

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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念、基本方針は、理念を基に目指す将来像を備え、また、今後の事業展開の方向性、法人が目指す方向性を完備したものであり、誰もが理解し読み取れる具体的内容で、ホームページ、法人便り、事業所の入り口等に記載・掲示してありました。 ・家族や利用者へ事業計画などの配布をし、その資料は、家族や利用者へわかり易い内容になっており、年に数回の会合などを利用して周知に努めていました。 		

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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の利用率や推移などの分析を毎月行い、事業所の経営状況(利用者数・人件費率)の把握に努め、毎月の管理者会議で報告されていました。 ・法人の地区別計画として、相互扶助機能の強化や人材不足のための強化などを掲げ、取組んでいく姿勢がうかがえました。 		
	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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月次報告を職員会議で周知していました。また、財務諸表等を理事会や評議員委員会へ報告していました。 ・QCアンケートで把握した課題や意見をくみ取る体制を構築していました。 ・その結果、地域活動センターの廃止や通園バスの効率化等の改善を図っていました。 		

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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単年度ごとの2月から3月に個々の内容を運営会議等において集約、評価し、課題や問題点を明らかにしていました。その課題や問題点を次年度に職員会議で検討し、年度計画に反映していました。 ・事業計画自己評価結果をもとに、改善を具体的に明示していましたが、中・長期計画の収支計画は作成されていませんでした。 		
	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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画自己評価を基に、具体的な取り組み内容を策定していました。よりわかりやすく、内容を確認しやすいように構造化を進めていました。 ・数値目標は運営計画に明記し、職員会議等で周知を図っていました。中・長期計画の収支計画は作成されていませんでした。 		
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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケース会議等において、職員への周知が行われていることを記録で確認しました。 ・事業計画の評価を行い、要望や意見、改善点などを把握し、マニュアルや手順書に従い見直しが行われており、職員の意見を企画運営会議等で具体化し、検証していく体制を構築していました。 		
	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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画などについて常盤会だより、ホームページなどに掲載し、また、利用者や家族に機会があるごとに説明をしていました。 ・日ごろより自治会などの機会でも、写真や絵なども活用し、わかりやすく周知されるように配慮がなされていました。 		

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。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・QCサービス委員会において、満足度アンケートを実施し、集計結果を利用者やご家族に配布し、委員会や経営会議において検討していました。 ・家族向けへの改善のためのアンケートを実施し、フィードバックしてサービスの改善に努めていました。第三者評価の事業所による自己評価は毎年実施していました。 		
	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。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・評価・進捗状況に関する意見のまとめや改善結果を職員会議で確認し、必要に応じて常盤会だより等に掲載していました。 ・個別面談、アンケート、自己評価において見直しや検討が行われていました。第三者評価の自己評価を毎年行っていました。 		

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。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人にはリーダーシップ宣言や管理者の役割と責任というマニュアルがあり、管理運営する責任が明記されていました。 ・年度当初の職務分掌表を通し、また、毎日の朝礼や毎月行われる職員会議や研修会において施設長のコメントが多く記載されており、リーダーシップを発揮する姿がうかがえました。 ・不在時の権限委任等を含め、緊急対応マニュアルや非常時災害対策マニュアル等に明記されていました。 		
	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> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県知的障害者福祉協会の研修会に積極的に職員を参加させ、その人権委員会提供のチェックリストを活用した研修、人権ハンドブックの読み合わせなどを通して事業所で利用者への人権擁護の理解に努めていました。 ・ 法人では、年1回法律の専門家を招いて継続的に研修を行っていました。各関連法令においては、最新の内容が把握され、改正が行われていました。 		
<p>Ⅱ－１－（２） 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Q Cサービス委員会が実施したアンケート結果を基に、検討委員会や相談会等で把握した課題を役員会に提出し、企画運営会議に置いて福祉サービスの課題を把握して質の向上に努めていました。 ・ 施設長は職員との面談を定期的に行い、個別・事業所の課題などの集約に努めていました。 		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業計画に対する自己評価、職員研修や業務改善アンケート等で職員の意見を集約し、業務の効率化や改善に努めていました。 ・ 管理職会議で課題を報告して指導を受け、それを職員にフィードバックしていました。事業の採算に合っていなかった地域活動支援センターの廃止や送迎車両の効率化のための台数を見直し、新任の職員には有給休暇を3か月で2日、また、5年以上勤続の職員には5日有給休暇をプラスで与えて、職員のリフレッシュに努めていました。 ・ 異動調査など職員の希望調査を行い、有給休暇取得や残業状況の把握の一覧を作成していました。残業時間削減を図れるように具体的な対策を図り、施設長自ら積極的にかかわっていました。 		

