

第三者評価結果

事業所名：つばさ

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> 法人の理念、基本方針はわかりやすく適切に明文化されています。事務所の見やすい場所に掲示され、確認しやすくなっています。新人研修等で職員に渡される職員ハンドブックにも記載され、さらに会議や研修会などで職員へ継続的に周知されています。この理念を踏まえたうえで、事業所の基本方針が作成されています。サービス開始時に、本人や家族へは、施設の目的と運営方針を掲載してある重要事項説明書を用いて丁寧に説明しています。さらに、わかりやすい資料などで利用者や家族へ法人の理念や基本方針を伝えることが期待されます。</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> 事業所では事業年度前に事業計画書を作成し、法人に報告しています。その中で地域的な制度条例や特徴・変化等を捉えて年度の重点課題を把握し、分析しています。また、法人の経営企画会議では各事業所の作業収入を集約しています。就労移行支援B型事業所など日中活動事業所において作業収入等のコストの分析や利用者数の推移などの動向を把握しています。さらに利用者工賃向上に向けて、単価の高い受注作業の情報共有を行っています。</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。	a
<p><コメント> 管理者が月次試算表を作成し、毎月の分析結果や経営課題を明らかにし法人に報告しています。経営課題は法人の経営企画会議で法人と共有しています。職員に対しては、月次試算表に基づき職員会議で、収支などの課題を周知しています。経営環境や職員体制、人材育成などの現状把握や具体的な課題の分析を定期的に行っています。また、支援報酬アップのため職員の研修を広く行っています。日々の活動に必要な支援者研修やサービス管理責任者講習などは法人主体で実施しており、職員に対して研修参加を促しています。改善すべき課題として、人件費削減のために時間外労働時間の管理を行っています。</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。	a
<p><コメント> 中・長期プランは法人として作成し、理念に向け多目標を明確に記載しています。内容について職員会議で現場職員には周知していません。施設としての単年度計画は中期・長期計画とリンクして作成されています。中・長期計画は施設の成果等の評価を行える具体的な数値目標や具体的な内容となっており、施設の状況に応じた見直しを毎年しています。</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。	a
<p><コメント> 法人の中・長期計画を踏まえ、事業所の事業計画を作成しています。単年度の事業計画は前年度末に作成され、法人の方針や使命が示されたうえで、今年度の重点項目、重点目標、重点課題等が示され、実行可能な具体的内容となっています。重点目標内に、1日あたりの実利用人数を12名とすることなど数値目標や具体的な内容が示された計画となっています。</p>	

(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>

事業計画の実施は、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されています。職員等の参画や意見の反映のもとに、施設としての重点課題について取り組んでいます。事業計画の評価・見直しは、あらかじめ定められた時期・手順が決まっており、評価結果に基づいて事業計画の見直しを行っています。前年度の事業計画書を振り返り、達成できたことや達成できなかったことを職員会議で振り返るようにしています。振り返りの評価に応じて、見直して作成しています。コロナにより前年まで余暇活動が制限されていたため、今年度は力を入れています。

【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。

c

<コメント>

事業所として利用者や家族に対して事業計画についての説明がされていません。今後は事業計画について分かりやすい資料を作り、家族会や利用者会などの機会に丁寧に説明し、理解を促すことが期待されます。

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>

現状認識として福祉サービスの質の向上が必要なことは職員間で共通の課題となっています。重点課題に対しての取組は、事業計画で重点課題が4点掲げられ、その中でアセスメントとモニタリングを定期的実施して支援の振り返りを行うこととしています。また、第三者評価等を計画的に受審していますが、PDCAサイクルにもとづく質の評価への取組が法人も含め組織的に実施されていません。今後はPDCAサイクルに沿って質の向上に関する取組が行われることが期待されます。

【9】 I-4-(1)-②
評価結果にもとづき組織として取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>

職員間で課題の共有化が図られ、組織として取組むべき課題を明確にしています。福祉サービス第三者評価等を定期的受審して、評価に取り組んでいます。しかし評価結果に基づいた改善についての取組は不十分であり、組織的な体制を構築して評価、改善計画を実施することについては、これからの課題となっています。

