

【利用者の状況】

定員	児童発達支援 10名	利用者数	児童発達支援 34名
	放課後等デイサービス 10名		放課後等デイサービス 20名

【職員の状況】

職 種	勤務区分				※常勤換算	※基準職員数		
	常勤(人)		非常勤(人)					
	専従	兼務	専従	兼務				
施設長	1				1			
サービス管理責任者	2	1			2.5			
支援員等	4		1	1	4.6			
児童発達	2				2			
児童支援員	1	1			1.5			
指導員	1				1			
保育士	2	1	1		3			
前年度採用・退職の状況			採用	1人	常勤	1人	非常勤	0人
			退職	1人	常勤	1人	非常勤	0人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						2.5年		
○直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数						2.1年		
○常勤職員の平均年齢						34.5歳		
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢						28.9歳		

3 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2019年11月6日（契約日） ～ 2020年2月12日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（平成 年度）

4 評価の総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新任職員には新人研修の他、エルダー制度を導入しエルダーチェックシートを用い習熟度を確認するとともに、エルダーによるスーパービジョンを週1回実施して個別的なOJTが行われています。また、年間70回の外部研修に、職員1人当たり5～6回参加させるなど、職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保し、事業所全体で福祉サービスの質の向上に取り組んでいます。 ・事業所の特性上、家族会の開催は難しいとの事でしたが、日々の家族とのやり取りやアンケートを実施することで、家族の意見を集約して施設運営に柔軟に取り入れる仕組みを作っています。例えば、外階段に滑り止め工事を実施する、送迎の駐車位置を変更する等の
--

対応を行いました。

◇改善を求められる点

- ・法人本部の中・長期事業計画を反映し、事業所の中・長期事業計画が策定されていますが、収支計画については確認できませんでした。
- ・来年度よりSWOT分析を取り入れ、外部環境、内部環境の要因分析を行い、その内容をもとに中・長期計画を策定する予定とされています。ビジョンの達成に向けて、数値目標を設定し実施状況の評価・見直しが行えるよう、より具体的な中・長期事業計画及び収支計画を策定されることを期待します。
- ・事業所が市の中心部に位置するため地域との繋がりが希薄になりがちですが、地域清掃に月2回参加するなど地域での活動を進めています。今後、更に地域の行事や活動に積極的に参加され、地域の人々との交流の機会を設けるとともに、民生委員児童委員や教育団体等関係機関との連携を図りながら、地域の活性化やまちづくりに貢献されることを期待します。
- ・福祉サービスの提供に向けて多くの標準的なマニュアルが整備されていますが、定期的な点検を行う際にマニュアルと事業所で提供されるサービスの内容についての整合性を点検するなど、組織的に見直し案を作成し検討する事が求められます。

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。		
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 法人の基本理念が明確に示され、これに基づき事業所で基本方針を定めています。これらは、パンフレット、ホームページ、広報誌、事業計画に記載されており、法人、事業所が目指すべき方向性や利用者に対する姿勢等が明文化されています。 理念、基本方針、常盤会のモットー「7S」を毎日朝礼で唱和する、事業所内に掲示するなど職員への意識づけを図っています。 家族に対しては、見学や契約時にパンフレットを渡し説明しています。また、親子で交流する家族通所の機会を捉えて、事業の説明を行っています。 		

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。	a・㉒・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 管理職会議等で、理事長より全国の社会福祉事業全体の動向について説明があり把握されています。 毎月開催される管理職会議で利用者数や財務状況等を報告し情報を共有し分析を行っています。 今後、事業所が位置する地域の特徴や福祉ニーズを把握し、経営環境や課題分析が行われることを期待します。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 稼働率のシミュレーションを行い、財務状況や職員体制の現状分析に基づき、課題点、問題点を明らかにするとともに、経営課題の改善に向けて取り組んでいます。 管理職会議における理事長報告等や事業所の課題や問題点等については、朝礼や職員会議、職員研修で説明し共通理解を図り、問題解決に向けて取り組んでいます。 		

