

(別記)

(公表様式2)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

評価機関

名 称	公益財団法人 総合健康推進財団 九州支部
所 在 地	熊本市中央区保田窪1-10-38
評価実施期間	平成24年11月2日～平成25年3月29日
評価調査者番号	第06-062号
	第06-067号
	第06-079号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：障害者支援施設 愛隣館	種別：障害者支援施設
代表者氏名（管理者）：館長 三浦 貴子	開設年月日：昭和63年4月1日
設置主体：社会福祉法人 愛隣園 経営主体：障害者支援施設 愛隣館	定員：70名 (利用人数72名)
所在地：〒861-0551 熊本県山鹿市津留2022番地	
連絡先電話番号： 0968-43-2771	FAX番号： 0968-43-2793
ホームページアドレス	http://aileans.com

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
施設入所支援事業 生活介護事業 日中一時支援事業 短期入所事業 相談支援事業 居宅介護事業 重度訪問介護事業 同行援護事業 生活介護事業所愛隣館デイケアセンター 生活介護事業所愛隣倶楽部 多機能型ケアホームぴあハウス(福祉ホーム・共同生活介護事業) 地域生活支援センターぴあぴあ 就労移行支援ぴあワーク	さくらハイク・つつじハイク・風船バレーボール大会・熊本県障害者スポーツ大会・施設親善オセロ大会・法人愛隣園夏まつり・月見の宴・山鹿市ふれあいピック・日帰り旅行・一泊旅行・法人愛隣園クリスマスの集い・初詣・節分豆まき・バレンタイン家族懇談会・シーズニングの日中活動外出行事。
居室概要	居室以外の施設設備の概要
個室（10カ所）・2人部屋（17カ所）・4人部屋（6カ所）・短期入所居室（4カ所空床利用）	食堂・医務室・浴室（一般浴室・機械浴室）・洗面所・トイレ・相談室・清養室・集会室・機能回復訓練室・1号館ラウンジ・3号館ラウンジ・洗濯室・リネン室

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1		福祉施設士	1	
副施設長	1		社会福祉士	9	
事務員	1		精神保健福祉士	1	
サービス管理責任者	2		介護福祉士	3 0	
生活支援員	4 1	1	理学療法士	1	
看護師	6		ホームヘルパー 1 級	1	
理学療法士	1		ホームヘルパー 2 級	2 7	1
栄養士	2		社会福祉主事	6	
調理師	5	1	正看護師	1	
			准看護師	5	
			栄養士	2	
			調理師	5	
			防火管理者	3	
			衛生管理者	1	
			サービス管理責任者	6	
			相談支援専門員	1 2	
			危険物乙種	1	
			大型 1 種免許	8	
			大型 2 種免許	1	
合 計	6 0	2	合 計	1 2 1	1

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 評価結果総評

特に評価の高い点

理念が明文化され、理念に基づくサービス基準 8 項目（個々のニーズ、自己決定と選択、個性と可能性の尊重、参加と統合、プライバシー、尊厳、秘密保持、人権尊重、危機介入、家族関係・人間関係、サービス管理）が利用者の尊重されるべき権利として謳われ、サービス提供の具体的な指針として明確に示されています。職員は「共生」の理念を持ち、基本方針に基づいて、支援の方向性をお互いに確認しながら、また認め合って、自分の果たすべき役割に生き生きと取り組んでいる姿を見ることができました。

利用者が地域に参画するために、社会資源を充分に利用できる体制づくり等、事業所としての支援体制の整備に時間をかけて取り組まれてきています。利用者は自由に外出することが可能であり、希望すれば海外旅行などの支援も受けられます。愛隣館の歴史の中で、利用者の様々なニーズに対してどう応えていくかという、事業所としての意識とノウハウが蓄積されており、職員にもそれが浸透していることが感じられました。

