

(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。	
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〉理念・基本方針はホームページやパンフレットに記載されており、外部への周知が図られている。事務所への掲示と職員による唱和、朝礼・会議・研修での説明のほか、毎月の虐待防止・秘密保持に関するアンケートを通じた振り返りにより、職員への継続的な周知に取り組んでいる。利用者に対してはリビングへの掲示によって周知を図っている。一方、家族へのわかりやすい資料を用いた説明など、家族への周知についてはさらなる工夫が求められる。	

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対応している。	
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〉社会福祉事業全体の動向はミーティングや会議で職員へ説明されている。地域の福祉ニーズについては地域の会議への参加や相談支援事業所からの情報収集を通じて把握しており、本部の成人部門会議で本部から情報が提供される仕組みがある。KPIとして利用率を追い、管理者が月次で本部に報告書を提出している。また利用率・資金収支等のデータは幹部会議で毎月共有されている。地域の各種福祉計画の策定動向の把握や利用ニーズの分析については、本部がカバーしているが、管理者自身の分析力のさらなる向上が期待される。	
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
〈コメント〉事業所の課題（人材確保・定着、職員教育、職場環境整備等）については本部・管理者間で共有がなされており、会議で話し合いが行われている。現場からの要望には本部が迅速に対応した事例（福祉車両の導入、スタッドレスタイヤの導入等）も確認できる。一方、経営課題の解決・改善に向けた具体的な取組の進捗状況が職員全体へ十分に周知されていない点が課題であり、今後は現場職員が課題解決に主体的に参画できる仕組みの整備が望まれる。	

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。	
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〉グループ全体として中・長期計画が策定されている。計画は本部が中心となり、事業所の意見や社長の意見等を取り込んで策定されている。中・長期的なビジョンが盛り込まれている。ただ、新規事業開発についての内容が主であり、既存の事業についての言及が少ない。既存の事業について、PDCAサイクルを意識した計画策定が望まれる。また、事業所単体の中・長期計画は策定されていない。今後、法人の中・長期的計画に即した事業所としての中・長期計画の策定も望まれる。	
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〉施設としての単年度計画は作成されており、年間の目標数字・研修計画・行事計画等について管理者から共有されている。ただし、計画の性格が研修・行事計画に偏っており、中・長期計画の内容を反映した数値目標を伴う具体的な実施計画としては十分でない面がある。今後はより具体的で細かい中・長期計画を踏まえた事業計画の策定が望まれる。	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
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〉中・長期計画の内容は管理職およびリーダー職には周知がされているものの、その先の一般職員への周知は不足しており課題となっている。施設の年間計画は社員の意見を反映して作成されており、職員の参画意識の醸成が図られている。事業計画の実施状況の把握は行われており、職員への周知も会議等を通じて取り組まれている。ただ、計画についての評価や振り返りについての手順は特に決めておらず、文書化もされていない為、今後振り返りのマニュアル化などを検討されたい。	
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〉地域連携会議に地元の方を招いて法人の理念や計画について話をする機会が設けられている点は評価できる。利用者・家族への周知については、利用者の理解・能力に応じた伝え方を心がけているが、家族へのお便り等による説明など、周知の工夫がさらに必要な状況である。今後の取組に期待したい。	

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
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。	
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
〈コメント〉毎月の虐待防止・秘密保持アンケートの実施や評価結果の分析・検討を行う場が設けられており、PDCAサイクルに基づく取組の意識はある。今回が当事業所として初の第三者評価受審となり、今後の定期受審を検討していることは評価できる。一方で毎月のアンケートがやや形骸化している様子も見受けられ、アンケートの活用方法や実施方法の工夫が望まれる。	

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。	a・b・c
〈コメント〉毎月の職員アンケートで気になる記載がある職員には個別に確認・指導・アドバイスを行い、必要に応じて個別指導書を渡す取組が行われている。職員満足度アンケートの意見から職場環境が改善されてきており、以前より働きやすい環境整備が進んでいる。ただし、評価結果にもとづく課題の文書化や職員全体への周知、改善計画の策定は十分でない面がある。今後は定期的な自己評価・第三者評価の受審結果から把握した課題に対し、職員参画のもとで改善計画を作成していくことが求められる。	

