第三者評価

調査結果報告書

障 害 者 支 援 施 設

れ い め い の 里

調査期間　2013年　6月13日

2013年　9月19日

特定非営利活動法人
介護と福祉の調査機関おきなわ

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 介護と福祉の調査機関おきなわ

平成　２５　年度

調査期間：平成25年6月13日～
平成25年9月19日

②事業者情報

名　　称：	れいめいの里	種　　別：	障害者支援施設
代表者氏名：	安富祖　久明	定員(利用人数)：	40　　名
所　在　地：	〒904-1106 沖縄県うるま市石川3259番地の96	TEL	098-965-0885

③総評

◇特に評価の高い点

１、法人として中期計画（3年間）を策定し事業計画に反映させ実施している

平成25年度から3年間の中期計画を策定し、支援費制度の新体系移行に伴って将来展望として「経営基盤強化」「福祉サービスの質の向上」「事業領域の拡大」「施設の建替」の目標を掲げ、今年度は10月を目処に、相談支援事業の開所や個別支援計画のシステム導入による事業拡大及びサービスの質向上等、実行に移している。

２、利用者家族アンケート及び職員の自己評価を実施し、課題を抽出して改善に向けて取り組んでいる。

平成24年8月に実施した利用者家族へのアンケート調査では、設問を「利用者への対応」と「家族への対応」に分類して分析し、評価の低い質問項目については、家族会において分かりやすい資料を配付し説明をする等、課題の改善に取り組んでいる。職員の自己評価は、「生活介護」「プライバシー」等5項目を設定して調査、分析を行い課題を抽出している。その取り組みとして「利用者接遇改善運動」を展開し、利用者の人格尊重を基本に「言葉遣い、態度」等の改善に取り組んでいる。

３、職員の業務改善提案制度や職員資格取得支援制度を制定し、人材育成に力を入れている

法人として平成23年度から職員による業務改善提案制度を開始し、改善可能な提案上位5件については、表彰を行なっており、職員の関心も高く初年度は28件の提案が出されている。更に、職員資格取得支援制度を創設し、社会福祉士等関連職種10件が対象で資格取得時に助成金が授与される。通信教育受講者には受講料の半額補助制度や資格取得費用の融資制度等が有り、毎年資格取得者を輩出し、職員の士気の向上や人材育成に力を入れている。

４、日常生活場面で利用者尊重が伺える

食事時間帯の中で、利用者本人が好む時間に食事を摂ることが出来る。また、毎日入浴が可能で、夜間帯以外は入浴時間も自由である。女性利用者の多くが、本人の意思で地域の美容室を利用し定期的にヘアカラーをする等、利用者の自己決定の場面が伺える。更に、施設内のゴミ捨て、トイレの掃除等の作業を分担し、全員が工賃をもらえる体制は利用者の生きがいに繋がり、施設生活に潤いをもたらすことから、日常生活場面において利用者が尊重されていることが伺える。

◇改善を求められる点

１、提供するサービスにおいて、標準的な実施方法の整備及び周知が望まれる

事故発生対応マニュアル（感染症対応、誤薬）、苦情解決マニュアル等管理体制に関するマニュアルは一部整備されているが、提供するサービス（入浴、排泄、着替え等の介助）のマニュアルの整備と職員への周知が望まれる。

２、運営規程及び指定基準に定められた個別支援計画の作成及び実施の手順の遵守が求められる

個別支援計画の作成について、今年度からパソコンネットワークシステムが導入されている。アセスメントの実施や支援目標、支援内容が記載され実施されているが、それらの策定に当たって多職種による関係職員の協議の実施が望まれる。なお、個別支援計画書の６か月毎の評価・見直しの実施と利用者の状態変化に応じた随時の見直し等が望まれる。

３、人材育成の姿勢は伺えるが、職員研修体制のさらなる充実が望まれる

これまでは職場外での研修を中心に実施されており、職場内では主に新人研修がなされ、更に、利用者接遇改善運動等に取り組まれている。今年度は職場内外の多彩な研修計画も立案されている。中期事業計画において毎年のように事業拡大が予定されており、それに伴う必要な人材の計画作成及び職員一人ひとりの専門的技術水準の向上のための職員研修は、福祉サービスの質を確保するためにも重要であり、特に職場内研修の充実及び研修成果の評価・検討が望まれる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を意識改革につなげて行きたい。
評価結果では、当初意識に無かった視点に気が付いたことが、最も大きな収穫だと思います。
真の利用者主体とは何か、プロに期待される業務レベルはどうあるべきか、説明義務は果たしているか、リスクに対処できる体制となっているか等、実に多くの課題、言い換えれば良くなる宝箱に気がついたと感じます。
改善を進めて行く際の最も重要な事は、職員の参加だと考えますので全員参加の仕組みづくりと役割分担を行い、改善推進を図ります。
当法人では、2年後の再受審を予定していますので、これを次のゴール目標として改善推進を行います。
昨年に手探りで行った自己評価を行いましたが、今回の第三者評価の視点を取り入れることにより、レベルアップした自己評価体制を確立し、問題点の自己発見能力と自己解決能力・意欲的な目標レベルの設定が可能になれば、質が高く意欲ある職員が育ち、それが利用者の生活の質・生き甲斐の充実につながっていくものと確信しています。

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

項目	評価	評価所見
判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織		
1　理念・基本方針		
(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	平成9年に策定された法人の理念は事業計画やパンフレット、おきなか便り等に掲載されている。理念は、個人の尊重、専門的な支援,社会への参加等、6つの柱からなり、福祉サービスの内容や目指す方向性を読み取ることが出来る。
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。		
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。		
☑　理念が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。		
☑　理念から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。		
2　②理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人の運営規程に運営方針が明記され、施設運営基本方針が単年度の事業計画に記載されている。更に、職員の行動規範となる倫理要綱も作成されている。
a　法人の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。		
b　法人の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　法人の理念に基づく基本方針を明文化していない。		
☑　基本方針が文書(事業計画等の法人・施設内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。		
☑　基本方針は、法人の理念との整合性が確保されている。		
☑　基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。		
(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	b	理念や基本方針は年度始めの全体職務会で配布し説明され、新人研修でも説明されている。理念は事業所内に掲示し、職員手帳と共に全職員に配布され、毎朝唱和している。理念や基本方針の周知のためのテーマを設定し、討議及び実践することが望まれる。
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　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。		
☑　理念や基本方針を会議や研修において説明している。		
□　理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して、会議等における討議の上で実行している。		
☑　理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
4　②理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	理念や基本方針を家族等にわかりやすい資料を作成し、家族会で配布・説明されている。理念や基本方針の周知状況を確認する継続的な取組が望まれる。
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　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。		
☑　理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫を行っている。		
☑　理念や基本方針を、利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。		
□　理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

