

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"> ・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。また、基本理念をもとに定められた基本方針や運営方針は、事業計画書、リーフレットなどに記載されており、福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、事業所の使命や目指す方向を読み取ることができます。 ・年度当初の職員研修時には理事長訓話が行われ、職員会議での施設長の訓示により周知を図っています。また、新規採用職員等へは、新人職員研修で理事長から基本理念等についての講話が行われ、理解が図られるよう努めています。 ・基本方針は、発達の気になる子ども一人ひとりの個性やニーズの把握と子ども自らが育つ基盤造りを目指す姿勢を読み取ることができます。 ・運営方針は、中長期計画にもとづいた事業経営について具体的に定められ、人権尊重をもとにした職員の専門性と実践力の向上を目指す方針となっています。 ・職員への周知は、4月の職員会議、職員研修、朝礼等を活用して行われており、また、名札の裏に理念や基本方針を入れて朝礼時に唱和するなど、継続的に取り組まれています。 ・利用者の家族に対しては「常盤会マインド」や利用開始時、年度初めにイラストを入れて分かりやすく工夫された「通所案内」を配布・説明が行われ周知が図られています。 ・地域に向けた発信がコロナ禍の影響で以前に比べて弱いようでしたが、パンフレット等を公的機関に置くなどの工夫はされていました。 | | |

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。 | | |
| 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"> ・社会福祉事業全体の動向については、毎月開催される管理職会議や理事長から国の福祉施策の動向等についてその都度具体的に示されています。また、法人本部と緊密な連携 | | |

| | | |
|---|-----------------------------|-------|
| <p>が図られており、本部に事業所の動向が随時報告され事業経営をとりまく環境や経営状況の把握ができています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理職会議では、各事業所から福祉サービスのコスト分析、利用者数の推移、入退所変動等について月次報告が行われており、法人全体や事業所の位置する地域の経営環境や課題について把握・分析が行われています。 ・事業所の位置する地区の「町づくり協議会」の福祉部に加入し、代表が出席して地域の特徴や変化等の情報の共有が図られています。 ・福祉サービスのニーズや潜在的利用者に関するデータについては、理事長からの国の動向の説明や市の福祉計画からの情報、保健センター・自立支援協議会を訪問して具体的な情報を得るなど様々の取り組みが行われています。 | | |
| 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 |
| <p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部で毎月行われる管理者会議で経営状況や改善すべき課題等について明確にされ、法人内の事業所間で共有され、その内容を含めた事業所の課題等は月2回開催の施設長、主任、チーフで構成する課題検討会で話し合い、課題の解決を図っています。 ・管理者会議において協議・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・評議員会でも施設長が報告し、役員間で情報の共有がなされています。 ・稼働率については、利用者確保の対策として見学を受け入れて理解を深めることのほか、送迎時に問い合わせについても丁寧な説明に努め、選ばれる事業所作りを目指しています。 ・人材育成においては、エルダー制度を立ち上げ、年4回の評価と話し合いを通して新人職員の育ちを促す取り組みが行われています。 | | |

I-3 事業計画の策定

| | | |
|---|-------------------------------|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| <p>I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</p> | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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」をもと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。 ・中長期計画では、達成目標が設定されており、毎年度の達成目標を必須事項と努力事項とに分け、各年度の事業計画に反映させています。 ・マーケティング戦略の策定のためにSWOT分析に取り組み、法人・事業所の優れている点と改善を要する点を把握して事業計画に反映しています。各事業所の運営にあつ | | |

