

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> 理念、基本方針が法人のパンフレット、ホームページ等に記載されています。法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえ、事業所ごとに使命や内容を明示しています。理念や基本方針は、会議などで説明して、職員への周知を図っています。年度初めの家族の会総会にて、理事長から理念などを、利用者家族等へ直接伝えていきます。事業所独自のパンフレットは内容が中心で、理念の記載がなく利用者や家族へ十分に伝わっていません。		

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> 社会福祉事業全体の動向や経営状況について、法人で把握分析しています。所長は法人での会議に参加して状況を確認し、毎月のスタッフ会議で伝え、職員と話し合っています。管理層は地域での特徴や変化等の経営環境や地域の課題を把握しています。福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等を月ごとに具体的に把握して検討・分析を行っています。		
【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。	a
<コメント> 経営状況や課題についてはスタッフ会議等で職員全体で把握し、設備、職員体制等の具体的な課題や問題点を明らかにして話し合っています。所長、主任と話し合いながら、優先度や可能性を決めて経費削減等について取り組んでいます。組織的な全体の課題等についても、リーダーを加えて取り組んでいます。		

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。	c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針の実現に向けた目標を示していますが、中長期計画を作成していません。法人で作成する中長期計画を基に策定することが課題となっています。利用率の目標設定等を行っています。職員も中長期的なビジョンが明確になっていると判断していません。</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>中長期的なビジョン・目標をもとに、年度初めに具体的な事業計画を策定しています。事業計画は法人の方針・重点目標をもとにして、事業所の取り組み、運営、業務施策等を策定して事業計画書に示しています。事業計画は重点目標などを具体的に示していますが、数値化した目標値を提示していません。</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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p><コメント></p> <p>決められた時期・手順にもとづいて、法人を中心に事業計画を組織的に策定しています。事業所では、事業計画についてスタッフ会議等で検討・周知しており、見直しも行っています。事業計画に沿った取り組みの状況等は適時に評価して、事業報告書にまとめています。事業報告書では利用者の状況や、職員の研修、満足度調査結果と共に重点課題の進捗も報告しています。</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><コメント></p> <p>事業計画を年度初めの家族の会総会や、定期的に行われている家族の会役員会にて事業所が説明・周知しています。事業計画を利用者本人に説明していますが、伝えることが難しいところもあり、理解しやすいような工夫が必要であると課題認識をしています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>サービスの質に関する満足度調査(チェックシート式)を毎年1回実施しています。調査結果を職員参加のスタッフ会議で共有して話し合い、改善に活かしています。第三者評価の受審は法人で計画して定期的な評価により、サービスの質の向上につなげています。評価結果は事業所で検討して活用し、法人でもまとめて改善に活かしています。事務担当からも状況をまとめた状況報告書を福祉医療機構に提出しています。</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>利用者調査の結果や県の監査、法人内監査、第三者評価の評価結果を元に、改善取り組みを行っています。評価結果から明確になった課題について、職員と共有化して、改善策をスタッフ会議で職員と検討しています。課題から重度加算の基準書、資格者を増やす対策などの検討につなげています。年に3回行う個別面談でも改善や評価結果をフィードバックしていますが、職員への周知は徹底できていません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>管理者の役割などについて「職務権限と義務に関する細則」に明記しています。所長は事業所の経営・管理に関する方針と取り組みを明確にして、年度初めに文章にて伝え、職員に周知しています。機関誌「燦燦」も使い、所長自らの役割や思いを伝えています。所長と主任が常に情報共有しており、所長の不在の際は主任に権限を委譲して、主任がその職務を行うようにしています。</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>遵守すべき法令等を、法令順守規程、及び倫理行動要綱に定め、職員倫理行動マニュアルに明示しています。所長が自ら研修に参加して、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者との適正な関係を保持しています。福祉新聞等を中心に必要な情報を集めて、法人よりメールで得た情報などを文書化して職員に回覧し、遵守する取り組みを行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>所長は支援業務の質の現状について、情報把握に努め、評価・分析を行っています。必要と思われる事は主任と話し合いながら、具体的な取組を明示して指導力を発揮しています。現場業務での質の向上について、主任を中心に具体的な取組を行い、職員を具体的に指導しています。主任と1名の職員が担当して、質の向上に関する情報収集と共有化を図っています。また、所内研修を原則月に1回開催して、職員の支援の向上に努めています。利用者支援の各グループから職員を出し、グループを超えてグループ内で気づき難い点についての事例検討を行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>所長は経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、法人の担当と相談して人事、財務等を踏まえ検討しています。