

第三者評価結果

事業所名：銀河

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。	b
<コメント> 法人の基本理念は、ホームページやパンフレットに記載して、周知を図っている。年度の初日には、全職員が参加する職員会議を開催して、今年度の方針などを説明している。新規採用の職員に対しては、法人と事業所それぞれで新任職員研修を実施して、法人の基本理念や事業所の運営方針についても説明している。また、常勤の職員には、年度初めに所属目標を周知する際に、法人の基本理念や基本目標を明記した資料を配布している。職員はそれらを踏まえ、個人目標を設定している。利用者や家族には、サービス利用開始時に、パンフレットにより、法人の理念や事業所の運営方針を説明している。	

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> 「さがみはら障害者プラン」に、法人が「障害福祉推進の中核的組織」として位置付けられ、市の政策パートナーとして事業を展開している。市の担当課とは、年1～2回、意見交換会を開催し、施設長も参加して、福祉施策の動向と内容を把握し、法人の事業計画に反映している。また、市障害福祉事業所協会に所属して、年7～8回開催される会議に施設長が参加して、市内の障害福祉事業所と連携するとともに、共通課題の協議や情報交換、研修会の開催、市への要望書提出などを行っている。社会福祉事業全体の動向について把握に努めている。	
【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。	b
<コメント> 市の障害者プランを受け、法人全体で5年間の経営計画や事業計画を策定している。各所属長と常務理事で構成する経営調整会議を月1回開催して、施設長が参加して組織の整備や職員体制、人材育成などについて課題を抽出、分析し、事業運営に反映している。内容は職員会議などで職員に説明、周知している。法人全体で人員の確保が深刻な課題としてあげられ、新年度採用の他に、中途採用などの働きかけが必要な状況としている。	

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。	a
<コメント> 法人全体で、5年間の中期計画「経営計画」を策定している。法人が「さがみはら障害者プラン」において中核的組織と位置付けられていることから、その役割や機能を十分に踏まえた計画としている。計画の作成にあたっては、各所属長が参加する他、次期を担う所長補佐クラスの職員も参加している。法人の基本理念の実現に向けて、計画は「基本構想」「基本計画」「実施計画」の3部構成として、事業別に各年度に達成する指標を定め、年度ごとに評価を行っている。事業所では、①共生、②信頼、③専門、④創造、⑤自立の中から、②信頼を取り上げ、利用数の指標を具体的にあげている。必要に応じて、経営計画の修正や指標の見直しを行っている。	

<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。</p>	<p>a</p>
-----------------------------------------------------	----------

<コメント>

単年度の事業計画は、中期計画「経営計画」を踏まえて策定している。事業計画は、事業の概要や単年度の重点目標、事業内容について、具体的な内容としている。事業計画には、年度の重点目標を設定し、重点的に取り組む内容を明記している。また、経営計画の事業別実施計画で示す指標となる数値目標については、各事業所が毎月「月報」を作成して、進捗状況を法人に報告している。月報には、利用人数や収入の状況を記載する他、実施した行事の内容や参加人数なども記載している。事業計画は、半期、年間で実績の評価を行っている。

(2) 事業計画が適切に策定されている。

<p>【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。</p>	<p>a</p>
--------------------------------------------------------------------	----------

<コメント>

事業計画は、11～12月頃より、職員の声を聴き、職員会議で内容を検討して策定している。事業計画書及び収支予算書は、法人全体の事業を冊子にまとめている。策定した事業計画は、職員会議で重点目標や事業内容を説明し、職員に周知している。事業の実施状況は、月報を作成し、法人に報告するとともに、職員会議でも前月の内容を職員に報告し、共有している。また、定期的に評価を行い、次年度の事業計画に反映している。

<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。</p>	<p>b</p>
----------------------------------------------------	----------

<コメント>

年2回、家族報告会を開催していたが、コロナ禍により、現在は開催できていない。半年ごとに、要望などを書面で聴き取っている。その他、利用者の活動の様子をDVDにまとめ、希望者に無料で提供している。DVDは、30弱の家族に提供している。年度初めの最初の利用日に、年間行事予定を配り、年度の事業予定を、利用者や家族に周知している。毎月配布する「ぎんがのよていひょう」は、ひらがなやイラストを取り入れて、利用者がわかりやすいよう工夫している。また、年3回、広報誌「銀河たより」を発行し、活動の様子を伝えている。

