

福祉サービス第三者評価の結果

平成30年7月31日 提出(評価機関→推進委員会)



1 施設・事業所情報

(1) 事業所概況

事業所名称 (施設名)	ワークハウスサポート		種別	就労継続支援B型事業所		
代表者氏名 (管理者)	施設長 野田頭 雪男		開設年月日	平成24年4月1日		
設置主体 (法人名等)	社会福祉法人互支会		定員	20名	利用人数	12名
所在地	〒039-2129 上北郡おいらせ町中平下長根山1-743					
連絡先電話	0178-32-7479		FAX電話	0178-32-7479		
ホームページアドレス						
第三者評価の受審状況	これまでの受審回数		受審履歴			

(2) 基本情報 ※必要に応じて写真等追加可能

理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・理念は「思いやりの心で互いに支え合う」 ・基本方針は、「心身に障がいがある人たちが働きながら住み慣れた地域で自立した生活ができるよう、それぞれの能力に応じた支援計画を作成し支援するとともに利用者の個性や障がい特性を尊重した施設運営に努めていく」 					
サービス内容 (事業内容)			施設の主な行事			
【作業援助】 農作業請負事業・リサイクル事業 健康等の状況に配慮し、利用者本人の能力と働く意欲を尊重し、一般就労に向けた支援を行うとともに、所得の向上を目指した作業の確保や生産に努める。			・4月 花見 ・8月 暑気払い(食事会)			
【生活援助、健康管理】 利用者個々の心身の健康状態を常に把握するとともに、日常生活を送る上での必要な金銭管理や対人関係の指導・援助等を行いながら、自立した地域生活が送れるよう支援する。			・10月 紅葉 ・12月 忘年会			
【環境の整備】 施設内外の美化と利用者身辺の整理整頓に努め、作業所の換気、危険の防止に留意する。						
その他、特徴的な取組	地域交流として、冠婚葬祭の時は、施設の多目的ホールを開放し、町内会清掃や一人暮らし高齢者の見守り活動、施設の除雪機を活用して通路の整備を行っています。有楽町自主防災会と連携して、地域全体で防災訓練を行っています。災害時に断水になった場合は、施設保有のしいたけ栽培用の地下水(飲料可)を地域に還元するなど、施設の機能を活かした協力体制を構築しています。					
居室概要			居室以外の施設設備の概要			
			作業室・多目的ホール・休憩室兼相談室・事務室・男子トイレ			
			女子トイレ障害者用トイレ・調理室・ホール(廊下)・玄関			
職員の配置						
職種		人数		職種		人数
施設長兼サービス管理責任者		常勤:1	非常勤:			
生活支援員		常勤:1	非常勤:5			
就労支援員		常勤:	非常勤:1			
職業指導員		常勤:	非常勤:1			
		常勤:	非常勤:			

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>就労継続支援B型事務所として、積極的に受託作業を開拓し、多様な作業メニューを用意しています。管理者は障がいに対する理解が深く、利用者の特性に配慮した作業を提供しています。さらに工賃アップに取り組み利用者の仕事に対する意欲を高め、落ち着いて作業に励んでいます。</p> <p>【地域との交流・地域貢献】</p> <p>地域交流として、冠婚葬祭の時は、施設の多目的ホールを開放し、町内会清掃や一人暮らし高齢者の見守り活動、積雪時には、施設の除雪機を活用して通路の整備を行っています。有楽町自主防災会と連携して、地域全体で防災訓練を行っています。災害時に断水になった場合は、施設保有のしいたけ栽培用の地下水(飲料可)を地域に還元するなど、施設の機能を活かした協力体制を構築しています。</p> <p>【利用者満足の向上・意見を述べやすい体制の確保】</p> <p>年3回、利用者からの意見・要望を聞き取るために利用者懇談会を開催しています。個別相談は随時対応して、施設長、生活支援員に相談できる体制になっています。利用者満足度調査(10項目)結果や利用者意見の改善については、職員会議で検討し、対応記録や改善記録を书面化しています。利用者には、相談内容に応じて個別報告や朝の会で報告しています。</p> <p>また、苦情解決対応規程を整備し、苦情解決対応の手順を定めて、日常的に利用者からの相談や意見に対応し、家族や親族にも定期的に会い、積極的に意見の把握に努め、検討結果については利用者・家族にフィードバックするなど、利用者本位の福祉サービスの提供がされています。</p>
<p>◎ 改善を求められる点</p> <p>日々の支援は、事業所の日課やルールに従って利用者の個性などに配慮して支援しています。事業所としてより専門性の高い支援を実現するために、利用者の状況について生活・健康・強み弱みなどの必要な情報を聞き取り、記録・整理することによって、職員間で共有し、一体となって活動できるように管理していく体制づくりが期待されます。</p> <p>【規程・マニュアルの整備】</p> <p>実習生やボランティアの受入れに関する方針を明確化するとともに、実習生受入れマニュアル、ボランティア受入れマニュアルの整備、また、業務に関する手順やマニュアルの整備が望まれます。倫理規程を策定し、利用者の尊厳や人権について組織内で共通の理解を持つための取り組みが望まれます。</p> <p>【記録の管理】</p> <p>事故・事件対応記録、ヒヤリハット記録は、苦情解決の様式を使用していますので、それぞれの様式に分けて記録することや各種マニュアルを見直した時期、内容がわかるよう記録に残すことが望まれます。また、モニタリングの見直しは行っていますが、変化の無い場合でも状況の経過を記録に残すなど、組織的に統一した記録の管理体制が望まれます。</p>

