

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

名 称	社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会
調査実施日	平成23年11月21日(月)、22日(火)、25日(金)

②事業者情報

名 称	ヴィヴァーチェ野菊	種 別	障害福祉サービス事業所
代表者氏名	理事長 美馬 精一	定 員	56名
所 在 地	徳島県吉野川市鴨島町敷地1463-1		

③総評

◇特に評価の高い点

福祉サービスの質の向上に向けた組織的な取り組み

平成12年度に試行的事業として第三者評価を受審し、以降、毎年自己評価に取り組んでいる。全職員で課題の共有化を図ったうえで改善に向けた継続的な取り組みに繋げるなど、福祉サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みが定着しつつある。長年取り組んできた組織的な改善活動を、各部署単位及び全体活動(QC活動)へと展開するなどして、さらに質の高い活動へと結びつけられるよう期待する。

ボランティアの受け入れによる地域との繋がりや体験

月2回、地域のボランティアの協力を得て、利用者とともに生産作業等の活動を行っている。利用者の交流体験となっており、ともに作業をすることで意欲の醸成や促進に繋がっている。

自立訓練等の支援

利用者が地域で自立して生活することができるよう、社会資源等の活用による社会スキルを高めるためのプログラムに則った自立訓練等の支援に努めている。

◇改善を求められる点

情報端末機器の管理とセキュリティー対策

各部署においてIT機器を積極的に活用しているが、今後はシステムの共有化や統合化、事業所内LANの構築等を図ることにより、サービスの質の向上や業務の効率化へ向け取り組むよう期待する。また、情報管理の徹底やセキュリティー対策の面において速やかな対応が望まれる。

能力育成型の人事考課制度への取り組み

質の高い福祉サービスを提供するためには、職員の資質や意欲の向上を目指した教育的視点による能力育成型の人事考課制度の構築が望まれる。

利用者の障がい特性等に応じた詳細な支援方法の記載

各種サービスの標準的なマニュアルを整備しているが、利用者一人ひとりの障がいの状況や多様な特徴等に応じた共通の支援方法を詳細に記載するなどして、より一層、利用者一人ひとりのエンパワメントの実現に向けた支援に繋がりたい。

④福祉サービス第三者評価結果に対する事業者のコメント

新体系に移行し1年が過ぎようとしたこの時期に福祉サービス第三者評価を行っていただきありがとうございます。改めて今後取り組む課題の把握が出来ました。障害福祉サービス事業所として関係機関との連携や地域の福祉ニーズの把握、ニーズに基づく事業・活動を行っていますが、今後はご指摘のありました課題に向かい合い福祉サービス事業所の専門的な機能や特性、専門的な知識や技能を発揮し地域との交流を踏まえ、より一層事業・活動に取り組んでいこうと考えています。また、サービスの質の向上や業務の効率化に向け事業所内のLANの構築も図っていきたいと考えます。

⑤評価細目の福祉サービス第三者評価結果(別添)

福祉サービス第三者評価結果

○評価分野別評価結果（分野別の特記事項）

I 福祉サービスの基本方針と組織

a	13	b	0	c	0
---	----	---	---	---	---

1 理念・基本方針

法人の理念に基づく使命や役割を踏まえたうえで、事業所の理念や基本方針を作成し明文化している。利用者主体・利用者尊重の考えを示しており、説明会や各種資料、広報誌、パンフレット、ホームページ等で利用者や家族、地域住民、職員等への周知を図っている。また、毎朝、理念や基本方針を唱和したり、事業所内の会議や委員会で検討したりして、共有化への取り組みを行っている。職員は、名札の裏に理念や基本方針を記したカードを携帯し、機会あるごとに基本に立ち返る姿勢をもって取り組んでいる。

2 事業計画の策定

将来展望を踏まえた中・長期計画を策定している。各部署や各種会議・委員会等で、中・長期計画を踏まえた事業計画案や収支予算案の検討・評価・分析を行い、職員会議で話しあった後、管理運営会議において決定するなどの組織的な取り組みを行っている。また、利用者や家族、職員に対し事業計画の周知を行っている。

3 管理者の責任とリーダーシップ

管理者は、事業所の機能と将来像を明確にしている。また、各種会議や委員会等の際、職員の経営への参画意識や労働意欲の醸成・向上に努めており、事業所運営においてリーダーシップを発揮している。各部門の責任者は、課題や問題の解決に向けた目標設定や目標管理に主体的に関わっており、事業計画にも反映している。

○理念・基本方針

法人の理念である“明日の地域福祉を見つめて”を踏まえ、平成21年度に組織全体で検討し、事業所理念“穏やかで豊かな人生の実現をめざします”を作成し明文化している。理念からは、事業所の使命や役割、機能を読みとることができる。

理念を実現するため、基本方針として事業所の運営方針等を5項目にわたって明文化しており、事業計画や事業所内文書、パンフレット、名札の裏面等に記載している。

理念や基本方針を文書化し、事業所内に掲示している。また、全職員が、理念や基本方針を記載したカードを名札とともに携帯している。終礼時に理念や基本方針を唱和したり、各種会議や委員会等の際に内容説明を行ったりして、共有化に向けた取り組みを行っている。