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

<p>(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。</p> <p>【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。</p>	<p>第三者評価結果</p> <p>b</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

<コメント>

年1回、10～11月に、利用者及び家族に対して満足度調査を実施している。満足度調査の結果は、法人の広報誌「こもれび」に掲載する他、第三者委員にも報告している。満足度調査であがった意見や希望に対して改善を行うことで、提供する福祉サービスの質の向上を図っている。また、「指定障害福祉サービス事業所等自己点検シート」に取り組み、事業所の自己点検を行っている。事業所の現状を見直し、さらなるサービスの質の向上を図るため、今年度、第三者評価を受審している。

<p>【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。</p>	<p>b</p>
---------------------------------------------------------------------	----------

<コメント>

第三者評価では、職員が分担して自己評価に取り組むことで、職員個々が事業所の現状を確認する機会となっている。また、評価結果は今後の改善につなげていきたいと考えている。「指定障害福祉サービス事業所等自己点検シート」による事業所の課題については、順次改善に向けて取り組んでいる。事業所として、やらなければいけないことを明確にして、取り組みをすすめている。

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>

法人の「人事評価実施要綱」で、階層ごとに職員の役割や人事評価の役割を明確にしている。「人事評価実施要綱」の冊子は常勤職員に配布している。また、施設長と課長補佐で、事業所の事務分担表を作成し、施設長の役割と合わせて職員の役割を示して、年度初めの職員会議で周知している。所属目標を設定し、事業所の取り組みの方針を明確にして、職員会議の場で、資料配布と説明で周知を図っている。職員会議では、日々の振り返りや検討を行うとともに、施設長の考えや方針などを伝える時間を設けている。施設長不在時は課長補佐に、課長補佐不在の時は主査に、権限を委譲している。災害発生時の役割なども決めている。

【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>

法人全体で、「コンプライアンス推進に向けた行動指針」と「職員倫理綱領」を整え、職員としての行動規範を明確にしている。行動指針や倫理綱領は、館内入口や事務室、各活動室に掲示している。年4回、常勤職員を対象とした法人全体の研修会でも、コンプライアンスに関する研修を行い、職員の意識の啓発に取り組んでいる。法人本部や各事業所で、法令改正の情報を収集する他、市障害福祉事業所協会の集まりに施設長が参加して、市内事業所との情報交換を行っている。収集した情報は、法人の経営調整会議や事業所の職員会議などで、周知、共有を図っている。

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	第三者評価結果
【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>

サービス満足度調査や支援計画の面談、家族報告会などの意見を把握し、課題抽出や分析を行い、サービスの質の現状を把握している。職員会議で課題の改善に向けた取り組みを話し合い、職員へ具体的な指示を行うとともに、職員からの意見を十分に反映して、改善に取り組んでいる。事務室が2階にあり、利用者の活動室は1階のため、朝、送迎車の到着時は、施設長も1階に降り、受け入れ時の利用者の様子を確認している。また、午前と午後の2回、各活動室を回り、活動の様子を確認している。利用者のできる部分は、職員が過剰に介助しないよう、職員に指導している。施設内研修は、不定期な開催になるが、年1~2回、記録の書き方などの研修を行っている。

【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。	a
---------------------------------------------------	---

<コメント>

安定した経営に向けて、法人全体で人事や労務管理、分析を行い、経営の改善に取り組んでいる。人員配置は、業務を円滑に進めることができるよう所長が検討、提案し、法人と協議している。事業所に限らず人員不足は深刻な問題となっている。事務状況は、事業所ごとに予算管理を行っており、月報などで状況を分析している。課題や検討事項が生じたときは、職員会議で改善や体制について検討して実践している。

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。	b

<コメント>

職員の採用は、募集から採用までを法人の総務課が担当し、ホームページや市の広報誌、学校、ハローワーク、人材紹介会社などを活用して求人活動を行っている。法人に、外部の学識経験者も参加する採用委員会を置き、応募者の最終的な面接を行っている。また、採用にあたっては、半日の現場実習を設け、各事業所が協力している。職員不足は深刻な問題で、市障害福祉事業所協会の集まりや役員会でも、一番の話題になることが多い。新任の職員は、4月上旬に、3日間の新任研修を受ける他、法人内の福祉研修センターを活用して、1年かけて基礎研修Ⅰを受講している。中途採用の職員も途中から基礎研修Ⅰを受講している。

