

みえ福祉第三者評価結果

① 第三者評価機関名

株式会社経営志援

② 施設・事業所情報

名称：かすみヶ浦ブルーミングハウス	種別：生活介護・就労継続支援B型
代表者氏名：施設長 渡邊 淳	定員（利用人数）：生活介護 20名 就労継続支援B型 20名
所在地：三重県四日市市富士町8-5	
TEL：059-330-0327	ホームページ： https://www.blooming.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成11年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人四日市福祉会	
職員数	常勤職員： 7名 非常勤職員： 8名
専門職員	社会福祉士： 1名 精神保健福祉士： 1名
※重複あり	理学療法士： 1名 看護師： 1名
施設・設備の概要	3階建 作業室×2 食堂・事務室・相談室
	トイレ・男女ロッカー室 エレベーター、AED設置

③ 理念・基本方針

<p>【理念】</p> <ul style="list-style-type: none"> ★周囲を大切に思い理解に努める ★自立を支える ★より多くを学び成長する <p>【基本方針】</p> <p>事業の効率化と安心・安定運営の継続を目指す</p> <p>★近年、職員の育休や休職、異動などが重なり、経験年数の浅い職員が現場に多く、作業の対応や利用者さんの重度高齢化への対応が急務とされるため、利用者さんや職員の適性を良く見極めて適材適所に配置することで業務の効率化を図り、安心・安全に事業を継続できるように努める。</p>

④ 施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・長年培ってきた生産技術で受注先や消費者へ高品質な製品を提供している。高い生産性と技術力、納期厳守を徹底し、安心・安全・高品質のブルーミングと高評価を得ている。 ・業務改善にも注力し、毎月ヒヤリハット・業務改善会議、定期職場巡回を行い、利用者や職員が安心して働けるような職場環境の整備に努めている。
--

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年12月26日（契約日）～ 令和5年6月9日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	3回（平成30年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

【働きやすい環境の整備】

職員の時間外勤務の削減として、内勤時間の確保や支援記録の共有化を図っている。また、リフレッシュ休暇や時間有休、半日有休、ストレスチェックの実施や苦情・ハラスメントの相談窓口の設置、資格取得に向けたチャレンジ全額給付や資格手当の支給など、法人全体および事業所において働きやすい職場づくりに力を入れている。職員からも有休がとりやすい、風通しが良い、コミュニケーションが良好との意見があり、満足度が高い。

【安心・安全なサービスの提供に向けた組織的な取組】

利用者が安心・安全に過ごすことができるよう、リスクマネジメント体制を整えている。毎月のヒヤリハット会議や建物内を巡回することで、いろいろな視点から支援方法や作業環境等が確認と改善への気づきを得ることができ、継続的な改善に繋がっている。事故発生時の対応マニュアルは改良され、わかりやすい。また、感染症対策では、特に新型コロナウイルス対策に努め、利用者の感染はいまだ発生していない点は評価が高い。

◇改善を求められる点

【事業計画の策定】

法人の中・長期事業計画は策定されているが、事業所独自の中・長期事業計画のおよび中・長期収支計画の策定に期待したい。策定にあたっては、多くの職員が策定過程に関与し、課題を共有しながらボトムアップで計画が策定できる仕組みがあると良い。

【利用者満足の向上に向けた組織的な取組】

利用者の要望や希望を聴く機会は多く設けているが、事業所のサービスに関する満足度調査自体は行われていない点は、改善が望まれる。事業所に対する満足度調査が組織的に行われ、より利用者や保護者の満足の向上に繋がることに期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・今回、3回目の受審だったが、まだまだ事業所として改善すべき点が多かった為、今回の結果をもとに、再度見直し、改善すべき点は改善し、利用者さん職員ともに安心・安全に過ごせる施設を目指していこうと改めて思いました。

・現在の仕組みでは、非常勤職員へのアプローチが不十分である為、もっと非常勤職員が支援に対して参加できるような仕組みを作っていく必要があり、大きな課題であると感じました。事業所内の全職員が課題を共有し、ボトムアップを目指していきます。

