

第三者評価結果

※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。
 ※評価項目毎に第三者評価機関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。		
【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
<コメント> 運営法人の理念・方針はホームページやパンフレットに記載されています。職員は入職時に理念などの研修や説明を受けています。施設長は「笑顔、明るく、元気」という事業所のモットーとして話すだけでなく、事業所の理念・目標として明文化していくことでも実践につなげていこうとしています。 運営法人の理念・方針および事業所のモットーとしている「笑顔、明るく、元気」を職員のほか、利用者及び家族に対しても周知状況を確認し、継続的な取り組みを行っていくことが望まれます。		

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。		
【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
<コメント> 社会福祉全体の動向をはじめ、事業所運営を取り巻く環境と経営状態の的確な把握・分析をし、経営環境の変化等に適切に対応していくことについては、運営法人主体で行っています。運営法人本部は県央地域を中心に福祉事業を展開しているので、事業所周辺地域の各種福祉計画の策定動向と内容に関しても法人から情報を得ています。支援学校卒業後の進路先として事業所利用を希望する生徒や家族が多く、人気が高い状況がありますが、さらなる事業経営をとりまく環境と経営状況の的確な把握・分析の検討が望まれます。		
【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
<コメント> 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は、毎月法人の所長会議で示されています。その後、運営に必要性のある内容に関しては職員会議などで報告し、重点改善課題として設定されていく体制があります。 今年度は新型コロナウイルス感染症の流行・拡大により、法人の危機管理委員会、コロナ対策委員会が県や市の情報を収集し、法人としてのガイドラインを策定しています。現時点で3版改訂し、対策を丁寧に講じています。		

