

## 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> 法人が策定した理念や基本方針については、事業所内に掲示して利用者に周知していますが、職員に徹底されていません。年度初めのデイサービス会議(常勤職員が対象)において職員に確認しています。非常勤職員に対しても朝礼時に口頭で伝えています。法人の理念を踏まえて、事業所の目指す方向性について、所長が職員にわかりやすいように文書を作成し、事業所の方針が浸透するよう工夫しています。		

#### 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> 社会福祉事業全体の動向については、法人が月一回開催している所長会議において、障害福祉サービス等の報酬改定などについて分析・把握しています。また、厚生労働省や福祉関係のホームページなどを閲覧し、障害福祉政策の経緯や予算等についてフォローしています。また、相模原市の高齢・障害者福祉課とのコンタクトを通じて、地域の福祉計画の動向を把握しています。		
【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> 事業所の経営状況については、デイサービス会議(職員会議)において、職員に伝えています。新型コロナウイルスの影響で落ち込んだ利用実績や登録者数について、利用者を訪問したりして利用実績などを上げるよう取り組んでいます。事業所は、地域で日常困っている福祉ニーズを捉え、支援していくことをめざしており、相模原市重症心身障害者ネットワークとも連携しながら、福祉サービスの提供に取り組んでいます。		

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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が5年ごとに作成している中長期計画に基づき、理念や基本方針の実現に取り組んでいます。事業所独自の中期長期計画としては作成されていませんが、事業所の理想的な受け入れ人数の目安として、在籍者数は75名としています。相模原市の障害者相談支援キーテーションや重症心身障害者ネットワークとのコンタクトを通じて、利用者の受け入れを働き掛けています。中期的な課題として、介護スキルの向上、身体介助における不快に思わない距離感の確立や人材育成などに注力しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画については、法人の中長期計画を踏まえながら、取り組み方針や目標を作成しています。年間の重点目標を設定し、その目標を達成するための具体的な取り組みについて定めており、活動日数や利用実績について数値目標を設定しています。事業計画については、年度はじめのデイサービス会議において周知して、職員からの意見も聞いています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は定められた時期に、手順に基づいて評価しています。半期が経過した時点で、それぞれ職員が担当した項目について振り返りを実施し、見直したり、翌年度にやるべきことややらなければならないことを確認しています。利用実績状況の見直しについては、なぜ利用者が来られない状況が続いているのか原因を調査して、復帰できるよう改善に取り組んでいます。事業計画の実施状況や見直しについては、職員だけでなく非正規職員を含めた全職員に浸透させて、より高い目標に向かって取り組むことを期待します。</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>事業計画については、事業所内に掲示し、周知しています。利用者に直接説明する機会は特に設定していませんが、職員が個別に利用者に伝えています。利用者には事業計画に基づき、実施するイベントごとに、お知らせ等で周知しています。家族会は利用者がグループホームなど独居の方が相当数いるため実施していませんが、照会があった場合に事業計画内容を伝えています。家族との関係を深めていくために連絡方法について工夫される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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、サービス向上に向けた取り組みとして毎年12月に利用者満足度調査を実施し、福祉サービスの向上に取り組んでいます。調査結果の中で利用者からの要望を受けて、創作活動の一つである園芸づくりについて見直したり、筋トレの希望を取り上げ、トランスフィットネスプログラムを導入したりして利用者の声を大切にしています。さらにPDCAサイクルにより充実させていくことを期待します。</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>評価結果を受けて、プログラムの内容変更、法人内外での研修で学んだ知識を生かした接遇や支援方法の見直し、業務の効率化や残業時間短縮などに取り組み、福祉サービスの質の向上に努めています。利用者からの希望やニーズを受けて、ラジオ体操を毎日実施しています。また、利用実績を上げるため、積極的に事業所の見学者を受け入れています。</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>管理者は職員会議(デイサービス会議)などで、事業内容や事業所が設立された経緯、行政の役割や事業所との関わりなどについて話しています。また、職務分掌に職員の役割を決めて文書化し、事業所における職員一人ひとりに期待していることを資料を使いながら、伝えて周知しています。管理者は事業所が目指す方向についても、職員に説明して浸透させています。</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>法令遵守や個人情報保護の取り扱いについては、法人が関係規程を定めています。管理者は法令遵守について、法人が実施している定例会議や研修への参加を通じて、十分理解しています。職員に対して、事業所の活動やSNSなどの個人情報の取り扱いルールについて、根拠となる法令等を説明しながら、コンプライアンスの重要性について説明し徹底しています。