

第三者評価結果

事業所名：グランツ遠藤

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><コメント></p> <p>法人は、理念として「ソーシャルインクルージョン（共生社会）を目指します」「先駆的で開拓的な事業を展開します」を掲げています。理念・基本方針は、玄関ホールや作業室、事務所に掲示しているほか、法人のホームページ、パンフレットや職員ハンドブックに記載して周知しています。事業所では、入職時研修での周知に加え、職員との個別面談の際に毎年確認して、理解を深めるよう取り組んでいます。理念については、家族には、従来家族会で事業計画や予算とともに説明していましたが、コロナ禍で開催できないため説明できていません。</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><コメント></p> <p>社会福祉事業全体の動向や地域の福祉計画の策定動向は、法人が情報収集して分析しています。法人が把握・分析した情報は、所長が月1回の管理者会議（理事長、執行役員、管理者が出席）で情報収集しています。行政からの書類やメールでも情報を得ていますが、職員への周知が課題となっています。地域の課題や実情については、近隣事業所との情報交換や事業所が加入している自治会から情報収集しています。所長は、毎月損益状況について予算と実績を記載した試算表を作成し、収入、人件費などに関するコメントを記載して法人に報告しています。</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><コメント></p> <p>事業所では、収益の向上を図るため利用者数の増加を経営課題として掲げ、法人と共有して取り組んでいます。具体的な取組として、藤沢市の進路業務連絡会に参加して、養護学校の先生と情報交換しています。職員には、職員会議（常勤職員が出席）や作業室会議（全職員が出席）で、利用者を増加させる背景・目的などを説明し、理解を得られるよう努めています。会議に出席していない職員には、朝の打ち合わせでの説明や資料を回覧して周知していますが、所長は職員への浸透が課題と認識しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人は、理念・基本方針の実現に向けて、2022年度～2024年度中期経営計画を策定しています。事業所の中期展望も含め他計画における職員周知が課題です。中期経営計画は「既存事業」「新規事業」「法人本部」別に今後3年間のビジョン・方針、定量目標を明示した、目標実現に向けた3ヶ年のマスタープランとなっています。また、計画は、取組方針・事項を明確にして、経営課題や問題点の解決・改善に計画的に取り組めるよう、各種数値を明示した具体的な内容となっています。また、直近3年間の財務面の振り返りと、今後3年間の財務目標も明示した総合的な計画となっています。</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。	a

<コメント>

法人は、中期経営計画を踏まえて年度事業計画を策定しています。所長は、法人の中期経営計画や年度事業計画を踏まえて、事業所の年度事業計画を策定しています。2022年度の事業計画は、「事業所としてのユニークで独創的な取組」「今年度の重点課題」「実施運営」「業務」「研修」「会議等」「年間行事計画」「社会貢献・地域貢献の取組」「苦情解決」など12項目について、時期や頻度などを明示した、実行可能な具体的な内容で策定しています。

(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>

所長は、日常会話や個別面談、会議などから把握した職員の意見などを踏まえて、事業計画を策定しています。事業計画は、年2回、職員会議で実施状況や成果などの評価を行い、9月に中間報告、3月に事業報告を作成し、法人に報告しています。事業報告や職員の意見などを踏まえたうえで、次年度の事業計画を策定しています。事業所では、事業計画を策定後、書面で職員に配布し、職員会議で所長が説明して理解を促していますが、職員に浸透を図るため、更に理解を深める取組が期待されます。

【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>

従来、家族会において事業計画を書面で家族に配布し、所長が説明していましたが、コロナ禍で家族会が開催されていません。対面での説明に変わるものとして、家族向けに「グランツ遠藤からのお知らせ」（以下、お知らせ）を2ヶ月に1回程度発行して、事業計画の主な内容を伝えています。「お知らせ」では、イベントの内容や防災訓練などの業務を分かりやすく伝えています。「お知らせ」は、家族への連絡帳に挟み、全ての家族に案内しています。

