

第三者評価結果（共通項目）

福祉サービス第三者評価基準【共通版】

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

I-1-1 (1)	理念、基本方針が確立されている。	第三者評価結果
	I-1-1 (1)-① 理念が明文化されている。	a
	I-1-1 (1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
評価概要 ①法人の使命や設立の目的を掲げた法人の理念は明文化され施設内に掲示されているほか「法人のご案内」、法人のホームページに記載されています。 ②法人の理念を踏まえて策定された基本方針は明文化され「法人のご案内」及び施設の事業計画、施設のホームページに記載され、権利擁護や専門性、地域との関係性が明示され、職員の行動規範となるような具体的な内容になっています。		
I-1-1 (2)	理念、基本方針が周知されている。	第三者評価結果
	I-1-1 (2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
	I-1-1 (2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
評価概要 ①理念や基本方針は、施設内に掲示されているほか、全職員が携帯している小冊子「常盤会マインド」に明記されています。また、職員会議、朝礼時に唱和するなどして周知しています。 ②利用者にはひらかなで解りやすい文書を施設内に掲示しているほか、利用者で組織する「自治会」開催時に文書を配布し、口頭での説明がなされています。家族に対しては家族会「希望の会」総会で資料を配布して説明がなされています。		

Ⅰ-2 計画の策定

I-2-1 (1)	中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
	I-2-1 (1)-① 中・長期計画が策定されている。	a
	I-2-1 (1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a
評価概要 ① 理念や基本方針の実現に向けた具体的な取り組みを示す事業計画のうち、中・長期計画は5カ年間の「戦略スケジュール」として取りまとめられています。計画は、利用者本位のサービスの提供、人材の育成、ニーズに応じた事業の展開を柱に策定され、目標達成に向けた具体的な計画になっています。 ②単年度の事業計画は、中・長期計画と連動して策定されており、每期計画の評価、見直し可能なシステムになっています。		

I-2-(2)	計画が適切に策定されている。	第三者評価結果
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	a
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者に周知されている。	a
評価概要 ①事業計画の策定にあたっては、毎期年度末に実施される職員アンケートに基づき施設毎に策定され、法人内での手続きを経て決定される仕組みになっています。 ②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、利用者やその家族については、広報誌「常盤会だより」に掲載されるほか、自治会や家族会の総会で説明がなされ周知されています。		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1)	管理者の責任が明確にされている。	第三者評価結果
I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a

評価概要

- ①組織をリードする立場にある管理者の責任については「管理者の役割と責任」「管理者・幹部のリーダーシップ宣言」において明文化されています。施設長は職員会議等で「チーム明星」の牽引役としてリーダーシップを発揮することを表明されています。また、定期的に職員による管理者等の評価を行うなど管理者自身の評価、見直しを行う仕組みが構築されています。
- ②法令遵守については、法令一覧表「サービス提供における主な遵守法令等」の作成や、法人独自の研修を開催するなど法人をあげて積極的に取り組まれています。施設長は研修会に積極的に参加し、管理者は法令を守らせる立場にあるとの認識の下、朝礼、職員会議などでスタッフに理解させ遵守させるための取り組みがなされています。

I-3-(2)	管理者のリーダーシップが発揮されている。	第三者評価結果
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a

評価概要

- ①施設が提供するサービスの質の向上については、「利用者・家族アンケート調査」「自己評価」「第三者評価」を定期的実施し、法人内に設置する「サービス向上委員会」で評価・分析が行われる仕組みが構築されています。
- 施設では施設長が中心になって具体的な改善に向けた取り組みが行われています。

②施設の経営状況及び業務の執行状況については月次報告により分析が行われ、施設長の指示の下に経営や業務の効率化や改善に向けた取り組みが行われています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	第三者評価結果
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a
<p>評価概要</p> <p>①事業経営を取り巻く環境や動向の把握に関しては、法人全体で定期的開催される管理職会議における理事長からの情報や各種研修、会議等に積極的に参加され情報の収集や分析が行われています。</p> <p>②施設の経営状況は毎月作成される「月次報告」によって把握、分析され改善すべき課題については、職員会議や朝礼において職員に周知されています。</p> <p>③経営上の改善課題の発見とその解決、施設経営の透明性を確保する外部監査については、月に1回定期的に公認会計士による外部監査を受けており、公認会計士からの指導や指摘事項については改善に向けて取り組まれています。</p>	

