

### 第三者評価結果

事業所名：ブックカフェひばりが丘

#### 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>&lt;コメント&gt; 法人の理念、基本方針及び職員倫理行動綱領で利用者の人権を尊重し、法人として目指す方向、考え方を明文化しており、それらは、職員の行動規範となる具体的な内容になっています。職員には入職時の面談や職員倫理行動マニュアルの配付、毎月の事業所会議を通して理念・方針の理解や確認をしています。利用者・家族には理念・方針のある冊子を配付していますが、管理者は利用開始時等での説明やわかりやすい資料で周知を図る必要があると考えています。今後も理念・方針の周知に向けた取組の更なる工夫が望まれます。</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>&lt;コメント&gt; 社会福祉事業全体の動向について、法人が主催している管理者会議等を通じて情報提供され、把握しています。ブックカフェ形態運営での事業所に対する地域のニーズや潜在的利用者については、座間市の支援調整会議や法人内の相談支援事業所などと連携し、把握に努めています。また、福祉サービスのコスト分析や利用者の推移、利用率等について法人からデータが還元されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 法人が収集・分析した事業所運営に影響のある重要な情報や課題は管理者会議の中で示され、その後運営に必要性のある内容に関しては事業所会議で報告し、重点課題として設定されていく体制があります。事業所はコロナ禍の令和2年9月に開所していることもあり、利用者獲得及び利用率を向上させ、事業所としての収支を改善していくことが経営課題の一つとなっています。</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>&lt;コメント&gt; 中・長期計画については法人が策定（訪問調査時点では最新版は未策定）し、法人の理念や基本方針を明確にしています。法人の理念や基本方針をベースに、管理者は事業所が具体的に目指す方向について、中長期的な検討をしていますが、明確化には至っていません。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt; 単年度の事業計画は毎年作成し、実行可能な具体的な内容で実施状況の評価を行える内容となっていますが、中長期計画の策定がないため、計画を反映した内容にはなっていません。</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>

単年度事業計画は、全職員から「やりたいこと」を聞き取り、それらを反映させて管理者が策定しています。現状としては目標とする常時利用20名に届いていないので、それを実現させ、黒字化することの重点課題について、結果、まとめを計画期間中の「上半期事業報告書」として作成しており、PDCAサイクルで取り組んでいます。

【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>

事業計画の主な内容について、利用者に年間カレンダーや毎月の予定表を配付しています。行事を行う際はその都度案内を配付して知らせ、参加を呼び掛けています。しかし、家族に対しては家族会の設置をしていないこともあり、周知方法について課題と考えています。

#### 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>

単年度の事業計画、個別支援計画作成等全てサービスの質の向上に向け、PDCAサイクルに基づいて取り組んでいます。事業所はコロナ禍の令和2年9月開所で、カフェという事業形態が含まれることなどを踏まえ、感染防止に注力しながらサービスを提供しています。事業所の自己評価は実施しておらず、事業報告と収支報告をその位置づけとしています。福祉サービスの質の向上に向けた第三者評価受審について、今年度開所3年目で初受審となっています。

【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。	b
---	---

<コメント>

事業所の自己評価は行っておらず、事業報告をする際のまとめ・課題をその位置づけとしています。事業計画の振り返りのなかで課題について職員間で共有し、実習生の積極的な受け入れや提供するサービスの見直しなどを行っています。単年度で解決できないことは次年度にも引き継ぎ、計画的に取り組んでいます。福祉サービスの質の向上に活かすために、毎年事業所の自己評価を行い、改善の課題を明確にし、改善策を実施していく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>

管理者は、事業所の経営状態、管理に関する方針と具体的な取組、目標等を全職員に説明していますが、明確化には至っていません。管理者自らの役割と責任については「運営規定」に明記され、職員に周知しています。また、管理者不在時の代行職員を決めています。明確化には至っていません。管理者自らの事業所の経営・管理に関する方針と取組、管理者不在時の権限委任について何らかの形で明確化することが期待されます。