項目	評価	評価所見
判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
2 事業計画の策定		
(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	b	中期的展望として平成25～27年度の中期計画が策定されている。目標や課題を明らかにし、解決に向けた具体的な内容を各年度の計画に位置づけている。計画は四半期毎の経営会議で検討する仕組みがあり、今年度の改修工事について、見直しが検討されている。
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		
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		
☑ 理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。		
☑ 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。		
☑ 中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。		
☑ 中・長期計画に基づく取組を行っている。		
□ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。		
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	平成25年度の事業計画は、中期的展望の初年度として具体的に示されている。事業計画の実施時期・回数等を明記し、計数目標が設定されている。
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 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。		
☑ 事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。		
☑ 事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。		
☑ 事業計画は、単なる「行動計画」になっていない。		
(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	b	事業計画は各課（総務、福祉推進課、支援、医務、栄養）で案を作り、合議を経て総務課でまとめ、法人本部で決定されている。各計画は四半期毎の経営会議で検討され実施状況が把握されている。事業計画の具体的な評価の記録及び評価結果に基づいた計画の見直しが望まれる。
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		
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		
□ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。		
☑ 評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。		
☑ 一連の過程が一部の職員だけで行われていない。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
8	②事業計画が職員に周知されている	a	平成25年度事業計画は、全体職務会議で職員用の資料を配付し、本部長から説明されている。各計画の進捗状況は四半期毎の全体職務会議において月次報告と共に検討・確認されている。
	a 各計画を職員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 各計画を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない		
	c 各計画を職員に配布していない		
	☑ 事業計画を会議や研修において説明している。		
	☑ 事業計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。		
	☑ 各計画の進捗状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
9	②事業計画が利用者等に周知されている	a	平成25年度から、家族向けにわかりやすく作成した事業計画の資料を、家族会で配布し、サービス管理責任者から説明されている。
	a 各計画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 各計画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 各計画を利用者等に配布していない。		
	☑ 利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。		
	☑ 各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。		
	3 管理者の責任とリーダーシップ		
	(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	管理者の役割と責任は、運営規程に明示され、新人職員研修での本部長の説明や「おきなか便り」に施設長の就任挨拶が掲載されている。更に、有事における危機管理委員会要綱で本部長が危機管理責任者となっている。
	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 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		
	☑ 管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。		
	☑ 管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。		
	☑ 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、明確化されている。		
11	②遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている	b	管理者は、県内外の施設長会議に参加し遵守すべき法令等を把握している。法改正や制度改定時は職員に資料を配付して説明し、掲示もされている。虐待防止法について接遇推進委員会で研修が実施されている。遵守すべき法令等の資料作成及び職員への周知が望まれる。
	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り組みを行っている		
	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り組みを行っているが、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り組みは行っていない		
	☑ 管理者は､法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。		
	□ 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取組を行っている。		
	☑ 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
	(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り組みに指導力を発揮している	a	平成24年度は支援員自己評価を分析し法人全体の課題が把握され、今年度は第三者評価に取り組んでいる。平成23年度に法人として業務改善提案制度をスタートさせ、職員から28件の応募があり、一部表彰し実行している。平成25年度は接遇推進委員会で、呼称運動「“さん”で呼ぼう」や、接遇改善の標語・ポスター募集に取り組んでいる。
	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。		
	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。		
	☑ 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。		
	☑ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り込むための具体的な取組を行っている。		
	☑ 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。		
	☑ 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。		
13	②経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	b	経営会議は、管理者やサービス管理責任者及び看護師、栄養士も参加し4か月毎に開催され、経営の月次報告が行われ、その結果から電気・水道料等の節減に取り組まれている。職員の業務改善提案制度で、土・日・祝日にボランティアを受け入れる等、組織内に職員の意識形成する取り組みを行っている。業務改善提案制度は規程に沿った体制の構築および管理者の参画が望まれる。
	a 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに十分な指導力を発揮している		
	b 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組み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り組みについて指導力を発揮していない		
	☑ 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。		
	☑ 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人事配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。		
	☑ 管理者は、上記について、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。		
	□ 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。		
	Ⅱ　組織の運営管理		
	1　経営状況の把握		
	(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	b	管理者は県内外の施設長会議に参加することで、社会福祉事業全体の動向を把握している。地域における福祉サービスのニーズに応じて、相談事業立ち上げやグループホーム増設等の準備に取り組んでいる。福祉サービスの潜在的利用者のデータの収集と把握した情報の中・長期計画への反映が望まれる。
	a 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取り組みを積極的に行っている		
	b 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取り組みを行っているが、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り組みを行っていない		
	☑ 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握している。		
	☑ 利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。		
	□ 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。		
	□ 把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
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	経営状況は、毎月の全体職務会で収支報告の資料作成され、前月、前年同月、との比較をし経営分析結果を職員に提示している。電気やガス、水道料金のコスト削減について事業計画に位置づけるとともに、節約に取り組まれている。
	a 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取り組みを行っている		
	b 経営状況を分析して課題を発見する取り組みを行っているが、改善に向けた取り組みを行っていない		
	c 経営状況を分析して課題を発見する取り組みを行っていない		
	☑ 定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。		
	☑ 改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。		
	☑ 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。		
16	③外部監査が実施されている	b	法人の経理に関して月2回税理士の指導・助言を得ている。経理規程には「外部の会計専門家に対し、独立した第三者の立場からの監査を依頼することができる」と明示されているが、外部監査は実施されていない。
	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		
	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		
	□ 外部監査の結果や、公認会計士等による指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。		
	☑ 公認会計士、税理士その他会計に関する専門家が行う会計管理体制の整備状況の指導・助言・点検等を受けることによって経営改善を実施している。		
	２ 人材の確保・養成		
	(1)人事管理の体制が整備されている		
17	①必要な人材に関する具体的なプランが確立している	c	組織として必要な人材や人事管理に関する方針の確立と、有資格職員の配置等について、具体的なプランの作成およびプランに基づいた人事管理が望まれる。
	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		
	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		
	□ 必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。		
	□ 社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。		
	□ プランに基づいた人事管理が実施されている。		
18	②人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	b	平成26年度に人事考課制度導入が予定されており、法人本部で人事考課に関する資料の収集と勉強会を行っている。人事考課実施に際しては、職員に考課基準を明確に示し、フィードバック等による客観性や透明性の確保が望まれる。
	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		
	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		
	☑ 人事考課の目的や効果を正しく理解している。		
	□ 効果基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
	(2)職員の就業状況に配慮がなされている		
19	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	職員の就業状況は総務課で担当し、有給休暇の消化率等を定期的に把握している。改善策を検討する仕組みの構築と、職員が相談しやすい工夫やカウンセラー等の専門家の確保が望まれる。
	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		
	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ない		
	c 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない		
	☑ 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。		
	☑ 把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。		
	□ 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。		
	□ 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。		
	□ 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。		
	□ 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。		
20	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。	b	職員の福利厚生として、沖縄県社会福祉事業共済会と社会福祉施設等退職手当共済会に加入している。退職金は退職金規程により支払われ、人間ドック補助等の福利厚生事業もある。職員の悩み相談窓口の設置と、解決に向けた体制の整備が望まれる。
	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。		
	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。		
	☑ 職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、相互的な福利厚生事業を実施している。		
	□ 職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、解決に向けた体制が整備されている。		
	(3)職員の質の向上に向けた体制が確立されている		
21	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	研修は、職場研修実施要領に基本方針が明示されている。平成24年度から資格取得支援制度をスタートし、支援助成金の対象となる資格一覧が明示され、資格取得のための融資制度や職務専念義務免除制度がある。
	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		
	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		
	☑ 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。		
	☑ 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □ 評価の着眼点		
22	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	b	個別の職員の専門資格、技術水準等は把握されている。職員一人ひとりについての教育・研修計画の作成と計画に沿った研修の実施が望まれる。
	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		
	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		
	□ 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。		
	☑ 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。		
	□ 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている		
23	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	b	研修を終了した職員は復命書を提出している。法人本部から「外部研修受講後の報告について」の通知が出され、研修内容を発表する機会が設けられているが、報告会の実施は確認できなかった。研修成果に関する評価・分析とその結果を反映させた研修内容等の見直しが望まれる。
	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 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		
	☑ 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。		
	☑ 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。		
	□ 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。		
	□ 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。		
	□ 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。		
	(4)実習生の受け入れが適切に行われている		
24	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	実習生受入に関する基本姿勢や事前説明、実施方法、担当者等が記載されたマニュアルが整備されている。学校側と実習委託契約を交わし、実習期間中も連携を継続している。ホームヘルパーの研修プログラムが用意されている。
	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はいるが、効果的な育成プログラムが用意されていない等、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。		
	☑ 実習生の受入に関する基本姿勢を明文化している。		
	☑ 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。		
	☑ 受入れにあたっては、学校との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。		
	☑ 実習指導者に対する研修を実施している。		
	☑ 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。		
	☑ 学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。		
	☑ 社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
3 安全管理			
(1)利用者の安全を確保するための取り組みが行われている			
25	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。	b	緊急時における体制は、危機管理委員会を設置し利用者の安全確保に取り組み、責任者は本部長で担当部署は総務課となっている。事故発生対応マニュアルや感染症対応マニュアルは宿直室や支援課、医務室に置かれ、掲示もされている。危機管理委員会要領に構成員を明記するとともに委員会の定期的な開催が望まれる。リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制の整備も望まれる。
	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。		
	☑ 管理者は利用者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。		
	☑ 利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置している。		
	□ 担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。		
	☑ 検討会には、現場の職員が参加している。		
	□ リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。		
	☑ 事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。		
26	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	管理業者による防災設備の保守点検や職員による土砂崩れ危険箇所点検等が行われている。年2回、消防署と連携した避難訓練を実施し、自主避難訓練を毎月行っている。備蓄は、台風時対応として3日分の食糧が確保され、停電時用に発電機が準備されている。災害時対応マニュアルの整備と、利用者等の安否確認の方法を定めた職員への周知が望まれる。
	a 地震、津波、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。		
	☑ 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。		
	□ 災害時の対応体制が決められている。		
	□ 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。		
	☑ 食料や備品類などの備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。		
	☑ 地元の消防署、警察、自治会などと連携するなど工夫して訓練を実施している。		
27	②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	安全確保・事故防止に関する研修の一環として、救急法の研修を定期的に実施している。利用者の安全を脅かす事例の収集や職員の参画による未然防止策の検討及び事故防止対策等の定期的な評価・見直しが望まれる。
	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		
	□ 利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。		
	□ 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。		
	☑ 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。		
	□ 事故防止対策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

項目	評価	評価所見
判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
4 地域との交流と連携		
(1)地域との関係が適切に確保されている		
28 ①利用者と地域との関わりを大切にしている	b	利用者と地域との関わりは、事業計画や施設運営方針で明示されている。利用者が地域の行事や活動に参加する際、本人のニーズにより事前に外出等の申し出を受け対応している。施設行事の春祭り等に地域の方を招いて交流したり、地域の「いひちゃ一川蘇生させる会」への参加、米軍キャンプハンセン隊の掃除ボランティア等の来訪も継続されている。利用者が活用できる社会資源等の掲示が望まれる。
a 利用者と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 利用者と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 利用者と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		
☑ 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。		
□ 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。		
☑ 利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが援助を行う体制が整っている。		
☑ 事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。		
☑ 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。		
29 ②事業所が有する機能を地域に還元している	b	施設の理念や活動等が説明された施設のパンフレットを地域の自治会や市福祉課等に配布されている。施設活動を紹介するためにも「おきなか便り」の配布も望まれる。施設の有する機能を地域に提供する取組として、講演会等、地域還元に向けた施設運営が望まれる。
a 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取り組みを積極的に行っている		
b 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取り組みを行っているが、十分ではない		
c 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取り組みを行っていない		
□ 介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。		
☑ 介護相談・育児相談窓口、障害者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。		
☑ 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。		
30 ③ボランティア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	ボランティア受け入れに対する基本姿勢は、経営計画に明示されるとともに、規程や活動のしおりも整備されている。利用者活動におけるボランティア受け入れ時は、利用者への理解や対応等の内容については、施設のパンフレットを基に事前に説明を行っている。
a ボランティア受入に対する基本姿勢が明示されており、受入についての体制が整備されている		
b ボランティア受入に対する基本姿勢は明示されているが、受入についての体制が十分に整備されていない		
c ボランティア受入に対する基本姿勢が明示されていない		
☑ ボランティア受入に関する基本姿勢を明文化している。		
☑ ボランティア受入について、登録手続き、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。		
☑ ボランティアに対して必要な研修を行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
	(2)関係機関との連携が確保されている		
31	①必要な社会資源を明確にしている	b	個々の利用者の状況に対応できる社会資源として、法人内の連絡網や利用施設電話一覧表の中に病院名、タクシー会社が記載されている。地域の関係機関や団体等の連携の必要性を含めたリストや資料を作成するとともに、職員間での社会資源の情報の共有化が望まれる。
	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。		
	☑ 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。		
	□ 職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。		
32	②関係機関等との連携が適切に行われている	a	関係機関等の連携は、市社会福祉協議会の地域連絡協議会に主任が参加している。就労支援施設ネットワーク連絡協議会に定期的に職員が参加し、研修会や市生涯学習フェスティバルに参加する等、施設の課題でもある就労支援についての取組を行っている。
	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		
	☑ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。		
	☑ 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を積極的に行っている。		
	(3)地域福祉向上のための取り組みを行っている		
33	①地域の福祉ニーズを把握している	a	地域の福祉向上の取組として、市障害支援施設連絡会に施設長が参加している。地域の民生委員連絡会に定期的に施設長や課長が参加し、福祉ニーズの把握に努めている。法人は10月に相談支援事業の開設を予定し、準備室を立ち上げ地域から相談がある場合は対応している。
	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		
	☑ 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
	☑ 民生委員・児童委員等との定期的な会議を開催する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
	☑ 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
34	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	地域の福祉ニーズを把握するため、定期的に民生委員連絡会へ参加し、委員から地域で気になる住民がいるとの相談を受け、職員が住民宅を訪問する等の対応を行っている。福祉ニーズに基づいた具体的な事業として、法人の中期計画で介護型グループホーム開設を明示している。
	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		
	☑ 把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。		
	☑ 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

