

(別記)

(公表様式1)

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 | 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 | 熊本市中央区南熊本 3-13-12-205 |
| 評価実施期間 | 24年12月21日～25年3月29日 |
| 評価調査者番号 | ①06-026 |
| | ②10-003 |
| | ③09-005 |

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) 苓南寮グループホーム事業所 | 種別： 共同生活援助 |
| 代表者氏名：理事長 金澤 典子 (管理者) 金澤 一紀 | 開設年月日： 平成23年4月1日 |
| 設置主体：社会福祉法人 北斗会 経営主体：社会福祉法人 北斗会 | 定員：17名 (花しょうぶ10名、花みずき7名) (利用人数) 16名 (花しょうぶ10名、花みずき6名) |
| 所在地：〒863-0049 熊本県天草市北原町5番14号 | |
| 連絡先電話番号： 0969-22-3393 | FAX番号： 0969-23-0746 |
| ホームページアドレス | http://www.k-hokuto.jp |

(2) 基本情報

| | |
|---------------|--|
| サービス内容 (事業内容) | 施設の主な行事 |
| 共同生活援助 | 北斗会開設記念式典、花見、避難訓練 (年2回)、地域清掃活動、地区運動会、バーベキュー、ゲートボール大会、グランドゴルフ大会、日帰り温泉 (年2回)、北斗会夏祭り、一泊研修旅行、北斗会文化展、クリスマス会、忘年会、新年会、風船バレー大会、節分、誕生会 (利用者の該当月)、外食会、意見交換会 (月1回)、ショッピング |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 |

《花しょうぶ》
居室1人部屋（10.0㎡）10室
押入れ、エアコン、インターホン

《花みずき》
居室1人部屋（10.0㎡）7室
押入れ、エアコン、インターホン

《花しょうぶ》
世話人室1室（押入れ、エアコン、パソコン）
ホール1室（公衆電話、インターホン）
食堂・談話室1室（エアコン、冷蔵庫、レンジ、炊飯器、テレビ、苓南寮直通電話）
洗面・洗濯室2室（洗濯機3台、乾燥機2台、洗面台4台）
休憩室1室（ロッカー）
トイレ2室、障害者用トイレ1室
浴室2室
脱衣室2室

《花みずき》
ホール1室（公衆電話、インターホン）
食堂・談話室1室（エアコン、冷蔵庫、レンジ、炊飯器、テレビ、苓南寮直通電話）
洗面・洗濯室2室（洗濯機2台、乾燥機2台、洗面台4台）
トイレ1室、障害者用トイレ1室
浴室1室
脱衣室1室

職員の配置

| 職 種 | 常 勤 | 非常勤 | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 |
|-----------|-----|-----|-----------|-----|-----|
| 管理者 | 1名 | | 社会福祉主事 | 1名 | |
| サービス管理責任者 | 1名 | | ホームヘルパー2級 | 1名 | |
| 世話人 | 4名 | | 調理師 | 1名 | |
| | | | | | |
| 合 計 | 6名 | | 合 計 | 3名 | |

※ 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) 法人理念が生かされた事業運営がなされています。

昭和44年に法人化され、45年より事業を開始するという長期に亘り地域の中での障がい者福祉や高齢者福祉に携わる社会福祉法人です。自立支援に向けたグループホーム等利用者のニーズを的確に把握した運営体制は、利用者や家族及び地域からの絶大な信頼となって表われています。

当該事業所が、障がい者の自立を支援する事業所であることを端的に「働く・暮す」と簡潔な言葉で定め、障がい者が自立できる（暮らせる）収入確保を目指して就労等の事業を展開し、働く意欲や地域の中で暮らす意義を見出す等その効果が表われています。

3) 利用者尊重の基本姿勢のもと、職員・世話人が志を一つに温かな支援が展開されています。

研修会や禁句集の個別配布により利用者を尊重した支援について周知徹底されています。

社会生活力を高めるためのプログラムや職員・世話人の連携により利用者が生き生きと地域社会の一員として生活できる支援体制を作り、自立支援を促せるサービスの提供に取り組んでいる事業所です。

今回の利用者アンケートからも高い満足度となって表れています。

◆ 改善を求められる点

1) 個別職員教育・研修計画の策定が望まれます。

倫理綱領で職員の自己研鑽を求め、資格取得を支援することを定める等、施設内諸文書から職員研修等の基本姿勢が読み取れますが、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ていません。