職員は、利用者一人ひとりに理念や基本方針の説明を行っている。家族には、保護者会の際に周知している。欠席者には、利用者を通じて資料を配布している。

○事業計画の策定

平成22年度から平成27年度の期間を対象とした中・長期計画を策定している。事業所の課題や7項目の重点事項を具体的に計画化している。年度単位の達成目標や資金・財務計画を策定している。

中・長期計画の内容を事業計画に反映している。5項目の重点事項を達成するため、各部門ごとに目標を立てて作成している。事業計画は、人材計画や職員研修、地域交流、安全管理、苦情解決、保護者会、地域生活支援事業等を含めた具体的な内容となっている。また、前年度との比較による評価・分析を予算書と併せて検討し、次年度の計画に反映している。

各種会議や委員会、職員会議、管理運営会議等において、前年度の事業計画の評価や見直しを行ったうえで、次年度の計画を策定している。組織的な事業計画の評価や見直しを継続的に実施している。

全職員に事業計画を配布している。年度当初の職員会議や職員採用時等に説明を行っている。また、定期的に事業進捗状況を確認し把握している。特に月1回の職員会議は、全職員への周知や課題検討、研修効果の向上等を図るため、午前と午後に分けて実施するなどの工夫を行っている。

利用者の保護者会の際、事業計画等の文書を配布している。コミュニケーションをとることが困難な利用者には、職員が利用者一人ひとりの障がい特性に応じたコミュニケーション手法により、わかりやすい説明に努めている。

○管理者の責任とリーダーシップ

職務分掌や各種会議、委員会等において、管理者の役割と責任を表明し明確にしている。広報誌や事業所内文書、資料等からも確認することができる。

組織として遵守しなければならない関連法令をリスト化し、内容を正しく理解し把握するための体制を構築している。また、経営に関する研修会へ積極的に参加している。

管理者は、福祉サービスの質に関する課題や問題点を把握している。第三者評価委員会や職員会議が中心となって、サービスの改善に向けた組織的な体制を構築している。

管理者は、経営や業務の改善・効率化に向けた課題を示している。職員の経営への参画意識の醸成や向上への取り組みを行っている。

II 組織の運営管理

a	17	b	4	c	0
---	----	---	---	---	---

1 経営状況の把握

相談支援部門が中心となって地域の福祉ニーズを把握しており、中・長期計画にも的確に反映している。定期的に、外部の専門家による経営分析・評価を受けており、経営改善への取り組みを行っている。今後は、新体系移行後の職員が抱える様々な課題や問題点の解決に向けた組織的な取り組みに期待する。

2 人材の確保・養成

人材確保への取り組みや人員体制の構築に向けた取り組みを計画的に実施している。現在は、臨時職員の正規登用のみを対象とした人事考課となっているが、中・長期計画において、平成25年度には全職員を対象とした人事考課制度の構築を計画している。就業管理や福利厚生は、おおむね適正に取り組んでいる。職員の教育や研修に関する年間プログラムを策定し、実施・評価・見直しの一連のプロセスが定着しつつある。実習生の受け入れに関する基本姿勢や体制を整備している。

3 安全管理

安全管理に関する担当者や委員会、諸規程、各種マニュアル等の体制を整備している。リスク委員会では、発生時の対策に関する検討や評価、分析を行っている。また、事業所内・外において事故が発生した際の訓練を定期的に行っている。防災型地域交流スペースが整備し、地域の防災拠点としての役割を担っている。

4 地域との交流と連携

地域との交流に向けた体制整備を行い、利用者の地域活動への参加を推奨している。ボランティアの受け入れに関する体制を整備している。併設事業所の相談支援部門とともに、関係機関等との連携や地域福祉ニーズの把握、ニーズに基づく事業・活動の展開等を行っているが、今後は、障がい福祉サービス事業所の専門的な機能や特性、職員の保有する専門的な知識や技能を発揮し、地域との交流を踏まえたより一層の取り組みに期待する。

○経営状況の把握

各種制度や施策、障がい福祉サービスの動向、地域の福祉ニーズの把握に努めている。併設事業所の相談支援部門と連携を図って組織的に取り組んでいる。新体系への移行に伴って職員の業務量が増加傾向にあるため、サービスの質の低下を懸念している。

毎月、サービス利用実績の報告を行っている。職員会議の際、課題や改善点について検討している。

税理士による外部監査を実施している。また、定期的に外部の会計・財務専門担当者による経営指導も受けている。

○人材の確保・育成

人事管理に関する方針を明確にしている。また、中・長期計画において、将来的に必要な社会福祉士や介護福祉士等の有資格者の配置計画を具体的に策定している。

臨時職員の正規登用等において人事考課を活用している。全職員を対象とした人事考課は、平成24年度に人事評価基準を策定し、平成25年度より実施する予定となっているため、現在は実施していない。

定期的に、管理者による個別面談を実施している。また、職員が相談しやすいよう課長が相談窓口となっている。総務部門において職員の就労管理を行っているが、個々の職員や職種に応じた有給休暇取得率、総実労働時間数等の把握までには至っていない。

