

第三者評価結果

事業所名：パステルファーム ワーキングセンター

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
<p><コメント> 法人として理念・方針を明文化しています。また、事業所としての理念・方針があり、事業計画書に掲載しています。理念は初代の所長から代々引き継がれてきています。利用者が地域社会で自分らしい生活できるように、利用者自身の可能性、存在を高く評価し、自ら成長を求め、生活を切り開いていくことができることを目指して事業所の活動が行われています。理念や基本方針は職員会議等で読み合わせを行い、継続的に周知されています。</p>	

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
<p><コメント> 所長は、市障害福祉事業所協議会や地域福祉関連会議に出席し、事業所をとりまく地域環境の把握に努めています。毎月事業所の試算表を作成した財務の状況を見ています。また、利用者の利用率の推移などを見て、経営状況を把握しています。昨年はコロナ感染を恐れて事業所の利用が減り、収入に影響がでましたが、在宅ワークを行うなど収入の確保に努めました。</p>	
【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
<p><コメント> 経営環境と経営上の分析から、市行政からの補助金の減少、利用者や家族の高齢化に伴う生活環境の変化などの課題を認識しており、その課題は法人や職員と共有しています。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、地域生活を行うための支援を充実させることが課題となっています。そこで、他事業所と連携し、必要な福祉サービス情報の提供など、様々な取組を行っています。</p>	

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。	c
<p><コメント> 過去に法人としての中長期計画を策定していましたが、ここ数年は見直しを進めており、最新版を確認できない状況です。従って、中長期計画に基づいた実施状況の評価が実行できていません。今後、新理事長のもと、法人として理念・方針の実現に向けた中長期計画のすみやかな再策定が望まれます。事業所の特色を活かした目標や方向性が明確になるような中長期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。	c
<p><コメント> 単年度事業計画は、主に前年度の事業計画の評価・反省を踏まえて作成されています。事業計画は具体的で実行可能なものとなっています。たとえば、法人が行っているトランスフィットネス事業を活用してフィットネスを行い、利用者の高齢化に伴う筋力低下を補う活動を行っています。利用者が行き先を選択できる小旅行も計画にありましたが、コロナ感染症の影響で実現しませんでした。今後復活させる予定です。事業所の理念・方針に基づいた事業計画は、中長期計画の策定が十分ではなく、単年度の計画への反映もありません。</p>	

(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>

事業計画はグループリーダーを中心として全職員の意見や提案を集約する形で、所長が作成しています。利用者・家族へのアンケート結果も考慮しています。計画は活動予定表の形でわかりやすくまとめられています。半期ごとに事業報告書、予算・決算書をベースに評価と見直しを行っています。会議等で職員間で事業計画の読み合わせや意見交換を行うなど、理解を促すための取組を行っています。

【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。

a

<コメント>

事業計画は家族にも理解しやすい形で作成されています。家族会で事業計画の読み合わせを行っていましたが、昨年度末に家族会がなくなったため、主に書面での説明になっています。行事の予定が近くなつた際には、お便りや連絡帳、あるいは送迎時に家族に伝えるようにしています。日常的な活動や業務、行事については利用者に直接口頭で伝える様にしています。文字表現を工夫したり、絵を使うなど、個々の利用者の特性にあった内容説明を行っています。

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>

自己評価を年1回実施しています。支援員会議で評価結果の分析・検討を行っています。自己選択・自己決定の支援が実施されています。余暇プログラムが利用者にとって満足できるものかを継続的に検証しています。福祉サービスの質の向上に向けて、記録の書き方やPDCAの実施状況について継続的に評価を行っています。利用者の障害状況に基づきモニタリングや必要に応じてケースカンファレンス（検討会）を行い、組織的にサービスの維持向上に努めています。

【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>

自己評価結果は支援員会議の中で職員間で共有し、課題を明確にした上で改善計画作成を行っています。支援業務改善担当者を配置し、環境整備の改善に取り組んでいます。その結果、トイレを個室にしました。また、2つの事業で共有であった相談室を分けるなど具体的な成果に結びついています。一つひとつの課題を理解し、職員参画のもとに取り組んでいます。

