

福祉サービス第三者評価結果

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会
-------	-------------------

1 事業所情報

フリガナ	ハツラツヒロバ
事業所名	はつらつ広場
種別	生活介護事業
定員数	20人
事業所代表者	施設長 田中 洋行
事業所所在地	福井県あわら市二面87-20-6
事業所電話	0776-78-7750
事業所FAX	0776-78-7751
法人等名および代表者名・URL・e-mail	社会福祉法人 ハスの実の家
	理事長 櫻井 康宏
	URL : http://www.hasunominoie.com e-mail : wakuwaku@hasunominoie.com

2 訪問調査日

平成27年8月24日（月）

3 総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○福祉サービスの基本方針と組織について 2011（平成23）年の事業所創立45周年を契機に、運営理念（わたしたちがめざすもの）および運営理念に基づく基本的視点（わたしたちの大切にしているもの）を職員参加のもとで作成するとともに、5年間の中期将来構想を作成し、理念や基本方針に沿って現状を分析した上で、事業展開、人材確保、組織機構、財政の区分ごとに具体化しており、毎年、事業総括会議で見直している。また、事業所に設置する各種委員会や会議等で意見を集約し、順次上位の会議で協議（決定）する仕組みが整い、組織的に事業計画が作成され、実施状況についても、年2回評価、見直しを行っている。</p> <p>○組織の運営管理について 年2回程、職員と上司（主任クラス）による個別面談を実施し、業務上の課題や希望等を聞き、各委員会等で改善策を検討している。なお、職員の希望者により外部の専門家と相談できる仕組みを整えている。また、職員の質の向上に向け、法人内の機関や委員会に対する教育や研修に対する基本姿勢や資格取得などの専門性向上に向けた方向性を検討・作成し、職員に示している。</p> <p>○適切な福祉サービスの実施について 利用者出身の特別支援学校での説明会を開催するほか、見学、体験入所、一日利用等にも積極的に応じている。</p> <p>○障害者・児福祉施設固有のサービス内容について 調理、音楽療法、エアロビクス等作業以外の活動を日課とした社会生活力を高めるためのプログラムを用意している。また、利用者の希望を引き出せるよう、県内外のイベントや公共施設等社会資源についての情報を提供するとともに、地元の湖畔など地域の社会資源を余暇やレクリエーションに取り入れている。さらに、利用者は現在、体験を積み上げる段階と捉え、その一つに遠方の博物館へ電車に乗って行くなどの計画がある。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>○福祉サービスの基本方針と組織について 単年度事業計画は中・長期計画ならびに収支計画を踏まえ、数値化できる内容は可能な限り数値化するとともに、実施状況の評価が明確に行えるよう作成することが望まれる。</p> <p>○組織の運営管理について 経営状況の改善や課題の発見に向け、組織として定期的にサービスコストを分析し、改善に向けた取組を職員に周知するとともに、中・長期計画や単年度計画に具体化することが望まれる。また、コスト分析や経営の改善、効率化を図るため、公認会計士等による外部監査の実施について検討されたい。さらに、ボランティア受入れに関する事業所の基本姿勢を明文化するとともに、受入れに関するマニュアルを作成するなど組織的な取組が望まれる。また、職員間における社会資源に関する情報の共有化を図るとともに、適宜社会資源に関する一覧を見直すことが望まれる。</p> <p>○適切な福祉サービスの実施について 利用者のプライバシー保護に関する規程やマニュアル等を策定し、職員に周知する取組が望まれる。</p> <p>○障害者・児福祉施設固有のサービス内容について 基本的ケアとして必要な事項を定めた食事支援マニュアル策定を検討することが望まれる。</p>

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

2011（平成23）年に作成した第2期中期将来構想の最終年にあたる今年度、ようやく福祉サービス第三者評価を受けることができました。準備不足の中、訪問調査時には的確なアドバイスをお聞きすることができ、実施してよかったと感謝申し上げます。経営や人事管理の面で厳しい評価結果をいただきましたが、真摯に受け止め、改善に向けて具体的な計画を提起し、数年後再び評価を受けていきたいと思っております。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果（別紙）

〔別紙〕

評価細目の第三者評価結果

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

Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	
a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。	a
b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。	
c) 法人の理念を明文化していない。	
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	
a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。	a
b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。	
c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。	

Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	
a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
c) 理念や基本方針を職員に配付していない。	
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) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。	

Ⅰ-2 事業計画の策定

Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	
a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画及び中・長期の収支計画を策定している。	a
b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
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) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容及び中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。	b
b) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容または中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。	
c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容も中・長期の収支計画の内容も反映していない。	

Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	
a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。	a
b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。	
c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	

