

## 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
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・理念や基本方針、経営目標が事業計画に示されており、考え方や姿勢展開の方向性まで具体的に明示されています。</li> <li>・家族に対しては通所案内や事業計画が配布され、契約時と、毎月行われている家族通所の場で説明され周知が行われています。利用者には、簡単でわかり易い表現の紙芝居が作成されており家族と共に説明されています。</li> <li>・職員は、毎朝の朝礼で唱和を行い、各自のネームに理念・基本方針が記載され、事務所内にも掲示されています。また、理念、基本方針についての研修会が行われ理念や基本方針に沿った具体的な活動ができるように取組みが行われています。</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。		
	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
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・鹿児島市や松元地区・石谷地域の変化が把握されており、保健センター等を定期的に訪問したり、自立支援協議会等の会議に参画され、積極的に情報収集が行われています。収集された情報は職員会や課題検討会で検討し、管理職会議に報告されて事業計画に反映されています。</li> <li>・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。</li> </ul>		
	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

<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者・家族に対して、サービスの質についてのアンケート調査が行われ、調査結果は課題検討会で検討され、結果や対策は文書で配布されています。また、毎月の家族通所場で説明されています。</li> <li>・職員からの意見は定期的な面談やアンケートを実施し、小さな意見も取り上げ課題検討会で集約し、検討・改善に向けての取組みが行われています。</li> <li>・事業計画は、評議員会・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。</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。		
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・ <b>ⓑ</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画の実施状況について、職員会議やアンケート、利用者家族からもアンケートをとり、家族通所時に交流会を行うなど、意見収集が行われ課題検討会等で課題を明らかにし、次年度事業計画に改善策を具体的に明示されています。</li> <li>・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、新規事業への参入の場合、見込まれる収支の状況の把握が初年度は厳しい状況があり、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。</li> </ul>		
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・ <b>ⓑ</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度の事業計画の課題を踏まえた単年度計画が作成されています。専門性豊かな人材育成や地域支援・家族支援などセンターの機能を踏まえた機能強化を図ると共に、会議・研修の在り方の改善やOJTの推進等の具体的な成果設定がされています。</li> <li>・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ていき、職員間で共有がなされていますが中・長期事業計画（収支計画）に基づく、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。</li> </ul>		
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。		<b>Ⓐ</b> ・b・c

<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアルに事業計画作成の手順が明示されており、手順に基づいた作成が行われています。</li> <li>・事業計画は全職員が評価を行い、実施状況や意見の収集等を実施し、課題検討会で検討・見直しを行い、職員会議で報告を行っています。</li> <li>・事業計画についての研修が実施され、計画をどう展開していくか具体的に職員全体で共有し実施できるように取組まれています。</li> </ul>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画は、契約時や毎月実施している家族通所場で配布され説明が行われています。</li> <li>・利用者に対しては、子どもがわかり易い表現や絵を使った「めばえのやくそく」が紙芝居風に作成されており、家族と一緒に説明が行われ周知・理解への工夫が行われています。</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
<p>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。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの質の向上への取組みとして、家族や職員にアンケート調査や個別面談を行い情報収集、結果に基づいた具体的な取組みが行われています。結果の報告・取組みについて家族へは連絡帳での報告と家族通所時に説明が行われています。</li> <li>・職員へは、朝礼や職員会議で報告・説明が行われ、必要時には課題検討会で検討され、記録を回覧し、現場に即した取組みが行われています。</li> <li>・第三者評価に向けて自己評価を職員全体で実施し、改善に向けての取組みが行われています。</li> </ul>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価結果は職員会議・課題検討会で検討して、課題を明確にし、具体的な改善に向けての取組みが行われており、職員会等で課題や改善策の共有も図られている事が職員会議録や課題検討会議録で確認できました。</li> </ul>		

