

第三者評価結果

事業所名：三浦創生舎

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
<p><コメント> 理念、基本方針は法人のホームページ、事業所のパンフレット、毎年度の事業計画書に明記しています。2つの理念、11の基本方針、3つの使命(ミッション)、職員行動指針を掲げ、福祉サービスの目指す方向性を示しています。理念などが常に身近なものと感じられるように、事務所内に掲示しています。また、事業所の事業計画書を毎年作成し、その冒頭に理念と基本方針を記載しています。職員には職員会議で説明し、家族会でも内容を共有しています。</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> 毎月法人本部で策定した事業方針を、管理者会議において提示しています。その方針を事業所の現状に当てはめて、職員会議の場で管理者が職員に伝達しています。地域の課題として、管理者は緊急時の受け入れや相談支援の体制強化が必要だと感じていますが、自治体の地域福祉計画や障害者福祉計画の把握や分析には至っていません。事業所では年度末に経営状況の振り返りを行い、登録者数と通所率を数値化する中で、今後の通所率増加を目指しています。</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> 四役会議を毎週開催し、各エリアや事業所の報告や課題を集約、分析しています。四役会議の会議録はメールにて全事業所で閲覧できる仕組みとなっており、各事業所で会議結果を把握しています。またサービス種別ごとの専門部会、執行役員や事業所管理者に問題点や改善策を提示することで、問題解決に向けて取り組む体制を築いています。新規事業の開拓やグループホーム設立等を具体化しています。</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。	c
<p><コメント> 現在、2020年度からの第4期マスタープラン(中・長期計画)が作成されていません。マスタープラン策定委員会の活動が停滞している状況です。今年度の法人事業計画によると「これからの社会福祉法人に求められる、競争社会で生き残る方法を考えます」とマスタープランのテーマは決定しています。単年度計画はマスタープランを基に組み立てるものです。事業の方向性を指し示すためにも、早期の策定が望まれます。</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> 策定中のマスタープランに沿って単年度の計画を策定しています。事業計画は具体的な内容になっています。マスタープランと事業計画との関係が明確になっていません。マスタープランの早期の策定が望まれます。</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
<p><コメント></p> <p>事業所の事業計画は、年度末に管理者と職員の協議を経て策定しています。理事会の承認を得た後、各職員に配布し、職員会議において職員に説明して周知を図っていますが、周知徹底は課題と認識しています。事業報告書には、重点課題への取組状況と結果を記し、翌年度の事業計画につなげています。事業報告書にはサービス提供概況、事故報告、工賃支給状況、セルフ活動の収支など、事業所の全体像を網羅しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>毎年、事業計画書を利用者と家族に配布しています。年2回の家族会では、予算書の説明も合わせて説明し、事業所ビジョンの理解につながるよう努めています。家族からは、職員の人員不足への懸念や物品購入額の質問等があり、率直な意見を聴取できています。家族会での配布資料には事業所のメールアドレスを記載することで、双方向のやり取りにつなげ、また、大きめの文字を使用する等工夫しています。</p>	

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
<p><コメント></p> <p>朝夕の打合せでサービス提供状況を共有し、課題が生じた時は改善策を検討しています。個別支援計画の内容変更等、時間をかけた取組が必要な課題については、毎月開催の支援会議を検討の場としています。神奈川県「自己点検シート」を毎年実施し、基準に照らし合わせた現状の振り返りを行っています。3年に1回のサイクルで、第三者評価を受審しています。</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。		b
<p><コメント></p> <p>自己評価や第三者評価結果を職員会議にて共有し、改善策を話し合っています。送迎時の事故対策やクレーム処理等について具体的な対応を実現しています。評価結果を分析し今後の課題を抽出していますが、検討過程の記録を含め、文書化に至っていません。評価結果を有効活用するためにも、改善に向けた計画的な取組が期待されます。</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。		a
<p><コメント></p> <p>管理者は毎年、事業計画を全職員に配布し、事業所のビジョンを口頭で説明しています。事業所の職務一覧表を作成し、管理者である施設長の職務内容他、事業所各業務の主副の責任者をわかりやすく表しています。また、管理者が災害や事故など有事における事業所責任者である旨を、マニュアルや防災計画書に明記しています。法人の規程集には、管理者等、役職者の業務権限を明文化しています。</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
<p><コメント></p> <p>管理者は、制度改正や報酬改定の十分な理解を目指しています。昨年度からは従たる事業所で食品販売も始まり、確かな情報を職員に伝え、法令遵守のもとに一連のサービス提供が行えるように心掛けています。全国的障害者関係施設長等会議への参加により見聞を広め、労務管理や消費者保護など様々な分野にアンテナを張り、最新情報の入手に努めています。</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