3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>今回初めて評価して頂き、当施設の改善点だけでなく、良い点やアピール出来る点も知ることが出来ました。この評価を受けるにあたって、職員会議の回数も増え、施設が丸丸となって向く方向、目指す支援のあり方等が改めて明確になりました。一人一人の今やるべき事やこれからの課題が設定しやすくなり、大変貴重な経験が出来たと実感しています。</p> <p>施設全体でより地域と密着し、利用者の方々が自立した生活が出来るよう、一つ一つの課題を着実に乗り切って今後も取り組んでいきたいと思えます。</p>

評価機関	名 称	社会福祉法人 八戸市社会福祉協議会
	所 在 地	青森県八戸市根城8丁目8番地155号
	事業所との契約日	平成29年12月28日
	評価実施期間	平成30年2月16日(金)・2月23日(金)
	事業所への 評価結果の報告	平成30年3月22日

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。
 ※評価細目毎に第三者評価機関の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・b・c
<コメント> 法人の理念は、パンフレットに明記され、施設内にも2ヶ所に掲示して周知を図っています。基本方針は、事業計画書に記載し、職員会議で説明され周知が図られています。法人及び施設の理念は、明文化されており、職員等には理解と周知がなされています。			

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・b・c
<コメント> 県の障害福祉課や県社協の会合や研修で、社会福祉事業全体の動向を把握しています。			
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。	a・b・c
<コメント> 経営状況の把握と分析に基づいて、職員体制として専門資格の取得の実現、設備面では事務所の狭さの解消、財務状況では収益力のアップなどを課題として明確化しています。理事・評議員間での共有もなされ、職員にも周知し取組を進めています。			

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。	a・b・c
<コメント> ビジョン(目標)として、利用者増の推進を掲げているもののビジョンを実現するための明確な道筋(中・長期事業計画)が、策定されていません。			
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・b・c
<コメント> 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではありません。			
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・b・c
<コメント> 事業計画は、管理者を中心として、職員会議で職員と協議して策定しています。実施状況の把握や評価・見直しは、年2回行われているものの時期・手順が定められていません。			
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。	a・b・c
<コメント> 事業計画のサービス内容や設備を含む環境の整備など利用者の生活に密接にかかわる事項は、「朝の会」で説明されています。理解が困難な利用者には、言葉を変えながら分かりやすく周知に努めています。			

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) 福祉サービスの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	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・b・c
<コメント> 職員会議において現在の支援に関して職員と話し合い、改善への取り組みを行っています。開設5年目で第三者評価を受審し、質の向上を目指していますが、体制には至っていません。			
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。	a・b・c
<コメント> 評価結果について、事業所として分析し、取り組むべき課題の明確化に至っていません。			

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・b・c
<コメント> 管理者は、自らの役割と責任について、職務分掌に明記しています。別途施設長方針としての運営方針を記載し、会議で表明することで周知が図られています。			
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・b・c
<コメント> 研修や書籍等によって、関係法令の理解に努めるとともに社会福祉関係法令はもとより、労働に関するものなどは遵守すべき法令等を把握しています。			
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・b・c
<コメント> 管理者は職員会議等でサービスの質に関する意見を聞くなど指導力を発揮していますが、質の向上について定期的・継続的に評価・分析する体制が十分ではありません。			
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・b・c
<コメント> 管理者は、経営資源を有効に活用して理念や基本方針の実現に向けて指導力を発揮しています。人員体制や職員の働きやすい環境を整え、職員に丸投げせず、職員の間を歩き回り、会話をし、どんな状況に置かれているかを常に把握し、仕事の実効性を高めるために自らもその活動に参画しています。			