| | | |
|---|---|-------|
| <p>ては、利用者数や職員等の過不足、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事業収支状況の分析を適切に行っています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では、中長期計画は施設長・主任クラスまで、事業計画は全職員へ周知され、目標に向けた取り組みが図られています。 ・法人では、予算立案の際に各事業所から必要とされる建て替えや大型修繕等について要望を受け、また、新たな事業所の開設など大きな支出が見込まれる場合に備えて中・長期収支計画が策定され、本部で把握・管理がされています。 ・中長期計画は毎年度の達成目標が設定されており、事業の達成度や収支状況により見直しが必要な時は適正と思われる数値を予算化し、見直しが行われる体制ができています。 | | |
| 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 |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・単年度事業計画は、「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、運営目標は実行可能で具体的な内容が示されています。 ・事業計画は当該年度の重点目標を掲げ、会議、各種調査、見学者やボランティアの受け入れのほか、地域貢献・交流や人材育成等の項目ごとに数値目標と主な目的・内容が設定されています。 ・設定された数値目標については中間評価が行われ、年度毎の事業報告で実績を数値化し、目標に対する実施状況を評価できる内容となっています。 | | |
| 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 |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画策定にあたっては、全職員へのアンケートを実施し、課題検討会で意見を集約し、分析と評価を行っています。検討結果は、会議での説明や回覧により全職員へ周知されています。 ・評価にもとづいての事業の見直しは、「めばえ行事計画意見書」として課題検討委員会で検討され事業計画に反映されています。 ・策定された事業計画は、年度初めに施設長から職員へ会議で具体的に説明し、周知が図られています。 | | |
| 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"> ・事業計画の主な内容や支援内容、毎月の行事等を分かりやすく説明した「通所案内」に掲載し、年度当初に利用者に配布しています。また、年度当初に行われる保護者説明会や家族通所の場で施設長が具体的に説明しています。 ・事業計画の内容を分かりやすく説明するための資料「めばえの約束」を作成し、サービ | | |

| |
|---|
| <p>スの内容や行事計画と一緒に説明をしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画のほか常盤会行動計画等は、施設玄関に面した箇所に掲示してあり、保護者や支援スタッフがいつでも確認できるようになっています。 ・月1回発行される「めばえ便り」を使って、日頃の事業への取り組み状況を家族に周知する取り組みが行われています。 |
|---|

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。 | | |
| 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"> ・福祉サービスの質の向上に向けて、組織的に評価を行う体制としてQCサービス委員会を法人本部に設置し、各事業所に委員をおき、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。 ・QCサービス委員会で年2回職員へのアンケート調査を実施し、職員会議で協議しています。その内容は法人内の企画運営会議で検討し、改善の必要がある時は改善計画を策定し実行に移す仕組みが出来ています。 ・人権侵害等についても人権侵害に関する自己評価が個人毎に行われ、各自で振り返りが出来る仕組みになっています。自己評価の内容は施設で取りまとめられて人権擁護委員会で検討されています。その他に管理者用のチェックリストなども整備され組織的に評価を行う体制が整備されています。 ・利用者支援については、支援内容は日誌に記録し、6カ月毎にモニタリングが行われ、ケース会議で検討して支援計画の見直しが図られています。見直しの内容は6カ月に1回行われる保護者との面談で説明が行われています。 ・第三者評価は3年に1回定期的に受審し、組織として福祉サービスの質の向上に向けた取組を積極的に行っています。 | | |
| 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"> ・福祉サービスについては、各クラスのチーフが職員から意見を聞き、全職員から直接意見を聞き取る仕組みが出来ています。 ・聞き取られた意見や第三者評価の結果は、課題検討会で検討され職員会議等で説明されています。改善すべき課題などは文書化し、全職員に回覧して課題を共有しています。 ・QCサービス委員会でまとめられた課題等は各委員会や企画運営会議で検討し、改善策として文書化し、改善の取組を計画すると同時に早々に取り組みが出来ることは職員で改善策を協議・共有して実行に移しています。 | | |

