

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。	a
<コメント> 理念・基本方針は、ホームページや事業計画書に記載されています。事業計画書は実行可能な計画となっており、全職員に配布し、年度初めに全職員対象に説明会を実施しています。また、基本方針に沿った目標を会議にて振り返り、進捗状況の確認をしています。定期的に保護者会が開催されており、毎年年度初めに事業計画書を配布し、理念方針等の説明を行なっています。(今年度はコロナ感染防止の為保護者会の開催はない。)		

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> 福祉新聞や協議会の参加により、社会の動向など把握に努めています。経営状況の点では①コピー代・上下水道金や電気使用量を数値化・グラフ化した掲示を毎月行い職員への意識改善を図るようにしています。②稼働率についても、毎月提示を行ない、稼働率の確認を行なっています。職員・役員一緒になって事業経営に取り組んでおり、常に状況把握や分析も行っています。		
【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> 事業計画書に職員体制・人材育成についての記載がされています。また、監査法人が入っており、定期的な財務状況の確認が行われています。経営状況については、毎月行われている役職者会議にて課題解決・改善に努めています。また、現場へも朝礼・夕礼・会議等で報告し、周知を図っています。上下水道料金や電気使用量を数値化・グラフ化していく事で、現在の達成度、今後の取り組みを明確化出来る様にしています。		

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
<コメント> 法人の6つの取り組みに基づき施設の事業目標にて、中・長期的なビジョンを明確にしています。基本方針は毎年更新し、各職員へ説明会で周知しています。事業計画書に行動指標を明記し成果等を数値化するようになっていきます。また、事業報告書にて年度の成果を数値化し、見直しを行なっています。		
【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

<コメント>

事業計画書に中・長期内容の具体化されたものが明記されており、前年度の事業報告書に数値化された評価が反映されています。

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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p><コメント></p> <p>各係・グループにて会議を実施し、ご利用者面談・意見箱・たんぽぽ委員会の活動時などを生かし事業計画書が作成されています。また、実施状況の確認も行なっています。計画期間中の状況確認は、会議等で行ない意見交換も行い周知を図っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>当事者委員会(たんぽぽ委員会)で事業計画書等の説明をしています。保護者へは、定期的に行なわれている保護者会に職員が参加し、事業計画書等を配布・説明を行なっています。しかし、今年度はコロナ感染防止の為、保護者会の中止等もあり、希望者に事業計画書を送付している。利用者が分かりやすいよう、表を掲示するなどして、質問があった場合は随時答えられるようにしています。</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>サービスの質について、個別支援計画書・モニタリング・策定会議・見直しを図るPDCAサイクルに基づき適正なサービスが行われており、6ヶ月に一回以上の策定会議を実施しています。担当制でグループ・棟・係等で評価を統一する為に必要に応じてケアカンファレンスを実施し、適正なサービスが行われているか確認しています。自己評価については、人事育成制度マニュアルや職能等級基準書、人事考課表等で組織的に評価を行う体制が整備されており、年に2回人事考課において面談を行い評価を実施しています。第三者評価は3年毎に受審をしています。</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>事業報告書・事業計画書に評価結果や分析結果が記載されていて、改善策の実施が現在進行しています。また、事業計画書に職務分掌が記載されていて、職員の役割が文書化されています。</p> <p>法人経営会議、施設経営会議、部署内会議、係会議、グループ会議等を定期的に行う事で、職員間での課題共有を図っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>責任・役割等は事業計画書に記載されており、更に、経営・管理・職務分掌も明文化されており、年度初めの説明会で職員に周知しています。研修についても事業計画に年間予定が表記されていて、担当にて準備・実行しています。有事における対策として、事業計画書(組織図、職務分掌)で不在時の権限委任等を含め明確化されています。また、全職員へ災害時の勤務アンケートを実施しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>色々な福祉施設の会議等に積極的に参加し、法令等の得た情報を職員朝礼・夕礼で報告し職員間にも共有しています。法令に当たっては委員会活動や研修や担当職員を中心に定期的に、</p>		