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>

事業計画により事業の目的・方針を明確にしています。所長の統括のもとで支援員会議を開催し、職員の意思統一を図りながら事業を実施すると明記しています。支援員会議や家族宛のお知らせで、所長がサービスの実現に向けて責任を果たす立場であることを表明しています。災害や事故などの有事において、所長が団長として責任を持つとともに、所長不在時には副団長に権限を委譲することを明文化しています。

【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>

所長は障害者総合支援法をはじめ各種の福祉関連法令を理解し、行政や委託業者と適正な関係を保持するように努めています。法人が策定した個人情報保護、苦情解決制度、事故防止に関わる交通法規等のコンプライアンスに関する規定に基づいて事業所の運営を行っています。職員は入職時に、虐待や身体拘束などに関する人事研修や法令遵守に関する研修を受講しています。安全な送迎や防災の取組など、法令等の遵守に取り組んでいます。

(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>

所長は、毎月の支援員会議、余暇会議などの定例会議により福祉サービスの現状を把握・分析しています。業務改善担当職を設けて施設設備の改善に向けて取り組み、福祉サービスの向上に繋げています。サービスの質の向上には職員のスキルアップが大事であると考えています。職員の教育・研修を重視しており、法人内研修や外部研修などへの職員の参加を奨励しています。

【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

<コメント>

所長は、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められるように努めています。たとえば、昨年、職員の残業時間が多いことが課題となっていた時は、職員の業務を軽減するため、記録や個別支援計画書の簡素化を行いました。また、所長自らの残業時間の削減を実践しました。引き続き平均残業時間の削減に取り組んでいます。

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>

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及び事業所で募集・採用を行っています。地域の人材派遣会社を使うこともあります。福祉に理解があり、意欲のある人を採用するように努めています。従業員の職種、勤務形態、勤務時間、資格状況や専門技術などの人材情報をデータベース化し、必要な人材確保や育成に役立てています。法人の業務拡大に伴い、当事業所に数年勤務した後、他事業所に配置転換する取組も行われています。

【15】 II-2-(1)-②
総合的な人事管理が行われている。

a

<コメント>

法人が作成した「職員行動指針」により期待される職員の行動を明示しています。また、人事評価制度があり、職種や等級数により職務思考能力や成果、貢献度を評価する仕組みになっています。評価が処遇と結びついています。チャレンジシートという評価シートを使い、職員自ら目標を定めて働く環境を整えています。年3回の職員面談を通して職員の意向・意見を把握し、人材育成に結びつけています。

(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

<コメント>

グループ長が職員の有給休暇や残業の取得状況を把握しています。法人の役員が統括するかたちで、職員の健康診断や感染症対策、メンタルチェック等の労務管理を行っています。法人は「こころの相談室」「いきいきライフサポート室」を設置し、心理カウンセラーに相談できる体制を整備して職員に利用されています。法人には福利厚生会があり、慶弔制度や娯楽施設の利用チケット等が得られる特典制度が提供されており、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。

(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

<コメント>

人事評価制度の一環として目標管理制度があり、年3回、職員と上司が面談を行っています。第1回目の面談時には評価票チェックシートという書面に職員が目標や目標達成のための取組内容、スケジュールを記載します。9月頃に行われる中間面接では途中経過を確認すると共に、上司が必要な助言や支援を行います。年度末の第3回目の面談では自己評価をもとに、目標達成度を確認する仕組みとなっています。

【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
--	---

<コメント>
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明示されています。法人に設置されている研修委員会が研修計画を四半期ごとに提示します。組織別、地域別、専門分野別に必要な研修が提示されており、それに従って研修が実行されています。研修は新人研修、人権研修、自閉症研修など多様な研修があり、多くの職員が参加しています。事業所レベルでは定期的な研修計画の評価や見直しは行っていません。事業所独自の課題解決を目的とした研修の検討が望まれます。

【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
--	---

<コメント>
法人はALIVEというシステムを使い、職員一人ひとりについて勤続年数、技術水準、専門資格の取得状況等を把握しています。システムのデータに基づき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。職員に外部研修の情報を提供し、受講を奨励しています。外部研修の受講実績も人事記録に残し、職員トータルのスキルレベルの把握を行うことが望まれます。

(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
--	---

<コメント>
実習生を対象にした「実習生ガイダンス内容」という文書を使い、法人・事業所の基本理念、事業の概要、実習の目標、方法など、研修・育成に関わる基本情報を提供しています。社会福祉士、介護福祉士、保育士など専門職種に配慮したプログラムを用意しています。実習指導者研修を受講した社会福祉士実習指導者を1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、有意義な実習が行えるように努めています。

