

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> 施設のパンフレットやホームページ、職員配布用の「キャリアブック」に、法人の基本理念を掲載して周知を図っている。また、毎年、法人内の職員を対象とした「権利保障研修」で、法人の理念の再確認を行っている。「権利保障研修」では、理事長や専務理事が、障害者虐待防止法の理念などを説明しているが、今年度はコロナ禍で、事業所単位で開催している。法人の理念は「利用契約書」にも明記し、利用契約時や、3年毎の契約更新時に、居住者に説明している。居住者本人の意思決定に関わっている家族には、来所時に、広報誌「ぶなの森」を配布し、利用者調査の結果を報告している。		

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> 障害福祉及び関連法を遵守し、県や市の障害者に関連する福祉計画の質や量を把握して、施設の整備計画に反映している。また、市の障害者支援委員会(自立支援協議会)及び専門部会に職員が参画して、障害当事者のニーズや社会資源の整備状況を把握して、施設運営に反映している。県の身体障害施設協会の施設長会に施設長が出席する他、スポーツ大会の各委員を職員が担い、広く情報を入手するようにしている。		
【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。	a
<コメント> 月1回、専務理事、参事、各部長で構成する法人の権利保障委員会法令遵守部会を開催し、経営状況や改善すべき点について、現状と課題を整理している。人材不足による職員体制の改善を、急務の課題として取り組んでいる。また、月1回、部長と各マネージャーが集まる運営会議で、各事業所の人材確保の状況を報告し、報酬改定や制度改正を視野に入れて、現場の課題を集約し、課題解決に向けた検討を行っている。		

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。	a
<p><コメント></p> <p>サービス利用者や家族のニーズ、市の社会資源の状況、制度の変遷などを踏まえ、理事会の承認の下、法人全体の「施設整備計画」を策定している。法人の中長期計画である「施設整備計画」は、令和2年度より、「第5次施設整備計画」に入り、ともに生きる豊かな地域社会の構築を目指して、事業展開を図っている。地域のニーズを踏まえ、現在の定員56人から40人にし、短期入所枠を増やして、緊急時を含む利用に備える構想がある。</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></p> <p>単年度の事業計画は、中長期計画を細分化した内容と、中長期計画では示していない、居住者の生活に密接に関わる内容で構成している。また、事業計画は、実行可能で具体的な内容としている。「施設整備計画」の重点目標には、時間が経過しないと取り組むことができないものもあり、難しい面もある。単年度の計画は、年度末にふりかえり、「事業報告書」にまとめている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>日頃より把握している各種意見や、サービス評価の結果を基にして、単年度の事業計画を策定している。毎年、1～2月に担当部長とマネージャーで計画の大枠を決め、施設長も参加する「マネチリ会議(マネージャー、チーフ、リーダー)」で、具体的な計画としている。その後、法人本部のヒアリングを経て、最終的な事業計画としている。職員には4月の職員会議の場で、内容を説明している。</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>事業計画は、取り組みのポイントを明確にして、文言をわかりやすくしたものを、居住者向けに常時、掲示している。掲示物は、職員も内容を確認している。また、居住者が組織する「自治会会議」や「居住者会議」の場で、内容を説明している。現在、家族会の組織はなく、家族に向けて、事業計画も呈示していない。後見制度の利用も増え、家族との連携も不可欠になることが想定されるので、家族との関係作りは今後の課題としている。</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>権利保障のシステムを構築し、質の向上を目指す体制を整えている。苦情解決・サービスシステム(リスク・マニュアル・ライフサポート)・サービス評価・実践教育などの視点から、実践内容を多角的に評価している。自己評価・利用者評価も毎年実施し、以上を半期の評価として、12月に「権利保障システム実施報告書」にまとめている。利用者調査は、居住者からの聴き取りが多くなるため、他事業所の職員が対応し、結果の集計も他事業所が担当している。職員の自己評価は全職員を対象にして、言葉遣いなど居住者との関わりについて、「評価表」を用いてチェックしている。第三者評価も定期的に受審し、今回が6回目の受審になる。</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><コメント></p> <p>評価結果を踏まえ、次年度に向けた課題と目標を「年次報告書」としてまとめている。「年次報告書」は職員も内容を共有できるよう、いつでも閲覧できるようにしている。改善策の策定は、内容に応じて、当該担当者が分担して対応することもあるが、現場からの意見も踏まえ、マネージャーが大枠の作成を担当している。また、実施段階で、細かい修正を担当者が加えることとしている。</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>施設長の職務分掌は、「職務権限規程」や「事務分担表」に明記して、職員に周知している。