【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>

法人で「人材育成方針・研修計画」を策定し、各階層における「求められる職員像」を明確にしている。人事基準は「人事評価実施要綱」で定め、職員に周知している。評価制度は「役割基準書」で定義や責任、役割を定め、統一した評価基準をもとに評価している。常勤の職員は、年度初めに自己の目標を設定し、「目標管理シート」にて自己評価を行い、年3回の課長補佐との面談を行っている。施設長との面談では、意向調査を実施している。面談の結果は、本人の自己評価とともに、施設長と課長補佐の評価を法人に提出している。職員の意向は、目標管理における面談や意向調査により把握し、人事や職場改善に反映している。

(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>

有給休暇の取得状況や時間外労働については、法人本部が集約して管理するとともに、施設長が事業所職員の就業状況を把握している。有給休暇の取得は、職員によって差があり、またコロナ禍で計画通りには取得できないため、施設長が状況を把握して、職員に声掛けするようにしている。また、就業時間内に業務が終わるよう、職員の配置や業務の割り振りを工夫している。メンタル面のケアとして、月1回、臨床心理士を招いて、職場における悩みやプライベートに関することなど、誰でも自由に相談できる「なんでも相談室」を設けている。「なんでも相談室」は、職員が利用しやすいよう、夕方以降の時間に行っている。

(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>

各職員が年間の個人目標を設定している。目標達成に向けた具体的な取り組み方法や実施時期、達成基準を定め、目標設定時と半期の振り返り時、期末の年3回、課長補佐との個人面談を実施して、進捗状況の振り返りや次の目標設定につなげている。面談時には、「目標管理シート」に状況をまとめている。法人の「人材育成方針・研修計画」で、階層別の「求められる職員像」を明確にしている。

【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

<コメント>

法人で「人材育成方針・研修計画」を策定し、計画的に研修を実施している。人材育成方針では、求められる職員像や人材育成の基本的な考え方を明示している。また、階層別に到達目標や到達水準の目安を明確にしている。法人が実施する全体研修の他、法人が運営する福祉研修センターの研修を活用している。

【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

<コメント>

外部研修はオンラインでの研修が多かったが、現在は、集合での研修が増えている。外部研修の情報は職員に発信し、研修への参加を促している。また、受講しやすいよう職員配置などの配慮を行っている。外部研修への参加者は最終的に施設長と課長補佐で人選している。外部研修参加後は、研修報告書を提出し、必要に応じて、伝達研修を行っている。新任職員は、1年間、職場内に指導担当を配置してOJT（職務を通じての指導）を行う他、法人が運営する福祉研修センターの基礎研修Ⅰを1年かけて受講する体制を整えている。契約職員については、経験のある職員とペアを組んで勤務できるよう配慮している。

(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。

b

<コメント>

サービス管理責任者を担当として、実習生の受け入れを行っている。コロナ禍においても、可能な限り受け入れを行い、障害福祉の現場を知ってもらう機会を作っている。実習生に対しては、「実習受け入れのしおり」などの書面をもとにオリエンテーションを行い、実習期間中に適宜必要な指導を行っている。大学や専門学校などの実習生を、年間7～8名受け入れている。現場の職員にとっても、質問に答えるなど、勉強の機会にもなり、また、次の世代を育成する使命もあることから、今後も積極的に実習生を受け入れていく予定である。

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。	a
<コメント> 法人のホームページに、事業計画や事業報告、予算、決算などを掲載して、運営の透明性を確保する情報の公開を行っている。また、法人内事業所の第三者評価結果も公表している。苦情解決体制や第三者委員名、行政窓口なども示している。法人の広報誌「こもれび」を発行し、関係機関や地域に配布している。事業所の広報誌「銀河だより」は家族に配布し、活動内容を知らせている。また、年1回、利用者代表2名や家族代表者、地区社会福祉協議会、地域の自治会などで構成する運営協議会を開催して、事業の説明や意見聴取を行っている。	
【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、経理における職務の権限や責任、役割などは、法人の運営規程に明記して職員に周知している。半年に1回、法人の総務課の経理担当が契約関係や帳簿類の確認を行っている。また、月1回、法人の総務課の担当職員が財務状況を確認している。結果は職員に周知し、指摘に基づき改善しているが、事業所では現在特に問題はあがっていない。また、何かあれば、顧問弁護士や社会保険労務士に相談できる体制を整えている。	