・コロナ禍ということで、3年程は行事などの余暇活動ができない状況が続いていました。徐々にコロナ前の状況に戻れるように、少しずつ行動範囲を広げ、より利用者さんが楽しめるような活動を提供してきたいと思います。普段は、作業中心ですが、楽しいことを上手く取り入れながら、メリハリのある支援を行っていきたいと思います。また、内容を充実させるためにも、今回指摘のあった、利用者さんへのアンケートを充実させ、今よりも多く、利用者さんの意見を活動に反映させていこうと思います。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

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・b・c
<p>〈コメント〉理念を毎朝朝礼時に唱和するほか、事務所出入口や名札（裏側）に法人理念を明記し、周知を図っている。新人職員の入職時には、3日間の新人研修で、理念教育を行い、入職時に渡す教育ファイルには、規程やマニュアルのほか理念・基本方針に関する文書がファイリングされている。保護者へは年1回の保護者会での説明、利用者へは食堂に大きく掲示し、周知を図っている。さらなる取組として、広報誌等にも理念、基本方針を明記し周知することに期待したい。</p>		

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・b・c
<p>〈コメント〉事業収支の状況を常に把握し、利用者数、利用日数、利用率の推移を把握・分析し、収支改善に向け本部と対応を協議している。経営状況は、法人本部からの情報で把握している。特別支援学校の進路担当教諭との利用調整や相談事業所、市のケースワーカーからの情報提供等から地域の福祉ニーズの把握に努めている。地域の各種福祉計画策定の動向は、市の福祉計画報告会や自立支援協議会等から把握に努めている。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a・b・c
<p>〈コメント〉経営分析表で収支状況の把握、法人幹部会で課題への改善策を検討している。検討内容は職員会議等で公表し、周知を図っている。現状は、利用者の確保、職員の確保が課題として認識されているが、これらの課題に対して、事業所及び法人全体で具体化していくことに期待したい。</p>		