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

		<p>第三者評価結果</p>
<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>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事管理における基本方針があり、求められる職員のあり方を示しています。各職員が資格取得の目標をもち、中・長期計画などに具体的な目標を決めて取得を奨励していました。 ・法人として高等学校や専門学校、大学等を訪問し、人材の確保に努め、実習も積極的に受け入れ、人材育成に貢献していました。求められる職員のあり方について、数回の話し合いが行われています。必要な部署には人員配置基準より多い職員の配置がなされていました。人事異動の希望を人事考課の面接時に確認しています。 		
	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <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、職員が将来像を描くことができるような仕組みができています。人事考課制度を活用し、定期的な面接や相談を実施し、目標達成度や業務成果、貢献度などの評価を行い、その結果を職員各自へフィードバックしていました。 ・求められる職員のあり方のマニュアルに準じて取り組んでいました。 		
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り組んでいる。	㉠・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いました。有給休暇のデータ化を図り、一人ひとりの有給取得状況を把握していました。 ・法人本部での有給休暇取得状況も把握していました。有給休暇の消化率、時間外労働の把握を行い毎月法人本部に報告していました。毎月勤務一覧を作成し、希望の休みを基に無理のない勤務が行われるように法人全体でも取り組んでいました。 ・メンタルヘルス研修や健康診断のデータをもとに職員の心身の健康管理に務めていました。新任の職員には入職3か月の間に3日、勤続5年以上の職員へはリフレッシュ休暇として5日の取得を勧めました。男子の育児休暇の取得も奨励していました。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・「求められる職員のあり方」という法人の指針がありました。目標面接カードを利用し、定期的に面接・相談・確認を行い、人間関係や悩みなど不安の解消に努め、最終面接では、目標達成度の確認を行うよう個別の目標管理の仕組みが構築されていました。 ・未達成の要因などを把握し、環境整備に努めていました。 		
<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>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「求められる職員のあり方」の中で、法人が職員に求める専門技術や資格等について明示されており、中長期計画や事業計画の中にも人材育成の目標を示していました。また、定期的な会議の中で研修内容の見直しなど検討していることが会議録に記載されていました。 ・法人研修や外部研修への参加を積極的に促進し、研修参加報告は職員で回覧すること及び職員会議で報告することで、共有化を図っていました。各自が研修参加記録簿を持ち、法人内での人事異動の時は、異動先に持っていくようになっていました。 		
<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>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別に研修の受講実績を記載してある票を確認しました。また、職員必携にも標準的なサービスの手順及び実施方法を掲載していました。 ・年度初めには、研修希望調査を行い、年間研修計画の中に位置づけていました。特に外部研修に参加した時は、研修記録を作成し、施設長や主任職員会議での報告をしていました。 ・研修は大きく分けて、事業所から派遣される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、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>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習受け入れマニュアルを整備してあり、内容全般を計画的に学べるプログラムが用意してありました。 ・年3回行われる実習推進委員会等に参加し、学校側からの情報の取得や連携に努めていました。定期的の実習推進委員会を開催し、委員の育成が行われていました。実習前に事前訪問してもらう際に学校には巡回指導を依頼し、実習プログラム等への意見交換や情報交換をし、連携に努めていました。 ・平成28年度は108名の実習生を受け入れていました。 		

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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページは最近リニューアルされ、見やすいように工夫がされていました。各事業所の活動状況や基本理念、事業計画や財務諸表、第三者の受審結果等が適切に公開されていました。 ・事業所のパンフレットの他に法人のパンフレットも作成されており、法人の社会、地域に対しての存在意義や役割を明確にしていました。 ・苦情についてはリーフレットを作成し、掲示したり家族会等において対応していました。また法人の常盤会だよりにおいても定期的に公表していました。 		
	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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所における事務、経理等に関する取り決めが明確にされ、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。 ・内部監査の実施、専門家によるアドバイス等により、公正性と透明性を確保し、適正な取組みが行われています。 ・経理における監査等は、毎月公認会計士より行われていました。分掌権限等は辞令で交付していました。10万円以上の使途は、本部決裁と規定されていました。 		

