

第三者評価結果

事業所名：アゼリアうみ風

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><コメント></p> <p>運営法人の理念、基本方針及び職員倫理行動綱領で利用者の人権を尊重し、法人として目指す方向、考え方を明文化しています。それらは、職員の行動規範となる具体的な内容になっています。職員には入職時の面談と研修で理念・方針の理解を図っているほか、事業所の中期計画や事業計画作成時に確認をしています。中期計画の中で「柔軟・ユニーク」が事業所のチームカラーとなるよう職員に周知をしています。理念・方針について利用者・家族には利用開始時に重要事項説明書等を用いて説明をしていますが、さらにわかりやすい資料で周知を図る必要があると管理者は考えています。今後も理念・方針の周知に向けた取組のさらなる工夫が期待されます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業全体の動向について、法人が主催している管理者会議等を通じて情報提供され、把握しています。事業所がある地域のニーズや潜在的利用者については、関係機関が発信しているインターネット情報を収集したり、県の福祉部障害福祉課や地域の相談支援センター等に確認し把握しています。また、福祉サービスのコスト分析や利用者の推移や利用率等について法人本部からデータが還元されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>コロナ禍の影響を受けて利用者のステイホームが続き、利用率がやや下がった状況が続いています。また今年度からスタートした生活介護事業については、建物の工期が大幅にずれ建物の引き渡しが始まる直前になったことから、計画的な募集活動が行えず、生活介護事業の利用率は4割程度となっています。利用率を向上させ、事業所としての収支を改善していくことが経営課題の一つとなっています。</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></p> <p>中・長期計画については法人が策定（訪問調査時点では最新版は未策定）し、法人の理念や基本方針が明確になっています。法人の理念や基本方針をベースに、事業所が具体的に目指す方向について独自の「アゼリアうみ風に事業をより発展させるための行動計画」を作成し、利用者にとって魅力ある事業所づくりに取り組んでいます。計画の達成状況については職員会議等で確認し、話し合いながら取り組んでいます。計画は必要に応じて見直しをしていく予定です。</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

<コメント>
単年度の事業計画は法人が目指す理念・基本を踏まえて策定されていますが、運営法人の新しい中長期計画はまだ未策定のため、中長期計画を反映したものとはなっていません。単年度の事業計画には重点課題を明確にして実施に取り組んでいます。事業所独自に作成した「アゼリアうみ風に事業をより発展させるための行動計画」には、事業所が利用者にとって魅力ある活動の場として安定した事業を展開していくための取り組むべき課題を明確にして、年間の実施スケジュールを作成しています。取り組み状況について職員会議等で確認しています。今後の取組が期待されます。

(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>
事業計画については、職員会議において前年度の振り返りを行い、職員の意見を反映させながら、策定しています。今年度の計画には、職員から提案のあった「事業所としてユニークで独創的な取り組み」として休日活動の充実を取り入れています。利用者の豊かな生活に向けて、トランスフィットネスや生産活動以外のレクリエーションや絵画や音楽を取り入れた活動を実施しています。

【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>
事業計画の主な内容について、利用者向けの朝礼・毎月の利用者さん会議などで口頭で説明していますが、事業計画全容について、文書で利用者や家族に配付・説明していません。レクリエーションなど利用者が参加する活動計画については、わかりやすく工夫して文書で配付し、利用者へ周知しています。家族会については実施していません。

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>
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。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、前回は平成30年に行っていません。

【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

<コメント>
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。事業計画の振り返りのなかで課題について、職員間で共有しています。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。行動計画では福祉サービスを向上していくなかで事業所の課題として、生活介護事業の安定化、作業面積に対する人員配置の見直し、事業所の収支改善などが挙げられています。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。

