

第三者評価結果

事業所名：ほっぷ

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> 法人の理念や基本方針はホームページに掲載しています。また、事業所入口、事務所に掲示しています。入職者研修で法人の職員ハンドブックを使い、理念や基本方針について説明しています。職員会議の中で利用者への対応の仕方や年度の重点課題を議論する際に、随時理念や基本方針に立ち返って考えています。	

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> 各管理者が一堂に集まる法人の管理者会議において、福祉業界を取り巻く動向の研修も行っています。ケアマネジャーや高齢者支援センターと連携し、新規の利用者の開拓に努めています。収支予定対比表・月次推移表・三期比較表等から成る月次試算表を作成し、実績が伸び悩んでいる場合は原因を記載するとともに、収入に乖離がある場合は対策を記しています。	
【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。	a
<コメント> 事業計画に記してある一日当たりの平均利用者目標が達成されていないことが主要な経営課題の一つとなっています。身体に障害のある利用者が多いことから、各利用者の利用頻度が上がることは望めず、障害者の高齢化問題に率先して取り組むことで利用者数を増やすという方針を立てています。「事業計画書」の「5.今年度の事業課題」に、法人内で介護保険に移行する利用者に対して随時相談を受けるという対策を明記しています。居宅介護支援事業所への営業を進めることを月次試算表のコメント欄にも記して実践しています。	

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> 事業所では毎年「事業計画書」を作成していますが、その中の「5.今年度の事業課題」が実際の中・長期計画となっています。現在の中・長期計画は、2020年度から3～5年間かけて達成する計画として始まっており、見直しによって今年度は少し文言に修正を加えています。「5.今年度の事業課題」は3項目ありますが、これは同事業計画書の「4.事業所支援方針」と符合しており、支援方針をさらに具体化した内容になっています。数値目標の設定はしていません。	

【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>

事業所では毎年「事業計画書」を作成していますが、その中の「5.今年度の事業課題」を踏まえた「6.事業所でのユニークで独創的な取り組みとして」が、その年度の具体的な事業内容となっています。取組内容の項目には、日中活動におけるプログラムや交流活動の実施だけでなく、ピアカウンセリング的試みや意欲につながる競争心へのアプローチなど、利用者の心の健康に関するものもあります。また、活動目標として1日当たりの平均利用者目標及び年間実績目標を掲げ、毎月精査しています。

(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。	a
--	---

<コメント>

事業計画は職員会議で読み合わせを行い、周知しています。策定にあたっては、各職種の職員からの意見を集約して、実現の可能性も考えたうえで策定しています。介護員からの聴き取りは年度末が近づいたころ、利用者の送りのあとに行っています。また、上半期・下半期に定期的に実施状況の把握や改善点の抽出を行っています。

【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>

事業計画の策定にあたっては、利用者の意見が反映されるよう、現在のプログラムについて次年度も継続してほしいかどうか聴き取りを行っています。夏祭りのように、希望があってもコロナ禍で実施が難しいものについては、計画案自体は変えず、中身を変えて楽しんでもらえるようにしました。事業計画は事業所内に掲示していますが、利用者やその家族への配布は行っていません。また利用者会や家族会を運営していないため、会合での説明もありません。どのように意見が反映されたか周知され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。	a

<コメント>

年度の後半に、毎月の職員会議で各職員が新規プログラムを考え実施するよう呼びかけています。介護保険の2号被保険者、男性、障害の重い人という利用者に合ったプログラムで、かつコロナ禍でも実施ができるよう、日々随時出勤している職員で打ち合わせを行い、実施、評価、改善を行っています。相模原市の運営状況点検書を使って自己点検を行っています。第三者評価を定期的に受審しています。

【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。	a
---	---

<コメント>

第三者評価の結果は職員間で共有し、改善に取り組んでいます。コロナ禍ですぐに改善策の実施が難しいものもあり、課題を認識しつつ視点を変えて取り組んでいます。前回の評価で指摘があった地域のニーズ把握については、地域との交流事業の実施が難しい中で、だれもが認める事業所となるのがニーズの把握につながると考え、専門知識・技術の向上に努めることを事業計画に記しました。現在、介護報酬改定やサービス提供体制強化加算などの各種制度について職員間の情報共有を推進しています。