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>

法人や事業所は、事業計画・個別支援計画の評価・見直しや、個人目標に対する自己評価の実施などにより、職員にPDCAの実践が身につくような仕組みを取り入れています。それぞれの評価・見直しは、所長がチェックしています。事業所では、3年ごとに第三者評価を受審しています。第三者評価の結果の分析・検討は、職員会議と作業室会議で行っています。第三者評価以外の事業所の自己評価は実施していません。年1回は事業所独自の自己評価を行うことが期待されます。

【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。	b

<コメント>

受審した第三者評価の結果に基づく改善取組は、改善実施計画を立てて実施するまでには至っていませんが、結果を踏まえて事業計画を策定しています。事業計画は、半期ごとに職員会議で評価・見直しを行っています。今回の第三者評価の自己評価は、職員の意見を踏まえて所長がまとめて作成しています。所長は、第三者評価の自己評価をした結果、経営課題や事業計画などの職員への伝え方に工夫が必要だと認識しています。今後、具体的な取組が期待されます。

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。	a

<コメント>

所長は、事業所の経営・管理に関する方針と取組を事業計画で明確にしています。また、自らの役割と責任については、2ヶ月に1回程度発行する「お知らせ」で表明しています。役割と責任の具体的な内容は、職務権限規程、運営規程に明記しています。職員には、会議などで所長が説明しています。法人は「危機管理対策本部要綱」で、職務の代行等についてのルールを定めています。所長はルールに基づき、不在時の権限は支援課長に移譲することを職員に会議などで周知しています。

【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。	a
---	---

<コメント>
 所長は、法人の階層別研修や外部講師による研修でマネジメントや経営、法令遵守などを学び、利害関係者と適切な関係を保持するよう取り組んでいます。事業所の業務は、障害者総合支援法、障害者虐待防止法、労働基準法、個人情報保護法などに留意して運営しています。職員は、職員ハンドブックをもとに、入職時研修や個別面談で法令遵守について学んでいます。事業所では、毎日の打ち合わせ時に、法令遵守に関するヒヤリハットも作成して共有することで、職員の遵法意識の向上に繋がっています。

(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。	a
--	---

<コメント>
 所長は、作業室の観察や活動日誌・業務日誌のチェックなどで、福祉サービスの質の現状について日常的に評価・分析しています。評価・分析は、理念・基本方針や事業計画などと齟齬がないかなどに基づき行っています。気になることがあった場合は、都度、個別に指導しています。福祉サービスの質の向上に向けて、日常の会話や個別面談、会議などの機会に職員の意見を聞いています。事業所では、利用者の要望を取り入れ、階段に手摺りを設置して安全に移動出来るようにするなど、環境整備に取り組んでいます。

【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。	a
---	---

<コメント>
 所長は、経営の改善や業務の実効性を高める取組として、職場の働きやすさを第一と考えています。人員配置は、ベテランと新人などの経験や相性を踏まえて行っています。職員の休暇などで要員が足りない場合は、所長がサポートしています。所長が現場の職員と働き、会話することによって問題点を見出し改善するように努めており、職員も評価しています。事業所では、帰りの打ち合わせで、職員に時間外労働の内容・時間を申告してもらうことで、仕事の効率化に対する意識を高め、時間外労働の削減に繋がっています。

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>
 法人は、福祉サービスの質を確保するために必要な人材や人員体制に関する計画を策定し、事業所と連携して採用や育成に取り組んでいます。人材確保の計画は職員に十分に周知・理解されていません。常勤職員の採用は法人が行い、研修を実施したうえで各事業所に配属しています。事業所は、採用前実習で協力しています。非常勤職員の採用は事業所が行っています。Webや広告のほか、職員採用チラシ（事業所や近隣の保育園などに掲示）や、他の事業所からの紹介などで採用しています。採用にあたっては、2次面接や実習を実施して、福祉の特性に合った人材を確保する体制を整備しています。

【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>
 法人は「期待する社員像等」を職員ハンドブックや倫理行動要領などで明文化しています。採用、配置、異動、給与などの人事基準は、就業規則に明示しています。常勤職員は、6月に所長と目標設定に関する面談を行い、年間目標を設定しています。その後、9月頃に中間面接、2月頃に年度末面接を行い、それぞれ自己評価と上司評価を行っています。非常勤職員は、目標設定は行いませんが、所長が年2回個別面談を行い意見交換などを行っています。法人全体として総合的な人事管理制度を整備していますが、職員の理解に課題があります。