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。		
【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></p> <p>運営法人の中・長期計画があります。毎月の所長会議で説明があり、策定前に所長研修でプロジェクトチームと話し合いを行っています。しかし、職員全体に周知及び実施状況が明確にされていないと施設長は考えています。</p> <p>中・長期計画は、数値目標や具体的な成果を設定することなどがなく、実施状況の評価が行える内容に至っていないと考えています。</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></p> <p>事業所の単年度事業計画を策定していますが、法人の中長期計画の反映については弱い部分があると施設長は考えています。</p> <p>事業計画の内容は重点目標、重点課題が具体的に示され、実現可能なものになっています。毎月本部に収支に関して報告をしているほか、半年ごとに成果の確認をし、進捗状況を本部に報告をしています。</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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は常勤職員と話し合い施設長が策定しています。事業計画は毎月本部に収支に関して報告をしているほか、半年ごとに成果の確認をし、進捗状況を本部に報告をしています。</p> <p>事業計画について、常勤職員への周知は図られていますが、非常勤職員に向けての周知・理解を促すための取り組みの強化は今後の検討としています。</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>家族に対し、事業計画そのものの説明はしていませんが、主な内容(作業について、年間予定など)を話しています。利用者本人には、新たな行事など決定事項のある場合は分かりやすく説明をしています。</p> <p>家族には、連絡帳のやりとりで本人の作業の様子などを知らせ、理解を促すようにしています。事業計画について、本人、家族への説明は口頭で、資料などの配付による説明には至っていません。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画、個別支援計画作成、人事考課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。特に今年度は、新型コロナウイルスの流行拡大を踏まえながらもサービスの質を落とさないようにしています。</p> <p>事業所の自己評価は実施しておらず、事業報告をその位置づけとしています。第三者評価受審について、前は平成29年に行っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>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。事業所運営の優先順位や予算等を考慮し順次改善をしています。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。</p> <p>福祉サービスの質の向上に活かすため、毎年、事業所の自己評価を行う中で、改善の課題を明確にして、その改善策を実施していくことが期待されます。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>施設長の役割に関しては運営規定のほか、ワークス桜舎ルール(独自の業務マニュアル)に明記されており、職員に周知をしています。施設長は、事業所をリードする立場として方針と取り組み目標や内容について職員に伝えています。</p> <p>緊急時の施設長不在時の権限委任や対応に関しては緊急時マニュアル、ワークス桜舎ルールなどに明記をしています。事業所の配布物などでの施設長の役割と責任についての表明については至っていません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の基本方針の中に、法令遵守の徹底があるほか、施設長は毎月の所長会議での話し合いや、法令遵守の説明会に出席し、十分な理解をしています。</p> <p>職員には入職時研修やエリアマネージャーによる説明の中で法令遵守の重要性について理解を促しています。法令遵守について記載があるハンドブックは全職員に配付し、セルフチェックができるようにしています。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
【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。	b
<p><コメント></p> <p>施設長は事業所の将来性と継続性という基本的な課題を常に視野に入れていきます。施設長は打ち合わせや会議で気づいたことを伝えたり、現場で利用者支援や日常業務に関するアドバイス、提案等行っています。</p> <p>ワークス桜舎ルールには、職員から改善や提案された事項で、職員の共通理解が必要な事項についてワークス桜舎ルールに加えることが明記されています。福祉サービスの質の向上に向けて取り組んでいるものの不十分で、施設長のリーダーシップをさらに発揮していく必要があると考えています。</p>		
【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。	b
<p><コメント></p> <p>常勤職員不足で、毎年組織体制作りに苦慮しています。施設長は会議で課題や改善に向けた方向性を示し、業務の効率化、事務量の削減、事務時間の改善、休憩のとり方など働きやすい環境づく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。</p> <p>非常勤職員に対し、業務や役割りの見直しを図るほか、利用者支援にもさらに関わってもらうような体制作りを検討しています。今後の取り組みが望まれます。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>福祉人材の採用については法人人事部が中心に行っています。県央福祉会職員倫理行動綱領があり、法人の職員として期待する職員像を明確にしています。</p> <p>介護福祉士、ヘルパー、社会福祉士などの資格を有する職員もおり、利用者支援に活かしています。常勤職員不足で、毎年組織体制作りに苦慮しており、計画に基づいた人材の確保や育成には至っていません。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人の人事規定があり、キャリアパスや異動、昇進など人事基準が明確になっています。毎年10月に職員の意向調査を行い、異動、退職など確認をしています。法人で集計し、必要に応じてエリアマネージャーか施設長が面談しています。</p> <p>職員が自らの将来に見通しを持った働き方ができるよう、今年度から人事考課の新しい取り組みが始まっています。今後の効果が期待されます。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>施設長は働きやすい環境作りに取り組んでいます。職員の就業状況や意向は毎日確認し、一人ひとりの状況や意向に合わせて調整しています。休暇の取得も推奨しています。年2回のストレスチェックは全職員に実施しています。法人に「心の相談室」があり、職員は希望すればカウンセラーによる面談ができます。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、育児休暇は男女に関係なく取得ができます。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>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。今年度から、チャレンジシートに代わる新たな人事考課の取り組みが始まっています。パソコンソフトで自らの目標設定・管理をしています。今後の効果が期待されます。チャレンジシートを使用していた時の施設長面談については、業務の関係により、不定期な実施となっており、進捗状況や目標達成度の適切な確認は不十分な面があります。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>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。研修計画は法人の研修部が作成し、見直しをしています。1～8等級の階層別研修のほか、エリア主催、部会主催（生活介護部会、就労支援部会など）、委員会主催（安全運転管理者委員会、人権委員会など）の専門分野別研修があり、該当する職員が受講できるようになっています。</p>		
【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。	b
<p><コメント></p> <p>職員の知識、水準を職員データや人事考課等で把握しています。新任職員にはOJTを行う体制があります。階層別、専門分野別研修で職員の職務や必要とする知識・水準に応じた幅広い教育・研修が行われています。非常勤職員に対しては、入職時にエリアマネージャーが研修を行います。その後の育成に向けた事業所内研修の必要があると施設長は考えています。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れマニュアルがあり、希望があれば受け入れが可能ですが、これまでの受け入れ実績はありません。支援学校や中学校教員の実習受け入れの実績があります。</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。		
【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> 事業所が開設したホームページで、理念や方針、提供するサービスの内容等を公開しています。また、法人の広報誌で事業計画、事業報告、予算決算情報、苦情・相談の体制や改善・対応の状況について公表しています。地域に向けては「地域の皆様へ…」という印刷物を作成し、ポスティングなどで配布し事業所で行っている活動を紹介したり、印刷の宣伝もしています。利用者・家族へは毎月「桜スケジュール」を利用者とともに印刷し、事業所の活動や方針を伝えています。		
【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、経理等、業務全般のルールを「ワークス桜舎ルール」として所長が作成し、職員間で閲覧・確認・改訂できるものとなっています。事業所の経理、取引等については、毎月、試算表を作成して法人本部へ送っています。内部監査は2、3年に一度実施しています。会計事務所による外部監査は、法人全体を回って実施しています。		

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。		
【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> 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っています。事業計画書・事業報告書・重要事項説明書等で、地域との関わり方について、基本的な考え方を明記しています。地域での様々な団体による活動案内やイベント、祭りなどを掲示して利用者に提供しています。事業所や利用者への理解を得るために、地域の人誰でも参加できるカフェを、医療・介護・福祉関係者等と連携して定期的に開催しています。		
【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
<コメント> ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化しています。地域の学校教育への協力について明文化したものではありませんが、ボランティアセンターや対象の学校にて基本姿勢を説明しています。ボランティアに対して研修・支援を行い、社会福祉功労者大会では長年の活動を表彰されたボランティアもいます。地域の中学校の支援クラスの教員を、夏休みに受け入れ、学校教育への協力も行っています。		

