

(別紙)

評価細目の第三者評価結果

※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、基本方針が確立・周知されている。		
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・b・c
〈コメント〉理念・基本方針はホームページやパンフレットに記載されており、外部への情報公開が図られている。職員に対しては年度初めの職員会議でサービス計画書とともに施設長から説明がなされるほか、1月にも全職員への説明・確認を実施し、改善点や変更事項の周知が継続的に行われている。家族へはサービス計画書を郵送しており、コロナ禍前は保護者会での説明も行われていた。一方、利用者の障害特性から直接の説明が難しいケースが多く、また新入職員の理念理解度が低い傾向もあることから、周知状況の定期的な確認と継続的な取組のさらなる強化が望まれる。		

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。		
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・b・c
〈コメント〉社会福祉事業全体の動向は福祉新聞や厚生労働省からの通達等を通じて把握・分析されている。理事長は全日本自閉症支援者協会の理事として全国的なネットワークを持ち、国への意見発信も行うなど、経営環境の把握に積極的に取り組んでいる。法人の経営状況については定期的に報告を受けて把握しており、事務局が数字をまとめて理事長に報告する仕組みがある。一方、地域の各種福祉計画の策定動向の詳細な把握・分析や、地域の特性・変化等のデータ収集・分析については今後の課題として挙げられており、さらなる取組の充実が期待される。		
Ⅰ-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a・b・c
〈コメント〉理事会・運営会議において役員・主任クラスの職員まで経営状況・課題・対策が説明・共有されており、各部署の会議を通じて一般職員への周知も行われている。現場からの要望に対しては具体的に対応されており、利用者の高齢化に伴うバリアフリー化、見守り安心カメラの設置、ホームのエアコン入れ替えなど、設備面での改善も積極的に進められている。改善に向けて継続的に力を入れていることが確認でき、経営課題への組織的な取組が評価できる。		

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。	
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・b・c
〈コメント〉単年度事業計画の中に長期的な方針についての記載はあるが、明確な中・長期計画は策定されていない。利用者の高齢化に伴いホームでの生活自体を見直す時期にあること等、組織としての課題は職員間で共有されているものの、法人として、事業所として今後どのように課題に取り組んでいくのかについての中・長期的なビジョンが定まっていない為、組織的な対応ができているとは言い難い。今後、中・長期的なビジョンを伴った計画の策定が望まれる。	
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。	a・b・c
〈コメント〉単年度の目標・計画は策定されているものの、中長期的な計画を踏まえたものではない。また、具体的内容や数値目標までは明記されておらず具体性に課題がある。職員の意見は日頃の業務から吸い上げて管理者の案に盛り込まれており、参画の姿勢は見られる。今後は中・長期計画の策定と連動させながら、数値目標を含む具体的な単年度計画の整備が望まれる。	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
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・b・c
〈コメント〉年度初めに管理者が事業計画の原案を作成し、管理者会議でのすり合わせ・運営会議での主任の意見集約・理事会を経て職員会議にて全職員へ周知される明確なプロセスが確立されている。9月に中間評価、年度末には総括が行われ、次年度に引き継がれる仕組みが機能している。また年度初めにサービス計画書が発表された後、5月に各部門が目標を立て、中間発表・最終発表を行う体系的な評価サイクルも整っており、組織的な取組として評価できる。	
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・b・c
〈コメント〉利用者にはサービス計画書を年1回郵送しており、家族へも配布を通じた周知が図られている。コロナ禍前は定期的に保護者会を開催し、支援計画の説明や意見交換を行ってきた実績があるが、現在は保護者会が解散し、法人主導の保護者交流会や個別の電話相談での対応となっている。利用者への説明については障害特性から施設サービス計画書の直接説明が難しいケースが多く、ホームによっては張り紙を活用するなどの工夫も行われているが、全体としては取組が不十分な面もある。利用者や家族へのわかりやすい周知の工夫を引き続き検討することが期待される。	

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。	
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・b・c
〈コメント〉各会議の中での検討・見直し、評価結果を分析・検討する場の設置と実施が行われている。今回が3回目の第三者評価受審であり、3年に1回のペースで継続的に受審することで客観的な視点における評価を取り入れている。また県から来る運営に関する自己点検表を活用した自己点検も行われている。第三者評価を有効に活用してサービスの質の向上につなげようとする姿勢が評価できる。	