員喫起に努めしています。法令に心した委員会活動や研修を、担当職員中心に定期的に行っています。また、労務士・監査法人等による定期的な指導が行われています。苦情解決・相談窓口・オンブズマンの活用など透明性のある、開かれた施設づくりを行っています。		
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。	b
<コメント> 色々な福祉施設の会議等に積極的に参加し、法令等の得た情報を職員朝礼・夕礼で報告しており、また、福祉新聞・雑誌を誰でも見れるように職員室に設置しています。変化のあったご利用者に対し、担当職員・相談員・サービス管理者・役職者中心に、迅速なケース会議の開催を行っています。具体的な取り組みを行う際、職員アンケートなどを行い、職員の声を反映した支援の取り組みを行っています。リスク的な気づきをヒヤリハットとして記載し、朝礼・夕礼で発表し、改善点など迅速な対応を行っています。適正なサービスの質を保てる様に、支援課による会議だけでなく、庶務課・栄養課もそれぞれ会議を実施する事により評価・分析を行っています。		
【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> 労務士・会計士・監査法人が入り、定期的に経営・業務の実効性の向上に励み分析を行っています。働きやすい環境作りとして、休憩時間の確保、年間休日108日を実施しています。美点尊重(他人を思いやる)組織風土づくりを積極的に進めています。施設長による定期的な面談の実施(年2回)と職員アンケートの実施(7月)。作業効果・生産性向上のための業務見直しとICT(情報通信技術)の活用。働きやすいやりがいのある職場づくり。職員教育やマニュアル導入などを明文化し環境づくりの改善に当たっています。各委員会・研修を定期的実施しているが、取り組みの継続が難しかったものを持続性のあるものに職員の意識改善にも努めています。		

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
<コメント> 法人理念に沿った人材育成を行うために、入職時に組織人としてのスタンス研修を実施しています。また、育成時に不明点が分かり易いようにマニュアルが作成されています。人材育成について、事業計画書に明文化されていて、職員との定期的な面談や日常の中でも相談しやすい環境づくりを心掛けています。役職者が人材育成の研修を受け、チームビルディングなど現場へ提示し還元しています。新人職員に対しては独立するまでチェックシートを用い、段階クリアする毎に話し合いの場を設けるなど、課題をそのままにせず、次につながる指導を行っています。その他支援員チェックシートなどを活用し、職員の状態などを確認出来るシートを活用して、職員が何もせず成長しないのではなく成長出来る環境づくりも行なっています。		
【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> 法人事業計画書、たんぼぼの家事業計画書(職務分掌)、相模福祉村人事考課マニュアル、「職能等級定義(基準)書」「人事考課表」等で「期待される職員像」が示されており、職務についても明確になっています。また、年に2回行われる人事考課にて職務に関する成果や貢献度等を評価していると同時に、チャレンジシートでは、職員自身が掲げた目標設定についての意見・評価・文責等も行い、職員の人事管理を評価しています。人事考課制度に基づき、等級毎の役割・事業計画書の職務分掌・チェックシート・マニュアル・面談の実施・チャレンジシートによる職員自己課題の抽出、マニュアルに沿った指導を行う事が出来ています。		
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

<コメント>		
今年度より年間休日108日・年間有給の取得を実施し、GW・夏季・冬期等には長期休暇取得の実施を行っています。また、企業内保育室も開設しています。その他でも、出産・育児休暇、介護休暇の取得が可能になっています。相模原市勤労者福祉サービスセンターに加入、メンタルヘルスケアの実施など福利厚生充実を図っています。外国人技能実習生を受け入れ、実習だけではなく生活面のサポートも実施しています。これは担当制にて行われ、訪問・相談・不安のない生活作りを心掛けています。		
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
<コメント>		
法人事業計画書、たんぼぼの家事業計画書(職務分掌)、相模福祉村人事考課マニュアル、「職能等級定義(基準)書」「人事考課表」等で「期待される職員像」が示されており、年2回の人事考課により、面談を、職能・等級による役割にて行なっています。また、職員各自が1年間取り組むための目標設定をし、半期に一度の定期面談を実施。人事考課・マニュアル・自己評価・チャレンジシートを活用し課題抽出をし、職員の育成に励んでいます。		
【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。	b
<コメント>		
職務分掌により役割を明確化し、専門性(研修)・基本(マニュアル)を活用し、自己チェックシートによる評価の実施を行い、期待される人物像が提示されています。また、専門知識等は、研修を定期的に行い、学ぶ機会を設けています。職員とは、年に2回以上面談を行ない、チャレンジにおける目標、進捗状況の確認や課題等を役職者が相談にのり、目標達成の為に足懸りとなる助言するなど行なっています。		
【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。	b
<コメント>		
人材育成のため様々な研修を毎年行なっています。その他、施設内研修年間予定が事業計画書に明記されており実施しています。また、在職年数等で新たな知識を得てほしい為、施設側から研修を推奨する事もあるが、今年度はコロナ感染防止の為、法人内研修で人材育成(OJT)研修のみが実施されています。その他の職員でも、研修案内が届いた際は回覧し希望者を募り、希望に応じて研修参加を推奨しています。		
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
<コメント>		
開かれた施設として、出来るだけ実習生等の受け入れを行なっており、受け入れに当たっては、担当職員が配置されています。実習生に関しては、事前にオリエンテーションを行ない、目的を持って実習に取り組んで頂くために、実習の目的・思いなどを聞き取り、思いに沿うような実習実施を行なっています。また、福祉を少しでも知ってもらいたい為に、実習期間中に法人内の施設見学も実施しています。実習に当たっては、個人情報同意書をもらうようにしています。		

