

### 第三者評価結果

事業所名：つきみ野かりん

#### 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;</p> <p>法人の理念と基本方針はホームページや「職員ハンドブック」、法人が毎年発行する事業所を紹介する冊子に掲載されています。職員へは新人研修で周知しています。2つの理念と11の基本方針は職員の行動規範となるよう具体的な内容になっています。職員会議で管理者から職員へ説明することがありますが、今後は継続的に周知を図り、利用者や家族には「つきみ野かりん通信」などで周知する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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月法人の管理者会議で理事長から社会福祉事業全体の動向について説明があり、文書が配布されています。大和市のホームページで地域の人口や要介護者、通所介護事業所などの情報収集をしていますが、地域の福祉計画の把握や分析まではしていません。他事業所から郵送されてくる文書などからも情報収集しています。毎月法人本部に提出する月次試算表で活動費や人件費などのコスト分析を行っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は今年度から就任し、今まで事業所の課題であった職員の配置バランスが悪いことや職員の動きの能率などの分析を行いました。その結果職員のポジションを固定せず、流動的に動けるようにして、効率化を図りました。職員へは地域が担う課題を伝えています。管理者会議などで経営課題について話し合っています。運動機能向上を図る専門性をアピールして経営課題に取り組んでいます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画は法人がマスタープラン委員会を立ち上げています。現在のビジョンを文書化し、計画書として策定しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画には、今年度の重点目標と重点課題を3項目ずつ定めています。内容は実施可能なものになっていますが、中期計画との関係が明確ではありません。計画には業務、活動日数、タイムスケジュール、研修、会議、地域貢献・社会貢献など具体的に記載されています。また半日型通所介護と一日型通所介護の利用者人数の数値目標が具体的に示されていて評価が行える内容になっています。</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。		b
<コメント> 事業計画は毎年管理者が作成しています。作成前に全職員から実施したいことなどのヒヤリングを行っています。ヒヤリングの内容を盛り込んで、事業計画を作成しています。職員会議で職員へ事業計画の内容を周知しています。毎日夕方に行っているミーティングでも必要時伝えていきます。年度末には事業計画の実施状況を事業報告書で報告しています。今後は中間評価など時期を定め、評価を行う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> 利用者には通所している時に管理者から、今年度のプログラムの計画など分かりやすく事業計画の一部を説明しています。家族には周知していませんので、今後は利用者や家族に事業計画の内容を分かりやすく周知することが望まれます。		

#### 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。		b
<コメント> 今年度から理学療法士（管理者）が常勤になり、機能訓練プログラムを充実させることでサービスの質の向上に取り組んでいます。日常生活の改善に向けて、浴槽の跨ぎを安全にできるよう、股関節のストレッチを繰り返し行いました。評価は片足立ちして、効果が出ているかを見ています。利用者に個別訓練加算の説明もしています。今回第三者評価を受審していますが、評価・分析までには至っていません。		
【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> 今回の第三者評価の分析はまだできませんが、事業所として3名いるドライバーを1名減らし、安全運転できるように職員のスケジュール表を作成し、支援に入っています。プログラムの時間を調整するなど、効率よく安全運転が出来るようにしました。評価を行った結果今迄よりスケジュール管理をしっかり行うことで、安全で効率よく送迎運転ができています。		

## 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> 管理者は運営の方向性を決めて職員へ周知しています。管理者は「つきみ野かりん通信」を編集し、プログラムや職員の紹介、管理者の役割や責任などを記載し、利用や家族へ周知しています。法人の管理者会議で「管理者・グループ長が行う事項」の文書が配布され、職員へも周知しています。「緊急時対応フロー」に管理者とグループ長の電話番号が書かれ、不在時はグループ長に連絡することになっています。		

