

第三者評価結果

事業所名：えいむ

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
<コメント> 法人の基本理念や職員行動指針は、ホームページに掲載するとともに、事業所の玄関ホールに掲示している。コロナ禍前には、終令時に、曜日を決めて基本方針もしくは職員行動指針を唱和していたが、現在は声には出さず読み上げるようにしている。理念や職員行動指針は、中間事業報告会や事業方針発表会の場で、職員にあらためて周知する他、常勤職員の法人全体の採用時研修において、理念や職員行動指針について、時間をかけて説明を行っている。また、非常勤の職員についても、各事業所で採用1ヶ月以内に研修を行い説明している。家族には、利用開始時に説明を行っている。	

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> 月1回、理事長と各事業所の管理者で構成する運営会議を開催し、収支の点検や利用率の推移などを確認して、対応策を検討している。また、管理者が経営に関する説明会や外部研修に参加する他、法人の階層別研修に障害者制度の理解の単元を設け、現場の職員に対して情報を提供している。市町の障害福祉計画の策定に管理者が参画する他、潜在的利用者の把握のため、養護学校などとの連絡会に参加し、また相談支援事業所との連携に努め、事業経営をとりまく環境の把握・分析に努めている。	
【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。	a
<コメント> 経営課題を明確にし、中期事業計画で設備や組織体制、人材育成などを計画している。職員へは、事業方針発表会で書面を用いて説明を行っている。毎年の事業計画書に、支援事業や施設管理事業、設備整備事業、研修事業、防災事業について具体的に明示し、経営課題の解決、改善に向けた取り組みを行っている。利用者の重度化、高齢化に向けた支援や日中支援型グループホームを視野に入れて取り組んでいる。	

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> 基本理念に基づき、法人全体で5ヶ年の中期事業計画を策定している。中期事業計画は、各種経営課題を明確化して、具体的な事業につなげている。また、毎年、内容の見直しを行い、理事会及び評議員会に内容を諮っている。各事業所は、中期事業計画を基にして単年度の事業計画を策定している。	

<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。</p>	<p>a</p>
<p><コメント> 中期事業計画を基にして単年度の事業計画を策定している。事業計画は、当該年度で実施可能なものとしている。支援事業、施設管理事業、設備整備事業、研修事業、防災事業の5事業について、具体的な取り組みの内容をあげている。事業計画は年2回内容の確認、見直しを行い、法人全体で9月末に中間事業報告会、3月末に事業方針発表会を開催して、職員に周知している。</p>	
<p>(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>	
<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>b</p>
<p><コメント> 単年度の事業計画は、9月末の中間事業報告会での事業進捗状況や課題を確認し、また、後期の取り組みの状況を踏まえ、毎年、2月に作成の準備を進めている。法人の全常勤職員を対象とした事業方針発表会を3月末に開催して、前年度の報告とともに、職員に内容を周知している。単年度の事業計画は、法人内の全事業所の計画を冊子にまとめ、職員に配布し、説明を行っている。毎日、朝礼とフロア毎のミーティング、夕礼を行って職員の支援の統一に努めている。また、月1回、施設長、サービス管理責任者、業務リーダーで構成する、えいむ運営会議を開催し、検討内容をフロア会議につなげている。利用者の特性やニーズに応じた活動の提供、利用者の高齢化や重度化に応じた活動プログラムの再編などを、事業計画にあげている。</p>	
<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>c</p>
<p><コメント> コロナ禍前は、2ヶ月に1回程度、家族会を開催して、書面及び口頭で、事業計画の内容を家族に説明していた。特に3月、4月は年度の変わり目であるため、連続して開催していたが、現在は行っていない。2ヶ月に1回、家族会役員の声を入れて、書面を配布することで、家族に状況を伝えている。</p>	