項目	評価	評価所見
判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
Ⅲ　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		
(1)利用者を尊重する姿勢が明示されている		
35　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持つための取組を行っている	b	利用者を尊重したサービス提供は、運営方針に明示され、利用者尊重や基本的人権への配慮は、新人職員研修や中期計画の説明時に現任職員に実施している。身体拘束や虐待防止は、前年度全職員に周知徹底を目的に研修を実施している。利用者を尊重したサービス提供に関する入浴、排泄等、個々のサービスの標準的な実施方法（マニュアル）の作成が望まれる。
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		
☑　理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。		
□　利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。		
☑　利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。		
☑　身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。		
36　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	利用者のプライバシー保護マニュアルが策定され、「トイレや浴室入口にカーテンをする」と明示されている、男性用浴室入口にカーテンの設置が望まれる。利用者尊重や羞恥心に配慮したマニュアル（入浴、排泄、着換え等生活場面におけるプライバシー保護）の整備及び研修の実施、マニュアルに基づいたサービスの実施が望まれる。
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		
□　利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。		
□　利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。		
□　規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
	(2)利用者満足の向上に努めている		
37	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	b	利用者満足は、残食調査及び嗜好調査の結果、利用者の嫌いなもの等は代替食で対応している。施設長や課長が家族会に出席し、利用者満足の把握に努めている。個別の相談面接の実施及び利用者参加の検討会議等で利用者満足の把握が望まれる。
	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。		
	☑ 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。		
	□ 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。		
	☑ 利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。		
	□ 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。		
	☑ 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。		
	(3)利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている		
38	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	相談方法等は、重要事項説明書に明記され交付されている。さらに、第三者委員のポスターや重要事項説明書がロビーに掲示されている。利用者は自由に意見等が述べやすいよう、必要時は相談室を利用できるよう配慮している。
	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		
	☑ 利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。		
	☑ 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。		
	☑ 相談や意見を述べやすいようなスペースに配慮している。		
39	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	苦情解決の体制は整備され、ロビーに第三者委員のポスターも掲示されている。意見等が記載しやすい様式が用意され、受付文書も管理されているが、結果の公表が望まれる。家族アンケート結果から、第三者委員の周知が充分でないことを踏まえ、家族会で説明されているが、利用者への説明も望まれる。
	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		
	☑ 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備している。		
	☑ 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。		
	☑ 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。		
	☑ 苦情を受けつけて解決を図った記録が適切に保管されている。		
	☑ 苦情の検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。		
	□ 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
40	③利用者からの意見等に対して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は、苦情解決マニュアルが整備されている。苦情・要望受付報告書に記載された内容には、「居室のクーラーが壊れているので直してほしい」との意見があり、職員は状況を確認し、業者との調整後、修理の日程について利用者に速やかに報告し対応している。苦情解決マニュアルの見直し及び検討会議の実施が望まれる。
	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		
	☑ 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。		
	☑ 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。		
	□ 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。		
	☑ 意見等を福祉サービスの改善に反映している。		
	2 サービスの質の確保		
	(1)質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている		
41	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	昨年9月に自己評価を実施し、今回は第三者評価を実施している。評価に関する担当部署は、法人本部の総務課に設置され、処遇改善委員会を立ち上げ評価結果を分析・検討している。
	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		
	☑ 定められた評価基準に基づいて、年に１回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。		
	☑ 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。		
	☑ 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。		
42	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	b	自己評価結果は、施設長を中心に分析され、課題も文書化されている。評価結果は、施設長が全体会議の場で説明し、職員間での共有化を図っている。課題改善計画の策定は、支援員及び総務課で行われ、利用者接遇改善委員会を設置し、課題に向けて取り組みや見直しも行なっている。評価結果分析の会議には職員参画が望まれる。
	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。		
	□ 職員の参画により評価結果の分析を行っている。		
	☑ 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。		
	☑ 職員間で課題の共有化が図られている。		
	☑ 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善実施計画を策定する仕組みがある。		
	☑ 改善策や改善実施計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
	(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		
43	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	c	事故発生時対応マニュアル、苦情解決マニュアル等、管理体制に関するマニュアルは一部整備されているが、提供する福祉サービスにおける入浴・排泄等の標準的な実施方法（マニュアル）は文書化されていない。利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を明示した生活全般におけるマニュアルの作成及び職員への周知徹底が図られるとともに、マニュアルに基づいて実施されているかどうかについて確認する仕組みが望まれる。
	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。		
	□ 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。		
	□ 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。		
	□ 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。		
44	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	c	マニュアルの作成においては、職員や利用者等の意見が反映されるとともに、実態に合っているかについて、見直しの時期や方法について組織で定めることが望まれる。
	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。		
	□ サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。		
	□ 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。		
	(3)サービス実施の記録が適切に行われている		
45	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	サービス実施計画（個別支援計画書）に基づく記録がなされ、食事の見守り等、サービスの実施が記録されている。パソコンネットワークシステムが導入され、定められた記録方法により、職員間で差異のない記録がなされている。
	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		
	☑ サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。		
	☑ 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導などの工夫をしている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
46	②利用者に関する記録の管理体制が確立している	b	利用者に関する記録管理担当者は、法人の文書取扱規則に明示され、記録の保存、廃棄等が定められているが、保管についての追加が望まれる。情報開示の規程は契約書に定められ、利用者個人台帳は支援室の奥に保管され、外部から見られない状況にある。自己評価結果から個人情報保護法を理解している状況であるが、情報開示の観点から職員間での研修等が望まれる。
	a 利用者に関する記録管理について規定が定められ、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定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定が定められていない		
	☑ 記録管理の責任者が設置されている。		
	☑ 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。		
	☑ 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。		
	□ 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。		
	☑ 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。		
47	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	b	組織における情報は、パソコンネットワークシステムにより、職員へ伝達される仕組みになっている。特に重要な情報については、印刷し支援室掲示版に張り出す等、情報の共有を図っているが、ケアカンファレンス等の定期的な開催が望まれる。
	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		
	☑ 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。		
	□ 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。		
	☑ パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。		
	3 サービスの開始・継続		
	(1)サービス提供の開始が適切に行われている		
48	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	施設の情報は、ホームページが作成され公開されている。パンフレットには、理念や年中行事の他、日中活動等を写真で紹介し、分かりやすい内容となっている。パンフレットは市役所や公民館等の公共施設に配布され周知を図っている。利用希望者による施設見学や体験入所等の受け入れも実施されている。
	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。		
	☑ インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。		
	☑ 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所においている。		
	☑ 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。		
	☑ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
49	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	b	施設利用に際しては重要事項説明書を基に支援内容や利用料金等について利用者や家族が理解し易い言葉に変え、項目ごとに読み合わせて説明されている。重要事項説明書や契約書は説明後同意を得て書面が交付されている。
	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		
	☑ サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者に説明している。		
	☑ 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮（例えば日常生活自立支援事業の活用）を行っている。		
	☑ サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。		
	☑ 利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。		
	□ 重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。		
	(2)サービスの継続性に配慮した対応が行われている		
50	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	他施設等への移行時や退所時の相談は、サービス管理責任者が窓口となっている。退所後の相談方法等を記載した文書の交付やサービスの継続性に配慮した引継ぎ文書及びi対応マニュアルの整備が望まれる。
	a サービスの内容や施設の変更、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 サービスの内容や施設の変更、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 サービスの内容や施設の変更、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		
	□ 他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。		
	☑ サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。		
	□ サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
	4 サービス実施計画の策定		
	(1)利用者のアセスメントが行われている		
51	①定められた手順に従ってアセスメントを行っている	b	アセスメントは、定められた様式を使用して把握し記録されている。運営規程にアセスメントの定期的な見直しや手順が明示され、個別支援計画には利用者のニーズが記載されている。部門を横断した他職種間での協議や記録の整備が望まれる。
	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。		
	☑ 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。		
	☑ アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。		
	□ 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメントに関する協議を実施している。		
	☑ 利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。		
	(2)利用者に対するサービス実施計画が策定されている		
52	①サービス実施計画を適切に策定している	b	運営規程に個別支援計画策定の担当者が明示されている。個別支援計画書作成マニュアルが用意され、支援目標及び支援内容が記載され実施されている。マニュアルに沿った関係職員による会議（担当者会議）の開催や定期的にサービスの実施状況の確認（モニタリング）が望まれる。
	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		
	☑ サービス実施計画策定の責任者を設置している。		
	□ サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。		
	□ サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。		
53	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	c	個別支援計画の評価・見直しの時期については、運営規程で6か月毎に実施する事が規定されているが、昨年度は実施されていない。今年度は、パソコンシステムを導入し、個別支援計画の作成が行われている。規程に基づいた定期的な個別支援計画の評価・見直しの実施と状態変化に応じた随時の見直しが望まれる。
	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		
	□ サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。		
	□ 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。		
	□ サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

