

第三者評価結果

事業所名：障がい者支援施設みずさわ

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

I-1-(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

<コメント>

・理念、基本方針についてはHPなどの広報媒体へ記載しており、誰が見ても理解できるように工夫されている。また、各種研修等を通して職員へ周知を行ったり、定期的に提示している。
 ・法人として、理念及び、基本運営方針に当たる「歩・実・心（あゆみのこころ）」というハンドブックを職員に渡し、新任職員研修ではみずさわとして支援をおこなっていく上での倫理要綱として理解を進めている。利用者の特性上基本運営方針を直接伝えることはないが、利用契約時に倫理をもとに家族へ説明している。

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している

【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

<コメント>

・「市民パートナーシップ」という手法を用いて整備開始当初から地域との意見交換を重ねている。平成11年のニーズ調査に始まり、平成12年には検討委員会を立ち上げ、「民設民営」としての施設整備方針を打ち出し設立に至った経緯があり、地域とのさまざまな情報の把握分析を行っている。
 ・県や市の情報や各団体からの発行物、及び会議等に参加することで情報の把握に取り組んでいる。また、地域の福祉関係者が集まる連絡会「ゆ〜ず連絡会」へ参加しており、地域交流も図っている。

【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

<コメント>

・ホームページでは「キャンパスが今抱えている課題」を公表しており、具体的な取り組みを進めている。今後、課題に対する取り組みの進捗などについても公表することが期待される。
 ・主任者会議では様々な経営課題について経営層、一般職を問わず問題意識を持ち話し合い、必要なことは課題として取り上げ検討を進めるように取り組んでいる。また、必要に応じて解決のためのプロジェクトチームを作り、経営層もプロジェクトに参画して対応する仕組みになっている。

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている

【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

<コメント>

・事業計画により年間計画を整備し、内容は必要に応じ見直しを行っている。また、各部署や個人についても定期的に目標設定・評価を行うことで、達成への筋道を立てている。行政との関わりが大きいことから、法人での中長期計画は策定していない。大規模改修など、日中活動の見直しに取り組むことを長いスパンで進めている事柄はあるが、計画として作成されていない。

【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></p> <p>・前述の通り中長期計画は策定されていないので、中長期計画を踏まえた事業計画の作成には至っていない。毎年度事業計画を更新する際、多職種で意見を出し合い見直しを行っており、その事業計画については多職種で共有している。</p> <p>・事業計画では事業所としての方向性が示されており具体的な計画となっていることから、計画と報告の連続性についての考慮が期待される。</p>	

I-3-(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
<p><コメント></p> <p>・毎年度事業計画を策定し、主任者会議などで配布・周知を行っており、その作成においては多職種で協議を行っている。経営層において年度末に振り返り事業計画の見直しと策定を行っており、職員の参画や意見の集約は主任会議から経営層に集約される仕組みとなっている。</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	b
<p><コメント></p> <p>・保護者会などを通じて参加の利用者家族に伝えるようにしているが、利用者平均年齢が47歳となっており、それに準じ家族の高齢化により、利用者家族が集まる機会をも持ちにくい状況であることを課題としている。利用者に対しては特性上、事業計画等について伝えることは難しい部分が多いため、利用者が疑問に思ったことについて個別に説明するなど利用者特性に合わせて必要に応じた説明を行うようにしている。</p>	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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

【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>・事業計画では「常にサービス向上へと向かう組織体制作り」を明示し、体制の整備、主任・リーダー等の役割を明確化による組織力強化、内外の研修への積極的参加が示されている。成果を客観的な意見として受け入れるため、サービス自己評価とともに第三者評価を受けることも示され、PDCAサイクルにもとづく質の向上を目指している。また、定期的（前回H28年）に第三者評価を受審し、結果を公表している。受審の際には多職種で協働して取り組んでおり、結果を会議の場で報告し、内容の分析・検討を行っている。</p>	
【9】 I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
<p><コメント></p> <p>・主任者会議などを通じ課題の共有や見直しを行っている。第三者評価結果報告書を職員に回覧し、「できているところ」をより明確にしてポジティブな視点から職員のモチベーションの向上につなげられるように取り組むことにしている。また、「できていない」ところについても検討し、改善を進められるように取り組み、さらなる質の向上を目指している。</p>	