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>第三者評価結果</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>b</p>
<p><コメント> 法人全体で利用者支援マニュアルを整備し、支援の姿勢を示し、個別支援計画の作成や評価・点検、計画の修正を行っている。また、法人に支援向上委員会があり、えいむからも、サービス管理責任者、常勤職員2名が参加し、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。支援向上委員会では、法人内の全常勤職員を対象にアンケート調査（自己評価）を実施し、事業所毎に内容をまとめて、3月末に法人内で内容を公表して、課題の抽出を行っている。福祉サービス第三者評価は、法人内の1事業所が毎年受審し、えいむは今回、3回目の受審になる。</p>	
<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>c</p>
<p><コメント> 支援向上委員会が実施するアンケート調査（自己評価）の結果は、事業所内で回覧する他、フロアミーティングや職員会議の場で課題を明確化して職員間で共有している。えいむの課題として、個別支援計画策定のプロセスの捉え方に職員間で差があったため、現在は、支援計画策定の会議の中で説明を行い、統一を図っている。評価結果をもとにして、改善策を立てて取り組んでいるが、改善計画書を作成するところまでには至っていない。</p>	

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。	b
<p><コメント></p> <p>法人全体で組織管理規程や防災マニュアルなどを整備して、管理者の責任や役割を明確にしている。また、事業所の業務分掌にも記載している。えいむ運営会議や職員会議では、「施設長から」の時間をとり、運営面の説明や利用者支援で気になったことなどを話している。施設長不在時は、サービス管理責任者に権限を委譲しているが、コロナの対応や行政への連絡などで判断に迷う場合は、法人本部に確認することとしている。</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。	b
<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、県の報酬改定の説明会や、役員や管理者を対象とした経営管理に関する研修会に、施設長が参加している。また、コロナ禍によりオンラインが多いが、県の施設長会に参加して、情報を入手している。法令が改定された際には、職員会議の場で、必要な情報を職員に示し、周知を図っている。</p>	
(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><コメント></p> <p>月1回、施設長、サービス管理責任者、業務リーダーが集まる、えいむ運営会議を開催し、各フロアの運営面や支援面の現状と課題を確認して、今後の方向性などについて具体的に助言している。また、月1回、内部研修を定期的に行っている。内部研修は、年度初めに施設長とサービス管理責任者でテーマを決めて、年間計画として職員に示している。内部研修のテーマは、ノロウイルス発生時の対応など、支援現場ですぐに活用できる具体的な内容としている。新任職員に対しては、法人全体で採用時研修を行う他、事業所においても、常勤、非常勤にかかわらず、数日に分けて利用者支援に関することなどの研修を実施している。</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。	a
<p><コメント></p> <p>毎月、法人全体の運営会議に施設長が参加して、労務や財務などの状況を確認している。また、事業所内の職員配置や業務内容を「業務分掌」にまとめ、職員に書面を配布するとともに、口頭でも説明して周知を図っている。えいむ運営会議では、各フロアリーダーが、運営面や支援面の現状と課題を書面と口頭にて報告し、施設長及びサービス管理責任者とともに検討することで、意識の形成を目指している。また、職員会議においても、コロナの影響で落ち込んでいる稼働率や、収入状況を職員に数値で示している。ケース検討にも施設長が参加して、支援現場から少し離れた立場に立って、意見を述べるようにしている。</p>	

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
<p><コメント></p> <p>法人全体で職員育成指針を定め、職員育成指針に基づいて人材育成や法人内研修を行っている。常勤職員の採用は法人本部が担当し、非常勤職員の求人は、事業所で行っている。人員体制は中期事業計画などで配置の基準を明確にしているが、人員不足の課題はあり、特に利用者の増加や高齢化が顕著なグループホームの職員の配置に難しさがある。職員採用に関しては、多様な人材を確保するため、以前は中途採用のみだった異業種の方の採用を、ここ2～3年、積極的に行っている。</p>	

【15】 II-2-(1)-②
総合的な人事管理が行われている。

b

<コメント>

職員育成指針にて、階層ごとに求められる職員像を明確にしている。また、目標管理制度を導入し、年度初めに各職員が自身の業務に関する目標を定めるとともに、職務遂行能力などについて自己評価を行う仕組みを作っている。人事考課までには至っていないが、年2回、施設長と職員の個人面談の機会を設け、目標や達成度などについて確認を行っている。法人の給与規程にて、昇給の基準を定めている。