<コメント>

管理者はサービス管理責任者を兼務し、利用者支援の全般を見渡す立場から職員へアドバイスをしています。毎月開催の支援会議において、管理者は職員の意見を聴取しています。改善案については、まず実施してみることを勧め、そして効果をしっかり検証していくことを勧めしています。また、職員の学びへの意欲を大切に、可能な限り研修に参加できるように取り計らっています。研修で得た情報について、支援現場へのフィードバックを促しています。

【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>

事業所の予算は管理者が作成し、経理部が月次試算表を完成させます。月次試算表を基に、管理者は事業所経営分析と予算修正を行っています。適切な予算執行状況が続くことにより、ゆとりある人員配置や働きやすい環境への着手が可能となります。今年度初めに職員の退職や異動が重なりましたが、9月には常勤職員が定着した様子です。職場環境の見直しと職員意見の汲み上げを踏まえて、安定したサービス提供が今後も継続してできるよう期待されます。

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>

神奈川県への体制届を用いて常勤換算等の基準を確認し、法人人事部と相談しながら、随時人員補充に努めています。事業計画に専門職の人員を定めるとともに、必要に応じて配置しています。法人本部は職員の育成計画として、階層別と専門分野別に研修カリキュラムを確立しています。在職年数や事業所エリアごとに研修内容を定め、該当する職員へ参加を促しています。また、毎年法人人事部が就職説明会へ積極的に赴き、計画性のある採用活動を実施しています。

【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>

「職員ハンドブック」に、13項目からなる法人の期待する人材像を記載しています。「チャレンジシート」を用いて、職員一人ひとりの目標設定を可視化するしくみがあります。規程集には職員配置や昇進昇格等の人事基準についても明記されています。法人本部では人事評価のクラウドシステムを導入し、勤務状況を数値化して、公平な人事評価や職員の強み弱みの把握に取り組んでいます。

(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。

b

<コメント>

事業所での人事考課は管理者が一元的に行っています。職員の就業状況の把握は、タイムカードの打刻から勤怠管理ソフトの使用へ移行し、電子化により集約の効率が図られています。法人全体で働き方改革を推進し、法令に基づき年間5日以上の有給休暇取得を実現しています。昼食時の職員休憩などに課題を認識しています。職員の健康診断を年1回、「メンタルサッチ」と名付けたアンケートを年2回行っています。職員一人ひとりのストレス度を測定し、必要に応じて面談での話し合いや担当業務の改善につなげています。

(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>

「職員ハンドブック」に記載された期待する人材像は、支援者としてのあり方、仕事への姿勢の振り返りの拠りどころとなっています。人事評価のクラウドシステムは、常勤職員のみに対応ですが、目標を設定することで、定期的な振り返りと面談の実施につなげています。個別面談は、年度初め、中間期、年度末の計3回行い、職員育成の機会としています。

<p>【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。</p>	a
--	---

<コメント>

事業所の事業計画の中で、専門職の資格名と配置人数を明記しています。法人本部に研修委員会を設置して、階層別と専門分野別に分けた年間の研修カリキュラムを作成しています。専門分野別研修では、非常勤職員も参加するエリア主催、サービス種別による部会主催や委員会主催等があります。研修委員会では1年を4期に分けて、前年度末に翌年度の研修計画を作成し、全職員への周知を図っています。

<p>【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。</p>	a
--	---

<コメント>

人事評価のクラウドシステムを活用して、職員一人ひとりのスキルや資格取得状況を把握しています。常勤職員、非常勤職員とも、入職1年目の新人研修を必修としています。研修委員会では、在職年数や役職に応じて充実した研修内容となるよう、年間カリキュラムを組み立てています。コロナ禍によるオンライン研修の増加に伴い、ヘッドセットやカメラを購入し、研修参加の環境を整えています。