**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
<b>評価概要</b> ・「管理者・幹部リーダーシップ宣言」「管理者の役割と責任」の中で管理者の役割と責任に対する具体的取組みについて明文化されています。 ・「めばえだより」のコラムに責任者としての役割・方針が記載され、配布されています。 ・職務分掌は、事業計画に示され、職員会や研修会で説明され周知が図られています。 ・すべての会議録は、回覧され捺印されています。災害時の役割分担表が作成され、役割と責任者が明確にされており、責任者不在時の代行者2名が明示されています。		
	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
<b>評価概要</b> ・事務職、支援員、管理者それぞれのコンプライアンスチェックリストが作成され、年1回チェックが行われています。職員参加型の研修会が行われており、グループワーク等を通じて自分の振り返りが出来るように工夫されています。朝礼では「人権擁護ハンドブック」「はじめて働くあなたへ」の読み合わせが行われています。 ・コンプライアンスへの取組状況については、人権擁護委員長が実施状況のチェックを行っています。また、朝礼で新聞記事や虐待等の記事を活用し、職員が遵守すべき具体的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
<b>評価概要</b> ・事業計画や行事について面談やアンケートで聞き取りを行い、課題を明確にし、その課題に対して専門職も交えて研修会やミニ研修会を実施しています。また、自分たちでテーマを決めてグループワークを行い発表を行い、講義にもグループワークを取り入れ、自分たちの課題として受けとめ、職員全体で具体的な取組みが行えるように工夫され、管理者のリーダーシップが発揮されています。		
	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

<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・制度についての理解と「なぜ必要か」等の勉強会を職員全体で行い、ミーティングを重ねて記録の見直しを行っています。日課計画案の様式の改善や、「なぜ記録を行うのか」「記録に何が必要なのか」「記録のポイント」等の勉強会を行い、記録そのものの見直し・改善が行われる等、日々改善や業務の実行性を高めるための指導力が発揮されています。</li> <li>・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。</li> <li>・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あります。</li> </ul>
---

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。	㉑・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「めばえだより」に、毎回、職種別に個々にコラムを掲載し配布する事で、各職員の専門職としての意識が高まり、また、障害特性から、多職種職員と共働して療育支援を行うため、職員個々が「できる事が増えた」「知識の向上が見られた」等自信につながり人材の育成に大きく貢献しています。</li> <li>・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。また、求められる職員のあり方について法人として協議が行われています。人事考課の面談は年3回実施され、その際に異動の希望を聞いています。</li> </ul>		
	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	㉑・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事管理に関わる規定があり人事基準が明確にされています。人事考課や異動希望調査が行われています。</li> <li>・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な体制が整っています。</li> </ul>		
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><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・異動希望調査や職員個々が描くキャリア形成希望の調査も行われ、職員の就業状況や意向が把握されています。悩み相談窓口が設置され、掲示されています。法人の他事業所の職員と研修会や交流・意見交換の場がある為、職員の悩み解決につながっている様子が伺われます。</li> <li>・リフレッシュ休暇や有給休暇を取りやすい環境作りに取り組み、リフレッシュ休暇、育児休暇の利用がなされています。</li> <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、リフレッシュ休暇の取得等を促しています。</li> </ul>		
<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><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「求められる職員のあり方」が明確にされており、職員一人ひとりが「目標面接カード」に目標設定を記載し、年3回の面談・相談を実施し、目標や取組みの進捗状況の確認および目標達成の確認が実施されています。</li> </ul>		
	<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><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画に基本方針が明示され、研修に関する基本姿勢が明確にされています。</li> <li>・計画に基づいた研修と、その時に必要な勉強会を多職種で行う随時研修（ミニ研修）が実施され、研修内容と使用した資料を添付し回覧が行われています。また、職員会での伝達発表も行われています。研修はほぼ全職員が出席していますが、参加できなかった職員へは翌日、主任より伝達研修が行われています。</li> </ul>		
	<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><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修受講希望アンケートを実施し、課題検討会で検討されて研修計画に取り入れられています。本人が望む研修と職務上必要な研修が計画されており、受講した研修は個人研修記録に記載されて、個人面談時に評価が行われています。</li> <li>・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。</li> </ul>		
<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><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実習受け入れマニュアルが整備されており、基本姿勢や目標、受け入れ窓口・手順が明示されています。</li> <li>・実習生受け入れ時は、家族に連絡帳で報告を行い、利用者にはわかり易い表現で掲示し説明されています。</li> <li>・専門職別のプログラムが作成されており、個別実習プログラム等が準備されています。実習推進委員会が中心となり実習指導者の研修も定期的に行われています。</li> <li>・学校毎に実習連絡会が年1回実施され、実習中の連絡体制や学校側のラウンド等について意見交換を行い、実習終了後に実習の振り返りを行い評価し、次回の実習に生かす取組みが行われています。</li> </ul>
--