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

【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

<コメント>

管理者が事業所の責任者として、リーダーシップを発揮し、管理者の職務については職務権限規定等により明確になっています。日々、作業や利用者対応について必要に応じて中心となって活動しています。大災害時などの緊急事態についても管理者の役割と責任について明確にされています。しかし職員に対しての周知が十分されていないので、今後はさらに周知理解の促進が望まれます。

【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

<コメント>

遵守すべき法令等を法人の規則などで示しています。管理者は遵守すべき法令について正しく理解し、事業所運営を行っています。事業所の設置要件や、補助金申請なども管理者が主体となって対応しています。しかし管理者は近接する3施設を兼務して不在がちで、必要に応じて各作業が職員に割り振られ、結果として職員も法令順守についての知識が取り入れられるようになっていきます。わからないことがあった時には法人や関係機関に問い合わせるなどして理解を深めています。

(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

<コメント>

管理者や職員は利用者支援に対して、質の向上に意欲をもって取り組んでいます。利用者には福祉の枠を超えて、仕事をするために来ている、という意識を持ってもらうようにしています。法人や事業所として研修にも力を入れ、参加しやすいWebでの研修等も検討し、支援の質の向上に繋げています。管理者は受注作業の状況や利用者受け入れ状況の把握などを定期的に行っており、その都度現場職員からの報告や相談を聞き取り、必要に応じて協議する場を設け、中心になって解決に臨んでいます。

【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

<コメント>

管理者は法人に提出する月次試算表の分析から経営課題を明らかにし、受注事業の拡大など経営改善に努めています。管理者は職員と話す機会を大切に、チームの和を大切に、楽しく、働きやすい環境整備を目指しています。各作業室の担当職員の相互交流により、どの作業室でも担当可能とし、シフトの協力体制の構築をして、業務の安定的な運営を図っています。会議の効率化や記録の簡素化などに取り組み、成果を上げています。サービスの質の向上のために必要な人員配置や予算などを数字で示し、受注作業の獲得、売上向上を図っています。しかし経営改善に向けての職員の意識形成は難しいものがあります。今後さらに意識形成を図っていくことが期待されます。

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

【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

<コメント>

法人として事業所の設置要件に基づいた上で、計画的に人材確保に取り組んでいます。事業所の必要最低限の人材を割り出し人員体制を確保しています。長中期計画の中で利用者の増員とともに、職員の採用計画も立てています。ホームページやハローワークでの募集、各地域で開催される人材採用の相談会にも参加する等、職員採用に向けた取組を行っています。

【15】 II-2-(1)-②
総合的な人事管理が行われている。

a

<コメント>

法人が用意した職員ハンドブック等で法人の理念・基本方針に基づいた「期待する職員像」を明確にしています。採用・配置・異動などについて定められており、職員等に周知されています。人事管理は法人で行っていて、施設や職員を対象に仕組みを作っています。法人では職員処遇の水準や処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っています。職員の意向調査もあり、評価、分析も含めた結果などに基づき改善策を検討する仕組みがあります。

(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>

法人は年2回のメンタルヘルス対策について専門の窓口を準備しています。ワーク・ライフ・バランスへの配慮から、有給休暇の取得率アップに向けての取組を強化し、個々の職員の希望を確認して改善に努めています。月一度の職員会議と支援会議についても効率よく行うようにする等の工夫をしています。時間外労働は人事でデータを取っており、所定の時間を超えた職員には個別に管理者が話を聞く体制になっています。職員評価に関する面談を定期的に行っており、相談ができる仕組みがあります。

(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>

法人の期待する職員像についてはホームページや職員ハンドブックに明記しています。評価システムについては電子システムを使用しており、ここに定めた目標について、1次評価者・2次評価者による評価がされています。また、職員の異動希望等の、ヒアリングにはWEBによる意向調査が年1度取り入れられており、総合職志向や専門職志向、興味のある福祉分野などを選択することが出来ています。個々の職員の評価、分析についてもこれらのシステムのデータをもとに、定期面談をし目標達成度の確認を実施しています。