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・b・c
<p>〈コメント〉法人の中・長期事業計画は策定されているが、中・長期収支予算計画は策定されていない。中・長期事業計画の内容は具体性があり、目標達成時期が明確になっている項目もある。年度末に理事長が進捗状況等の確認と見直しが行われている。今後は、事業所独自の中・長期事業計画及び中・長期収支予算計画の策定が望まれる。</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・b・c
<p>〈コメント〉単年度事業計画は策定されているが、法人の中・長期計画を踏まえた事業計画とは言えない。また、具体的な数値目標や成果等は設定されていない点は、改善の余地がある。今後に期待したい。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉事業所の役職会議で次年度の事業計画について検討し、毎年3月に管理者が次年度の事業計画を策定している。実施状況の把握や見直しは、職員全体が把握できる取組ができていなかったため、事前に個別に意見を出してもらうようにした。職員が策定過程に関与し、課題を共有しながらボトムアップで計画を策定する仕組みの整備と、定期的な評価・見直しの実施に期待したい。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉保護者には、保護者会開催時に事業計画の主な内容を説明している。また、配布物等でも内容を公表している。今後の事業展開に活かす意味でも、計画への理解度の把握と、利用者や家族へのわかりやすい説明の工夫に期待したい。</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・b・c
<p>〈コメント〉内部監査内で福祉サービスの評価が行われているが、さらなる取組として、事業所にて行う第三者評価基準に基づく自己評価により、課題の抽出、改善策の検討・実施、その評価・見直しといったPDCAサイクルを構築することにより、組織全体でサービスの質の向上に繋げることが望まれる。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉内部監査の評価結果について、四半期・半期での見直しは行われておらず、見直しの内容等は記録されていない。前回の第三者評価結果からの課題の抽出と改善に向けた取組を実施しているが、その後の評価・見直しといった継続的な改善には至っていない。組織的、計画的かつ継続的な改善として、職員の参画と改善計画の策定、定期的な実施状況の評価と見直しに期待したい。</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 施設長は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を促している。	a・b・c
<p>〈コメント〉管理者の責任と役割は、職務分掌表や職員に配布している教育ファイル内の「管理者の役割について」で明確にしている。また、教育ファイルの読み合わせの際にも説明している。有事の際の管理者の役割と責任についても教育ファイル内の「緊急時対応について」等に明記し、配布と読み合わせにより周知を促している。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉コンプライアンス（法令遵守）規程を策定している。虐待防止研修（ブルーミング向上委員会）を月1回実施し、虐待防止に関する知識と意識を高めている。今後は、業務上求められる幅広い分野の法令・制度、施策の改正などの最新情報が、職員全員に行きわたるような研修機会の設定と、日常的に活用できる工夫があると良い。</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・b・c
<p>〈コメント〉毎週行われているケース会議で課題を抽出・検討したり、月1回の法人の幹部会議で事業の進捗状況を報告し、課題の共有や改善に向けて取り組んでいる。管理者は、改善策等の実施状況を日々の朝礼やケース会議で説明し、職員のモチベーションの向上を図っている。職員からも、日頃からコミュニケーションを積極的に取っている、風通しが良いといった意見があり、良好な関係性が窺える。</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・b・c
<p>〈コメント〉管理者は、本部からの月次試算表を予算と比較しながら事業所の収支を分析し、経営の改善に努めている。残業時間の軽減に取り組み、支援員の内勤時間の確保や支援記録ソフトの共有化を行っている。資格取得のためのチャレンジ全額給付や資格手当の支給、永年勤続表彰やリフレッシュ休暇、時間有休や半日有休、メンタルケアとして相談窓口の設置など、職員が働きやすい職場作りに努めている。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉人員体制に関する基本的な考え方や福祉人材の確保と育成に関する方針を法人ホームページの人材採用ページに明記している。福祉人材や人員体制の確保について、本部の採用チームが年間採用計画を作成し、効果的な採用活動を実施していることが窺える。また、人材育成に向けて外部研修、内部研修、フォローアップ研修等を実施している。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>〈コメント〉「求める職員像」に期待する職員像を明文化し、法人が求める一般的な業務の評価基準（人事考課制度）を作成している。就業規則に人事規程等があり、各階層への昇進には法人内の試験があるなど、昇進への道筋が明確にされている。組織目標と目標達成に向けた職員一人ひとりの実施目標を定めた目標管理シートを作成し、管理者による定期的な面談で目標達成に向けた能力向上を図り、目標達成の成果を実績評価等に生かす仕組みとなっている。</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り組んでいる。	a・b・c
