

評価細目の第三者評価結果(障害者・児福祉サービス)【共通評価基準】

(別紙)

判断水準	
「a評価」	よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b評価」	aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組の余地がある状態
「c評価」	b以上の取組みとなることを期待する状態

※ 最低基準を満たしていることを前提

I - 1 理念・基本方針

		第三者評価結果	コメント
I - 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
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	法人のホームページに基本理念を記載している。また、同じく職員倫理綱領も記載され、その中には基本理念と、倫理綱領を定めている。前文には利用者の人権を守り、その人生をサポートすることが示されている。今年度は、理念や基本方針を職員に配布し、10月7日の職員全体会議で理念や基本方針について周知している。新規採用研修時には必ず理念や基本方針についての研修を行って、共有を図っている。家族会では事業計画についての説明は行っているが、理念や基本方針についての周知は特に行っていない。

I - 2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I - 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	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	宝達志水町健康福祉課や石川県障害保健福祉課等が参加する「地域部会定例会」で地域の課題について協議・検討を行っている。法人内部では、経営運営会議(随時)や事務局会議(2か月毎)等で試算表の作成や経営状況の確認を行い分析を行っている。
3	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	毎年の事業報告、計画の中で経営課題を明確に示している。今年度は今浜苑の修理・修繕について、長期計画では改築・移転整備を課題としている。事業計画書は全職員に配布し、全体会議で周知している。

I - 3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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	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	中期基本計画には令和3年度以降のグループホームの整備、長期基本計画には介護度支援度の高い利用者を中心にした生活拠点施設の整備や既存の施設の改築移転整備が示されている。これらはホームページ上で確認ができる。
5	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	単年度の計画の中には、サービス利用率の安定向上、組織リスクマネジメントの徹底、利用者満足度の向上、人材育成とサービスの質の向上などが重点目標として挙げられている。計画は、事業報告の際に評価を受け実施状況を確認している。
I - 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	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	事業計画は経営運営会議や事務局会議等で策定されており、すべての職員の参画の下で行われているわけではない。今年度からは事業計画は全職員に配布し、説明周知を行い職員の参画や意見を集約しようとしている。
7	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	今年度はコロナのため、家族会を開催することが出来ず、書面での報告のみとなっている。事業計画等は主に家族向けのものとなっていて、利用者に対しより理解しやすい工夫等は行われていない。

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	コメント
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	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	2019年度に石川県からの虐待改善勧告を受け、利用者の権利擁護、職員の人権意識向上について調査、啓発、研修を継続的に行い再発防止に取り組んでいる。苦情等については内容を公表し、改善に取り組んでいる。法人としては以前から第三者評価に取り組んでいるが、事業所としては今年度初めて自己評価を行い、第三者評価を受審している。
9	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	今年度初めて事業所として、第三者評価に取り組んでいる。今後評価結果を基に、改善のための取り組みを行うことを期待する。

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	コメント
II - 1 - (1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	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	施設長は、職員全体会議、生活・入所支援会議、就労継続支援会議等を通して自らの役割と責任を表明している。また、法人の使命やビジョンに基づいた「確認周知事項」を作成して各職員に配布している。
11	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	障害者福祉法はもちろんのこと、その他遵守すべき法令についての規定を整備するとともに、ホームページで公開している。今年度も石川県主催の障害者虐待防止研修に施設長、サービス管理者が参加している。
II - 1 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	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	施設長は職員全体会議や支援部会議等各種会議に参加して、職員の提案や意見を聴取したりアドバイスをしながら提供するサービスの質の向上に取り組んでいる。職員の研修は法人全体で、研修委員会が中心となって内部研修を実施している他、外部研修に参加した時にはその都度、伝達研修を行い共有している。
13	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	施設長は、法人事務局会議を主催して、経営状況の確認や当面の課題について検討している。事務局会議では同時に、個人情報保護管理委員会、コンプライアンス・リスクマネジメント委員会、ハラスメント報告等も同時に行っている。