・事業計画は年3回の評議員会や理事会で経営目標、収支決算報告、事業計画・報告等の承認を得ており、経営状況や改善すべき課題についても共有されています。

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。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の中・長期事業計画を踏まえた事業所の中・長期事業計画が策定され、理念や基本方針の実現に向けた内容となっています。 ・中・長期事業計画は、大区分、区分、事項に分けられ、具体的な内容となっており、年1回見直されています。 ・中・長期事業計画は策定されていますが、収支計画について確認ができませんでした。 ・来年度よりSWOT分析を行い、課題や問題点を抽出したうえで、中・長期計画を策定する予定としています。ビジョンを達成するために、数値目標を設定し実施状況の評価・見直しが行えるよう、より具体的な中・長期事業計画の策定を期待します。 		
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"> ・中・長期事業計画の内容を反映した具体的な事業内容が示された単年度計画が策定されています。 ・実習生、ボランティアの受け入れ、見学者の人数や地域交流、地域貢献活動等の回数等について、数値目標をたて、実施状況の評価ができるように策定されています。 ・中・長期収支計画にもとづいた単年度の収支計画を策定されることが望まれます。 		
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"> ・単年度事業計画の策定にあたっては、「中間評価・進捗状況に関するアンケート」を11月に全職員に実施し、課題分析を行い次年度の事業計画に反映させ、職員の合意を得て策定する仕組みが構築されています。 ・事業計画中間評価においては、職員からの意見をもとに、課題と対応策を協議し解決に向けて取り組んでいます。 		
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"> ・掲示版に事業計画を掲示したり、送迎時や退所時を利用して説明して周知するように努めています。 ・家族通所に参加した家族には事業計画を説明していますが、参加できなかった家族についても周知、説明できる方法を工夫されることを期待します。
--

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"> ・今回、初めて第三者評価を受審されるとともに、厚生労働省のガイドライン「児童発達支援事業所における自己評価と保護者等からの児童支援事業所評価」を実施し、結果をホームページに掲載するなど、福祉サービスの向上に向けた取組が行われています。 ・これらの評価結果を分析・検討する仕組みを構築して、さらに福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的になされることを期待します。 		
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"> ・評価結果を分析した課題については、会議録に文書化され職員間での共有化が図られています。 ・職員全員が参加するケース会議や検討会議で、評価結果から明確になった課題についての改善策を検討しています。 ・改善の取組については、改善までに要する期間等を具体的に示し、計画を立て実施しています。 		

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。		
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。	a・b・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念や事業所の基本方針、経営状況や運営等について、施設長が4月の職員会議で周知すると共に毎月の職員会議において自らの考えを表明して職員への周知が図られています。 ・「管理者の役割と責任」「管理者、幹部のリーダーシップ宣言」により、管理者・幹部の基本的な責務やリーダーシップの適切な発揮、福祉サービスの質の向上等について、管理者としての役割と責任が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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・遵守すべき法令等のマニュアルを作成しているほか、管理者会議や内部研修で関連する研修を受講しています。 ・施設長資格取得研修で遵守すべき法令や経営に関して受講して理解を深めています。 ・職員会議や職員研修、朝礼で遵守すべき法令等について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。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・朝礼や毎月実施している職員会議に参加して、個別ケースの対応や業務改善の情報を共有し、福祉サービスの質の現状について継続的に評価・分析を行っています。 ・ガイドラインの評価や人権の意識調査について、施設長が座長となり評価、分析を行うなど自らも積極的に活動に参加しています。 ・年間70回の外部研修に職員を参加させる等、福祉サービスの質の向上に向け教育・研修の充実に取り組んでいます。 		
13	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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・本部で開催される管理会議に参加して、経営、労務、安全問題等について課題等の分析が組織的に行われています。また、安定した事業所運営のため、稼働率向上に向け具体的数字を示し経営の改善や業務の実効性の向上に取り組んでいます。 ・働きやすい職場づくりを目指し、三者打ち合わせや四者打ち合わせを定期的実施し、人員配置・有給休暇取得や休憩時間の確保等、業務改善に向けた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とるなど具体的に取り組んでいます。 		