項目	評価	評価所見
判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
A－1　利用者の尊重		
(1)利用者の尊重		
54 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の確保は個別支援計画書が策定され実施されている。意思伝達に制限がある利用者への支援としては、手話・筆談による対応や高齢の利用者には方言で対応されている。職員間で利用者固有の言動や表現から読み取る支援を心がけると共に家族に代弁してもらう等、利用者の意思や希望の把握に努めている。
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。		
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。		
☑　利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。		
☑　意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。		
☑　意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。（コミュニケーション機器の用意を含む）		
☑　意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。		
☑　必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。		
55 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を支援する職員は、行事や買い物・外出等、内容によって担当が決められている。利用者自治会が6月より再開され、定例会には施設長や職員が参加し、利用者からの要望等に対する協議が行われ利用者の施設生活に反映されている。施設外の人との交流は、馴染みの理・美容室の利用や家族との外出が中心となり、近隣施設利用者とのスポーツ交流も支援されている。
a　利用者の主体的な活動が尊重されている		
b　利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない		
c　利用者の主体的な活動が尊重されていない		
☑　利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。		
☑　利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。		
☑　利用者が、施設外の障害者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。		
☑　利用者による自治会ないし利用者の会等がある。		
☑　自治会等は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。		
56 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	b	日常生活の見守りや支援は、 個別支援計画に記載され、利用者や家族に説明されている。高齢化や身体状況の変化に合わせて、畳からベッドに変更する等対応されている。日常生活における見守りや支援体制の方針の作成が望まれる。
a　見守りと支援の体制が整備されている		
b　見守りと支援の体制が十分ではない		
c　見守りと支援の体制が整備されていない		
□　利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。		
☑　自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて家族等）と十分な話し合いが行われている。		
☑　自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
57	④利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある	a	エンパワメントの理念に基づいて、個別支援計画書に洗濯・買い物・外出等の支援プログラムが用意されている。施設内や地域での清掃作業等を含め、生産活動が支援され、利用者全員に工賃が支給されている。自己表現の場として日課活動に絵画や書道、手芸等、多様なプログラムが用意されている。施設内には、成年後見人制度等の権利擁護のポスターが掲示されている。
	a 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある		
	b 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムが十分ではない		
	c 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがない		
	☑ 社会生活力を高めるために、障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。		
	☑ 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。		
	☑ 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。		
	☑ 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。		
A－2 日常生活支援			
	(1)食事		
58	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	b	利用者の状況に応じた食事の支援方法は、個別支援計画書に明示されている。利用者毎の食事摂取基準に基づき、肥満や糖尿病等の食事量や誤嚥防止の食事形態等、身体状況に配慮した食事が提供されている。その日の体調に合わせておかゆ等の個別対応もなされている。食事介助等の支援方法に関するマニュアルの整備が望まれる。
	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 サービス実施計画に基づいた食事サービスの用意が十分ではない		
	c 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ない		
	☑ サービス実施計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。		
	□ 食事の介助等、支援方法に関してマニュアルが用意されている。		
	☑ 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。		
59	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	b	食事の残食調査を基に嗜好調査が年2回実施され、利用者の好みが献立に反映されている。旬の食材や季節に合わせた献立が工夫され、炒め物や煮物等はウォーマーテーブルを活用して温かい状態で提供されている。ロビーには、2週間毎に献立表が掲示され、利用者に周知されている。食事等を検討する健康づくり会議へ、利用者の参加が望まれる。
	a 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている		
	b 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない		
	c 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫をしていない		
	☑ 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。		
	□ 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。		
	☑ 適温の食事を提供している。		
	☑ 献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。		
	□ 食卓には複数の調味料・香辛料が用意されている。		
	☑ 献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。		
	☑ 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良くみながら介助や支援を行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
60	③喫食環境（食事時間を含む）に配慮している	b	食事時間は設定されているが、利用者が自由に食事が摂れるようになっている。食堂の設備や雰囲気等について定期的に検討していく事が望まれる。
	a 喫食環境に配慮している		
	b 喫食環境の配慮が十分ではない		
	c 喫食環境に配慮していない		
	□ 食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。		
	☑ 食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に摂ることができる。		
	(2)入浴		
61	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	b	一人ひとりの入浴介助方法や留意点は、個別支援計画に明示され、実施状況は所定の様式に記録されている。プライバシーに配慮し、入浴は同性介助で支援されている。安全やプライバシーの保護を含めた、入浴介助等のマニュアルの整備が望まれる。
	a 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		
	b 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない		
	c 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		
	☑ 一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。		
	□ 安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。		
	☑ 入浴の介助や支援・助言業務は、所定の様式により記録されている。		
62	②入浴は、利用者の希望に沿って行われている	a	入浴は、重要事項説明書で週7回の実施と明示され、利用者は毎日入浴している。入浴時間は、作業後や汗をかいた時等、夜間帯以外は自由に入浴できるよう支援されている。
	a 利用者の希望に沿って行われている		
	b 利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない		
	c 利用者の希望に沿って行われていない		
	☑ 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。		
	☑ 入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めている。		
63	③浴室・脱衣場等の環境は適切である	c	浴室等の環境整備は、危機管理委員会で検討する体制となっている。女性用浴室入口には、カーテンを設置しているが、男性用浴室入り口にはカーテンの設置がなくプライバシーへの配慮が望まれる。
	a 環境は適切である		
	b －		
	c 環境は適切ではない		
	□ 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を持っている。		
	□ 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体状態に応じて調整できる。		
	□ 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
	(3)排泄		
64	①排泄介助は快適に行われている	c	排泄介助の必要な利用者は、個別支援計画に明示され、実施状況は所定の様式により記録されている。排泄介助における安全やプライバシー保護、排泄用具の使用方法、衛生管理等に関するマニュアルの整備が望まれる。
	a 介助は快適に行われている		
	b －		
	c 介助は快適に行われていない		
	☑ 排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。		
	□ 排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。		
	□ 排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用方法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。		
	☑ 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。		
65	②トイレは清潔で快適である	a	トイレは、ドアが設置されプライバシーに配慮した構造になっている。換気扇の設置や清掃も毎朝行われ、照明器具による採光も適切である。男子トイレは、洗浄剤が設置され防臭対策がなされている。トイレ環境の点検や改善に向けた検討会議が望まれる。
	a 清潔で快適である		
	b －		
	c 清潔かつ快適ではない		
	□ 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。		
	☑ プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。		
	☑ 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。		
	☑ 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。		
	☑ 採光・照明等は適切である。		
	□ 冷暖房設備がある。		
	(4)衣服		
66	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	利用者は個々の好みで衣服を選択している。個別支援計画で定期的にたんすの整理整頓を支援している。衣服の買い物の相談に応じる等、職員は利用者の主体性が表出できるよう配慮して取組んでいる。
	a 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている		
	b 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない		
	c 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない		
	☑ 衣服は利用者の意思で選択している。		
	☑ 衣服の選択については、必要があれば相談に応じている。		
	☑ 衣服の購入の際には、必要があれば職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
67	②衣服の着替え時の支援や汚れに気がついた時の対応は適切である	b	利用者は、日課に合わせて自身で着替えている。職員は利用者の体調に配慮し支援している。個別支援計画で「着衣時のボタンのかけ違い」や「作業服の汚れ」等、支援を行なっているが、「汚れや破損時の対応マニュアル」の整備が望まれる。
	a 衣類の着替え時の支援や汚れに気付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付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付いた時の対応が適切に行われていない		
	☑ 利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。		
	☑ 介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。		
	□ 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が用意されている。		
	(5)理容・美容		
68	①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	利用者は、好みのスタイルで整髪し、居室に化粧台の持込や、中には定期にヘアカラーをする利用者もいる。職員は、納涼祭や忘年会等で利用者から化粧等の相談を受けている。週1回の爪切りや入浴時等は髭剃りの支援をしている。新店舗の情報は口頭で提供している。
	a 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている		
	b 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない		
	c 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない		
	☑ 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。		
	☑ 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。		
	☑ 理容・美容に関する資料や情報を用意している。		
69	②理髪店や美容院の利用について配慮している	a	職員は利用者の要望を受け、日程の調整等支援している。利用者馴染みの理容・美容室を利用者個別の支援方法（送迎・同行・立会い等）で対応している。
	a 配慮している		
	b －		
	c 配慮していない		
	☑ 地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。		
	☑ 利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。		
	(6)睡眠		
70	①安眠できるように配慮している	c	居室内はカーテンや調光器で明かりを調節し安眠に配慮している。利用者個別にはベッドサイドの支えや寝具の購入等を支援し環境を整えている。宿直日誌で夜間の支援は記録され、不眠者への服薬処方や一時的な部屋も用意しているが、「睡眠の乱れ等への対応」マニュアルの整備が望まれる。
	a 配慮している		
	b －		
	c 配慮していない		
	☑ 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている		
	□ 夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位交換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルが用意されている。		
	☑ 夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。		
	☑ 寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物利用も認められている。		
	☑ 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

項目	評価	評価所見
判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
(7)健康管理		
71 ①日常の健康管理は適切である。	a	利用者の健康管理は「事故対応マニュアル」が用意され、健康観察記録や半年に1回の健康相談、年1回の人間ドック等により把握している。インフルエンザ予防接種は、ほぼ全員が受けている。毎月の定期受診は看護師が同行して受診結果も利用者に説明し、家族へは保護者会等で個別に報告している。日課プログラムのウオーキングで利用者は健康維持に努めている。適切な口腔ケアの支援体制が望まれる。
a 適切である		
b －		
c 適切ではない		
☑ 利用者の健康管理票が整備されている。		
☑ 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。		
☑ 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。		
☑ 医師又は看護師が、利用者（及び必要に応じて家族等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。		
☑ 利用者（及び必要に応じその家族等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。		
☑ 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。		
□ 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。		
72 ②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる	a	利用者の体調の変化は「事故対応マニュアル」に沿って看護師へ報告している。協力医療機関や嘱託医と連携して緊急時等対応の体制を整備し、地域の医療機関とも日常的に適切な医療が受けられるよう、事前に情報提供や相談等で連携を図っている。
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 必要な時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されていない		
☑ 健康面に変調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。		
☑ 地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。		
☑ 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。		
73 ③内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている	c	利用者の服薬について看護師が受診時や施設でも実際に薬を見せて説明し、職員には朝の申し送り等で薬の変更等を伝えている。「薬物取扱いマニュアル」で管理が謳われ、点呼チェック表で内服、外用薬の使用状況は記録されているが、昨年「薬のセットミス」が報告されており、マニュアルに沿った支援が望まれる。
a 確実に行われている		
b －		
c 確実に行われていない		
☑ 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。		
☑ 一人ひとりの利用者に使用される薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）について、マニュアルが用意されている。		
☑ 薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。		
☑ 内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

