

## 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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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だけでなく、5月に全職員に対し、理念と基本方針に関する研修を行うことで理念の周知を図っています。</li> <li>・利用者や家族等に対しては、分かりやすく解説した資料を事業所内に掲示して周知しているほか、資料を郵送することで、周知が図られています。</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。		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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」で理事長から国の施策や福祉を取り巻く環境等の情報提供があります。また、管理者は鹿児島市地域福祉計画の作成に関わることで、地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析しています。</li> <li>・「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。</li> <li>・事業所では、「課題検討会議」で利用者のグループ毎の利用者数の推移、利用率等の分析が行われています。また、サービス管理責任や主任で構成される「日中活動部会」に主任が出席し、各事業所の活動状況等の情報共有を行い、その内容は「課題検討会」や「職員会議」周知されています。</li> <li>・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ことで福祉サービスのニーズの把握に努めています。</li> </ul>		

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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・施設長、主任、副主任、グループチーフから構成される「課題検討会」が事業所で開催され、経営状況について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、周知されています。「課題検討会」では、グループ毎の利用者の現状について細やかに把握され、養護学校の「現業現場実習」受け入れ等に活用されています。</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。		
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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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なされていました。</li> </ul>		
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"> <li>・事業計画には運営目標を掲げ、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。</li> <li>・単年度事業計画は、中・長期事業計画戦略スケジュール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。</li> <li>・単年度の事業計画は、「アクションプラン2025」にもとづきSOWT分析を行うなど、実施状況を評価しています。</li> </ul>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		

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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画の策定にあたっては、年2回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、法人で取りまとめて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で、組織として策定されています。</li> <li>・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され、周知されています。また、年度の上半期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し、支援ツールや作業手順の見直し等も行い改善につなげています。</li> </ul>		
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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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事業所内に掲示しているほか、利用者や家族等に対しても「自治会」、「家族会」において説明して周知に努めています。</li> <li>・事業所の活動や行事内容は、利用者には、毎月開催される自治会において、写真やイラスト等を用いて行事の内容を分かりやすく説明するなどの工夫を行っています。</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
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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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」で、年2回「家族アンケート調査」を実施し、調査で家族から出された意見は「課題検討会」で分析及び検討され、結果は施設内にも掲示されるだけでなく、文書等により家族に配布されています。</li> <li>・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。</li> <li>・職員の自己評価、チームでの評価、全体での評価を毎年実施し、サービスに関する意見を集約して課題を検討する取組が組織的に行われています。</li> </ul>		
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

<b>評価概要</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族アンケート調査や自己評価、コンプライアンスチェックリストの結果は、「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、職員に回覧したり、職員会議で検討したりすることによって課題の共有化が図られています。また、「課題検討会」において改善策や改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。</li> </ul>

## 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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者の役割と責任は、職務分掌表及び法人作成の「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、職員会議や朝礼時など、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。</li> <li>・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」等での説明において、管理者自らが表明しています。</li> <li>・非常災害時等の有事における管理者の役割と責任については、管理者を統括責任者として「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。</li> </ul>		
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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・管理者は、管理職会議や内部研修で関連する研修を受講しています。その中で周知が必要な事項については、職員会議や職員研修や朝礼で遵守すべき法令等具体的な内容を含めて説明し、職員へ周知を図っています。その中でアルコールチェック義務化など、周知が必要な事項については、職員会議や職員研修、朝礼で遵守すべき法令等具体的な内容を含めて説明し、職員へ周知を図っています。</li> </ul>		
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