**Ⅱ－3 運営の透明性の確保**

	<b>第三者評価結果</b>
<b>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。</b>	
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。	(a)・b・c

<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情・相談は主任が受付し、職員に内容を確認し検討が行われています。結果については主任が口頭で相談者に伝えています。</li> <li>・苦情・相談の記録は作成されており、職員へは朝礼や職員会議で報告されています。苦情・相談の内容によっては施設長が対応しています。苦情・相談の内容は、職員の対応により誤解を招いたケースが多いため、職員の表情や仕草を意識する勉強会を行い改善に取り組まれています。</li> <li>・年に3回配布する「常盤会だより」には、各事業所の基本指針・目標が掲載されており、ホームページ上で現況報告の公開が行われています。</li> </ul>
---

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。	(a)・b・c
--	---------

<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経理規定が整備されており、事務・経理に関する職務分掌と権限が明確にされています。</li> <li>・法人による監査や公認会計士による巡回指導を毎月受けています。</li> <li>・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。また、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。</li> </ul>
--

**Ⅱ－4 地域との交流，地域貢献**

	<b>第三者評価結果</b>
<b>Ⅱ－4－（1） 地域との関係が適切に確保されている。</b>	

	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。	㉠・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域交流規定の中に基本的な考え方が明示されており、地域貢献委員会が設置されています。</li> <li>・活用できる地域資源は掲示されており、子育てガイドブックも玄関横に備え契約時に提示されています。</li> <li>・地域の支援者や保育者等の要望により、地域住民に対して子どもの発達や、子どもの遊び等の研修会や交流会が実施されています。また、毎月1回、託児とミニ研修が実施されており、地域との交流を広げる取組が行われ、地域の発達相談会や保健センター・親子教室に職員を派遣され、地域の小学校との交流を行う等の取組も行われています。</li> </ul>		
	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。	㉠・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティア受け入れマニュアルが整備されています。ボランティアセンターや実習に来た学生に声をかけ、ボランティア登録を行い、事前研修が実施されています。</li> <li>・大きな行事には学生等にボランティアとして参加してもらい、体験を通して次回参加につなげる工夫がされています。</li> <li>・ボランティア受け入れ時は、朝礼や掲示で職員に周知を行い、利用者に対しては掲示等を行い、わかり易く説明されています。</li> </ul>		
<p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</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。	㉠・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関や利用できる事業所の一覧を作成し掲示されています。子ども総合療育センター・保健センター・幼稚園・保育園や学校と定期的に、または必要時に連携が図られており課題解決に向けての取組が行われています。</li> <li>・児童発達支援センターの連絡会や子どもすこやか安心ネットに参画されており、地域支援ネットワークを構築されて研修会を実施するなど、情報の共有の為の積極的な取組が行われています。</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>		
	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。	㉠・b・c



<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所内に地域子育てセンターがあり、地域住民向けの研修会や地域の子育て世代の育児相談をうける等の活動が行われています。</li> <li>・鹿児島市と災害協定を締結し、災害時の福祉避難所として10名程度を受け入れる準備が行われています。</li> <li>・地域活性化の取組みとして、福祉に限らず、石谷地区の街づくりについて民生委員や児童委員等と共に、石谷地区まちづくり協議会への取組みを始められています。</li> </ul>		
	<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><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健センターと連携を図り、松元地区子どもの発達支援の連絡会の立ち上げを行っています。</li> <li>・保健センター主催の親子教室・発達相談会や地域にある複数の子育てサークル等に指導者を派遣し支援を行い、雑談の中からの情報も含め「草の根のニーズ」を把握するように努力・工夫されています。</li> </ul>		
--	--	--