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
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 管理者の役割と責任について、広報誌等に掲載していますが、表明は実施していません。年度始めの職員会議等で、事業計画の説明を行うなかで、管理者の方針や思いを表明し、重点課題について職員に理解・同意を得ています。組織面ではチームワークを大切にし、全職員が支援サービスだけでなく事業所運営に必要な情報を共有しながら、目標達成に向かって取り組めるような環境づくりを目指しています。</p>	
<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><コメント> 運営法人の基本方針の中に、法令遵守の徹底があるほか、管理者は、福祉サービスに関連する法令等（事業指定に関するもの、権利擁護に関するもの、食品衛生に関するもの）は日頃より読み込みを行い、幅広く正しく把握・理解するように努めています。職員に対しては、入職時研修のほか、法令遵守への理解を深めるため職員会議において関係法令・法人規則・規定類の読み合わせをしたり、解説をして周知しています。</p>	
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
<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><コメント> 管理者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。福祉サービスの質の向上については、利用者の障がい特性に合わせた専門性の高い支援を行うことを重点課題の一つとして取り組んでいます。毎日の朝礼・終礼や月2回開催している職員会議において支援上の課題の共有と解決に向けての議論を重ね、複数の視点をもって最善の福祉サービスの提供ができるよう、指導力を発揮しています。正しく状況判断できるよう、管理者は日々現場に直接支援に入り、携わっている職員と意見交換しています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント> 常勤職員不足で、組織体制作りに苦慮しています。事業所の経営面では、コロナ禍の影響等で落ち込んでいる収支状況を改善し、経営を安定化させることが課題となっています。収支状況に関する管理運営面での課題を把握・分析し、改善策を講じています。改善策の実施にあたっては、全職員が問題意識を持って行動できるよう具体的な改善方法を提示し、理由や目的を説明したうえで同意を得て実施しています。</p>	

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
<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>	b
<p><コメント> 福祉人材の採用や人員配置の指針や計画については法人が策定し実施しています。年度途中の事業所内での職員欠員補充については事業所裁量で非常勤職員を採用しています。常勤職員不足で、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。しかし、福祉サービスの経験豊富な非常勤職員を採用したことで今後の状況の改善が見込まれています。</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><コメント> 総合的な人事管理制度は法人が策定しており、理念・基本方針や人事基準が明確に定められており、職員に周知徹底されています。常勤職員の自らの将来の処遇について毎年意向調査を実施しています。事業所では常勤職員の休職等が続き、日常の人員配置や福祉サービスを提供するうえで他の職員への負担かかる状態が続いていますが、福祉サービスの経験豊富な非常勤職員を採用したことで今後の状況の改善が見込まれています。</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。

a

<コメント>

管理者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、本人の働きやすい立場（常勤・非常勤）を尊重しています。

(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>

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。法人の人事評価システムに基づき、年度始めに職員一人ひとりが目標設定し、目標達成に向けて取り組んでいます。半年ごとに面談を実施して目標の進捗状況などの確認をし、目標達成に努めています。人事評価制度は一次評価者、二次評価者により評価を行っています。目標の達成への取り組みを通じて人材育成につなげています。

【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。

a

<コメント>

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。

【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

<コメント>

個別の職員の知識、技術水準、専門資格状況等を把握しています。それらを参考に運営法人が取り組みしている階層別と専門分野別研修等に加えて、事業所内では管理者が必要と判断した研修や個々の職員が希望した研修に参加できるよう勤務体制について配慮しています。また、事業所内研修について職員の発表の場として設定し、職員は学んだことをまとめ、文章化し、言葉として発信することで確かな知識として習得できるよう取り組んでいます。非常勤職員が学ぶ機会の確保については今後の課題と考えています。

(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。

II-2-(4)-①
【20】 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>

ソーシャルワークの役割を担う福祉拠点として、次世代層に対して学習する機会を提供するよう心がけて受け入れています。昨年度の受け入れ実績は1名となっています。実習プログラムに関しては、学校側と打ち合わせ、有効な実習となるよう配慮しています。しかし、受け入れの際の説明や対応は慣例で行ってきており、実習生受け入れに関する基本方針の明文化や受け入れに関するマニュアルは作成していません。マニュアルに基づいた説明や対応が期待されます。

