

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。	a
<コメント> 法人の理念はホームページやパンフレットに記載され、事業所の玄関ホール、作業室、職員室に掲示しています。 常勤職員には法人の新人研修で、非常勤職員へは入職時にエリアマネージャーから職員ハンドブックを用いて、理念と基本方針を伝えています。 利用者家族には4月の家族会総会で、事業計画や予算とともに、理念についての説明をしています。		

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。	a
<コメント> 毎月試算表で当月の予算と実績を記載し、所長のコメントを入れ、法人へ提出して経営状況を把握しています。法人の理事から赤字で評価が記載され戻されるので、次月意向の目標にしています。社会福祉事業の動向については、毎月の所長会議で理事長から話があります。地域の動向は藤沢市障害者福祉法人協議会に参加し、他事業所の情報を把握しています。		
【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。	b
<コメント> 取り組むべき課題としては、「利用者の出席率をどう上げていくか」であり、利用者にとって「来たい」と思えるような魅力ある施設作りに取り組んでいます。経営課題の解決・改善に向けての取組には至っていませんが、具体的・日常的な改善を進めています。 毎月の職員会議や毎日17時から行っている職員の打合せで、利用者の出席率を上げるための取り組みについて所長から話し、周知しています。		

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>法人で2019年3月までの中・長期計画(マスタープラン)は策定されており、それ以降は現在策定中です。</p> <p>中・長期計画は理念や基本方針の実現に向けた3つのビジョンを明確にしています。「①利用者サービスを実現するために。②職員の働きがい・生きがいを実現するために。③魅力あるサービス・健康な経営を実現するために」のビジョンについて法人の所長会議で説明しています。計画では、数値目標や具体的な成果等を設定し、実施状況の評価を行える内容までには至っていません。</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>中・長期計画(マスタープラン)を基に事業所の単年度計画を策定しています。中・長期計画の3つのビジョンや戦略目標を踏まえて、単年度事業計画の重点課題を記載しています。「事業所としてのユニークで独創的な取り組み」には事業所独自の取り組み内容を具体的に盛り込んでいます。事業計画には、評価を行いやすい数値目標は設定されていません。</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>毎年9月と3月に事業計画の達成状況の評価を行っています。9月末には中間報告書を3月末には事業報告書を法人へ提出しています。</p> <p>年度末の職員会議で事業計画のユニークな取り組みと今年度の課題について。職員の意見を書面を出してもらい、意見を反映した事業計画を策定しています。</p> <p>事業計画は文書で職員へ配布し、職員会議で所長から説明しています。計画期間中において、事業計画の実施状況を定められた時期、手順にもとづいて把握、その見直しを行っています。</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>利用者への事業計画の説明は、状態に応じて説明方法を工夫しています。分かりやすく説明していますが、利用者等が理解しているかの評価では難しく感じています。</p> <p>自閉症の利用者などは行事計画を伝えると不安になったり、混乱する場合がありますため、説明できないこともあります。家族へは、家族会で事業計画を書面で配布し、所長から説明しています。</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。		
【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。	c
<p><コメント></p> <p>平成28年に第三者評価を受審し、結果を公表しファイリングした報告書はいつでも内容を見ることができるようになっていきます。家族や利用者への周知は十分ではない状況です。改善点をPDCAサイクルに基づく評価、見直しなどサービスの質の向上に向けた取り組みは行われていません。</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>第三者評価の結果の課題や改善策については職員会議で職員間で話し合いをし、共有していますが、改善計画を立てての取り組み迄には至っていません。受審結果はファイリングしてあり、職員はいつでも見ることができるようになっていきます。</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>法人の職務権限規程に所長の職務内容が明示されています。職員会議で、所長会議の内容を説明し、文書化したものを回覧するなど所長としての役割を職員へ明確にしています。事業所の広報誌を発行していないので、組織内では役割を周知徹底できていません。危機管理規定に災害時の所長の役割や不在時の権限委任などが明記されています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>職員ハンドブックにコンプライアンスについて記載しています。コンプライアンスセルフチェックやコンプライアンスホットラインについても説明してあります。所長は毎月読んで理解しています。法令やルールに反した行動をした場合は、ヒヤリハットに挙げ、毎日帰りの打合せの時に読み上げて職員間で内容を共有し、法令遵守に努めています。</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>管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮しています。利用者の給与を上げるために、自主製品のバウムクーヘンの売り上げ向上のため、箱の改良を検討しています。</p> <p>使用している現在の箱より、見た目をよくするために専門家にデザインを依頼して制作する予定にしています。軽作業に新たな作業を入れ、作業内容をふやすことで、利用者が選択できるように取り組んでいます。</p> <p>福祉サービスの質の向上については、組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画するまでに至っていません。</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>管理者は、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ます。土曜日(休日)の活動については、利用者に対応する職員数の適正を考慮し、土曜日出勤の職員は振替休日を取るようにしています。</p> <p>毎日の業務を効率よく行い、残業を減らすようにしています。お互いの業務を手伝うようにして残業が減ってきています。残業する場合は、帰りの打合せで内容を申告する体制にしています。組織内に具体的な体制を構築することが今後の課題となっています。</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。		
