

## 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><br>年1回(4~5月頃)、法人の職員全体が集まる研修会があり、理事長や総合施設長より、法人の理念や運営方針、事業計画について職員に説明を行っている。後半の全体研修会では、当事者の発表やエコ活動等、広いテーマの研修を行っている。また、4月の事業所の全体職員会議では、その年度の重点項目等を施設長が説明している。5月の家族懇談会では、理念や計画を説明するだけでなく、プロジェクターを使い、家族が内容を理解しやすいよう工夫している。 |                                   |         |

#### 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><br>毎月、法人内の課長以上が集まり、各事業所の月次決算報告会を行い、提供する福祉サービスのコスト分析等を行っている。報告会では、収支の状況だけでなく、利用者数や事故の状況等についても報告している。また毎月、法人内の施設長会議を開催し、社会福祉事業全体の動向について、意見交換を行っている。   |   |         |
| 【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><br>毎月の月次決算報告会では、1事業所を選んで、個別の収支状況や人員配置に関して、改善点等を細かく検討する時間を設けている。湘南鬼瓦も昨年2月に対象となり、職員の配置数や加算の申請状況等についての課題が上げられた。報告会の検討課題は、職員会議の場で職員に説明しているが、重い障害を持つ利用者が多いことから、課題に向いつつも、職員からは人員は減らせないとの声も上がっている。 |   |         |

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。               | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期的な計画は作成していないが、今後の利用動向や職員体制等の把握に努めている。特別支援学校卒業後に利用を開始するケースが多いため、特別支援学校からの実習時に状況を把握するよう努めている。利用人数を予測して、職員体制を整えるようにしている。</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。                | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期的な計画は作成していないが、今後の利用動向や職員体制等の把握に努め、事業計画に反映している。高齢化の問題や利用者の送迎、家族支援等を今後の課題として捉え、また、各グループの振り返りの内容を事業計画に反映している。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年1月末に、各グループが年間の振り返りと次年度の課題等を提出し、事業計画につなげている。事業計画は施設長が作成し、2月末に法人全体の計画としてまとめている。事業計画の内容は、4月の職員会議の場で、施設長が職員に説明している。各グループから上った課題等は、細かい部分までは計画に反映できないため、支援会議のテーマにあげて内容を検討している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年5月に、家族懇談会を開催し、前年度の運営状況や事業計画の説明を行っている。家族懇談会への参加は、就労している若い家族が増えていることから、年々人数が減っている現実がある。重度の知的障害を抱える利用者が多いため、利用者には事業計画等の説明は行っていない。「毎月の予定」を家族に配布しているが、どうしても報告事項が中心になってしまうので、今後の取り組みの情報等をもっと盛り込むようにしていきたいと考えている。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>明確な指標に基づいた分析や検討は行っていないが、質の向上に向けた取り組みを行っている。職員は日々の支援で精一杯ではあるが、利用者の声を聴き、今月行ったことを振り返り、来月の課題を上げている。定期的に振り返りを行うことで、提供する福祉サービスの質が向上している手応えを感じている。</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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月や年度末の振り返りを通して、課題の解決に取り組んでいる。重い障害を持つ利用者が多いため、利用者同士のトラブル等から事故につながることもあるため、個別の具体的な課題に対して、職員会議の場で対策を検討している。事故の防止に関しては、法人全体で委員会を設置し、事故の分析、検討、改善策の立案等を行っている。</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。   | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員会議等で、施設長の役割を含め、職務分担の確認を行っている。職員の分担表はあるが、施設長の権限等に関しては特に文書化はしていない。施設長不在時の権限の委任は、課長、主任であることを伝え、施設長、課長、主任の全員が不在にならないようにしている。外出先はボードで示し、施設長と課長が携帯電話を所持して、いつでも連絡が取れるようにしている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>茅ヶ崎市や寒川町等、関係機関とは良好な関係を保っている。関係機関からの情報は適宜確認し、必要に応じて、職員会議の場等で職員に情報を提供している。また、法人内で開催する法令遵守の研修会に参加し、遵守すべき法令等の正しい理解に努めている。権利擁護や交通安全等の法人内研修にも、積極的に参加している。</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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種会議や打ち合わせには、基本的に施設長と課長が参加している。管理者が参加することで、事業所内の各分担の運営状況や支援状況を把握し、職員と意見交換を行い、福祉サービスの質の向上につなげている。常勤の職員には、必ず参加しなければならない法人の研修会が、年3~4回ある。外部研修については、職員に情報を提供し、施設長が参加者を決めている。