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。	b
<コメント> 法人の理念、基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報については、法人のホームページに掲載されています。事業所の概要については「障害福祉サービス等情報検索」などに掲載されており、公開しています。地域へ向けて、理念や基本方針や事業所の活動状況を説明した印刷物や広報誌等の配布は実施していませんが、関係する養護学校や相談支援事業所などには必要に応じて説明を行っています。	
【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、取引等に関するルール等については、権限・責任が明確にされ、職員に周知されています。経費について見直しした結果、給食食材取引先を変更して費用の軽減を図っています。法人の企画セクションより定期的に内部監査が実施され、適切な運営に努めています。法人本部において、外部の専門家による監査支援を実施し、監査支援等の結果などに基づき経営改善を行っています。	

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> 業務計画において、地域連携や事業所間の関係構築を計画し、地域の人々と利用者との交流することを予定していましたが、コロナ禍の影響でイベントや会議や訪問する機会を持つことができない状況が続いています。自治会に対しては、直接交流する機会がないことから、事業所の新規事業や作業活動などについてメールや電話でやり取りを行い、関係維持に努めています。	
【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。	c
<コメント> 他者との関わり方の難しさ、本人の意向など、利用者の障がい特性や性格を考慮し、現在はボランティア等の受け入れは行っていません。	
(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
<コメント> 利用者の状況に応じて対応できる地域の関係機関・団体リスト等を作成しています。ケアマネジメントが必要なケースが発生した場合は、本人の同意を得たうえで迅速に相談支援事業所などの関係機関と支援について連携を図っています。多い相談はホームヘルパーの依頼や訪問介護ステーションの紹介などです。コロナ禍であり、関係機関など定期的な連絡会は行っていません。	
(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 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> 現在、地域の福祉ニーズや生活課題についての把握は、行政、相談支援事業所、障がい者団体（家族会等）等との情報交換を通じて行っています。寄せられる地域の福祉ニーズのなかで、本人の抱えている問題や、家族の負担が大きいなど支援困難ケースがある場合は、信頼関係を築くため、職員が自宅を訪問することから始めています。	

<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。</p>	b
<p><コメント> 地域の福祉ニーズに基づき、今年度より従来の就労継続支援B型事業所に加え、多機能型事業所として新規に生活介護事業を立ち上げています。コロナ禍での制約もあり、地域貢献に係る事業・活動にまで取り組みを広げていくことは控えています。地域の防災対策として、住民の安全・安心のための備えや支援の取り組みは実施していません。</p>	

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>	<p>第三者評価結果</p>
<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・方針・ミッション・職員倫理行動マニュアル・職員倫理行動綱領など、利用者を尊重するサービス提供のための運営法人としての考え方があり、入職時には研修や面談で共通理解ができるようにしています。毎年策定する事業所の事業計画の中で、利用者を尊重した支援に努めることを明示しています。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、事業所の状況の把握・評価等は事業計画策定の際に行っています。職員会議の中でも必要に応じて話し合いをしています。

<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>	a
---	---

<コメント>
運営法人の個人情報保護規定があり、職員倫理行動マニュアル、職員倫理行動綱領に利用者のプライバシー保護の姿勢を明示し、周知をしています。事業所内のプライバシーを守る設備としては、トイレは男女別個室、相談室、事務室奥のベッドのある休養室があるほか、作業は必要に応じてパーテーションで対応する等配慮をしています。排泄支援が必要な場合は同性介助を基本としています。利用開始前の面談で本人・家族にはプライバシー保護を含め、常に利用者の立場に立ってサービスを提供することを説明・周知しています。

<p>(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。</p>	
<p>【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。</p>	b

<コメント>
事業所の情報提供ツールはホームページが主となっています。パンフレットの用意もありますが、現在、公共施設等への常置はしていません。養護学校の進路担当職員には、進路を検討している生徒への情報提供用として渡しています。事業所を紹介する資料はふりがなをふる、図やイラストを取り入れるなどの工夫・検討が必要と考えています。今後の取り組みが期待されます。毎月、利用希望者（家族）の見学や実習を数組受け入れています。

