

第三者評価結果

事業所名：あーとほうす

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> 法人のホームページには2つの理念と11の基本方針が記載されています。事業所独自のパンフレットは作成していませんが、事業所を紹介している法人の冊子には理念と基本方針が明文化され、周知されています。職員へは理念、基本方針、使命等が記載されている職員ハンドブックを入職時に配布し、新人研修で周知しています。職員へは職員会議で、読み合わせをして内容の確認をしていますが、利用者への周知は十分されていません。利用者からも「理念や基本方針を知っている」との認識は少ない状況です。</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。	a
<p><コメント> 社会福祉事業全体の動向は法人で毎月開催される管理者会議で、理事長から資料等で説明があります。相模原市生涯福祉事業所協会からメールで「コロナ感染症に係る人員基準の臨時的取り扱い」等、地域の福祉関係の情報が配信され、把握できています。相模原市障害者地域作業所等連絡協議会にも加盟し、会議には管理者が参加し、地域の動向の分析等を行っています。毎月「試算表」で事業所での事業活動収支を法人へ提出し、法人会議で分析を行っています。</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。	a
<p><コメント> 毎月「試算表」で事業活動収支、人件費、人件費率、就労支援事業収支等の分析をし、具体的な課題を抽出しています。課題としては辞職した職員の補充がされていなかったり、看護職の配置が十分でないために加算が取れない等があり、看護師を増員し加算は取れるようにしました。各事業所の「試算表」を本部でまとめ、管理者会議や経営企画会議等で内容を共有しています。リーダー会議で必要時に試算表の確認をしたり、管理者から事業所の経営状況等を伝えています。</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> 中・長期計画は法人で作成し、配布されています。中長期計画では、理念や基本方針の実現に向けた2025年のビジョン「どの人の人生も肯定される社会づくりを目指します」を掲げています。具体的な4項目の重点目標が明確になっています。中・長期計画の見直しまでは至っていません。</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><コメント> 単年度計画は法人の中・長期計画を反映し、法人の方針を取り入れて確定しています。「今年度の重点目標及び課題」は課題を捉えて、実行可能な4項目の目標を明確にしています。その他に実施運営、業務内容、工賃の支払い、会議等、研修、年間行事計画、社会貢献・地域貢献の取組、苦情解決等が記載された事業計画になっています。具体的な数値目標などを設定して実施状況を評価出来るような内容が期待されます。</p>	

(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> 事業計画を作成する際は職員会議で読み合わせを行い、内容について話し合っ作成しています。作業内容については、グループ毎に意見を聞いています。事業計画は職員会議で職員へ周知し、年度末には評価を行い事業報告書を作成しています。中間評価等、定められた時期に評価が実施されていませんので、実施が期待されます。	
【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> 年2、3回、生活介護事業所きららと合同で家族会を開催し、事業計画の主な内容は説明をしていますが、資料の配布等はしていません。毎月実施している利用者会議で、事業計画の行事等を計画する際には利用者の意見を聞いて取り入れるようにしています。利用者に周知するための事業計画の内容を分かりやすくした資料を作成することが期待されます。	

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。	c
<コメント> 昨年4月に開設し、サービスの質の評価や分析はできていませんが、今回第三者評価を受審した結果は分析・検討をしていきたいと管理者は考えています。事故報告書を基に改善策を検討する等はしていますが、今後は組織的にサービスの向上に取り組む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り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。	c
<コメント> 毎日17時から行われる帰りの会議で、その日のヒヤリハットの報告をし、内容についてや改善策等を話し合っています。業務日誌にヒヤリハット報告として、グループ名、内容、状況・経過、対策等を記録し、職員間で共有しています。まだサービスの評価はできていませんが、今回受審した第三者評価の結果を踏まえて職員間で共有し、取り組むべき課題や改善策を検討していく予定です。	

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。	b
<コメント> 毎月職員会議で法人の管理者会議での内容や決定事項等について職員へ報告し、管理者の役割を明らかにしています。「あーとはうす新聞」を今年4月に発行し、管理者としての方針等を記載し伝えていますが、その後継続して発行していないので、今後も継続されることが望まれます。事業所内での管理者業務について明文化し、職員会議等で周知していますが、管理者不在時の権限委任等は明らかにしていません。	
【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> 管理者は法人の管理者新人研修や生活介護部会に参加し、法令遵守について理解しています。法人の規定集をファイルし、職員がいつでも確認できるようになっています。「職員倫理行動綱領」と「職員倫理行動マニュアル」があり、利用者への支援について具体的に記載されています。新人研修で職員へ配布し、理解を深めています。職員会議でも管理者から周知しています。	