II-4-(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><コメント></p> <p>地域の福祉サービスを提供する関係機関・団体の機能や連絡方法を把握しています。利用者の状況に対応する社会資源のリストは作成していませんが、個々の利用者については関係機関等の連携は適切に行い、職員会議で説明するなど、職員間での情報の共有が図られています。また、地域の医療機関、他法人の障害者施設、高齢者施設、社会福祉協議会、民生委員等とネットワークを作り、3ヶ月ごとに会議を開催するなどして、地域での連携を深めています。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
【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
<p><コメント></p> <p>事業所は、法人の基盤がある地域で、地域とのつながりが強く、具体的な福祉ニーズや生活課題を把握する取組が積極的に行われています。自治会、地区社協、社会福祉法人、老人クラブなどと連携して、高齢者、障害者、児童全てを包括した窓口「ここさぽ」に参加し、地域住民との交流活動を続ける中で福祉ニーズ等の把握に努めています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>多様な機関と連携して、地域の包括的な福祉窓口である「ここさぽ」に参加し、誰でも参加できる認知症カフェの開催、子供会連絡協議会の親子陶芸教室への協力、住民や関係者向けの広報活動、常設ロビーの運営など様々な地域貢献活動を行っています。また、相談支援事業所やグループホームと連携して、利用者の安否確認の方法等を確認し、災害時における支援の取組を行っています。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施についての基本姿勢を明示し、職員が理解し実施するための取組を行っています。職員の入職時に理念や倫理綱領を説明し、年に1、2回、倫理綱領の読み合わせをして理解を深めています。利用者を尊重した福祉サービスに関する基本姿勢を、個々の福祉サービスの標準的な実施方法を示した「ワークス桜舎ルール」に明文化し、職員に周知しています。また、利用者尊重や基本的人権への配慮に関する研修を実施し、職員会議でも話し合っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の「倫理行動綱領」と「倫理行動マニュアル」を職員の入職時に配付し、研修で利用したり職員会議で随時読み合わせを行っています。利用者は個別のロッカーを使用し、各自で施錠しています。利用者は、作業場とは別に、相談室や2階の空き部屋、別棟の部屋を利用してくつろぐことができます。利用者家族に対しては、入所時と面談の時などに、利用者へのプライバシー保護についての取り組みを伝えています。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や事業所の特性等を紹介したパンフレットを、関係する相談支援事業所や学校などに配布しています。カラフルな「地域の皆様へ…」を事業所で印刷し、地域にポスティングして事業所を宣伝、紹介しています。利用希望者には、個別にていねいな説明をしています。年間に20～30名の見学者があり、一日利用などに対応しています。また、利用希望者への情報提供については適宜見直しを行っています。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>事業所は従たる事業所「ICTセンター」と2箇所の事業展開をしていて、利用者には両方を体験してもらい、作業所を決める方法を取ることもあります。入所時の利用契約書やイベントのお知らせ、毎月のお知らせ、旅行の中止、給食業者の変更などは振り仮名を振ったプリントを配付し、家族にもわかりやすく説明しています。サービスの変更時には、家族面談や家族会などで説明し、同意を得て記録に残しています。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>同法人内の他施設に移行する場合や、他法人の施設等へ変更する場合には手順が異なる場合がありますが、ケースバイケースで対応し、支援関係者が集まって話し合いをするなど福祉サービスの継続性に配慮した取組を行っています。事業所でのサービス利用が終了した後も、担当者や窓口を設置し、その後の相談方法や担当者について説明をしています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
【33】	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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者満足を把握するための仕組みは整備されていませんが、モニタリングにおいて、利用者の満足度やニーズの充足度の項目を設け、利用者満足を把握して支援に活かす取組をしています。利用者満足に関する調査の担当者を設置し、調査結果を分析・検討するために、利用者参画の検討会議を開き、具体的な改善を行うことが期待されます。</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。		
