

みえ福祉第三者評価結果

①第三者評価機関名

社会福祉法人 三重県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 名称：ラポール・ブルーミング | 種別：多機能事業所（生活介護） 放課後デイサービス（休止中） | |
| 代表者氏名：施設長 後藤聖英 | 定員（利用人数）：生活介護 30名 | |
| 所在地：三重県四日市市羽津乙129-2 | | |
| TEL：059-329-7531 | ホームページ：http://www.blooming.or.jp | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日 生活介護（平成24年6月） | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 四日市福祉会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 10名 | 非常勤職員 17名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） | |
| | 社会福祉士 2名 | 看護師 1名 |
| | 介護福祉士 5名 | |
| 施設・設備 の概要 | （設備等） | |
| | 作業室、食堂、相談室 等 | |

③理念・基本方針

<基本理念>

- ・周囲を大切に思い理解に努める
- ・自立を支える
- ・より多きを学び成長する

<基本方針>

- ・利用者の笑顔を消させない
- ・利用者のできる部分を伸ばしていく

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・生活介護では個々の力に応じて作業種目を変えており、軽作業から組み立て作業、また室内での作業が苦手な利用者についてはチラシ配り班、洗車作業班、敷地内整備班などそれぞれが参加できそうな活動に参加していただいています。
- ・利用者の高齢化が進んでおり、高齢の方については作業を重視するのではなく、生きがい、やりがいを交え、ほどよく稼ぎながら楽しく過ごすことを目指しています。作業の他に、介護予防においても垂坂山ブルーミングハウスの理学療法士にも力を借りて、介護予防に向けた取り組みも行っています。
- ・コロナウイルスの影響により、現在は外出を伴う支援が難しいことから、遠足等を

中止していますが、利用者が少しでも楽しめるよう、テイクアウトやキッチンカーの利用等の代替手段を講じています。

- ・放課後等デイサービスについては、令和4年4月からは休止しています。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 令和4年6月20日（契約日） ～ 令和5年3月17日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1回（平成27年度） |

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・視覚的情報を充実し、複数の選択肢を用意するなど、利用者の自己決定の支援に力を入れられています。
- ・個別支援計画を重視されており、高頻度にモニタリングを実施することで、一人ひとりに対してきめ細かな支援がなされています。
- ・経営課題として人材の確保・育成や利用者の高齢化への対応を挙げ、法人全体としてその解決に向けた取り組みを進められています。
- ・サービスの提供に係る職員間の情報共有は丁寧に行われています。
- ・施設長から職員に向けて月1回メッセージを送るなど、指導力を発揮されています。

◇改善を求められる点

- ・利用者や家族の高齢化という事情はあるものの、情報提供について十分になされていない面が見られます。
- ・業務に関するPDCAサイクルの見直しや施設内における組織としての課題の共有が求められます。
- ・利用者の地域における自立した生活を希望する声に応えるためにも、社会参加を含めた自立に向けた生活介護事業所としての支援の充実が望まれます。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で2回目の第三者評価の受審となる。今回の第三者評価では新型コロナの影響を受けた部分が多くあった。コロナ流行前に比べると事業所から外部に出る行事が減ってしまい、利用者のニーズに対して十分に答えることができないことが増えている。これからも現状に合った代替行事や取り組みを考案して提供していく必要がある中、如何に利用者の方に満足してもらえるかが重要となってくる。また、保護者の方のニーズを把握することにも力を入れて改善に繋げていきたい。

前回の評価から5年が経過しており、利用者の方の高齢化が進む中で新しく利用される方（若年の利用者）も増えており、行動特性や危険回避のための作業（活動）場所の住み分けが必要となってきた。また、プライバシーを保護できる場所も必要であるため、施設設備や空間の効率的な使用方法を職員で検討し改善していきたい。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（障がい者・児）

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | |
| 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 |
| 〈コメント〉 法人理念は職員名札の裏に印刷されています。以前は唱和もされていましたが、浸透してきたとの判断で現在は行われていません。掲示は職員室側にのみなされています。利用者・家族への周知についての工夫が望まれます。 | |

