

## 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。	a
<コメント> 理念・方針は明文化し周知を図っています。法人運営のホームページやパンフレットには法人の理念・方針を掲載し、玄関フロアに掲示しています。事業所の理念・方針は事業計画に掲載しています。理念は「障害者や高齢者など全ての人の共生社会を目指す」「利用者の自分らしい生活をともに創る」(要約)という福祉サービスの目指す方向を示しています。 職員には入職時に研修を行い、資料を配布すると共に、支援員会議(職員会議)や家族会で読み合わせを行い、理解を深めています。		

#### 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> 所長は市障害福祉事業所協議会役員や法人のエリアマネージャーとして、課長は同会議及び地域の福祉関係会議に出席し、社会福祉事業全体の動向や地域福祉計画はじめとする各種の地域福祉情報を把握しています。また市・区・地区の利用者情報やグループホーム等の福祉需要の動向・変化を把握し、エリアや事業所の課題を把握・分析しています。 そのほか、毎月、事業所の試算表の作成により経営状態を把握したり、利用者の推移、利用率等の分析も行っています。		
【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> 周辺地域の現状や事業所の経営分析を行い、課題を把握しています。市行政の補助金の削減、利用者や家族の高齢化に伴う環境変化や健康問題、SELP事業の収入減少などがあり、法人本部や職員に対して説明をしています。 家族の高齢化によりグループホームで過ごす利用者が増えており、地域生活に向けた支援の充実を図る必要があります。グループホームとの連携や立ち上げ及び在宅サービスの構築、地域で生活する上で必要な福祉サービス情報提供など様々な取り組みを進めています。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として中長期計画(2014.4~2018.3月)は策定しましたが、2019年度からの中期計画は現在策定中の状況です。事業所としての中長期計画は、行政の制度や地域状況により、計画の変更や期間のずれが出るなど難しい面もあります。前任の所長に中・長期へ取り組みの構想はありましたが書面としては未策定でした。</p> <p>今後、前年度までの青写真を基に、事業所の特色を生かした中長期的な目標や方向性を明確にした計画の策定が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度事業計画については、基本的には前年度にイメージされていた法人の中・長期計画を反映すると共に、前年度の事業計画の評価・反省を踏まえ、作成しています。内容は、目的、方針、今年度の課題と重点目標、実施運営、事業内容、活動方法等となっており、実行可能な具体的なものになっています。</p> <p>事業計画は半期に一度見直しが行われ、数値目標や成果について評価や確認を行い、法人本部への報告を行っています。</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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画作成に向けては職員及び利用者・家族へのアンケートを実施したり、各グループの意見や提案内容を検討し、計画の策定を行っています。計画は活動予定表等にまとめ、実施しています。半期毎に事業報告書、予算・決算書をベースに評価、見直しを行っています。</p> <p>年度末には職員間で事業計画の読み合わせを行い、意見や提案を出し合っています。家族に向けては分かりやすい形の事業計画書を作成し、家族会で読み合わせを行っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は家族用に分かりやすく作成し、配布しており、家族会で読み合わせを行っています。事業計画のうち日常的な活動や業務、行事等については利用者には口頭で伝えています。家族に対しては、祭りや外出など行事の予定が近くなった際にはお便りや連絡帳で知らせたり、送迎時に口頭で伝えています。</p> <p>利用者に対しても事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成してほしい、という要望も出されており、事業所側では今後の課題と捉えています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>県のサービス基準に基づく自己評価を年1回実施し、支援員会議で評価結果を分析・検討しています。サービスの質を高めるために困難ケースを中心にモニタリングや必要に応じてケースカンファレンスを実施しています。また、支援業務改善担当を2名配置し、環境整備等について取り組んでいます。</p> <p>第三者評価を3年に1回受審しており、前回指摘された改善点について支援員会議で検討し、段階を経て改善に取り組みました。苦情相談を受けた際には即時対応し、改善に取り組んでいます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己評価結果は職員間で共有を図り、支援員会議で項目に分けて改善を行っています。支援業務改善担当者が関係者を集めてミーティングを行い、改善に向けて取り組みました。トイレを多機能トイレに改修したり、職員間の情報が洩れなく行き渡る様に仕組みを見直し、改善を図りました。</p> <p>第三者評価の改善点は公表されており、組織的且つ段階的に対応し現時点でほぼ達成し、継続的な見直しを図っています。