

(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	一般社団法人熊本県社会福祉士会 福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区健軍本町1-22東部 ハイツ105
評価実施期間	H27.3.31～H27.8.31
評価調査者番号	① 10-004
	② 14-007
	③ 09-014

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：障害福祉サービス事業所 (施設名) 済生会ほほえみ	種別：多機能型事業所 (生活介護・就労継続支援B型)
代表者氏名：支部長 須古 博信 (管理者) 勝本 映美	開設年月日： 平成24年3月1日
設置主体：社会福祉法人 恩賜財団 済生会 経営主体：済生会熊本福祉センター	定員：40 名 (利用人数：41 名)
所在地：〒861-4127 熊本県熊本市南区内田町3560-1	
連絡先電話番号：096-223-3428	FAX番号：096-223-3429
ホームページアドレス	http://sk-fukushi.jp/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
生活介護事業・就労継続支援B型事業	健康診断、歯科指導、防災訓練、地域清掃活動、運動会、忘年会、日帰り旅行(春・秋のレクリエーション)、ボーリング大会、夏祭り、販売会、誕生会、クリスマス会、書初め、映画鑑賞会等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
通所施設の為なし。	生活介護作業室(4)、調理室、AED、浴室、医務室、静養室(2)、相談室、応接室、多目的室、パン工房(作業室、調理室)、生活介護ホール、洗濯・乾燥室、生活介護訓練室、更衣室(男女各2)、身体障害者用トイレ、食堂等
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	3	
サービス管理責任者	1		精神保健福祉士	3	
生活支援員	10		介護福祉士	4	
目標工賃達成支援員	1		社会福祉主事任用資格	8	
職業指導員	1		特別支援学校教諭免許 (1種)	2	
事務員	1		保育士	2	
看護師		1	医師		1
医師		1	看護師		1
合 計	15	2	合 計	22	2

※ 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

○法人として基本理念の実現や外部環境、内部環境を分析した中・長期計画が策定され、運営されています。

中・長期計画において、法人が地域社会に果たすべき使命・目的、組織として果たしていくべき機能について明確化されています。それをベースに「済生会ほほえみ」事業計画においても同様に明確化されています。また運営についてはPDCAサイクルに基づき、管理運営会議での進捗状況の確認、課題の抽出、検討が定期的に行われる仕組みが構築されています。更に事業計画の策定においては、職員参画を重視され、アンケートの実施や意見の聴取が組織全体で行われています。今後もこのシステムを継続していくためにさらなる努力を望みます。

○利用者の権利の保障について「可視化」「視覚化」して積極的に取り組まれています。

済生会熊本福祉センターの理念「一人ひとりを尊重し、共に生きる社会の実現を目指します」に従い、「済生会ほほえみ」では利用者に対して保護的に関わるだけではなく、利用者が受けるべき権利の保障についてもしっかりと捉えています。その内容としては利用者がわかるようにするにはどうしたらいいかという視点を大切にされ、文字だけではなく、絵、サイン等を用いて表現されており工夫がうかがえます。また、利用者への説明の機会も定期的に設けてあり、理解を深められるような取り組みが展開されています。今後もこの良い取り組みが後退することなく維持でき、更に向上することを望みます。

○管理者の責任とリーダーシップが発揮されています。

管理者は、法人の理念をベースに職員に対し日頃より指導・助言を行っており、職員自己評価の結果からも信頼が得られています。またその高い専門性を生かし、行政、地域や関係機関等では有識者として参画し、障がい分野の福祉向上のために、積極的な姿勢で携わってられます。さらに地域の事業所のサービス管理責任者協議会を立ち上げ、後進育成

に努めており、リーダーシップを発揮されています。職員の自己評価からも、管理者の指導力に対する高い評価が得られています。

○「ストレングス」の視点に基づいたサービス実施計画の策定への取り組みがされています。

利用者のストレングスに着目したアセスメント、定期的な評価・見直しまでが定められた手順に従って実施されています。また、利用者への心身状態や環境の変化等を素早く察知し、その都度個別支援計画の評価・見直しが行われていることは高く評価出来ます。

◆ 改善を求められる点

○

アンケート調査はおおむね、満足度が高い結果でした。しかし、一部の家族からは職員へ気軽に話ができにくいなどの意見もありました。

今後は、さらに広く、家族の要望を受け止める手立てを講じていただく等の取り組みを期待します。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

