

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・基本方針は事業計画、広報誌、リーフレット、ホームページ等に明示されています。 ・理念から法人の提供するサービスや使命を読みとれます。権利擁護や専門性、地域との関係性が明示され、倫理規範を示す内容となっています。 ・理念や基本方針は職員会議や法人の全体会で確認され、継続的な周知状況も確認されました。 ・利用者自治会や家族会（ディライトと合同の家族会「希望の会」）に対し、写真・イラストを使い、大きな文字にふりがなを振った説明資料、また、パワーポイントを使用した説明スライドなどを準備し、わかり易い説明が出来るよう工夫されています。 		

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"> ・鹿児島市地域福祉計画のなかの伊敷地区の状況について把握しています。また、犬迫地区運営推進協議会」に参画しています。 ・全体会議や管理職会議で、月次報告を行い、利用者の数や人件費率等を共有し、地域の特徴、変化等の経営環境や課題が把握され分析されています。事業所の組織体制や職員体制、人材育成、財政状況等の現状も具体的に分析されています。 		
	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"> ・「経営課題の解決・課題に向けて」の文書を出して、職員会議において説明され、職員への周知をはかっています。 ・事業計画は、評議員会と理事会で承認を得て、各施設長から職員会議等で職員へ周知されています。 ・管理者会議や課題検討会議の内容については職員会議で報告周知されています。 		

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・ ③ ・c
評価概要 ・明星学園の中長期ビジョンと計画は策定されています。 ・施設長・主任を中心に検討し、資料の確認が行われていますが、中・長期計画に従っての収支計画の策定が不足しています。		
	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・ ③ ・c
評価概要 ・明星学園の単年度事業計画は学園の中長期計画に連動対応して作成されています。数値目標が明確に示されています。また、事業報告書で計画の実施状況の評価がなされています。 ・中・長期計画の内容を反映した各年度の事業計画（数値目標）は掲げられ、単年度の計画は施設長・主任・チーフが中心となり職員会議で決め、職員間で共有されていますが、中・長期事業計画（収支計画）の単年度の事業計画（収支計画）への適切な反映・策定が不足しています。		
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。	③ ・b・c
評価概要 ・事業計画策定マニュアルが整備されており、中・長期計画の内容を反映した各年度の数値目標が明示されています。また、計画の実施状況はあらかじめ定められた方法に基づいて把握されています。 ・マニュアルに基づき、事業計画は職員の参画、意見の集約、反映のもとに策定され、評価、見直し、職員への周知の方法と手順が定められ運用されています。		
	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。	③ ・b・c
評価概要 ・事業計画の主な内容は利用者自治会や家族会にわかり易い資料（イラストや写真を使用したもの）に基づいて周知されています。 ・事業計画が記載されているパンフレット「支援計画書」を家族に配布、送付しています。また廊下にも事業計画の骨子が掲示されています。		
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。	㉓・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・組織的にPDCAサイクルに基づいた福祉サービスの質の向上にむけた取組みが実践されています。 ・保護者アンケートを実施し、集計・分析・結果のフィードバックを行っています。課題についてはQCサービス向上委員会で課題の検討に取り組んでいます。 ・自己評価・第三者評価の計画的な実施が組織として定められ、法人全体でサービスの質の向上に取り組んでいます。評価の結果を分析・検討することが組織的に行われています。 		
	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。	㉓・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己評価や福祉サービス第三者評価受審の結果について分析し、改善点を明らかにし、改善の取組みをする仕組みが確立されています。 ・その内容について職員の共有化が図られています。QCサービス向上委員会で課題の改善・解決に取り組んでいます。 		

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。	㉓・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は経営・管理に関する方針と取組みを明確にしています。「リーダーシップ宣言」が明示され、管理者としての役割と責任を明確にしています。それらは職務分掌として文書化されています。 ・非常時における管理者の役割と責任について、不在時の対応（権限の委任）を含めて明確化されています。 		
	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。	㉓・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主任が他の事業所に行き、内部のことを具体的に確認してもらっています。また、朝礼で新聞記事や虐待等の記事を例示し、職員が遵守すべき具体的な取組みを促しています。 ・遵守すべき法令等の整理がなされ、倫理や法令遵守の徹底に向けた規定の整備や体制構築が図られています。 		