<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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 「法令遵守マニュアル」「倫理行動綱領」「倫理行動マニュアル」が整備されています。管理者は法人の倫理行動綱領研修を受講し、遵守すべき法令を理解しています。各種規定集はファイルされ、事務所に保管し、いつでも確認できるようになっています。職員に対して交通ルールや法令遵守、利用者の権利擁護などについて指導しています。</p>	
<p>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 管理者は職員の意見を取り入れて運動のメニューを作成しています。半年ごとに運動メニューが正しく出来ているかや効果を検証し、メニューの見直しを行っています。訓練室のボードに個別メニューを貼って、職員が誰でも支援できるように情報共有しています。運動メニューについての研修は管理者が講師になり、指導しています。</p>	
<p>【13】 II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 今年4月から職員の働き方を効率よくするために、今まで固定していた職員のポジションを、流動的に動けるようにしました。その結果職員の負担が偏らずに平等になり、効率よく働けるようになりました。管理者は人件費を考慮し人員の変更を行いました。また雑費や購入物品なども検討して削減した補正予算にしましたが、組織内に同様の意識を形成するまでには至っていません。</p>	

## 2 福祉人材の確保・育成

<p>(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。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 法人人事部で必要な福祉人材確保や育成に関する方針を確立しています。常勤職員の採用は法人人事部で行い、事業所では必要な人材を依頼しています。非常勤職員の採用は法人で募集し、一次面接は管理者が、二次面接はグループ長が行い、採用申請を上げて決定しています。通所事業所としての必要な人員は満たしつつ、今後加算を申請するための看護師や理学療法士の人材を整えています。</p>	
<p>【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 「職員ハンドブック」に期待する人材像が13項目明示されています。職員へは新人研修で配布し、周知しています。採用・配置・移動・昇進などの人事基準は「就業規則」に明示され、規定集のファイルに綴じてあり、職員が閲覧できるようになっています。常勤職員は人事考課制度があり、「あしたのクラウド」ツールで人事考課を行っています。行動評価項目に目標設定をし、年2回面談により自己評価と上司の評価を行い、評価結果は法人本部へ提出して処遇改善などに反映しています。キャリアパスなどが職員へ十分周知されていません。</p>	

(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。

b

<コメント>

毎年10月に職員の意向調査を実施し、異動、退職、勤務状況など意向の把握を行い、法人本部へ提出しています。必要時面談を行って、希望を聞いていますが、総合的な福利厚生には至っていません。「シフト希望表」を事務室内に貼りだし、職員は有給などの休みの希望を書き込み、それを基に管理者が勤務表を作成しています。職員自己評価でも、個々の希望や意見を反映したシフト作成が評価されています。食事を含めて休憩時間は1時間とれるように配慮しています。法人では、職員が法人の臨床心理士や保健師に心身面での相談ができる体制を整えています。

(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>

法人が期待する人材像13項目が「職員ハンドブック」に明示され、新人研修時に周知しています。常勤職員に対しては「あしたのクラウド」で職員一人ひとりの目標管理を行っています。目標項目ごとにレベル1~4迄の水準で目標設定しています。目標設定時に管理者と面談を行い、年度末には自己評価と管理者の評価を行い、面談で達成度などの確認をしています。今後は中間でも面談を行い、進捗状況の確認を行う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>

「職員ハンドブック」に期待する人材像が明示され、事業所毎の必要な職種や専門資格一覧などが掲載されています。新人研修時に職員へ配布しています。研修計画は毎年法人が作成し、全体研修、入職1年目~7年目の階層別研修、専門技能基礎研修、職員交流研修、新人職員研修などがあります。該当する研修に常勤・非常勤職員が参加しています。本部の研修委員会で定期的に研修内容の評価や見直しを行っています。

【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>

管理者は職員の知識、技術水準や資格取得状況を把握し、介護福祉士などの資格取得の費用援助をし、取得時は時給にも反映しています。車から車いすへの移乗介助方法や運動マシンでの指導方法などはOJTを行っています。新人職員へは仕事を習得する迄ベテラン職員がOJTを実施しています。感染症対策研修や看護師対象のズーム研修など外部研修の情報提供をしています。法人研修の他、外部研修への参加を促し、研修に参加できるように勤務調整をしています。

