

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

【障害者支援施設・障害福祉サービス事業所】

◎ 評価機関

名 称	セリオコーポレーション株式会社
所 在 地	静岡県静岡市清水区迎山町4-1
評価実施期間	平成29年11月14日～ 平成30年4月16日
評価調査者番号	① H21-a001 (H26-c 追認)
	② H20-b026
	③

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) フォルテあしくぼ	種別： 就労継続支援B型
代表者氏名： (管理者) 梅下 茂典	開設年月日： 平成26年1月
設置主体：社会福祉法人 明光会 経営主体：社会福祉法人 明光会	定員：20人 (利用人数20人)
所在地：静岡県静岡市葵区足久保口組901番地	
連絡先電話番号： 054-296-0089	FAX番号： 054-296-9808
ホームページアドレス	http://www.meikoukai.or.jp/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
受託作業：自主製品製造販売、園芸 創作活動：絵画・壁面製作、織物等 余暇活動：生活行事、茶道等 健康管理：疾病予防、健康チェック等	<ul style="list-style-type: none"> ・法人運動会、文化祭、明光祭 ・一泊旅行、お誕生日会 ・福祉楽市、静岡夏祭り夜店市、郷島花火大会、足久保さくら祭り、七夕祭り、足久保里祭り等、地域イベント参加による自主製品の販売

居室概要		居室以外の施設設備の概要	
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
生活支援員	6名		

2 評価結果総評

■特に評価の高い点

□法人の経営方針や事業計画で示されている将来のビジョンにもとづき、事業所における5年間の中長期計画が策定されており、それに沿って各々の事業を年次計画に関連付けて設定している。事業計画の進捗状況の確認や必要な見直し、PDCA サイクルにもとづく手順で実施されており、法人と事業所との連携が図られている。事業計画は職員会議等で適切に共有される仕組みにより、全職員が共通理解で取り組めることは評価に値する。

□第三者評価委員会を設置し、毎年全職員を対象に自己評価を実施しており、提供するサービスの質の確保に向けた評価・見直しを、組織的に取り組んでいる。自己評価等から課題を抽出し、改善への目標達成計画に位置付け、迅速に取り組みを進めるフットワークの良さは高く評価できる。

□法人内に12の委員会が設置されており、コンプライアンスにもとづいて、すべての事業の推進と効果的な運用を管理している。その委員会の対応等により、目標をほぼ達成している事業に関しても、決して満足することなく、見落とししていることはないか、さらに検討の余地はないかなど、常に上質な支援を目指す職員の姿勢は、クオリティマネジメントの表れと言える。

□法人の創立記念行事を一般に公開しており、町内会に加入して地域の行事にも積極的に参加するなど、地域住民との交流が日常的に行われている。また、法人内全事業所が参加する「合同大運動会」が、地域の体育館で開催され、地域に法人の取り組みを発信している。他にも季節ごとに開催される近隣のお祭りやイベント等に参加し、地域の人々との交流が図られている。

□地域貢献事業として高齢者や障害者を対象に、当該法人が無償で自宅の除草作業を行う「カリトリくん」は、利用者も高齢者も共に笑顔になれる、独自のアイデアに満ちた取り組みである。

■改善を求められる点

□相談援助の困難な場合についての対応方法について、対応手順や方法がマニュアル化され、組織的にチームによる対応が必要になるが、現在6か月の目標

を定めてマニュアルの整備を進めている過程にある。改善の取り組みの進捗が期待される。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