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"> 法人内の各事業所の管理者にむけて作成された「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具体的に説明し理解を得ています。 施設長の役割等は、職務分掌やマニュアルで明文化され、利用者家族へも重要事項説明書に記載し契約時に説明が行われています。 有事における管理者の役割と責任や不在時の権限委任等について、非常災害対策計画の中に管理者代行者への権限委譲が決められており、管理者の不在時でも役割が確実に行われるよう明確化されています。 | | |
| 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"> 法人研修及び事業所内研修では、理事長自らが全国経営協議会から情報を得て管理者等へ伝達し、また、障害者虐待防止・権利擁護研修には、県外からの外部講師を招いて全職員が受講できるように2日間にわたって開催されるなど法令遵守のための取り組みが行われています。 管理者は、法人の管理者用のマニュアルで遵守すべき法令等についても理解し、また、法令の改定等が行われた時は、管理者向け研修などで改定内容を理解して法令遵守に努めています。 遵守すべき法令等については、マニュアルの中で列記され、設定室温の表示や浄化槽に関する法令についても理解を深め、環境等への配慮に関する取り組みも行われています。 管理者は、職員会議や職員連絡会等の際に福祉に関する動静等の報道内容を取り上げ、職員に対して遵守事項や職員倫理について説明し、理解を促す取り組みをしています。 職員は年2回のコンプライアンス・チェックリストによるチェックを行ない、法人のQC委員会で集計されたものを職員会議等で周知するなどの具体的な取り組みも行なわれています。 | | |
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| 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"> ・管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的に評価・分析を行うための課題検討会に参加するなど、組織内に具体的な体制を構築する取り組みを行なっています。 ・管理者は、ケース会議等でも職員からの意見やアイデアを聞き、課題解決や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会議の活性化に努めています。 ・管理者は、年3回の個人面談やアンケート調査を行い、職員のキャリアアップや福祉サービスの質の向上に向けた取組に努めています。 ・管理者は、事業所内での研修のほか、本部での研修や外部研修に偏りがないよう計画し、職員を積極的に参加させ福祉サービスの質の向上が図られよう、職員の教育に努めています。 | | |
| 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 |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、人事・労務・財務について分析を行ない、法人本部へ月次報告を行い、分析の内容や結果を職員へも報告して、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて取り組んでいます。 ・管理者は、働きやすい職場づくりについて職員へアンケート調査を行ない、得られた意見を法人本部にも報告し、本部と連携して職場環境の改善に取り組んでいます。 ・課題検討会議では職員の休憩表を作成し、職員が気兼ねなく休憩が取れるよう改善を図るなど、事業所内で解決できることには積極的に取り組んで、職員の働きやすい環境の構築に参画しています。 | | |

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。 | | |
| 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 |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・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配置されています。 ・法人内各事業所の人事配置では、事業計画の中に人材育成すべき資格・人数について数値を掲げて資格取得を奨励するなど、人材育成に努めています。 ・法人内には、必要とする福祉人材や人員体制について基本的な考え方が定められた人事考課制度が導入されており、職員にも周知されています。 ・法人の人材確保対策は、全学科対象で資格は問わず、他県まで求人活動を行うなどの採用活動を行い、採用後の育成や資格取得にも力を入れています。 ・新人研修は法人と事業所のOJTやエルダー制度が構築されています。また、実習生に | | |