（H27.9.28）第三者評価受審にあたっては、職員全体で事前に受審の意義や目的を共有し、約一年前からコアメンバーによるプロジェクトチームを立ち上げ、評価項目の読み込みから支援内容の現状把握と改善、さらに実践の可視化を重ねて臨みました。今回の訪問調査による評価では、当事業所で特に力を入れている「ストレングス視点による支援の実践」に対する積極的姿勢を評価していただきました。このことは、職員にとりましては自らの専門性の裏付けとその実践における大きな自信につながったのではないかと考えます。しかし、現状に満足することなく、利用者本位のサービス、特に障がいの重い方々への意思決定支援への取り組みとともに、ご家族の意向や要望にさらに丁寧に応えていく新たな仕組み作りなど、サービスの質の向上にむけて努力を重ねて参りたいと思います。調査者には、第三者の視点からサービスの具体的現場を詳細に見て頂いたことに感謝いたします。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	
1 理念・基本方針	○社会福祉法人恩賜財団済生会の理念に基づき、済生会熊本福祉センターとしての理念「一人ひとりを尊重し、共に生きる社会の実現を目指す」と明文化されています。更に「済生会ほほえみ」の独自の工夫として、基本方針を利用者の特性に合わせ利用者自身が理解できるようにイラストで表現したり、写真を使用した

	り、わかりやすい言葉に置き換えたものが作成され掲示されています。 ○理念や基本方針の職員への周知については、事業所内の各所に掲示され、各種会議等で周知されています。職員の自己評価でも高い評価が得られています。 ○理念や基本方針の利用者等への周知については、家族には各種広報誌への掲載や管理者より家族会で説明し、周知されています。また、利用者へは職員がわかりやすい資料を作成して、利用者の会「ほほえみ広場」にて説明し、理解を深める取り組みがなされています。
2 計画の策定	○中・長期計画については、法人の中・長期計画に基づき、済生会熊本福祉センター事業計画が策定され、それを踏まえた済生会ほほえみの年度事業計画が策定されています。更に事業内容については、達成すべき数値目標や状態目標で表現され「目標の可視化」への工夫がうかがえます。 ○事業計画の策定については、済生会熊本福祉センターの幹部職員研修会等で、組織を取り巻く現状や将来の状況を構造的に把握しながら前年度の事業計画についての評価を行い策定されています。それをベースに「ほほえみ事業所」では、職員全員が参加する会議の開催、アンケートの実施等を経て、意見の集約等行われ、策定されています。更に事業計画の実施状況の把握や評価・見直しについても、PDCAサイクルに基づき、各事業所の管理者による管理運営会議等定期的に開催され、進捗状況の確認や課題検討が行われています。 ○事業計画の職員への周知については、事業計画を職員全員に配布し、年度初めに管理者より説明があり、より理解を深める為に支援員室に手書きされたものが掲示されています。また、毎月の会議で各計画項目の進捗状況について担当職員より報告を行い、相互に確認できる仕組みが構築されています。 ○事業計画の利用者等へ周知については、配布資料の文字を大きくしたり、ルビを振ったりするだけではなく、どうしたらわかってもらえるかを考え、わかりやすい表現に置き換えたり、図式化、イラスト等を用いたり「利用者目線」を意識した工夫、配慮がなされています。
3 管理者の責任とリーダーシップ	○管理者の責任の明確化については、自らの役割と責任を業務分掌に明記し、職員会議の中で説明されています。また、利用者・家族等に対して、家族会での説明や施設広報誌等に掲載し表明されています。 ○管理者として遵守すべき法令等を正しく理解する取り組みについては、済生会本部主催のコンプライアンス研修への参加をは