今後は福祉サービス事業所としての質の向上や組織の目標を達成していくためにも個別職員の技術水準や知識・専門資格の必要性などを把握し、教育・研修計画の策定や実施により、地域の障害者福祉施設をリードする事業所として、更なる活躍が期待されます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H 25. 3.18)

今回の第三者評価の受審により、客観的・専門的な評価を受けることで、施設運営、提供しているサービスやマニュアルを見直す良い機会となり、基本理念の共通理解、職員一人ひとりの意識改革、さらに組織全体のサービスの質の向上に向けての意欲向上につながりました。評価については、法人、施設の基本理念の浸透度、生活支援等のサービスに対し、高い評価を受けたことは、現在のサービスに自信を持つことができました。また、改善点については、個別職員教育・研修計画の未策定、日々あたりまえに提供しているサービスで足りなかった点が明確になり、今後の事業所としての質の向上、サービスのあり方について職員の改善意識の向上につなげたいと考えています。受審により明確になった課題については、早速次年度の事業計画等に反映させ、職員一同引き続き質の高いサービス提供を心がけ、研究・努力を重ねてゆきたいと思っております。

(H . . .)

(H . . .)

4 評価分類別評価内容

評価対象 I

| | |
|------------------|--|
| <p>1 理念・基本方針</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 「障害者の自立」を追求していこうとする理念、それに沿った基本方針が事業所内文書や広報誌に明記されています。 ◆ それらの文書を職員に配布し、合同職員研修会等で周知を図っています。 ◆ 利用者への説明は、利用者自治会（明寮会）でも行なわれ、ホームページでの開示やパンフレットへの記載、グループホーム内にも掲示し周知に努めています。 |
| <p>2 計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 運営目的として「働く・暮らす」を掲げ自立と社会参加があたりまえの社会を作り上げ「どこに住みますか、どんな風に暮らしますか」という目標を持って地域での自立支援を積極的に支援しています。中・長期計画の中にそのことは重点項目として、更に細分化して掲げています。 ◆ 単年度計画は、中・長期ビジョンに沿って数値目標が策定されています。 ◆ 単年度計画は、前年度計画の進捗状況等を検討した上で職員が素案を作成し、決定後の進捗状況については合同職員研修会等でも討議されています。 ◆ 利用者等への周知方法は文字を大きし、ルビを振ることで分かり易くしています。 |

| | |
|------------------|--|
| 3 管理者の責任とリーダーシップ | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 広報誌や職員会議等、あらゆる機会を捉えてその役責を表明しています。 ◆ 遵守すべき法令等は県等のホームページから直接把握するとともに、各種の外部研修に参加し、職員会議等の場で職員への還元取組も行なわれています。 ◆ 職員会議等の会議に積極的に参加し、提案・意見の聴取等を行っており、質の向上に向けリーダーとしての指導力が窺えます。 ◆ 新たなコンサルタント事業者の導入等、業務改善や効率化に向けても指導力を発揮しています。 |
|------------------|--|

評価対象Ⅱ

| | |
|------------|--|
| 1 経営状況の把握 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 福祉事業の全体的動向や経営状況・地域ニーズ等の把握は、行政や施設長会等との連携の中で、的確に行われています。今後は把握したニーズや、コスト・利用率等を分析し、課題を発見するという取り組みを組織的に行うことが課題と言えます。 ◆ 会計の監査機関はすでに導入していますが、新たに支援事業の課題を発見するための外部コンサルタント導入計画を図る等、事業の維持と透明性に留意されています。 |
| 2 人材の確保・養成 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 支援事業を重視した人事プランという基本姿勢が読み取れます。今後は目標とする福祉サービスの質の確保のための具体的なプランの確立やそれに基づいた人事管理がのぞまれます。 ◆ 人事考課の目的・効果について十分な理解のもと実施されており、今後は人事考課を活かすための取り組みが期待されます。 ◆ 施設長を中心した労務管理システムにより、職員の就業状況等の把握に努め、その意向に沿った対策がなされています。また、働きやすい快適な職場環境実現に向け、就業規則の中からも育児・介護休業及び短時間勤務、育児時間など環境が整備されています。今後は、職員のメンタルケアにも配慮した取り組みが期待されます。 ◆ 倫理綱領で職員の自己研鑽を求め、資格取得を支援することを定める等、施設内諸文書から職員研修等の基本姿勢が読み取れます。 ◆ 個別職員研修計画のため、キャリアパス制度の実施も試みており、今後の実施が期待されます。 ◆ 実習生を積極的に受け入れる運営方針であり、個人情報保護にも配慮する等、人材の養成に取り組んでいます。 |
| 3 安全管理 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 事業計画の中で支援の視点の一つに『環境整備・安全管理』をあげ、快適で安全な生活環境の提供や防災・避難訓練、防災設備点検、定期的な通所、通勤時などの交通指導の実施を掲げています。 |

