

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
<p>評価概要</p> <p>①理念は「常盤会マインド」や「リーフレット」「広報誌」等に記載されており、法人が利用者も地域住民である事を基に実施する福祉サービスの使命や目指す方向性が記載されています。</p> <p>②法人理念に基づいた基本方針は、利用者自ら生み出せる支援を尊重し利用者の状態に合わせた支援や、エンパワメントの理念に基づいた障害者福祉の基本的な考えが「リーフレット」「支援計画」等に掲載されており、職員の行動規範となるような具体的内容となっています。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>①理念は全体会議や職員会で説明されており、職員全員が「常盤会マインド」という冊子を所持しています。また、職員会議で実践テーマについて「ワークシート」を活用し、グループワークで協議され実行されています。理念や基本理念の周知状況は、「目標面接カード」を用いて面接を行い周知が継続的に行われています。</p> <p>②理念や基本方針を、わかりやすい表現や具体的な内容・写真を掲載した「支援計画」を冊子にして職員・家族に配布されています。また、年3回の家族会や、毎月実施されている自治会で説明がされており、掲示物はわかりやすい文章にルビを付けた掲示を行い、利用者に周知できるように工夫されています。</p>		

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
<p>評価概要</p> <p>①理念や基本方針の実現に向けたビジョンが明確にされ、3～5年の中長期計画は具体的な内容となっています。管理職会議や課題検討会等で計画の実施状況や評価及び見</p>		

直しが実施されており、定期的または必要に応じて見直しが行われています。	
②事業計画には、中長期的な内容が具体的に示されており、可能な限り数値目標が設定され、目に見える評価が行えるように配慮されています。また、管理職会議等の反省に基づいて、人材育成（特に新人職員）にOJTを導入するなど改善が行われています。	
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計画は年度終了時はもとより、年度途中に事業計画の実施状況についてアンケート調査が行われ、9月に中間評価が実施されアンケート等を参考に課題検討委員会において、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握・評価が行われています。 ②計画は「支援計画」で説明されており、表現に「ねらい」など言葉の使い方や文字にルビをつけ、わかりやすく工夫され利用者家族・職員に配布されています。また、視覚的にわかるように写真を多く用いたパンフレットも作成配布されており、各計画は課題検討会で月に2回検討され、職員会議で報告が行われています。	

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管理者の自らの役割と責任については、職務分掌等に文章化されており、組織の広報誌等に掲載されています。また、朝礼等で運営方針の説明を行い、グループワーク等も実施されています。自らの行動が職員や利用者から信頼を得ているかどうかは、個別面談を年2回行うことで把握されており、コンプライアンスチェック表等を用い定期的に評価の見直しを行っています。 ②障害者虐待防止等の外部研修会や、法人内職員研修会・勉強会にも参加されています。また、汚水・器具の処置等、環境への配慮等幅広い分野について遵守すべき法令等は把握されリスト化されています。毎朝、朝礼で「人権擁護のハンドブック」の読み合わせが行われており、法令等の遵守の為に具体的な取り組みが行われています。		
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
<p>評価概要</p> <p>①実施する福祉サービスの質の現状について、利用者と家族にアンケート調査を年1回実施されています。サービス向上の為にアンケートは無記名で実施し、結果について課題検討会で検討を行い、改善の為に具体的な取り組みを行っています。福祉サービスの質の向上については、組織的に第三者評価の項目について自己評価を毎年行い、自施設の弱い部分を計画的に改善する具体的な取り組みを明示し、指導力が発揮されています。</p> <p>②管理者は月次報告を本部に提出し、管理職会議で経営や業務の効率化と改善について分析が行われており、理念や基本方針の実現に向けて、人員配置基準の向上、記録書式の改善を行い、業務時間の簡素化、職員が昼食をゆっくり取れる為の工夫をおこなっています。また、管理者が職員の「気づき」を大切にし、具体的な気づきを課題検討会で検討する体制が構築され、管理者自らも積極的に参加しています。</p>	

