

## 第三者評価基準 (様式2)

## 【 共通版 】 障害者・児福祉サービス用 R2年3月31日改定

## 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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"><li>・理念、基本方針は法人のホームページや常盤会のパンフレット、広報誌及び事業所案内のリーフレット等に明文化され、事業所内にも掲示されています。</li><li>・支援要覧には、理念が分かりやすく構造化されています。新入職員には、事業所内研修と法人研修で理念と基本方針を伝えるようにしています。</li><li>・毎朝の朝礼で理念の読み合わせを行うだけでなく、毎年4月に全職員に対し、理念と基本方針に関する研修を行い、理念の周知を図っています。</li><li>・家族へ配布する資料や掲示している理念は、易しい言葉で表現したり、文章にルビをふるなどして、分かりやすく伝わるように工夫しています。</li></ul>		

## 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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"><li>・鹿児島市の事業計画の策定動向や障害者自立支援協議会へ参加し、社会福祉事業全体の動向、地域での福祉に対するニーズの動向などを把握し分析しています。</li><li>・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、毎月開催される「管理職会議」で理事長から国の施策や福祉を取り巻く環境等の情報提供があります。</li><li>・「管理職会議」では、各施設から事業の「月次報告」がなされ、経営状況の把握・分析が行われています。</li><li>・隣市から利用者を受け入れるなど、地域のニーズに幅広く対応しています。</li></ul>		
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
評価概要		



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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画の策定にあたっては、1月末に事業所の全職員がアンケートによる意見書を提出し、意見書を取りまとめた「課題検討会」で検討され、事業所の事業計画案が策定されています。事業計画案は法人で取りまとめ、法人の事業計画策定に反映され、法人理事会で決定するという手順で、組織として策定されています。</li> <li>・策定された事業計画は、年度当初の職員会議において、全職員に説明し周知されています。また、年度の上半期の進捗状況を確認しながら、「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結果にもとづいて見直し、マニュアルの見直しや作業手順の作成等を行い改善につなげています。</li> </ul>		
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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画は、ひらがなを基調として読みやすく、要点を分かりやすくまとめた資料を玄関に掲示しているほか、利用者や家族等に対しても「自治会総会」、「家族会総会」において説明して周知に努めています。</li> </ul>		

## 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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービスの質の向上に向けた取組としては、「QCサービス向上委員会」が、年2回「家族アンケート調査」を実施し、調査で表明された意見は、4グループのチーフによる「課題検討会」で分析及び検討され、結果は施設内に掲示されるだけでなく、文書等により家族に配布されています。</li> <li>・第三者評価基準にもとづく「自己評価」を年に1回実施し、第三者評価を定期的に受審しています。評価結果は「課題検討会」や「職員会議」で分析・検討が行われ、文書化して職員に回覧・周知されています。</li> </ul>		
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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族アンケート調査や自己評価の結果は、「課題検討会」で協議・検討され、組織として取り組むべき課題を改善計画書として取りまとめ、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、4グループのチーフによる「課題検討会」や職員会議に</li> </ul>		

<p>において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。</p> <p>・事業計画や自己評価の結果の検討時だけでなく、日常業務の中で課題が見出された場合は「改善シート」を活用し、課題を視覚化する取り組みが行われています。</p>
--

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者の役割と責任は、職務分掌表及び法人作成の「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、支援員室に掲示されています。また、管理者は職員に対して、職員会議、朝礼時等さまざまな機会を通じて、事業所の経営・管理に関する方針や取組について表明しています。</li> <li>・利用者や家族等に対しては、毎年度の「自治会総会」「家族会総会」等での説明において、施設長自ら表明しています。</li> <li>・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」や「非常災害マニュアル」、「業務継続計画」に明文化されています。</li> </ul>		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、法人の管理者用マニュアル綴りにある「遵守すべき法令集」を所持しており、法人内外で開催される研修会や勉強会に積極的に参加し、情報収集を行うだけでなく、他事業所からの情報も把握するように努めています。</li> <li>・法人で作成された「遵守すべき法令集」は、職員用マニュアル綴りに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いるだけでなく、職員会議や事業所内の研修を通じて職員に周知しています。また、周知を促したいことは、支援員室にあるホワイトボードを活用しています。</li> </ul>		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、職員アンケートや職員会議での意見を取り入れ、福祉サービスの質の向上に向けての取組に努めています。また、1日6回施設内を巡回し、日々の支援で気づいたことは、指導しています。</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、職員会議、課題検討会、ケース会議等の各種会議に必ず出席し、課題の把握に努め指導、助言を行うなど、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。</li> <li>・管理者は、事業所内研修を毎月計画的に実施し、良質かつ適切な福祉サービスの提供が行われるよう、人権擁護への取組や支援計画作成など、研修内容の充実に努めています。</li> </ul>		
13	② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a・b・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービスの質の現状について、法人設置の「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、「改善シート」等を活用し、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。</li> <li>・職員の休憩時間については、勤務ごとに休憩時間が取れているかの聞き取りを行い、休憩時間を設定し、確実に休憩ができるよう努めています。また、ホワイトボードに勤務ごとの休憩時間を掲示し、休憩時間の意識づけを行っています。</li> <li>・休暇については、毎月希望休みを勤務表に反映したり、有給休暇取得を促したり、計画的に付与したりして職員の働きやすい環境整備に取り組んでいます。</li> </ul>		

