

## 福祉サービス第三者評価結果表

### ① 第三者評価機関名

|                    |
|--------------------|
| 特定非営利活動法人エール・フォーユー |
|--------------------|

### ② 施設・事業所情報

|                         |                                   |           |
|-------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 名称：就労継続支援 A 型事業所むすび     | 種別：就労継続支援 A 型                     |           |
| 代表者氏名：押野 恵美             | 定員（利用人数）：14 名                     |           |
| 所在地：山形県寒河江市大字寒河江字塩水 4-1 |                                   |           |
| TEL：0237-84-1566        | ホームページ：https://www.social-try.jp/ |           |
| <b>【施設・事業所の概要】</b>      |                                   |           |
| 開設年月日平成 28 年 5 月 6 日    |                                   |           |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：        |                                   |           |
| 職員数                     | 常勤職員：16 名                         | 非常勤職員：9 名 |
| 専門職員                    | 介護福祉士 1 名                         |           |
|                         | 栄養士 1 名                           |           |
|                         | 調理師 3 名                           |           |
| 施設・設備の概要                | （居室数） 3 室                         | （設備等）     |

### ③ 理念・基本方針

#### 【理念】

我々は、この社会で人がひととして生きることを支援します。

我々は、地域の発展に寄与します。

我々は、個性をいかしきれる社会を目指し、社会福祉の新時代に挑みます。

#### 【基本方針】

障がい者のおかれている状況は、近年改善方向に向かっていると考えます。しかし、まだまだ、取り組まなければならないこと住まいや地域生活に向けての支援など課題は多くあります。また、人口減少が加速する中、人手不足が顕著になっていくと考えます。地域企業と連携し、当方を利用されている方と企業をむすび、地域の発展に取り組んでいきます。当法人は、地域のニーズに合わせ最短で支援を展開できるように取り組んで参ります。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 年に 1 回利用者アンケートを行い、職員全体で回覧しサービスの向上に努めている
- ・ 職員研修を月に 1 回行い、障がいに対する理解のための研修や他事業所の取り組みなど確認している。また年数回外部講師を依頼し、専門的な福祉の講習も行っている
- ・ 職員の質の向上の為、積極的に外部研修へ参加している。

## ⑤第三者評価の受審状況

|               |   |
|---------------|---|
| 評価実施期間        | 令和 6年 9月 11日（契約日） ～<br>令和 7年 1月 6日（評価結果確定日） |
| 受審回数(前回の受審時期) | 1回（令和3年度）                                   |

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### 1. 施設・職員と利用者の関係性について

本施設を経営・運営している「株式会社ソーシャルトライ」は、就労支援施設 A 型むすびとともに就労支援施設 B 型事業所、就労支援移行支援事業所、相談支援事業所を同施設内で行っており、施設側が利用者個々の状況、意向を丁寧に把握・理解し支援しています。また、利用者本位の多機能化を進めており、「大衆食堂むすび」の運営を手掛け、利用者の雰囲気も穏やかで生き生きとしたものが感じられます。

利用者と職員の関係性も、言葉かけが多く、良好な関係性や相談援助の積極的な取組が伺われます。施設の構造や振り分けも適切で、お互いの顔が見える環境作りが為されていると感じられ、利用者にとって安心して働ける居場所になっています。

#### 2. 安心・安全な福祉サービスの提供について

利用者が種々の事業に赴き就業をしている環境の中で、利用者の安全・安心を図る取り組みが積極的に為されています。特に感染症対策については、「感染症対策委員会」を設置し、月 1 回の社内研修を行うなど、担当者を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等をひらき、事例収集を含め研鑽を行っています。

### ◇改善を求められる点

#### 1. 中・長期を見据えた事業計画について

理念・方針等が HP やパンフレットで示され、前回の第三者評価（令和 3 年度）より改善が見られるが、それを文書化し落とし込むべき「中・長期事業計画」が策定されていません。中・長期事業計画は、利用者の安心を図るだけでなく、職員の目標や見通しを明確にする意味合いもあります。株式会社ソーシャルトライのビジョンや地域における役割、事業の状況把握がしっかりと為されていることを生かし、事業経営を取り巻く環境が変化していく中で、文書化し、職員全体の意見が反映されたものにしていくよう中・長期計画の策定を期待します。

#### 2. リスクマネジメントの体制の確保について

近年、自然災害の増加、感染症のパンデミックのような災害・脅威に対する BCP（事業継続計画）の策定が言われております。さらには、利用者の移動や就労先での不慮の事故等、考慮しなければならない内容も多岐にわたっています。