個別支援計画は定められた手順に沿って行われているだけでなく、各課各部署のアセスメントにより、サービス場面ごとに分かりやすい言葉で策定されており、一人ひとりの利用者に対してどのように支援するかが具体的に記載されています。また、支援計画は必要に応じて随時追加修正を行ない、利用者や家族の同意を得る手順が明確に定められています。

職員へのヒアリングやアンケートからも働きやすい職場であるという言葉が多く聞かれ、職員はライフスタイルを考慮した勤務体制での就業が可能です。事業所独自の執務・業務評価をもとに個別の研修計画が立てられ、事業所内外の研修への積極的な参加を支援しています。

平成 18 年より三障害統合となり、身体障害者療護施設であった愛隣館でもすでに障害種別が異なる方へのサービス提供が行われています。意思表示の困難な方や自ら要望や希望を発信できない方、またデリケートな対応が求められる方など、障害を問わずに受け入れ、丁寧に個別支援計画を策定しサービスを提供しています。マンパワーの問題や方法論において困難が多いと推察されますが、身体障害者療護施設として先駆的に培ってきた経験と機能を今後も積極的に発揮され、愛隣館の理念に沿って障害の多様な特性に応じた支援を確立し、地域社会における共生の実現への先人となられることを期待します。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H25.5.23)

開設から 25 年の節目に、生活サービス部（入居部門）が評価を受審し、サービスの現状を直視して、今の立ち位置を確認する機会が得られたと感謝しています。

今回、サービス管理責任者を中心に、全スタッフで学び取り組んだ評価までのプロセスが、「課題の明確化と目標の共有」、「組織全体の意識の向上」へとつながりました。

事業に従事する私達でさえ、サービスの全体像を表現するのは難しいことです。しかし、結果の総評及び分類別評価内容において調査員の方々が極めて丁寧に聴きとり、伝えたいことを感じ取って頂いている記載に恐縮致しました。

また、法人理念と方針（サービス基準）とスタッフの意識が共に在ることを知り、何より嬉しく感じています。アンケート調査を含む評価結果を真摯に受け止め、到らなかった点は即改善し、評価された所は、さらに質の向上と充実を目ざしたいと考えます。

次年度は、地域福祉部（在宅サービス部門）が受審の予定です。ありがとうございました。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<p>「如己愛人」という理念に基づき「礼節・傾聴・責任」を職員綱領に定めています。また、個々のニーズ 自己決定と選択 個性と可能性の尊重 参加と統合 プライバシー、尊厳、秘密保持 人権尊重、危機介入 家族関係・人間関係 サービス管理を事業所のサービス基準として定め、利用者の権利の実現を職員は側面から支援するという姿勢を明確にしています。</p> <p>毎月の職員全体会議では、必ず全員で法人愛隣園の歌を斉唱し理念の確認を行っています。新年度や入職時などにも職員綱領と共に愛隣館サービス基準について説明や確認を行い共有しています。また、利用者や家族に対しては、サービス利用開始時に法人の理念やサービス基準の説明を行うほか、職員と利用者が一堂に会する毎月の定例全体会議で周知を図っています。理解が不十分な利用者に対しては視覚での理解を得るために図解して説明を試みるなどの配慮がなされています。</p> <p>愛隣園のホームページは利用者が中心となって広報チーム「キャリービジョン」を立ち上げ、インターネット上で公開されており、在宅障害者も施設紹介を容易に見ることができるような取組みが行なわれています。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>事業計画は、利用者（児）サービス計画、職員研修計画、施設整備・検討計画などと共に各部署で単年度ごとに立てられています。中・長期的な計画では経過報告と目標達成度評価を行い、必要なものについては更なる取組みを行うために計画を継続し、目標達成に向けて取り組んでいることが確認できました。</p> <p>新たなニーズやサービス内容が状況にそぐわない等があれば、年度途中であっても見直しを行いその都度改善をしています。例えば利用者からの夜間入浴のニーズに対しては関係部署で検討を重ね、必要な体制を整えてニーズに応えるなど利用者本位のサービス提供に組織的に取り組んでいます。</p> <p>事業計画は年度初めの定例全体会議で利用者に報告し、毎年2月に開催しているバレンタイン家族報告会では利用者と家族に対して説明と周知を図っています。また、利用者の理解を深めるために、掲示板や放送、各居室へ印刷物の配布と説明、自治会ではクリックボードにて周知ホルダーとして置いておくなど、利用者への周知と理解を図るための努力がなされています。</p>

