

第三者評価結果

事業所名：海老名市立わかばケアセンター

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> 法人の理念を施設入口に掲示し、職員や利用者、家族に周知しています。事業所の方針は、施設が指定管理者のため、海老名市の方針や障がい者総合支援法の理念に則ったものになっています。理念については事業計画に基本方針を明示し、職員会議で管理者が全職員に話して理解を深めていますが、利用者への周知には課題があります。常勤職員には、法人の新人研修で理念の説明があり、非常勤職員は、採用時にエリアマネージャーから他施設職員と一緒に説明を受けています。</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。	b
<p><コメント> 事業経営を取り巻く環境と経営状況を把握するように心がけていますが、後手に回ったり、見切り発車してしまうことがあります。経営に関する事項に現場職員が関与する機会があまりなく、特に予算の組み方について法人と現場では温度差を感じる時があります。法人と現場のコミュニケーションを改善し、経営環境の変化等に適切に対応できるようになることが期待されます。</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。	b
<p><コメント> 役員会議等の議事録から法人の経営課題を読み取ることができ、年度初めの理事長からのメッセージで、今後1年間法人が目指すべき目標を知ることができます。しかし、経営課題の解決・改善に向けての取組は、道半ばです。事業所職員全員の意識の共有を行い、職場開発の研修を活用しながら、具体的な取組の成果をあげていくことが期待されます。</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。	b
<p><コメント> 法人全体で策定した中期計画(マスタープラン)をもとに事業所で単年度計画を策定しています。単年度計画は所長とグループリーダーで作成しています。単年度計画の策定に現場の職員が関与する機会がないため、現場の職員が中期計画を意識できていません。実行性のある単年度計画にするために、職員の関与を増やしていく必要があります。</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。	b
<p><コメント> 法人全体で策定した中期計画(マスタープラン)をもとに事業所で単年度計画を策定しています。中期計画を良い形で単年度計画に繋げる方針で作成にあっています。事業計画書は重点目標や取組が記述されていますが、その記述が「めざします」「努力します」といった形になっており、達成基準が曖昧になっています。実施状況の評価を十分に行えるような記述の工夫が望まれます。</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。

b

<コメント>

事業計画の作成は、リーダーの意見が反映されて行われています。事業計画は定期的に検証、見直しを行うルールになっています。しかし、実施状況の把握や評価・見直しについては、職員会議等で状況を説明してはいるものの、十分な理解は得られていないため、仕組みが実際に動いているか判断が難しい状況です。職員の理解を促すため、日常のコミュニケーションなどを通して、職員の事業計画への関与を引き上げていくことが期待されます。

【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>

利用者や利用者家族等に事業計画の説明を行っていますが、説明の機会は限られています。また、説明内容が主に共通の部分に偏っており、個々の障がいの特性に応じた内容説明になっていません。説明の機会を増やす方法を検討するとともに、個々の障がいの特性に応じた内容についてもできるだけ利用者等が理解しやすい工夫を行うことが期待されます。

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。

b

<コメント>

福祉サービスの質の向上が必要であることは職員間で共通の認識になっています。しかし組織のなかで計画(P)-実行(D)-評価(C)-改善(A)というPDCAサイクルをまわすまでには至っておらず、評価を十分に行う体制になっていません。また、評価結果を分析することが定着していない状況です。まずPDCAをまわす組織作りを構築し、評価分析をおこない、改善が実行できるようになることが期待されます。

【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。

b

<コメント>

評価を行って、課題を分析し、文書にしていますが、全職員で共有するようにはなっていません。また、第三者評価の振り返りは行われていません。改善計画を策定する仕組みはあるものの、改善計画を立てる活動は不十分であり、改善策をフォローし、改善策を見直すレベルの活動には至っていません。まずPDCAをまわす組織体制を確立し、評価や改善が確実に実行できるようになることが期待されます。

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。

b

<コメント>

所長はリーダーシップを発揮し、当事業所をより良い事業所にしていきたいと考えています。管理者の役割は職務権限規程等の規程により明確になっていますが、それらの文書が会議や研修などによって十分周知されていないと感じる職員がいます。管理者の役割や権限の周知徹底が望まれます。また有事において、管理者不在時の権限委任等が不明確です。海老名市と法人の責任と権限について明確にするるとともに周知徹底が望まれます。