(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。

c

<コメント>

実習生の受け入れはしていません。

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人ホームページに理念、使命、事業計画、法人報告書、予算書、決算書、社会貢献活動などを公表しています。苦情受付担当者や苦情解決責任者の写真と名前を載せた苦情解決体制について事業所入口に掲示をしています。法人のパンフレットには事業所の紹介と理念と基本方針を明示しています。年2回発行している法人の機関紙「レジオンヴィヴィ」に法人の事業・活動を紹介し、年度事業決算報告書を掲載し、法人のパンフレットと共に地域へ配布して情報提供しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の規定集の就業規則や経理規定、職務権限規程に事務、経理、取引等に関する職務分掌・権限などが明示され事務室に保管しており、職員は必要時確認しています。事業所では外部に委託して監査を定期的に受けています。本部経理部の職員1名も同席し確認しています。報告書の指導項目に基づき経営改善を行っています。</p>	

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自治会へ加入し、回覧板などで地域の情報を把握し、お祭りには利用者と職員が参加しています。地域とのかかわりについての基本的な考え方が文書化されていません。地域のボランティア活動や演奏会、体操教室などの情報を機能訓練室の机に置いて、利用者に見てもらっています。地域の人々を対象に理学療法士による身体を動かす運動講座を日曜日に開催していましたが、現在はコロナ禍で中止しています。年末、年始は地域の弁当屋に弁当を依頼したり、七夕の笹を近隣の家にもらいに行ったり、地域との連携を築いています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎週囲碁のボランティアが来所し、利用者と一緒に囲碁をしてもらっていますが、コロナの緊急事態宣言中は中止しています。同法人の就労支援事業所から1名就労支援実習生として受け入れ、食器洗い、トイレ、浴室の掃除などをしてもらっています。受け入れにあたっての職員への指導は行っていますが、ボランティア受け入れのマニュアルは作成されていません。今後、学校教育への協力にも取り組まれることが期待されます。</p>	
(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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「大和市介護保険サービス提供事業所一覧」をもとに居宅介護事業所や施設サービス事業所、地域密着型事業所、市役所各課、大和市立病院、社会福祉協議会など関係機関を整備し活用しています。利用者のアセスメント表にはかかりつけ医療機関や関係機関の連絡先などを記載して連絡できる体制になっています。3ヶ月に1回、大和市介護保険事業所連絡会に参加し、中央林間地域包括支援センターや居宅介護支援センター、他通所介護事業所などと連携をとっていますが協働しての取組までは行っていません。</p>	

(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> 大和市介護保険事業所連絡会に定期的に参加し、地域のニーズなどの情報把握に努めています。地域包括支援センターや居宅介護事業所に事業所のパンフレットや「体操教室」のチラシなどを置かせてもらい、体操教室などで地域包括支援センターなどと協力できることを提案しています。		
【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。		b
<コメント> 毎月1回日曜日に自治会など地域住民を対象に理学療法士による「体操教室」を開催し、健康啓発活動を行っています。事業計画に載せ、事業所のマシン利用など施設開放し、地域貢献・地域交流の機会となっておりますが、今年度はコロナ禍の為中止しています。事業所がAEDを設置しており、地域住民も利用できることを自治会で周知しています。今後は防災や災害時に地域住民と連携できるような取組が望まれます。		

### 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

(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。		a
<コメント> 法人で「職員倫理行動綱領」「職の倫理行動マニュアル」を作成し、利用者支援で人間としての尊厳の遵守が必要なことが明示されています。職員へは入職時に配布し、周知しています。利用者満足度のアンケートを実施した結果、「事業所の雰囲気」「職員の対応」への高い評価が得られています。法人の虐待防止委員会が主催で年1回「虐待防止研修」を実施しています。今後、職員の虐待に関するセルフチェックを実施し、更に意識を高めていく予定です。		
【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> 「職員倫理行動マニュアル」に利用者のプライバシー保護に配慮した支援について記載があり、職員へ周知しています。利用者の個人情報や人前で話さないなどプライバシーに配慮した支援を行っています。プライバシー保護に関する規定が整備され、利用契約時に、写真を掲載するなどの肖像権に関する同意を得ています。職員自己評価でも、「利用者のプライバシー保護に配慮した支援を行っている」に90%以上が「そう思う」と回答しています。		
(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。		a
<コメント> 事業所のパンフレットは今年度新しく変更して、事業所の特色を分かりやすく説明し、プログラムは写真で体操やマシンプログラム、レクリエーションなどを紹介しています。居宅介護支援事業所や訪問マッサージなどと共有し、意見をもらい作成しました。利用希望者の見学は、希望日に1時間位、管理者が対応し、事業所の説明をしています。一日の体験利用は家族の同意を得て身体の状態を考慮して行っています。		
【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。		a
<コメント> 利用開始時には管理者が自宅を訪問して、利用契約書と重要事項説明書の内容を説明し、利用者の同意と署名・捺印をもらっています。初回訪問時は担当者会議に合わせてアセスメントも行っています。利用者が認知症や難聴の場合は、分かりやすい言葉で説明したり、大きな声で話したり、状態に合わせて対応しています。利用者の意思決定が困難な場合は家族や後見人から代理人欄に署名をもらっています。		