保護者向けのアンケートについては評価結果を分析し、課題を把握し、職員間で共有しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>所長は事業計画において事業の目的・方針・内容を明示し、全体の調整を務めることを明記しています。支援員会議や家族会で事業所の経営・管理についての事業計画を説明し、サービスの実現に向けて、その役割と責任を果たす立場にあることを表明しています。</p> <p>災害や事故などの有事においては所長である団長が責任を持つこと、不在時には副団長に権限を委譲することを表明しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>所長は障害者総合支援法をはじめ各種の福祉関係法令を理解し、運営及び管理を行っています。市内の福祉事業所協会役員でもあり、行政や委託業者との適切な関係を築いています。法人が策定した個人情報保護や苦情解決制度、事故防止に関わる交通法規等各種のコンプライアンス規定に基づき、事業所運営を行っています。</p> <p>職員の入職時には虐待や身体拘束等に関する人権研修や各種の法令順守に関わる研修を受講させ、環境や災害、交通安全等の法令の理解に繋げるなど、安全な送迎や防災への取り組みを実施しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は毎月の試算表の作成で経営状況を把握しています。事業計画の進捗状況については毎月のリーダー会議や支援員会議、SELP・余暇会議等で把握しています。半期ごとに事業計画の評価や反省を行い、課題を検討し改善を図る取り組みにリーダーシップを発揮しています。</p> <p>グループリーダーによるリーダー会議では、利用者の高齢化による医療的ケアへの関りについて具体的な対策を検討しています。業務改善担当職を設け施設整備の改善に向けて取り組んでいます。職員の教育・研修については法人内研修や外部研修など積極的に参加するよう奨励しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は事業所の財務、労務、人事の状況を把握し、業務がスムーズに進行するよう努めています。月ごとの利用実績や収入は安定していますが、労務管理の面で、職員の残業時間が多いことが課題になっています。利用者の送迎業務については外部委託を行い、職員の業務を軽減するなど残業時間の削減に取り組んでいます。</p> <p>家族の高齢化に伴う利用者の居住先や生活の確保に向けてグループホームの増設や連携の在り方に向けた取り組みを行っています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>常勤職員は法人人事部が採用し、非常勤職員は法人の相模原エリアおよび事業所で募集・採用を行っています。常勤は新卒者が中心で採用説明会や就業体験を通して採用を決めています。非常勤については福祉に理解があり、意欲のある人を採用しています。</p> <p>必要な人材確保と育成を行うために、従業員の職種、勤務形態、勤務時間、資格状況や専門技術、勤続年数など、人材の詳細を把握しています。法人本部により入職時の研修が実施され、必要な福祉人材の確保や定着に向けての取り組みも行われています。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の経営理念を実現するために「職員行動指針」があり、期待される職員の行動が明示されています。「新人事評価制度」により人事基準が定められ、職種や等級数による職務遂行能力、成果や貢献度を評価する仕組みがあります。職員の処遇の水準については給与体系に基づきます。</p> <p>職員の意向を受け入れて事業所全体のバランスを考慮しながら配置の改善に繋げています。チャレンジシートによる目標管理制度を実施し、目標を定めて働く環境を整え、総合的な人事管理の体制を整備しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>労務管理の責任者は所長で、職員の有給休暇や残業の取得状況を把握しています。健康状態を含めて労務管理を行う衛生管理者を設置しています。職員の健康管理や安全性の確保については健康診断や感染症対策、メンタルチェック等を行っています。</p> <p>法人は「心の相談室」を設置し、職員がカウンセラーに相談できる体制を整えています。法人に福利厚生会があり、慶弔制度や娯楽施設の利用チケット等を得られる特典があります。職員の意向調査やアンケート等を実施し、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事評価制度の一環として目標管理制度があり、年に3回、職員と上司が面談を行っています。職員は評価表チャレンジシートに目標を記載するほか、目標達成のための具体的な取り組みやスケジュールを記載します。職員は評価者と面接し、1回目は目標設定面接、2回目は途中経過を確認する中間面接、3回目は自己評価を行い、目標達成の確認をしています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全職員が携帯する「職員ハンドブック」には職員の行動指針が記載されています。毎年、法人の研修委員会より研修計画が4半期ごとに提示され、階層別、地域別、専門分野別に分かれ、必要な研修が実施されています。事業所としては研修計画の評価や見直しは行っていません。</p> <p>全体研修や新人研修を始め人権研修や自閉症研修、次世代育成研修、フォローアップ研修、実践報告会等があり、多くの職員が受講しています。専門的な研修については受講した職員が報告を行い、資料を回覧しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりについて勤務年数、技術水準、専門資格の取得状況等を把握しています。