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。	㉠・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・提供する福祉サービスの質について定期的に評価・分析を行っています。課題があれば把握し、改善に向けての取組みを行っています。 ・職員の個人面談、アンケートを実施し、職員の意見を反映する仕組みがあります。また職員の研修・教育の充実を図っています。事業所内研修・法人研修・外部研修を積極的に活用しています。 		
	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。	㉠・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・管理職会議で、事業所の現状だけではなく、課題等の分析が行われており、職員会議では働きやすい職場づくりを目指し人員配置・育児休業、継続雇用の体制が考慮されています。 ・サービス向上アンケート・面接目標カード・QCサービス等経営の改善や業務の実効性を高めるための取組みがなされています。 		
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
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・計画にもとづいた人材の確保や育成ができており、人事管理について、基本方針や育成計画が作成されており、専門職の福祉人材の配置や確保等について具体的な計画がなされています。 ・求められる職員のあり方について協議が行われています。人事考課の面談は一次、二次とあり、その際に異動の希望を聞いています。 		
	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・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されています。事業計画、中・長期計画にも有資格者の養成項目があり、報酬加算等に繋がっています。人事考課の一覧表が作成され、職員が将来を描くことができるような仕組みになっています。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> 働きやすい職場づくりに向けて、労務管理の責任体制が明確にされており、職員の意向・意見の反映を行い年休の消化率を一覧表にまとめ、リフレッシュ休暇等を促しています。職員の心身の健康安全確保に努め、内容が職員に周知されています。 		
<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。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが確立しています。個別面談を行って目標項目、水準、期限等について確認しています。年度当初及び、中間期に見直し期間を設けています。 管理者による個人面談は年に3回以上、1回に60分程度をかけ、コミュニケーションをとりながら助言指導を行っており、人事考課とも連動しています。また期待する職員像なども一人ひとりの状況に合わせて提案されています。 		
	<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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 基本方針の中に「期待する職員像」が明示されています。策定された教育・研修計画に沿って実施されています。定期的に研修計画の見直しがなされています。 中長期計画の中で、組織が必要とする職員の専門知識や専門技術、専門資格についての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。 		
	<p>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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 研修は大きく分けて、事業所からのものと職員が希望するものがありますが、一人ひとりに機会が与えられています。研修報告やアンケートをもとに、職員会議で検証し見直しが行われています。毎年、それぞれの分野ごとに法人全体で、テーマ別の研修が行われており、職員一人ひとりの知識・専門性の向上につながっています。 		
<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。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 実習生受け入れマニュアルがあります。実習プログラムが整備されています。担当指導者が決められており、実習についての情報を全職員に周知しています。 実習方法と内容については学校側と協議・連携して充実した実習になるように学生に対するスーパービジョン、またマネジメントが行われています。 総合施設の利点を生かし、当該事業所だけでなく、常盤会全体の事業を知る機会を提供しています。 介護福祉士・社会福祉士養成実習を中心に実習生の受け入れを実施しています。 		

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 ・年に3回常盤会だよりを配布し、各事業所の基本指針・目標が出されています。ホームページ・現況報告の公開を行っており、法人として決められた配布先のリストを作成しチラシを配って活動を提示発信し、地域福祉の向上に向けての取り組みを行っています。		
	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 ・職務分掌と権限・責任が明確にされています。 ・内部監査が定期的実施されています。各事業所の管理者により、事業所相互の適切な運営、経営の状況について点検し、結果については職員にフィードバックされています。		

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。		
	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・㉑・c
評価概要 ・地域貢献委員会があり、地域交流に向けた取組を行っています。 ・犬迫夏祭り、地域の清掃事業、県障がいレク協会の協力を得て、障がい者レクリエーション交流を主催しています。また事業所の夏祭り、花火大会に地域の方を招いています。 ・活用できる社会資源や地域のイベントの情報は事業所の玄関、掲示板に掲示し、利用者・家族に情報を提供しています。		
	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・㉑・c
評価概要 ・ボランティア受け入れマニュアルが整備され、受け入れの基本方針が明示されています。 ・登録手続き、事前説明、事後のアンケート等をとっています。 ・地域の学校に対する協力も定期的実施しています。		
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・ ② ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・明星学園に関わる機関・団体等社会資源に関するリストがあり、明示されています。 ・鹿児島市自立支援協議会等、関係機関・団体と定期的な協議会を持っています。 ・町内清掃を定期的実施しています。グランドゴルフ大会や町内夏祭りに参加しています。 ・地域と防災訓練で連携・協力しています。 		
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。	① ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・施設が社会資源として活用されるよう機能を提供しています。 ・災害時における役割（福祉避難所）を鹿児島市と協定しています。 ・昨年の熊本地震の時には備蓄食料をすべて提供しました。また常盤会他事業所が停電になった時、備蓄食料を提供し、法人内ではありますが相互援助を実施しました。 		
	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・ ② ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・地域の福祉ニーズの把握に努めています。把握した地域ニーズに応えるための活動を地域貢献として実践しようとしています。ショートステイや日中一時支援事業など地域ニーズに応える事業を具体化しています。 ・広域的な事業として、保護観察所との連携をとおり、保護観察中の方をボランティアとして受け入れる事業を開始しました。平成 27 年度は 3 回にわたって 4 名を受け入れました。刑期終了者（知的障がい者）の生活支援として施設入所者として受け入れる方針を検討しています。また、生活困窮者支援事業として、生活困窮者を対象としたグループホームを計画しています。 		

