

福祉サービス第三者評価基準 (様式2)

【 共通版 】 障害者・児福祉サービス用 H29年3月1日策定

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。	㉠・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・理念や基本方針は明文化され、事業所内に掲示されているほか、「法人のご案内」、法人のホームページに記載されています。 ・職員への周知は、毎年4月に開催の職員会議においてグループワークを行い周知しているほか、毎朝の朝礼で読み合わせが行われています。 ・利用者や家族に対しては、わかり易く解説した資料を事業所内に掲示して周知しているほか、自治会総会や家族会総会開催時にわかり易い資料を配布して説明がなされています。 		

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。		
	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。	㉠・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の事業経営を取り巻く環境や法人の経営環境の動向については、隔月開催の「管理職会議」における理事長からの情報提供のほか、施設長会に積極的に参加して情報の収集に努めています。 ・事業所の経営情報は、「月次報告」によって把握・分析され、改善すべき課題については全職員が参加する職員会議で協議されて改善に向けた取組みが行われています。 		
	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。	㉠・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・経営状況や改善すべき課題や問題点について、法人においては、隔月開催される「管理職会議」、施設においては、施設長・主任・チーフを構成メンバーに毎月2回開催される「課題検討会」で明確にされています。 ・「管理職会議」の内容は、毎月1回開催の職員会議や、朝礼において全職員に伝達、周知され、「課 		

「課題検討会」の内容は、議事録を全職員に回覧することによって周知され具体的に組み立てられています。

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。		
	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</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人では、『新たな時代の潮流に即応した社会福祉の創造』をメインテーマに、平成28年度から5か年の中・長期事業計画が策定され、法人の理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしています。 中・長期事業計画は数値目標や具体的な成果が設定され、「管理職会議」で実施状況の評価及び、必要に応じた見直しが行われています。 中・長期事業計画を実現するための財務面での裏付けとなる中・長期収支計画が策定されていないので、事業計画と併せて策定しておく必要があります。 		
	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</p> <ul style="list-style-type: none"> 「奏の丘」で策定された平成28年度の事業計画は、中・長期事業計画を踏まえた内容となっており、単年度における事業内容が具体的に示されており、達成に向けた数値目標も設定されています。 収支計画については、事業所の計画は資金収支次期当初予算書にまとめられていますが、中・長期収支計画が策定されていません。 		
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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業計画の策定にあたっては、①事業所の全職員が事業計画策定にあたっての意見書作成 ②意見書を取りまとめて「課題検討会」で検討 ③事業所の事業計画策定 ④法人で取りまとめ法人の事業計画策定 ⑤法人理事会で決定など法人内の手続きを経て策定されています。 策定された事業計画は、年度当初の職員会議において全職員に説明して、周知されています。また、年度途中に「課題検討会」において職員からの意見書を取りまとめた中間評価を行い、評価結果に基づいて見直しを行っています。 		

	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。	㉑・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は計画内容をわかり易くした資料を事業所内に掲示しているほか、利用者、家族に対しては法人広報誌「常盤会だより」への掲載や、各々自治会、家族会において説明して周知されています。 ・事業所の活動内容や行事内容は、利用者等の参加を促すために、毎週作成される支援計画週案が利用者や家族に配布されています。 		

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) 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。	㉑・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所が提供する福祉サービスの質の向上に向けた取組みとしては、法人内に設置した「QCサービス向上委員会」が、年に1回「家族アンケート調査」を実施しています。 ・調査で表明された意見は「課題検討会」において検討され、結果は文書等により家族に配布されています。 ・事業所では、第三者評価基準に基づく「自己評価」を年に1回実施しています。評価結果は「課題検討会」で分析・検討が行われています。 		
	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。	㉑・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「家族アンケート調査」や「自己評価」の結果は、「課題検討会」で検討され、組織として取組むべき課題を改善計画書に取りまとめて、職員に回覧することによって課題の共有化が図られています。また、改善策や改善の実施状況の評価を行い、必要に応じて改善計画の見直しが行われています。 		