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・b・c
<コメント> 事業を適切に機能させるために必要な人員体制に関する基本的な考え方や育成に関する方針が確立しています。資格取得を目指す職員には、2年以内という期限を設けて人材育成に努めています。			
15	Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<コメント> 異動候補者ガイドライン等の人事基準が定められ、成果や貢献度等の評価が行われるなど総合的な人事管理を実施しています。考課時には、管理者による個別面接も行われ、職員の意向・意見の把握に努めています。			

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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント></p> <p>職員の個別面談の機会を設けて、各職員の将来の目標や資格等を話し合い、助言しています。職員の心身の健康と安全確保に努め、休暇の消化状況や時間外労働などの就業状況を把握して働きやすい職場づくりに活用して職員の定着を確保しています。</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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント></p> <p>個別面談時に事業所の目標や方針が徹底され、職員一人ひとりの目標項目・目標水準・目標期限が明確になっています。法人の理念等の実現を目指す前提としての「期待する職員像」が基本方針や計画の中に明示されていません。</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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント></p> <p>事業計画の中に職員に必要な専門技術や資格を明示し、精神保健福祉士資格等の取得を推奨しています。しかし、研修結果の評価・分析を行い、その結果を踏まえた次の研修計画の策定に反映されていません。</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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント></p> <p>新任職員には習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われています。職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格等を把握して教育・研修の場に参加できるよう配慮されています。</p>			
II-2-(4) 実習生等の支援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	実習生等の支援に関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a • b <input checked="" type="radio"/> c
<p><コメント></p> <p>実習生受入れの実績はなく、翌年度からの受入れ開始を目指して、指導担当者が置かれ、マニュアルを整備するなど体制づくりが進められています。</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。	a <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント></p> <p>法人の理念や基本方針、提供するサービス内容等についてはパンフレット等で地域へ向けて周知しています。しかし、事業や財務等に関する情報は、独自のホームページ等で公開していません。</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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント></p> <p>法人における事業、財務等に関しては、外部の専門家(会計事務所)による指導や指摘事項に基づいて、公正にして透明性の高い、適正な経営に取り組んでいます。</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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント></p> <p>事業所の運営方針は重要事項説明書に明記しています。利用者には、わかりやすく作成されたパンフレットで情報提供を行っています。冠婚葬祭では、施設の多目的ホールを開放したり、町内会清掃や一人暮らし高齢者の見守り活動をしたり地域交流を行っています。利用者には、事業所の外出行事以外に、通院の支援を行うなど個々のニーズに対応した支援を行っています。</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。	a・b・c
<p><コメント> ボランティアの受入れ体制や地域の学校教育等への協力について基本姿勢が明文化されていません。</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・b・c
<p><コメント> おいらせ町社協(不定期)と情報交換を行っています。また、施設長は有楽町自主防災会会長により地域全体で防災訓練に取り組んでいます。個々の利用者の状況に合わせて利用できる医療機関や行政窓口を把握し、職員間で情報共有されています。</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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<p><コメント> 施設近隣に有楽町集会所があり冠婚葬祭の時は、施設の多目的ホールも開放しています。七戸養護学校から体験利用を受け入れ、施設への理解を深める機会を提供しています。また、学校卒業と同時に施設利用へと繋がっています。災害時、断水になった場合は、施設保有の地下水(飲料可)を地域に還元する取り組みがあります。</p>			
27	Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c
<p><コメント> 施設の評議員2名は民生委員であり、定期的に情報交換を行っています。把握した福祉ニーズをもとに、家族相談を行ったり、1日体験利用の受入を行っています。</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・b・c
<p><コメント> 施設の運営方針に利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示しています。サービスの標準的な実施については、身体拘束、虐待防止、プライバシー保護のマニュアルを作成して職員会議で情報を共有しています。日常生活自立支援事業、成年後見制度の研修会に参加し職員に回覧で周知しています。</p>			
29	Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した支援の実施が行われている。	a・b・c
<p><コメント> プライバシー保護マニュアル、虐待防止マニュアルが整備され、職員会議で情報を共有しています。利用者のプライバシーを守るよう、静養室を着替えの場所として提供しています。虐待防止のパンフレットは、多目的ホールに設置し周知しています。利用者の尊重や人権への配慮について、年1回の自己評価で振り返り、施設長から評価を受ける仕組みがあります。</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・b・c
<p><コメント> 事業所を紹介する資料としてパンフレットを作成しています。パンフレットには、事業所の写真、概要、1日のスケジュールなどが分かりやすく掲載されています。養護学校や地域のニーズに合わせて体験利用の希望に対応しています。</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。	a・b・c