<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。</p>	b
--	---

<コメント>
サービス開始時には利用契約書や重要事項説明書等を用いて、事業所のサービス内容や個人情報の取り扱い、その他、事業所を利用するにあたっての基本的ルールなどを説明しています。説明時の質問には随時答えています。説明の同意を得た上で、同意書にサインをお願いしています。本人の理解が難しい場合は同席している家族から言葉を添えてもらうこともあります。今後は本人自身が理解できるように文書にふりがなをふる、平易な文章にしたものを用意するなど、分かりやすい資料の作成を検討しています。今後の取り組みが期待されます。

<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。</p>	b
---	---

<コメント>
転居、他の通所サービス事業所への移行等で退所する場合は、個人情報保護の観点から引き継ぎ文書は作成していません。利用終了後の事業所の相談窓口（管理者）についても文書でなく口頭で説明しています。移行先等に情報提供の必要がある場合は、本人・家族の同意を得て連携が取れる環境にしています。終結ケースのアフターフォローとして、電話で相談にのったり、グループホーム職員と連携しながら元利用者の現況を見極め再通所を勧めたり、レクリエーションに誘ってみたりと支援の継続の配慮をしています。

(3) 利用者満足の向上に努めている。

【33】 Ⅲ-1-(3)-①
利用者満足向上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>

利用者満足度に関する調査としては、定期的に受審をしている第三者評価での利用者アンケート意見を活用しています。今回のアンケートの総合満足度は回答者全員が満足・どちらかといえば満足と答えています。年2回、利用者との個別面談（家族の出席もあり）があり、その中でも満足度を把握しています。毎月の「利用者さん会議」には職員も出席しています。作業中にBGMをかけて欲しいとの意見が出ましたが、音に敏感、作業に集中できなくなる他の利用者への配慮も必要なため、昼食時にBGMをかけるという折衷案を示し、現在実施しています。

(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。

a

<コメント>

苦情解決の仕組みは法人として、苦情解決に関する規則、苦情解決事務手続き（マニュアル）、クレーム（苦情）報告マニュアル等整備し、苦情を受けた時から解決していくまでの体制を作っています。運営法人作成の「苦情解決事業ポスター」があり、第三者委員などの顔写真を載せるなどして、意見や苦情を述べられるのは職員だけでないことを示しています。意見箱設置のほか意見を記入できる専用の用紙も常置しています。事業所内だけで解決が難しい事例には、法人の苦情解決委員連絡会で解決に向け協議・検討ができる仕組みもあります。

【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。

b

<コメント>

利用開始前の面談では、利用契約書や重要事項説明書を用いて相談や意見を表す方法を説明をしています。管理者は今後は文章にふりがなをふるなど、利用者の障がい特性などへのさらなる配慮が必要と考えています。今後の取り組みが期待されます。本人から相談の意向があった時に応じる場所として相談室（個室）があり、落ち着ける環境でプライバシーにも配慮ができます。

【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>

本人から「話を聞いてほしい」「相談したい」等持ち掛けられた時は、必ずその日に応じています。話すことで気持ちが落ち着くような内容はケース記録、継続支援が必要な内容等は面談記録として記録に残しています。毎月「利用者さん会議」があり、例えば感染の不安を抱える方の意見に対して、玄関での消毒方法を強化して対応したり、「利用者さん会議」の記録を見たいとの意見には、会議録を掲示板に張り出すなど、意見に答えてサービスの質の向上に努めています。

(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>

事業者は法人が制定したリスクマネジメントシステムに基づき運営しています。安全確保・事故防止に関する法人研修を、必要な職員は受講しています。昨年度、事業所ではインシデントの発生はなく、ヒヤリハットは、転倒など5件発生しています。ヒヤリハット事例については、全職員に速やかに周知し再発防止に努めています。事故に関しては送迎車のテールランプ破損が1件発生しています。運営法人内の他事業所の事例も参考に発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施するようにしています。

