

(別紙)

評価細目の第三者評価結果

※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
<p>〈コメント〉法人の理念・基本方針は明文化されており、ホームページ・あさけ学園サービス計画書などに記載して公表している。職員へは、年2回の職員会議やあさけ学園サービス計画書の配布で周知を図っている。利用者や家族には、利用契約時のほか、毎年あさけ学園サービス計画書の配布により周知を図っているが、わかりやすさの点はさらなる工夫に期待したい。</p>		

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
<p>〈コメント〉法人内の障害福祉サービス事業所の利用者から、今後のグループホーム利用希望等を聞き取るなどして、潜在的利用者に関するデータ収集が行われている。また、自閉症専門施設として相談を受けることで、地域の自閉症者の状況把握はしやすい。今後は、外部からの新規利用を想定した受入れを行うための準備や分析を検討されたい。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a・b・c
<p>〈コメント〉年度末に事業所内で単年度事業計画の総括を行い、その過程において改善すべき課題等を検討し、その結果を役員間で共有するだけでなく、年度初めの運営会議や全体会議で報告し、職員に周知している。人材確保を課題として捉えており、今後は、課題の解決、改善に向けた具体的な取組を中・長期事業計画に反映し、効果的な取組となることに期待したい。</p>		

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
<p>〈コメント〉中・長期的なビジョンはおおまかにあるものの、具体的な中・長期計画が策定されていない。理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）の明確化とその目標（ビジョン）を実現するための組織体制や設備の整備、職員体制、人材確保・育成に関する具体的な中・長期計画の策定に期待したい。</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・b・c
<p>〈コメント〉単年度事業計画は策定されているが、中・長期事業計画を反映したものでない。現在の事業計画は、利用者支援を中心とした内容となっており、事業の運営や実施状況を評価・見直ししやすい数値目標等は設定されていない。あさけホームとして、中・長期計画の実現を目指した具体的な単年度計画の策定が望まれる。</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・b・c
<p>〈コメント〉事業計画は理事会で大枠を決めた後、管理職が業務指針の原案を作成、各主任で構成される運営会議で計画の詳細を決め、全体の職員会議で協議、事業計画・業務指針を決定、周知する流れとなっている。8月の中間での評価、3月に1年間の評価を行い、次年度に繋げている。世話人に事業計画への理解促進を図った点は評価したい。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉コロナ禍で保護者会は中止しており、全体での説明は行われていないが、家族にはあさけ学園サービス計画書を配布し、事業計画への理解を促している。利用者への周知は障害特性もあり難しいところではあるが、さらなる工夫に期待したい。</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・b・c
<p>〈コメント〉第三者評価を定期的に受審し、組織として福祉サービスの質の向上に向けた取組が積極的に行われている。さらなる取組として、継続的に自己評価を行う仕組みの構築と結果の分析・検討、改善に向けた取組の実施といったPDCAサイクルに基づいた取組が望まれる。職員の新たな視点や気づきにより、支援の質の向上に繋がらなれたい。</p>		
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
<p>〈コメント〉前回の第三者評価受審後、改善計画に基づき改善に取り組んでいる。さらなる取組として、第三者評価および毎年の自己評価結果に基づき、改善策や改善計画の策定、実施状況の評価・見直しといったPDCAサイクルの構築と、翌年度の事業計画や中・長期計画にも連動させることで、継続的な改善に繋がることに期待したい。</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 施設長は、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
<p>〈コメント〉管理者は、機関紙『檜の里』で運営方針等について表明している。今後は、職務分掌表に役割や責任、災害時や非常時等の有事の際の権限委任や役割を明確化し、職員に周知することが望まれる。</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・b・c
<p>〈コメント〉管理者は、障害者総合支援法等の業務に直接関わる法令について行政主催の集団指導に参加し、理解に努めている。また、法人全体で遵守すべき法令の研修を行うなど、法令を理解するための取組が行われている。今後は、社会福祉関係法令に限らず、グループホーム運営に必要な法令等の理解に努めるとともに、世話人が理解するための取組に期待したい。</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・b・c
<p>〈コメント〉管理者は、自閉症総合援助センター全体の取組として職員の研修計画や研修会の企画実施にかかわり、積極的に取り組んでいる。グループホーム内の課題やサービスの質の向上に向けた課題の把握に努め、適切な助言を行っている。今年度より管理者が支援員と兼務しているため、支援員や世話人との距離が近く、具体的な課題について直接的かつ迅速に対応する機会が増え、職員から頼られる存在であることが感じられる。</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・b・c