## 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	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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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の確保や人員体制については、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」に明文化されています。求められる職員の在り方も「常盤会マインド」に明示されており、OJTやトレーナートレーニー制で育成が図られています。</li> <li>・福祉サービスの提供に関わる専門職の配置は、事業所における事業計画戦略スケジュール及び事業計画に、数値目標が設定され目標管理が行われています。特にサービス管理責任者は資格と経験が必要なため、段階的育成に計画的に取り組んでいます。</li> <li>・外国人技能実習生や障害者就労支援を受け入れ、幅広い福祉人材確保を行っています。</li> </ul>		
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、職員研修などあらゆる機会を通じて、職員に対し「期待する職員像」等を明らかにしており、職能等級フレーム（キャリアパス）や明確な人事基準が職員に周知されています。また、人事考課制度が導入され、制度として定着し機能しています。</li> <li>・職員は、年度当初に目標を設定した「人事考課シート」を活用し、一次、二次の面接を受</li> </ul>		

<p>け、資格取得や異動の希望を表明し、自分の将来像を自分で描くことができるようになっていきます。また、等級表の中に対応役職や必要な資格、研修等が併記されており、将来像を描きやすいように工夫されています。</p> <p>・年始に、前年の振り返りと新年に向けての目標を「新しい年に向けて」という題目で職員一人ひとりに作文を書いてもらい、将来の姿をイメージする機会を設けています。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>・勤務は職員に公休の希望を確認して組むようにしています。有給休暇の取得については、管理表で把握され、管理者や主任が面談を行い、職員間で偏りがないように調整するなど、休暇を取りやすい環境を整えています。</p> <p>・年末年始も入居者の支援業務があるため、冬季休暇を設け、11月から1月の間に取得できるように配慮がなされています。</p> <p>・パワーハラスメントやセクシュアルハラスメントへの対応やメンタルヘルスの相談窓口の設置、相談受付の掲示を行うなど、更に職員が相談しやすい体制を整えられています。また、健康面を含めて年3回面談が行われ、必要に応じて勤務調整が行われるなど、具体的な取組も行われています。</p>		
<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。</p>		
17	<p>① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>・組織として期待する職員像は、常盤会の理念、基本方針に加え、「デイライト」の運営目標、事業計画に「求められる職員のあり方」として明示され、それらが記載されている「常盤会マインド」を職員は常時携行しています。また、主任よりモチベーションをあげる一言を紹介する「キンタセレクト名言集」のコーナーを職員会議で設けるなど、工夫されています。</p> <p>・「人事考課シート」は目標・方法・手段について本人が記載し、年3回の個別面接による目標管理、見直しを行いながら次年度目標につなげる仕組みになっています。</p>		
18	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>・基本方針等に「期待される職員像」が明示され、組織が必要とする職員の知識や専門資格の取得についての具体的な数値目標を設定し、目標達成に向けて体系的な年間研修計画を策定し実践しています。</p>		
19	<p>③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</p>	(a)・b・c