施設長不在時の権限は、マネージャーに委任している。災害の発生などの有事の際の施設長の責任と役割は、「防災マニュアル」に明記している。年4回、広報委員会にて、広報誌「ぶなの森」を発行し、居住者や関係機関に配布している。広報誌にも、施設長の役割と責任を掲載している。</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>遵守すべき法令などを正しく理解するため、月1回、法人の権利保障委員会法令遵守部会を開催し、法制度とその運用、実態の把握・確認を行っている。法令遵守部会で把握した内容は、各事業所に持ち帰り、職員に説明して周知を図っている。ただし今年度はコロナ禍で、各会議は予定通りには開催できていない。</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。	b
<コメント> 組織のマネジメント体制(マネージャー、チーフ、リーダー)を基盤として、法人及び施設(事業所)の専門部会(権利保障システム)・委員会の役割機能を活用して、サービスの質の向上に取り組んでいる。人員不足により、支援現場は厳しい状況にある。夏季や冬季の休みに加え、働き方改革の有給取得日数の遵守事項もあり、職員配置に苦慮している。時間給の非常勤職員の雇用で、平日の日中の対応は問題ないが、土日や祭日の対応で頭を悩ますことが多い。人員不足から、新たな取り組みを積極的に進めていくには課題がある。		
【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。	b
<コメント> 業務の改善や、業務の実行性を高める取り組みは、組織のマネジメント体制(マネージャー、チーフ、リーダー)や組織内の棟、委員会の活動を通して行っている。支援現場の実情を、法人内の会議に報告し、改善策を提案するなど、組織全体で取り組んでいる。施設のレクリエーション委員会は、法人の日中活動委員会へ、食事改善チームは、法人の食事サービス委員会に統合してスリム化を図り、法人が抱える課題に対して、効率よく検討できる仕組みを構築している。		

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。	c
<コメント> 必要な福祉人材の確保については、法人全体で採用に取り組んでいる。求人広告や求人媒体、就職説明会、学校説明会などで働きかけているが、採用実績は十分とはいえない状況が続いている。特に夜間の勤務が可能な女性職員の不足が続いている。職員の離職防止として、法人全体で、給与面や夏冬休暇の取得方法などを改善している。外国人の雇用についても、情報を収集している。福祉人材の確保については、人事担当との間に、採用計画がないため、今後の課題としている。		
【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> それぞれの職員階層(1~7級)によって、期待する職員像を「キャリアブック」で示し、職員に配布している。毎年、職員が自己評価を文書で提出し、上司が評価する仕組みを作っている。昨年度の働き方改革を受け、職員処遇について、職員から意見を収集して、各事業所のマネージャーが取りまとめ、改善を行っている。キャリアパスは非常勤職員にも必要との意見などがあがっている。職員からの意見収集は今年度も継続して行っている。「キャリアパス概念図」でキャリアアップの仕組みを示しているが、法人内の事業所は通所系の事業所が多いため、職員のキャリアを積み上げる異動ができない悩みがある。		

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。	b
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向の把握、働きやすい職場作りに取り組んでいるが、福祉人材の確保・定着について、具体的な計画は作成していない。定年退職などの状況を把握して、いつ頃、どのような人材を確保するか、具体的に示す必要があると捉えている。また、職員の就業状況の把握や、職員が相談しやすい環境を整えてはいるが、そのことが結果につながっているかどうか、賛否両論があがっている。</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>期待する職員像は、「キャリアブック」に示している。常勤職員との個別の面接は、4月と10月の年2回、「業務管理シート」を用いて、マネージャーがDo-CAP(実行→評価→改訂→計画)の面接を行っている。また、非常勤の職員に対して、最低年1回、職務別のグループに分かれ、マネージャーが意見を聴いている。「キャリアブック」で示す職務基準の内容と、給与体系が連動していないため、仕組みが適切に機能するための動機付け要因が加わるとよいと考えている。</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>入職時、全職員に「キャリアブック」を配布して、各階層に求められるスキルや職員像を示している。また、階層ごとに必要な研修も明記して、それに準じて研修の調整を行っている。法人の実践教育部会にて、「キャリアブック」やキャリアパスについて適宜見直し、更新や修正を行っている。新任職員は、2日間の新人研修を受け、その後は育成担当、チューター制を導入し、年度にわたって、個々の習得状況に合わせた指導、教育を行っている。2年目以降も、配属された棟で、フォローアップを行っている。非常勤職員についても、チーフやリーダーを指導職員として配置している。全職員が年2回、「業務管理シート」を用いたDo-CAP面接を受け、年末にはキャリアパスに沿った評定書を作成している。