

### 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-1-1-2 ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
<p><b>評価概要</b></p> <p>①法人のパンフレットやホームページ、事業所の掲示板などに基本理念が具体的に示され、進む方向性が明文化されています。</p> <p>②理念に基づく目標が、法人のパンフレットやホームページ、事業所の掲示板などに掲載され、基本的な考え方や姿勢が明示されています。</p>		
I-1-2	(2) 理念、基本方針が周知されている。	第三者評価結果
	I-1-2-1 ① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
	I-1-2-2 ② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
<p><b>評価概要</b></p> <p>①会議や研修の最後に、理念を復唱し周知に心掛けています。月に一回北部と南部に分かれ全体会が行われ、その時にも理事長の訓話や研修が行われ、最後に理念を復唱しているのを確認できました。</p> <p>②自治会において、わかりやすい文章に置き換え、またルビをつけて読みやすい資料を示し、何度も説明をしていることを自治会議事録にて確認できました。</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-2-1-2 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><b>評価概要</b></p> <p>①②中・長期計画が三つの区分ごとに作成され、組織の理念や基本方針の実現に向けて課題や問題点が具体的な内容になっています。また、事業計画は年度ごとに示されており、計画の変更は現実にはないとのことでありましたが、事業の進捗の確認をし確実な遂行が把握できる仕組みがとられています。また、職員アンケートを使い職員の意見を取り入れる仕組みがあり、最終的には管理職会議において調整をしているということでした。</p>		

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
<p><b>評価概要</b></p> <p>①職員会議時に、あらかじめ定められた時期において中間評価を行っています。また、当年度達成できなかった事業等は、次年度に継続して取り込むようになっています。職員アンケート及び職員会議を実施し、最終的には管理職会議にて調整をしているということでした。</p> <p>②職員においては人事考課時や各会議にて周知し、利用者にたいしては自治会時にて説明を行い、周知を行っていることを議事録等で確認できました。また、パワーポイントを使い、字の理解の困難な方などに配慮してわかりやすいように写真などを使い、利用者に数回説明を行っています。</p>		

**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
<p><b>評価概要</b></p> <p>①法人において、管理者のリーダーシップ宣言が作成されており、役割を明確にするとともに、会議や研修において表明しています。施設長は、事業計画作成にも積極的にかかわり、リーダーシップを発揮しています。また、職員との個別面談や利用者の個別支援計画にも積極的にかかわっています。</p> <p>②法令の一覧表を整備しています。全国、県、市社会福祉協議会等が企画する研修会に積極的に参加し、見聞を深めています。また、チェックリストを作成し、環境への配慮や安全性の確保に努めています。外部講師を招き法人研修を毎年計画し実施しています。</p>		
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><b>評価概要</b></p> <p>①法人において管理者のリーダーシップ宣言が作成され、施設長は意識付けされています。また、第三者評価を受審しない年度は、自己評価を行い、利用者や家族アンケート</p>		

トも実施しています。職員は施設長に対してアンケート方式の評価を行っており、施設長としては思いがけないことを書かれたりするが、真摯に意見を受け止め、組織構築の参考にしているということです。また、人事考課、研修、コンプライアンスアンケートを行っています。

②ケース会議に参画し、本部と連携、職員の負担のないよう配置を考え、報酬の配置加算をとれるよう努力しています。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-1 (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) -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 (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 (1) -③ 外部監査が実施されている。	a
<p><b>評価概要</b></p> <p>①②③毎月公認会計士に委託し、経営分析表の作成をしてもらっています。特に日ごろ指摘されることはないとのことでありましたが、利用者の出欠状況により変動する状況を尋ねられることがある程度とのこと。また、経営分析表を基に管理職会議において共有化を図っています。</p>	

### Ⅱ-2 人材の確保・養成

Ⅱ-2-1 (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) -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 (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><b>評価概要</b></p> <p>①人事管理における基本方針を作成しており、資格取得に必要な職場内での配慮がなされています。事業計画にも取り込まれ、中・長期計画にも有資格者の養成の項目があり、報酬加算の獲得も含め、法人全体の取り組みがなされています。</p> <p>②課業の一覧表をしっかりと作成し、人事考課制度を運営し、客観的に実行しています。</p>	
Ⅱ-2-2 (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 (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><b>評価概要</b></p> <p>①職員の有給休暇の消化率が、わかりやすい一覧表にまとめてあります。法人本部で職員の意向等を集約し、検討する仕組みを構築しています。また、必要に応じドクター等の紹介もできるようにあらかじめ指定公表してあります。</p> <p>②福利厚生ソエルクラブに入会しています。また、法人の親和会、市知的障害者福祉協会での他の事業所とボーリングなどの交流も積極的に参加しています。</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><b>評価概要</b></p> <p>①基本方針や中・長期計画の中で職員の専門性の向上という区分があり、積極的な資格取得の推進を具体的な資格名や人数を上げ奨励しています。</p> <p>②報酬上の加算を視野に各事業所に国家資格の取得者の配分を考え、配置していこうと「職員研修記録表」を活用して計画しています。</p> <p>③研修報告レポートやアンケートをもとに、職員会議にて検証し、見直しを行っています。</p>	
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
<p><b>評価概要</b></p> <p>①「実習推進委員会」を設置しており、マニュアルに沿って受け入れを行っています。</p> <p>②各目的の実習ごとにマニュアルが記載され、各法人内事業所と連携して行うようなプログラムを作成しており、実習先の事前・事後協議会に参加しています。社会福祉士や介護福祉士教員等の実習受け入れも積極的に行っています。</p>	

