

第三者評価結果

事業所名：港北はびねす工房

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> 「社会的な自立」などの3項目を理念として、その理念達成のためのミッションやコミットメントをパンフレットに記載しています。業務日誌に理念や運営方針を記載し、職員は常に確認しています。全職員が出席する全体ミーティングや作業改善会議において、月1回は理念等を職員が確認し、理解を深めています。家族や利用者には重要事項説明書で説明しています。さらに障害を持つ利用者のために、資料「利用する上で大事なおはなし」を作成し、施設の目的や利用する際の注意点なども含め分かり易く説明しています。</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> 法人からの情報や横浜市障害者プランなどから、業界や地域全体の状況を把握、分析しています。特別支援学校や紹介する団体からの利用者が多く、事業所の定員を充足しています。そのため潜在的な利用者把握や地域での課題について十分な把握を行っていません。就労継続支援事業所であり、仕事量の分析や利用者の作業コスト分析などについては、定期的に把握、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><コメント> 毎月開催の法人連絡会で経営状況の把握や分析を行っています。事業所では自立支援協議会の就労支援分科会で課題把握を行っています。法人からの経営情報を含め、経営環境などを会議で職員に知らせています。事業所では把握が難しい地域支援を事業所の課題ととらえ、他の機関と連携を図っています。課題解決に向けて、地域ネットワークに詳しい学校の元教師を非常勤職員として迎え、具体的な取組を進めています。</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。	b
<p><コメント> 法人による中・長期計画「2018-2023発展強化計画」を策定し、振り返り、中間報告で修正しています。見直し後に事業所が公立から移管されたため、その後の見直しがなく、港北はびねす工房の事業が中・長期計画に反映されていません。中・長期計画は作成時の各種事業について、課題と解決の具体策を示し、評価が出来る内容となっています。事業所では、来年度以降の中・長期計画策定を進めています。</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><コメント> 法人の中・長期計画の方向や課題をもとに事業計画を策定しています。中・長期計画には該当事業所の情報がなく、事業計画は中・長期計画との関連が不十分となっています。事業計画は港北はびねす工房も含めた計画として法人でまとめています。事業所部分の計画では、2項目の重点目標と3項目の就労支援活動、及び運営に関する4項目の施策を明記しています。就労支援活動では、利用者の月平均工賃目標25,000円を掲げ、全員で目標達成に取り組むこととしています。</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。

a

<コメント>

事業計画は職員ミーティングなどで状況や意見を把握し、施設長と課長が相談して作成しています。決められた手順により作成した計画を、法人理事会に挙げて承認を得、その後職員に周知しています。事業計画は半期ごとに生産活動や苦情解決、安全衛生などを振り返り、理事会に報告しています。出勤率が計画とは異なり、予算や施策を変更した事例もあります。事業計画を評価し、年度ごとに事業報告書を作成して関係者に報告しています。

【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>

保護者会である「はびねす会」を年3回開催し、事業報告と事業計画を報告しています。法人全体の事業計画書をホームページで公開しています。事業所独自の事業計画を玄関に置き、工賃などの事業目標を掲示していますが、事業計画の周知や説明の工夫には課題もあります。親と同居している利用者も多いため、保護者には計画の他に関連情報を伝えています。事業における工賃収入や利用者の内訳、会計の仕組み、障害者グループホーム情報などを保護者に伝え、保護者に安心してもらうようにしています。

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>

支援の質の向上について法人の理事会や評議員会で審議しています。事業所では年に各2回の利用者アンケートや保護者アンケートを実施して評価しています。事業所では全体会議、作業改善会議などで、支援の質の向上に取り組んでいます。事業所内に苦情解決委員会や安全衛生委員会など各種委員会を組織し、評価して改善につなげています。法人の計画により第三者評価を定期的に受審していますが、定められた様式による自己評価は毎年行ってはいません。

【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。

a

<コメント>

利用者支援について、苦情解決委員会や虐待防止委員会などでの評価結果をもとに改善に取り組んでいます。ヒヤリハットについては担当者を決めて、年間の傾向などを分析しています。安全衛生委員会による職場確認により、苦情や事故につながる前に対策を講じ、記録に残しています。検討により給茶機の配置換えや作業段ボールの整理などの事例があります。利用者同士のトラブルを避けるため、個人の作業時間帯を変更するなどの改善を行っています。