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。	① ・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実施について基本方針を明示されています。「サービス提供における基本指針」、「サービス実践の基本原則」にて職員に実践の姿勢を示すとともに「支援計画」にも姿勢を明記し職員、家族へ配布されています。 ・人権擁護委員会やQCサービス向上委員会で支援している状況について職員にチェックリストを実施し、集計された現状について職員会議で振り返りがされています。 	
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
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・「利用者のプライバシー保護に関するマニュアル」や「虐待防止マニュアル」により利用者の権利擁護に配慮したサービスが提供されています。法人、事業所内での研修や朝会での人権擁護ハンドブックの唱和により職員の理解を深める取組みがなされています。利用者や家族へは、毎年プライバシー保護について説明し、同意書で確認を得ています。 ・これまで2人部屋であった成年の居室については、平成27年10月から個室化を進め、現在では全室個室になっています。また、居室の入り口には、外出中と在室中の札を下げることでプライベートな時間を過ごせるように配慮されています。 	
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
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・事業所を紹介したパンフレットは、学校やハートピアかごしま内にある法人経営のカフェ「プメハナ」に配置されています。また、利用を希望される方へは、絵や写真などのカードを用いて活動を説明するほか、手続きについてはホームページでも説明されています。 ・利用希望者は、随時見学ができ、希望される方には短期入所でサービスを体験してもらい利用を判断してもらおうこともあります。 ・サービス希望者が、気軽にサービスを体験して利用判断できる一つの方法としてホームページ等での紹介、発信の工夫に期待します。 	
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
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・契約書類とは別に、利用者への説明用に文字が大きく、ふりがなの付いた契約書類が準備されています。説明には、絵や写真などのカードを使いながら利用者になしでもわかり易いように配慮がされています。 ・意思決定が困難な利用者については、活動やサービスに参加してもらい利用状況を確認するなかで表情や行動から判断されています。 	

	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・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退所が必要となった場合には「退所者(児)に関するマニュアル」に従い、「つなぎシート」で引継ぎを行っています。また、学校とも共同して移行支援会議を開催し、配慮すべき点などの共有が行われています。 ・退所後の相談や連絡については、「困った時にはいつでもご連絡ください」の連絡先が書かれた文書を利用者、家族に説明し配布されています。今後は、退所後の状況についても確認していくことで継続的に支援できる取組みもあわせて期待します。 		
Ⅲ－１－（３） 利用者満足の向上に努めている。		
	Ⅲ－１－（３）－① 利用者満足の向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"> ・食事については、嗜好調査を年1回行い、栄養士や給食委託業者を中心とした食に関する検討会で分析され、利用者の嗜好を反映した献立が作成されています。 ・毎月の自治会で出た希望や要望については、職員会議で検討し自治会へ回答しています。家族会に対しては、QCサービス向上アンケートを年1回実施し、集計結果ならびに改善策を家族会で伝えるとともに郵送で報告しています。 		
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。	③ ・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の規定やマニュアルが整備されており、「苦情解決の仕組み」で苦情受付担当者や第三者委員の紹介、苦情解決の流れを家族へ説明しています。 ・施設内には、担当者や連絡先が記載された苦情解決ポスターが掲示されています。 ・法人に苦情解決委員会が設置されており、受け付けた苦情や解決方法を年1回、第三者委員に報告し、「常盤会だより」で公表しています。 		
	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・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご意見箱の設置や「困ったことがあったらいつでも相談してください」で職員の顔写真一覧を廊下2か所に掲示して、相談相手を自分で選び相談しやすいように配慮されています。 ・相談室や面談室で相談を受けるようにしていますが、部屋まで移動が待てない利用者へは周囲に配慮した場所で相談を受けるように障害に応じて配慮されています。 ・苦情や相談について、家族への説明も行われていますが、家族へ取組みや説明が周知されているかの確認が望まれます。 		

