

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。

※評価細目毎に第三者評価機関の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、基本方針を確立・周知している。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>福島県社会福祉事業団(以下法人)の経営理念、経営方針をもとにかしわ荘(以下事業所)のスローガン、基本方針が作成されている。法人の理念や事業所のスローガンは、法人の規則集やホームページ、事業計画書、法人、事業所のパンフレットに記載され利用者や家族、関係機関、職員に周知されている。</p> <p>なお、法人の理念、事業所のスローガンは玄関やスタッフ室に掲示されており、来訪者や職員の目につきやすいように工夫し周知に努めているが、今回のアンケート結果から家族への周知度はまだ不十分であり、さらに内容を理解いただく取り組みが望まれる。</p>		

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を的確に把握・分析している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人主導のもと事業経営を取り巻く環境の変化や経営状況を分析している。法人全体で毎月行われる「施設長会議」では、利用率や各事業所の定員に対する欠員状況や充足の見込み、未収金の状況や職員欠員とその求人状況などの項目が把握、報告、分析されている。懸案事項や情報提供の項目も報告事項にあり必要時に報告されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人主導のもと時代に合わせた福祉サービスの提供、それを継続かつ安定して提供し続けるために経営の合理化を行っている。当事業所は県の指定管理施設であるので、県の作成した「太陽の国見直しに係る実行計画」に沿って定員の削減を行い、平成 31 年度に定員 80 名を実現するために、入所者と短期入所者の利用について調整を行い、定員 80 名を</p>		

達成することができた。

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を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体で平成 25 年度から平成 34 年度(令和 4 年度)までの中・長期経営計画が作成されている。前期 5 年、後期 5 年に分けられ、当事業所を含む法人全体を取り巻く環境の変化に的確に対応できるようにサービス面、組織運営面、収支面の検討が行われ、「良質なサービスの提供」と「経営基盤の強化」を計画の両輪として策定がされている。策定から 5 年後には見直し期間が設定されており、平成 29 年度に見直しが行われている。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の中・長期経営計画を踏まえて事業計画を作成している。中・長期経営計画の中のサービス事業計画を中心に「権利擁護の推進する充実した組織づくり」、「お客様本位のサービス提供と一人一人の満足の向上」、「安全、安心な支援と快適な住環境の提供」、「地域福祉の推進とセーフティネットの充実」、「全職員によるコスト意識の高揚と経費節減の推進」として事業所で取り組むべき事項として盛り込んでいる。</p>		
I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
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い、職員が理解している。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>計画の策定から実施状況の確認・見直しまでの一連の流れが確立されている。事業計画の進み具合は毎月の委員会活動などで確認をしている。毎年 12 月に各委員会や各棟のスタッフ会議で意見を集約し、施設内の行事等の見直しを行っており、見直されたものは翌年の事業計画に反映され、3 月に各職員へ事業計画書を配布し周知している。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・㉖・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は家族には 4 月の家族会総会を開催した際に、理念やスローガン、当該年度の目標、行事を中心に口頭で説明を行っている。利用者へ向けての説明は行事を中心に行っている。また、行事を行う都度ごとに再度説明を行い利用者への理解を促している。</p> <p>なお、口頭での説明が主な方法になっているので、家族向けの資料を写真や図などを活用し理解しやすいものとし、配布する取り組みが望まれる。</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を組織的・計画的に行っている。		

8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に 行い、機能している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年「福祉サービス第三者評価」と同様の自己評価を行っている。平成13年度以降継続して行っておりサービスの質の向上へ取り組みとしている。その準備として職員へは評価の着眼点の説明文書を配布して理解を深める取り組みを行っている。各委員会や各担当部署を中心に自己評価を行い、その後取りまとめて改善計画を立案し、法人本部へ提出、改善点について本部と事業所で連携をとりながら福祉サービスの質の向上へ向けた取り組みを組織的にしている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「サービス向上委員会」を随時開催し、事業所のサービス評価を行い、提供しているサービスの適切性を客観的に把握できるようにしてサービスの向上に努めている。改善事項は職員会議で決定し、自己評価で得た改善事項を事業計画やサービス向上委員会活動計画に改善項目として盛り込み、それぞれ担当する委員会や部署を中心に改善への取り組みを行っている。</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) 管理者の責任を明確にしている。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>職員会議で事業所の方針やスローガンを職員へ自らの言葉で理解を促すように伝えている。管理者の役割や責任については職務分掌表で明確になっており、毎年事業計画書とともに職員へ周知している。不在時の職務代理者についても明確になっている。事業所内の各種委員会にも積極的に出席をして自らの考えや意見を職員へ伝えている。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>県社会福祉協議会主催の研修や管理職向けの研修、キャリアパス研修などを受講して研鑽に努めている。また、法人内での「施設長会議」などで事業所運営に関する関係法令の改正やその解釈について情報を随時得て学んでいる。学んだことは事業所内の職員会議等で職員へ伝達をして法令遵守への意識が高まるように取り組んでいる。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
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・b・c