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。	㉑・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の役割と責任は「職務分掌表」及び「管理者の役割と責任」「管理者・幹部のリーダーシップ宣言」に明文化されているほか、職員に対しては職員会議、朝礼時に事業所の経営・管理に関する方針や取り組みについて表明しています。 ・利用者・家族等に対しては法人の広報誌「常盤会だより」に掲載して表明しています。 ・非常災害時等の有事における管理者の役割と責任については、統括責任者として「非常災害時役割分掌表」に明文化されています。 		
	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。	㉑・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・遵守すべき法令等は、マニュアル綴りに各種法令等をファイリングして事務所に置かれ、全職員が必要に応じて随時閲覧できるようにしてあります。 ・管理者は、法令等を遵守した事業経営に必要な法人内外主催で開催される研修会や勉強会に積極的に参加されています。 		
Ⅱ－１－（２） 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	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。	㉑・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者のリーダーシップ宣言が作成され、事業所内に周知する取組が行われています。 ・管理者は、職員会議、課題検討会、ケース会議等の各種会議や、自治会には必ず出席し、課題の把握に努め、指導、助言を行う等、継続的にサービスの質の向上に向けた取組を行っています。 		
	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。	㉑・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの質の現状について、法人が設置する「QCサービス向上委員会」が実施する「アンケート調査」の結果のほか、職員室に設置した職員からの意見箱、「職員業務改善アンケート」等により、定期的、継続的に評価・分析を行うための取組がなされています。 ・職員会議開催時に、管理者が講師となって「支援の質を向上させるために職員が持つべき力」と題した講義を行うなど、質の向上に向けた職員の教育を行い、組織内での指導力を発揮されています。 		
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。		
	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>・法人が目標とするサービスの質を確保するために必要な人材や、人員体制についての総枠は法人本部で管理されており、人事に関する方針は「人事管理における基本方針」に明文化され、具体的な計画は「法人戦略スケジュール」に明記されています。</p>		
	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</p> <p>・法人において、人事管理における基本方針が作成されており、職場内で資格取得について配慮がなされています。事業計画及び、中・長期計画に有資格者の養成項目が設定されており、報酬加算等につながっています。</p> <p>・職能等級フレーム（キャリアパス）が策定され、人事基準が明確にされ、職員に周知されています。</p> <p>・人事考課制度を導入して10年が経過しており、人材育成の観点からも定着し機能しています。</p> <p>・一次、二次の面談を行い資格取得や異動の希望を聴取し、職員が自分の将来像を描くことができるようにされています。</p>		
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組んでいる。	㉫・b・c
<p>評価概要</p> <p>・働きやすい職場づくりに向けて、職員の異動希望の把握やリフレッシュ休暇や、有給休暇（取得率49%）、育児休暇等の取得を勧めるなど、ワーク・ライフ・バランスに配慮しています。</p> <p>・法人内でメンタルヘルス研修を開催し、ラインケアの取り組みについて学ぶ機会があるほか、悩み相談窓口を設置するなど、職員の心身の健康安全確保に努めています。</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。		
	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</p> <p>・組織として期待する職員像を「求められる職員のあり方」として明記し、「目標面接カード」を活用した職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されています。</p> <p>・「目標面接カード」は目標・方法・手段について本人が記載し、「主任・管理者の面談による評価⇒本人の自己評価⇒主任・管理者の面談による・評価」のサイクルによる振り返りを通じて、進捗状況や目標達成度を確認し、見直しを行いながら次年度計画につなげる仕組みになっています。</p>		

