

## 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。 | Ⓐ・b・c   |
| 評価概要   |                           |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の基本理念は、法人のパンフレット、ホームページ、広報誌「常盤会だより」などに記載されています。基本理念をもとに示された基本方針、運営方針は事業所の事業計画などに明文化され、法人及び事業所の使命や目指す方向を読み取ることができます。</li> <li>・基本方針は、利用者に対する姿勢や地域との関わり方を理念にもとづき具体的に示しています。</li> <li>・年度当初の理事長訓話や職員会議での施設長の訓示で、職員に周知を図っていることが会議録等で確認できました。職員会議では理念等の復唱を実施しています。特に、新入・転入職員には、「常盤会理念の構造化」の資料を用いて十分な周知と理解を促すよう努めています。</li> <li>・さらに、倫理綱領や事業所の各年度サービス提供における基本指針、事業計画の運営目標は、職員の行動規範となるような具体的内容が示されています。</li> <li>・利用者には、イラストや写真を用いたパワーポイントで、分かりやすく説明しています。</li> <li>・年度当初に開催する家族会はコロナ禍において開催できず、資料を送付しています。入所施設であり面会が制限されている期間は、資料送付の際にぬくもりが伝わるようにと、3週間に1回程度、職員手書きのメッセージカードを添付し、利用者の近況を伝え喜ばれています。終息した場合には、例年どおり開催予定ですが、オンライン利用による開催も検討しています。</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。 | Ⓐ・b・c   |
| 評価概要  |                                   |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理事長は県社会福祉法人経営者協議会会長であり、毎月開催される管理職会議において、国の福祉施策の動向や福祉をとりまく環境、ニーズ、福祉サービスを提供する体制の変化等に加え、事業経営をとりまく環境等について情勢報告が行われます。また、</li> </ul> |                                   |         |

|   |                             |       |
|---|-----------------------------|-------|
| <p>毎月開催される主任会議や各種委員会等において、各事業所の担当者より直近の情勢や地域事情の報告が行われています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理職会議では、各事業所から月次報告を行い、毎月の利用者数、事業所の稼働率等の情報を共有するとともに、各地域の経営環境や課題について把握し、分析が行われています。</li> <li>・地域内の福祉に関する施策やデータの情報収集に努め、整理した資料は事業所内に閲覧できるように置かれています。</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。 | ㉑・b・c |
| <b>評価概要</b>   |                             |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所内では、経営状況や福祉サービスの内容、改善すべき課題等について、職員参画のもとで検討し、さらに施設長・主任・チーフで構成されるチーフ会議で協議しています。</li> <li>・法人においては、各事業所からの報告が管理職会議で検討され、組織体制や設備、職員体制等に係る課題や問題点、改善すべき事項等について明確にされています。</li> <li>・管理職会議において協議・検討された経営状況や改善すべき課題、問題点については、事業計画、財務諸表等にまとめられ、理事会・評議員会で議題として検討され、役員間で情報の共有がなされています。</li> <li>・管理職会議や事業所のチーフ会議等の内容は、職員会議等において全職員に伝達するとともに資料を回覧することによって周知が図られています。</li> </ul> |                             |       |