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

<コメント>
法人のホームページやパンフレットで法人の使命、理念・方針を明示しています。また法人のホームページでは法人としての事業計画、事業報告、予算・決算情報、地域貢献活動を公表しています。事業所のパンフレットでは活動内容に、働くことの支援として実施していること、生活支援として利用者に提供しているサービス内容、地域交流として実行していることが記載されています。事業所のホームページやパンフレットにも事業所の理念・方針を明示することが期待されます。

【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。	b
---	---

<コメント>
法人経理規定及びサービス規程等はラックに常設し、職員はいつでも見ることができるようにしています。職員の異動のため、一部の書類の配置が異なる場所にあることが見受けられました。個別支援会議の記録等に適切な管理実行が期待されます。法人による内部監査が年に一度実施されており、適正に経理処理が行われていることが確認されています。

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

<コメント>
「地域との共生社会をめざす」という法人理念にもとづいて、事業所は地域交流を進めてきました。年に1回地域向けのお祭り（パステル祭）を開催したり、地域の小中学校と連携して、福祉体験の場を提供したりしています。ただ直近3年はコロナのため、パステル祭りが内部向けになったりするなど、内容が制限されています。地域の清掃や作業に必要な買い物を利用者と職員が一緒に出かけるなど、地域と交流を広げる活動に努めています。

【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>

地域のボランティアサークルと連携を図ることをパンフレットに明記しています。「ボランティア受入れマニュアル」を整備し、見学日程の決定から見学当日の事前説明、質問・感想を聞く手順などを纏めています。利用者に関する留意点などを記載した文書を用意するほか、利用者との接し方や作業内容などについてオリエンテーションを行っています。また、地域の小中学校職業体験事業の一環として、児童や生徒の一日体験学習の場を提供してきました。現在はコロナのため一時中止しています。

(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
---	---

<コメント>

行政機関や市障害事務所協会等の団体の住所や電話番号をまとめたリストを事務所に置き、職員間で共有しています。その他、利用者個別のファイルには、利用者に関わる関係機関や病院などの社会資源情報を記載し共有できるようにしています。市障害福祉事業所連絡会や市障害者地域作業所連絡会へ職員が役員と参加しています。連絡会では市の補助金削減問題やワークショップの運営規格等の共通課題・話題に関して検討や情報交換をしています。

(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 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>

法人のエリア会議、市障害福祉事業所連絡会、市障害者作業所連絡協議会やまちづくり推進協議会といった地域関係機関団体の会合に参加し、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めています。主な課題は、利用者家族や本人の高齢化に伴う環境の変化、地域での自立した暮らし方への支援体制、災害時の福祉避難所としての役割、自治会と連携した防災対策などがあります。ひとつの事業所だけでは対処できない障害をもつ利用者に対して複数の事業所と連携しての取組を行ったこともあります。

【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。	a
--	---

<コメント>

法人が行っている社会貢献活動に参画しています。生活困窮者に対する支援活動（寿町支援）に職員が参加し、支援物資の供給活動を行いました。グループホームに入居する利用者が増える中、事業所内や法人内のサービスに限定せず、地域の福祉資源の活用として、他事業所との連携を図っています。グループの垣根を超えた職員の流動的支援体制を実現するため、日頃からグループ間交流で様々な職員が入れ替わる形を目指しています。

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>

法人が作成した「県央福祉会職員ハンドブック」には、利用者を尊重した理念・基本方針を明示しています。また、「倫理行動マニュアル」「倫理行動綱領」では、利用者の尊重や基本的人権への配慮について明示しています。職員は、常勤・非常勤を問わず入職時の研修で説明を受けています。「2022年度事業計画書」の方針の項目には「権利擁護と利用者さん主体の支援に努めます」「意思決定支援、自立支援を積極的に進めます」と記載しています。月1回、スーパーバイザーが事業所を訪れ、客観的な立場から支援に関する評価・指導をしています。