<p>〈コメント〉管理者は、年2回の個別面談で職員の意向や状況の把握に努めている。毎年ストレスチェックを実施し、産業医への相談体制を整備している。苦情やハラスメントの相談窓口を明確にし、相談しやすい環境を整えている。職員からも、福利厚生の実感や有給休暇が取得しやすい等の意見がある、満足度が高い点は働きやすさを象徴しているといえる。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉「求める職員像」を明確にした上で、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを整備している。また、目標管理シートが人事考課の項目に取り込まれており、年2回のフィードバック面接で進捗状況や目標達成度を確認している。管理者は職員一人ひとりの目標を把握し、日々の業務内で目標との繋がりを示唆し、目標が達成できるよう支援している。</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・b・c
<p>〈コメント〉研修委員会の研修計画はあるものの、職員一人ひとりの研修計画は策定されていない。職員一人ひとりの研修計画を策定することで前項の目標達成に繋がり、また、育成と質の向上にも繋がると思われる。また、事業所として研修のねらいや目的、対象者をあらかじめ明確にした具体的な年間研修計画の策定にも期待したい。</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・b・c
<p>〈コメント〉職員の資格の取得状況を把握している。コロナ禍や人員体制を考慮し、外部研修を受講している。新人職員には、法人の研修に加えて、OJTとしてサポート職員が1名つき、1ヶ月後に達成状況を評価するシステムがある。さらなる取組として、職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTプログラムがあると良い。また、非常勤職員の一部しか研修に参加できない点は改善の余地がある。</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。		
	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。	a・b・c
<p>〈コメント〉法人全体で積極的に実習生を受入れている。実習生の受入れに関する基本方針や実習生の受入れマニュアルが整備され、学校と実習内容について協議・連携しながらプログラムを作成し、実習を行っている。社会福祉士の実習は、社会福祉士実習指導者研修を受講した職員が対応している。さらなる取組として、事業所で実習を受入れることも検討し、実習生のみならず指導者として職員を育成することも検討されたい。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉理念・基本方針・事業計画・事業報告・予算・決算等の内容は法人のホームページで公開している。その他、第三者評価の結果や法人の苦情解決の仕組み、ヒヤリハットの内容や件数も公開されている。また、広報誌は地域に配布はしていないが、ホームページに掲載している。法人の各事業所の概要等の情報を掲載するなど、総じて情報公開が適切に行われている。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉会計監査人による法人内各事業所の内部統制評価を実施、会計上のデータを確認し、毎年5月に監査結果を法人の監事に報告、法人監事による監事監査を実施している。内部監査で受けた指摘やアドバイスを運営に生かし、適切な運営に努めている。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉法人の中・長期事業計画に「地域との連携」「地域のあらゆる組織と連携する」方針を明記している。食堂に障害者就労生活支援センター、職業安定所、病院等の連絡先を掲示し、利用者の利用を促している。ブルフェスタや羽津地区のタウンミーティング参加、地域のお祭りの参加など多くの関わりを場を設けている。コロナ禍で多くのイベントが中止となっており、アフターコロナの取組に期待したいところである。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉法人でボランティア受入れマニュアルを作成し、活動開始前に研修を行い、利用者の個人情報保護を含む誓約書を取り交わしている。事業所では、中学生の職業体験を年に5~6名程度受入れし、事前説明を丁寧に行っている。</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・b・c
<p>〈コメント〉法人内の相談支援事業所の各種事業や行政の関係会議への参画を通して、地域の社会資源を把握し、必要に応じて連携している。今後は、利用者支援のための継続的な連携体制の構築に向け、既存の関係機関とのネットワークの内容を検証し、協働して利用者の問題解決に繋げる積極的な取組に期待したい。</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・b・c
<p>〈コメント〉法人内に相談支援事業所があるため、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握がしやすく、法人内で情報共有している。また、コロナ化で中止も多いがブルフェスタの開催や羽津地区まちづくり推進協議会への参加等、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、毎週水曜日のパン販売は、地域住民と交流する機会にもなっている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c
<p>〈コメント〉中・長期事業計画に「公益的な取り組みの充実」を掲げ取り組んでいる。地域のイベントへの参加やブルフェスタの開催、また、関係機関・団体との連携から具体的な福祉ニーズを把握し、これに基づき困窮者支援や福祉避難所の充実を検討している。事業所としても、特別支援学級で保護者向けの説明会や個別相談の機会を設けるなど公益的な取組に努めている。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉理念・基本方針は支援の基本姿勢とし周知している。法人内の虐待防止・身体拘束委員会にサービス管理責任者が参加し、事業所の職員会議内での研修や事例検討を通じて利用者を尊重した支援について理解を促している。虐待防止会議の際に職員が事業所内を巡回し、支援方法や作業環境等を確認することで気づきを得ることができ、継続的な改善に努めている。</p>		

