

## 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> 法人の理念や基本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。常勤職員は法人の入職時研修で、非常勤職員はエリアマネージャーから理念や人権についての説明を受けています。 利用者には入所時説明会で伝えていますが、わかりやすく説明できる資料などは作成されていません。職員会議で理念や人権に関する記事を月刊誌からコピーし、所長より説明しています。		

#### 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。	b
<コメント> 事業所の利用者の状況や経営に絡んだ出席状況などを「利用者出席等一覧表」で毎月職員会議で公表し、利用者のサービス利用日数、出席率などを確認しています。毎月自立支援協議会や神奈川県知的障害者福祉協会などに参加し、顔の見える関係になり、地域の福祉の状況を把握しています。 相談支援事業所からも利用者の状況を把握しています。福祉事業の動向や地域の各種福祉計画の策定動向について分析にまでは至っていません。		
【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> 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めています。利用者の出席率が平均82%のため、100%に近づけるよう取り組んでいます。 毎月事業所の収支を月次試算表で、所長のコメントを入れ、法人へ報告しています。法人の役員から理事長まで回覧され、法人からのコメントが記載され、戻ってきます。各事業所の収支を事務局長が一覧表にしてメール配信され、事業所間で情報を共有しています。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で中・長期計画(マスタープラン)が策定されています。マスタープランについては法人の所長会議で説明があり、策定前に所長研修会でプロジェクトチームと話し合いを行っています。マスタープランには法人の現状分析と5年後の3つのビジョンが明確にされています。ビジョン実現のための戦略目標を立て目標を具体化する取り組みが記載されています。中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどがなく、実施状況の評価を行え難い内容となっています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画の戦略目標を基に事業所で単年度事業計画を策定しています。職員会議で前年度の事業計画を渡し、職員からの意見を聞いて新年度の事業計画を策定しています。今年度の重点目標は6項目が具体的に示され、実現可能なものになっていますが、数値目標の設定までには至っていません。ユニークな取り組みとしては、大和市内の就労支援事業所と連携し、食堂業務を共同運営しています。</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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は年度末に職員会議で職員へ書面で配布し、職員からの意見を聞いて次年度の事業計画を策定しています。事業計画策定に職員等の参画や意見の集約・反映が不十分で、具体性に欠けることがあります。職員自己評価でも事業計画が適切に策定されているとの認識が薄い回答が見受けられます。事業計画は年度末に達成状況の評価を行い、事業報告書を作成し、法人へ報告しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族会は年4回実施していますが、毎年年度初めの家族会で、所長から事業計画についての説明を行っています。家族からは送迎や工賃などについての意見がでました。利用者にはワーク室ごとに事業計画の行事プログラムについての説明は行っていますが、利用者等がより理解しやすいような工夫や全体の説明まで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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年神奈川県からの自己評価を実施し、定期的に第三者評価を受審しています。毎年事業所の課題を抽出し内容を検討しています。第三者評価の結果は書面で職員や家族に配布し、知らせています。課題や改善点については職員と話し合い、改善に向け取り組んでいます。</p> <p>PDCAサイクルに基づき、評価結果を分析・検討する場を組織として位置づけ、質の向上に関する取組を行っていくことが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己評価や第三者評価の結果については、職員会議で説明し共有していますが、改善計画を立て、その評価結果にもとづく改善を組織的に取り組むまでには至っていません。</p> <p>第三者評価を前回受審したのは平成28年でしたが、改善策についての話し合いは職員会議で行っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の職務分掌に管理者業務について明示されています。管理者は職員会議で経営に関して利用者の在籍状況の話をし、管理者としてのリーダーシップをとっています。</p> <p>管理者は法人の危機管理室長もしていて、管理者不在の防災訓練を実施していますが、自らの役割と責任について組織内の広報誌等に掲載し表明していません。副主任がリーダーシップをとり、グループ毎に役割を決めて行っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は法令遵守の説明会や神奈川県の施設長会議に参加し、法令遵守を十分理解しています。業務上の人員の配置で、看護師、サービス管理責任者、安全運転管理者、食品衛生責任者など適正配置を行っています。</p> <p>看護師は喀痰吸引の指導者資格を有しています。