<p><コメント></p> <p>毎年行っている自己評価や各委員会の活動、職員との面談などを通じて事業所内の状況を把握している。質の向上の取り組みとして「サービス向上委員会」を設置し、具体的な項目をあげてサービス改善計画を立てている。今年度は「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た体制整備」、「利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援」、「過ごし方について」の3つを改善項目にあげて取り組んでいる。</p>		
13	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月利用率や職員配置、設備等の状況の把握・分析を行い、施設長会議にて本部に報告をしている。職員へは財務面からのアプローチで、利用率と収支の関係や必要経費について説明し、事業計画にある「お客様本位のサービスの提供と一人一人の満足度の向上」と「全職員によるコスト意識の高揚と経費節減の推進」などを実現し事業所が安定して運営ができるように努めている。</p> <p>なお、自己評価で課題に挙げている人手不足への対応や効果的な事業運営についての職員の理解を深める取り組みを継続して続けることが望まれる。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制を整備している。</p>		
14	<p>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を確立し、取組を実施している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人各施設の職員配置の状況を本部が把握し、全体として必要な福祉人材の採用計画を毎年立案している。学校訪問を毎年切れ目なく行い学校との関係を築いている。就業中の職員については取得している資格や受講済みの研修を個別に把握し、文書化している。キャリアパス制度とも連動し法人の必要な人材が育成・定着するような取り組みとなっている。</p> <p>なお、制度は十分整っているが、年度途中の産休や育休などが出た時の代替職員の確保が不十分であり、非常勤職員の確保策など具体的な計画の検討が望まれる。</p>		
15	<p>Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>期待する職員像が文書化されており法人階層別職員研修の際に伝えられている。人事の基準は明確にされており、人事考課、キャリアパス制度と連動し一体的かつ総合的な人事管理が行われている。また、年1回職員との面談の機会を設け、意見や要望を確認する場としている。</p> <p>なお、自己評価の中で課題として人事基準の一部が不明確なため、職員の理解や仕事への意欲を高める観点から、より具体化する取り組みが望まれる。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。</p>		

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・b・c
<p><コメント></p> <p>年1回職員面談の機会を設け、意向や要望を把握している。法人として「一般事業主行動計画書」、「女性活躍推進法に基づく一般事業主行動計画書」を策定し、さらに「女性活躍推進法に基づく厚生労働大臣認定」も取得しており、ノー残業デーや計画年休の取得、男女の区別なくそれぞれの適性に応じた能力を発揮できる職場環境づくりを目指している。</p> <p>今後、雇用環境が十分整っている強みを活かし、福利厚生制度等を職場全体に周知するとともに、職員が活用して働き易さを実感できるような取り組みが望まれる。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>職員は毎年4月に上長と面談を行い、人事考課と連動した1年間の目標を立てている。目標設定の内容は、個人の目標とチームの目標を相談のうえ決定している。また、考課者研修は年1回4月に行っており、より公平・公正な考課となるように取り組んでいる。11月には期間中の面談を行い目標の達成度を確認している。面談を通じ達成するための助言などを伝え、12月から3月は改善期間として目標を達成できるようにフォローしている。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体のキャリアパス制度と連動した年間の階層別研修計画を策定している。研修計画には基本方針が記載されており、どのような趣旨で計画を策定し職員研修を推進するのかが明確にされている。また、キャリアパス制度と連動しているため、個人ごとに作成されている「研修履修カード」を確認しながら年度ごとに該当する研修を確認し、漏れなく受講できるように調整している。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員一人一人に今まで受講した研修や取得資格などを記載した「研修履修カード」を作成しており、キャリアパス制度と連動して研修の機会を確保している。場当たりの研修ではなく、専門性を高めるために新人職員・中堅職員・ベテラン職員向けの研修を把握・整理して、法人の必要な人材の育成と個人のキャリアパスに合わせて受講できるようにしている。</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・育成を適切に行っている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人共通で実習等受入れ要領を作成し必要な事項を定め、教育・育成の体制を整備して</p>		