<p>3 管理者の責任と リーダーシップ</p>	<p>管理者の立場は組織図にて位置づけを明確にし、愛隣館の各マニュアルや愛隣館通信「あいめーる」に管理者の役割と責任について明記しています。毎月の職員全体会議では講話を行っている他、ホームページでは顧客評価を受けています。また東日本大震災の災害支援では全国的な規模で支援を展開しリーダーシップを発揮されています。</p> <p>管理者は内閣府障害者政策委員会の委員、それ以前は障がい者制度推進会議の総合福祉部会を務め、平成25年4月施行の障害者総合支援法、改正障害者基本法、障害者虐待防止法等について愛隣館の職員のみならず、広く関係団体や県内外の福祉施設職員の研修等の場において、関連法等の理解を深めるために尽力されています。</p> <p>管理者はサービスの支援方法や環境整備について助言指導を行うと同時に、サービスの質の向上に向けて職員一人ひとりを評価基準に沿って定期的・継続的に評価・分析を行い、業務計画や改善の必要があるものについては管理職と連携し改善に向けた取組みを行っています。</p>
<p>評価対象 1 経営状況の把握</p>	<p>社会福祉法人として地域での役割を担って事業に取り組むために、社会福祉の動向と地域ニーズの把握に努め、各課各部の職員とサービス提供の月別推移やサービスの質の向上に向けた検討を行っています。</p>
<p>2 人材の確保・ 養成</p>	<p>生活支援員等の直接サービス提供に関わる職員を1.7:1と指定基準を超えて配置し、常勤の25%以上が社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、理学療法士、看護師等の有資格者です。専門的な人員配置により利用者の安定した生活支援を目指し、毎月の研修計画で新任職員研修や中堅職員研修を行い、人材育成に力を注いでいます。</p> <p>業務関連の資格取得は事業所にとってサービスの質の向上に有益であるとの考えから、資格手当や報奨金制度を設け資格取得支援を行っています。また、有給休暇の消化率や時間外労働のデータは総務部でチェックを行っています。定期的あるいは随時の相談を受けやすい雰囲気づくりにも工夫があり、職員アンケートでも働きやすい職場との意見が多く見られました。一方、職員間や利用者とのコミュニケーションをとる時間がなかなか取れないなどの意見もあり、職員一人ひとりの意向把握の更なる取組みが期待されます。</p> <p>職員一人ひとりについて、経験年数や仕事の到達度を把握し、年間研修計画が立てられています。各課における業務については早い段階での業務習得を目指し、組織的に集中指導が行われています。特に個別支援計画に関わる指導はサービス管理者が行い、PDCAサイクルに沿った知識の習得と、個別計画を利用者や家族に説明できるレベルにまでのスキル習得を目指して研修を行っています。</p>