(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り組んでいる。	b
---	---

<コメント>
 所長は、ICカードでの勤怠管理や有給台帳をもとに労務管理を行っています。また、個別面談や法人の意向調査で、職員の異動の希望、やりたい業務などを把握しています。健康診断、ストレスチェックで職員の心身と健康状態を把握しています。また、法人は、心のサポート相談室を設置して心理カウンセラーが相談に当たっています。法人の福利厚生会が、慶弔金の支給、健康診断費用の助成などを行うなど、事業所と法人が連携して、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。今後も継続的な取組が期待されます。

(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。	a
--	---

<コメント>

法人は、組織として「期待する社員像等」を職員倫理行動綱領で明文化しています。法人では、職員の育成を目的に、職員ごとの目標管理を行っています。職員は、職種・職位別に期待されるレベルの年間目標を検討し、6月に所長と面談のうえ目標を設定しています。所長は、職員との面談の際に、スキル、経験に見合った目標となるよう話し合っています。その後、9月頃に中間面接、2月頃に年度末面接を行い、それぞれ自己評価と上司評価を行っています。非常勤職員の目標設定は行っていませんが、所長が年2回個別面談を行っています。

【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。	a
--	---

<コメント>

法人は、職員倫理行動綱領・マニュアルに、期待する職員像や、職員に必要な専門技術を明示しています。また、職員研修方針や年間研修計画を策定して、入職後の年数・職位別に実施する階層別研修、各エリア・部会・委員会主催の専門分野別研修の2系列で豊富なプログラムを用意しており、研修後は、アンケートを実施しています。また、法人は、テーマ別の研修動画を作成し、職員がパソコンで受講できるようにしています。事業所では、行動援護就業者養成研修などの外部研修にも積極的に参加できるよう取り組んでいます。

【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>

事業所では、入職時の履歴書や、入職後の業務の実践の観察などをもとに、職員の知識、技術水準を把握しています。専門資格の取得状況は、法人の人事統合システムの登録情報により把握しています。事業所での新人のOJTは、作業室の先輩職員が行っています。法人主催の階層別研修と専門分野別研修で、対象となっている常勤職員と非常勤職員は、参加できるように勤務調整をしています。受講が必要な研修の参加費用は事業所負担とするとともに、研修受講を業務扱いとして研修への参加を推奨しています。

(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。	c
--	---

<コメント>

実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢が明確になっていません。また、実習生受け入れマニュアルなどの整備も不十分な状況で、実習生の受け入れもできていません。今後は、マニュアルの作成をはじめとした、実習生受け入れのインフラ整備に取り組むことが望まれます。

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>

法人はホームページで、理念や基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報などを公開しています。今回の第三者評価の受審結果は、かながわ第三者評価推進機構HPなどで公表します。事業所の苦情解決体制は、玄関ホール2ヶ所に掲示して公表しています。苦情・相談の内容や改善・対応の状況の公表は、現所長就任後の実績はありません。事業所では、理念や基本方針は見学者にパンフレットで説明しています。また、バウムクーヘンの販売店や公民館にリーフレットを置くなど、運営の透明性を確保するよう取り組んでいます。

【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>

事業所の経理関連業務は、経理規程に基づき実施しています。経理規程は、事務室に備え付け、閲覧できるようにしています。事業所では小口現金のみ取り扱っています。経理処理で不明な点がある場合は、法人の経理部に相談しています。事業所は、現所長就任後(1年6ヶ月間)、法人の担当者による内部チェックを受けていません。法人は、事業、財務などの経営状況について、監査法人による外部監査を受けています。指摘事項があれば迅速に対応して経営改善を図るなど、適切な経営・運営のための取組を行っています。

