

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、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や法人が目指す方向性を完備したもので、誰もが理解し読み取れる具体的内容であり、ホームページ、「常盤会だより」、事業所の入り口等に記載され・掲示してありました。また、職員への周知状況が確認できるように、「ひこばえ検定」というテスト方式を活用し、職員一人ひとりの理解度を確認していました。 ・年に数回の会合などを利用して事業計画等を配布し、理念・基本方針の周知に努めていました。家族にとってわかり易い資料になっていましたが、利用者に対してはもう少し工夫や検討が必要と感じました。 		

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
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・同法人の相談支援事業所と連携し、地域の実情の把握に努めていました。また、自立支援協議会や発達相談会、すこやか安心ネット等の会議や研修への出会や地域福祉計画の分析等、地域の現状把握に努めていました。 ・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(人材育成・財政状況)の分析・把握に努めて、毎月の管理者会議にて報告をしていました。 		
	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>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アンケート等が出された意見をくみ取り、具体的に取り組んでいく体制を構築していました。

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・ ⓑ ・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していませんでした。 		
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・ ⓑ ・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していませんでした。 		
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。		ⓐ ・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎日の5分ミーティングや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。 ・事業計画自己評価を行い、要望や意見、改善点などを把握し、事業計画の見直しはマニュアルや手順書に従い行われていました。 		
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。		a・ ⓑ ・c

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画などは、常盤会便り、月便り、療育便り、通所案内、毎日の連絡帳などに記載し、周知を図っていました。また、定期的開催される父母の会定例会等で説明するとともに日頃から保護者会や送迎時などを活用し、周知に努めていました。
--

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。	(a)・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、委員会やクラス調整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。 ・一緒に給食を食べる機会を設けるなどして、家族の意見を積極的にくみ取る姿勢がうかがえました。 ・第三者評価の事業所による自己評価は毎年実施し、見直しなどを行っていました。
--

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。	(a)・b・c
--	---------

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族との信頼関係の構築や職員との密な連絡体制の強化のために、平成28年度からクラスごとに親子ふれあい遊びを計画し、実施していました。月1回行われる親子ふれあい遊び時に、個別面談、アンケートを実施し、また、自己評価において見直しや検討が行われていました。 ・改善結果を職員会議で確認し、「ひこばえの森（月便り）」等に掲載していました。

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。	(a)・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。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配布される資料等には、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。 	
<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<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、人権侵害防止のチェックリストを活用した研修、人権擁護ハンドブックの読み合わせなどを通して、事業所で子どもたち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。職員が遵守すべき具体的な取組みが整理されており、各関連法令においては、最新の内容が把握され、それに沿った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"> ・QCサービス委員会が実施したアンケートや親子ふれあい遊びのアンケート結果を基に、クラス調整会議や相談会等で把握した課題を管理職会議に提出し、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。 ・良質かつ適切な福祉サービスを提供するために、施設長自らチェックしていくリストを作成し、把握した課題を日頃より職員に周知していることを、朝礼記録において確認しました。 ・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>a・㉑・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。 ・新任の職員には有給休暇を6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。 ・法人内の事業所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の作成をしていました。また、残業時間削減を図れるように具体的な対策を立て、施設長自ら積極的に関わっていました。 	

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"> ・人事管理における基本方針、育成計画があり、求められる職員のあり方を示しています。ほとんどの職員が保育士や児童指導員の資格を有していました。 ・各職員が資格取得や研修の目標をもち、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、実習生も積極的に受け入れ人材育成に貢献していました。 ・必要な部署には、人員配置基準より多く職員が配置されていました。また、人事考課の一覧表が作成されており、その際に異動の希望を聞く機会を設けていました。 		
	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、職員が将来像を描くことができるようにできています。また、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、職員の心身の健康安全確保に努め、その内容が職員に周知されています。 ・有給休暇取得状況のデータ化を図り、法人本部で一人ひとりの有給取得状況や残業状況を把握し、無理のない勤務体制を組めるように取り組んでいました。 ・事業所では有給休暇の消化率、時間外労働の状況を把握し、毎月法人本部に報告していました。また、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維持に努めていました。新任の 		

職員には入職6か月の間に2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"> ・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ていました。 ・最終面接で、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。また、未達成の要因などを把握し、職員を育成するための環境整備に努めていました。 		
	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。	㉠・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」の中で、法人が職員に求める専門技術や資格等の明示がされていました。また、定期的な会議の中で研修内容の見直しなどを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推進しています。研修参加報告を職員が回覧し、職員会議で報告するなどして、共有化を図っていました。 ・各自の研修参加記録簿を持っており、法人内人事異動の時は、その部署と一緒に持っていくようになっていました。 		
	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。	㉠・b・c
<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い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、施設長への報告や職員会議で報告を行っていました。 ・研修は大きく分けて、事業所から派遣するものと職員が希望して参加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。 		
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。	㉠・b・c

<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おり、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。また、年3回行われる実習推進委員会等に参加し、学校側との情報交換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。実習前の事前訪問してもらい、学校には巡回指導をお願いし、実習プログラム等への意見や情報交換を行い、連携に努めていました。

