

## みえ福祉第三者評価結果

### ① 第三者評価機関名

株式会社シンクアクト

### ② 施設・事業所情報

名称：社会福祉法人 四日市福祉会 ブランチスプリング	種別：就労継続支援 A 型・B 型・生活介護	
代表者氏名：管理者 渡邊 淳	定員（利用人数）： 就労継続支援 A 型 10 名（6 名） 就労継続支援 B 型 20 名（23 名） 生活介護 26 名（16 名）	
所在地：四日市市別名三丁目 2-12 ・ 四日市市阿倉川町 8-7		
TEL：059-336-5022	ホームページ： <a href="http://blooming.or.jp/">http://blooming.or.jp/</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 21 年 10 月 1 日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人		
職員数	常勤職員： 12 名	非常勤職員 21 名
専門職員	（社会福祉士） 2 名	（介護福祉士） 5 名
	（精神保健福祉士） 1 名	（准看護師） 1 名
	（医師） 2 名	
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	作業室 3 室 * 従たる事業所 1 室	トランス製造ライン、パン工房 ガソリンスタンド

### ③ 理念・基本方針

#### 【法人理念】

- ・ 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

#### 【事業所 基本方針】

- ・ 法人の理念に則り、相手に立場になって物事を考えていく支援を目指す
- ・ 利用者の方それぞれが、活躍できる自立のかたちを見つけ支えていく

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

法人内にある他の事業所と連携し、就労支援、日中活動の場としての機能、役割を明確にし、様々な作業種目があるので、利用される方のニーズや適性に合わせた支援を実施している。高齢の方をはじめ、必要に応じてリハビリへの参加なども提供している。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 10 月 3 日（契約日） ～ 平成 30 年 2 月 22 日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	2 回（平成 24 年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

■利用者目線に立ったコミュニケーションが取られている

法人理念等の事業所から利用者へ伝える事項について利用者が理解しやすいイラストが用いられた資料が作成され、分かりやすく説明がされている。また、1対1で面談を行い、利用者の意見が汲み取られる仕組みがあるなど、利用者目線に立ったコミュニケーションが取られている。

■障がい者の就労環境を豊かにする取組が行われている

全国でも珍しいガソリンスタンド運営が事業として取り入れられている等、画一的ではない、新しい事業に意欲的に取り組んでいる。また、パン工房ではカフェが併設され運営されている他、余ったパンを地域の困窮者に配布する等の福祉的な取組も行われ、障がい者の就労環境を豊かにする取組が行われている。

◇改善を求められる点

■事業計画書の充実

現在事業計画書は策定されているものの、トップダウンの要素が強く、職員の関わりが少ない。職員が参画し、現場の課題や目標を盛り込んだ充実した事業計画書の策定を期待したい。また達成に至る道のりを明らかにし、有効な振り返りを行う為にも、数値目標を盛り込む事についても検討されたい。

■事業所の自己評価の実施

現在定期的な自己評価は行われていないとの事だが、事業所のサービスの質を向上させていく為にも、今回の第三者評価で行ったような自己評価を定期的に行う仕組みの導入を検討されたい。

⑥ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所の取り組みに対して、これまでを振り返る良い機会になりました。日々の支援だけではなく、事業所としてサービスの質を向上をさせていくために何が必要なのか、これから何をしていくべきなのか、現状の課題や不足しているところを外部の視点から

ご指摘いただき確認することができるとともに、良いアドバイスもいただくことができました。また、評価を進めていく過程で、時間がかかってしまったところもありますが、良い部分や改善が必要な部分について、職員間で意見し合い共有できたことも良かったと思います。

今回の受審を通して得られたことを、今後も継続して取り組んでいき、現状に満足することなく、振り返りや見直しを行っていくことを忘れず、よりよい事業所作りに努めていきます。ありがとうございました。

#### 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。		
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
<コメント> 各スタッフ個人に対し「教育ファイル」が配布されている。その中で理念が共有されている。他、部署ごとに朝礼時に唱和もされている。利用者向けにはイラストを用いて分かりやすく理念が説明されており、周知に努める姿勢が評価できる。		

#### 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。		
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
<コメント> 事業所レベルでは定期的なコスト分析や利用者推移、利用率等が把握され分析されている。また、PC上で職員の誰もがそれを見られるようになっている。利用者自治会からも意見をもらう等、情報収集に努めている。法人全体の経営に関する判断は理事長が中心になり行われているが、理事会等で法人の経営状況がどのように把握・分析されているかについては現場にはあまり伝わっていない。		
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
<コメント> 事業所の経営課題は「利用者確保」にあると明確であった。具体的な取組として、実習の受け入れや、関係機関との連携の強化を進めている。職員への周知も出来ているが、実際の取り組みを行うのは一部の職員に限定されている様子がヒアリングから窺えた。		