(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。	b
<コメント> 管理者はサービス管理責任者のため、個別支援計画も作成しています。計画作成前に利用者や家族からサービスの希望やサービス内容等の意見を聞いています。定期的にモニタリングし、満足度やサービスの実施状況や質についても評価を行っています。事業所では「自閉スペクトラム症の特性について」のビデオや資料で管理者が講師になり勉強会を行っています。また特性を踏まえ、視覚的な環境改善により利用者が自立して作業が出来るようにサービスの質の改善に繋がりましたが、未だ取り組みとしては十分ではありません。サービスの質の向上について職員の意見を反映する取り組みを期待します。	
【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。	b
<コメント> 限られた職員で効率的に業務を行うために、2グループの職員間でお互いに行き来した支援が出来るようにし、職員の休み等に柔軟に対応できる体制にしています。「休憩が取れない」との職員の意見を聞き、「流れのシート」に個別に休憩の時間を入れ込み、休憩が取れるように取り組んでいます。身体障がい者の受け入れのニーズがあるので広い食堂のスペースを有効利用し、利用者増による経営改善を検討していますが、取組までには至っていません。	

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。	a	
<コメント> 常勤職員の採用は法人人事部で行っています。非常勤職員の採用面接は事業所で管理者とグループ長で行い、常務理事が決済しています。職員が退職等で、補充が必要な場合は法人本部に報告し、採用依頼をしています。事業所の人員体制は法人が把握し、計画的に人材確保や教育を行っています。		
【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13項目の「期待する人材像」を職員ハンドブックに明示し、入社時に職員へ配布し職員は理解しています。法人で「就業規則」を整備し、採用、異動、昇給、昇進等が明示され、職員が常に確認できるようにファイルし事務所に置いています。年2回人事考課を実施しています。個別面談を行い、本人の意見を聞き、管理者やグループリーダーが評価し、パソコン入力していますが、分析、改善策の検討までには至っていません。キャリアパスを法人で作成していますが職員へは周知できていません。		
(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	
<コメント> 毎年職員の意向調査を実施し、異動や退職等の意向を法人で把握しています。管理者は職員の勤務状況を勤務表でチェックして、有給休暇取得や時間外労働等の把握をしており、毎月法人労務部に提出しています。職員は毎年法人のメンタルチェックを受け、高ストレス者等、心配な職員はカウンセラーの面談を受けることが出来ます。管理者は職員が働きやすいように、子育て世代の職員へは勤務時間を短縮したり、精神的に不安定な状況時は早退が出来るように配慮しています。		
(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> 職員は人事考課の中で、法人の理念や「期待する人材像」を考慮しながら、一人ひとり目標を設定し、目標を達成するための具体的な方法を定めています。管理者は中間と年度末の年2回個別面談を行い、目標の達成度や目標達成に向けての取組状況を確認し、評価を行っています。日々のコミュニケーションや文章のやり取り等でも目標達成度を確認しています。		

【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>

「職員ハンドブック」の中に期待する職員像が13項目明示され、新人研修などで職員へは周知しています。法人の研修計画の中に専門技術基礎研修や専門職別研修などが明示されています。全職員対象の全体研修や入社1年目～7年目までの該当する職員が参加する階層別研修、専門技能基礎研修、職員交流研修、新人職員研修等が計画されています。その他にエリア別研修、事業部会研修等職員に必要と思われる研修を計画・開催しています。法人の研修委員会が年6回開催され、研修計画の見直しを行っています。

【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>

職員の知識や技術水準等は管理者との個別面談や個人の評価で把握しています。入社後1年目の新人職員には管理者か先輩職員が1ヶ月程付いて、OJTを行っています。本部で実施する階層別研修や専門技能基礎研修等、該当する職員が参加出来る様に勤務体制に配慮しています。外部研修も行動援護、虐待防止、自閉症研修等、必要な研修にはズームで参加しています。自宅でズーム研修に参加した場合でも勤務扱いにする等、参加しやすいように配慮しています。

(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。	b
--------------------------------------------------------------------	---

