

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> 法人の理念は明文化され職員室のドアに張り出し、職員は常に目に触れ理解しています。入職時に理念や基本方針、倫理行動綱領などが記載されているハンドブックを配布し、新人研修で法人から説明をしています。 毎月の職員会議や支援会議の議案書にも明示し、職員に周知しています。運営会議で理念や事業計画の重点目標について利用者に知らせています。わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫は無く、利用者や家族への周知が徹底されていません。		

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。	b
<コメント> 管理者は藤沢市精神障がい者地域生活連絡会の副会長として毎回会議に参加し、行政、医療機関、日中通所事業所、グループホームなどと情報交換をするなど地域の福祉サービスのニーズを把握しています。神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会にも所属しています。 来年1月に事業所が移転し、多機能型事業所として開設予定のため、市の福祉事業の動向について把握・分析を行いましたはまだ不十分と考えています。		
【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> 毎月予算書を作成し、就労事業所の収入や活動費、人件費などの支出などを収支予実対比表にして予算と実績がわかるように記載し、法人に報告しています。管理者が状況を分析しコメントを記載し、法人のエリアマネジャー、執行役員、常務理事、事務局、理事長まで回覧され、法人本部でも状況を把握しています。 来年度移転予定の新事業所の経費も支出されていますので、収支はマイナスになっています。課題の解決・改善に向けて具体的な取組が今後の課題となっています。		

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>中・長期計画(マスタープラン)は法人が策定しています。法人の現状分析を行い、3つのビジョンを明確にし、目標を具体化しています。法人の所長会議で、策定プラン委員長からプラン内容の説明があり、グループワークで話し合いをし、課題分析を行っています。</p> <p>職員全員に中・長期計画の冊子を配布し、会議での話し合いの内容の説明をしています。中長期計画は法人全体のもので、事業所に応じた具体的な計画には不足している状況です。</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
<p><コメント></p> <p>中・長期計画の3つのビジョン、戦力目標に基づき単年度の事業計画を事業所で策定しています。事業計画の「今年度の重点目標」には、3つの目標が掲げられ、具体的な取り組みが実施可能なものになっていますが、数値目標は設定されていません。また事業所独自の取り組みとしては、職員のスキルアップに努めることを計画しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>事業計画は職員会議で、非常勤も含めた職員で前年度の事業計画の評価を行い、職員からの意見を聞いて策定しています。毎年半期毎(9月末、3月末)に事業計画の評価を行い、実施状況を事業報告書で法人へ報告しています。職員には事業計画を書面で配布し周知しています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画の内容について利用者には周知していません。事業計画の目標である賃金アップの賃金についての説明は行っています。</p> <p>また「家族の集い」を年3回実施し、全職員が参加していますが、事業計画についての周知はしていません。今後は書面44を配布するなど周知することが望まれます。</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>PDCAサイクルに基づく福祉サービスの質の向上に関する取り組みを法人としては行っていますが、事業所としては明確ではなく、十分に機能していません。第三者評価の結果は職員会議で職員に報告し、「家族の集い」では第三評価を受審したこと、利用者、家族に関わる内容の報告はしています。指摘された改善事項は改善に取り組みました。</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>自己評価や第三者評価を定期的に受審し、改善策も計画を立てて行っていますが、まだ十分に改善されてはいません。 工賃規定改定案や利用者アセスメントシートを新しく作成しています。評価結果にもとづく改善の取組を計画的には行っていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職務分担表には管理者の役割が明示されています。また緊急時フローチャートには管理者に報告することなど管理者の役割と責任について明文化し、職員に周知しています。管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載していませんが、職員会議で管理者の役割について理解されるように伝えています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>管理者は法令に関する研修に参加し、利害関係者との適正な関係は保持しています。支援会議やケースカンファレンスで事例など通じて、職員の支援を検証し、コンプライアンスの徹底を図っています。環境への配慮等については取組が行われていません。 法人の倫理行動綱領、倫理行動マニュアルがあります。職員の支援の基準が規定しており、具体的内容が記載されたハンドブックを全職員へ配布し、職員の支援の基準にしています。</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>管理者は職員会議や支援会議で精神障がい者の理解を得られるよう支援の基礎などについて、サービスの質を高める取り組みの検討を行っています。事業所が移転後の新事業所でのサービス内容などを職員会議で職員から意見を聞き、課題を把握しより良いサービスの提供ができるように検討しています。