項目	評価	評価所見
判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
(8)余暇・レクリエーション		
74 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	余暇・レクリェーション活動は、外部ボランティアを受入れ、空手や絵画、創作活動等を実施し、作品は施設内にも展示している。利用者は、地域の衣料品店や書店、ファーストフード店等、社会資源を活用している。自治会活動が再開されたことで利用者の意向を把握し、利用者主体の企画・立案への取組みが望まれる。
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		
□ 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。		
☑ 利用者には、余暇やレクリェーションに関する情報を提供している。		
□ 利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。		
☑ 必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。		
☑ 地域の社会資源を積極的に活用している。		
(9)外出・外泊		
75 ①外出は利用者の希望に応じて行われている	b	外出は、利用者が事前に職員に申請して、週末や祭日を利用して出かけている。毎月の行事担当職員が希望を把握し、コンサートへの参加や、ドライブを利用した買い物等を個別に支援している。外出に伴う不測の事態に備えた安全確保等への取組みが望まれる。
a 利用者の希望に応じて行われている		
b 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない		
c 利用者の希望に応じて行われていない		
☑ 利用者の代表や自治会等と話し合って、外出についてのルールを設けている。		
☑ 必要な時には、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。		
☑ 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。		
□ 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。		
76 ②外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている	a	外泊は利用者が事前に届け出て、正月・旧盆・ゴールデンウイーク等に帰省している。家族や保護者に対し事前に施設側から「お知らせ」等で連絡している。
a 利用者の希望に応じて行われている		
b 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない		
c 利用者の希望に応じて行われていない		
☑ 利用者の代表や自治会等と話し合って、利用者主体のルールを設けている。		
☑ 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。		
☑ 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） □評価の着眼点		
	(10)所持金・預かり金の管理等		
77	①預かり金について、適切な管理体制が作られている	b	利用者の預り金は、「入所者預り金に関する規程」で、通帳は課長、印鑑は施設長、管理責任者等を明確にしている。利用者は必要額を申請し買い物等の出費に充て、残金等は支援員室に保管している。自己管理を個別支援計画に反映している利用者には、職員が記録と証票等を一緒に確認する対応をしているが、学習プログラム等の整備も望まれる。
	a 適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている		
	b 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 管理体制が整備されていない		
	☑ 利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。		
	☑ 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。		
	☑ 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。		
	☑ 自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。		
	□ 金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。		
78	②新聞・雑誌の購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	利用者は外出時に個人で書籍を購入したり、共用空間にはパソコン等があり情報収集ができる環境となっている。居室内でラジオやラジカセを聞き過ごしたりしている。共用空間のテレビの時間やパソコンの個別使用等は、利用者と職員も交えた話し合いで決めている。
	a 利用者の意思や希望が尊重されている		
	b －		
	c 利用者の意思や希望に十分応じていない		
	☑ 新聞・雑誌を個人で購買できる。		
	☑ テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。		
	☑ 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決められている。		
79	③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	飲酒や喫煙は、以前に自治会で話合い、「吸わない人の横では吸わない」として喫煙場所等を決めている。管内禁煙に繋がり、喫煙場所を決定している。利用者の健康状態に配慮を要することを説明し、喫煙本数等の管理体制も整えている。利用者は祭り等で飲酒の機会を持っている。
	a 利用者の意思や希望が尊重されている		
	b －		
	c 利用者の意思や希望に十分応じていない		
	☑ 利用者の代表や自治会等と話し合ってルールを設けている。		
	☑ 具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等）に様々な配慮を行っている。		
	☑ 酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙が認められている。		

福祉サービス第三者評価　利用者調査結果

事業所名称	障害者支援施設　れいめいの里

調査実施日	2013年　6月21日　10:00～16:00

利用者総数 （人）	40　人
調査対象者数 （人）	20　人
有効回答数 （人）	20　人
回答率	100，0　％

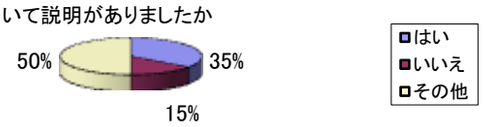
調査方法等	対象者の選定は施設側に依頼している。 聞き取り調査の場所は、施設内の会議室や相談室等で実施した。

総評	当施設の利用者は、全体的に自身の意見や要望等をきちんと伝えることが出来ており、アンケートに関する反応も割に明確であった。質問に、「はい」と答えた割合が70％以上の項目は、23問中9問である。その主な内容は、質問11（自由にテレビや新聞等が見られる）90％、質問 10（服装や身だしなみに希望が取り入れられている）、質問20（相談できる職員がいる）、質問21（困ったとき職員が助けてくれる）、いずれも75％となっている。 一方、「いいえ」の回答が多かった内容は、質問22（職員以外の人などへの相談）45％、質問6（仕事や活動は楽しい）20％、質問9（希望に応じた外出や外泊）15％となっている。 また、「その他」の回答では、質問5（サービス内容等に利用者や保護者の意見が活かされている）75％、質問16（入浴や更衣で恥ずかしい思いをしない配慮）70％となっている。質問22（（職員以外の人などへの相談）は、「いいえ」の回答と「その他」が同数で45％となっていることから、第三者委員について、利用者が周知していないことが伺える。 アンケートに対し率直に意見等を表現される利用者も多い中、「プライバシーが守られている」、「恥ずかしい思いをしないよう配慮している」、の聞き取りや説明等、利用者にわかりやすく伝わる工夫が検討課題である。

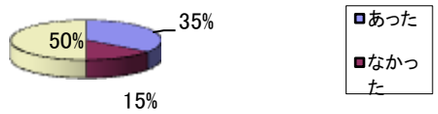
れいめいの里　利用者聞き取り調査集計結果（20名中20名）

質問	回答	利用者	20	合計	割合
1 サービスの利用を始める際に、サービスの内容や方法について説明がありましたか	1	はい		7	35.0
	2	いいえ	1	3	15.0
	3	その他		10	50.0
2 施設での日常生活について、わかりやすい説明がありましたか	1	あった		7	35.0
	2	なかった	1	3	15.0
	3	その他		10	50.0
3 職員が居室にはいるときは、ノックや了解を求めますか	1	はい	1	11	55.0
	2	いいえ		2	10.0
	3	その他		7	35.0
4 サービスの内容について不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	1	はい	1	9	45.0
	2	いいえ		3	15.0
	3	その他		8	40.0
5 サービスの内容や行事に、利用者や保護者の意見が活かされていると思いますか	1	思う	1	5	25.0
	2	思わない		0	0.0
	3	その他		15	75.0
6 施設での仕事や活動は楽しいですか	1	はい	1	12	60.0
	2	いいえ		4	20.0
	3	その他		3	15.0
	4	非該当		0	0.0
7 工賃（給料）の決め方はわかりやすく説明されていますか	1	はい	1	11	55.0
	2	いいえ		0	0.0
	3	その他		9	45.0
	4	非該当		0	0.0
8 地域の行事や活動に参加したり、ボランティアや地域の方がたと交流の機会がありますか	1	はい	1	14	70.0
	2	いいえ		3	15.0
	3	その他		3	15.0

1　サービスの利用を始める際にサービス内容や方法に
ついて説明がありましたか

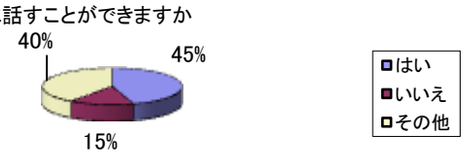


2　施設での日常生活についてわかりやすい説明がありましたか

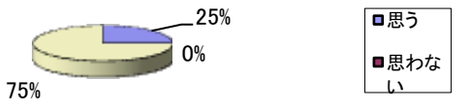


3　職員が居室にはいるときは、ノックや了解を求めますか

4　サービスの内容について不満や要望を職員に気軽に話すことができますか



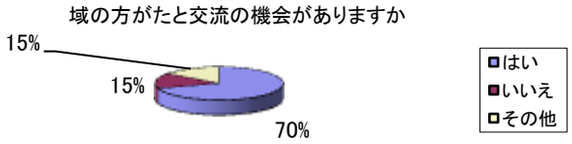
5　サービスの内容や行事に、利用者や保護者の意見が活かされていると思いますか



6　施設での仕事や活動は楽しいですか

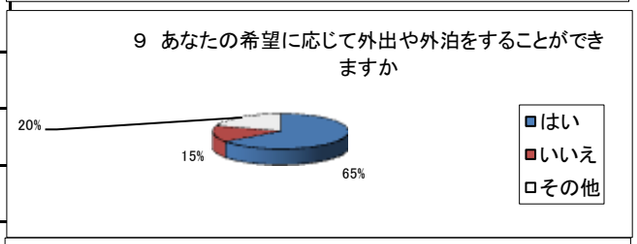
7　工賃の決め方はわかりやすく説明されていますか

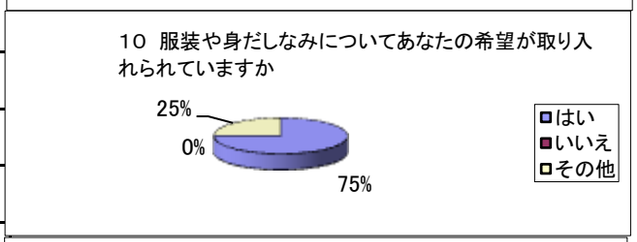
8　地域の行事や活動に参加したり、ボランティアや地域の方がたと交流の機会がありますか

