

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"> ・理念、基本方針は法人のホームページや常盤会のパンフレット、広報誌及び事業所案内のリーフレット等に明文化され、事業所内にも掲示されています。 ・支援要覧には、理念が分かりやすく構造化されています。新入職員には、事業所内研修と法人研修で理念と基本方針を伝えるようにしています。また、毎朝の朝礼で理念の読み合わせを行うとともに、毎年4月に全職員に対し、理念と基本方針に関する研修を行い、理念の周知を図っています。 ・利用者や家族に向けては、理念と基本方針を分かりやすく説明した資料を作成し、毎年4月に開催される「自治会総会」や「家族会総会」で説明され、配布されています。また、自治会の掲示板など、事業所内にも掲示されています。 		

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。		
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"> ・事業経営を取り巻く環境や法人の経営環境の動向については、毎月開催される「管理職会議」で、理事長が国の施策や福祉を取り巻く環境等について情報提供しています。 ・「管理職会議」では、各施設から事業の「月次報告」がなされ、経営状況の把握・分析が行われています。 ・事業所では、「課題検討会」で福祉サービス利用者数の推移、利用率等の分析が行われています。 ・特別支援学校との連絡会等に職員が参加し、教員や保護者と情報交換するなどして福祉サービスのニーズの把握に努めています。 		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・理事会、評議員会では、法人の財務諸表等が報告され、役員間で情報が共有されています。 ・経営状況や改善すべき課題、問題点については毎月開催される「管理職会議」の月次報告の中で協議、検討が行われています。「管理職会議」の内容は、「職員会議」で職員に伝達、周知されています。 ・施設長、主任、チーフで構成される「課題検討会」が事業所で開催され、経営状況の課題等が話し合われています。「課題検討会」の内容は、議事録を回覧することで全職員に伝達し、周知されています。職員からの「稼働率の低い土曜日に行事を入れてはどうか」という提案を受けて、土曜日に夏祭りやスポーツフェスタを行っています。

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。		
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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人で策定された中・長期事業計画は、法人の理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしており、事業所では戦略スケジュールが策定されています。 ・中・長期事業計画は、数値目標や具体的な成果が設定され、事業所で「アクションプラン2025」にもとづいた分析がなされ、「管理職会議」で実施状況の評価及び必要に応じた見直しが行われています。 ・事業所の中・長期収支計画では、各事業所の経営課題や問題点について収支を検討した内容を法人全体の中・長期収支計画に反映される仕組みとなっています。事業所では稼働率推移の分析等も行われています。 		
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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画には、運営目標を掲げており毎年度見直され、重点目標はより具体的で実行可能な事業内容となっています。 ・単年度事業計画は、中期経営計画を踏まえた内容となっており、事業内容が具体的に示され、達成に向けた数値目標も設定されています。 ・単年度の事業計画は、「アクションプラン2025」にもとづくSOWT分析などにより実施状況の評価が行われています。 		
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。	㉠・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、1月末に事業所の全職員がアンケートによる意見書を提出し、意見書を取りまとめて「課題検討会」で検討され、事業所の事業計画案が策定されています。事業計画案は法人で取りまとめ、法人の事業計画策定に反映され、法人理事会で決定するという手順にもとづき、組織として策定されています。 ・策定された事業計画は、年度当初の職員会議において全職員に説明し、周知されています。また、年度の上半期の事業計画の進捗状況を見ながら、「課題検討会」において職員からの意見書を取りまとめた中間評価結果にもとづいて見直され、支援ツールの作成や作業手順の作成等を行い改善につなげています。 		
7	③ 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"> ・事業計画は、ひらがなを基調として読みやすく、要点を分かりやすくまとめた資料を自治会のホワイトボードに掲示しているほか、利用者や家族等に対しても「自治会総会」、「家族会総会」において説明して周知に努めています。 ・事業所の活動や行事内容は、利用者等の参加を促すために、月の行事計画と毎週作成される支援計画週案を連絡アプリを活用して、グループ毎に利用者や家族にお知らせしています。また、週案は各グループにあるホワイトボードにも掲示されています。 		