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><b>評価概要</b></p> <p>①「防災・事故防止委員会」を年3回以上開催しており、毎月の自治会の時や防災訓練時に「緊急対応マニュアル」に沿って開催し説明しています。</p> <p>②ヒヤリハットを実施し、それを集計し時間の分析などを行っています。また、安全点検日を設け、継続的にリスクの把握に努めています。</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><b>評価概要</b></p> <p>①②③地域交流規定があり、「地域貢献委員会」が設置されています。利用者も自治会で地域の社会資源を活用できるように、関係機関一覧表やゆうあいブックを活用しての自主的活動の支援をしています。おはら祭りや谷山ふるさと祭りに参加したり、地域の清掃活動に参加し、地域とのコミュニケーションや交流に心掛けています。「ボランティア受け入れマニュアル」を作成し、ボランティアを積極的に受け入れています。地域に向けてフォーラムを開催し、多数の参加の実績があり、来年度も地域に向けて発信していきたいということでした。地域への発信はもとより、職員の専門性の向上のきっかけや自信につながり、支援にも活気が出てきているということでした。</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><b>評価概要</b></p> <p>①地域の関係機関や必要な社会資源のリストを作成し、職員会議等で情報の共有を図っていることを資料と9月の職員会議の議事録で確認できました。</p> <p>②事業所にはジョブコーチがおり、就労ネットワーク会議に参加し、障害者職業センタ</p>	

ーやハローワーク、障害者就業・生活支援センター等と連携が行われています。		
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
<b>評価概要</b> ①法人で相談支援事業を行っており、そこと連携しニーズの把握に努めています。また、必要に応じ民生委員と協力し、地域の障害者の対応をしているということです。 ②おはら祭りや谷山ふるさと祭りに参加し、障害者の理解などの普及に努めています。また、法人で城山観光ホテルでセミナーを開催し、幅広く事業・活動を行っています。		

### 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

<b>評価概要</b> ①職員は毎年作成する支援計画や法人マインドを全員携帯し、業務の流れや心得、個別の状況を把握し支援にあたっています。また、人権擁護の研修など外部講師を招き研修会を開催しています。 ②人権侵害のマニュアルや規定を整備し、法人の研修計画には毎年取り入れており、県知的障害者福祉協会主催の人権擁護研修には毎年参加しています。人権擁護のハンドブックやチェックリストを活用して計画的な取り組みがなされています。		
---	--	--

Ⅲ-1-(2)	利用者満足の向上に務めている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a

<b>評価概要</b> ①②QCサービス向上委員会を設置し、サービス向上アンケートを毎年利用者や家族に実施しています。意思の表現が、困難な利用者からもあらゆる工夫により、くみ取る仕組みを試みています。その他嗜好調査などを行い自治会も毎月開催し、積極的に改善課題がないか把握に努めています。施設内研修の中で、利用者のことを適切に理		
---	--	--

解していく為の研修やてんかん等の支援、リスクマネジメントへの対応、社会人マナー等の接遇等、利用者の満足に不可欠な内容を計画的に取り入れています。	
Ⅲ-1-1-(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-1-1-(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-1-1-(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-1-1-(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><b>評価概要</b></p> <p>①相談できるスペースを確保しています。</p> <p>②苦情解決の規定・マニュアルが整備されており、苦情解決責任者の設置はもとより年1回すべての苦情に関して報告し、それを苦情解決責任者のもとで確実に検証していくとのことです。</p> <p>③意見箱が設置され、毎週金曜日に開封しているとのことでした。苦情に対する手順マニュアルがあり、「QC向上委員会」に於いて検討し、本人や家族に必要な応じ全体に報告していました。</p>	