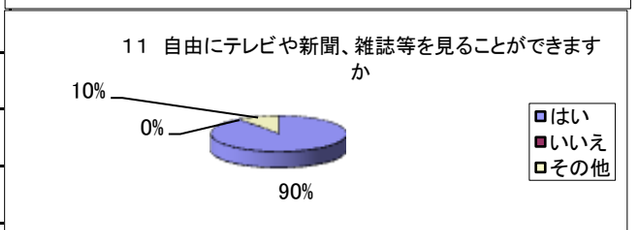


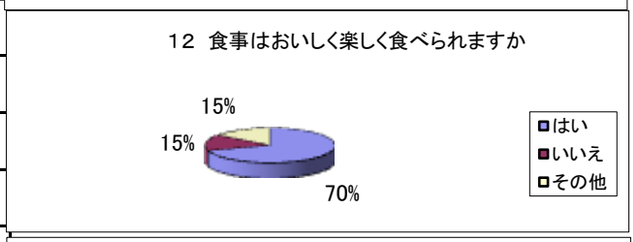
れいめいの里　利用者聞き取り調査集計結果（20名中20名）

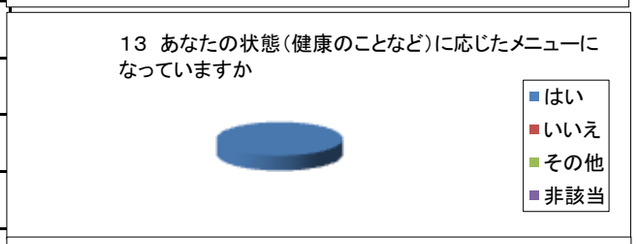
質問	回答	利用者	20	合計	割合
9 あなたの希望に応じて外出や外泊をすることができますか	1	はい	1	13	65.0
	2	いいえ		3	15.0
	3	その他		4	20.0
10 服装や身だしなみについて、あなたの希望が取り入れられていますか	1	はい	1	15	75.0
	2	いいえ		0	0.0
	3	その他		5	25.0
11 自由にテレビや新聞、雑誌等を見ることができますか	1	はい	1	18	90.0
	2	いいえ		0	0.0
	3	その他		2	10.0
12 食事はおいしく楽しく食べられますか	1	はい	1	14	70.0
	2	いいえ		3	15.0
	3	その他		3	15.0
	4	非該当		0	0.0
13 あなたの状態（健康のことなど）に応じたメニューになっていますか	1	はい	1	12	60.0
	2	いいえ		1	5.0
	3	その他		7	35.0
	4	非該当		0	0.0
14 あなたにあった食事方法（食事時間、食器・用具、食べやすい工夫、介助方法等）になっていますか	1	はい	1	14	70.0
	2	いいえ		2	10.0
	3	その他		4	20.0
	4	非該当		0	0.0
15 入浴は、時間帯や回数などあなたの希望に添って行なわれますか	1	はい	1	14	70.0
	2	いいえ		3	15.0
	3	その他		3	15.0
	4	非該当		0	0.0
16 （入浴や更衣、排泄などで）あなたが恥ずかしい思いをしないような配慮がありますか	1	はい	1	8	40.0
	2	いいえ		3	15.0
	3	その他		14	70.0
	4	非該当		0	0.0

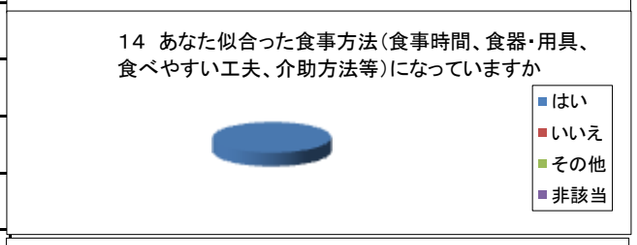


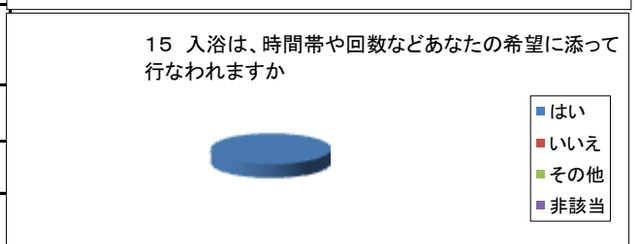


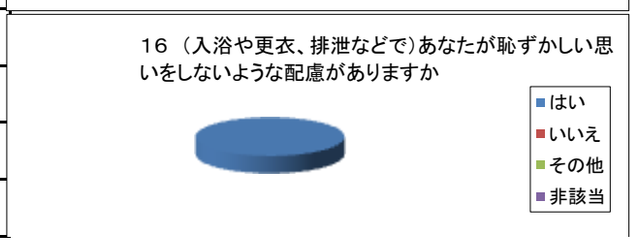








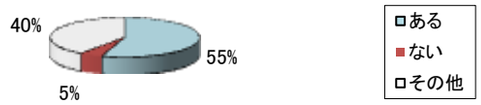




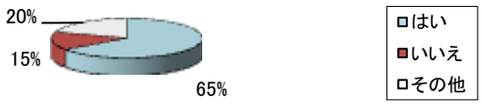
れいめいの里　利用者聞き取り調査集計結果（20名中20名）

質問	回答	利用者	20	合計	割合
17 他の人に知られたくないことなど、あなたのプライバシーは守られていますか	1	ある	1	11	55.0
	2	ない		1	5.0
	3	その他		8	40.0
18 職員は、あなたに乱暴な言葉を使ったり、命令したりせず、丁寧に接してくれますか	1	はい	1	13	65.0
	2	いいえ		3	15.0
	3	その他		4	20.0
19 職員はみんな同じように接してくれますか。（人によって言うことが違ったり、すごく厳しい人がいたりしませんか	1	はい	1	9	45.0
	2	いいえ		3	15.0
	3	その他		8	40.0
20 あなたの気持ちをわかってくれる相談できる職員はいますか	1	いる	1	15	75.0
	2	いない		0	0.0
	3	その他		5	25.0
21 あなたが困ったとき、施設の職員は助けてくれますか	1	はい	1	15	75.0
	2	いいえ		1	5.0
	3	その他		4	20.0
22 困ったことを他の人（第三者委員など）にも相談できますか	1	はい	1	2	10.0
	2	いいえ		9	45.0
	3	その他		9	45.0
23 この施設であなたは安全に安心して生活できますか	1	はい	1	14	70.0
	2	いいえ		3	15.0
	3	その他		3	15.0
24 日頃感じている施設に対するご意見、ご要望などご自由にお書き下さい。	別紙				

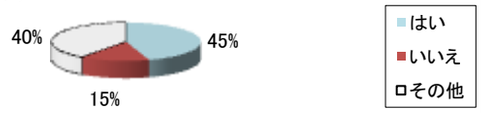
17　他の人に知られたくないことなど、あなたのプライバシーは守られていますか



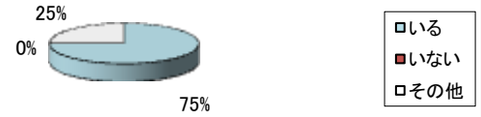
18　職員は、あなたに乱暴な言葉を使ったり、命令したりせず丁寧に接してくれますか



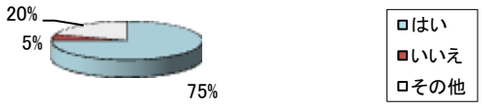
19　職員は皆同じように接してくれますか（人によって言うことが違ったり、すごく厳しい人がいたりしませんか）



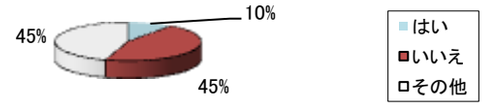
20　あなたの気持ちをわかってくれる相談できる職員はいますか



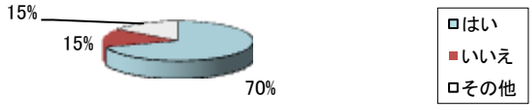
21　あなたが困ったとき、施設の職員は助けてくれますか



22　困ったことを他の人（第三者委員など）にも相談できますか



23　この施設であなたは安全に安心して生活できますか



施設に対する利用者の意見・要望等

＊施設のよい点

・食事や仕事の時間、分かりやすく説明があった。

・職員に話をすることができる。苦しい時に話を聴いてくれる。

・自分をたたく人がいて、困った時相談している。

・担当職員と一緒に買い物に出かけている。（3）

・職員と一緒に美容室へいく。（2）

・乱暴な言葉使いをする人はいない。優しい。（5）

・安心して暮らしている。

・家族が来たら気分がウキウキする、家族は大事。

・同室の人が面倒をみてくれる。

＊施設への要望等

・家族と外出してみたい（子育てで忙しいのでできない）。

・グループホームに行きたい。（動物の映画を見たり、買い物も好きなように行ける）

・お金貯めて、彼女と結婚したい。

・パンが好き、毎日、お米よりパンが食べたい。

・卓球をやりたいが、ここは設備がない。

・利用者同士ケンカすることもある。担当がいる時は注意してくれる。仲良くしてほしい。

・盆や正月、ゴールデンウィークは、家に帰りたい。家が一番いい。

・言葉によるいじめがあってつらい。職員は気づいていて注意してくれているが、出来れば班を代わりたい。

・外に遊びにいきたい。

・誰も住んでいないが、お母さんのトートーメー（仏壇）に線香をあげたい。

・食事は味がうすい、調理の方に話しているが、我慢している。

・職員や病院の先生と相談しながら暮らしたい。

・腰、足がわるい、痛みを止めてほしい。

・穏やかに過ごしたい。　服薬しているけど3時には目が覚める。

・仕事をやめてお母さんと暮らしたい、実家から仕事に出たい。

・仕事が気になる、以前のように地域の仕事がしたい。

第三者評価

調査結果報告書

障 害 者 支 援 施 設

石　水　の　里

調査期間　2013年 6月13日

2013年 9月19日

報告日　2013年9月30日（月）14時

特定非営利活動法人

介護と福祉の調査機関おきなわ

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 介護と福祉の調査機関おきなわ

平成 25 年度

調査期間：2013年6月13日～
2013年9月19日

②事業者情報

名　　称：	石水の里	種　　別：	障害者支援施設
代表者氏名：	安富祖　久明	定員（利用人数）：	40　名
所　在　地：	〒904-1106 沖縄県うるま市石川3259番地の296	TEL	098-965-5900

③総評

◇特に評価の高い点

１、法人として中期計画（3年間）を策定し事業計画に反映させ実施している

平成25年度から3年間の中期計画を策定し、支援費制度の新体系移行に伴って将来展望として「経営基盤強化」「福祉サービスの質の向上」「事業領域の拡大」「施設の建替」の目標を掲げ、今年度は10月を目処に、相談支援事業の開所や個別支援計画のシステムの導入による事業拡大及びサービスの質の向上等、実行に移している。