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
〈コメント〉前回（2回目）の受審後、1回目との結果比較・分析を行い、改善計画書も作成した。世話人と協議しながら個別支援計画を作成する方式への変更など一部改善は進んでいる。しかし改善計画を計画的・組織的に追跡する仕組みが整っておらず、改善策の実施状況の評価・見直しも十分でない。今後は評価結果にもとづく改善計画の策定と、職員参画のもとでの計画的な推進・評価の仕組みを確立することが求められる。	

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。	
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
〈コメント〉年度初めに法人の広報誌において施設長がその年度の方針を示しており、経営・管理に関する方針の表明が行われている。実際に感染症・災害等の有事においては施設長・事務長とともに管理者が役割を果たし責任をもって業務にあたっている。一方、職務分掌表の整備や、管理者の役割・責任の文書化、不在時の権限委任の明確化など、有事を含む管理体制の整備は不十分な面があり、今後の対応が求められる。	
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
〈コメント〉管理職から勧められた法令改定セミナー等には参加しており、外部の社労士に相談できる体制もある。安全衛生委員会での話し合いや、運営会議での実際に起きた事例の共有を通じて学ぶ機会もある。コンプライアンスに関する資料を管理者へ配布するなどの取組も行われている。一方、管理者による自主的な研修参加や、職員への法令等の周知・理解を促す体系的な研修の実施が不十分であり、今後はより積極的な取組が望まれる。	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
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
〈コメント〉管理者は毎日の記録・日報確認と職員からの報告を通じてサービスの質の現状を継続的に把握している。コロナ対応の緩和など具体的な改善案を現場に提示するとともに、虐待防止研修への参加を促し、職員の希望する研修も積極的に支援している。四日市圏域のグループホームの集まりでの研修会に参加して内容を共有するなど、外部のネットワークも活用している。世話人・支援員を含む全職員とのコミュニケーションを大切にし、新入職員の育成に主任やサービス管理責任者と連携して具体的に取り組んでいる姿勢が評価できる。	
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・b・c
〈コメント〉管理者レベルでは各利用者の明細・会計・労務状況（有給・残業時間）を把握しており、世話人ミーティングやグループホーム会議での情報共有と職員への働きかけが行われている。必要に応じて夜勤体制への切り替えを行うなど運営上の改善にも取り組んできた。一方、財務等を踏まえた詳細な分析や、職員全体の意識形成に向けた組織的な取組は発展途上にある。今後は経営改善に向けた具体的な体制構築と、職員全体が主体的に参画できる仕組みの整備が望まれる。	

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。	
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・b・c
〈コメント〉倫理綱領・行動指針を定め、それに合った採用を心がけている。人員の見通しをたてて不足分の把握に努めており、採用自体はできる状況になっている。また年間を通じた研修計画を策定・実施している。一方、具体的な人員数を明記した計画は策定されておらず、人材育成が重要な課題として認識されている。今後は採用・育成・定着に関する具体的な方針と計画の文書化を進めることが望まれる。	
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
〈コメント〉キャリアパス表が整備されており、求める人物像や職員のキャリアイメージを示している。年2回の研修計画を策定し、個人ごとの研修計画と半期ごとの目標・評価、資格取得の推奨も行っている。定期昇給と職務内容による給与の差別化、年功序列制度により安定的な処遇が図られている。一方、人事考課制度は評価の公平性やコスト面の観点から導入しておらず、昇格基準も特に定められていない。今後は評価の透明性を確保しながら、職員の意欲向上につながる人事管理体制の整備が期待される。	
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
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組んでいる。	a・b・c
〈コメント〉管理者がシフト管理を通じて勤務状況を把握し、有給取得状況・残業状況も確認している。希望休の日数制限をなくしてできる限り職員の希望を叶えるよう努力しており、事情のある職員には個別に対応している。その他、職員の個人的な相談にも気軽に対応するなど、働きやすい職場づくりへの積極的な姿勢が評価できる。	
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
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
〈コメント〉キャリアパス表の中に期待する人物像が明示されており、半期ごとに個人の目標設定と進捗確認・簡易面談が実施されている。管理者は支援の質についての相談に積極的に対応し、気軽に相談できる雰囲気づくりに努めている。キャラクター好きな利用者の情報を職員に伝えてコミュニケーションを促すなど、利用者と職員の関係づくりの仲立ちやアドバイスも行っており、職員一人ひとりの成長を丁寧に支えていると評価できる。	
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・b・c
〈コメント〉年2回の研修計画を策定し、個人ごとの計画のもと計画的に実施されている。新入職員には障がいの基礎知識・記録の書き方等の基本研修から始め、OJTは具体的な目標を記したマニュアルを用いて段階的に実施している。グループホーム会議での悩みの共有など、新入職員の心理的負担への配慮も行われている。一方、研修の基本方針の明文化はなされておらず、体系的な研修体系の整備が今後の課題として挙げられる。	
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・b・c
〈コメント〉虐待防止研修へのオンライン参加、キャリアパス対応研修への参加促進、職員の希望研修への対応など、個々の研修機会の確保に取り組んでいる。研修で現場を離れる職員のフォロー体制も考慮されており、研修参加への環境整備が図られている。一方、研修全体の体系的な整備や全職員への一律の機会提供という点では課題があり、今後のさらなる充実が期待される。	