<p>〈コメント〉管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向け、グループホーム会議を通して職員の意識の形成に努めている。働きやすい職場環境を目指し、有給休暇の取得促進や育休・産休・介護休暇、時短勤務の制度が整備されている。あさけホーム単独では、収支の黒字化は厳しい現状であり、経営の改善については課題と言える。今後に期待したいところである。</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・b・c
<p>〈コメント〉人員に関する考え方や人材確保・育成に関する方針はあさけ学園サービス計画書に明確化されている。人物重視で採用し、OJTによる人材育成が行われている。人材確保が厳しい現状ではあるが、中・長期ビジョンに基づいた必要な福祉人材の確保と定着等に関する具体的な計画の確立、効果的な人材確保の取組の検討などが望まれる。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>〈コメント〉「期待する職員像」は、法人の理念や基本方針、行動規範で明文化されており、職員研修等を通じて明確に示している。人事基準は法人で策定した「キャリアパス指標」に定められ、職員に周知している。今後は、職員の職務遂行能力や貢献度を評価する人事考課制度を導入するなどして、仕事へのやる気向上や将来を描くことができる取組が望まれる。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉有給休暇を取得しやすい、希望休の申請など働きやすい職場づくりに取り組んでいる。職員の心身の健康と安全は、各種ハラスメントや雇用管理、育児休業等の相談窓口を設け、相談しやすい環境に配慮している。外部の福利厚生サービス会社と契約し、利用できるようにしている。今後はさらに事業環境の厳しさが予測されるが、職員のモチベーションを高め、質の高いサービスを提供するためにも、有休消化率の向上や働きやすさの改善に期待したい。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉職員一人ひとりの育成に向け、目標管理シートを活用した事業所の運営目標に対する自分の目標の設定と管理の仕組みが構築されている。年度当初、中間期及び年度末の面接は、職員とコミュニケーションを図り、進捗状況や目標達成度の確認、相談の場として機能しており、前回からの改善が確認できた。</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・②・c
<p>〈コメント〉支援員及び世話人は一人ひとり研修計画を策定し、面談のもと進捗状況等が行われている。OJTや内部研修に力を入れており、外部講師によるスーパービジョンが行われている。さらなる取組として、資格取得の促進と資格取得により専門知識の向上を図ることを検討されたい。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉職員の知識や専門技術、取得資格に応じた教育・研修の実施に努めている。外部講師を活用したOJT、ケース会議でのコンサルテーションを定期的を実施しており、その機会を通じて主任クラスの支援員がスーパーバイザーとしての研修、中堅、新人職員はアセスメントや援助方法を学ぶ機会となっている。研修に力を入れている様子が窺える。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉実習生の受入れ、研修、育成に関する実習生受入れマニュアルが整備され、マニュアルに基づき実習が行われている。保育士・社会福祉士・臨床心理士等のほか、発達障害支援スーパーバイザー養成研修の実習先として実習生の受入れは可能である。コロナ禍で中止もあった中、感染対策を徹底し、工夫しながら実習を受け入れるなど積極的な取組が行われている。</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・①・c
<p>〈コメント〉ホームページで、法人の理念・基本方針、サービスの内容を公開している。財務諸表等は電子開示システムのリンクを貼っている。また、法人の取組を記載した機関紙を年3回発行し、ホームページでも閲覧できるようにした。今後は、第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況等の公表を検討されたい。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉事務・経理等に関するルールは、採用時に配布する規程集で周知しており、税理士から、定期的に経理内容の指導・助言を受けている。また、定期的に内部監査が行われている。利用者のお小遣い等の金銭は、預り金規程に基づき定期的に確認し、不備がないよう適切な管理に努めており、利用者の希望で高額な物品を購入する際は決裁をとるなど、透明性の確保に向けた取組となっている。</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・b・c
<p>〈コメント〉地域との関わりに関する方針は、理念や業務指針に明記されている。コロナ禍以前は地域の清掃活動（クリーン大作戦）や防災訓練等に参加したり、餅つき大会の実施など地域住民との交流に取り組んでいたが、中止となった。外食も自粛のため、テイクアウトできる飲食店のメニュー表等を世話人が積極的に提供している。また、地域の広報誌や回覧板等は利用者がいつでも見ることができるようになっている。コロナ収束後の地域との交流について、期待したいところである。</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〉コロナ禍でボランティアの受入れは自粛しているが、コロナ収束に向けてボランティアを受け入れるための体制の整備を検討しているところである。ボランティア受入れや職場体験等に関して、受入れ手順やボランティアへの事前説明など受入れに関する基本方針の明文化や受入れ時の研修等の実施を検討されたい。</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〉四日市圏域グループホーム部会に参画し、日頃から他の事業所との連携を図っている。コロナ禍で関係機関や団体、町内会等との交流を控えているため、連携が低調に感じられる。利用者に必要な社会資源を職員がいつでも見ることができるようリスト化した。</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・b・c