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> 事業所の事業計画書内「事業基本方針」で、所長や中間管理職の役割や方針を明記し、職員会議で事業計画書の読み合わせを行って周知しています。事業所の組織図を作成し、指示系統を明示しています。職務分掌は法人の職員ハンドブックに記載してあります。有事の際に管理者が不在の場合は権限は支援課長に委任されることが明確になっています。	
【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> 法人では虐待防止に力を入れ、入職者研修、法人の人権研修で取り上げるとともに、DVDも各事業所に整備しています。当事業所でも事務所に「身体拘束排除宣言」と大きく掲示し、年間研修計画の中で「虐待と身体拘束」を取り上げています。また事業所では、利用者の居住地域が分散しており、送迎の運転手が比較的長距離を走行するので、安全運転にも力を入れています。デスクワークの少ない運転手でも目に留まるよう、階段の踊り場に「ながら運転の罰則が強化」など情報を掲示し、運転中のスマホ使用禁止を徹底しています。	
(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。	a
<コメント> 支援課長は職員会議をはじめ個別ケア会議、サービス担当者会議等に参加し、課題を把握するとともに、改善のための取組を明示しています。また、福祉サービスの質の向上のために、事業計画書の「今年度の重点課題」の中で、チーム意識を育むことを掲げています。具体的には、3ヶ月に1回「チームケア」という時間を設け、チームのメンバーが日ごろ互いに観察を行った結果をポジティブに評価し合っています。この実践を通して、チームで包括的に質の高い支援が行える体制づくりを目指しています。	
【13】 II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<コメント> 法人では中間管理職向けの研修を実施し、人件費の算出から指導しています。管理者は毎月の職員会議で経営面とサービス面の両方を重要な議題として取り上げ、月次試算表を提示しています。試算表にはNO残業デーの実施状況についてのコメント欄も設けています。管理職候補の職員には、年間の利用実績を考えて予算建てをする作業を分担させ、経営的視点が身につくようにしています。	

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。	a
<コメント> 法人が事業計画や運営規定を基に人員体制の計画を行っています。常勤職員の採用は本部が、非常勤職員の求人は事業所が行っています。非常勤職員は地区のグループ長と支援課長が面接を行い、常務理事が決定しています。事業所は身体介護に特化しており、身体介護の経験を積んだ職員を多く配置しています。身体に障害のある方向けの生活介護事業所が隣接しているので、そこで学んでから異動してくる職員もいます。法人で新規の事業所を増やす場合には、既存の事業所で常勤を多めに採用して準備に当たっています。	

<p>【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	a
<p>【<コメント></p>	
<p>法人で作成している職員ハンドブックの冒頭に理念・基本方針・使命(ミッション)・職員行動指針を掲げ、それに続けて理念等を落とし込んだ形で、13項目から成る「当法人が期待する人材像」を記しています。人事基準も明示しています。各職員が半年に一度自己評価や達成目標を「チャレンジシート」に記しますが、そのシートからも人事基準がわかるようになっています。非常勤職員で希望する者に対しては、所長・グループ長が推薦すれば、地域限定職員への道が開かれています。</p>	
<p>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>毎年一回秋に、法人で一括して常勤職員・非常勤職員に対して意向調査を実施し、異動希望や退職の意向を調べています。女性職員の定着率に力を入れ、産休・育休後も復帰して力を発揮してもらえよう取り組んでいます。事業所の広報誌にも育児と両立して勤めてきた職員のコラムを載せています。NO残業デーを定め、事務室に大きく「18:30 消灯施錠」と書いた紙を掲示して、遂行に努めています。</p>	
<p>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>法人が作成した人事管理や人事育成のためのチャレンジシートを用いて、職員階級ごとに数項目から成る目標を設定し、管理を行っています。各職員は年度初めに自己評価を行ってから目標達成に取り組み、半年後、年度末に自身を振り返ってレビュー欄に各目標の達成度とコメントを記入します。上長はチャレンジシート作成時、半年後、年度末に個別面談を行い、達成状況を確認してアドバイスなどを行い、チャレンジシートにもコメントを付しています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>毎年法人で年間研修開催計画を立てて職員に周知し、階層別研修、専門分野別研修、委員会等の主催研修を実施しています。階層別研修は、役職がない職員は勤務年数ごと、役職がある職員は役職ごとに分けて行っています。入職者研修は常勤だけでなく非常勤に対しても実施しています。事業所でも年間研修計画を立てて毎月研修を実施しています。事業所の支援方針、今年度の重点課題の最初に専門知識・技術の向上を掲げ、障害者の高齢化問題に対応できる職員の育成を目指しています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>事業所の年間研修計画は毎月の職員会議時に実施しており、非常勤職員も毎回3分の2以上が出席しています。本部主催の研修については、コロナ禍の今はオンライン方式も取り入れています。法人ではオンデマンドの研修教材の整備が進んでおり、勤務日と合わず研修に出席できない非常勤職員が視聴できるようになりつつあります。事業所では、送迎の運転手が比較的長距離を走行するので、安全運転を重視しています。昨年は、運転に携わる職員が法人内研修・法人外の研修の両方に参加しました。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>近隣の学校と連携して、中学校の福祉体験や高校の福祉部の活動の受託は行っていますが、「ほっぷ」としては実習生の受け入れを行っていません。実習生については、隣接している同一法人が運営している生活介護施設が主に受け入れを行っています。隣接事業所で実習生を受け入れる時は事前オリエンテーションを実施し、実習評価や指導、先生と管理者の話し合いなど教育や育成を行っています。管理者が実習指導者を指導しています。社会福祉士の実習用に相談援助のプログラムもあります。「ほっぷ」が実習生を受け入れることになれば、準備態勢は整っています。</p>	