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"> ・事業所が提供する福祉サービスの質の向上に向けた取組としては、「QCサービス向上委員会」が、年1回「家族アンケート調査」を実施し、調査で表明された意見は「課題検討会」で分析及び検討されています。結果は施設内に掲示されるだけでなく、文書等により家族にお知らせしています。 ・第三者評価基準にもとづく「自己評価」を年に1回実施し、第三者評価を定期的に受審しています。評価結果は「課題検討会」で分析・検討が行われ、文書化して職員に回覧・周知されています。 		
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"> ・家族アンケート調査や自己評価の結果は、「課題検討会」で協議・検討され、組織として取り組むべき課題を改善計画書として取りまとめ、職員に回覧することによって課題の共有化が図られています。また、月2回開催される「課題検討会」において、改善策や改 		

<p>善の実施状況の評価を行い、必要に応じて改善計画の見直しが行われています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 改善策は、職員研修のグループワークで意見を整理したうえで検討され、OJT制度の強化、支援ツールや、作業手順の作成、利用者の活動の幅を広げるなどが実行に移されています。また、非常災害計画が作成されているか分からないという家族アンケートでの意見を受けて、避難訓練の様子をホームページにアップして家族にお知らせしたり、面談時に計画を家族に提示したりするなどの改善も行われています。

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"> 管理者の役割と責任は、職務分掌表及び法人の「管理者の役割と責任」「管理者・幹部のリーダーシップ宣言」に明文化されています。また、管理者は、職員に対して職員会議、朝礼時等さまざまな機会を通じて、事業所の経営・管理に関する方針や取組について表明しています。利用者や家族等に対しては、毎年度の「自治会総会」「家族会総会」等の説明において、施設長自ら表明しています。 非常災害等の有事における管理者の役割と責任については、統括責任者として「非常災害時役割分掌表」や「非常災害マニュアル」、「事業継続計画」に明文化されています。 		
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"> 管理者は、法人の管理者用マニュアル綴りにある「遵守すべき法令集」を所持しており、法人内外で開催される研修会や勉強会に積極的に参加し、情報収集を行うだけでなく、他事業所からの情報も把握するように努めています。 法人で作成された「遵守すべき法令集」は、職員用マニュアル綴りにファイリングして事務所に置かれ、全職員が必要に応じて随時閲覧できるようしているだけでなく、職員会議や事業所内の研修を通じて職員に周知しています。 		
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、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て取組んでいます。また、日々の業務の中で気付いたり、感じたりしたことについての報告が職員からなされると、現状を把握し、改善できるように努めています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、職員会議、課題検討会、食に関する検討会等の各種会議に出席し、課題の把握に努め指導、助言を行うなど、継続的にサービスの質の向上に向けた取組を行っています。 ・管理者は、事業所内研修を毎月計画的に実施し、良質かつ適切な福祉サービスの提供が行われるよう、人権擁護や支援計画作成などをテーマとしてとりあげ、研修内容の充実を図っています。 		
13	③ 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"> ・福祉サービスの質の現状について、法人設置の「QCサービス向上委員会」が実施するアンケート調査の結果のほか、職員室に設置した職員からの意見箱、「職員業務改善アンケート」等により、定期的、継続的に評価・分析を行うための取組がなされています。また、日々の業務の中で職員から改善が必要という意見がでた場合は、現状を把握し、改善できるように努めています。 ・管理者は、業務の実効性を高めるために職場内でのチームワークを重要視し、職場内研修では、グループワークを導入するなど、職員間のコミュニケーションが円滑に行われ、組織内に共通認識が形成されるように配慮しています。 ・管理者は、職員会議で講師として講義を行うなど、サービスの質の向上に向けた職員の教育を行い、組織内での指導力を発揮しています。 		

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"> ・法人が目標とするサービスの質を確保するために必要な人材の確保や人員体制については、法人本部で管理されており、人事に関する方針は「人事管理における基本方針」に明文化されています。事業所の事業計画では人材の定着を目標として、OJTの充実を図るだけでなく、実習生やインターンシップの受け入れを積極的に行っています。 ・福祉サービスの提供に関わる専門職の配置は、事業所における中期経営計画及び事業計画に数値目標が設定され、目標管理が行われています。特にサービス管理責任者は、資格と経験が必要なため、段階的な育成を計画的に行っています。 		
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人では、職員研修などあらゆる機会を通じて、職員に対し「期待する職員像」等を明らかにしており、職能等級フレーム（キャリアパス）や明確な人事基準が職員に周知され 		