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 利用者との交流を広げるための取組を行っている。</p>	b
<p><コメント> 地域交流の基本的な考え方を事業計画で明示しています。従来は、3月に事業所のお祭りを実施し、100名を超える地域住民が参加し交流していましたが、コロナ禍で中止しています。地域の社会資源や行事などの情報は「お知らせ」で利用者に提供しています。利用者が、公民館のお祭りなどの行事に参加する場合は、職員が付き添って支援しているほか、木曜日に、希望する利用者が近隣のコンビニにおやつを買いに行く際に職員が同行しています。また、事業所の製品のチラシを近隣にポスティングして、地域交流を図っています。</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>	b
<p><コメント> ボランティアマニュアルを作成して「ボランティアを通じて地域との関わりを持つ」「障がい者の方とのふれあいからグランツ遠藤を知ってもらおう」などの目的を明示し、ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明文化しています。また、マニュアルには、ボランティアの内容、事業所の体制、登録までの流れ、交通費・食費などを、具体的に記載しています。補助的作業や利用者の見守りなどで、定期的に受け入れていたボランティアは、現在、コロナ禍で受け入れを中止していますが、受け入れの体制は整備しています。</p>	
<p>(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>	
<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><コメント> 地域の障害サービス事業所、地域生活支援センターや児童発達支援センターなどの、個々の利用者の状況に対応できる社会資源に関するパンフレットをファイリングして、事務所に備え付けています。職員はいつでも閲覧することが可能です。地域の相談支援事業所の職員がモニタリングで来訪する際に情報交換をしています。事業所は、藤沢市障がい福祉法人協議会に所属していますが、会議などには出席していません。地域の関係機関・団体との連携の強化が期待されます。</p>	
<p>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>	
<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><コメント> 所長は法人の藤沢地区グループ長を兼務し、藤沢エリアの福祉ニーズの把握に努めています。重度障害に見合った医療やサービスの必要性について、行政と話し合いの場を持っています。相談支援事業所と連携を通じて、短期入所やグループホーム利用の支援体制を構築しています。また、利用者送迎時に家族と接する中で、親の高齢化による送迎サポートの困難さや親亡き後の支援についてなど、問題提起を真摯に受け止めています。外部団体との交流により、より広い視野で福祉ニーズを把握していくことが期待されます。</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><コメント> 休日活動として、3ヶ月に1回、利用者と職員が地域清掃を行っています。自治会からの依頼を受け、道路に面した敷地内に防犯カメラを設置することで地域で継続した役割を持っています。近隣の文化体育館での献血への参加や、事業所内へのチャリティー自販機の設置など公益事業にも参加しています。災害時の福祉避難所として登録していますが、これまでに実績はありません。地域の避難訓練に参加して顔の見える関係を築いたり、地域と防災協定を取り交わして、災害時の受け入れ体制を具体化することが今後の課題となっています。</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>	a
<p><コメント> 入職時研修では、法人の「2つの理念と11の基本方針」により、福祉の基本姿勢を学んでいます。倫理行動綱領とその具体的規程である倫理行動綱領マニュアルを整備しています。職員ハンドブックには「利用者支援の基盤は、基本的人権の尊重である」と明記し、入職時はもとより、定期面談でも日頃の支援を振り返る拠りどころとしています。また、虐待防止と身体拘束排除についての項目もあり、虐待の通報義務や関連法律についても記載しています。人権擁護のためのセルフチェックリストをインターネット上に格納し、活用を促しています。</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><コメント> プライバシー保護についてのマニュアルを整備しています。排泄介助は同性が行い、更衣室は男女別とし、鍵付きのロッカーを使用するなどの配慮をしています。静養室にはベッド1床のみを置き、長椅子数脚を他室コーナー部分に配置し、部屋をパーテーションで区切るなど、疲れやすさや発作時に対処しています。これら環境整備などのプライバシー保護の取組を、利用開始時に利用者や家族に説明し、また随時利用状況を連絡帳や電話で伝えることで周知を図っています。</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>	a
<p><コメント> 事業所内に法人パンフレットと事業所リーフレットを置き、訪問者に手渡し、求めに応じて懇切丁寧に説明しています。バウムクーヘン販売所や公民館でのパネル展示の横にも据え置き、利用希望者が入手できる環境としています。資料は写真を多用し、明るい色調で、わかりやすい文章表記になっています。パンフレットは毎年理事長メッセージを更新し、リーフレットは苦情解決委員の変更などを反映させています。主に養護学校を通じて利用希望者を受け入れ、1日～5日程度の体験実習を実施しています。</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><コメント> 利用開始時や事業所変更時には、利用者本人、家族とともに、サービス利用契約書と重要事項説明書を読み合わせしています。契約書にはルビをふる工夫をしています。A4用紙1枚の「グランツ遠藤を利用するにあたって」の紙面を用いて、持ち物、利用時間、送迎、家族会、日課などについて、詳しく説明しています。養護学校から実習生を受け入れた際には、体験実習利用アンケートや実習評価表の写しを資料として保管し、利用者理解に役立てています。契約時の支援体制として、意思決定が困難な利用者への配慮をルール化することが期待されます。</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><コメント> 生活介護事業所の変更、短期入所の利用開始、グループホーム入所時には、相談支援事業所や先方の事業所との連絡を密にしています。利用者が安心して新しいサービスに馴染めるように、職員が送迎したり、1泊介助をするなどの個別対応もしています。組織として引き継ぎ文書を定めるとともに、終了後のフォロー体制についても書面で伝える必要があります。</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><コメント> 第三者評価を3年に1度受審し、利用者アンケートから満足度を把握しています。個別支援計画書を半年ごとに見直す際、利用者と面談を行い、要望やサービスへの満足度も聴取しています。しかし、随時把握していく個々の意見や要望に対応するだけでは、組織としての有効な改善には結びつき難いと思われます。利用者や家族の満足度を把握するためには、調査担当を決めて定期的に満足度調査を実施するなど、積極的・継続的な取組が期待されます。</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>