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
<p><コメント></p> <p>法人のホームページで理念や基本方針、事業計画書、法人報告書、予算書、決算書を公開しています。また年に2回発行している法人の広報誌「レジオン・ヴィヴィ」でも、法人の事業や活動の紹介をはじめ、事業報告や決算のまとめを掲載しています。苦情・相談の体制については、車いすの方でも目に留まるように、壁の低めの位置にわかりやすいポスターを貼っています。ただ、改善・対応の状態については公表していません。</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>事務、経理、取引などに関するルールは法人事務局が事務職員会議で事務職員に渡しています。また職務分掌と権限・責任については、法人ハンドブックに明記しています。外部監査は一年に一回、内部監査も一定の期間内に実施しています。法人の広報誌に2020年度の事業報告を掲載し、監査における指摘事項及びそれを受けてどう取り組むかについて言及しています。</p>	

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
【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。	a
<p><コメント></p> <p>事業計画内の「事業所のユニークで独創的な取り組み」の中に地域交流の項目を設け、交流を積極的に行っています。地元の高齢者支援センターの行事やプログラムの案内を掲示し、利用者に情報を提供しています。地域の夏祭りに店を出し、隣接する事業所と共同で行う「ほっばれ秋祭り」で地域の人々と利用者との交流の機会を設けています。現在はコロナ禍で行事等は中止になっていますが、コロナの終息後に再開の予定です。</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。	a
<p><コメント></p> <p>地区のボランティアセンターと連携し、ボランティアに事業所内でのプログラム（囲碁や健康麻雀の相手）に協力してもらっています。また、中学の福祉体験、高校の福祉部の活動など近隣との中高の活動の受託を行っています。事業所の秋祭りには、近隣中学校の吹奏楽部などに参加の要請を行っています。中高の活動については、コロナ禍で中断していますが、連絡は取り合っており、コロナの終息後に再開の予定です。</p>	
(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>相模原市が作成している「高齢者のためのふれ合い福祉ガイド」を職員間で共有し、必要な情報を利用者に提供しています。関係機関・団体と定期的な連絡会等は行っておらず、法人の地区ごとの連絡会で情報を入手しています。地区の社会福祉協議会とのネットワークができており、その他居宅介護支援事業所、町内会、近隣の中学校・高等学校と連携しています。地域住民の高齢化に伴って生まれている買い物困難者への支援という問題に取り組んでいます。</p>	

(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。	a
<コメント> 事業所のある地域は、地区の中心から離れており、歩いてスーパーマーケットなどに買い物に行くことが難しい地域です。そこで、地区の社会福祉協議会及び自治体と協働で「買い物お助け隊」を結成して説明会を開き、試験運行の後に利用者の勧誘・登録を行いました。運航開始後も、利用者のニーズに合わせて運行経路を修正したり、登録した利用コースと乗車時刻以外でも利用できるようにするなど、さらに利用しやすくなるよう努力を重ねています。	
【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> 買い物困難者のために事業所の車を提供しています。毎回6~7人の利用があり、需要が増しているため今年度から提供回数を週2回から3回に増やしました。このほか、相模原市の献血カーの巡回時に協力したり、「夢の貯金箱」という社会貢献自動販売機を設置したりしています。また法人で行っている寿町での炊き出し・バザー・越冬活動に希望する職員が参加しています。専門的な知識を地域に還元する取組は、コロナ禍ということもあり行っていません。	