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社会福祉事業全体の動向は、理事長が全国の法人経営協の役員をされ、理事会等で情報を把握されており、また、福祉新聞や月刊誌等を活用して新しい動向の把握に努めています。また、養護学校訪問や事業所説明会に参加されており、事業所が位置する地域での福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータが把握されており、中長期計画や事業計画で付帯事業の推進等具体的に反映されています。</p>	
<p>②月次報告が毎月本部に提出されており、本部でサービスのコストや利用者の推移等を分析し、管理職会議や課題検討会で検討され、課題が職員会議で周知されています。</p>	
<p>③公認会計士による指導・助言を受け、経営改善を行っています。</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時代を担う専門性豊かな人材の育成が中長期計画に明記されており、「目標面接カード」を用いて個人目標を設定し、有資格者の育成等具体的な計画が作成され「個人研修ファイル」も活用されています。</p> <p>②人事考課の客観的基準が職員に明示されており、能力評価基準等が具体的に示されています。目標面接カードによる面接が行われ、中間点で自己評価を行い見直しも行われています。結果のフィードバックは面接の中で伝えています。</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改善する仕組みが構築されている。	a
Ⅱ-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
<p>評価概要</p> <p>①職員の有給消化率は数値化されており、時間外労働についても超過勤務届と年2回の面接で把握され、個人面談において偏りがないように管理されています。職員の意向・意見や就業状況の結果は、本部で分析され管理職会議で検討されています。改善策は事業計画等に人員体制の増加等は具体的なプランに反映されています。また、職員の悩み相談窓口が掲示されており、希望があれば職員が相談できるように専門医との連携が確保されています。</p> <p>②ソウェルクラブに加入しており、各種施設の割引やチケット獲得等メリットを十分に活用され総合的な福利厚生事業を実施しています。</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。		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
<p>評価概要</p> <p>①基本方針や中長期計画の中に、組織が求める基本的姿勢や意識及び専門技術や専門資</p>		

<p>格が明示されています。また、サービス管理者研修やリスクマネジメント研修等は勤務時間内で受講されており、社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員等の資格取得の研修受講等には勤務上の配慮が行われています。</p> <p>②組織として「求められる職員の在り方」が具体的に明示されており、面接も行われています。個別研修アンケートによる職員の意向を取り入れ、法人内研修計画が策定されています。また、個別に職員研修記録ファイルが作成され、本人の希望に沿った研修・教育が実施されています。教育・研修では事例検討会や外部講師を招き、有効と思われる技術の導入に努めています。</p> <p>③研修を終えた職員は、復命書及びレポートで報告を行い、回覧され、職員会議等で発表を行っています。復命書やレポートには上司の評価も含め期待する事等が記入されています。また、「職員研修記録」で自己及び上司の評価・分析が行われ、職員研修アンケートの結果も計画に生かされており研修内容やカリキュラムを見直ししています。</p>	
<p>Ⅱ－２－（４） 実習生の受け入れが適切に行われている。</p>	<p>第三者評価結果</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>評価概要</p> <p>①「実習生受け入れマニュアル」に実習生の受け入れに関する基本姿勢が明文化されており、実習生受け入れについての窓口・事前説明・オリエンテーションの実施方法は手順マニュアルに記載され、意義や目的等も含めて整備されています。実習受け入れに当たっては、学校と覚書を取り交わしており、実習責任体制は明確にされています。実習指導者は全国社会福祉協議会主催の指導者講習を受講し、学校側と連携しながら取り組まれています。</p> <p>②社会福祉士・介護福祉士等実習別プログラムを用意しています。学校側と実習内容について連携され、実習指導者会議で継続的な連携が維持されています。</p>	

Ⅱ－３ 安全管理

<p>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。</p>	<p>第三者評価結果</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>

評価概要

- ①利用者の「緊急時対応マニュアル」の整備や担当者配置が組織的に確立されており、管理者は利用者の安全を確立する為に取り組みリーダーシップが発揮されています。安全確保に関して、職員会議や自治会でも検討がなされています。利用者一人一人の健康管理情報や服薬一覧が作成されており、緊急の際に利用者の状態を的確に伝える事が出来る緊急時対応シートを作成し、持ち出し袋に入れ緊急時に備えています。救急救命講習を年2回実施し、避難訓練には利用者も参加して実施されています。消防署・医療機関との協力体制はもとより、地域自治会との情報交換・協力体制もできています。
- ②ヒヤリハット報告・事故報告による事例の収集を行い、職員会議で報告した上で対策を検討しています。また、施設内研修において年2回KYT訓練、事故防止防災委員会でヒヤリハット・事故報告を分析し、事故防止策等の安全確保の体制が構築されています。更には、不審者対策訓練を実施し利用者の安全も図っています。