(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>

職員の休暇や時間外勤務などは、事前に書面で施設長に申請することになっている。また、毎月、事務担当者が状況を報告書にまとめ、施設長が内容を確認して法人本部に提出している。有給休暇の取得は、個人差があるため、毎月状況を確認して、法定の日数を消化するよう都度職員に伝えている。常勤職員と非常勤職員のフロア配置表はサービス管理責任者が作成している。法人内に法人本部の総務課長を担当者とした「なんでもダイヤル」があり、職員が事業所外に相談できる仕組みを作っている。また、任意加入の親睦会があり、職員間の親睦を深めているが、コロナ禍により、現在は活動が行えていない。

(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>

職員育成指針にて、階層ごとに求められる職員像を明確にしている。目標管理制度における職員の目標は、職員育成指針に階層ごとの水準を示している。職員はその項目の中から、自身で選択して目標を立てている。目標管理制度に基づく、施設長と常勤職員の個人面談は、年2回、年度当初と年度末に行い、目標の達成状況や次年度の目標の確認を行っている。非常勤職員については、12月頃に書面にて仕事の質や量、次年度の更新の確認を行い、希望者は施設長と面談を行っている。

【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。

b

<コメント>

法人全体で、階層別の研修を開催する他、法人内の研修委員会がメンタルヘルス研修や感染症対策研修などを年間研修計画に基づいて開催している。また、事業所の内部研修も、施設長とサービス管理責任者でテーマを決め、年間研修計画を立てて月1回定期的に開催している。内部研修は職員に求める専門的な知識や技術を明確にして、具体的なテーマで実施しているが、必要に応じて研修内容を修正している。コロナ禍により動画視聴の研修も多く、理解度や参加者の声などが確認できないため、集合研修を多くしていきたいと考えている。

【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>

法人職員研修計画にて、法人本部による階層別研修や、法人内職員で構成する各委員会のテーマ別研修に職員が参加している。オンラインの研修もあったが外部研修に参加する機会も多く、職員がTEACCHプログラムやPEGS、人権に関する研修に参加している。外部研修参加後は、報告書を提出し、必要に応じて職員会議で内容を報告している。また、新任職員に対しては、3か月間のOJT（実務を通しての指導）の仕組みがあり、新任職員は毎日の取り組みの内容をOJTノートにまとめ、業務リーダーのコメント及び施設長とサービス管理責任者の補足コメントを記入し、1と月ごとに法人本部にノートを提出している。3か月後には、新任職員が理事長、事務局長、総務課長と面接している。

(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。

II-2-(4)-① 【20】 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。	c
--	---

<コメント>

サービス管理責任者を担当者として、実習生の受け入れを行っている。実習生受け入れマニュアルを整備して、育成の体制や実習指導の基本的な内容を明示しているが、指導者に対する研修や学校側と連携してのプログラム作成までは行っていない。今年度、保育の実習生や教員免許取得のための実習生4名を受け入れている。実習生の受け入れは、職員の負担も大きいですが、説明する力も必要で勉強の場となっている。また、実習から就職につながるケースもあり、今後も積極的に実習生の受け入れを行っていきたいと考えている。

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

II-3-(1)-① 【21】 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、法人理念やサービスの内容、事業計画、事業報告、決算報告などを掲載し、運営の透明性を確保する情報の公開を行っている。また、法人の広報委員会が年4回、広報誌を発行し、家族や地域、関係機関に広く配布して、4半期のできごとやサービスの内容などを伝えている。市役所の「青い鳥喫茶店」にも広報誌を置いて、地域に向けた情報の公開に努めている。

