

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準  
(障害者・児施設版 (居住系) 通所系、訪問系)

## ◎ 評価機関

名 称	特定非営利活動法人 医療・福祉ネットワークせいわ
所在地	佐賀県佐賀市木原2-6-5
評価実施期間	23年6月25日～24年1月31日
評価調査者番号	① 第09-006号
	② 第07-002号
	③ 第06-042号
	④ 第06-040号

## 1 福祉サービス事業者情報

## (1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 三 気 の 里	種別： 障がい者支援施設
代表者氏名： (管理者) 施設長 松 田 健	開設年月日： 昭和62年5月1日
設置主体： 社会福祉法人 三気の会	定員：70名
経営主体： 社会福祉法人 三気の会	(利用人数) 入所72名・生活介護90名
所在地： 〒869-1217 熊本県菊池郡大津町森54-2	
連絡先電話番号：096-293-8100	F A X 番号：096-293-8101
ホームページアドレス	<a href="http://www.sanki.or.jp/index.html">http://www.sanki.or.jp/index.html</a>

## (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 共同生活援助 共同生活介護 地域活動支援センター「アンパ」	夏祭り 運動会 登山 誕生会 開園記念祭 もちつき大会 外出レクリエーション 宿泊レクリエーション 地域の行事参加 など
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋 2室 2人部屋 16室 4人部屋 12室	医務室 静養室 食堂 作業室 相談室…冷暖房完備 浴室…手すり設置 更衣室…暖房完備 洗面所…温水使用可 プレイルーム…42型液晶テレビ設置 便所…暖房便座設置 洗濯室…大型洗濯機 大型乾燥機設置 運動場 体育館

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長（管理者）	1		福祉施設士	1	
事務長	1		社会福祉施設長資格	1	
課長兼サービス管理責任者	1		社会福祉士	5	3
センター長	1		介護福祉士	13	3
サービス管理責任者	1		精神保健福祉士	3	2
事務員	1	3	介護支援専門員	3	1
主任支援員	3		社会福祉主事任用資格	15	3
支援員	23	11	正看護師	2	
看護師	2		准看護師	1	
栄養士	1		保育士	7	5
相談員	3	3	幼稚園教諭2種	7	5
相談支援専門員	1		教諭（小・中・高）	8	1
嘱託医		(1)	養護学校教諭1級免許	1	
運転手		2	特別支援学校専修教諭	1	
世話人		4	知的障害援助専門員	2	
その他		1	知的障害福祉士	2	
			心理リハビリテーショントレーナー	6	
			心理リハビリテーションスーパーバイザー	1	
			認定心理士	1	
			自閉症スペクトラム支援士	1	
			ホームヘルパー1級		1
			ホームヘルパー2級	8	4
			調理師	3	
			栄養士	1	3
			レクリエーションインストラクター	3	
			サービス管理責任者	6	
			相談支援専門員	6	
			第2種衛生管理者	2	
			成年後見人資格		1
			秘書検定2級	1	1
			危険物乙種	1	2
			食品衛生管理者資格		1
			普通自動車Ⅱ種免許		1
			美容師		1
合 計	39	24 (1)	合 計	112	38