評価細目・判断基準	評価結果
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	
a) 各計画を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	a
b) 各計画を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
c) 各計画を職員に配付していない。	
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	
a) 各計画を利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
b) 各計画を利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
c) 各計画を利用者等に配付していない。	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

評価細目・判断基準	評価結果
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) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
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) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
b) 管理者自ら、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が、十分ではない。	
c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

評価細目・判断基準	評価結果
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) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	a
b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
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) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。	b
b) 管理者は、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が、十分ではない。	
c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

評価細目・判断基準	評価結果
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) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。	a
b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。	
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) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。	c
b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。	
c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。	

評価細目・判断基準	評価結果
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	
a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。	c
b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。	
c) 外部監査を実施していない。	

II-2 人材の確保・養成

II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

評価細目・判断基準	評価結果
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) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。	c
b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。	
c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。	
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) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。	c
b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。	
c) 定期的な人事考課を実施していない。	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

評価細目・判断基準	評価結果
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) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
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。	
a) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施している。	a
b) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施しているが、十分ではない。	
c) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施していない。	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

評価細目・判断基準	評価結果
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) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。	
c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。	
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) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。	c
b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。	
c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。	
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) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。	b
b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。	
c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。	

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

評価細目・判断基準	評価結果
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体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
a) 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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	
b) 実習生の受入れと育成について体制を整備しているが、基本的な姿勢の明確化や効果的な育成プログラムの用意等について積極的な取組には至っていない。	
c) 実習生の受入れと育成について体制を整備しておらず、実習生を受け入れていない。	

II-3 安全管理

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。

評価細目・判断基準	評価結果
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
a) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。	
b) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。	
c) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。	
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。	b
a) 地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。	
b) 地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
c) 地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
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。	b
a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。	
b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。	
c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。	

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

評価細目・判断基準	評価結果
II-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	b
a) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	
b) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
c) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
a) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	
b) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
c) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
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。	c
a) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	
b) ボランティア受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
c) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

評価細目・判断基準	評価結果
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b
a) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。	
b) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。	
c) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	

評価細目・判断基準	評価結果
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。	
b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。	
c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

評価細目・判断基準	評価結果
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a
a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。	
b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
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
a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。	
b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。	
c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。	

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

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

評価細目・判断基準	評価結果
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。	b
a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。	
b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。	
c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
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。	c
a) 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、職員に周知するための取組を行っている。	
b) 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が、職員に周知する取組が十分ではない。	
c) 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ない。	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。

評価細目・判断基準	評価結果
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
a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	
b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	

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。

評価細目・判断基準	評価結果
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。	b
a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	
b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。	

評価細目・判断基準	評価結果
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。	b
a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	
b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	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) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。	
b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。	
c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。

評価細目・判断基準	評価結果
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。	c
a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。	
b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。	
c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。	c
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。	
a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	
b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでは至っていない。	
c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	

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。

評価細目・判断基準	評価結果
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
a) 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、それに基づいたサービスが実施されている。	
b) 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ているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。	
c) 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ていない。	a
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) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みに従って検証・見直しを行っている。	
b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	
c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

評価細目・判断基準	評価結果
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
a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。	
b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。	
c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。	b
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) 利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	
b) 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。	

評価細目・判断基準	評価結果
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
a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。	
b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。	
c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

評価細目・判断基準	評価結果
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
a) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	
b) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
c) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
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
a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	
b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。	

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。

評価細目・判断基準	評価結果
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
a) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。	
b) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
c) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

評価細目・判断基準	評価結果
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
a) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しており、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を具体的に明示している。	
b) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しているが、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を十分には明示していない。	
c) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しておらず、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を明示していない。	

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。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a
a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。	
b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。	
c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。	
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
a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	
b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	

評価対象Ⅳ 障害者・児福祉施設の固有のサービス内容

Ⅳ-1 利用者の尊重

Ⅳ-1-(1) 利用者の尊重

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅳ-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。	
a) 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) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫をしているが、十分ではない。	
c) 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ない。	
Ⅳ-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	
a) 利用者の主体的な活動が尊重されている。	a
b) 利用者の主体的な活動の尊重に配慮しているが、十分ではない。	
c) 利用者の主体的な活動が尊重されていない。	
Ⅳ-1-(1)-③ 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) 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) 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の整備に配慮しているが、十分ではない。	
c) 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ない。	
Ⅳ-1-(1)-④ 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) 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) 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムはあるが、十分ではない。	
c) 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ない。	