【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>

法人の基本方針の中に法令遵守の徹底があるほか、管理者自ら率先して学び、幅広く正しく把握・理解するように努めています。職員には利用者支援に対し、根拠となる法律は何か、ということを伝えています。事業計画の重点課題の一つにSDGs（持続可能な社会）を上げており、開設にあたっては既存の建物をリフォームしています。また、古本のインターネット販売が利用者活動の一つでもあり、SDGsな取組になっています。

(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。

a

<コメント>

管理者は、毎月の「収支予実対比表（試算表）」で事業所の現状について把握しています。サービスの質の現状については日々の記録、報告等から評価・分析を行い、各会議で職員にフィードバックしています。管理者は現場にも入っているので、職員の意見は日常的に聞いています。「2021年度の私たちの実績を振り返って」においても福祉サービスの質に関する課題を把握し、職員が改善のための具体的な取組を主体的に考えることができる体制を整え、指導力を発揮しています。

【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>

管理者は効果的・効率的な事務、超過勤務の削減、費用対効果など分析し、事業所としての将来や経営資源の有効活用などを常に考えて運営を行っています。管理者は、本人の希望、人員配置等考慮し、組織体制作りを行っています。また、各会議で課題や改善に向けた方向性を示し、業務の効率化、記録時間の確保、休憩のとり方等働きやすい環境作りに取り組むことで組織内に同様の意識が形成されるようにしています。

## 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。

b

<コメント>

福祉人材の採用や人員配置の指針、計画については法人が策定し実施しています。非常勤職員の確保については法人に伝え、事業所裁量で採用しています。しかし、事業所の現状では、利用者の獲得とそれに合わせた収益の安定（収入と人件費）の適切なバランスが最優先のため、事業所の今後を見据えた必要な人材の確保には至っていません。

【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>

法人の基本方針や職員行動指針があり、期待する職員像を明確にしています。また、法人の人事規定があり、キャリアパスや異動、昇進などの人事基準を明確にし、職員の処遇改善の分析や評価を行っており、給与に反映しています。これまでは、年2回の職員面談のほか、クラウド型人事評価（パソコンソフトで目標設定・管理）を活用していましたが、今年度途中でクラウド型人事評価を中止しています。それに替わる人事評価の仕組み作りが望まれます。

(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>

管理者は職員の心身状況、事情、就業状況、意向を確認し、勤務調整をしています。全職員は法人が実施する年2回のストレスチェックを行い、希望すれば法人の「心の相談室」でカウンセラーによる面談を受けることができます。管理者は日々現場に入っているので、相談や話がしやすい環境があり、何か気がつけば随時面談の時間を作っています。その他、ワークライフバランス、家族や家庭の状況を考慮し、勤務時間やシフトに配慮しています。管理者は働きやすい環境作りに取り組んでいます。

(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>

社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士といった専門資格を持った職員が多くいますが、管理者は職員のさらなるキャリアアップのための資格取得を推奨しています。職員一人ひとりの業務に対する目標に対し、管理者と共有する場を設けています。しかし、今年度途中で法人のクラウド型人事評価が中止となり、それに替わる職員一人ひとりの目標管理の仕組み作りが望まれます。

【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>  
 法人の基本方針や職員行動指針があり、その中で「期待する職員像」を明確にしています。法人の研修部で内部研修の計画を作成し、見直しをしています。内部研修は、常勤職員のスキルに応じた階層別研修のほか、エリア主催、部会主催（生活介護部、就労支援部会等）、委員会主催（安全運転管理者委員会、人権委員会等）等があり、必要な職員が教育や研修を受けています。

【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>  
 職員の資格取得の把握をし、共有できるよう法人に申請をしています。法人内の階層別研修では事前、事後課題があり、経験に合わせた研修内容や振り返りが設定されています。希望する職員には国家資格に必要な外部研修受講も勧めています。非常勤職員は入職時や法人全体研修の機会を設けています。また、事業所職員のスキルに必要な送迎車両の運転に関して、管理者が指導者となり、事業所独自の講習をしています。