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
<コメント>		
開けた施設を目指し、理念・基本方針等、事業計画書・事業報告書・ホームページ・機関紙などに明記し、施設の役割を知って頂くきっかけを多く作っています。また、正面玄関に苦情報告書を提示し、苦情を真摯に受け止め、即対応し、掲示しています。予算・決算情報は、監査法人の立		

ち入りがあり定期的な監査が行なわれています。また、毎月発行している法人紙・福祉村だよりを、地域自治会と連携して地域に配布しています。	
【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。
b	
<コメント> 事業計画書による職務分掌・運営管理規程・経理規程に基づく会計指導が実施されています。また、監査法人が入っています。	

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
<コメント> 法人計画書、たんぽぽの家事業計画書に地域との関わり方について基本的な考え方を文書化されています。毎日、施設周辺の清掃活動、小学生の登校時間に合わせて四谷交差点での旗振り活動、活動で歩行に出た際はご利用者と一緒に元気に挨拶を行なっています。また、4月1日の開所記念日や福祉村だよりの配布をご利用者と一緒に行い、地域の方との交流の場を作っています。福祉村だよりの配布は自治会と連携しています。また、自治会のソフトボール大会に参加したり、園主催の災害訓練に参加して頂いたりしています。施設行事等へのボランティア依頼している他、夏祭りは沢山の方がご来場いただけるようにポスティング・ポスター掲示など行い地域還元できるように取り組んでいます。		
【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
<コメント> 事業計画書にボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化しています。職場見学、職場体験、インターンシップの受け入れ要請があった際は、日程の調整をして積極的に受け入れています。ボランティアについては、毎年行事等で地元のボランティア団体へ依頼をしたり、文化祭に参加して頂き新舞踊を発表して頂いています。また、ご協力頂く際には、個人情報等の説明を口頭でさせて頂き、個人情報の同意書を頂いています。		
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
<コメント> 相談支援センターが併設されている為、情報共有がとりやすく、必要に応じてのケース会議が迅速に行われています。また、法人ネットワークを活用し、関係機関で定期的な連絡会(調整会議)を行なう事ができています。学校や行政を交えてのカンファレンスを行う事も出来ています。その他にも、福祉新聞や福祉雑誌、専門書などいつでも、だれでも閲覧できるように、所定の場所に設置され、利用されています。重要事項などは、重要部分をコピーし、各係に配布するなど情報共有が取れるようにしています。		
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。	b
<コメント> 地域との交流を大切にしている、毎朝行なっている地域清掃もその活動の一つであります。先日、日頃の挨拶・掃除活動に関してのお礼として突然高校生が来園してきた。日頃の活動が実を結んだと思われれます。その他には、地域の祭りや近隣保育園との交流会などが行なわれています。		
【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。	b
<コメント> 地域行事への積極的な参加。小・中学生の職場体験などの受け入れ実施しています。また、地域清掃や横断歩道の旗振り等を行っています。法人が掲げる災害時におけるBCP(事業継続計画)対応に準じて、当施設独自のBPC対応を作成し、被災時訓練を自治会の方をお招きして実		

施しています。また、献立5日分作成、職員勤務調整など被災時における備えを日頃より会議等でも話し合っています。自治会との連携、法人内との連携、三世代交流・生活困窮者支援・相談支援センター(南区)など地域コミュニティの活性化に取り組んでいます。