</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。     | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員が働きやすい職場作りを目指し、人員の配置や環境の整備を行っている。配置人数に欠ける所がないよう、短時間勤務等の非常勤職員を多く雇用し、欠員が出た時にフォローできる体制を整えている。また、子育て中の職員の勤務時間に配慮して、負担を軽減している。出産をきっかけに退職していく職員も出ていない。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の採用は、法人単位で活発に行っている。事業所では、短時間勤務や子育て世代の働きやすさについて、工夫している。専門職の配置は、法人全体で調整している。また、職員の資格取得支援として、法人内で初任者研修や実務者研修を行う他、介護福祉士や社会福祉士等の国家資格の取得を目指す職員には、奨学金制度を設け、資格を取得した際には半額を上限に補助している。</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>10年程前から、法人全体で職員の成績評価を行っている。評価は基準に基づき、年2回(5~6月、11月)実施し、賞与や昇給に反映している。成績評価は、課長が一次評価を行い、施設長がまとめている。成績評価は、マイナス評価が中心ではなく、職員の働く意欲につなげるようにしている。</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。       | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日中活動の事業所のため、子育て世代が多く勤務していることから、働きやすさに配慮している。職員の心身の健康については、年1回、メンタルチェックを実施し、適宜産業医の指導を仰いでいる。職員からの相談は、その都度対応しているが、個々の定期面談は実施できていない。職員の異動希望等については、意向調査に記入してもらい、直接話を聴く体制を整えている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像については文書では示していないが、利用者を尊重し、大事にする職員であってほしいと思っている。利用者の障害が重度なため、子どもを扱うような対応にならないよう、日々取り組んでいる。施設長と職員の定期面談が確実に実施できていないため、今後は少なくとも年1回、できれば年2回行い、職員の声を聴き、職員の育成につなげていきたいと考えている。</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。  | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体の研修委員会が研修計画を作成し、職員が受講している。研修は、①等級別研修、②全体・採用時研修、③資格取得研修、④初任者・実務者研修の4つに分けて企画している。また、事故防止委員会が、交通安全や救急救命研修を、人権委員会が権利擁護研修を企画、開催している。市内の15施設が集まる市施設連絡会でも、年1回、研修会・交流会を開催し、非常勤職員も他施設の職員と交流する機会を作っている。</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。                       | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体の研修委員会が研修計画を作成し、職員が受講している。研修は、①等級別研修、②全体・採用時研修、③資格取得研修、④初任者・実務者研修の4つに分けて企画している。また、事故防止委員会が、交通安全や救急救命研修を、人権委員会が権利擁護研修を企画、開催している。外部研修に参加した際には、職員会議で内容を報告し、職員間で共有している。報告内容は会議録に記載してまとめている。常勤の職員が外出支援や自閉症等の研修に参加している。</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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受け入れ担当を課長とし、事前にオリエンテーションを行っている。保育士や社会福祉援助実習等、年間5～6人の実習生を受け入れている。その他、市民後見人養成講座の実習や中学生の職場体験の受け入れも行っている。利用者には「朝の会」で事前に受け入れを説明し、受け入れのグループも利用者の特性に配慮して決めている。実習の実際の場面では、グループ内の常勤職員が対応しているが、職員にとっても良い勉強の機会となっている。実習生の受け入れは、基本的に断らないこととしている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年3回、法人の広報誌を発行し、利用者や関係機関、後援会等に配布している。広報誌には事業内容やトピックス等を掲載し、情報の公開に努めている。ホームページは、法人本部が管理している。また利用者には、「毎月の予定」を配布している。「毎月の予定」は、翌月のカレンダーに活動の予定を記入し、当月の活動内容を報告しているが、「参加対象が誰かわからない」、「作業内容も知りたい」、「今、何を売り出しているか知りたい」等、家族の声があり、現在、改善中である。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営・運営の透明性を確保するため、顧問の会計事務所とは別に、今年度より外部の監査法人による監査を受けている。法人内には50事業所があるが、年10事業所程度が外部監査を受けている。また法人全体で、弁護士や社会保険労務士、設計士等の専門家にも、アドバイスを受ける体制を整えている。</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。                   | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の方との交流を深めることができるよう、利用者は毎日、外気浴を兼ねて、公園や体育館に車で外出している。また、市民センターや地区社会福祉協議会等の行事、自治会の防災訓練にも参加している。外出先は、障害があっても利用しやすい場所に片寄りがちなので、いろいろな場所に出掛けるよう、施設長から職員に働きかけている。8月には、全館を使って夏祭りを開催し、地域の方々を招待している。