

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 びろうの樹

評価実施期間 平成27年11月24日～平成28年2月26日

1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

2 事業者情報

[平成27年12月 1日現在]

事業所名称：びろうの樹 (施設名)	サービス種別： 短期入所生活介護
開設年月日：平成13年1月22日	管理者名： 菅田 スミ子
設置主体： 医療法人 共生会	代表者職・氏名： 理事長 菅田 育穂
経営主体： 医療法人 共生会	代表者職・氏名： 理事長 菅田 育穂
所在地：〒899-7402 鹿児島県志布志市有明町野井倉8031番地1	
連絡先電話番号：099-477-2662	FAX番号：099-477-2626
ホームページアドレス	Eメールアドレス
http://www.birounoki.com	sugata@birounoki.com

理念・基本方針

理念

向上・・・利用者様の身体機能の向上、職員の質の向上
安全・・・利用者様の安全の確保に努める
笑顔・・・利用者様が笑顔で過ごせる様、職員は常に笑顔で接する

基本方針

1. 要支援者、要介護者の方が自宅において、自立した日常生活を営むことができるよう理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の回復を図ります。
2. 利用者の要介護状態の軽減もしくは、悪化の防止または、要介護状態にならないよう目標を設定し、計画的に行います。
3. 実施に当たっては居宅介護支援事業所その他、保健、医療、福祉サービスを提供する者と密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

利用者が、居宅や住み慣れた地域で可能な限り、自立して暮らし続けることができるように、機能訓練体制をとっている。また、医療ニーズの高い重度者や、認知症の利用者への対応可能な看護職員、介護職員を昼夜配置している。

[利用者の状況]

定員	21人	利用者数	64人
----	-----	------	-----

※施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、その施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜貼付してください。

利用者の年齢階層

年齢区分	～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳～
人数(人)	1	10	27	21	5

要介護区分

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
人数(人)	0	0	2	5	10
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	13	20	14		

[職員の状況]

職種	勤務区分				※常勤換算	※基準職員数
	常勤(人)		非常勤(人)			
	専従	兼務	専従	兼務		
医師		2			0.2	1
生活相談員	1				1	1
理学療法士	1				1	
あん摩マッサージ師	1				1	1
看護師	2				2	
准看護師	3				3	
介護福祉士	4				4	7
介護職	2				2	
管理栄養士		1			0.5	1
調理師		3			1.5	実績に応じた適当数
前年度の採用・退職状況	採用	常勤	2人	採用	非常勤	0人
	退職	常勤	2人	退職	非常勤	0人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					7年	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数					5.7年	
○常勤職員の平均年齢					39歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					39歳	

※常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

3 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年11月24日(契約日) ～平成28年2月26日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0回

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

地域状況に配慮した高齢者への支援体制構築について
高齢単独生活者・高齢者のみの世帯など地域のニーズを把握して高齢者家族等へのレスパイト対策や当事者の社会生活継続支援のためにその機能を発揮しています。特に医療的に退院が迫られる状態になった高齢者の地域移行のプロセスとしての役割も果たしています。そのような意味で当事業所は医療福祉連携の上でも大きな役割を果たしています。

人材の確保と養成について
管理者を中心に全スタッフがサービスの質の向上に意欲を持ち、施設内研修、外部研修など積極的に参加し、スキルアップを図っています。また、法人としても奨学金制度や勤務調整などバックアップ体制が整いゆとりある人的配置がなされ、有給休暇の取得や時間外勤務も少なく働き易い職場となっています。

◇改善を求められる点

プライバシー保護について
プライバシー保護に関するマニュアルはテキストをダウンロードして使用されているが、簡便で即応性のあるマニュアル化が期待されます。また、二人部屋やトイレについてもプライバシーに配慮した取り組みが望まれます。

5 第三者評価結果（共通項目）

6 利用者調査結果（別紙）

7 事業者の自己評価結果（別紙）

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

二人居室は家具による間仕切りしかなく、プライバシー保護の工夫が足りませんでした。
直ちに間仕切カーテンを設置しました。

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】

H27年4月1日改定

(様式2)

