

第三者評価結果

事業所名：入道雲

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。	a
<コメント> 「誰もが地域で暮らせるために」を法人の基本理念に置き、法人内の各事業所の設立や運営の原点としている。法人の理念は、ホームページに掲載している。理念や基本方針は、毎年3月に各部署の代表が集まる次年度説明会や、非常勤スタッフも交えた4～5月の新年度の全体研修の場で、資料を配布して説明、周知している。年2回開催する家族懇談会や毎月のお知らせ、年3～4回発行する広報誌「雲いろいろ」で、生活の様子やトピックスを家族に伝えているが、理念や基本方針の周知までには至っていない。利用者の多くに重度の知的障害があり、家族も高齢化で家族懇談会の参加も減少している。利用者、家族への説明は不足していると感じている。	

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。	a
<コメント> 月2回、法人内の施設長が参加する管理職会議を開催して、高齢・障害・児童分野の情報を共有している。各所属協会や研修から情報を収集して、社会福祉事業全体の動向を把握している。また、自立支援協議会など、地域の団体の計画作成会議に各施設長が参加し、地域福祉への提言を行うとともに、各部会の動向や内容を管理職会議で伝えている。月1回、施設長と課長が参加する月次決算会議においても、コストや利用率などの推移や状況を確認している。月次決算会議の後には、さらに時間を設け、1事業所を取り上げて、より深掘りした分析を行っている。	
【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。	b
<コメント> 管理職会議で、経営課題やサービス内容、設備、職員体制・処遇、人材育成、財務状況について、具体的な課題を出し合い、進むべき方向を決めている。必要に応じて、プロジェクト会議やカテゴリー会議を開催して、解決や改善に向け、話し合いを行っている。利用者の高齢化や障害の重度化、入所施設の今後のあり方など、課題は多岐に涉り、状況は理事会でも報告し、意見を聞いている。課題や問題の把握、分析まではできているが、それぞれが重い課題であることから、具体的な解決策にまではつながっていないこと、また、スタッフへの周知が不足していると感じている。	

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
<コメント> 法人の理念や基本方針の実現に向け、目標や課題、問題点の解決や改善に向けた具体的な取り組みを行い、評価、見直しを行っている。利用者の高齢化や障害の重度化、医療的ケア、人材確保など、今後の課題や問題点を明確化しているが、制度や法律の変更に伴い、法人全体で、高齢・障害・児童の運営体制の総合的な計画が求められるため、あえて中長期計画という名称は使っていない。総合的に制度や法律、地域のニーズ、各分野での動向を判断しながら、法人の理念を具現化するよう取り組んでいる。	

【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>

単年度の事業計画は、課題や問題点を踏まえ、実行可能な取り組み内容としている。主な取り組みとして、①高齢・重度利用者への支援の充実、②虐待防止・身体拘束適正化・サービスの質向上の取り組み、③WITHコロナ時代のプログラム・活動の実施などを、事業計画にあげている。単年度の事業計画は、数値目標は設定していないが、必要に応じて、成果などを確認している。今年度の事業計画では、研修の参加機会を増やすことなどをあげ、スタッフに周知している。

(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
--	---

<コメント>

月1回開催する職員会議の場で、現場のニーズを確認し、また、利用者や地域の方々の意見などを総合的に伺って、事業計画を策定している。策定した事業計画は、3月の理事会の承認を得て決定している。定期的で開催する施設入所支援の職員会議や日中活動の職員会議、主任者会議、各グループリーダー会議、男性全体会議、女性全体会議には、施設長が可能な限り参加して、スタッフや利用者の状況を確認している。事業計画は半期で見直しを行い、「上半期事業報告」としてまとめ、理事会に報告している。事業計画の策定と実施状況は、職員会議で説明、報告し、スタッフに周知している。

【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>

事業計画の主な内容や継続している内容は、利用者や家族に、お知らせや家族懇談会、広報誌「雲いろいろ」で伝えているが、利用者の多くが重い障害を持っているので、周知が不足している。ユニット内の掲示物は利用者に破られてしまうことが多く、利用者へは行事のお知らせなど口頭で伝えている。意思決定支援の取り組みの中で、半数の利用者には、カードや写真を使って対応している。事業計画をどのように伝えていくか、今後の課題としている。