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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人が人事管理に関する基本方針を作成し、年度初めに離職率を勘案した必要人員数を新卒者を中心に採用し、計画的、効果的に福祉人材の確保に努めています。 ・学生のアルバイトを受け入れ、正職員としての雇用に繋げるなど効果的な福祉人材の確保を実施しています。 ・人事考課制度を導入し、面接を通じて職員とのコミュニケーションを図り、働きやすい職場づくりを目指し福祉人材の定着の促進に取り組んでいます。 		
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"> ・常盤会モットー「7つのS」に、法人が期待する職員像を明確に示して昇給、昇格に対応した人事考課制度を導入しています。 ・職能等級フレームにより、職能レベル、定義、必要年数、必要資格・研修など等級ごとに求められる事項を明確に定め、職員に周知されています。 ・中期事業計画で定める「職員の専門性の向上」「明るく元気で意欲に満ちた人材の養成」への取組として策定した「人事管理における基本方針」を実現するために、求められる職員像を定めて人材育成に取り組んでいます。 ・チャレンジ目標を記載した「目標面接カード」を各自作成し、施設長が個別面談を実施し職務遂行の達成度、異動希望や将来の夢や希望を聞き取り、職員一人ひとりが自分の将来像を描くことができるように助言指導を行っています。 		
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"> ・人事管理は本部で行い、勤務状況や時間外労働の確認、有給取得の一覧表を作成して消化率を管理するなど、職員の就業状況を把握しています。 ・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、職員の意向を反映した働きやすい職場づくりに取り組んでいます。 ・育児休暇後の職員については、短時間就業を取り入れる等本人の意向を尊重したワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを行っています。 		
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、法人の理念に明示され、「常盤会マインド」に職員の心得や服務について具体的に示されています。 ・能力評価の基準が設けられ、職員一人ひとりが業務目標や研修目標、チャレンジ目標について、具体的な方法や手段、スケジュールを掲げた面接カードを作成し、年3回の個別面接により進捗状況を確認し目標管理が行われています。 ・課業一覧により、年度別習熟度を本人、指導職員が2ヶ月ごとにチェックし評価して、目標達成度の確認を行っています。 		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・施設の事業計画の基本方針に期待する職員像が明示され、必要とされる専門技術や専門資格について数値目標も設置（設定？）されています。 ・年間職員研修計画を策定し、施設内研修や外部研修の受講計画を立てて、教育・研修が実施されています。 		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・新任職員には新人研修の他、エルダー制度を導入しエルダーチェックシートで習熟度を確認するとともに、エルダーによるスーパービジョンを週1回実施して個別的なOJTが行われています。 ・新人研修や中堅職員研修等階層別、テーマ別研修を実施しています。研修参加後は、研修参加報告書を作成し、全職員に回覧しています。研修参加報告書は、個人でファイル管理して次の研修のつなげる仕組みとなっています。 ・年間70回の外部研修に、職員1人当たり5～6回参加させるなど、教育・研修の機会を確保し、事業所全体で職員一人ひとりの資質向上に取り組んでいます。 		
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"> ・現在、実習生の受け入れはありませんが、「実習受入れマニュアル」が作成され、専門職の教育・育成に関する基本姿勢や手順が示されています。今後、実習生の受け入れに向け実習指導者の育成が望まれます。 ・インターンシップを積極的に受け入れ「インターンシップ受入マニュアル」が作成され、マニュアルにもとづき実施されています。 		

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"> ・法人広報誌として年3回「常盤会だより」を発行し、法人理念や事業計画や苦情受付内容等について公表しています。 ・ホームページには、法人、福祉施設、事業所の理念や基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開され、第三者評価の受審状況は公表され、内容はホームページ上のリンク先で確認できます。 ・今後、法人の理念や基本方針、事業所の活動等を説明した印刷物や広報誌等を公共機関へ配置するなど、法人の存在意義や役割を地域に向けた情報発信に努められることが望まれます。 		
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"> ・経理規定により、経理、取引等のルールが明確に示され、事業所がおこなった事務、経理等について本部でチェックする仕組みとなっており、事務分掌と権限・責任が明確化されています。 ・外部の公認会計士による毎月の巡回監査と年3回の会計監査を行っています。併せて、年1回ガバナンスの確認を行い、起案・決済等の運用や仕組みについて監査を受けるなど、専門家によるアドバイス等を受けています。 		