| | |
|--------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 安全管理の担当者は毎年度交代とすることで、防災意識の強化に繋がっています。 ◆ 支援事業のための利用者乗車もあり、運転マニュアルを定める等、緊急時の利用者安全確保に努め、それらを手順化することで、全職員への周知も徹底されています。 ◆ 法人に北斗会地域防災会議を設け災害時の対応を定め、食糧備蓄や避難訓練の実施等により、十分な対応がとられています。又、海に近い環境にあるため、高台避難場所を設ける等、津波対策にも配慮されています。 ◆ 利用者の安全確保のため、ヒヤリハットによりリスクを把握しその要因を職員で検討し有効に活用しています。 |
| <p>4 地域との交流と連携</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 運営規定や事業所内文書に、地域との交流や地域福祉の向上に努めることなど地域との関わりについて明示されています。 利用者は買い物や理・美容室利用をはじめ日頃から地域の社会資源を活用し、地域のイベント情報なども掲示や口頭で周知されています。 ◆ 保育園児との交流や地区運動会・地域清掃活動への参加をはじめ、法人の祭りや文化展には多くの地域来場者との活発な交流が行われています。 ◆ 民生委員や福祉関係の団体など見学は随時受け入れを行い、施設長やサービス管理責任者により障がい者福祉の現状や動向を説明しています。広報誌の中にも方針や目的、活動内容・地図などを記し啓発を行い、地域の保育園児を対象に、支援事業の一つとしている陶芸の教室を開催しており、今後は福祉相談等組織的資源の地域還元が期待されます。 ◆ ボランティアや実習の受け入れは、明示された担当部署はありませんが、事務局を含めた職員により手続きを定めて実施されています。 ◆ 必要な社会資源はリスト化し掲示されています。 行政機関等の各種関係諸機関はじめ、精神科医も加わった自立支援協議会に参加し、連携を深めています。 ◆ 地域の福祉ニーズは、明白な福祉事業意識やこれまでの運営で培った行政機関や医療機関との連携、法人の活動の中で十分に把握されています。 ◆ 障害者授産施設として発足した法人から、療護事業を分化し、ショートステイ、相談事業等を行う他、別途養護老人ホームを設置するとともに、当該事業所はグループホーム事業を展開するなど、地域の福祉ニーズを十分に踏まえた法人活動を展開しています。 |

評価対象Ⅲ

| | |
|-----------------------|---|
| <p>1 利用者本位の福祉サービス</p> | <ul style="list-style-type: none">◆ 法人理念、苓南寮基本方針と合わせ、人権の擁護を基本とした福祉サービスの実現のために、人権の尊重を含めた事業所独自の職員倫理綱領六項目を定め、支援の規範としています。 また、身体拘束や虐待防止について、法人合同研修会の中で理念を含め職員に周知徹底が図られている他、施設における障害者虐待防止チェックリストシート（職員セルフチェックリスト・早期発見チェックリスト）を活用し、虐待について正しく理解し日々の支援にあたることを共有しています。◆ 個人情報保護に対する基本方針の整備や、個人情報及びプライバシーに関わる同意書による承諾のもと、機関紙やパンフレットへの写真の掲載やサービス担当者会議での情報提供などに使用されています。 研修会の中では服務規律や事例をあげた禁句集により説明や指導が行われる他、グループホーム世話人も参加する週一回の会議の席など、機会あるごとに利用者を尊重した支援に全職員で取り組むことを指導しています。 作業に携わる利用者への声かけや昼食時に連絡事項を伝える職員の言葉使いからも、意識を持って支援にあたっていることが確認されました。◆ 利用者の意見や要望を確認し可能な事項については速やかに対応することで、利用者と事業所・職員の信頼関係に繋がっています。 月一回グループホーム食堂で利用者と職員の話し合いの場が設けられ、直接意見や要望を聞き取っています。 直近では脱衣所にヒーターの要望が出され購入に至った他、入浴順番表の作成により円滑な入浴使用など改善が図られています。 職員や世話人は連携を図りながら状況に応じ事業所やグループホームで利用者の相談に応じています。 今後は意見や要望を出せない利用者の相談方法などの取り組みが望まれます。 苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の設置など、苦情解決の体制を整備し利用開始時に公的機関を含め説明を行っています。 また、苦情解決のマニュアルに沿った対応が取られていますが、今後は定期的なマニュアルの見直しが必要と思われます。 |
|-----------------------|---|