健康診断やインフルエンザの予防接種に係る費用の事業所負担を行っている。また、職員の心の相談窓口も設けている。

中・長期計画において、将来的に必要な社会福祉士や介護福祉士等の専門資格者の配置計画を具体的に明示し、資格取得のために勤務日程・時間等の配慮を行っている。資格取得を組織的に支援する体制を整備している。

教育・研修担当者は、年間の研修計画を策定している。職員会議等の際、研修内容を提案して検討し、計画に基づく具体的な取り組みや報告を行っている。

研修参加者は、復命書を作成し毎月の職員会議で報告を行っている。また、全職員で復命書を回覧している。各種会議や委員会等において、研修内容の評価や分析も実施している。

実習生の受け入れ方針を明文化し、手順のマニュアル化を行っている。実習指定学校と契約を締結し、責任体制を明確にしている。

○安全管理	
利用者の安全確保に関する担当者を配置している。定期的に、安全管理会議のもとで防災やリスク委員会等を開催している。また、事故や衛生、感染、防災、緊急事態対応等に関するマニュアルを整備し、リスク管理体制や安全確保の体制、連絡方法、支援体制、緊急時の情報交換、連絡・協力体制の構築を行っている。救急法の講習を含めた研修プログラムを構築し実施している。	a
事業所独自の防災計画を整備し、災害時の対応体制を職員に周知している。年3回、防災避難訓練を実施したり、地元の自主防災協力員と連携を図ったりして取り組んでいる。利用者や職員の安否確認手順に係る一覧を作成している。	a
リスク委員会で事例を収集し、安全管理会議において検討や分析、評価、見直しを行っている。	a
○地域との交流と連携	
地域との関わりに関する方針を明確にし、担当者を配置している。計画的に、地域住民との交流会や行事を実施している。また、利用者に地域のイベント情報等を提供している。	a
在宅支援サービスの一環として、日中一時支援事業や支援学校の校外実習生の受け入れ、地域生活支援事業等を展開している。しかし、事業所の有する専門的な就労支援に関する知識や技術を地域に還元したり、事業所の担う社会的機能への理解を地域住民から得たりするための具体的な取り組みを行うまでには至っていない。	b
ボランティアの受け入れに関する方針を明確にしてマニュアルを作成し、担当者を配置している。	a
地域の関係機関や各種団体、担当者等を記載したリストを作成し、職員間で共有化を図っている。作業所内にも掲示している。	a
定期的に、地域の関係機関や他事業所、種別協議会、社会福祉協議会等と話しあう機会を設けている。また、併設事業所の相談支援事業部門と密に連携を図り、地域のネットワーク化に取り組んでいる。	a
併設事業所の相談支援事業部門と連携し、関係機関や団体との連携や福祉ニーズの把握に努めている。民生委員・児童委員との会議にも参加し、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	a
地域の福祉ニーズに基づき、日中一時支援事業を実施している。	a

1 利用者本位の福祉サービス

利用者への適切な福祉サービスの提供に関する人権マニュアルを整備し、組織としての基本姿勢や意識をもって取り組んでいる。定期的に、利用者や家族に個別面談や満足度調査を実施したり、職員研修を重ねたりして、利用者本位の福祉サービスの提供に努めている。なお、利用者や家族の意見に応じる体制整備や迅速な解決等に努めているが、第三者委員会の活用等による一層の工夫に期待する。

2 サービスの質の確保

毎年、全職員で自己評価を実施している。第三者評価検討委員会において改善計画を立てて課題の共有化に努め、サービスの見直しを図ったうえで実践に繋げている。また、個別のサービス支援計画書には、利用者の活動や支援内容等を詳細に記録している。計画書の見直し等に関する記録を閲覧しやすい場所に保管し情報の共有化に努めているが、より一層の工夫が求められる。なお、各種サービスに関するマニュアル等も整備してはいるが、利用者の障がい程度や様々な特徴に応じた詳細な区分化、対応手順を明記するまでには至っていないため、今後の工夫に期待する。

3 サービスの開始・継続

ホームページを開設したり、サービス内容や活動状況等を紹介したパンフレットを作成したりして、利用相談者や見学者、体験入所者への情報発信に努めている。また、相談支援員が集まる各種会議時や地域の関係者等にもパンフレット等を配布している。利用契約等に関する書類が分かりやすいよう工夫を行っている。利用者や家族の理解や納得、同意が得られるよう十分に時間をかけて説明を行っている。事業所の変更や家庭への移行時には、本人や家族の同意を得たうえで必要な情報を伝達するよう努めている。地域相談支援員や関係者と連携を図ったうえで、今までの関係や支援が途切れることのないよう継続的なサービスの実施に留意している。

4 サービス実施計画の策定

担当制により利用者への支援を行っている。サービス実施計画書の策定にあたっては、サービス管理責任者が中心となって、担当職員や関係職員で会議を開催し話しあっている。会議では、利用者や家族の意見・希望等を踏まえたうえで話しあっており、統一した様式で計画書を作成している。また、家族に計画内容等に関する説明を行っている。利用者の心身状況に変化等が見受けられた際にはそのつど見直している。個人ファイルには、毎日の活動状況や過ごし方等を記録している。