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
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
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〉職務分掌表・役割分担表が整備されており、管理者から職員へ説明が行われている。昇格時や会議・研修・組織図等においても管理者の役割・責任が明確にされている。管理者不在時の責任者についてはBCPに明記されており、有事への備えも整っている。一方、広報誌等を通じた積極的な表明は行われていないため、今後はさらなる周知・表明の機会の創出が望まれる。	
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〉管理者研修への参加や法定研修の実施によって必要なスキルを習得しており、会社として法令遵守規定を定めて取り組んでいる。秘密保持のアンケートを毎月実施して職員の意識付けを行うとともに、本部からの研修内容の共有により、コンプライアンス遵守に組織的に取り組んでいる。虐待防止に関する取組も継続して行われている。環境への配慮等を含む幅広い分野の法令への対応については、さらなる充実が期待される。	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
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〉管理者は外部研修・セミナーへの参加を通じて自己研鑽に励み、職員の研修参加に特に力を入れている。現場のラウンドを欠かさず行い、職員の言葉遣い等に気づいた際には直接指導を行っている。利用者に相談カードを作成するなど、利用者が意見を伝えやすい仕組みの整備にも取り組んでいる。一方、サービスの質の定期的・継続的な評価・分析と、それに基づく具体的な改善策の明示という点では今後のさらなる指導力の発揮が期待される。	
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〉職員の希望休や働き方の希望をなるべく聴いた人員配置を行い、ショートステイの利用者に合わせたシフト調整など、利用者・職員双方への配慮が行われている。ミーティングで稼働率を共有して職員に協力を呼びかけるとともに、管理者が相談支援事業所・病院等に営業活動を行い利用者の獲得に取り組んでいる。一方、財務・労務等の細かい数値管理については本部が担っており、管理者自身による分析は限定的である。今後は職員全体で意見を出し合い改善策を検討するなど、主体的な取組に向けた指導力の発揮が期待される。	

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。	
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〉行動理念に合った採用を心がけており、人員配置については基準を設けて行っている。欠員が生じた際に採用活動を行う体制があり、現在は人員の確保ができています。年間の研修計画も策定・実施されている。ただし、採用は計画的ではなく欠員補充型であり、人材確保・定着に関する具体的な中・長期的計画の策定と文書化が今後の課題として挙げられる。	
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〉期待する人物像・人事評価制度が整備されており、年3回（7月・11月・3月）の面談で人事評価と目標設定・振り返りを実施している。人事評価項目は職員にあらかじめ共有されており、本人の自己評価との照合を通じて透明性の高い評価が行われている。本人と話し合いながら個別の目標を設定する姿勢が評価できる。今後は、本人の自己評価と会社評価のマッチングや、管理職登用への意欲向上といった課題の解決に取り組むことが期待される。	
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
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
〈コメント〉管理者が労務管理を担い、職員の希望をなるべく聞いたシフトを作成している。年3回の面談に加え、随時の相談対応、無記名アンケートの実施、ストレスチェックの実施と多様な手段で職員の状況・意向の把握に努めている。職員の声を活かした職場環境の改善にも取り組んでおり、働きやすい職場づくりへの継続的な姿勢が評価できる。	
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
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・b・c
〈コメント〉年3回の面談において期待する職員像を伝え、期間ごとの目標設定と振り返りを行っている。本人との話し合いにもとづく個別目標の設定や、目標達成に向けた継続的な支援が行われており、職員一人ひとりの成長を支える取組が評価できる。	
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・b・c
〈コメント〉年間の研修計画が本部と事業所それぞれで策定されており、本部計画には事業所へのヒアリングを通じたニーズが反映されている。社内研修は動画で保存され、参加できなかった職員も後から視聴できる体制が整っている。また、事業所レベルでも管理者・主任・職員が相談して必要な研修内容を計画に組み込んでおり、職員の研修参加への積極的な支援が行われている。	
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・b・c
〈コメント〉職員の保有資格情報はシステムで一元管理されており、個々の状況に応じた研修機会の確保が図られている。新人には担当者が一人付いて指導するOJT体制が整っており、外部研修の情報も朝礼等で職員全体に周知して参加を促している。ただし、主任向けの研修は現時点では未整備であり、管理者以外の階層に応じた研修体系の充実が今後の課題として挙げられる。	

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。	
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。	a・b・c
〈コメント〉現時点では実習生の受入れは行われておらず、依頼があれば受けたいという意向はあるものの、受入規定等の体制整備も未整備の状況である。今後は受入規定の整備から始め、積極的な実習生受入れに向けた体制づくりが期待される。	

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。	
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・b・c
〈コメント〉ホームページで事業内容がわかりやすく紹介されており、相談支援事業所へのパンフレット配布も行われている。地域連携推進会議において法人の理念や計画についての説明も行っている。一方、株式会社であることから予算決算情報の公表は行われておらず、苦情の公開や第三者評価受審結果のホームページへの掲載も現状では行われていない。今後は透明性向上に向けた情報公開のさらなる充実が望まれる。	
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・b・c
〈コメント〉経理・取引ルールは整備されており、小口現金の管理については現場職員への周知も行われている。本部レベルでは社労士・税理士のチェックや外部専門家からのアドバイスが行われているが、事業所単位での監査は実施されていない。今後は事業所レベルでの内部統制の強化と、職員への経理・取引ルールの周知について改善が求められる。	