</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>法人の実践教育部会にて、権利保障や虐待防止の研修を企画して、「全体研修」を開催している。各部署の研修については、各部署のマネージャーやチーフが内部研修を企画、開催している。今年度はコロナ禍で開催の中止が続いているが、外部研修の情報提供や外部研修の派遣などは、職員個々に求められる資質などを勘案して対応している。職員個々の研修履歴や資格取得状況の管理は、実践研修部会が研修管理ソフトにて管理している。必要に応じて、各事業所の管理者に情報を提供し、事業所を異動した際にも、職員の状況を把握できるようにしている。</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>毎年、実習指導者養成研修に職員が参加して、専門知識や実習指導者としてのスキルアップに努めている。教員、社会福祉士、介護福祉士別に実習プログラムを作成し、それぞれの実習生に対応している。今年度は教員実習は受け入れていないが、昨年度は10数名の受け入れを行っている。また、大学から社会福祉士2名、専門学校から介護福祉士数名の実習を受け入れている。職員にとっても勉強の場になるため、今後も受け入れていく予定である。担当教員とも連携し、実習中の状況を報告している。実習生には、実習終了時にアンケートを取り、その中であった課題を、次の実習生の受け入れに活かしている。</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
<p><コメント></p> <p>年4回、広報誌「ぶなの森」を発行して、事業報告や行事などの報告を行い、運営の透明性を確保している。法人のホームページに、事業及び収支報告を掲載している。また、県指定の日本財団「CANPAN FIELDS」に、情報を公開して、誰でも自由に閲覧できるようにしている。</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>「組織職制規程」や「職務権限規程」、「経理規程」を整備する他、「事務分担表」に、ルールや権限、責任を明記し、職員に周知している。事業及び財務については、「権利保障委員会設置規程」に基づき、外部の専門委員を配置して、経理監査や権利保障関係事務監査、サービス評価検証を実施し、規程類も更新している。外部の専門委員として、有識者や当事者、社会福祉士、弁護士、税理士などが関わっている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>地域活動を個別支援の一環として捉え、地域の招待行事に参加するなど、施設内外の人々と交流し、相互理解が深められるようにしている。今年度はコロナ禍で開催を中止しているが、毎年、10～11月には、地域のどこかでお祭りがあり、可能な限り、参加を希望する居住者2～3名と出かけている。今年度は毎週行っていた外出が思うように実施できないが、「ハンディキャブの会」やボランティアと連携して、「買い物」などの外出、行事などに付き添っている。福祉車両などの社会資源も活用している。</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>デイサービスセンターの所長を受け入れ担当としている。法人や神奈川県社会福祉協議会のホームページで、ボランティアを募集しているが、一般のボランティアの活動は多くはない。音楽クラブや華道、絵画、編み物などの趣味活動や、タクティール(肌を触れ合う緩和ケア)、アニマルセラピー、買い物の付き添いなどにボランティアが活動している。コロナ禍で開催を中止しているが、年度末には、ボランティアを招いて「連絡調整会議」を開催している。調整会議では、ボランティア活動の感想などを、参加者から聴いている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>湘南西部障害保健福祉圏域の「地域生活ナビゲーションセンター」を担い、部会などに出席して地域の課題を共有している。必要な社会資源について、他の委員や他地域と連携を深めてネットワークを作ること、地域に必要な取り組みや資源の開発に努めている。湘南西部圏域の事業では、隔月に広報誌を発行して、トピックスを広く共有し、事業への理解と協力を求めている。法人のホームページでも、各種の情報を発信している。</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><コメント></p> <p>法人の創立以来、独自の地域福祉計画を策定し、地域の中での社会福祉法人の役割を発揮している。法人内の各事業所での個別支援、地域の各種会議、地域拠点での住民との意見交換や交流会、サロンなどを通じて、地域のニーズを把握している。地域生活を円滑にすすめるために特別なニーズを持った人たちが多くいることから、平成16年より、有期限・有目的で数ヶ月単位で利用できる「ミドル入所」を開始し、入所施設の専門性を地域に還元している。地域には、身体的な障害だけでなく、知的な障害のある方、精神的な障害のある方、強度行動障害のある方が暮らしており、多くの関わりが求められている。</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><コメント></p> <p>地域で把握したニーズに応えるため、平成5年から独自で相談支援事業を開始し、また、障害者の地域移行を促進するため、平成15年から緊急通報システム事業を自主事業として始めている。平成21年には、日中一時支援事業を住宅地に開設し、居宅介護、相談支援事業も併設し、地域の様々なニーズに即応できる包括的な支援体制を構築している。