事業者内ではスタッフ会議で、利用者確保や併用利用などの課題や事業所の収支状況を確認して改善の検討を行っています。改善活動には所長が積極的に話し合いに参画し、具体的な取組を職員に伝えていきます。</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>事業所の支援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を法人で確立しており、それにもとづいた取組が実施されています。人材については事業所からの要望を提出して、現状を把握しながら、確保をしています。常勤職員の確保は法人で行い、非常勤の採用は事業所に任されています。人材不足のため難しい状況ですが、法人の中でも当該事業所への人材確保は手厚くなっています。入職から1～2年目の職員に対してはさらに細かく状況を把握する為に、新人職員のためのグループによる面談を半期に1回ずつ実施して、定着を進める計画となっています。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人主導により総合的な人事管理を実施して配置・昇進などの人事基準を明確にしていますが、人事基準と評価・賃金への反映などの職員への周知に課題があります。法人の期待する職員像については、理事長や常務等より研修会等でも話があり、毎年書面やメール等にて提示されています。職員の意向調査が年に1回あり、各自の将来についての希望を聞き取り、その意向を尊重するよう努めています。</p>		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
【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><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みがあります。職員から随時に相談しやすい環境を作り年に3回職員と個別面談を行い、一人ひとりの状況を把握するようにしています。グループ会議、支援会議等での職員把握の他に、適時必要に応じて個別面談を行っています。法人では福利厚生会規約を作り、支給要件などを定め計画的に実行しています。有給休暇の管理や残業についての状況を常に把握し、働きやすい環境作りに努めています。職員のロッカールームを整備していますが、休憩場所確保が課題となっています。</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。		
【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>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等を行っていますが、今年度からの目標管理変更が職員に浸透していない状況です。職員のキャリアパスを明示しています。職員は年度初めに目標を立て、それを上司と確認しながら面談を行っています。中間面談ではその目標を振り返り、自己評価と共に上司から評価、主に期待される職務について等について話し合っています。年度末では一年を振り返り、来年度に向かってどのような目標を立てるかのPDCAサイクルにつなげています。</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>法人では教育・研修システム「明日のクラウド」を導入して、職員の教育・研修に関する計画・実施・評価を行っています。研修規定を設けて、法人の期待する職員像を明示し、研修を実施しています。事業所では必要な資格等を皆に伝えて研修につなげ、職員の勤務年数ごとのフォローアップ研修を設けています。個人の目標に沿った研修計画の他に、事業所独自の所内研修も実施しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>非常勤職員も含めた職員の教育・研修の機会が確保されて実施しています。階層別(経験年数別、役職別)研修やテーマ別の自閉症研修、成年後見研修等に職員が参加して、知識技術の向上に努めています。外部の研修情報などの情報を把握して、職員に掲示板やメールにて情報提供を行い、研修参加の機会を促しています。非常勤職員も研修に参加することが可能で、実績もあります。定期面談の際も、研修についての希望等の聞き取り等も行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について、実習マニュアルを作成して実習受け入れ体制を整備しています。実習生派遣元の要望(支援計画の作成)を聞いて、効果的なプログラムを用意しています。最近のコロナ禍の影響で高齢者施設での実習が難しくなり、学校側と連携を取りながら積極的な受け入れを実施しています。毎年定期的に20名弱の受け入れが増加しており、訪問時には実習生が利用者対応を行っていました。</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
<コメント> 法人の事業や財務等に関する情報について法人のホームページにて公開しています。事業所独自のホームページもあり情報提供していますが、公表頻度や内容で十分に提供できていません。県の障害福祉サービス情報公開制度に基づき事業所情報を公表しています。ボランティアや関係機関等に機関紙「燦燦」を送っています。事業所は年に1回、地域の皆さんに感謝するという意味でのお祭りを行い、地域からの参加を得ていますが現在は新型コロナウイルスの関係で保留となっています。		
【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> 職務権限及び義務に関する細則を設けて、職務分掌と権限・責任を明確にしています。年度末には次年度に向けての職務について明確に伝え、職員に周知しています。事業所における事務、経理、取引について、内部監査で評価を行っています。監査結果や指摘事項に基づき、改善を計画的に実施しています。		

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> 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていますが、積極的にできていません。地域とのかわり方の基本を文書化しておらず、利用者に地域の情報を十分に伝えていません。自治会に加入して、連合自治会主催の地域のお祭りにも参加しています。地域の医療機関を利用して、日々の活動の中で地域の商店や飲食店等を利用しています。近隣の特別養護老人ホームに、利用者がボランティアで車の清掃等も行ってきます。地域サロンに参加していますが、コロナ禍に伴い感染予防の観点から参加を自粛しています。		