</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>法人の人事制度に基づき、職員一人ひとりに評価表を付けてもらい、1年間を通して自己評価し、管理者はその結果について評価しています。評価では、利用者に対する接遇やプライバシーへの配慮などについての取組み状況などを振り返り、福祉サービスの向上につながるよう取り組んでいます。また、職員の意見や希望を反映し、研修の充実や資格取得などの支援をしています。</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>経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、リーダー格の職員と管理者間で現状の経営状況を確認しています。若手職員の人事配置や業務のローテーションを実践しながら、業務の改善・効率化に結び付けています。事業計画では、法人の基本理念を基に、職員は他の人からどう見られているかを常に意識し、社会人として基本的なふるまいや姿勢などを踏まえ、それぞれの個性を組織の中で活かすことを目指しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>体制届をベースに職員の体制や人数を整えて、必要な人材確保に努めています。採用については法人の人事部が窓口となっており、事業所の要望を聞きながらリクルートしています。事業所に配属された職員は、法人の主催する新入研修を通じて、法人の理念や基本方針について学んでいます。職員に対しては、利用者との関わりを常に振り返りながら行動するよう求めています。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が策定した人事規程に基づき、総合的な人事管理を行なっています。法人の基本理念を基に、職員に期待される職員像を掲げています。職員倫理行動綱領や関係マニュアルには、法人の目指す基本的支援姿勢や利用者との関係、家族との関わり、地域との関わりなどを解説しています。職員に職員会議などで内容を確認し、周知徹底を図っていますが、職員の理解には課題があります。</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>人事制度上の定期面談は年2回実施して、職員の意向の把握に努めています。ワークライフバランスに配慮しながら、職員には「オンとオフ」を切り替えて仕事の効率化を進めるよう呼び掛けています。福利厚生に関するお知らせなどを職員に回付し、余暇に配慮しています。また、所長は職員に気軽に声を掛けて職員の悩みや気になることを聞いて、働きやすい職場づくりに腐心しています。</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>法人の人事制度に基づき、「期待する職員像」を明確にし、職員ごとの目標管理の仕組みが構築されています。職員は、専門性や社会性、人間性の向上を目指すとともに、法人が目指すキャリアパスをもとに各種研修プログラムが用意されています。管理者は職員一人ひとりと話し合いながら課題を与えて、半年ごとに評価しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として人材育成に注力しており、人事制度のなかで教育・研修に関する計画が策定され、実施しています。外部の業務研修に参加することは時間的に難しかった面がありましたが、障害者支援センター松が岡園の福祉研修センター事業では、オンライン研修を取り入れようになり、今後オンラインによるリモートでの研修が受けられる余地が広がりました。職員の構成はキャリアが浅い人が多く、OJTを通じて支援に対する質の向上を目指しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>今年新型コロナウイルス感染症防止の観点から、外部での研修については参加していませんが、オンライン研修(リモート研修)が今年から始まり、今後事業所内での取組みを活用していくことを検討しています。現在はパソコンでZOOMで対応できるパソコンが1台しかないので研修のために今後インフラ整備が課題となっています。</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>福祉サービスに係る実習生等の受け入れについて積極的に取り組んでいます。相模原市の指定管理事業者として、教職員の福祉体験研修、大学生の介護体験、高校生の介護福祉士実習、中学生の職場体験実習、養護学校実習など幅広く実習・体験の受け入れを行い、地域に対して福祉サービス事業に対する理解や認識する場を提供しています。実習生の受け入れについては、担当者を決めて、受け入れマニュアルを作成し、円滑な対応を行なっています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の施設の概要については、法人のホームページの中で紹介されています。法人の組織全体としての基本方針や使命などは法人のホームページに掲載されています。運営の取り組みとしては、法人全体の福祉サービスの概要、事業計画、事業報告、予算、決算情報についても掲載されています。また、相模原市のホームページ内にも事業の概要が載っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業者は公正かつ透明性の高い経営を目指し、実績値などの計数について管理者と事務職員で定期的にチェックし、保険請求に間違いがないか確認しています。また、半年に一度、市のモニタリングを受けており、必要に応じて事業所の資料提供をしています。法人全体では事業、財務について監査法人の監査を実施しています。事業所では法人からの監査を定期的に受けて適正な運営をしています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では買い物や散歩をはじめ、外出プログラムを実施する際、利用者の個別的状況に配慮しながら、ボランティアの支援を受けています。ボランティアセンター(NPO法人)を中心に、5~7名の方が支援し、定着しています。夏祭りや買い物など車いすでの移動などにも付き添い、利用者のサポートをしてくれています。