コンプライアンスについて記載してあるハンドブックを職員へ配布し、コンプライアンス・セルフチェックが出来るようになっていきます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>所長は事業所の課題として利用者の健康面や高齢化などで作業が行えなくなったことなどを捉え、毎月の職員会議で支援内容などの検討を行っています。実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析には至っていません。</p> <p>また質の高いサービスを提供するには職員のスキルの向上を図る必要があるため、全職員が研修に参加できるように勤務調整しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月実施している職員会議で、「利用者出席等一覧表」などを示し、経営に関する話を職員にしています。医療的ケアの利用者が増え、吸引や胃ろうより高度な医療的ケアの対応が迫られており、職員の支援体制整備や新しい受注先を獲得し作業種類を増やすなどの改善に取り組んでいます。</p> <p>経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築することが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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>常勤職員の採用は法人人事部が中心になって行っています。人事部の新人職員の説明会と面接の後に1日の現場実習がありますので、実習の受け入れを行っています。実習時の態度や成績、人柄などの評価を管理者は行っています。非常勤の面接実習は事業所で実施し、エリアマネージャーが採用決定をしています。資格取得の条件を備えた職員には奨励や応募するなど取得に協力しています。</p> <p>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計画にもとづいた人材の確保や育成が課題となっています。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</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示されています。事務室の誰でも見れる場所に保管されています。</p> <p>毎年10月に職員の意向調査を実施し、異動や退職、勤務場所などの意向を聞いています。結果は法人人事部で分析を行い、必要に応じてエリアマネージャーか所長が面談を行い、直接希望を聞いています。個別の成果、貢献度の評価や処遇改善の必要性の評価・分析までには至っていません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ストレスチェックをパソコンを使用して全職員へ実施しています。結果は法人へ知らせた後、本人へ意向を聞いています。法人に「心の相談室」があり、2名のカウンセラーが対応しており、相談希望の職員は面談が可能です。</p> <p>パワーハラスメント防止に関する規定も作成され、職員に周知しています。職員の希望に沿った取り組みについてはまだ十分に行っていません。</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>&lt;コメント&gt;</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。職員がチャレンジシートの成績、行動、能力などの欄へ具体的な目標を記載し、所長(上司)者と面談し、内容についての話し合いを行います。</p> <p>年度末に目標の達成状況を記入し、管理者(上司)と面談し、上司からのアドバイスを記載し、法人へ提出しています。入職後1、2年目の職員は法人でチャレンジシート研修を受けます。職員一人ひとりの目標の設定に、目標項目、目標水準、目標期限を明確にすることが課題となっています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修計画は法人の研修部が作成し、事業所に年間研修計画が掲示してあります。法人研修は階層別研修と専門分野別研修に分かれています。</p> <p>階層別研修は役職別や入職後の年数により研修内容が定められています。専門分野別研修はエリア主催、部会主催、委員会同主催に分かれ、該当する職員が受講できる制度になっています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間の研修計画は事業所に掲示しており、職員は各自該当する研修を理解しています。階層別研修では新人研修や入職後の年数に応じた研修があり、該当職員は必ず参加しています。</p> <p>外部研修では、神奈川県知的障害福祉協会や重症心身障害児・者関係施設協議会主催の研修に参加しています。自主参加の研修の情報提供も行っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年、保育士・社会福祉主事任用資格・教員免許取得のための大学生の実習を積極的に受け入れています。実習受け入れ時には、副主任が注意事項や守秘義務についてのオリエンテーションを行っています。</p> <p>オリエンテーションマニュアルはありますが、その他の研修に関するマニュアルは整備されていません。管理者は明文化されたマニュアルの必要性を認識しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページには理念や基本方針、各事業所のサービス内容、財務状況などを掲載し、情報を公表しています。苦情や相談の内容は事業所で、まとめてはいますが、公表はしていません。</p> <p>法人の広報誌「レジオン・ヴィヴィ」で法人の方針や理事長の考え、事業所の様子などを掲載し、職員や利用者などに配布しています。</p>		

【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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の職務分担規定には常務理事、専務理事、事務局長、エリアマネージャー、所長の業務内容などが明示され、職員へ周知しています。事業所の「職務一覧」には会議、支援、行事などの職員の担当が明示されています。</p> <p>法人の内部監査が予告なしに行われ、財務、経理、労務関係の書類などの確認を行っています。外部の監査法人からも事業所の経理内容を見てもらっています。</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。		