## 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  | 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。 | ㉑・b・c   |
| <b>評価概要</b>  |                               |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、全国社会福祉法人経営者協議会の中期行動計画「アクションプラン2025」をベースにした中期経営計画を策定し、各事業所で現状の課題が把握されています。</li> <li>・令和4～6年度にかけての達成目標が設定されており、戦略課題評価シートにより、毎年度の達成目標を必須事項と努力事項とにランク付けし、各年度の事業計画に反映させています。</li> <li>・法人では、福祉施設・事業所の増改築や建替えなど、将来的に大規模な支出が見込まれる建設費用を確保するための中・長期収支計画が策定され、本部で把握、管理しています。</li> <li>・各事業所の運営にあたっては、利用者数および人件費の増減等について月次報告書を作成し、毎月の管理職会議において財務分析を適切に行っています。</li> </ul> |                               |         |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>各事業所では、理念や基本方針の実現に向けて、選ばれる福祉事業所であるための福祉サービスの質の向上に取り組んでおり、組織体制、職員体制、人材育成等に係る収支については、毎年度、妥当な数値を検証して予算化しています。</li> </ul>  |   |       |
| 5   | 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 |
| <b>評価概要</b>   |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>単年度事業計画は、中期経営計画戦略スケジュールを反映して作成されています。事業計画の運営目標は、「アクションプラン 2025」に掲げた取組課題の4つの基本姿勢に沿った行動指針を柱としており、実行可能な具体的な内容が示されています。</li> <li>当該年度の重点目標を掲げ、数値目標は地域貢献や人材育成等の項目ごとに設定されています。</li> <li>設定された数値目標は、翌年度の事業報告で実績を数字で表示しており、成果等評価できる内容となっています。</li> </ul>   |   |       |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。  |   |       |
| 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 |
| <b>評価概要</b>   |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>「事業計画の作成にあたって」の手順にもとづき、年度中間期と年度末に職員アンケートによる意見の集約と評価を行います。グループごとに職員の意見を出し合い評価を行い、チーフ会議を経て最終的に職員会議で意見を集約し策定されています。</li> <li>策定された事業計画は、年度当初の職員会議で配布・説明され、職員への周知が図られています。支援要覧に記載され、定期的実施状況の確認作業を行っています。</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 |
| <b>評価概要</b>   |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>事業計画の主な取組・サービス内容は、ホームページや常盤会だより等に掲載され、家族に配布しています。</li> <li>利用者に向けては利用者自治会において、写真やイラストを用いた分かりやすいパワーポイント資料により説明しています。毎日の活動に取り組む際には、利用者個々の理解度に応じて写真・イラストなどを用い説明するなどの工夫を行っています。</li> <li>掲示板に利用者の参加した行事の写真などを掲示し、思い出作りを行い、参加を促すような工夫が行われています。</li> <li>現在はコロナ禍で家族会は開催できていませんが、終息した場合には、例年どおり開催することとしています。</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 |
| <b>評価概要</b>  |  |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、QCサービス委員会を本部事務局及び各施設・事業所に設置し、定期的にサービス提供の方法を評価するなど、サービスの質の向上に取り組んでいます。</li> <li>・福祉サービスの内容評価、業務改善への取組については、QCサービス委員会で年2回の職員アンケートを実施、グループ会議で職員の意見を出し合い、チーフ会議を経て最終的に職員会議で意見を集約し決定しています。</li> <li>・年2回「家族アンケート調査」を実施し、調査で把握された意見はチーフ会議等で分析・検討を行い、結果を文書化し職員会議で職員に説明し回覧しています。また、家族にも配布しており、その際はメッセージカードを添付しています。</li> <li>・法人は、第三者評価制度発足以来、第三者評価の受審及び自己評価に継続して取り組んでいます。当事業所は毎年自己評価を行うとともに、第三者評価を定期的に受審しています。今回6回目の受審となり、組織として福祉サービスの質の向上に関する取組を積極的に行っています。</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 |