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-1-(1) 質の向上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)-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-(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-(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><b>評価概要</b></p> <p>①平成22年度より毎年自己評価を実施しており、今回が初めての第三者評価の受審となります。自己評価及び第三者評価を担当する職員が設置され、自己評価結果を分析・検討しています。</p> <p>②平成24年度より課題検討会を開催し、改善シートにより課題を明確化し、職員へ周知しています。結果についての分析まで行っています。</p> <p>③明確化された課題については、課題検討会で改善策や改善計画を検討して職員に周知しています。また、改善計画の実施状況を評価するシステムが構築されており、達成度についてチェックし進捗確認をしています。</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><b>評価概要</b></p> <p>①「常盤会マインド」を全職員へ配布し、いつでもマニュアルの確認ができるようにしています。また、「職場開拓マニュアル」により職員の接遇にも対応するなど、幅広く網羅したマニュアルが作成されています。</p> <p>②平成24年度に全マニュアルの見直しを実施しています。年度末には全マニュアルを見直すほか、職員からの提案や利用者からの要望、苦情があった場合には、直ぐに見直す等マニュアルの見直し基準が確立されています。また、各種委員会で見直しを行うマニュアル、事業所で見直すマニュアル、法人で見直すマニュアルが定められており、分かりやすいように色分けして記載されています。</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
<p><b>評価概要</b></p> <p>①「記録の取り方マニュアル」により支援記録の目的や記録する上での注意点、支援記録記入例等示し、統一した記録になるようにしており、これに従い支援日誌やケース記録に適切に記録がなされています。</p> <p>②「文書保存期間マニュアル」により、利用者の記録の保管、保存、廃棄について規定されています。また、「個人情報開示請求取扱規定」や「重要事項説明書」に利用者や家族からの情報の開示について記載がなされています。記録の管理についても、事業所内で個人情報保護と情報開示の研修を実施しており、適切に管理体制が整備されています。</p> <p>③利用者の状況に関する情報については、事業所内では個別支援計画検討会議の中で情報を共有する他、利用者の性格や留意点等を一覧表にまとめて職員全員に配布して情報の共有化を図っています。法人内のグループホームを利用している利用者もいることから、各事業所の施設長、主任、サービス管理責任者等がメンバーとなり毎月調整会議を開催し、利用者の情報を共有するとともに、部門を超えて課題解決に向けた取り組みを協議する場を設けています。</p>	

## 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ホームページに施設の紹介やイベント等を掲載し、こまめに更新がなされています。リーフレットは、多くの方への情報提供がなされるように「ハートピアかごしま」に置いてあります。体験利用の案内についてのリーフレットも作成されており、利用希望者や見学者に対しては、パワーポイントで作成した事業所の活動内容等を示した紹介資料を用い説明をしています。説明資料は、写真や絵を多く使用し、ルビを振る等の工夫をしてわかりやすい内容となっています。見学者は、年間500件を超える実績となっています。
- ②サービス開始にあたっては、利用者、家族に契約書、重要事項説明書の内容をわかりやすく説明し同意を得ています。同時に地域福祉権利擁護事業についても、絵を用いたわかりやすい資料に沿って説明しています。利用者がいつでも閲覧できるように、文字を大きくルビを振った契約書や重要事項説明書が作業場出入り口に設置されています。

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「退所者に関するマニュアル」が策定されており、別の施設を利用する場合には、「つなぎシート」にて引継を行っています。就職する場合には、本人の同意を得たうえで「企業への情報提供シート」にて企業に情報提供をしています。
- 退所時には、退所後であっても困ったことがあった場合いつでも連絡ができるように相談窓口の電話番号、担当者名を記載した「相談シート」を配布し退所後の継続した支援体制も整備しています。

## 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><b>評価概要</b></p> <p>①「個別支援計画作成マニュアル」が策定されおり、就労移行支援・生活訓練は3か月毎、就労継続支援B型は6か月毎に実施されています。アセスメントは、生活基盤、健康、日常生活、コミュニケーション、社会生活技能、社会参加、教育・就労、家族支援、その他ご本人、ご家族の要望等の9つの領域について細かく行っています。</p> <p>②利用者の課題については、「課題（ニーズ）の整理表」を用いて優先順位を付けて明示しています。</p>	
<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。</p>	<p>第三者評価結果</p>
<p>Ⅲ－４－（２）－① サービス実施計画を適切に策定している。</p>	<p>a</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>
<p><b>評価概要</b></p> <p>①個別支援計画は、サービス管理責任者が「個別支援計画作成マニュアル」に沿って利用者ごとに策定しています。個別支援計画検討会には利用者やグループホーム利用者の場合にはグループホームの職員も検討会に出席し、就労面、対人面、生活面について利用者の意向を確認しながら実施しています。</p> <p>②個別支援計画の見直しについては、「個別支援計画作成マニュアル」に沿って個別支援評価表を作成し目標の達成度と評価を行い支援内容の見直しを実施しています。利用者は、原則として2年間の利用となるため、年度ごとに1年間の支援内容を考察して次年度に繋げるなどPDCAサイクルを継続して実施しています。</p>	