ボランティアを通じて地域との交流を深めています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所ではボランティア担当を設けて、マニュアルを作成しており、ボランティアのための研修は実施していませんが、必要に応じて注意事項などをボランティアに伝えています。ボランティアセンターと連携を取りながら、積極的にボランティアの受け入れを行っており、利用者の外出プログラムの実施などをサポートしてもらい、利用者は変化のある日常生活を楽しんでいます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の関係機関・団体との連携が適切に行われています。市内の障害福祉事業者協会、行政のケースワーカー、特別支援学校、相談支援事業所、グループホーム等のサービス管理責任者、ケアマネジャー、ヘルパーなど、それぞれの利用者の状況に対応する社会資源の資料を作成し、職員間で情報の共有化を図っています。また、市内の障害者事業所協会等の福祉団体等と定期的に協議を行いネットワーク化に取り組んでいます。</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>事業所は市の指定管理者となっているため、高齢・障害福祉課や相談課を通じて地域からのリクエストや生活課題の把握に努めています。地域の特別支援学校、障害福祉関係団体、相談支援事業所等と連携し、具体的な福祉ニーズを把握するための取り組みを積極的に行っています。また、災害時には地域の団地住民等の避難に対応するため、避難所に指定されていませんが災害備蓄品の用意もしています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>市内でも数少ない重度心身障害者のための施設として、整った施設設備での支援を提供しながら福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われています。地域の防災訓練に参加し、住民の避難に備えて災害備蓄品を用意しています。地域コミュニティの活性化やまちづくりに貢献するまでには至りませんが、地域との連携を深め、地域の福祉サービスに対しての理解や協力を深めていくことを重点目標として今年度の事業計画に明示しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>常勤職員に対して法人の「倫理行動綱領」「倫理綱領マニュアル」を配布し、非常勤職員へは口頭で伝え、職員会議で確認しています。事業所独自の基本理念を作成し、職員に注意喚起して研修も行っています。利用者を尊重し、ニーズを汲み取れているのか、職員本位になっていないか、利用者を残念な気持ちにさせていないか等、職員が理解するための取り組みをしています。利用者を尊重する意識の向上のために言葉遣い等への配慮も考慮し、標準的な実施方法として実践されることを期待します。</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>「倫理行動綱領」と「倫理行動マニュアル」に基本理念として、「自由とプライバシーの守られる環境」を維持していくことが明記されています。利用者の権利擁護について入職時に伝え、研修により理解が図られています。入浴やトイレは同性介助、医療的ケアなどで必要な時は、随時カーテンでパーティションを区分けしてプライバシーに配慮しながらサービスを実施しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者に必要な情報を積極的に提供しています。市内の基幹相談支援センターに事業所を紹介したパンフレットを置いています。利用希望者には、写真付きの資料を渡し、個別に丁寧に説明しています。見学会を実施して雰囲気や使い勝手を見てもらっています。見学の他に一日利用の希望にも応じています。また、情報提供の方法、内容について随時見直しを行っています。</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>福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、利用者の自己決定を尊重しています。所長の変更、食事代の値上がり、サービス内容の変更などについて、利用者が理解しやすいような工夫をし、丁寧にゆっくり説明を行っています。サービス開始時に、意思決定が困難な利用者へは、法人が定める様式にもとづき、家族や成年後見人等へ説明しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の状況に応じて入退院の支援や、相談支援事業所の変更の援助などで福祉サービスの継続性に配慮しています。また、サービスの利用が終了した後も相談に応じ、その後の相談方法について説明をしています。利用者の高齢化が進み、介護保険制度への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮していますが、介護施設などの受け皿が少ない状況があり、手順や引き継ぎ文書の内容を定めておくまでには至っていません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足度調査を毎年12月に実施し、結果を踏まえて向上に向けた取り組みを行っています。意思疎通が困難な利用者については、日常的な支援の中でその表情や態度などからサービスに対する満足度を把握するよう努めています。また、家族などがどのように受け止めているかという視点からも、送迎や電話連絡の時に把握するようにしています。利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に職員等が出席していません。デイサービスで毎日利用者が変わる事業所の状況により、利用者会や家族会の設置はありません。</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>法人による「苦情解決に関する規則」「苦情解決事務手続き」が作られ、苦情解決の仕組みが整備されています。苦情解決に関する掲示物を掲示し、利用者や家族に配布しています。