<p>3 安全管理</p>	<p>緊急時の対応としては事故・感染症・容態の急変時などが夜間・日中別に対応マニュアルが整備されています。各マニュアルには役割と責任が明示され、職員および利用者に周知が図られています。夜勤を行う職員に対しては救急法の研修が義務付けられており、新任職員研修や中堅職員研修でも繰り返し救急法の研修が行われています。医療機関との連携は嘱託医を中心に緊急体制と連絡体制を整えており、看護師がいない時間帯ではON - CALL体制がとられています。</p> <p>災害時には避難経路図や方法、災害時用の食料の備蓄、消防や連絡網の体制が整備されています。台風・地震等による停電時を想定して発電機の設置や消防署と連携した定期的な消防訓練を実施しています。また、外出時のインシデント事例を収集し、独自に山鹿市防災マップやSOS防災カードを作成しています。</p> <p>危険個所の発見と収集したアクシデント事例については、その都度会議で要因分析と対応策が講じられ、その結果は全職員に周知されています。</p> <p>感染症対策については、利用者と職員に流行期前に留意事項の周知により注意を喚起し、利用者と職員との合同の定例全体会議では予防対策を具体的に伝え、感染の流行や拡大を防止する体制を整えています。</p> <p>平成24年10月の障害者虐待防止法施行前より「ヒューマンライツ委員会」を発足し、より高いレベルでの障害者の虐待の防止に向けた取り組みを行い、利用者の安全確保に努めています。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>地域との交流はソーシャルインクルージョン（共生）の為に不可欠であると考えています。交流の機会は夏祭りやクリスマスの集い、月見の宴など施設行事を通じてだけでなく、山鹿市ふれあいピック大会への参加や日中活動としての音楽クラブ活動で地域住民と一緒に歌うなど交流も重ねています。また、地元中学校との交流や鹿本郡市合唱祭への参加、個人的には地域の教会や書道教室、地元行事への参加があり、利用者と地域との関わりを積極的に支援しています。</p> <p>地域の社会資源として役に立ち、地域と共生することを使命として、毎週水曜日に山鹿市出張相談を開催しているほか、平成24年度からは熊本県のモデル事業である「障害者を地域で支え合う事業」として24時間の安心コール相談窓口を設置し、相談支援の充実を図り、具体的なニーズの把握に努めています。</p> <p>事業所の持つハード面ソフト面での機能を地域に還元することや福祉人材の育成にも力を入れており、小学生から専門職を目指す学生までの実習機関としての役割を意欲的に担っています。</p>

<p>評価対象</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>愛隣館のサービス基準は利用者の尊厳と権利の尊重であり、職員の共通意識を高める勉強会や研修会を開催し、サービス基準の遵守や個々のサービス提供に関する標準的な実施方法の習得を図っています。</p> <p>また、障害者虐待防止法の施行に合わせて、利用者が主体となった「ヒューマンライツ委員会」を立ち上げ、利用者の人権意識を高めるとともに、虐待防止や権利擁護の取組みを組織として行っています。</p> <p>利用者満足の向上の取組みとしては、利用者・家族懇談会の際の個別面談において、満足に関する調査とその課題や解決策について話し合い、個別支援計画に反映されています。また、毎月の日中活動会議では施設行事等について利用者と職員が話し合いながら計画したり、自治会活動へは職員もオブザーバーとして参加したりしています。</p> <p>これまでに利用者の要望として海外旅行や国内旅行などがあり、職員は実現のためにボランティアの招集や事前研修など利用者満足の向上のための支援を積極的に行ってきました。利用者の多様な要望に、どうやら対応えられるかをまず考えるという姿勢からは、障害者との共生を目指す姿勢が強く伺えました。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>サービスの質の向上に向けた業務の改善計画は、事業計画に基づいて利用者のサービス計画や研修計画、施設整備計画などについて行われています。これらの計画は前年度の評価結果に基づき、各担当職員の参画の下で分析と再計画が策定されており、例えば、利用者のプライバシー保護の観点からトイレの改装計画があるなど、利用者や職員間で課題を共有してサービスの質の向上に取り組んでいます。</p> <p>利用者一人ひとりの生活記録は事業所内支援システムに各号館の担当者が毎日記録し、日中活動記録や行事参加記録は当日活動担当者が、医療や健康管理に関するものについては看護師が冊子に記録しています。記録の内容はサービス支援計画に沿った実施記録として個人別に整備されており、必要な情報が職員間で共有できる仕組みとなっています。</p>
<p>3 サービスの開始継続</p>	<p>インターネット上に組織を紹介したホームページが公開されています。事業所に来館された場合は愛隣館のパンフレット等を用いて法人理念、事業所概要や重要事項に明記しているサービス内容を説明しています。また、施設見学や空き部屋を利用した体験入所や一日利用などにも対応しており、サービス選択に資する情報は積極的に発信されています。</p> <p>アセスメントに基づき地域生活移行を希望されている場合や、興味を示されている場合は、地域生活移行発見シートを使って希望調査を行い、実現に向けた支援が計画的に行われています。例えばケアホームを利用した体験宿泊を取り入れたり、相談支援事業所と連携してサービス等利用計画案を作成したりするなどサービスの継続性に配慮した支援が行われています。移行へのプロセスは利用者にとってはデリケートな面もあり、フィードバックしながら慎重に支援されています。</p>