Ⅱ - 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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	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 職員倫理綱領及び行動規範の中に、法人としての基本的な人材像を明らかにし、「いしかわ魅力ある職場認定制度」の法人の取組やキャリアパスの中で人材の育成について表明している。職員の採用は、新卒の場合には教育機関へ直接求人を行い、中途採用の特にはハローワークや、福サポや、シルバー人材センターなどへ照会を行っている。
	15	② 総合的な人事管理が行われている。	a · b · c キャリアパス一覧表には各階層ごとの役割と責任、求められる業務、求められる能力、求められる取組姿勢、昇格条件等が具体的に示されている。定期的に面接を実施し、人事考課を行い評価をしている。
Ⅱ - 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
	16	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組んでいる。	a · b · c 労務管理は各事業所の事務員が中心となって、法人全体での事務局会議で行っている。会議では前述の委員会等の他に有給休暇の取得状況や、職員健康診断の実施とその結果に対してフォローを行っている。健診結果に課題のあった職員に対しては、その所属する事業所の看護職員からアドバイスをしてもらっている。また、人間ドックへの助成も法人独自に行い、職員の健康管理を行っている。

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	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a · b · c	「今浜苑」サービスガイドラインには、利用者の権利擁護への姿勢及び基本理念として、「期待する職員像」が具体的に示されている。キャリアパス、人事考課規程が整備されて、毎年2月に勤務意向調査票(面談票)を用い、成績、意欲、能力の点からの評価を実施している。
18	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 · b · c	今年度の総合事業計画の重点目標に「利用者主体の意識を持った職員の人材育成を図り、サービスの質及び経営の質を高める」ことが明記されている。研修は法人全体で、研修委員会が主体となって実施して、研修修了者には修了証を出してキャリアパスとの連動を行っている。
19	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 · b · c	研修の体系は初任者研修、中堅職員研修、チームリーダー研修に分かれ、それぞれ職務経験年数に応じて実施している。新規採用者の場合には、それとは別にオリエンテーションとOJTマニュアルに沿った研修を行い、担当者が4回の面接を行っている。
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	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 · b · c	「実習生受入手順書」の基本方針に「社会福祉従事者の養成に協力することで、社会的貢献を果たすとともに、実習生を受入指導することで、施設職員のスキルアップの機会とする」ことが記されている。手順書には実習オリエンテーション、実習プログラム、実習自己評価、誓約書等が含まれた実践的なものになっている。実習担当者は既定の研修は受講しているが、法人内部での担当者に対する研修は確認できない。

II - 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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 · b · c	法人のホームページには、事業計画、事業報告はもちろんのこと、第三者評価の受診結果、石川県による監査結果等もアップされている。また、事業報告書の中には各事業所ごとに、苦情や意見について内容と処理経過・結果について公表して事業の透明性を図っている。
22	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 · b · c	事務、経理、取引等に関するルールは「経理規程」としてまとめられホームページで公表している。各事業所ごとに事務職員が配置されて、事務局会議において経営分析や予算の執行状況を確認している。契約している会計事務所のチェックを受けて、毎月次の帳票を作成し、適正な事業運営を行っている。 外部監査は、今のところ行われていない。

II - 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
II - 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	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	運営規程には「地域の結びつきを重視し、市町、その他の障害福祉サービス事業者、その他の者との連携に努める」と記載している。運営規程はホームページ上で公表されている。今年はコロナの影響で地域との交流が困難な状況であったが、ショッピングモールに買い物に出かけたり、病院へ看護師が同行して通院したり利用者の誕生月に誕生会をしに出かけたりしている。 利用者の活用できる社会資源のリスト化や、社会資源の情報提供は確認できない。
24	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	「今浜苑サービスガイドライン」には「ボランティアの受入れは、単に職員の補助的役割ではなく、利用者との交流や活動を通して利用者及び福祉への理解を深める事を目標とする」と基本的な考え方が示されている。ボランティアのしおりやボランティアの心得(利用者のプライバシーや秘密保持を含む)が用意されて、マニュアルに沿った受入れを行っている。毎年近くの小学校とは、米作りを一緒に行き、田植え、収穫、餅つき等を一緒にやっている。