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。	(a)・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、見やすい工夫がなされていました。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、地域に対する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、掲示し父母の会定例会等において対応していました。また、法人広報誌の「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。	(a)・b・c
--	---------

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所における事務や経理等に関する取り決め、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。 ・経理における監査等は、公認会計士により毎月行われていました。分掌権限等は辞令で交付していました。10万以上の用途は、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。	(a)・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、地域貢献委員会が設けられています。また、地域の小学校や幼稚園との交流を始め、地域の行事などへの参加も積極的に進めていました。 ・近隣の草払いの手伝いを行い、利用者にとっても散策を行いやすい環境づくりに努めていました。また、地域の社会資源を、事業所の入り口付近に掲示し、家族の方には資料を配布していました。 	
<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<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おり、手順書を基に研修を行い、意見交換も行っていきます。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。 	
<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、ネットワーク(鹿児島市すこやか安心ネット)を有効に活用参加することによって、問題解決に向けて共同で取り組んでいました。 ・発達相談会、北ネット、自立支援協議会、各養護学校、児童相談所、保健センターや行政などと積極的に連携を図るよう努めていました。 ・地域の関係機関のネットワークを書面に整理して掲示されていました。地域の課題への対応も積極的に行い、保育所開設や生活困窮者支援に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>㉑・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健センターの研修会開催にあたり、ST等の専門家を派遣していました。民生委員協議会や地域の幼稚園、小学校、婦人会などの交流や保育所への訪問支援を継続的に行っていました。また、鹿児島市と福祉避難所設置の協定を結んでいました。 	
<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>a・㉑・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同法人相談事業所の「相談支援事業所ハートフル」を活用した地域の関係機関との連携、民生委員協議会への発達障害の方への理解の研修会や会議を行い、地域の福祉ニーズの把握に努めていました。また、法人では触法障害者の社会復帰を支援していました。 	

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

		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。	㉑・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の基本方針に、福祉サービスの実施について明示されており、事業計画は年度初めに職員に配布、職員会議で説明を行っています。 ・倫理規定は策定整備され、年度初めに「人権侵害ゼロへの誓い」に署名し掲示しています。また、人権擁護委員会によるチェックリストで状況把握を行い、改善シートを用いて評価・改善が行われています。 ・法人や事業所で基本的人権についての研修が実施され、研修記録を回覧しています。 		
	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。	㉑・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関するマニュアル・規定が整備されており、職員がいつでも手にできるよう職員室においてありました。 ・プライバシー保護や虐待防止、権利擁護についての研修は実施され研修記録を記載し回覧が行われていました。 ・日々の支援の中での気づきが大切にされており、気付いた事はその日に報告され、検討・改善ができるように取組まれていました。 		
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。	㉑・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページは基本方針や事業所の特性がわかるように作成されており、子育てガイドを事業所入口に置き、家族、見学者等に紹介されていました。また、リーフレットを保健所、幼稚園、学校、保健センター、ハートピア鹿児島等の関係機関に配布されています。 ・施設見学は大きな行事のある日以外は、希望される日に受け入れ、事業所の説明・案内実施し、希望される方には教室での活動に参加するなどの対応が行われていました。 ・実施する福祉サービスについて積極的な取組み、情報提供への取り組みへの工夫が求められます。 		
	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・㉑・c

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所開始前に体験通所が行われており、家族、利用者の理解を得るよう努力されています。契約後1カ月は保護者の同意を得ていろいろなクラスを体験してもらい、利用につなげるよう工夫されていました。 ・状態の変化に応じて面談を行い、サービス内容や通所日数の変更等利用変更が行われています。変更時は、変更先との担当者会議を実施し情報の共有が図られ、家族・利用者への丁寧な説明が行われていました。 		
	<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・③・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の変更や地域・家庭への移行時は、移行先との連絡会や情報交換会を行い、サービスを継続できるようにしていました。 ・移行支援シートが作成され、事業所での利用状況等についての情報を記載し、家族から移行先に提出してもらっています。卒園や退園後の相談方法について文書で説明、配布され、施設長が相談に対応されていました。 		
<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>①・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・QCサービスアンケートを年1回実施しています。 ・毎月実施される父母の会定例会に職員が出席し、家族からの要望・意見を集約、結果や改善策を項目ごとに示して家族へ配布され、あわせて父母の会での説明も行われていました。 ・毎月親子ふれあい遊びを実施し、食事の試食等を行い、意見が言える状況づくりに努力され、希望する家族に対しては面談を行う等の取組みが行われていました。 		
<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>①・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談・苦情規定が整備されており、苦情解決委員会・第三者委員会が設置されています。また、事業所入口にはご意見箱が設置されています。 ・苦情や意見については、契約時や父母の会総会で仕組みについて説明され、事業所の入り口にも掲示されています。 ・苦情・相談は職員会議で報告・検討され、第三者委員会に報告し、結果については父母の会定例会で報告されています。また、年3回発行される「常盤会だより」で家族からの声として掲載されて周知されていました。 		

