

(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 あすなる福祉サービス評価機構
所 在 地	熊本市中央区南熊本3-12-13-205
評価実施期間	24年12月15日～25年3月29日
評価調査者番号	①06-226
	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：集いの家 (施設名)	種別：多機能型事業所 (就労継続支援B型・就労移行支援)
代表者氏名：藤本 幸吉 (管理者)	開設年月日：平成6年4月24日 B型認可平成21年4月1日
設置主体：NPO法人 八代福祉開発 経営主体：NPO法人 八代福祉開発	定員：26名 (利用人数)
所在地：〒866-0898 熊本県八代市古閑中町628番地	
連絡先電話番号：0965— 31 —8303 0965-37-1460 (工場)	F A X 番号： 0965— 37 —1460
ホームページアドレス	http://www.

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
就労継続支援B型、就労移行支援	一泊旅行、ふれあいフェスタ・養護学校でのイベント出店
居室概要	居室以外の施設設備の概要
福祉施設建築基準に基づく。	工場 (作業場)

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
生活支援員	2		社会福祉士・ヘルパー	1	
職業指導員	2		ヘルパー	1	
サービス管理者	1		看護師	1	
就労支援員	1				
合 計	6		合 計	3	

※ 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。

法人定款に、障害者支援と高齢者支援を目的とする旨を掲げ、障がい者の人生の最後までともにあり、支えていこうと言う気持ちを現しており、実現に向けグループホームを計画する等、長期的展望に立った事業運営です。

2) 事業目的に徹した事業運営がなされています。

利用者や家族が安心して暮らせる支援事業として、農産物生産を選択し連携企業での就労等で利用者の自立が図られています。

若い支援員が中心である事業所は利用者と思いを共有することや、親しみのある支援体制の中で全ての製品や農作物に自信を持って販売できるよう注意する点は徹底して分かり易く指導が行なわれています。

そのことは農場や作業所での利用者や支援員の関わりからも十分確認されました。

3 サービスの質の向上に積極的な取り組みが進められています。

事業所の取り組んでいるサービスが方針や目的にそって実践されているか、家族・友達・地域の人々と共にあゆむ集いの家のこれまでを振り返り新たなスタートとなるよう、今回積極的に第三者評価を受審されました。今後は、定期的な自己評価や評価結果を活かした『集いの家』ならではのサービスに期待されます。

◆ 改善を求められる点

1) 事業所の理念や基本方針に沿った支援実現のためにも、手順書の策定が望まれます。

当法人は設立から日が浅い中、代表者や管理者の経験に基づき障がい者支援に尽力されています。

運営がやや軌道に乗った感がある現在、今回の評価結果を活かし将来を見据え硬直化しない程度のシステム化や手順化に取り組むことで、地域支援の輪が広がることや人材育成による利用者支援の充実が図られると思われれます。

また、利用者・家族への周知方法や確認手段としてルビ付き文書の作成が求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H25.3.23)

事業所の認可から3年ほど経ち、今後の事業展開や私たちが取り組まなければならない事を再認識する意味合いも含めて、今回受審することにいたしました。

職員一人ひとりが自己評価を行うことで、各々が“自分たちに求められていること”を認識でき、障害支援に対する視野・視点の広がりを感じているようにうかがい知れます。日常の支援に対する意識も、それらを念頭においた、より多面性を持ったものになるかと期待できます。

また、評価の名の通り、第三者から新しい視点で事業所を見ていただき今後の課題がたいへん明確になり整理できたことは、今後の展開に向けより円滑な事業運営に繋がることだと思います。