【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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>大和市民祭りや相模三川公園せせらぎ祭り、大和シリウスでの手作り雑貨クラフトフェア、養護学校のお祭りなど地域の行事で販売会を行い、利用者と一緒に参加し、地域住民と交流を行っています。また大和市の女子サッカーチームの「大和シルフィード」の応援施設のスポンチーノで帽子などのチームグッズの販売も行っていきます。</p> <p>事業所で開催した「菜の花マルシェ」には近隣住民、福祉関係者、学校関係者など約200名の参加があり、交流が出来ました。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>11月に「菜の花マルシェ」を事業所で開催し、民生委員や学生などのボランティアが20名位参加し、手伝ってもらいました。大和東高校合唱部の演奏やキッズダンスなどの催し物やバーベキュー、焼き鳥、カレーライスの販売などを行い、近隣からの来場者が200名位ありました。また作業での手芸品作りや音楽、レクリエーションなどにもボランティアに参加してもらっています。地域の学校教育等への協力については、その姿勢を明文化しておらず、学校教育への協力が課題となっています。</p>		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>所長は地区社会福祉協議会の役員をしているので、障害者向けのイベントで、お花見やボーリング大会、グランドゴルフ大会などを企画し、協働で行っています。</p> <p>行事予定は書面にて利用者には知らせています。また大和市自立支援協議会の防災担当もしていますので、毎月会議に参加して関係機関との連携を図っています。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
【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>&lt;コメント&gt;</p> <p>地区社会福祉協議会の会議に定期的に参加し、高齢者のニーズや情報の把握を行っています。非常災害時の福祉避難所に指定され、高齢者や障害者の受け入れを行うので、行政や地区社会福祉協議会と連携をし情報交換を行っています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>大和市と非常災害時の避難所防災協定を結んでいます。地震などの災害時に福祉避難所として高齢者や障害者の受け入れを行います。災害時の食料品などの備蓄を確保しています。</p> <p>社会福祉協議会主催の見学会を行い20名位を対象に障害者福祉についての説明と施設見学を実施しています。地域コミュニティの活性化やまちづくりなどには貢献できていませんが、養護学校から呼ばれて、父兄対象に講師として障害関係の話をしています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員に対して「職員倫理行動綱領」「倫理行動マニュアル」を入職時に配布し、研修で利用しています。また、知的障害者の人権擁護の宣言をかかげた「あおぞらプラン」を研修で内容の理解を深めています。</p> <p>県央東地区オンブズマンネットワークに加盟し、毎月2名のオンブズパーソンが施設を訪れ、利用者と面談しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「倫理行動綱領」「倫理行動マニュアル」にプライバシー保護と業務上の対応方法が明記されています。利用者の更衣室は男女別に分かれ、ロッカーは各自が施錠します。鍵は帰宅時に事務所で預かります。</p> <p>個人情報を使用する場合の例が示され、同意書をとっています。広報紙等で写真を載せる時はその都度、了解をとっています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営に共同参加している大和市保健福祉センターに、法人施設のパンフレットを置き、一般市民の目に触れ手に取れるようにしています。またイベントがあると掲示するようにしています。</p> <p>見学や相談は年間に約50件ほどで、パンフレットを渡し、活動内容の写真を見せたり、施設内を案内し、約1時間ほどかけて対応しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス利用契約書は、すべてフリガナがついており、利用者が理解しやすいようになっています。それでも理解が困難なことがほとんどなので、主に家族を、本人の代理ととらえ、説明しています。意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化されておらず、説明、運用が図られていません。</p> <p>本人の入所意思は口頭で確認しています。今後、説明方法や配慮の仕方をルール化することが課題となっています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の高齢化等に応じて、高齢者施設への移行に対応しています。その場合、相談支援事業所と連携し、移行先のショートステイなど体験利用に施設の職員が同行して、適切な施設か否かを確認しています。</p> <p>移行後も元担当者が訪問して様子を見に行っています。移行にあたっての手順を文書化することは今後の課題です。</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、取組を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者へのアンケートは実施していませんが、担当職員が意見や希望を日常的に聞きとっています。希望者が対象ですが、毎月オンブズパーソンが訪れ、利用者の声を聞き取り、その内容は施設にフィードバックされています。