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

Ⅱ-1-(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>

・組織図を作成し、組織としての管理者の立ち位置を明確にすることでその責任について表明している。また、主任者会議などで事業所の進めていきたい方向性をし、面談を通して各職員と個別に話し合うなど、管理者としてリーダーシップを発揮している。事業計画書では主任・リーダー等の役割を明確にして組織力の強化を図ることが、明示されている。

【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>

・川崎市の障害者施設事業協会施設長会議等、各種団体や行政との会議に参加し、遵守すべき法令等について情報収集を行っており、主任者会議等を通じて職員に伝え周知を行っている。「歩・実・心（あゆみのこころ）」のハンドブックを全職員が携行しており、新任職員研修ではハンドブックに示された内容について説明が行われている。「みずさわ」として支援をおこなっていく上での倫理要綱として理解を進めている。

Ⅱ-1-(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>

・職員アンケートを年に1回実施し、アンケートの工夫によって職員の自省を促せるような仕組みづくりを進めている。「にやりほっと」なども実施しており、ポジティブなアプローチを通して福祉サービスの質の向上を目指している。また、意見箱の設置をしており、投函された意見については主任者会議等を通じて共有し検討を行っている。意見箱はトイレ前に設置されており、認識しやすい場所であるとともに人目を気にせず利用できるように配慮されている。

【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>

・定期的な目標設定及び面談を行ったり、主任者会議等の場で各職員と向き合い、職員の働きやすい環境整備に努めている。法人共通の人事考課に基づいて個人の目標に向けて、事業所の目標、セクションの目標をもとにした個人の目標を設定している。組織内の経営改善や業務の実効性に結びついた意識合意形成を進めることで、組織の目標と個人の目標を一致させ、組織内の意識形成が得られるようにしている。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

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

【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>

・法人が中心となって計画的に職員採用を行っており、中途、専門職はみずさわで行うことになっており、必要時や定期的な部署間異動を行っている。
人材紹介会社、ホームページ、折込、フリーペーパー、採用情報ページなどのさまざまな媒体を利用し人員確保に力を入れている。職員の育成・本人や他職員のモチベーションを考え、プロパー職員を前提に採用を行っている。さらに、加算算定をもとに健全な運営体制を進めている。

【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>

・「歩・実・心（あゆみのこころ）」の中では、職員に期待する倫理観が示されており、職員の目指すべき方向となっている。キャリアパス制度はないが、11月には法人全体で全職員に対して人事希望聴取を行っている、法人内においては全ての事業所へ異動希望を出すことが可能となっており、法人が抱えるさまざまなサービス、職種へのチャレンジも可能になっている。現在法人では働き方改革に対するプロジェクトが進められており、職員の選択肢がさらに広がる取り組みが計画されている。

II-2-(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り組んでいる

a

<コメント>

・定期的な職員との面談や、年1回以上の健康診断の機会提供、各種福利厚生を活用を行っている。数年前より、残業を明確にすることを法人として進めており、勤怠管理のシステム上でも管理されている。事業所内でも残業状況の管理を行っているが、状況に応じて法人より適切な勤務状況になるようコミットする体制をとっている。また、経営層は職員に対してポジティブなアプローチを心がけており、職員のモチベーションの尊重したマネジメント姿勢が感じられる。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている

【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>

・職員の目標設定面談は、リーダーや管理職によって年2回、面談時間は10～15分程度を目安に実施されている。目標設定シートでは、施設全体の目標、部署の目標が示されており、組織の目標達成のための個人別目標と達成のための具体的な行動をスケジュールとともに記すフォームになっている。目標設定シートの確認については、定期的にリーダーや管理職によって行われ、自己総括、評価者記入がなされている。さらに経営層、リーダー層にも個人目標及び達成状況についても共有される仕組みとなっている。

【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>

・毎年度研修計画を立てて研修を行っており、資格取得等についても計画を立てて推進している。ホームページではキャンパス内研修（夜間急変時研修、手話教室、介護事故予防勉強会、認知症アドバイザー養成講座伝達研修、など、令和2年度実績 8,699名）、法人内研修（年次別研修、職種別研修、担当別研修、キャリアアップ研修）、外部研修と整理され研修の実施を行っている。また、資格取得計画では令和3年度以降の人員配置、加算要件を満たすため、相談員及び支援員等を計画的に資格取得研修又は試験を受講している。