(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。

<p>【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。</p>	a
--	---

<コメント>

今年度は2名の保育士養成校の学生の実習を受け入れました。実習の受け入れにあたっては、担当職員を配置し、学生の希望に沿った実習が行えるように、養成校教員と実習プログラムの検討や巡回等を通し、連携しています。そして学生の育成研修マニュアルとしては「県央福祉会倫理行動綱領」および「県央福祉会職員倫理行動マニュアル」を基に説明し、実習中にはそれらに基づいたマナーやルール、利用者との関わりが行えるように指導育成を行う等、積極的に専門職の養成を行っています。

3 運営の透明性の確保

<p>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a

<コメント>

法人のホームページには、直近2ヶ年の事業計画、事業報告、予算書、決算書その他、役員報酬規程などを掲載しています。事業所では障害福祉サービス等情報公表制度に則って、事業所基本情報やサービス内容を公表しています。第三者評価は3年ごとに受審し、結果はインターネット上で閲覧可能となっています。また、事業所の月刊広報紙「うみかぜ」は、近隣の30軒ほどにポスティングして、地域との交流の一助としています。

<p>【22】 II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。</p>	a
---	---

<コメント>

事業所の職務一覧には、施設運営に関することは管理者である施設長が責任者であり、小口現金と伝票類の管理は施設事務員の担当である旨が記されています。事業所で記入した伝票類を、法人経理部がチェックして月次試算表を作成し、会計資料としています。経理規程は法人規程集の中で明文化しています。3年に1度程度の頻度で本部職員が各事業所へ赴き、内部監査を行っています。法人本部が外部の監査法人と契約し、経営改善へ向けて取り組んでいます。

4 地域との交流、地域貢献

<p>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a

<コメント>

職員倫理行動マニュアルや事業所の事業計画に、地域との関わりについて明文化しています。町内会に加入し回覧板の受け渡しを行い、年2回地域住民懇談会を開催することで顔の見える関係性を築き、相互理解を深めています。近隣のリゾートホテルや有料老人ホーム、市役所でのイベントや販売会には積極的に参加しています。また、地域の催し物のチラシを施設内に掲示しています。送迎時のヘルパー利用など、必要に応じて支援相談員と連携しています。

<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>	c
---	---

<コメント>

ボランティア受け入れに関する基本姿勢や地域の学校教育への協力について明文化されていません。マニュアルの整備もされていませんが、各自事業所がそれぞれボランティアの受け入れに対応し、ボランティア保険加入手続きを行っています。事業所での送迎ドライバー経験者が、退職後に施設内ボランティアを継続している実践例があります。学校教育での職場見学や職場体験を受入れることは、地域の社会資源としての重要な役割ですので、受け入れ方針や協力体制を明確にし、実践に向けて検討していくことが期待されます。

(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>	a
---	---

<コメント>

三浦市障害者自立支援協議会において、サービス提供事業所連携部会と相談支援部会に属し、隔月で開催される部会に参加しています。加入者リストをもとに事業所間で近況報告を交わし、顔の見える関係を築きながら、地域の課題を話し合っています。地域生活支援事業の充実に向けては、緊急時ショートステイの確保や基幹相談支援センターの設置等の必要性を共有しています。

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

<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>

法人内の横浜三浦地区管理者会や生活介護部会、三浦市障害者自立支援協議会等を通して地域福祉の現状や課題について話し合いの機会を得ています。事業所主催の地域懇談会では、近隣住民との意見交換により相互の理解や協力関係を深め、利用者支援の質的向上につなげています。地区の小学校や養護学校で行う会合へ出席し、養護学校在籍者の見学対応も行っています。地域との様々なやり取りを経て、地域のニーズや課題把握に努めています。

<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>

送迎時に利用者家族の病状を把握し、関係機関に連絡を入れる等の支援を日常的に行っています。市役所や老人ホーム、ホテルでの自主製品販売や従たる事業所での餃子販売等、地域活動に力を入れると同時に、利用者の生活の充実を図っています。新型コロナウイルスのワクチン接種にあたっては、事業所を会場として提供し、地域への貢献を推し進めています。町内会行事の掃除や避難訓練には職員が積極的に参加し、地域との交流を継続しています。三浦市の二次福祉避難所に登録し、要配慮者援護の役割を担っています。

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

<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>

法人ホームページのトップに「どの人の人生も肯定される社会づくりを目指します」の言葉を用いて、利用者尊重の姿を明示しています。倫理行動マニュアルや規程集の中で多くの紙面を割いて、利用者尊重、権利擁護、基本的人権への配慮について記載しています。毎年度の事業計画にも、事業所の方針として理念、基本方針、ミッション、行動方針を明記し、職員会議で読み合わせています。また毎月の職員会議では、利用者の呼称や言葉遣い等、日頃のサービス提供の振り返りを行っています。