<コメント>

実習生は、毎年短大の保育実習や近隣大学の作業療法士実習を受け入れています。実習生受け入れマニュアルは作成していませんが、「実習生の連絡事項」で説明しています。受け入れ時のプログラムを準備していますが、専門職種の特性に配慮したものにはなっていません。実習中に学校から連絡があり、教師が来て話し合いをすることもあります。実習最終日には実習生と管理者で振り返りを行っています。管理者は社会福祉士実習指導者の研修を受けています。

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>

法人ホームページに理念、使命、事業計画書、報告書、法人決算書、事業所案内が分かりやすく公開されています。法人が年2～3回発行している機関紙「レジオン・ヴィヴィ」に理事長の運営方針や事業所の紹介、法人の事業活動計算書、資金収支計算書等が掲載され、地域へ配布して情報を公開しています。事業所独自で情報公開はしていませんが、法人のパンフレットやホームページの事業所案内で、写真入りで簡単に紹介しています。第三者評価の受審は今回が初回のため、まだ公表していません。

【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>

法人の「経理規定」「職務権限規程」に経理、取引に関することや職務分掌・権限が明示され、事業所でファイルして、職員が必要時に確認できるようにしています。法人総務部が定期的に事業所の事務・経理などの内部監査を実施していますが、当事業所は開設1年目なのでまだ受けていません。法人は外部の専門家による監査を定期的に行っています。

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> 地域の関わり方については毎年事業計画に載せています。相模原市あじさい会館内「バオバブ」での販売員を利用者が当番制でしています。相模原公園売店「マイガーデン」でも委託を受けて週2回販売を行い、地域の人たちと交流しています。地域のお祭りや販売会等には職員やボランティアと一緒に参加しています。ガイドヘルパーや福祉輸送、ショートステイの利用など社会資源の利用も利用者が必要時に勧めています。情報の掲示はしていないので、今後掲示することが期待されます。</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> ボランティアの受け入れマニュアルは作成されていませんが、ボランティア登録用紙や「ボランティア連絡事項」などを準備しています。受け入れ時には「ボランティア連絡事項」で利用者の特性や必要なルールなどの説明をしています。現在は縫製作業にボランティアが参加しています。地域の小学生や中学生の職場体験や高校生の介護実習の協力事業所の登録をしており、依頼があれば受け入れを行っています。ボランティア受け入れ姿勢などを明示したボランティア受け入れマニュアル作成と研修の実施が期待されます。</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> オンブズマン協力員になっており、2ヶ月に1回オンブズマン会議に参加し、各事業所の相談や活動内容等を話し合い、20名位の参加者と交流しています。相模原市障害者地域作業所等連絡協議会のレク分科会に2ヶ月に1回参加しています。またハンドメイドショップ「バオバブ」会議に毎月参加し、販売促進活動でセールに向けてのアイデアを出し合い、協働して取り組んでいます。職員会議では状況報告をし、共有しています。地域の関係機関・団体等について利用者の状況に対応できるようリストや資料の作成が望まれます。</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> 相模原市生涯福祉事業所協会の会議で障害者通所施設やグループホーム、就労支援事業所、障害入所施設などの事業所の管理者と話し合い、意見交換を行っていますが、今年は新型コロナの影響で、出来ていません。新型コロナ関連の人員基準などの情報をメールで配信してもらっています。</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>	c
<p><コメント> 地域コミュニティや相模原市から、余った柔道着の活用やコロナ対策として搬送時の布の縫製などの相談があり検討しています。地域のニーズを把握し、地域貢献をするまでには至っていません。まだ開設して1年なので、今後地域へ情報発信し、地域貢献していくことが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> 法人が「倫理行動綱領」「倫理行動マニュアル」を策定しています。「倫理行動マニュアル」には利用者支援の基準をより具体的に明記してあります。新人研修で職員へ配布し、説明しています。また年1回職員は「虐待防止セルフチェック」を行い、利用者対応11項目で虐待に繋がる対応をしていないかの振り返りを行っています。また新人研修で虐待防止に関するビデオを見て、グループ長と話し合い、理解を深めています。</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>	b
<p><コメント> 「倫理行動綱領」「倫理行動マニュアル」を職員へ配布し、新人研修で職員へ説明しています。「倫理行動マニュアル」には利用者のプライバシーを守ることやプライド・羞恥心への配慮等詳しく記されています。ロッカーは男女別で鍵がかかります。排泄介助時は本人の羞恥心に配慮し、合図がある迄外で待っていることもあります。利用者の聞かれたくない話は他人の前で話さない等、羞恥心に配慮した介護を徹底していますが、利用者や家族へは十分周知されていません。</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> 事業所の紹介が掲載されている法人パンフレットを相談支援事業や養護学校等に配布し、情報提供しています。見学希望者は利用者・家族や養護学級、支援学級からが多く、電話で問い合わせがあり、都合の良い日に予約を取っています。見学対応は管理者が行い、施設見学、法人パンフレットで説明、質問対応等を行っています。法人のパンフレットには事業概要や種別、住所、建物の写真などが分かりやすく掲載されています。基幹支援センターとは受け入れ状況の説明や変更等について連携をとっています。職員の評価でも「情報を積極的に提供している」が100%です。</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> サービス開始時には利用者・家族と利用契約、重要事項説明書の説明をし、同意を得て署名・押印をもらい、個人別ファイルに収めています。契約書にはルビが振ってあり、利用者にも分かりやすくなっています。利用契約時は利用者の状態に応じ、ゆっくり説明したり、質問を受ける等理解しやすいように配慮しています。意思決定困難な利用者への配慮のルール化はされていません。</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> 身体状況が変化したので他の事業所と併用して通所を希望する利用者には、体験をして通所が決定したら、アセスメント表や基本情報、経過記録等の文書の情報提供をしています。実際の介助方法等は担当職員が説明しています。グループホームに入所している利用者には夕方職員を派遣し、介助方法の実際を指導する等生活の場も支えています。サービス終了後の担当者は管理者になっていますが、まだ終了者はいないので、記録は残していません。</p>	
<p>(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 利用者の満足度を調査するアンケート調査はまだ実施していませんが、今後実施する検討をしています。今回の第三評価のアンケート結果の内容の検討はしています。個別支援計画を作成する前の個別支援会議には必ず利用者・家族が出席できるようにして、サービスに対する希望等を聞き取っています。家族会は年2回実施し、10名位の家族が参加しています。職員も参加し、家族からの希望や意見を聞いています。</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>