**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><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者を尊重する姿勢は理念や基本方針、事業所のリーフレットに明示されています。また、人権尊重について定期的な職員研修を実施しています。</li> <li>・個別支援計画作成マニュアルがあり、福祉サービスの標準的な実施方法の中に利用者尊重の理念を反映し、個別支援計画にも反映しています。</li> <li>・利用者の尊重について、事業所内の共通理解を得られるような取組みがなされています。また、定期的なモニタリングも実施されています。</li> </ul>		
--	--	--

	<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>a・㉑・c</p>
--	--	--------------

<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待防止マニュアルが整備され、人権侵害チェックリストを活用し自己点検を行っています。また、虐待防止についての定期的な職員研修が実施され、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>・事業所内では「子どもの権利条約」に基づく子どもの権利についての理解を促進しています。児童福祉法の改正に伴い、「子どもの権利条約」に基づく子どもの権利について、より一層理解を促進することが求められます。</li> </ul>		
---	--	--

<p>・子どもたちの療育場面で、必要に応じてパーテーションが活用されています。不適切な事案が発生した時の対応もマニュアルに明示されています。</p>		
<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>a・<b>㉔</b>・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <p>・事業所で作成したリーフレットを市役所やハートピアに置いたり、見学者に配布しています。イラストを使ったわかり易いしおりになっています。また、法人のホームページに事業所が紹介されています。</p> <p>・見学者には面談も含めて相談等を実施しています。体験通所も意向に応じて実施しています。</p>		
	<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><b>㉔</b>・b・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <p>・重要事項説明書や契約書を読み合わせて確認するだけでなく、サービスの理解を促進するために実際に療育している部屋を一緒に見ながら説明したり、個別支援計画案にもとづいて具体的に説明するなどの工夫を行っています。</p> <p>・子どもたちに対しては、手作りの紙芝居式のイラストを使った説明を行い、発達障害を持つお子さんが、めばえがどういう所なのか分かるように、また興味を引くように工夫しています。</p>		
	<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・<b>㉔</b>・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <p>・通所事業のため、家庭への移行支援はありませんが、就学にあたっての情報提供シート、保育園並行利用の方にあたっての移行支援シートを活用しています。それぞれ保護者のニーズも記載しています。</p> <p>・保育所訪問事業を実施しており、サービスの継続性に配慮しています。</p>		
<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><b>㉔</b>・b・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <p>・保護者個別面談を1年に4～5回実施しています。1回に60分以上かけ、じっくりと話をし、保護者の気持ちに耳を傾けています。面談の中で出た検討課題については事業所内の課題検討会で検討し、必要があれば法人に設置されているQCサービス委員会で検討しています。</p> <p>・保護者アンケートは年に1回定期的に行い、分析した結果を、保護者には「保護者だよりめばえ」や保護者懇談会でフィードバックし、課題については課題検討会で検討しています。</p> <p>・保護者の気持ちを受けとめ、傾聴する姿勢がみられます。また、子どもに対しては日ごろの行動や表情をとおして状況を把握できるよう注意を払っています。</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。		
	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。	㉠・b・c
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・施設内には、担当者や連絡先を記載した苦情解決ポスターが掲示されています。</li> <li>・受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。家族通所、その後の家族懇談会の実施などを通して話しやすい状況を作っています。</li> </ul>		
	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。	㉠・b・c
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の写真入りポートレートを掲示し、誰にでも相談できることを明示しています。</li> <li>・独立した相談室を準備し、安心して相談できるスペースを確保しています。</li> <li>・相談方法等について「めばえだより」で誰にでも、いつでも、気楽に相談できることを伝えています。</li> <li>・あえて保護者会という形をとらず、保護者懇談会として楽しいイベント・企画を準備し、集まりやすい工夫をしています。また、家族通所の時に話を聞くように心がけています。</li> </ul>		
	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。	㉠・b・c
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意見対応マニュアルが作成されており、相談や意見があれば、事業所内で検討しその結果を共有し、必要があれば法人に報告する体制が整っています。</li> <li>・保護者からの意見にもとづき、改善を図った事例（門扉の設置）を確認しました。</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。		
	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
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時対応フローチャートが準備されています。安全管理マニュアルが整備され、安全管理責任者の役割と責任が明示されています。</li> <li>・安全確保・事故防止についての職員研修も定期的に行われています。</li> <li>・ヒヤリハットについて、すぐに事業所内で回覧し、対応策を課題検討会、もしくは事故防止委員会で検討し、改善を図っています。また、すべてのヒヤリハット事例とその対応について法人本部に報告することになっています。</li> </ul>		