	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。	㉑・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・組織が目指す福祉サービスを実現するための職員の教育・研修に関する基本方針や計画は、中・長期事業計画及び事業所の単年度計画に明文化されています。 ・計画では組織が必要とする職員の知識や専門資格について具体的な目標が明記され、目標達成に向けて体系的な研修計画が策定されています。 		
	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。	㉑・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・新任職員には、法人で新任研修を実施するほか、職場内では1対1で対応するトレーナー制度が導入されています。また、個別の目標面接カードにより評価できる仕組みが構築されています。 ・研修修了者は個別の職員研修記録表に記載され、職員会議で研修報告会を実施しています。 		
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・㉑・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・実習生等の受入れについては、「実習者受入マニュアル」が整備され、研修・育成に関する基本姿勢が明文化されています。また、法人が設置する「実習推進委員会」において実習種別に応じて専門職種の特性に配慮したプログラムが作成されるなど、効果的な研修・育成が行えるよう支援体制が構築されています。 ・事業所では、社会福祉士資格取得のための実習生を受入れています。受入れにあたっては養成校との事前打ち合わせを行っているほか、利用者や家族に対しても事前説明がなされています。 		

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。	㉑・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・法人の広報誌「常盤会だより」を年に3回発行し、各事業所の基本指針・目標を掲載しています。 ・ホームページには、法人、福祉施設、事業所の理念や基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されています。 ・第三者評価の受審状況はホームページで公開されており、苦情相談等の内容は、「常盤会だより」 		

に公表されています。	
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。	㉑・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・経理規定が整備されており、事務・経理に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員に周知されています。 ・定期的な内部監査の実施や外部の公認会計士による指導が毎月行われており、公平性と透明性を確保した適正な経営・運営のための取組みが行われています。 	

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・㉒・c	
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・地域との関わり方については「地域貢献委員会」会則において基本的な考え方を明文化しています。 ・活用できる社会資源や地域のイベント情報は、事業所の玄関や受付、送迎バス等に掲示して利用者等に情報を提供しています。 ・地域が開催する文化祭等のイベントに積極的に参加しているほか、法人主催のスポーツレクリエーション交流活動や、市知的障害者協会主催の「ふれあいスポーツ大会」に参加されています。 		
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・㉒・c	
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では、誕生会や季節の行事開催時にボランティアを受入れて利用者との交流がなされています。ボランティアの受け入れに関する基本姿勢は、「ボランティア受入マニュアル」に明文化されています。受入れにあたっては、ボランティア受付簿に記載し、「ボランティアにあたっての注意事項」により事前説明を実施しています。 		
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。	a・㉒・c	

評価概要	
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所として利用者により良い福祉サービスを提供するために必要な社会資源は、関係機関・団体の役割や連絡先はリスト化され事業所内に掲示されているほか、職員研修等で「関係機関との連携について」等の資料により説明がなされ、職員に周知され情報の共有化が図られています。 ・鹿児島市連絡協議会や市障害者自立支援協議会と定期的な連絡会を行っています。また、法人主催で学校関係者との意見交換会や、地域の学校・グループホームと連携会議を開催しています。 	
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	㉑・b・c
評価概要	
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所が有する機能を地域に還元するために、家族や、近隣の方々を招いて事業所のスペースを活用した「かなでマーケット」を開催して、利用者が作成した作品や製品を展示・販売したり、「フラワーアレンジメント教室」を開催しています。 ・事業所の看護師を同一敷地内に設置する「子育て支援センター」に講師として派遣しています。 ・災害時に地域の方々の避難場所としての指定を受けて、鹿児島市と「災害時における福祉避難所設置に関する協力協定」を締結しています。 	
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・㉒・c
<ul style="list-style-type: none"> ・地域の社会福祉ニーズに基づく公益的な事業や活動として、生活困難者を法人全体で受入れしているほか、事業所では、夏休みに養護学校生を受入れる「オープンかなで」を実施しています。 	

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。	㉑・b・c
評価概要	
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重した福祉サービスの提供については、基本方針に明文化され、基本姿勢は事業所が策定した個々のサービスの標準的な実施方法に反映されています。 ・倫理要綱や規程は法人で作成した「常盤会マインド」にまとめられ全職員に配布して、朝礼時に読み合わせを行っているほか、職員研修会で管理者が説明し、グループワークに基づきワークシートを作成するなどして職員が理解し、サービス提供時に実践するための取組みがなされています。 	