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作っておらず、自らも積極的にその活動にしています。</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><コメント></p> <p>管理者は働きやすい職場環境を目指し、職員の意見を聞くようにしています。事業所が移転するにあたって、職員の意向を聞き異動希望があった場合にはエリアマネージャーや執行役員へ相談しています。</p> <p>昨年10月から時間外手当も1分単位で付くようになり、残業整備を推進しています。管理者はコストバランスの分析はしていますが、具体的な体制構築には至っていません</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><コメント></p> <p>常勤職員の採用は法人が行い、非常勤職員の募集・採用は事業所が行っています。事業所の主たる対象者が精神障がい者なので、精神保健福祉士2名が配置され、精神障がいについての専門性を活かした支援ができるような体制になっています。個別の育成計画はチャレンジシートを用いて実施していますが、人員体制についての具体的な計画までには至っていません。</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>法人が作成した就業規則があり、人事基準などが定められています。定期的に改正を行い、その都度職員に配布して周知を行っています。職員とは定期的に個別面談をし、意向を把握し、評価制度(チャレンジシート)の結果を法人へ報告し人事管理を実施しています。</p> <p>職員が、自ら将来の姿を描くことができるように、事業所としての総合的な仕組みづくりに至っていません。</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><コメント></p> <p>働きかた改善に基づき、働きやすい職場作りに取り組んでいますが、時間外勤務などの改善など不十分なので、職員の負担軽減までには至っていません。</p> <p>年2回定期的面談を行い、職員の意見を聞く他にも個別で相談を受けています。ストレスチェックを定期的実施し、法人に「職員何でも相談を受け付ける」部門があり、心理士2名もおり相談を受ける体制が確立されています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>チャレンジシートを用いて職員一人ひとりが具体的な目標bを設定し、目標達成のための具体的方法を記入し、上司(役職職員が管理者)と面談し、内容についての確認や相談を行っています。</p> <p>3ヶ月毎に面談を行い進捗状況の確認をし、3月末には達成状況や問題点、今後取り組みなどを本人と上司が記入し、法人へ報告しています。法人では職員の人材育成に活かしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人に職員の研修制度が確立されています。今年度から体制が変わり、階層別と専門研修があり、階層別研修には該当職員は参加が必須で、専門研修には必要時に応じてできるだけ参加するようになりましたが十分ではありません。</p> <p>事業所としては精神障がい者支援の専門性のスキルアップを図り、他事業所からの相談などに協力できるよう育成に取り組んでいます。</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>法人の階層別研修、専門研修に参加しています。神奈川県精神障がい者地域生活支援団体連合会や藤沢市地生活支援連絡会などが開催する外部研修にも参加しています。</p> <p>職員は精神障害の理解を深め、専門知識の習得や技術の資質向上を図っています。新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTは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。	b
<p><コメント></p> <p>看護学生の実習受け入れを年間10名位行っています。一日だけの実習なので精神福祉の一環として、利用者の生活の様子を見てもらっています。</p> <p>実習プログラムやマニュアルなどは整備していませんが、管理者がオリエンテーションと実習の振り返りの総括を行っています。社会福祉士や精神保健福祉士の実習生受け入れはまだしていません。</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><コメント></p> <p>法人のホームページ理念、基本方針、各事業所の概要、事業計画、予算書、決算書などを公開しています。事業所のパンフレットには事業所の概要や活動内容などを写真入りで紹介しています。</p> <p>パンフレットなどを相談支援事業所や文化センターには置いてもらっていますが、地域に向けては事業所の活動内容を積極的に紹介していません。来年移転後は地域に向けて知らせいく予定です。</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><コメント></p> <p>毎年7月頃に法人の事務局長か人事部、総務部、労務部のどこかの内部監査を実施しています。法人で数年に1回公認会計士などの専門家に外部委託し、各事業所の財務監査支援を実施し、適正な経営・運営に取り組んでいます。法人からの職務分掌を職員に配布し周知しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>地域のお祭りやコンサートなどのイベント、関係機関の研修などの情報は掲示などで利用者に知らせています。地域の販売会に利用者も一緒に参加しています。地域の生協。公民館、市役所、高齢者施設、薬局などの販売会で利用者が対面販売を行い、定期的に地域の人たちとの交流を行っています。利用者の買い物や通院等日常的な活動については、個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するに至っていません。</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