<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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たり、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職員会議や朝礼等で話しをすることを通じて、福祉サービスの質の向上に向けて取り組んでいます。</li> <li>・管理者は、職員会議、課題検討会、ケース会議等の各種会議に出席し、課題の把握に努め指導や助言を行うなど、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。</li> <li>・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。</li> </ul>		
13	<p>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。</p>	a・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの質の向上については、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、定期的に評価・分析を行っています。</li> <li>・管理者は、働きやすい職場づくりを目指し、人員配置・育児休業、継続雇用の体制が整備されています。また、職員の希望や意見を取り入れた柔軟な勤務体制を整えるなど具体的に取り組んでいます。</li> <li>・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。</li> </ul>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
14	<p>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。</p>	a・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・福祉サービスの提供に関わる専門職の配置は、事業所における事業計画戦略スケジュール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。</li> </ul>		
15	<p>② 総合的な人事管理が行われている。</p>	a・b・c
<p><b>評価概要</b></p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・職員は、年度当初に目標を設定した「人事考課シート」を活用し、一次、二次の面接を受け、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きます。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。</li> </ul>		
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。	㊶・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・有給休暇やリフレッシュ休暇の取得を促すとともに、公休や有給休暇の希望を聞いて勤務表を作成するなど、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。また、異動希望調査や育児休業、短時間就業などの体制を整え、ワーク・ライフ・バランスに配慮しています。</li> <li>・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。</li> </ul>		
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。	㊶・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、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、職員はそれらが記載されている「常盤会マインド」を常時携行しています。</li> <li>・「人事考課シート」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。</li> </ul>		
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。	㊶・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・職員研修については、全職員の受講希望調査を実施し、法人内研修、施設内研修や外部研修の受講計画を立て、教育・研修が実施されています。</li> </ul>		
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。	㊶・b・c

<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は、「人事考課シート」に取得したい資格や受講したい研修の具体的な目標を記載し、評価できる仕組みがあります。</li> <li>・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で対応するトレイニー・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。</li> </ul>		
<b>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。</b>		
<b>20</b>	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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、玄関にも掲示がなされています。</li> <li>・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。</li> <li>・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。また、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、興味の持てる実習内容になるよう工夫しています。</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>		
<b>21</b>	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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		
<b>22</b>	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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、経理規程が整備され、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。</li> <li>・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</li> </ul>		

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、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。	Ⓐ・b・c
<b>評価概要</b> ・地域との関わり方について「地域交流規程」で基本的な考え方は明文化されています。 ・コロナ禍で実施はできていませんが、地元のイベントで利用者のハンドベル演奏を披露し、スポーツレクリエーションを通じて地域の子どもや高齢者と触れ合う機会の提供や、利用者のニーズに応じて、科学館やメルヘン館などの公共施設の利用や買い物活動を実施し、地域との交流を広げる活動に取り組んでいます。		
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。	Ⓐ・b・c
<b>評価概要</b> ・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。 ・コロナ禍で受け入れの実施はありませんが、鹿児島市社会福祉協議会ボランティアセンターにボランティア登録をして、ボランティアを受け入れる仕組みは作られています。		
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。	Ⓐ・b・c
<b>評価概要</b> ・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。また、個人ごとのエコマップも作成され、職員間で情報が共有されています。 ・法人として鹿児島市障害者自立支援協議会の連絡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。	Ⓐ・b・c



<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時に地域の方々の避難場所としての指定を受けて、鹿児島市と災害時協力協定を締結しています。</li> <li>・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。</li> <li>・コロナ禍で実施できていませんが、犬迫地域の夏祭りへの参加、泉石蔵での物品販売などを行っていました。現在は地域の神社への初詣や清掃など、感染対策を行いながら地域の社会資源を活用した交流に取り組んでいます。</li> </ul>		
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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、法人全体で生活困窮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。</li> <li>・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。</li> <li>・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サポート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。</li> </ul>		

