

別記)

(公表様式2)

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 ワークショップ「いふ」
所 在 地	熊本市中央区水前寺6丁目41番5号
評価実施期間	平成26年11月14日～27年4月13日
評価調査者番号	0 6 - 0 6 5
	0 6 - 1 1 2
	1 3 - 0 0 7

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) 宇城きぼうの家 就労継続支援B型事業所	種別：就労継続支援B型
代表者氏名： 理事長 右山 剛 (管理者) 所長 右山 剛	開設年月日： 平成24年4月1日
設置主体：NPO法人宇城きぼうの家 経営主体：NPO法人宇城きぼうの家	定員：20名 (利用人数) 21名
所在地：〒869-0552 熊本県宇城市不知火町高良2710番地	
連絡先電話番号： 0 9 6 4 — 3 2 — 5 9 4 8	FAX番号： 0 9 6 4 — 4 2 — 6 1 5 5
ホームページアドレス(ブログ)	http://ameblo.jp/uki-kibou325948/

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事				
社会福祉事業（箸入れ等内職作業、農作業）	芋掘り、ミカン狩り、花見、忘年会、 スポーツ教室				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
訓練室（厨房１室、製品仕分け室１室） 作業室（Ｂ型作業室１室）	相談室１室、 休憩室（多目的室）１室 研修室１室等				
職員の配置					
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者	1		社会福祉士	1	
サービス管理者	1		介護支援専門員	1	
職業指導員	3		社会福祉主事	1	
生活支援員	2		栄養士	1	
合 計	7		合 計	4	

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

* 利用者尊重の姿勢

法人の理念を「出来ないこと・遅いこと・失敗することを認め合い、そして高め合う」と定め、利用者一人ひとりを認めあう方針が事業所の根幹となっている。事業所全体で、様々な課題を持った利用者を見守り、利用者を見守り、温かく支援する雰囲気が作られている。

* 管理者の責任とリーダーシップの発揮

管理者は、理念を根底として職員に常々指導・助言を行っており、利用者に親身に対応する姿勢が職員に浸透している。また、幅広い人脈を活かし、経営環境や地域の福祉ニーズなどの外的な動向を的確に把握し、地域との交流や関係機関との連携、ニーズに基づいた事業展開など、管理者として、強いリーダーシップ・指導力の発揮が伺われた。

* 利用者本位の熱心な支援

利用者の意向を尊重した取り組み、社会生活を円滑に送るための支援が熱心に行われている。休憩時間等に利用者の相談に乗ったり、懇談会で要望を聞き取るなど、話しやすい雰囲気を作り、利用者の意見を引き出し、活動に反映させる取り組みが行われ、利用者の自信回復や意欲の向上に繋がる支援となっている。生活訓練も、利用者のニーズを把握し、生活力を高める取組が多々見られ、熱心な支援が行われている。

改善を求められる点

* 中・長期計画・収支計画の策定について

事業の新たな展開、構想を踏まえて、実現に向けた具体的な中・長期計画と、それに伴う収支計画を策定し明示することが大切と思われる。また、中・長期事業展開に伴う必要な人材と人員体制についての具体的なプラン、研修計画などの検討も望まれる。

* 規程・マニュアル等の整備について

「文書管理規程」を始め、「情報開示に関するマニュアル」「実習生受け入れマニュアル」等、利用者サービスに関する姿勢や手順等を示すマニュアルなどの未整備がいくつか見られた。職員全員が基本的な姿勢を共有し、一定水準以上のサービスが提供されることを確実にするために、サービス全般に亘ってマニュアル等の整備を進められることに期待する。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H27.4.13)

今回、初めて第三者評価をお願いし、結果はともかくとして、宇城きぼうの家の現状と今後の課題あるいは事業の指針を具体的な視座で直視することができました。評価員の方々の真摯な取り組みに先ずは感謝しお礼申し上げます。