○利用者本位の福祉サービス

運営方針の第一項に利用者の尊重を掲げている。職員は、理念や基本方針を記載したカードを名札とともに携帯したり、職場内研修で人権に関する研修を実施したりして、利用者を尊重したサービスの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。また、身体拘束や虐待防止に関する周知徹底を図り、利用者本位の取り組みに反映している。

福祉サービスの提供マニュアルに、利用者のプライバシー保護に関する留意点を明記している。職員は、マニュアルに基づくサービスの提供に努めている。

年1回、利用者や家族に“満足度調査”を実施したり、利用者の自治会において話しあいを行ったりしている。出された意見は、職員検討会の際に検討し改善に繋げている。

事業所の窓口担当者だけでなく、外部の相談機関や相談方法を文書化し周知している。相談スペースを確保し、定期的に個別面談を行うなど、相談や意見を述べやすい環境を整備している。

苦情解決の仕組みや第三者委員を掲示し周知を図っている。苦情等の受付状況や話しあった内容、経緯等の記録を適切に保管している。苦情を申し出た利用者や家族等の同意を得たうえで、対処方法や結果等を関係者にフィードバックし公表している。

対応マニュアルを整備している。職員会議の際、出された意見について検討し福祉サービスの質の改善に反映している。また、利用者へ検討した結果や経緯等を説明している。

○サービスの質の確保

毎年、各サービスの責任者が中心となって自己評価に取り組んでいる。第三者評価検討委員会において分析や検討を行う体制を構築している。

評価結果や課題を文書化し、職員間で検討を重ねて改善計画を策定している。職員間で計画を共有し、サービスの質の改善や向上に取り組んでいる。

関係者間で個別計画に関する共通認識を深め支援に繋げている。なお、各種サービスに関するマニュアル等も整備してはいるが、利用者の障がい程度や様々な特徴に応じた詳細な区分化を行ったり、対応手順を明記したりするまでには至っていない。

利用者の状況や意向、職員の気づきや意見等について検討する機会を設けている。利用者の状況に変化が見受けられたときや年度末などに見直しを図る仕組みを構築している。

サービスごとに実施状況を記録している。様式の統一化や書き方のポイントなどについて検討を行い、適切な記録の実施や個別記録の整理に努めている。

記録の管理・保存体制等に関する規定を定め、適切な管理体制を構築している。記録の表現や文言についてチェックを行う体制も構築している。

日々の業務開始時や終礼時、各部署でのメモ書き等を活用し、職員間で利用者に関する情報を共有している。また、情報の伝達をより確実にするため会議時などにも伝達している。基本的な個人情報や記録簿は、つねに関係者が閲覧できるよう保管し情報の共有化を図っている。

○サービスの開始・継続	
ホームページの開設やサービス内容・活動状況等を紹介したパンフレットを作成し情報の発信に努めている。事業所の見学や体験利用等の希望にも応じている。	a
サービス開始時の段階で、利用者や家族に契約書や重要事項説明書等に基づき説明を行っている。利用者や家族の理解や納得、同意が得られるよう十分に時間をかけて説明を行っている。文章には“ふりがな”をつけるなどの配慮を行っている。	a
事業所の変更や家庭への移行時には、本人や家族の同意を得たうえで必要な情報を伝達している。地域相談支援員と連携を図り、継続的なサービスの実施に留意している。	a
○サービス実施計画の策定	
アセスメントの手順や見直しの時期を定めている。利用者一人ひとりの生活状況や行動の特徴、自活訓練、作業内容等の課題を明記し、統一した様式でアセスメントを実施している。	a
利用者や家族の意見に基づき、サービス管理責任者が中心となって担当職員や関係職員間で話しあい、計画を策定している。	a
定期的にサービス実施計画を見直している。また、利用者や家族の意見、心身状況の変化等に応じて、そのつど見直している。各事業関係委員会やパソコンのインターネットにより周知徹底を図っている。家族には、三者面談や保護者会の際などに説明を行って同意を得ている。	a

A 個別サービスについて

a	25	b	0	c	0
---	----	---	---	---	---

1 利用者の尊重

利用者一人ひとりの主体性の尊重や障がい者福祉の基本的な考えを踏まえたうえで、意思伝達の困難な利用者とのコミュニケーションを円滑に得るための支援計画やマニュアルを策定している。自治会での活動や社会生活を高めるための学習・体験プログラム、地域の図書館等の社会資源を活用し、利用者の主体的な活動を促すための工夫を行っている。また、“暮らしの改善聞き取り調査”を実施し、利用者から直接意見を聞いて日中生活活動の改善に努めている。

2 日常生活支援

個別支援計画に基づき、利用者一人ひとりの障害特性や健康状態、身体状況等に応じて必要な介助や支援内容・方法を明示している。また、定期的に食事の嗜好調査を実施し、把握した意向や要望等を献立に反映している。調理は、事業所内で委託業者が行っているが、職員が仲介役となって利用者の状況や希望等に応じたメニューや食事形態での提供に努めている。衣類着脱衣支援マニュアルを策定し、利用者の主体性を尊重したうえで速やかな対応に努めている。日中活動中の出来事については、必要に応じて家族と連絡を取りあって情報の共有化に努めている。