| <b>評価概要</b>  |  |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・自己評価、第三者評価の結果については、職員会議等で説明するとともに改善課題などを文書化し、全職員が回覧して課題を共有しています。</li> <li>・QCサービス委員会で家族アンケート及び職員アンケートを実施し、取りまとめた評価結果をもとに明確になった課題について、改善への取組を計画的に行い、職員間で課題の共有化を図っています。</li> <li>・業務改善については、職員への周知を行い、改善への取組の実施から結果までを評価した文書があります。利用者活動について検討した結果、職員の勤務形態を見直しながら個別の活動を取り入れるなどの改善策の実施状況を確認できました。</li> </ul>   |  |       |

## 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。 | a・b・c   |
| <b>評価概要</b>               |                                    |         |

|  |                                      |       |
|--|--------------------------------------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人において作成された「管理者の役割と責任」、「管理者・幹部のリーダーシップ宣言」で、管理者の基本的な責務や役割が明確に示されており、施設長は、職員会議や研修会において職員に表明し理解を得ています。</li> <li>・施設長の役割等は職務分掌で明文化されています。有事の際を含む不在時の権限の役割分担については「管理者不在時における権限委任」などの危機管理規定で確実に行われるよう職制が明示してあります。</li> <li>・利用者や家族等に対しては、自治会や家族会等で施設長自ら役割と責任について表明しています。現在はコロナ禍で家族会は開催できていませんが、終息した場合には、例年どおり開催することとしており、オンラインでの開催も検討しています。</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。       | ㉑・b・c |
| <b>評価概要</b>  |                                      |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長等管理者は、法人の管理者用マニュアルにある「遵守すべき法令集」を所持しており、内容を十分理解できるよう、理事長、外部講師等による法人の管理者向け研修等を受講しています。</li> <li>・事業所内において、権利擁護や危機管理、身体拘束防止等の研修を行い、法人においても法律を専門とする大学教授等を招いて定期的に研修会を行っています。また、鹿児島県知的障害者福祉協会の権利擁護の研修会等に職員を参加させるとともに、事業所内で人権委員会提供のチェックリストを活用し、事業所内研修を行っています。</li> <li>・法人研修及び事業所内研修で実施する人権尊重、虐待防止・身体的拘束適正化などの権利擁護研修については、全職員の受講を必須項目として実施しています。</li> <li>・法人で作成された「遵守すべき法令等」は、事務室にも置かれて職員にも周知を図っています。</li> <li>・施設長は職員に対して、職員会議や研修で遵守すべき事項や職員倫理について説明し理解を促すとともに、豊かな人間性を育むための講話を自ら作成した資料で実施しています。</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。 | ㉑・b・c |
| <b>評価概要</b>  |                                      |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、職員会議、食に関する検討会、身体拘束防止委員会等の事業所内会議や自治会、家族会研修等に参加して、サービスの質の向上に向けて課題の把握に努め、適切な助言を行うなど継続的な取組を行っています。</li> <li>・施設長は、QCサービス委員会の実施する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た取組に努めています。</li> <li>・施設長は、事業所内で毎月研修を行い、職務として権利擁護や福祉サービスの理解、支援理論として個別支援計画の作成など、適切な福祉サービスの提供が行われるよう職員の教育・研修の充実を図っています。</li> </ul>  |                                      |       |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| <p>・施設長は、福祉サービスの質の向上には職員間の協力体制が不可欠であるとの考えから、自ら資料を作成して豊かな人間性を育むための講話を毎月実施しています。</p>   |   |       |
| 13   | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><b>評価概要</b></p>   |   |       |
| <p>・施設長は、職員の働きやすい職場環境整備に努め、特にワーク・ライフ・バランスに配慮しています。事前に把握した公休の希望をもとに勤務配置を行い、有給休暇の計画的取得を促し、職員が心身のリフレッシュができるような環境の整備に努めています。</p> <p>・業務時間内に日誌記入作業ができるように、各グループのチーフが声掛けをするなど工夫して、休憩時間を確保できるような配慮をしています。</p> <p>・理念・基本方針を具現化した質の高いサービスを実現するために、業務改善アンケートで職員一人ひとりの声を集約する仕組みがあり、職員の声を業務実効性向上やサービスの改善に生かしています。グループ会議を経てチーフ会議で協議した業務改善の内容を職員会議にて周知しています。</p> <p>・職員間のコミュニケーションを重視し、支援の実践に係る様々な意見を職員同士で話し合う雰囲気醸成されており、業務の実効性の向上に向けた取組を実践に活かしている実例を確認できました。</p> <p>・職員の業務省力化のため、シルバー人材センターに清掃を委託しています。</p> |   |       |