苦情解決制度が整備され、苦情受付担当者、解決責任者、第三者委員等が分かりやすく掲示されています。利用開始時に利用者・家族に苦情申し立てが出来ることや、苦情担当者、第三者委員等の氏名、連絡先が記載してある重要事項説明書で説明し、資料を渡しています。開設してから苦情の申し立てはまだありません。

【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。

a

<コメント>

利用契約時に重要事項説明書で、事業所以外に第三者委員や行政機関にも意見が述べられることを説明し、連絡先等が記載された文書を利用者・家族に渡しています。オンブズパーソンが2ヶ月に1回2人で半日来所し、毎回3、4人の利用者が話を聴いてもらっています。作業室にはオンブズパーソンの写真入りで来所日が掲載してあり、利用者が相談しやすい配慮をしています。報告内容は、個人情報に配慮しながら、職員会議で情報共有しています。

【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。

a

<コメント>

利用者からの相談は主に管理者が受けています。必要時には相談室でゆっくり話を聞いています。家族から電話での相談もあります。内容は支援記録等に残して、職員間で共有しています。近隣からの相談で蛇が出るということ把握したので、事業所の畑周辺の雑草を就労支援事業所の草刈りグループに依頼してすぐに草を刈り、近隣に安心してもらいました。職員の評価では100%が「相談や意見に対して組織的かつ迅速に対応している」と回答しています。

(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>

法人にリスクマネジメント委員会が設置され、ヒヤリハット内容を半年毎に集計しています。毎日のヒヤリハットは業務日誌に記載し、毎日夕方のミーティングで報告し、本部でも確認できるようにパソコン入力しています。法人の危機管理対策室より各事業所の事故事例や苦情、コロナ関係の情報が配信されますので、職員会議で内容を共有し、事故防止に努めています。管理者会議でも自己検証報告書が配布され、職員にも周知しています。運転する職員は安全運転委員会の研修を毎年受けています。事故防止対策の実施状況などの定期的な評価・見直しが期待されます。

【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。

b

<コメント>

看護師2名が配置され、健康管理や感染症対策に取り組んでいます。コロナ対策としては、チェックシートを作成し、自宅での検温で37.5℃以上ある場合は休んでもらい、発熱外来等の受診を勧めています。事業所でも朝検温し、37.5℃以上ある場合は連絡ノート等を確認し、家族に連絡して帰宅してもらっています。マスク着用、手洗い、うがい、手指消毒等徹底しています。食事中はアクリル板のあるテーブルで黙食を励行しています。ワクチン接種は法人嘱託医が来所し、2回接種をして感染防止に努めています。感染症マニュアルの作成や定期的に感染予防の勉強会などの開催が望まれます。