<p><コメント></p> <p>ボランティアは製菓で2名、軽作業で2名の4名の受け入れを行っています。ボランティアセンターで保険加入や登録をし、個人情報保護の同意もとっていますが、受け入れに関するマニュアルが整備されてなく、基本姿勢の明文化もされていません。藤沢市の精神福祉ボランティア講座に実行委員として参加しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>関係機関との連携の重要性やどのような関係機関があるかを職員会議で説明はしていますが、職員により連携の取り方に差があります。販売会を通して地域の高齢者施設や教会、行政、スーパーマーケットなどと連携を図っています。</p> <p>ネットワーク作りのためにも関係機関が多く集まる研修に参加しています。地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、協働して具体的な取組は行っていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>年1回地域の商店会の総会に参加し、地域の行事などの情報は把握していますが、地域の福祉ニーズや生活課題の把握までは至っていません。近隣の公園(原谷公園)の納涼祭の販売会に利用者と参加し、地域住民と交流の機会になりました。</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。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画で、地域の人たちに参加してもらえるレクリエーションとして、パークヨガとティーコンサートを企画しました学校ティーコンサートは開催できませんでした。パークヨガには職員1名利用者2名が参加し、地域の人たちと同じプログラムでヨガを実施しました。地域との連携が十分に取れていないので、地域貢献まで至っていません。</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>法人策定の理念・基本方針が明示されています。事業所では、支援会議やケース会議において、利用者の尊重や基本的人権への配慮について話し合い、職員の共通意識の下でサービスが提供できるように努めています。</p> <p>法人は「職員倫理行動綱領」「倫理行動マニュアル」を記載したハンドブックを職員全員に配布しています。サービス内容の理解を深めるために法人内外の研修会や勉強会を実践し、日々の支援に反映しています。人権委員会も設け、年に3回研修を実施しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>基本的なサービス提供を明確にした「ハンドブック」「職員倫理行動綱領」「倫理行動マニュアル」にプライバシー保護に関する基本的な知識や意識も明記し、「職員倫理行動マニュアル」には具体的な行動を規定しています。体調の優れないときに休む場所にパーテーションを置くなど工夫をしていますが、全員が利用できる十分な設備環境ではありません。</p> <p>2020年1月に移転をしますが、移転先では、この課題も緩和される予定だとしています。入居時に配布する重要事項説明書に利用者の個人情報に関しては、個人情報保護法に沿って対応すると明記しています。</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・事業所のホームページやパンフレットに事業所の活動内容を写真入りで紹介しています。事業所は生産活動として製菓部門・軽作業部門・PC工房の3部門に分かれています。商品を販売する各店舗や役所等に事業所を紹介したパンフレットを置いています。</p> <p>見学や入所希望者へ手渡すパンフレットには、基本的にはルビを振っていませんが、障害の特質に合わせ、必要なところは、口頭で丁寧に説明を加えています。</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、サービスの提供内容などが具体的に記載された重要事項説明書で説明した後、利用契約書で同意を得ています。サービスの変更時には、全てを書面で残していません。</p> <p>現在、変更時においても同意を得た上で、記録として残す準備を行っています。意思決定に困難な利用者には、本人・家族との面談を丁寧に行い、意向を把握しています。</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>移行に関して従前のサービス内容から不利益が生じないように配慮していますが、継続的に受けられるサービスの手順や引継ぎ文書は定めていません。担当職員の裁量により、実施され、問題がある場合も担当職員が対応をしています。</p> <p>職員共有の手順や引継ぎ書などの作成が必要です。サービスの利用が終了した後の継続した支援については口頭で説明していますが、文章にして渡していませんので、今後は文書で残されることが望まれます。</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>個別面談は随時行っています。利用者が参加する運営会議は毎月開催され、家族会は年3回開催しています。利用者や家族の意見や要望から満足度を把握していますが、満足度の調査を定期的には行っていません。</p> <p>把握した意見などを分析し、評価を行います。改善にまではつながらない場合があります。検討が必要となっています。</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><コメント></p> <p>苦情解決の手順や人権の侵害を防ぐことを明確にした体制を整えています。重要事項説明書に苦情の受付及び権利擁護について苦情解決委員・苦情解決責任者・苦情受付担当者を明記しています。第三者委員や行政機関として藤沢市障害福祉課・かながわ福祉サービス運営適正化委員会を明記しています。</p> <p>複数の担当先で取り扱いのあることを記載し、面談の時に説明も加えています。利用者からの苦情申出の手順・記録を明確にした苦情解決事務手続き(マニュアル)を整備しています。苦情受付のボックスはありますが、苦情記入の書式はありません。</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>苦情も含め、利用者が意見や相談を述べたいときは、相談相手を選択できることを利用者周知しています。