

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 (通所系))

## ◎ 評価機関

名 称	特定非営利活動法人 あすなろ福祉サービス評価機構
所 在 地	熊本市南熊本3丁目 13-12-205
評価実施期間	23年11月1日～24年2月15日
評価調査者番号	①第06-021
	②第06-026
	③第10-003

## 1 福祉サービス事業者情報

## (1) 事業者概要

事業所名称：社会福祉法人 熊本市社会福祉事業団 (施設名) 熊本市はなぞの学苑	種別：知的障害者更生施設 (通所)
代表者氏名：理事長 宗村 収 (管理者) 苑長 長藤 直	開設年月日： 昭和57年5月1日
設置主体：熊本市 経営主体：社会福祉法人 熊本市社会福祉事業団	定員：60名 (利用人数) 56名
所在地：〒860-0072 熊本市花園7丁目12-15	
連絡先電話番号： 096-325-4222	FAX番号： 096-325-6149
ホームページアドレス	<a href="http://ksfj.hinokuni-net.jp/">http://ksfj.hinokuni-net.jp/</a>

## (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
知的障がい者の自立生活をめざす日中活動による相談援助等支援	内科検診、個人面談、開園記念家族ハイキング、地域盆踊り大会共催、阿蘇宿泊体験、学苑福祉祭、運動会、学校行事参加、苑内成人式、ふれあいの集い、水泳、音楽療法士音楽活動、煎茶教室、地域清掃、班苑外活動等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
陶芸室、竹工室、木工室、紙工室、会議室、生活指導室、更衣室、調理実習室、食堂、相談室、医務室、事務室 (公園、グラウンド隣接)	鉄骨コンクリート2階建、農地 (借地約1500㎡)、送迎用41人乗りバス1台、ワゴン1台、ライトバン1台、軽トラック1台、陶芸釜、木工機械設備等

## 職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1		社会福祉士	2	
支援員	13		精神保健福祉士	1	
管理栄養士 (支援兼務)	1		介護福祉士	1	
医師		1	保育士	2	
事務員	1		社会福祉主事	6	
			介護支援専門員	1	
			ホームヘルパー	2	
合 計	16	1	合 計	15	

※ 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

#### 1) 理念に基づいた事業運営

障害者支援理念に沿い、中期計画、事業計画を策定し、学苑目標、倫理綱領、事業所内規等を整備し、事業運営の中に反映させています。

また、福祉事業の動向や運営状況等確実に把握し、次計画に反映しています。

#### 2) 利用者の社会性・自立性を高める多彩なプログラム

利用者は、理念である「利用者個々の人権を尊重し、利用者や家族のニーズの応じた作業やグループ活動、社会体験学習等を組み立て、利用者の自己決定を尊重した適切な援助を行い、地域での豊かな生活」の実現の仕組みとして、利用者の社会性を高め、自立性を高める多彩なプログラムがあります。就労B型事業グループとして農工班、竹工班、紙工班、陶芸班と4グループ化し、班単位で利用者が週スケジュールを決め、不足品も利用者本人が買い物に出かける等一連の行動が社会で生きることの学びの場となり、楽しさの中から自立を目指し、事業所のスローガンである「利用者が喜んでこられる学苑」を実践しています。

#### 3) 利用者・家族等の意向を反映した取組み

事業所ではグループ制として、利用者と職員が常に一緒に過ごすメリットが活かされ、利用者と職員とのフェイスツーフェイスでの濃密なコミュニケーションや利用者手作りの意見箱・給食意見箱、班代表による利用者委員会、アンケート、保護者等の意見や要望・ニーズを把握し、階段への手すり設置等ハード面での改善等に取り組んでいます。出された意見や要望と改善内容等掲示による開示や説明にはルビをふり、利用者の開示してします。

◆ 改善を求められる点

1) 制度に沿った運用

計画や文書の整然さを、運用の面での発揮が期待されます。

たとえば“ひやりはっと委員会”等不安全事例に対処する制度はあるものの、エアコンの一部破損個所が見られる等制度が十分に機能していないように思われます。

2) アクセスも含め、内外の環境への配慮

築28年の建物であり、施設内のバリアフリー化が進んでいるという状態には無く、また、施設の北面斜面が急斜面であり、崩落予防対策も十分とは言えません。

利用者の安全を確保する「想定外」を無くした安全対策が望まれます。

3) 質の向上に向けた組織的な取組み

今回の第三者評価結果を踏まえ、取り組むべき課題を明確にし、全職員で改善に向けた取組みと、毎年の自己評価により更なる質の向上に期待されます。

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 1.27)