【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。	a
<p><コメント></p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されています。</p> <p>常勤職員の採用は法人が行い、採用後は法人の新人研修を受けています。</p> <p>非常勤職員は、法人人事部を通してインターネット上に広告を載せて、事業所からは新聞折り込チラシで求人募集を行い、エリアマネージャーが面接を行っています。必要な専門職の配置も法人人事部で行っています。</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>チャレンジシートを用いて人事考課を行っています。チャレンジシートの成績・行動・能力などの欄に自分で目標と目標を達成するための具体的方法を記入し、所長か課長、主任など上司と面談し、意向の確認を行っています。</p> <p>中間と年度末に上司が達成度を評価し、法人本部へ提出しています。</p> <p>職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析祖、改善策に繋げる取組を行うまでにはなっていません。</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>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいます。</p> <p>就労状況は、予め登録したICカードを出・退勤時に事務室にある機械にかざし入力しています。管理職や事務員はパソコンから、職員の勤務状況を確認できるので、残業の管理指導ができます。</p> <p>育児休暇の取得も可能です。職員のストレスチェックを毎年行い、高ストレス者は、臨床心理士の面談を受けることができます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われています。職員一人ひとりが毎年チャレンジシートに成績、行動、能力などを記入しています。チャレンジシートは職位によって異なり、自分の目標と目標達成のための具体的方法を記入しています。</p> <p>記入後に上司と面談し、達成状況を評価しています。研修参加や資格取得などの希望も記載し、面談時に上司が確認し、可能な限り目標達成に向けた育成に努めています。</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>組織として職員の教育・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ます。法人で職員研修計画を作成し各事業所の該当職員が参加しています。</p> <p>昨年より研修方針が変更になり、入職時1年目から7年目までの研修や役職により異なる階層別研修があり、該当職員は必ず参加し知識、技術の向上を図っています。</p> <p>その他エリア別や部会別、委員会別の専門分野研修も企画しています。</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>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されていますが、個別的なOJTなど十分ではありません。</p> <p>法人で企画する階層別研修と分野別研修で該当する研修は常勤職員、非常勤職員が参加できるように勤務調整をしています。</p> <p>外部研修ではサービス管理者研修、強度行動障がい研修などに参加しています。研修内容は職員会議で発表していますが、研修レポートは作成されておらず、内容の共有が十分に行われていません。</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。	c
<p><コメント></p> <p>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ておらず、教育・研修が十分ではありません。</p> <p>施設として社会福祉士の実習を受ける資格を持っていないので、現在は実習を受けていません。社会福祉士だけでなく、他の専門職も含めた実習の受け入れを検討する事が期待されます。</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。		
【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> 法人のホームページには理念、事業計画、事業報告書、資金収支予算書などが公開されています。 事業所のホームページには事業所の紹介の他に、主たる作業のバウムクーヘンの製造工程の生地作り、焼き作業、袋詰めなどを写真入りで、分かりやすく説明しています。 その他の軽作業の箸の袋入れやアクセサリーの袋詰めなども写真入りで紹介しています。地区社協の広報誌に活動内容を掲載し、情報提供しています。		
【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。	b
<コメント> 経理については経理規定に基づいて適正な経理運営を行っています。年1回法人のホームページに財務状況を公表しています。 法人には外部監査が入っていますが、事業所は外部の専門家による監査を行っていません。事業所は年1回法人の事務局長や人事部、労務部などの内部監査があり、改善すべきことの指摘を受けています。		

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。事業所主催の「グランツ祭」を3月に実施し、160名を超える来場者がありました。 祭の案内チラシを利用者と一緒に近隣にポスティングをし情報提供を行い、近隣住民、自治会長、民生委員、ボランティアなどの参加があり利用者との交流が行われました。 また藤沢市役所、大庭市民センター、長後生協、茅ヶ崎養護学校などで行う販売会には利用者も一緒に出向き、交流する機会になっています。		
【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> ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されていますが、受入れについての体制が十分に整備されていません。「グランツ祭」では4人のボランティアにゲームコーナーの係をしてもらい、毎週3回1名のボランティアに箸の袋入れの検品などの軽作業補助をしてもらっています。 ボランティア受け入れに関するマニュアルなど文書化したものは整備されていませんが、個別に「利用者支援の心得」で個人情報保護などについて説明しています。		