相談援助の困難な場合についての対応方法や事業所等の運営に関して利用者の意見を聞く取り組みの面でb評価となっています。ご利用者様の意見等汲み上げられるような取り組み、支援体制を整えられる様、努力していきたいと思いません。また経営理念である、立志・創知・開拓は第三者評価の受審内容の基になっていると思いません。この度、受審した評価結果で得た課題を把握し改善しながら、より良いサービスの提供を行えるように職員全体で取り組んでいきたいと思いません。ありがとうございました。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 I</p> <p>1 理念・基本方針</p> <p>① 理念・基本方針が確立されている</p> <p>② 理念や基本方針が周知されている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人理念である「立志・創知・開拓」のそれぞれに、法人全体で取り組むべき重点的事業を基本方針として位置付け、その趣旨に沿って事業ごと、事業所ごとに具体的な事業計画やその対応策等を設定している。法人経営方針の柱の一つである、法人ガバナンスの強化により、全職員に、法人や事業所の目指す方向性や社会的責任等の理解と、職員が果たすべき使命の周知が徹底されている。 ・ 理念や基本方針で表明している、利用者の主体性の尊重やエンパワメントの理論に根差した援助方針等は、法人及び事業所は元より、広報誌やホームページ等で広く地域社会に示している。
<p>2 事業計画の策定</p> <p>① 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている</p> <p>② 事業計画が適切に策定されている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人の経営方針や事業計画で示されている将来のビジョンにもとづき、事業所における5年間の中長期計画が策定されており、それに沿って各々の事業を年次計画に関連付けて設定している。 ・ 法人組織内において、法人本部の専管事項と事業所の役割との間で連携が図られており、事業計画の進捗状況の確認や必要な見直し、PDCA サイクルにもとづく手順で実施されている。計画は各々の担当者が核となり策定されるが、職員会議等で適切に共有される仕組みがある。 ・ 法人内に12の委員会が設置されており、コンプライアンスにもとづいて、すべての事業の推進と効果的な運用を管理している。その一つ広報委員会では、さまざまな事業所情報の中で、事業計画や行事予定等を、地域や

	関係者に広く発信して周知を図っている。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p> <p>① 管理者の責任が明確にされている</p> <p>② 管理者のリーダーシップが発揮されている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は自らの役割と責任を明文化し、会議等の機会に職員に対し表明して、広報誌等で将来のビジョンと共に法人と事業所の考え方や、具体的な施設運営に関する姿勢等を広く関係者に伝えている。 ・職務規程等はマニュアル一覧に記載されており、各々のマニュアルには、管理者をはじめとする担当者の役割分担等が明確に示されている。 ・管理者は職員に対し、遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを積極的に進める方針であり、自ら進んで学ぶ姿勢を表明している。 ・管理者は業務の効率化や改善に向けて、現場の職員意見の集約や意識の共有化に取り組んでいる。法人の本年度最重要方針である、研修・教育体制の強化に関して、研修計画に従い、必要な研修を確実に実施していく方針を明確に示している。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p> <p>① 経営状況の変化等に適切に対応している</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・組織として、社会福祉事業全体の動向や、地域の福祉需要等、経営に影響する福祉ニーズ等の情報を把握する必要があり、事業所のみならず法人全体で収集される情報の評価・分析を、組織的に行っている。 ・各年度の重点目標に対する達成状況は（前年実績から）押しなべて高い達成率を示しており、目標とする数値設定と計画の実施状況が的確に管理されている証である。このことから、把握した情報の評価分析が適切であったと考えられる。 ・本年度の重点目標として、クオリティマネジメント、リスクマネジメント、ブランドマネジメント、人事管理があげられており、これらの具体的な意義や改善ポイント等が職員に周知されている。 ・法人が弁護士、税理士、社会保険労務士と包括的に顧問契約を結び、経営全般において助言・指導を受けることのできる体制を整えている。
<p>2 人材の確保・養成</p> <p>① 人事管理の体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・人材の確保育成に関する委員会が設置されており、リクルート委員会や人事確定会議、職員研修委員会で具体的な対策が進められており、職員の適性等に考慮した育成にも取り組んでいる。前年度から引き続き人事管理制