２、利用者家族アンケート及び職員の自己評価を実施し、課題を抽出して改善に向けて取り組んでいる

平成24年8月に実施した利用者家族へのアンケート調査では、設問を「利用者への対応」と「家族への対応」に分けて分析し、評価の低い質問項目については、家族会においてわかりやすい資料を配付し説明をする等、課題の改善に取り組んでいる。職員の自己評価は、「生活介護」「プライバシー」等5項目を設定して調査、分析を行い課題を抽出している。その取り組みとして「利用者接遇改善運動」を展開し、利用者の人格尊重を基本に「言葉遣い、態度」等の改善に取り組んでいる。

３、職員の業務改善提案制度や職員資格取得支援制度を制定し、人材育成に力を入れている

法人として平成２３年度から職員による業務改善提案制度を開始し、改善可能な提案上位5件については、表彰を行なっており、職員の関心も高く初年度は28件の提案が出されている。更に、職員資格取得支援制度を創設し、社会福祉士等関連職種10件が対象で資格取得時に助成金が授与される。通信教育受講者には受講料の半額補助制度や資格取得費用の融資制度等が有り、毎年資格取得者を輩出し、職員の士気の向上や人材育成に力を入れている。

４、利用者の健康管理体制の徹底による事故ゼロ、誤薬ゼロ等を実現している

利用定員40人中35人が障害程度Ａ２以上で、障害区分が4.5の重度の利用者に対し、健康管理の一環として、施設の周囲を健康ウォークすることを日課とし、毎月の嘱託医検診やインフルエンザ予防接種以外に、年２回の皮膚科検診、月２回の歯科衛生士によるブラッシング指導により、口腔ケアに力を入れ重度化予防の対策がなされている。薬物管理マニュアルが整備され、看護師を責任者として与薬管理が徹底され、誤薬ゼロの維持や事故等もゼロを実現し、健康管理に万全の体制をとっている。

◇改善を求められる点

１、提供するサービスにおいて、標準的な実施方法の整備および周知が望まれる
事故発生対応マニュアル（感染症対応、誤薬）、苦情解決マニュアル等管理体制に関するマニュアルは一部整備されているが、提供するサービス（入浴、排泄、着換え等の介助）のマニュアルの整備と職員への周知が望まれる。

２、浴室及びトイレ等におけるプライバシー保護への配慮が望まれる
プライバシー保護マニュアルにおいて、浴室やトイレにカーテン等の設置が謳われているが、実際にはカーテンやのれんが短く、プライバシーが確保されているとは言い難い。職員へのマニュアルの周知及びプライバシー保護への配慮が望まれる。

３、身体拘束は手順に沿った実施が望まれる
身体拘束禁止の対象となる具体的な行為の一つが確認されたが、緊急やむを得ない身体拘束が必要な場合は、３つの要件等を含め同意を得るための手続等、手順を踏まえて実施されることが望まれる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

提供しているサービスについて第三者による評価をしていただき、検証と今後の方向性を確認することができ、今回第三者評価を受審できたことは意義のあることでした。受審結果から、施設の基本方針や運営については一定の評価を受けましたが、入浴、排泄、着替え等の介助のマニュアルの整備と職員への周知、浴室及びトイレ等におけるプライバシー保護への配慮、身体拘束は手順に沿った実施が望まれるなど、いくつかの点に改善が望まれるとの指摘を頂きました。今回指摘された改善点につきましては職員全員で検討を行い。より良い支援サービスの提供を目指し、これまで以上に利用者や保護者、地域の方々から信頼される施設にしたいと考えています。また、利用者聞き取り調査結果の回答や各質問に対する利用者さんのコメントも受け止めて、利用者主体のサービスの実現を図ろうと思います。

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

項目	判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織			
1 理念・基本方針			
(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	平成9年に策定された法人の理念は事業計画やパンフレット、おきなか便り等に掲載されている。理念は、個人の尊重、専門的な支援等、6つの柱からなり、福祉サービスの内容や目指す方向性を読み取ることが出来る。
	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。		
	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。		
	☑ 理念が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。		
	☑ 理念から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。		
2	②理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人の運営規程に運営方針が明記され、施設運営基本方針が単年度の事業計画に記載されている。更に、職員の行動規範となる倫理要綱も作成されている。
	a 法人の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。		
	b 法人の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 法人の理念に基づく基本方針を明文化していない。		
	☑ 基本方針が文書(事業計画等の法人・施設内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。		
	☑ 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されている。		
	☑ 基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。		
(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	b	理念や基本方針は年度始めの全体職務会で配布し説明され、新人研修でも説明されている。理念は事業所内に掲示し、職員手帳と共に全職員に配布され、毎朝唱和している。理念や基本方針の周知のためのテーマを設定し、討議及び実践することが望まれる。
	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 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。		
	☑ 理念や基本方針を会議や研修において説明している。		
	□ 理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して、会議等における討議の上で実行している。		
	☑ 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
4	②理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	理念や基本方針を家族等にわかりやすい資料を作成し、家族会で配布・説明されている。理念や基本方針の周知状況を確認する継続的な取組が望まれる。
	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 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。		
	☑ 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫を行っている。		
	☑ 理念や基本方針を、利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。		
	□ 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

項目	判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
2 事業計画の策定			
(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	b	中期的展望として平成25～27年度の中期計画が策定されている。目標や課題を明らかにし、解決に向けた具体的な内容を各年度の計画に位置づけている。計画は四半期毎の経営会議で検討する仕組みがあり、今年度の改修工事について、見直しが検討されている。
	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		
	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		
	☑ 理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。		
	☑ 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。		
	☑ 中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。		
	☑ 中・長期計画に基づく取組を行っている。		
	□ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。		
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	平成25年度の事業計画は、中期的展望の初年度として具体的に示されている。事業計画の実施時期・回数等を明記し、計数目標が設定されている。
	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 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。		
	☑ 事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。		
	☑ 事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。		
	☑ 事業計画は、単なる「行動計画」になっていない。		
(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	b	事業計画は各課（総務、福祉推進課、支援、医務、栄養）で案を作り、合議を経て総務課でまとめ、法人本部で決定されている。各計画は四半期毎の経営会議で検討され実施状況が把握されている。事業計画の具体的な評価の記録及び評価結果に基づいた計画の見直しが望まれる。
	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		
	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		
	□ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。		
	☑ 評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。		
	☑ 一連の過程が一部の職員だけで行われていない。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
8	②事業計画が職員に周知されている	a	平成25年度事業計画は、全体職務会議で職員用の資料を配付し、本部長から説明されている。各計画の進捗状況は四半期毎の全体職務会議において月次報告と共に検討・確認されている。
	a 各計画を職員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 各計画を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない		
	c 各計画を職員に配布していない		
	☑ 事業計画を会議や研修において説明している。		
	☑ 事業計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。		
	☑ 各計画の進捗状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
9	②事業計画が利用者等に周知されている	a	平成25年度から、家族向けにわかりやすく作成した事業計画の資料を、家族会で配布し、サービス管理責任者から説明されている。
	a 各計画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 各計画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 各計画を利用者等に配布していない。		
	☑ 利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。		
	☑ 各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。		
	3 管理者の責任とリーダーシップ		
	(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	管理者の役割と責任は、運営規程に明示され、新人職員研修での本部長の説明や「おきなか便り」に施設長の就任挨拶が掲載されている。更に、有事における危機管理委員会要綱で本部長が危機管理責任者となっている。
	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 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		
	☑ 管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。		
	☑ 管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。		
	☑ 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、明確化されている。		
11	②遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている	b	管理者は、県内外の施設長会議に参加し遵守すべき法令等を把握している。法改正や制度改定時は職員に資料を配付して説明し、掲示もされている。虐待防止法について接遇推進委員会で研修が実施されている。遵守すべき法令等の資料作成及び職員への周知が望まれる。
	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り組みを行っている		
	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り組みを行っているが、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り組みは行っていない		
	☑ 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。		
	□ 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取組を行っている。		
	☑ 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