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"> ・事業計画に地域公益活動の推進が明記され、地域への活動として、地域清掃に月2回参加しています。 ・高校生・高齢者とのふれあい活動を実施して、地域の人々との交流の機会を設けています。 ・今後、地域の行事や活動に積極的に参加されることを期待します。 		
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"> ・「ボランティア受入マニュアル」を整備し、ボランティアにあたっての注意事項や活動後のアンケート実施まで手順を定めています。 ・鹿児島市社会福祉協議会ボランティアセンターからの紹介で、大学生のボランティアの受け入れを行っています。 		
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・ ⑥ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・社会資源マップや地域の関係機関・団体等を一覧にしたリストが作成され、職員間で共有されていますが、個人の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したエコマップ等の作成が望まれます。 ・鹿児島市保健センターで実施される「乳幼児総合発達相談会」に年2回保育士を派遣しています。 ・養護学校や地域の小学校、幼稚園、保育園、行政等が参加する「鹿児島市北部子どもの発達を支援する協議会」や「支援者関係者情報会議」「保育所等訪問支援会議」等に参加して情報交換を行い関係機関等との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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・ ⑥ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・法人は災害時の福祉避難所として鹿児島市と協定を締結しています。 ・AEDの設置を掲示して、地域の方が利用できるようにしています。 ・市の中心部という立地条件もあり、地域との繋がりが希薄になりがちですが、福祉、教育団体と連携しながら、地域の活性化やまちづくりに貢献されることを期待します。 		
27	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。	a・ ⑥ ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・健診で療養を勧められた保護者からの電話相談に対応し、助言、アドバイスを実施しています。 ・法人として保護観察中の方をボランティアとして受入れ、社会貢献事業に取り組んでいます。 ・生活困窮者支援の窓口にはなっていますが、事業所では対応した事例はなく、今後積極的に取り組まれることを期待します。また、地域の具体的な福祉ニーズを把握するために、民生委員・児童委員等との連携が望まれます。 		

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。		
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"> ・理念や基本方針に利用者を尊重したサービスの実施について明示され、朝礼で「知的障害者施設の人権擁護ハンドブック」や「常盤会マインド」の倫理要綱、職員心得等の読み合わせを行い、基本的人権への配慮や福祉サービスの基本姿勢について確認する取組を行っています。 ・年度当初に全職員が「人権侵害ゼロへの誓い」に署名して、人権擁護意識を高めています。 ・人権擁護に関する研修を年3回実施しています。 ・「施設内人権侵害防止チェックリスト」を行い、「施設内人権侵害防止に関する改善シート」を委員会に提出し、問題点、背景等を明確にして改善計画を作成するなど、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。 		
29	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や虐待防止等については、「プライバシー保護マニュアル」や「障害者虐待防止マニュアル」「児童虐待対応マニュアル」が整備され、法人や施設で権利擁護やコンプライアンス研修を実施して、社会福祉事業に携わる職員としての姿勢や意識の醸成を図っています。 ・不適正な事案が発生した場合のフローチャートが作成され、関係機関と連携し対応するように明示されています。 ・着替えや排泄の際、パーテーション等を活用して利用者のプライバシーに配慮した環境を提供しています。 		
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・㉑・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページには、理念や基本方針の他、写真を用いて活動の様子をわかりやすく掲載しています。 ・見学時に30分程度の体験活動を行うと共に、保護者の育児相談も行き、個別にていねいな説明を実施しています。 ・定員の関係もあり利用者の新規受入ができない状況ではありますが、理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、多くの人が入手できる公共施設等に置くなど、必要な情報を提供されることが望まれます。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		