【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。

b

<コメント>

法人の災害時マニュアル・防災マニュアルが作成され、対応体制が定められています。毎年9月1日と3月11日に法人の合同防災訓練を実施しています。安否確認の一斉通報メールが利用者・職員へ配信されます。職員は氏名・本人安否・家族安否・出社可否等を返信します。年2回訓練を行い、災害時に備えています。備蓄倉庫には飲料水、米飯、缶詰パン、野菜ジュース等、5日分の飲食物の他、カセットコンロ、懐中電灯、発電機等を備蓄しています。備蓄品リストが作成され、定期的に点検をしています。年1回2階のグループホームと合同の防災訓練も実施しています。合同での防災計画は作成されていますが、今後は関係団体と連携しながら訓練を実施し、事業所独自の防災計画を整備されることが望まれます。

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>	b
<p><コメント> 倫理行動綱領では、利用者の人格の尊重やプライバシーの保護、基本的人権の尊重等について明記しています。倫理行動マニュアルでは、「利用者に対する支援の最低基準」を示すものと謳い、具体的内容を例示しています。内容として、意向の尊重や不遜な態度・威圧的態度をとらない、命令の禁止、自己決定の尊重、秘密の遵守等について明示しています。法人及び事業所において、利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護について、研修や個別指導によって周知や徹底を図っています。災害時や感染症等の実施方法の文書は確認できません。</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>	b
<p><コメント> マニュアル類等の見直しの時期や方法等については、文書で明示されていないものもあります。見直しが必要な事由が生じた時に適宜に修正を行うこととしています。個別支援計画については、関係者による支援会議等の必要な手順を経て、一定の様式に基づいて評価し、作成されています。しかし見直しや会議の時期、メンバー、手順等についての文書化はされていません。</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>【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> サービス管理者のもと、アセスメントから個別支援計画等を適切な手順に基づいて作成しています。アセスメント及び個別支援計画原案のもと「個別支援会議」を経て、利用者・家族への説明と文書による同意等の手順を踏んで作成しています。「個別支援会議」は、サービス管理者及び支援職員・看護師、本人・家族の他、必要によって支援相談員やグループホーム職員等関係者の参加で開催しています。個別支援計画には、利用者の具体的な支援内容に優先順位を示して明記しています。職員の評価でも「アセスメントにもとづく個別支援計画が作成される」と100%回答しています。</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>	b
<p><コメント> モニタリングは、中間の9月と年度末の3月に「個別支援計画評価表」に基づき、支援内容についての達成度を評価し、見直しを行っています。9月は、下期に向けてあるいは、3月は、次年度に向けて必要とする変更点等を記述しています。個別支援計画の変更・見直しについては、サービス個別支援会議等を経て行っています。また変更・見直しがあった場合の手順は定めていませんが、変更後の計画に基づくサービス提供が行われるよう職員会議等を通して職員に周知しています。</p>	
(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。</p>	b
<p><コメント> 個別支援計画に基づく利用者一人ひとりのサービス実施状況についての支援記録は、法人が実施する統一のパソコンネットワークシステムを利用して、日々担当職員によって入力（記録）しています。パソコンによる入力・閲覧は、個別の職員IDで行っています。職員の情報共有のための会議として、グループに関わる協議・伝達事項等を行う「グループ会議」や利用者支援に関わる協議・伝達事項等を行う「支援会議」、並びに毎日の「朝の会」及び業務日誌、連絡ノート等によって情報共有を図っています。記録内容や書き方に差異が生じないように記録要領などの作成が望まれます。</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> 事業所における「記録の管理責任者」は、法人の個人情報管理規程等によって所長と定められています。同規定は、利用者や家族の情報・サービス提供記録の保管、廃棄、第三者への提供、本人からの照会対応等について定めています。記録の管理は、紙媒体による記録文書及びインターネットシステムの記録は、規程を遵守し適正に行っています。インターネットシステムによる管理は、職員がIDを所持し、不正にアクセスできないようになっています。またパソコンからデータを取り出せないように漏えい対策がとられています。</p>	