<p>ています。また、人事考課制度が導入され、制度として定着し機能しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員は、年度当初に目標を設定した「人事考課表」を活用し、一次、二次の面談を受け、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ようになっています。また、等級表の中に対応役職や必要な資格、研修等が併記されており、将来像を描きやすいように工夫されています。 		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	<p>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。</p>	a・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、リフレッシュ休暇や年末年始休暇、有給休暇や育児休暇等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。育休復帰前に業務内容や勤務時間を話し合い、スムーズに職場復帰ができるように配慮しているため育児休暇取得率も高く、男性の育児休暇取得も推奨しています。 法人内では、メンタルヘルス研修を開催するとともに、悩み相談窓口を設置しており、事業所内でも職員が相談しやすい雰囲気づくりに努めており、職員の心身の健康と安全の確保に努めています。 事業所独自の取組として、各自がやるべき仕事を書き出し「見える化」し、計画的に仕事をこなし、業務を効率化する取組が行われています。また、職員会議や研修を午前、午後2回に分けて行うなど、職員に負担を軽減できるように配慮されています。 		
<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>		
17	<p>① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p>	a・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、常盤会の理念、基本方針に加え、「奏の丘」運営目標、事業計画に「求められる職員のあり方」として明示され、それらが記載されている「常盤会マインド」を職員は常時携行しています。 「人事考課表」は、目標・方法・手段について本人が記載し、年3回の個別面接による目標管理、見直しを行いながら次年度目標につなげる仕組みになっています。 		
18	<p>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>	a・b・c
<p>評価概要</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 基本方針等に「期待される職員像」が明示され、組織が必要とする職員の知識や専門資格の取得についての具体的な数値目標が設定され、目標達成に向けて体系的な年間研修計画を策定し実践しています。 研修の年間計画を作成する際に、事前に講師役の職員が決められ、研修後に講師役を務めた職員は一人ずつ主任等を交えて振り返りを行うことで、研修内容の充実を図っています。また、非正規職員も、必要な研修は勤務時間内に受けられるようオンライン研修 		

を導入するなど配慮されています。		
19	② 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・職員は、「人事考課表」に取得したい資格や受講したい研修の具体的目標を記載し、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研修を午前と午後を実施したり、研修時間を30分とすることでメリハリのついた研修にするなどの改善を行っています。 ・新任職員には、法人で新任研修を実施するほか、職場内では1対1で対応するトレーナー制度が導入されています。OJT会議は、少なくとも月1回実施し、新任職員のOJTの進捗状況などが報告され、職員間で情報が共有されています。また、半年に1回職員育成教育係の困りごとや、悩みを解消するための教育担当者のOJT会議も実施されています。 		
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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・実習生受入マニュアルが整備され、研修・育成に関する基本姿勢や目標、受入手順が明示されています。実習生の受入にあたっては、利用者や家族等に対しても事前説明が行われ、玄関にも掲示されています。 ・法人に設置されている実習推進委員会では、専門職種の特性に配慮したプログラムが作成され、効果的な研修や育成が行えるよう支援体制を構築しています。 ・専門資格取得に必要な実習指導者は、組織として育成される仕組みがあり、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。学校と連携して、実習生個々に合わせたプログラムを作成し、興味を持てる実習内容になるよう工夫しています。 		

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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページには、法人の理念や基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報及び事業所の運営方針、活動状況等が公開されています。 ・第三者評価の受審結果や苦情相談の体制、相談・苦情解決の方法等はホームページで公開され、苦情相談の内容は地域、ご利用者・家族からの声として公開されています。また、事業所内にも掲示され、「常盤会だより」にも掲載されています。 		

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"> ・法人では、経理規定が整備され、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。 ・法人では、公平性と透明性を確保した適正な経営・運営のための取組として、定期的な内部監査の実施や会計監査人監査として外部監査を導入しており、外部の公認会計士による指導が毎月行われています。事業所にも外部の公認会計士による指導が行われ、そこで指摘された内容は法人全体で共有されています。 		

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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・「音と明かりの散歩道」に灯籠の展示協力を行うなど、地域が開催する文化祭等のイベントに積極的に参加しているほか、法人主催のスポーツレクリエーション交流活動や、鹿児島市ふれあいスポーツ大会に参加しています。 ・活用できる社会資源や地域のイベント情報は、多目的ホールや送迎バス等に掲示するなど利用者に積極的に情報を提供しています。掲示されるポスターは、車いすの利用者が見やすい高さに掲示されています。家族へは送迎時だけでなく、連絡アプリも活用して情報提供を行っています。 ・トピックスニュース等の掲示だけでなく、ゆうあいガイドブックやハートフル相談支援センター等のパンフレットを事務所に常備し、必要に応じて利用者や家族に配布しています。 		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアの受入に関する基本姿勢は、ボランティア受入マニュアルに明文化されています。受入にあたっては、ボランティア受付簿に記載し、ボランティアにあたっての注意事項を活用し、事前研修と終了後アンケートを実施し、分析が行われています。 ・要請のある学校等からの受入やサマーボランティアへの事業所登録を行うなど、ボランティア受入の機会を増やす取り組みが行われています。 		
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。	a・b・c