	じめ必要な研修へ参加されています。内容について会議等で全職員に伝達して共有化が図られています、更に遵守すべき関係法リストを作成し支援員室に掲示し、職員への周知が図られています。 ○管理者は、法人本部で編集された「コンプライアンステキスト」をもとに、読むだけではなくより職員が理解を深めるために「事例」を用いた勉強会を開催されています。また、職員へ定期的にコンプライアンスアンケートを実施し、現状の把握と課題の明確化が図られています。 ○管理者のリーダーシップについては、サービスの質の向上を図る取り組みとして、組織内のサービス向上委員会でサービスの質に係るアンケートを実施され、改善に向けての具体的な提案や職員への指導が行われています。また、その専門的知識や経験により熊本県障がい者介護分野のサービス管理責任者養成研修会の講師やその他研修会での講師として活動されています。職員の自己評価の結果からもリーダーとしての姿勢・行動に対して、高い評価が得られています。 ○経営や業務の効率化と改善に向けた指導力の発揮については、済生会熊本福祉センター全体で管理運営会議が開催され、経営管理・人事管理・労務管理等の検証が行われています。管理者はそれを踏まえ自組織内で、年次有給休暇の消化率や時間外勤務の把握、職員の増員計画、支援員室の整備等、課題解決に向け指導力を発揮されています。
評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握	○経営状況の把握については、組織として外的な動向を的確に把握するために行政や関係機関の会議等に参加し、その内容について職員へ報告されています。また、具体的取り組みとして、各事業所のサービス管理責任者協議会を立ち上げ、地域の福祉ニーズ等の把握に努めています。 ○経営状況の課題の発見については、収支状況、利用者の推移、利用率等の分析についても職員へ周知し、課題解決に向けて会議の開催が行われ、組織全体で取り組んでいます。 ○外部監査の実施については、公認会計士と会計顧問契約を締結し監査実施と報告が行われ、経営改善に活用がなされています。
2 人材の確保・養成	○人事管理の体制の整備については、済生会熊本福祉センター全体で福祉人材の確保・育成について方針が確立されており、それに基づき済生会ほほえみにおいて、必要な人材や人員体制について具体的な目標数を掲げて、資格取得の奨励、有資格職員の配置が計画されています。 ○客観的な基準に基づいた人事考課については、法人内において平成18年度から実施されております。キャリアパス制度を導入

	し、客観的かつ実効性の高い人事考課になるために随時見直しが行われています。内容は、年度初めに上司との面接に基づいた自己目標管理表の記入、年度末に自己評価チェック、面接1次評価、2次評価が行われ、双方向からの対話を重視した仕組みが展開されています。この仕組みに関して、職員の自己評価の結果からも高い評価が得られています。 ○職員の就業状況への配慮については、定期的な面接や自己申告書を作成し、職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みが、策定されています。また、個人の年次有給休暇の消化率、時間外業務の把握や分析が行われています。また課題解決にむけて、顧問契約している社会保険労務士へ相談もできる体制が整えられています。更に組織内に産業カウンセラーの有資格者を確保し、メンタルヘルス推進指導者として配置されています。 ○職員の福利厚生や健康維持の取り組みについては、「ふれあい共済」(共済組合)への加入、昼食代の補助、産業医へ職員が相談できる日時の設定など、組織として積極的に取り組んでいる姿勢がうかがえます。 ○職員の教育・研修に関する基本姿勢については、済生会熊本福祉センターの基本方針に明記されておりますが、さらに「済生会ほほえみ」で独自に「私たちに必要な資質と求められる職員像」が策定されており、職員の技術や質について明確な目標が掲げられています。 ○職員の教育・研修計画の策定については、個別に研修計画を策定し上司との個別面談(半期毎の目標行動管理進捗把握)を通して具体化されています。また個人別に外部研修への参加意向も把握されて研修派遣がなされています。 ○定期的な個別の教育・研修計画の評価・見直しについては、研修報告会の開催や研修参加後の報告レポート提出、その後当該職員の業務の取り組み等、研修成果に関する評価・分析について管理者・幹部職員等で話し合いされ、見直しが図られるようになっています。 ○実習生の受け入れに関しては、受け入れに関するマニュアルが策定され、基本姿勢の明文化や具体的な手順や連絡窓口等が、明らかにされています。また、ソーシャルワーク実習をはじめとして、熊本県新規採用職員研修、離職者等訓練事業、教職員研修等積極的に受け入れています。
3 安全管理	○利用者の安全確保について、感染症対策、事故発生等の緊急マニュアルが整備され、施設内安全確保に向け、担当者が配置されています。例えば、パン製造各工程における安全衛生注意事項を文字だけでなく、サインやイラスト等を用いて示されています。