<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。</p>	a
<p><コメント> 期待する職員像について事業計画や職員ハンドブックに明記しています。また、職員の資格取得や研修については法人の研修部会が中心となって研修計画を策定して実施しています。常勤職員は年度別の階層別研修が確立しており、経験年数に合わせたスキルアップ研修が計画されています。研修報告書には管理者がコメントをすることになっており、その都度本人の理解度、成熟度などを確認しています。また、法人の研修委員会が毎回研修ごとにアンケートを取り、その研修について分析し、次年度のプログラムや進め方の改善に活かしています。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント> 資格取得者については法人でクラウド管理ソフトで把握しています。研修については階層別研修や職種別研修があります。外部研修に関しては研修ファイルに研修情報をまとめており、各々興味がある研修を見つけて管理者に承認をもらうことで受講することができるようになっています。国家資格の取得については法人側のサポート体制（資格取得助成制度、貸付金等）があります。コロナ禍の中で動画配信やWEB研修等、外部研修の情報も職員に周知し参加しやすいように努めています。しかし勤務体制から研修に参加することは難しいこともあります。職員一人ひとりが研修参加できる体制の整備が期待されます。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>【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。</p>	c
<p><コメント> 事業所としては実習生の受入れは行っていません。</p>	

3 運営の透明性の確保

<p>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 法人ホームページ、法人が発行する冊子に理念、方針、事業の情報等を掲載しています。事業計画、事業報告、予算等の情報は法人ホームページに公表されていますが、最新の情報への更新が期待されます。第三者評価結果は関連サイト内で閲覧可能です。苦情解決の仕組みを整備し、「苦情解決ポスター」を掲示し利用者へ周知しています。苦情、クレーム等が出された場合は、事業報告内で内容を報告しています。事業所独自のパンフレットはありますが、地域へ向けての配布はしておらず、地域に向けて活動内容等の情報発信は事業所独自では取り組んでいません。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント> 事務・取引・経理等のルールについては月一度の事務連絡会議で確認されており、権限については基本的に管理者で、管理者不在の場合には副管理者とルール化されています。しかし職員への周知については今一度なので、さらなる周知をされることが期待されます。具体的な経営改善については、法人主導で行われています。</p>	

4 地域との交流、地域貢献

<p>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 地域との関わりについては事業計画等で文書化されています。地域情報は掲示などで利用者に知らせています。コロナ禍の前は地域のイベントに参加していましたが現在は参加していません。</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。	c
---	---

<コメント>

ボランティアについては現在も募集しておりますが、ボランティア受け入れについてのマニュアルを整備していません。コロナ禍の前はボランティアの受け入れはありましたが、現在は活動していません。職員以外の方と協力して行う作業は利用者にとっては社会体験が広がり職員の方にとっても地域の方が入ることによって閉鎖的にならないなど良い点があります。今後、ボランティア受け入れの再開が期待されます。また、事業所として現在まで学校教育に協力した実績はありません。次世代育成のためにも協力体制を築かれることが望まれます。

(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。	c
---	---

<コメント>

受注作業の納品や作業分配などを行うためグループホーム、相談事業所等との関係を深めており、その中で地域情報を得ています。受注作業を広く受け、利用者にとって高賃金を得るための情報交換、ネットワーク化に取り組んでいます。今後、さらに地域と連携を深める取組が期待されます。

(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。	c
---	---

<コメント>

利用者募集や受注作業などで地域との交流があります。その中で地域のニーズを把握することはありますが十分とは言えません。また、現在はコロナ禍の為、地域行事の参加や地域住民との交流はありません。今後の再開が期待されます。

【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。	c
--	---

<コメント>

事業所としての取組はありません。

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

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
【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

<コメント>

法人は、『職員倫理行動綱領マニュアル』を作成し全職員に配布しています。法人の人権委員会により、定期的に全体研修が組まれています。利用者尊重や基本的人権への配慮については、職員会議で定期的に状況の把握・評価を行っています。特に留意してもらいたい点については職員会議で読み合わせをしています。入社時に全職員が研修を受け、利用者主体での支援を行うことを理解しています。事業所でも定期的に倫理行動綱領を確認しています。

【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。	b
---	---

<コメント>

『職員倫理行動綱領』の基本的理念で、法人として利用者の社会生活すべてに関わる「自由とプライバシーの守られる環境」を維持していくことを掲げています。職員は倫理行動マニュアルや職員ハンドブックを読み、また新人研修プログラムでも研修が行われ、職員はプライバシー保護に関する基本的な知識を理解しています。しかし利用者や家族に関して取組への周知は初めの契約時のみとなっており、プライバシー保護についての説明が十分とは言えません。今後は説明の機会を随時設け、丁寧な説明をして行くことが望まれます。