たいへん良い経験になり、調査員の方々にも感謝申し上げます。

(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"> <li>◆ 理念や基本方針は、定款や事業計画書・広報誌等に記載されています。<br/>理念は利用者の主体性を尊重し、法人の役割や障がい者の人生を最後まで住み慣れた地域の中で見守っていこうという、将来も見据えた理念を作成しています。その実現に向け掲げた運営方針五項目『集いの家行動規範』は、法人の実施するサービスの基本的な考え方や考え方を的確に示しています。</li> <li>◆ 理念や基本方針、それに関わる文書を職員へ配布する他、総会や会議、ミーティング時など代表者は機会あるごとに説明を行い、意見交換しながら周知徹底に努めています。<br/>それらの文書を、職員や家族会を兼ねた法人総会等で配布され、周知を図っています。</li> <li>◆ 利用者への説明は、利用開始時にパンフレット等を通じた説明や、理事会・家族会(利用者・家族参加)等で説明を行う他、方針に対する計画の実行状況についても丁寧に説明を行い、安心感や信頼感に繋げています。</li> </ul> |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 計画の策定          | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 理念や基本方針の実現に向けた明確な目標を定め、グループホーム事業の展開等生涯支援の中・長期的構想は窺えますが、収支の裏付けという点では不十分のようであり、計画の実現のためにも今後の取り組みがのぞまれます。</li> <li>◆ 中・長期構想を踏まえた単年度計画が策定されています。単年度計画は、日頃の利用者や職員との関わりにより、意向を把握し、前年度計画の進捗状況等を検討した上で作成され、決定後の周知も職員会議の中で行われています。</li> <li>◆ 利用者等への周知は口頭により説明を行い、日常的な関わりの中で確認を行いながら周知度を確認しています。</li> </ul>             |
| 3 管理者の責任とリーダーシップ | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 管理者の役責に対する自覚は十分であり、職員会議・法人総会等の会議の場をはじめ、総会資料などあらゆる機会を捉えてその役責を表明しています。</li> <li>◆ 遵守すべき法令等は各種の外部研修等に参加して収集し、職員会議等のミーティングの場で職員への還元取組も行なわれています。</li> <li>◆ ミーティングの際は勿論、管理者も職員と共に利用者支援事業を実施しながら、提案、意見の聴取、指導等を行っており、リーダーとしての指導力を十分発揮しています。</li> <li>◆ 業務改善や効率化に向けて、利用者支援事業実践から問題点を把握・分析し、助言・指導により改善しています。</li> </ul> |

## 評価対象II

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 経営状況の把握  | <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は、福祉連絡協議会との連携の中や、管理者のこれまでの経験や人脈により行われています。</li> <li>◆ 職員会議の中で把握したニーズ等を分析し、課題の発見を行う他、日常的支援業務の中でも常時取り組んでいます。</li> <li>◆ 会計面に関しては事業所で監査を行った後、税理士による確認やアドバイスにより経営改善に活かしています。</li> </ul>                                                                                                                                              |
| 2 人材の確保・養成 | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 支援事業重視の人事プランという基本姿勢は読み取れますが、事業が中・長期展望という形でしか確立しておらず、具体的な人事計画には至っていません。</li> <li>◆ 人事考課の目的・効果について正しい理解のもと実施されており、今後はより客観的な基準を職員に示し、人事考課を活かすための取り組みが期待されます。</li> <li>◆ 小規模な事業所であるため、管理者が直接職員の就業状況等の把握に努める形をとり、管理者、職員がともに支援事業を実施する中で意向把握に努め、その意向に沿った対策がなされています。福利厚生についても同様な体制により展開されています。就業規則には、育児・介護休暇、子の看護休暇や育児時間、裁判員等のため休暇などが設けられ、時間外及び休日労働等につ</li> </ul> |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | <p>いても就学前の子の養育や家庭介護など男女の職員に配慮された内容が記されており、働く職員の人権や環境が整備されていることが窺えます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 職員の構成が支援事業経験の浅い若年世代のみであるため、先ず福祉事業従事者・支援員としてオールラウンドな能力育成を目指し内外研修参加や資格取得を支援するとともに、自己研鑽を求める等の基本姿勢が読み取れます。今年度先ずは職員体制が可能な限り県内・外の視察研修や多くの外部研修に参加することで事業所に必要な研修状況を把握し、新年度の個別職員の研修計画に繋げていきたいとしています。</li> <li>◆ 実習生を積極的に受け入れる運営方針であり資格取得のための実習生を定期的に受け入れ、資格保持職員が担当し目的を持って計画的に実習を行っています。今後は連絡窓口、個人情報保護への配慮を含めた事前説明などの項目が含まれたマニュアルの整備が求められます。</li> </ul>                                                                                                  |
| 3 安全管理      | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 利用契約・重要事項説明書の中に、非常災害時の対策として避難・消防訓練や大型消火器・備蓄を含めた防災設備、防火管理者、事故・災害に備えて保険加入などを明記しています。</li> <li>◆ 緊急時の利用者安全のための手順はありますが、より詳細な手順書・記録の整備や支援事業のための利用者乗車もあり、運転マニュアルの作成が望まれます。</li> <li>◆ 今後は利用者の安全を脅かす事例の収集を行い、事故防止対応策を検討することや、緊急に備えて地元の消防署、警察、自治会との更なる連携が期待されます。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 4 地域との交流と連携 | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 運営方針五項目の一つに、地域と事業所の連携を行い、地域との交流に努めることを掲げ、地区行事へ利用者と一緒に参加しています。<br/>今後は必要な社会資源について定型的に把握し、職員間で共有を図りながら利用者へ情報を提供されることに期待します。</li> <li>◆ 地域の大型商業施設で行われている資源回収作業時に事業所の取り組み等を記したチラシを配布しています。福祉事業としての機能を地域に還元しており、今後は障がい者福祉相談等を組織的に取り組まれることに期待します。</li> <li>◆ ボランティア受け入れの方針は作成されています。しかし、登録手続きや事前説明などに関する項目が記載されたマニュアルの整備は行われていません。<br/>現在数は多くありませんが、地域ボランティアによる熱心なソフトボール指導が行われ、利用者も交流試合の実現を楽しみに練習に励んでいます。地域社会と事業所を繋ぐボランティア活動が展開されるよう、ボランティアの育成に向けての取り組みやマニュアルの作成が望まれます。</li> <li>◆ 福祉連絡協議会等の関係諸機関との連携は十分に行われております。</li> </ul> |