【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>

・新任職員に対し、一人一冊のマニュアルの配布とそれを活用した研修を行っている。また、資格取得計画が示され、障害者相談支援従事者、サービス管理責任者、強度行動障害支援者養成、社会福祉士・介護福祉士などについて、受講対象者、受講修了者、資格保有者に分類し管理把握をしている。研修参加に合わせて、シフトを柔軟に対応しており承認された研修は勤務扱いとしている。法人主導で施設長の推薦により、大学院への進学についても学費や時間の調整を行う仕組みも整えられており、法人として職員の育成に力を入れて取り組んでいる。

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		第三者評価結果
【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> ・コロナ禍においても、実習生のワクチン接種や、体調管理の上、福祉人材の育成を鑑み積極的な受け入れを行っており、今年度は15名程度の受け入れ実績がある。実習生は主に保育士志望者の施設実習として受け入れているため、多様な障害者とのふれあいを通して理解を進められるようにプログラムを用意しており、専門職種の特性に配慮した内容とはなっていない。受け入れ中は学校との連携を行いながら進めるようにしている。		

II-3 運営の透明性の確保

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

【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> ・ホームページなどを活用し各種取り組み内容について公表しており、「キャンパスが今抱えている課題」として力を入れて取り組んでいることを表明している。前回の第三者評価受審結果のリンクもあり、運営の透明性が確保されている。さらに、ホームページには一般事業主行動計画として、女性活躍推進法、次世代育成支援対策推進法への対応の計画が示されており、法人としての方向性が示されている。		
【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> ・ホームページには社会福祉法人三篠会役員及び評議員の報酬並びに費用弁償に関する規程などを公表している。また、定期的に公認会計士による財務監査などを行っており、法人全体で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。		

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている

【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> ・施設が地域に根差すよう近隣社会に対する貢献として、「地域社会と施設の相互の連携・交流を活発に行い、地元地域に密着したネットワークを築く」「地域社会と住民にとって必要な時に必要な存在となるよう施設機能の社会化を図る」と掲げ、各種行事に地域住民が気楽に参加できるような雰囲気作りに努めている。コロナ禍においても対策を取ったうえで、可能な範囲で地域の連絡会や施設利用の開放、施設の行事への招待を継続し、利用者が地域へ買い物に行く機会も設けるなど地域との交流に力を入れ取り組んでいる。		
【24】	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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> ・お祭り等行事においては近隣から手伝いの協力をお願いするなどボランティア受け入れを行ってきたが、コロナ禍のためボランティア活動は控えている。ボランティア受け入れに関する規定は定められているが、実務的ではなくなっていることを受け、コロナ後の新しい生活様式に基づく規定への改定を検討している。		

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている		第三者評価結果
【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	b
<コメント> ・川崎市障害福祉施設事業協会、ゆ〜ず連絡会などの会議に参加し、関係機関と連携し問題への対応を行っている。主任者会議では各関係機関、団体との連絡会で収集した情報について、必要な課題を共有し検討を進め対応できる仕組みとなっている。		

Ⅱ-4-(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 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
<コメント> ・福祉施設事業所による委員会や、近隣地域の団体・自治会等と交流を図り、ニーズの把握を行っている。ゆ〜ず連絡会では、小学校区を中心とした近隣7福祉事業所によって連携し地域の福祉課題の把握に取り組んでいる。把握した福祉課題は職員にも共有され、施設の周りの環境整備など事業所単独で可能なことについては逐次取り組みを進めている。		
【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> ・近隣の自治会や他事業所と連携し、地域コミュニティの活性化に取り組んでおり、地域で事故があった際には自治会長からの要請を受け避難所として受け入れを行った事例もある。防災協定を結び、二次避難所にもなっており、相互協力体制を築いている。また、近隣小学校の通学路になっていることから、事業所の植栽を伐採し歩道を拡幅して子どもたちの通学の便宜を図るなどの改善にも努めている。		

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

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている

【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	a
------	---	---

<コメント>

- ・職員研修において、利用者の尊重や基本的人権について周知を行っている。また、職員一人一人が考える機会を設けられるように内容を更新しながら研修を行っている。
- ・ホームページの事業所の課題では呼称について示し、事業所として利用者の尊重について重視した取り組みを進めている。市への苦情通報などについても真摯に受け止め、対応策を自分達の取り組みとして実行し、みずさわ全体のさらなる向上にむけて取り組んでいる。