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。	
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・㉔・c
〈コメント〉受入マニュアルが整備されており、社会福祉士実習指導の研修に職員を派遣するなど、実習生受入に向けた体制は準備されている。過去には保育系学校の実習生を受け入れた実績もある。現状は希望者が少なく受入実績がない状態が続いているが、体制・意欲ともに確認でき、今後の実績の積み上げに期待したい。	

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。	
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・㉔・c
〈コメント〉社会福祉法人としてホームページで財務諸表等の情報公表を行っており、法人としての透明性確保の基盤は整っている。一方、第三者評価の改善取組状況や苦情解決結果等については公表が行われておらず、利用者・家族・地域に向けた情報公開のさらなる充実が求められる。今後は第三者評価結果の公表・活用も含め、情報公開の範囲を広げていくことが期待される。	
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。	㉕・b・c
〈コメント〉経理規定が整備されており、法人内でのクロスチェック体制と顧問税理士による最終確認が行われている。行政による社会福祉法人の監査も実施されており、外部チェック機能が働いている。顧問税理士のアドバイスを受けてデジタル化を導入するなど、専門家の知見を活かした経営改善も行われており、公正・透明性の高い経営・運営への取組が評価できる。	

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。	
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・㉔・c
〈コメント〉グループホームとして自治会に参加し、職員・利用者が寄り合いに参加するとともに、回覧板の回覧や地域清掃への参加を通じて地域との関係を築いている。地域の理念・行動指針にも地域との交流の姿勢が明文化されている。地域のお店への買い物同行や散歩など、日常生活の中での地域とのかかわりも大切にしている。一方、コロナ後に防災訓練への参加がなくなっており、施設近隣の社会資源の少なさと安全な通行という課題もある。今後は地域活動への参加再開と地域交流の拡充が期待される。	
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・㉔・c
〈コメント〉ボランティア受入マニュアルは整備されており、コロナ禍前は調理・楽器サークルなどのボランティアを受け入れていた実績がある。民生委員の見学受入も行われている。現在は職員余裕がなく受入を行っていない状況であるが、受入体制の基盤は整っている。今後は余裕が生まれた際に受入を再開し、基本姿勢の明文化も含めた体制の再整備が望まれる。	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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・b・c
〈コメント〉必要な社会資源はリストアップされており、四日市圏域のグループホーム協議会への定期参加を通じた横のつながりも確保されている。一方、定期的に交流・連携している関係機関は限定的であり、外部団体と協働して何かに取り組む活動はまだ少ない。今後は関係機関との連携をより積極的に広げ、利用者への支援充実につなげることが期待される。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。		a・b・c
〈コメント〉法人内に県委託の発達障害支援センターを設けており、一般の方からの相談受付を通じて地域の福祉ニーズの把握に努めている。今年度から地域連携推進会議を開始し、地元の民生委員・自治会長・菰野町福祉課等の参加を得て、まず施設のことを地域に知ってもらう取組を始めており、双方向の関係構築への積極的な姿勢が見受けられる。理事長の全日本自閉症支援者協会理事としての活動を通じた全国レベルの情報収集・発信も、間接的に地域の福祉ニーズ把握に貢献している。		
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・b・c
〈コメント〉菰野町内社会福祉法人連絡協議会を通じてテントやもちつきセット等の物品貸出し体制を整備し、社協が窓口となって地域への提供を行っている。各法人に福祉相談窓口を設置して地域の困りごとを聞ける体制も構築されており、福祉避難所としての登録（菰野町からの要請があれば対応）も行っている。これらの取組は地域の社会福祉法人として期待される公益的な役割を果たすものであり、高く評価できる。		