<p>〈コメント〉地域との交流機会は減っているものの、自閉症専門施設として、法人内になんでも相談できる窓口を設け、地域住民の相談等から地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、菰野町社会福祉法人連絡協議会や地域の会合に参加し、地域の課題や福祉ニーズの把握と、課題によって行政機関や社会福祉協議会と連携し、課題解決に繋げている。法人内の診療所は地域住民も利用しており、そこから地域のニーズを把握できる点は、他にはない特徴的な取組と言える。</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〉自閉症専門施設の特性を活かし、自閉症・発達障害センター等で地域に向けた講演や自閉症への理解を求める活動、地域の保育所等への巡回訪問で保護者や保育士の相談対応等を実施している。法人内で診療所を開設し、地域の児童精神科医療にも貢献している。また、あさけ学園が福祉避難所に指定され、災害時の食料等の備蓄を行うなど、法人全体で地域の福祉の向上に積極的に取り組んでいる。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉利用者を尊重した姿勢はあさけ学園サービス計画書やあさけホームサービス計画に明示し、年2回職員全員が参加する職員会議で説明するなどして共通理解のもと支援できるよう努めている。利用者の尊厳を守り基本的人権への配慮ができていないかは定期的なチェックリストにより振り返りを行い、法人全体の虐待防止委員会で集計・把握し、改善に向けた取組に繋げている。</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福祉サービス提供が行われている。	①・b・c
<p>〈コメント〉プライバシー保護は利用者の権利擁護の基本として、倫理綱領・行動指針に明示し周知している。また、前項目同様、権利擁護に関するチェックリストにより、プライバシー保護や権利擁護への理解を深めている。居室は鍵付きの個室であり、部屋に入る時には声をかけるなど配慮した取組が窺える。利用者や家族、後見人には、重要事項説明書で説明している。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉前回の第三者評価からホームページを刷新しており、内容も見やすくわかりやすい。利用希望者がスムーズに見学や入居後の生活を考えられるよう、まずは家族の意向を確認、本人への説明や見学方法を検討、その後見学等の流れで実施しており、利用者への配慮が感じられ丁寧な対応が窺える。広報誌は、家族や関係機関、後援会等へ配布し、ホームページでも閲覧できる。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉入所の際は、自活訓練で利用者一人ひとりの生活を見ながら支援を検討する体制があり、利用者や家族等の不安を軽減し、必要な支援が提供できるよう努めている。入所後の支援や制度、利用料等変更の際は、その都度利用者や家族、後見人に連絡、通知して説明している。利用者には、変更内容や伝えるタイミングを利用者一人ひとりの状況や特性に合わせ、混乱を招かないよう配慮している。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所等の変更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。	①・b・c
<p>〈コメント〉前回の第三者評価受審以降、1名の退所があり、退所に向けた計画と個別支援計画やアセスメント、記録等を基に引継ぎ文書を作成し対応した。数少ない事例ではあるが、手厚く対応していることが聴き取りから確認できた。継続性に配慮した退所後の相談窓口として、管理者、主任、担当職員、事務職員が担当しており、文書の配布等はないものの、入所時の密な連携から家族等の理解はあると言える。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉日々の生活状況の変化や行事での様子・表情から満足度の把握に努めている。コロナ禍で利用者の大好きな外出が制限されているが、感染予防をしながら楽しめる余暇支援に取り組んでいる。利用者のこだわりやルーティンを支持し、穏やかに生活できるよう連携しながら支援している。毎月施設だよりの「樺」を家族に郵送したり、リモートや電話で連絡、相談は行われているが、保護者会や満足度調査は現状実施していないため、コロナ収束後はその実施に期待したい。</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・b・c
<p>〈コメント〉苦情解決の体制や書類等が整備され、利用者・家族等へも説明している。日々の支援では、支援員や世話人がその場で対応しており大きなトラブルはない。また、地域住民とは、職員だけでなく利用者からも挨拶するなど良好な関係を築いており、地域からの苦情もない。三重郡3町と菟野町内の老人福祉施設が合同で第三者委員会を設置し、苦情や事故について協議した内容を自法人の運営会議で周知し、苦情や事故防止を図っている。さらなる取組として、苦情が無いことをホームページ等で公表する取組があると良い。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉利用者が相談や意見を述べやすい環境として、相談室や各居室の落ち着いた場所で対応している。相談しやすい配慮として、キーパーソンとなる担当職員を配置し、迅速な対応に努めている。チーム支援の実施に向け、キーパーソンとなる担当職員との関係性が高められるよう他の職員がフォローできる体制を整え、協議しながら対応している。家族とは連絡を密に行い、相談しやすいよう働きかけており、アンケートからも相談しやすいという評価の声が多い。</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・b・c