II - 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	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	事業所として、社会資源を明示したリストの作成は行っていないし、館内の掲示物等の確認もできなかった。関係機関との連携は羽咋郡市障害者自立支援協議会や宝達志水町地域部会に参加して定期的に連絡を行っている。法人施設、事業所が地域に数か所あり、法人内部での各種会議や職員の交流で連携をとっている。
II - 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	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	地域交流事業として例年「夏祭り」を実施していたが、今年度はコロナのため中止している。地域住民に向けての相談支援活動、福祉的支援の必要な人たちへのサークル活動、災害時の地域における役割等についての取り組みは特に行われていない。
27	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	事業所としての公益的な取組としては、地域住民に対する社会教育活動として、地元小学校等との交流(田植え、稲刈り、餅つき、クリスマス会)を通じた社会教育活動をしている。また、地域の環境整備活動として、地域休耕農地の復活を通じた環境整備活動を行っている。地域の福祉ニーズは、町の部会や羽咋郡市の協議会に参加することにより把握している。

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	コメント
III	- 1 - (1)	利用者を尊重する姿勢が明示されている	
	28	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。
	29	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。

第三者評価結果

コメント

28

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

法人理念の「ビジョン」に「ひとりひとりの[幸せ]を共に考え、それを地域の中で実現できるよう支援し、真のノーマライゼーション社会を構築する」とあり、また職員倫理綱領に「利用者の人格、生活史そして要求を尊重」することが明文化されている。
理念や倫理綱領に基づいた利用者の尊重に関しては、職員入職時の新規採用者研修のほか中堅職員研修、2か月に1回の全体会議で周知されている。また、全職員が「職員セルフチェックリスト」を使用し、利用者に対して不適切な援助を行っていないか年1回チェックしている。

29

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。

a . b . c

プライバシーの保護、権利擁護に関しては「職員倫理綱領及び行動規範」「サービスガイドライン」「個人情報保護規程」に示されており、研修により周知が図られている。
利用者からの相談や面談はプライバシーが確保された相談室で行っている。職員は部署内で安易に利用者のプライベートな話をしないように互いに注意し合うなどの取り組みを行っている。
2か月に1回の全体会議の中で虐待防止委員会を行っており、プライバシーや権利擁護の点で不適切な援助はなかったかに関して報告、事例検討を行っている。

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	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。	<p>○ a . b . c</p> <p>パンフレットには振り仮名や写真を用いて支援内容や作業内容が分かりやすく記載されている。窓口となる相談支援事業所や町の福祉課にパンフレットを置いてもらっている。</p> <p>利用希望者に対しては、まず見学や体験をしてもらい、実際に利用してみて不明点や不安な点があれば随時丁寧に相談を受け付け、説明している。</p> <p>見学や体験利用に関しても、相談員が相談に乗りながら協力して出来る体制が整っている。</p> <p>提供する情報については適宜見直しを行い、随時更新している。重要事項説明書等の書類を改定した際はホームページにも同時に反映させている。</p>
	31	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。	<p>○ a . b . c</p> <p>サービスの開始や変更にあたっては、「自己決定ガイドライン」に沿って、本人や家族、相談員によりケア会議を行い、その中で文字が理解しづらい利用者に対しては大きな文字を利用したり、読みの分かりにくい漢字にルビを振ったりして理解しやすい資料を用いて説明を行い、同意を得た上でを行っている。</p> <p>個人の要望や余暇活動については、ニーズの食い違いを避けるため、利用者で話し合う「自治会」の場を設け、そこに職員が参加し、必要であれば説明を行い、全員が納得して過ごせるよう配慮を行っている。</p>
	32	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。	<p>○ a . b . c</p> <p>他の福祉施設や地域・家庭への移行にあたっては、相談受付票(フェイスシート)を使い、サービスの継続性に配慮した手順が定められている。サービスの変更にあたっては著しい変更や不利益がないことが個別支援計画から確認できた。</p> <p>サービスの利用が終了した後も利用者や家族が相談できるよう、サービス管理責任者を窓口として相談ができるように体制を整えている。</p> <p>また、利用が終了しても、施設長が個別に手紙を郵送し、その中で何か不安があればいつでも相談できる旨を伝え、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。</p>