<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<p>組織が定めたアセスメントシートには利用者の身体状況や生活状況、行動の特徴や本人の希望などが具体的に記載されており、大変分かりやすいものとなっています。一人ひとりの利用者に対して担当職員が定期的に年1回アセスメントを行っていますが、利用者の生活状態や体調に変化があった場合には随時再アセスメントを行っています。各職員の個別支援計画に必要なアセスメントやプランの立案と実施、モニタリング等の知識と技能は、事業所内研修において個別に指導を受けるなどの教育システムが確立されており、個別支援計画は部門を横断した関係職員によって協議されています。</p> <p>利用者のニーズを把握し策定した個別支援計画案は、各職種やサービス管理責任者、看護師、理学療法士などの専門職を交えた検討会議で討議後、本人と家族の同意を得て、計画に基づいたサービスが提供されています。</p>
<p>評価対象 A - 1 利用者尊重</p>	<p>利用者の尊重は愛隣館サービス基準に掲げてあり、自己決定と選択、個性と可能性の尊重、人権尊重を重んじた支援が行われています。</p> <p>新規入所者に対しては、先ずコミュニケーション手段の確立からスタートされています。場面により、あるいは障害特性によりジェスチャー、文字盤、意思伝達装置、筆談、パソコン等のコミュニケーション法がとられていますが、意思伝達に強度の制限がある場合は、瞬きや指の小さな動きを利用してイエス・ノーで確認していくなど、利用者の意思や要望をできるだけ理解しようと努力されています。</p> <p>見守りで利用者の活動を側面から支援することは時間を要し、リスクを伴うことも多いが、自立支援のためには必要なことと捉え支援する姿勢が定着しています。利用者個人の意向にも十分に配慮して支援されており、個別支援計画で見守りによる残存機能の維持・向上を目指した計画的・継続的な支援が行われています。</p> <p>また、利用者の外出が自由に、かつ安全にできるように地域住民の見守り支援の協力が得られており、地域に溶け込んだ生活の実践が行われています。施設内の生活においても入浴や食事場面で自立浴やバイキング方式の食事を毎日行うなど自己選択・自己決定を尊重した取組みを行いながらも、必要な時には過不足ない支援を行うことを意識した取組みがなされています。</p> <p>利用者主体の「ヒューマンライツ委員会」を組織し、利用者の人権意識を高める活動を支援しています。また、社会生活力の向上に向けて、ケアホームの空き部屋を利用して地域生活体験を行うことや、介助なしの買い物体験を行うなど個別支援計画に沿ってエンパワメントの理念に基づいた利用者支援が行われています。</p>

A - 2 日常生活支援

食事支援では、利用者一人ひとりの状態や希望に沿って個別支援計画に基づき、食事形態や介助方法など状態に応じた支援が行われています。特に昼食は月曜日から金曜日までをバイキング方式として、いく種類ものメニューから自分の好きなものを食べられるだけ選ぶことができ、食事時間は利用者の大きな楽しみにもなっています。また、利用者の体調や身体状況により、必要に応じて臨機応変に個別の食事にも対応しています。