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。	㉑・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域交流規定が整備され地域貢献委員会が、年3回定期的実施されていました。地域の方との交流を始め、地域の行事や奉仕作業などへの参加も積極的に進めていました。バザーを行い地域の方との交流の場にもなっていました。 ・地域の社会資源は、事業所の入り口付近に掲示し、利用者の方には各家庭に資料を配布しています。 		
	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。	㉑・b・c

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受け入れマニュアルが整備されていました。その中で手順書を基に研修を行い、意見交換も行っていました。マニュアルには基本方針が明文化されていました。 ・運動会や発表会などの行事を中心に鹿児島国際大学や神村学園等からボランティアを受け入れていました。また、地元の中学校から職場体験の受け入れを行っていました。 		
<p>Ⅱ－４－（２） 関係機関との連携が確保されている。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県及び市の各種自助組織に加盟し、連絡などネットワークを有効に活用、参加し、問題解決に向けて共同で取り組んでいました。その他にも発達相談会、南ネット、自立支援協議会、各養護学校6か所、児童相談所、保健所や行政などと積極的に連携を図るように努めていました。 ・地域の関係機関のネットワークを書面に整理して掲載されていました。地域の課題への対応も積極的に行われており、生活困窮者支援にもかかわっていました。 		
<p>Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
	<p>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。</p>	<p>a・㉒・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・民生委員協議会や地域の学校などとの交流を継続的に行っていました。 ・鹿児島市と福祉避難所設置の協定を結んでいました。フリースペースを貸し出し、音楽療法や療育講座等に活用していただいていたいました。 		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・触法障害者の社会復帰や生活困窮者の支援を行っていました。グループホームを活用し、居住の場を提供したり、関係機関との連絡調整を行っていました。 		

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

		<p>第三者評価結果</p>
<p>Ⅲ－１－（１） 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示されており、福祉サービスの標準的な実施方法（マニュアル）にも明示されています。 ・利用者を尊重した福祉サービス提供について組織内で共通の理解を得るために、「人権尊重・権利擁護」を狙いとして事業所内研修及び法人研修・施設外研修が開催されています。（各々年に一回以上） ・法人に人権擁護委員会が組織され、人権侵害チェックリストが活用されています。 ・定期的な評価見直しの仕組みが整備されています。 	
<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止マニュアル、個人情報保護マニュアルが策定されており、職員への周知と法人研修が実施されています。 ・利用者や家族に対しては、わかり易い説明資料を事業所内に掲示し、利用時の重要事項説明書に基づく説明がなされています。 ・個別の食事が出来るよう食堂にパーテーションを設置し、利用者のプライバシー保護に努めています。外部から見られないように配慮したロッカー休憩室を設置しています。 ・不適切な事案が発生した場合の対処方法についてマニュアルに記載されていますが、発生事例は報告されていません。 	
<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。</p>	
<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業案内・施設案内パンフレットを見学者、ボランティア、学校関係者やイベント「風のマーケット」で配布しています。年間の配布量は1000部を超えます。 ・ホームページでの紹介を行っています。法人本部と連携して積極的な情報提供を試みています。また夏休み体験入所の取り組みを実施しています。 	
<p>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。</p>	<p>a・㉑・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書とともに、活動内容の変更についてはカードなどを用いながら、利用者にわかり易い説明を心がけています。写真等を用い、一日の活動スケジュールなどを視覚を通して理解できるように説明しています。 ・福祉サービスの提供について利用者の同意を得るまでのプロセスを、意思決定が困難な利用者に対して理解しやすいような情報提供の方法に配慮されていますが、なおわかり易い説明のための工夫に期待したいと思います。 	

	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"> ・サービスを終了する場合は、退所者支援担当者・窓口を決めており、利用者や家族がその後も相談できることを伝えています。またその趣旨を記した文書を渡しています。 ・つなぎシートや継続支援シートを用い、利用者が事業所の変更をした場合の支援の継続性について対応しています。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
	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。	① ・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度調査（アンケート）が実施されています。その結果についてQCサービス委員会が分析し、改善に向けた取組を行っています。 ・個人面談の機会をつくり、直接利用者からのニーズを聴き取っています。 ・利用者自治会の要望は企画運営委員会にあげられ検討されたうえ、改善に向けた取り組みがなされています。平成27年度は保護者からの要望を受けて検討した結果、日中一時支援や延長支援を実施しました。 		
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、苦情解決ポスターにて担当者や連絡先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・ ② ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・玄関に写真入りの職員紹介のカードを掲示し、職員の誰にでも相談できますよというお知らせを行っています。プライバシーを保護するために個別の相談ブースを準備しています。 ・意見箱は設置していますが、活用例はありません。意見を述べやすい環境やシステムを整備していますが、意思決定の困難な利用者に対しての周知には限界があるなかでも、なお工夫があればという面があります。 		