I-2 経営状況の把握

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | |
| 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〉 施設長が1年に1回程度分析をされています。法人全体での高齢化、重度化への対応等が課題となっています。施設発足後の環境の変化を分析し、提供しているサービスの見直しもされています。事業所としての分析に関する深化を期待します。 | |
| 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〉 施設長が経営課題を把握し、法人役員間での共有は図られています。法人としては主任会の設置、統括リーダー制の導入など過渡期にあります。職員への周知は作業収入などわかりやすい指標を通して図られています。サービスの充実のためにも一歩踏み込んだ経営課題の共有が望まれます。 | |

I-3 事業計画の策定

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | |
| 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。 | a |
| 〈コメント〉 市の障害福祉計画との整合性にも配慮しつつ、中期経営計画を策定されています。人材の確保・育成や利用者の高齢化対応に力点が置かれています。 | |
| 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 |
| 〈コメント〉 中期経営計画を踏まえた事業計画は策定されています。数値目標や具体的な成果等の設定まで踏み込んだ事業計画の策定を期待します。 | |

| | |
|--|---|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | |
| 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>施設長が素案を作成し、職員から意見を徴求するかたちで策定されてるのが慣例となっています。テイクアウト実習の導入はそこから生まれたものです。完成した事業計画は職員会議で周知されています。定期的な評価・見直しを通して、職員全体での周知・共有が望まれます。</p> | |
| 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>玄関前に掲示し周知されていましたが破られてしまったとのことで、代替措置は講じられていませんが、ラミネート版を備え付ける予定とのことです。保護者会がなくなっからは家族への周知は後援会員への郵送という形でのみされていますが、家族への周知については工夫が必要です。</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

| | |
|--|---------|
| | 第三者評価結果 |
| 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。 | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>第三者評価については定期的に受審されています。月1回の職員会議で話し合いが行われています。PDCAのCの部分が少し弱いという自己分析をされていますので、振り返りを踏まえた実践というサイクルが実現できる仕組みの構築を期待します。</p> | |
| 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>利用者の行動抑制を要する場面が出てきたので、虐待防止に関する改善策を実施した事例があります。人材育成や周知の部分で積み残された課題があります。</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

| | |
|---|---------|
| | 第三者評価結果 |
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | |
| 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促している。 | a |
| <p>〈コメント〉</p> <p>職員一人ひとりに渡されている教育ファイルに「管理者の役割」という項で表明されています。災害時の権限委譲体制は明確にされています。法人HPのコラムも活用されています。</p> | |
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <p>基本的に法人本部で管理されており、重要法令を踏まえた規程類は法人共有フォルダで閲覧できるようになっています。職員に交付しているのはハラスメント関連のものに留まっています。関係法令を体系的に整理し、確実にキャッチアップできる仕組みの構築が望まれます。</p> | |

| | |
|---|---|
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | |
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉 虐待防止と自閉傾向の強い利用者の支援、自施設のことを躊躇なく通報する姿勢等は自負されています。自己分析して指導力を発揮されていますが、これまで培ったノウハウを後進に伝えて、人材育成がさらに充実するよう期待します。</p> | |
| 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。 | a |
| <p>〈コメント〉 経営分析の数値を提示し、支援の実態に即した取り組みを求めるなど、指導力を発揮されています。職員個人別のメッセージを月1回発行されています。業務終了後に職員から意見等を聞き取れるような雰囲気づくりは意識的にされています。</p> | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| 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。 | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉 法人本部で人材採用チームが発足し、計画的に人材の確保を進めようとしてされています。有資格者を理想としつつも、利用者を尊重でき、自省できるような職員の確保を望まれています。定着率は比較的高く、必要な人材確保は法人の幹部会議で調整されています。</p> | |
| II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a |
| <p>〈コメント〉 期待される職員像が法人理念に書き込まれた内容がほぼ踏襲されています。理事長からの説明動画も作成されています。給与規程や就業規則は職員一人ひとりが閲覧できるようにされています。人事考課は年2回賞与反映のタイミングで実施されています。</p> | |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉 基本的には法人で管理されています。福利厚生年1万円の職員への交付や誕生日祝金制度があります。有給取得も順調になされています。</p> | |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉 期待される職員像は提示されており、詳細なキャリアパスの構築もなされていますが、振り返りの点では弱い面があります。</p> | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉 虐待、感染症、防災の3分野の研修に注力されています。強度行動障害の研修への参加もされています。教育ファイルの交付により一定の水準は担保されています。</p> | |