4 地域との交流と連携	○利用者と地域との関わりについては、利用者、ご家族、職員合同で「内田夏祭り」を開催し、地域と施設との交流の機会をもたれています。また地域活動として、「天明市民の集い」の実行委員会のメンバーとして職員が企画の段階から参加されたり、利用者也地域の清掃活動、公民館サークルのコンサート等へ参加され地域との交流を図られています。 ○事業所が有する機能の地域還元については、「済生会ほほえみ」は地域の災害時の福祉避難所として指定を受け、また地域住民の文化活動（発表会）の場として、多目的室を提供されています。 ○ボランティア受け入れについては、受け入れマニュアルを策定され基本姿勢の明示や登録手続き、保険の加入、個人情報に関する取扱い等整備されています。また利用者にはボランティア活動について事前に説明を行い、トラブルが発生しないように配慮されています。 ○必要な社会資源の明示については、施設の役割や機能を達成する為に必要な関係機関等の情報や連絡方法について、一覧表やマップを作成されて、掲示がなされています。 ○関係機関等との連携については、行政、関係機関等との定期的に会議に参加し、情報の共有化が図られています。更に地域の事業所を巻き込んでサービス管理責任者協議会を立ち上げ、専門的援助技術を高めながら、地域ネットワーク作りを目指されています。 ○地域の福祉ニーズの把握については、定期的に地域の校区社協長、民生委員を交えて活動報告会が開催され、福祉ニーズの把握が行われています。地域住民に対する相談事業として、法人内に「済生会熊本福祉相談支援センター」「熊本県地域生活定着支援センター」が設置されています。また、管理者も相談事業に関わり必要に応じて対応できる仕組みが整えられています。 ○地域の福祉ニーズに基づいた展開については、家族アンケートに基づき、「済生会ほほえみ」独自のサービスとして、通所でありながら入浴支援の提供、また、延長預かり支援、医療機関通院支援等実施されています。また、法人全体として保育園、児童発達支援センター、就労継続支援A型事業、グループホーム等地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が展開されています。
評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス	○法人の理念を「一人ひとりを尊重し、共に生きる社会の実現を目指す」と明文化されています。また、職員の倫理要綱、行動規範が策定され玄関や支援員室に掲示するとともに、朝、夕のミーティングで職員間の情報共有を行い、日々の支援の中で基本方針に基づく支援が実施できるように配慮されています。さらに、4ヶ月毎に人権セルフチェックを実施し集計・分析を行い、それに

	基づく研修によって職員の人権感覚に対する意識高揚が図られています。 ○「プライバシー保護マニュアル」を整備し、入浴、排泄等の各支援マニュアルに留意事項として明記されており、職員別教育・研修で職員への周知徹底が図られています。また、利用者への周知としては、年度行事である「ほほえみ広場」のなかで説明を行い、さらに個別聞き取りを行う等、理解を深めて頂くよう配慮がなされています。 ○利用者満足を把握する仕組みとして、「みんなの声対応マニュアル」を整備し、苦情箱や苦情解決責任者、苦情解決担当者、第三者委員が設置されています。また、月に1度は利用者からの聞き取りを行い、さらに家族からの要望等も連絡帳や送迎時に対面にて伺うことで利用者満足の把握をされています。苦情や要望については、必ず紙面に残し、全職員にその内容、対応や経過について報告し、その後検討されています。その過程によって、職員一丸となった「利用者満足の充実」に向けた取り組みが進んでいます。
2 サービスの質の確保	○サービス内容については、熊本市が定めた評価基準に基づき自己評価を実施し、評価結果については管理者、サービス管理責任者が中心となり職員全体で改善策を話し合い、「改善」へと取り組まれています。 ○提供されるサービスの標準的な実施方法については、就労継続支援事業B型、生活介護事業の各事業別に実施マニュアルが整備されており、個別支援計画の中で文書化されています。基本的には半年に1回のモニタリングとし、必要時は随時評価・見直しをしながら「計画に基づくサービス提供」ができるように配慮されています。利用者に関するサービス実施状況は個別支援計画に基づいて各担当によって記録され、サービス管理責任者と管理者からのアドバイス等がその後の支援に活かされるような仕組みとなっています。 ○利用者に関する記録の管理は、記録の保管・保存・開示等に関する規程が整備されており、鍵付きのキャビネットで保管されています。さらに、その鍵は事務所のキーボックスで保管され施設外持ち出し禁止が徹底されています。加えて、職員には個人情報保護法についての研修が行われています。職員の自己評価からも、職員の個人情報保護に対する意識は高いと思われます。
3 サービスの開始・継続	○事業所の情報は法人ホームページ等により公開されています。事業内容等について、利用者の活動状況の写真も掲載することで分かりやすく、説明された内容になっています。また、パンフレットについても相談支援事業所等に配布し情報提供されています。