|  |                                                                                                                                                        |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>◆ 地域住民と直接のふれあいの中から地域福祉ニーズが把握されていますが、事業の拡大、広域化の観点からより広範な福祉ニーズ把握が望まれます。開設後の日も浅く、把握したニーズを十分に踏まえた事業・活動については今後の課題と言えます。生涯支援の理念に沿った広範囲の福祉事業・活動に期待します。</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 評価対象Ⅲ

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1 利用者本位の福祉サービス</p> | <p>◆ 運営規定やパンフレット等の中に運営の方針として利用者を尊重した利用者本位のサービス提供に努めることを明示し、設置の目的と合わせ、運営方針五項目を『集いの家支援規範』として職員は志を一つに意識を持って利用者と心の通う支援に努めています。</p> <p>虐待防止や権利擁護に関する外部研修会に参加した支援員により事業所研修会の中で復講を行い、周知徹底が図られる他、ミーティングの中で管理者より利用者の尊重こそが支援の基本であることが指導され、人権の擁護及び虐待の防止のため措置項目が運営規定に記されています。呼称についてもまずは利用者の話を聞き納得を得た呼び方で行っています。</p> <p>◆ 利用者の個人情報については重要事項説明書の中で個人情報保護法にそった対応とすることや、サービス提供を行う上で必要となる他事業所及び医療機関との連絡調整や関係機関から情報提供を要請された場合は、利用者の同意に基づき提供することが記されています。</p> <p>プライバシー保護に関しては、マニュアルの整備の点からは十分ではありませんが、個人支援記録には同性介助への取り組みが記され、外部研修会や日々の業務の中でも事例を挙げながら共有が図られています。</p> <p>◆ プライバシー・個人情報に配慮した書類や職員の利用者への関わり方からも事業所の方針が職員に浸透していることが窺われました。</p> <p>◆ 利用者満足に関する調査を年一回実施する他、個別面談や普段の会話の中から意見や要望を確認し、利用者の状況に応じ家族への聴取を行っています。</p> <p>毎月家族向けに出される便り『集いの家』は、カラーにより予定表や先月の報告、今月のお知らせなどを記し、季節感あふれるカットや文字の色・太さなど読みやすく工夫されており、事業所と家族の距離を近づけ、意見や要望を気軽に言えるような役割も果たしています。現在利用者主体で満足を把握し改善に繋げる自治会が検討されており設立が期待されます。</p> |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 要望・苦情に関する相談窓口（事業所内・外）を重要事項に記し利用開始時に説明を行っていますが、苦情解決の仕組みや意見や提案を受けた際の記録の方法や対応策の検討について規定したマニュアルの整備には至っておらず、利用者の意見・要望を福祉サービスの改善に反映させるためにも早急な策定が望まれます。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>2 サービスの質の確保</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 事業所の取り組んでいるサービスが目的や方針に沿って実践されているか、家族・友達・地域の人々と共にあゆむ集いの家のこれまでを振り返り、新たなスタートとなるよう今回初めての第三者評価が受審されました。</li> <li>◆ 生活相談員が担当者として評価に向け事前や事業所内研修を行うなど真摯に受審に望まれたことが確認されました。