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> 法人の基本方針を第一に「人権の尊重とサービスの質の向上」を掲げています。法人の使命（ミッション）の一つは、「どんな人も人生も肯定される社会を作る」こととしています。利用者からは「自分たちが大切にされていると」評価されています。また、職員の行動指針には、「利用者さん、ご家族は大切な『お客様』として信頼される支援に努めます」と明記されています。職員のあるべき姿は「職員倫理行動綱領」「職員倫理行動マニュアル」に詳細に書かれています。職員はこれらについて、入職時、職員会議、研修などで繰り返し振り返る機会があり、事業所内にも掲示されています。		
【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> 事業所として「プライバシー保護に関するマニュアル」があります。「職員倫理行動マニュアル」には、着脱衣、トイレなどのプライバシーを守るよう、注意喚起しています。トイレ、入浴時は完全に同性介助を徹底しています。また、入浴の更衣時は、お互いが目に入りにくいように空間をあけ、壁に向かって手すりにつかまって行うなどの工夫をしています。また、トイレのドアの内側にカーテンがあり、利用者が介助者の視線が感じられないような配慮をしています。		
(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> パンフレットは、カラー写真を多数使い、利用者が施設で過ごす様子も紹介しています。パンフレットは市内の居宅介護支援事業所に送配布しています。また、相模原市内の福祉施設情報をまとめたフリーペーパー「ハートページ」（市が協力）にサービス内容を掲載しており、市内の全戸に配布されています。利用希望者の見学は月に2~3件ほどあり、自宅まで送迎車で迎えに行き、館内を案内しています。		
【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> 契約時には、契約書、重要事項説明書の内容をていねいに説明し、署名と捺印をもらうことになっています。介護報酬の変更にとともなう利用料の変更、食事代の変更の際には、その都度、利用者や家族向けにお便りを作成し、詳しい計算書も添えて、同意書に署名、捺印をもらっています。家族がいない独居の利用者にもご本人の特性に合わせた丁寧な説明を行っています。		

<p>Ⅲ-1-(2)-③ 【32】 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>	<p>b</p>
<p><コメント> 移行先の引継ぎに関しては、利用者が入所施設に移行する場合は移行先のケアマネジャーが、通所施設を変更するときは担当のケアマネジャーが、主に行っています。事業所としては、担当ケアマネジャーに情報提供するとともに、利用者には、退所後もいつでも生活相談員への連絡が可能である旨を口頭で伝えるにとどまっています。引継ぎ文書を渡す必要があるときには、作成して情報提供していきたいと考えています。</p>	
<p>(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>	
<p>Ⅲ-1-(3)-① 【33】 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>	<p>b</p>
<p><コメント> 利用者とは、生活のさまざまな場面で個別に話をする時間を作り、サービスに対する感想や意見を聞くようにしています。食事の際には、嗜好調査をしています。ごはん、主菜、副菜等の味付け、分量が適切か、その他自由な意見を一人ひとりから聞き取り、定められた様式に記録して改善につなげています。なお、利用者会、家族会はありません。出された意見に対しては、その場で利用者を前にして職員と話し合って対処しており、担当者や検討会のような場は作っていません。</p>	
<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。</p>	
<p>Ⅲ-1-(4)-① 【34】 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 苦情解決の体制は、重要事項説明書に明記されており、玄関に掲示がされています。利用者が自由に意見を出せるように、ご意見箱が食堂に設置されています。ご意見箱は車椅子の利用者も使いやすいような高さに置くよう、工夫しています。苦情は、苦情解決のルールに基づいて定められた書式に記録され、電子申請システムにより、法人の理事長はじめ幹部に報告がいくようになっていきます。苦情の内容や解決の結果は、事業報告に記載されていますが、館内掲示、公報に掲載する等、より積極的な公開が期待されます。</p>	
<p>Ⅲ-1-(4)-② 【35】 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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 利用者がいつでも安心して相談できるように努めていますが、その努力が利用者十分に周知されていません。利用者からの声は日誌に記録しています。相談室や静養室を活用して落ち着いて話を聞くようにしています。苦情や相談は事業所の担当者だけでなく、第三者委員、市役所、団体の窓口があることを、契約時に重要事項説明書で説明するようにしています。</p>	
<p>Ⅲ-1-(4)-③ 【36】 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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 苦情解決のルールにまで上がらないような、日常のさまざまな生活場面での利用者の意見や要望は、その場で職種間で協議しながら、できるだけ迅速に解決するようにしています。利用者の日誌に記録し、必要であれば職員会議で対応を決めていきます。食事への意見（味が合わない等）には、すぐに対応できず検討を要する場合がありますので、対応方法を考えています。利用者からの意見に対する対応方法は、「職員倫理行動マニュアル」にあり、必要な都度、改訂がされています。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>Ⅲ-1-(5)-① 【37】 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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 法人内に事故検証委員会があり、マニュアルなどを整備して、事例などの情報収集も行っています。重要なインシデント（事故）では理事長が責任者となって当面の対処、事故の分析、対策をとるようになっていきます。事故でもっとも多い交通事故については、安全運転管理者を任命して、車両管理、ドライバーの健康管理、送迎状況の把握をしています。事故が発生したあとの対処などは安全運転管理者を中心に行っています。ヒヤリハットの事例は集めていますが、分析まではしていませんので、今後の課題としています。</p>	