	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。	㉑・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮したサービスについては、法人が設置する「人権擁護委員会」において、「プライバシー保護」「人権配慮」「虐待防止」の各マニュアルの策定・見直しが行われ、朝礼時に読み合わせを行うほか、外部講師を招聘した職員研修会を開催しています。 ・利用者や家族に対しては、わかり易くした説明資料を作成して事業所内に掲示されているほか、利用時の重要事項説明書に基づく説明や、自治会や家族会の開催時に説明がなされています。 ・不適切な事案が発生した場合の対応方法については、発生時の組織図が作成されています。 		
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。	a・㉒・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者のサービス選択に必要な情報は、パンフレット・リーフレットを法人施設・事業所や、「ハートピア」「鹿児島市松元支所」に配置しているほか、ホームページにも掲載しています。 ・事業所の利用希望者には、利用状況や行事等の写真を使いサービス内容がわかり易く説明できるよう工夫されているほか、見学や体験利用（「オープンかなで」）の希望にも随時対応されています。 		
	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・㉒・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス利用開始時には、事前に体験利用をしていただき、サービス内容や事業所の雰囲気、他の利用者との相性への配慮などについて協議後、利用者・家族が利用を決定する仕組みが構築されています。「利用契約書」「重要事項説明書」により説明して利用者・家族の同意を得てから利用を開始するようルール化されています。 ・サービス内容を変更する場合は、家族来所時・家族会開催時にわかり易く説明をして理解していただき、記名・押印により同意を得て変更される仕組みが来ています。 		
	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・㉒・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の変更によるサービス利用終了時の対応については「退所者(児)・卒園者(児)マニュアル」において、相談窓口の案内や就労後の支援、つなぎシートの作成などによる継続性に配慮した対応が明文化され、退所者や家族に説明がなされています。 		
Ⅲ－１－（３） 利用者満足の向上に努めている。		

	Ⅲ－１－（３）－① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足を把握する仕組みとしては、事業所に意見箱を設置しているほか、利用者を対象とした毎月1回の自治会及び、年4回の個別面談の実施や、家族を対象とした家族会総会を年1回開催して意見・要望を聞くなどして利用者満足の上を把握に努めています。また、事業所内において把握した結果を分析・検討して改善に向けた取組が行われています。 ・法人が設置する「QCサービス向上委員会」において満足度調査を実施して、分析、検討した結果に基づいて具体的な改善が行われています。 		
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 ・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の仕組みについては、法人において、相談・苦情規程「苦情相談窓口の設置について」が策定され、苦情解決責任者・担当者・第三者委員等の設置について規定され、設置されています。 ・事業所の玄関と食堂に苦情解決の仕組みをわかり易く説明したものが掲示されています。 ・利用者・家族が苦情を申し出やすくするために玄関に意見箱を設置しています。 ・受け付けた苦情内容は「福祉サービスに関する相談苦情等受付報告書」に取りまとめて報告され、改善内容等については事業所の掲示板及び、法人広報誌「常盤会だより」にて公表されています。 		
	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・ ② ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が相談や意見を述べやすくするために、事業所玄関に全職員の顔写真を掲示して利用者が相談者を自由に選択できることを明示している他、利用者とは定期的に個別面談を実施しています。 ・家族からの相談等については、連絡帳の活用や送迎時の面会時に職員が対応しています。 		
	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・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの意見や要望、提案を受けた際の対応は「意見に対する手順マニュアル」に規定されており、個別面談、意見箱等に寄せられた意見等については、マニュアルに基づいて事業所では主任が取りまとめて、改善対策等について職員会議で協議するなど、迅速に対応する体制が整備されています。 		
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ージメント体制が構築されている。	㉑・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・安全・安心なサービスを目的としたリスクマネージメントに関しては、法人が設置する「事故防止防災委員会」が対応し、事故発生時の対応と安全確保についての責任や手順は「事故対応マニュアル」に規定して、職員研修会で職員に周知されています。 ・利用者の安全と安心を脅かす事例は「ヒヤリハット報告書」にまとめられて、発生要因分析・改善・再発防止策を検討・実施する等の取組みが行われています。 ・法人内では「事故防止防災委員会」が取りまとめ・チェックを行う仕組みがあります。 		
	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。	㉑・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・感染症の対策に対する責任と役割については職務分掌表に管理体制が整備されています。 ・感染症の予防と発生時の対応等については「感染症(予防・対応)マニュアル」に規定されて、職員会議開催時に研修会を開催して職員に周知しています。 		
	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。	㉑・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・災害対応については、火災・地震・風水害への対応について「非常災害対策計画」に取りまとめられています。 ・避難訓練は年に7回実施され、内2回は消防分遣隊立ち会いのもとで実施されています。 ・当該事業所は施設の一部が急傾斜崩壊地に指定されていることから、土砂流入時の対応を視野に入れた訓練が実施されています。食料や備品等の備蓄リストを作成し、リストに基づく備蓄がなされています。 		
		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。		
	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。	㉑・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの標準的な実施方法は、細分化された支援者マニュアルが整備され、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されており、事務所でいつでも確認できるようになっています。 ・標準的な実施方法は、新人職員にはトレーナー（教育係）制度によりOJT研修として指導されており、全職員に対しては全体研修や朝礼・職員会議での伝達により周知が図られています。 		