Ⅱ-2 人材の確保・養成

Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	第三者評価結果
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
<p>評価概要</p> <p>①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や人員体制についての総枠は法人本部により管理されています。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、具体的な計画は「戦略スケジュール(中・長期計画)」に明記されています。</p> <p>②法人において意図的な人材育成を推進していく上で有効な人事考課については、法人が独自に策定した「人事評価表」「職能等級フレーム」の活用や、「個人目標面接カード」の作成、年に2回実施される個別面談により公正で透明性のあるシステムが構築されています。</p>	
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	第三者評価結果
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば	a

	改善する仕組みが構築されている。	
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
評価概要 ①職員の就業に関する意向を把握するために、毎月1回施設長と職員が個別に面談をする機会を設けているほか、法人のメンタルヘルス対策の一環として職員が希望すれば外部の専門医師によるカウンセリングを受けられる体制が整備されています。 ②職員の福利厚生については法人全体でソウエルクラブに加入し、職員が利用できるように配慮されています。		
II-2-(3)	職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	第三者評価結果
II-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
II-2-(3)-②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a
II-2-(3)-③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a
評価概要 ①職員の教育・研修に関する基本姿勢は施設の基本方針及び、「求められる職員の在り方」として中長期計画に明示され、中長期計画に基づき策定される事業計画に運営目標及び研修計画が明記されています。 ②個々の職員の教育・研修をより効果的に実施するために定期的にアンケート調査が実施され、その結果に基づいて次年度までの個別の研修計画が策定されています。 人材の育成は施設が策定している中・長期計画の柱のひとつです。個々の目標を設定することによる職員の意欲の醸成や中・長期計画をより具体的で実効性のあるものとするためにも、計画に連動した長期的な視点での個別の職員の研修計画を策定されることが望まれます。 ③履修した研修は「職員研修記録表」に記録され、上司・本人双方による評価、見直しが行われています。		
II-2-(4)	実習生の受け入れが適切に行われている。	第三者評価結果
II-2-(4)-①	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a
II-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a
評価概要 ①保育士、社会福祉士等の実習生の受け入れに関する基本姿勢は「実習生受入マニュアル」に明文化されています。法人としての受入窓口を設け、実際の受け入れについ		

ては各施設に実習指導者を配置し、学校側と覚書を取り交わして実習における責任体制を明確にするなど受け入れ態勢が整備されています。

- ②実習の実施にあたっては、より効果的な実習が行われるよう学校側と協議されており、実習種別にプログラムが作成されています。

Ⅱ-3 安全管理

Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	第三者評価結果
Ⅱ-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
Ⅱ-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a
<p>評価概要</p> <p>①サービス提供の基本となる利用者の安全確保に関しては、法人に「防災・事故防止委員会」を設置しているほか、「感染症(予防・対応)」「事故防止(予防)」「火災発生時における手順」「緊急時対応」の各マニュアルを整備し、職員会議等で職員に周知がなされています。また、利用者に対しては毎月実施している防災訓練時に周知がなされています。帰省時等施設外での災害や事故に対応するため「帰省時対応マニュアル」や「緊急時対応シート」が策定されています。</p> <p>②利用者の安全を脅かす事例として「ヒヤリハット報告書」を作成して定期的に分析を行い、職員会議でリスクの把握とそのリスクを回避するための具体的な対応策の検討がなされています。</p>	

Ⅱ-4 地域との交流と連携

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	第三者評価結果
Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア受け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
<p>評価概要</p> <p>①地域との関わりについては、法人の基本理念及び施設の基本方針において表明され、基本的な考え方が「地域交流規程」に明文化され、「地域貢献委員会」において定期的に検討がなされています。</p> <p>施設が地域社会の一員としての役割を果たすために町内会に加入して審議委員を務められ、地域の行事や奉仕活動に積極的に参加されています。</p>	