評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者により良い福祉サービスを提供するために必要な社会資源として、関係機関・団体の役割や連絡先をリスト化して事業所内に掲示し、職員研修等で関係機関との連携について等の資料により説明がなされています。地域資源の一覧表は行政、学校、医療機関などに色分けされ、職員が活用しやすいように工夫されています。 ・鹿児島市知的障害者施設連絡協議会に参加しています。また、学校関係者とは、産業現場実習の意見交換会や説明会に参加することで連携を図っています。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・災害時に地域の方々の避難場所としての指定を受けて、鹿児島市と災害時における福祉避難所設置に関する協力協定を締結しています。 ・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体制を整えています。 ・事業所では、地域内の石谷校区まちづくり協議会の福祉部会に参加し、地域の福祉施設と連携を図るだけでなく、福祉避難所の情報提供を行なっています。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・地域の社会福祉ニーズにもとづく公益的な事業や活動として、法人全体で生活困難者を受け入れているほか、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、社会貢献活動に協力しています。 ・鹿児島県社会福祉法人経営者協議会の施設の備蓄品を被災地に届ける取り組みへの協力として、被災地に備蓄品を届けたり、職員の派遣などを行っています。 ・事業所では、夏休みや冬休みに養護学校の生徒を受け入れるオープンかなでや産業現場実習を受入れるなど、福祉ニーズの把握に努めています。 		

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。	㉑・b・c
評価概要		

	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重した福祉サービスの提供については、基本方針に明文化され、基本姿勢は事業所が策定した個々のサービスの実施方法に反映されています。 ・倫理要綱等が職員室に掲示され、入職時に法人で作成された常盤会マインドを全職員に配布して朝礼時に読み合わせを行っています。また、計画的に外部の研修会参加や事業所内研修を実施しています。 ・全職員に対して、人権に関するチェックシートや意識調査を年3回実施し、実態把握や検証を行っています。 	
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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のプライバシー保護等の権利擁護については、法人が設置する人権擁護委員会で、利用者のプライバシー保護、人権擁護、虐待防止の各マニュアルが策定され、定期的な見直しが行われています。 ・事業所では、朝礼時に常盤会マインドや人権擁護ハンドブックの読み合わせを行い、外部講師を招聘した法人研修や職場内研修会において、プライバシーや人権擁護に関する研修を行っています。 ・利用者や家族に対しては、分かりやすい内容で読みやすく作成した説明資料2種類を、事業所内に掲示し、利用契約時には重要事項説明書にもとづき説明されています。また、自治会や家族会でも説明されています。 ・虐待防止マニュアルが整備され、不適切な事案が発生した場合の対応方法などが明示されています。 		
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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレット・リーフレットを法人の施設・事業所に置いておくだけでなく、ハートピアかごしま、鹿児島市役所松元支所、特別支援学校等に配布しています。また、ホームページにも掲載することで利用希望者のサービス選択に必要な情報を発信しています。 ・事業所の見学や利用希望者には、見学の前にサービス内容が分かりやすいように、行事や活動の様子を写真やイラスト、パワーポイントを活用して紹介・説明しています。また、学校に行けない子どもについても、市町村からの依頼を受けて、学校の先生と連携しながら面談を行い、体験利用につなげるなど積極的な対応を行っています。 		
31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等に分かりやすく説明している。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用前に体験通所を受け入れ、事業所の取組、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。また、利用契約書、重要事項説 		