【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>

法人の「倫理行動マニュアル」には、守秘義務、郵便物や入室時に係る利用者同意、同性介護の原則などプライバシーの保護について12項目にわたり具体的に記載しています。法人の「倫理行動綱領」では、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」を明示しています。利用者ミーティングでプライバシー保護の取組の周知を図っています。利用者調査では、「あなた（利用者本人）や家族のプライバシー（秘密）を守っていますか」の設問に86%が「はい」と回答しています。

(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。

b

<コメント>

事業所を紹介するパンフレットはカラー印刷であり、イラストや写真を配置するとともに文字にルビを振ることにより、内容が伝わるよう工夫しています。ホームページには、施設や6グループの日中活動の内容や商品の写真、年間予定表などを掲載し、施設の様子を把握できるよう工夫しています。現時点では定員がいっぱいで空きがないため、体験等の受け入れは困難な状況です。パンフレットは作成から年月が経過しており、現状と合わない箇所が発生しています。最新の情報を反映し、改訂することが望まれます。また、法人に依頼しているホームページの情報更新が遅れる場合があるため、今後、改善策を検討することが期待されます。

【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。

b

<コメント>

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、個別支援計画に本人の言葉を盛り込むなど自己決定を尊重しています。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、複数の観点から話し合い、計画を策定しています。今後、「重要事項説明書や利用契約書には文字にルビを振る」「利用契約書の文字サイズを大きくする」など、より一層、利用者や家族等が理解しやすい書面になるよう検討することが望まれます。

【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

<コメント>

利用者が他の事業所へ移行する場合は、職員が同行して見学や実習を行うほか、移行先への引き継ぎ文書を作成して渡しています。利用者が実家からグループホームに移行する際には、日常生活の様子を利用者や家族から聞き取り、移行後も利用者が従前の日常生活を継続し、落ち着いて暮らせるよう部屋の飾りや家具の配置などを考慮し、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、事後のフォローに努めています。

(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

<コメント>

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。今年度の事業計画では、「余暇活動と生活プログラム」の内容を見直しました。策定した事業計画は、年度当初の家族職員懇談会で説明しています。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が参加しており、利用者満足度を把握する機会となっています。今後は、アンケート項目の見直しや分析方法を工夫するとともに、利用者の参加機会を設けるなど、利用者満足度を把握し、改善に繋げる仕組みの強化が望まれます。

(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

<コメント>

法人は「苦情解決に関する規則」「苦情解決事務手続（マニュアル）」「苦情解決制度 運用委員会 運営規程」を策定しています。苦情解決制度運用委員会に事業所の職員（苦情受付担当者）が参加し、他事業所の情報収集や意見交換をしています。昨年度の苦情は「0件」であり、公表の仕組みはありますが公表実績はありません。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。しかしながら、利用者調査では、「要望や苦情などを第三者委員などに相談できることを知っていますか」の設問に「はい」の回答が64%に留まっています。より一層、苦情解決体制の周知と苦情の収集に努めることが望まれます。

【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

<コメント>

利用者ミーティングなどで相談や意見を言うことができることを周知しています。事業所以外にも意見を述べることができることを重要事項説明書に記載し、事業所に掲示しています。事業計画書にも苦情受付担当者を記載しています。相談の際は相談室等を利用するなど、利用者が相談しやすい環境を整備するよう努めています。しかしながら、利用者調査では、「事業所に相談したり、意見を言いやすい雰囲気ですか」の設問に「はい」の回答が73%に留まっており、「支援員の方が短期間で入れ替わる状況が気になる」との意見も寄せられています。短期間での職員異動が、利用者が相談しやすい環境整備の妨げになっている可能性を検証し、必要に応じて対策を検討することが望まれます。

【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

<コメント>

個別支援会議、アンケート、家族職員懇談会、個別面談等を通じて、利用者の意向把握に努めています。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伝えています。また支援記録には、利用者の声を情報共有する欄を設けています。意見箱は設置していますが、活用されていません。相談や意見を積極的に把握し、的確に対応する観点から、既存の法人全体のマニュアルに加え、事業所独自のマニュアルの必要性について検討していくことが望まれます。

(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

<コメント>

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。事業所内では、リスクマネジメント担当者が毎月の支援会議において発生事案を報告しています。事業報告書には、事故報告、インシデント、ヒヤリハット、車両事故毎に件数を掲載しています。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、週末から週明けなど環境の変動時に発生しやすい傾向も見えています。対応策の実施状況や実効性を評価する仕組みの検討が望まれます。