### 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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・倫理綱領等が職員室に掲示され、年度初め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に参加したり事業所内研修を実施しています。</li> <li>・人権擁護に関する標語を職員から募集するなど、組織として人権擁護に向けて積極的に取り組んでいます。</li> <li>・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。</li> </ul>		
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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・利用者一人ひとりにロッカーを準備し、自由に使える環境が整備されているほか、トイレや更衣室のドアの内側にさらにカーテンを設置するなど、利用者のプライバシー保護に配慮した環境が提供されています。</li> <li>・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。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・パンフレット・リーフレットを法人の施設・事業所に置いているだけでなく、ハートピアかごしま、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。</li> <li>・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を活用して紹介・説明しています。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。また、利用者用の文書には、ふりがなを振るなどの配慮がなされ、1日の流れについてもイラストを用いて分かりやすく説明しています。</li> <li>・意思決定が困難な利用者については、家族会で成年後見制度や福祉サービス利用支援事業等の説明をして情報提供をしています。また、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。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		
<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"> <li>・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・要望を聞いています。年1回の家族会でも意見・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、改善に向けた取組を行っています。</li> <li>・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。</li> </ul>		
<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"> <li>・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。</li> <li>・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、事業所の玄関と事業所内に2通りの説明書が掲示されています。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		
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"> <li>・利用者と定期的に個別面談を実施するだけでなく、事業所の玄関等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。</li> </ul>		
36	<p>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>	a・b・c

<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>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職員会議で協議されるなど、迅速に対応する体制が整備されています。</li> <li>家族からの意見については、家族会や日々の送迎時や連絡帳を活用して把握するようにしています。利用者、家族から受けた相談や意見は、すぐに改善や対応ができる事項については、翌日の朝礼で職員に伝達し、迅速な対応を行っています。検討が必要な事項については、課題検討委員会で検討し利用者・家族に回答する仕組みが作られています。</li> </ul>		
<b>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。</b>		
<b>37</b>	<b>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>	<b>㉠・b・c</b>
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>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・防災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。</li> <li>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、1ヶ月後に対処方法を検討し、実行できていない案件は更に1ヶ月後に対処方法を見直すなど、事故防止の実効性を高める取組が行われています。</li> <li>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、グループワークで対応策が検討されています。また、避難訓練のほかに不審者対応訓練も行われています。</li> </ul>		
<b>38</b>	<b>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>	<b>㉠・b・c</b>
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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の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。</li> <li>連絡帳を活用し、健康管理についての書類を配布するとともに、1日2～3回の検温を実施しています。</li> <li>手すり、床、椅子を朝夕消毒する等、感染症の予防に取り組んでいます。また、嘔吐物処理キットが事業所の各所に設置され、年1回嘔吐物処理の研修も実施されています。</li> </ul>		
<b>39</b>	<b>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。</b>	<b>㉠・b・c</b>

<b>評価概要</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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防災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、事業所各所に掲示されています。また、緊急時における利用者の安否確認のために、利用者の写真や特徴などが記載された「緊急時対応シート」を作成しています。「避難優先順位」「避難時優先者一覧」も作成され、優先順位を色分けし、職員のネームプレートの裏に入れられ、非常時に直ぐに対応できるようにしています。</li> <li>・消防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。</li> </ul>	

### 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。		
40	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。	Ⓐ・b・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、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。</li> <li>・標準的な実施方法は、特に新人職員には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ています。</li> </ul>		
41	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。	Ⓐ・b・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアル等は、課題検討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。</li> <li>・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、各スタッフの意見を各グループで検討するなどの方法がとられています。</li> <li>・支援内容については、各グループのグループ会議で話し合わせ、さらにチーフ会や職員会等でも話し合いを行うことで、サービス内容に変更等があっても全職員が共有できる体制になっています。</li> </ul>		
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
<b>評価概要</b>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・「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。</li> <li>・利用者それぞれのニーズについて月1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され、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を変更し、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。</li> </ul>		
43	② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）「計画検討会議」が開催され、支援計画の見直しが行われています。</li> <li>・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報告や回覧等により、共有する体制ができています。</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>		
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
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・記録内容等に差異が生じないように研修等で指導されています。また、新人職員にも記録の書き方を統一できるようにトレーナー、サービス管理責任者等により個別指導が行われています。</li> </ul>		
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
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報管理規程、基本方針が定められ、職務分掌で記録管理の責任者が明記されています。</li> <li>・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。</li> <li>・個人情報の取扱については、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。</li> </ul>		