【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>

所長は遵守すべき法令等を正しく理解し適切な事業所運営を行っています。法令等で不明なところがあったときは関係機関に問い合わせをしています。また、研修により、法令遵守の観点での経営について学んでいます。コンプライアンス宣言、法令遵守規程には法令について記載しており、職員ハンドブックや年度初めの職員会議で遵守すべき法令や人権、個人情報について職員に周知しています。

(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

<コメント>

所長はサービスの質向上に意欲を持ち、指導力を発揮したいと考えており、その思いは職員にも伝わっています。サービスの質向上のための取組を提示し行っていますが、まだ十分実施することができていません。現場の職員は管理者の意図を十分理解出来ていない可能性があります。提案を一方向的に伝達するのではなく、双方向のコミュニケーションを心がけることが期待されます。

【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。

b

<コメント>

所長は法人の意向を踏まえて経営改善や業務改善の取組を行っています。しかし、職員の意識統一が十分ではありません。現場を巻き込んだ活動を行うためにも、一方向的に法人の考えを伝達するのではなく、現場職員の考えに耳を傾け、経営改善や業務改善と一緒に進めて行くことなど、双方向のコミュニケーションが期待されます。

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>

必要な人材の確保や人員体制の構築は法人が行っています。事業所は身体障がい者・知的障がい者対象、重症心身障がい者対象、重度自閉症者対象の3つの対象グループがあり、提供するサービス特性が少しずつ異なっています。昨年度は職員の異動が多く、それぞれのグループでは必要な人材の定着等の取組を行っており、徐々に結果がでてくることが期待されています。

【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>

法人の人事基準や給与規程などが定められており、職員はいつでも確認することができます。メンタルヘルスや個人面談で職員の状況把握に努めていますが、職員の意向に対するフィードバックという双方向のコミュニケーションが望まれます。コミュニケーションのなかで、職員の将来像を共同して考え、職員を支援していく取組の実施が期待されます。

(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>

職員の病気（メンタルを含む）やケガ、家族の傷病への配慮、育児短時間勤務や時短勤務の奨励など、個々の職員が働きやすい職場作りに取り組んでいます。有給休暇の取得促進を積極的に行っており、計画的に休暇を取得するように職員に勧めています。ワーク・ライフ・バランスに配慮するように、日常のコミュニケーションで職員の状況に注意を払っています。

(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。

a

<コメント>

法人として期待する人物像は職員ハンドブックなどに13項目にわたり記載されています。職員の目標設定や、その後の進捗状況の確認は、目標管理システムを使い、所長と面談を行う形で年2回振り返りを行っています。目標管理の仕組みは構築されており、通常5、6月と10、11月に行っています。職員の育成は人事考管理システムにより実施されていますが、職員からの評価では課題が指摘されています。

【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。	b
--	---

<コメント>

職員ハンドブックなどに記載されている期待する人物像に従って、職員の育成計画が作成されています。計画には職員にとって必要なスキルが明示されています。策定された計画に従って研修を実施するようにしています。計画の実施状況が十分把握できていないので、評価や見直しは課題となっています。研修実施後の報告などを活用して、実施状況の把握および計画の見直しを行うことが期待されます。

【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。	b
--	---

<コメント>

自閉症研修会等など、入職年数に応じた研修や専門性を高めるための研修を定期的に行っています。法人内研修には管理者、入職4年～6年目の職員、3年以内の職員、新入職員、共通研修などがあり、該当職員は受講することができます。外部研修では、神奈川県主催の自閉症、TEACCHIプログラム研修などに参加しています。非常勤職員の方が事業所の勤務年数も長く、経験豊富であり、常勤職員の業務指導体制が確立していません。今後は指導担当の仕組み作りが期待されます。