#### 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。		
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
<コメント> 中・長期的計画は策定されているが、収支計画はなく、具体的な数値目標が定められていない。目標設定や効果測定のためにも数値を盛り込んだより充実した中・長期計画の策定が望まれる。		
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
<コメント> 中長期計画を反映した単年度の計画が策定されているが、数値目標等が設定されていないので、取り組みを期待したい。		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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
<コメント> 一応の職員周知はされているがお知らせ程度であり、職員には身近なものとなっていないので改善の余地がある。事業計画の策定については職員の参画がされておらず、組織的な取組とは言えない。職員と事業計画との関わりをより深める対策を検討されたい。		
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
<コメント> 保護者への周知は通知文を送付しているのみ。利用者の理解を促す取組はされていない。難しいとは思われるが、今後の工夫された周知に期待する。		

#### 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。		
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
<コメント> PDCAサイクルによる組織的な取り組みは文書にて確認できなかった。第三者評価については評価に基づいて対策を講ずるとの事。定期的な自己評価の実施や評価結果を分析して具体的な改善に取り組む仕組みの導入等を検討されたい。		
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
<コメント> 法人内の事業所が毎年1事業所ずつ第三者評価を受審しており、その評価結果を法人内の全事業所で共有して改善に取り組む仕組みがあり、事業計画にも反映がされているが、PDCAサイクルを意識した計画的な取組にまでは至っていない。		

## 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。		
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図っている。	a・b・c
<コメント> 「教育ファイル」に明確に表記されており、職員へ伝える機会も確保されている。		
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
<コメント> 「教育ファイル」に明確に表記されている。しかし、福祉関連が主であり、それ以外の分野（雇用、防災、環境 等々）の法令については改善の余地がある。また法令を理解するための勉強会や研修についても充実が望まれる。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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
<コメント> 日頃の業務や職員会議等で職員を指導し、質の向上に取り組んでいるが、自事業所の評価分析に基づき職員の意見を吸い上げながら改善をしていく仕組みがない。管理者が個人的に取り組むのではなく、組織として取り組む事が望まれる。		

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〉          管理者の事業所経営に関する意識は高いが、職員の理解については十分にされているとは言えず、取組も組織的になっていない様子がヒアリングから窺えた。職員の意識を高める働きかけが望まれる。</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。	
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〉          人材確保・定着の為に具体的な計画は策定されていないが、人材確保についての活動は行われており、定着率も高い。今一度現状を分析し強みや課題を把握した上で、人材の確保・定着に関する計画を策定し、計画的に人材確保をしていく事を検討されたい。</p>	
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〉          人事考課制度が確立され、法人全体で人事管理が行われている。それに伴った面談が年2回実施されており、職員一人ひとりの状態も把握されている。</p>	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
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・b・c
<p>〈コメント〉          時間外労働については管理者が職員の様子をよく把握しており、時間外労働が発生しないように指導されている。また職員の意見を聞いて、職場環境の改善が行われている。職員が相談できる窓口が事業所の管理者以外にもあるとなお良い。</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。	
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・b・c
<p>〈コメント〉          キャリアパスや中堅試験等々が実施されている。反面、個人の目標が把握されておらず、職員評価の方法には改善の余地があり、目標管理制度を取り入れる事を検討するなどの取り組みを期待したい。</p>	
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〉          研修への参加は必要に応じて積極的に対応しているが、研修計画が策定されておらず、計画的な研修実施にはなっていない。今後の実施改善に余地がある。</p>	
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〉          研修への参加機会は十分に確保されている。しかし計画がない為、研修の進捗状況や過不足が把握しにくくなっており、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〉          法人で受け入れマニュアルはあるが、事業所での理解や受け入れ態勢などについては十分とはいえない。理解を深める取り組みに期待したい。</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。		
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
<コメント> HPなどで十分に公開されている。		
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
<コメント> 外部監査や内部監査を実施。特に経理については監査にて十分な管理がされている。		