III	- 1 - (3)	利用者満足の上昇に努めている。		
		33 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。	a . b . c	<p>「作業に関する聞き取り調査」を年1回行い、利用者満足度調査を行っている。</p> <p>また、利用者同士で話し合う自治会にも職員が参加し、余暇活動をしたい利用者に対して、活動内容として取り入れたいことを話し合っている。活動内容等の不満や意見の食い違いがあれば説明・支援を行っている。即座に対応できるものであれば自治会の場で対応し、すぐに対応できないものについても検討し対応している。余暇活動の取組みについて要望の改善を行っていることが会議録から確認できた。</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 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>「苦情解決規程」に基づき、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員が設置されている。また、施設内に「苦情・虐待・要望の受付のご案内」を掲示し、苦情受付の際の連絡先を明記している。</p> <p>また、「苦情解決制度の流れの概要」を整備し、苦情の受付から解決までの一連の対応、また苦情までには至らない利用者からの意見や要望を把握した際の対応が、職務(第三者委員・苦情解決責任者・苦情受付担当者・その他の職員)別にフロー化されている。</p> <p>苦情受付書や意見要望等連絡票により苦情に対応したことは確認できたが、公表されていることは確認できなかった。サービスの質の向上の観点から、苦情内容や解決結果について、利用者のプライバシーに配慮した上で掲示や配布物等により公表されることが望ましい。</p>
		35 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>相談や意見を複数の相手に自由に述べることができることが重要事項説明書に記載され、サービス利用開始時に説明されている。また、年度初めに「サービス概要」を配布し、その中で作業班の担当職員、自治会担当職員、家族会担当職員、行事ごとの担当職員が明記されており、どの場面で誰に相談をすれば良いか分かりやすくリスト化されている。</p> <p>相談室は外から見られないようにしてプライバシーが確保され、相談室が使用中のときは支援員室をカーテンで仕切った上で使用し、利用者がいつでも安心して相談や意見を述べやすい環境作りを配慮している。</p>

		<p>36 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>a . b . c</p>	<p>苦情解決規程をフロー化した「苦情解決制度の流れの概要」にて相談の記録や報告手順、対応策の検討が職員に周知されている。苦情までには至らない意見や相談を受けた職員はその内容を「苦情または意見・要望等連絡票」に記入し、記入した内容は毎日の終礼で報告・連絡し、必要に応じて環境の改善やサービスの質の向上へ繋げている。</p> <p>相談を受けた職員は、表情などで相談がしやすい雰囲気作りを心掛け、すぐに対応できないときは対応可能な時間を伝え、利用者が安心して相談できる環境作りを実践している。</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	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>a ・ b ・ c</p> <p>「今浜苑事故等(ヒヤリ・ハツと)報告書」を用いて、利用者の安心や安全を脅かす可能性がある事例を収集し、日々の申し送りで周知している。また、月1回行われる「支援部会議」の中で、リスクが想定される場面や事例に関する検討が行われている。</p> <p>リスクマネージャーの配置、および事故発生時の対応と安全確認の責任が明記されたマニュアルは確認できなかった。リスクマネジメントに関する責任の明確化とマニュアルへの記載、およびこれらを踏まえて研修等による職員への周知が望まれる。</p>
	38	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>a ・ b ・ c</p> <p>「感染対策マニュアル」を策定し、結核、インフルエンザ、肺炎球菌、感染性胃腸炎、腸管出血性大腸菌感染症、レジオネラ属菌等個別の感染症毎に、平常時の対応と発生時の対応が記載されている。また、令和2年7月に「新型コロナウイルス感染症対策マニュアル」を策定し、感染が疑われる場合の管理者・看護師・サービス管理責任者・現場職員といった職責別取るべき行動や対応が明記されている。マニュアルは月1回の支援部会議で定期的に周知されており、同会議で感染が発生しやすい時期になると、看護師が注意喚起や対策を説明している。今年度の感染発生事例はないが、感染が起こった際は保健所に報告し、連携が適切に取られている。</p>
	39	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している。	<p>a ・ b ・ c</p> <p>火災や震災、風水害といった災害時の対応体制は「消防計画」に記載されている。また、「防災避難確保計画」には、想定される災害に対する具体的な行動や役割分担、避難誘導図、風水害や地震等の状況別の避難経路や緊急連絡網の中でマニュアル化されている。計画に基づき避難訓練を行い、緊急時の対応へのシミュレーションを行っている。訓練には消防署が立ち合い、その都度助言・指導を仰ぐなど、行政との連携も取れている。</p> <p>また、「災害対策避難備蓄一式」を用いて食料や備品類をリスト化し、リストに基づきチェックが定期的に行われている。</p>