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>利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しています。藤沢市障がい福祉法人協議会に属していて、地域の福祉について考え、市に要望書として提出などを行っています。</p> <p>知的障がいの相談事業所とも連携を図り、利用者のニーズに何時でも 応えられるように連絡取れる体制になっています。自治会に加入して地域の情報を得ていますが、会合などへの出席はできていません。</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>地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っています。藤沢市障がい福祉法人協議会に属していて、地域の福祉についてのニーズを把握したうえで、市に要望書などを提出しています。</p> <p>藤沢市役所には制度や補助金などについての相談をしたり、市の障害福祉課からは施設運営についての連絡を取り合うなど市との連携を密にし、福祉ニーズ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。	b
<p><コメント></p> <p>将来的には、より障がい重い方たちへのサービスを展開しようと、各団体の会合に参加し、情報を収集しています。年2～3回近隣のごみ拾いをビニール袋を持って10人位で実施しています。</p> <p>災害時の福祉避難所に指定され、80人分位の3日分の備蓄があり、受け入れ態勢を整えています。</p> <p>把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動などを計画等で明示するには至っていません。</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>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われています。</p> <p>入職時には、職員倫理行動綱領マニュアルや法人のハンドブックを用いて理念や基本方針をもとに研修を行い、利用者を尊重したサービス提供に対する共通理解に取り組んでいます。</p> <p>また、法人でも人権に関する研修を年1回行い、周知を図っています。非常勤の職員には法人のエリアマネジャーがエリア毎に研修を行い、標準的なサービス提供に努めています。</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>利用者のプライバシー保護に関しては、法人の個人情報保護規程やマニュアルを整備し、入社時に研修を行い理解を図っています。</p> <p>また、契約時には個人情報の説明を行い、同意書もらっています。トイレは同性介助を行い、利用者個人のロッカーには鍵がかかるようにするなど、利用者のプライバシーを守るような支援や設備の整備に努めています。</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>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供しています。法人のホームページや事業所のホームページに、事業所の案内や活動状況などを記載し、分かりやすく情報提供するような取り組みを行っています。</p> <p>また、作業所で製造したバウムクーヘンの販売会では、三つ折りのパンフレットを置いて周知に努めています。見学や実習については、養護学校や相談事業所からの要望依頼を受け積極的に受けています。見学者には、所長がパンフレットを用いて理念や基本方針を伝えながら案内をしています。</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>福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っています。</p> <p>サービスの開始においては、契約時に「重要事項説明書」と「サービス利用契約書」を所長が読み合わせをしながら説明を行い、署名もらっています。利用契約書にはルビを振り、利用者に分かりやすく伝わるよう配慮しています。また、契約内容に変更があった場合には変更同意書を発行し、署名・捺印をもらうこととしています。</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>施設・事業所の変更、地域・家庭への移行などにおいては、近年の事例はありませんが家庭や他施設からの受け入れも行っています。</p> <p>継続的に支援できるように施設間、家庭間、相談支援等連携を取って行う体制を整えています。作業内容の変更においては、利用者の希望を最優先に考え、心身の状況や生活習慣などを配慮して検討するよう心がけています。</p>		
Ⅲ-1-(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、取り組んでいる。	b
<p><コメント></p> <p>3年に1回、第三者評価を受け、利用者アンケートや評価内容の振り返りを行い、利用者満足の把握に努めています。</p> <p>半年毎に行う支援計画の見直しの際や、毎日の様子を伝え合う「連絡帳」でも要望があれば記入してもらい、満足向上に取り組んでいます。最近の事例としては、利用者が落ち着いて作業ができるように環境設定を変更するなど取り組みを図っています。職員等が利用者会や家族会等に出席して、利用者満足に関する調査実施説明や、把握した結果を分析・検討するには至っていません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>事業者には苦情担当者・苦情解決責任者を設置し、外部の第三者委員も合わせ、苦情解決の体制が整備されています。また、行政機関やその他の苦情受け付け機関を重要事項説明書に記載して契約時に口頭でも説明を行っています。</p> <p>事業所にも苦情受け付け先を掲示し、ご意見箱の「みんなの声BOX」も設置しています。苦情内容は、家族懇談会などで伝えることとしています。</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>利用者からの相談は、相談室や利用者が話しやすい希望の場所で面接を行うように努めています。職員からも、「どこが話しやすいですか？」と利用者に尋ね、利用者の意向を優先するなどの配慮をしています。</p> <p>事業所内に設置しているご意見箱の「みんなの声BOX」には、レクリエーションや宿泊旅行に対する希望などを記載したものもあり、日常的に活用されています。</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>利用者との毎日のコミュニケーションや、事業所内に設置しているご意見箱の「みんなの声BOX」を通して意見を述べやすいように配慮しています。利用者からの相談や意見に対しては、その日の職員の打ち合わせなどで報告を行い、対応することとしています。</p> <p>相談の記録や対策の検討などについては法人で定めたマニュアルに沿って行い、職員会議で周知に努めています。</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
<コメント> 事業所のリスクマネジメントに関する責任者は所長となっています。法人ではリスクマネジメント委員会を設置し、年度毎に法人内で起きた事故などについて分析し法人の機関誌に乗せています。 事業所ではヒヤリハットを作成し、その日のヒヤリハットは職員で話し合い、発生要因を分析し改善策・再発防止策を検討・実施するなどの取組を行っています。		
【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> 感染症の予防策に関しては、法人の「感染対策」・「日常での感染対策」・「感染病に懸かった時の対応」がマニュアルに掲載しています。 入職時の研修の含め周知に努めています。また法人内で感染症が発生した場合は、所長宛にメールで状況を伝え情報提供を行い、法人全体で共有し対策に取り組んでいます。また、保健所の研修に参加し、職員会議で研修内容を共有して共通理解を図っています。		
【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。	a
<コメント> 災害時の対応体制に関しては、法人の「支援者マニュアル一覧」を整備し、入職時に研修を行っています。年2回の防災訓練を実施し、連絡体制などの確認を行い迅速に対応できるよう努めています。 施設ごとに2～3か月ごとに避難訓練を実施して、利用者や職員の意識を高めているよう取り組んでいます。食料や備蓄などは備蓄リストを作成し、所長が管理者となり備蓄を整備しています。		

