

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、パンフレット、ホームページに明文化されています。その内容は使命や目指す方向を内外に示すもので、事業所の事業計画に具体的な基本方針として示されています。 ・理念、基本方針の周知について、職員に対しては、職員会議での読み合わせや研修、職員室など各所の掲示により、周知が図られています。利用者、家族にも理解できるよう工夫した資料が作成され、家族会・明星学園と合同の「希望の会」での説明や事業所内入り口などでの掲示により、周知が図られています。 		

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"> ・法人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の情報を共有し、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。また、鹿児島市地域福祉計画の内容は把握されています。 		
	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	Ⓐ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は評議員会・理事会で承認を得て、経営状況や改善すべき課題については、管理者会議において伝達され、その内容等について、施設長は毎月の施設内研修や職員会議等で適宜説明し、職員に周知しています。 		

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 <ul style="list-style-type: none"> 法人の中・長期計画を踏まえた事業所の中・長期計画が策定されており、その計画に沿って毎年度の事業計画が策定されています。また、事業所からは経営課題や問題点を掲げ、法人全体の中・長期計画の中に反映される仕組みになっています。 事業所では、法人全体の予算編成の中で単年度の収支予算を策定し、毎年度、事業計画に沿って事業が執行される仕組みになっています。 		
	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 <ul style="list-style-type: none"> 事業所の単年度計画は、法人の中・長期計画の内容を反映した具体的な内容となっています。また、毎年度見直し過程を経た実行可能な計画とし、数値目標が設定された内容となっています。 毎年度の数値目標の達成度などにより翌年度の計画に活かすように努められていますが、財務面での裏付けとなる中・長期収支計画の策定が望まれます。 		
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 <ul style="list-style-type: none"> 事業計画の策定にあたっては、職員からの「業務に関するアンケート」により意見を集約し、課題を拾い上げ検討を行い、9月の中間評価、年度末評価を事業計画に反映するよう、あらかじめ定められた時期、手順に基づき評価し、事業計画の見直しが行われています。 策定された事業計画は職員会議や職場内研修で説明し、周知が図られています。 		
	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 <ul style="list-style-type: none"> 事業計画は、利用者の会である「自治会」でわかり易い資料を説明され、また、施設内に掲示されており、家族の会である「希望の会」でも事業計画の内容を説明しています。また、法人の広報誌「常盤会だより」にも各事業所の計画が掲載され家族に配布されています。 利用者が理解できるような内容の文章にしたり写真等で示したりして、事業計画中の社会体験活動に参加してもらうための工夫も行っていきます。 		

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みが組織的に行われ、機能している。	Ⓐ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・法人に福祉サービスの質の向上を図るためのQCサービス向上委員会が設置されており、事業所においては、利用者、家族からのアンケートを集計し、委員会で課題検討を行い、とりまとめた結果を事業計画に反映する仕組みができています。 ・業務改善については、4月に全職員から職員提案を募集し、4グループのチーフによる課題検討会を開催し、10月の中間評価を経て3月に取りまとめて事業計画に反映する仕組みになっています。 ・組織として第三者評価基準に基づく自己評価を行うとともに、第三者評価を定期的に受審され、福祉サービスの質の向上に向けた取組みが積極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。	Ⓐ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・職員提案により出された業務改善に向けた課題については、集計し明文化されており、その内容は課題検討会において評価分析し、年度末にとりまとめ計画の見直しに反映されています。 ・平成28年度は不審者対策として、事故防止委員会、不審者対応合同会議を開催し、緊急に改善すべき課題について解決策を検討し、対応をとるとともに職員への周知を図っています。 		

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。	Ⓐ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は毎年度の事業計画において、事業所の基本方針と運営方針を明確にしています。事業所内の法人マニュアルには「管理者の役割と責任」「リーダーシップ宣言」が掲載されており、管理者は毎日の朝礼や職員会議で具体的事例を示し職員に訓示を行っています。 ・管理者の役割と責任については、職務分掌表で示されており、勤務表で補佐する立場の職員の位置づけが職員に理解されており、非常災害時の役割分担も文書化されています。 		
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。	Ⓐ・b・c