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。	
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
〈コメント〉地域の清掃活動・防災訓練・お祭りへの参加など、地域と接点を持つ機会が設けられている。地域連携会議を施設で開催して地元の方に見学してもらう取組も行われており、利用者の買い物への同行や床屋への外出支援等、日常生活の中での地域とのかかわりも大切にしている。入居時に近所のお店の情報を伝えるなど、利用者が地域に馴染みやすい工夫も評価できる。一方、地域との交流に関する姿勢の明文化はなされておらず、今後は計画的な取組の推進が望まれる。	
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
〈コメント〉受入規定は策定されており、レクリエーション支援ができるボランティアを探したいという考えはあるものの、現状ではボランティアの受入れは行われていない。ただ、すでに具体的なボランティア受け入れの話は進んでいる最中とのことなので、今後の取組に期待したい。	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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。		①・b・c
〈コメント〉社会資源リストが作成・掲示されており、職員間での共有が図られている。「暮らしを支える事業所担当者連絡会」への参加を通じて近隣地区のグループホーム事業所との横のつながりを持ち、通所施設との会議や包括型への移行に関する他事業所との話し合いなど、多面的な連携が行われている。地域の自立支援協議会にも参加しており、社会資源との連携が適切に確保されていると評価できる。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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・②・c
〈コメント〉地域連携推進会議で民生委員・自治会長と話す機会があり、地域の声を直接聴く場が設けられている。法人全体としては、児童部門による保育資源の地域還元、法人代表の保護司活動、各種団体との情報収集など多様な形で地域の福祉ニーズの把握に取り組んでいる。事業所単体としての組織的な取組は限定的であるが、法人全体の活動と連動した情報収集がなされている。今後は事業所レベルでも地域ニーズ把握の取組を充実させることが望まれる。		
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。		a・②・c
〈コメント〉法人主催の「エンジョイ祭り」に地域の方が参加するほか、講演会・相談会・マルシェ・イベント販売など法人全体として地域への公益的な活動が行われている。一方、事業所単体としての地域向け活動は現時点では特に行われておらず、計画も策定されていない。今後は事業所としても地域への貢献につながる活動を計画的に実施していくことが期待される。		

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
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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
〈コメント〉利用者の尊重についての共通理解に向けて、施設内に会社及び事業所の理念を掲示し、毎朝の朝礼で唱和している。また、毎月の虐待防止や秘密保持等のチェックリストによる振り返りのほか、定期的な虐待防止研修やメンタルヘルスチェック等が会社全体で行われている。職員の不安解消のため利用者の障害特性や介護技術等の実技研修で安心かつ安全に支援できるよう努めている。		
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。		a・②・c
〈コメント〉日頃から同性介助を意識した支援に努めている。SNSへの写真掲載の同意を得て、複数人によるチェック体制を設けている。現状、相談室が無いため事務所や利用者の居室での対応となっている。相談室は今後設置を検討しているが、声の大きさや部屋の外に聞こえないような配慮等一人ひとりが意識できる取組に期待したい。		
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。		
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・②・c
〈コメント〉ホームページやSNSが定期的に更新されている。写真が多用されており施設の雰囲気わかりやすい。見学や体験入所は積極的に受入れており、利用に繋がることも多い。空きが出れば、社内や関係機関に連絡しているが、さらなる取組として営業活動や充実した内容のパンフレットを作りたい意向があり、動画を活用した情報提供などは今後期待したいところである。		