<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス内容を変更する場合は、家族来所時や家族会開催時に分かりやすく説明をして、署名捺印の同意を得てから変更されています。また、意思決定が困難な利用者については、定期的に意思決定支援会議を開催し、利用者の意思に沿った支援ができるように配慮されています。 		
32	<p>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>	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業所の変更によるサービス利用終了時の対応は、退所者(児)・卒園者(児)マニュアルに相談窓口の案内や就労後の支援、つなぎシートの作成などによる継続性に配慮した対応が明文化されており、退所者や家族等への説明がなされています。 事業所変更などにより福祉サービスが終了した利用者には、相談しやすいように「困った時はいつでもご相談ください」と書かれた連絡先等の書面を手渡しています。転勤で県外に行かれた家族から、鹿児島島に帰って来たのでまた利用したいと連絡があり、利用再開になった事例もあります。 		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	<p>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。</p>	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者満足を把握する仕組みとして、事業所の玄関に意見箱を設置しています。また、毎月の自治会や個別支援計画作成時の面談の際、直接利用者から意見・要望を聞くようにしています。年1回の家族会総会でも意見・要望を聞く機会を設けることで、利用者満足度の把握が図られています。事業所内で把握された結果は分析・検討して、改善に向けた取組が行われています。 奏の丘独自の取組として、生活把握チェックシートを作成し、面談前に家族に記入してもらい、面談時に利用者の家庭内での日常を把握するとともに、シートの記載内容に沿って相談を受け、利用者及び家族の困りごとを真摯に受け止めるようにしています。 法人に「QCサービス向上委員会」が設置され、年1回満足度調査を実施しています。分析、検討した結果にもとづき、具体的な改善が行われています。 		
<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"> 苦情解決の仕組みについては、相談・苦情規程が策定され、苦情解決責任者・担当者・第三者委員等が設置されています。 苦情解決の仕組みは、分かりやすく、読みやすいように工夫され、事業所の玄関と食堂 		

<p>に2通りの説明書が掲示されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・玄関に意見箱が設置され、利用者・家族が苦情を申し出やすい環境作りが行われています。 ・受け付けた苦情の内容は、福祉サービスに関する相談苦情等受付報告書にとりまとめて報告され、改善内容等については、事業所の掲示板及びホームページで公表されています。 		
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者と定期的に個別面談を実施するだけでなく、事業所の玄関に全職員の顔写真を掲示することで、利用者が相談者を自由に選択できるようにするなど、利用者が相談や意見を述べやすい環境づくりに努めています。 ・家族からの相談等については、事業所への電話だけでなく、連絡帳の活用や送迎時に職員が対応するなど、柔軟な対応を心がけています。また、事業所独自の生活把握チェックシートを家族に記入してもらうことで、利用者の家庭内での日常を把握した上で面談を行うなど、利用者や家族の困り事などをしっかりと把握し向き合う姿勢がみられます。 		
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
<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規定されており、個別面談や意見箱等に寄せられた利用者や家族からの意見や要望、提案については、マニュアルにもとづいて主任がとりまとめ、改善対策等について課題検討会で協議されるなど、迅速に対応する体制が整備されています。 ・家族との連絡帳は、A5版のコンパクトサイズに変更し、家族の意見も職員の返事も書きやすいように工夫されています。また、必要に応じて連絡アプリや電話で連絡するなど、サービスの質を維持しながら、効率よく対応できるよう改善が図られています。 		
<p>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。</p>		
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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメントに関しては、法人に設置されている事故防止対策委員会が対応しています。事故対応マニュアルで事故発生時の対応と安全確保についての責任や手順が規定され、職員研修会で職員に周知されています。 ・安全と安心に関する事例は、ヒヤリハット報告書にまとめられ、発生要因の分析・改善・再発防止策を検討・実施する取組が行われています。安全と安心に関する事例が発生した場合は、すみやかに対処方法を検討し、1ヶ月後に検証し、事故防止の実効性を高める取組が行われています。 		