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>

法人全体の人権委員会にて、各部署の「ニコリホット」（プラスの評価）を分析する他、毎年、虐待に対するポスターを作成するなど、組織内の人権のチェック体制を整えている。虐待に対するポスターは、当初は「虐待をしない」ことをテーマに作成していたが、最近では「不適切な支援」を意識付けることに変化している。職員は評価基準に基づき、年1回自己評価を行い「職務基準書」を提出している。「職務基準書」は管理職が内容をチェックして、管理職会議で分析、検討を行い、サービスの質の向上につなげている。外部のオンブズマンが月1回訪れる他、法人内の事業所が順番に第三者評価を受審している。

【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>

「職務基準書」は集計、分析し、管理職会議で改善策を立て、全体研修や各事業所の会議を通してスタッフに周知している。改善策は、管理職や課長などにより策定することが多いが、スタッフがそこに参画して策定することもある。評価基準についても、制度の変更や前年度の結果をもとに、毎年、内容を見直している。評価基準に「不適切な支援」を取り入れ、「本人が望むから行っている」などグレーな部分を、スタッフが意識して支援するようにしている。「不適切な支援」は、スタッフ皆で話し合い、答えを出すよう取り組んでいる。

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。	b
<コメント>	
施設長の役割と責任は「職務規程」に定めているが、広報誌などに掲載して周知する努力は不足していると感じている。災害などの有事の際の役割や、施設長不在時の権限の委譲についても口頭で説明することが多い。市の福祉避難所としての役割もあり、不在時には、課長や現場スタッフに引き継ぎを行っているが、コロナ禍の中では外出先で連絡を受け、対応策を指示することも多い。	
【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>	
全国の施設長会議や、県の施設長会議、法人の管理職会議などで、遵守すべき法令などを理解するための取り組みを行っている。研修会や勉強会に参加し、関係者との適正な関係を維持する他、書籍などで研鑽に努めている。福祉サービスに直接関係する書籍に限らず、簿記や不動産、年金、労務など、幅広く情報をキャッチしている。最近では、ポイントやインボイスの対応などを学んでいる。法令などの変更、改正にあたっては、本部職員に研修会や勉強会の開催を働きかけ、スタッフにも周知するようにしている。	
(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>	
主任者会議やリーダー会議、グループ会議には、施設長ができるだけ参加するようにしている。現状を評価、分析し、利用者や地域のニーズや課題を把握して、質の向上に取り組んでいる。法人内の実務者研修や行動援護従事者研修、また、外部研修に職員が参加できるようにしている。意思決定支援の取り組みでは、支援が止まっている利用者へのアプローチなどを、スタッフにアドバイスしている。	
【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。	c
<コメント>	
月次決算会議や人事分析表をもとに、人事や労務、財務の分析を行っている。管理職の会議では、組織体制や人員配置について検討し、他の管理職と協働して取り組んでいる。経営の改善や、業務の実効性を高める取り組みについて、サービスの質の向上には取り組めているが、経営や人事、労務については不足していると感じている。	

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>	
福祉人材の確保や育成は、法人として方針を示し、配置や人員についても職員配置表を作成している。スタッフの採用は、法人の採用担当が行っているが、非常勤スタッフの採用については、各事業所が募集することもある。法人として採用活動に力を入れており、インターネットの活用や学校訪問、説明会の開催など、多方面からの採用活動を行っている。スタッフの配置は、現在、基準を達成しているが、プラスアルファのスタッフ配置は不足している面もある。	

【15】 II-2-(1)-②
総合的な人事管理が行われている。

a

<コメント>

法人として人事考課を取り入れている。期待する人事は、高齢・障害・児童の各分野において、理念や基本方針から一定の基準を示している。スタッフの業績などを課長以上の管理職が評価して、内容を法人本部に報告し、昇給、昇格につなげている。階層別、等級別の基準は、法人が定めている。年1回、11月にスタッフの満足度、意向調査を実施して、次年度に向けた人事管理を行っている。

(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>

年1回、職員に意向調査を実施し、それに基づき労務管理を行っている。また、人事分析表を作成して、有給休暇の取得状況や時間外勤務の状況を把握して、就業管理に活かしている。有給休暇は、どうしても常勤スタッフの方が取得しづらい現実がある。年1回、外部のストレスチェック会社を利用して、スタッフのストレスチェックを実施し、必要に応じて、産業医への相談、診察につなげている。悩み相談は、直属の上司などには話しにくいケースも想定できることから、自ら相談者を選択できる「お願いトークシート」を用意している。職場の環境作りは、これで良いということはないので、今後も働きやすい職場作りに取り組んでいく必要があると捉えている。

(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>

常勤のスタッフは、年度初めに1年間の自己の目標を立てて提出している。目標は半期で見直し、年度末には評価して達成度を提出している。スタッフとの話し合いを重視し、年度初めか中間に、1回以上面接を行い、必要に応じて、年度末にも面接を実施している。スタッフの面接は施設長が対応する他、状況によって、課長や主任が対応している。目標管理に取り組み、また、それに合わせた面接を通して、スタッフ一人ひとりの育成に取り組んでいる。