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。	b
<コメント> コロナ禍前は、地域のボランティア団体との交流を行っていたが、現在は限られた交流になっている。また、近隣の大学や地域の保育園との交流も行っていたが、現在は中止している。年1回、法人全体の「松が丘園祭」の開催時には、地域の住宅に招待状などをポストイングして、地域交流を図っていたが、これも現在、中止している。コロナへの対応として、利用者が散歩で外出する際は、グループに分かれて出かけるようにしている。コロナの状況を確認しながら、地域との交流を再開していきたいと考えている。	
【24】 II-4-(1)-② ボランティア等の受け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
<コメント> ボランティア担当職員が受け入れ担当として、ボランティアの受け入れを行っている。イベントでボランティアを受け入れる際には、事前に内容の説明や注意事項を伝え、守秘義務など、適切な関わりができるよう配慮している。利用者に関わる場合は、利用者の特性や配慮してほしいことを説明して、円滑なコミュニケーションが図れるようにしている。コロナ禍で積極的な受け入れはできないが、花壇の植え替えや散髪等のボランティアの受け入れは継続している。	
(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
<コメント> グループホームやヘルパー事業所など、利用者に関わる関係機関とは適宜情報を共有するとともに、サービス担当者会議の機会を設けている。また、利用者のモニタリングにあたっては、併用事業所に対面もしくは電話にてヒアリングを行っている。利用者の支援課題については、支援の方向性を確認し、役割を分担して支援している。内容は、その都度職員間で共有している。外部の事業所との会議には、サービス管理責任者や担当職員が参加している。各利用者の支援課題や必要な社会資源は、個別の把握に努めて支援している。	

(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。

b

<コメント>

法人に運営協議会を置き、地域の代表者や、利用者や利用者家族の代表者、関係機関から意見を聴取して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。法人内に基幹相談支援センターがあり、また、自立支援協議会の事務局機能を担って、地域の関係機関との連携を図っている。

【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>

法人として、障害者フリースペース事業「まっカフェ」を実施して、障害のある方が、自分自身に合った時間の過ごし方を見つけるための支援を行っている。市障害福祉事業所協会を通して、福祉避難所の協定を、市と事業所が結んでいる。また、法人の防災への取り組みを地域の方に周知し、協力体制を構築する取り組みを始めている。法人として、職員を地域や学校、企業などへ研修講師として派遣し、地域の福祉力アップにつなげる取り組みを行っている。事業所からは、強度行動障害の研修会に、サービス管理責任者がファシリテーターとして参加している。

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>

利用者を尊重した福祉サービスの提供は、「職員倫理綱領」や「コンプライアンス推進に向けた行動指針」に明示し、事業所内に掲示している。人権の配慮に関する研修を年複数回行い、周知に努めている。法人全体で、虐待防止研修や年2回の職員セルフチェックリストにより、人権意識を高める取り組みを行っている。また、危機管理委員会で意見交換を行い啓発を図っている。意思疎通が難しい利用者に対しては、表情や雰囲気、家族からの情報、ケース記録の確認など、多角的に思いを汲み取るようにしている。家族の高齢化も進み、新しい制度の紹介は難しさもあるが、多くの情報を伝える努力をしている。事業所だけでは解決できないことは、関係機関と連携して解決を図っている。

【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。

b

<コメント>

法人で「個人情報保護規程」を整え、個人情報の取り扱いについての基本事項を定めている。利用契約時には、個人情報の提供について同意を得て、必要な情報の提供を行っている。契約の更新時にも再確認している。職員は、利用者の個人情報は「聞かれても言わない」ことを共通理解している。プライバシーの保護や虐待の防止など、マニュアルを整備し、適切な対応が取れるようにしている。個人情報を含む書類やパソコン内のデータは、規程に基づき破棄や処理を行っている。

(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>

事業所の見学は随時受け入れ、また、利用希望者の実習も希望に沿うよう配慮している。事業所の紹介は、パンフレットと併せて、事業所の紹介映像（DVD）を用意し、事業所の特徴や館内の様子をわかりやすく紹介している。月間予定表はひらがなや絵を使用し、利用者が分かりやすい工夫をしている。利用者とのコミュニケーションは、個々の特性に合わせて、伝達の仕方（手話やイラスト、写真、ひらがななど）を工夫している。