○利用者の尊重

利用者一人ひとりの支援内容や方法を支援計画書に明示している。意思伝達の困難な利用者には、ソーシャルワーカー等が加わり、本人の意思や意向等をより正しく理解するよう努めている。日ごろの関わりを通じ、利用者固有のサインをコミュニケーション手段として活用するなどの工夫を行っている。 a

定期的で開催する自治会で、意見交換を行う機会を設けている。利用者一人ひとりの意見を尊重したうえで、必要な支援に取り組んでいる。 a

利用者自身の行う日常生活上の行為については、利用者の主体性を尊重したうえで障がい特性に応じた支援を行う体制を整備している。 a

公共交通機関等の利用に関するプログラムや地域の図書館の利用等を含めた社会生活力を高めるためのプログラム等を工夫し整備している。 a

○日常生活支援

利用者一人ひとりの身体状況等に応じた留意点や支援内容等を明示している。食事介助や支援方法を支援マニュアルに明示している。 a

定期的に嗜好調査を実施し、把握した意向や要望等を献立に反映している。 a

食事時間にゆとりを設け、利用者のペースで食事を楽しむことができるよう配慮している。 a

(入浴支援は実施していない) a

日中、失禁や着衣の汚れがあった際には、必要に応じて入浴できる体制を整備している。 a

プライバシーに配慮したシャワー室を完備している。 a

排泄介助マニュアルに基づき、利用者一人ひとりの健康状態や安全面、プライバシー等に留意し支援している。 a

利用者の身体状況に応じた設備を配備しており、プライバシーにも配慮した構造となっている。環境保全委員会等で適切な排泄支援や環境整備について検討している。 a

利用者の主体性を尊重し、一人ひとりの意向にそった支援に努めている。 a

衣類着脱衣支援マニュアルを策定し、利用者の主体性を尊重したうえで速やかな対応に努めている。 a

本人の意思を尊重し、支援に繋げている。 a

本人の意思に応じて理・美容院を利用できるよう支援している。 a

通所型のため、日中の出来事は必要に応じて家族と連絡を取りあって情報の共有化を図っている。 a

健康管理台帳や健康管理マニュアルを整備し、日ごろの利用者一人ひとりの健康状態等に関する記録を整備している。健康診断や歯科検診、生活習慣予防、感染症予防対策も適切に実施している。 a

事故や急病発生時に備え、危機管理マニュアルを作成している。マニュアルに基づき、適切な医療の受診を迅速に行うことができる体制を構築している。 a

利用者自身により服薬管理することが困難な場合には、職員がマニュアルにそって支援している。	a
利用者に事業所の行事に関する概要を説明し、本人の意思で参加してもらっている。また、利用者の希望に応じて、地域の社会資源や行事等の情報を提供している。	a
地域の様々な情報を利用者へ提供し、本人の希望に応じた外出支援に努めている。	a
利用者や家族の希望に応じ、サービスの利用状況等に配慮し支援している。	a
鍵付きのロッカーで個々に管理している。自己管理の困難な利用者の預かり金は、保管箱で一括管理する体制を整備している。	a
利用者の意向や希望に応じ、新聞や雑誌の補充等を行っている。また、休憩時には、食堂等でテレビを見たり、雑誌を読んだりしており、利用者一人ひとりの意思や希望に尊重した支援に努めている。	a
喫煙に関する基本的なルールを定め、利用者の希望に応じて楽しんでもらっている。喫煙場所は決まっており、煙吸引浄化装置等を設置するなどして、他者への配慮も行っている。	a

福祉サービス第三者評価結果（共通評価項目）

I. 福祉サービスの基本方針と組織

I-1. 理念・基本方針

		評価結果		判断の理由
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。	①	b	c	法人の理念である“明日の地域福祉を見つめて”を踏まえ、平成21年度に組織全体で検討し、事業所理念“穏やかに豊かな人生の実現をめざします”を作成し明文化している。理念からは、事業所の使命や役割、機能を読みとることができる。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	①	b	c	理念を実現するため、基本方針として事業所の運営方針等を5項目にわたって明文化しており、事業計画や事業所内文書、パンフレット、名札の裏面等に記載している。
I-1-(2) 理念や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。	①	b	c	理念や基本方針を文書化し、事業所内に掲示している。また、全職員が、理念や基本方針を記載したカードを名札とともに携帯している。終礼時に理念や基本方針を唱和したり、各種会議や委員会等の際に内容説明を行ったりして、共有化に向けた取り組みを行っている。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	①	b	c	職員は、利用者一人ひとりに理念や基本方針の説明を行っている。家族には、保護者会の際に周知している。欠席者には、利用者を通じて資料を配布している。