※ 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

- I. 地域との交流を深める取り組みを積み重ね、地域に根付いた施設となっています。  
「地域との連携を密にし、労働や共同生活を通じてその人らしい社会生活が送れるようにする。」という理念に基づく活動が展開されています。障がい者支援における専門知識を講演という形で地域の方々へ伝えたり、自閉症を抱えた成年が主人公の映画『ぼくはうみがみたくなりました』の放映機会を設けたりと、障がいについての啓発活動にも積極的に取り組まれています。  
相談支援事業所「たんぽぽ」を核として地域の関係機関との連携、協働にも積極的に取り組まれており、地域活動支援センター「アンパ」では、主に大津町在住の在宅障がい者に就労の場を提供されています。地域の方々にはおいしいパン屋さんとして親しまれており、大切な役割を担っています。施設行事の開園記念祭には多くの地域の方々が来場され、地域の行事の一つと位置付けられています。
- II. 「利用者第一主義」によって利用者尊重の様々な工夫や取り組みが行われています。  
「利用者第一主義」を基本方針の一つ目に掲げ、「待つ」ことも大切な支援と捉えて利用者本人のペースでの生活を大切にされています。生活や作業活動のそれぞれの場面において、本人の行動分析を細かく行い、事後対応ではなく事前対応することを心掛けられています。担当職員だけではなく、他の職員が対応しても同じ支援ができるように細やかなマニュアル化を進められており、周知も図られています。  
また、自治会も職員支援の下で組織されており、説明に関しては、視覚に働きかけるようなわかりやすい表現の資料を準備するなど、利用者本人が選択・自己決定をできるように工夫されています。
- III. 質の高い支援を目指した実践が、利用者一人ひとりの支援計画に基づき提供されています。  
一人ひとりに対する支援計画は定められた手順と様式によって丁寧なアセスメントが行われ策定されています。「個別支援計画」、「療育プログラム」は、利用者に関わる全ての職員や専門家の意見により、ニーズに沿った支援内容となっています。  
作成された計画は会議や職員室への掲示などにより、職員間で共有され、毎月のモニタリングによる見直しと、6か月ごとの定期的な評価、見直しが行われており、いつでも利用者の状態に即した、質の高い支援が行えるように取り組まれています。

### ◆ 改善を求められる点

- I. 中・長期の計画の実現のために、収支計画の策定が望まれます。  
中・長期や単年度の事業計画及び単年度の収支計画は策定され、それに基づく事業が行われていますが、中・長期の収支計画の策定には至っていない状況です。理念・基本方針に沿った将来のビジョンを確実に実現するために、資金面の裏づけとなる中・長期の収支計画を策定されることが望まれます。
- II. 利用者に関する記録について、規程に基づく確実な管理が求められます。  
記録の保管・保存に関しては規程が整備され、適切な管理が行われていますが、廃棄についての明確な規定は定められていない状況です。個人情報にも関係することなので、廃棄のルール化と、それに基づく管理が求められます。
- III. 客観性や透明性が確保された人事考課の仕組みの構築を期待します。  
毎年度において職員一人ひとりに「業務管理シート」が作成され、本人と管理者による評価が行われています。しかし、考課基準や判断基準については明確な表現とは言い難く、評価者によって理解内容に差が生じているようです。今後は共通理解のもと、客観性や透明性の確保が図れるように、より具体的な考課基準や判断基準の整備について検討さ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）

(H24.1.30)

2回目の受審でした。1回目の時は、よく分からずに受けたのを覚えています。中・長期計画の意義さえ理解できていませんでした。4年間かけて、変革を図りました。他施設の見学やみんなで多くの時間を費やして、改善のため努力しました。形だけでなく、内面から変わる事が必要であると感じました。