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>評価概要 法人理念「向上」「安全」「笑顔」のもと、事業計画においてビジョン、具体的な基本方針が策定されている。理念は事業所内に掲示すると共に毎朝の朝礼や会議等で唱和、周知を図っている。また、ホームページ、パンフレット、びろうの樹新聞等で利用者、家族、地域、へ周知し、理解を得ている。</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>評価概要 行政資料や広域で各種会議に積極的に参加し、ニーズや状況把握、ネットワークづくりに努めている。また、介護保険関係は専門の職員が配置され情報収集が行われている。経営状況については毎月、会計事務所が入りその結果を理事会、毎週行われる主任会議で把握、分析が行われている。</p>		
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
<p>評価概要 事業計画にビジョンを掲げ、利用者受け入れ促進計画として、地域ケアマネとの信頼関係の構築、加算取得に向けての体制づくり、医療ニーズの高い方、重度の認知症の方の受け入れに向けての看護職員の充実など具体的な取り組みを行っている。</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>評価概要 人件費削減、稼働率のアップを経営課題と捉え、収入計画・人件費・経費、これらを考慮した具体的な中長期計画が策定されている。中長期計画は毎月の財務分析、年次決算状況により見直しが行われている。</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>評価概要 中長期計画を踏まえた基本方針、ビジョンを掲げ、数値目標、サービスの質の向上、事務の効率化、経費削減など、具体的な行動計画、取り組みが明記された単年度計画が策定されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画は主任他、多職種が参画し策定、理事会や毎月の主任会議で実施状況の把握と分析見直しが行われている。各委員会やミーティング時に職員への周知が図られている。給食員会での検討、利用者への意向満足度調査や職員自己評価の集計もとに見直しが行われている。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画はホールの目につきやすい場所へ掲示するとともに、びろう新聞等を利用して利用者、家族へ周知している。また、連絡帳を利用して毎月の行事計画などお知らせしている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>年1回、利用者の意向満足度調査、全職員の自己評価を行い集計結果をもとに理事会、毎週開かれる法人主任会議、各委員会、会議等で課題分析が行われ、改善に向けた取り組みを行っている。今後、定期的な第三者評価受審を計画している。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>評価結果を基に具体的な対応策が会議にて検討され、会議録で全員で共有し改善に向けた取り組みが行われている。実施状況など理事会、週1回開催される主任会議等で検討され見直しが行われている。</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・c
<p>評価概要</p> <p>組織規程の中で業務管理、職員管理と役割を掲示し、マニュアルにも不在時の権限委任等明確に明記している。管理者自ら地域の各種会合に積極的に参加し、ネットワークづくりに取り組んでいる。また、法人理事として、法人内会議に出席、ミーティングにおいて全職員への報告、周知を図っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>労務士の協力を得ながら、遵守すべき法令等を把握、マニュアル・職員ハンドブックを作成し職員への周知を図っている。また、研修や勉強会へも積極的に参加し理解と職員への周知を行っている。</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・c
<p>評価概要</p> <p>利用者満足度調査、全職員による自己評価の集計を基に会議において課題抽出と改善に向けた取り組みの検討を行い、サービスの質の向上に努めている。また、職員の資格取得を奨励し資格取得に向けてのバックアップを積極的に行なっている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 毎月経理からの収支報告が行われ、理事会、主任会議において経営状況報告、課題分析が行われており、会議において職員への周知、稼働率、コスト削減への意識付けを行いながら経費削減に向けた取り組みを行っている。また、加算取得に向けての人員配置や資格取得に向けて中心となって取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 職員の教育、研修等に関する指針が策定され、職員の資格取得に向けて奨学金制度や勤務の調整、給与優遇など具体的な取り組みが行われている。また、職員全員が常勤職員であり、勤務時間の希望については時差出勤で対応するなど、人材の確保・定着に向けて取り組みが行われている。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 人事評価制度があり、年2回、自己評価・上司評価・主任評価において5段階評価が行われている。自己目標とその評価については主任が個人面談を実施、必要時には管理者が面談を行っている。労務士が常勤し総合的な人事管理が行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人内安全衛生委員会が中心となり働きやすい職場づくりに取り組んでいる。職員アンケートを実施、労務士が中心となり労務管理を行っている。3年前から法人で託児所を開設、8時から21時まで利用できる。全職員が常勤となり福利厚生、同居家族も含めたインフルエンザ予防接種費用の法人負担など体制が整っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 職員の教育、研修等に関する指針が策定され、資格取得を含め、育成に向けた取り組みを行っている。個人目標の設定、自己評価を行い、主任による個人面談を実施している。管理者も必要に応じて個人面談を随時、行っている。</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・c
<p>評価概要 職員の教育、研修等に関する指針があり、年間計画で研修計画が策定されている。外部研修への参加、毎月第4水曜日に全員参加の研修会を実施している。</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・c
<p>評価概要 新人研修をはじめ、職種別研修、リーダー研修、毎月1回、開催される全員参加の研修会、また、資格取得に向けて奨学金制度、研修参加のための勤務の調整など研修機会の確保と受けやすい環境ができています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 実習生受け入れマニュアルが策定され、プログラムに沿って担当が主になり、職員への実習目的、実習期間の周知を行い、看護・介護実習を積極的に受け入れている。実習担当はリーダー研修等で研修、育成が行われている。</p>		