【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が行われている	b
------	--	---

<コメント>

- ・職員研修においてプライバシーの保護について周知を行っている。新任研修では、利用者の個人情報の秘密保持について、秘密事項誓約書を用いて職員の漏洩に対する誓約を請けている。
- ・プライバシーに関するマニュアルという形式でなく、職員行動規範に示されているほか、各マニュアルの中にプライバシー保護について触れており、利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスに努めている。

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 第三者評価結果

【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>

- ・通常は日曜日を除く随時見学会を行っており、見学や相談などに来た利用希望者や家族にパンフレットを渡し説明を行っている。また、川崎市の冊子の中にも情報提供を行っており概要を確認することができる。コロナ禍においては入所スペースの見学は実施していないが、パンフレット等を用いて説明を行うようにしている。総合支援法に基づいて、利用を希望する場合には施設ではなく市に申し込みを行うことが定められている。

【31】	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり保護者等にわかりやすく説明している	b
------	---	---

<コメント>

- ・サービス開始にあたっては、指定障がい者支援施設 みずさわ 利用契約書に基づいて本人・家族に説明しており、サービスの開始及び変更時等には、書面による同意を得て事務室内に保管している。
- ・利用契約書については、今後、漢字にはルビを振ったり、イラストでの説明をしたりなど、利用者にとってよりわかりやすい工夫をしていくことを検討課題としている。

【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>

- ・地域移行の際は、相談支援事業所（支援センター）が個人情報の管理を行うこととなるため、その範囲内で利用者には不利益が無くスムーズな移行を進められるように、情報の共有を行っている。
- ・継続性への配慮としては特別に窓口を設置していないが、福祉サービスの利用が終了した後も、利用者や家族等が相談できるように伝えており対応をしている。また、移行先から問い合わせがあった場合には、その都度対応できる体制としている。

Ⅲ-1-(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
<p><コメント></p> <p>・利用者や利用者家族からの意見や苦情に対しては、該当する部署で共有した後に対応策を検討、実行し改善を進めている。職員全体に対しては意見・苦情の共有だけでなく、どのような対応を行ったか、それによる効果等についても共有し全体の仕組みづくりにつなげている。利用者に対しては、年に一度の実践発表会や法人のチャレンジレポートなどに取り組むことで満足度の上昇を図っている。</p>	

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

第三者評価結果

【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
<p><コメント></p> <p>・苦情解決の仕組みは重要事項説明書に記載し、事業所内に掲示も行い周知に努めている。障害福祉施設事業協会の第三者委員会や、川崎市への苦情を申し立てを行うことが出来るようになど、意見や苦情をさまざまなルートから受けられるようにしている。ご意見箱はトイレ前に設置することで、わかりやすい場所でありながら人目気にせず意見を入れることができるよう配慮している。</p>	

【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
<p><コメント></p> <p>・重要事項説明書には「要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口」が明記されており、事業所において苦情担当を設置し明示している。事業所以外の窓口として川崎市や宮前区などに対しても、利用者及び利用者家族が相談や苦情等を伝えやすい環境を整えることを第一に考え、思いに寄り添った対応に努めている。コロナ禍のため、利用者家族と職員との関係性が脆弱になっていることを認識しており、環境整備については継続し検討している。</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	a
<p><コメント></p> <p>・利用者及び家族からの相談、意見については必ず記録し、その対応についても記録を残している。また、市の第三者委員に相談・苦情の状況について毎月報告する仕組みになっている。利用者及び利用者家族が話しやすいように、常に意識した対応に努めており相談や意見については組織的かつ迅速に対応できるように取り組んでいる。</p>	