<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>

プライバシー保護と守秘義務についてマニュアルを整備するとともに、法人ではDVDを作成し、視覚的で理解しやすい説明となるように工夫し、入職前研修で視聴しています。サービス提供時は、排泄や更衣の際の羞恥心、集団生活での守秘義務への配慮をしています。身体の介護は、基本的に同性介助としています。契約時には、広報紙への写真掲載の可否を家族に確認しています。

(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。

b

<コメント>

事業所のパンフレットは、施設入口と従たる事業所である餃子店の店頭に置いています。地区で唯一の生活介護事業所であり、利用定員を満たしている現状ですが、事業所の概要や存在意義を広く知らせる取組が望まれます。パンフレットは写真を多用し、明るい色調でわかりやすい説明が書かれています。見学希望者には随時対応しています。事業所の特徴、生活介護と就労継続支援B型との違いにも言及し、適切なサービスが選択できるように情報提供しています。

【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。

b

<コメント>

利用者と家族が事業所に赴いて、契約を取り交わしています。契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書の書類を読み合わせ、利用者と家族の納得と同意を得て進めています。契約書の漢字にルビをふる工夫をしています。契約書類は利用者と家族の同意を得て、署名捺印の上で交付しています。利用者本人が説明を受け、契約を締結することが困難な場合について、合理的配慮のルール化や成年後見制度の提案等が期待されます。

【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>

相談支援専門員を中心に、利用者情報や利用状況の共有を図り、円滑な移行と移行後の定着状況を確認しています。引き継ぎ文書としては、アセスメントや個別支援計画書、モニタリングシート等の帳票を代替して用いています。利用者や家族の相談窓口は現場主任が担当していますが、組織としての利用終了後窓口という位置づけではありません。事業所変更や家庭へ移行するケースは少ない現状ですが、利用終了後の相談方法や担当者について文書化することが望まれます。

(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>

利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面談や聴取、保護者会を定期的に行っています。保護者会では、趣旨を説明した上で満足度調査アンケートを配布しています。また、毎日保護者と連絡帳をやりとりする中で、満足度について把握し具体的な改善をその都度行っています。保護者会に職員も出席しますが、利用者満足について把握する場としてはいません。アンケート等で把握した結果を分析・検討もしていますが、利用者参画のもとでの検討会議の設置までは行っていません。具体的な改善に至った記録を残すことも期待されます。

(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。

a

<コメント>

「苦情解決に関する規則」を法人が定め、利用者や家族に周知する取組を行い、苦情解決の仕組みを整備しています。1階エレベーター脇に苦情解決についての掲示物を掲示し、契約時にも配布しています。玄関口に「みんなの声受付ボックス」を設置し、利用者が気軽に投書しています。連絡帳のやりとりで、家族等からの苦情等があればすぐに対応しています。苦情として処理したケースは「事業報告書」に内容と対応を公表する仕組みになっています。

【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>

「重要事項説明書」で、事業所の支援・活動全般、生活（家族関係・健康・生活全般）、就職その他悩み事について、個別相談の時間を設けることを明記し、相談支援を実践しています。利用者が相談したり意見を述べたい時に、自由に相手を選んで相談や不安を訴えることができる環境を整備し、利用者が相談しやすい雰囲気を作っています。相談室を設置していますが、事務室のドアは解放しているので、職員が忙しい時は所長に相談する利用者もあります。

【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。	a
---	---

<コメント>
法人は「苦情解決に関する規則」を定め、定期的に見直しを行っています。利用開始時に「重要事項説明書」と「契約書」にて、苦情の受付からの流れを明記して説明しています。法人の苦情解決委員会で、定期的にマニュアルの改正や職員研修を実施しています。日々の活動や送迎の時に、利用者や家族等の意見や要望を聞き取り、相談しやすい環境を作っています。意見や相談があった場合は、朝と夕の職員打ち合わせの際に検討し、迅速な対応を心がけています。