Ⅲ - 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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 . b . c	<p>利用者の権利擁護やプライバシーの保護、日常生活援助、機能回復訓練等の専門的サービス、地域福祉といった福祉サービスの標準的な実施方法が「サービスガイドライン」により明文化されている。</p> <p>また、一日の利用者の標準的なスケジュールとそれに合わせた支援員の動きが時系列で記載された「一日の流れ」を作成している。</p> <p>「サービスガイドライン」や「一日の流れ」に基づき利用者個人別に、本人の全体像や支援手順や支援上の注意をまとめた「手順書」を作成し、利用者一人ひとりが大切にしていることやしてほしいことをまとめた「手順書」を作成・周知している。</p>
41	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 . b . c	<p>個別の支援内容についてまとめた「手順書」の見直しは利用者本人と担当者を交えた「個別支援会議」で行われ、適宜見直されている。</p> <p>手順書にて利用者の現状は確認できるが、どのタイミングで検証し、見直すかについては定められていなかった。施設として手順書やマニュアル等を定期的に見直す仕組みを定め、その仕組みに基づいて継続的に現状を検証し、サービスの質に関する職員の共通意識を育てるとともに、PDCAサイクルによって質に関する検討が組織として継続的に行われていることが望ましい。</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	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。	a · b · c	<p>利用者本人とサービス管理責任者が共同して「障害者支援アセスメントシート」を作成し、アセスメントシートをもとに利用者やサービス管理責任者、看護師等多職種で会議を行い、個別支援計画を策定している。アセスメントから計画の策定まで利用者と協働して行っているため、利用者一人ひとりのニーズが細かく反映される形となっている。</p> <p>利用者ごとに半年に一回のペースで「個別支援会議」を開催、その中でモニタリングを行い、個別支援計画通りにサービスが行われているかどうかを確認している。</p> <p>支援困難なケースについては「支援日誌」に記録し、翌朝のミーティングで申し送りを行い、頻度に応じてサービス内容を再検討するといった仕組みが構築されている。</p>
43	② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a · b · c	<p>個別支援会議の見直しは半年に1回に加え、利用者の体調に変化があったとき、緊急の場合など随時の見直しが行われている。</p> <p>また、個別支援計画は、職員がいつでも確認できる場所に設置されている。</p> <p>モニタリング前に「ニーズ整理票」を使用し、新たなニーズが発生していないかを職員が確認し、新たなニーズが発生していれば、次の個別支援計画に反映させる、という、潜在的なニーズを探し出すための仕組みが確立されている。</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	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>利用者ごとの身体状況や生活状況は「ケース記録」に、1日ごとの活動状況は「支援日誌」にそれぞれ記載されていることが確認できた。</p> <p>また、記録の書き方や情報の流れについてまとめた「ケース記録について」という文書を作成・周知し、職員間で記録のムラが出ないようにしている。</p> <p>各部署で作られた記録は事業所内のLANにより共有されており、管理者は共有ファイルの更新を1日2回行い、職員に周知すべき情報があるかを定期的にチェックしている。</p>
45	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>記録の保管や保存、廃棄や情報提供等の具体的な取り扱いについては「個人情報保護のための行動指針」を定め、行動指針に基づき記録管理を行っている。</p> <p>個人情報の不適切な利用や漏洩に対する対策は「個人情報保護に対する方針(プライバシーポリシー)」を定め、会議でプライバシーポリシーに基づき研修が行われている。</p> <p>また、2か月に1回開催される「事務局会議」の中で「個人情報管理委員会」を開催し、記録の管理や個人情報の漏洩について、不適切な事案がないか検討し、検討結果は2か月に1回の「全体会議」で申し送り・共有を図っている。</p>