## II-2 福祉人材の確保・育成

|   |   |         |
|---|---|---------|
|   |   | 第三者評価結果 |
| <p>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。</p>   |   |         |
| 14  | <p>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。</p> | a・b・c   |
| <p><b>評価概要</b></p>  |   |         |
| <p>・法人内の専門職配置等、必要な福祉人材の育成・確保については、「人事管理における基本方針」に明文化されており、具体的な計画が策定されています。各事業所の必要な人員確保、人員体制については、事業所と法人本部が毎年度協議して整備されています。</p> <p>・法人内事業所等の人事配置が効果的に融通性を持って行えるように、事業計画にも数値目標を掲げて資格取得を奨励しており、人材育成に努めています。</p> <p>・法人では、能力開発やキャリアパス、処遇等について総合的に評価する人事考課制度が導入されており、人事基準は明確に定められ職員にも周知されています。</p> <p>・職員との個人面談を定期的に行い、職員の思いや意向をくみ取っていく体制があります。人事管理における基本的な方針の中に、事業所として求められる職員の在り方を示しています。</p> |   |         |
| 15  | <p>② 総合的な人事管理が行われている。</p>                         | a・b・c   |

|   |                                      |       |
|---|--------------------------------------|-------|
| <b>評価概要</b>   |                                      |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念、基本方針にもとづく「期待する職員像等」は、法人の倫理綱領や事業所の運営方針の中で明文化され、職員研修などあらゆる機会を通じて、職員に明確に示されています。</li> <li>・法人において策定された「人事管理における基本方針」に、人事基準が明確に定められており、人事基準や職能等級フレーム（キャリアパス）などは、各事業所の職員に周知されています。事業計画で数値目標を示し、勤務調整などを配慮することにより、職員の資格取得を奨励しています。</li> <li>・人事異動は、原則数年のローテーションで行われ、様々な部署での勤務を体験させ、知識、経験を積み重ねることにより、幹部職員の育成を図っています。</li> <li>・職員は、「人事考課表」により年度当初に年度目標の設定と資格取得や異動の希望を表明し、自分の将来像を描くことができる仕組みがあります。</li> <li>・年に3回定期的な面接、相談を行い目標の達成度や業務の成果、貢献度などの評価を行い、その結果をフィードバックし共有しています。</li> </ul>   |                                      |       |
| <b>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>   |                                      |       |
| 16  | 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 |
| <b>評価概要</b>   |                                      |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、職員の異動希望の把握やリフレッシュ休暇、有給休暇、育児休暇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。</li> <li>・福祉人材の確保は、法人全体として法令に基づく人事配置基準などをベースに計画的に行われ、退職者があった場合は確実に補充しています。</li> <li>・結婚や家族介護などの理由で退職した職員の復職が円滑に行われるような職場環境づくりに配慮しています。</li> <li>・職員の就業状況や意向の把握については、職員用の意見箱の設置や年3回の定期的な職員面談で聞き取り対応しており、職員の悩み相談窓口を設置しています。</li> <li>・各グループのチーフが業務時間内に日誌記入ができるように声掛けをするなど工夫して、休憩時間を確保できるように配慮しています。</li> <li>・定期的に行われる健康診断や面接において職員の心身の健康管理に努め、ハラスメント等の防止について事業所内に掲示し、相談窓口担当者を定めています。</li> <li>・福利厚生については、ソウェルクラブ（社会福祉法人福利厚生センター）に加入しています。</li> <li>・有給休暇取得や超過勤務の状況を定期的に管理し、法人本部に報告しています。</li> </ul> |                                      |       |
| <b>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>   |                                      |       |
| 17  | 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 |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| <b>評価概要</b>   |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・組織として期待する職員像は、法人の理念等に明確に示され、「倫理綱領」や「求められる職員の在り方」という指針があります。理念等は「常盤会マインド」に記載され、職員は常時携行することにより、周知されています。</li> <li>・職員一人ひとり、年度当初に示された事業所の運営目標に対して「人事考課表」に自分の目標を設定し、自ら目標管理に取り組む仕組みが構築されています。</li> <li>・管理者は、中間及び年度末の面接により、職員とコミュニケーションを取り、進捗状況や目標達成度の確認がなされています。目標の管理と見直しを行いながら、次年度の目標につなげる仕組みになっています。</li> <li>・新任の職員には、半年ごと、また状況に応じて面接の機会を作っています。目標達成に向けて進捗状況や課題を把握し、職員が取り組みやすい環境整備に努めています。</li> </ul>  |   |       |
| 18  | 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 |
| <b>評価概要</b>   |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念、基本方針等の実現をめざす人材としての「期待する職員像」について、事業所の運営目標等に具体的に示され、職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示し、数値目標も設定されています。</li> <li>・職員に対する教育・研修は、法人全体の管理者向け、新人向け、主任・中堅職員研修の他に、事業所内で年間研修計画を作成し、計画的に行われています。</li> <li>・経験年数に応じて研修を受講する研修システムを定着させ、支援スキルの向上に努めています。</li> </ul>   |   |       |
| 19  | 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 |
| <b>評価概要</b>   |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等は、個別の人事考課表に記載され、法人、事業所における人事管理制度の中で把握されています。</li> <li>・事業所内の研修は、研修内容をより現場に必要な内容とし、講師は管理者のみならず外部研修受講者が行うなど、職員間で学び合う仕組みとなっています。</li> <li>・新任職員に対しては、基礎的知識、技術を学ぶため、「法人新人研修プログラム基礎A」により計画的に研修が行われるとともに、事業所ではベテラン職員のエルダー制度による1年程度の個別的なOJTが行われています。</li> <li>・途中で入職した職員に対しては、「法人新人研修プログラム基礎B」の中で行われています。パート職員も、オンライン等で参加できます。</li> <li>・職員一人ひとり、「人事考課表」に資格取得や受講を希望する研修の具体的な目標を記載し評価できる仕組みがあり、全職員が研修を受講できるようになっています。</li> <li>・新任職員は、それぞれの業務の目的を理解し、単独での業務遂行が可能になるよう、1年から3年の期間に習熟すべき知識・技術を定めた課業一覧により、エルダー制度を通じて指導を受ける仕組みがあります。</li> </ul> |   |       |



|  |   |       |
|--|---|-------|
| 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   | 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 |
| 評価概要   |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人において、各事業所の担当責任者で構成する「実習推進委員会」が設置され、福祉サービスに関わる専門職の研修、育成について基本的な姿勢を明文化し、推進体制が整備されています。</li> <li>・実習生の受入、研修、育成についての「実習生受入マニュアル」が整備され、委員会で専門職種の特性に配慮したプログラムが作成され、毎年見直しが行われています。</li> <li>・事業所では、社会福祉士資格取得のための実習生を受け入れています。専門職種資格取得に必要な実習指導者に対する育成研修は、法人として受講費等を負担したり、勤務体制面からも支援しており、組織として育成される仕組みがあります。</li> <li>・学校側と連携してプログラムを作成し、利用者の個別支援計画の作成を行うなど興味を持てる実習内容になるよう工夫しています。</li> <li>・受入にあたっては、利用者や家族等に対しても事前に説明されています。</li> </ul> |   |       |

## 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。   |                                    |         |
| 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   |
| 評価概要  |                                    |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のホームページやワムネットを活用し、法人の理念や基本方針、各事業所の提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報などの詳細が公開されています。</li> <li>・第三者評価の受審結果は、鹿児島県のホームページを通じて公表され、苦情相談の体制や内容については、法人のホームページ及び年3回発行される法人の広報誌「常盤会だより」で公表されています。</li> <li>・法人の理念、基本方針は、地域社会とのつながりを重視し、地域住民に対する社会福祉支援、社会福祉貢献を基調としており、各種広報媒体に明示し法人の存在意義や役割を明確にするよう努めています。</li> <li>・県内の特別支援学校等に、法人や事業所のリーフレットなどを配布して情報発信を行っています。</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   |
| 評価概要  |                                    |         |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人において経理規程が整備されており、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。</li> <li>・定期的な内部監査の実施、公認会計士による会計監査、外部の経理事務所や公認会計士によるチェック、助言・指導が行われており、公平性と透明性を確保した適正な経営・運営のための取組が行われています。</li> </ul> |
|--|