| | |
|--|---|
| 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。 | b |
| <p><コメント> 参加したい研修の意向調査はされています。コロナの影響と職員不足の影響で十分に確保できていないのが現状ですが、本年度からは改善傾向にはあります。職員の自発性を喚起するような取り組みが望まれます。</p> | |
| 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。 | |
| 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 |
| <p><コメント> 基本的には法人対応となるため、母体施設のオリエンテーション用の資料を準用されています。コロナ禍でも希望があれば受入をされています。施設独自のオリエンテーション資料の整備が求められます。</p> | |

II-3 運営の透明性の確保

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| 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。 | |
| 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><コメント> 法人の広報（隔月発行）を自宅へ郵送されています。法人の理事・評議員や地域にも一部提供されています。ブログ（法人として月2回）やコラム等、HPでの発信も積極的になされています。閲覧数も把握されています。</p> | |
| 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。 | b |
| <p><コメント> 経理規程上1つの拠点区分に位置付けられて、適正に運営されています。法人内各施設の第三者評価の結果は法人HPで公表されています。監査については監事監査のみに留まっていますので、内部監査の実施を含めて、さらなる取り組みが求められます。</p> | |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | |
| 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 |
| <p><コメント> 法人としての地域との関わり方についてはHPで公表されています。地域にはコミュニティの場としての施設の設備貸出をしていましたが、コロナ禍で中断しています。以前は地域資源マップを掲示されていましたが、破損してからはなされていません。</p> | |
| 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。 | c |
| <p><コメント> ボランティアに特化した受入マニュアルは作成されておらず、実習生用を準用されています。以前は地元企業からの受入がありました。希望に応じて受入はされていますが、コロナ禍で中断されています。</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 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>〈コメント〉</p> <p>非常災害対策計画に社会資源を掲載されています。市役所等とのやり取りは施設長対応ということで属人的な対応に留まっています。</p> | | |
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>法人としてはかつて開催していたタウンミーティングで把握することができましたが、コロナ禍により中止となっています。アフターコロナを見据えて、地域からは集まれる場の提供への期待が大きくなっています。</p> | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>地域の公園のトイレ掃除を行っています。地元の私立高校で障がいに関する出前授業をされたことがあります。生活困窮者の就労支援にも協力されています。</p> | | |

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

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>倫理綱領は教育ファイルに備えられています。評価会議によるモニタリングが可能になりました。全体会議には時間帯上参加可能な職員は参加されています。</p> | | |
| 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。 | c |
| <p>〈コメント〉</p> <p>利用者の特性により権利侵害につながりかねない事象があれば職員間で共有し、声かけ等での改善を試みます。どこからも見やすいという施設の設備上の問題はあります。プライバシー保護に関する規程・マニュアル等の整備が望まれます。</p> | | |
| 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。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>パンフレットの配布、介護保険サービスの情報提供等をされています。施設見学の希望があれば対応されています。パンフレットは適宜写真類を中心とした見直しをされています。</p> | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>利用者向けの説明資料には必ずルビを振り、最も伝えたい情報についてはイラスト化して伝えられています。利用者に十分理解してもらえよう、一層の工夫がなされるよう期待します。</p> | | |