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。

b

<コメント>

運営規程に管理者およびサービス管理責任者の職務内容を記載しています。組織図で管理者およびサービス管理責任者である施設長の責任を示しています。施設長は目指すべき方向性と自らの役割を全体ミーティングなどで取り上げて伝え、日々の活動の中で具体的に説明しています。施設長の自らの役割と責任について伝えていますが、文書化して表明してはいません。法人の職務規定やBCP（事業継続計画）により、災害時の代行や権限移譲について明記しています。

【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>

施設長は横浜市が実施する指導者集団講習会で勉強し、遵守すべき法令等を理解しています。横浜市の障害福祉サービスガイドブック等で理解を含め、利害関係者との関係を適切に保持しています。管理職研修ではインボイス制度についても研修を行っています。虐待防止研修の受講が義務化されたことを受けて職員研修を実施し、虐待防止委員会と連携させています。法令遵守に関係する事例などを夕方のミーティングで取り上げ、職員の法令遵守に取り組んでいます。

(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>

施設長は事業所の状況を把握し、朝礼や夕礼、臨時職員会議等を開いて問題を共有し、改善策をミニ研修会などで検討しています。利用者処遇におけるヒヤリハット事項に取り組み、館内整備では清掃担当を採用するなどの改善を行っています。「Good-Job制度」を活用して、職員や部門での良い取組を取り上げ、共有すると共に活性化を図っています。この制度で事業所から作業を分りやすくする工夫などで複数表彰を得ています。

【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>

施設長は事業計画をもとに予算と実績の管理、人事、効率などの業務をリードしています。事業計画の目標である工賃アップに向けて生産管理の熟練高齢者を採用し、作業の手順や配置を見直して効率を上げています。事業目標については職員だけでなく、利用者とも現状や改善を共有して成果に結びつけています。人員構成では熟練と経費のバランスを考え、常勤職員と非常勤職員を配置しています。

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>

事業所運営に必要な人材や人員体制の基本的な方針を定めています。利用者の就労支援や自立支援を行うために必要な経験のある専門職を採用しています。話し合って仕事を進める体制により、職員の定着率も高くなっています。職員の産休による休職者の補充や福祉資格を持つ職員が課題となっています。利用者の作業支援や自立支援などの専門家による運営体制を計画的に整えています。法人では人材確保の計画のもと、WEBなどの手段を通じて募集し、段階的に面談して採用しています。

【15】 II-2-(1)-②
総合的な人事管理が行われている。

b

<コメント>

法人によるキャリアパス制度により、期待する人材像を明確にしています。7等級のキャリアレベルに応じた専門性や職務能力を定めて人事考課や報酬と連動しています。職員の自己申告と上司との確認・評価によりキャリアアップの制度となっています。事業所ではキャリアパス制度により人事管理を行っていますが、その運用に対して職員が評価しておらず課題があります。

(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>

事業所では施設長のもとに職業指導と生活支援、目標工賃達成指導の責任体制を明確にしています。その体制の下に職員の勤務状況を把握して、本人の希望や意向を聞き、働きやすい職場づくりに努めています。有給休暇も毎月取るように指導して達成しています。「Good Job制度」で良い点を認め合う人間関係もでき、働きやすい職場となっています。労働組合が設立母体である法人として、職員の就労しやすい労働環境に配慮しています。

(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>

キャリアパス制度により期待する人材像を明確にし、それぞれのレベルごとの職能キャリアプランがあります。プランには利用者支援、日常業務、外部交渉、人材育成などについての役割が明確になっています。職員は7段階の職能が決められ、組織運営にあたっての職位(所長は5等級相当)と連携しています。職員はキャリアパス評価と働く姿の評価による面談シートを用いて自らの目標と実績を明確にしています。本人記入後に、上司の評価、協議後結果と考課につなげています。自己申告と面談は中間を含めて年2回あり、人材育成を行っています。