【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>

法人の諸規程により、経理、事務、業務分掌などのルールや権限、責任を規定している。また、監事監査により、理事の執行状況、経理、事業の内容を定期的に確認している。月1回、社会保険労務士が法人本部を訪れ、労務関係の相談に対応している。法人全体で公正かつ透明性の高い適正な経営・運営に努めている。

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

II-4-(1)-① 【23】 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>

法人の理念や職員行動指針にて、地域との関わりの基本的な考え方を示している。事業所の玄関に、地域の広報誌や社会資源に関する資料を配架もしくは掲示して、利用者が自由に閲覧できるようにしている。コロナ禍前は、地域のお祭り「グリーンヒル祭り」にえいむの利用者と職員が参加して、地域との交流を深めていた。また、これもコロナ禍で中止しているが、地域の方に利用者の運動プログラムの支援のボランティアを定期的にお願している。

【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>

サービス管理責任者を窓口として、ボランティアの受け入れを行っている。法人でボランティア受け入れマニュアルを整え、ボランティアの受け入れに関する基本姿勢を明確にしている。受け入れにあたっては、利用者のプライバシーへの配慮や障害の基礎知識、利用者の特性について、必ず説明を行っている。コロナ禍で現在受け入れを中止しているが、月1回、フライングディスクの運動プログラムの支援や、週1～2回、学習支援のボランティアが活動していた。コロナの状況を確認しながら、活動を再開できるよう働きかけていく予定である。

(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。

a

<コメント>

複数の事業所を利用している利用者もあり、担当者会議などで関係機関との連携を図っている。担当者会議などで得た情報は、事業所内のミーティングや職員会議などで共有するようにしている。必要に応じて、えいむの支援に関するツールの提供を行っている。法人の別事業所において、自立支援協議会の事務局運営を行い、定期的に具体的な検討を行っている。地域の小学校と連携して、福祉教育の授業に協力したり、防災訓練では消防署の協力を仰いでいる。

(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。

a

<コメント>

法人内の相談支援事業所において、関係機関との連携や、地域での意見交換会にて、地域の課題の収集に努めている。事業所の地域には、高齢で一人暮らしの方が多く暮らしているが、生活の実態が見えにくい現実がある。法人として、地域に向けて今後どのような取り組みが必要か、話し合いを行っている。話し合いは、管理者のグループと現場の職員のグループに分かれて行っている。職員の意見を集約することで、モチベーションを上げる取り組みとしている。

【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>

現在はコロナ感染拡大防止のため中止となっているが、地域のお祭り「グリーンヒル祭り」に利用者と職員が参加して、利用者の製作品を販売するとともに、法人を紹介した看板を置き、普及啓発活動を行っている。災害発生時の市の福祉避難所として、建物の屋上に3日分の非常食などを備蓄し、施設長が管理している。えいむは若い利用者も多いことから、今後は、地域の空いた畑を活用したり、物品を届ける仕事をしたりして、利用者が地域と関わる活動を増やしていきたいと考えている。

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>

新任職員の採用時研修の際に、法人の基本理念及び人権の尊重、職業倫理、虐待防止、利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する説明を行っている。また、毎年、人権や権利擁護をテーマにした研修会を開催し、利用者を尊重した福祉サービスの提供について、職員の意識を高めている。法人内に設置する支援向上委員会は、各事業所の職員10名で構成し、個別支援プログラムに関する調査を行い、事業所ごとに状況を公表している。個別支援計画は、利用者の自立を目的とした内容となるよう努めている。

【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。

a

<コメント>

利用者や家族の個人情報は、職員の取り扱いについて個人情報保護規程に定めている。職員は個人情報保護の誓約書を提出し、退職する際にも、守秘義務に関する書面を提出している。利用者の個人情報に関する書類は、キャビネットに保管し、施錠している。また、利用者の個人情報を取り扱う際は、本人の同意を得ている。利用者の更衣室は男女別に整備している。ロッカーの鍵は、利用者本人が管理している場合と、利用者の希望で職員が管理している場合がある。排泄介助については同性介助を徹底している。作業室も一人ひとりの特性に応じた空間を整え、利用者からの相談も相談室で対応している。