法人全体で、障害福祉にとどまらず、各事業所の個別支援、地域での各種会議、また、独自の施策により、地域ニーズの把握と地域の中での解決のためのネットワーク作りに、一貫して取り組んでいる。地域の自治会と防災協定を結び、災害発生時の避難場所の役割も担っている。</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>理念や基本方針に「居住者の尊重」を明示し、倫理綱領を策定している。法人内で定期的に権利擁護の研修や接遇研修、ライフサポート研修を開催し、「居住者の尊重」の実践に努めている。接遇については、言葉遣いなどに取り組み、居住者を第一に考える研修を行っている。また、虐待防止リストを活用して、年1回、職員が自己評価に取り組んでいる。日々の関わりでは、居住者の意向を尊重することを意識化しているが、職員の若年化や障害の多様化、複雑化など、さまざまな要因が重なり、一般的な常識から離れている内容であっても、その意向の実現に向けて対応していることもある。</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>居住者のプライバシーの保護に配慮して、規程やマニュアル類を整備し、それに則りサービスを提供している。建物は年数を経ており、排泄や入浴介助の場面において、十分な環境設定とはいえないが、居住者のプライバシーに配慮して支援している。排泄や入浴の介助は、同性による介助を基本としているが、やむを得ず異性による介助になる場合は、事前に居住者や家族から同意を得た上でやっている。プライバシーの保護に関して、居住者からあげられる声については、一つひとつ解決できるよう、検討している。</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>利用希望者の見学には、基本的に施設長やマネージャー、直接の担当者が個別に付き添って対応し、丁寧な説明を心がけている。施設のパンフレットなど、説明資料については、見学に来る利用希望者にとって、わかりやすい内容になっているかどうか、職員からも意見があがり、検討の余地がある。現在、特に問題はないが、視覚的にもっと理解しやすい資料の作成を検討する必要があると捉えている。</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>福祉サービスの開始や変更にあたっては、居住者の了解と家族の承諾をベースに置いている。居住者の自己決定を常に尊重するとともに、意思決定が難しい居住者への説明については、居住者個々の状態に配慮して行っている。ガイドライン的なものは必要とを感じるが、多くの人が理解できるユニバーサルデザイン化した資料は用意せず、あくまでも居住者の個別性を尊重することを重視している。個別支援計画の見直しは、6ヶ月ごとに行い、居住者の意思決定を支援している。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設を退所し、居住者が地域の生活に移行する際は、事前にそこでの生活イメージを作ることから始め、利用したいサービスを組み立て、実際に関わる機関や団体、個人との調整を済ませた上で、地域移行に取り組んでいる。生活環境が著しく変化する中、希望を持って新しい生活に挑戦する方が多いと感じている。移行当初は新しく発生する課題に対して、地域の支援者と協力して支援している。退所後も、状況に応じて、短期入所の利用をすすめ、状況を整理する機会を設けている。</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、取り組んでいる。	a
<p><コメント></p> <p>毎年、居住者に対して、利用者評価を実施している。利用者評価は、居住者からの聴き取りが多くなるため、他事業所の職員が対応し、結果の集計も他事業所が担当している。利用者評価の設問は、法人のサービス評価部会で見直し、居住者が評価しやすい内容となるよう検討している。また、居住者の声を聴く場として、居住者の自治会がある。居住者のニーズや思いと、職員の思いのズレを把握、検証し、改善できるものと、できないものを整理している。</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>システムとして苦情解決の体制を整えている。苦情解決責任者や苦情受付担当者、第三者委員、当事者相談員としてのK-フレンズ(かながわ身体障害福祉ネットワーク)を掲示して、周知を図っている。居住者からの訴えは、苦情かどうかにかかわらず、報告し、取りこぼし防止に配慮している。プライバシーへの配慮から、苦情解決の結果は居住者全体に公表していないが、内容に応じて、「自治会会議」や「居住者会議」の場で、対策部分に特化して説明を行っている。</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>苦情解決責任者や苦情受付担当者、第三者委員、当事者相談員としてのK-フレンズを掲示して、周知を図っている。居住者の自室以外に、複数の相談スペースを確保して、居住者の相談に応じている。居住者の声は、日常の生活場面で、随時、聴き取りを行っている。「自治会会議」や「居住者会議」の場においても、居住者の声を聴き取るようにしている。</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>居住者からの意見や相談は、日常の生活場面で随時、聴き取りを行っている。内容に応じて、生活日誌や支援記録に記載し、苦情解決システムを活用し、居住者の自治会との協議につなげ、対応している。対応内容は、担当部長を通じて法人のトップへも報告している。</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。	a