今回の結果で、よく評価していただいた点も謙虚に受け止め、更に利用者の方本意の支援が出来るよう創意・工夫・改善を積み重ねていきたいと思えます。

### 4 評価分類別評価内容

<p>評価対象Ⅰ</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<p>理念及び基本方針は、毎年度において作成されている「施設要覧」に掲載され、職員及び利用者の家族への配布や説明が行われています。また、施設内への掲示や職員の名札の裏面への記載、ホームページへの掲載も行われています。職員への周知活動では、職員会議での説明のほか、年に1回以上テストが行われるといった特徴的な取り組みも見受けられます。</p> <p>理念からは、施設の使命や目指す方向性が読み取れ、基本方針はわかりやすく箇条書きに整理されており、その一つ目に掲げられている「利用者第一主義」を中心に職員の間根強く浸透していることもうかがえます。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>理念・基本方針に沿った中・長期の事業計画は策定されていますが、中・長期的な収支計画の策定には至っていない状況です。中・長期事業計画及び単年度事業計画は、現状分析を踏まえて策定され、半期に一度の評価会議において評価・見直しに取り組まれています。また、各事業計画の策定においては職員や利用者及び家族の声も反映させる仕組みとされており、作成後の周知については、「施設要覧」を配布の上、職員会議や家族会等でも説明が行われています。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>管理者は自らの役割と責任を自覚し、福祉事業に関する情報を得るため各種研修会への参加や関係資料の収集に努められており、将来の目指す方向性を探るために努力されていることが、会議録や広報誌などからも読み取れます。</p> <p>職員との定期的な個別面談の機会を設け、質の向上や業務改善などに関する職員の意見などの聴取にも努められており、リーダーシップを発揮しながら、職員一人ひとりが持つ力を魅力的に発揮できるように、また、組織が団結できるように、ということ常意識しながら運営にあたられています。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>社会福祉事業全体の動向については、加入している協会や団体からの情報、各種研修会等への参加、インターネット検索などにより、様々な情報を収集されています。また、地域の福祉ニーズについては、法人内の相談支援事業や、他施設及び行政との情報交換の中で把握され、ニーズと提供可能なサービスについてのマッチングを探られています。</p> <p>経営状況については、収支や利用率等の推移分析などにより状況や課題の把握に努められています。また、税理士法人による会計処理の適正チェックが行われており、事業展開についての助言なども受けられています。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>人材育成には特に力を入れてあり、職員一人ひとりが目標を持って活動するための工夫が見受けられます。管理者との合意のもとで年間目標や具体的活動計画を記した「個別研修・評価シート」が作成されており、お互いに目標を確認しながら日々の支援や自己研鑽に取り組まれています。人事考課における判断基準を明確にし、人材育成の仕組みと巧く融合させることで更なる効果が期待できるものと思われれます。</p> <p>就業状況を含め業務全般についての意見などは、職員が誰でも、何時でも「業務改善書」を提出できる仕組みが設けられています。実際に運営会議の議題となり、改善へとつながった事例の確認もできました。</p> <p>実習生については、マニュアルが整備され、積極的に受け入れられています。実習の目的に沿うようにプログラム内容をその都度変更し、より実りあるものとなるように工夫されています。</p>