		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・ b ・c
<p>評価概要</p> <p>ホームページ上で法人・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容など公開、びろうの樹新聞に掲載、事業所内に掲示するなどして情報を発信している。また、税理士による決算情報などは医療法人として県に届け出ている。</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・ b ・c
<p>評価概要</p> <p>毎月、会計事務所の税理士による会計監査を行っている。組織規程により職員への周知と法人全体で10の委員会を組織し、毎週各委員会を開催、各委員会が中心となり各種取り組みが行われている。</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>評価概要</p> <p>法人として地域との交流についての指針が策定され、町内会へ加入、マラソン大会やゲートボール大会などの参加がある。地域津波訓練への参加や防災訓練への地域住民参加がある。地域行事へは日曜日に利用者と一緒に関員はボランティアで参加している。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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>評価概要</p> <p>ボランティア受け入れについて、指針・マニュアルあり中学生、高校生の職場体験など積極的に受け入れられている。受け入れに際してはオリエンテーションにおいて、介護保険の説明、注意事項の説明など行っている。敬老会や花見会など施設行事への演芸ボランティア参加もある。</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>評価概要</p> <p>管理者はネットワークづくりに取り組んでおり、地域包括支援センターとの連携、志布志市主催の3~4ヶ月に1回開催される介護保険施設の会合への参加、各地区ケアマネ協議会会合への参加、地域ケア会議への参加と積極的に地域との関わりを持ち、関係者リスト、連絡網を整えている。</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>評価概要</p> <p>法人として、災害時の避難場所として施設を提供できるよう地域住民にも広報を行っている。また、地域の津波訓練への参加、町内会の要請で交通安全週間、立哨パレード参加などがある。</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>評価概要</p> <p>法人として、独居老人に対する、台風時の戸締り、24時間体制での緊急時の対応など行っている。また、医療依存度の高い方の利用ニーズに応え、夜勤者2名のうち、必ず1人は看護師を配置するなどの取り組みを行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>理念や基本方針に 利用者を尊重した福祉サービスを明示している。権利擁護・倫理規定のマニュアルが整備している。職員は接遇マナー・身体拘束・尊厳・倫理などの研修を行い、実践に結びつける支援をしている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>福祉サービスの提供時はプライバシー保護に注意し実施している。マニュアルを参考に研修を実施し職員全員は共通理解した行動が取れるようにしている。昼間の居室は 利用者が自由に出入りできるように開放している。2人居室は仕切りがなく排泄ケア時は配慮が必要である。プライバシー保護の工夫がない。</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 利用者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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業所のパンフレットには、理念を明示し写真をカラフルに使用し文字も大きく見やすく分かりやすい工夫がある。市役所・福祉施設に配布している。ホームページは適宜見直しをしている。年に3回新聞を発行している。事業所の利用希望者や見学者に丁寧に説明している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>開始時は資料に基づいて説明し同意を得た上で書面で残しているが、説明内容と同意書は一体になっていず同意書のみを保管している。サービスの変更時は居宅事業所と連携し、利用者・家族に説明し報告書を家族に渡している。職員は申し送りや記録で周知徹底し、統一したケアを提供している。</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 (b) c
