

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。
 ※評価項目毎に第三者評価機関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。	b
<コメント> 法人の理念が職員ハンドブックに掲載されており、入職時の研修で理解・共有されています。それを踏まえたうえでの事業所の支援方針が、玄関横に置かれているパンフレットに記されており、利用者に周知されています。 個々の利用者を主体とした安定した日中の活動場所を保障し地域での生活の充実を図る旨が記載されています。しかし職員間では共有されることが無く、顧みることもありませんでした。事業所の目指す方向性を定期的に職員間で共有する機会を持つなど継続的に確認する取り組みが望まれます。		

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
<コメント> 所長は経営状況につき法人の判断を重視しながらも、利用者特性と行われるべきサービスの在り方を第一に据えています。サービスの維持・進展のための人材確保・育成や、事業所のおかれた地域のニーズの把握に努めており、IT等の技術のかかわり方にも注意を払っています。地域に根差した事業所を目指しており、自治会や近隣の保育園や病院等社会資源との関係を検討しています。		
【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> 重度の利用者が多いことから時間をかけてでも自分の力で達成するよう勧めるのではなく、その時間をより快適に過ごせるようにという支援方針を明確にしています。そのサービスの維持・拡張のための人材確保・育成のための施策を講じるなど現状分析に基づいた取り組みが行われています。 事業所としての支援方針、中長期的な方向性などについて職員に示し、また意向を確認する機会を持つなど周知を図る施策が期待されます。		

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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の中長期計画等はホームページよりダウンロードできますが、事業所の中長期計画については明らかにされていません。3年後、5年後、10年後の事業所の在り方についてマスタープラン2020として作成しています。</p> <p>3年後の姿として「所長以下全職員が一丸となって支援に当たる」ことが目標とされ、更に支援にかかわる技術的な進歩にも対応してゆく旨が記載されています。この計画が職員に周知され、職員の意向が加味され、温度差無く共有されるように進めています。</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
<p><コメント></p> <p>現在まで法人内部用に事業計画書、事業報告書が作成されていたような傾向にあり、中長期計画とのリンクは希薄です。マスタープランで3年後の姿を目標として、現在の事業報告書などを関連付けています。</p> <p>支援の向上を図り職員の意識を高めるため、勤務形態を問わず権利擁護及び自閉症支援に関する研修等に積極的に参加を促す等しています。3年後の姿を実現するために年次計画の中で実行されています。</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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p><コメント></p> <p>現在まで法人内部用に事業計画書、事業報告書が作成されていたような傾向にあり、中長期計画とのリンクは希薄です。マスタープランで3年後の姿を目標として、現在の事業報告書などを関連付けています。</p> <p>支援の向上を図り職員の意識を高めるため、勤務形態を問わず権利擁護及び自閉症支援に関する研修等に積極的に参加を促す等しています。3年後の姿を実現するために年次計画の中で実行されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画を利用者に周知したことはありませんが、機関紙である「みらくる新聞」等でその年一年の予定や目標等を掲載し、利用者および家族に知らせています。</p> <p>利用者の障害状況から事業計画の周知・説明にまで至ることは難しい状況です。</p> <p>様々な行事の中のアンケート等で把握したニーズと共に実現への工程進捗を顕在化することで、利用者のモチベーションや来所することの楽しさが増すことが期待されます。</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
<p><コメント></p> <p>事業所としての年次の事業報告で重点課題に対する活動結果を記載しています。権利擁護や自閉症についての理解を深める等活動を行っています。</p> <p>職員育成や外出レクリエーションの充実などの課題を抽出しています。それをもとにパーティションで空間を仕切ったり、散歩を勧める等、利用者の過ごしやすい環境整備やレクリエーションを分析・確認して充実させています。事業報告の重点課題の結果ではその対応を記載しています。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>前回、福祉サービス第三者評価を受審しましたが、評価結果が対策に完全に活かされず今回の受審となっています。しかし年次の事業報告でも表記していますが、利用者の過ごしやすい環境のため、利用者の意向を踏まえて自己評価を行ない課題を抽出、改善を行なっています。</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 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