<p>が整備されている</p> <p>② 職員の就業状況に配慮がされている</p> <p>③ 職員の質の向上に向けた体制が確立されている</p> <p>④ 実習生の受け入れが適切に行われている</p>	<p>度の見直しが行われており、組織全体、各部署、職員個人のそれぞれの目標を明確化して、目標達成度等を評価できる仕組みが検討され、現在プランにもとづいた人事管理が実施されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の質の向上への取り組みの一つとして、第三者評価基準にもとづき、幹部職員、一般職員、新人職員の各々に適合させた内容による自己評価を実施している。 ・職員の就業状況に関し、超過勤務時間数を事業所ごと、及び法人全体で把握し、年次有給休暇の取得状況等と合わせて管理している。年に一度、連続5日間の有給休暇を取得できる「ハッピーウィーク」の制度もある。 ・実習生の受け入れに関する基本姿勢を明確にし、「実習生等受入規程」にもとづいて対応している。受け入れ手順等を詳細に定めた、マニュアル等の手順書は未整備であったが、「実習生等受入規程」を、実習生と事業所の双方にとって有益な内容とするための見直しが、現在進められている。
<p>3 安全管理</p> <p>① 利用者の安全を確保するための取組が行われている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の利用者の安全確保に関しては、リスクマネジメント委員会の管理の下、リスクマネジャーを配置し、安全衛生委員会や防災委員会等で、担当職員に限らず法人幹部や嘱託医も参加して、毎月さまざまな状況に対する検討を行っている。緊急時対応マニュアルや防災計画は元より、年に一度、全職員が感染症研修や救命救急講座を受講することとされている。さらに災害発生後を見据えてBCP策定委員会を設置するなど、万全の体制で緊急時に備えている。 ・利用者の安全を脅かす事例等の検討を行い、安全委員会でまとめた「インシデントレポート」にもとづき、職員が参画して要因の分析やその防止策等を検討し、結果を職員間で共有している。 ・施設や設備に係る作業中の安全確保では、転倒防止の手すりの取り付けや、備品の角（コーナー）の部分の保護材の取り付けや箱積みの段数制限など、さまざまな工夫により配慮の行き届いた対応をしている。
<p>4 地域との交流と連携</p> <p>① 地域との関係が</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の創立記念行事を一般に公開しており、町内会に加入して地域の行事に積極的に参加するなど、地域住民との交流が日常的に行われている。隣接の「パン工房あしくぼ」では、特別支援学校や病院、一般企業や地域の

<p>適切に確保されている</p> <p>② 関係機関との連携が確保されている</p> <p>③ 地域の福祉向上のための取組を行っている</p>	<p>イベントにおいてもパンの販売を通じた交流がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の日頃の諸活動を地域で披露し、利用者が活躍する姿を理解してもらうことを目的とした「明光会文化祭」を静岡市民文化会館で開催している。 ・法人主催で全事業所が参加する「合同大運動会」が地域の体育館で開催され、地域に法人の取り組みを発信している。他にも季節ごとに開催される近隣のお祭りやイベント等に参加し、さまざまな人々との交流が図られている。 ・施設運営の透明化が進められ、多くの見学者を受け入れて事業所内で交流することで、日常生活への理解を促している。 ・事業所の地域貢献事業である「カリトリくん」は、高齢者や障害者を対象に、当該法人が無償で自宅の除草作業を行う事業である。
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p> <p>① 利用者を尊重する姿勢が明示されている</p> <p>② 利用者満足の向上に努めている</p> <p>③ 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されて</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事務所には、職員に対して常に利用者を尊重した言葉がけを促す文言が大きく掲示してある。穏やかに受容的な職員と利用者との会話の場面では、敬意を払った声掛けの実践が検分でき、単なる形式的な掲示に止まらず、共通意識による利用者本位の姿勢が周知されている。 ・利用者一人ひとりに配慮した個別支援計画が策定されており、エンパワメントの考え方に沿うよう、本人の能力に応じて主体的に行動し経験できる機会をサポートしている。 ・利用者の誕生会を生活介護事業所ヴィヴアーチェあしくぼの利用者と合同で毎月開催している。誕生日リクエストによる昼食が楽しい行事である。 ・利用者や保護者との信頼関係の構築と情報共有のため、職員と保護者は連絡帳で互いに意思疎通を図っている。保護者からは世間の話なども記されており、職員は丁寧に回答している。 ・利用者の主体的な活動を保障するため、担当職員を中心に利用者の意向を把握し、その実現に向け側面的に支援することを行っている。現在、利用者による自治会等は組織していないが、年2回の保護者参観会の折に利用者の意向等を把握する機会を設けて対応している。

・個別支援計画にもとづき提供されているサービスの実施状況をモニタリングし、個別支援会議、ケース会議等により、生活支援員のみならず他の職種の職員や必要な関係機関とも連携して、チームで支援する仕組みが機能している。