	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
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ご意見箱の設置や自治会から受けた相談や意見については、「ご意見に対する対応マニュアル」に従い、迅速に対応されています。 マニュアルについては年1回、対応や手順について検討会を開催し、変更内容は職員会議で周知されています。 		
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ジメント体制が構築されている。	① ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 「安全管理の指針」に基づき、対応マニュアルの整備や事故・防災委員会が設置され、職務分掌にて責任者の役割が明確にされています。 ヒヤリハット報告や事故報告は、年2回、発生場所や要因を分析し、環境や支援方法などの見直しが行われています。 津久井やまゆり園事件を受けて、対策会議を開き、夜間巡回の強化や電子ロックの暗証番号の変更などを実施しています。 		
	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。	② ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 「感染症等対応マニュアル」を作成し、流行前に朝会での読み合わせや事業所内研修で発生時の対処方法を確認しています。さらに全職員に配布されている「常盤会マインド」にも予防や対処の方法が記載され、いつでも対応を確認できる状況にあります。 利用者の帰省時には、家族へ施設での取組みを説明するとともに家庭での対応を依頼し、感染症予防に取り組んでいます。 		
	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。	a・ ③ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 非常災害対応計画にて災害発生時の対応が決められています。毎月の自主防災訓練や年2回の地域消防団との合同訓練で対応方法を確認するほか、ハザードマップで周辺環境の確認と市役所へ改修相談が行われています。 利用者の避難については、支援が必要な状況を一覧化して対応を確認し、職員へは緊急連絡網や非常時ダイヤルの利用による安否報告が周知されています。 常盤会の同一敷地内4施設合同避難訓練を実施しています。 		
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。		
	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 ・「標準的なサービスの提供方法および実施方法」に基づき、利用者の尊重やプライバシーの保護などの姿勢が各マニュアルに反映されています。標準的な実施方法に基づいてサービスが提供されるために事業所内会議で取組む姿勢を確認しています。		
	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。	㉑・b・c
評価概要 ・標準的な実施方法については、「マニュアル見直しの基準」に基づき、年1回の検証、見直しが行われています。見直し時期は、マニュアル見直し表で管理されており、「マニュアル見直しにおける検討会議」で確認後、職員会議で周知されています。		
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。	a・㉑・c
評価概要 ・「個別支援計画作成マニュアル」に従い、サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者が中心となって個別支援計画が作成されています。アセスメントは、成年と児童の2種類が準備されており、利用者、家族の参加で行われています。 ・計画の実施状況について年2回のモニタリングと毎月のケース会議で日々の状況を確認しています。		
	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。	a・㉑・c
評価概要 ・個別支援計画の見直しは、「個別支援計画作成マニュアル」や「担当者会議運営マニュアル」に基づき誕生日を基準に年2回行われています。 ・支援内容に変更が必要となった場合には、ケース会議での検討や支援日誌に変更点を記載し、全職員で変更内容を確認しています。		
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・㉑・c

評価概要

- ・健康状態は、支援日誌や健康観察記録簿に記録され、活動参加の記録は生き生き活動日誌に記録されています。記録は、チェック欄を増やすことで記録者による内容差が出ないように工夫され、個別支援計画作成マニュアルにて客観的な事実を基に記録するように記録方法についても位置付けられています。具体的な記録例や記録時の要点などを明確にすることで記録者が確認しながら記録できる工夫に期待します。
- ・記録については、全職員による閲覧、確認印が位置付けられており、月1回のケース会議でも共有されています。

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・**b**・c

評価概要

- ・記録の管理については、「文書管理規定」や「個人情報保護に対する基本方針」などで記録の管理責任者や保存期間、管理方法などが定められています。
- ・個人情報や記録の取り扱いについては、就業規則で守秘義務を明記するほか、USBメモリーの使用を原則禁止しています。
- ・利用者や家族へは、契約書や重要事項説明書で説明するほか、毎年記録の管理や取り扱いについて説明し同意を得ています。