新体系の移行準備と重なり、第三者評価を受けるにあたって、十分な自己評価と修正・検討を行うことが出来なかったが、学苑の運営、支援内容の全般に渡り第三者評価の視点を通じて福祉サービスを提供することはどういうことかを職員全体で習得することが出来ました。PDCAサイクルのC (Check) を得た今、学苑は新たなP (Plan) に向かってA (Action) を起こす時がきました。

利用者の方の活動 (Activity) もActionも根は同じです。利用者の方と学苑が共に主体となって能動的に行動し、両者の幸福度が一緒に向上するよう、今後取り組んでまいります。ありがとうございました。

(H . . . )

#### 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 信頼されるはなその学苑を目指し、生命の尊厳・個人の尊厳・人権の擁護・社会への参加・専門的な支援を利用者にも掲げ、分かるようなスローガン3項目として具体的に掲げています。             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者が喜んでこられる学苑</li> <li>1. 保護者が安心して出される学苑</li> <li>1. 地域とともに歩む学苑</li> </ul> </li>   <li>◆ 学苑目標は、職員にはその配布や職員会議での説明等により、又、利用者にはルビを振る等で周知徹底を図っています。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 障害者自立支援法に基づく新体系移行の長期計画から24年度移行とする今年度の事業計画を策定し、その実現に取り組んでいます。</li>   <li>◆ 年度計画は、職員アンケートにより意向を聞き、担当部署毎に立案、策定され、その進捗状況は職員会議で発表し、利用者・保護者に各会議の場や掲示等で周知を図っています。</li> </ul>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 管理者は、組織の中で自らが果たす役割を自覚され、責務として職員、利用者、その家族、地域等に表明しています。</li>   <li>◆ 事業所として、組織的に利用者に対するサービスの質の向上に取り組む指導力を発揮しています。</li>   <li>◆ 遵守すべき法令について、外部研修への参加や朝礼時における報告、資料配布、分類毎にリスト化する等情報の共有化に向けて積極的に取り組まれています。今後、職員の資質向上のため、遵守すべき法令についての更なる蔵書の整備が期待されます。</li>   <li>◆ 業務改善や効率化について、管理者はリーダーシップを発揮し、更なる質の向上に真摯に取り組んでいます。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 福祉事業の全体的動向や経営状況・地域ニーズ等の把握、法人による的確な分析は、各種の計画書に反映し、職員配布等により周知を図っています。</li>   <li>◆ 行政監査や市のモニタリング等を受けていますが、個別事業所への外部監査はこれまで行なわれていません。</li>   <li>◆ サービスの質や事業の公開度を高める上からも、今回のこの第三者評価を契機に積極的な外部監査の導入を図られることが望まれます。</li> </ul>

<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 人事考課をスタートさせ、説明会が開催される予定となっています。</li> <li>◆ 個別職員の教育・研修後の評価基準が明確にされておらず、その後の教育等に確実に結びついているとは言えません。</li> <li>◆ 職員の就業状況や福利については、施設長による年3回の個別面談により個々の悩みを聞き、スーパーバイザーとして常に職員の就業体制に目を向け、年休消化率等を把握していますが、分析や改善は今後の課題と言えます。</li> <li>◆ 運営方針に実習生を積極的に受入れることを掲げ、連絡窓口を明示し、事前説明、オリエンテーション等を行い、学校との連携を図り、人材育成に取り組んでいます。</li> <li>◆ 理学療法士、社会福祉士等の現場実習にロールプレイ等を取り入れ、ボランティアとしての訪問に繋げています。</li> </ul>
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 緊急時、災害時、不安全対応の組織、ルール、手順等を作成し、年1回消防署立合いの総合訓練や6月1日には防災センターに出向き研修を受け、毎月避難訓練を行ない有事に備えています。</li> <li>◆ 環境部でリスクを収集し、ヒヤリハット等も含めて全職員で検討、利用者にもフィードバックもしていますが、火災や安全面を重視して、設置基準以上の消化器の設置及び設置場所等のハード面での見直しを検討されることが期待されます。</li> </ul>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 法人定款、事業所運営規定等諸文書中で地域との交流連携が明示し、地域清掃活動や盆踊り大会等地域との交流に積極的に取り組んでいます。</li> <li>◆ 近隣に同一法人運営老人施設、同種事業所のある最高の福祉環境を更に活かし、多様な連携・機能還元が可能ではないか検討されることが望まれます。</li> <li>◆ ボランティア導入の段階で事前打ち合わせは行われていますが、研修は行われていません。今後は法人全体でボランティア研修の確立に向けた取組みの検討に期待したいところです。</li> </ul>