4 評価分類別評価内容

評価対象 1 理念・基本方針	* 法人の理念は「出来ないこと・遅いこと・失敗することを認め合い、そして高め合う」とし明文化されている。利用者の病気や性格などの特性をあるがままに受け入れ、「一緒に悩み、前に進んでいく、そして信頼関係を築く事が大切である」との思いと、福祉サービスへの姿勢、利用者の視点に立った法人の使命が、反映された理念となっている。 * パンフレット「NPO法人宇城きぼうの家ご案内」やWAM NET（ワムネット）にも理念を明示し、利用者には利用者懇談会において、理念や基本方針の根拠・背景についてわかり易い言葉で説明し、事業所の障害者福祉サービスへの姿勢を示している。職員への周知については文書配布と共に、職員会議において説明。「理念・目的」は職員や利用者が目につきやすい場所（食堂ホール）に額に入れて掲示し、周知の徹底が図られている。 * 運営規程には、職員一人ひとりが組織の一員として自らの行動に責任を持ち、自覚を促すための職員行動指針として、社会的ルールの遵守 環境保全・安全衛生の推進 社会的貢献の推進 人権の尊重 プライバシーの保護 個人情報保護管理 公正・公平な取引の推進 行政機関との関係の8項目を掲げ、具体的な内容としている。
2 計画の策定	* 単年度の事業計画は月別事業計画、事業内容、収支計画が策定されている。事業計画の策定については、職員会議で前年度の評価・見直しを実施し、意見を集約して新商品の工夫や農産物の改良などが図られている。 * 中・長期的なビジョンの構想はあるが、中・長期計画が明文化されていないため、単年度における事業内容が中・長期計画の内容を反映しているかは確認できなかった。ビジョンの実現に向けた具体的な中・長期計画と、それに伴う収支計画を策定し明示することが望まれる。
3 管理者の責任とリーダーシップ	* 管理者の役割と責任については、事務分掌表、役割分担表の文書化によって明確化している。役割分担表にはサービス管理責任者、生活支援員、職業指導員の役割が明記され、それぞれの責任を全うできるように指導や助言が行われている。施設設備の改善、地域イベントへの利用者の社会参加、地域社会資源の活用など、地域や行政に提言したり連携するなどしており、管理者として強いリーダーシップの発揮が見られた。 * 経営面においては、会計事務所に助言・指導を依頼し、経営や業務の効率化と改善に努めている。

	* 個人情報保護法・福祉関連法等に関わる研修会や会議に参加し、遵守すべき法令の把握に努めており、職員会議や利用者懇談会で、職員や利用者への周知と指導が行われている。今後の取り組みとして、事業に関連する必要な法令一覧表の作成や、定期的な勉強会の実施も期待したい。
評価対象 1 経営状況の把握	* 宇城市・各市町村・中小企業家同友会や熊本県精神障害者家族会が提供する情報や、県が開催する各種研修会に参加し、社会福祉事業全体の動向を把握し、福祉事業、サービスの充実に取り組んでいる。平成26年1月には共同生活援助事業所の指定を受け、地域の福祉に対する需要の増加や高齢化等、環境変化に対応した事業展開がなされている。また「熊本県地域福祉支援計画」の柱の一つ「地域の縁がわ」として登録しており、隣接する公民館と連携して、地域住民との日々のふれあい交流の拠点としての活動も行われている。 * 年度ごとに事業所の利用率や収支状況を分析し、検討・協議が行われている。事業内容としては利用者への就労の機会を提供（手芸品製作・農作業・割り箸作業）し、生産活動の支援、作業能率の向上を図りながら、農作物、アクセサリーなど手芸品の販売を通して、利用者の働く意欲の向上や地域社会参加への取組が行われている。
2 人材の確保・養成	* 現在、人事管理について、組織に必要な人材や人員体制は整備されているが、中・長期計画を実現するために必要な具体的な人事プランの策定は確認できなかった。中・長期計画における福祉専門職の配置等、必要な人材と人員体制について、具体的なプランの作成が求められる。また、個別職員の知識、専門資格の必要性の把握、その結果を踏まえた個別職員に対する研修計画の策定も中長期的な視点として必要と思われる。 * 客観的な基準に基づく定期的な人事考課は実施されていない。人事考課制度を導入することで、職員の能力向上やモチベーションアップに活用されることが期待される。 * 職員の福利厚生や健康維持に関して、年1回の健康診断の実施や人間ドック、健康福祉センターでの健康相談の活用などの取り組みが行われ、事業所内には相談室も設ける等、個人的な悩みも相談しやすい環境となっている。
3 安全管理	* 非常時対応マニュアル・緊急時対応マニュアルを作成し、職員会議で全職員に周知している。保健所との連携による感染症・食中毒等の研修会や避難・消火訓練、設備点検等を実施し、緊急・災害時等に備えている。