| | |
|--------------------|--|
| <p>2 サービスの質の確保</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 今回が初めての第三者評価受審であり、今後は定期的な自己評価や評価を受け、結果の分析やそれに基づく課題を見出し改善されていくことに期待します。 ◆ サービスの標準的な実施方法の中には、利用者尊重やプライバシー保護について明示されており、会議や研修会の中で共有が図られ、意見を確認しながら必要に応じ支援方法を見直しています。 また、サービス実施記録については、職員によって内容や書き方に差異が生じないように、年二回サービス管理責任者による指導が行われています。 ◆ 職員は個人情報保護法や守秘義務について研修会の中で理解や共有を行い、記録管理の責任者をサービス管理責任者とし職員も記録管理の徹底に努めています。 利用者の記録は完結の日から5年とし、記録物の開示については重要事項説明書や契約書の中で説明を行っています。 利用者間の情報は日誌や一名の世話人も参加する週一回の職員会議の中で必要な情報が的確に共有されています。また、世話人間の共有はグループホーム日誌により口頭で申し送りが行われています。 |
| <p>3 サービスの開始継続</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 事業所の情報はホームページやハローワーク、地域振興局、市の福祉課など関係機関に設置されているパンフレットより入手できます。 ホームページは利用者が分かり易く、事業所を理解できるよう担当職員により随時更新が行われています。 パンフレットについては、作成から5年以上が経過しており、現在ハード面の新しい写真の掲載や読みやすさ・分かり易さ等に配慮した新パンフレットがこの4月に完成予定です。 体験や見学を随時受け入れ、サービス管理責任者を中心に、丁寧な案内や説明を行ったことが記録として残されています。 また、いつでも気軽に問い合わせを行って欲しい事や、見学・体験についても資料の中に記されています。 ◆ サービスの開始にあたって、理解しやすいよう契約書は太めの文字で作成され、ゆっくり読み上げ、確認を行いながら説明されています。 また、書類は一度持ち帰ってもらい自宅で再度確認された後、署名押印を得ています。利用者の理解状況によっては、保護者や兄弟などに書類の内容や体験入所についても説明し、納得した上で利用してもらえるよう努めています。 |

| | |
|---------------|---|
| | <p>◆ 他の施設や地域・家庭への移行などサービスを終了の際は、利用者の希望を踏まえた上で、今後の生活環境や援助の継続性に配慮し、必要な援助を行うとともに、保健医療サービス又は福祉サービス提供者との連携に努めることが運営規定の中に記されています。</p> <p>相談窓口や相談方法を記載した文書の作成や配布は行われていませんが、サービス管理責任者により対応されています。</p> |
| 4 サービス実施計画の策定 | <p>◆ アセスメントは事業所が定めた統一した様式により、利用者の状況や具体的なニーズがしっかりと把握され、3年毎や必要に応じた見直しが行われています。</p> <p>サービス実施計画の責任者(サービス管理責任者)を配置し、利用者の意向を踏まえ、担当指導員・看護師・栄養士など部門を横断した関係職員の合議に基づき策定されています。</p> <p>サービス実施計画の見直しは、アセスメントの中の課題をもとに行い初回は3ヶ月とし、その後は最低でも半年に一度行われています。見直しによって変更した内容は、回覧や支援会議の中での報告により周知徹底に努めています。</p> |