【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。	a
<コメント> 「ボランティア受け入れに関するマニュアル」により、基本姿勢を明示して受け入れについての体制を整備しています。近隣の学校の協力を得て、行事の際に中学校の吹奏楽部に来てもらい事業所で演奏してもらっています。その際にはご家族、学校関係者等も含め多くの方に事業所に来てもらい、事業所や利用者を知ってもらう機会となっています。毎月、関係するボランティアに機関紙を渡しています。		

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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者により支援を提供するために、関係機関・団体の機能や連絡方法を把握しています。関係機関の情報を職員会議に提供して職員と共有しています。近隣施設協議会、県中央地区施設長会等の関係機関等に参加して連携をとっています。県知的障害者の当事者活動「はばたけ会」に利用者と職員が参加して、お互いの問題点を話し合っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人や事業所が実施する事業や関係機関・団体との連携、地域住民との交流活動などを行っています。法人では、外部の方を含めた研修会や事業内容報告等を行い、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めています。事業所は自治会に参加していますが、地域の方との接する機会は多く持てていません。年に1回の近隣の福祉施設と合同祭りを開催して、地域の方に来て頂いています。祭りではゲームコーナー、演奏会などの運営とともに事業内容について説明して、地域の福祉ニーズや生活課題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>法人では地域の福祉ニーズ等にもとづき、様々な公益的な事業・活動行っていますが、事業所独自の活動は十分でないと考えています。法人と連携して、寿町での献血・ライフサポート活動を行っています。地域の防災対策として、事業所は避難地域の指定を受けており、住民の安全・安心のための支援の取り組みを行っています。利用者の障害程度が高い関係で、地域との合同防災訓練は行なわれておらず課題となっています。</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>利用者を尊重した支援についての理念や基本方針、権利擁護、倫理規定を明示して、事業所で共通の理解を持つための取り組みを行っています。利用者調査の結果でも利用者を大切にされた支援であると評価を得ています。利用者の尊重や基本的人権などについて、具体的支援事例などを盛り込み事業所内研修を実施しています。事業所に外部講師を迎え、成年後見人制度や認知症について講習を行っています。</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>利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した「個人情報保護規程」を整備しています。職員の入職時には、プライバシー等に関するマニュアルを通じて周知しています。職員に対して総会などで説明するほか、個人情報保護の研修を実施しています。利用者個人ロッカー整備などを行い、日々の支援の中で個人情報保護やプライバシーに配慮した支援を行うようにしています。</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>法人が発行する資料で理念や基本方針、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資料を提供しています。文字の理解が難しい利用希望者に対しては絵などを中心に提示し、理解できるよう努めています。利用希望者に対して、見学・体験等はいつでも受け入れる体制ができています。希望者に対しては見学前にオリエンテーションで個別に説明し、必要に応じて写真や絵を使って対応しています。</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><コメント></p> <p>サービス開始時には、重要事項説明書を基本に直接説明を行っています。支援開始当初は職員が付きっきりで実習を行い、どこのグループに入るかを決めています。個別支援計画書作成時において具体的な説明を行い、変更する場合は面談において丁寧に説明を行っています。意思判断が困難な利用者には、利用者の目線を重視して、その合図や情報提供により判断するように配慮しています。利用者への説明の工夫や、配慮についてのルールを文書化することを課題としています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業所の変更や地域・家庭への移行等は少なく、継続性に配慮していますが手順と引き継ぎ文書を定めていません。引き継ぎの様式はありませんが、関係書類を示して説明し、それぞれに文書を作成しています。他事業所への移行の際は、担当職員間での情報共有を行い引き継ぎを行っています。事業所の変更時には、現在の状況を把握して頂く為に、事前に引き継ぎ事業所の担当者に見学に来てもらい確認するなど、関係者による担当者会議を重ねています。</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仕組みを整備し利用者満足の結果を把握していますが、その結果にもとづいて満足の向上に取り組んでいます。年度初めに定期的なアンケートにより、利用者・家族の意見を聞き取っています。アンケート結果を法人に送付しています。理事長や職員が家族の会等に出席しアンケート結果を説明し、直接家族からの意見を聞き取っています。利用者満足の調査について事業所内で検討していますが、利用者参画での検討会議の設置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>苦情解決の仕組みを確立して利用者等に周知しています。苦情解決の体制は法人で整えるとともに、事業所内では担当、外部委員を設置して対応しています。発生した苦情に対しては、対応策を講じて関係者にフィードバックしています。苦情を法人にも報告し、その情報を開示しています。最近では苦情がありませんが、過去には地域住民からの騒音、利用者家族からの支援方法についてあり、その対応と報告の仕組みが機能しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に、その方法や相手を選択できる環境を整えています。