	* 食中毒の発生等、緊急時を想定した事例をもとに職員会議で要因分析と対応策の検討を行っているが、事業所での事故・ヒヤリハット事例記録は見られなかった。事故の発生を防ぐため、小さなヒヤリハットも記録し、対応策を検討する仕組みづくりが望まれる。
4 地域との交流と連携	* 事業所で生産している農作物・手芸製品等を地域の方が買いに来られたり、地域の老人会等の集まりや「インクルージョン感謝祭」等のイベントで販売する等、事業そのものが地域と密接につながっている。また、「地域の縁がわ事業」として登録したり、地域の清掃活動に参加するなど、積極的に地域との交流が行われている。 * 家族会・行政・養護学校・事業所・職安等からなる「宇城圏域障がい者支援協議会」に参加し、情報交換や法整備の要請等に関する検討・研修会などを行っており、地域の関係機関・団体等との積極的な連携がみられた。 * 管理者は、地域住民の相談を受けたり、行政や関係機関と積極的に連携して福祉ニーズの把握に努めており、ニーズを基に、昨年度グループホームを設置している。中長期的には、グループホーム2号館・ケアホームの創設や送迎サービスの実施等が検討されている。
評価対象 1 利用者本位の福祉サービス	* 「出来ないこと・遅いこと・失敗することを認め合い、そして高め合う」という理念に沿って、利用者一人ひとりを認めあう方針が事業所の根幹となっており、それぞれ課題を持つ利用者を理解し、そのままに受け入れ、職員全員で理念に基づいた支援に熱心に取り組んでいる。 * 毎月、利用者懇談会を実施し、利用者の意見を聴取している。相談したい場合は、誰でも自分の話しやすい人に話せることを、利用開始時に説明すると共に、日頃から利用者に声かけしている。また、個人的な相談に対応する相談室も整備しており、利用者のプライバシー保護に配慮している。 * 苦情処理マニュアルを整備し、苦情処理解決責任者を所長、解決責任者補佐を事務長、苦情受け付け担当者をサービス管理責任者と定めている。第三者委員の設置は見られなかったため、第三者委員を設置し苦情解決の体制を整備したうえで、職員・利用者への周知を図ることが望まれる。
2 サービスの質の確保	* 個人情報保護については行動指針にも規定され、職員会議での周知徹底が図られているが、記録管理責任者や保存年限等を定めた文書管理規定及び情報開示に関する規定は作成されておらず、記録の管理体制の確立が必要と思われる。