	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症対応マニュアルが整備されています。保健担当職員によって感染症予防の研修が実施されています。</li> <li>・KYT（危機予防トレーニング）を実施しています。</li> <li>・研修方法も講義式ではなく、実演や演習を取り入れ実践的な研修に取り組んでいます。</li> <li>・マニュアルの見直し、研修方法の見直しは定期的に行われています。</li> </ul>		
	<p>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している。</p>	<p>a・㉒・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・消防署・警察署と連携した防災・避難訓練を実施しています。また地域の方々と連携し、地区合同訓練が実施されています。</li> <li>・緊急の福祉避難所としての役割を担うことが市と協定されています。水と非常食の備蓄があります。</li> <li>・災害発生時の対応について職員間の連絡体制、役割分担が決められています。</li> </ul>		
<p><b>Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保</b></p>		
		<p>第三者評価結果</p>
<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>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的なサービス提供に関する標準的な実施方法が作成されています。また、それらは人権尊重、利用者中心を基本として個別支援計画に反映されています。</li> <li>・業務標準の考え方について周知し、手順書・マニュアル作成の方法についてグループワークや演習方式で研修しています。</li> </ul>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各種マニュアルについて、検討や見直しの時期、方法について定められた手順で実施しています。</li> <li>・職員や保護者からの意見を反映する仕組みになっており、それらは個別支援計画に反映されています。</li> </ul>		
<p>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。</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>

<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>適切なアセスメントが実施されています。アセスメントは多職種連携のもと、担当者会議によって作成され、個別支援計画に反映する段階で職員間の共有がなされています。また、必要があれば、臨床心理士や看護師など専門職の支援を受けています。</li> <li>個別支援計画作成責任者を明示しています。</li> <li>アセスメントは個別支援計画作成マニュアルに沿って実施し、個別支援計画の中に反映される仕組みになっています。</li> </ul>		
	<p>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。</p>	<p>a・<b>③</b>・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個別支援計画作成マニュアルに沿って定期的な見直しが行われています。</li> <li>担当職員だけでなく、他の専門職も含め、ケース会議を経て見直しを行っています。また、保護者の意見・意向も評価・見直しの検討材料とされています。</li> </ul>		
<p>Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
	<p>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。</p>	<p><b>①</b>・b・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>支援日誌記入マニュアルが整備されており、新任職員を含め誰でも基本的に必要な事項が記載できるようになっています。</li> <li>個別支援計画作成時の留意点について標準的な方法が明示されています。</li> <li>パソコンのセキュリティシステムも構築されています。</li> <li>記録作成内容は方法に差異が生じないよう、また、情報は的確に職員が共有できるような仕組みが整っています。記録業務の軽減のための見直しが行われ、必要な記録は何か、誰のための何のための記録なのかという点について事業所内で検討されています。</li> </ul>		
	<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>a・<b>③</b>・c</p>
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報提供についての規定があり、記録管理責任者が指定されています。</li> <li>記録の管理について個人情報保護の観点から職員研修が実施されています。</li> <li>開示請求に対する対応についてもマニュアルに明示されています。</li> <li>個人情報の取り扱いについて保護者に説明の上、同意文書を交わしています。</li> </ul>		