いる。具体的には受入れの種類や内容、対象者、受入れ施設の対応、実習・研修者の責務などが定められ、実習が効果的になるように取り組んでいる。

なお、事業所独自の実習のマニュアルや実習プログラムはないので、知的障害者の事業所としてのプログラムの作成や統一した指導ができるためのマニュアル、実習指導者の養成など体制の整備が望まれる。

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を行っている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>法人ホームページに経営方針や理念、事業概要、情報公開等のページがあり、情報公開のページには事業報告、財務情報、現況報告書が掲載されており情報が容易に入手できるように配慮されている。</p> <p>また、法人では年1回広報誌「まごころ」、事業所では年2回「かしわ通信」を発行し関係機関や家族へ届けている。事業所のホームページは毎月更新され事業所の予定や行事の様子などが掲載されている。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>会計についての取り決めは会計規則にて明確にされており職員へ周知されている。平成29年度より外部の公認会計士に毎月期中のチェックを受けている。公認会計士からの助言を随時受けており適正な経営への取り組みの一助としている。</p> <p>また、本部による内部監査も総務・経理・サービス面で行われており、外部と内部で二重に公正かつ透明性のある経営・運営を行うために取り組んでいる。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。		
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・㉖・c
<p><コメント></p> <p>地域福祉の向上に寄与することを目的とした活動として、当事業所職員を含む法人全体で「地域福祉支援プロジェクトチーム」を編成し、県内全域を対象として職員を派遣している。また、毎年4月には「西郷さくら祭り」を太陽の国敷地内で開催し、利用者と地域の方の交流の機会を設けている。個別の買い物などの希望がある時は地域の移動支援サービスの情報を提供・活用し外出ができるように支援している。</p> <p>なお、利用者と地域との交流機会は、法人が実施する事業に限られており、事業所の特徴を生かした地域交流ができる機会を設けることが望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人共通でボランティア等の受け入れに対する文書が作成され体制が確立されている。ホームページにはボランティアの募集や、視察の受け入れ、実習の受け入れに関することが記載され連絡先も明記されている。</p> <p>なお、事業所単独での受け入れは少ないとのことなので事業所側からの独自の受け入れ態勢の構築が望まれる。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。		
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を適切に行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>地域の知的障害関係団体との会議に年3~4回参加し、地域の課題の解決に向け連携を行っている。事業計画には「地域福祉の推進とセーフティネットの充実」の記載があり、地域自立支援協議会と連携しての近隣市への住居の増設の実現について、本部と連携して情報交換を行っている。利用者が利用できる事業所の連絡先やサービスの内容を記載した書類を整備しており職員へ周知されている。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体の取り組みとして地域福祉の向上に寄与することを目的とした「地域福祉支援プロジェクトチーム」が編成されており、事業所の所在する自治体だけでなく県内全体を対象として取り組んでいる。事業所は福祉避難所に指定されており、地元自治体ホームページの緊急避難場所・避難所マップに掲載され周知されている。</p> <p>なお、保有する設備や福祉避難所としてできることを地域住民に向けた研修や講演会等を開催し、周知することが望まれる。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人では相談対象となる方に必要な情報を提供すること、権利擁護や自立した日常生活や社会生活ができるように相談支援事業を行っている。そこで得た福祉ニーズや県の福祉計画に応じた事業展開・活動を行っている。また、「地域づくり」の一つとして、保有設備を活用した自治体との連携事業を実施するために県や地元自治体との協議を重ねている。</p> <p>今後は、法人本部と連携を取り、その活動の実現が望まれる。</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を明示している。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>理念(法人・事業所)、法人職員倫理綱領は、利用者の人権を尊重した内容となっており、それらを踏まえて月間目標も職員会議で検討しながら作成し、ミーティングの時唱和している。倫理綱領自己チェック、虐待防止委員による利用者聴き取りをそれぞれ年2回実施し状況を確認している。自己チェックについては集計し、課題については施設長から注意喚起が行われている。研修委員会が権利擁護に関する研修を行い、職員の理解を深めている。</p> <p>なお、職員の自己チェックについては、集計しているが分析は行っていないので、権利擁護推進委員会を中心に行い、改善に向けた検討が望まれる。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシーに関しては、倫理綱領の中にプライバシーの保護について入っており、自己チェックの中で振り返りが行われている。家族の面会は食堂、会議室を利用する他、着替えや排泄場面では同室の利用者に部屋を出てもらうなどプライバシー面から工夫している。入浴や排泄も個々の利用者支援マニュアルの中で留意点を設け配慮している。</p> <p>しかし、居室は、原則4人部屋で仕切りを設置する広さもなく、利用者個人の自由な空間の確保やプライバシーの面で課題となっている。現在建物の所有者である福島県で改築を検討しており、指定管理を受託し運営している立場から意見を反映し、ノーマライゼーションやプライバシーに配慮した環境となるよう働きかけることに期待したい。また、倫理綱領とは別にプライバシーに関する基本的な方針、取り組み内容も含めたプライバシー保護マニュアルの整備も望まれる。</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)を適切に行っている。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>パンフレット、ホームページで情報を提供している。また、相談事業所と連携した情報提供も行い、希望がある場合は親子、グループの見学も受け入れている。入所希望者に対しては、体験入所を進めその経験を利用者の選択に活かしてもらう他、施設生活に合うかどうか判断する機会となっている。</p> <p>なお、事業所で作成しているパンフレットは文字を大きく、強調するところは色を変えるなど工夫しているが、生活場面はわかるようになっていないので施設の生活の状況がわかる写真やイラストを使うなど利用者に理解していただく工夫が望まれる。</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・b・c