それを基準にして法人が実施する階層別、テーマ別の研修に派遣しています。所内では支援が困難な利用者への対応についてOJTを実施しています。職員に外部研修情報も提供し各専門分野に応じ受講を奨励しています。</p> <p>平成30年度は20か所の研修に延べ36名の職員が受講し、新しい知識や技術を磨き、サービスの質を高める努力をしています。職員全員が教育や研修の場に参加できるシフトを組み、受講できるように配慮しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「実習生ガイダンス内容」という文書により、法人・事業所の基本理念、事業所の概要、実習の目標、方法など、研修・育成に関わる基本姿勢を明文化しています。社会福祉士や介護福祉士、保育士等専門職に配慮したプログラムを用意しています。</p> <p>「実習指導者研修」を受講した「社会福祉士実習指導者」を2名配置しています。実習指導者は実習依頼元の担当教諭と連携し、実習前オリエンテーション、指導教諭による実習中の視察、実習内容等について調整を図りながら福祉専門職の研修・育成を行っています。</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。	a
<コメント> 法人運営のホームページやパンフレットで法人の使命・理念・方針を明示し、社会や地域での自らの役割について宣言しています。事業計画・事業報告、予算・決算情報を公表しています。地域貢献活動として行う寿町での、生活困窮者支援活動への参加状況や第三者評価受審の結果について公表しています。 事業所では保護者に向けて事業計画・報告や苦情・相談制度について伝えています。祭りや販売会、実習生等に事業所のパンフレットも配布しています。		
【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。	a
<コメント> 事務所内のラックには法人経理規程及び服務規程等が置かれ、経理に関する決まりや職務の役割、責任・権限等について職員はいつでも閲覧することが出来ます。 法人本部による事業所への内部監査が実施されており、適正に経理が処理されているか監査を受けています。今回は経理や書類管理が適正であるとの高評価を受けましたが、超過勤務が多い旨のアドバイスを受けました。法人は外部監査法人に依頼し監査を受けています。		

## 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。	a
<コメント> 法人理念に「地域との共生社会をめざす」を掲げ、基本的な考え方を示しています。事業所は開所以来、利用者が地域で働きながら自分らしい生活を送ることを目的として支援しています。地域の水泳大会にボランティアと一緒に参加したり、作業に必要な買い物に利用者と職員が一緒に出掛けています。事業所では地域向けの「パステル祭」を毎年開催しており、自治会の方々の参加による盆踊りも実施しています。その他、プールや公民館、自治会館など地域の社会資源を積極的に利用しています。		
【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
<コメント> 「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、見学日程の決定から見学当日の事前説明内容、質問・感想を聞くなどの手順などをまとめています。ボランティアに対しては、利用者に関わる上での留意点などを記載した文書を用意し、利用者との接し方や作業内容、余暇活動についてオリエンテーションを行っています。活動終了時には茶会をするなど労をねぎらっています。 また、地域の小学校や中学校の職業体験事業の一環として、児童や生徒の1日体験学習を受け入れています。		

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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>行政機関や市障害福祉事業所協会等の団体の住所や電話番号を書いたリストを事務所に置き、職員間で共有しています。利用者個別のファイルにはエコマップを作成し、利用者に関わる関係機関や病院などの社会資源を記載しています。</p> <p>職員は市障害福祉事業所連絡会や市障害者地域作業所等連絡協議会へ役員として参加し、市の補助金削減問題や相模原フェスタへの作品出店、ワークショップの運営企画など共通の課題に向けた検討や情報交換を行っています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のエリア会議や市障害福祉事業所連絡会、市障害者地域作業所等連絡協議会、まちづくり推進協議会など地域の関係機関や団体での各種会合に参加し、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めています。また、オンブズマンネットワークや利用者交流会など第三者及び家族や利用者の意見を聞いています。</p> <p>家族の高齢化に伴う環境変化、地域での自立した暮らし方への支援体制、複数のグループホームとの連携や支援、立ち上げ、災害時の福祉避難所としての役割や自治会と連携した防災対策などを課題と捉えています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の社会貢献活動に参画し、寿町の生活困窮者に向けて炊き出し活動を行っています。</p> <p>グループホームに入居する利用者が増える中、地域生活支援のコーディネート機能の充実や在宅サービスのネットワークの構築を事業計画の重点目標に掲げています。