<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 基本理念に基づき、利用者個々の人権の尊重を掲げプライバシーに関するマニュアルの作成や、人権と虐待の研修を行い、意識向上を図っています。 また、年度初めに苑長より理念についての説明や日頃より日々の支援や報道事例をもとに職員への指導を行っています。</li> <li>◆ 利用者の満足の向上に努める為、意見箱・給食意見箱の設置や隔月毎に保護者会を開催する他、年2回の個別面談、連絡帳の利用、保護者食事試食会を行い、業務に反映させ、利用者が意見を述べやすくする為にも、意見を書く用紙の大きさや書きやすい鉛筆を準備しておく配慮が必要と思われます。プライバシーに配慮した女性用トイレに改善する等保護者の意見が具体的に反映されています。</li> <li>◆ 利用者の活動はグループ制として、利用者と職員が常に一緒に過ごすメリットが生かされ、相談や意見を全て受け付けグループの中で相談されています。職員も参加する利用者朝礼や各グループには利用者手作りの意見箱も置かれています。利用者委員会で出された意見や要望は随時利用者に説明を行う他、書面で報告されています。グループ活動により深まる利用者と職員の信頼関係は聞き取り調査からも確認されました。</li> <li>◆ 苦情解決の仕組みとして、人権・苦情委員会の設置、第三者委員会等を玄関に掲示されています。出された苦情等は記録に残し対処方法も記録しています。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 毎年度末に評価を行い運営委員会で話し合っています。第三者評価は今回が初めての受審であるが、自己評価の課題について職員会議で周知しています。</li> <li>◆ 提供するサービスについて、学苑理念の中に利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を掲げ、支援援助マニュアルの整備を行い、朝会・職員会議の中で話し合いを行っています。</li> <li>◆ 一人ひとりのサービス実施記録を整備し、個人情報保護法に関する規則により管理・保管が行われています。記録の内容や書き方については、責任者による指導が行われていますが、記入方法の統一化が今後の課題としています。</li> <li>◆ 利用者に関する情報の共有について、申し送りの徹底やグループでの月1回の会議、職員会議録・朝会記録を回覧し周知に努めています。</li> </ul>

<p>3 サービスの開始 継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ホームページでの情報発信の他、養護学校・保健福祉センター・地域の市民センター等にパンフレットを設置しています。また、学苑利用希望マニュアルを準備し見学・体験に応じ来苑者として日誌に記録を残しています。</li> <li>◆ サービス利用開始には、家族同席のもと重要事項説明書の内容を具体的に説明し契約を交わし、開始後は登降苑マニュアルにて、家族への情報提供や家族への支援を行い、安全でスムーズな開始に繋げています。</li> <li>◆ 学苑退苑者へはマニュアルにより引き継ぎ書を作成し、スムーズに引き継ぎを行う事としているがこれまでの事例はないようです。</li> </ul>
<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ アセスメント支援計画及び実施までのマニュアルのもと、担当職員・本人・家族や栄養士等が参加したアセスメントや年二回の個人面談により個々のニーズを具体的に把握しています。</li> <li>◆ サービス実施計画は、社会生活・健康・作業等具体的な課題を把握し、支援内容を決定し、利用者との面談で課題を見出し、見直しや個別支援計画の進捗状況を家族に報告しています。個別支援計画の経過報告の評価方法も具体的であり、A（満足）、B（一部検討）、C（再検討）と、利用者や代理人（家族等）所見及び評価を記録し、プランに反映させています。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅳ A-1 利用者尊重</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 接遇基本マニュアルを整備し、研修会や朝礼で周知徹底しています。排泄は同性介助とし、職員体制に応じてグループ間で連携が図られています。発語困難者とのコミュニケーションツールとしてジェスチャーを駆使し、言語・行動で把握に努めています。毎週のスケジュールは利用者が決定する等主体的な活動であり、自治会（利用者委員会）で（4グループの代表4名）と、合議、検討されています。</li> <li>◆ 施設内はバリアフリー化ではありませんが、その困難なハード面での対応に職員の徹底した見守りと階段の手すり等の工夫により、安全かつ主体的な日常が支援されています。</li> <li>◆ 社会生活向上に調理等の実習を通じた学び、公共の乗り物の乗車訓練、買物学習では判断能力向上とし、利用者が持参した新聞や広告からの情報や希望を取り入れ、美術館、伝統工芸館、消防署等に出かけています。</li> </ul>