<コメント>		
<p>施設見学、利用希望の申し出、短期入所、入所希望、契約へと利用者の入所の意思決定まで段階を踏んで丁寧に対応している。入所時にサービス管理責任者が重要事項説明書等で内容を説明し、本人、家族から同意を得ている。サービス変更時も状況変化の内容やサービス変更の理由なども含め説明し、必要があれば看護師も同席し説明に当たっている。</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。 a・b・c
<コメント>		
<p>事業所の変更の際は本人(家族)の同意を取り、基本台帳、情報提供書で利用者の状況やサービス内容等を伝え、引継ぎを行っている。他施設への移行や家庭復帰の実例は少なく、死亡退所の時は、引き渡し書等を交付し遺品を渡している。他法人のグループホーム移行時は、サービス担当者会議に出席し検討に加わっている。退所後も棟単位で現場担当者を中心に相談できる体制を築いている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 a・b・c
<コメント>		
<p>毎年、利用者満足度調査を行い、集計、分析を行いグラフにまとめ課題の把握に努めている。また、毎月棟ごとにおはなし会を開催し意見・要望を聞き運営に反映している。年度末には、これらを分析し課題を明らかにする取り組みを行っている。</p> <p>しかし、満足度調査は利用者の7割強が無回答であり、重度の利用者の意思表出支援を課題と分析しているが、具体的な取り組みには至っていない。今後、意思表出や意思決定支援の方法等研修の中に入れ、重度の利用者の意向も踏まえたサービスに活かしていくことに期待したい。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
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・b・c
<コメント>		
<p>苦情解決制度実施要綱があり、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置している。第三者委員は家族会に参加し、利用者や家族と顔見知りの関係を築いている。玄関に意見箱を設置する他、おはなし会や虐待防止委員の聴き取りの中でも苦情等聞いている。苦情への対応は苦情解決委員会で対応を検討するとともに、第三者委員に説明し意見をもらっている。改善方針等は全職員に周知する他、申出人に説明し納得いただいている。また、ホームページに載せ広く周知をしている。</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。 a・b・c
<コメント>		
<p>利用者や家族からの相談は、内容によって居室、食堂、会議室を使って対応している。また、意見箱、虐待防止委員による個別聴き取り、毎月実施している各棟のおはなし会など意見や要望を聞く方法を複数設け、述べやすい環境づくりに努めている。さらに、玄</p>		