	す。利用希望者には、より良い利用ができるように、事前に施設見学や体験を通じて、十分に施設の理解を深めたいうえでの利用を勧められます。 ○サービスの開始時には、利用者やご家族に十分に理解を深めていただく必要があることから、利用者に分かり易い資料で、たとえば簡易化した文章やルビ付き文章を用いたり、または手話通訳者を交えて説明を行うなど工夫された契約書や重要事項説明書等を使用し同意を得られています。アンケート調査でも殆どの方が「十分な説明が受けられた」と回答されていることから、事業所側の対応の良さがわかります。 ○利用者の事業所の変更等については、引き継ぎ文書を作成し担当者会議を通して必要な情報提供を行い、利用者の不利益を招かぬようサービス利用継続への配慮がなされています。
4 サービス実施計画の策定	○サービス管理責任者を中心にアセスメント、個別支援計画策定、定期的な評価・見直しが定められた手順に沿って行われています。また、「利用者のストレングスに着目したアセスメントの取り方」の研修を経て、本人やご家族、関係機関や担当職員への聞き取りが行われます。さらに、相談支援事業所によるサービス等利用計画をもとに本人やご家族の意見を取り入れながら計画が策定されています。実践にあたっては、各利用者の支援における留意点を明記した個別支援計画一覧表を作成されています。その後、全職員が確認できる体制が整えられています。そうすることで様々な角度から課題が見え、課題を検討し改善することで、「済生会ほほえみ」の支援方針の1つでもある「個別性とニーズに基づく」利用者支援へと繋がるのだという利用者本位の一貫した姿勢がみられます。 ○個別支援計画の評価・見直しを半年ごとと定めていますが、本人の心身状態や環境の変化等、必要に応じて時期を問わずストレングス視点を基本とした課題検討をされています。
評価対象Ⅳ A-1 利用者尊重	○支援方針として「一人ひとりの個別性を尊重し、ニーズに基づく支援」を掲げ倫理綱領、職員行動規範等の研修や定期的な記名式人権セルフチェックを通して、言動を振り返り改善に結びつける取り組みが行われています。呼称はすべての利用者に対して「さん」づけを徹底し、排泄介助についても同性介助を原則として対応されています。また、利用者の所持品を確認する必要がある際には本人の了解を得て行われ、要望があれば個別のロッカー利用が可能となっています。職員の自己評価からも「個人尊重」の意識が高いことが伺えます。 ○意思伝達が困難な利用者については個別のコミュニケーション手段を検討し、それに基づく支援や工夫がなされています。た

	例えば、言語での理解が困難な利用者には絵や写真等を使い説明し、言葉が出にくい利用者には交換ノートで意思確認を行っています。行動観察をすることによって利用者の意思を可能な限り正しく理解できるような支援・工夫をされています。 ○利用者の主体的な活動を尊重する取り組みについては、「利用者主体」常に「利用者のストレングスに焦点を置いた支援」を実践出来るようにメッセージとして活動室に掲示し、意識化するように取り組まれています。また、文化的活動を主とした「土曜日活動」については、利用者が実行委員となり企画・活動の進行等を担えるような働きかけがなされています。さらに、毎月の職員会議では、利用者の主体性に働きかけた支援をどのように行ったかについて、職員間で報告を行い、検討することで職員の意識が高まり利用者の主体的な活動が確保されるように工夫されています。 ○利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムについては、常に「利用者が自力で行う」ことを意識した支援計画が策定されています。そうすることで「利用者の持てる力」が維持でき、向上する事が目標となります。具体的な取り組みの一つとして、通路の壁に「きらきらの実」を大きな木に実らせた絵が貼ってあります。一つの実が一人の利用者を表現していて、そのりんごの実には顔写真、お名前、その方の長所が記されています。支援員室、活動室、廊下等のこのような掲示物からも管理者・全職員の利用者に対する温かいまなざしが感じ取れ、「ストレングス視点に基づく支援」を実践する中で、障がいのある人のエンパワメントの実現を目指されています。
A-2 日常生活支援	○食事支援マニュアルによって、きざみ食、形状に配慮した料理など一人ひとりの利用者の状況に応じた食事の提供を行い、本人に合わせた食事時間の設定がされています。また、利用者アンケートを行い、選択メニューやリクエストメニューを取り入れています。食堂は同敷地内に1か所ありますが、広々と明るく、利用者も職員も同じテーブルを囲んで食事することが出来ます。さらに、この食堂への移動が困難な利用者には料理を保温ケースで運ぶ等の配慮がされています。定期的に法人全体で厨房職員も含めた給食委員会を開催し、利用者からの要望、食の安全安心等の課題を検討し、利用者に喜ばれる食事の提供ができるよう取り組まれています。 ○入浴支援については、利用者の家庭環境に配慮し入浴回数や支援方法を個別に決めてありますが、失禁や汗をかいた場合等には必要に応じて入浴ができるようになっています。浴室では、転倒防止のために浴槽内にすべり止めシートを敷く等、安全確保に努