(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。

b

<コメント>

利用希望者が自分の希望に沿ったサービスを選択できるように、図や写真を入れてわかりやすい内容のパンフレットを作成しています。情報提供の資料については随時見直しをしています。今年度、新しいパンフレットを作成しています。養護学校の教諭の見学時や相談支援事業所を介しての見学時など見学者へ配布しています。見学はいつでも受け入れを行っており、管理者・職員が対応しています。見学後は体験利用も受け入れています。パンフレットを公共施設等へは置いてはいません。

【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

<コメント>

サービス開始時には利用者や家族等に重要事項説明書・サービス利用契約書で福祉サービスの内容について説明し、同意を得ています。利用者がわかりやすいように重要事項説明書にルビを振ったり、利用契約書第3条及び第4条における支援計画について説明した「サービス内容説明書」を準備する等、工夫しています。意思決定が困難な利用者の場合は、家族や成年後見人等から重要事項説明書・サービス利用契約書の同意を得て、利用者の個別ファイルに保管しています。

【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

<コメント>

利用者が就労を目指し、事業所の職員がサポートして就労援助センター等と繋がり、次に移行する場合は、協議の場を設けて引き継ぎを行っています。他の事業所への変更や移行については関係機関とも情報共有を行い、福祉サービスの継続性に配慮しています。移行先の担当者には必要時に情報提供することもあります。継続性に配慮した申し送り手順と引き継ぎ文書は定めていません。サービス終了時に、利用者や家族等が相談できるよう、担当者や窓口があることは伝えていますが、その内容を記載した文書はありません。

(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

<コメント>

利用者満足の上昇に向けて個別の面談をし、「どんな作業がしたいか」を聞いています。工賃は毎月手渡しで支給しており、その時に利用者一人ひとりと面接を行い、「この工賃でどう思うか」を聞き、金銭面での満足度を確認しています。個別支援計画作成時にも利用者や家族等から意向や要望を聞く機会を設けています。毎月の「利用者ミーティング」には職員も参加して、余暇活動に関するアンケート調査を行い、6月にラーメン博物館に行きました。利用者の意見を反映した余暇活動は評判も良く、今後も水族館やスポーツレクを企画しています。

(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。

b

<コメント>

苦情解決については、サービス利用契約書及び重要事項説明書で利用者や家族等に説明し、同意を得ています。事業所は苦情解決責任者及び苦情受付担当者、第三者委員の設置を整備し、「苦情解決ポスター」を作業室に掲示し、苦情受付・みんなの声ボックスを玄関に設置しています。事業報告書に苦情報告が1件あり、日付・苦情内容・対応が記録されていました。苦情内容に関する利用者、家族等へのフィードバックや解決結果等の公表は確認できませんでした。

【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

<コメント>

重要事項説明書のサービスの概要に相談支援があり、利用者には「生活、就職・実習、その他悩み事について個別相談の時間を設けます」とあり、利用者の家族には「当事業所の運営（支援・活動等）、その他悩み事の相談を随時受け付けます」と明記してあります。職員に対して相談したいときはいつでも話すことができ、作業室で話せないような相談や意見は相談室で聞いています。毎月の利用者ミーティングでは日頃利用者からの相談や意見をわかりやすく纏めて議題にしています。