| | | |
|--|--------------------------------------|-------|
| は実習推進委員を配置し、事業所の理解を図り採用へつなげた実績もみられます。 | | |
| 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | ㉑・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念、基本方針にもとづく「期待する職員像等」は、法人の理念や基本方針、事業所の事業計画の中の支援に対する基本姿勢で明文化され、職員研修などのあらゆる機会を通じて、職員に明確に示されています。 ・人事基準は、法人で策定された「人事管理における基本方針」に定められており、職員は個別面談の際に職務に関する達成度や貢献度を評価する仕組みがあります。 ・事業計画では、人材の採用・定着・育成について計画され、取得を目指す資格・人数も示され、職員の資格取得を奨励しています。 ・職員は、自らの将来の姿を描くことができるように法人内の事業所を異動し、福祉に関する視野を広め、様々な事業所での経験を通して知識を習得できる体制が整っています。 ・職員は、「人事考課表」により年度の目標、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。また、年度途中での現状の聞き取りが行われ、継続的にフォローしていく仕組みとなっています。 | | |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| 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。 | ㉑・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・職員の就業状況や意向の把握は、年3回の定期的な面談と意見箱の設置で行われています。また、管理者が職員の表情等を観て個別に対応しており、職員の仕事に対するメンタル的なことも把握できる体制が整えられ実践しています。 ・労務管理に関する責任体制が明確にされ、職員の有給休暇の取得率や時間外労働については管理職会で報告され、法人本部や施設長を中心にワーク・ライフ・バランスに問題がないか常に分析・評価が行われています。管理者は、有給休暇を取得しやすい環境づくりや希望休の申請など働きやすい職場づくりにも取り組んでいます。 ・施設長に対してメンタルチェックの研修の実施や、職員からの意見を参考にして事業所で週2回のノー残業デーを設置して、早く業務を終え帰宅する雰囲気作りにも取り組んでいます。 ・職員の心身の健康と安全については、ハラスメント等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おり、相談しやすい職場の雰囲気作りに努めています。 | | |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| 17 | 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 |
| 評価概要 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・組織として期待する職員像は法人の理念や基本方針等に示され、事業計画にも福祉人材に対する基本姿勢が明記されています。 ・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、数値化・キャリアアップ・資格取得に向けての取り組みなど、年間を通して目標達成への取り組みが実施される仕組みが構築されています。 ・管理者は、年度当初、中間期及び年度末の面接において職員と個別面接を行い、目標の設定、進捗状況や目標達成度の確認を行っています。進捗状況や目標達成度を確認し、職員一人ひとりの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。 | |
| 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。 | ㉑・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念、基本方針等の実現を目指す人材としての「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。 ・職員に対する教育・研修は、法人全体の管理者向け、新人職員向け、主任・中堅職員向けなど、研修は計画的に行われています。法人内の研修もオンラインでの研修も実施され、職員の参加がしやすくなっています。また、事業所内の研修は年間研修計画を作成し、事業計画に記載して計画的に実施しています。 ・法人の研修体系として、経験年数に応じた研修、職位に応じた研修、分野別の研修などがあり、これらの研修体系を定着させ、支援スキルの向上に努めています。 ・新人研修については基礎A・Bに分けられ、成人施設、児童施設、セカンドキャリア等きめ細かい研修プログラムが用意されています。 | | |
| 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。 | ㉑・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・新人職員に対しては、法人の新人研修プログラム基礎Aの中で児童分野と成人分野で分けられ、オンラインで研修が計画的に行われており、受講の内容は研修参加の報告書と職員会議で報告されています。 ・中途採用やパート職員に対しても、法人新人研修プログラム基礎Bの研修が設けられており、支援スタッフ等のパート職員も参加できるように配慮されており、基礎的知識や技術を学び、福祉施設職員としての資質を高める体制が構築されています。 ・職員一人ひとりが将来のあるべき自分の姿をイメージし、全職員が資格取得や受講したい研修に参加できるように配慮しています。 ・法人内研修では階層別・分野別に研修が計画され、講師も理事長から管理職・職員のほか、ビジネスコンサルタント、福祉の専門家等の外部講師も招いて、教育・研修の機会が | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 確保されています。 | | |
| ・研修は、職員研修アンケートにより見直され、次年度の研修計画に反映されています。 | | |
| 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。 | | |
| 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"> ・実習生の受け入れは、法人内の各事業所の担当で構成する「実習推進委員会」によってプログラムが作成され、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が明文化されています。 ・実習生の受入、研修、育成については「実習生受入マニュアル」が整備され、マニュアルにもとづいて受け入れが行われています。 ・実習生の受け入れに必要な実習指導者の育成研修も法人支援のもとで行われており、法人全体として実習指導者が育成される仕組みがあります。 ・実習生の受け入れの際は、資格別に実習プログラムも作成されています。受け入れにあたっては家族への説明も連絡帳を利用して事前に説明され、玄関にも実習生の受け入れを表示しています。 | | |

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。 | | |
| 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"> ・法人の情報公開は、ホームページやパンフレット等で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、決算情報などが公開されています。 ・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もとづく改善・対応については、法人のホームページや年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。 ・地域に向けての法人の理念、基本方針等の発信は、常盤会のパンフレットに掲載しており、当該事業所だけでなく隣接する事業所での行事や事業所の所在する地域にも配布され、法人・事業所も地域社会とのつながりを重視し、住民の事業所への理解、障害者福祉や法人の役割等の理解に努めています。 | | |
| 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"> ・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。 ・定期的な内部監査の実施、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・運営のための取り組みが行われています。 ・外部専門家による指摘事項等は施設長に報告され、また、法人本部による巡回指導や事業所の内部監査等で施設として取り組むべきことがあった場合は、職員会議等で情報を共有し、法人と連携して改善が行われる体制が整っています。 |
|--|