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。		
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
〈コメント〉利用者を尊重する支援についてサービス計画書に明示し、入職時の研修や外部講師も参加する年2回のケースカンファレンスを通じて共通理解に努めている。虐待防止についても年2回のチェックリストの実施のほか、年始には理事長から、年度初めには管理者からの説明により、日頃の支援を振り返る機会を設けている。法人の虐待防止委員会を中心とした体制も整備されている。		
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・b・c
〈コメント〉プライバシー保護について行動指針や権利擁護に関するチェックリストで職員に周知するとともに、日頃の支援においても、鍵付きの個室であり、入室時は声をかけて入る、利用者が気にしないように利用者の前で職員同士が話をしない、同性介助等、配慮している様子が窺える。一般向けにSNS発信は行っておらず、写真等の画像は郵送で送るのみとなっている。		

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。		
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・㉔・c
〈コメント〉ホームページは定期的に更新している。空きが出た際は、法人内の通所施設の担当者に利用希望者の有無を確認して連絡するため、基本的には法人が運営する通所施設利用者がほとんどで、新規の利用者はいない。利用希望があれば、家族の意向を確認し、本人への説明や見学方法、入居後の生活等を検討するなど、相談しながら丁寧に進めている。プライバシー保護の観点では外部向けのSNS発信がない点は有利であるが、施設の情報を積極的に発信するツールや職員採用にも繋がる取組としてSNSの活用は検討されたい。		
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。		㉔・b・c
〈コメント〉利用開始時は、メインの支援内容、個別支援計画の内容を中心に説明している。見学時に日課を説明することで生活がイメージしやすく、見通しが立てやすい。入所後1週間くらいは不安定な時期であるため、不安を解消し安心して繋がる支援を心がけている。変更時には、利用者一人ひとりの特性や理解度に応じて、職員が連携しながら、混乱を招かないよう配慮して説明している。		
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所等の変更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・㉔・c
〈コメント〉以前、地元である県外の病院に入院するため退去した例があり、移行先からの要望もあり必要な情報をまとめ送付したり、退去時の貴重品の返却等についても家族と確認し返却している。退所後に法人内の通所施設を利用している利用者とは、相談窓口として核となる職員が複数いるため、退所後も安心して相談できる体制はあるが、今後は、退所後の利用の有無に関わらず、継続性に配慮した取組が望まれる。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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・㉔・c
〈コメント〉利用者満足度調査は第三者評価受審時に行われている。日々の利用者とののかかわりの中や生活記録から利用者の希望や想いの拾い上げ、家族や後見人とは半年ごとの面談で満足度の把握に努めている。また、利用者の日記からも把握に努めている。利用者のやりたいことを支援し、やりがいを持たせる支援なども工夫が見られる。一方、感染症予防対策が未だ厳しい点や家族の高齢化により、利用者や家族の希望が叶えづらい状況もある。		
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。		
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・㉔・c
〈コメント〉苦情解決体制は整備されているが、日頃の支援の中で気になることがあれば迅速に検討・対応しているため、苦情に至っていない。菰野町内の社会福祉法人と合同で第三者委員会を設置し、苦情や事故について協議した内容を法人の運営会議で周知し、他法人・他施設の苦情を我が事として捉え改善する仕組みがある。さらなる取組として、苦情が無いことをホームページ等で公表する取組に期待したい。		
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。		㉔・b・c
〈コメント〉利用者が相談や意見を言いやすいように、相談室や各居室など落ち着いて話せる場所に対応している。意見の言いやすさは職員を信頼していることと断言し、日頃から丁寧に関わることを意識している。また、利用者を理解するため、日報やケースカンファレンスを重視している。利用者には相談窓口は担当者であること、不在の時は言いやすい人で構わないことを伝え、担当職員がキーパーソンで対応、チーム全体でフォローできる体制を整えている。		