<p>評価概要</p> <p>福祉施設や事業所の変更にあたり、居宅支援事業所と連携をとりサービスが継続できるように利用者・家族と相談報告している。必要時移行先に情報提供をしている。家庭への移行は普段から利用者の生活状況を説明している。移行後の相談窓口や相談員を伝えているが文書は渡していない。変更・移行の手順書の文書がない。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-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>評価概要</p> <p>食事に関する嗜好調査は定期的実施し利用者の満足向上に努めている。職員は日々の関わりで要望・意見を聞くようにしている。送迎時に家族から情報を得、サービス向上に活かすようにしている。今年度より利用者の満足度を把握し分析・検討を行い具体的な改善を行っていく方針である。</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>評価概要</p> <p>苦情処理マニュアルに沿って対応する仕組みがある。利用者・家族には利用開始時に説明している。第三者委員は設置していないが行政機関や担当者は明記している。意見箱の設置もあり、苦情は述べやすい工夫をしている。苦情内容は受付と解決まで記録で保管し申し出人に報告している。委員会を通し職員フィードバックしている。</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>評価概要</p> <p>意見箱設置、重要事項説明書に行政機関や相談員を明記し相談意見を述べやすくしている。職員は日々の関わりの中で意見や要望を聞くようにしている。利用日の送迎は家族から自宅の生活状況や不安・意見を把握する機会にしている。相談室の設置もあり、ゆっくり落ち着いて相談できる環境になっている。</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>評価概要</p> <p>責任者、担当者を設置し苦情処理マニュアルに沿って迅速に適切な対応を心がけて進めている。苦情内容は再発防止策なども協議し開始から解決結果まで記録保管している。当事者のプライバシーや個人情報の保護について人権を尊重した姿勢や行動ができることを職員に周知している。</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	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>評価概要</p> <p>リスクマネジメントの責任者を設置し毎月委員会を開き業務の改善・介護機器の点検や設備の見直しを検討している。これらの内容は事故防止のために職員に周知している。事故防止対応マニュアルは行動指針を示し職員の研修資料になっている。事故発生時の対応も項目ごとに整理され行動しやすい。</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>評価概要</p> <p>感染症や食中毒のマニュアルを整備しそれに沿って実施している。利用者は手洗いや口腔ケアを徹底し感染症予防に努めている。送迎や朝の健康状態を家族より聞き適切な対応をしている。利用中に変化時がある場合は、看護師に報告している。必要時家族に報告し医師の診察を受けている。</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>評価概要</p> <p>消防訓練計画書を作成し年に2回消防署の指導を受け防災訓練を実施している。利用者は2階に入所しているため、おんぶ避難になっている。地域や関連施設の協力を得、全員が安全に避難できるように訓練している。業務の中で常に避難経路の点検等自主的に実施している。食料や備品の備蓄も整備している。</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・b・c
<p>評価概要</p> <p>標準的な実施方法がマニュアルとして作成している。実施方法は、ほぼ手順書になっている。倫理規定や身体拘束・尊厳の研修を実施し、管理者による実施方法の確認をしている。必要時個別指導をしている。マニュアルの見直しは年に1回定期的実施している。</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。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>標準的な実施方法の見直しは年に1回10月に実施している。月1回 カンファレンスを行い検証見直しをしている。必要に応じ施設サービス計画書に反映させている。日々のケアの中で気になることは、その都度話し合いをしたり会議を開いている。</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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>アセスメントから一連の手順を得て施設サービス計画書を作成している。担当制であり、総括は生活相談員が担当している。専門職による合議のもと利用者・家族の意向や個別のニーズを明示している。3ヶ月毎にモニタリングを行い評価見直しをする仕組みがある。</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・b・c
<p>施設サービス計画は3ヶ月毎に関係職員が集まり、モニタリングで評価見直しをしている。結果は利用者・家族、居宅事業所に報告している。個別機能訓練や栄養ケア計画も3ヶ月で評価見直しをしている。緊急にサービスを変更する場合は、居宅支援事業所と相談し計画を修正している。</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	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>評価概要</p> <p>事業所で定めた様式で記録している。個別機能訓練計画書や栄養ケア計画書もあり、一体化できていないところがある。現在統合記録として利用者全体(内容・情報)が分かるように新しい取り組みをしている。職員により記録に差異が生じないように生活指導員が指導している。</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>評価概要</p> <p>個人情報保護規定により記録の保管・廃棄・情報の提供に関する規定を定めている。パソコンはクラウドガードしている。利用開始時に利用者・家族に対し個人情報の保護の取り扱いを説明し同意を得ている。職員は管理者から法令遵守や個人情報保護の研修を受け理解し遵守している。</p>		