<p>Ⅲ-1-(2)-③ 【32】 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。</p>	b
---	---

<コメント>  
サービス内容が変更になったり、他事業所に移行、入院などの場合は担当のケアマネジャーに連絡をしています。認知症型デイサービスに移行した利用者の場合は 事業所でのサービス実施理学療法士か看護師が文書にして引き継ぎし、利用者が安心して継続できるように支援しています。サービスが終了した場合の担当者や相談窓口を設置することが期待されます。

(3) 利用者満足の上昇に努めている。

<p>Ⅲ-1-(3)-① 【33】 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。</p>	b
---	---

<コメント>  
年1回利用者アンケートを実施しています。事業所の雰囲気や職員の対応言葉遣い、身だしなみ、設備、機能訓練、体操、食事、送迎などの満足度を聞いています。アンケート結果では、食事の満足度が低かったため、食事の試食会などを実施し検討を行い、配食弁当の店を変更しました。第三者評価の利用者アンケートでも「昼食をもう少し改善してほしい。」「ご飯が少し硬い」など食事に対する不満の意見がありました。電話などで家族からの相談や意見を聞くこともあります。利用者参画の検討会議などの実施まではしていません。

(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

<p>Ⅲ-1-(4)-① 【34】 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	b
--	---

<コメント>  
入口横にカラー写真で苦情受付担当者、苦情解決責任者、苦情解決委員の顔や名前、連絡先が掲載された苦情解決制度の掲示がしてあります。苦情受付票を利用者に配布し、「みんなの声ボックス」も設置し、苦情を受ける環境を整えています。苦情があった場合は規定の用紙に記録をし、利用者や家族へ検討結果のフィードバックはしていますが、公表まではしていません。

<p>Ⅲ-1-(4)-② 【35】 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。</p>	a
--	---

<コメント>  
利用者から相談があった場合は相談室で落ち着いて話を聞ける環境を整えています。利用者からの相談窓口は所長と管理者ですが、第三者委員や行政にも相談できる事を利用契約時に重要事項説明書で利用者・家族に説明し、書面を渡しています。事業所の入り口にも重要事項説明書を掲示しています。

<p>Ⅲ-1-(4)-③ 【36】 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>	b
---	---

<コメント>  
日々のサービスを実施する中で利用者の意見を聞くように努めています。機能訓練のマシンの利用や送迎の順番などの意見があり、職員間で共有・検討し迅速に対応しています。「みんなのボックス」を設置し、「苦情受付票」を配布し、自由に意見を述べやすい取り組みを行っています。苦情解決に関する規定や苦情対応マニュアルは作成していますが、相談や意見などを受けた際の記録や報告の手順などのマニュアルについても作成が望まれます。

(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。

<p>Ⅲ-1-(5)-① 【37】 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>  
法人のリスクマネジメント委員会でヒヤリハット内容の集計を定期的実施しています。ヒヤリハットは本人が用紙に記録し、職員全員へ回覧し内容を共有しています。毎日夕方のミーティングで報告しています。転倒して骨折した事故があり、事故報告書で法人と大和市に報告しています。法人の危機管理対策室より各事業所の事故事例の情報が配信されるので、職員間で共有し、事故防止に努めています。運転する職員は安全運転委員会の研修を毎年受けています。事故防止対策の実施状況などの定期的な評価・見直しが期待されます。