<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は、「人事考課シート」に取得したい資格や受講したい研修の具体的目標を記載し評価できる仕組みがあります。また、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トレーニー制が導入されています。</li> <li>・外部研修に関する情報提供も行われており、研修参加に偏りがないう実績等を確認しながら人選を行うだけでなく、経験年数等や個人に合わせた研修参加の機会提供が行われています。</li> </ul>		
<b>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。</b>		
20	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)・b・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・実習生受入マニュアルが整備され、研修・育成に関する基本姿勢や目標、受入手順が明示されています。</li> <li>・法人に設置されている実習推進委員会では、専門職種の特性に配慮したプログラムが作成され、効果的な研修や育成が行えるよう支援体制が構築されています。</li> <li>・外国人技能実習生の受け入れも行っており、実習生の要望を取り入れながら実習プログラムを作成しています。</li> </ul>		
<b>II-3 運営の透明性の確保</b>		
		第三者評価結果
<b>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。</b>		
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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページには、法人の理念や基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報及び事業所の運営方針、活動状況等が公開されています。</li> <li>・第三者評価の受審結果や苦情相談の体制、相談・苦情解決の方法等は、ホームページで公開され、苦情相談の内容は「地域、ご利用者・家族からの声」として公開されています。また、事業所内にも掲示され、「常盤会だより」にも公表されています。</li> </ul>		
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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、経理規程が整備され、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。</li> <li>・法人では、公平性と透明性を確保した適正な経営・運営のための取組として定期的な内部監査の実施や会計監査人監査として外部監査を導入しており、外部の公認会計士による指導が毎月行われています。事業所にも外部の公認会計士による指導が行われ、そこ</li> </ul>		

で指摘されたことは法人全体で共有されています。

## 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。		
23	① 利用者と地域との交流を上げるための取組を行っている。	a・b・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域との関わり方について、「地域交流規程」で基本的な考え方は明文化されています。</li> <li>・地域の社会資源の活用ができるよう、地域の自治会に加入し、回覧板等を活用して情報収集に努めています。また、小学校の体育館で開催される「ふれあい講座」や地域清掃に参加しています。</li> </ul>		
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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティアの受入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を活用するなど、受け入れに関する取り組みが組織的に行われています。</li> <li>・ボランティア団体や大学・専門学校等と連携し、受け入れに努めています。また、保護観察更生事業にも積極的に取り組み、地域貢献も行われています。</li> </ul>		
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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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として、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ます。地域資源の一覧表は行政、学校、医療機関などに色分けされ、職員が活用しやすいように工夫されています。</li> <li>・相談支援事業所等と連携を図り、自立支援協議会等の情報共有を行っています。</li> </ul>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・鹿児島県災害派遣福祉チーム（DCAT）と派遣協定を結び、大規模災害時における災</li> </ul>		



<p>害時要配慮者に対する福祉支援を行う体制を整えています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>町内会に加入し、地域清掃や祭り等へ参加したり、地域の小学校体育館を利用し、スポーツレクリエーション活動を企画・開催したりすることで、地域の方々と接する機会を設け、施設の取組みの理解を深めてもらうとともに地域の困りごとなどの把握に努めています。</li> </ul>		
27	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・⑥・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の社会福祉ニーズにもとづく公益的な事業や活動として、法人全体で生活困窮者を受け入れているほか、かごしまおもいやりネットワーク事業に法人として参加し、社会貢献活動に協力しています。</li> <li>鹿児島県社会福祉法人経営者協議会の施設の備蓄品を被災地に届ける取組みに協力し、被災地に備蓄品を届けたり、職員を派遣しています。</li> </ul>		

### 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	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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>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実施方法に反映されています。</li> <li>倫理要綱や規程は職員室に掲示され、年度初めに法人で作成された常盤会マインドを全職員に配布して朝礼時に読み合わせを行っています。また、計画的に外部の研修会参加や事業所内研修を実施しています。</li> </ul>		
29	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。	㉑・b・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者のプライバシー保護等の権利擁護については、法人が設置する人権擁護委員会で、利用者のプライバシー保護、人権配慮、虐待防止の各マニュアルが策定され、定期的な見直しが行われています。また、毎年、誕生日月に開催される面談で、個人情報やプライバシーの取扱いについての利用者や家族に説明され、同意書で確認されています。</li> <li>利用者や家族に対しては、分かりやすい内容で読みやすく作成した説明資料があり、事業所内に掲示され、契約時には重要事項説明書にもとづき説明されています。また、自治会や家族会でも説明されています。</li> <li>事業所内では朝礼時に常盤会マインドや人権擁護ハンドブックの読み合わせを行い、外</li> </ul>		