(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>

法人の理念や職員行動指針は、ホームページやパンフレットに掲載して、情報を提供している。また、フェイスブックを活用し、法人内の事業所の活動内容を紹介している。見学希望者は随時受け入れ、見学時には書面を用いて、わかりやすく丁寧に説明するよう心掛けている。サービス開始時は、利用契約書及び重要事項説明書にて内容を説明し、サービス内容の変更時も書面にて説明している。

【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。

a

<コメント>

利用者のサービス開始時は、利用契約書及び重要事項説明書にてわかりやすく説明し、同意を得た後、署名、捺印をもらっている。また、重い障がいのある方については、家族などの保護者に書面で説明し、利用者本人には絵などを用いて意向を確認している。サービス内容の変更時も書面にて説明している。福祉サービスの利用先に変更があった場合には、変更先の事業所と密に連絡を取り、連携して対応している。

【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。

a

<コメント>

他の福祉施設や事業所などへ利用先を変更する際は、事業所で保管、管理している当該利用者の情報を、必要に応じて関係機関へ提供し、引き継ぎを行っている。利用者のサービスが終了した後も、主に施設長やサービス管理責任者が窓口となり、家族の相談に対応する体制を整えている。

(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。

b

<コメント>

利用者の家族とは、年度内に1回以上の個人面談を実施している。面談を通して、利用者のニーズを把握し、施設内での利用者の様子を伝え、今後の支援について検討を行っている。2か月に1回、家族会の役員会を開催し、施設の運営や活動状況を報告するとともに、要望などを聴取する機会としている。役員会の後に、話し合いの内容をまとめ、利用者の家族全員に書面で報告している。コミュニケーションが苦手な利用者が多いため、職員が日々の様子を見守り、利用者満足の上昇に努めている。

(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>

法人で苦情解決規程を整え、苦情解決の仕組みを整備している。苦情解決の仕組みは事業所内にポスターを掲示するとともに、重要事項説明書にも記載している。苦情受付担当者及び苦情解決責任者、第三者委員2名の氏名と連絡先の電話番号を記載している。苦情の申し出があった場合は、検討する仕組みを整えているが、これまで特に苦情はあがっていない。

【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

<コメント>

利用者からの相談の対応は、事業所内に相談方法のポスターを掲示している。相談は主に個室（相談室）を使用し、その他に電話やメールなども活用している。利用者の日中の様子を確認して声掛けし、利用者が意見を述べる機会を作るようにしている。また、担当の職員が日々の様子を連絡帳に記載して、家族の意見を聴いている。送迎バスの席順などの希望に細かく対応している。

<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。</p>	<p>a</p>
---	----------

<コメント>

毎月開催する利用者会「はれぞら会」にて、利用者が取り組みたい活動、例えば、外での古紙回収など身体を動かす活動の希望や、給食の献立についての意見などを聴き取り、日々のサービス内容に反映するよう取り組んでいる。また、フロア担当者が利用者の日常の様子を把握し、利用者の思いを汲み取るよう努めている。事業所内に意見箱を設置し、施設長が管理しているが、意見箱の利用はほとんどない。

(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。

<p>【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。</p>	<p>a</p>
---	----------

<コメント>

リスクマネジメントマニュアルを整備し、施設長やサービス管理責任者、職員の役割を明示している。サービス管理責任者をリスク管理担当として、ヒヤリハットの収集を日常的に行っている。収集したヒヤリハットは書面にまとめ、全職員に回覧するとともに、月1回、職員会議にて、発生の傾向を周知し利用者の事故の防止に努めている。事故発生時には、専用の報告書を使用し、詳細の把握、原因の分析、及び防止のための方策について記入している。年度初めに、リスクマネジメントの研修会を開催し、安心・安全な福祉サービスの提供に努めている。

<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。</p>	<p>a</p>
--	----------