<p><コメント></p> <p>管理者の権限について法人の内規として規定されており、職務分掌について書面に記載されています。管理者は、福祉施設の管理に関する方針と取り組みを明確にして、その役割と責任について、組織内に掲載し表明しています。施設には課長があり、平常時および有事における所長不在時の権限委任についても明確に記載されています。</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
<p><コメント></p> <p>法人としてコンプライアンス強化に取り組んでおり、所長は年に一回の法人の研修に参加しています。職員に常勤・非常勤を問わず入職時に配布される職員ハンドブックの中で遵守すべき法令について触れられています。</p> <p>拘束防止について、セクシュアルハラスメントなど、重大な項目について別途対応マニュアルを作成し注意喚起を行っています。事業所として定期的に職員ハンドブックを読み返し、再確認する機会を持ち意識付けを行うことも検討しています。</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
<p><コメント></p> <p>提供するサービスの質の向上を図るため、質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っています。常勤職員にはサービス提供管理者・相談支援初任者研修の他、非常勤職員にも行動援護従事者研修等に参加を促しています。</p> <p>障害特性の研修だけでなく虐待についてや、記録の取り方の研修等にも参加することで支援の見直しを全員で行なっています。</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
<p><コメント></p> <p>所長は経営改善にむけて人事・労務・財務等多角的に分析を行なっています。財務的には事業所を開ける日数を増加することが収益増加に繋がります。提供するサービスの質を維持し拡張するためには職員の充足と養成が欠かすことが出来ません。職員希望の応募者がなかなか集まらない中で、課題の抽出と対策を行っています。中長期、年次の事業計画等で方針を職員と共有して、職員の意向とアイデアを取り入れ、実現に向けて指導力を発揮しようとしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職員の採用は常勤職員については法人本部採用となっており、非常勤職員の採用については事業所の裁量で行われています。事業所では提供するサービスの質の維持拡張のための人材確保について、非常勤職員募集などの施策を行っています。利用者の性別は凡そ半々ですが同性介助を行っており、維持継続するためには、応募者の偏りがある等の課題の抽出が行なわれています。今後の就労状況も踏まえて、必要な福祉人材の募集方法の検討が期待されます。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人作成のガイドブックなどで法人の理念・基本方針に基づいた「期待する職員像」を明確にしています。常勤職員の採用・配置・異動などについての権限は法人にあり、非常勤職員の募集・採用については事業所で行われています。</p> <p>常勤職員については目標管理等の制度がありますが、非常勤職員についてはこの制度は適用されていません。事業所としての中長期計画などで方向性を示すことで職員の意向・目標設定を喚起することが期待されます。</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
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向の把握は定期的な個別面談で行なっています。時間外勤務や有給取得率のデータも随時確認しており、ワーク・ライフ・バランスに配慮しています。</p> <p>職務上メンタル面に重圧がかかるため、メンタルヘルス面談を受けるよう法人で指導されていますが、職員は元気な時でもカウンセリングでアドバイスを受けてとても気持ちが楽になったと好評です。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人では常勤職員に対し新人研修や中堅職員研修・中間管理職養成研修等、能力・経験に応じた階層的な教育・研修プログラムが整備されています。また定期的な個別面接等を通して個々の職員の意向を確認し、介護福祉士等の資格取得を補助する制度があります。一人ひとりの育成に向けた取り組みの職員周知と理解が課題となっています。</p> <p>非常勤でフルタイムで働く職員について、今年から地域限定職員として常勤職員化する制度が始まりました。所長の推薦、面接、筆記試験等を経て、常勤職員となります。</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
<p><コメント></p> <p>法人では常勤職員に対し新人研修や中堅職員研修等、能力・経験に応じた階層的な教育・研修プログラムが整備されていますが、非常勤職員に対しての教育・研修の機会は整備されていません。しかしテーマ別や対象者を限定しない研修等の開催の要項などは知らせており、参加を呼び掛けて非常勤職員も参加できます。</p> <p>所長は非常勤職員の研修の機会を確保・参加の呼びかけをしており、法人内・施設内及び法人外の研修への参加実績が事業報告書にも示されています。また研修に参加しやすいようにリモートでの研修など開催方法の多様化を求めています。</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
<p><コメント></p> <p>事業所としてのマスタープランの3年後の長期目標として、「所長・常勤・非常勤職員が一丸となった組織作り」を掲げております。職員間の意識づけ・温度差を解消するため、利用者毎に担当制をとり、個別支援計画の作成に当たってはなるべく多くの職員が参加し、多くの意見を出し合い、密度の高いOJTを実行しています。</p> <p>法人内・施設内の研修として「中間管理者研修」「自閉症研修」、常勤・非常勤問わず「行動援護研修」などの法人外の研修への参加を促しています。</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。		