## 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広げるための取組を行っている。                   | ㉑・b・c   |
| 評価概要  |  |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として、地域との関わりについての基本的な考え方を「地域交流規程」で文書化し、地域貢献委員会が設置されています。</li> <li>・犬迫校区の地域清掃活動等の呼びかけに対し、毎回近隣清掃に参加しており、令和4年度の犬迫校区の健康祭りには、新型コロナウイルス感染症予防に留意しながら参加しました。</li> <li>・毎年、地域住民との交流機会としてふるさと夏祭りや秋の運動祭り、文化祭等のイベント、県スポーツレクリエーション大会などに積極的に参加していましたが、コロナ禍で休止状態です。町内会花火大会へ寄付参加しており、終息時には参加予定です。</li> <li>・利用者の買い物など、日常的活動に社会資源の利用の機会を図ってきましたが、コロナ禍では近隣の公園での散策等に代替して実施しています。</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・㉒・c   |
| 評価概要  |  |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の実習推進委員会で「ボランティア受入マニュアル」を整備し、受入手順やボランティアへの事前説明など受入に関する基本姿勢を明文化しています。</li> <li>・事業所行事の開催時には、大学や高校等に通知して、ボランティア受入れの機会を設け、利用者との交流に取り組む姿勢が見られます。</li> <li>・受入にあたっては、ボランティア受付簿に記載し、受入マニュアルに沿って事前研修を実施しています。現在、コロナ禍で休止状態です。</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。 | ㉑・b・c   |
| 評価概要  |  |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・「関係機関との連携マニュアル」があり、関係行政機関一覧や地域の関係機関、団体の役割等のリストを作成して事業所内に掲示しており、職員会議等で職員に周知しています。</li> <li>・事業所内研修で「福祉サービスの種類と利用：常盤会」を実施し、地域の社会資源の活用</li> </ul>  |  |         |