評価対象Ⅳ

| | |
|------------|--|
| A-1 利用者尊重 | <p>◆ 法人内合同研修の中で、接遇・プライバシーへの配慮についての指導や、禁句集を個別に配布し利用者を尊重した支援について周知徹底されています。</p> <p>職員や世話人は苗字にさん付けで利用者とは話し、居室に入る際は必ず声をかけ了承を得ることを徹底しています。特に新人職員には会議や研修会の中で指導が行われています。</p> <p>入浴や排泄は利用者全員が自立で行われ同性介助支援は該当ありません。</p> <p>◆ コミュニケーション手段を確保するために、意思伝達に制限がある方へは、筆談やジェスチャー、信頼関係が構築された職員で対応を行っています。</p> <p>また、事業所手話クラブに職員も一緒に参加し、コミュニケーションを図りながら思いを共有しています。</p> <p>◆ 自治会『明寮会』や利用者の要望によりグループホーム独自でも月一回の利用者・職員合同の話し合いが行われています。</p> <p>◆ 社会生活力を高めるためのプログラム(調理・買い物・地区清掃活動への参加など)や社会資源の体験の機会が数多く設けられています。</p> |
| A-2 日常生活支援 | <p>◆ 年一回給食委員会の実施する嗜好調査や世話人による聞き取り、利用者の参加する年二回の食事サービス検討会の中で好みや要望などを確認しています。</p> <p>グループホームでの朝・夕の献立は、楽しみに繋げるためにあえてホーム内への掲示による紹介は行っていません。</p> |

| | |
|-----------|--|
| | <p>恵方巻や七草粥などの行事食や郷土食である“がねあげ”等の昼食や、鍋パーティ・ホットプレートを使ったメニューなどグループホームだからできる楽しい食事支援は利用者の満足に繋がっていることがアンケートにも表れていました。また、ホームの食器には事業所窯業部で制作されたものも使用されており、このことは一層食の楽しみが増しているようです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 希望に沿って入浴利用が行われています。脱衣所・浴室は清潔に保たれ利用者の要望により脱衣所にヒーターが設置されました。 ◆ 理容・美容については行きつけの理美容店でカットや髪染めなど本人の希望により行われ、職員へ美容室の相談を行う利用者もいます。 ◆ 利用者の健康管理については事業計画の中にも食事提供や健康管理支援などが記され、朝・夕ホームでの検温や体重測定、看護師による体重測定も月一回行われています。健康維持・増進のため事業所内でストレッチ体操や歩行訓練が放送により案内され希望者のみ参加しています。医療体制では地域内に5分ほどでアクセスできる医療機関が確保され連携が図られています。 ◆ 利用者の意向を把握し季節のイベントや日帰り温泉旅行等が行われています。レクリエーションへの要望は口頭や会議の中に限らず、意見受付ボックスも活用して欲しいことを伝えています。 |
| A-3 施設・設備 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 男子棟『花しょうぶ』、女子棟『花みずき』は、地域の街路樹や有名な公園に咲く花の名を採り、付けられています。新築のホーム内は明るく洗面所・浴室・食堂を始め使いやすく、世話人や利用者によって掃除が行われ清潔な環境となっています。設備に対しての要望は職員や世話人によって把握され必要に応じ改善される仕組みになっています。 |

※ (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 | 16 | |
| | 家族・保護者 | | |
| 聞き取り調査 | 利用者本人 | | |
| | 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

【 苓南寮グループホーム】

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-（2）-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。 | a・ 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・ b ・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 ・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。 | a・ 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。 | a ・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・ 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。 | a・ 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。 | a ・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。 | a ・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。 | a ・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 ・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。 | a ・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・ 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 ・b・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 ・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。 | a ・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。 | a ・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。 | a ・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) 利用者満足の上昇に務めている。 | | |
| | Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇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。 | ○a・b・c |
| | A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | ○a・c |
| A-2-(3) 排泄 | | |
| | A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。 | 該当なし |
| | A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。 | ○a・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。 | ○a・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。 | ○a・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。 | 該当なし |
| | 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。 | Ⓐ・b・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） | 42 | 9 | 2 |
| 内容評価基準（評価対象A1～A3） | 26 | 0 | 0 |
| 合計 | 68 | 9 | 2 |