29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・b・c
	<p>〈コメント〉更衣室はドアの中にカーテンを設置し、不用意にドアを開けた時中を見ることができないよう配慮が見られる。また、写真等は事前に使用の可否を確認している。日頃からプライバシーに配慮した支援は行われているものの、プライバシー保護に関する規程は確認できなかった。プライバシー保護規程の作成により、より職員の意識が高まることに期待したい。</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・b・c
	<p>〈コメント〉パンフレットを多くの人が手に取れる場所に設置してはいないが、法人のホームページで事業所を紹介しており、お知らせやコラムも定期的に更新している。職員の意見から、毎週水曜日のパンの販売時に地域の方向けに資料を置くなど改善を図っている。事業所独自の説明書は、写真やルビをふる等読みやすく工夫している。見学や体験時には個別で対応しており、特に作業体験（希望で実施）は、事業所での役割や過ごし方を利用者、保護者共に具体的に理解でき、不安を解消できる機会となっている。</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。	a・b・c
	<p>〈コメント〉サービスの開始時は、利用者や保護者にルビをふった利用契約書や重要事項説明書を用いて説明している。事前の体験や見学が、利用者や保護者の理解や安心にも繋がっている。変更時の説明や質問への丁寧な対応が記録からも確認できた。</p>	
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所等の変更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。	a・b・c
	<p>〈コメント〉事業所の変更の際は、法人の相談支援事業所と連携し対応している。利用者や保護者、相談支援事業所やグループホーム担当者、ヘルパー、サービス管理責任者等が参加するサービス担当者会議で、情報を共有し、著しい変更等により不利益が生じないように必要な情報を取りまとめ変更先に送っている。変更後の問い合わせにも対応しているが、より丁寧な対応としてサービス終了時に相談方法や担当者、連絡先等をまとめた文書等を配布すると良い。</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。	a・b・c
	<p>〈コメント〉サービスに関する満足度調査は実施していないが、行事の希望や嗜好調査等は実施している。日帰り旅行や欲しいものプレゼント、ビンゴ大会での景品、誕生日ケーキやピザ、お弁当を取り寄せる等の希望を実現している。利用者会はなく、法人全体で保護者の座談会はコロナ禍で中止しているが、利用者や保護者からの意見への対応記録は確認できた。事業所に対する満足度調査の実施が組織的に行われ、より利用者や保護者の満足の向上に繋がることに期待したい。</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・b・c
	<p>〈コメント〉苦情解決の体制を整備し、利用開始時に重要事項説明書等で説明している。食堂の意見箱やホームページのお問い合わせ、連絡帳等を通じて苦情や意見、希望を出すことができる方法を整えている。何かあればその都度対応している様子は記録から確認できた。公表が必要な事例は少ないが、プライバシーに配慮しながらホームページにて公表している。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉相談事や意見をいつでも受けることをポスターで掲示している。意見箱はあるが、利用者は気軽に意見や相談事を話しかけており、比較的話しやすい環境であると思われる。相談の際は、必要に応じて相談室で対応している。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉利用者から意見や相談の際は、その都度対応している。すぐに対応が難しい場合は利用者にもその旨を伝え、対応策を検討後説明している。利用者の意見や相談内容を支援日誌に記録し、職員全員で共有できるように努めている。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉リスクマネージャー養成研修を受講し様々なリスクへの対応に備えている。毎月のヒヤリハット会議や作業場の巡回の実施、作業現場に応じて安全靴を支給するなど安全面の対策に力を入れている。作業場の危険箇所注意喚起のポスター掲示も確認できる。ヒヤリハット内で検討された改善内容は、口頭や掲示にて職員に周知している。事故発生時の対応マニュアルは、ラミネートで色分けしてわかりやすくする工夫されており、安全への意識の高さが窺える。</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・b・c
<p>〈コメント〉法人の感染症委員会が感染症マニュアルを作成し、活用している。新型コロナウイルスやインフルエンザ等の対応フローチャートも作成し、一目でわかるようにしている。新型コロナ対策として、手洗いの励行、食堂のパーティション設置や食事のフロアを分けて人数調整、黙食の励行等、食事時は落ち着いた雰囲気を実施されていた。その他、全員のマスク着用や送迎車での検温と手指消毒、定期的な検温等予防に努めている。感染症発生時等の緊急時は連絡ツールを活用し、スムーズな情報提供が行われている。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉ハザードマップの確認、避難経路図の作成、定期的な避難訓練の実施等、万が一に備えている。避難訓練実施時は安全確認を行い、写真を残し記録するほか、実施後の振り返りで改善点を話し合い、次回の訓練に活かしている。また、利用者の緊急連絡網や職員間の緊急連絡のための連絡ツールの整備、外出中の災害時に備え、外出時ファイルを準備している。また、緊急時の持ち出しや備蓄品のリストを作成・管理など、災害時の安全確保に努めている。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉配慮を要する利用者の状況や特性に合わせ、個別に作成している。対応方法をわかりやすく色分けし、職員が共有して対応できるよう工夫している。日々の記録や1日の流れ、注意事項等は朝礼で伝えている。出勤時間により参加できない職員には、時間をずらし伝えるよう配慮している。しかし、利用者の支援について話し合うケース会議は常勤職員のみ参加となっている点は、改善の余地がある。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉業務マニュアルについては、見直す時期やその方法は定められていない。利用者に変化や対応方法が変わった際に、会議や朝礼で報告するなどして周知を図っている。個別支援計画については、職員の意見を反映させた毎月の評価表の作成と確認、利用者や保護者の意向を反映した半年に1回の見直しが行われている。</p>		
<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。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉個別支援計画は、サービス管理責任者がアセスメント記録やケース記録、その他の記録や日々の様子、利用者本人や保護者の意向に基づき策定している。策定後は、職員全員が閲覧可能な状態であるものの、実情は目を通していない状況も見られ改善が望まれる。また、アセスメント力や観察力を高めることにより、個別支援計画の意義や重要性の理解を促す取組にも期待したい。</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・b・c
<p>〈コメント〉個別支援計画の評価・見直しは、半年ごとに実施している。また、日々の記録や会議での意見から気づきを得るなど、実質的には毎月担当者によるモニタリングが行われており、課題やニーズの明確化と計画の見直しに繋げている。見直しした個別支援計画の周知については、前項目同様課題であり、今後の改善に期待したい。</p>		
<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。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉記録は統一した様式を利用しており、職員がパソコンに入力したものをサービス管理責任者が確認し、必要に応じて注意や訂正を促しているため差異は生じにくい。また、ネットワークシステムにより、担当者会議録、支援者記録、グループホーム記録、相談支援事業所の記録等も閲覧可能であり、法人全体で情報共有する仕組みが整備されている。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉個人情報保護規程に個人情報の取り扱い、就業規則に守秘義務に関して記載し、入職時の研修で周知している。ケースファイル等は外から見えないキャビネットに保管し、施錠管理している。使用後の不要な書類はシュレッダー処理を徹底している。利用者や保護者には、利用開始時に重要事項説明書や利用契約書で説明している。今後は、定期的な研修等により個人情報保護への意識がより高まることに期待したい。</p>		