### 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。		
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
<コメント> 法人として年1回のお祭りを開催。地域との交流の場となっている。しかし、近年は地域交流という目的意識が希薄化してきている現状がある。開催目的と実施内容の今一度のすり合わせが望まれる。		
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
<コメント> 法人本部にはボランティア受け入れのマニュアルがあり、法人本部で受け入れて各事業所へ派遣するという体制をとっている。事業所側の理解には不足がある為、理解の促進が望まれる。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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
<コメント> ハローワークやナカボツ等の機関と連携は取れている。連携機関の文書化や職員会議、定期的なケース会議での職員周知やスキルアップできる環境づくりに改善の余地があり、取組を期待したい。		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<コメント> 法人の施設が地域の二次避難所になっている等、一部、地域還元出来ている様子であるが、文書化がされておらず、位置づけが曖昧になっている。目的や手段を明確にし、今後も継続していけるような組織的な取組を期待したい。		
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
<コメント> 地域の生活困窮者へパンを配布するなどの取組が行われているが、地域が何を求めているの把握がされておらず、ニーズにもとづいた公益的な事業とは言えない。まずはニーズを把握する手段を確立する事を検討されたい。		

## 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。	
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〉</p> <p>毎日事業所内で理念を唱和したり「教育ファイル」を職員に配布している他、1回/月法人内でサービスの質の向上を検討するブルーミング向上委員会へ職員が参加し、話し合われた内容を事業所に持ち帰って職員へ周知を行っている。しかし職員の理解や意識にバラつきがあるのが課題となっている。</p>	
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〉</p> <p>月一回の会議の後で勉強会を実施、事例や共有化の機会を設けている。情報管理もできている。マニュアルはあるが職員に周知徹底はされていないので、勉強会を通じて共有機会を設ける取り組みを進めていくこと等を期待する。</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。	
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〉</p> <p>独自のパンフレットやチラシ作成に工夫を凝らしし発信している。分かりやすいイラストを用いた冊子があり、法人理念、ポイントを押さながらわかるように工夫をされている。赤本も作ったこともあるとのこと。場合によっては法人外の他施設の見学の機会も作り、比較検討できるようにもしている。一方で外部の相談事業所等への営業活動等は積極的に行っていないとの事なので、より積極的な発信を期待したい。</p>	
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〉</p> <p>利用者目線に立ったイラストを用いた冊子資料を作成している。サービス開始・変更には説明を行い、同意を得たうえで利用契約書を取り交わしている。</p>	
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〉</p> <p>他施設等への移行については、担当する職員が必要に応じて対応を行っている。変更にあたってのマニュアルや文書様式などはない。福祉サービスの継続性を高めるための引き継ぎの手順、報告の方法などを定めたマニュアル作りを検討されたい。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。	
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〉</p> <p>アンケートの実施、利用者・家族会の実施により、要望を聞き取る機会があるが、分析や分析を踏まえた改善プロセスが確立していない為、有効に活用ができていない。仕組みの整備が望まれる。</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。	
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〉</p> <p>苦情解決の体制は整備されているが、現在は苦情らしい苦情が上がってこないという状況である。事業所としては現状を良しとせず、より苦情を組織的に汲む方法を検討中との事で、その取り組みに期待したい。</p>	
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〉</p> <p>利用者へは資料配布や掲示物で相談や意見を気軽に言えるように働きかけを行っている。実際には日常の活動の中で職員と利用者が一対一で話をする場面で相談がされ、特定の職員が対応するケースが多い。複数の相手に相談できる事を利用者伝えるなど、より多くの手段提供ができるとなお良い。</p>	

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〉 利用者からの相談や意見に対しては個々の職員が個別に対応する事が多いが、職員の経験やスキルにバラつきがあり、組織的な対応とは言えない部分もある。マニュアル化や研修を通して「共通認識」を持つようにする等の取組を期待したい。</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。		
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〉 事故発生時の体制は整っている。またリスクマネジメントについての研修を管理者が受講し、サービスの質の向上に努めている。現在の施設の課題の一つとして、利用者の転倒事故が増えている事がある為、予防の為のヒヤリハット事例収集及び事例検討、事故対策等の取組の充実が望まれる。</p>		
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〉 感染症マニュアルに基づき定期的確認見直しを行っているが、職員の研修や勉強会の開催が十分とは言えない。より充実した取組を期待したい。</p>		
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〉 防災危機管理ファイルが整備され、避難訓練が実施されている。様々な事態を想定した訓練や、利用者の状態、出勤状況、日中の保護者との連絡体制を整備する等の取組を検討されたい。</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。		
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〉 業務マニュアルが整備され、標準化されたサービスが実施されている。</p>		
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〉 業務マニュアルの変更は適宜行われているが、定期的に見直す仕組みにはなっていない。定期的な見直しをする仕組みの導入を検討されたい。</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。		
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〉 利用者への聞き取り等を通じてアセスメントを行い、それをもとに個別支援計画が策定されている。計画策定は適切に行われている。</p>		
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〉 9月と2月にアセスメント、アンケートを実施、途中入所者については3か月後に実施をしている。ケース会議でアセスメントの内容やアンケート結果を職員間で確認の上協議がされ、計画が見直される仕組みがある。適切な見直しが行われていると評価できる。</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。		
	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>&lt;コメント&gt;          作業提供記録、支援日誌は詳細につけられているが、職員間での共有については十分に行えていないという課題意識が現場にはある。より実効的な仕組みづくりを期待したい。</p>		
	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>&lt;コメント&gt;          書類の保管については法人の管理規定等は無く、現場の判断で行われている。管理規定を整備したり、責任者を定める等、より組織的な取組を期待したい。</p>		