「苦情解決に関する規則」「苦情解決事務手続き(マニュアル)」を作成し、苦情解決の担当者を重要事項説明書や事業所リーフレットに明記しています。玄関ホール2ヶ所に、苦情解決の仕組みと担当者を記載したポスターを掲示しています。家族からの苦情は、送迎時などに直接口頭で聞き取ったり、電話で受けることが多い状況となっています。一件一件丁寧な対応を心掛け、マニュアルに沿って記録しています。苦情案件となった場合は、事業報告書に、日時、苦情内容、対応を公表する仕組みがありますが、現所長就任後は実績がありません。

【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

<コメント>

玄関ホールにその日に出勤している職員の顔写真を貼り出し、話をしたい職員がいるか、どの職員に話しかけたいかなど、利用者が状況を理解し、選択・決定できるようにしています。しかし、相談の仕方や相手を自由に選べることを説明する文書は未作成のため、利用者への周知の更なる工夫が期待されます。相談や意見を述べやすい場所としては、相談室、ドアで区切られた作業室、作業室の奥まった一角、事務室などを臨機応変に利用できるようになっています。

【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>

その時々を利用者の状態から、相談や意見聴取の必要性を察知して応じています。その日のうちに職員打ち合わせで報告し、対応策を協議、共有しています。玄関ホールに意見箱を設置していますが、利用者とのやり取りは殆どを口頭で行っています。記録方法や報告手順などを記したマニュアルは整備されていません。一連の流れを言語化することで、組織として、標準的対応を示していく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>

法人では危機管理委員会を組織して、事故発生時対応と再発防止についてのマニュアルに基づいて、研修を計画しています。事業所のリスクマネジメント責任者は、管理者に一任しています。利用者の他人への対応、利用者の飛び出し事故、送迎車両事故、発作対応など、日頃のサービス提供における安全確保については、朝夕の打ち合わせや職員会議で話し合いを重ね、リスクへの備えを強化しています。また、ヒヤリハットや事故報告を職員間で共有することで、リスクへの気づきを促し、事故防止に役立てています。リスクの定期的な見直しは課題となっています。

【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。

a

<コメント>

感染症、特に新型コロナウイルスの感染拡大防止策は、法人の危機管理委員会が中心となり、迅速に対応しています。法人では新型コロナウイルスに対するガイドラインを随時更新して各事業所にFAX送信しており、それを基に、事業所では、朝夕の打ち合わせや職員会議で周知しています。マスク着用、手指消毒、手洗いうがい、検温を励行しています。1、2回目のコロナワクチン接種については、事業所で集団接種を実施しています。また、法人のクリニックでPCR検査を実施する機会を設け、クラスターの発生予防に努めています。

