

第三者評価結果

事業所名：パステルパレット

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
<p><コメント></p> <p>理念は法人ホームページに掲載されており、事業所入口に掲示しています。重要事項説明書にも記載され、利用者への周知を図っています。また非常勤・準常勤職員を含む全職員に配布されている職員ハンドブックにもあり、職員への周知を行っています。会議や研修などの都度、意識づけが行なわれており、振り返る機会となっています。内容の濃い理念ですが多分量で抽象的な表現も多く、利用者への周知が来ていません。利用者にも職員にも、わかりやすい事業所独自の理念や基本方針などが整備されてゆくことが期待されます。</p>	

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
<p><コメント></p> <p>事業所では利用者や地域福祉のニーズを収集し、地域に根付いた経営を意識しています。しかし、地域の利用者、利用希望者の数に対してサービスが追い付かず、行政とのやりとりを通して、事業所サービスの方向性を模索しており、少しでも拡大できるように考慮しています。その状況を福祉ニーズとして法人に伝え、地域行政、事業所、法人の経営に反映させています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人では理念に掲げる先進的な支援を実現するために、事業経営を取り巻く環境と経営状況を分析し、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析を行い、法人としての課題や問題点を明らかにし役員間で共有されています。各事業所では事業所自体の経営課題を職員間で抽出し、また法人からの指示・アドバイスや監査を受け、課題を共有して日々の支援の向上に努めています。</p>	

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
<p><コメント></p> <p>法人では3年間の中期経営計画を作成しており、本年度は最初の年度となっています。法人の多岐にわたる事業の中で、法人の目指す方向性を示しており、収益面・財務面での見通しについても詳細に触れられています。また目標を実現するための人材確保・育成などにも触れられています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の中期経営計画をマスタープランとして、事業所では「既存事業の方針と取り組み」等で示された「強固な事業運営基盤の構造」というビジョン・方針の基、定量目標が設定され、達成に向けて事業の内容の精査と必要な人員配置、人材育成に取り組むこととしています。その内容の該当する部分を咀嚼し、職員間で話し合われた重点課題などを擦り合わせて単年度の事業計画を作成しています。</p>	

(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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。

a

<コメント>

単年度の事業所事業計画は、職員間でその内容を討議し、日常の支援の中から重点課題の抽出を行い、また上半期・下半期と定期的な見直し・報告が行われています。課題を実践的で、実現可能なことと考えて設定しており、方向性と達成感が共有できるようにしています。特に今年はコロナウイルス感染拡大防止対策の徹底、医療ケア拡大に備えてケア内容・手技の書式化や機能訓練内容の書式化を進めることで職員間の情報共有を図ることなどを掲げています。

【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

<コメント>

事業所では事業計画の掲示を行い、また希望がある利用者については配布・説明し、周知を図っています。掲示物を大きくするなど可視化の努力も望まれますが、事業計画策定時、または半期ごとの見直しなどのチェックを行う際の利用者へのヒアリングを通じて周知されているようです。家族会・利用者は組織されておらず、事業計画の周知は個別対応です。今後は予定される支援の大規模な変更や変革について、事業計画の枠にとらわれず、利用者及び家族への開示説明が望まれます。

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(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。

第三者評価結果

【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。

a

<コメント>

日々の支援の中から利用者ニーズを把握しています。その内容を持ちより毎月の定例会議などで、重点課題を抽出して対応策を検討し、半期ごとに見直し、さらに改善を図るPDCAサイクルに基づく改善を行う体制が出来ています。利用者の送迎に使われる車両11台の安全運転に係わる利用者のニーズに対応するための方策の検討などが現在行われているようです。この重点課題は事業計画書、事業報告書にも掲載され、事業所職員のみならず法人にも周知されており、事業所での解決が難しい場合等のアドバイスやバックアップ体制が出来ています。

【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

<コメント>

事業計画書及び事業報告書にはそれぞれ重点課題の抽出と結果報告が掲載されており、PDCAサイクルによる計画と実行、見直しと改善の各段階を経た改善への取組が行われており、周知されています。福祉サービス第三者評価の受審経験もあり、その結果についても課題として挙げた箇所などは月例会議にて周知・共有を図っています。

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>

事業所の運営規定では「その第4条にて管理者は事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うと共に、事業所の従業者に対し法令などを順守させるために必要な指揮命令を行います。」と規定しています。また組織表を作成し、職員の役割と責任について職務分掌を明確にして掲示することで周知しています。有事の際、または管理者不在時の権限委任としてサービス管理者を選任しています。