【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>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われています。重要事項説明書で「苦情の受付について」の項目で苦情解決責任者等について明記し、事業所内に掲示しています。また、苦情受付ボックスを事業所内に置いています。利用は少なく、直接に管理者や所長に携帯電話で連絡が入ってくると対応しています。</p> <p>苦情内容は「事業報告書」の苦情報告の項目に掲載し、法人へ報告しています。これまでのところ、大きな問題がなく公表した事例はありません。利用者や家族に周知する苦情受付先は、最新版への更新が望まれます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者が相談したい場合の方法や窓口について、利用開始時に説明し、事業所内に掲示しています。利用者は相談内容に応じて、相手を選んで意見を述べたい時に、携帯電話などで相談しています。職員は相談室や作業に使用していないスペースで相談に応じたり、近隣をウォーキングしながら話を聞いて、利用者からの相談に応じています。</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>利用者からの意見や要望を受けた時の対応マニュアルを整備しています。報告の手順、フォーマットへの記録、対応策の検討など、迅速に対応しています。身体状況から朝に起きられない利用者に対しては、作業開始時間が違うことを、他の利用者に納得してもらい事業所に通いやすいようにしています。また、集中力が持続できない利用者には、その都度仕事のやり方を変えて作業に励んでもらうなど、利用者からの相談に応じて具体的な支援を行い、福祉サービスの改善につなげています。</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。		
【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>法人がリスクマネジメントに関する「危機管理委員会」を設置して体制を整備し、インシデントは法人内報告、事故報告は公共機関へと定めています。事業所内の事故発生時の対応は「事故発生と事後の処理について」「緊急時の対応マニュアル」で職員に周知しています。ヒヤリハットやインシデントについては「緊急事態対応チェックシート」に記録し、再発防止に向けた対応や取組を職員間で検討して再発防止に努めています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>感染症の予防と発生時等の対応マニュアルを作成し、体調不良者が出た時は保険衛生記録に記録しています。職員会議で感染症の予防や安全確保に関する情報を周知していますが、勉強会等の開催はしていません。感染症の予防策を講じていますが、事業所の建物のハード面において三密を避けられない構造になっているため、消毒の徹底や定期的な換気等の予防策の工夫が期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>災害時の危機管理に対して「防災マニュアル」を作成し、対応体制を決めています。法人のシステムにより、職員は一斉メールで安否確認ができる仕組みになっています。災害備蓄品としてヘルメットやカンパン、水などを用意しています。法人が防災計画を整備し、隔月で避難訓練を実施しています。ハード面で、立地条件から災害の影響を把握したり、耐震措置を実施する、設備等の落下防止策を講じることなどが期待されます。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>ワークス桜舎ルールがあり、標準的な業務の流れのすべてが確認できます。その他、文書化、マニュアル化について部分的であり、全般的になされておらず整備が急務と考えています。ワークス桜舎ルールについても内容は充実していますが、活用しきれていない部分があります。マニュアルに基づいた適切な対応ができるよう、訓練や会議での再確認を行っています。救急救命法の受講もしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者支援について、毎月の支援会議で検討されています。個別支援計画は新しい利用者については定められた手順でモニタリングや評価を行いました。職員の異動や退職等もあり、通所年数が長い利用者への定期的な検証・見直しは今年度は不十分な部分がありました。来年度以降の体制の充実が期待されます。</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。		
【42】	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画策定の責任者はサービス管理責任者です。本人、家族から希望や意向を聞き取り、それに基づきアセスメントをし個別支援計画作成をしていきますが、その過程の記録に不十分な面があります。個別支援計画の書式には「就職したい」「将来はグループホームで生活」といった本人や家族の意向が記載されています。記録のとり方について、ワークス桜舎ルールの中で、個別支援計画に基づいた記録をすることをルール化していますが、上手く機能していません。</p>		

【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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書式は目標達成状況の項目、評価欄があり、6ヶ月ごとに本人・家族とモニタリング面談を実施することになっています。モニタリングに際しては職員以外、自立支援センターや障がい者自立支援相談事業所の職員の参加を得ています。</p> <p>職員の異動や退職等もあり、通所年数が長い利用者への定期的な検証・見直しは今年度は不十分な部分がありました。来年度以降の体制の充実が期待されます。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況などは、利用開始時の基礎調査票、緊急時対応利用者個人情報カードなどの提出により把握しています。利用者の作業状況など、事業所での様子は援助履歴一覧や業務日誌に記録をしています。記録のとり方について、ワークス桜舎ルールの中で、個別支援計画に基づいた記録をすることをルール化していますが、上手く機能していません。朝の申し送り、支援会議等職員間の情報共有は密に図っています。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>記録管理の責任者は法人の理事長、個人情報保護管理等の管理者は常務理事、監督者は各事業所所長と定めています。</p> <p>利用者の記録等個人情報に関するものは全て事務所の鍵のかかる書庫に保管管理をしています。廃棄については5年保存後と規定がありますが、開所から現在まで廃棄はしていません。個人情報の取り扱いについて利用開始時に家族に説明し、署名・捺印を得ています。</p>		