(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。	b
--	---

<コメント>

実習生等に対応できる職員はいますが、効果的なプログラムを整備して積極的に取り組む形までには至っていません。実習生について学校側と連携して活動することで、地域社会への貢献になると共に、効果的な事業所紹介や人材確保に繋がる可能性もあり、今後、積極的に実習生確保プログラムを作成していくことが望まれます。

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。	a

<コメント>

パンフレットやホームページで、施設の役割、施設の概要、サービス内容、サービス提供時間、休館日、一日の活動の流れなど、施設利用者希望者が知りたい内容をわかりやすく整理した形で記載しています。サービス利用開始時に重要事項説明書において、苦情対応窓口と第三者の苦情解決委員について利用者・家族に説明しています。館内に苦情解決制度について、苦情担当者・責任者・解決委員の名前と写真を載せ、周知しています。

【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。	b
---	---

<コメント>

経理規定、資金運用規定、事務決済規定などの運営規程にもとづいて、公平かつ透明性の高い運営を図っています。毎年3月から4月に内部監査が行われ、運営規程にもとづいて適正な運用が行われていることを確認しています。外部の専門家による評価を受けていますが、指摘事項などについて、経営改善に取り組むことが望まれます。

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>

海老名市の障がい福祉の拠点施設である当事業所および会館は、地域により開かれた施設、地域と共生する施設を目指し、多くの地域市民が集えるような企画を考え実践することを目標としています。行政や福祉に係る機関、また直接的に関わらない機関、地元の自治会や養護学校、小～高校、子育てに係る方々や機関、商業施設などと連携し、秋にフェスティバル（わかば会館祭り）を実施し、12月の障害者週間へと繋げた取組をしてきました。しかし、昨年度はコロナのため開催できませんでした。

【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

<コメント>

ボランティアを受け入れの体制は整えてはいますが、ボランティア受け入れのためのマニュアルの整備が十分ではありません。受け入れ体制の強化が期待されます。日中活動やイベント等で、社会福祉協議会を通じてボランティアをお願いしています。これまでは、秋のフェスティバル（わかば会館祭り）などに協力を得ていましたが、昨年度はコロナのため開催できませんでした。

(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>

事業所があるわかば会館は海老名市の指定管理になっており、毎月海老名市のモニタリングがあります。民生委員対象に施設説明会を実施し、福祉避難所や障がい者について理解を深めてもらい、民生委員からの情報ももらっています。自治会にも災害時の避難所の利用などの説明を行っています。特別支援級や養護学校に講師として出向き、障がいについての講義をするなど専門性を活かした地域貢献を実施しています。

(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>

地域の福祉ニーズを把握するために、海老名市とは緊密に連携を図っています。同じ建物に地域活動支援センターや相談支援事業所があり、連携をとりながら、情報収集を行っています。毎年6地域の民生委員が見学に来て、事業所が地域の福祉避難所になっていることを把握してもらい、災害時は協力してもらう体制作りを行っています。自立支援協議会や海老名市の福祉をつくる会などに参加し、地域のニーズを把握し、地域の拠点施設としての役割を果たしています。

【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。	a

<コメント>

地域の福祉避難所として、災害時には地域の障がいのある方を受け入れる体制になっています。特別支援級や養護学校に講師として出向き、障がいについての講義をするなど専門性を活かした地域貢献を実施しています。行政や福祉に係る機関、また直接的に関わらない機関、地元の自治会や養護学校、小～高校、農業学校、子育てに係る方々や機関、商業施設などと連携し、秋にフェスティバル（わかば会館祭り）を実施しています。昨年度はコロナのため開催できませんでした。

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

(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。	b

<コメント>

職員ハンドブックに「利用者の権利をまもるために」という章を設けて、利用者を尊重した福祉サービス提供について理解を進める取組をしています。毎年虐待に関する法人研修や市の研修を受講して理解を深めています。利用者尊重のサービスが利用者に伝わっておらず課題となっています。マナーや人権擁護に関するビデオを年に1～2回職員が観て、支援の方法についての振り返りを行っています。また人権擁護に関する法人が作成したツール「グレーゾーンを語ろう」を使用し、ロールプレイを通して、利用者、職員の立場を体験して気づきを話し合う研修を定期的に行っています。