給食会議に利用者が参加し、意見を述べています。今後、自治会組織につなげることを課題としています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情受付から解決に至る仕組みができており、毎回丁寧に対応してきたことが記録で確認できました。内容は家族会に報告され、事業報告書にも記載されています。</p> <p>いずれも施設関係者や法人理事会あての報告なので、申し立てた利用者家族への配慮と記載内容を工夫しつつ、対外的な公表を検討されることが期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者は、担当職員にその都度、自由に意見を述べており、他の職員にも自由に意見を伝えられる環境となっています。</p> <p>これまでとりたてて文書で説明したり、掲示する必要性を感じてこなかったことから文書化したもの等はありません。利用者や家族から相談があるときは、必要に応じて、1階の相談室が使用されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見箱が玄関ホールに設置されておりますが、投函はほとんどないようです。相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等の整備には至っていません。</p> <p>相談意見は、主に担当職員が受けて対応し、日々の日誌に記録されています。利用者は給食会議に参加し、メニューの希望を言ったり、嗜好についての意見を述べています。また、外食の希望も多く出されるので、企画を具体化、予算化を行っています。</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。	b
<コメント> 事故のレベル内容に応じて、インシデント報告、事故報告書、交通事故報告書が作成され、対策の検討、実施がされています。虐待が疑われたり、交通事故など特別重大なインシデントは法人が事故検証委員会を立ち上げ、独自に対応をとります。 リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制整備には至っていません。リスクマネージャーは選任されていませんが実質上、副主任がその任を担っています。		
【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> 感染症対策は、法人のマニュアルで各事業所で標準化されています。利用者が感染した場合、職員が感染した場合など、ケースに応じて対応基準が定められています。流行期に感染予防や安全確保について、施設の看護師による情報提供、指導がされています。 今年度は、ノロウイルス感染予防と対応方法について勉強していました。		
【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> 所長を責任者とする非常時対応体制や、自衛消防(水防)組織が決められています。富士山噴火への対応もマニュアル化されています。利用者・職員の安否確認は「一斉通報システム」が導入されています。 備蓄品は現状利用者1日分なので、1週間分の備蓄を目標としています。また、災害後の「事業継続計画」策定も課題です。		

### 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。	c
<コメント> 理念や利用者尊重や権利擁護などの方針は、法人の職員ハンドブックに明記されていますが、日常の各部門における標準的な業務マニュアルがありません。 職員の入れ替わりがあっても、法人の理念や姿勢が日々の業務に具体化され、利用者への標準的な福祉サービスを継続できるように、業務マニュアルの整備が望まれます。		
【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> マニュアルは未整備ですが、福祉サービスの標準的な実施は、毎月の支援検討会議等で詳しく検証されています。半年ごとのモニタリングで、その検証内容が個別支援計画に反映されています。 標準的サービスの検証、見直しの時期や方法は今後、業務マニュアルに明記されることが望まれます。		

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。	b
<コメント> 所長のリーダーシップで、法人内で事例検討会が実施されています。ここでは支援困難なケースについて、支援方法や理解、妥当性などを報告しあい、サービス対象が異なる事業所職員からも意見を出し合い、施設横断的に学びあう場となっています。 利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めていませんが、日常的に毎月の支援検討会議で職種横断的に支援内容が話し合われています。		
【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。	c
<コメント> 個別支援計画は、サービス管理責任者が責任者として計画を策定し、毎月の支援検討会議の主催し、半年ごとのモニタリングを通じて計画の見直しを行っています。 サービス管理者研修で学んだ手順にそって実施されているのですが、施設として個別支援計画の策定から見直しまでのルールを明記した文書を整備することが課題です。		
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
<コメント> 記録書式は、法人ソフトの様式で統一されています。職員の書いた記録は、副主任がチェックし、記載方法などをそのつど指導しています。 常勤職員は全員、業務用アカウントをもち、法人からの連絡や情報を随時受け取ることができます。また、チャットワークを導入し、職員相互が業務連絡、情報交換できることになっています。		
【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> 施設のパソコンからデータをとりだせない仕様になっています。USBは法人が指定し登録されたもの以外利用できず、利用履歴もわかるようになって厳重な管理がされています。 スマホ等の撮影は厳禁、法人指定のデジタルカメラでのみ撮影が許可されています。SDカードもすべて登録されて、セキュリティが徹底しています。		