<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。</p>	a
--	---

<コメント>

コロナ対策として、利用者の送迎時に検温と消毒、到着後のバイタルチェックを徹底しています。職員は自宅での検温、出勤時の消毒をしています。食堂の亚克力板の設置、座席を横並びや斜めに配置するなどの対策をとっています。手すり等の消毒を1日に2~3回実施しています。厚労省の「感染対策マニュアル」を参考にして職員会議で職員が読み込みを行いました。また、「自分で行う消毒マニュアル」を職員に配布し、看護師を講師に勉強会を開きました。

<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。</p>	a
--	---

<コメント>

法人本部に危機管理対策室があり、災害時の対応は、防災計画や各種災害の対応マニュアルで決められています。災害時には、本部から安否確認メールが届き、それを返信するシステムになっています。事業所の非常災害対策計画には、職員参集基準が定められています。指定された常勤職員が発生時に緊急出勤して、災害状況の把握、継続への準備に備えるようにしています。パン、白米、レトルトなど食糧から、トイレトペーパー、ろうそく、ゴミ袋にいたるまで相当量の備蓄が管理されています。

2 福祉サービスの質の確保

<p>(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。</p>	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
---	---

<コメント>

標準的な実施方法は、「ほっぷ業務マニュアル」の中にファイリングされています。マニュアルには、送迎、排泄介助、入浴・清拭などの具体的な方法だけでなく、「プライバシー保護」「身体拘束排除」などの項目もあり、詳細な記述があります。一日の流れに関しては別に保管されていますので、業務マニュアルを見ればすべての標準的な方法がわかるよう、まとめておくことが期待されます。

<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。</p>	b
---	---

<コメント>

標準的な実施方法を定めた際には、その方法を検証するために策定後3ヶ月は毎月見直しを行うこととしていますが、その後の見直し時期については定めていません。コロナウイルス感染拡大の状況を受けてコップの消毒方法を変更した際や研修でマニュアルの読み合わせを行った際に点検するなど、必要性に応じて随時見直しを行っています。今後見直しの定期的な実施が期待されます。

<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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。</p>	a
--	---

<コメント>

支援課長が個別支援計画(本事業所では「個別ケア計画書」)策定の責任者として全体の統括を行っています。障害の重い利用者が多いため、排泄をはじめ要介護例のADL・日常行動の項目が多岐にわたった様式を使ってアセスメントを行っています。策定にあたっては、居宅介護計画と整合性が保てるようにしています。計画書には本人及び家族のニーズ、目標を記す欄があります。障害程度が重く、移動が困難なケースにも積極的に対応しています。

<p>【43】 Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。</p>	a
--	---

<コメント>

利用者への個別ケア計画書の見直しにあたっては、毎月「モニタリング・サービス提供状況」を使って実施状況や満足度を3段階で評価し、課題を記しています。そのうえで1年に1度、利用者及びその家族と一緒に個別ケア計画の見直しを行い、計画を変更すべきかどうか決定しています。緊急に変更の事態が生じた場合は支援課長が、支援課長が不在の場合は課長を補佐する役割を担う生活相談員が対処することになっています。

(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>

サービスの実施状況及び利用者の状況はシステムに全職員が入力し、全職員で閲覧しています。入力画面には、日中活動・身体状況・人間関係・ケアマネジャー関係・服薬など記録内容を種別する項目があり、個別の記録データを時系列にも項目別にも並び替えることが可能になっています。支援課長は記録に目を通し、事実と推測が混同した書き方にならないよう必要に応じて個別に書き方を指導しています。

【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>

法人の個人情報保護規程に従って、記録の保管・保存・廃棄等を実施しています。規程で記録管理の責任者を理事長、管理者を常務理事、監督者を事業所所長と定めています。個人情報に関する書類は鍵のかかる部屋のロッカーに保管しています。個人の記録は、パソコンで入力して法人のサーバーに保管し、必要があるときのみ印刷するようにしています。入職者に対しては、入職者研修で職員ハンドブックを使って説明し、さらに先輩職員からの指導も行っています。