・身体拘束・虐待防止委員会を設置しており、定期的開催して事例検討や職員研修等を実施するなど、身体拘束や虐待の防止の体制を整備している。その仕組みの中で、緊急やむを得ない場合の対応方針や手順等のマニュアルの整備を行い、日常業務の中では「虐待防止チェック表」による報告を職員に義務付けて、身体拘束等のない支援を実践している。

・利用者の意見・要望等をアンケートや連絡帳で把握するとともに、日常の会話の中から思いを聴き取って対応することに努めている。連絡帳には作業関連の記述のみではなく、体調や嗜好とともに最近の話題について細かく記述され、職員は丁寧に回答している。

・相談援助の困難な場合の対応に関して、現在、同法人が運営する相談支援事業所との連携で対応しているが、事業所ではマニュアルの整備により具体的な仕組みと手順を定め、他の事業所を含めた支援ネットワークの形成に向け取り組みを始めている。

・利用者のプライバシーの保護等に関して、通信に関する環境や個人ロッカーの設置、入浴や排泄の設備（冷暖房やウォシュレット）の完備等とともに、対応マニュアルに従って実施する介助など、支援の環境や手順に十分な配慮がみられる。サニタリーは毎日、職員が点検と清掃を行っている。

・利用者の健康管理に関して、「サービス経過報告書」により管理しており、日常の健康管理や服薬管理がマニュアルに従って適切に行われている。また定期的に嘱託医の健診も受けており、医療機関との連携で、適切な医療を受けられるよう対応している。

・送迎支援を必要に応じて実施しており、その際の安全確保等に関してもマニュアルに従い研修等で徹底している。現在、リフト付き送迎車両を必要とする対象者がいないことから、職員に対してリフト付き車両の具体的な操作訓練は実施していないが、研修等において予測され

	<p>る行動等の周知に努め、具体的な操作訓練への準備を進めている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族等関係者からの苦情等に関し、6か月ごとに開催する苦情解決委員会で検討して対応している。「苦情解決・虐待通報受付のあらまし」として、苦情の申し出から受け付け、解決に向けた話し合い、さらに必要な場合には第三者委員の助言を受ける等の流れとともに、その仕組みを、利用者等に分かりやすく示している。「苦情解決結果報告書」を1か月間開示して、苦情解決の経過等をフィードバックしている。また、連絡帳や参観会でのアンケート調査、保護者面談、さらに意見箱の設置等、利用者満足度調査を実施している。現在、利用者との懇談会や利用者会、家族会等を定期的で開催する取り組みにより、利用者や家族等の意見・要望等を、さらにきめ細かく把握する対策を検討している。
<p>2 サービスの質の確保</p> <p>① 質の向上に向けた取組が組織的に行われている</p> <p>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</p> <p>③ 提供するサービスに独自の特徴を有している</p> <p>④ サービス実施の記録が適切に行われている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・第三者評価委員会を設置し、毎年全職員を対象に自己評価を実施しており、提供するサービスの質の確保に向けた評価・見直しを、組織的に取り組んでいる。自己評価等から課題を抽出し、改善への目標達成計画に位置付け、迅速に取り組みを進めるフットワークの良さは、高く評価できる。 ・全職員は「さんあいノート」を所持し、質の向上に向けた研修の計画や参加状況を確認できる、研修記録を整理している。研修では経験豊富な幹部職員が講師として対応し、日常的に実施されているOJTとの相乗効果で、質の向上に向けた職員の教育・育成の成果につながっている。 ・提供するサービスの標準的な実施方法に関して、個別支援計画に位置付けられているサービスの実施状況の評価・見直しは定期的に行われている。一方でマニュアル等に記載されている実施方法に関しては、随時の見直しとしているが、個別支援計画の内容を、状況に即して反映することに対応できる、定期的なマニュアル等の見直しが望まれる。 ・豊富な作業の種類に対して、一人ひとりの利用者に適した各々の工程で対応している。作業導入過程、作業工程に対する支援計画が確立され、一人ひとりのニーズに細かく対応している。さらに産業医や安全衛生責任者による巡回指導報告書により、利用者に対しての安全管理が徹底され、それらの情報は組織的に共有されている。