【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>

個人情報の使用について、あらかじめ想定される利用目的に対しては重要事項説明書で説明するとともに、同意書ももらっています。利用者の活動が具体的に確認できる写真などの使用については、外部に出すときにはその都度確認しています。利用者の私物は事務室で預り、管理するようにしています。また、着替えをする更衣室にはカーテンが設置してあり、外からは見えないように配慮するほか、排泄などの際にも利用者のプライバシーを守る取組を行っています。

(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>

特別支援学級の卒業生やデイサービス、グループホームの利用者が、次の生活の場や外出の機会を求めて相談に来ます。その方の状況に応じて個別に説明し、一日の体験利用を受け入れています。今後、パンフレットには、利用者の作品や、機械浴など安心して入浴出来る設備が整っている事などをアピールする等、よりイメージしやすいように写真等ビジュアルでの説明を載せ、より積極的な情報の発信が期待されます。

【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>

サービス開始にあたっては、所長が、利用者・家族に対し、重要事項説明書およびサービス契約書の内容を説明することがルール化されています。意思決定が難しい利用者についてもコミュニケーションの取り方を工夫しながら、また聞き取りやすくするためにゆっくりと話すなどの配慮をしています。説明後、納得を得た場合にサービス契約書に押印をお願いしています。

【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>

利用者の将来的な地域での自律した生活への移行を目的としており、福祉施設、事業所の変更や移行、家庭からグループホームへの移行等にあたり福祉サービスの継続性が維持できるように関係機関と連携して支援を行っています。サービス終了時の継続性のための情報提供などは、法人内外の相談事業所を通して行われています。利用者および家族などに対してその後の相談方法や担当者についての説明、文書の交付などは行っていません。

(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。

b

<コメント>

日々の支援や面談等で利用者および家族等の声に耳を傾け支援に活かしていく方針で、2020年度以前は、満足度調査は行なわれていませんでした。しかし、海老名市が主導し、2020年度8月に満足度調査が行われ、その後、2021年にも実施し、年1回の調査が定着していくようです。その調査結果を受けての対応の取組は、海老名市、施設共に行っておらず、結果にもとづく具体的な改善等の取組が期待されます。

(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>

法人として「苦情解決に関する規則」を作成し、苦情解決委員会を設置して解決に至る迄の枠組みを整えています。職員ハンドブックにも苦情解決の窓口、対応、解決までの流れが掲載され周知しています。苦情受付窓口、受付担当者（施設責任者）が当事者と聞き取り・面談を行い、苦情の整理・解決に導く流れが掲載されています。また重要事項説明書中にも相談窓口・苦情対応として施設内・市・県の相談窓口が掲載され、また外部の苦情解決委員の連絡先が掲載され、利用者および家族にも周知されています。また、委員会を通さないクレームに関しては、所長が個別に電話・メールなどで対応しています。

【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。

b

<コメント>

苦情解決に係わる相談窓口は書面の他、施設内にも外部相談窓口の連絡先を示したポスターを掲示し、周知を図っています。利用期間が長い利用者や経験の長い職員の中で、話しやすい人間関係が構築されている反面、節度を超える部分もあり、接遇などの研修の機会をもつことが期待されます。コロナ禍の折、個別の面談が難しくなっていることに加え、館内に時間的・空間的に使用されていないスペースがあっても、市の管轄で利用できない等の制約の中、面談等を行えるように検討しています。

【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
---	---

<コメント>

利用者や家族の要望・苦情・意見等に対し、その解決への手順は法人としても確立されていますが、解決まで時間がかかる案件、複雑な案件などについて、利用者や家族に途中経過を説明することが徹底されていなかったことが、利用者アンケートからもうかがえます。利用者の要望を叶えるのが不可能であれば、ほかの選択肢を考慮する必要もあり、結論は出せないまでも、現状報告を行う等の対応が求められます。所長のみならず、法人として組織的に行われることが期待されます。