【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>

法人が福祉事業を継続していくことを原則とし策定した新型コロナウイルス感染症予防に関するガイドラインに基づき、予防策を適切に講じています。事業所の出入り口で利用者・職員・来訪者に手指消毒を実施し、常時窓を開けて換気しているほか、生活介護事業所には空気清浄器を設置しています。さらに予防を徹底させるため、一日2回、（午前・午後）事業所内全室の消毒を実施しています。利用者にも食事の時は黙食するなど、協力をお願いしています。

<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。</p>	b
<p><コメント> 法人合同の防災訓練と合わせて年2回以上避難訓練を実施し災害時に備えています。事業所は災害マップでは津波は想定されていない区域となっています。職員及び利用者について安否確認システムを導入し、安否確認ができるようになっています。ただし利用者のシステムへの登録は任意なので全員が登録されていません。事業継続に関しては、職員が被災した場合の対策が未整備となっています。</p>	

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>	<p>第三者評価結果</p>
<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
<p><コメント> 運営法人作成の利用者支援マニュアルをはじめ、業務の標準化のための各種マニュアルのほか、事業所内の受注作業用マニュアルや製菓用のマニュアル等を整備しています。実習生受け入れ、記録に関することなどさらに必要と思われるマニュアルの整備について検討を始めています。マニュアル等は事務所にあり、職員が必要な時はすぐに確認ができるようになっています。マニュアルに基づいた適切な対応ができるよう、訓練実施や職員会議等で確認をしています。日々の業務に関しては、管理者が就労継続Bと生活介護両方の現場に入り、確認をしているほか、職員同士で確認し合ったりしています。</p>	
<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>	a
<p><コメント> 標準的なサービスを提供していくための各種マニュアルの見直しは運営法人が行っています。個別支援計画は半年ごとに評価・見直しをしています。事業所として標準的な実施状況の検証・見直しは月2回の職員会議のほか、気づいたことがあれば朝礼・夕礼でも確認をしています。管理者は、職員の意見や提案はまずやってみるということを大切にしており、サービス向上や業務改善につなげていこうとしています。利用者さん会議で出された意見や希望に関しても必ず検討・回答しています。</p>	
<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支援計画を適切に策定している。</p>	a
<p><コメント> 個別支援計画策定の責任者はサービス管理責任者の職員です。利用者プロフィール表からの情報把握、本人の現況、本人・家族を交えた面談により、思いや意向、課題の抽出をしています。個別支援計画書式には本人（家族）の希望欄があります。個別支援計画作成策定のため、サービス管理責任者だけでなく、支援員、看護師、相談支援専門員、ケースワーカー、グループホーム職員等とも連絡調整を行っています。支援困難ケースがある場合は、必要に応じて職員が自宅を訪問することもあります。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント> 年度初めに個別支援計画を立て、半年後を目安にモニタリングを行います。モニタリング時は本人・家族の面談のほか、グループホーム職員、ケースワーカーといった関係者や関係機関とも連携を図っています。個別支援計画の評価・見直しにあたっては支援会議で計画書の目標に対する支援内容（内容・留意点）の検討・分析を行い、さらなるニーズや課題の抽出を行って情報共有をしています。さらに丁寧に記録を残していく必要があると考えています。今後の取り組みが望まれます。</p>	

(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>

職員は、事業所内の情報を日々の朝礼・夕礼、情報共有ノートのほか、パソコン内の記録の閲覧でも共有しています。利用者一人ひとりの作業や活動の様子は、ケース記録としてパソコンに入力をしています。記録の入力は非常勤職員も行ないます。記録内容や書き方の差異が生じないように口頭での指示・確認を行っていますが、さらにマニュアルを整備をすることを進めています。適切な記録に関する今後の検討が望まれます。

【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>

運営法人の個人情報保護規程があり、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規程を定めています。職員は入職時研修で個人情報の保護に関する規程及びその他の関連法令を学び、遵守するよう誓約書を交わしています。事業所の記録管理の責任者は管理者です。個人情報の取り扱いについて、サービス利用前の説明時に法令に基づいた管理、対応を行うことを説明し、同意を得ています。