【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>

法人の倫理行動要綱マニュアルをはじめ、虐待防止に関する研修を実施しています。職員ハンドブックにも職業倫理や規則について触れられており、徹底に努めています。現在のコロナウイルス感染状況においては、厚労省、県、地域行政の見解が異なり、開所・閉所などサービス提供の判断の混乱がありました。神奈川県と同様の姿勢をとる法人と相模原市の見解が異なる局面もあり、管理者は都度、利用者、職員、法人、行政の連絡・調整を行いました。

(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
<コメント> 理念実現のため実施する福祉サービスの質の現状について、定期的、継続的に管理者チェックシートを用いて、評価分析を行っており、研修制度を充実させるなど組織として職員の成長を促しています。介護福祉士取得のための研修、サービス管理責任者研修また、実習指導者講習など積極的に参加を促し、職員個人のスキルアップを図り、事業所全体のスキル向上を意識しています。	
【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> 事業所は独立採算制をとっており、管理者は法人主催の管理者向け面接や研修を受けています。定期的に法人からの経営アドバイスを受け、毎月試算表を提出し、法人の月例会議において、経営状況の確認を行っています。事業計画から算出する実績目標の根拠については管理者だけでなく、他職員も交えて検討し、経営に反映しています。	

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	
<コメント> 法人では中期計画で目指すべき福祉サービスの方針を示し、実現のための人員体制・人材確保・人材育成を計画的に行っています。常勤・非常勤の職員の募集・採用については法人で一括して行っています。各事業所は独立採算制をとっており、事業収入に応じて法人の作成した人件費算定シートを基に、人材計画を立てています。その結果を考慮して法人への募集依頼となります。一時的な補充人材や応援などはエリア内の事業所間で連携対応しています。		
【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> 法人では職員に配布される「職員ハンドブック」等で「期待される職員像」を明確にしています。人事基準を定め、階層別の人事基準を設けて評価分籍を行う等、総合的な人事管理を行っています。法人では従来「あしたのクラウド」といわれるシステムを用いて、人事計画から面談結果を含めて人材の成長を促す体制をとっていましたが、今年度はこのシステムに代わる人事考課を策定中です。		
(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組んでいる。	a	
<コメント> 事業所では職員個人が具体的な目標を立て、定期的に管理者と話し合う時間を設定し、人材の成長を促しています。管理者は、ワーク・ライフ・バランスに配慮し、積極的に「職場に人間らしさを持ち込め」と号令を出しています。タブレット端末を導入して記録業務の時間を短縮し、残業時間を抑え、職員間でコミュニケーションを図りながら、必要なときは休める体制を目指しています。職員アンケートでも働きやすい職場として高いポイントが揚げられています。		
(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	
<コメント> 職員一人ひとりの育成のため、法人規定のチェックシートを用い、職員階級ごとに目標を設定しています。チェックシートを実施するにあたり、管理者との定期的な面接を行っており、自らを振り返る機会ともなっています。現状の課題や困りごと、法人の基本方針を理解する仕組みが構築されています。非常勤職員はこのシステムに該当せず、今後は意識づけやモチベーション向上のために拡大していくことが期待されます。		

【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>

法人として職員の教育・研修制度を設けており、年間研修計画に沿って実施されています。職員の等級や入職年数等による階層別の研修や、看護師職員を中心に衛生面や感染症についての内部研修など、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施しています。事業所では職員の個別の目標管理と連携して、受けるべき研修と目標に沿った研修を受けるように促しています。

【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>

法人として職員の教育・研修の制度を設けており、事業所では個々の職員の職務・等級別の研修への参加を促しています。事業所では外部講師を招いて全体研修で事例研究を行い、また地域や行政で行われる外部研修のお知らせを全体ミーティングで紹介し、目につきやすい場所に情報を掲示しています。管理者自らプレイングマネージャーとして積極的に現場に入ることによってOJTも適切に行われています。階層別研修は非常勤職員には該当しないものの、職種別、外部の研修の紹介等を行っており、研修の機会を確保しています。

(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。	a
--	---

<コメント>

事業所としては積極的に実習生の受け入れを行っており、社会福祉士の実習や近隣高校生の現場実習施設となっています。担当教員と実習内容を事前に打ち合わせ、個々の実習生の課題に合ったオリエンテーションを行っています。実習に入りやすいように日課の流れを記載したマニュアルを作成しています。実習中及び実習後も継続的な連携を実施しています。実習の流れがより充実するように、法人内にてファシリテーター研修を実施しています。