I-2 事業計画の策定

		評価結果		判断の理由
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。	①	b	c	平成22年度から平成27年度の期間を対象とした中・長期計画を策定している。事業所の課題や7項目の重点事項を具体的に計画化している。年度単位の達成目標や資金・財務計画を策定している。
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。	①	b	c	中・長期計画の内容を事業計画に反映している。5項目の重点事項を達成するため、各部門ごとに目標を立てて作成している。事業計画は、人材計画や職員研修、地域交流、安全管理、苦情解決、保護者会、地域生活支援事業等を含めた具体的な内容となっている。また、前年度との比較による評価・分析を予算書と併せて検討し、次年度の計画に反映している。
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。	①	b	c	各種会議や委員会、職員会議、管理運営会議等において、前年度の事業計画の評価や見直しを行ったうえで、次年度の計画を策定している。組織的な事業計画の評価や見直しを継続的に実施している。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	①	b	c	全職員に事業計画を配布している。年度当初の職員会議や職員採用時等に説明を行っている。また、定期的に事業進捗状況を確認し把握している。特に月1回の職員会議は、全職員への周知や課題検討、研修効果の向上等を図るため、午前と午後に分けて実施するなどの工夫を行っている。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	①	b	c	利用者の保護者会の際、事業計画等の文書を配布している。コミュニケーションをとることが困難な利用者には、職員が利用者一人ひとりの障がい特性に応じたコミュニケーション手法により、わかりやすい説明に努めている。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	評価結果			判断の理由
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。	①	b	c	職務分掌や各種会議、委員会等において、管理者の役割と責任を表明し明確にしている。広報誌や事業所内文書、資料等からも確認することができる。
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。	①	b	c	組織として遵守しなければならない関連法令をリスト化し、内容を正しく理解し把握するための体制を構築している。また、経営に関する研修会へ積極的に参加している。
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。	①	b	c	管理者は、福祉サービスの質に関する課題や問題点を把握している。第三者評価委員会や職員会議が中心となって、サービスの改善に向けた組織的な体制を構築している。
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。	①	b	c	管理者は、経営や業務の改善・効率化に向けた課題を示している。職員の経営への参画意識の醸成や向上への取り組みを行っている。

II. 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	評価結果			判断の理由
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。	a	②	c	各種制度や施策、障がい福祉サービスの動向、地域の福祉ニーズの把握に努めている。併設事業所の相談支援部門と連携を図って組織的に取り組んでいる。新体系への移行に伴って職員の業務量が増加傾向にあるため、サービスの質の低下を懸念している。
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。	①	b	c	毎月、サービス利用実績の報告を行っている。職員会議の際、課題や改善点について検討している。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	①	b	c	税理士による外部監査を実施している。また、定期的に外部の会計・財務専門担当者による経営指導も受けている。

II-2 人材の確保・養成

	評価結果			判断の理由
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。	④	b	c	人事管理に関する方針を明確にしている。また、中・長期計画において、将来的に必要な社会福祉士や介護福祉士等の有資格者の配置計画を具体的に策定している。
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	④	c	臨時職員の正規登用等において人事考課を活用している。全職員を対象とした人事考課は、平成24年度に人事評価基準を策定し、平成25年度より実施する予定となっているため、現在は実施していない。
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。	a	④	c	定期的に、管理者による個別面談を実施している。また、職員が相談しやすいよう課長が相談窓口となっている。総務部門において職員の就労管理を行っているが、個々の職員や職種に応じた有給休暇取得率、総実労働時間数等の把握までには至っていない。
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。	④	b	c	健康診断やインフルエンザの予防接種に係る費用の事業所負担を行っている。また、職員の心の相談窓口も設けている。
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。	④	b	c	中・長期計画において、将来的に必要な社会福祉士や介護福祉士等の専門資格者の配置計画を具体的に明示し、資格取得のために勤務日程・時間等の配慮を行っている。資格取得を組織的に支援する体制を整備している。
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。	④	b	c	教育・研修担当者は、年間の研修計画を策定している。職員会議等の際、研修内容を提案して検討し、計画に基づく具体的な取り組みや報告を行っている。
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。	④	b	c	研修参加者は、復命書を作成し毎月の職員会議で報告を行っている。また、全職員で復命書を回覧している。各種会議や委員会等において、研修内容の評価や分析も実施している。
II-2-(4) 実習生の受け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。	④	b	c	実習生の受け入れ方針を明文化し、手順のマニュアル化を行っている。実習指定学校と契約を締結し、責任体制を明確にしている。

II-3 安全管理

		評価結果		判断の理由
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、災害の発生時など）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。	①	b	c	利用者の安全確保に関する担当者を配置している。定期的に、安全管理会議のもとで防災やリスク委員会等を開催している。また、事故や衛生、感染、防災、緊急事態対応等に関するマニュアルを整備し、リスク管理体制や安全確保の体制、連絡方法、支援体制、緊急時の情報交換、連絡・協力体制の構築を行っている。救急法の講習を含めた研修プログラムを構築し実施している。
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。	①	b	c	事業所独自の防災計画を整備し、災害時の対応体制を職員に周知している。年3回、防災避難訓練を実施したり、地元の自主防災協力員と連携を図ったりして取り組んでいる。利用者や職員の安否確認手順に係る一覧を作成している。
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。	①	b	c	リスク委員会で事例を収集し、安全管理会議において検討や分析、評価、見直しを行っている。