<p>・実施については、各マニュアル担当者、責任者が中心になって確認する仕組みが機能しています。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの標準的な実施方法については、「マニュアルの見直し基準」に従って、各マニュアル担当者が責任者と協議し、課題検討会において見直す手順で行われています。見直しにおいては、ヒヤリハットなどの個別案件から派生した課題を「課題検討会」で議論し、現状との整合性を判断されています。 ・マニュアルを見直す際には、課題検討会において、職員等からの意見や提案を受け、組織的に検証、見直しをする仕組みになっています。 		
<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。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は「個別支援計画作成におけるマニュアル」に基づき、計画策定責任者である主任と担当支援員が中心になり策定されています。 ・アセスメントは、利用者の個別面談には家族も参加して意向や要望を把握した上で、支援員、栄養士に加え作業療法士などの様々な職種により協議されています。 ・定期的実施されるケース会議、課題検討会では、現状把握と見直しの必要性も検討されています。支援困難ケースについては、ケース会議で協議するとともに個別的な対応策が取られています。 		
	<p>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。</p>	<p>a・㉑・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の見直しは、「マニュアル」に沿って本人の受給者証に合わせた年間計画が立てられており、様々な職種の職員の参加により行われています。見直しによって変更した個別支援計画等の個別支援情報は、毎週作成するグループ便りで全職員に回覧、周知される仕組みになっています。 ・利用者と家族の意向は、個別支援計画策定時の同意書に加え、変更の際にも説明、同意を得て交付を行っています。 ・緊急時や状況変化の際の個別支援計画の見直しについてもマニュアルに定められています。 		
<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。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>

評価概要

- ・利用者一人ひとりの個別支援計画にはアセスメントの結果が記載され、フェースシートに個別の身体・生活状況が記録されています。また、日々の支援状況は、「支援日誌」「ケース記録」に記録され、記録する職員による差異が生じないように「支援記録の書き方」のマニュアルに沿って、特に新人職員等に対してはトレーナー（教育係）やサービス管理責任者、施設長による直接指導が実施されています。
- ・記録は、朝礼での確認、全職員が回覧・確認することにより、職員間で共有できる仕組みになっています。

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・**㊦**・c

評価概要

- ・利用者に関する記録の管理は、個人情報管理規程や文書取扱規則等の規定、マニュアルに沿って管理され、職務分掌で責任者が設置されています。
- ・施設利用開始時に重要事項説明書や情報提供同意書を作成することにより、施設内の活動や紹介に使用する個人の氏名・写真等の情報については、事前承諾を得たものに限ることとしています。
- ・職員は研修等により個人情報保護の規定を理解しており、特に電子データの取扱についてはマニュアルで取扱に留意するよう指導がなされています。