	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"> ・意見に対する手順マニュアルがあり、利用者や家族から相談があった時には対応し、改善につながるシステムがあります。 ・利用者自治会からの意見に対応し、記録に残しています。意見箱の設置やアンケートを実施しています。 		
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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故防止委員会を組織し、リスクマネジャーを選任しています。事故対応マニュアル、ヒヤリハット報告書を作成し、職員への周知を図っています。すべての事例は法人に報告され共有されています。 ・安全確保、事故防止についての研修（KYT）を開催しています。 ・事故発生時の対応マニュアル、事故予防マニュアルが策定されています。 		
	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。	a・ ② ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症マニュアルが策定され、担当者の責任と役割を明確にし、安全確保の体制を整備しています。感染症についての研修を実施しています。 ・嘱託医からの助言、看護師からの指導等により、予防対策を行っています。 ・マニュアル策定に期日がなく、改定に向けての見直し作業の手順が不明確です。 		
	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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非常災害対策マニュアルが策定されています。消防署、警察署と連携し避難訓練、不審者対策などを実施しています。法人内の他事業所と連携し相互支援する体制を整えています。 ・入所施設ではないため、食料等の備蓄はありません。 ・災害発生時の対応については職員間での連絡体制、役割分担が決められています。 		

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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な福祉サービスの実施方法が個別支援計画作成マニュアル等、各種マニュアルに示されています。 ・標準的な実施方法には利用者尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる使命が明示されています。 ・標準的な実施方法は個別支援計画に反映される仕組みとなっており、職員全体に周知されています。 ・標準的な実施方法と個別利用者のニーズや特性について配慮され、個別支援計画に反映しています。 		
	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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な実施方法については企画運営会議において検討され見直しと改善が図られています。 ・個別支援計画作成マニュアルにより、見直しの時期や方法が明示されており、職員の意見や提案を取り入れる仕組みが整備されています。また、それらは個別支援計画に反映される仕組みになっています。 		
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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画策定の責任者が定められています。アセスメント手法が確立されており、適切なアセスメントが実施されています。個別支援計画の実施後にはモニタリングが行われ、適切な福祉サービスが提供されたかどうか検証される仕組みを確立しています。 ・個別支援計画には利用者のニーズも記載され、利用者中心を心がけています。利用者の同意を含んだ手順については努力を払っていますが、なお工夫があればいいと思われれます。 ・アセスメントの内容は充実していますが、心身機能、ADL、IADLが中心であり、利用者本人のストレスや権利擁護、意思決定など利用者主体の視点からのアセスメントを行うことが期待されます。 		
	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。	㉑・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の見直しについては個別支援計画作成マニュアルが策定されており、見直しを行う時期、参加職員、リアセスメントの体制、手順が組織的に確立されています。 ・見直しについては個別支援計画検討会議を通して行い、多職種、複数の職員が共有し、見直された支援計画はすべての職員に周知される仕組みになっています。 		
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。	㉑・b・c

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント等の利用者に関する記録について、事業所が定めた統一した様式で記録されています。 ・個別支援計画によりサービスが提供されていることが記録から理解できます。 ・記録の方法について記録作成マニュアルを準備し、新しい職員でも定められた様式での記録が可能となるような仕組みが整備されています。 ・サービス実施内容については、朝礼での確認や支援日誌での確認を通して共有できるようになっています。 ・パソコンでのネットワークシステムはセキュリティを確保したうえで情報共有化のために活用されています。 	
<p>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。</p>	<p>㊦・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・文書保存期間マニュアルが策定され、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供についての規定が定められています。 ・個人情報管理マニュアルが策定されています。職員は研修により個人情報保護について理解、遵守できるよう取組まれています。また個人情報の扱いについては利用者・家族に説明がなされています。 ・情報開示請求に対する対応マニュアルを策定しています。過去に開示請求の例はありません。 	