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。	b

<コメント>

法人のホームページには、理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が公開されています。また福祉サービス第三者評価を受審しており、その結果についてもインターネット上に公開し、運営の透明性を確保しています。またパンフレットなどの印刷物により行政や関係機関にも法人のビジョンや使命を伝えています。事業所のホームページの内容も充実していますが、事業所としての目標や地域福祉の中での位置づけなどの記載をわかりやすく付加されることが期待されます。

【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>

公正かつ透明性の高い適正な経営・運営を保つため、法人理事会をはじめ、法人内・外部の監査機関による監査を実施し、指摘事項について分析を行い、協議し改善しています。その指摘事項に関しては定例会議などで、職員間で話し合い、周知しています。事業所では法人からの決定事項の職員周知も全体ミーティングで行っています。

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>

利用者と社会（地域）とのかわりについて、職員倫理行動綱領の中でも示されており、利用者と地域とのつながり創りを目指しています。事業所では地域主催の様々な行事・プログラム・相談会などの情報を事業所内にて掲示しています。また現在はコロナ禍で難しい状況ですが、コロナ前は事業所内でのプログラムに地域のボランティアセンターからボランティアの来所や買物外出日を設けています。地域向けイベント「ほっばれ祭」の開催や、地域自治体が主催するお祭りへ参加していますが、職員は地域との交流は十分であると認識していません。

<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。</p>	a
---	---

<コメント>

ボランティア等の受け入れについて受け入れ基準を設け、事業所内に明文化し掲示しています。ボランティア受け入れ時に、登録・活動内容の説明を実施しています。現在コロナ禍で外出プログラムやお祭りの開催も出来ずボランティアを呼ぶ機会が極端に減少しています。以前は近隣中学校の吹奏楽部の演奏会など、地域向けイベントに参加していました。

(2) 関係機関との連携が確保されている。

<p>【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。</p>	b
---	---

<コメント>

地区のケースワーカー・相談支援事業所情報を掲示しています。必要に応じて事業所で対応や相談を実施しています。利用者の担当ワーカーとの情報交換や問題の抽出を実施し、各相談員と担当職員間で連絡を取り合い、事業所での不安要素などを共有しています。また地域行政とも連携し、この地域の福祉施設として、また法人の意図する施設の目的、特性を考慮し、利用者および利用希望者に対する支援がさらに深まるよう検討を進めています。

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

<p>【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。</p>	a
---	---

<コメント>

対象の地域が広く、生活介護事業が行われている事業所の数に対して利用者・利用希望者の数が多いという地域特性の中で、現在も定員の上限を超える利用者を受け入れています。ニーズは高く、サービスの拡大のため連携を強めています。また障害施設協会・重心ネットワーク等に参加し、地域のネットワークからニーズや課題の抽出を行っています。地域事業所、福祉課、学校などが年数回集まり、支援学校の卒業生と施設の受け入れ状況などの擦り合わせを行っています。

<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。</p>	a
--	---

<コメント>

地域の社会福祉協議会・自治会との連携を図り、買い物困難者向けに、タイアップし、「お助けカー」の貸出しを行なっています。大型スーパーから500m以上離れた70歳以上の買い物困難者を自宅近くまで送迎するサービスで、送迎の空き時間に車両を貸し出しています。また、地域の福祉拠点として、大規模災害時などの際の、利用者の受け入れを行なう方策を立てています。ここ数年のコロナ禍もあり参加できていませんが、以前は寿町での炊き出し・バザー・越冬活動を実施していました。

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

<p>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>	第三者評価結果
--------------------------------	---------

<p>【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。</p>	a
--	---

<コメント>

法人では利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢について、職員倫理行動綱領を作成し、基本的理念、基本的支援姿勢などを職員に示しています。職員に配られる職員ハンドブックにも掲載されており、法人内研修を毎年実施し、職員の意識づけを促しています。事業所では倫理行動綱領を掲示し、定例会議等を通じて利用者の基本的な人権を話し合う時間を設けています。今後は定期的な事業所内の研修等が行われることが期待されます。