	<ul style="list-style-type: none"> サービスの利用開始の前に、契約書及び重要事項説明書の内容を説明して、利用者や家族より同意を得て書面に残しています。 利用者用文書には、文字を大きくする、ふりがなを振るなどの配慮がなされています。 入所、退所があったら、鹿児島市へ契約内容報告を提出しています。 	
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 「退所者・卒園者に関するマニュアル」が作成され、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めています。 「情報提供シート」に具体的支援内容等を記載し、情報提供について家族から同意を得たうえで、幼稚園や小学校等の関係機関への引継ぎを行っています。 退所時には、いつでも相談を受け付けることを口頭で伝えています。今後、退所後の相談方法や担当者等について記載した文書を作成し渡されることが望まれます。 		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 保護者アンケートを実施し、検討した結果及び対応策を周知しています。 家族の来所時や利用者の送迎時に、保護者からの相談に対応できるように取り組み、利用者満足の向上に努めています。 保護者懇談会等を定期的開催し、利用者満足を把握されることを期待します。 		
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。		
34	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 苦情解決の仕組みや苦情担当者、第三者委員の連絡先については、ポスターを玄関に掲示するとともに、「入園のしおり」や重要事項説明書を用いて利用者、家族に説明しています。 「利用者（ご家族）からの相談・苦情を解決するためのマニュアル」が作成され、苦情や相談を受けた場合の手順について定められています。 受付けた相談・苦情は、「福祉サービスに関する相談苦情受付・報告書」に解決結果まで記載し、法人、第三者委員に報告され、その内容は、「常盤会だより」に掲載し開示する仕組みとなっています。 		
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
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・利用開始時に重要事項説明書により相談窓口の説明をしています。 ・支援計画に担当者名を記載して、相談や意見を述べやすいように利用者に周知しています。 ・職員の顔写真を掲載したポスターを掲示して、相談したり意見を述べたりする相手が自由に選択できることを周知しています。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・意見箱を設置し利用者や家族が自由に意見を述べられる環境を整備しています。また、来所時や送迎時にいつでも対応できる体制としています。 ・利用者、家族からの相談や意見があった場合には、すぐに施設長へ報告して検討し対応するように取り組んでいます。実際に、外部階段が滑りやすいとの利用者からの意見に対し、滑り止めを取り付けるなどの対応をしています。 ・利用者からの相談や意見に対しては、「意見に対する手順マニュアル」が整備され、年1回見直しを行っています。 ・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取り組んでいます。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメントについては、法人に「事故防止・防災委員会」を設置し、事業所の担当者が構成員として参加し事故防止体制の構築に努めています。 ・「通院を要しないと判断した軽微な事故等」「病院受診等を要すると判断した事故等」「救急車要請を要すると判断した大きな事故等」に分けて、事故発生時の対応について、フローチャートを作成し、事業所の見えやすい場所に掲示して職員に周知しています。 ・ヒヤリとした些細な事象でも、「ひやりはっと報告書」や「事故報告書」で報告し、朝礼等を利用して職員間で事例を共有しています。月1回の職員会議で、ヒヤリハット、施設内事故をまとめ原因と具体的対応策を検討し再発防止に取り組んでいます。 ・KYT訓練の研修を実施し、危険予測、予防意識の向上を図るほか、不審者対応や交通事故に対して特に配慮して利用者の安全の確保や事故防止に努めています。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・「感染経路別（予防対応）マニュアル」が作成され、毎年直されています。 ・感染症予防と嘔吐物処理についての研修を実施しています。 ・事業所でインフルエンザ、O-157、ノロウイルス等の症状、予防方法、通所の基準を設けています。 ・感染症についての行政から通知や保健所における感染症ガイドラインを回覧し職員への周知を図っています。 		
39	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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・「非常災害対策計画」や「要配慮者利用施設の避難確保計画」が策定され、非常災害時役割分担表で対応体制を明確にして災害時対応に備えています ・利用者や職員の安否確認については、利用者連絡一覧表や職員緊急連絡網が整備されています。 ・食料や飲料水、備蓄リストを作成し整備、管理されています。 ・毎月、火災・地震・風水害を想定した避難訓練を実施し、消防署立ち合いの訓練を2回実施しています。今後、近隣の自治会等との連携できる体制づくりを期待します。 		