<p>②地域に開放する活動として、相談会や、フォーラム・シンポジウムを開催したり、年に3回発行される広報誌「常盤会だより」を地域に配布されています。</p> <p>また施設は台風襲来等の災害発生時の避難宿泊施設としても開放されています。</p> <p>③ボランティアの受け入れについては「ボランティア受入マニュアル」に基本姿勢が明文化され、独自で養成講座や事前・事後の研修が計画的に実施されています。</p>		
Ⅱ－４－（２）	関係機関との連携が確保されている。	第三者評価結果
Ⅱ－４－（２）－①	必要な社会資源を明確にしている。	a
Ⅱ－４－（２）－②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<p>評価概要</p> <p>①施設の目的達成に必要な社会資源については、関係機関、団体の役割や連絡先等がリスト化されて施設内に掲示してあります。必要に応じて活用できるように職員会議や朝礼等で説明し、職員間での情報の共有化が図られています。</p> <p>②定期的に行われる市連絡協議会や特別支援連絡協議会・自立支援協議会の主要メンバーとして参加され、地域における課題解決に向けて連携して取り組まれています。</p>		
Ⅱ－４－（３）	地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	第三者評価結果
Ⅱ－４－（３）－①	地域の福祉ニーズを把握している。	a
Ⅱ－４－（３）－②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a
<p>評価概要</p> <p>①小学校の経営強化委員として運営への参画や、養護学校等と連携等により地域の福祉ニーズの把握に努められ、必要に応じて市の連絡協議会につなぐ役割を担っています。</p> <p>②地域の福祉ニーズに応じて短期入所事業や、日中一時支援事業、相談支援事業等に積極的に取り組まれています。</p>		

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

Ⅲ－１－（１）	利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
Ⅲ－１－（１）－①	利用者を尊重したサービス提供についての共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a
Ⅲ－１－（１）－②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a
<p>評価概要</p> <p>①利用者を尊重したサービスの実施については基本方針に明文化され、施設が策定した個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されています。法人に「人権擁護委員会」が設置され、「人権配慮マニュアル」「虐待防止マニュアル」が整備されており、「人権擁護ハンドブック」の活用や職員会議・朝礼時や、研修会、勉強会の開催などあら</p>		

<p>ゆる機会を通じて職員に理解させる取り組みが行われています。</p> <p>また、必要に応じて成年後見制度の活用も検討されています。</p> <p>②「利用者に対するプライバシーの侵害防止マニュアル」に基づき利用者の保護に配慮したサービスの提供がなされています。プライベートタイムを設定しているほか、来年度からは個室化に向けた取り組みも計画されています。</p>	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に務めている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	a
<p>評価概要</p> <p>①② 毎月開催の自治会や、年に1回開催の家族会「希望の会」に出席して意見や、要望を聴取しているほか、年に2回利用者・家族を対象としたアンケート調査の結果を分析して、課題の把握や改善に向けた取り組みがなされています。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a
<p>評価概要</p> <p>①「利用者(家族)アンケート」「嗜好調査」の定期的な実施のほか、施設内に意見箱が設置されています。また、顔写真付きの職員表の掲示や、相談室の設置により利用者が相談しやすい環境が整備されています。</p> <p>②苦情解決については解決責任者、窓口、第三者委員等解決の仕組みについて施設内に掲示しているほか、施設の重要事項説明書に文書化され利用者及びその家族に説明がなされています。また、第三者委員への定期的な報告会も開催されています。</p> <p>③利用者からの意見等は「苦情解決マニュアル」「ご意見に対する対応マニュアル」に基づいて迅速な対応がなされています。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の上昇に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。	第三者評価結果
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき	a