(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>  
 「相談援助実習・実習指導ガイドライン及び評価票」があり、実習生受け入れに関する基本姿勢やマニュアルとしています。実習生を受け入れた際は、指導者の資格を持っている管理者を中心に、ソーシャルワークとしての役割を担う福祉拠点として、次世代層へ学習する機会を提供するよう心がけています。積極的な受け入れがあり、社会福祉士を目指す実習生複数名を受け入れています。実習プログラムに関しては、学校側と打ち合わせや学校側の巡回があり、有効な実習となるよう配慮をしています。

### 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。	a

<コメント>  
 法人のホームページや法人を紹介する冊子があります。事業所の概要についてはホームページのほか、「障害福祉サービス等情報検索」などに掲載されており、情報公開しています。今年度初受審をした第三者評価は今後公表する予定です。利用者・家族等からの苦情・要望に関しても公表する体制があります。地域へ向けて、座間市のホームページでこども食堂の案内をしています。養護学校・支援学校には、卒業後の進路先として、事業所のさまざまなデータとともに説明会を実施し、事業所の役割を伝える場を設けています。

【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。	a
---	---

<コメント>  
 事業所における事務、経理、取引等に関するルール等については権限・責任が明確にされ、職員に周知されています。法人の企画セクションより定期的に内部監査が実施され、受けた指摘やアドバイスを適切な運営に生かしていこうとしています。法人において、外部の専門家による監査支援を実施し、監査支援等の結果などに基づき経営改善を行っています。

### 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。	a

<コメント>  
 運営規定の中で「地域との結びつきを重視し、市町村、他の障がい福祉サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする」と述べています。社会資源の利用や地域で催される情報等は「お便り」を通じて利用者に知らせています。また、社会貢献活動として「こども食堂」を毎月開催するなど、地域の人たちとの交流に努めています。

<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>

ボランティアの受け入れや学校教育への協力を行っています。ボランティアについては「ボランティアカード」を作成、氏名、住所などの他に得意分野について記載しています。受け入れ時の事前説明では、基本姿勢として法人作成の倫理行動マニュアルを使用しています。今後もボランティアの受け入れは積極的に図って行く方針にありますが、現在はまだ明文化されていません。今後に期待します。

(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>	b
---	---

<コメント>

事業所内にある計画相談支援事業所や座間市の障がい福祉課や生活援護課、社会福祉協議会地域包括支援センター、グループホームなどと連携を図って利用者支援を行っています。支援内容は事業所会議で話し合うなどして職員間で共有しています。利用者が地域に根ざした生活を行うためには、地域でのネットワーク化が更に必要と思われるため、今後は個々の利用者の状況に対応したリストや資料作りの作成を行っていく予定です。

(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>

事業所として座間市主催の「支援調整会議」に参加しています。「誰一人取り残されない地域社会」という座間市長の公約のもとに地域連携を図りながら、地域ニーズや生活課題の把握に努めています。生活困窮者の自立支援のため自立訓練事業に参加したり、事業所内のカフェでは毎月こども食堂を開催しています。地域コミュニティの場を提供することで、ニーズの発掘を心がけています。

<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>	b
--	---

<コメント>

利用者が社会と交流を図り、地域と触れ合いながら暮らすために、法で定められた社会福祉事業に留まらない地域貢献に関わる事業や活動を実施しています。例えば、社会福祉協議会と連携した「こども食堂」に利用者が参加して活動したり、地域から寄付された野菜の販売などを行っています。また、座間市の生活援護課からは「自立支援事業」についての相談も受けています。ただし、地域の防災対策については事業所の特性も考慮し、支援への取組は今後の課題になっています。

### 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>

利用者の人権を尊重し、その立場をよく理解して信頼関係を築くよう努力する、という法人の理念や基本方針に沿ってサービスの提供を行っています。職員は法人内の人権研修や事業所会議を通じて「倫理行動綱領」を確認しています。特に事業計画書の作成時には、理念、基本方針をまず記載してから、事業所としての方針や重点目標を設定しています。事業報告書は半年ごとに作成し、重点課題の結果などの評価を行っています。