</p> <p>田名まちづくり推進協議会に所長が参加し、福祉分野から提案を行っています。地域住民が来所する祭りを開催したり、小・中学校の福祉教育として施設機能を開放しています。イベントや地域企業で自主製品を販売しています。職員が大学の講師として専門分野の指導も行っていきます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重した理念・基本方針は「県央福祉会職員ハンドブック」に定め、人権の取組や基本的支援姿勢等は「倫理行動マニュアル」「倫理行動綱領」などに明示しています。これらは常勤・非常勤を問わず、入職時の研修にて説明を受けています。これらの指針は、個々のサービスの基礎となっており、事業所内の各グループの計画や個々の利用者の個別支援計画に反映されています。</p> <p>月1回、外部からスーパーバイザーを呼び、支援について客観的な立場からの評価・指導も受けています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「倫理行動マニュアル」において、プライバシーの保護が定められており、その内容は、守秘義務、郵便物や入室時に係る利用者の同意、同性介護の原則など12項目にわたり、具体的に示されています。</p> <p>法人の「倫理行動綱領」においては、基本的理念として、利用者個々人の社会生活すべてに関わる「自由とプライバシーの守られる環境」の維持が明示されています。</p> <p>利用者ミーティングや家族会でプライバシー保護の取組の周知を図っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所を紹介するパンフレットには挿し絵やルビを使用すると共に、口頭でも分かりやすい説明に努めています。また、特別支援学校からの見学や実習希望者の受け入れも行っていますが、現時点では定員が一杯で空きがないため、体験入所等の受け入れは困難な状況です。</p> <p>現在は事業所外にパンフレットは置いていませんが、今後は、市のあじさい会館内で製品販売を行うショップ(バオバブ)に置くなどし、事業所の情報を発信していくことも検討しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの提供に向けては、全ての利用者に個別面接を実施し、本人の言葉を用いた個別支援計画を策定するなど自己決定を尊重しています。</p> <p>計画策定のための個別支援会議には、利用者、家族・後見人、グループホームの世話人、サービス等利用計画の作成を行う相談支援専門員等にも出席を依頼し、計画を策定しています。こうした計画策定時や半年後のモニタリング時は、利用者・家族に分かりやすい説明に努め、同意を得た上で、計画書にサインをもらっています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が他の事業所へ移行する場合は、職員同行の下、事前に見学や実習を行うほか、移行先の職員と綿密な情報共有を図っています。また、移行後は、事業所利用時のケース担当者が利用者や家族等からの相談に応じたり、事業所内の相談支援専門員が移行先の事業所に連絡を入れるなど、事後フォローに努めています。</p> <p>一方、現時点では移行先への引継ぎ文書の定めや、利用終了後の相談等に関する家族への説明文書の定めはありません。</p>		



Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回、利用者・家族へのアンケートにより、利用者満足度調査を実施しています。これにより、日頃の支援を振り返り、利用者・家族の多様なニーズや利用者満足度を把握すると共に、次年度の事業計画に反映させています。策定した事業計画については、年度当初の家族会で説明を行っています。また週1回行われる利用者のグループミーティングに職員も参加しており、利用者満足度を把握する機会となっています。</p> <p>今後に向けては、利用者参画のもとで、利用者満足の上を目的とした調査・分析・検討の仕組みの整備が期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が苦情解決に関する規則、苦情解決事務手続きのマニュアルを策定しています。事業所では苦情解決の体制を重要事項説明書に明記すると共に、所内に掲示しています。</p> <p>次年度の計画策定に向けては家族・利用者アンケートによる利用者満足度調査を行っており、苦情を把握しやすい仕組みとなっています。また、今年度は利用者ミーティングにて苦情解決を議題としました。</p> <p>苦情内容、解決結果の公表は未実施です。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者ミーティングなどで利用者が希望に応じて相談したり意見を言う事ができることを周知しています。また相談をする場としては、相談室等を利用するなど、利用者が相談しやすい、意見を述べやすいスペースを確保し、相談の環境にも配慮しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者向けに各種アンケートを実施し、利用者の意向を積極的に把握しています。利用者から相談や意見を聴取した場合は、速やかに課長や相談員につなぐなど必要な対応を図っています。また支援日誌には「利用者の声」の記載欄を設け、情報共有を図っています。年度末に実施する利用者アンケートの結果は次年度の事業計画に反映させ、サービスの質の上に向けた組織的な取組を進めています。</p> <p>相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討について定めたマニュアルは未整備です。