【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。	a
<p><コメント></p> <p>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を明確にしています。実習生の受け入れマニュアルに基づいて、毎年2回春秋に教育実習や保育士を目指す学生等の外部からの実習生を受け入れています。また職場体験など中学生の実習を受け入れた実績があります。</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。	b
<p><コメント></p> <p>運営法人である社会福祉法人県央福祉会のホームページには法人としての理念、基本方針の他、事業計画書・事業予算書・法人報告書・法人決算書・年間研修計画等が公開されています。事業所では年次の事業計画書・事業報告書を作成し、法人に提出するほか、職員や利用者に要旨を伝えています。地域に向けての事業所のアピールという点ではさらに透明性を高める施策が今後の課題です。</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。	a
<p><コメント></p> <p>事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知しています。法人の規定に則り事業所の事務・経理等は法人本部総務部により定期的に内部監査を受けています。法人では外部理事等により監査支援を行っており、その指摘を受けて対応しています。職員には会議などで経営・財務状況等に触れ、周知を図っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>近隣の保育園とは運営法人が同じこともあり交流を持っています。地域の自治会に参加し、地域の防災訓練やお祭りに職員・利用者が参加しています。また社会福祉協議会の町づくりセンターの年2回のお祭りには、事業所で作成した「えびせん」を販売したり、事業所のお祭りではポップコーンマシンを借りる等の関係を構築しています。今後は掲示やSNS等を用いて広く地域に事業所で行なわれていること知らせる等、交流の幅をさらに広げていくことが期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れについては受け入れマニュアルが整備されており、順じて受け入れを行なっています。9月の事業所でのお祭りの手伝いなどにボランティアセンターを通じた方、学生、家族等、例年25～40名程度が訪れます。地元のボランティアセンターでは作業を伴ったボランティアの派遣は行なっていません。今後、外出レクリエーションの手伝い、裁縫、農作業などを利用者・職員と楽しんでもらえるボランティアの募集を、事業所が直接外部への掲示やSNS等を通じて行えるように整備することが期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の多くは養護学校を卒業する際の進路先として、利用を始めるケースが多く、養護学校の進路担当等との連携が確立されています。また相談支援専門員の紹介で利用を始めるケースもあり連携を深めています。</p> <p>利用者の意向によりガイドヘルパー、外出ボランティア等ボランティアの調整を行なうためボランティアセンターとの連携を深めています。今後は利用者も使用する機会の多いインターネットでの情報取得・交流なども含め幅広い社会資源との連携が行われることが期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>自治会に参加し、運営会議への参加を要請、地域のお祭りへの参加などの活動は行なっていますが、事業内容等を広く知られていないため福祉ニーズや生活課題を把握する取り組みとしては、あまり広がっていません。</p> <p>掲示やインターネットを利用した情報の開示や、事業所で蓄積した自閉症対応などのノウハウを地域の人々に示す機会を持つなど、認知され、理解されることで、より深い地域ニーズの把握が期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>セルフ活動としてえびせんの製造やペットボトルの回収を行なっていますが、付近のゴミ拾いを行なうなどの公益的活動も定期的に行っています。地域の方の見学など個別に対応していますが、事業所の持つノウハウを用いた相談等の受け付けを広く行なうようなことはありません。</p> <p>地域コミュニティに事業所の存在と事業内容を認知してもらうことで、地域のニーズの掘り起こしにつながることを期待されます。</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
<p><コメント></p> <p>運営法人の理念からも「人権の尊重」「インフォームドコンセント及びエンパワーメントを大切にしたい利用者さん主体の推進」を掲げています。更に事業所では重度の利用者が多いこともあり「利用者の個性を尊重し利用者が中心と」なる支援を行なっています。</p> <p>個々の状態や個性が違うため、利用者個々に担当者を設けてコミュニケーションを深めるようにし、個別支援計画作成や見直しの際は多くの職員が参加し、職員の意見を取り入れています。そのため個々の利用者別ファイルがそのままその利用者専用のマニュアルとなり、職員全員で共有しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人作成の職員ハンドブックでも利用者のプライバシー保護に関する規定が掲載されており、マニュアルとして整備されています。利用者の個人情報の取り扱いについて、法人作成の個人情報保護規定に順じて行なわれています。