<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>

利用者のプライバシー保護に関しては、法人の「倫理行動綱領」「倫理行動マニュアル」で述べられており、職員はプライバシーに配慮したサービスの提供を行っています。利用者は男女別々の更衣室で鍵のついたロッカーを使用しています。また、職員は利用者からの相談に対し、相談室や多目的室を利用し、他の利用者に知られないように対応しています。契約時には秘密保持について説明し、利用者及び家族からの同意を得ています。

(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>

理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性などを紹介した資料は事業所併設のカフェに置いており、いつでも手に取って見るができるようにしています。事業所のパンフレットでは建物、カフェ、本の写真やカラー地図、鳥のイラストを使用して分かりやすくレイアウトされています。また、法人ホームページには所在地や電話番号が記載してあり、利用希望者は確認することができます。問い合わせや見学には担当者に対応し、資料だけでなく口頭でも丁寧に説明しています。

【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>

サービス利用開始時には利用者、家族に契約書、重要事項説明書で丁寧に説明するように心がけています。同意にあたっては利用者の自己決定を尊重し、事業所としては1週間後に再度同意を得るようにしています。また、「指定生活介護事業」利用者への契約書に関しては漢字にルビを振り、内容を分かりやすく配慮するなど工夫しています。意思決定が困難な利用者への配慮については、家族からの同意は得ていますが、ルール化はされていません。

【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

<コメント>

他事業所への移行については著しい変更や不利益が生じないように、事前に本人も交えて関係機関との情報共有を図っています。カンファレンスではまず、本人の意思確認を行い、家族や計画相談事業所、グループホーム、市役所担当者が様々な角度から状況を判断し、検討した後最終決定を行っています。利用者が移行した後も関係機関との繋がりができるように、事業所としては担当者や窓口を設置し対応しています。

(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>

事業所では今年1月に「利用者アンケート」を実施しています。その際に「利用者にとって楽しいこと」を聞き取ったところ、「納品、本の引き取りに車で出かけること」が52%と多く、続いて「昼ご飯」、「自販機での買い物」、「作業・工賃」の順になっています。また、年2回の個別支援計画作成時には利用者、家族からの要望や意見を聞く機会を設けています。現在、利用者会、家族会は行っていないため、満足度の把握には利用者会、家族会の開催を検討していく必要があると考えています。

(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。

a

<コメント>

契約の際に「苦情解決」「苦情受付担当窓口」について、契約書及び重要事項説明書で利用者、家族に説明し、同意を得ています。事業所では苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の設置し、苦情解決に向けた体制を整備しています。玄関には苦情解決に関するポスターを掲示しています。苦情内容は法人に報告し、解決に至るまでのプロセスを知見として活かす体制づくりを行っています。

【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>

契約書、重要事項説明書のサービスの内容では「利用者及び家族が希望する生活や利用者の心身の状況を把握し、適切な相談、助言、支援を行います」と書かれており、契約時に利用者、家族に個別の相談について説明しています。事業所ではいつでも利用者、家族が見られるように玄関に関係書類などを掲示しています。利用者からの相談を受ける際には相談室を使用し、話しやすい環境作りに努めています。

【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。	a
---	---

<コメント>  
職員は利用者からの意見、相談が述べやすいように、定期的に面談を行うようにしています。利用者アンケートからも意向を把握しています。最近では昼食の弁当の変更に関する意見が多く寄せられています。事業所としてはできるだけ迅速に対応するよう努め、11月より弁当持参を可とすることになっています。相談対応に関するマニュアルは法人が作成しており、定期的な見直しもされています。

(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。	b

<コメント>  
リスクマネジメントに関する責任者は管理者になっています。法人では危機管理、リスクマネジメント委員会が設置され体制を整備しています。利用者が巻き込まれる事件や事故に関しては職員間で学習会を開催したり、各種ハラスメント対策を行っています。ただし、事業所では併設されたカフェでの火災など事故発生時の対策や事業所内に設置された書庫の地震対策が不十分な状況になっています。現在検討を行っているとのことで、対策が期待されます。