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

評価概要

- ①地域交流規定に地域との関わり方について、基本的な考え方が明示されています。地域貢献委員会が設置され、地域行事の資料やポスターを掲示板や車両の中に掲示し、利用者・家族に案内しています。利用者が地域行事・活動に参加する場合、職員やボランティアが援助する体制が整っています。常盤会フォーラムやスポーツレクリエーション交流事業を開催し、地域住民に向けた施設や利用者への理解を得る活動を行っています。また、地域審議会に委員として参加しており、地域清掃等にも参加されています。お使い方式の買い物活動やバス・電車等の公共交通機関を利用する機会を設けています。
- ②常盤会フォーラムを開催し、地域住民や学校・団体等に参加を呼び掛けし、事例発表会やシンポジウムを行い障害者福祉の啓蒙活動を行っています。法人内に相談事業所が併設され、地域ニーズに応じた支援活動を行っています。また、近隣には施設の広報誌を届け、施設の理念や方針諸活動の内容等について情報発信しています。
- ③ボランティア受け入れマニュアルに、受け入れに関する基本姿勢や受け入れ手順が明示されており、知的障害者の方々への接し方・望ましい行動等の注意項目が整備されています。ボランティア募集を計画的に行っており、ボランティア終了後にアンケート

トを取り、ボランティアへの意識を深める配慮がなされています。		
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
評価概要		
①「関係機関一覧表」を作成・掲示し、社会資源を明確にしています。その社会資源については職員会議等で説明され、職員間で情報の共有化が図られています。		
②市施設連携協議会・自立支援協議会・養護学校等と定期的な連絡会を開催し、連携・協議が行われています。		
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
評価概要		
①養護学校を定期的に訪問し、生徒の進路相談や家族、先生方から具体的ニーズの把握に努めていると共に民生委員との会議にも参加しています。法人内に相談事業所が併設されており、地域からの相談にも対応することで行政・協議会・地域からの情報の把握に努めています。		
②法人内にグループホーム・ホームヘルプサービス、ショートステイ等の在宅支援があり、把握した福祉ニーズに基づき中長期計画や事業計画に具体的な事業展開が明示されています。		

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

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
評価概要		
①理念や基本方針に利用者を尊重し、基本的人権の尊重・権利擁護等福祉サービスの実施について明示してあり、「支援計画」が利用者・職員へ配布されており、利用者を尊重したサービス提供の基本姿勢・実施方法が反映されています。法人の職員研修で、プライバシー保護の勉強会も実施されており毎朝の朝礼で「人権擁護ハンドブック」の読み合わせを行い、職員への意識づけの徹底を行っています。人権擁護委員会が組織の中に位置づけられており、取り組みが明示されています。		

②利用者のプライバシー保護について「常盤会マインド」「プライバシー保護マニュアル」が整備されています。	
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
評価概要 ①自治会を毎月行い、利用者の要望や希望が把握されており、サービス向上委員会がアンケートを年1回実施し行きたい場所等の把握が行われています。 ②サービス向上委員会・献立検討委員会により、行事アンケート・嗜好調査等が行われており、その結果を分析し検討を行うことで改善をおこなっています。結果については自治会や家族会で報告されています。	
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
評価概要 ①重要事項説明書の中にも複数の相談窓口がある事が示され、相談室も設けられています。また、食堂ホールには、苦情や相談ごとが「困っている事は無いですか」と利用者に解るような表現や絵にして掲示されています。 ②利用者、家族には重要事項説明書の中で、苦情解決の仕組みを説明しており施設内にも掲示しています。苦情が出た場合は、苦情の詳細や検討内容・改善策について記録に残してあり、当事者にはしっかりと説明できる体制ができています。 ③利用者から意見等が出た場合には、意見対応に対する対応手順のマニュアルがあり迅速に対応しています。利用者の意見や提案に時間がかかる場合には、状況を速やかに報告しています。又、対応マニュアルの定期的な見直しをおこない、苦情や意見等は福祉サービスの改善に反映するようにしています。	