<p>3 安全管理</p>	<p>危機管理委員会、衛生管理委員会などの各種委員会が組織されており、毎月において利用者の安全を脅かす事例などを基に検討が行われています。</p> <p>また、利用者一人ひとりの服薬や、こだわり行動、パニックなどの状況が記録された「状況把握表」や、声掛けでの避難が可能か、こだわりが強くスムーズな非難が困難か、などについてまで記載された「利用者別緊急避難時の対応マニュアル」が整備されており、利用者の安全を第一に考えられ、支援に役立てられています。</p> <p>災害時の対応として「危機管理マニュアル」の整備や定期的な訓練が行われており、様々な災害を想定し備品や食品が備蓄され、リストにより管理されています。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>「地域との連携を密にし、労働や共同生活を通じて、その人らしい社会生活が送れるようにする。」という理念のもと「地域との交流を大切に深めていく」ことを目指した取り組みが積み重ねられています。地域の人々から、声をかけられたり、お誘いを受けたり、野菜作りの指導や助言が得られたり、地域行事に企画段階から参加出来たりと、地域から一員として位置付けられていることもうかがい知ることが出来ます。</p> <p>福祉に理解のある地域性もあり、「開設当初より現在に至るまで拒否された事がない」という施設長の言葉やこれまでの交流エピソード（参加者1,000人規模の開園記念祭など）から、地域との相互理解を深める交流が丁寧に続けられてきた事が推測できます。当施設の利用者の8割程度が抱えている「自閉症」という障がいの特徴や関わり方についての講演会、講師派遣なども積極的に行われています。</p> <p>ボランティア受け入れについては、マニュアルが整備され、登録から活動に至るまでの仕組みが構築され、施設が望むボランティアの受け入れが可能となってきている事が書類やヒアリングで確認できました。ボランティアの育成について、計画的な実施には至っていない状況ですが、障がいに理解のあるボランティアの育成についての仕組み作りの構想を持たれており、是非実現させたいとの話もうかがえました。</p> <p>相談支援事業を核として、地域の関係機関（民生委員、行政、保健師、他施設など）との連携や協働にも積極的に取り組まれており、施設長自らも地域の「自立支援協議会」への参加などを通じて、地域の福祉の向上に向け積極的に活動されています。</p> <p>第三者評価に取り組む中で、地域の社会資源などが整理され、1冊のファイルによって職員間の情報の共有化も図られています。</p>
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>利用者尊重や人権、プライバシーへの配慮については、理念・基本方針・「三気の里スタッフ心得」に明示され、サービス場面毎に整備されているマニュアルにも記載されています。また、「人権擁護委員会」、「セクハラ防止委員会」、「サービス向上委員会」などの会議録や活動報告、サービス実施記録などからも取り組みをうかがい知ることが出来ました。</p> <p>苦情・相談箱の設置や利用者満足度調査（年1回）の継続実施、「話し合いの部屋（第3木曜日に設置）」及び家族会や自治会において、意見や意向の把握に努められています。把握された意見や意向については、対応マニュアルの手順に沿って「相談・苦情受付担当者会議」や利用者参画の会議などで検討され、内容によっては利用者本人や保護者などに対して、対応や解決に至る経緯などの説明も行われています。また、苦情内容及び解決方法、結果等を公表する仕組みも整備され、必要に応じてホームページや機関紙に掲載することが定められています。</p>

<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>平成19年度における初めての「第三者評価」受審を機に、評価結果から導かれた課題改善への取り組みが始まっています。改善活動の達成状況を確認するために「経営改善プログラムチェックリスト」を用いた自己評価を行い、継続的な改善活動につながられています。</p> <p>提供するサービス内容がサービス場面毎に標準的な実施方法としてまとめられ、特に配慮が必要な利用者には個別に実施方法が定められています。また、定められた実施方法に基づいてサービス提供が行われているかについても日々の支援記録で確認できます。</p> <p>利用者に関する情報などの共有化については、職員室にあるホワイトボードやPHS（全職員所有）でのメール配信、申し送りなどのほか、自宅においてもインターネット（パスワード管理あり）を通じて情報が得られる仕組みが構築され、機能しています。</p> <p>利用者に関する記録の管理については、保管、保存に関する規程に基づき管理されていますが、保管期間や廃棄に関する明確な規程の整備とそれに基づく管理が望まれます。</p>
<p>3 サービスの開始継続</p>	<p>施設の情報はホームページや相談支援事業所、役場等に置かれているパンフレットにより入手可能とされています。その他、地域の「福祉祭り」や施設の「開園記念祭」などでも配布され、組織を紹介した内容の大判ポスターを掲示するなどの工夫も行われています。</p> <p>入所希望者には相談支援担当者と事務長が窓口となり、パンフレットの配布及び見学対応が行われ、丁寧な説明を心掛けられています。サービス開始にあたっては、フリガナつきの重要事項説明書を用いて、分かり易い説明に努められています。</p> <p>施設の変更時には、組織の定めた様式と手順に沿って移行先への情報提供が行われ（利用開始段階で情報提供同意書を用いて同意確認が行われています。）、サービスや自分らしい生活が継続できるように努められています。</p> <p>「自閉症」という障がいの特性上、退所後の支援組織はありませんが、施設退所、地域生活へ移行後も相談や支援が行われており、後援会を通じてのつながりも継続できる仕組みとされています。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>利用者一人ひとりの身体状況や生活状況、支援ニーズ、課題については、定められた手順及び様式によるアセスメントが丁寧に行われています。療育と生活は切り離すことができないという基本的な考え方により、「個別支援計画」及び「療育プログラム」は、利用者に関わる様々な人の意見と十分なデータを集めて（家族をはじめとして、指導員・医師・看護師・セラピストなど、必要とあれば、あらゆる人の知恵と技術を出し合っ）策定されており、サービス管理責任者及び施設長の承認を経た上で、会議などにより共有化が図られています。「支援計画」は、他の福祉サービスの様式を参考にするなど、独自の方法で様式の改訂が重ねられています。また、毎月の支援内容のモニタリングによって随時の見直しが行われる他、定期的（6ヵ月毎）な評価・見直しも行われています。</p>
<p>評価対象Ⅳ A-1 利用者尊重</p>	<p>理念・基本方針に基づいて利用者を一人の個人として尊重する取り組みが行われています。「利用者尊重マニュアル」が整備され、人権尊重に関する研修や利用者接遇についての研修等にも参加されています。利用者に対する丁寧な言葉遣いや入浴、排泄の同性介助なども徹底されています。</p> <p>コミュニケーション手段については日常的な関わりの中で、その人固有のサイン等の把握に努められており、ご家族などからも詳しく聞き取りが行われています。また、職員は意思表示絵カードを携帯し、マカトン法（英国で開発された言語指導プログラム）にも取り込まれ、利用者の意思や希望をできる限り正確に把握するように努められています。</p> <p>利用者の自治会が組織されており、自治会新聞の発行や行事についての話し合い、外出時のルール決めなどが行われています。社会生活力を高めるためのプログラムに基づいて洗濯や買い物などの学習、体験なども行われており、職員は見守りの姿勢を保ちつつ、必要に応じた迅速な支援を心掛けられています。支援を行うタイミングの判断は、あらかじめ利用者や家族との話し合いが行われ、ケース会議で検討されています。</p>