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人はヒヤリハットやインシデント管理、事故対応などに関するマニュアルを定めているほか、ヒヤリハット/インシデント分析管理委員会を設置し、研修等を開催しています。</p> <p>事業所内ではリスクマネジメント担当者を選任し、発生事案を取りまとめ、毎月の支援員会議にて報告しています。ヒヤリハットの要因分析を行った結果、ヒヤリハット事案が出退勤時刻、週末～週明けなど、環境の変動時に発生しやすい傾向も見えてきました。今後こうした分析結果による事故防止策やその実効性について定期的な評価・見直しが期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のハンドブックには感染症予防や発生時の対応マニュアルが定められており、入職時の研修等にて周知を図っています。また今年度は利用者ミーティングで「インフルエンザ・ノロウイルスについて」というテーマで職員から情報提供を行いました。</p> <p>インフルエンザの流行期には作業室に次亜塩素酸水による加湿を行っています、利用者・職員に予防接種を推奨するほか、ウイルス感染による吐しゃ物の処理に必要な物品を送迎車に備えています。今後は、流行前に感染症対策をテーマとした職員向けの研修等の開催が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時は、法人の防災マニュアルによるほか、事業所の災害対策計画に基づき対応することとしています。利用者及び職員の安否確認については、法人が一括して電話会社の安否確認のシステムを導入しており、システムを利用した安否確認訓練も実施済みです。備蓄倉庫には食料等を備蓄し、災害時の停電に備えてガスボンベにて使用可能な発電機も備えています。また災害時は福祉事業所協会より被害状況の確認や職員の応援の要否の確認等もあり、関係事業所の協力体制も構築されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人にて人権に配慮した利用者支援マニュアルが策定されているほか、事業所ではグループごとに支援マニュアルが作成されており、標準的な支援方法が文書化されています。各支援方法については、必要に応じて各グループ会議で話し合い、確認を行っています。</p> <p>外部からは定期的にスーパーバイザーを招き、客観的な視点による支援方法の検証を行っています。法人内外で行われる自閉症や強度行動障害等をテーマとした専門的な研修に積極的に参加し、適切な支援方法の確立を図っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の職員ハンドブックには業務の標準化により、全職員が効率よく安全に間違いなくサービスを提供することとされています。あるグループでは「日中活動における支援員の注意点」として標準的な実施方法を明示しており、1日の支援の流れを時系列で示すほか、作業中、朝、昼休み、帰りなど時間帯による支援の留意点や利用者毎の留意点などをまとめています。支援方法には各自の個別支援計画の内容も反映され、必要に応じてグループ会議等で見直しを図っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は各利用者の誕生月に立案することとし、立案に向けたアセスメントでは本人への聞き取りによりニーズ把握を行い、好きなこと、嫌いなこと、強み、医療機関や関係する社会資源などがエコマップにまとめられています。</p> <p>計画策定時は本人、家族・後見人、支援員のほか必要に応じてグループホーム、ヘルパー事業所、ショートステイの職員等の出席により個別支援会議を行います。また看護師からは健康管理や個々の運動プログラムに関する助言、委託先の管理栄養士からは食形態や栄養面での専門的助言を受ける場合もあります。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画については、各利用者の誕生月の立案に向けて個別支援会議を開催し、計画策定の半年後には、モニタリングにより計画の見直しを図っています。計画の立案及びモニタリングについては、年度当初に会議等の予定をたて、円滑な進行管理に努めています。</p> <p>個々の利用者の服薬調整や通院状況に変更があった場合、緊急に計画を変更するしくみはありませんが、速やかに担当グループ会議で周知を図り、次回の計画立案時やモニタリング時に反映させています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>所内では「E日誌」という記録システムを導入し、統一した様式により支援員日誌、グループ日誌、個人記録を作成します。職員が記入した「支援員日誌」の内容は「グループ日誌」に反映され、業務の効率化にも役立っています。記録の書き方については、次年度の「再確認事項」として前年度末に書面で周知しています。情報の共有化は支援員会議や、各グループリーダー・管理職によるリーダー会議等で行います。</p> <p>今後に向けては個別支援計画に基づくサービスの実施状況が記録により確認できるよう、様式等の工夫が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人により個人情報保護規程が定められているほか、事業所では重要事項説明書に利用者の記録及び情報の管理についての内容を定め、利用者・家族等から同意を得ています。特にサービス提供に係る他機関との連携については別途個人情報使用同意書も取得しています。各グループリーダーを記録管理の責任者としています。前年度末の配布資料にて、個人情報保護の観点から、離席時のケースファイルや個人情報記載の書類やパソコン画面の取り扱いについての注意喚起も行いました。</p>		