</p> <p>実際のサービスにおいても、可能な限り同性介助を行なっているほか、他者の視線に過敏になる利用者の特性に合わせて、2階にはデスク毎にパーテーションで仕切り、落ち着いて過ごせる環境を作っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の大半は養護学校の進路担当からの勧めで見学に訪れ利用につながったケースで、相談支援専門員の紹介や近隣にお住まいの方の利用もあります。見学については近隣の病院に通院される方が突然見学に訪れることもあり、随時個別に対応しています。</p> <p>入り口には事業所で行われている活動や支援方針を写真を配して見やすく説明したパンフレットを置いていますが、他の場所では配布していません。ホームページもありますが、利用方法や活動内容についての記述は乏しく、地域に対する発信力を高める取り組みが期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業所でのサービスを始めるにあたり、利用者本人および家族にサービスの内容や利用規約を重要事項説明書とサービス利用契約書を用いて説明し、同意を得ています。契約書にはルビを振る等読みやすく工夫しています。</p> <p>サービスの変更についても利用者本人・家族の同意を得ていますが、重度な利用者が多いこともあり意思疎通や意向の確認には家族等を介すことも多く一定のルールは設けていないものの、個別に対応しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者により就労型の施設への移行や、入院、家庭への移行等、事業所でのサービスを終了し移行するケースもあります。日中活動の様子などをお伝えすることはありますが、利用者の年齢が比較的若いこともあり引継ぎ文書等は現在まで用意したことはありません。</p> <p>今後サービス終了後の体制の整備がなされることが期待されます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
【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。	a
<p><コメント></p> <p>外出先などのレクリエーション案を作成し、また食事メニューなど必要に応じアンケートを行い、結果を踏まえ支援に繋げています。定期的な調査は行っていませんが、施設長と利用者担当が利用者個人面談を年1回行い、希望やニーズの把握に努め、個別支援計画、日々の支援に反映しています。家族会を定期的開催し、出席率は8割と良好です。</p> <p>施設長が参加し、事業報告や事業計画、日常生活や活動・イベントの報告や相談に応じています。楽しく過ごせるプログラムの提供や希望される個別の送迎などニーズの多様化・複雑化に対応しています。第三者評価を受審し、利用者・家族アンケートも実施、施設の様々な対応についての満足度を確認しています。</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
<p><コメント></p> <p>苦情解決制度について、利用者や家族には重要事項説明書に利用者相談窓口相談員名、苦情解決責任者に施設長名、第三者委員名、施設でなく他にも相談できる窓口も記載し、説明し配布しています。施設長は年1法人の研修に参加しています。苦情解決制度やオンブズマン制度のポスターは玄関の見やすい場所に掲示しています。</p> <p>ご意見箱も設置しています。オンブズマンが毎月入り、定期的に会議をしています。「苦情に関する規則」の中に苦情解決手続きのマニュアルや記録用紙などもあります。相談しやすく意見を言しやすい雰囲気づくりに取り組み、今までに苦情に至った例はありません。</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
<p><コメント></p> <p>契約時の重要事項説明書に利用者の相談・援助を行うことを記載し、利用者はいつでも自由に意見を言えること、また職員が相談に乗ることを詳細に説明し配布しています。利用者には、担当制を敷き、担当職員を紹介し、また利用者の利用日の合わせ勤務形態を組むなど相談しやすく、意見を言いやすいように配慮しています。</p> <p>行事や食事、活動内容などは利用者にアンケートを実施したり、直接相談し意見を徴集しています。個別面談や個別に相談に応じる時は、本人の希望する時間や場所、会議室などに配慮しています。</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
<p><コメント></p> <p>利用時は職員から積極的にコミュニケーションを図り、様々な生活や活動場面で思いや意見を傾聴し、確認しています。相談を受けた担当者は、課長、施設長に相談する体制になっています。問題によっては、迅速に対応できるように権利移譲し対応しています。相談の受け方や対応の仕方については、法人の職員ハンドブックの利用者支援マニュアルや倫理行動マニュアルに具体的に記載し、職員に配布しています。</p> <p>施設長はその都度、職員の対応について指導やアドバイスをしています。職員は年1回自己の振り返りをし、支援の対応について見直しをするなどサービスの向上に取り組んでいます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人ではリスクマネジメント委員会があり、マニュアルを作成し、体制を整備しています。施設長はリスクマネジメントの研修に毎年参加し、事業所職員にフィードバックしています。事業所では事故報告書とヒヤリハット報告書を作成しています。</p> <p>事故やヒヤリハットが発生した場合は速やかに報告書を作成し、職員会議で、発生要因、改善策を多職種職員で検討し、見直し、再発防止を図っています。昨年はインシデントが6件、ヒヤリハットが14件、車両事故が3件発生しています。検討した事故分析から、定期的に安全確保の実施状況や実効性の再評価・再確認をしたり、研修に活用できるように一層の取り組みに期待いたします。</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