(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。	a
---	---

<コメント>
法人はリスクマネジメントに関する委員会を設置し、各事業所から職員を集めてリスク要因分析演習を行ったり、ヒヤリハットの集計を行って、事業所における事故・ヒヤリハット・苦情等を一括管理しています。その内容を所長が職員に伝え、職員の意識向上を図っています。職員には入社時に、有事の際の対応マニュアルを記載した「職員ハンドブック」を配布しています。送迎時の車両事故後には自動車会社による再発防止の研修を行う等、再発防止策を実施しています。

【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。	b
--	---

<コメント>
法人は「感染症対策委員会」を設置し、ガイドラインを整備しています。事業所においては、新型コロナウイルス感染防止のため、玄関口では検温、手洗い所・食堂など随所に消毒液を置き、作業所では適宜、アクリル板を設置する等感染症予防策を講じています。看護師が利用者や職員に注意喚起していますが、勉強会の開催までには至っていません。新型コロナのワクチン接種では、事業所において、地域の社会福祉協議会関係者等も参加しての接種会場を提供しています。

【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行っている。	a
--	---

<コメント>
法人は危機管理部門室を設置し、年に2回、法人全体で同一日時に避難訓練を行い、検証しています。そのほかに事業所では年に4回、立地条件に適した避難訓練を実施し、利用者の安全確保のための取組を繰り返し行っています。災害時の安否確認は、利用者や家族、職員の携帯電話に情報を一斉発信できるシステムを導入し、訓練の際に実施しています。防災管理に関する担当職員を定め、防火設備保守点検、避難訓練の実施計画と報告書作成、非常食管理では3日分の備蓄と消費期限等リストの作成・管理を行っています。

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>
提供する福祉サービスについては法人による「倫理綱領マニュアル」、「利用者支援マニュアル」によって、標準的な実施方法をわかりやすく明記しています。利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢を明示し、法人の研修等により職員に周知する仕組みができています。常勤職員は、人事評価のクラウドシステムにより、標準的な実施方法を実施しているか、振り返りを行っています。非常勤職員も含め全ての職員にマニュアル類を周知して、いつでも見ることができ、職員が交代しても支援の質が変わらない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。	a
---	---

<コメント>
職員は、朝・夕の打合せや毎月1回の支援会議において、それぞれの利用者の個別支援計画の内容を鑑みながら、標準的な実施方法について検証・見直しを行っています。高齢化する利用者・家族への支援、コロナ禍における事業所内での作業の方法、新しいソフトや記録の方法の導入等について、職員や利用者からの意見を取り入れながら、標準的な実施方法を見直しています。

(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>

利用者一人ひとりの個別支援計画策定のための体制が確立し、取組を行っています。入所に際して「通所利用者基礎調査表」を使って、利用者・家族から本人のニーズを詳しく聞き取っています。利用お試し期間に、本人の心身の状態、生活状況等からニーズを把握し、アセスメントシートを用いて医療機関や相談支援事業所等の意見も聞き、サービス管理責任者を中心に個別支援計画を作成しています。利用者の意向を把握、確認し、「個別支援計画の同意書」に本人、保護者等の同意を得て、署名・捺印を得ています。

【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>

個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定め、実施しています。個別支援計画は、サービス管理責任者を中心に、1年間を期間として作成しています。半期に1度モニタリングを実施し、利用者や家族の意向を聴取して計画の評価や見直しを行っています。緊急に見直しの変更を必要とする時は、再アセスメントを行い原案の作成から行っています。見直しによって変更した個別支援計画の内容は、支援会議等において、関係職員に周知する手順になっています。

(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。

b

<コメント>

利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況を適切に記録し、職員間で共有しています。利用者の身体状況や生活状況は書面として支援記録等に記載していますが、法人の独自ソフトを利用し、全事業所においてフォーマットの統一を図っています。また、法人は支援記録の質向上プロジェクトを発足し、職員によって記録内容や書き方に差異が生じないように指導をしています。情報共有を目的として、毎月、支援会議、セルフ会議、職員会議を開催しています。一部の職員は情報共有に課題を持っています。

【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>

利用者に関する記録の管理について規定を定め、適切に管理を行っています。法人が「個人情報保護規程」を策定し、職員は入職時に新任研修の中で個人データ保護の重要性に関する研修を受けています。個人データの安全な管理のために、事業所の所長が責任者となってコンピューターのデータ管理を行っています。個人情報の取り扱いについて、利用者や家族に個人情報保護と利用に関して説明しています。紙ベースの記録等に関しては、施錠し管理しています。