【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。

c

<コメント>

法人全体で、スタッフの教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、階層別の研修や資格取得のための講習会を開催している。また、事業所においても、管理職と研修委員会のメンバーで内部研修を企画、実施している。内部研修の内容は、必要に応じて、評価、見直しを行っている。事業所として、自閉症スペクトラムの利用者が多いことから、強度行動障害者支援者養成研修(基礎)へのスタッフの受講に取り組んでいる。コロナ禍や人員配置の関係から、思うように内部研修を開催できないことから、研修会の開催は不足している。もっと開催したいと考えている。

【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>

スタッフの個別の状況や資格を把握し、法人が開催する階層別、職種別、テーマ別の研修会にスタッフが参加している。スタッフにはその都度、研修会の情報を提供して、参加を促している。事業所の内部研修では、自閉症や感染症、災害に関する研修を行っている。コロナ禍により、外部研修はオンラインやハイブリットの活用が多く、外にでかけていく研修は少なくなっていると感じている。外部研修の情報は、職員会議などで内容を伝えている。

(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 【20】 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>

サービス管理責任者を、実習生の受け入れ担当としている。受け入れマニュアルを整備し、オリエンテーションを行い、専門学校や大学から、年間10人弱の実習生を受け入れている。利用者の特性に配慮したプログラムや、学校や実習生本人の意向に沿ったプログラムを作成するよう努めているが、利用者の高齢化、障害の重度化の対応に追われ、実習生への対応は、その次になってしまう現実がある。実習生の受け入れには、課題も多くあると感じている。

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
II-3-(1)-① 【21】 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。	a

<コメント>

法人のホームページや広報誌「ニュース翔」にて、運営状況を公開し、運営の透明性を確保する取り組みを行っている。家族へは広報誌「雲いろいろ」で情報を伝えている。また、地域の自治会に加入し、毎月の集まりに施設長が出席して、地域の方からの質問に答えたり、地域に向けて事業所の情報を提供している。

II-3-(1)-② 【22】 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。	a
---	---

<コメント>

各職種のルールや権限、責任については「職務規程」に定め、スタッフに周知している。法人内の内部監査や外部の会計監査などを実施して、その結果に基づき改善策を検討している。法人内の内部監査は、年1回、管理職2名が法人内の他事業所を訪れ、ルールに基づいた金銭の取り扱いを行っているか確認し、適正な経営・運営のための取り組みを行っている。運営に関して何か問題があった時は、法人の顧問弁護士や社会保険労務士に相談できる体制を整えている。

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
II-4-(1)-① 【23】 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

<コメント>

活用できる社会資源や地域の情報は、利用者には個別性もあり、すべてを掲示することはしていない。ただし、利用者の多くに関係する地域のイベントなどは、事業所内に掲示して利用者に周知している。利用者が地域の行事や活動に参加する場合は、職員やボランティア、有償のヘルパーを利用している。今年度、地域の運動会に、利用者1人が参加している。水平線と合同で行う納涼祭は、コロナ禍で規模を縮小して実施し、今年度は地域の方の参加は呼びかけていないが、コロナ禍前は、地域に券を配って、多くの地域の方々に参加してもらっている。

II-4-(1)-② 【24】 ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	c
--	---

<コメント>

ボランティアの受け入れは、特に担当を決めていないが、課長を中心に受け入れを行っている。コロナ禍でも受け入れを継続し、市社協のボランティア体験や、中学生の演奏ボランティアの受け入れを行っている。また、意思決定支援の取り組みの中で、利用者の買物支援などのボランティアが活動している。ボランティアへの説明書などは整備しているが、地域の学校教育などへの協力は、まだまだ不足していると感じ、今後の取り組みの課題としている。

(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

<コメント>

個々の利用者の状況に対応する社会資源はリスト化はしていないが、必要に応じて、個別のファイルに記載し、関係書類を整えている。内容は職員会議などの場で、スタッフが共有している。また、県や市の関係団体との連絡会に参加し、課題などを把握している。地域には関係団体も少ないことから、地域のネットワーク化を進めるには課題も多く、入所施設の縮小の現実の中で、今後どのように対応していくか問題も多いと感じている。