II-4 地域との交流と連携

		評価結果		判断の理由
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。				
II-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	①	b	c	地域との関わりに関する方針を明確にし、担当者を配置している。計画的に、地域住民との交流会や行事を実施している。また、利用者に地域のイベント情報等を提供している。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	②	c	在宅支援サービスの一環として、日中一時支援事業や支援学校の校外実習生の受け入れ、地域生活支援事業等を展開している。しかし、事業所の有する専門的な就労支援に関する知識や技術を地域に還元したり、事業所の担う社会的機能への理解を地域住民から得たりするための具体的な取り組みを行うまでには至っていない。
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。	①	b	c	ボランティアの受け入れに関する方針を明確にしてマニュアルを作成し、担当者を配置している。
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。	①	b	c	地域の関係機関や各種団体、担当者等を記載したリストを作成し、職員間で共有化を図っている。作業所内にも掲示している。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	①	b	c	定期的に、地域の関係機関や他事業所、種別協議会、社会福祉協議会等と話しあう機会を設けている。また、併設事業所の相談支援事業部門と密に連携を図り、地域のネットワーク化に取り組んでいる。
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。	①	b	c	併設事業所の相談支援事業部門と連携し、関係機関や団体との連携や福祉ニーズの把握に努めている。民生委員・児童委員との会議にも参加し、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。
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。	①	b	c	地域の福祉ニーズに基づき、日中一時支援事業を実施している。

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

		評価結果			判断の理由
Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。					
Ⅲ-1-1 (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。	④	b	c	運営方針の第一項に利用者の尊重を掲げている。職員は、理念や基本方針を記載したカードを名札とともに携帯したり、職場内研修で人権に関する研修を実施したりして、利用者を尊重したサービスの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。また、身体拘束や虐待防止に関する周知徹底を図り、利用者本位の取り組みに反映している。	
Ⅲ-1-1 (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。	④	b	c	福祉サービスの提供マニュアルに、利用者のプライバシー保護に関する留意点を明記している。職員は、マニュアルに基づくサービスの提供に努めている。	
Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の向上に努めている。					
Ⅲ-1-1 (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。	④	b	c	年1回、利用者や家族に“満足度調査”を実施したり、利用者の自治会において話しあいを行ったりしている。出された意見は、職員検討会の際に検討し改善に繋げている。	
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。					
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。	④	b	c	事業所の窓口担当者だけでなく、外部の相談機関や相談方法等を文書化し周知している。相談スペースを確保し、定期的に個別面談を行うなど、相談や意見を述べやすい環境を整備している。	
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。	④	b	c	苦情解決の仕組みや第三者委員を掲示し周知を図っている。苦情等の受付状況や話しあった内容、経緯等の記録を適切に保管している。苦情を申し出た利用者や家族等の同意を得たうえで、対処方法や結果等を関係者にフィードバックし公表している。	
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。	④	b	c	対応マニュアルを整備している。職員会議の際、出された意見について検討し福祉サービスの質の改善に反映している。また、利用者へ検討した結果や経緯等を説明している。	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		評価結果		判断の理由
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。	④	b	c	毎年、各サービスの責任者が中心となって自己評価に取り組んでいる。第三者評価検討委員会において分析や検討を行う体制を構築している。
Ⅲ-2-(1)-② 評価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。	④	b	c	評価結果や課題を文書化し、職員間で検討を重ねて改善計画を策定している。職員間で計画を共有し、サービスの質の改善や向上に取り組んでいる。
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。	a	④	c	関係者間で個別計画に関する共通認識を深め支援に繋げている。なお、各種サービスに関するマニュアル等も整備してはいるが、利用者の障がい程度や様々な特徴に応じた詳細な区分化を行ったり、対応手順を明記したりするまでには至っていない。
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。	④	b	c	利用者の状況や意向、職員の気づきや意見等について検討する機会を設けている。利用者の状況に変化が見受けられたときや年度末などに見直しを図る仕組みを構築している。
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。	④	b	c	サービスごとに実施状況を記録している。様式の統一化や書き方のポイントなどについて検討を行い、適切な記録の実施や個別記録の整理に努めている。
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。	④	b	c	記録の管理・保存体制等に関する規定を定め、適切な管理体制を構築している。記録の表現や文言についてチェックを行う体制も構築している。
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。	④	b	c	日々の業務開始時や終礼時、各部署でのメモ書き等を活用し、職員間で利用者に関する情報を共有している。また、情報の伝達をより確実にするため会議時などにも伝達している。基本的な個人情報や記録簿は、つねに関係者が閲覧できるよう保管し情報の共有化を図っている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		評価結果			判断の理由
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。	④	b	c	ホームページの開設やサービス内容・活動状況等を紹介したパンフレットを作成し情報の発信に努めている。事業所の見学や体験利用等の希望にも応じている。	
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。	④	b	c	サービス開始時の段階で、利用者や家族に契約書や重要事項説明書等に基づき説明を行っている。利用者や家族の理解や納得、同意が得られるよう十分に時間をかけて説明を行っている。文章には“ふりがな”をつけるなどの配慮を行っている。	
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。	④	b	c	事業所の変更や家庭への移行時には、本人や家族の同意を得たうえで必要な情報を伝達している。地域相談支援員と連携を図り、継続的なサービスの実施に留意している。	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		評価結果			判断の理由
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。	④	b	c	アセスメントの手順や見直しの時期を定めている。利用者一人ひとりの生活状況や行動の特徴、自活訓練、作業内容等の課題を明記し、統一した様式でアセスメントを実施している。	
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。	④	b	c	利用者や家族の意見に基づき、サービス管理責任者が中心となって担当職員や関係職員間で話しあい、計画を策定している。	
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。	④	b	c	定期的にサービス実施計画を見直している。また、利用者や家族の意見、心身状況の変化等に応じて、そのつど見直している。各事業関係委員会やパソコンのインターネットにより周知徹底を図っている。家族には、三者面談や保護者会の際などに説明を行って同意を得ている。	