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広げるための取組を行っている。 | Ⓐ・b・c |
| 評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・地域との関わりを広げていく取り組みとして、事業所の行事や職員の活動状況を掲載した「めばえ便り」を地域に配布したり、地域の保育園との交流を図り、事業所や利用者への理解を深める取り組みが行われています。 ・地域貢献活動として地域の清掃活動を実施するほか、行政機関が毎月開く「すくすく親子教室」や「発達相談会」へ職員を派遣するなど、事業所が地域の社会資源として貢献しようとする姿勢が伺えます。 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| 評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・法人の実習推進委員会で「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、受け入れ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。 ・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、障害のある子ども達への配慮事項を理解したうえで利用者とボランティアの交流に取り組む体制ができています。 ・コロナ禍のため今年度は実施されていませんが、例年は地域の中学生の職場体験等の受け入れも行っており、学校教育にも協力しています。 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| 評価概要 | | |

- ・「関係機関との連携マニュアル」があり、関係機関組織図や地域の関係機関、団体の役割等についてリストを作成して職員室内に掲示しており、家族等へも社会資源を明示しています。
- ・今年度はコロナ禍であまり実施されていませんが、関係機関との連携や事業所連絡会等へ参加した情報は職員会議や朝礼で報告され、議事録等は回覧して職員が情報を共有できる体制が整備されています。
- ・療育センターとの会議や発達相談会等にも参加して事例等の紹介・検討をしたり、保育園を訪問して保育園に転園した子どもの現状を確認するなどの連携に努めています。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

| | | |
|----|-------------------------------|----------------|
| 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 |
|----|-------------------------------|----------------|

評価概要

- ・町内会の総会出席や清掃活動への参加など地域活動も続けて福祉ニーズを把握できるように努めていますが、コロナ禍で福祉ニーズを把握する取り組みは以前と比べて困難なようです。
- ・公開療育を毎年開催し意見交換を行ったり、事故を未然に防ぐ取り組み等をまとめて各事業所へ情報提供しています。
- ・養護学校を訪問して状況を把握する計画もありましたが、今年度は実施出来ていません。

| | | |
|----|-----------------------------------|---------------|
| 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 ・b・c |
|----|-----------------------------------|---------------|

評価概要

- ・鹿児島市の教育委員会と協力して就学支援教育相談説明会に法人として参画し、就学支援について相談を受け、福祉的課題の把握や解決に向けての社会貢献を行っています。
- ・地域の子育て世代の育児相談や地域住民を招いての公開療育や地域の保育園との交流を通して、参加者の意見をもとにニーズの把握に努め、専門的な情報やノウハウを還元する取り組みが行われています。
- ・法人では、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。また、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、事業所の持つ機能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事業所としての役割を果たすこととしています。
- ・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、法人の他事業が運営する部屋を提供し協力しています。