評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、遵守すべき法令集を所持し、内容について理解しており、毎月の法人内の管理者会議等において研修を受け、外部研修も受講しています。環境への配慮についても、法令集に含まれており、その取組みも実施されています。 ・法人全体として、職員が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程の整備や体制の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"> ・福祉サービスの内容については、業務に関するチェック項目を毎朝の朝礼等で読み合わせ確認しています。検討・改善すべき課題については、職員アンケートを取り意見を集約し、施設長参加のもと職員会議の中でケース検討を行い、職員に周知されるよう説明を行っています。 ・職員の教育・研修については、職員毎の「目標面接カード」で希望による年間計画を立て、計画的に受講できるよう計画し、外部研修にも積極的に参加するよう促しています。 		
	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"> ・法人全体の管理職会議では、事業所の現状だけではなく課題等の分析も行われています。また、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、リフレッシュ休暇取得など、継続して働けるような体制が考慮されています。 ・管理者は働きやすい環境を整えるために、育児休暇やリフレッシュ休暇が取りやすいよう、職員の意向等を踏まえ職員の勤務配置に配慮を行っています。 ・定期的実施する朝礼、職員会議、課題検討会、職場内研修には、施設長も参加し指導・助言を行っています。 		

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>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画に基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策定されています。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あり、求められる職員のあり方について話し合いが適切に行われています。 ・管理者は、職場内に有資格者を増やすため資格取得の数値目標を掲げ、質の高い福祉人材の育成・確保に努めています。 		
	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	㉑・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がなされています。事業計画、中・長期計画にも有資格者の養成項目があり、報酬加算等につながっています。 ・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仕組みができています。 		
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。	㉑・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・意見の反映を行い有給休暇の消化率を一覧表にまとめ、リフレッシュ休暇等の取得を促しています。 ・職員が有給休暇を取りやすいよう、勤務計画表作成の際には職員の希望を考慮しています。 ・現在育児休暇など対象者はいないものの、ワークライフバランスが取りやすいシステムが準備されています。 		
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。	㉑・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、それらが記載されている「常盤会マインド」を職員は常時所持しています。 ・法人内には、職員一人ひとりが業務の個別目標を立て目標管理する仕組みが構築されています。 ・4月の年度当初の目標設定には施設長、主任が個々へのアドバイスをを行い、9月の中間評価や2月の目標達成状況確認など、年間3回の面接を実施し、職員一人ひとりに対して助言や支援を行っています。 		
	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。	a・㉑・c

評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体及び事業所の事業計画の基本方針等の中に、期待する職員像が明示されており、必要とされる専門技術や専門資格は明示され、数値目標も設定されています。 ・職員個々の目標面接カードにより、計画的な研修を受講できる仕組みが法人として準備されています。 ・職員の資質の向上を図る観点からは、職員の経験・能力等に応じた多様な研修内容を準備することも必要で、職場内の研修内容等の見直しを定期的に行うことが望まれます。 	
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。	a・ ③ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は新人職員が多く配置されており、福祉人材の質の向上をはかる必要があることから、研修の機会を増やすことが重要です。新人に対してはトレーナー(教育係)制度によるOJTが個別に行われており、また個人面談による指導も実施されています。 ・当事業所では独自に、職場内での各グループの実践事例を他のグループが参考に話し合う研究支援がなされています。 ・職員の資質の向上をはかる観点からは、多様な多くの研修等を受講する機会を提供することが望ましく、定期的に職場内の研修内容等の見直しを行うことが望まれます。 	
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・ ① ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画に実習受入について、数値目標を含め明文化しており、法人の「実習受入れマニュアル」が作成されています。 ・平成28年度は当事業所としての受入は無いものの、明星学園の多くの実習見学に対応しています。 	