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課題を明確にしている。	a
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
<p>評価概要</p> <p>①計画的に第三者評価を受審されており、評価内容の基準も定められています。それに基づいて定期的に自己評価及び第三者評価が実施されています。事業所としても福祉サービスを提供するについて、前回よりもより良いサービスをと考えるようになり、日々の業務の中で評価結果をもとに改善に向けて取り組んでいます。</p> <p>②年に1度の自己評価と3年に1度の第三者評価受審により、評価結果に関する課題を明確にし、月2回の検討委員会で検討して、サービスの改善に向けて取り組んでいます。</p> <p>③評価結果を受け、課題検討会等で評価結果に関する分析及び課題の明確化がなされ、課題についての改善計画が立てられています。又、必要に応じて事業計画にも反映するようにしています。</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
<p>評価概要</p> <p>①サービスの標準的な実施方法についてマニュアルが整備されています。利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている「個別計画」「常盤会マインド」に基づき職員会等で周知されています。支援チェックリスト、コンプライアンスチェック、人権擁護チェックリストで「個別計画」に基づいたサービスが実施されているかどうかの確認がされています。</p> <p>②マニュアルの見直しは「マニュアルの見直しの基準」が作成されており、毎年1回、職員会や利用者からの提案を受けて「課題検討委員会」で見直しが行われています。</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
<p>評価概要</p> <p>①「支援日誌」「ケース記録」が作成されており、サービス実施計画に基づくサービス</p>	

の実施が記録されています。具体的な記入例を示した「支援記録の書き方」が作成されており、記録内容にばらつきが生じないように工夫されています。

②施設の職務分掌に記録の管理者明示がされています。「文書保存期間マニュアル」に基づいた記録の保存・廃棄がなされています。利用者・家族からの情報開示の要請については「開示の手順書」が整備されており、職員には個人情報保護の研修を実施し法令を遵守するように努めています。

③利用者の状況等は、日々の申送り、個々の利用者のケース記録で職員間の情報の共有化を図っています。又、法人内にネットワークシステムが構築され、法人全体で情報が出来る仕組みができています。

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サービス内容等についてはホームページにも公開されており、リーフレットを作成し、行政窓口や公共施設、催し物会場等に設置されています。又、施設紹介のパワーポイントが作成され、随時更新できるように工夫されています。夏休みを利用し「夏のオープンサポート」の企画、通所体験等を養護学校等に案内し実施されています。

②利用者のサービス開始時は、契約書及び重要事項説明書でサービスの内容や利用料金等を説明し、解りやすいリーフレットが作成され、「困った時は相談してください」のシート等を配布、又、文書にルビをつける等利用者にも解り易いように工夫がされています。

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施設を退所し他の施設や地域、家庭に移行時は、「つなぎシート」「継続支援シート」を利用し、利用者の生活を継続して支援できるようにしています。施設を退所された後も利用者・家族の支援に対し相談支援センターハートフルがあり、担当者や窓口を設置している事を説明し、安心した生活ができるように情報提供し支援されています。

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
<p>評価概要</p> <p>①施設内で統一されたフェイスシート、アセスメント表を活用し、利用者の個々の状態把握や利用者の希望、将来の生活等についてアセスメントを実施し記録されています。アセスメントは9月、2月の年2回見直しが行われ、又状態変化時にも見直しが行われています。</p> <p>②個々のニーズや課題を明示する手続きは「個別支援計画作成マニュアル」に示されており、利用者毎に個別支援計画が作成されています。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>①サービス実施計画の責任者は明示されており、「個別支援計画作成マニュアル」が整備され、サービス実施計画を策定するための手順が示されています。サービス実施計画は多職種と協議され、支援上の留意点等具体的な内容になっています。計画通りのサービスは「支援日誌」「グループだより」に記載されています。</p> <p>②モニタリングに家族と利用者のサービスの満足度の項目があり、利用者の視点を含め多職種でサービスの見直しを行っています。変更されたサービス内容は回覧を行い周知されています。</p>		