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・②・③
〈コメント〉利用者の障害特性の理解に努め、表情や行動から利用者の思いを汲み取り、自己決定できるように促している。説明時には食事や活動内容の写真等も提示するなどしてわかりやすい工夫もなされている。利用者と家族の意向に相違がある場合も多く、各々の意向の把握と支援の検討がなされていることが確認できた。	
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・②・③
〈コメント〉他の事業所や病院等から入居の際は、相談支援専門員、ケースワーカー、家族等との関係者会議で情報を共有し、継続性の配慮に努めている。退去後は電話や口頭での連携が主となっているが、どのような情報を事前に伝えるのが良いかを検討し、引継ぎ文書の作成や連絡先をあえて書面で渡す等されると、利用者の安心に繋がると思われる。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。	
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。	①・②・③
〈コメント〉利用者および家族の満足度調査は今回の第三者評価で初めての実施である。日頃は、利用者と個別面談を行い、要望等を聴き取り、満足度の向上に努めている。リビングの壁面の手作りの写真は、利用者の笑顔や楽しげな様子が窺えた。今後は、定期的に利用者および家族に対して満足度調査を実施し、より利用者を笑顔にする支援に繋がることに期待したい。	
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。	
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。	①・②・③
〈コメント〉苦情解決体制が整備され、重要事項説明書等で説明している。利用者からの苦情があれば、スタッフが聴き取りして記録、家族や管理者、関係する職員で解決を図っており、過去の苦情から言葉がけの注意ポスターを掲示するなどして、支援の質の向上に努めている。しかし、苦情の申出しやすさや苦情内容および解決結果の公表については課題である。透明性の観点からも改善が望まれる。	
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。	①・②・③
〈コメント〉利用者との信頼関係とコミュニケーションを重視しており、相談しやすい関係づくりに努めている。一方、環境面では相談室が設けられていないため、落ち着いて利用者が話せる環境づくりは今後課題である。また、意見を言えない、言わない利用者もいることからさらなる取組に期待したい。	
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。	①・②・③
〈コメント〉利用者からの相談があれば、主任や管理者等に相談内容を報告し、必要に応じて関係機関と情報共有しながら対応する仕組みとなっている。組織的な対応はなされているが、意見箱の設置や定期的なアンケートの実施等はこれからである。利用者との関係づくりに力を入れていることから、誰に言っても大丈夫という安心感が与えられるよう今後に期待したい。	
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。	
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。	①・②・③
〈コメント〉利用者が安心・安全に過ごせるよう事故発生時や緊急時のフローチャートを作成、会議で周知している。事故対策のその後の評価・見直しも行われている。一方、ヒヤリハットは2～3件/月程度と少ない。「もしかしたら」の気づきを職員が日頃から持てるよう工夫が必要である。不審者対応訓練や通勤経路の危険箇所の確認、AEDの設置場所の理解など、利用者の安全確保のための取組の充実が望まれる。	

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。	①・b・c
〈コメント〉日頃から感染症予防に努めており、勉強会の実施のほか備品なども準備している。対応マニュアルも印刷して各フロアに設置している。感染症の勉強会はオンラインで、シフト制のため個別で参加している。防護服の着方などは実践型で学んでおり、すぐに対応できるようにしている。看護師採用により、さらに充実させたい考えがある。	
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・②・c
〈コメント〉ハザードマップ上では浸水等のリスクがないため、地震や火災を中心に避難訓練が行われている。元消防署員の方からの指導を受けており、何かあれば施設内に待機することを基本としている。災害に備え、1週間程度を備蓄・管理している。地域の防災訓練には一部の利用者が参加しているが、今後多数の利用者が参加できる体制づくりや地域との協力体制の構築が期待される。	

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。	
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・②・c
〈コメント〉標準的な実施方法として、業務チェックリストによるチェックや利用者一人ひとりの特徴や性格、得意・不得意、支援の際に気をつけること等をまとめた書類を作成し、職員が同じ支援ができるように取り組んでいる。業務チェックリストは一日の業務の流れに沿ったチェックリストであり、実施されているか確認できるものではあるが、慣れによる支障が見られた。	
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・②・c
〈コメント〉業務チェックリストは主任が見直しをしているところであるが、多くの職員の参画による見直しが行われることで、我が事として捉えることができ、多角的な気づきが得られることから、見直しの時期や方法を定められると良い。掃除チェック表についても、掃除の仕方がバラバラであることから、検証・見直し、共有がなされると良い。	
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。	
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
〈コメント〉アセスメントシートは試行錯誤しながら作成した。支援にかかわる職員のほか、必要に応じて関係機関と連携し、アセスメントや個別支援計画の策定に努めている。朝礼での引継ぎ内容や支援記録、ミーティング等から職員の意見を吸い上げ、個別支援計画に反映させている。利用者のニーズは日常のかかわりの中で本音を聞くかかわりを意識している。	
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
〈コメント〉個別支援計画を見直す際は、半年ごとにモニタリングを実施している。モニタリングは、施設長、相談支援専門員、主任、リーダー（または社員）、利用者が参加し、利用者の意向把握とそれを基に見直しが行われている。見直し後の個別支援計画は朝礼や毎月のミーティングで周知している。計画通りに支援が実施されているかどうかは、日々の記録や朝礼で確認している。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
	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
〈コメント〉利用者の情報や支援については定められた書式を活用して記録している。記録は基本紙を使用しており、書き方に差異が見られるため、今後は記録等のICT化を検討している。職員の情報共有の仕組みとして、毎日の朝礼・夕礼、毎月の竹野ミーティング、議事録の回覧等、シフト制ながらも共有の場面は多い。ICT化により効率化が図られ、利用者への支援の時間の充実に繋がることに期待したい。		
	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
〈コメント〉個人情報保護に関しては、入職時の研修のほか秘密保持チェックリストで、継続的に意識を高めている。施設の書類等は鍵付きの書庫に保管され、SNSや写真は利用者の名前が出ないようにチェックしている。一方、個人の携帯電話の使用やカメラの使用については改善が求められる。		