<p>A-2 日常生活支援</p>	<p>食事については支援計画に基づき利用者の状況に合わせた食事の形態や介助方法によって提供されています。食事に関するマニュアルが整備されており、利用者の状態を見ながら、利用者にあわせた介助や支援が行われています。定期的な嗜好調査も行われ、リクエストメニューへ反映されており、だご汁や高菜ごはんといった郷土料理なども食卓を賑わせ、利用者が食事を楽しめるように配慮されています。</p> <p>入浴については安全やプライバシー保護を含むマニュアルが整備されており、設定された時間のほかに必要に応じて入浴が行われています。入浴についての回数などは自治会で協議されており、希望に沿った入浴ができるように配慮されています。より快適な入浴のために、浴室や浴槽の改造などについて、生活会議や衛生管理委員会の中で検討もされています。</p> <p>トイレは清掃が行き届いており、消臭対策も行われています。排泄についてのマニュアルも整備され、利用者の状態に合わせた介助が行われています。必要に応じてチェックリストが活用され、排泄パターンなどの把握も行われています。</p> <p>衣類や髪型の選択については、利用者の個性や好みを尊重した支援が行われています。希望があれば地域の理美容室を利用することも可能とされており、必要ときには職員により連絡、送迎等の支援が行われています。</p> <p>夜間の支援、対応についてもマニュアルが整備され、夜勤日誌に記録も残されています。寝具は私物を使用することもでき、光や音に対する利用者の希望や状況にも配慮されています。</p> <p>健康管理については、健康診断が年2回行われ、健康管理票により利用者の健康状態の把握が行われています。緊急時には迅速に医療が受けられるよう医療機関と連携されており、危機管理マニュアルにより対処方法などが定められています。薬品は看護師により管理され、実際の服薬の支援は職員が2人体制で行われています。薬剤を飲み込むまでの確認が行われ、確実な服薬に努められています。</p> <p>外出・外泊は利用者の希望に沿って行われ、レクリエーションや地域の行事などに参加されています。外出時には、連絡先を記載した「ヘルプカード」を携帯されており、安全確保にも配慮されています。同時に外出では買い物学習などにも取り組まれ、金銭の自己管理に向けた支援も行われています。自治会で外出等のルールを決められており、必要であれば職員の支援や助言を受けられる仕組みとなっています。</p> <p>嗜好品（酒・たばこ）については、利用者に対する情報提供の一環として、それぞれが及ぼす害をわかりやすく説明したポスターが施設内数箇所に掲示されています。</p> <p>社会適用訓練については、利用者個人の心身状況や生活環境を把握したうえで支援計画が策定され、計画に基づいて実施されており、訓練後に課題の抽出、計画の見直しが行われています。また、訓練先の事業所との調整や必要に応じた同行などの支援も行われています。</p>
<p>A-3 施設・設備</p>	<p>施設内は清掃が行き届いており清潔に保たれています。高齢化された利用者のためにトイレに空調設備を取り付けるなど、出来る部分は迅速に対応されており、改善に向けて優先順位を定めて取り組まれています。</p> <p>掲示物については、案内表示の設置や段差の注意書きなど、利用者のみならず来所者に対する配慮がうかがえますが、掲示物の位置については、目線を考慮するなど、表示の方法に更なる工夫を期待します。</p> <p>利用者及び保護者の高齢化が進む中で、すべての人が利用しやすい施設作りを期待します。</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		
	家族・保護者	55	
聞き取り調査	利用者本人	5	
	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