	<p>事業所では現状の訓練指導・支援の実施に関連して、関係機関や企業等の社会資源との連携等に検討の余地があるとして、目標を定めて取り組む方針を示している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族等からのニーズを個別支援計画に位置付けており、活動に反映して作業学習を取り入れている。 ・利用者への作業現場における安全教育の一環として、例えば体調不良を訴えるときには、掲示されているイラストの該当部分を指さすことで自己申告できる、独自の工夫がある。 ・個別支援計画にもとづくサービスの実施が行われていることは、サービス支援経過報告書により、月ごとの目標や重点項目を分かりやすく表示している。これらの記録は「一行日誌」や「連絡帳」により日々記録され、家族等と共有している。 ・利用者に関する記録等は、個人情報管理委員会の規程により管理され、「個人情報保護に関する方針等について」及び「個人情報開示請求取扱い規程」の定めに従い、適切に対応されている。
<p>3 サービスの開始・継続</p> <p>① サービス提供の開始が適切に行われている</p> <p>② サービスの継続性に配慮した対応が行われている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス開始にあたり契約書及び重要事項説明書を、すべて読み上げたうえで同意を得ている。その文面は、大きめのルビ付き文字で表し、分かりやすい工夫で記述している。また契約の締結が困難な利用者への対応に関しては、より丁寧な対応と、相談支援センターとの連携で支援している。現在は未整備の対応マニュアルの作成に、今後取り組んでいく方針である。 ・事業所の変更や家庭への移行にあたり、「移行ケース会議」を実施し、利用者のニーズや特性、及び保護者の意向を反映した個別支援計画を共有している。アフターケアへの継続性に配慮して、相談支援センター及び関係機関等とも情報を共有して連携している。退所した利用者のための支援組織の育成等は、今後の課題としている。
<p>4 サービス実施計画の策定</p> <p>① 利用者のアセスメントが行われている。</p> <p>② 利用者に対する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・定められた様式と手順により、利用者のアセスメントを適切に実施している。個別支援会議を開催し6か月ごとに定期的な見直しを実施しており、部署を横断したさまざまな職種の職員が参加してアセスメントに関する協議を行い、個別支援計画との整合性を確認している。 ・アセスメントの情報等から、利用者の特性やニーズを

<p>サービス実施計画が策定されている</p>	<p>考慮した個別支援計画が策定されている。一泊旅行を実現した余暇活動では、写真を眺めながら職員と旅行の思い出話をする利用者の表情から、利用者満足につながる支援を見ることができる。因みに事情によりで参加できない利用者への配慮として、日帰りバーベキューを実施している。また利用者一人ひとりの誕生日を掲示して、利用者が互いに祝い合うなどの、人間関係の構築にもつながっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画には「わたしの望む暮らし」として、利用者本人のみならず、家族の意向も聴き取って記入しており、利用者が安心してサービス利用ができるような、配慮ある環境を提供している。 ・地域移行に向けて退所後の生活を想定し、生活面、経済面、人間関係面等の支援について個別支援計画等にして対応しているが、その支援を充実するために、職員の技能習得への具体的な取り組み等を、組織として明確に示す必要があるとして、現在目標を定めて検討している。
-------------------------	---

5 評価細目の第三者評価結果

【障害者支援施設・障害福祉サービス事業所】

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。		
1	① 理念が明文化されている。	a
2	② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
3	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
4	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。		
5	① 中・長期計画が策定されている。	a
6	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。		
7	① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a
8	② 事業計画が職員に周知されている。	a
9	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。		
10	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
11	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。		
12	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
13	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。		
14	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
15	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
16		a
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。		
17	① 事業所内の組織について職制・職務分掌を明確にしている。	a
18	② 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
19		a
③ 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。		
20	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
21		a
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。		
22	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
23	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
24		a
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) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
25	① 実習生の受け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。	b