	<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・②・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月だよりに職員の顔写真を掲載して、相談しやすいと思える人に気軽に相談ができるように家族に呼びかけを行っています。 ・家族通所や親子ふれあい遊びなどのイベントと同時に家族懇談会を開催し、参加しやすい工夫も行われ、意見が言える環境づくりへの取組みが実施されている。事業所入口に意見箱を設置していることを家族通所時に説明していましたが、意見箱を活用しやすい具体的な取組みが求められます。 		
	<p>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。</p>	<p>③・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談・苦情を解決するためのマニュアルが整備されており、具体的な対応方針、解決するための体制や手順、責任者が明示されていました。また、マニュアルは苦情解決委員会で定期的に見直しが行われていました。 ・相談や苦情を受けた時は相談規定に基づいて対応が行われています。結果や対応については書面や電話、面談を行い対応されています。 ・職員へは、朝礼や職員会議で報告し改善への取組みが行われ、意見箱は月2回確認が行われていました。 		
<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>		
	<p>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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故防止マニュアルに安全確保についての責任、手順が明示されています。また、事故防止・防災委員会が設置され、年3回の研修が行われています。 ・ヒヤリハットは各担当部署で検証し、終礼で職員への報告を行い、すぐに再発防止に向けた取組みが行えるような体制が整っています。さらに、その後の具体的対策の評価や見直しも実施していました。 ・KYT研修会を年1回実施し、職員の意識向上が図られていました。 		
	<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>②・b・c</p>

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症の予防と発生時の対応マニュアルは整備されており、新たな感染症対策も加えられ、マニュアルに基づいた研修が実施されていました。嘔吐処理の方法のシートが作成され、嘔吐が見られた時に迅速に対応できるように事務室に準備されていました。 ・K Y T研修で危機予測訓練シートを用い、事例を用いてグループワークを行う等、実践に即した取組みが行われていました。 ・子どもが帰った後、次亜塩素酸で清掃し利用者の安全確保に努め、清掃の実施状況を業務日誌に記録していました。 ・保健医療の専門職の連携は実施されていますが、さらなる連携の強化が望まれます。 	
<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>㉞・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時の対応については、事故防止委員会のマニュアルに基づいた対応体制が整備されています。また、非常災害に備え、緊急対応シート、緊急連絡網、ハザードマップの作成・確認が行われており、送迎時の避難にも対応できるように緊急時の体制整備が行われています。 ・毎月避難訓練と、支援者の対策訓練を実施し安全確保について対応ができるように努力されています。 	

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
<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>㉞・b・c</p>	
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援計画作成マニュアルを回覧し、標準的なサービスの手順・実施方法を運営計画に示し職員に配布するなど、日々活用・確認ができるようにされています。具体的には、終礼後、クラスでミーティングを実施し、その日の支援について内容の確認や見直しを行い翌日の支援に反映し、個々の目標を教室に掲示するなど工夫が行われていました。 		
<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>㉞・b・c</p>	

<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年間行事計画にあらかじめ設定した月に見直しを行い、連絡帳の見直し、改善が行われていました。 ・支援計画については支援計画作成マニュアルに基づき、子どもの状態に応じて担当職員が検証し、見直しが行われており、支援計画策定会議で確認が行われていました。 ・現在のところアレルギーのある子どもについては、個別支援計画作成時、保護者の届けにより支援計画を作成しているが、次年度より医師の診断書を提出してもらい確実な情報に基づいた支援計画の作成が行えるように改善が行われていました。 		
<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>㉠・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の役割と管理に基づき、児童発達支援管理責任者が中心となり実施計画の策定が行われていました。 ・個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されており、計画作成時には多職種（OT、ST、栄養士等）が参加し検討会が実施されていました。また、支援困難ケースについては医療機関や専門職と一緒にケース検討会を行い検証していました。 		
	<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>㉠・b・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援計画作成マニュアルに基づき評価、見直しが行われていました。評価結果に基づいて、見直しや変更を行い、一部修正された内容は利用者の家族に同意を得て職員に周知されていました。 ・外部でリハビリテーション等を受けている利用者には診断結果、治療内容等のコピーを提出してもらい支援計画に反映されていました。また、モニタリングで把握された課題等は、検討会議録に記載され職員に回覧が行われていました。 ・他職種との更なる連携強化が望まれます。 		
<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・c</p>
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録マニュアルに基づき、統一された支援記録が行われています。個別支援計画に基づいたサービスの記録は支援日誌に記載され、目標に対しての支援経過を記録し、主任、施設長へ提出して、指導・確認を行うためのネットワークシステムが整備されており、情報の共有が行われていました。 		
	<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>

評価概要

- ・ 文書保存期間マニュアル、個人情報管理マニュアルに利用者の記録の保管・保存、情報の提供に関する規定が定められています。個人情報管理・漏洩対策のルール、ポイントも作成されていました。
- ・ 記録管理の部門責任者は施設長であり、職員会議で個人情報保護の研修が行われています。また、記録管理については新人研修で実施していました。
- ・ 施設サービスの利用や個人情報の取り扱いについては保護者の同意が得られていました。