関、各棟に職員の写真入りで相談できることを分かりやすく表示している。		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>各棟のおはなし会などで出された利用者からの要望や意見に対しては、食べたいものや外出、買い物等すぐ実現できることは施設の行事や生活の中に反映している。困難な要望等についても、出来る範囲で対応している。</p> <p>なお、対応が難しい要望等については、実現の可能性を会議等の場で検討し、結果について次回のおはなし会などで理解していただけるよう丁寧に説明することが望まれる。</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を行っている。		
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を構築している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会を設けるとともにリスクマネジャーを配置している。事故やヒヤリハットについては、毎月委員会の中で原因分析・対応について話し合い職員間の情報共有に努めている。リスクについては、各棟の援助員室に個別対応表等を掲示し職員の注意喚起に努め、事故の際は速やかに検討し改善点を可視化するため改善計画の中に写真付きで表示し、職員への周知を図っている。事故防止について職員研修を実施する他、リスクを迅速に判断し対応出来るよう危険予知トレーニングも実施している。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症対策委員会を設け、看護部門(看護師3人配置)を中心に、感染症予防のための内部研修を行うとともに起きた場合の対応についても実技を含め周知している。感染症など発生した場合は、各棟単位で管理することとし、個室がないので同じ症状の人を同室に集め蔓延しないようにしている。また、予防ワクチンの接種、手洗い、消毒、マスク着用の徹底も行っている。さらに、各委員会の代表で構成する「チーム手順書」を設け、事業所全体の各種マニュアルを見直す仕組みがあり、見直しが行われている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>写真付きで非常用設備の扱い方、行動確認方法等を含めた災害時の手順書が備えられ、消防計画に基づき毎月訓練を行っている。消防署立ち会い時の訓練には地元消防団も参加する他、法人の合同訓練も行われ体制は整えられている。訓練は夜間想定、火災、水害、土砂災害、地震等あらゆる災害を想定した訓練が行われている。</p> <p>今年度の台風19号の時は、夜間の職員体制を増やすほか山側の居室の利用者を反対側の棟に避難させるなど実際の場面で機能している。また、備蓄も3日分、棟ごと、1日単位で緊急に持ち出せるよう準備する他、法人本部にも備蓄があり災害に備えている。</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を確立している。		
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を文書化し福祉サービスを提供している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>倫理綱領、職員心得、倫理綱領自己チェックシートに基づき権利擁護の重要性について徹底している。業務マニュアルを作成し、日課、利用者ごとの支援方法を一覧表で棟ごとにまとめ、留意点は赤で記載する等実施方法を文書化している。</p> <p>また、各棟でサービス管理責任者が入り話し合い、支援方法を統一して取り組めるよう努めている。支援マニュアルは、状況変化に合わせ見直している。</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を確立している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>月1回棟会議の中で利用者の支援について話し合い、標準的な実施方法が現状に合っているか検証し、職員の意見を反映させ見直している。内容を変更したときは、赤や青で表記し、職員が変更部分を理解できるように工夫している。</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を策定している。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者が個別支援計画策定の責任者となり、決められた様式により利用者のニーズや情報を収集し、支援員、看護師、栄養士のほか外部の相談支援事業所の相談員も交え、支援計画について検討している。個別支援計画はアセスメントをし、また、月のまとめ、半期のまとめを行い、その中で洗い出された課題や利用者の状況を基に計画を作成している。また、困難ケースは看護師を通じて医師の助言を頂くほか家族も交えて検討している。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画は6か月ごと(前期、後期)一斉に評価、見直しをしている。状態の変化など生じた場合はその都度評価、見直しすることとしている。サービス管理責任者は利用者の担当支援員が行った6か月のまとめを基にモニタリングを行い個別支援計画の評価・見直の際参考としている。また、個別支援計画の中に特記事項を設け、支援上の課題も明確にして支援に活かしている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。		
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を適切に行い、職員間で共有化している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>ネットワークシステム絆(障がい者福祉システム)を導入し、すべての情報をその中で共</p>		

有できるようになっている。毎日の記録が利用者個人ごとのケース記録にまとめられ同じことを何回も記入する手間はなく効率化が図られている。また、毎月支援計画に対するサービス実施状況のまとめを行い、職員回覧が行われ支援状況を共有している。

45

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。

a・b・c

<コメント>

利用者の記録はネットワークシステム絆を使用し、データを保管し、情報はパスワードで管理している。利用者のケース記録や個別支援計画など利用者の支援に必要なものはパソコンから出力しファイリングしており、それを鍵付きロッカーで保管している。

また、文書管理責任者を配置し、職員には入職時に個人情報保護規程に基づき誓約を取っている。また、文書管理規程で文書の保存年限や廃棄が定められており、それ以外の軽易な文書は各棟にシュレッダーが備えられ処理している。

なお、パソコンはウイルス対策を講じているが、外部とつながっており流出のリスクを考えると、利用者情報を扱うパソコンのみ制限を加えるなどの検討が望まれる。