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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・食事支援や移動支援、排泄支援等、支援に関する21項目についてマニュアルを策定し、提供する標準的なサービスについて、写真を用いて具体的に記載されています。 ・標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護についての姿勢や想定されるリスクも詳細に記載され実際の支援に活用されています。 ・標準的な実施方法は、課業一覧に反映され、2ヶ月ごとに確認する仕組みが構築されています。 		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・標準的な実施方法については、全てのマニュアルを職員会議等で検証し、毎年見直しが行われています。 ・現在、大幅な標準サービスの見直しがないため、個別支援計画の内容に変更はありませんが、必要に応じて反映される仕組みとなっています。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業所が作成する「サービス等利用計画」にもとづき個別面談を実施し、食事、コミュニケーション、行動特性、家族の要望等についてアセスメントを実施しています。 ・アセスメントや事業所での様子からニーズを把握して、課題の整理を行い、個別支援計画原案について、関係職員で検討会議を行い、家族に説明し同意を得たうえで成案としており、利用者、家族の意向把握と同意を含む手順を定めて個別支援計画を作成しています。 ・個別支援計画にもとづいた支援実施状況は支援記録に記載し、朝礼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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・「個別支援計画見直し表」を作成し、モニタリングの時期等は職員に周知され、個別支援計画は6ヶ月ごとにモニタリングを実施し見直しが行われています。 ・新規利用者については、具体的な様子が把握できないため、3ヶ月以内に見直しを行う仕組みとしています。 ・緊急に個別支援計画を変更する場合には、その都度手順に従い見直しが行われています。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・「支援日誌（ケース記録）マニュアル」が策定され、記録方法等についてルール化され、分かりやすく記載する工夫がなされています。 ・個別支援に基づく支援を実施し、内容を支援日誌及びケース記録に個人ごとに記録しています。 ・パソコンのネットワークシステムの活用や朝礼や終礼時の利用者確認と振り返りで情報を共有する仕組みが整備されています。 		
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・「個人情報管理マニュアル」に基づき、USBの取り扱いや利用者の記録の保管、保存、情報提供に関して管理を行っています。また、マニュアルの読み合わせを行い、職員に周知されています。 ・記録等は、施錠可能なキャビネットに保管して、退勤時に施錠確認を行い適切に管理されています。 ・利用者の連絡帳の入れ間違いがないように、2人体制で確認し個人情報保護に努めています。 ・個人情報の取り扱いに関しては、保護者へ説明を行い、「サービス利用に係る情報提供同意書」 		

「プライバシーに係る同意書」について説明し同意を得ています。

福祉サービス第三者評価基準 (様式2)
【 障害者・児福祉サービス版 】 H29年3月1日改定

評価対象IV

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A1	① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・支援会議運営マニュアル等を整備して個別支援計画検討会議や意思決定支援会議を開き、エンパワメントの理念にもとづく個別支援を行えるようにしています。 ・月間活動計画にもとづいて、イラストを用いた週間活動計画が掲示されています。サービスが始まる前に、利用者と一緒にその日に行う活動を確認します。その際、利用者が「したくない」という意思表示をした場合は、話し合いの機会を設けて納得して活動に参加してもらえる様に支援しています。どうしても納得ができない時は、場所を変える等の個別対応を行っています。 		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		第三者評価結果
A2	① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a・—・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人には人権擁護委員会が設置され、事業所にも人権擁護委員が配置されています。職員用、事業所用、意識調査の3種類の人権防止チェックリストを年2回実施しています。日頃の支援の中での困りごとを職員会議等で話し合い抽出し、12月の職員研修でグループワークを行う事で権利侵害の防止と早期発見ができるようにしています。 ・身体拘束防止マニュアルを整備し、法人研修や事業所内での伝達研修が実施され、職員による権利侵害が起きないように事業所で取り組まれています。また、朝礼の際に、人権擁護ハンドブックの読み合わせを行い、職員に権利侵害防止への意識付けを行っています。 ・子どもの人権、障がい者の人権のポスター、虐待防止のポスター玄関に掲示しています。また、職員の写真を玄関に掲示する事で利用者がいつでも相談できる取り組みがなされています。 ・家族通所の際に母親だけでなく、父親や祖母にも参加してもらおう事で、母親以外の子育て状況の確認等を行っています。 		