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。	a
<コメント> 福祉サービスの標準的な実施方法に関しては、法人で「職員倫理行動マニュアル」や「ハンドブック」を作成しています。法人の理念や基本方針に沿って利用者の尊重・プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢を記載しています。 入職時にはマニュアルをもとに研修を行い、共通理解のもとにサービスの実施が行えるよう取り組んでいます。		
【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。	a
<コメント> 法人作成のマニュアルや標準的な実施方法については、変更があった場合は毎日の打合せや職員会議で周知し、共通理解を図っています。 法人のマニュアルをもとに、個別支援計画や利用者からの意見や提案を反映できるよう、利用者や事業所に合った方法や手順を職員会議で検証や見直しを行い、適宜改善に努めています。		

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。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の策定責任者は所長としています。契約時に面接や、「利用者プロフィール票」をもとにアセスメントを行っています。</p> <p>障害の症状・医療機関利用状況・成育歴・家族構成・家庭での生活状況・こだわりや関わり方・利用者や家族の希望を踏まえた支援計画の作成に努めています。相談事業所やヘルパー事業所と連携して計画の作成を図っています。毎日の打合せや職員会議では支援状況の確認を行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>支援計画については半年に1度面談を行い、利用者、家族等からの要望や意見を聞きながら見直しを行っています。</p> <p>面談前には、作業室毎に職員が話し合いや振り返りを行い、見直しによって変更した内容については職員会議で伝え、周知を図っています。</p> <p>見直しにあたっては、利用者一人ひとりの心身の状態などを考慮して作成するよう努めています。</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。		
【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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化しています。</p> <p>毎日のサービスの実施状況は、「業務日誌」・「活動日誌」・「個別支援計画書」などに記載し、パソコン管理でいつでも確認できるようになっています。</p> <p>記入の際には、誰が見てもわかるような記入方法で、個別支援計画に沿った記述になるように努め、所長が日々の記録を確認して、必要があれば助言や指導を行い差異がないよう取り組んでいます。</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>利用者に関する記録の管理については、法人で個人情報保護規程を定めています。就業規則では、知り得た情報について第三者に漏洩してはいけない規則と明記しており、入社時に研修を行い周知に努めています。</p> <p>利用者の個人情報に関してはパソコンで管理し、パソコンにはパスワードを設けています。個人情報の取り扱いについては契約時に利用者と家族に口頭で説明を行い同意書をもらっています。</p>		