【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>
年度ごとに個人別の職員研修計画があります。専門的な研修は常勤職員に行い、資格取得の研修も受講してもらっています。非常勤職員は現場指導が主なため、内部での研修となっています。内部研修は15分ほどのミニ研修、全体研修、目的別研修があり、毎月実施しています。研修報告書により研修内容を共有し、研修の評価も行っています。研修計画や研修内容について、その都度見直しをしていますが、定期的に手順を決めては行っていません。

【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>
それぞれの水準に応じた研修計画により、職員に受講してもらっています。キャリアパス制度の中で、研修未達成状況を確認し、受講を促しています。中途採用の職員にも階層別研修に参加してもらい、該当研修が実施されない場合は管理者が講師となって研修を行っています。外部研修ではZoomを使っての研修もあり、非常勤職員にも受講してもらっています。今年度より職員のレベルに応じてOJTによる研修制度も実施しています。

(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。	b

<コメント>
実習生受け入れの基本姿勢などを明記した受け入れマニュアル策定しています。「障害者を理解してもらうこと」「働く事の重要性を理解する」の資料などを整えて、専門学校からの保育士実習生を今年度も2名を受け入れています。受け入れは研修を受けた施設長と課長が担当し、実習派遣元の学校とプログラムなどの確認を行っています。2週間の実習に対して、実習前のオリエンテーションと実習後の反省会を開いています。

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>
ホームページにて法人や事業所の理念や基本方針、サービス内容、事業計画、事業報告、会計報告を公表しています。また、第三者評価の結果や運営規定、苦情解規程、役員報酬規程、指導監査結果通知等も掲載しています。事業所での苦情や利用者間トラブルについても個人情報に配慮して掲載しています。事業所のパンフレットなどは、養護学校や地域ケアプラザなどに配布しています。ホームページでは障害者雇用を検討している企業に向けて、特徴や採用までの流れ、Q&Aを載せています。

【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>
事務や経理に関する請求マニュアルや文書取扱規程で権限や処理手順を明確にしています。法人による事業所への内部監査や、外部の専門家による法人への監査を定期的実施しています。監査による状況や対応を理事会や評議会で確認、審議を行っています。

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。	b

<コメント>
理念に「地域福祉の充実を目指す」を明記して、「わたくしたちは、これからも地域の福祉力アップのために努めます。」を掲げています。事業所内の掲示板やホワイトボードに利用者が活用できる社会資源などの情報を掲示しています。コロナ禍でもあり、行事に地域の方を招待するイベント等の開催はありませんが、利用者の集い「おつかれさま会」で地域の飲食店を使っています。日吉の駅前の企業見学により交流を行っています。防災訓練は地域の小学校の協力のもとに実施し、協力と交流を行っています。

<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>	b
---	---

<コメント>

ボランティアを受け入れ、利用者の作業を手伝ってもらうことを方針にしていますが、基本姿勢を文書化していません。養護学校には就労支援での作業や自立支援活動などを紹介し、教育に協力しています。また、養護学校などからの見学を年に50人ほど受け入れて紹介すると共に利用者の励みにつなげています。

(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>

理念に「福祉に対する啓発」を掲げて関係機関と連携しています。関係者が集まる港北区自立支援協議会には年4回参加しています。2ヶ月に1回開催する協議会の就労支援部会へ会場の提供をし、事業所の活動を見てもらっています。横浜市知的関連施設協議会や民間企業ネットワークなどの経験から得た施設長の人的ネットワークとの連携を図っています。

(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>	b
---	---

<コメント>

関係機関との連携や地域との交流を通じて、地域ニーズを把握するように努めていますが十分ではありません。養護学校や通える範囲の障害者など幅広いエリアでのニーズを把握しています。事業所に関連する団体を把握して、事業報告書に関係図を記載し、連携できるようにしています。近隣地域でのニーズ把握と地域支援の検討が課題となっています。

<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>

養護学校の要望に応じて現場実習を受け入れています。特別支援学校のPTAの集まりで講演を行っています。企業や教育部門、福祉部門に呈して就労継続支援の役割や存在価値を伝える努力をしています。企業などの関係者に見学や講義を行い、障害者支援の啓発を行っています。事業所による地域コミュニティへの参加や活性化への協力には至っていません。