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
<コメント> 事業計画書の中に、理念や基本方針、倫理綱領の記載があります。法令に準じた権利・拘束・虐待委員会の設置を行ない、委員会が中心となった内部研修勉強会や新聞等に掲載された人権擁護の情報提示も行っています。人権配慮の意識付けとして、各フロアごとに標語を掲示し、毎日活動前に読み合わせを行っています。		
【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
<コメント> 事業計画書の中に職員倫理綱領及び行動規範が記載されていて年度初めの説明会で職員に周知しています。更に権利・虐待・拘束委員会・マニュアル委員会・運営規程等で、更衣場所・入口ドアの窓枠に暖簾を掛けるなどプライバシーへの配慮、車椅子などでも入れるみんなのトイレ設置、人権に関しての意見交換を行い、標語の掲示等を行ない職員へ注意喚起し、プライバシーの保護に配慮した対応を行っています。		
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
<コメント> パンフレット・福祉村だより・福祉のしおり等の写真使用は、本人・家族に同意を得た上で使用し、カラーで読みやすく近隣の公民館や学校に置いています。希望者には主に相談員による相談・見学の案内も適宜実施しています。写真などを用い、イメージしやすいように配慮した資料で丁寧な説明をしています。		
【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。	b
<コメント> 面談・相談を実施した上で、サービスへの見直しを行う、関係機関との情報共有・連絡等週1回行っている。福祉サービス利用に当たり、口頭と書面で説明し、重要事項説明書や契約書等をお渡ししている。個別支援計画書は本人同意の為、文章だけでなく口語・写真・見学などで分かり易く説明している。		
【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
<コメント> 入退所検討会議の実施、策定会議、ご利用者、保護者面談にて要望の抽出しています。行政・相談支援センターとの連携を行い、ご利用者・ご家族が気持ち良くご利用頂く為、細心の注意を払った対応に当たっています。また、移動などご利用に関しての変更があった時でも、ご利用者・ご家族が困る事ないように配慮し、必要に応じて書類提供等も行なっています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<コメント> 年2回ご利用者面談を行なっています。また、策定会議・個別支援計画・モニタリング・アセスメントなどのプロセスを大切に、ご利用者のニーズ(声)を大切に支援に活かせるようにしています。その他の時間でも、ご利用者が意見を出しやすいように、「みんなのこえ」と称した意見箱の設置や、当事者会を毎月第一月曜日に開催し、ご利用者の意見や要望をまとめご利用者満足の上昇に努めています。また、「聴いて聴いて」相談窓口を毎週設置し、希望ご利用者との面談を行ない、意見の改善等を図っています。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>契約書・重要事項説明書に苦情解決体制について明示されており、施設内からの声もお聞きしたいと思い「聴いて聴いて」相談窓口、「みんなのこえ」の意見箱を設置し、色々な意見を頂けるよう配慮しています。意見を頂いた場合は、迅速に対応するよう常に心掛けています。苦情窓口は、契約書・園内掲示物等に担当者の名前を分かるように記載してあります。苦情があった場合、早期解決・情報共有の為に情報紙を提出し、役職者が苦情であるか否かの判断が提示され、苦情報告書を作成し、苦情報告書完成後に苦情解決報告書を正面玄関に掲示し、情報公開を行なっています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>ご家族の方や地域の方からの声を大切にしており、声は直接届くことや電話などであるが、その他だれでも意見が言いやすいようにと正面玄関に意見箱を設置しています。意見は正面玄関に掲示させていただき、改善を図っています。また、常にプライバシーに配慮し、委員会からの掲示や啓発ポスターの掲示をするなど、プライバシーを確保した環境を提供しています。</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>ご利用者からの話はその場で傾聴し問題解決を図っています。当事者委員会を通して意見を把握し、意見を尊重した対応を行なうようにしています。施設行事で行なった納涼会では「写真パネルがあるといいな」とご利用者から意見が挙がり、担当にて作成展示しています。園にはマニュアル委員会が設置されており、定期的に行われている委員会で見直しを適宜行なっています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画書にリスクマネジメント委員会の責任者が記載されています。事故防止委員会も併設されており、ヒヤリハットが毎日のように上げられ、朝礼・夕礼で起きたことをその日のうちに委員会から報告がされ、情報の共有を図り事故防止に努めています。また、事故防止委員会で、ヒヤリの研修やヒヤリハットの集約・文責等を行ない、毎月報告書として挙げられています。