|   |  |                |
|---|--|----------------|
| <p>などについて職員への周知を図っています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・鹿児島市知的障害者施設連絡協議会に加入し、日頃から研修や他事業所との連携を図っています。また、特別支援学校との情報交換会を実施しています。</li> <li>・武岡養護学校とのミーティングを定期的に行い、通学児童の情報連絡や児童相談所との連携を密にしています。</li> <li>・ハートフル事業所では、短期入所等の相談支援や諸事情により施設等への入所が困難な方等の相談支援のネットワーク化に取り組んでいます。</li> </ul>  |  |                |
| <p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>   |  |                |
| 26  | <p>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。</p>     | a・ <b>b</b> ・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・鹿児島市内の障害者相談支援事業所の定例会に毎月参加しており、他法人の担当者等と意見交換や情報交換を行い、福祉ニーズ等の把握に努めています。</li> <li>・犬迫校区の地域清掃活動等への参加や、地域住民との交流による様々な意見の聞き取りを行っており、住民が求めている福祉ニーズ等の把握に努めています。</li> <li>・法人の主任会議等において、地域の福祉ニーズや地域住民の生活課題解決などの情報の共有に努めています。</li> </ul>   |  |                |
| 27  | <p>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。</p> | <b>a</b> ・b・c  |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、生活困窮者就労訓練事業の一環として、鹿児島市の依頼により、生活保護受給決定者の居住や就労訓練について、住居が定まるまでの期間、法人内の事業所サポートハウスを提供するなどの協力を行っています。</li> <li>・法人が鹿児島市と災害時の福祉避難所設置に関する協定を締結し、事業所を地域資源として提供することにより、地域社会に対する福祉避難所としての役割を果たすこととしています。</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害時要配慮者に対する福祉支援を行う用意があります。協定締結以前から他県での災害時における福祉支援を実施してきました。</li> <li>・鹿児島県社会福祉法人経営者協議会の提唱する「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、福祉的課題や生活課題を抱える地域住民を対象にした社会貢献活動に協力しています。</li> <li>・法人では、子どもたちのより良い未来、一人ひとりのより良い未来を創るため、かごしまSDGs推進パートナーとして、社会課題の解決に積極的に取り組むことを表明しています。</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。 | ㉠・b・c   |
| 評価概要  |  |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・理念や基本方針には、利用者を尊重した福祉サービスの提供が明示されており、倫理綱領、毎年度の事業計画・運営方針、サービス提供における基本方針などが記載された明星学園「支援要覧」を全職員へ配布し、職員が十分に理解できるように取り組んでいます。</li> <li>・法人及び事業所内に「人権擁護委員会」が設置され、「施設内人権侵害防止に関するチェックリスト」を全職員に実施し、実態の把握や検証を行っています。また、「施設内人権侵害防止に関する改善シート」の改善事項の実行を毎月チェックすることにより、支援に係る職員の虐待防止への具体的な行動につなげています。</li> <li>・法人職員全体研修では、外部講師による障害者虐待防止・権利擁護研修を実施しています。</li> <li>・「障害者虐待防止マニュアル」をもとに、虐待防止と身体的拘束適正化のための「権利擁護（児童・成人）」の職場内研修を実施し、職員への周知徹底に努めています。さらに職員会議等で「人権擁護ハンドブック」の読み合わせを行っています。</li> <li>・全職員が署名捺印した「人権侵害ゼロの誓い」を、事業所内に掲示して注意喚起を図り、利用者の権利擁護に努めています。倫理綱領等は職員室に掲示されています。</li> <li>・利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する基本姿勢は、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。</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。        | ㉠・b・c   |
| 評価概要  |  |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のプライバシー保護については、「利用者のプライバシー保護に関するマニュアル」が策定されており、定期的に見直しを行っています。マニュアルは、排泄や入浴等の際のプライバシー侵害行為とは何かなど、基本的事項について具体的な分かりやすい内容となっています。</li> <li>・新人職員に対して、プライバシー保護については「個人情報とプライバシーの取扱い」の法人研修が実施されています。</li> <li>・利用者や家族には、重要事項説明書の説明の際に、写真や名前を法人・事業所の広報誌やホームページに掲載すること、事業所内に掲示することなどについての承諾を「プライバシー保護における同意書」により文書でもらっています。</li> <li>・トイレや浴槽、更衣室等における個々人のプライバシー保護に関する配慮について、利用者の会でパワーポイントによる説明を毎年実施しています。</li> </ul>  |  |         |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 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。             | a・b・c |
| 評価概要  |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>法人理念や福祉サービスの内容、各事業所の特性等を紹介した法人のパンフレット、広報誌、事業所だより等を、法人内各施設・事業所、特別支援学校、ハートピアかごしまなどに配布し、多くの人が入手できる場所に置いてもらっています。</li> <li>障害者のアート作品を表紙にした法人パンフレットは、法人の福祉サービス提供の基本姿勢が分かりやすくコンパクトにまとめられています。</li> <li>利用希望者・家族等へは、事業所の活動内容について、写真が中心のリーフレットや一日の生活の流れをイラストと振り仮名付きの大きな文字で記載した資料を用いて説明するなど、分かりやすいように工夫しています。</li> <li>在宅支援センターハートフルでは日中一時支援や短期入所等について、相談支援センターハートフルでは相談支援業務に応じており、幅広い在宅支援活動を実施しています。</li> <li>利用希望者と家族、学生、福祉施設関係者等からの見学希望にも対応しており、用途に応じたリーフレットを作成しており、令和3年度は14人の見学者が訪れています。</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。              | a・b・c |
| 評価概要  |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>福祉サービス利用希望者の施設見学や日中一時支援や短期入所による体験を受け入れ、事業所の取組や雰囲気を経験した後に、利用者や家族等が利用を決定する仕組みが構築されています。</li> <li>「利用契約書」「重要事項説明書」により説明を行い、利用者や家族等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。</li> <li>一日の生活・活動の流れをイラストを用いて紹介した資料や写真を中心にしたリーフレットを用いながら、契約書、重要事項説明書の内容について利用者、家族に分かりやすく説明しています。</li> <li>「利用契約書」や「重要事項説明書」等は、事業所の出入り口に掲示されており、家族や外部の方がいつでも閲覧できるようにしています。</li> <li>サービスの変更時には、変更となった重要事項説明書の内容を説明し同意を得ています。</li> <li>サービス内容を変更する場合は、家族会や送迎時、家族来所時に分かりやすく説明をして、記名・押印により同意を得てから変更される仕組みができています。</li> <li>個別支援計画を作成する時に、意思決定の困難な利用者本人の意思をどのように吸い上げるかの視点で意思決定支援会議を開催し、組織としてルール化を図っています。</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。 | a・b・c |
| 評価概要  |   |       |