【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>

防災計画を策定し、災害時の対応体制を災害発生時マニュアルに明記しています。年2回法人全体で防災訓練を実施し、安否確認や一斉通報も実地で行っています。事業所単独の避難訓練は、地震と火災を想定したものを2~3ヶ月おきに実施し、備蓄については管理者の責任のもと、食料や水の消費期限切れのものを廃棄し、リストを作成して管理しています。避難訓練では消防署の参加を得て、専門的見地からの助言を受けています。訓練状況の振り返りから、災害時の安全移動のために、車椅子用ベルトと簡易担架の購入を実現しています。

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>	a
<p><コメント> 法人作成の「職員倫理行動マニュアル」「職員ハンドブック」に、標準的なサービスの実施方法を記載しています。利用者の意向尊重、利用者の人権侵害に通じる行為の禁止、守秘義務など、利用者支援の基準をわかりやすく明文化しています。新人研修用ビデオを作成し、マニュアル内容の可視化により、職員への周知徹底を図っています。利用者一人ひとりの状況に応じた支援の標準化としては、個別対応マニュアルを作成しています。職員によって対応が異なるように、支援の方向性を職員間で共有できる仕組みとなっています。</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>	a
<p><コメント> 法制度改正や業務改善の都度、法人ではマニュアルの見直しを行っています。事業所では、毎日の打ち合わせや職員会議で変更内容を周知し、共通理解を図っています。事業所と利用者に見合った適切な支援を職員会議などで見直し、改善点を話し合っています。また、職員と利用者の意見や提案をモニタリングや管理者の作業室巡回などからくみ上げて、個別支援マニュアルに反映させています。声かけの工夫や理学療法士のアドバイスなど、利用者の状態変化に応じて内容を更新しています。</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><コメント> 「利用者状況」シートを用いて、健康、日常生活、コミュニケーション、社会参加、家族支援などの課題を分析しています。個別支援計画の策定にあたり、作業室担当者、所長、看護師、理学療法士が協議し、所長が最終チェックを行っています。個別支援計画書には利用者と家族の要望、目標、具体的課題、支援内容などを明示し、利用者や家族の合意を得ています。日々の利用者支援については作業室会議を振り返りの場としています。他害、幻覚、てんかん発作など、利用者状況に応じて、個別・的確なサービス提供に努めています。</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><コメント> 6ヶ月ごとに個別支援計画を見直しています。各作業室の職員が支援状況について振り返るとともに、利用者面談を通じて、利用者や家族からの意見や要望を聞き取っています。モニタリング内容を中間評価表にまとめ、今後の方向性について話し合い、支援内容や支援方法、次の目標設定を明示しています。個別支援計画の変更内容は、朝夕の打ち合わせや職員会議を通じて、職員間で共有しています。利用者の小さな変化も把握して、緊急時にも迅速に対応しています。</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>	a
<p><コメント> 利用者一人ひとりの身体状況や生活状況は、介護ソフトを使用して記録しています。事務室には9台のパソコンがあり、サービス実施状況をいつでも確認できる体制となっています。記録の基本的な書き方は入職時研修で学び、その後、所長が実地で指導しています。記録の他にも、作業室会議、朝夕の打ち合わせ、職員会議を通じて、利用者状況を共有しているので、状態変化や不測の事態への迅速な対応が可能となっています。</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>	a
<p><コメント> 法人では個人情報保護規程を定め、利用者情報の安全管理や適正利用などについて明記し、各事業所所長を監督者に指名しています。情報セキュリティ委員会を組織し、インターネット上にもプライバシーポリシーを載せています。事務所の全パソコンにパスワードを設置しています。入職時研修にて、職員倫理行動綱領と就業規則から個人情報保護について学び、法令を遵守しています。サービス利用契約時には、必要最低限の個人情報使用について同意書を取り交わしています。</p>	