【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>

法人が、感染症予防や発生時の対応マニュアルを定め、入職時の研修等で周知しています。利用者ミーティングでも感染症に関しての勉強を取り入れ、職員から情報提供を行っています。インフルエンザの流行期には、各作業室に次亜塩素酸水による加湿を行っています。保健所において、ブラックライトを活用した正しい手洗いの方法を学んでいます。新型コロナウイルス感染症が拡大していた際には、ガウンの着脱研修に参加しました。看護師が職員にウイルス感染による嘔吐物の処理方法について実習形式で教育しており、嘔吐物の処理に必要な物品は送迎車にも備えています。

【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>

災害時は、法人の防災マニュアルと事業所の災害対策計画に基づき対応します。法人は利用者及び職員の安否確認システムを導入しており、定期的に訓練を実施して安否確認をしています。ミーティングで、利用者とともに防災について検討しています。食料品等を3日分備蓄し、職員が定期的に更新しています。また、災害時は福祉事業所協会より被害状況や職員応援要否の確認等の協力体制が構築されています。BCPIは策定から年月が経過しているため、見直すことが望まれます。また、見直しの際には、行政や地元からの期待を把握し、事業所として、どのような対応や連携が可能か検討することが期待されます。

2 福祉サービスの質の確保

(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。	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
<p><コメント> 法人で人権に配慮した利用者支援マニュアルが作成されているほか、事業所にも支援マニュアルが作成されており、標準的なサービスの実施方法が標準化されています。必要に応じて各グループ会議で支援方法について話し合い、確認を行っています。事業所外から定期的にスーパーバイザー（専門家）を招き、客観的な支援方法の確認を行っています。この他法人内外で行われる自閉症や強度行動障害などをテーマとした研修にも参加し、サービスレベルの向上に取り組んでいます。</p>	
<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>	a
<p><コメント> 法人が作成した「職員ハンドブック」により業務の標準化が行われ、全職員が効率良く安全に間違いなくサービスを提供できるように努めていますが、事業所では利用者ごとに特性の違いがあり、一律のオペレーションができない可能性があります。グループ会議等で各利用者ごとの個別支援計画を見直し、利用者の特性に合ったサービスが実現されていますが、そのような場合の見直し手順を文書化していくことで、職員ハンドブックを補っていくことが期待されます。</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>【42】 Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。</p>	a
<p><コメント> 各利用者の誕生日に個別支援計画を立案しています。立案に向けたアセスメントとして、本人への聞き取りを行い、利用者のニーズを把握しています。また、好きなこと、嫌いなこと、強み、医療機関や関連する情報をエコマップというフォームにまとめています。計画策定時の個別支援会議には、本人、家族・後見人、支援員のほかグループホーム、ヘルパー事業所、ショートステイの職員、看護師、委託先の管理栄養士などの関係者が必要に応じて参加しています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント> 各利用者の誕生日に作成した個別支援計画は、計画策定の半年後にモニタリングにより見直しをすることになっています。年度当初、会議スケジュールを立てる際に計画の立案やモニタリングの予定も含めるようにしています。個々の利用者の服薬調整や通院状況などの変更といった緊急に対応が必要な場合には、速やかに担当グループ会議を開催して、個別支援計画に反映させる仕組みとなっています。</p>	
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 事業所内ではアコードという記録システムにより、個人記録やヒヤリハットを作成しています。一元的に管理できるため業務の効率化に役立っています。職員間で情報の共有ができるようになっており、引き継ぎ作業を省くことができます。支援員会議やグループ会議でも情報共有がスムーズに行える状況です。共有システムにより個別支援計画の内容を確認できるにもかかわらず、使用方法が全職員に周知できていないため、システムが有効活用されていません。周知方法の検討と実行が期待されます。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント> 法人により個人情報保護規定が定められています。重要事項説明書に利用者の記録および情報の管理について記載があり、事業所では利用者・家族から同意を得ています。特にサービス提供のために他の機関と連携する必要がある場合には、別途個人情報使用同意書を取得しています。記録管理の責任者は各グループリーダーです。離席時の個人情報記載書類の放置やパソコン画面の取り扱いなど注意喚起を行っていますが、パスワードの管理などセキュリティについての注意喚起も継続的に行っていくことが期待されます。</p>	