|  |                                   |       |
|--|-----------------------------------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・「退所者に関するマニュアル」があり、福祉サービスの継続に配慮した手順が定められています。</li> <li>・事業所変更など退所希望があった際には、他法人の担当者等と連絡を取りながら情報を共有し、家族を含めた担当者会議を開催します。新たな利用先には「つなぎシート」を提示して情報提供を行います。</li> <li>・「つなぎシート」の添付資料として、「困った時にはいつでも御相談ください」と相談事例と相談窓口が書かれた説明書を配布して周知を図っています。退所する時の支援担当窓口があり、退所した後もいつでも相談できることを伝えています。また、つなぎシートには事業所のアセスメント資料を添付して、本人の近況が理解できるように配慮しています。</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。 | a・b・c |
| 評価概要   |                                   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・QCサービス委員会が行う利用者満足度調査や、利用者との個人面談や利用者自治会、家族会でも要望を聞き取り、結果はグループ会議、チーフ会議において検討され改善につなげています。</li> <li>・年2回、食事の嗜好調査を実施しています。また、施設長をはじめ委託業者も交えて食に関する検討会を毎月開催し、個々の利用者が満足できる食事提供に取り組んでいます。</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。      | a・b・c |
| 評価概要   |                                   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人全体で苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備するとともに、「相談苦情対応規程」「苦情解決マニュアル」が策定されており、苦情解決の仕組みが確立されています。</li> <li>・苦情内容については、第三者委員に報告して助言を得ながら対応し、サービスの質の向上につなげています。</li> <li>・事業所内に苦情解決の仕組みを説明したポスターが掲示され、利用者・家族が苦情を申し出るための意見箱が事業所入口に設置してあります。</li> <li>・苦情内容や相談、要望等について、法人のホームページ上に「苦情・相談」コーナーがあり、相談・苦情解決の方法、相談先、相談・苦情事例が詳細に掲示されています。ホームページでは、「地域、ご利用者・家族からの声」として要望・苦情の声に対する改善策が掲載されています。</li> <li>・法人の広報誌「常盤会だより」の中でトピックとして、「第三者委員報告会」の概要と苦情・相談の流れについて掲載しています。</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>・「ご意見に対する応対マニュアル」に沿って、サービス管理者を中心に丁寧に対応する取組に努めています。</li> <li>・「相談及び苦情受付窓口」を設け、いつでも誰にでも相談できることを記載した文書を家族等に配布しています。</li> <li>・利用者や家族が相談や意見を述べやすくするために、事業所の玄関に全職員の顔写真を掲示し、相談者を自由に選択できることを分かりやすく示しています。面談室を確保しています。</li> <li>・相談室での相談のほか、自治会での意見・要望の把握、家族会での意見の聞き取りなど、複数の相談方法を準備し、意見を聞き取るための取組がなされています。家族会はコロナ禍が明けたら開催予定です。</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>・事業所の玄関に全職員の顔写真を掲示し相談者を自由に選択できることを示しており、利用者や家族が相談や意見を述べやすくするための配慮をしています。</li> <li>・「意見に対する手順マニュアル」が策定され、利用者からの意見や要望について対応する仕組みが整備されています。</li> <li>・意見箱や相談室の設置に加え、自治会に施設長・主任等が参加し意見を聞き取るなど、利用者からの相談、意見を把握する体制が作られています。</li> <li>・活動の中でカラオケや食事に関する要望が多く、言葉に上手く言い表せない利用者には写真やイラストで指し示す意思表示を採用しています。子どもからは、部屋替えや食事に関する要望があり、直ぐにできることは迅速に対応するよう努めています。</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  |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人で「事故防止・防災委員会」を設置し、リスクマネジメントに関する責任者としてリスクマネージャーが配置され、役割が明確化されています。</li> <li>・事業所では、「緊急時対応マニュアル」「不審者対策マニュアル」が策定されており、実際に緊急事態が発生した場合の対応のため、「防災緊急連絡表」「避難経路」等が、事務所内や生活棟などに掲示されています。</li> <li>・発生した事故やヒヤリハットについて、「事故・ヒヤリハット分析マニュアル」に沿って報告書を作成し、職員への周知を図り再発防止に努めています。</li> <li>・「事故（防止・予防）マニュアル」による事故未然防止に努めるとともに、事故発生時の</li> </ul>                              |   |       |

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」「事故報告書作成マニュアル」に規定しています。事業所内研修のKYT(危険予知トレーニング)で職員に周知されています。

- ・防火、美化月末点検表で定期的にチェックをし、定期的に評価・見直しを行っています。

|    |  |       |
|----|--|-------|
| 38 | 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 |
|----|--|-------|

**評価概要**

- ・「感染症及びその他対応マニュアル」を基本に感染症ごとに対応マニュアルが策定され、発熱時・てんかん発作時対応などの症状別対応マニュアルもあり、感染症対策の責任者として看護師を中心とした管理体制が整備されています。マニュアルは全職員に配布されています。
- ・保健衛生担当責任者を中心に役割分担を決め、職員には感染症発生時期前の10月と1月に研修会を開催して周知を図っています。
- ・感染症対策を含むBCP(事業継続計画)を作成し、BCPに沿ったシミュレーション訓練を実施しています。
- ・入所施設であることから、利用者や職員、外来者の検温、手指消毒、食堂等のミスト消毒、室内換気など、チェックリストによる確認を行い、徹底した感染防止対策がとられています。

|    |                                    |       |
|----|------------------------------------|-------|
| 39 | 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 |
|----|------------------------------------|-------|

**評価概要**

- ・災害時の対応については、「防災管理規程」があり、火災・地震・風水害への対応については「非常災害対策計画」にとりまとめられています。
- ・緊急時の行動手段や自衛消防組織編成表、防災緊急連絡表が掲示され、職員や利用者への周知が図られています。特に新規採用、異動等職員には、安全管理の教育を行っています。
- ・毎月防災訓練を実施しており、年2回消防署立会のもとの消火訓練、夜間想定訓練、消火訓練が実施されています。
- ・利用者及び職員の安否確認がスムーズに行われるよう安否確認の方法が確立しています。
- ・3日分の食料備蓄は、栄養士が賞味期限や個数のチェック表をもとに管理しています。消防用設備等は、業務委託による定期点検が実施されています。
- ・職員に対し必要な救急法の訓練を実施し、AEDを施設内に設置しています。