夏祭りでは、利用者がくじ引きや売り子等の役割を担っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアを常時受け入れる体制を整え、社会福祉協議会にも募集を出しているが希望者がなく、現在活動しているボランティアは少ない。以前ボランティアで活動していた方が地域の寄合所(サロン)を開いているので、職員付き添いで利用者が出掛けていたりしている。近隣の中学校2校より職場体験の実習を受け入れており、体験実習の前に、福祉職場の職員の働き方や仕事の説明等を行っている。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>市内の15施設が参加する連絡会に参画し、施設間の連携を図っている。連絡会が年1回開催する研修・交流会には、全職員が参加し、他施設の職員と交流している。交流会には職員が10枚ずつ名刺を持ち、挨拶している。連絡会の定例会には、施設長が参加している。また、利用者の地域生活の維持のため、就労の支援や医療ケアのサポート体制の必要性について、年1回、市に要望書を提出している。</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。                  | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の市民団体やオンブズマン、成年後見センター、障害当事者で構成する運営協議会を開催し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。利用者及び家族の高齢化により、住まいを維持できない現状がある。日中の一時支援や送迎の援助、ショートステイの充実、家族のレスパイト支援、家族の就労を支える夕方まで対応できる事業所等を、地域全体の問題として捉えていく必要があると考えている。</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。 | b |
| <コメント><br>地域が抱える上記の課題の解決に向け、取り組みが必要と捉えている。地域から求められる役割として、災害発生時の福祉避難所としての協定を市と結んでいるが、具体的な内容については、現在、市と協議中である。福祉避難所の役割は場所の提供だけではないことから、市と話し合いを行う予定である。災害発生時の非常食を3日分備蓄しているが、夜間も不安なく過ごせるよう、防寒具等も揃えておく必要があると考えている。 |   |   |

### 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       |
| <コメント><br>毎年、全職員を対象に権利擁護の研修会を開催している。全職員が参加できるよう、10～11月に同じ内容の研修を4回行っている。弁護士を講師に、今年度は「自分たちの行っていること」が権利擁護につながっているかをテーマに、ディスカッションを行った。「あおぞら宣言」を再確認し、「倫理綱領」や「職務基準表」を配布して意識を高めている。常に利用者への言葉掛けがぞんざいにならないよう、職員間で注意喚起している。 |  |         |
| 【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><br>利用者の排泄介助時等、介助中のプライバシーの保護に配慮している。利用者の介助は、同性介助を徹底している。虐待防止の取り組みとして、特に利用者への言葉掛けに注意している。トイレから出た利用者に「〇〇さん、出ました？」と聞いたり、利用者の行動に「ダメ、ダメ」と言って制したりしないよう、穏やかな言葉掛けを行うよう、職員相互で注意している。                                 |  |         |
| 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       |
| <コメント><br>特別支援学校を卒業して、利用に至るケースが多い。特別支援学校が設定している見学会では、1時間ほど掛けて、課長から丁寧な説明を行い、必要な情報を提供している。また、体験利用も5日間設定している。体験利用の際は特別支援学校の先生も付き添っている。特別支援学校以外からの利用希望者にも丁寧な説明を行い、体験利用も2～3日受け入れている。                                   |  |         |
| 【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><br>サービスの開始にあたっては、見学から契約までの間、説明を丁寧に行うよう心掛けている。意思決定が困難な利用者が多いため、利用後も活動グループ内での本人の状況を確認し、グループ替え等を検討している。また、活動事業所を変更する場合も、体験利用期間を長くとりようとしている。グループや活動事業所の変更がうまく進まなかった場合は、元のグループや活動事業所に戻ることができるようにしている。           |  |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 【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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>他のサービスへの移行例はあまりないが、本人の支援に継続性が持てるよう、情報提供をきちんと行うよう取り組んでいる。事業所内のグループ変更や活動事業所の変更の際も、利用者がスムーズに移行できるよう配慮している。</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、取組を行っている。                 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族懇談会や定期面談の場で、利用者及び家族の意見を聴き、個別支援計画に反映し、改善箇所の把握に努めている。家族からは、「外出の頻度を増やしてほしい」、「介助方法についての注意点」等が上がっている。また昨年度、利用者自身へのアンケート調査を行った。アンケートは、知的障害の協会のアンケート調査票を用いて実施し、イラスト等を使用した。内容を理解できない利用者が多く、聴き取りを担当した職員が、利用者の表情や仕草を観察して判断した。</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>昨年、法人全体の苦情対応の規程を改訂し、利用者や家族の声や意見をできるだけひろくよう取り組んでいる。利用者や家族の声や意見を、レベル1:意見、レベル2:要望、レベル3:苦情に分けて対応している。