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。	①・b・c
〈コメント〉言葉で想いを伝えることが難しい利用者が多く、ケース記録や日報等から利用者の要望や意見、悩み事、困っていること等の把握に努めている。相談等があれば、聞いた職員がその日の職員、主任、管理者に報告、見通しが持てるよう迅速に検討、決定、説明する体制があり、組織的な取組となっている。		
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。	
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。	①・b・c
〈コメント〉夜間職員がいないホームの見守り安心カメラ等のセキュリティをさらに強化し、不測の事態に備えている。事故があった際は速やかに報告、事故報告書の作成、関係部署や関係職員による対応協議、改善策の検討、実施、その後の評価・見直しまでの組織的な取組が確認できた。危険を未然に防ぐため、利用者の行動特性を理解し予測を立てるようにしている。		
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・②・c
〈コメント〉感染症に関するBCP（事業継続計画）に基づいた感染症対策マニュアルと訓練が行われている。基本的にコロナ禍の時から継続して、職員研修や日々の予防に取り組んでおり、発生時には緊急対策会議を招集し、ゾーン分けやガウン、フェイスガード等も徹底して実施している。万全の安全体制ではあるものの、規制緩和への移行の必要性について検討された。		
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。	①・b・c
〈コメント〉災害時におけるBCP（事業継続計画）に基づいた訓練のほか、ハザードマップ上は水害の危険がないため、火災を想定した避難訓練を行っている。グループホーム内の備蓄のほか、法人として備蓄倉庫で食料や水、毛布や自家発電機等を備蓄している。万が一に備え、非常食の試食も行っており、かまどやプロパンガスを使った炊き出し訓練やペットボトルを開けて飲む実践型の訓練も行われている。地域のコミュニティが変わりつつあり、災害時における法人の役割を検討している。		

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方法が確立している。	
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。	①・b・c
〈コメント〉業務マニュアルや出勤時の確認事項、一日の流れを標準的な実施方法として作成・活用している。業務マニュアルはできているかどうかを確認できるようチェックリスト型にしている。一日の流れは、業務を担当している世話人の声を取り入れ、誰が入っても対応できるものとして利用者の動き、世話人の支援、支援員の支援を盛り込んで作成し、定期的に修正、確認が行われている。外出する利用者の場面別のマニュアルも確認でき、細やかな心配りも感じられる。		
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。	①・b・c
〈コメント〉業務マニュアルや出勤時の確認事項、一日の流れは、年度初めと必要に応じて随時、変更・見直しが行われている。日頃の日報やケース記録、引継ぎの中で確認、見直しが必要であれば、GH会議で取り上げ検討している。世話人が複数で休憩が取れる体制ができ、世話人同士のコミュニケーションが取りやすくなり、支援のさらなる質の向上に繋がっている。		

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。		
	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。	①・b・c
〈コメント〉アセスメントシートに基づいた細やかなアセスメントと、ケース記録や日報、利用者への聴き取り等から現状と課題を分析し、サービス等利用計画に基づき個別支援計画を策定している。計画策定に際しては担当職員、サービス管理責任者、支援員、就労先、診療所、病院、栄養士、看護師等の関係職員のほか、世話人との協議の上で策定している。生活支援のプロである世話人の意見が反映される点は評価が高い。		
	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。	①・b・c
〈コメント〉個別支援計画の見直しは年2回行われている。個別支援計画は、前期の計画と評価、後期の計画と評価、急な計画の変更とその評価に分かれており、適切な評価・見直しを確認できる。気になる利用者がいれば、外部講師によるケースカンファレンスでスーパービジョンが行われており、共通認識のもと支援できるような取組が窺える。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
	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・②・c
〈コメント〉日々の支援内容や引継ぎ、申し送り事項を記載した日報を管理者、主任、支援員は確認している。法人内の看護師もネットワークシステムで閲覧したり、必要に応じて記録の入力ができ、健康管理面で共有しやすい。世話人は紙ベースでケース記録等を記録しており、世話人同士で共有して支援に活かしている。しかし、それを支援員や主任、管理者がシステムに入力する手間は、記録の把握のしやすさにおいてはメリットはあるが、業務の効率化の視点では改善の余地がある。世話人のシステム利用について検討しており今後に期待したい。		
	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。	①・b・c
〈コメント〉個人情報保護について倫理綱領や行動指針等に明記し、年始と年度初めに理事長からの研修や権利擁護のチェックリストにより職員の個人情報保護の重要性の理解を促している。個人情報を書棚や金庫で保管し、名前の記載のある書類はシュレッダーで破棄、外部への持ち出し禁止を徹底している。家族には個人情報の使用や取扱いについて同意を得ている。		