A-2 生活支援

		第三者評価結果

A-2-(1) 支援の基本		
A3	① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・時間をみて時間に合わせる等の一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援が行われています。また、基本的には昼寝の時間は設けていませんが、保護者の要望があれば昼寝の個別対応を行っています。 ・支援マニュアルを整備し、マニュアルに沿って利用者ごとのアセスメントを実施し、支援する部分とそうでない部分を示し、自立支援に結び付けています。 ・利用者の顔写真付きの籠を用意して、持ってきた荷物をそこに入れて自分が好きな棚に入れてもらうなど自律・自立生活のための動機づけを行っています。 ・家族との会話や相談の中からサービスのニーズを引き出す取り組みを行っています。実際にショートステイの利用を提案し、支援相談所に家族の要望を伝えたりしています。 		
A4	① 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・自分の意思を言葉で表現しにくい利用者には、イラストや写真のカードや「したいです」等の語句のカードを手に取りやすい場所に準備し、利用者が使いやすいように配慮しています。利用者だけでなく、職員もカードを使う事で、利用者とのコミュニケーションを取りやすくしています。 ・声の大きさを4段階のイラストに分け、場面に合った声の大きさを会話できる能力を高める支援を行っています。 		
A5	① 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の玄関に職員の写真を掲示したり、意見箱を設置したりする等、利用者がいつでも相談しやすい雰囲気作りを行っています。 ・アセスメント面談時だけでなく、日頃の連絡帳のやり取りや事業所の送迎や家族が送り迎えする際に家族との会話も大切に扱うことで利用者や家族から意見や要望を聞きとる工夫がなされています。 ・利用者の意思表示が困難な場合は意思決定支援会議を開催し、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有が行われています。 ・支援日誌に面談の記載を行うだけでなく、朝夕の申し送りでその日の「振り返り」を行い、全職員で情報を共有できるように工夫しています。 		
A6	① 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	㉠・b・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日の日中活動は週間計画として利用者が見えやすい所に写真やイラストを活用して掲示してあり、利用者が選択しやすいように配慮されています。 ・ 6カ月に1回の個別支援計画の見直しの際に、日中活動と支援内容等の検討・見直しが行われています。利用者の希望や必要に応じて、個別機能訓練のメニューも考えられています。モニタリングの結果が継続であった時も、利用者や家族の要望等を取り入れ細やかな修正がなされています。 ・ 地域の様々なイベントの情報は事業所の玄関に掲示され、イベントのチラシも一緒に置かれ、家族が持ち帰る事ができるようにしています。 		
A7	① 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人内で実践事例報告会が開催されており、事例をまとめて事業所として報告会に参加しています。また、報告会で報告された他事業の事例も事業所内で伝達研修が実施され専門知識の向上に取り組まれています。また、事業所内に専門書を置くことで環境を整備し、職員が日常的に専門知識の向上が図れるように配慮されています。 ・ 不安症状が出現した際に意思表示がしやすいように、ホール等を活用するなど行動障害等個別的に配慮が必要な利用者には、個別対応が図られています。 		
A-2-(2) 日常的な生活支援		第三者評価結果
A8	① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎回、食事の検食の結果を委託業者に渡すだけでなく、年1回嗜好調査を実施し、食事を提供している委託業者と事業所の職員で構成される「食に関する検討会」で利用者の食事の様子を伝えています。食事は他事業所より持って来る為、アレルギーへの対応が難しいですが、事前にメニュー表を家族に渡して、食事を食べる事ができない時はお弁当を持ってきてもらう事で対応しています。 ・ 排泄や移動、移乗支援は利用者へのアセスメントに基づき、排泄支援マニュアルや移動支援マニュアルに沿って、利用者の状態に合わせた支援が行われています。また、エレベーターを設置し、利用者のADLを勘案して階段との使い分けを行っています。 		
A-2-(3) 生活環境		第三者評価結果
A9	① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・ フロアはマットが敷き詰められており、安心安全に配慮されています。また、清潔、適温と明るい雰囲気を保っています。 ・ 休息するスペースは作られていませんが、保護者等の要望があれば個別対応で休息できるように配慮されています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が行動の激しい時は、他利用者をコミュニティールームに移動してもらう等の配慮を行っています。 ・活動の様子を観察してアセスメントが実施されています。その結果を意向検討会議で検討し利用者の意向を把握する工夫が行われています。また、自己評価の過程で実施される保護者アンケートの要望を取り入れる取り組みも行われています。実際に雨の時、外階段が滑りやすいという保護者の声を反映し、階段に滑り止めを設置しています。 		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		第三者評価結果
A10	① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・言語聴覚士や音楽療法士が会話や聞こえに課題のある利用者に対して、支援計画を作成しています。支援計画は個別支援計画にも反映されており、その日の振り返りやケース会議等で情報は共有され、支援にいかされています。 ・活動中に訓練を行うだけでなく、専門職からのアドバイスを家族にも伝える事で家庭でも訓練ができるように支援しています。その結果は、モニタリング時に家族へ聞き取りを行い、その結果を個別支援計画に反映するように工夫されています。 		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		第三者評価結果
A11	① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・来所時に検温等のバイタルチェックを行うだけでなく、家族等から前日又は当日の状態を聞き取る事で健康状態の把握に努めています。また、健康管理マニュアルを整備し、体温が37.5℃以上ある時は家族に連絡を取ったり、連絡帳を活用したりして、施設における感染症の状態を家族に伝える等の工夫がなされています。 ・利用者のてんかん発作に対応するためにてんかん発作時緊急対応シートを作成し、所定の場所（スタッフルーム）に置き利用者の体調変化等に迅速に対応できる工夫がなされています。 		
A12	① 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・疾患別対応マニュアルを整備するとともに、アレルギー等の情報はアセスメントに記載することで、職員間で情報を共有しています。またてんかん発作時、心停止状態発生時対応シートを作成し、所定の場所（スタッフルーム）に設置して全職員に周知されています。 ・与薬支援マニュアルや誤飲防止マニュアルが整備され、安全管理体制が構築されています。さらに服薬依頼書を家族に記入してもらい、提出時に薬剤情報提供書のコピーを入手する事で、薬の効能や副作用等の情報を全職員に周知して薬を適切に扱えるように工夫されています。 		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		第三者評価結果