福祉サービス第三者評価結果（障害者・児施設版）

A-1. 利用者の尊重

		評価結果		判断の理由
A-1-(1) 利用者の尊重				
A-1-(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。	①	b	c	利用者一人ひとりの支援内容や方法を支援計画書に明示している。意思伝達の困難な利用者には、ソーシャルワーカー等が加わり、本人の意思や意向等をより正しく理解するよう努めている。日ごろの関わりを通じ、利用者固有のサインをコミュニケーション手段として活用するなどの工夫を行っている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	①	b	c	定期的で開催する自治会で、意見交換を行う機会を設けている。利用者一人ひとりの意見を尊重したうえで、必要な支援に取り組んでいる。
A-1-(1)-③ 利用者が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。	①	b	c	利用者自身の行う日常生活上の行為については、利用者の主体性を尊重したうえで障がい特性に応じた支援を行う体制を整備している。
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	①	b	c	公共交通機関等の利用に関するプログラムや地域の図書館の利用等を含めた社会生活力を高めるためのプログラム等を工夫し整備している。

A-2 日常生活支援

		評価結果		判断の理由
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。	①	b	c	利用者一人ひとりの身体状況等に応じた留意点や支援内容等を明示している。食事介助や支援方法を支援マニュアルに明示している。
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。	①	b	c	定期的に嗜好調査を実施し、把握した意向や要望等を献立に反映している。
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	①	b	c	食事時間にゆとりを設け、利用者のペースで食事を楽しむことができるよう配慮している。

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。				(入浴支援は実施していない)
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	①	b	c	日中、失禁や着衣の汚れがあった際には、必要に応じて入浴できる体制を整備している。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	①	-	c	プライバシーに配慮したシャワー室を完備している。
A-2-(3) 排泄				
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	①	-	c	排泄介助マニュアルに基づき、利用者一人ひとりの健康状態や安全面、プライバシー等に留意し支援している。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	①	-	c	利用者の身体状況に応じた設備を配備しており、プライバシーにも配慮した構造となっている。環境保全委員会等で適切な排泄支援や環境整備について検討している。
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。	①	b	c	利用者の主体性を尊重し、一人ひとりの意向にそった支援に努めている。
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。	①	b	c	衣類着脱支援マニュアルを策定し、利用者の主体性を尊重したうえで速やかな対応に努めている。
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。	①	b	c	本人の意思を尊重し、支援に繋げている。
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	①	-	c	本人の意思に応じて理・美容院を利用できるよう支援している。
A-2-(6) 睡眠				
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	①	-	c	通所型のため、日中の出来事は必要に応じて家族と連絡を取りあって情報の共有化を図っている。

A-2-(7) 健康管理				
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	①	-	c	健康管理台帳や健康管理マニュアルを整備し、日ごろの利用者一人ひとりの健康状態等に関する記録を整備している。健康診断や歯科検診、生活習慣予防、感染症予防対策も適切に実施している。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	①	b	c	事故や急病発生時に備え、危機管理マニュアルを作成している。マニュアルに基づき、適切な医療の受診を迅速に行うことができる体制を構築している。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	①	-	c	利用者自身により服薬管理することが困難な場合には、職員がマニュアルにそって支援している。
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。	①	b	c	利用者に事業所の行事に関する概要を説明し、本人の意思で参加してもらっている。また、利用者の希望に応じて、地域の社会資源や行事等の情報を提供している。
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。	①	b	c	地域の様々な情報を利用者に提供し、本人の希望に応じた外出支援に努めている。
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。	①	b	c	利用者や家族の希望に応じ、サービスの利用状況等に配慮し支援している。
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。	①	b	c	鍵付きのロッカーで個々に管理している。自己管理の困難な利用者の預かり金は、保管箱で一括管理する体制を整備している。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	①	-	c	利用者の意向や希望に応じ、新聞や雑誌の補充等を行っている。また、休憩時間には、食堂等でテレビを見たり、雑誌を読んだりしており、利用者一人ひとりの意思や希望に尊重した支援に努めている。
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、タバコ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	①	-	c	喫煙に関する基本的なルールを定め、利用者の希望に応じて楽しんでもらっている。喫煙場所は決まっており、煙吸引浄化装置等を設置するなどして、他者への配慮も行っている。