<p><コメント></p> <p>法人として感染症対策マニュアルは作成され、管理体制が整備されています。施設の感染症対策では、看護師が責任と役割を果たしています。季節に応じノロウイルスやインフルエンザ、今回のコロナなどの感染予防や対応を利用者、職員に説明し、掲示もしています。事業所でのコロナ感染症対策については利用者や家族に書面で通知しています。職員は「感染症の基本的知識」の外部研修を受け、他の職員に会議で伝達しています。感染症が発生しないよう、室内の換気や清潔など衛生管理に努めています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>地域の特質から火災と地震の災害訓練を実施しています。年2回消防署の協力で消防計画書をもとに、また2ヶ月毎に事業所主体で訓練を実施しています。職員は利用者を避難場所までの誘導訓練や安否確認、消火訓練など、担当役割を決め実施し、対応の振り返りを行っています。備蓄品として利用者、職員の2~3日分の食品を保管して施設長が管理しています。今後、備蓄品として多種の食品や防災用品の備えと共に、地域の自治会の防災訓練の参加など協力体制の強化などに取り組むことを期待します。</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実施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
<p><コメント></p> <p>シーに配慮した支援対応と言葉遣いなど具体的に記載しています。プライバシー保護や虐待防止、身体拘束禁止などの権利擁護についても記載しています。施設長は職員が不適切な支援をした時は、その場で指摘し指導をしています。また職員は年1回、自己評価でサービスの提供について振り返りし、適切な支援ができているか確認をしています。</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
<p><コメント></p> <p>法人のマニュアルを基に利用者サービス支援の基本である利用者尊重、プライバシー保護、権利擁護の視点で支援に取り組んでいます。施設では障害の状況に応じ支援内容が様々なため、独自に「利用者特性・支援配慮表」を作成しています。それぞれの障害の特性や注意事項を記載し、それに対する支援方法や環境への配慮を具体的に記載しています。職員はそれに基づき共通認識で支援の実施を図り、実施した支援内容を詳細に記録しています。支援会議で定期的に支援内容の適性を見直し、個別支援計画書に反映しています。職員が支援計画書に基づき、適切な統一した支援が出来るようにしています。</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。		
【42】	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書はサービス管理責任者が作成しています。入所前に家族が家庭での生活や医療情報、希望などを記載した生活調査表を提出しています。責任者はそれを基にアセスメントし、個別支援会議を開催し、利用者、家族、多職種の職員で協議しています。計画書は利用者や家族の希望と検討されたニーズを課題とし、具体的なサービス内容を記載しています。作成された計画書は全てにフリガナをふり、分かり易く作成し、利用者や家族に説明し同意を得ています。</p> <p>サービスの実施は個別支援記録や活動日誌に記録しています。自傷行為のある利用者など困難ケースは会議で原因を究明し対応を検討し、適切な支援が行われるよう取り組んでいます。</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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書は、1年ごと、また状態の変化時に作成しています。サービス責任者、施設長、看護師、担当職員が個別支援会議や職員会議でサービス内容の実施状況や適性を検討しています。家族や利用者も個別支援会議に参加しています。不参加時は電話で確認をしています。責任者はモニタリング用紙で計画書のサービス内容の実施状況や達成度、利用者の満足度、計画の変更の有無を記録し、評価・見直しをしています。課題を明確にし、計画書の更新や作成をしています。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>況や生活状況等は、基礎調査表やアセスメントシート、検査結果表などに記録しています。日々のサービスの支援実施は「支援手順兼記録用紙」や「個別支援記録」「活動日誌」などに記録しています。職員は課題の引き出しや文章の構成に必要な重要ポイントなど「記録」に関する研修を受講しています。</p> <p>情報は申し送りノートや職員会議録や支援会議録などで共有しています。支援会議内容はホワイトボードに記録し、写真をとり、個別の支援記録に張り付け、会議の詳細な内容、情報を共有し支援に取り組んでいます。記録類はパソコンで一括して管理し、「作業マニュアル」を作成し、情報共有の仕組みを整備しています。</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
<p><コメント></p> <p>法人として個人情報保護規程を作成し個人情報の管理責任者を決め、情報や記録の保管方法、情報提供、漏洩等問題発生時の対応などを記載しています。個人情報保護規程は、利用者や家族には契約時に説明しています。個人情報の取り扱いや記録の保管期間など重要事項説明書に記載し説明しています。</p> <p>情報提供について、提供先、目的、提供条件などを記載し、利用者や家族に同意を得ています。職員には守秘義務の誓約書を取り交し、個人情報保護規程の研修を行い、規程の遵守について説明をしています。また職員倫理行動マニュアルにもプライバシー保護、守秘義務を記載し、職員が理解し、支援、対応ができるようにしています。</p>		