【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>

サービス利用の開始時は、ふりがな付きの「利用契約書」や「重要事項説明書」を作成し、口頭で説明を行い契約している。その他、持ち物や給食申し込みの資料を準備している。契約更新手続きでは、図も使い、手続き方法が分かりやすくなるよう工夫している。意思決定が困難な重度の障害の利用者の対応は、本人へのアプローチ以外に、家族や支援者と十分に協議を重ねたうえでサービス提供を行っている。

【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

<コメント>

サービス利用を終了し他事業所へ移行する際は、サービス担当者会議への出席や移行先事業所の職員との個別の協議により、利用者がスムーズに移行できるように取り組んでいる。移行先の事業所に赴いて直接職員に伝えたり、活動の様子を見てもらったりして、サービス利用の継続性に配慮している。利用者や家族の同意がある時には、個別支援計画の開示を行っている。契約終了後の相談は、サービス管理責任者が対応している。

(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。

a

<コメント>

年1回、利用者の満足度調査を実施している。満足度調査の結果は、職員間で共有し、希望や要望の実現に向けた話し合いを行っている。「給食のメニューの文字が小さくて読みにくい」という声に対しては、文字の大きさを改善している。また、「コロナ禍でもイベントをやりたい」という声に対しては、活動班ごとにイベントを行っている。年2回の家族報告会では、活動の様子を報告し、事業所への意見を聴いている。現在コロナ禍で開催できないため、活動の様子を収めたDVDを希望者に配布している。半年ごとのモニタリングと個別支援計画作成の面談時に、家族や利用者から意見や要望を聴いている。利用者や家族が何でも言える環境作りに努めている。

(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

<コメント>

「苦情解決規程」及び「苦情解決事務取扱要領」を整備している。苦情解決の仕組みは重要事項説明書に明示し、契約時に説明している。また、事業所の他にも苦情の申し立てや相談ができる機関を記載している。事業所内に、かながわ福祉サービス運営適正化委員会のポスターを掲示し、事業所の苦情受付担当者や苦情解決責任者名を示している。また、弁護士や大学教授、学識経験者で構成する第三者委員会を設置している。年1回、委員会を開催し、職員への助言を行っている。玄関の横に「ご意見箱」を設置しているが、利用はほとんどない。利用者や家族は直接話をしてくることが多い。また、月1回、オンブズマンが事業所を訪問している。

【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>

連絡帳や電話、ご意見箱、家族報告会、送迎時などで、利用者の思いを確認している。利用者が話しやすい環境を整え、いつでも個別の相談に対応できるよう相談室を設けている。家族が来所すると、落ち着かない利用者もいるため、隣接する松が丘園で家族の相談を受けることもある。また、送迎車利用の利用者の様子が普段と異なる場合は、担当者が送迎車に同乗して、直接家族に話を聴くこともある。

【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>

連絡帳や電話、ご意見箱、家族報告会、送迎時などで、利用者の思いを確認している。利用者の意見や要望に対して「ご意見・ご要望受付マニュアル」を整備し、対応の手順を定めている。利用者の意見や要望は、事業所全体で共有して改善に努めている。また、月1回、オンブズマンが来所し、利用者の思いを第三者の立場で聴き取っている。オンブズマンを通して要望や改善点などが伝えられた場合は、現場の職員だけで対応するのではなく、事業所全体で内容を共有し改善に努めている。

(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>

法人に危機管理委員会を置き、「災害対策」「交通事故防止」「虐待防止」「感染症」の各委員会を設置して、必要な対策の検討と体制の整備を行っている。事故発生時の対応や手順はマニュアルを整え、速やかに責任者に報告するとともに必要な対応を迅速に行っている。事故報告書の作成を義務付け、法人全体で情報を共有するとともに、今後の対策については職員全員に周知、徹底している。法人研修として、虐待防止、交通事故防止などについて定期的に研修を実施している。事業所が市の福祉避難所として指定されていることから、災害時用の食料(40人分3日間)や水、発電機、トイレ、医薬品などの緊急対応物品を備蓄している。安全対策として、送迎車を運転する職員は採用時に運転免許教習所での安全運転講習を受講している。適性検査などを通して、個人の運転の傾向を知ることで、安全運転につなげている。全送迎車にはドライブレコーダー、バックモニター、コーナーセンサーを設置している。交通事故の対策に力を入れ、毎月、交通安全の動画やドライブレコーダーの映像の視聴や、交通法規、置き去りなしの研修を行っている。