(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。

【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>

法人としてリスクマネジメント体制が構築されており、職員ハンドブックにも掲載し職員に周知されています。しかし、施設としてヒヤリハット報告書の件数が少なく、要因分析が不十分で同様なケースが続くことがあり、注意喚起と要因分析、再発防止策の徹底が急がれます。また海老名市の建物のため、広く市民に開放する意味合いから一階ロビーへの出入りは自由な反面、不審者侵入への対策が取りにくいこと、別方向への避難路の整備、または不審者侵入を想定した避難訓練の実施が望まれます。

【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
--	---

<コメント>

従前より法人で作成した感染症マニュアルがあり、定期的な研修等も行われていますが、コロナ禍で、更に情報収集と具体的な対応集をまとめています。個々の利用者にマスクの着用を求める際に、掲示物や言葉かけ、ピクチャーカードを作成し、理解を得るように行動しています。事例を活かし、感染症マニュアルの改訂と職員間での共有を進めることが期待されます。わかば会館として独自のコロナウイルス感染症に関するBCPの策定が行われています。

【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やっている。	a
--	---

<コメント>

海老名市のハザードマップでわかば会館は洪水浸水想定区域にあります。同時に海老名市から福祉避難所として指定されています。安全を確保した上での二次避難場所として、要支援者の登録をしている方が避難する場所となり、運用については海老名市主導となります。わかばケアセンターとしては、毎年2月に行なわれる大規模な福祉避難所の訓練に参加しています。また安否確認メールを導入し、利用者との連絡用として整備されています。

2 福祉サービスの質の確保

(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。	第三者評価結果
---------------------------------	---------

【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>

法人で作成した職員ハンドブックをはじめ各種マニュアルが整備されており、また必要に応じて改定も行われています。職員ハンドブックには人権擁護・虐待防止について、また苦情解決の流れ、危機管理のありかた等が記載されています。施設では、改訂が行われたあと、改めてマニュアルを職員間で読み返す等の機会が作れない状況にあります。職員会議等で振り返る機会を持たれることが期待されます。

【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>

施設での標準的な支援の実施方法については、個別支援計画に則り、職員間でグループ会議や協議をし、共有しています。その標準的な実施方法は、入浴担当表、重心男性利用者のトイレ確認等の書面を作成し、業務マニュアルとしています。日々の振り返りの中で課題を話し合い、改善に繋がっていますが、その手順はグループ内で行われており、組織的に検証・見直し等は実施できていません。人員補助などでグループ間を移動する職員もいるため、施設として決められた手順と見直し、情報の共有方法を検討されることが望まれます。

(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>

利用者及び家族との面談や送迎時の家族との会話にて、また日々の支援を通してニーズの把握を行っています。ケースにより看護師、PT、OTなどが参加するアセスメントの際に、そのニーズを反映した個別支援計画を作成しています。個別支援計画の目標に合わせてPT、OTが検討してリハビリテーション計画を立てています。現在、グループの利用者の人数に偏りがあって記録、見直し、アセスメントの流れが遅延しており、正常化が望まれます。

【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。

b

<コメント>

作成した個別支援計画に対して、半年ごとに見直して評価していますが、グループによって利用者の数と業務に偏りがあり、現在遅延気味の状態です。所長のリーダーシップを発揮し、業務分担の見直し等が行われ、正常化されることが期待されます。

(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。

b

<コメント>

利用者個々の支援計画は職員会議、グループ会議、日々の振り返りで共有されています。その目標および支援方法をもとにして支援にあたっています。日々の支援記録や業務日誌により、個々の利用者の様子を把握しており、次期のアセスメントの検討材料となっています。事業所では記録者がサービス管理責任者に限られており、モニタリングの視点がぶれることは無いものの、客観性が担保されず、また利用者の数が多いグループにとっては事務量が嵩む要因となっていることが懸念されます。

【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。

b

<コメント>

法人の定める個人情報保護規程で利用者の個人情報や記録の保存・廃棄・情報提供について取り扱いが決められており、その規程に則って利用者に関する記録類はファイルされ管理されています。個人情報の取り扱いについては、サービス利用契約書で、記録は契約終了後5年間保存する旨が記載されています。さらに平易で分かりやすい説明の機会が期待されます。現在、退所者のファイルも混在しておりその整理が望まれます。