A-2 日常生活支援

○ 食事

サービス実施計画に沿った食事提供がされており、苦手や身体状況により代替え食（パンをご飯）を準備しています。定期的に嗜好調査や意見箱に寄せられた意見要望を外注業者にも報告し、献立や温かい食事提供等要望に応え、団子汁やタイピーエン等の郷土料理もメニューに取り入れています。また、食事は幅のある時間の中で利用者が好む時間に摂る事ができ、自立に繋がるよう給茶やオーブンでのパン焼きをセルフで行えるよう準備し、嚥下に心配な方へは料理によっては配膳時に調理担当者よりハサミでカットされて提供されています。しかし、職員がテーブルに同席しており、その時点で本人に確認しながら個々に応じた大きさにするなどの対応が望まれます。

また、食堂内の環境（物品の整理や季節感のある掲示物など）についても定期的に見直す仕組みが期待されます。

○ 入浴

該当無

○ 排泄

排泄介助に際して、健康状態や注意事項についてサービス計画や個別チェックリストを活用し、個々に応じた支援を行っています。排泄状況は連絡ノートに記入し家庭に報告する事で共有しています。

女性トイレの窓は目隠しが貼られるなど改善され、同性介助支援などプライバシーに配慮した取り組みです。

掃除が行き届き清潔に管理されていますが、空調設備や便座等は今後の課題と言えます。

○ 健康管理

健康調査や体脂肪検査、内科検診、体重測定が実施され、利用者の健康管理が行い、服薬管理マニュアルを整備し、適切な服薬支援を行っています。

施設の目の前が公園という環境を生かし、ウォーキングや散歩・散策を日頃の日課とし健康維持・増進に繋げています。

○ 余暇・レクリエーション

利用者の話し合いや意見箱からの要望を把握し、地域資源を活用しながら取り組んでいます。

○ 外出

外出のルールを設け安全な外出を支援しています。

地域資源や利用者自身も興味のある広告を持参する為、できるだけ要望に応えた外出を行っています。

実習生のボランティア協力も得られています。

○ 所持金

該当無

	<p>○ 社会適応訓練 利用者の家族とは日々の連絡ノート活用、懇親会や家族会、試食会などを実施し、交流・連携が図られています。</p>
A-3 施設・設備	<p>◆ 築年数や建物の構造上、更衣室や医務室などの採光や換気をはじめ施設内は、UDは十分では無いが、利用者からの要望に応じ手すりの設置や職員の見守り支援に取り組んでいます。</p> <p>◆ 今後も全職員によって利用者や来所者にとって利用しやすいものとなっているか各場所を検討し、物品の整理や収納、掲示されている写真等の見直しなど取組める所から改善される事が必要と思われれます。 また、施設玄関への入り口が分かりにくく、案内板の設置が期待されます。</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	35人	
聞き取り調査	利用者本人	10人	
	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 (公表様式4)

## 【 障害者・児施設（通所系）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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・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)・b・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)・b・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。	(a)・b・c
	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	(a)・b・c
	I-2-(3)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	(a)・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。	(a)・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。	a・(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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・b・c
	Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・(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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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－（２）－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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・c
	Ⅱ－４－（２）－② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	a・○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。	○a・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。	○a・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。	a・○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。	a・○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。	○a・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。	○a・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。	a・○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・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・b・c
	A－１－（１）－③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	a・○b・c
	A－２－（１）－③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	○a・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。	該当なし
	A－２－（２）－② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	該当なし
	A－２－（２）－③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	該当なし
A－２－（３） 排泄		
	A－２－（３）－① 排泄介助は快適に行われている。	○a・b・c
	A－２－（３）－② トイレは清潔で快適である。	○a・b・c

A-2-(4) 健康管理		
	A-2-(4)-① 日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・b・c
	A-2-(4)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
	A-2-(4)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(5) 余暇・レクリエーション		
	A-2-(5)-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-(6) 外出		
	A-2-(6)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(7) 所持金・預かり金の管理		
	A-2-(7)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	該当なし
A-2-(8) 社会適応訓練等		
	A-2-(8)-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）	37	16	0
内容評価基準（評価対象A1～A3）	15	2	0
合計	52	18	0