## 【 障害者・児施設（居住系）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

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

#### I-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a・Ⓐ・c
	I-2-(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・Ⓐ・c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	Ⓐ・b・c
	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
	I-2-(3)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c

#### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
	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。	Ⓐ・b・c
	I-3-(1)-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。	Ⓐ・b・c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	I-3-(2)-① 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。	Ⓐ・b・c
	I-3-(2)-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。	Ⓐ・b・c

### 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

#### II-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	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。	Ⓐ・b・c
	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組を行っている。	Ⓐ・b・c
	II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	Ⓐ・b・c

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
	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。	Ⓐ・b・c
	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・Ⓑ・c
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	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。	Ⓐ・b・c
	II-2-(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。	Ⓐ・b・c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	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。	Ⓐ・b・c
	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組が行われている。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	II-2-(4)-① 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

II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-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。		
	II-3-(1)-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
	II-3-(1)-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
	II-3-(1)-③ 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。	Ⓐ・b・c

II-4 地域との交流と連携

		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。		
	II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
	II-4-(1)-③ 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。	a・Ⓑ・c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	Ⓐ・b・c
	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c

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。		
	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組を行っている。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に務めている。		
	Ⅲ－１－（２）－① 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。	Ⓐ・b・c
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。		
	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。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c

Ⅲ－２ サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
	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。	Ⓐ・b・c
	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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ－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。		
	Ⅲ－２－（２）－① 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。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ－２－（３） サービス実施の記録が適切に行われている。		
	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。	Ⓐ・b・c
	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 f b c
	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。	Ⓐ・b・c

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ－３－（１） サービス提供の開始が適切に行われている。		
	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。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
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。		
	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。	Ⓐ・b・c

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	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。	Ⓐ・b・c
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。		
	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c

評価対象Ⅳ

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)-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)-② 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)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ・b・c
	A-1-(1)-④ 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)-⑤ 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)-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)-② 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)-③ 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)-① 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)-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)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	Ⓐ・c
A-2-(3) 排泄		
	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ・c
	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	Ⓐ・c
A-2-(4) 衣服		
	A-2-(4)-① 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)-② 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)-① 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)-② 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)-① 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)-① 日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・c
	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
	A-2-(7)-③ 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)-① 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)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	Ⓐ・b・c
	A-2-(9)-② 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)-① 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)-② 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)-③ 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)-① 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)-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。	a・Ⓐ・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	48	5	-
内容評価基準（評価対象A1～A3）	28	1	-
合計	76	6	-