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。	① ・b・c

評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・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」に掲載すると同時に利用者・家族等に配布され公開されています。 ・法人の理念や基本方針、事業所の活動等を説明した印刷物や広報誌等をハートピアなどに配布し、地域に向けた情報発信に努めています。 													
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。	㉓・b・c												
評価概要 <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ているとともに、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。 													
Ⅱ－４ 地域との交流，地域貢献													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>第三者評価結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> Ⅱ－４－（１） 地域との関係が適切に確保されている。 </td> </tr> <tr> <td> 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。 </td> <td> a・㉔・c </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・法人として地域貢献委員会を設置し、会則を定め法人全体として取り組んでいます。犬迫地域のスポーツ・レクレーション地域交流のイベントを事業所が主体的に実施するとともに、法人主催のイベントマーケットにも参加しています。 ・地域のイベント情報のポスターなどは施設内に掲示し、利用者に提供しています。 </td> </tr> <tr> <td> 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。 </td> <td> a・㉔・c </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の中には、開かれた施設づくりとしてボランティアの受入れを明文化しています。ボランティアの受入については、「ボランティア受入マニュアル」及びボランティアへの説明書「ボランティアに当たっての注意事項」が作成され、地域貢献委員会の担当者がその担当として定められています。 ・学校教育への協力として、事業所内の秋のイベントに神村学園のボランティア受入れや、明星学園と合同で、鹿児島国際大学のボランティア・サークルの活動も受入れています。さらなるボランティアの積極的受入れを期待します。 </td> </tr> </tbody> </table>			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・㉔・c	評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・法人として地域貢献委員会を設置し、会則を定め法人全体として取り組んでいます。犬迫地域のスポーツ・レクレーション地域交流のイベントを事業所が主体的に実施するとともに、法人主催のイベントマーケットにも参加しています。 ・地域のイベント情報のポスターなどは施設内に掲示し、利用者に提供しています。 		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・㉔・c	評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の中には、開かれた施設づくりとしてボランティアの受入れを明文化しています。ボランティアの受入については、「ボランティア受入マニュアル」及びボランティアへの説明書「ボランティアに当たっての注意事項」が作成され、地域貢献委員会の担当者がその担当として定められています。 ・学校教育への協力として、事業所内の秋のイベントに神村学園のボランティア受入れや、明星学園と合同で、鹿児島国際大学のボランティア・サークルの活動も受入れています。さらなるボランティアの積極的受入れを期待します。 	
	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・㉔・c												
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・法人として地域貢献委員会を設置し、会則を定め法人全体として取り組んでいます。犬迫地域のスポーツ・レクレーション地域交流のイベントを事業所が主体的に実施するとともに、法人主催のイベントマーケットにも参加しています。 ・地域のイベント情報のポスターなどは施設内に掲示し、利用者に提供しています。 													
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・㉔・c												
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の中には、開かれた施設づくりとしてボランティアの受入れを明文化しています。ボランティアの受入については、「ボランティア受入マニュアル」及びボランティアへの説明書「ボランティアに当たっての注意事項」が作成され、地域貢献委員会の担当者がその担当として定められています。 ・学校教育への協力として、事業所内の秋のイベントに神村学園のボランティア受入れや、明星学園と合同で、鹿児島国際大学のボランティア・サークルの活動も受入れています。さらなるボランティアの積極的受入れを期待します。 													

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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ディライトの地域社会資源を「関係機関との連携についてのマニュアル」でリスト一覧表を作成し、把握し、職員室で閲覧できるようにすることによって情報の共有化が図られています。 ・法人として鹿児島市自立支援協議会と定例会が開催され、その会議内容は主任会等で情報提供がされています。 ・明星学園と合同で、保護観察所と連携しボランティア受入れや鹿児島家庭裁判所との触法者の実習受入協定も結んでいます。今後の積極的受け入れを期待します。 		
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。	a・ ② ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・犬迫地域のスポーツ・レクリエーション地域交流のイベントを事業所が主体的に実施しています。 ・地域福祉避難所として台風など災害時の宿泊場所を、ショートステイの空室を活用して提供する協定を結んでいます。 		
	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・ ② ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体として、生活困窮者の受入れに取り組んでいます。地域の夏祭りには、実行委員会の役員として計画、準備に参画し、当日は利用者の参加も行われます。 ・地域福祉避難所として、台風など災害時の宿泊場所を提供する協定を結んでいます。 		