<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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 職員は日常会話の中や毎月の利用者ミーティング、個別支援計画作成の個別面談等で利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、利用者からの相談や意見を積極的に把握しています。利用者から相談や意見を受けた時はすぐに対応できることなら対応し、他の利用者にも関わることなら職員間で終礼等で話し合います。検討に時間がかかる場合は利用者ミーティングの場で議題にしています。相談対応マニュアルは整備していませんが、法人から全職員に配布された「職員ハンドブック」「職員倫理行動マニュアル」を参考にしています。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>【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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 法人に危機管理及びリスクマネジメント委員会が設置され、体制を整備しています。事業報告書ではインシデント、ヒヤリハットは0件でした。作業内容により、危険と思われることは、怪我等しないように何度も注意し、未然にヒヤリハットを防いでいます。ヒヤリハットは法人で共通して定められた方法で、リスクマネジメント報告や検討、情報共有がされています。また、他事業所のヒヤリハットは法人主体のクラウド記録ソフトでいつでも参照できます。職員参画のもとで、事例を用い、事故防止のためのシミュレーションを行っています。</p>	
<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。</p>	<p>a</p>
<p><コメント> 法人は感染症委員会を設置し、感染症対策マニュアルを作成して管理体制を整備しています。「新型コロナウイルス防止対策」により、利用者、職員は体温チェック、マスク着用、手洗いの励行等周知徹底し、コロナ禍には常に新しい情報を取り入れ、そのつど掲示板に貼り出して注意喚起しました。職員・利用者、またその家族が新型コロナウイルスの媒体になる可能性があり、感染症にかかった場合の対応等に取り組んでいます。その他感染症対策として、掲示板にはノロウイルスや食中毒についての対応策を貼り出しています。</p>	
<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>	<p>b</p>
<p><コメント> 事業所はハザードマップで自然災害による被害を予測し、災害が発生した時にどのような危険があるか、避難場所等を確認しています。災害時の対応策として、年に4回以上避難訓練を計画していますが、今年度は9月に法人全体の防災訓練を実施しました。各事業所にて職員、利用者、利用者の家族にも案内し、スマートフォンでの安否確認の訓練も行われました。食料や備品類等の備蓄リストを作成していません。防災計画等を整備し、消防署や地域の自治会等と連携して災害発生時の訓練等を実施することが期待されます。</p>	

2 福祉サービスの質の確保

(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。	第三者評価結果
<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> 事業所はメール便、墓地清掃、ノズル清掃、コア組み込み、チラシ折り、Nゲージ部品組み立て等の作業種を用意しています。外に出て身体を動かして、体力づくりになる作業やピンセットで小さい部品をつまむ精密さを必要とする作業もあります。職員の違い等によるサービスの支援内容の差異をなくし、利用者の個別性に着目した対応をしています。作業工程等を書いた手順書を掲示し、誰でも見られるようにしていますが、標準的な実施方法に沿った福祉サービスの提供がなされているか確認する仕組みが期待されます。</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>	b
<p><コメント> 標準的な実施方法については、利用者が必要とする福祉サービス内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえ、定期的に現状を検証し、必要な見直しを行うことが必要です。見直しは職員や利用者等からの意見や提案に基づき、また、個別支援計画の状況を踏まえて行われます。標準的な実施方法（文書）の改訂記録や検討会議の記録等が期待されます。</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>【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>	b
<p><コメント> 個別支援計画策定にあたり、利用者の特性や身体状況、生活状況を把握し、利用者にどのようなサービス実施上のニーズがあるか明らかにすることが必要ですが、利用者基本情報が更新されておらず、適切なアセスメントシートが確認できません。個別支援計画作成時は利用者や家族等の意向調査をし、職員間で協議する時間を設けています。個別支援計画は利用者・家族等に説明の上、署名・捺印をもらっています。活動日誌に作業の完成個数や取組の状況がわかるように記載し、個別支援計画通りに福祉サービスが行われていることが確認できます。</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>	a
<p><コメント> 個別支援計画は定期的に見直しを行っており、利用者や家族等から意向を聞き、職員間で検討会議を開いています。利用者や家族等から同意を得たり、変更した個別支援計画の内容を関係職員に周知する手順を定めています。また、緊急に変更する場合も定めています。個別支援計画の評価にあたっては、個別支援計画評価表で、具体的到達目標、支援内容、結果と現状、次年度課題等を明確にしています。</p>	
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 個別支援計画にもとづくサービスが実施されているかは活動日誌で確認することができます。作業についての完成個数や取組の状況が記録してあります。職員はパソコンに入力していますが、記録内容や書き方に差異が生じないよう所長がチェックしています。毎月職員・支援会議を開催し、検討会議や情報共有をしています。記録や回覧はパソコンを使用しており、事業所内での情報共有の仕組みが整備されています。利用者の身体状況や生活状況等を更新し、適切なアセスメントシートの記録が期待されます。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント> 法人として個人情報保護規程を定めており、個人情報の管理、利用及び提供、開示、利用目的等を詳細に記載し、不正な利用や漏洩対策、対応方法を規定しています。記録管理の責任者は所長です。利用者に関する記録及び情報は契約終了後5年間保存しています。利用者の個人ファイル等は事務室の鍵のかかる戸棚に保管しています。また、契約時には利用者、家族等に個人情報保護について説明し、同意を得ています。職員に対し、個人情報保護規程の教育や研修が期待されます。</p>	