<p>・ヒヤリハットの事例をもとに、危険予知トレーニングを実施し、全員参加のグループワークで対応策が検討されています。</p>		
38	<p>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>	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職務分担表に保健衛生担当者が明示されており、感染症対策の責任と役割を定めることで、管理体制が整備されています。 ・感染症(予防・対応)マニュアルで看護師主導のもと、感染症の予防と発生時に対応することが規定され、マニュアルについては、職員会議等で嘔吐物処理方法などの実践研修会を開催して職員に周知されています。また、感染症に対する事業継続計画(BCP)も作成され、感染症が発生してもサービスが継続できる体制づくりが行われています。 ・事業所は毎日、朝・夕2回消毒を行うだけでなく、二酸化炭素濃度計測器とサーキュレーターを各フロアに設置することで室内の換気にも注意を払っています。送迎終了時のバス車内をアルコール消毒するだけでなく、事業所の室内も常時オゾン消毒を実施するなど、徹底した感染症予防対策がとられています。 		
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"> ・火災・地震・風水害への災害対応は、それぞれの災害に対応した非常災害対策計画が作成されています。非常災害対策計画は事務所だけでなく、多目的ホールにも掲示されています。 ・消防分遣隊立会のもとでの消火訓練、警察署指導のもとでの不審者対策の訓練を含めた避難訓練が実施されています。また、不審者対策として防犯カメラも設置されています。 ・事業所の一部が急傾斜崩壊地に指定されているため、土砂流入を視野に入れた近接3施設合同の避難訓練も実施されています。また、食料や備品等が備蓄されており、リストが作成され、計画的に備蓄品は管理されています。 		
<p>Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保</p>		
		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"> ・福祉サービスの標準的な実施方法は、各種マニュアルが整備されており、利用者の尊重や権利擁護に関わる姿勢が明示されています。マニュアルは事務所内に保管されており、職員はいつでも確認できます。 ・標準的な実施方法については、新人職員には年度初めに教育する仕組みがあり、定期的にはOJT制度により指導されています。全職員に対しては、職員研修や朝礼、職員会議等 		

<p>で周知されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施状況について、各マニュアル担当者や責任者が中心となって確認する仕組みがあります。 		
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"> ・福祉サービスの標準的な実施方法は、「マニュアル見直し基準」に、もとづいて見直し時期が決められており、各担当者によるチェックをもとに「課題検討会議」で検証・見直し仕組みがあります。見直しについては、個別支援計画の内容やヒヤリハットを検証し、課題の検討・見直しを行っています。 ・マニュアルについては、職員間で情報や意見を出し合い、より良い支援内容になるよう検討しています。 		
<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>		
42	<p>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>	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は、「個別支援計画作成におけるマニュアル」にもとづき、計画作成責任者である主任と担当職員が中心となり作成されています。 ・アセスメントは、半年に一回実施する家族面談で意向や要望を確認したり、「生活把握チェックシート」を用いて家庭での様子を聞き取り、評価しています。 ・サービス計画で出された方向性をもとに、アセスメント表を用いて本人、家族の意向や状態を検討し、課題整理表で整理したうえで計画案が策定されています。 ・支援計画は、支援員、作業療法士、栄養士等が参加する「意思決定支援会議」や「個別支援計画検討会議」で作成・評価や見直しが行われています。 ・支援困難ケースについては、月1回のグループケース会議や、受診同行、相談支援専門員との連絡調整等を実施することで、利用者が安心して過ごせるための対応が行われています。支援内容については、朝礼や支援日誌を回覧して周知しています。 		
43	<p>② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。</p>	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の見直しは、マニュアルに沿って利用者の誕生日に合わせて、担当支援員はじめ様々な職種の参加により定期的に行われています。見直しによって変更された個別支援計画は、朝礼やグループケース会議で説明し、会議録等で全職員へ周知する仕組みになっています。 ・利用者の意向については、計画の見直し時期に利用者や家族との面談を行い確認しています。 ・緊急時や状況変化時の個別支援計画の見直しについても、マニュアルに定められています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・見直した個別支援計画は、家族に説明し書面による同意を得て、交付した日付も確認しています。 		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個人ファイルを作成し、個別支援計画やフェイスシート、アセスメントシートなどの個別の心身・生活状況を記載した書類を綴じて、職員間で情報共有ができるようになっています。 ・日々の記録については、支援日誌に記載し全職員に回覧し、利用者個別のケース記録でも確認できます。記録は、職員によって差異が生じないように「記録の書き方」マニュアルに沿って記載されており、新人職員については、教育係やサービス管理責任者、施設長が直接指導しています。 ・グループ会議や課題検討会、ケース会議などの各種会議を通して、情報が共有されています。 		
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の記録の保管、保存、破棄、情報提供等については、「個人情報管理規定」や「文書取扱規則」等の規定やマニュアルに沿って、責任者が設置されています。 ・サービス利用契約時に、「重要事項説明書」や「情報提供同意書」により説明し、施設内の活動やホームページ等で紹介する写真や氏名等の情報については、同意が得られたものに限ることとしています。 ・職員へは、新人研修や全体研修で個人情報保護関連の規定について周知しており、職員が携帯する「支援要覧」にも記載し、職員はいつでも確認できるようになっています。 		