**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。 |         |



|  |   |       |
|--|---|-------|
| 40   | 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"> <li>・事業所で提供する福祉サービスについて、「標準的なサービスの手順及び実施方法」が定められており、標準的な実施方法は、「個別支援計画作成マニュアル」や食事や排泄、入浴など細分化された支援に関するADLマニュアル、「施設内・外行事マニュアル」などの各種マニュアルに示されています。</li> <li>・「個別支援計画作成マニュアル」には、個別支援計画書のコンセプトが記載されており各種支援マニュアルには、利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護に関わる姿勢などが示されています。</li> <li>・全職員に配布される「支援要覧」には、サービス提供における基本指針が記載され、日中活動時の訓練等の取り組み、余暇活動のための支援強化など、支援に関わる基本的事項について共有されています。</li> <li>・職員の実施したサービスについて、ケース記録を上司まで回覧するため、チーフや主任等が標準的な実施方法で実施しているかを確認し指導する仕組みがあります。</li> <li>・新人・中途採用職員については、採用後早期から標準的な実施方法や定期的な研修を行っており、エルダー（教育係）制度によりOJT研修として指導されています。</li> </ul> |   |       |
| 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。               | ㉑・b・c |
| 評価概要   |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービスの標準的な実施方法の適合性については、ヒヤリハットや事業所内で発生した事故等を毎年度検証し、チーフ会議、職員会議等で議論して確認された課題を考慮して、現状との整合性を判断しています。</li> <li>・マニュアルは、マニュアル検討会議等において、職員等からの意見や提案を受け、より良い支援内容になるよう組織的に検証し、見直す仕組みになっています。</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。                | ㉑・b・c |
| 評価概要   |   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画作成におけるマニュアルの中に、個別支援計画作成と管理責任者の設置を明記しています。</li> <li>・アセスメント手法は確立されており、アセスメント表では、健康状態、心身機能、日常生活・社会参加、行動障害などについて、具体的な小項目の設問を設けチェックする形式で、職員による評価もれがないように工夫されています。</li> <li>・個別支援計画作成の流れの中では、利用者本人・家族との面談、説明の実施等にもれが無いよう留意点として掲げてあります。</li> <li>・個別支援計画書には、利用者一人ひとりの具体的な解決すべき課題・ニーズが明示され、サービス利用計画と整合性がとれる支援計画となっています。</li> </ul>  |   |       |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、個別的な対応策がとられています。</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 |
| <b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画の評価・見直しは、「個別支援計画書作成におけるマニュアル」に定められており、見直しを行う時期、計画書のコンセプト、作成手順、支援計画の流れなど組織的な仕組みを定めて実施しています。</li> <li>・見直しによって変更した個別支援計画書の内容は、グループ内の職員に周知しています。</li> <li>・計画を緊急に変更する場合、その必要性のある事例の例示、流れなどがマニュアルに記載されています。</li> <li>・計画書見直しの時期については、事前の面談や原案作成、個別検討会議等の流れを利用者の誕生日ごとに見直す日程表が作成されており、時機を失しないような工夫がされています。</li> <li>・個別支援計画の評価・見直しにあたっては、モニタリングとアセスメントを行う際の留意事項がマニュアルに記載されており、アセスメント表はモニタリングで把握すべき事項が列挙され、見落としのないように工夫されています。</li> <li>・意思決定支援会議では、個別支援計画書案のほかに、モニタリング・アセスメント内容の確認、本人意思の推定と確認、支援者の分析などを記載した課題（ニーズ）の整理表も添付のうえ検討して、解決すべき課題を明確にする流れになっています。</li> <li>・利用者や家族等の意向は、個別支援計画策定時の同意書に加え、変更の際に変更同意書を得ています。</li> </ul> |   |       |
| <b>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>  |   |       |
| 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 |
| <b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の身体状況や生活状況等は、事業所で定めたフェイスシートやアセスメント表に記載されています。</li> <li>・個別支援計画にもとづくサービスの実施については、日々の支援内容を記録する支援日誌により、毎日記載、回覧することにより情報の共有が図られています。</li> <li>・年度初めには、個別支援計画とは何か・支援記録のポイントについて事業所内研修が実施されています。支援日誌の記録内容や記載方法等については、個別に各グループのチーフが指導をしています。</li> <li>・パソコンのネットワークシステムを利用して、利用者ファイルの閲覧による情報共有を図っており、パスワードで管理されています。必要に応じて利用者の状況等を記載した資料を全職員に回覧し周知しています。</li> </ul>   |   |       |
| 45   | 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**

- ・利用者の記録の保管、管理については「個人情報管理規程」、情報開示については「個人情報開示請求取扱い規程」が定められ、記録管理の責任者が設置されています。
- ・管理規程には、個人の情報管理上のルールやポイントが規定されており、職員は個人情報保護について事業所内研修等を受け理解しています。特に電子データについてはマニュアルで取扱いに留意するよう指導されています。
- ・個人情報の取扱いについては、事業所利用契約時に利用者や家族にも説明し、「施設サービス利用に係る情報提供同意書」により利用者、家族等の同意を文面で得ています。
- ・個人情報の保護、情報開示等については、利用契約書に記載されています。
- ・職員は入職時と退職時に、個人情報等の守秘義務についての誓約書を提出しています。