レベル3:苦情については、第三者委員や法人本部に報告し、必要に応じて、理事会等に報告するとともに、対応策を検討し、改善を図っている。家族からは、「外出の機会を作ってほしい」、「(8割の利用者が使用している)連絡ノートの書き方」、「利用者への言葉掛け」等について声が上がっている。</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。              | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重度の知的障害を持つ利用者が多く、自分の意思を言葉で表すことが困難な状況である。職員は、利用者の表情や態度をしっかりと捉え、トイレに行きたい、水分がほしい等の利用者の欲求を見逃さないようにしている。従たる事業所の「鬼瓦味噌蔵」の利用者は言葉でのコミュニケーションが可能なので、月1回、オンブズマンが訪問し、個別面談の機会を作り、事業所の支援状況についてもアドバイスしている。</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。                 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>5月に家族懇談会を開催し、家族の声を聴いている。家族からは、「理容室に行くことができる日を知らせてほしい」等の希望が上がり、すぐに案内を出す等、迅速に対応している。従たる事業所「鬼瓦味噌蔵」にて、オンブズマンが聴き取った利用者の声についても、すぐに検討し、可能な限り対応するようにしている。</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。  | b |
| <コメント><br>法人のリスクマネジメント委員会や事故防止委員会と連携し、事故報告の集積と分析、改善策の検討を行っている。てんかん発作の心配がある利用者は、いつ倒れるかわからないため、職員が目を離さず、常に見守っている。発作等で救急車を要請するケースもある。利用者にこれまで見られなかったアザ等を発見した時には、家族へ報告し、職員、看護師で状態を確認している。   |  |   |
| 【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。 | b |
| <コメント><br>法人の衛生管理委員会にて、感染症の対策マニュアルを作成している。衛生管理委員会では、夏は熱中症の予防、冬はインフルエンザの予防のポスターを作成し、事業所内に掲示して注意を促している。また、職員会議の場等で、看護師が感染症に関する注意点等を職員に伝えている。通所事業所のため、これまで大規模な感染症の発生は起きていない。   |  |   |
| 【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。           | c |
| <コメント><br>法人の災害対策計画に沿って、地震や火災・消火器訓練、避難訓練を行っている。その他、業者による火災通報装置の定期的な点検や、職員の通報訓練を実施している。昨年10月の台風通過時は事業所が休みの日であったため、福祉避難所としての開設は行わなかったが、家族から大変だったという話があり、利用者宅を訪問したりした。災害時の家族送迎が困難なことも予測でき、福祉避難所として、今後どのように対応するか、市との協議も含め検討が必要と捉えている。 |  |   |

### 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。 | b       |
| <コメント><br>支援に対する心がまえ、理念等については法人全体で、基本的な基準書を作成している。基準書に基づいて、年1回、全職員で「あおぞら宣言」の内容を確認し、利用者に関わる際の基本的な姿勢を統一している。個別支援計画の作成にあたっては、担当者が利用者個々の特性を把握し、計画の内容に反映している。 |   |         |
| 【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><br>個別支援計画の作成、見直しに向け、毎年7～8月に家族と定期面談を行い、利用者や家族の希望等を確認している。また、職員会議での担当者の意見も計画に反映している。個別支援計画は、6か月ごとに定期的に見直ししている。                                      |   |         |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 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>本人の思いを言葉では確認できない利用者が多いため、利用開始時には見学や体験利用を数回行い、利用者をできるだけ理解するようにしている。個別支援計画の作成にあたっては、担当者とサービス管理責任者が分担してアセスメントを行い、利用者のニーズを整理し、個別支援計画につなげている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の作成、見直しは、担当者やグループの職員、サービス管理責任者、課長、施設長が参加して、4月と10月に定例会を開催して、検討している。支援目標等の達成状況については、10月の中間評価で確認し、方向修正を行っている。家族には定例会の前に希望や要望を確認し、計画の作成時や見直し時には、内容を提示し、同意を得ている。</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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者個々の記録は、パソコンに入力して、ネットワークシステムにより、どの部署でも内容を確認できるようにしている。各グループのその日の活動状況も、業務日誌として入力し、利用者の帰宅後に、毎日、振り返りを行っている。月1回、個別記録を书面化して、担当職員やサービス管理責任者、課長、施設長に回覧して、内容を確認するようにしている。</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。                    | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録類は、課長と施設長が確認した後、スタッフルームの施錠できるキャビネットに保管している。保管責任者は特に決めていないが、記録の管理や個人情報の取り扱いについては、法人でルールを定めて遵守している。</p>   |   |   |