今後は定期的な自己評価や評価結果を受け、結果の分析やそれに基づく課題を見出し改善していくことで、更に充実した障がい者福祉サービスの提供を期待します。</li> <li>◆ 標準的なサービスの実施方法については、文書化は行われておりませんが事業所の方針としては勉強会や会議の中で意見交換を図りながら共有し、個別支援計画を作成しています。今後は事故防止の観点からもサービス実施時の留意点やプライバシーへの配慮、事業所の業況に応じた業務手順書を含むサービス全般にわたって文書化することが求められます。また、実施方法は利用者や職員の意見や提案を反映した見直しを行う仕組みが必要です。</li> <li>◆ サービスの実施計画に基づくサービスが実施されていることが記録より確認され、記録が職員によって内容や書き方など差異が生じないように、勉強会での共有や職員間で確認し合う体制が取られています。</li> <li>◆ 記録の管理責任者を副施設長とし、管理・保存・破棄の規定は法令に基づき五年間と定め、個人情報や情報開示の観点からも会議の中で共有されています。</li> <li>◆ 利用者の状況等に関する情報は朝・夕のミーティングや月二回の職員会議の他、理事会にも2・3名の職員が参加し組織全体で共有が図られています。</li> </ul> |
| <p>3 サービスの開始継続</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 障がい者に対する理解を深めるための活動の一つとして取り組んでいる『資源回収作業』の協力先である大型商業施設で回収中に、片面に資源回収についての協力依頼を（ルビ付き）、もう片面に事業所のサービス内容や地図を掲載したミニパンフレットを配布しています。組織を紹介したパンフレットは職員の手作りによるもので、利用者の作品（石鹸・小物など）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <p>の展示風景・作業の様子を写した写真の掲載、事業内容・事業計画など項目を太字で記しわかりやすい内容にしています。また、パンフレットは職員の提案やアイデアを活かしながら毎年見直しを行っています。今後はパンフレットの入手先を広げる事や、組織を紹介したホームページの作成にも期待されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 見学や一日利用などには随時対応を行っています。利用者や支援者の様子を実際見学することで、将来の職業生活に必要な知識・技能及び態度を育てる事を目的に、養護学校の生徒や職員の見学をはじめ体験や見学、一日利用等を随時受け入れ、代表者や生活支援員を中心に丁寧な案内や説明が行われています。</li> <li>◆ サービスの利用にあたって契約・説明書類は見出しを濃く、内容も太めの文字で作成されています。ルビは振られていませんが生活支援員により本人・家族の質問や気持ちを確認しながら丁寧な説明に努め納得した上での利用契約としています。</li> <li>◆ 利用者が他の施設や事業所へ移行する場合、手順書は作成されていませんが必要な情報提供が代表者や生活支援員・事務局より書類により行われています。その後も電話連絡など状況に応じた対応が取られています。</li> </ul> |
| 4 サービス実施計画の策定 | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 事業所が定めた統一したアセスメント様式を使用し、(生活基盤や利用者の健康・身体に関する領域、コミュニケーションスキルに関する領域など十項目)利用者の状況がしっかり把握されています。</li> <li>◆ サービス実施計画の責任者(サービス管理責任者)は、利用者の意向を踏まえながら生活支援員・職業指導員の合議により策定され定期的にサービス実施計画の評価・見直しも行われています。また、アセスメント・実施計画は代表者や管理者も必ず確認を行い、『自らがその可能性を伸ばす支援計画』となるよう指導されています。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                            |