<コメント> サービスシステム委員会を設置している。毎月、サービスシステム委員会を開催し、事業所におけるリスクマネジメントシステムの管理や、必要に応じて、各棟や支援担当との報・連・相を密に取り、事故防止や事故の再発防止に取り組んでいる。前回の第三者評価の受審後、インシデント事象の発見や、共有化の向上に力を入れている。その結果、アクシデントとの線引きの明確化や、発生の防止につながっている。外傷事象など、特に緊急度や繰り返す可能性の高い事象については、各棟会議で話し合い、その後の対策を、チームで検証できるようにしている。		
【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> 感染症のマニュアル(感染症対策、体調不良者への対応、新型コロナウイルス感染症対策)や管理体制を整備し、発生時の対応や予防策に努めている。感染症の情報を共有し、職員全体の意識を高めている。居住者へは、「自治会会議」や「居住者会議」を通して、状況を報告している。新型コロナウイルス感染対策の研修会も開催している。施設内の換気も時間単位で行い、感染の予防に努めている。		
【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。	b
<コメント> 防火管理委員会を設置し、月1回、防災訓練を実施して、居住者の安全確保の取り組みを行っている。防災訓練の実施時には、疑似の消火器を使用した取り扱い訓練や、消防署との電話対応も行っている。ただし、訓練参加職員が均等になりにくいことや、休みの職員の安否確認などに課題が残っている。また、災害時のフローチャートなどの種類が多く、理解しきれていない部分もあり、今後の検討課題としている。		

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
<コメント> 直接、間接業務それぞれに、サービスマニュアルを整備している。手順が複雑なものや、多数の職員が関わるものは、フローチャート化し、どの職員が関わっても統一したサービスを提供できるよう努めている。マニュアル通りに業務が遂行できているかを確認するシステムはないが、疑問などを感じた職員が報告し、状況を共有し、業務改善につなげる取り組みを行っている。特に居住者の状況が変わりやすい入浴や食事などは、改善チームを設置して、日頃から話し合いを行っている。		

【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。	a
<p><コメント></p> <p>サービスシステム委員会が中心となり、毎年、サービスマニュアル全体の更新に関する方針を立てている。現場職員が困惑しやすい内容及び災害対策関連のフローチャートは、優先的に更新できるよう取り組んでいる。サービスマニュアルの更新に伴い、居住者個人のケアマニュアルの内容も検討し、支援計画に反映している。居住者個人のケアマニュアルの検討、更新にあたっては、対象となる居住者と十分に話し合いを行っている。</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>アセスメントから計画の策定までのプロセスは、初めて支援担当を持つ職員を対象にして、事前に、面接方法や作成方法の指導(研修)を行っている。保健医療、栄養管理の各担当などとも連携して計画を策定し、多角的な視点から支援を行うことができるようにしている。各棟会議や個別支援会議などで情報を共有し、支援の進捗状況を確認している。職員間で意見交換を行い、必要に応じて全体に内容を申し送り、生活員全体で、居住者の日常の支援にあっている。</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>半期に1回、モニタリングを行い、また、3月の年度末総合評価で、支援の全体的な見直し、評価、変更を行っている。居住者に大きな変化があったり、本人の意向やニーズが支援目標と変わったりした際には、定期のモニタリング以外に、随時支援の見直しを行い、再アセスメント後に支援内容の変更を行っている。居住者本人のニーズに合わせ、柔軟に対応している。個々のニーズを充足すること、支援の質を向上すること、利用者主体の支援を展開していくことを、職員間で共通認識している。</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>居住者の支援記録については、支援計画の内容以外に、申し送りや本人の心身の状態変化を記録に残している。個々のケースファイルを常に確認することで、情報を共有できるようにしている。また、支援記録の書き方についても、事前の指導や、棟職員やリーダー、チーフが内容を確認し、記入する職員によって書き方が異ならないよう指導している。記録類の保管は、書面での保管とともに、施設内のパソコンのネットワーク上でも管理している。</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>法人全体で、個人情報の管理に力を入れており、P(プライバシー)マークの取得も行っている。個人情報漏洩防止についても、職員研修などで指導している。やむを得ない理由で、居住者の情報を医療機関などに提供する際には、本人及び家族から「第三者機関へ提出する同意書」にて、事前に同意をもらって対応している。支援記録などの保管については、基本的にパソコン内で行い、USBメモリなどの持ち出しは禁止している。書類については、永年保管、5年保管、3年保管に分類し、適正に保管している。</p>		