<p><コメント> サービスの開始時には、パンフレットや重要事項説明書により利用者・家族に説明し、同意を得た上で署名捺印を得ています。意思決定が困難な利用者や自署できない利用者には、家族の同意を得て代理署名を行っています。ろうあ者の利用者には、職員が手話で説明しています。</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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <p>利用者から施設変更の相談があった場合は、利用者の自己決定を尊重し、不利益が生じないように配慮しています。サービス終了後、地域生活を希望した利用者には、継続性に配慮し、生活状況を聞く等、交流を通して情報提供等の支援を行っています。</p>			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者の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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
<p><コメント></p> <p>年3回、利用者からの意見・要望を聞き取るために利用者懇談会を開催しています。個別の相談は随時対応し、施設長をはじめ、生活支援員に相談できる体制になっています。利用者満足度調査(10項目)結果や利用者意見の改善については、朝の会で利用者に報告しています。対応内容、改善策は記録に残し職員会議で情報を共有しています。</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。	a <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決対応規程を整備し、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置して苦情解決体制を確立しています。体制については、施設内に掲示し、利用者が意見・要望を伝えやすいよう工夫しています。苦情の内容は記録に残し、検討結果について利用者家族にフィードバックされています。評議員が第三者委員を兼務しているので、定期的に受付状況を報告しています。</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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長や職員は、日頃から利用者の声を聴く体制があるほか、積極的に意見を聴く機会を設けています。また、苦情受付の体制については、玄関や多目的ホールに掲示して利用者等に周知しています。</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。	a <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決対応規程を整備し、苦情解決対応の手順を定めています。日常的に利用者からの相談や意見に対応し、家族や親族にも定期的に会い、積極的に意見の把握に努めています。第三者委員が意見を聞いたり検討したりする仕組みがあります。</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。	a <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <p>「事故・事件対応マニュアル」を整備し、事故内容について職員会議で情報を共有して事故防止に努めていますが、事故の発生日時、内容、対応、再発防止策等の記録がありません。ヒヤリハット事例は、記録に残し、職員会議で検討しています。「消防計画書」に則り、避難訓練・防災訓練を年1回実施し、警察との連携も行っています。</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。	a <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <p>感染症等マニュアルは八戸市保健所の助言をもとに整備しています。感染症予防に取組み、感染症発生時には協力医療機関と連携して対応することになってはいますが、対応体制(緊急時含む)の整備、マニュアルの見直し、感染予防等の内部研修はされていません。</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やっている。	a <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画に防災訓練計画が明記され、年1回訓練を実施しています。また、有楽町自主防災会と連携して地域全体で訓練が行われています。地震、災害、火災等緊急事態の発生時の緊急連絡網の作成、対応体制の策定がされていません。</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支援が実施されている。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
<p><コメント> 提供する福祉サービスの標準的な実施方法について、就労支援マニュアル、プライバシー保護マニュアル、感染症対策マニュアルなどのマニュアルを整備し、職員に周知しています。しかし、業務に関するマニュアルは十分ではありません。</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。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
<p><コメント> 業務の見直しは、随時、職員会議で行っていますが見直しの時期が不定期で行われています。</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自立支援計画を適切に策定している。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
<p><コメント> 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置しています。フェイスシート、アセスメントチェックシート①②、アセスメント表、サービス等利用計画書の説明、個別支援計画書作成、作業の実施、評価、見直しに至るプロセスを明確にしています。利用者には聞き取りして職員会議で見直しを行っています。</p>			
43	Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
<p><コメント> 利用者の意向に合わせてモニタリングは実施していますが、経過記録が簡素であり、次回への資料としては十分な記録ではない状況です。</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	利用者に関する支援の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 <input checked="" type="radio"/> b · c
<p><コメント> 利用者の記録は、組織が定めた統一した様式に記録し、計画に沿った支援が実施されています。施設長は、管理責任者、サービス管理責任者を兼務しています。利用者一人ひとりのサービス実施状況の記録はファイル管理していますが、書面による職員の共有化はできていません。</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 <input checked="" type="radio"/> b · c
<p><コメント> 個人情報保護規程を整備し、個人データの収集、利用及び提供の制限、適正管理、開示などについて明記しています。また、個人情報の取り扱いについて利用者に説明して同意を得ています。記録の保存、廃棄は文書規程に明示しています。</p>			