<p>〈コメント〉コロナ禍で活動制限による要望が増えている。利用者は口頭での申出が多く、相談内容や対応結果をホーム日報やケース記録、申し送り事項で支援員やサービス管理責任者、管理者が確認、必要に応じて口頭での報告・相談、グループホームの会議で共有するなど、迅速かつ適切な対応に努めている。言語による意思表示が困難な利用者も多く、選択できるよう工夫したり日頃の様子を観察し、思いを汲み取るよう努めている。</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・b・c
<p>〈コメント〉リスクマネジメントに関する危機管理マニュアルを整備し、各グループホームにいつでも確認できるよう設置している。防犯のためのセキュリティ対策も充実している。事故が起こった際は、速やかに報告、事故報告書の作成、対応経過、原因、対応手順などの事後対応、関係部署および関係者の協議と再発防止策の検討まで組織的な取組となっている。さらなる取組として、利用者の加齢による体力や機能の低下を考慮し、予測を交えたヒヤリハットの導入とKYT（危険予知訓練）の実施等によりリスクマネジメント体制の充実化を図りたい。</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・b・c
<p>〈コメント〉県の感染症マニュアルを基に、法人の状況に応じたマニュアルを整備している。新型コロナウイルスやインフルエンザ、食中毒などの流行前にはマニュアルを更新し、看護師による対応策や注意喚起、研修が行われている。啓発ポスターも掲示が確認できた。嘔吐物処理キットも各グループホームに設置している。</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・b・c
<p>〈コメント〉ハザードマップ上水害の危険性は無いため、火災、地震を想定した防災訓練を法人、グループホーム、消火訓練等年3回実施している。グループホームに保管している備蓄はローリングストックにより管理している。また、法人が福祉避難所に指定され、備蓄倉庫で食料や水、毛布や発電機等を備蓄している。今年度、家具の転倒について業者の診断を受け、居室空間等の安全を強化した。また、利用者が外出している際の安否確認の方法として、移動ルートと時間の確認、残業時には就業先から連絡をもらうなど改善を図った。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉標準的な実施方法としてあさけホームマニュアルやサービス計画を作成し、各グループホームに設置している。一日の流れに沿って、利用者の動き、世話人の日常支援、支援員の支援がこと細かく纏められている。また、外出時などのイレギュラーな対応についても作成が確認できる。また、これらは入職時のOJTにより、周知と指導が行われている。毎日の引継ぎや世話人ミーティング、グループホームの会議等で、実施状況の確認や修正が行われている。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉あさけホームマニュアルやサービス計画等の標準的な実施方法は、年度初めに確認し、毎月の会議で見直しが行われている。生活の中での見直しは、生活支援のプロである世話人からの意見や提案を取り入れ、臨機応変に変更している。一日の流れは、利用者の状況によって変更が多く、変更の際は毎日の引継ぎ等で周知している。</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支援計画を適切に策定している。	①・b・c
<p>〈コメント〉ADLや社会的活動に関するスキル、コミュニケーション・対人関係、医療および健康管理、行動上の問題、住環境・生活全般、就労の状況、日中活動、1日の様子等利用者一人ひとりの生活全般について事細かにアセスメントし、ケース記録やホーム日報、利用者の聞き取り等から現状と課題を分析し、計画に反映させている。また、関係職員や関係機関が参加するサービス等利用計画会議で協議のもと、サービス管理責任者が個別支援計画を策定している。前期の支援場面における目標を明示した計画を策定し、前期の計画の評価・反省を後期の計画策定に生かすなど、PDCAサイクルに基づいた個別支援計画の一連の流れが確認できる。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉個別支援計画は、半年ごとに評価・見直しを行っている。ケース記録やホーム日報だけでなく、職員から計画が適切であるか、かわりが適切に行われたか等を評価・見直しを行い、次の計画に生かしている。世話人が世話人ミーティングを通じて個別支援計画の策定および評価・見直しに参画することで、計画に基づいた生活場面での支援の実施に繋がった点は評価したい。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉支援の記録は、ホーム日報やケース記録に記録し、支援員や主任・管理者が毎日確認している。心身の状況や生活状況は書式通りに詳細に記載され、ホームでの様子は世話人が手書きで記録したものを支援員や主任、管理者がパソコンに入力している。巡回の看護師もネットワークシステムで必要な記録の入力や閲覧ができ、全体で情報共有できる仕組みがある。その他定期的な会議や毎日の引継ぎ等も行われており、特に世話人と共通理解のもと支援できる体制を整えた点は評価できる。さらなる取組として、手書きからパソコンに入力する手間を省くことも効率化の点において検討されたい。</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・b・c
<p>〈コメント〉個人情報保護に関して規程はないが、倫理綱領・行動指針等で確認できる。個人情報保護の研修や年2回の権利擁護のチェックリストにより職員の理解向上を図っている。パソコンはパスワードにて管理、USB等の記録媒体や利用者や家族の個人情報や支援計画などのファイルは施錠管理している。個人情報の使用や取扱いについて、利用者や家族等に説明し同意を得ているが、個人情報開示についての説明や規程等の整備があると良い。</p>		