毎月、利用者と栄養士、生活支援員からなる食生活会議を開催し、嗜好調査や希望を取り入れた献立を工夫しています。

入浴支援では、平成6年から自立浴や夜間の入浴に取り組んでおり、入浴マニュアルに基づき、利用者の状態に合わせた入浴支援が行われています。

理美容に関しては、地域に存在する全ての理美容室に理解と協力が得られています。近隣や遠方の店を利用するほか、事業所内で行われる整髪ボランティアによるカットやヘアマニキュアの利用も可能です。また、日中活動ではネイルケアを行うなど、個人の好みや意向を尊重し、多くの選択肢が用意されています。

排泄支援では、排泄介助に関するマニュアルが整備されており、個人の身体状況に合わせ自立した排泄ができるように配慮したトイレの設備と排泄介助が行われています。

利用者個人の外出や外泊に関しては自由であり、届出を提出するほかには特に制限は設けられていません。必要な時には職員の同行援助やガイドヘルパー、ボランティアなどの社会資源を利用しながら、利用者の意向に沿って実施されています。利用者の希望者数によってはグループでの活動になったり、事業所行事としての活動になったりすることもあります。外出がより安全、安心なものになるように、地域のガイドマップやイベント情報などは積極的に情報提供されています。

預かり金は入所時の契約に基づき、基本的に事務部で管理されています。必要な利用者に対しては個別支援計画に沿って小口の自己管理等に対応しています。自己管理に向けた学習支援を行い、各号館では小口の金庫管理や出納簿の記載を利用者と共に詳細に記載し、現金の出し入れ時には2名以上のスタッフで確認をしています。また、個人での自己管理を希望する利用者には貴重品を入れるセイフティボックスを設置しています。

嗜好品については、健康上の理由で医師からの指示がない限り、酒やタバコは自由となっています。喫煙は決められた場所で行うように定められ、飲酒などは居室で晩酌をされる利用者もいます。利用者の体調管理には十分配慮しながら、自己責任を基本とし、各自の嗜好が尊重されています。

A - 3 施設・設備	<p>サービスの利用相談や家族との面会、施設見学などの状況にあわせ、相談室や各号館ラウンジ、集会室、多目的食堂などが準備されています。集会室にはテレビやテーブル、椅子等が配置され、くつろいで利用できるように工夫されています。</p> <p>トイレや洗面所、浴室、食堂などは、利用者の利便性やプライバシーに配慮した改修が行われ、今後もさらに改修が計画されています。</p> <p>施設内部は一人ひとりの障害特性に応じて十分に使いやすいものになっているとは言えないまでも、手動、電動車いすの利用者が自由に行きかう様子から、家庭的な温かい雰囲気を感じられました。</p>
-------------	--

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	1	
	家族・保護者	7	
聞き取り調査	利用者本人	42	
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

評価細目の第三者評価結果

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている。		
	- 1 - (1) - 理念が明文化されている。	○ a ・ b ・ c
	- 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○ a ・ b ・ c
- 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている。		
	- 1 - (2) - 理念や基本方針が職員に周知されている。	○ a ・ b ・ c
	- 1 - (2) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	○ a ・ b ・ c

- 2 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	- 2 - (1) - 中・長期計画が策定されている。	○ a ・ b ・ c
	- 2 - (1) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	○ a ・ b ・ c
- 2 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
	- 2 - (2) - 事業計画の策定が組織的に行われている。	○ a ・ b ・ c
	- 2 - (2) - 事業計画が職員に周知されている。	○ a ・ b ・ c
	- 2 - (2) - 事業計画が利用者等に周知されている。	○ a ・ b ・ c

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
	- 3 - (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 ・ b ・ c
	- 3 - (1) - 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。	○ a ・ b ・ c
- 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	- 3 - (2) - 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	○ a ・ b ・ c
	- 3 - (2) - 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	○ a ・ b ・ c

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	- 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 ・ b ・ c
	- 1 - (1) - 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	○ a ・ b ・ c
	- 1 - (1) - 外部監査が実施されている。	○ a ・ b ・ c