利用者が申し出しやすいように「みんなの声」ボックスを設置しています。家族は連絡帳のやりとりや電話で要望や苦情を申し出すことができます。出された苦情内容や経過と解決結果を、苦情を申し出た家族や利用者へ説明し、申し出た利用者等が不利にならないように配慮した上で、苦情解決状況の公表の仕組みが機能することが期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始時に、相談したり意見を述べたい時には相談ができることを伝え、重要事項説明書に明記し事業所内に掲示をしていますが、利用者や家族に十分に周知されていません。意見箱が設置されていますが、車椅子の利用者から手が届く位置にありません。日常的に接する職員以外に、事業所で直接相談しにくい内容の相談や専門的な相談など、相談内容によって複数の方法や相談相手が用意されていることを日常的にわかりやすく伝えていくことが期待されます。</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>利用者から意見や要望を受けた後、職員会議を開き迅速に対応し、具体的な対策を実施して福祉サービスの質の向上に努めています。しかし、利用者からの信頼を高めるために、体制として整えていくことが求められます。対応方法や記録方法、利用者への経過と結果の説明等の仕組みをマニュアルとして整備し、対応マニュアルの定期的な見直しをすることも期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が行われています。日常のサービス提供に関わる設備・機器類の安全確認や定期的なメンテナンスも実施しています。職員間の情報共有のために、会議で要因分析や改善策を協議しています。しかし、ヒヤリハット報告がなされても時間が経つと再発するケースが出てくることがあるので、事例が挙げられた時だけでなく定期的に再発防止策を評価・見直しすることが求められます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策については法人がマニュアルを整備し、職員に周知徹底しています。季節によりインフルエンザやノロウイルス等について、朝礼で職員に伝え資料を配布しています。事業所の看護師による情報提供や嘔吐物の処理などの指導が定期的に行われています。コロナウイルスの感染予防のため、事業所の入口で検温しアルコール消毒を徹底しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体の訓練も含め、年に6回防災訓練を実施しています。災害時の対応として、職員の体制、避難方法やルートを確認を行なっています。災害時の安否確認は、利用者には電話連絡、職員には一斉メールで行っています。地域住民の利用も考えて防災備蓄品を準備し、担当者を決めて管理しています。地元の行政や消防署と連携し、自治会の防災訓練にも参加しています。</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>標準的な実施方法が所長によって文書化され、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されています。職員会議や文書によって、職員へ周知徹底しています。標準的な実施方法に基づいて福祉サービスが実施されているか、食事、入浴、トイレ、送迎の運転などの各場面で職員が確認しチェックするシートが作成され、職員によって日常的に活用されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者への満足度調査や個別支援計画の実施状況を踏まえ、また職員会議での職員からの意見や提案等により、サービスの標準的な実施方法について、事業計画作成時に見直しをしています。利用者へのサービスの内容の変化や新たな知識・技術の導入を考慮に入れ、標準的な実施方法の見直しも実施していますが、事業所の組織としての検証や見直しの仕組みが定まっていないので、定期的に検証をしていくためにも組織的に実施できる仕組み作りが期待されます。</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>個別支援計画策定の責任者を決め、アセスメントを実施して利用者の身体状況、生活状況、ニーズを、定められた手順と様式によって把握しています。こうしたアセスメントにもとづいて一人ひとりの個別支援計画が策定されています。個別支援計画には、利用者の具体的なニーズが明示され、毎月開催される個別支援会議において評価や見直しが行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が個別支援計画を作成して、半年ごとにモニタリングを実施し、見直しによって変更した個別支援計画の内容を関係職員に周知しています。見直しによる変更については利用者や家族の意向を確認し同意を得ています。計画の評価や見直しにあたっては、福祉サービスを十分に提供できていない内容や課題についても検討し、サービスの質の向上に向けた取り組みが実施されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者記録・管理の責任者を決め、利用者の身体状況や生活状況を、事業所で統一したソフトの様式で記録しています。こうした記録により、個別支援計画にもとづくサービスが行われていることが確認できます。記録する職員によって内容や書き方に差異が出ないように、作成に関して所長が指導をしています。パソコンのネットワークシステムの利用や、紙ベースの記録の回覧によって事業所内での情報を共有する仕組みが整っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の個人情報保護規程により、個人情報の取り扱いについて規定されています。記録・管理の責任者が設置され、職員には個人情報保護に関する研修が行われています。利用者や家族に対し、個人情報の取り扱いについて説明をしています。電子データについて、常勤職員は業務用アカウントを持ち、情報へアクセスできます。法人が規定したUSBのみを使用し、パソコンからデータを取り出せないよう情報漏えい対策がなされています。非常勤職員に対しては紙ベースで必要な情報を伝えています。</p>		