意見ボックスを設置し、相談室も設けて相談しやすいように整備しています。日頃より、何時でも誰にでも相談や意見を言えることが出来ることを利用者伝えていきます。相談したいことや要望がある時は、周りの環境に配慮しながら、話を聞き取る努力を行っています。相談場所として、相談室や空いている活動室を活用しています。利用者へのわかりやすい説明文書や掲示への工夫が課題となっています。毎日、連絡ノートを採用することで、家族からの意見等を伝える機会があります。</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>職員は、日々の支援において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいような支援を行っています。利用者からの相談や意見には、適切に傾聴に努めています。相談等の内容により、時間を取り場所を設けて個別に対応しています。家庭の悩み、グループでの悩み、活動内容についてなどの相談に応じています。意見箱の設置のほかに、アンケートも年に1回実施して、出された意見に対し迅速に対応しています。</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
<p><コメント></p> <p>安心で安全支援のためのリスクマネジメント体制を構築しています。「危機管理規程」「安全運転管理規程」や事故発生等のマニュアルを整備して、職員に周知しています。毎日、帰りの打ち合わせではヒヤリ・事故の項目を設けて、事例の収集を行っています。月に一度、要因分析と対応策の検討を行い、対応策を講じています。ほぼ全員の利用者の送迎のため、対象範囲が広く交通トラブルを防ぐために安全運転管理者研修を実施しています。</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>法人からの感染症対策マニュアル「感染症流行の場合の対応について」をもとに、「感染症予防チェックリスト」「ノロウイルス対応マニュアル」を事業所で整備して、感染症の予防策を行っています。利用者家族にも事業所の取り組みとして、書面を配布して説明するとともに、発生時等の緊急連絡ルートも整備しています。今回の新型コロナ対策に対して検討して対策を講じていますが、対応マニュアルの見直しには至っていない状況です。</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。	a
<p><コメント></p> <p>地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、「災害または災害などが予想される場合の対応について」「非常災害時の具体的計画」「自主点検リスト」により災害時の対応を定めています。非常食・防災備品等は担当者を設け、災害時を想定した予備の服薬や「非常食リスト(3日分)」等で管理しています。防災訓練は利用者の障害程度を考えています。避難時に利用者の誰かがトラブルにならないか、身体障害者の階段利用等の避難方法を考えた訓練を行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>サービスの実施について、重要事項説明書に「本人や家族との面談を実施し、本人のライフプランをもとに「支援計画」を立てることを明示しています。「活動支援」「生活支援」「家族支援」の3つの支援を具体的に計画しています。それらの計画をもとに週間プログラムを設定し、領域別の支援計画を立て、プログラムの提供を行うことも記載しています。身体介護・健康管理・相談助言・食事のサービスについても明示されています。サービスの提供の支援内容が、週間活動記録として本人・家族に提出されています。</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>感染症・健康・災害についてのマニュアル類はありますが標準的な業務マニュアルあるいは手順書がありません。支援の実施方法についての検証・見直しが、仕組みとして定められてはいません。研修や法人などからの情報により、サービスの検討や改善を行っています。自閉症の対応では、TECCH理論の実践を行い、組織的な取り組みが行われています。グループ会議・支援会議では、個別支援計画の内容、職員や利用者からの意見や提案が反映され、実質的に見直しを行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の策定の手順としては、年度末にアセスメントの案を作成し、家族本人と面談を行い、承認を受けた後に計画を完成させ、4月からスタートさせています。利用者に目を配り行動記録を取り、具体的な検討により、アセスメントを大切にしている取り組みとなっています。グループリーダーを中心に、支援に課題がある時などは、特にアセスメントを大切にしています。支援困難ケースでは、グループを超えて他のリーダーや主任も加わり、協力しながら支援会議を行っています。</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>個別支援計画は定期的に見直しをしており、必要に応じて変更や修正を行っています。個別支援計画アセスメント表を活用して実施しています。利用者の様子や支援内容のモニタリングが行われ、アセスメントの項目・特記事項などに利用者のニーズや課題などが書き込まれています。アセスメント表・個別支援計画双方に、所長・サービス管理責任者・主任・グループ合議・担当の承認欄があり、確認を行い共有できる手順になっています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>活動記録として、1日の終わりに作成される日誌、支援記録があります。記録は個別にファイリングされて、データでも内容は閲覧が可能となっています。グループを超えた情報共有のための会議としては、スタッフ会議・グループ間共有会議・グループ会議(=支援会議)が月1回行われています。記録内容には、記載者により差が見受けられます。指導に当たる職員の負担を軽減するためにも、記録要領などのマニュアル作成が期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人として、個人情報保護規定を設け、文書規定により文書の扱いなども規定されています。事業所では記録は施錠された資料室で保存されています。利用者及び法定代理人には、「個人情報の提供について」という文書で情報提供に関する同意を得ています。提供された情報の提供範囲や提供先、条件などを説明しています。一日の終わりに個人別「援助記録」を作成して、個別にファイリングして保存管理をするという手順になっています。記録管理の責任者設置や記録管理の職員研修が課題となっています。</p>		