A13	① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・社会体験を実施する際は、公園散歩の途中で事前に下見をすることで見通しや期待感が持てるように支援しています。 ・パン作り等を行う際は事前にアンケートを行い、保護者の意向を把握しながら実施するようにしています。 ・放課後デイサービスでは、利用時間中に宿題を済ませると決めている子どももおり、希望する子どもたちには、別室を用意し落ち着いて宿題ができるように支援しています。 		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		第三者評価結果
A14	① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・通園事業のため地域生活移行の支援はありませんが、家庭での生活が継続できるように地域の関係機関等と連携を図り、必要時は情報提供等を行う事で家族支援を行っています。 ・公園散歩の途中で地域の中学生と交流したり、公園で遊んでいる子ども達と交流したりする事で社会生活力を高める支援が行われています。 ・定期的に養護学校教員の見学受け入れや、連絡会に参加する事で地域の関係機関等との連携、協力が図れる体制が整えられています。 		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		第三者評価結果
A15	① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・家族会は開催していませんが、子どもたちと家族が一緒に過ごしてもらう家族通所を定期的開催しています。家族通所では、公園散歩をどのようなコースで公園まで散歩しているのか、その際はどこに危険個所があるか等など家族に伝えるようにしています。 ・連絡帳と一緒に、事業所におけるインフルエンザの感染状況のお知らせなどを挟み家族に報告を行っています。また、てんかん発作時の体調不良、急変時の対応などについて家族に聞き取りを行い、緊急連絡先の一覧を作成しています。 ・送迎時の家族とのコミュニケーションも大切にしています。特に就学についての不安がある場合は相談支援事業所と連携と図るとともに、就学に関する説明会や交流会を定期的開催し、そこへの参加を促すことで、保護者の不安軽減への配慮がなされています。 		

A-3 発達支援

	第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援	

A16	① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントで得られた情報、保護者との会話の中や相談、事業所での様子等を総合的に踏まえた個別支援計画を作成し支援を行っています。 ・事業所の職員だけでなく外部の言語聴覚士や音楽療法士と連携して、個別支援計画を作成しています。また、保護者が専門機関の受診を希望する際は紹介状を作成する等の支援も行っています。 ・養護学校の教員への見学会を開催したり、必要時は子どもたちが利用する保育園、幼稚園を訪問したりして情報の共有を図っています。また、公開療育に職員を派遣して、他事業所や関係機関等と情報交換や情報の共有を行っています。 		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A17	① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	非該当
評価概要		
A18	② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	非該当
評価概要		
A19	③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	非該当
評価概要		