改善計画書

施設名 かすみヶ浦ブルーミングハウス (担当者 荻田)

(作成年月日 令和 5年 7月 10日作成)

改 善 事 項 等								施設コメント	
(施設として特に優れている点)	1	利用者さんが相談や意見を述べやすい環境整備を行い、積極的に受け入れ、具体的内容を把握し、迅速に対応する。							
	2	利用者さんが安心・安全に生活できる体制を整備し、継続した取り組み。(感染症対策・避難訓練・ヒヤリハットなど)							
	3	法人・事業所内での研修の実施							
	4	第三者評価を積極的に受審している							
	5								
		課題・改善点	達成目標	期間	開始時期	達成時期	改善スケジュール(人・予算・情報・手順等)	担当	
(改善点)	1	サービスの質の向上に向けた取り組み。	第三者評価の18項目(Ⅲ-1以降)の定期的な見直し。	半年に1回			半年に一回、第三者評価の18項目を見直し、不十分な項目については随時改善していく。	全職員	
	2	利用者さんのプライバシー保護について。	プライバシー保護規定(マニュアル)作成。	1年	令和5年7月1日	令和6年6月30日	利用者さんにも分かりやすい書類を作成し、利用開始時に説明を行なう。全職員へも周知する。	サービス管理責任者	
	3	サービス終了後のアフターケア。	サービス終了後も必要に応じた対応が行えるよう文書作成。	1年	令和5年7月1日	令和6年6月30日	利用者さんにも分かりやすい書類を作成し、利用終了時に説明を行なう。説明は管理者またはサビ管が行う。	管理者 サービス管理責任者	
	4	定期的な利用者さんの満足向上調査の実施。	定期的な満足度調査の実施。	1年	令和5年7月1日	令和6年6月30日	行事やサービス内容についてのアンケートを作成し、定期的な調査を実施。アンケート内容については定期的に見直しを行う。	全職員	
	5								
工夫すればできること	1	標準的な利用者支援の記録・見直し。	非常勤職員を含めた全職員が共有する。	1年	令和5年7月1日	令和6年6月30日	パート職員へは、年2回のケース会議を目安に、サビ管から説明を行ない、周知徹底を行なう。	サービス管理責任者	
	2	非常勤職員の外部研修への参加。	勤務時間の関係で研修は難しいが、他の職員が参加してきた外部研修を、内部研修として受けることは可能。	1年	令和5年7月1日	令和6年6月30日	外部研修後、非常勤職員参加型の内部研修を実施する。	研修参加職員	
	3	理念・基本方針の周知が不十分。	職員・家族だけでなく、外部の方など、より広い範囲に周知する必要がある。	1年	令和5年7月1日	令和6年6月30日	朝礼・ホームページ・パンフレットだけでなく、広報誌などにも明記する。	全職員(広報担当職員)	
	4	年度事業計画の説明・周知	職員全体への周知と利用者さんへの分かりやすい説明と資料の作成	3~4か月	令和5年12月1日	令和6年4月1日	次年度の事業計画作成時に職員への意見を聞き取り、完成時に会議で周知を行う。また、年度初めに利用者さんへ分かりやすく説明して、また資料を掲示する。	管理者 サービス管理責任者	
	5								
予算化しないこと	1								
	2								
	3								
	4								
	5								