- 2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
- 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。		
	- 2 - (1) - 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	Ⓐ・b・c
	- 2 - (1) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	Ⓐ・b・c
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	- 2 - (2) - 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。	Ⓐ・b・c
	- 2 - (2) - 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a・Ⓑ・c
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	Ⓐ・b・c
	- 2 - (3) - 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組が行われている。	Ⓐ・b・c
	- 2 - (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。	Ⓐ・b・c
- 2 - (4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	- 2 - (4) - 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	Ⓐ・b・c

- 3 安全管理

		第三者評価結果
- 3 - (1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
	- 3 - (1) - 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	Ⓐ・b・c
	- 3 - (2) - 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
	- 3 - (1) - 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・Ⓑ・c

- 4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
	- 4 - (1) - 利用者と地域との関わりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
	- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
	- 4 - (1) - ボランティア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
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
	- 4 - (2) - 必要な社会資源を明確にしている。	Ⓐ・b・c
	- 4 - (2) - 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
	- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ・b・c
	- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	Ⓐ・b・c

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
	- 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組を行っている。	○a・b・c
	- 1 - (1) - 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・c
- 1 - (2) 利用者満足の向上に務めている。		
	- 1 - (2) - 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	○a・b・c
- 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。		
	- 1 - (3) - 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・b・c
	- 1 - (3) - 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・b・c
	- 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○a・b・c

- 2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 2 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
	- 2 - (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・b・c
	- 2 - (1) - 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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	○a・b・c
- 2 - (2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	- 2 - (2) - 提供する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・b・c
	- 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・b・c
- 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	- 2 - (3) - 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・b・c
	- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○a・b・c
	- 2 - (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・b・c

- 3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
- 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	- 3 - (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・b・c
	- 3 - (1) - 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・b・c
- 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	- 3 - (2) - 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・b・c

- 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
- 4 - (1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	- 4 - (1) - 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	Ⓐ・b・c
- 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。		
	- 4 - (2) - サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
	- 4 - (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。	Ⓐ・b・c

評価対象

A - 1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A - 1 - (1) 利用者の尊重		
	A - 1 - (1) - 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	Ⓐ・b・c
	A - 1 - (1) - コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	Ⓐ・b・c
	A - 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ・b・c
	A - 1 - (1) - 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	Ⓐ・b・c
	A - 1 - (1) - 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	Ⓐ・b・c

A - 2 日常生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - (1) 食事		
	A - 2 - (1) - サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (1) - 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (1) - 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	Ⓐ・b・c
A - 2 - (2) 入浴		
	A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	Ⓐ・c
A - 2 - (3) 排泄		
	A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ・c
	A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	Ⓐ・c
A - 2 - (4) 衣服		
	A - 2 - (4) - 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (4) - 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	Ⓐ・b・c

A - 2 - (5) 理容・美容		
	A - 2 - (5) - 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (5) - 理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・c
A - 2 - (6) 睡眠		
	A - 2 - (6) - 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・c
A - 2 - (7) 健康管理		
	A - 2 - (7) - 日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・c
	A - 2 - (7) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (7) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	Ⓐ・c
A - 2 - (8) 余暇・レクリエーション		
	A - 2 - (8) - 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c
A - 2 - (9) 外出、外泊		
	A - 2 - (9) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (9) - 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	Ⓐ・b・c
A - 2 - (10) 所持金・預かり金の管理等		
	A - 2 - (10) - 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (10) - 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	Ⓐ・c
	A - 2 - (10) - 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	Ⓐ・c
A - 2 - (11) 社会適応訓練等		
	A - 2 - (11) - 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	Ⓐ・b・c

A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - (1) 施設・設備		
	A - 3 - (1) - 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	Ⓐ・b・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ～ ）	51	2	0
内容評価基準（評価対象 A 1 ～ A 3 ）	29	0	0
合 計	80	2	0