| | |
|--|---|
| 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 |
| <p>〈コメント〉 放課後デイサービスを利用していた利用者が引き続き利用されるケースが多く、他の事業所への流出はあまりありません。事業所変更者への対応は移行後の事業所へ詳細な引継ぎをされています。移行時を見据えた申し送りの手順等を定められることが必要です。</p> | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | |
| Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | a |
| <p>〈コメント〉 行事アンケートや嗜好調査を実施されています。嗜好調査の結果分析や行事への反映もなされています。行事と食事以外の活動場面においても利用者満足を測れるような取り組みが望まれます。</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。 | |
| 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〉 苦情受付時の対応は法人の苦情解決マニュアルに記載されており、各職員の教育ファイルに備えられています。地域からの苦情を受け付ける仕組みもあります。施設においては苦情として抽出できる仕組みになっていませんので、改善が必要です。</p> | |
| 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〉 施設の自治会でヒヤリハットの用紙に記載を促しています。帰りの会も苦情内容を表明する場として機能しています。相談室が活用できる状態ではないので、事務所や食堂を活用しています。ハード・ソフトの両面から、他人に知られずに意見を述べられる環境整備が必要です。</p> | |
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉 意見箱も一時期設置していたが、直接職員に訴える方が早いことや記載すること自体が困難な利用者が多いことで撤去されていますが、意見の表明の場を多様化する観点からも、再考が望まれます。相談や意見に対しては迅速に対応されていますが、記録の整備に課題がありますので、仕組みの見直しが必要です。</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。 | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉 ヒヤリハットは適切に運用されています。薬に関するものが多く、複数対応を原則としています。職員会議で都度共有されていますが、参加職員間に留まっています。事故防止マニュアルは策定されていますが、法人又は施設としてリスクマネジメントに関する研修は実施されていません。職員全体への周知徹底が求められます。</p> | |

| | |
|--|---|
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>各種感染症への対応は感染症マニュアルに整理されており、教育ファイルに備えられています。新型コロナウイルス感染症の初期には宿泊事例が出るなど混乱しましたが、フローチャートを定めて経験を踏まえたアップデートがなされています。予防策についてもさらなる充実が望まれます。</p> | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>避難訓練及び通報訓練は年2回実施されています。非常食等の備蓄についてもリストを含めて適切に管理されています。個人別の安全確保の留意点が整理されており、災害時にも活用されます。監視カメラの設置はありませんが、必要とされる場所への設置検討が望まれます。</p> | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| 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。 | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>サービス提供の場面ごとの標準的なマニュアルは整備されています。実施状況を確認できるような仕組みが必要です。</p> | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>新規採用職員が発生した際など、見直しの時期は定期的なものではありません。定期的に見直す機会を設定することが求められます。</p> | |
| 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。 | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>年度末にアセスメントを行い、個別支援計画を策定します。生活の場の事業所と合同でアセスメントを行っています。活用されるよう留意点を別途作成するといった工夫をこらされています。</p> | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>見直しは3か月に一度という高頻度で実施されています。必要に応じた随時の見直しも適切になされています。</p> | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | |
| 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 |

| | | |
|---|---|----------|
| <p>〈コメント〉 個別支援計画の記入方法に係るマニュアルは整備されています。情報共有は朝2回のミーティングを主として、重要事項は職員会議でも情報の共有を図っています。グループホームとの情報のやりとりは連絡帳で行っています。情報共有の方法がミーティングに偏りすぎないように留意する必要があります。</p> | | |
| | <p>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。</p> | <p>b</p> |
| <p>〈コメント〉 個人情報を含む書類は施錠できる保管庫で管理されています。管理者は施設長となっています。書類の保存期間は運営規程上は原則5年としつつ、文書保存規程については定められていません。運営規程の内容について、職員への周知徹底が求められます。</p> | | |

(様式b) 改善計画書

施設名 ラポール・ブルーミング

(担当者:伊藤)

(作成年月日

令和 4年 12月 15日作成)