(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
福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。

a

<コメント>

各福祉団体と連携し、地域の福祉ニーズや課題の把握に努めている。コロナ禍で開催を中止しているが、法人として、地域の課題に焦点を当てた地域セミナーを開催したり、年1~2回、地域の団体に参加してもらって運営委員会を開催して、地域の福祉ニーズを把握する取り組みを行っている。また、施設長が地域の自治会の集まりに参加している。地域の自治会館のカーテンの洗濯などを請け負い、地域との関係性を深めてはいるが、地域住民との交流は不足していると感じている。

【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>

法人として、小和田地区の調理イベントを開催する他、鶴が台団地で子供食堂の運営団体に料理と客席を提供している。また、買物難民の方々のために、お出かけワゴンに法人の車両を貸し出している。地域の福祉災害拠点として、3日分の非常食や飲料水、毛布などを備蓄している。事業所の周辺環境は、古くからある農家と新しい住宅で構成され、価値観の違いもあると懸念されるが、孤立した障害者や高齢者の深刻な問題などは、特にあがっていない。

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

【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

<コメント>

利用者中心のサービスを行うため、法人研修として「本人中心支援研修」、顧問弁護士が講師の「人権研修」を、それぞれ年1回開催している。また「意思決定支援」への取り組みとして、県の権利擁護事業（3年間継続）に関わっており、利用者への聞き取りなどを通して、本人理解を進めるとともに、日々の実践を振り返る機会としている。また、利用者尊重の姿勢や関わりを見える化するため、「個別支援計画」の作成にあたっては、まず担当者が作成し、サービス管理責任者が内容をチェックし、各グループの中で協議して、統一した支援の実施方法について理解を深めている。

【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。

a

<コメント>

利用者のプライバシーについて、マニュアルを整備している。利用者の居室はすべて個室であり、トイレの入口はのれんを下げて、プライバシーに配慮している。また具体的な支援として、各自の居室には名札をかけない（希望者にはかけている）、トイレや居室に入る際にはノックをすること、そして介助については同性介助としている。スタッフには、SNSなどの使用について注意を促している。利用者や家族には、入所契約の際に、プライバシー保護について文書をもとに説明している。利用者の写真の取扱いについても、利用者や家族から同意をとっている。ただし、「排泄表」は支援上、トイレに置かざる得ない現実がある。

(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
---	---

<コメント>

コロナ禍前は、地域のお祭りや運動会の招待があり、利用者が参加していた。また、1泊2日の旅行を企画する際にも、利用者に候補地のパンフレットを見せたり、話をしたりしながら、行く場所を選んでもらっていた。施設内には売店があり、利用者が希望するお菓子などを揃えている。担当者と一緒に外出では、希望する場所を利用者に決めてもらい、希望に合わせてどのお店にするか、情報を提供して選んでもらうようにしている。

【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
--	---

<コメント>

サービスについては、利用者の自己決定を尊重している。障害が重度の利用者が多く、言葉では理解することが難しいため、まずは経験を通して理解できるように対応している。また、マクドナルドなどのデリバリーを利用して注文する際には、画像や写真を見てもらい、注文するようにしている。説明のための書面は作成しているが、意思決定が難しい利用者へは、決められた形での運用は難しいと感じている。

【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。	a
---	---

<コメント>

これまで施設を変更したケースとしては、ホスピスや特別養護老人ホーム、障害者グループホームへの移行があった。移行にあたっては、本人の思いを尊重し、主治医や家族に相談しながら、本人の利益を守るためにどうしたらよいか検討している。個別のケースに合わせて、電話での引き継ぎや文書など、場面に応じた引き継ぎを行っている。環境が変化しても、その人らしさが継続していけるよう配慮している。

(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。	c
---	---

<コメント>

利用者へのアンケートや意向調査は行っているが、コロナ禍になってからは、満足度調査は実施していない。障害が重度の利用者が多いため、利用者懇談会も行っていない。ただし、利用者から個別の相談はあり、その都度、スタッフが対応している。週1回、肉か魚かを選ぶ選択食を提供しているが、言葉で応えてくれる人は少ないため、目で見て選ぶことができるようにしている。食事時の利用者の表情や、「美味しい？」と声かけしたり、残食の状況などから、利用者の満足度を確認している。

(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>

苦情解決のシステムとして、苦情受付担当者や苦情解決責任者、第三者委員を置いている。また、月1回、オンブズマンが訪問し、日中活動の様子や利用者の話を聞いている。また苦情箱を設置しているが、利用はほとんどない。家族からの苦情や要望は、利用者の帰宅の際や、家族会、電話などで、直接、担当者に話があることが多い。家族からの話は、衣替えしていない、爪が伸びている、ひげが伸びているなどが多い。苦情や相談の内容は、法人でも確認し、改善やサービスの向上につなげている。