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

【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
<p><コメント></p> <p>・重要事項説明書に非常災害時の対策、設備、訓練について明記し説明している。事業所ではリスクマネジメント委員会を設置し、定期的に会議を行いマニュアル等の見直しや各研修を実施しリスクマネジメントに取り組んでいる。事故分析については委員会内でも行い、各部署の事故内容の改善策や再発防止策を検討し、他部署にも共有して周知徹底に努めている。ヒヤリハット、事故対応はリアルタイムで行い、その内容は経過とともに事故報告書に記述される。</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	a
<p><コメント></p> <p>・感染症マニュアルを作成し、定期的に会議を行い内容の確認と研修を実施し職員への周知徹底を図っている。コロナ禍においては感染症マニュアルについて見直しを行い、従来の感染症マニュアルには記載のないグリーンゾーンなどの対応も行っている。また、感染症流行前のタイミングで研修を実施し、内容の再確認を行い実践対応にむけて意識を高めている。</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	a
<コメント> ・食料品の備蓄物等については100~120名×3日分を管理している。さらに、二次避難所としての適切な備蓄についても検討している。災害時の対策として、BCPの策定を行っている最中であり、地域の各団体とも連携をとれるよう体制作りを考えている。3自治会との防災協定を結んでおり、避難訓練に参加してもらい意見交換を行うなど協力体制の確保に努めている。	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(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	a

<コメント> ・業務マニュアルは入職時に職員一人ひとりに配布し、入職後に研修として説明する場を設けて周知を図り、標準化した業務が推進できるようにしている。事業所では様々な心身状況の利用者に対して、幅広い支援を提供しなければならない状況を踏まえ、会議体などを通じて日頃より理解を深めるように取り組んでいる。法人として個人情報の取り扱いに関する規定を設け、契約時に同意の署名・押印をもらっている。また、排泄介助や更衣介助時には同性介助を原則として、プライバシーへの配慮に努め、利用者が安心して生活できるようにしている。	
--	--

【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> ・マニュアルは日常的に常備し活用するとともに、定期的なタイミングでの見直しに取り組んでいる。利用者の状態は千差万別であり、必ずしもマニュアル通りにいかないこともあることを常に意識した上で、マニュアルを活用することを心がけている。また、利用者ごとに担当職員を割り当てることで、職員や利用者からの意見が反映されやすい体制を整えている。それらの担当職員を中心に各活動についての改善案を練り、さらに職員全体の意見を聞いて改善に力を入れている。個別支援計画の内容も踏まえ、定期的な見直しに取り組んでいる。	
---	--

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	
【42】 Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施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行政から提供された情報に加え、実調によって自ら収集した情報をもとにアセスメントシートを作成している。アセスメントシートは全利用者を対象に、半年ごとに実施しているモニタリングの際に変更がないかの確認を行っている。また、アセスメントシートをもとに、サービス管理責任者、相談員、支援員、部署のリーダー職員などが出席する個別支援計画会議において個別支援計画書の作成や見直しにつなげている。内容によっては、外部関係者にも参加してもらい、より適切な支援が提供できるような協議に取り組んでいる。	
---	--

【43】 Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている	a
--	---

<コメント> ・手順に沿ってアセスメント、支援計画作成、中間評価、年度末評価を行っており、個別面談によって利用者・家族・後見人などの意向を聴き取り、計画・支援に反映する仕組みが整っている。個別面談では、心身状況に沿ったコミュニケーション手段を取り入れながら、改めて向き合い、利用者をはじめ関係者の意向や要望を聞き取る大切な機会として位置付けている。また、支援計画の目標・支援内容に沿った支援が提供されているかについて、毎日記録をするようになっており、記録を追うと推移がわかるようにしている。	
--	--

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている

第三者評価結果

【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>

・計画や記録は個別にファイルし、職員誰でもが見れるようになっている。支援計画は職員全員への周知を図り、客観的に評価できる部分については、評価シートに記載して共有できるようにしている。ケース記録は、同じ職員に偏ることのないようにすると共に、記載時には他職員からの情報も得て、多くの視点から利用者を捉えられるようにしている。日々の朝礼や夕刻の申し送り（入所）を実施し、突発の事態や体調等必要な情報が速やかに共有できるようにしている。また、その様子を業務日誌へ記載し振り返りや確認ができるようにしている。

【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>

・個別支援計画には個々の支援内容を分かりやすく揭示しており、計画書に沿った支援が提供できるようにしている。計画書やケース記録は利用者個人のケースファイルに加え、パソコンのハードディスク内に保存し職員全体で共有できるようにしている。法人として情報管理に関する規定を定め、新人研修などを通じて規程集を説明し周知を図っている。保管場所を定め、過去の記録を年度ごとにまとめ保管するとともに、PCについてはアクセス権限の制限や、パスワードの設定によってセキュリティ体制を強化している。