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"> ・法人の理念、基本方針及び事業所の事業計画等には、利用者の年齢、特性を十分尊重し、職員は利用者への権利擁護の意識を強く持つことを明示しており、朝礼や職員会議で意識統一を図り、サービス提供が行えるように努めています。 ・職場内研修でも「知的障害者の人権擁護ハンドブック」を基本に職員の理解を深める取組みがなされています。 ・人権擁護委員会作成のチェックリストで支援員の自己チェックを年度末と中間に行うこととし、年度末には集計・評価し、職員会等で意識付けを図っています。 		
	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。	a・ ② ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のプライバシー保護、虐待防止等の権利擁護についてはマニュアルが整備され、法人全体、職場内研修で理解を深めるよう研修が計画的に行われています。また、その精神は支援マニュアル、ADLマニュアルにも盛り込まれ、日々の支援における意識付けがなされています。 ・利用者一人ひとりのプライバシーが守れるよう、部屋やロッカーの鍵を準備し必要な時に自由に使えるように配慮されているとともに、施設が老朽化する中でトイレなどにパーテーションを設置するなどの現状対応できる最大限の配慮がなされています。 ・利用者や家族に対しては、重要事項説明書の説明の際に、プライバシー保護、情報提供の同意書もらうなど、取組みの周知に努めています。 		
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・ ② ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・施設を紹介するリーフレットや情報誌がハートピア等に置いてあり、また、法人の理念や各事業所の活動等がホームページで紹介されています。施設のリーフレットは事業内容や概要を紹介し、情報誌「生き生き通信」では、写真等を掲載しわかり易い内容になっています。 ・見学、体験入所等の利用希望者への説明は、相談支援事業所である明星学園と合同で対応しており、体験入所利用者が昨年度実際に入所しています。 ・利用希望者に対してはリーフレットが準備されており、また、ホームページでは毎月の活動状況を適宜見直して提供しています。 		
	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・ ② ・c

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用希望者と家族への説明等は、相談支援事業所の明星学園と連携して対応しており、利用契約書、重要事項説明書、プライバシー保護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、写真の提示など分かりやすい工夫を行っています。また、変更時にも同様に書面で説明し同意を得ています。 ・意思決定が困難な利用者に対しては、食事のセレクトメニューを写真で提示したり、利用者の取組む活動内容がわかるよう写真等で選択出来るような工夫がなされています。 		
	<p>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。</p>	<p>a・㉔・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス事業所の変更や退所に係る他の福祉施設等との連絡には、「つなぎシート」を利用し、サービスの継続性に配慮されています。 ・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、相談先の分かる連絡先が家族に配布されています。 		
<p>Ⅲ－１－（３） 利用者満足の向上に努めている。</p>		
	<p>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。</p>	<p>a・㉔・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度を把握するため、QCサービス向上委員会の担当が配置されており、また、食事に関しては、食に関する委員会で年1回の嗜好アンケート調査が利用者等に対し行われています。 ・委託外部業者や栄養士等による検討会が毎月開催され、自治会の要望を取り入れるなど連携して改善に努めています。 		
<p>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。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉔・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決については、重要事項説明書等で苦情解決責任者や第三者委員の連絡先が明示されています。また、事業所内に職員の写真と、いつでも相談できるよう配慮した掲示物が設置されています。 ・苦情の申し出人には、直接責任者が対応することとしており、全ての苦情等については理事長まで報告がなされ、年1回第三者委員へ報告されています。また法人全体については、苦情解決委員会で各事業所の苦情等について報告され、内容は「常盤会だより」の送付の際に同封し、報告され、家族に対して公開されています。 		
	<p>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。</p>	<p>a・㉔・c</p>