部講師を招聘した法人研修や職場内研修会において、プライバシーや人権擁護に関する研修を行っています。		
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。		
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。	㉓・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>パンフレット・リーフレットを法人の施設・事業所に置いているだけでなく、ハートピアかごしまに配布しています。また、ホームページにも掲載することで利用希望者のサービス選択に必要な情報を発信しています。</li> </ul>		
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。	㉓・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス利用希望者と家族への説明等は、利用契約書、重要事項説明書、プライバシーに関する同意書とあわせて施設サービス利用に関する同意書などで説明し、写真を提示するなどして利用者が分かりやすいように工夫され、ルール化されています。</li> <li>サービス変更の必要が生じた時は、誕生日月に開催される面談等で分かりやすく説明し、署名捺印の同意を得てから変更されています。また、意思決定が困難な利用者には、定期的に意思決定支援会議が開催され、利用者の意思に沿った支援ができるように配慮されています。</li> </ul>		
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。	㉓・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉施設・事業所の変更や家庭への移行の対応は、退所者(児)・卒園者(児)マニュアルに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ており、退所者や家族等への説明がなされています。家庭への移行自体は少ないとのことでしたが、普段から行政や他の施設等とのネットワークも構築されており、継続的な移行が可能な体制ができています。</li> <li>退所後も「退所者・卒園者に関するマニュアル」に沿って、困ったときの相談を呼びかけるリーフレットも準備され、家族に配布されています。</li> </ul>		
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。	㉓・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者満足を把握する仕組みとして、事業所の玄関に意見箱が設置されています。また、QCサービス向上委員会による満足度調査や嗜好調査が定期的に行われています。</li> <li>利用者自治会や家族会だけでなく、直接利用者から意見・要望を聞くようにし、得られた要望については、職員会議などで検討され、様々な改善や取組が行われています。</li> </ul>		

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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決の仕組みについては、相談・苦情規程が策定され、苦情解決責任者・担当者・第三者委員等が設置されています。また、事業所内に相談する職員を選択できるように職員の写真が掲示されています。</li> <li>・玄関には意見箱が設置され、利用者・家族が苦情を申し出やすい環境作りが行われています。</li> <li>・受け付けた苦情の内容は、福祉サービスに関する相談苦情等受付報告書にと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ホームページで公表されています。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所内に職員の顔写真と相談できる旨の文章が掲示されており、玄関には意見箱も設置されています。また、利用者や家族には「サービス利用の手続」や分かりやすい文章の「ときわかいのやくそく」が配布されており、いつでも相談できる旨の説明を行い、常時相談を受け付ける体制が整備されています。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者・ご家族からの相談・苦情を解決するためのマニュアルが整備され、マニュアルは担当者からの提案により定期的に職員会議で検討、見直しされる仕組みになっています。</li> <li>・利用者からの相談や意見を把握する取組として、日々のコミュニケーションや利用者の態度から感じ取れる利用者の意識が職員間で認識されています。</li> <li>・利用者等からの相談等はグループ会議やチーフ会議で検討し、急いで対応する必要がある要件の場合は、朝礼時などに施設長や主任等の意見を交え検討し、迅速に回答できるようにしています。</li> <li>・相談や意見に対する回答は、利用者や家族に理解してもらうことが大切なことから、理解が得られるまで時間をかけて説明をしています。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
評価概要		



より周知徹底が図られています。また、実施状況については課題検討会などで確認する体制が作られています。		
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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアル等はQCサービス向上委員会で定期的な見直し作業が行われており、コンプライアンス等についてはチェックを受ける体制になっています。</li> <li>・見直しについては、利用者からの意見集約は困難な面もあることから、各スタッフの意見を各グループで検討するなどの方法で行われています。</li> <li>・支援内容については、各グループのグループ会議で話し合わせ、さらにチーフ会や職員会等でも話し合いを行うことで、サービス内容に変更等があっても全職員が共有できる体制になっています。</li> </ul>		
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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「個別支援計画書作成におけるマニュアル」にもとづき、主任が計画策定責任者として配置され、担当支援員が中心になり個別支援計画が策定されています。また、担当支援員が中心となり作成することで身近なニーズが支援計画に反映されやすくなっています。</li> <li>・利用者それぞれのニーズについて月2回ケース検討会を開催し、各担当者グループ職員と施設長、主任等との話し合いにより検討し、適切なサービスの提供に努めています。また、支援困難ケースについてはその都度グループ会議で検討され、必要に応じて緊急に支援計画が変更され、変更された内容は申し送りや朝礼などで周知されています。</li> </ul>		
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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援者マニュアル、支援会議運営マニュアルにもとづき、定期的に(6ヶ月に1回)「個別支援計画担当者会議」が開催され、支援計画の見直しが行われています。</li> <li>・緊急に支援計画の変更が必要な場合もグループ会議で協議し、変更された内容は朝礼での説明や回覧により、共有する体制ができています。</li> <li>・サービス提供が十分にできていない内容については、支援計画の見直しの際にも検討され、今後の課題として全職員に共有されています。</li> </ul>		
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
評価概要		