【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>  
法人は感染症委員会を設置し、感染症マニュアルを作成して管理体制を整備しています。「新型コロナウイルス防止対策」については協力医療機関の医師による講義があり、職員は参加しています。事業所では食事の提供も行っているため、特に衛生管理を徹底しています。朝、夕の清掃や消毒作業は利用者、職員で毎日行い、マスクの正しい付け方、手洗いの手順など周知しています。コロナ禍であり、常に新しい情報を収集するためにマニュアルの見直しを行っています。

【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。	b
--	---

<コメント>  
消防署より災害時には利用者の安全確保のため、利用中には避難するより、事業所内で留まるように言われており、職員間で周知しています。法人の安否確認システムが職員に関しては確立していますが、利用者についてはまだ確立できていません。防災訓練は8月に実施していますが、自治会などへの周知が十分とは言えない状況です。備蓄リストの作成はできていません。消防署より事業所内の書庫の耐震性が不十分との指摘もあり、今後の改善に期待します。

## 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。	c

<コメント>  
福祉サービスの標準的な実施方法に関しては、法人で「倫理綱領」「倫理行動マニュアル」を作成し、利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護に関わる姿勢を明記しています。事業所では現在、標準的な支援についての文章、実施方法、検証、見直しに関して職員間で取り決めができていません。今後事業所会議などで、標準的な実施方法での支援について話し合う必要があると考えています。

【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。	c
---	---

<コメント>  
標準的な支援について、現在のところ文章化はされておらず、実施方法や、検証、見直しについても今後の課題となっています。利用者個々の福祉サービスの提供に関しては個別支援計画に基づいて支援しています。サービス提供を行う上で職員誰もが実施する事項を共有化するための標準的な実施方法の文書化と、検証、見直しの仕組みづくりが期待されます。

(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>

サービス管理責任者は契約時に利用者の健康状態、生活歴などを利用者、家族から聞き取り、「生活に関するアセスメント表」「健康・医療ケアに関するアセスメント表」に記録しています。「生活アセスメント表」には日常生活動作や社会生活における意思疎通、問題行動などの項目があります。また、「健康・医療アセスメント表」では既往歴、主治医、服薬情報の項目があります。この2種類のアセスメント表をもとに利用者、家族の意向や希望を聞き取り、職員の意見も取り入れて個別支援計画を作成しています。

【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。

b

<コメント>

個別支援計画は半年ごと定期的に見直しています。現在は利用者の入所時期により別々に半年ごとの見直しを行っていましたが、今後は全員が4月と9月に行うように変更する予定です。事前に利用者、家族から意向や希望を聞き取り、主治医、看護師などを含む関係機関の意見を参考に、職員と話し合っ個別支援計画の見直しをしています。また、体調変化などによる急な計画の変更の対応はできており、職員間で共有しています。支援計画作成マニュアルは作成されておらず課題になっています。

(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。

a

<コメント>

職員全員が就業時間内に法人の記録ソフトにその日の利用者一人ひとりの身体状況、生活状況の情報を入力しています。職員はパソコンを開くことでいつでも情報が共有でき、必要時には提供しているサービスが個別支援計画に基づいているかを確認したり、また、支援計画の見直し時にも日々の記録を活かしています。記録方法については全員が担当部署から指導を受けており、書き方に差異が出ないようにしています。

【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>

法人は個人情報保護規程を定めており、個人情報の管理、利用及び提供、開示、利用目的など詳細に記載し、不正な利用や漏洩対策、対応方法を規定しています。記録管理の責任者は管理者で、職員には個人情報保護規程についての研修を実施し、理解と共に遵守することを周知しています。利用者に関する記録及び情報は契約終了後5年間保存しています。利用者の個人ファイルは施錠された書庫に保管しています。また、契約時には利用者、家族に個人情報保護について説明し同意を得ています。