マニュアルに関しても、事故発生時のものがあり、発生時はマニュアルに沿って対応しています。</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>BCP(事業継続計画)マニュアルを作成し、職員勤務調整など緊急時の備えを日頃より役職者会議でも話し合っています。また、職員アンケートを実施し、緊急時の職員の動きなども話し合っています。感染症対策のマニュアルがあり、手指消毒・吐物処理などの実践研修も実施しています。定時での消毒もチェック表を用いて実施しています。現在はコロナ感染対策の強化をしていて、定時での消毒もチェック表を用いて実施しています。また、定時での換気、緊急時用のマスク・ガウン等を各所に設置しています。</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>BCP(事業継続計画)マニュアルを作成し、被災時訓練を自治会の方をお招きして実施しています。その際は、炊き出し訓練も同時に行なっています。災害時、自治会との連携も確認しています。また、無線の設置も行えるようにしています。また、非常食時の献立5日分を栄養課にて作成用意しています。職員勤務調整など被災時における備えを日頃より役職者会議でも話し合っています。倉庫内は誰でも分かるように写真を添付しています。定期的に防災訓練等を行なっており、消防署等の立ち合いの元の訓練も行い、常に改善等見直しを図っています。ハザードマップを確認し、問い合わせに返答できるように準備しています。</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>事業計画書・契約書・重要事項説明書に基づき福祉サービスを提供しています。契約時には、権利擁護など人権に関する記載の説明を行なっています。職員へは、施設標語の提出を求め人権について考える時間を作っています。提出された標語は委員会で集約を行ない、各係で標語を掲げ、現場朝礼時に読み合わせを行なうと同時に、各フロア内に掲示し、常に意識出来るようにしています。</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>モニタリング・アセスメント・個別支援計画などの見直しを多職種が集まり策定会議を実施しています。サービスの説明・同意を得てから、サービス提供を行なっています。6か月に1回以上サービスの見直しを行ない、サービスの質の向上に努めています。また、ご利用者の状態変化等があった際は、時期に関係なく必要に応じてケース会議を行ない、検証・見直しを適時行なっています。</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><コメント></p> <p>サービス管理責任者を設置し、細かなアセスメント表に基づき個別支援計画を作成し、サービス提供を行なっています。定期的な見直しがあり、その際は策定会議と称して、多職種の職員が集まり意見交換を行なっています。ご利用者へは、解りやすいように説明しサインを頂いています。また、担当制を用いる事で、細かい聞き取り、家族との密なる関係作り、面談、電話での聞き取りなどを行う事ができています。支援困難ケースについては、アセスメントをきちんと取り、保護者の要望を取り入れ、ご利用者に寄り添った支援計画を行っています。必要に応じて適宜、ケース会議を行ない、計画変更も視野に入れて対応しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>誕生月を基本に定期的にサービスの見直しを行なっています。見直しを行なう際は、多職種者が集まり会議体で実施しています。会議はサービス管理責任者が中心となり行なわれています。食事などの配慮が必要な方など、支援課だけの思いではなく、広い視野での会議となる為、有効な時間となっています。会議後は、速やかに議事録を作成し、回覧・ファイリングする事で、周知を図ることが出来ています。緊急に変更した場合も同様であるが、緊急時はケアカンファレンスを実施し、夕礼・朝礼などで結果報告を行ない、変更があったことを周知できるようにしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者台帳・アセスメントを活用し全ご利用者の状況を把握しています。ご利用支援に対しては、個人サービス表に記載しています。記録は、1階職員室に保管していて全職員が閲覧できる状態になっているが、個人情報保護の為、取り扱い棚は施錠されていて、閲覧時には役職者に報告し開錠しています。内容については、サービス管理責任者や役職者が記載内容については個別に指導しています。また、研修で記録の書き方等を学んだ職員による研修を実施するようにしています。情報共有については、印鑑経路がある為、経路に応じての情報共有が出来ます。</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><コメント></p> <p>書類の保管は法令に基づき5年としています。台帳等の個人情報は、情報提供等に対応できるように永久保管しています。個人情報の取扱いについては、事業計画書の倫理綱領及び行動規範に記載されており研修でも意識付けを行なっています。情報提供については、契約時に確認・同意をもらっているが、提供時にはご本人及びご家族の承諾を再度得て提供しています。個人情報は、人権擁護と同じように大切に取り扱いしています。</p>		