改善計画書

施設名 ブランチスプリング

(担当者 服部 夏子)

(作成年月日

平成30年3月16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	ヒヤリハットの報告や対策を継続していき、より安全・安心な作業場環境を整える。						
	2	利用者の作業適性、年齢・健康・体力面などの状態に応じた作業内容に取り組んでいただける環境作り。						
	3	健康チェック以外にも、利用者の状態に合わせて、日々の状態把握のための取り組みを強化する。						
	4	就労に向けた活動、日中活動の場としての取り組みなど、事業所としての役割をより明確にして、利用者の目的に合った支援にあたる。						
	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
取り組みの状況	1	業務マニュアルなど、各種マニュアルの整備・見直し。	内容の見直し・確認を会議で行う。PDCAサイクルの構築。	6ヶ月	平成30年4月	平成30年9月	マニュアル毎に担当を決める。新たに必要となってくるものについては、内容や担当を会議で検討し進める。	各担当職員
	2	事業計画策定・見直し時の、職員の参画。	現状、方向性を話し合う場を定期的に設ける。	1年	平成30年4月	平成31年3月	会議にて、計画の進捗状況や改善点（半期に1回）、利用状況や収益など（毎月）の数値も盛り込みながら、現状の把握と共有を行う。	管理者・副管理者
	3	第三者評価の結果に対する取り組み。	改善計画・各評価項目についての内容や取り組みを、確認・見直ししていく体制作り。	1年	平成30年4月	平成31年3月	月毎に改善計画の状況把握を行うとともに、各評価項目の内容を確認・整備する。	評価担当職員
	4	朝礼・会議へ出ていない職員への情報共有・周知	口頭による伝達、引継書を回覧する。	6ヶ月	平成30年4月	平成30年9月	朝礼や会議等で話し合われた内容について、口頭または引継書を作成して個別に回覧する。	管理者・副管理者
	5							
工夫すればできること	1	サービスの質・満足度の向上に向けた取り組み。	利用者・保護者への定期的なアンケートの実施。	1年	平成30年4月	平成31年3月	今回実施したアンケートを用いて、2ヶ月に1回行っていく。内容についても、同様の周期で検討・見直しを行う。	全職員
	2	事業内での研修計画の策定と実施。	各職員で月毎に担当を決め、その職員主導で研修を進める。	1年	平成30年4月	平成31年3月	年間計画を策定し、各職員でそれぞれの内容を担当して実施する。	計画策定：管理者・副管理者 研修実施：全職員
	3	防犯・防災に向けた取り組みの充実。	想定される災害や人災に対する訓練の実施。マニュアルの整備・共有・見直し。	1年	平成30年4月	平成31年3月	実施時期を定め、想定する災害や人災、訓練の内容を会議で検討。実施の際には、利用者にも実施する目的等を説明。	防災担当職員
	4	日課・作業環境の見直しと改善。	日中の活動時間の中に、定期的に作業以外の過ごせる時間と場所を作る。	1年	平成30年4月	平成31年3月	1週～2週に1回程度、余暇も含めた活動の場を設ける。実施時間や内容については、会議にて検討。	全職員
	5							
予算化しないこと	1	防災・減災に向けた事業所内の整備。	備品の整備や購入、事業所内の補修・補強。	1年～3年	平成30年4月	平成33年3月	日常的な報告や聞き取りを行い、それを元に会議にて検討し、段階的に進めていく。	管理者・副管理者
	2							
	3							
	4							
	5							