いつでも希望の相談相手を選び、話すことができることは、利用者十分に理解されていません。</p> <p>個別相談をするときは、事業所の面談室やパソコン工房の別室で行います。個室で気兼ねなく話せる環境に配慮しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>相談や意見を受けた時は、記録し、ケース会議で報告しています。相談や意見の内容により、検討会議、職員会議で改善に向けての検討を行っていますが、対応マニュアルとしての文書化にするまでには至っていません。</p> <p>対応方法としての手順の見直しはしていますが、定期的ではなく、案件によって見直しを掛けています。店での販売に利用者の意見を取り入れ、顧客が入りやすく、利用者にとっても販売しやすい店づくりに替えた例もあります。</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>法人内に危機管理委員会を設置しています。所長会議、防災会議、リスクマネジメント委員会などで報告される危機管理を審議し、総合的な体制と各事業所に即した改善策・再発防止策などを講じています。</p> <p>事業所は年間の事業報告にヒヤリハットや事故報告を法人の危機管理委員会に報告し、結果報告を基に事業所内で職員全員で検討しています。再発防止に向けて、取り組んでいますが、定期的に評価・見直しはしていません。</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>保健所からの予防対策や発生時の手順を取り入れた感染症対策のマニュアルがあります。特に流行時には、利用者参加の運営会議で情報や感染症予防に関する注意喚起をしています。作業の開始・終了時にも必ず消毒をするなど、日々の衛生管理に徹底しています。マニュアルを定期的に見直していませんが、流行する感染症に応じた予防や対策は講じています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>災害発生時の対応体制が決められています。法人の危機管理対策本部を中心にエリア対策部・事業所対策部が連携した手順で事業所全員の安全確保を組織的に取り組んでいます。職員には、災害時対応ハンドブックを配布しています。利用者や職員の安否確認の手順はありませんが、全ての職員に周知されていません。事業所全員の安否確認リストを防災の日に向けて作成中です。定期的に地震・火災訓練を実施しています。また、地元の福祉関係団体と年に1回防災の研修を協働で行っています。</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>福祉サービスの標準的な実施方法として、法人策定の「県央福祉会職員行動綱領」「倫理行動マニュアル」を掲載したハンドブック(基本的なサービス提供)を職員に配布しています。職員の理解を深めるために法人内や外部研修により、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明示しています。標準的なサービス提供を基に個別の支援計画が作成され、モニタリング、アセスメントを継続しながら利用者の今に即した支援計画に繋げ、実施方法を評価・確認することができます。</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>標準的な実施方法の検証・見直しの仕組みはなく、定期的な検証をしていません。法人策定の標準的な実施方法に基づいて個別支援計画が作成され、個別支援計画の見直しを基本的に行っています。実施内容がそぐわない時はその限りではなく、随時、検討や見直しを行います。障害の特性や状態、生活環境に必要な支援の提供の場合は、見直し、個別支援計画に反映しています。</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責任者をサービス管理責任者としています。責任者は各部門の担当者の意見や利用者・家族の希望やニーズを反映したアセスメントを、手順に沿って作成しています。アセスメントの結果によって必要な見直しが出た場合は、課題解決につながる具体的な対応策を関係職員らと協議の上、個別支援計画に反映しています。</p> <p>個別支援計画作成後、6か月に1回以上、実施状況の確認を行い、必要に応じて変更をしています。支援困難ケースへの対応についても同様に手順に沿って行いますが、より利用者の状況を把握し、担当職員らと協議を行い適切なサービスの提供に努めています。書類様式が以前のアセスメントシートから継続した支援内容が把握しやすいシートに変更しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しは、組織的な仕組みを定め実施しています。アセスメントや個別支援計画の見直しによって変更された内容を関係職員に周知しています。見直しの手順は定めていません。また、緊急に変更する場合の仕組みも不十分です。個別支援計画の評価・見直しにあたっては、福祉サービスの質の向上に関わる課題等の検討も必要です。</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>法人の記録様式のソフトがありますが、全面的には利用せず、事業所独自の記録シートを使用しています。終礼のまとめとして利用者全員の身体状況、生活状況をソフトに記録し、利用者の情報の流れを共有しています。</p> <p>職員の記録の書き方に差異があり、記録要領の作成や職員への指導などの工夫は不十分です。</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>法人による個人情報保護規定が策定されています。個人データの管理責任者を法人の理事長とし、安全管理体制管理者を常務理事・監督者を事業所の所長としています。職員の安全管理に関する意識の徹底を目的に研修を行い、個人情報の保管・保存・廃棄・情報の提供に関する取扱いについて遵守しています。</p> <p>利用者・家族への説明は、重要事項説明書で個人情報保護規定を基に管理を行うこととし、情報提供を要請された場合は利用者の同意を得た上で情報提供することを明記しています。</p>		