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。		
26 27 28 29 30 31 32	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
	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
	③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握している。	a
	④ 事故防止のための具体的な取組を行っている。	a
	⑤ 安全を確保するための施設・設備上の工夫がなされている。	a
	⑥ 安全確保の取組は、マニュアルに基づいて適切に実施されている。	a
	⑦ 事故補償（賠償）を行うための方策を講じている	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。		
33 34 35 36 37	① 利用者と地域とのかかわりを広げる働きかけを大切にしている。	a
	② 地域生活を身近なものに感じられるよう、利用者に対して様々な機会や情報を提供している。	a
	③ 地域に開かれた事業所である。	a
	④ 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
	⑤ ボランティアの受け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。		
38	① 必要な社会資源を明確にしている。	a
39	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。		
40	① 地域の福祉ニーズを把握している。	b
41	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。		
42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53	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
	② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b
	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
	④ 利用者に対するエンパワメントの理念に基づくプログラムが作成されている。	a
	⑤ 身体拘束廃止や体罰等の防止に向けた取組が行われている。	a
	⑥ 利用者の尊厳が守られている。	a
	⑦ 利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している。	a
	⑧ 家族や友人の面会に対する配慮がなされている。	a
	⑨ 郵便や電話などの通信機会を確保し、プライバシーへの配慮がなされている。	a
	⑩ 利用者のプライバシーを保護するような設備上の工夫がなされている。	a
	⑪ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	a
	⑫ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	a

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70	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
	② 利用者の生活空間への配慮がなされている。	a
	③ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がなされている。	a
	④ 利用者の嗜好を把握し、それに応じたメニューが提供されている。	除外
	⑤ 利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。	除外
	⑥ 入浴・清拭は、利用者の希望に沿って行われている。	b
	⑦ 入浴・清拭時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	a
	⑧ 排泄時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	a
	⑨ 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。	除外
	⑩ 日常の健康管理は適切である。	a
	⑪ 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
	⑫ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a
	⑬ 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a
	⑭ 外泊は利用者の希望に応じるように配慮されている。	除外
	⑮ 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	除外
	⑯ 新聞・雑誌の講読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a
	⑰ 送迎支援を必要に応じ行っている。	b
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。		
71 72 73 74 75 76	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
	② 相談援助の困難な場合についての対応方法がルール化されている。	b
	③ 事業所等の運営に関して利用者の意見を聞くための取組を行っている。	b
	④ 利用者のアドボカシー(利用者の権利擁護や代弁機能)に心掛け組織的に対応している。	a
	⑤ 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
	⑥ 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。		
77	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
78	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
79	③ 相談援助に関わる必要な技術や知識が整理され、その技量向上が組織的に図られている。	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。		
80	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
81	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。	b
82	③ 作業能力の評価や工賃積算方法が定められている。	a
83	④ 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。	a
84	⑤ 働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	a
85	⑥ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。	b
Ⅲ-2-(3) 提供するサービスに独自の特徴を有している。		
86	① 提供するサービスに独自の特徴を有している	a
Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行われている。		
87	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
88	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
89	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。		
90	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
91	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
92	③ 利用契約に関する契約書が取り交わされている。	a
93	④ 契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。	b
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。		
94	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。	b
95	② 必要に応じて地域生活への個別移行計画が策定され、計画の内容は無理なく地域生活に適應できるものである。	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。		
96	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
97	② 課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。	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。		
98	① コミュニケーションについて、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	a
99	② 移動（移乗を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	a
100	③ 食事（栄養管理を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	除外
101	④ 入浴・清拭について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	a
102	⑤ 排泄について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な実施方法が明示されている。	a
103	⑥ 身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。	a
104	⑦ 利用者の理・美容について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。	a
105	⑧ 利用者の心理面に着目した支援を行っている。	a
106	⑨ 家族、友人等との関係を把握しているとともに必要な支援を行っている。	a
107	⑩ 利用者の機能訓練に関する個別、具体的な実施方法が明示されている。	a
108	⑪ 必要に応じて利用者の就労に向けた支援に関する個別、具体的な方法が明示されている。	a
109	⑫ 利用者の社会生活に必要な技術や知識の修得に向けた支援について個別、具体的な方法が明示されている。	b
110	⑬ 利用者の余暇活動（アクティビティ）や生きがいづくりなどに対する支援が行われている。	b
111	⑭ サービス実施計画を適切に策定している。	a
112	⑮ サービス実施計画の作成において、「説明」と「同意」をマニュアルを定めて実施している。	a
113	⑯ 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