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>	第三者評価結果
--------------------------------	---------

<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>

理念に「障害者の社会的自立を目指す」と明記し、障害者一人ひとりの個別の目標を設けて、総合的な育成を図っています。就業規則で倫理について明記し、職員は実践するようにしています。虐待防止と権利擁護の研修を実施しています。利用者を尊重し自己決定することを支援しており、事業所内では当事者会「みなみ会」で話し合うようにしています。食堂にあるTVのチャンネル決定に関して、「みなみ会」で話し合って決めています。話し合いでは言い合いの場面もありますが、自分の意見を出すことが大切と考えて、職員は見守る姿勢を取っています。決まったことは守ることが徹底されています。

<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>	b
---	---

<コメント>

個人情報保護規程について定めていますが、プライバシー保護の規定やマニュアルはありません。ビジネスマナーとして、利用者の不安定な気持ちへの対応やプライバシーに配慮しています。新人研修では利用者への配慮について学んでいます。利用者の嫌なことを小さな苦情ととらえ、気付いて対応することで、利用者の安心につなげています。

(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>

利用希望者には個別に丁寧な説明をしており、見学、体験実習等の対応をしています。近年、利用希望者の多くは養護学校の卒業生であり、在学中から体験実習にくる方が多い状況です。また、他施設等からの利用希望者にも体験実習が行われています。2週間の実習で事前調査を行い、本人の意向の確認とアセスメントを実施し、利用までに暫定的な個別支援計画を作成します。利用対象者は65歳未満の障害者（療育手帳保有者）で、住所を所轄する福祉事務所（福祉保健センター）に施設利用希望を提出してもらいます。

【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>

利用開始時には、利用契約書、重要事項説明書、個人情報同意書について説明を行い、同意を得ています。表現をシンプルでわかりやすいものにした利用者版を作成しており、事業所の概要や支援内容なども簡潔に表現されています。また、サービスの変更の際にも、利用者へ説明を行い、同意を得るようにしています。

【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>

当事業所のサービスの終了として、就労などの場合は、就労後の相談について書面での取り交わしはしていませんが、口頭により相談はいつでもしてよいことを伝えています。利用者本人よりも保護者から相談してよいか等の問い合わせがあり、対応しています。また他のサービスに移行する利用者については、基本情報などを記した引き継ぎ資料を移行先の事業所に送付し、支援の継続性に対応しています。

(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。

a

<コメント>

以前からアセスメントに合わせて、年2回利用者の意見を求めるアンケートは行われていますが、満足度調査という形でのアンケート形式の調査は今回の第三者評価が初めてです。その他にも日常の支援の中で利用者との会話をする機会を増やし、都度記録していくことで利用者のニーズを引き出すようにしています。アセスメントのための面接ではなく、この方法で対象期間の利用者ニーズを引き出しています。

(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。

b

<コメント>

法人では苦情解決事業規程を設け、苦情の範囲、苦情解決責任者の設置、苦情の受付、解決に向けての話し合いや報告、記録についてそのプロセスを定めています。具体的には事業所の所長が苦情解決責任者、課長が苦情受付窓口にあたっています。利用開始時の重要事項説明書で、第三者の苦情受付、行政機関の苦情受付窓口等の連絡先などを案内しています。

【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。

a

<コメント>

日頃から事務所の職員が利用者の面談を実施しています。相談があれば現場職員に声がけをして、相談・意見を伝えやすいようにしています。障害特性に応じた説明方法や、静養をしてから面談を実施するなど、その時の状況に応じて対応をしています。相談体制については公表されており、見やすい場所に提示されています。相談場所は内容や状況により面談室や静養室等で行っています。アセスメント前にはアンケートを行い、そのなかでは話やすい職員名を書く欄もあります。