| | | | | | | | | |
|-------------------|---|--|--|-----|----------|------------|---|-----|
| （施設として続けるに優れている点） | 1 | 視覚的情報を充実し、複数の選択肢を用意するなど、利用者の自己決定に関する支援に力を入れていく。 | | | | | | |
| | 2 | 個別支援計画を重視し、高頻度に支援状況の評価を行うことで、一人ひとりに対して細やかな支援を行っていく。 | | | | | | |
| | 3 | 一日二回のミーティングや会議の機会を複数設けることで、サービスの提供に関わる職員間の情報共有を丁寧に行っていく。 | | | | | | |
| | 4 | 経営課題として人材の確保・育成や利用者の高齢化への対応を挙げて、法人全体で解決に向けた取り組みを進めていく。 | | | | | | |
| | 5 | | | | | | | |
| | | 課題・改善点 | 達成目標 | 期間 | 開始時期 | 達成時期 | 改善スケジュール(人・予算・情報)・手順等 | 担当 |
| すぐにできること | 1 | 掲示物の掲示方法を見直す | 利用者にとって分かりやすく、期待や見通しが持てるようになる | 3ヶ月 | 2023/1/1 | 2023/3/31 | 利用者や家族、来訪者にも活動内容や、取り組み内容を可視化し、視認性が確保できる場所に掲示し、常に更新していく。 | 全職員 |
| | 2 | 生活技能習得のための時間が少ない | 利用者のニーズを把握し、日常生活に応用できるような取り組みを行うようにする | 6ヶ月 | 2023/1/1 | 2023/6/30 | 利用者のニーズや生活レベルに合わせた取組みを計画し、定期的実施する。 | 全職員 |
| | 3 | 利用者の障害特性に応じて空間を分ける事が難しい。(大勢の利用者が同一空間で活動している) | 利用者の精神状態やスピードに合わせ、少人数に分けたり、状況に合った場を確保する | 3ヶ月 | 2023/1/1 | 2023/3/31 | 事業所内の美化、整備をし、作業場や過ごしの場の確保をし、イス、ベッド、パーテーション等も活用し、空間・環境の整備をする。 | 全職員 |
| | 4 | 人材育成 | 職員ひとり一人のスキルアップにつながる研修の機会を確保する | 6ヶ月 | 2023/1/1 | 2023/6/30 | 自らの支援を振り返ったり、研修で学んだ事を伝達したり、マニュアル化したりといったサイクルを確立していく。 | 全職員 |
| | 5 | | | | | | | |
| 工夫すればできること | 1 | 理念・方針・事業計画等の利用者、ご家族への周知が不十分である | 広報や掲示板を活用し、定期的に周知、報告する | 1年 | 2023/4/1 | 2024/4/1 | 理念、方針、事業計画書等の配布と説明を行う。図や絵などを使って、分かりやすく伝えて工夫をする。 | 管理者 |
| | 2 | 全職員への情報の周知が不十分 | 非・正規職員への情報共有方法の確立 | 1年 | 2023/1/1 | 2023/12/31 | 非・正規問わず、職員会議や研修会を計画的に設けていく。日誌の確認を習慣化していく。 | 全職員 |
| | 3 | 個別で相談できる空間がない | プライバシーの確保ができる環境(部屋)を設ける | 1年 | 2023/1/1 | 2023/12/31 | 事業所内を整理し、机や椅子等の必要なものを設置し相談室として機能できる環境にする。パーテーション等を活用することでプライバシー保護に配慮する。 | 全職員 |
| | 4 | 利用者や保護者のニーズの把握が不十分 | 利用者や保護者のニーズを把握する | 1年 | 2023/1/1 | 2023/12/31 | 自治会の機会を設ける。利用者・保護者に対してはアンケートを作成し満足度調査を実施する。 | 全職員 |
| | 5 | 利用者がのんびり過ごせる空間が少ない | 施設の設備、空間の有効活用 | 1年 | 2023/1/1 | 2023/12/31 | 簡易ベッドやハンモック等を活用する。中庭にベンチや椅子を設置して、自由に出入りできる環境を整備する。 | 全職員 |
| 予算化しないとできないこと | 1 | 余暇の充実 | 稼働日や行事内容の充実 | 1年 | 2023/1/1 | 2023/12/31 | 施設の年間予算を計画的に使用し、ニーズに合わせた備品や設備を整えていく。 | 全職員 |
| | 2 | 利用者の体調を崩した際に休める場所が無い | 利用者が休養を取れる部屋を整備する | 3年 | 2023/1/1 | 2025/12/31 | 施設管理者に相談のうえ、空調設備等の導入を検討する。 | 管理者 |
| | 3 | ICT化を図る | 支援の質の担保をするため、書類の整理、環境の整理をし、可能なところから効率化を目指す | 3年 | 2023/1/1 | 2025/12/31 | パソコン、ネットワーク環境の整備。 | 管理者 |
| | 4 | | | | | | | |