人内外での研修で職員にも周知しています。事業所での個人ファイルは事務室の書庫に保管されていますが、鍵をかける等管理の徹底ができていません。今後、各規程に沿った情報管理の徹底が望まれます。</p>	