【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>
 利用者が打刻するタイムカードのラックの横に意見箱を設置しています。メモを書くこと自体負担と感じるような利用者もあり、これまで意見箱への投函はありません。メールやSNSなどで意見等を受けることはあり、内容や利用者の状況を踏まえて対応しています。利用者の日々の対応については、本人の状態が日々変化、成長する中で、マニュアル化できない部分があるため、事業所としては日誌を丁寧に作成し、本人の対応が変化した段階で全体へ共有し、その記録から対応方法を周知する方法をとっています。

(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>
 事故発生時にはマニュアルに沿って対応することが徹底され、職員にも周知しています。安全衛生委員会がヒヤリハット報告書を元に、再発防止策も検討し、日々の朝礼の中で職員にミニ研修を行い意識づけをしています。鶴見川が近く、洪水などを想定した避難訓練も行われており、避難経路は写真を使ってビジュアル化しています。不審者の侵入に対しても作業中は自動ドアが手動になるなど対策がなされており、避難経路も表裏2ヶ所あります。

【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>
 コロナ禍において、感染予防ルールの設定と周知、適切な手洗い・消毒・うがいの指導を繰り返し行う等、感染予防策を行っています。2022年3月に事業所から複数名の感染者が出たため、事業所閉鎖を余儀なくされましたが、結果現在では職員、利用者、家族も同様に意識が高く、報告、連絡、相談について適切に行われています。入り口には検温・消毒用アルコールが備えられる等、感染症対策が行われています。

【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行っている。	b
--	---

<コメント>
 大規模災害については法人として対応マニュアルを作成しており、3日分の必要物資の備蓄を備えています。利用時の発災後は家族等が迎えに来るまで所内待機をするようにしています。鶴見川が近く津波・洪水などを想定した避難訓練も行われており、避難場所の公園までの避難経路を写真を使ってビジュアル化しています。東横線沿線という交通の要衝に近く、渋滞混乱による職員の参集の可否などの考慮が必要と考えています。今後は発災後の事業継続計画の策定が期待されます。

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>
 事業所で支援する標準的な実施方法を明示しています。標準的な実施方法を具体例などで示し、職員で共有しています。支援の実施方法の記載においては、利用者の尊重や権利擁護などの指針が十分に明示されていません。支援の方法については掲示などでも周知しています。実施状況を日々の活動で確認し、職員会議の中で検証しています。

【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。	b
---	---

<コメント>
 支援の実施方法を会議等で見直して修正しています。改善すべき点は職員が施設長に報告しやすい関係が出来ています。利用者からも意見を言いやすい雰囲気配慮し、前向きに取り入れて支援方法の改善につなげています。支援方法の検証や見直しは随時行っており、定期的な時期や方法は決まっています。標準的な支援方法の手順は、利用者の個別支援計画作成に取り入れられています。

(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。

b

<コメント>

現在の施設長が着任前の約1年程度の期間で、個別支援計画書の作成が出来なかった時期があります。原因などについて調査し、今後対策に反映する予定です。昨年後半から、個別支援計画書の作成プロセスに沿って計画を策定しています。サービス管理責任者の設置、アセスメント手法の確立、目標、などの一連のプロセスで策定を実施しています。個別支援計画書の未作成期間があったものの、現在は体制を作り、支援困難ケースの対応も含めて支援計画を策定しています。

【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>

個別支援計画書の作成が出来なかった時期がありましたが、現在は決められた手順に沿って策定しています。個別支援計画の見直しについても、取組を決めて行うようにしていますが、未だ見直しの実績には至っていません。見直しは定期的に行う以外に、必要に応じて見直す様になっています。見直しを行う時期に至っておらず、できていないことや課題については明確になっていません。

(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>

個別支援計画の内容は職員全員が閲覧でき、把握しています。モニタリングすべき内容についても共有されており、実施状況の適切な記録が行われています。1日の出来事、対応方法について事業所内のデータベースで管理しており、誰でも入力・共有できる体制づくりとなっています。また、利用者基本情報のフォームがあり、本人の基礎的な情報の確認ができるようにしています。

【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>

法人作成の個人情報保護規程により利用者の記録、保管、保存、破棄、情報提供については規程通り実施されています。また必要な個人情報の取り扱いについては、利用開始時に利用者に重要事項説明書で説明し、個人情報使用同意書の書面にて了承を得ています。