	課題を明確にしている。	
Ⅲ－２－（１）－③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a
評価概要		
<p>① 理事長が第三者評価を定期的に受審していくことを表明し、法人に担当部署として「自己評価委員会」を設置するなど組織的に積極的に取り組まれています。施設で毎月開催される職員会議のほか、毎年度「自己評価」を行い「第三者評価」も２回受審されています。</p> <p>② 評価の結果については、職員会議や「自己評価委員会」において検討され、取り組むべき課題を明確にしています。</p> <p>③ 評価により明確になった課題については施設の職員会議において改善策が検討され、その都度改善・解決されています。都合により翌年度に繰り越される場合は色分けして明確にするなどして、確実に改善していく仕組みが構築されています。</p>		
Ⅲ－２－（２）	個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	第三者評価結果
Ⅲ－２－（２）－①	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
Ⅲ－２－（２）－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
評価概要		
<p>① サービスの標準的な実施方法については、個別に策定されたマニュアルに文書化されています。各サービスはマニュアルに基づいて提供されています。実施状況については独自のチェックリストで確認がなされています。</p> <p>② 各マニュアルは定期的に見直しが行われ、必要に応じて改訂がなされています。</p>		
Ⅲ－２－（３）	サービス実施の記録が適切に行われている。	第三者評価結果
Ⅲ－２－（３）－①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a
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。	a
Ⅲ－２－（３）－③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a
評価概要		
<p>① 利用者一人ひとりのファイルが整備され、個別支援計画に基づく支援状況を把握しやすいように統一した記録様式に記録されています。記録では利用者の状況の推移の確認がしやすく、個別の把握ができるツールも用意されています。</p> <p>② 適切な記録管理を行うために記録管理の責任者の設置や、文書管理規程、情報開示のマニュアル、文書保存期間マニュアルが整備されており、記録の管理体制が確立されています。記録の管理において配慮すべきプライバシー保護に関する研修を法人で企</p>		

画し、毎年計画的に実施されています。

- ③ 他の事業所と重複して利用されている利用者には、横断的に会議を開き連携を図っていく仕組みが構築されています。連携すべき利用者情報は、パソコンLANにより共有化が図られています。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	第三者評価結果
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a

評価概要

- ① 利用希望者への情報は法人のホームページに公開され、各事業所別に閲覧できるようになっています。施設見学者にはパンフレットとパワーポイントを活用して説明がなされています。写真を多く使いわかりやすく工夫されたパンフレットは施設のほか、ハートピア鹿児島や自営のレストランなどに配置されています。施設の体験利用は行われていませんが、ショートステイ用に準備された10室はいつでも利用できるようになっています。
- ② サービス開始時には、サービス内容や利用料金等が記載された重要事項説明書・契約書によりわかりやすく順序立てて説明がなされ、利用者・家族の同意を得ています。

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	第三者評価結果
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a

評価概要

- ① サービス終了時の退所手続きは退所マニュアルに基づいて行われています。退所時にはサービスの継続性に配慮したつなぎシート(いわゆる継続支援シート)が準備されています。退所にあたって必要な手続きのほか、関連機関などの社会資源一覧、施設側がいつでも相談に応じる旨の書類などが準備されており、法人内の相談事業所と連携して退所後も支援できる体制が整備されています。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。	第三者評価結果
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a

評価概要

- ①個別支援計画作成におけるマニュアルが整備されており、施設の所定の様式に沿ってアセスメントを実施し、心身の状況や生活状況等の把握がなされています。また、アセスメントの見直し等の手順も定められています。
- ②アセスメントの内容を踏まえて、サービス場面ごとの個々のニーズや課題が明示されています。

Ⅲ－４－（２） 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	第三者評価結果
Ⅲ－４－（２）－① サービス実施計画を適切に策定している。	a
Ⅲ－４－（２）－② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a

評価概要

- ① サービス実施計画書は個別支援計画作成マニュアルに従い、サービス管理責任者を作成責任者として全職種が参画して作成されています。作成にあたっては利用者やその家族の意向を把握して支援計画に反映させています。
- ② 実施計画の見直しにあたってはサービスの状況をチェックシート等で把握し、モニタリングを行っていく仕組みを構築しているほか、利用者や家族へのアンケートにより意向を聴取して計画にフィードバックしています。