事業所の取組としては、「ヒヤリハット」、提出用の「事故報告書」の様式はしっかり

と整備され、記入したものはファイルにまとめて保管しています。これらの事例の分析により研修を行い、再発防止に取り組んでいます。

しかし、対利用者やそのご家族への情報提供として、組織としてのリスクマネジメント体制を構築し、その中での責任者の明確化や事故発生時の対応など、すべての職員がその体制を理解し共有できるよう周知徹底が望まれます。リスクマネジメント責任者の明確化、個々の事案に対する情報の収集や対応方法を加えた手順書（マニュアル）を整備し、職員参加の上で利用者の安全・安心に向かうように期待いたします。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者と職員の良好な関係性、相互援助の積極的な取り組みを評価していただいた。引き続き継続し、利用者に対しさらに安全な職場環境を提供していきたい。事業計画に関して、次年度は職員労務分野について盛り込むよう、さらに利用者及び家族に対して周知徹底するために明文化していくよう努力していく。

#### ⑧評価細目の第三者評価結果

別紙のとおり

## 【共通評価項目】

## 評価細目の第三者評価結果

※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。

※評価細目毎に第三者評価機関の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><br>理念・基本方針が明文化され、パンフレット、ホームページ等で掲載し周知している。また、職員への説明も進められており。利用者や家族への説明も「利用契約書」「重要事項説明書」等で丁寧に行われていることも評価できる。 |                                   |         |

## 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。 | a       |
| <コメント><br>施設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。「地域障害者関係事業所ネットワーク会議」への参加や利用者を交えてのイベント等で理解を深める等で利用環境を整え、経営環境の改善に取り組んでいる。     |   |         |
| 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><br>施設課題を明確にし、具体的な取組を進めている。月に一度以上の「管理者会議」で、経営状況の確認を全管理者で行っている。また、多種類の就業支援事業の融合を図り、人員配置状況や組織体制の向上についても話し合われている。 |   |         |