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。 | a・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・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、年度当初に事業計画・運営方針を全職員へ配布し、管理者が説明を行い理解に努めています。 ・法人及び事業所に「人権擁護委員会」が設置されており、全職員に「施設内人権侵害防止に関するチェックリスト」で人権に対する意識調査を実施し、実態の把握や検証を行っています。 ・各事業所は、虐待防止のための課業担当者を置き、「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職場内研修を実施し、人権ハンドブックの読み合わせを連絡会等で行い職員への周知徹底に努めています。 ・外部講師による障害者虐待防止・権利擁護研修を実施し、法人の全職員が受講できるように2日間開催されています。また、事業所では毎年、「利用者の人権について」、「虐待防止について」の研修を実施しています。 ・「人権侵害ゼロへの誓い」に全職員が署名捺印し、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。 ・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、事業計画にも「支援に対する基本姿勢」として計画され、事業所で策定した個別支援計画に反映されてサービスの提供が行われています。 | | |
| 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。 | a・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ついては契約時に家族へ説明し、プライバシーに関する承諾を「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。 ・「利用者のプライバシー保護に関するマニュアル」を策定し、定期的に見直しを行っています。 ・プライバシーに配慮した福祉サービスの実施については、支援計画の立案の際に配慮され、サービスが提供されています。その他、排泄支援マニュアル等についてもプライバシーへの配慮が規定されています。 ・利用者のトイレ時の同性支援や設備等についても、プライバシーが保護されるように工夫がされています。 | | |
| 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。 | | |
| 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"> ・法人理念や福祉サービスの内容、各事業所の特性などを紹介した法人のパンフレット、広報誌等を法人内の各事業所やハートピアかごしまなどの公共施設に配布し、多くの人が入手できる場所に置いてもらっています。 ・利用希望者に対しては、施設見学を交えて丁寧に説明が行われています。その際に、行事や活動の様子等を法人のパンフレットやリーフレット、「常盤会だより」を用いて説明しています。 ・利用者向けのリーフレットは、ハートピアかごしま、養護学校等に置いてあるほか、ホームページでは、事業所の取組や利用者の動向やイベントの紹介など、最新の情報を提供しています。 ・利用への情報提供にあたっては適宜見直しを行ない、リーフレットの差し替えが行われています。 | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用希望者の施設見学を受け入れ、事業所の取り組みや支援内容、実際の療育現場を見学して理解した後に利用を決定していただく仕組みが構築されています。 ・サービス利用開始時は、「利用契約書」「重要事項説明書」により説明を行い、利用者へはイラスト入りの「ようこそめばえに」で生活の様子を分かりやすく説明してから利用を開始しています。 ・サービスの変更時には、ケース検討会で事業所の意向を決定し、保護者と協議の後、重要事項説明書の内容を説明し同意を得てから変更を実施しています。 ・意思決定が困難な重度の利用者については、個別支援会議や意思決定のための支援が行われ、自己決定の尊重の方法がとられ、利用者や家族の意思に沿った支援ができるように配慮しています。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・サービス変更時は「情報提供シート」や「移行支援シート」等を活用した引継ぎのための資料を作成し、家族にも説明を行い、同意を得た後に変更を行っています。 ・サービス内容の変更にあたり、手順や方法が定められたマニュアルが整備され、家族の意向等も記載され、サービスの継続性にも配慮されています。 ・利用者の就学や保育園等への移行時は家族からの移行後の相談にも応じ、状況に応じて移行先の保育園等も訪問して利用者・家族への支援を行っています。 | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | 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。 | ㉠・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・QCサービス委員会で利用者や家族へのアンケートを実施し、集計や検討を行い、改善 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| <p>点を明確にしたうえで事業所に結果が戻されることにより具体的な改善が図られています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族へのアンケート調査や研修会を定期的実施し、家族の意見を反映する仕組みがあり、アンケートの結果や改善策はホームページでも公表し、利用者満足の上を目的とする取り組みが実施されています。 ・ 個別支援計画は年2回のモニタリングが行われ、また、検討が必要と思われる際は随時の検討が行われており、利用者の現状に合った支援が行えるよう、家族や多職種職員の意見をもとに改善が図られています。 | | |
| <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> | | |
| 34 | <p>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> | a・b・c |
| <p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、苦情解決の規程や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。 ・ 苦情内容については、第三者委員に報告して助言をもらいながら対応し、苦情を申し出た利用者等へも施設長名で回答が行われ、利用者の満足とサービスの質の向上につなげています。 ・ 事業所内に苦情解決の仕組みを説明した案内が掲示され、利用者が苦情を申し出るための意見箱が事業所内に設置してあります。 ・ 法人のホームページにも「苦情・相談」コーナーがあり、第三者委員の名前や連絡先も掲示されています。その他、相談・苦情解決の方法、相談先、相談・苦情の内容や解決事例も公表されています。 | | |
| 35 | <p>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> | a・b・c |
| <p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者や家族が相談や意見を述べやすくするために、事業所に「相談及び苦情受付窓口」を設けて職員の顔写真を掲示するなど、相談者を選択できることを分かりやすく示しています。 ・ 玄関に近い場所に相談室が設けられ、相談者が職員に見えにくい経路で入室できるように配慮され、利用者が相談や意見を述べやすい環境を整えています。 ・ サービス利用中のことや日常生活の中での相談や苦情等は、支援スタッフ等が課題検討会で検討して家族へ説明して解決を図っていますが、事業所だけで解決できない時は苦情解決委員会に挙げ、必要時は第三者検討委員会で解決方法を検討しています。検討された内容は、事業所に速やかにフィードバックして早期の問題解決が図られる体制が作られています。 ・ 地域や利用者・家族からの声は法人の広報誌を通じて報告がされています。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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。 | a・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談や意見については「相談・苦情を解決するためのマニュアル」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。マニュアルは毎年見直しや検討が行われており、速やかに対応するように努めています。 ・利用者等からの意見・要望については事業所内で解決できること、法人の苦情解決委員会で協議・検討すべきことを分け、対応可能なものは迅速に対応し、利用者の相談や苦情の解決につなげています。 ・相談室の設置に加え、意見箱は玄関近くに置かれ、家族から出された意見や苦情は課題検討会で検討され、苦情等の内容と対応策は朝礼や各クラスのリーダーから説明され、会議録等を回覧することで周知に努めています。 | | |