	められています。安全に入浴介助を行うための職員研修も実施されています。 ○トイレを清潔に保つためにトイレ掃除は毎朝職員が行い、不定期ではありますがオゾン脱臭装置による洗浄も行っています。排泄介助については同性介助の徹底、一人ひとりの状況に合わせた対応、カテーテル留置者の介助時の配慮等も含め、排泄介助マニュアルや個別マニュアルに基づく支援が行われています。 ○利用者の健康管理については、毎日検温し、必要に応じて血圧測定を行い家族や職員とのやり取りで利用者の健康状態の把握がなされています。また、生活介護利用者については定期的に医師・看護師による健康相談が受けられるようになっています。さらに、協力医療機関によって定期健康診断やインフルエンザの出張予防接種が実施され、必要時には迅速かつ適切な医療が受けられるようになっています。さらに、歯科医師または歯科衛生士による指導を受けることによって、口腔ケアが健康管理の観点から大切であるということが利用者にも伝わっているようです。 ○内服、外用薬については通所事業所であるため「昼用」のみ、家庭より要望があれば対応されています。服薬管理マニュアルが整備され、服薬記録簿・服薬チェック表によって確実に行われています。 ○余暇・レクリエーションは、活動についてのアンケート結果や利用者間の話し合いで、外出や調理など希望に沿った内容や回数を工夫されています。また、忘年会などは利用者による実行委員会により企画・立案され、職員は情報提供など側面的支援を行っています。歌や踊り、演芸サークル等のボランティア、病院ソーシャルワーカーによる外出ボランティアなどを受け入れることによって、利用者と地域住民の交流が図れるよう工夫をされています。 ○利用者を「地域で暮らす生活者」と捉え、「生活の質」を向上させるための取り組みを日常生活支援を通して行われています。これからも利用者の長所を大切にした支援を行い、さらに発展出来るよう期待いたします。
A-3 施設・設備	○施設は地域の災害時の福祉避難所としての役割も担っており、利用者だけでなく来訪者など誰にでも利用しやすいように矢印などの表示を行い、施設内移動がスムーズに行えるよう工夫されています。視覚障がいのある利用者に対しては廊下などに赤いテープを貼ってトイレや活動室等へ誘導が行われています。サービス向上委員会や安全衛生委員会等に利用者の要望を届け施設・設備の改善提案に反映されています。また、定期的に各担当者による「安全パトロール」を実施し、利用者が「安心して通える施設」

	を提供できるよう法人全体で取り組まれています。
--	-------------------------

(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		
	家 族 ・ 保 護 者		
		24人	
聞き取り調査	利 用 者 本 人	0人	
	家 族 ・ 保 護 者	0人	
観 察 調 査	利 用 者 本 人	0人	

評価細目の第三者評価結果 【 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
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
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
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

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
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
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
Ⅰ－２－（２）－② 事業計画が職員に周知されている。	a
Ⅰ－２－（２）－③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a

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
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
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
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

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
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
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	a

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
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
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。	b
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
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
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
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
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

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
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
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

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
Ⅱ－４－（１）－② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
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
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
Ⅱ－４－（２）－② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
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
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

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
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
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
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
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
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

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
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
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
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
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
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
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

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
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
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

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
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
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

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
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
A－１－（１）－③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
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
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

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
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
A－２－（１）－③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a
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。	
A－２－（２）－② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	
A－２－（２）－③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	
A－２－（３） 排泄	
A－２－（３）－① 排泄介助は快適に行われている。	a
A－２－（３）－② トイレは清潔で快適である。	a

A-2-(4) 健康管理		
	A-2-(4)-① 日常の健康管理は適切である。	a
	A-2-(4)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
	A-2-(4)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a
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。	a
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。	
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。	
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。	a

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

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	52	1	0
内容評価基準（評価対象A1～A3）	16	0	0
合 計	68	1	0