### 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。               | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人・施設のビジョンは、パンフレット等に表示されているが、組織として中・長期に向けての方向性や、職域としての理念の実現を図るための中・長期的な計画は書式化されていない。とりわけ、会計を含めた資金計画は変化の激しい「就業支援関係の福祉」の維持・向上のためにも策定し、職員の意識向上に向けてその共有やかじ取りに生かしていくことを期待したい。</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;</p> <p>単年度の経営・運営については、その分析を行い、方策を示している。また、利用者の数値目標等も話し合わせ方向性を出している。しかし、職員労務分野においては単年度計画に盛り込まれておらず、働く職員の方向性を示すためにも中・長期計画踏まえた単年度の計画の策定が望まれる。</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>事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われているが、一部の職員に限られている。単年度の経営・運営については、管理者会議等を行い、その分析を行っており、経営者（社長）から説明し周知している。計画的な評価・見直しの手順や時期が明確ではないため、職員の積極的な参画が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、イベント時に必要に応じて家族に説明を行っている。利用者本人に対する周知は、ホワイトボードに書き、その都度知らせている。利用者に理解を得るための取組に期待したい。</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。          | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に一度、「利用者アンケート」を行い、管理者で確認の上、結果を職員に公表している。毎年度自己評価を行うとともに、令和3年に第三者評価を受診し、その結果を率先して公表を行い、福祉サービスの質の向上に向けた取組を行っている。</p>                          |  |         |
| 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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員間で課題の共有化が図られ、事業所ごとの支援会議で改善策や利用者の改善計画が進められている。ただし、事前計画として落とし込み計画的・定期的に改善策や状況の評価を行い、見直しを行う形にはなっていない。計画に落とし込み、管理者・職員・利用者の理解を踏まえた実施が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>組織図・重要事項説明書をもって利用者に明示している。また各委員会や運営会議の場において職員に周知を図っている。広報誌等を活用し利用者・その家族への周知もさらに図りやすくなるものと考えられる。</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>OJT・OFFJTをもって関係法令や事業所内の周知に努めている。利用者が関わる多岐にわたる業種にも対応できるよう関係法令も周知し、利用者の労働環境や労働条件への配慮に努めている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>月に一回の内部研修を実施、職員の質の向上に努めている。管理者は定期的に職員と面談する機会を持ち、評価分析を実施している。e-ラーニング等も積極的に活用し職員が研修を受講しやすい環境整備をしている。</p>                                   |   |   |
| 13  | II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。     | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月に一回の管理者会議において経営課題などを共有し、前年より経営状態は改善している。会議の場において具体的な課題の抽出も行うことができおり、業務改善に役立っている。また職員全体に管理者の意識を周知でき双方に効果的な実践となるような事業運営となるような取組が望まれる。</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>合同面接会への参加などを通し人材確保に努めているが、指導員の不足などの課題がある。利用者から職員への雇用の実績があり、他の利用者の励みになっている。職員の長期的な育成計画があり、離職防止に寄与している。今後福祉人材の確保・定着等に係る具体的な取組や計画を明文化することが望まれる。</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>職員の自己評価や振り返りシートへの記入・管理者との面談を通して風通しのいい職場環境づくりに寄与している。現在キャリアアップや人事評価の明文化がなく、今後「期待する職員像」を明確にすることが課題と考えられる。</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組んでいる。        | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の労務管理の体制を文書で明示し、ストレスチェックアンケートの活用を行い職員の健康管理に努めている。また職員の事情に配慮し柔軟な働き方ができるよう個別の対応を実施している。</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>職員との年度内に複数回の面談を通して自己評価や個々の目標を確認し職員の成長に繋げている。組織としては、「期待する職員像」を明示されていないので、今後の明示に期待したい。</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>基本方針は明示され、研修委員会が中心となり毎年度の研修計画を策定している。研修担当職員を明示し、研修計画に組み込み必要な研修が受けられるよう整備している。職員一人一人に応じた目標水準・目標期間などは明示されていない為、今後の課題と考えられる。</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>新人職員研修や職種別の研修、職員一人一人がスキルアップできるよう研修受講やe-ラーニング等の配慮や情報提供を行っている。今後「期待する職員像」を根拠に管理者と職員が「なりたい姿」を共有できるようになることが必要と考えられる。</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教育・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>&lt;コメント&gt;</p> <p>高校生の職業訓練にも積極的に協力し、専門職としての看護師の受入れも行っている。法人・事業所の業務の理解を得るための取組をしっかりとしている。実習生等の福祉サービスに関わる取組をしているが、実習生等の受入れに当たり、組織としての指導担当やマニュアルは策定されていない。専門職の研修・育成に繋げていくためにも計画的な展開を期待したい。</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>第三者評価で評価された取組の結果を公表し、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。事業活動についても「広報誌」、HP等での広報にも取り組んでいる。ただし、(株式会社でもあり、)「予算・決算情報」等は、内部の管理者間に留まり、利用者や地域に対する情報公開とはなっていない。</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>b</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。事務、経理、取引等に関するルールや職務分掌と権限・責任が内部の管理者間に留まり、職員等への周知に至っていない部分が見受けられる。</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>a</b>   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。利用者のニーズや便宜を図っていくことについては、「就労継続支援施設A型」という事業所の内容からは回答が難しい項目ではあるが、就労支援を丁寧に行っている。</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>非該当</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</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>b</b>   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。ハローワークと就労に係る連携体制が整っている。利用者の就業先との連携を図るなど事業所として、前向きに取り組んでいる。ただ、事業所間においては、地域に同種の事業所が無いこともあり、ネットワーク化やアフターケアに課題が残されている。</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。                  | <b>a</b>   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ハローワークからの問い合わせが多く就労に係る連携体制が整っている。農福連の会議にも出席し地域の課題へのアプローチに努めている。また、対象者がいれば要保護児童対策協議会等への参加もしている。</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>b</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域のニーズにこたえるため法人内の施設での老人クラブへのスペース貸し出しや、福祉避難所としても機能している。法人としての取組を地域と共有し還元していくことが課題と考えられる。</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>b</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待防止に向けて「職員セルフチェックリスト」「体制整備チェックリスト」を整備し定期的に運用している。また定期的な職員研修の場で職員各自の意識を高めるよう努めている。倫理綱領等の整備が今後の課題と考えられる。</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>a</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に関してマニュアルを整備し、個人情報保護に関して利用者に同意書を取得している。また職員に対しても個人情報保護遵守のための誓約書を取得している。利用者が個別に相談できる場も整備しており個人のプライバシーに配慮している。</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>a</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法改正に合わせパンフレットなどを改訂し、各関係機関にも配布し周知を図っている。広報誌は毎月家族や地域に向けて発行し手に取りやすい工夫を実践している。</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>a</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス開始の際は重要事項説明書等を用いて利用者によりわかりやすく説明し、理解を得られるように配慮している。</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>b</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ワンフロアで他の事業も行う多機能型の事業所であり、利用の終了にあたっては、担当職員はもちろん相談支援事業所相談員にも関わってもらい、よりよい選択ができるようにしている。家庭への移行の場合はご家族にこれまでの経過を伝え、終了後も相談支援事業所が窓口となり相談できるようにしている。</p>              |   |          |
| 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>b</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回利用者にアンケートをとり、働く時間や仕事内容などの希望を個別に把握し、利用者満足の上昇を目指している。利用者の面談は随時行えるようにしており、利用者の意向や考えを積極的に聴くように努めている。</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。                      | <b>b</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の第三者委員は設置されていないが、苦情への対応について手順を定め、文書を相談室内などに掲示し知らせている。苦情対応の仕組みが機能するよう、職員にわかりやすいマニュアルを作るなどして、日頃の利用者とのコミュニケーションによる苦情聴取の他、より苦情が出しやすい工夫や苦情対応の見える化などが望まれる。</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>a</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談室を2か所設けており、普段から利用できる環境を整えている。職員に相談しやすい関係づくりをしている他、自分から職員に言いにくい利用者には、職員の方から様子を見て声をかけるように努めている。利用者に、職員以外の人にも相談できる仕組みになっていることを知らせており、利用者の信頼を得ている。</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>b</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内の掲示板に「ご意見張り出しコーナー」を設置している。相談や意見があった時には、利用者ごとの個別ファイルに記入し職員間で共有し対応している。言いにくいことを受け取れていない可能性にも配慮し、申し出に応えられるよう努めている。さらに組織的な対応となるようマニュアルの整備や見直しが望まれる。</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」、提出用の「事故報告書」の様式を使って、記入したものはファイルにまとめて保管している。事例の分析により研修を行い、報告書を提出してもらい再発防止に取り組んでいる。リスクマネジメント体制の強化や事故発生時の対応など、職員相互の実務的な取組としてすべての職員に周知することが望まれる。</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。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「感染時の対応マニュアル」を作成し感染症対策委員会を設け、年2回感染症予防研修会を開催している。ノロウイルス感染対策として、嘔吐処理の実技的な研修にも取り組んでいる。を施設の入り口に体温チェックの機器を設置し、手指消毒ができるようにしている。</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>非常災害対策計画、防災計画を策定し、救命救急法研修、消防署立ち合いでの避難訓練を実施している。災害時の備蓄は行っていないが、関連機関が運営する高齢者施設が隣接しており、備蓄を行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者向けの作業マニュアルを作成し、マニュアルに基づいて指導することで、指導者によって支援に差が出ないようにしている。パンフレット、運営規程、組織図などによりサービスは確認できるが、支援内容が不明確なため文書化により福祉サービスの向上につながるよう期待したい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの支援内容については、支援計画の見直し時期を定め定期的に行い、担当者の他の職員とも共有し、利用者の同意を得る手順で見直している。全体での標準的な実施方法については不明確なため文書化して手順を定める等の仕組みの確立が望まれる。</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福祉サービス実施計画を適切に策定している。     | <b>b</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントにおいて、自分の意思を言うことが難しい利用者に対しては、家族との連絡帳を作ってやり取りするなど、工夫して支援している。個別支援計画はサービス管理責任者が策定し、支援会議で各部門担当者の意見を集約、調整して計画を決定し、職員に回覧し周知共有している。支援が計画通りに適切に行われたか確認する仕組みづくりが望まれる。</p> |  |          |
| 43  | Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。             | <b>a</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は、定期的に担当者だけでなく職員と協議し評価、見直している。変更後の計画は、利用者の同意を得た後、職員に回覧し共有している。問題があれば利用者が相談しやすいように、普段から心がけており、緊急に計画変更が必要になる場合に対応できるよう努めている。</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、職員間で共有化している。 | <b>b</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障がい者福祉支援システムのソフトを用いて、身体状況、生活状況や利用者に関する福祉サービス実施状況を記録している。パソコンにより情報を職員間で共有し、利用者の月々の状況を的確に把握できるようにしている。</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>b</b> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報保護規定」を定め、就業規則にも守秘義務について明記し職員に示している。利用者、家族には、個人情報の取扱いについて説明し「同意書」により同意を得ている。記録の保管、責任者等について、現場レベルで明確化されていない部分があり、今後の課題である。</p>                                      |  |          |