<p>【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。</p>	a
---	---

<コメント>

利用者のプライバシー保護については法人で作成した「プライバシーに保護に関するマニュアル」が整備されており、「職員倫理行動綱領」にも触れられています。「職員ハンドブック」にも、より実践的に触れられている部分があり、職員全員に配布し、また定期的に研修によって意識づけが行われています。事業所では介助(入浴、排泄)に関しては同性介助を徹底し、食事介助に関しては性別関係なく介助を行っており、そのためのカーテン・空間分け環境設定を行なっています。

(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。

a

<コメント>

各相談支援専門委員と連携し、利用希望者に情報を伝えています。見学や体験利用を希望の場合は、日程を決めて案内しています。その際、見学者に渡すための事業所紹介パンフレットが作成されています。また事業所のホームページはサービスの紹介が充実しており、見やすい作りになっています。事業所への利用希望者の多くが支援学校の卒業生ということもあり、年に一度支援学校のアンケートに空き情報等を知らせています。また支援学校では事業所のサービスを紹介した動画を撮影、作成し、利用希望者に視聴してもらっているようです。

【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>

福祉サービスの開始にあたっては、利用者及び家族に重要事項説明書を用いて説明しています。またサービスの変更の際、法改正・加算の見直し等、その都度利用者家族への文書を作成して説明し、同意を得ています。文書以外にも送迎時などを利用して家族に個別説明を行っています。その際に本人の意向を必ず確認するよう努めていますが、コミュニケーションが難しい利用者の場合、本人の意向が家族の意向と違う場合も想定して、その利用者の利用するサービスに携わるワーカーたちが関わることにより、本人の意向に近いものを推測するようにしています。

【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>

事業所の変更・地域・家庭への移行など、事業所でのサービスが終了する場合、相談窓口を設置し、各相談支援専門委員や家族、利用する他のサービス担当者と連携して個々の利用者のニーズの具現化に向けた最適なサービス内容を共に検討・実施しています。利用終了後も相談事項があれば、相談方法など説明を行っていますが、引継ぎ文書の発行には至っていません。介護保険への移行の際に、カンファレンスに声が掛からない等ケアマネジャーとの連携が取りにくく、制度の垣根に係わる問題として苦慮しています。

(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>

利用者の満足に関する調査は、随時、口頭で確認しており、利用者からの意見はタイムリーに確認することができます。自ら意見を発信できない利用者に対しても文字盤を使ったり、個室で話を聞いたり工夫をして意見の収集に努めています。家族からも連絡ノートを通して意見を収集できている、必要な対応も迅速にできています。施設内に「みなさんのこえ」という、意見箱を用意し、随時意見収集ができるようにしています。しかし、全利用者を対象とした、満足に関する調査が数年できておらず、より一層の質の向上を目指す上で、今後の課題となっています。

(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

<コメント>

苦情解決の体制が整っており、苦情解決の仕組みを説明した掲示物が玄関に掲示され、来館時に誰でも確認することができます。また、館内には意見箱が設置され、常時、苦情を受け付ける体制が整っており、匿名性の保護もされています。実際の苦情は、職員が口頭で受け付けることが多いです。受け付けた苦情は、職員で話し合い、迅速に解決できるよう対応し、法人への報告も行っています。今後、アンケートの実施により、小さな苦情も吸い上げて、より良い運営を目指していきたいと考えています。

【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>

毎回の施設利用の際に、家族からの引き継ぎ用紙で「相談事の有無」を確認する欄があり、利用者の意思の確認や意見を伝えやすい工夫がなされています。また、記入欄も○を書くだけで利用者の気持ちが簡単に表現できるようになっています。コミュニケーションが難しい利用者には、個別の文字盤を使用したり、相談場所を変えるなど、相談しやすい環境に配慮しています。また、施設からの配布物には、発信者（職員）の名前・施設の電話番号を太文字で大きく明記してあり、不明点などを誰に相談すればよいか配慮されています。

<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>	a
---	---

<コメント>

職員は、相談室を用意したり、利用者個人に合った文字盤を用意したりなど、利用者が相談しやすく意見を述べやすい環境設定に努めています。実際に利用者・ご家族から相談を受けた際は、迅速に対応し、即時返答するようにしています。利用者からの相談内容は、申し送りノートや会議で職員全員が周知・共有し、内容の状況に応じて会議で話し合い対応しています。また、相談内容は、随時、法人とも共有し、法人内の会議で検討することもあります。