【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>

感染症対策マニュアルを整え、インフルエンザやノロウイルス、新型コロナウイルスなどの予防と対応策を定めている。新型コロナウイルスの対策では、感染対策チェックリストの作成や、コロナ対策基本方針を定め、市や行政の対応に沿って進めている。感染の予防として、室内の換気に注意し、手指やテーブル、椅子、送迎車の消毒などを行っている。法人の常勤職員全員に対して感染症の研修を実施し、予防や対策に関する情報共有やデスクカッションを行っている。非常勤職員には研修内容を詳しく伝え、周知を図っている。職員は随時セルフチェックを行い、体調が悪いときは休むように自己管理を徹底し、感染予防に関する意識の強化を図っている。玄関には検温タブレットや消毒薬を設置し、熱があったり体調が悪い利用者は別室で様子を見ることにしている。昼食を摂る部屋も密を避けるために集団を避け、ホールを利用するなどの対策をとっている。

【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している。

b

<コメント>

市の福祉避難所として指定されている。年2回の総合防災訓練は、隣接する松が丘園や消防署などと連携して実施している。火災や地震を想定した月1回の避難訓練では、災害時の職員の対応を実践的に行っている。トイレ介助中や日中活動中など、場面に応じた対応をマニュアルに定めている。避難場所は事業所の前にある淵野辺公園としている。訓練の成果として、利用者が机の下にもぐるのがうまくなっているなどの効果が出ている。災害時用の食料や水、発電機、トイレ、医薬品などを備蓄している。地域との連携は、関連施設の松が丘園と合同で行っている。消防計画、BCP(事業継続計画)、福祉避難所のマニュアルを作成している。

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

【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。

b

<コメント>

標準的な福祉サービスの提供については、利用契約書及び重要事項説明書に明示している。サービスの提供にあたっては、個別支援計画書を作成し、半年ごとに定期的に見直し他、必要に応じて、随時モニタリングを行っている。担当職員やサービス管理責任者が個別支援計画の検討会を開催し、アセスメントやモニタリングを行っている。また、食事や排泄、移動動作などに介助が必要な利用者には、写真入りの手順書を作成して支援している。

【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。

b

<コメント>

半年に1回、または必要に応じて、個別支援計画について見直し(モニタリング)を実施している。モニタリングでは、関係機関や家族からも聴き取りを行い、利用者の支援につなげている。個別支援計画書の内容は、利用者や家族との面談で説明して同意を得、実際の支援につなげている。

(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支援計画を適切に策定している。

b

<コメント>

年1回、統一した書式を用いて、利用者のアセスメントを実施している。アセスメント表には、利用者の日常生活動作や介助・援助上の課題など、本人や家族の具体的なニーズを明記している。職員が家族や保護者と面談し、部門を横断した様々な職種による関連機関と情報を共有し、利用者の希望や強みを把握して個別支援計画に反映している。グループホームで暮らす身体障害のある男性のケースでは、本人が好きな活動を選択することで体力が回復し、座位を保つことができるようになっていく。当初は短期の計画で取り組み、細かい支援を行ったことで体力の回復につながっている。

【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

<コメント>

毎月次評価を行い、その評価を元に半年に1回、個別支援計画の見直しを行っている。常勤職員や担当職員、サービス管理責任者が個別支援計画の検討会を開催することで、より多くの意見を収集し、情報共有を図り、見直しに反映している。個別支援計画の見直しに合わせて、グループホームやヘルパー事業所などの関係機関と情報を共有している。

(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

<コメント>

統一した書式を使用して毎日、利用者の活動の様子を記録している。書式には支援計画の内容が記載されており、計画と照らし合わせながら記録できるようにしている。事業所内のパソコンで、利用者全員のケース記録を閲覧することができる。印刷したケース記録は、利用者のケースファイルに綴じて保管し、職員がいつでも確認ができるようにしている。毎日夕方に、30分程度の振り返りの時間を設けている。当日の利用者の様子や、支援について検討が必要な点などについて話し合い、情報共有をしている。非常勤職員に伝達が必要なことは文書で残し、情報共有を図っている。記録の書き方は、新人職員には施設長やサービス管理責任者が書き方をチェックして教育をすることになっている。

【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。

b

<コメント>

利用者ごとの個人ファイルに、ケース記録を保存している。個人ファイルは、鍵付きのキャビネットに保管している。個人情報の取り扱いについては、利用契約時に個人情報保護規程や重要事項説明書にて説明している。外部への情報提供については、個人情報提供同意書で同意を得て提供している。記録類の管理責任者は、サービス管理責任者としている。