<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>	b
--	---

<コメント>  
看護師3名が勤務し感染症の対応をしています。新型コロナウイルスの濃厚接触者がいた為事業所を4日間休みにしました。看護師が「新型コロナ発生対応マニュアル」を作成し、マニュアルに沿った対応をして感染防止に努めました。毎朝迎いの車に乗る前に自宅で体温を確認し、乗車後にまた検温しています。事業所に入る前に手指消毒、うがい薬を入れた水でうがいの励行をしています。テーブルにアクリル板を設置し、距離をあけて座っています。昼食時には半月型のテーブルも使用し、十分距離を置いて食事を取っています。感染症のマニュアルは整備していますが、定期的見直しはされていません。

<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>  
毎年9月1日と3月11日に地震と火災を想定した避難訓練を実施しています。ヘルメットを被り、入口迄利用者を誘導しています。本部との合同防災なので、安否確認の一斉通報メールが職員全員へ配信され、確認のメールを本部へ返信しています。備蓄倉庫には飲料水、米飯、缶詰パン、野菜ジュース等、7日分の飲食物の他、カセットコンロ、懐中電灯、発電機等を備蓄しています。備蓄品リストが作成され、定期的に点検をしています。防災計画書・報告書を作成しています。

## 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>		第三者評価結果
<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>	b	

<コメント>  
法令遵守、介護業務、接遇、プライバシー保護、虐待防止マニュアル、苦情解決に関する規定など各種マニュアル類や規定はファイルして事務所に保管し、職員がいつでも閲覧できるようになっています。「倫理行動マニュアル」は利用者への支援の最低基準を示したもので、新人職員研修で周知されています。マニュアル内容に不十分な点もあり、確認する仕組みも作られていません。

<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>  
法人で作成したマニュアル類は定期的に各種委員会で検証、見直しを行っています。事業所で作成した業務マニュアルなどの見直しの時期は定めていませんが、所長が必要なサービスを追加したり削除したりしています。職員の意見を反映するまでには至っていません。

<p>(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。</p>		
<p>【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。</p>	b	

<コメント>  
所長が個別支援計画担当者として利用者の計画書を策定しています。利用開始時の本人、家族との契約の際には、面談を行い意向や希望を聴き、健康状態、生活歴等の情報をもとにアセスメントシートを作成しています。計画書の策定には利用者のニーズを踏まえた目標を設定し、その目標達成に向けたサービスの提供を行っています。毎日の終礼を通じて職員間での情報共有を図っていますが、全職員参加の会議等が今年度は1回しか開催されていない状況にあります。今後は会議での意見交換を期待します。

<p>【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。</p>	a
--	---

<コメント>  
事業所では毎月利用者のモニタリングを行い、「モニタリング記録及び報告書」に記入しています。モニタリングをもとに定期的に個別支援計画の見直しを行い、その際には業務日誌、終礼議事録、連絡帳、ケース記録も参考にしています。見直し後の計画書は個別ファイルに保管したり、パソコン上のソフトに入力してあるので、職員はいつでも確認することができます。また、利用者の緊急時の状態変化にも随時対応しています。



(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。

b

<コメント>

利用者の身体状況や生活状況は業務日誌、終礼議事録、連絡帳等に記録されています。職員は利用者の日々の変化を記録の確認をすることで把握しています。また、職員間で共有を図るため毎日朝礼、終礼を行っています。現在、職員が計画書に基づいたサービスの実施ができているかを記録により確認する仕組みが十分でない状況にあります。また、職員により記録の内容や書き方に差も生じており、今後指導の工夫を期待します。

【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>

事業所では法人作成の「個人情報保護規程」があり、契約時に利用者、家族に「秘密保持、個人情報の取り扱い」について説明し同意を得ています。職員は年に1回は法人が開催している「個人情報保護」に関する研修に参加し、研修報告書を作成し、提出しています。個人情報の管理は所長が責任者となり、利用者に関する書類等は鍵のあるキャビネットに保管し、パソコン上での個人データ管理を徹底して行っています。