(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>	b
---	---

<コメント>

発生したヒヤリハット・インシデントは、速やかに報告をあげるように努めています。また、内容を朝の全体ミーティングで周知・共有し、定例会議で再発防止などの検証を行うなど対策をしています。また、1年に1度、法人内で、ヒヤリハット・インシデント分析PJ主催の研修会に参加しています。今後の課題として、「不審者訓練」が未実施のため、有事の際を想定した訓練をもとに利用者の安心・安全を確保していきたいと考えています。

<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>	a
--	---

<コメント>

感染症予防と発生時の対応マニュアルを作成し、全職員に周知・共有されています。また、定期的に看護師が、全職員を対象に基礎的な排泄介助や手洗い方法などの勉強会を実施しています。感染症対策として、机にアクリルパーテーションを完備して、食事の場面では職員はエプロンとフェイスシールドを着用するなどの予防対策が取られています。施設内で感染症が発生した場合は法人の危機管理対策室と共有し、マニュアルに沿った対応を行っています。

<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>	a
--	---

<コメント>

施設での防災計画が策定されており、年4回の防災訓練が実施されています。有事の際は、法人設置の危機管理対策室が主導し、危機管理マニュアルをもとに対応します。法人内の危機管理対策室には、安否確認システムが整備され、利用者・職員の安否をメールにて確認することができます。安否確認メールは避難訓練でも実際に利用し、確認しています。現在、法人と連携しながら利用者・職員が安心して施設で過ごせるようBCP（事業継続計画）を策定中です。

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>【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>第三者評価結果</p> <p>a</p>
--	-------------------------

<コメント>

日課の流れマニュアル、契約時のマニュアルを作成し、障害特性・利用者特性に応じた日常生活支援の標準化を図っています。食事、排泄、入浴など一日の時間の流れに沿って個々の利用者支援の配慮点を明記し、支援の統一性を図っています。また、個別支援計画の作成から実践の状況の評価、見直しに関する標準化を図り、個別支援計画策定の基準維持に努めています。また、初めて契約を行う場合などは2名体制で実施し、齟齬が生じないように注意しています。

<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が確立している。</p>	b
---	---

<コメント>

個別支援計画書は随時見直し、利用者一人ひとりに対する支援内容の検証と見直しが行われています。また、毎月の定例会議においても報告し、必要に応じて支援内容の検討を行っています。福祉サービスの標準的な実施内容は、個別支援計画策定期間に検証し見直しを行っています。利用者からは職員対応にばらつきがあるとの指摘もあります。視覚的に日課を把握できるよう、流れを明示した日課の流れマニュアルを作成し、新しい職員や実習生が閲覧できるようにしています。その他マニュアルにおいても、日々の業務において分かりづらいことがあればマニュアルの作成も検討しています。□

(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>

個別支援計画の見直しに合わせて随時アセスメントを実施し、担当職員が、利用者・家族から聞き取りを行い、サービス管理責任者が利用者のニーズに合った個別支援計画を策定しています。また、利用者の現在の状況、利用者・家族の意見、支援内容等について、看護師や機能訓練士の見地からもアプローチを行い、多角的な視点から計画書の作成を心がけています。計画書作成時とモニタリングの時期に会議も設定し、職員間で共有できるようにしています。

【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>

モニタリング及び個別支援計画は半年に1回見直しを行っています。施設では利用者の意思や特徴を考え、日々の情報や細かな支援の見直しは、朝の会議や定例会議、引き継ぎノート等で目標や課題の確認を行い、全職員で共有しています。利用者や家族からの要望などで個別支援計画を緊急に変更する場合は、時期を待たず、適宜、関係者から聞き取りを行い計画の変更をしています。

(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>

利用者の身体状況や生活状況などは、法人が設定している記録ソフトに記録しています。記録はタブレット・スマートフォン端末から随時入力することができるため、記録の入力漏れや、間違いもなく、職員の業務負担軽減にもつながっています。利用者が事業所利用時には、職員がかならず記録しており、計画の実施状況も記録されています。記録はファイルに保管されており、職員はいつでも確認できるようになっています。また、特記事項があれば、朝のミーティングで周知・共有をしています。

【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>

法人でマニュアルが整備されています。管理責任者を施設長として適切に管理しています。また、マニュアルの運用について漏洩・滅失及び毀損等の防止に関わる安全管理対策について文書化し、職員に周知し注意喚起しています。法人から貸与されているPC・タブレット・スマートフォンは施設内のみ使用可能になるよう設定され、情報漏洩防止に努めています。個人情報の取り扱いに関しては、契約時に同意書を取り交わし、利用者・家族に口頭で説明し、同意をもらっています。□