	* 毎月の職員会議で前月の活動を振り返り、課題について協議を行っている。今後は、項目や基準を定めて定期的な自己評価を実施する事で課題を明確にし、職員全体で共有して、改善策の検討や実施計画を策定される事が望まれる。 * 「非常時対応マニュアル」「事故防止対応マニュアル」等の作成は見られたが、提供するサービスについて、サービス実施時の留意点や業務手順等を記載した「標準的な実施方法」等は確認できなかった。サービス全般に亘って「標準的な実施方法」を作成すると共に、定期的及び必要に応じて見直しを行う事が望まれる。
3 サービスの開始 継続	* 見学希望者には、パンフレットや重要事項説明書で説明して対応し、体験実習も受け付けている。また、ブログを開設して事業所の活動内容を発信したり、ワムネットで事業所の理念や方針・商品の紹介等を行うなど、事業所の情報提供に努めている。 * 事業所の変更等にあたって、サービスの継続に配慮した手順や引き継ぎ文書は定めていない。また、サービス終了後の相談窓口をサービス管理責任者と定めており、口頭で伝えているが、利用者には担当者や連絡先等を記載した書面を配布することが望まれる。
4 サービス実施 計画の策定	* サービス管理責任者が主体となり、アセスメントから個別支援計画策定、定期の計画見直しまで、定められた手順に沿って行っている。アセスメントでは、50項目から成るアセスメント票を用い、利用者の身体機能や日常生活状況、社会生活力等を詳細に把握し、課題分析が行われている。 * 職員は聞き取りや観察で気付いた事を作業日誌に記録し、サービス管理責任者に報告しており、サービス管理責任者は職員からの報告や本人からの聞き取り等を支援経過記録に残し、アセスメントに活用している。利用者の病状変化等に特に配慮が必要な場合は、医療機関のソーシャルワーカーや看護師に相談することがあり、外部の関係職員とも協議してアセスメントが行われている。アセスメント結果を踏まえて作成された計画は、全職員が参加する個別支援検討会議で合議され、本人には計画内容を分かり易く説明し、意向を確認して同意を得るなど、丁寧な手順が踏まれている。 * 個別支援計画の定期的見直しを半年毎とし、期日を一覧表にして確実に実施できるようにしている他、病状の変化等、必要があれば臨時検討会議を開き、計画の見直しを行うなど、利用者の状態に合わせた計画作成が実施されている。
評価対象 A - 1 利用者尊重	* 「出来ないこと・遅いこと・失敗することを認め合い、そして高めあう」と理念に掲げ、職員の意識付けが行われており、利用者

	の人格を尊重し、あるがままの姿を受け入れ、高め合うという意識が職員に浸透している。休憩時間には、友人同士のような親しみが感じられる会話が交わされ、作業中や相談を受ける時には丁寧語や敬語になったりと、緩急を使い分けた対応が行われている。職員の聞き取りでも「親しい関係を心掛けているが、支援員としての礼を持って接するという意識は忘れない」という声が聞かれた。 * 社会生活の中で自信を無くし、社会生活力を発揮できないでいた利用者も、受容と見守りを基本とした支援で自信を取り戻し、徐々に社会で生きる力を身に着けているように伺えた。料理教室や買い物学習、交通安全教室、外出訓練等の学習・訓練プログラムも毎月の活動に組み込まれ、社会生活力が高められている。毎日の作業では、本人の意欲を高めるような対応に努め、レクリエーション活動に利用者の要望を反映させるなど、利用者の意見・要望を尊重する支援が行われている。 * 利用者の相談には、施設長を始めとして全職員が関わり、利用者には「誰でもいいから相談してください」と伝え、相談しやすい雰囲気を作られている。昼休みには、利用者の方から職員に心配事を相談する様子が見られ、信頼関係が築かれていることが伺えた。
A - 2 日常生活支援	* 利用者の健康管理は基本的には本人・家族に委ねているが、スポーツ指導員の資格を持つサービス管理責任者の指導の下、ラジオ体操やバトミントン等の運動をする機会を設け、健康の保持・増進に心掛けている。通所時は、体調や顔色、活気の有無等を観察し、必要時は本人に体調を尋ね、助言したり、受診を勧めるなどの支援を行っている。偏った食事をしている人には、さりげなく栄養指導を行い、月に1～2回は料理教室の時間を設け、栄養バランスの良い食事を作って全員で食べる機会を持つなど、食生活の改善にも配慮している。 * 作業時間中に受診等で外出する場合や、通所を休みたい場合は、事前に職員に連絡、相談するように取り決めており、社会生活の訓練としてルールを守るように指導している。 * 毎年10月には利用者と宇城地区の家族会と共同で、地域の人々と共生できることへの感謝を込めた「インクルージョン感謝祭」を開催。地域住民や家族会、病院職員等のボランティアによるフラダンスや大太鼓等の出し物、バザーなどが行われ、利用者と住民との交流が図られている。
A - 3 施設・設備	* 事業所は、役場だった建物を改修して使用しており、限られたスペースにスロープや車いす用トイレ等を設置し、利用者や来所者が利用しやすいようにとできる限りの工夫が行われている。開設当