<コメント>

法人の安全衛生委員会で作成した「感染症対策ハンドブック（マニュアル）」にて、職員の責任と役割を明確化している。また、「感染症対策ハンドブック（マニュアル）」は職員全員に配布し、感染症の対策や発生時に活用している。感染症の流行する11月頃を目安に、勉強会を開催し、利用者の急な発熱への対応や、嘔吐物の処理方法などを、職員が役割を分担して、実践的な研修会を開催している。年1回、安全衛生委員会にて、「感染症対策ハンドブック（マニュアル）」の見直しを行っている。利用者は日々自宅にて検温し、利用時に職員が再度検温し、感染症の予防と早期発見に取り組んでいる。

<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。</p>	<p>a</p>
--	----------

<コメント>

防災マニュアルを整備し、職員の役割分担を定め、備蓄品はリスト化している。非常食は3日分を屋上の倉庫に保管している。防災計画は施設長が担当し、作成した防災計画により、年2回、消防署へ連絡し、避難訓練などを実施している。今年度は6月に火災想定訓練を行い、2月に地震想定訓練の実施を予定している。避難訓練では、各フロアの担当者が利用者の名簿や日報、非常用持出袋を携え、避難場所の近くの公園まで、利用者を誘導している。職員は日頃より、災害の発生に備え、勤務中のかかとのあるシューズを履いている。

2 福祉サービスの質の確保

<p>(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。</p>	<p>第三者評価結果</p>
<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>	<p>a</p>

<コメント>

法人全体で統一した利用者支援マニュアルを整備し、利用者支援に関する指針や考え方を始め、支援計画作成に関する年間スケジュール、必要な書類やその記入方法を明記している。研修や個別の指導については、年間で研修計画を定め、職員へ周知して取り組んでいる。各フロアの職員は、夕礼にて話し合いを行い、利用者個々の状況を共有している。

【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。

a

<コメント>

利用者支援マニュアルについては、法人内の各事業所の主査やサービス管理責任者で構成する主査会にて、各事業所から吸い上げた意見をもとに、定期的に見直しや改訂を行っている。毎月、施設長やサービス管理責任者、業務リーダーで構成するえいむ運営会議や、各フロア会議、全常勤職員が参加する職員会議を開催し、提供する福祉サービスの内容の共有や検証、見直しを行っている。非常勤職員も、希望者は職員会議に参加している。

(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。

a

<コメント>

個別支援計画の策定は、利用者支援マニュアルにおいて、アセスメント方法や作成方法、進捗管理方法を具体的に定めている。アセスメント表は、多様な利用者像に対応するため、数種類用意している。「生涯発達・地域生活支援の4領域」のアセスメントシートや、45歳以上の利用者の身体的機能を確認する「高齢障害行動チェック」のアセスメントシートなどを活用している。支援が難しい利用者については、適宜ケース会議を開催し、状況の把握や対応方法を検討している。また、通所が困難な利用者は、サービス管理責任者が家族と連絡を取り対応方法を検討している。

【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。

a

<コメント>

利用者支援マニュアルにて、個別支援計画の見直し時期などを定めているが、随時、利用者の意向や状況を担当職員が把握し、サービス管理責任者に状況を報告している。計画内容については、毎月実施しているフロアごとのミーティング時に、書面と口頭にて非常勤職員にも周知し、説明の機会を設けている。

(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。

a

<コメント>

利用者支援マニュアルにて、記録の書式、記入方法などを定めている。記録の意義や書き方などについては、法人内の研修で職員に周知している。利用者一人ひとりの様子や変化の記録を専用の書式を用いて、利用日毎に作成している。記録は専用のクラウドで管理し、事業所内のパソコンを用いて職員間で共有している。

【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。

a

<コメント>

個人情報保護規程を整備し、個人情報の管理や記録類の保存期間を定めている。記録類の保存期間は5年とし、廃棄方法についても定めている。個人情報の取扱いについては、サービス開始時に利用者や家族に説明している。個人情報保護の遵守に関しては、随時、会議などで全職員へ伝えている。職員が退職する際には、守秘義務に関する書面を提出している。