#### 評価対象Ⅳ

|           |                                                                                                                                                                        |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A-1 利用者尊重 | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 利用者の尊重の姿勢は理念とする設置目的からも読み取れ、職員は丁寧な行動や言葉遣いについて会議や申し送りなど常に確認しています。<br/>作業の支援にあたる職員の姿は、的確な指導の中にも利用者と共にという温かさを感じるものでした。</li> </ul> |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <p>排泄介助については殆どの利用者が自立で行っていますが、状況によって支援の必要がある場合は同性介助で対応しています。</p> <p>今後はふさわしくない対応など禁止事項のマニュアルなどの整備が期待されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 意思伝達に制限がある利用者については、コミュニケーションを図りながら利用者のペースで対応し把握に努めています。</li> <li>◆ 現在、利用者による自治会の設立が検討されています。男性利用者が楽しみに練習に励んでいる『集いの家ソフトボールチーム』の交流試合が実現されることに期待します。</li> <li>◆ 利用者の自力で行う日常生活については見守りの姿勢を保ち、必要時に支援する方針は、会議の中で確認し特に個別での支援方法についても共有しています。</li> <li>◆ 社会生活力を高めるためのプログラムは支援計画に組み込まれています。また、利用者自身が人権意識が高められるよう、育成会の会報など資料が提供されています。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>A-2 日常生活支援</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 食事サービス提供は行われていません。利用者は職員と一緒に食堂や天気の良い日は戸外など注文や持参した弁当を自分のペースで会話も楽しみながらの食事風景です。</li> <li>◆ 入浴は自由に利用可能であり、汗をかいたり帰宅前など自立で利用されています。浴室・脱衣所は明るく清潔に管理されています。</li> </ul> <p>トイレは快適に利用できるよう清潔に管理されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 利用者の健康は顔色や表情で確認し、普段と異なる点があれば検温・血圧測定を行っています。</li> </ul> <p>また、毎月の体重測定や市の医師会による歯科検診を年一回受診しています。</p> <p>健康面に異常があった場合は契約書の中に記入された利用者のかかりつけ医に速やかに連絡等を行うこととしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 服薬は自己管理としていますが、食後しばらくして服用するよう指導を行い、サービス利用間もない利用者の場合は職員が管理しています。</li> <li>◆ 利用者間の話し合いによりレクリエーション活動を支援しています。</li> </ul> <p>映画館や博物館・市グラウンド・公園など地域資源が活用され、男性利用者で結成されているソフトボールチームに地域の協力者による指導が行われています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 預り金の担当は副施設長となっています。現在全員が自己管理の利用者です。</li> <li>◆ 利用者の家族とは連絡帳や電話、通所送迎時など利用者の状況に応じ日頃から連携を図り、事業所の方針や支援計画など十分な説明に努めています。</li> </ul> <p>また、総会やイベント・食事会など交流・連携を図っています。</p> |

|           |                                                                                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A-3 施設・設備 | <p>◆ 施設・設備は利用者の状況から家庭と同じような玄関・食堂・トイレ・浴室で心落ち着く環境です。</p> <p>改善が必要になった場合は利用者・職員が一緒になって検討していくことを事業所の方針としています。</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<br>又は家族   | 15     |               |
| 聞き取り調査  | 利用者本人<br>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

## 【多機能型福祉サービス事業所 集いの家】

### 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。                   | 該当なし    |
|            | 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。 | 該当なし    |
|            | 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。                              | ○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) 健康管理        |                                            |       |
|                     | A-2-(4)-① 日常の健康管理は適切である。                   | Ⓐ・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。           | 該当なし  |
| 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。             | 該当なし  |
| 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。 | Ⓐ・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)   | 33      | 18 | 2 |
| 内容評価基準 (評価対象A1～A3) | 13      | 0  | 0 |
| 合計                 | 46      | 18 | 2 |