	初は１０人程度の利用者であったが、現在は２６名の利用者となり、休憩室も手狭な状況にある。今後は更に利用者の増加が予測され、定員を増やすことを念頭に広い建物への移転も検討されており、休憩室や廊下のスペースの確保、トイレのプライバシー確保など、改善が図られることを期待したい。
--	--

（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	20	
	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

【 障害者・児施設（通所系）版 】

宇城きぼうの家就労継続支援B型

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

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

- 2 事業計画の策定

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

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

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

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

	第三者評価結果
- 1 - (1) 経営環境の変化等に対応している。	
- 1 - (1) - 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	①・b・c
- 1 - (1) - 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
- 1 - (1) - 外部監査が実施されている。	a・b・③

- 2 人材の確保・養成

	第三者評価結果
- 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。	
- 2 - (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 ・ ⑥ ・ c
- 2 - (1) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a ・ b ・ ③
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
- 2 - (2) - 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 ・ ⑥ ・ c
- 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
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a ・ ⑥ ・ c
- 2 - (3) - 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 ・ ⑥ ・ c
- 2 - (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 ・ ⑥ ・ c
- 2 - (4) 実習生の受入れが適切に行われている。	
- 2 - (4) - 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 ・ ⑥ ・ c

- 3 安全管理

	第三者評価結果
- 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。	
- 3 - (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 ・ ⑥ ・ c
- 3 - (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 ・ ⑥ ・ c
- 3 - (1) - 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 ・ ⑥ ・ c

- 4 地域との交流と連携

	第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。	
- 4 - (1) - 利用者と地域との関わりを大切にしている。	④ ・ b ・ c
- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	④ ・ b ・ c
- 4 - (1) - 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 ・ ⑥ ・ c
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。	
- 4 - (2) - 必要な社会資源を明確にしている。	a ・ ⑥ ・ c
- 4 - (2) - 関係機関等との連携が適切に行われている。	④ ・ b ・ c
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズを把握している。	④ ・ b ・ c
- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a ・ ⑥ ・ c

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
	- 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。	①・b・c
	- 1 - (1) - 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。	①・b・c
- 1 - (2) 利用者満足の上昇に努めている。		
	- 1 - (2) - 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。	①・b・c
- 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。		
	- 1 - (3) - 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	①・b・c
	- 1 - (3) - 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・③
	- 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・②・c

- 2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 2 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
	- 2 - (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・②・c
	- 2 - (1) - 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・②・c
- 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。		
	- 2 - (2) - 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・②・c
	- 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・③
- 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	- 2 - (3) - 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・②・c
	- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・②・c
	- 2 - (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。	①・b・c

- 3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
- 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	- 3 - (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・②・c
	- 3 - (1) - 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。	①・b・c
- 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	- 3 - (2) - 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・②・c

- 4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果
- 4 - (1) 利用者のアセスメントが行われている。	
- 4 - (1) - 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	①・b・c
- 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。	
- 4 - (2) - サービス実施計画を適切に策定している。	a・②・c
- 4 - (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。	①・b・c

評価対象

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) - 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。	①・b・c
A - 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
A - 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	①・b・c
A - 1 - (1) - 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。	①・b・c
A - 1 - (1) - 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。	①・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) - 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) - 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) - 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	①・b・c
A - 2 - (2) 入浴	
A - 2 - (2) - 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) - 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) - 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) - 排泄介助は快適に行われている。	該当なし
A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	a ・ ③

A - 2 - (4) 健康管理		
	A - 2 - (4) - 日常の健康管理は適切である。	㉖ ・ c
	A - 2 - (4) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	㉖ ・ b ・ c
	A - 2 - (4) - 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) - 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。	㉖ ・ b ・ c
A - 2 - (6) 外出		
	A - 2 - (6) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	㉖ ・ b ・ c
A - 2 - (7) 所持金・預かり金の管理		
	A - 2 - (7) - 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) - 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。	㉖ ・ 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) - 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 ・ ㉖ ・ c

(参考)

	第三者評価結果			該当なし
	a	b	c	
共通評価基準 (評価対象 ~)	23	25	5	
内容評価基準 (評価対象 A 1 ~ A 3)	11	1	1	8
合 計	34	26	6	8