| 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。 | | |
| 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。 | a・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・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ジャーが配置され、役割が明確化されています。また、職員研修にて安全確保や事故防止に関する研修も行われ、利用者の安全確保のための取り組みが行われています。 ・事業所では、発生した事故やヒヤリハットについて「ヒヤリハット報告書」「事故報告書(事業所用)」を作成し、連絡会や職員会議で職員への周知を図り、再発防止に努めています。 ・事故防止策として「事故(防止・予防)マニュアル」が作成され、フローチャートで示され事故の未然防止に努めるとともに、事故発生時の対応や行動手段についても「事故対応マニュアル」に沿って対応がされています。 ・事業所では、避難訓練や怪我や事故の防止のための安全点検が防災・美化月末点検として行われています。また、リスクマネジメントと危険予知訓練も実施されており、事故防止策等の安全確保策について、定期的な実施と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 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・「感染症予防対応マニュアル」は感染症ごとに策定され、予防策及び感染症発生時の対応やコロナウイルス対策等について事業所内に掲示されており、職員や家族への啓発が行われています。 ・職員へは、法人の職員研修で衛生管理と感染防止の研修が実施され、また、事業所内においても保健衛生部の担当者を中心に、定期的に感染症の予防と対策や緊急時の感染症 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| <p>対応、嘔吐物の処理等について勉強会や訓練を実施するなど周知を図っています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルスについても発生時の対応がフローチャートで説明され、検査や療養に関する公文書は回覧され、職員に周知が図られています。 ・感染症対策を含むBCP（事業継続計画）を作成し、職員研修等で職員に周知を図り、シミュレーションと定期的な見直しを行っています。 | | |
| 39 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では、「緊急時対応マニュアル」「地震対応マニュアル」「風水害対応マニュアル」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に「火災発生時の行動手段」や「自衛消防隊編成表」「防災緊急連絡表」等が事業所内に掲示されています。 ・事業所内研修で防災・防火に関する研修が行われており、定期的な避難訓練も消防署や警察署の立ち合いのもとで実施されています。 ・火災発生時避難経路や警戒区域、通報時の対応、火災報知設備の取り扱い説明等についても対応方法が掲示され、職員誰もが速やかに対処できるよう対策がとられています。 ・食料や備品類等は備蓄リストを定め、事務所で管理しています。 | | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | |
|---|--|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| <p>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。</p> | | |
| 40 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの提供については、「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、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、特に新人職員には今年度から導入されたトレイニートレーナー制度によりOJT研修として計画的に指導されており、全職員に研修や朝礼・職員会議などで伝達することに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、感染症マニュアルに沿った嘔吐物の処理方法や、手順に沿った適切なサービスの実施状況についての確認も、職員会議などで実践的に行われています。 | | |
| 41 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアル等の見直しについては、利用者からの意見集約は困難な面もあることから、利用者家族やスタッフの意見を各クラスで検討するなどの方法がとられています。 ・支援内容については各クラスで話し合わせ、さらに朝礼や職員会等でも話し合いを行うことで、サービス内容やマニュアルの変更があってもクラスのチーフからの伝達や文書回覧などで全職員が共有できる体制になっています。 | | |
| 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。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・「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。 ・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。 | | |
| 43 | ② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。 | ㉠・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・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。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| 評価概要 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況や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、支援に反映されています。毎日のサービス実施状況は「支援日誌」に記録されています。また、記録は朝礼及び回覧により全職員が共有できる仕組みになっています。 ・支援日誌の内容は、上司が確認してから提出することでマニュアルに沿った記録となるように支援されています。また、新人職員でも統一した記録作成ができるように先輩によるOJTやトレーナーによる個別指導が行われています。 | | |
| 45 | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | ㉠・b・c |

評価概要

- ・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配置されています。
- ・個人情報の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だけでなく、「常盤会マインド」の読み合わせも行うことで意識づけされています。
- ・個人情報の取扱いについては、利用者や家族に対して毎年説明され、同意を得る体制が整っています。