【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>

利用者が意見を述べやすいよう、利用者の居室や相談スペースにてスタッフが話を聞いている。利用者には相談がいつでもできることを口頭で伝えている。また、施設内に第三者委員やオンブズマンへの相談を含め、相談や苦情解決の仕組みを掲示している。利用者からの苦情や意見は、オンブズマンや第三者委員から、スタッフや主任、課長、施設長に報告がある。

【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>

県の助成事業である「意思決定支援」のアンケートを、利用者5名に実施している。日頃より、スタッフが配慮や傾聴を基本とした姿勢で、利用者の思いに丁寧に対応している。利用者からの相談や意見は、個別ケース記録に記載し、月1回開催するグループ会議にて検討、協議している。法人での対応が必要なものは、法人本部にあげて協議することとしている。

(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>

法人に事故防止委員会を設置し、月1回、事故やヒヤリハットを把握し、事故防止に向けて協議している。事故やヒヤリハットでは、利用者の高齢化にともなう転倒や、誤与薬、薬の飲み忘れが多い。これらに対して、男性全体会議や女性全体会議の場で協議し、事故防止に向けて振り返りを行っている。新型コロナウイルスやインフルエンザなどの感染症についてはBCPを作成し、リーダーレベルで読み合わせを行い、継続的に予防に取り組んでいる。車を運転するスタッフ（非常勤含め）を対象に、年1回以上、運転研修を実施している。

【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>

コロナ感染症対策を中心に、法人や各事業所で管理体制を整備している。対応マニュアルをもとに、法人の衛生委員会にて研修を行い、また具体的な予防（換気、加湿、ドアノブ消毒、検温など）については、看護師を中心に行っている。BCPを確認しながら取り組んでいる。

【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>

災害時の対策は、文書化して整備している。年2回、法人本部が中心になり、防災訓練を行っている。各事業所での対策に並行して、地区でグループ分けして、法人本部を中心に連携する二重の体制をとっている。また、災害メーリングリストで、スタッフへの情報発信などが実施できる体制を取っている。市とは毎月、無線連絡訓練を実施しているが、災害を想定した訓練に、地域住民が参する仕組みはできていない。

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
【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
<コメント>	
サービスの標準的な実施方法については、利用契約書や重要事項説明書、個人情報保護に関する同意書において文書化している。また、スタッフの職務のあり方については、職務基準書に示している。重い障害のある利用者が多いため、発達障害の外部研修などにスタッフが参加したり、「自閉症プロジェクト」プランを作成して、スタッフに周知している。	
【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。	c
<コメント>	
主任会議やリーダー会議、グループ会議（男性全体会議、女性全体会議）を開催して、提供するサービスの標準化を目指した仕組みを作っている。スタッフからの意見は、入浴や食事、排泄など介助に関する意見が多いため、グループ会議で協議している。標準的な実施方法については、見直しの時期などは特に決めていない。	
(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支援計画を適切に策定している。	a
<コメント>	
サービス管理責任者を、個別支援計画策定の責任者としている。アセスメントシートについては、県の事業を実施しているため、意思決定支援のヒアリングシートを使用している。利用者のニーズについては、意思を伝えられない利用者が多いため、日々の支援の中で本人の思いを汲み取り、本人の意向を具現化するため、個別支援計画に思いを反映するようにしている。支援が難しい利用者の居室環境を整えるなど、本人らしい、落ち着いた生活を送ることができるよう努めている。	
【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
<コメント>	
法人全体で、個別支援計画の見直し、評価の時期や手順などを定めている。修正した個別支援計画は、コロナ禍では電話での説明や郵送での確認などの方法で行っている。今まで計画を緊急に変更したケースはない。感染症の対策で、日々対応に追われることが多く、利用者の「意思決定支援」の取り組みは、不十分と感じている。	
(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。	a
<コメント>	
記録類の管理責任者は施設長として、記録類はスタッフルームの鍵のかかるキャビネットにて管理している。また記録類の記入の仕方については、OJTや新人研修で行っている。記載内容は、パソコンのネットワークや回覧でスタッフが共有している。	
【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
<コメント>	
記録に関する規程を整備し、保管責任者を決めている。記録の不適切な利用や個人情報の漏洩については、法人全体で対策と対応を決めている。個人情報について知っておくべき情報としては、服用する薬や疾病、食事量、体調などがあり、伝えてはならない情報として、複雑な家族関係や経済面などがある。担当者レベル及び管理者レベルで協議して、記録の管理体制、特に個人情報の取扱いについて注意している。	