評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・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、意見箱も設置されています。 ・利用者や家族には、「サービス利用の手続」やわかり易い文章の「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受け付ける体制の整備に努めています。 	
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・ ⓑ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談、意見に対しては、「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、見直しが行われる仕組みになっています。 ・利用者等からの相談等は、課題検討会等で検討し回答することにしてはいますが、迅速な対応が必要な場合は朝礼時に施設長や主任等の意見を交え、対応することになっています。 	
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。	ⓐ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメントに関しては、法人の設置する事故防止・防災委員会に施設の担当責任者を配置しており、事故発生時の対応と安全確保については「事故防止（予防）マニュアル」や「事故対応マニュアル」などにより手順等が明確にされており、職場研修や朝礼等で職員に周知されています。 ・ヒヤリハット事例をもとに職員研修や定期的開催する課題検討会で発生防止策や改善策が検討する取組みがなされています。また、不審者対策に対する研修、対応も検討されています。 	
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。	ⓐ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策については、感染症（予防・対応）マニュアルが作成され、職務分掌を基に責任者と役割分担が決められています。 ・流行時期前に計画的に研修を実施し、マニュアルは小冊子にまとめ、職員が各自携帯し周知に努めています。 ・マニュアルは見直し時期が定められており、計画的な見直しが行われています。 	
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。	ⓐ・b・c

評価概要

- ・災害時の対応については、防災マニュアル（非常災害対策計画）が策定され、あらゆる災害を想定した対策が講じられています。
- ・緊急時の行動手段のフロー図が各所に掲示され、職員や利用者への周知が図られています。
- ・消防署や警察等との連携した訓練を法人内他施設、明星学園など4施設と連携して定期的に行っています。なお、食料等の備蓄リストも作成され、リストにそった備蓄がなされています。

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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの提供は、「標準的なサービスの手順及び実施方法」など細分化された支援者関係マニュアルが整備されており、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されています。 ・標準的な実施方法は、特に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、全職員に研修や朝礼・職員会議などでの伝達により、周知徹底が図られ、実施状況について課題検討会などで確認する仕組みがあります。 		
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。	a・㉒・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアル等の見直しは、定期的なマニュアル見直し作業、または実施方法をチェックし、集計した結果を人権擁護委員会で検討する仕組みがあります。また、見直しについては、各スタッフのアンケート結果をグループで検討、各グループがうまく活用して取組む土壌があるようです。 ・マニュアルは、サービス提供の標準的な方法の指針であるため、見直しの際には組織的に意見を集約して検証する仕組みが望まれます。 		
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・㉓・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は、「個別支援計画書作成におけるマニュアル」に基づき、主任が計画策定責任者として設置され、担当支援員が中心になり策定されています。 ・個別の具体的なケースのニーズについて、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、主任等との合議により検討し、適切なサービスの提供に努めています。 		
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・㉔・c

評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 個別支援計画の見直しは、定期的に（6ヶ月に1回）支援者マニュアル、支援会議運営マニュアルに基づき、実施されています。生活環境の変化が大きく変わらなくても、適宜、グループ研究で意見交換を行う土壌があります。 		
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 <ul style="list-style-type: none"> 利用者一人ひとりの身体状況、生活状況のアセスメントは、個別支援計画に結果が記載されています。毎日のサービス実施状況は「支援日誌」として記録され、記録内容等に際が生じないように朝礼等で指導されています。また新人職員にはOJTやトレーナーにより個別に指導しています。 記録は朝礼及び回覧により職員が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・ ㉑ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> 利用者に関する記録は、個人情報管理規程、基本方針が定められ、記録管理の責任者が設置されています。 適切な管理については、事業所内研修や法人研修などによる教育がなされています。個人情報の取扱については、利用者や家族に対して説明して毎年同意書を得ています。 開示請求の事例は現時点ではありません。 		