Ⅳ-2 日常生活支援

Ⅳ-2-(1) 食事

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅳ-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) 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。	b
b) サービス実施計画に基づいた食事サービスの用意がされているが、留意点や支援内容が十分ではない。	
c) サービス実施計画の食事サービスの留意点や支援内容が具体的にない。	
Ⅳ-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) 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	b
b) 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫されているが、十分ではない。	
c) 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫がされていない。	
Ⅳ-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	
a) 喫食環境に配慮している。	b
b) 喫食環境に配慮しているが、十分ではない。	
c) 喫食環境に配慮していない。	

Ⅳ-2-(2) 入浴〔通所施設非該当〕

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅳ-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。	
a) 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。	非該当
b) 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が、十分ではない。	
c) 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ない。	

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	非該当
a) 入浴は利用者の希望に沿って行われている。	
b) 入浴は利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。	
c) 入浴は利用者の希望に沿って行われていない。	
IV-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	非該当
a) 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	
b) 浴室・脱衣場等の環境確保のために工夫はしているが、十分ではない。	
c) 浴室・脱衣場等の環境は適切ではない。	

IV-2-(3) 排泄

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(3)-① 排泄介助は適切に行われている。	b
a) 排泄介助は適切に行われている。	
b) 利用者一人ひとりの状態に応じた排泄介助が行われているが、十分ではない。	
c) 介助は適切に行われていない。	
IV-2-(3)-② トイレの環境は快適である。	a
a) トイレの環境は快適である。	
b) トイレの快適な環境づくりに配慮しているが、十分ではない。	
c) トイレの快適な環境づくりに配慮していない。	

IV-2-(4) 衣服

評価細目・判断基準	評価結果
IV-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
a) 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。	
b) 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が十分ではない。	
c) 利用者の個性や好みを尊重した衣服の選択について支援がなされていない。	
IV-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
a) 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に行われている。	
b) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行われているが、十分ではない。	
c) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応が適切に行われていない。	

IV-2-(5) 理容・美容

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(5)-① 髪型や化粧等は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。	a
a) 髪型や化粧等は利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援を行っている。	
b) 髪型や化粧等は利用者の個性や好みを尊重した支援を行っているが、十分ではない。	
c) 髪型や化粧等は利用者の個性や好みを尊重した支援が行われていない。	
IV-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
a) 理髪店や美容院の利用について配慮している。	
b) 理髪店や美容院の利用について配慮しているが、十分ではない。	
c) 理髪店や美容院の利用について配慮していない。	

IV-2-(6) 睡眠〔通所施設非該当〕

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	非該当
a) 安眠できるように配慮している。	
b) 安眠できるように配慮しているが、十分ではない。	
c) 安眠できるように配慮していない。	

IV-2-(7) 健康管理

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。	a
a) 日常の健康管理は適切に行われている。	
b) 日常の健康管理体制の整備や健康維持のための配慮はなされているが、十分ではない。	
c) 日常の健康管理が適切に行われていない。	
IV-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
a) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。	
b) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されているが、取り組みが十分ではない。	
c) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されていない。	
IV-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは適切に行われている。	a
a) 内服薬・外用薬等の扱いは適切に行われている。	
b) 内服薬・外用薬等の扱いについて配慮しているが、十分ではない。	
c) 内服薬・外用薬等の扱いが適切に行われていない。	

IV-2-(8) 余暇・レクリエーション

評価細目・判断基準	評価結果
IV-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。	a
a) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。	
b) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。	
c) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されていない。	

IV-2-(9) 外出、外泊〔通所施設非該当〕

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	非該当
a) 外出は利用者の希望に応じて行われている。	
b) 外出は利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。	
c) 外出は利用者の希望に応じて行われていない。	
	評価結果
IV-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。	非該当
a) 外泊は利用者の希望に応じて行われている。	
b) 外泊は利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。	
c) 外泊は利用者の希望に応じて行われていない。	

IV-2-(10) 所持金・預かり金の管理等〔通所施設非該当〕

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(10)-① 所持金・預かり金について、適切な管理体制が整備されている。	非該当
a) 所持金・預かり金について、適切な自己管理および施設の管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。	
b) 所持金・預かり金について、自己管理および施設の管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。	
c) 所持金・預かり金について、自己管理および施設の管理体制が整備されていない。	

IV-2-(11) 新聞・雑誌の購読等〔通所施設非該当〕

評価細目・判断基準	評価結果	
IV-2-(11)-① 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。		
a) 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望が尊重されている。	非該当	
b) 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望が尊重されているが、十分ではない。		
c) 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に十分応じていない。		

IV-2-(12) 嗜好品の自由

評価細目・判断基準	評価結果	
IV-2-(12)-① 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、利用者の意思や希望が尊重されている。		
a) 嗜好品については利用者の意思や希望が尊重されている。	b	
b) 嗜好品については利用者の意思や希望が尊重されているが、十分ではない。		
c) 嗜好品については利用者の意思や希望に十分応じていない。		