項目	判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
(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り組みに指導力を発揮している	a	平成24年度は支援員自己評価を分析し法人全体の課題が把握され、今年度は第三者評価に取り組んでいる。平成23年度に法人として業務改善提案制度をスタートさせ、職員から28件の応募があり、一部表彰し実行している。平成25年度は接遇推進委員会で、呼称運動「“さん”で呼ぼう」や、接遇改善の標語・ポスター募集に取り組んでいる。
	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。		
	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。		
	☑ 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。		
	☑ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り込むための具体的な取組を行っている。		
	☑ 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。		
	☑ 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。		
13	②経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	b	経営会議は、管理者やサービス管理責任者及び看護師、栄養士も参加し4か月毎に開催され、経営の月次報告が行われ、その結果から電気・水道料等の節減に取り組まれている。職員の業務改善提案制度で、土・日・祝日にボランティアを受け入れる等、組織内に職員の意識形成する取り組みを行っている。業務改善提案制度は規程に沿った体制の構築および管理者の参画が望まれる。
	a 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに十分な指導力を発揮している		
	b 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組み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り組みについて指導力を発揮していない		
	☑ 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。		
	☑ 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人事配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。		
	☑ 管理者は、上記について、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。		
	□ 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。		
Ⅱ 組織の運営管理			
1 経営状況の把握			
(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	b	管理者は県内外の施設長会議に参加することで、社会福祉事業全体の動向を把握している。地域における福祉サービスのニーズに応じて、相談事業立ち上げやグループホーム増設等の準備に取り組んでいる。福祉サービスの潜在的利用者のデータの収集と把握した情報の中・長期計画への反映が望まれる。
	a 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取り組みを積極的に行っている		
	b 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取り組みを行っているが、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り組みを行っていない		
	☑ 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握している。		
	☑ 利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。		
	□ 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。		
	□ 把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目	評価	評価所見
	判断基準（a・b・c） 評価の着眼点　□		
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	経営状況は、毎月の全体職務会で収支報告の資料作成され、前月、前年同月、との比較をし経営分析結果を職員に提示している。電気やガス、水道料金のコスト削減について事業計画に位置づけるとともに、節約に取り組まれている。
	a　経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取り組みを行っている		
	b　経営状況を分析して課題を発見する取り組みを行っているが、改善に向けた取り組みを行っていない		
	c　経営状況を分析して課題を発見する取り組みを行っていない		
	☑　定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。		
	☑　改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。		
	☑　経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。		
16	③外部監査が実施されている	b	法人の経理に関して月2回税理士の指導・助言を得ている。経理規程には「外部の会計専門家に対し、独立した第三者の立場からの監査を依頼することができる」と明示されているが、外部監査は実施されていない。
	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		
	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		
	□　外部監査の結果や、公認会計士等による指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。		
	☑　公認会計士、税理士その他会計に関する専門家が行う会計管理体制の整備状況の指導・助言・点検等を受けることによって経営改善を実施している。		
	２　人材の確保・養成		
	(1)人事管理の体制が整備されている		
17	①必要な人材に関する具体的なプランが確立している	c	組織として必要な人材や人事管理に関する方針の確立と、有資格職員の配置等について、具体的なプランの作成およびプランに基づいた人事管理が望まれる。
	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		
	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		
	□　必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。		
	□　社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。		
	□　プランに基づいた人事管理が実施されている。		
18	②人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	b	平成26年度に人事考課制度導入が予定されており、法人本部で人事考課に関する資料の収集と勉強会を行っている。人事考課実施に際しては、職員に考課基準を明確に示し、フィードバック等による客観性や透明性の確保が望まれる。
	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		
	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		
	☑　人事考課の目的や効果を正しく理解している。		
	□　効果基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
	(2)職員の就業状況に配慮がなされている		
19	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	職員の就業状況は総務課で担当し、有給休暇の消化率等を定期的に把握している。改善策を検討する仕組みの構築と、職員が相談しやすい工夫やカウンセラー等の専門家の確保が望まれる。
	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		
	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ない		
	c 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない		
	☑ 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。		
	☑ 把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。		
	□ 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。		
	□ 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。		
	□ 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。		
	□ 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。		
20	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。	b	職員の福利厚生として、沖縄県社会福祉事業共済会と社会福祉施設等退職手当共済会に加入している。退職金は退職金規程により支払われ、人間ドック補助等の福利厚生事業もある。職員の悩み相談窓口の設置と、解決に向けた体制の整備が望まれる。
	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。		
	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。		
	☑ 職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、相互的な福利厚生事業を実施している。		
	□ 職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、解決に向けた体制が整備されている。		
	(3)職員の質の向上に向けた体制が確立されている		
21	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	研修は、職場研修実施要領に基本方針が明示されている。平成24年度から資格取得支援制度をスタートし、支援助成金の対象となる資格一覧が明示され、資格取得のための融資制度や職務専念義務免除制度がある。
	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		
	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		
	☑ 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。		
	☑ 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
22	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	b	個別の職員の専門資格、技術水準等は把握されている。職員一人ひとりについての教育・研修計画の作成と計画に沿った研修の実施が望まれる。
	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		
	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		
	□ 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。		
	☑ 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。		
	□ 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている		
23	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	b	研修を終了した職員は復命書を提出している。法人本部から「外部研修受講後の報告について」の通知が出され、研修内容を発表する機会が設けられているが、報告会の実施は確認できなかった。研修成果に関する評価・分析とその結果を反映させた研修内容等の見直しが望まれる。
	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 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		
	☑ 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。		
	☑ 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。		
	□ 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。		
	□ 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。		
	□ 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。		
	(4)実習生の受け入れが適切に行われている		
24	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	実習生受入に関する基本姿勢や事前説明、実施方法、担当者等が記載されたマニュアルが整備されている。学校側と実習委託契約を交わし、実習期間中も連携を継続している。ホームヘルパーの研修プログラムが用意されている。
	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はいるが、効果的な育成プログラムが用意されていない等、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。		
	☑ 実習生の受入に関する基本姿勢を明文化している。		
	☑ 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。		
	☑ 受入れにあたっては、学校との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。		
	☑ 実習指導者に対する研修を実施している。		
	☑ 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。		
	☑ 学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。		
	☑ 社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

項目	判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
3 安全管理			
(1)利用者の安全を確保するための取り組みが行われている			
25	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。	b	緊急時における体制は、危機管理委員会を設置し利用者の安全確保に取り組み、責任者は本部長で担当部署は総務課となっている。事故発生対応マニュアルや感染症対応マニュアルは宿直室や支援課、医務室に置かれ、掲示もされている。危機管理委員会要領に構成員を明記するとともに委員会の定期的な開催が望まれる。リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制の整備も望まれる。
	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。		
	☑ 管理者は利用者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。		
	☑ 利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置している。		
	□ 担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。		
	☑ 検討会には、現場の職員が参加している。		
	□ リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。		
	☑ 事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。		
26	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	管理業者による防災設備の保守点検や職員による土砂崩れ危険箇所点検等が行われている。年2回、消防署と連携した避難訓練を実施し、自主避難訓練を毎月行っている。備蓄は、台風時対応として3日分の食糧が確保され、停電時用に発電機が準備されている。災害時対応マニュアルの整備と、利用者等の安否確認の方法を定めた職員への周知が望まれる。
	a 地震、津波、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。		
	☑ 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。		
	□ 災害時の対応体制が決められている。		
	□ 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。		
	☑ 食料や備品類などの備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。		
	☑ 地元の消防署、警察、自治会などと連携するなど工夫して訓練を実施している。		
27	②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	安全確保・事故防止に関する研修の一環として、救急法の研修を定期的に実施している。利用者の安全を脅かす事例の収集や職員の参画による未然防止策の検討及び事故防止対策等の定期的な評価・見直しが望まれる。
	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		
	□ 利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。		
	□ 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。		
	☑ 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。		
	□ 事故防止対策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

項目	判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
4 地域との交流と連携			
(1)地域との関係が適切に確保されている			
28	①利用者と地域との関わりを大切にしている	b	地域との連携は、施設運営方針に明示され、自治会や民生委員との関わりを大切にしている。地域のまつり等にボランティアも一緒に参加し、施設行事の「梅まつり」で地域との交流を図っている。利用者のニーズに応じて、地域の商店で買い物したり、美容室やボーリング場等に出かけている。収集された地域情報は、掲示板等で利用者に提供することが望まれる。
	a 利用者と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 利用者と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 利用者と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		
	☑ 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。		
	□ 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。		
	☑ 利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが援助を行う体制が整っている。		
	☑ 事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。		
	☑ 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。		
29	②事業所が有する機能を地域に還元している	b	施設の広報誌「おきなか便り」等を自治会等地域に配布している。地域のニーズに基づき障害者やその家族に対する相談支援事業所の準備室を設置し、今年10月の事業開始を目指している。施設が有する専門的な技能等を地域に還元することが望まれる。
	a 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取り組みを積極的に行っている		
	b 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取り組みを行っているが、十分ではない		
	c 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取り組みを行っていない		
	□ 介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。		
	☑ 介護相談・育児相談窓口、障害者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。		
	☑ 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。		
30	③ボランティア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	「ボランティア受け入れ規程」に基づき実施され、サービス提供管理者が担当となっている。ボランティアに対して、事前説明や受け入れに際しての注意事項や個人情報保護等が盛り込まれた「活動のしおり」が配布され、オリエンテーションが実施されている。
	a ボランティア受入に対する基本姿勢が明示されており、受入についての体制が整備されている		
	b ボランティア受入に対する基本姿勢は明示されているが、受入についての体制が十分に整備されていない		
	c ボランティア受入に対する基本姿勢が明示されていない		
	☑ ボランティア受入に関する基本姿勢を明文化している。		
	☑ ボランティア受入について、登録手続き、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。		
	☑ ボランティアに対して必要な研修を行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
	(2)関係機関との連携が確保されている		
31	①必要な社会資源を明確にしている	b	必要な社会資源の明示については、一部病院関係一覧やマップはあるが、福祉関係機関・団体や行政関係等必要な団体のリストの整備及び職員間の共有化が望まれる。
	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。		
	☑ 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。		
	□ 職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。		
32	②関係機関等との連携が適切に行われている	b	市障害者支援施設ネットワークが構築され、法人本部長が役員として参加している。看護師、栄養士、支援員の各々連絡会等が定期的に開催され、情報交換を行っている。具体的な共通問題の解決に向けての取り組みが望まれる。
	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		
	☑ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。		
	□ 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を積極的に行っている。		
	(3)地域福祉向上のための取り組みを行っている		
33	①地域の福祉ニーズを把握している	a	市地域連絡協議会が年1回開催され、職員が参加し施設間の連携と福祉ニーズの把握がされている。自治会からは自治会便りが配られ、地域の区長会や民生委員会議に出かけたりして情報の収集に努めている。今年度は事業所内に相談支援事業準備室を立ち上げ具体的なニーズ把握に取り組んでいる。
	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		
	☑ 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
	☑ 民生委員・児童委員等との定期的な会議を開催する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
	☑ 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
34	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	把握したニーズに基づき、ショートステイ事業を実施している。今年度から27年度までの中期計画が策定され、在宅障害者相談支援事業や利用者の高齢化や重度化対策として、事業計画に介護型グループホームが盛り込まれている。
	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		
	☑ 把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。		
	☑ 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

項目	判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
Ⅲ 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			
(1)利用者を尊重する姿勢が明示されている			
35	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持つための取組を行っている	b	利用者を尊重する姿勢が理念や倫理要綱に明示されている。利用者尊重や基本的人権への配慮は、接遇及び新入職員研修で実施されている。虐待防止法の勉強会が全職員を対象に実施され周知している。食事、入浴、排泄等の標準的な実施方法（マニュアル）の整備が望まれる。
	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		
	☑ 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。		
	□ 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。		
	☑ 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。		
	☑ 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。		
36	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	利用者のプライバシー保護に関する方針は、運営規程や利用契約書等に明示されている。プライバシー保護については、マニュアルはあるが、利用者尊重や羞恥心に配慮したマニュアル（入浴、排泄、着替え等）の整備及びトイレや浴室のプライバシーに配慮した工夫が望まれる。プライバシー保護に関する研修、マニュアルに基づいたサービスの実施が望まれる。
	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		
	□ 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。		
	□ 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。		
	□ 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
	(2)利用者満足の向上に努めている		
37	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	b	利用者満足は、食事の嗜好調査と残食調査をそれぞれ年2回実施している。栄養士が家族から聞き取りも行っている。給食保健会議を年4回開催し、調査結果を基に献立に反映している。検討会議には利用者参加が望まれる。
	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。		
	☑ 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。		
	☑ 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。		
	☑ 利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。		
	□ 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。		
	☑ 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。		
	(3)利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている		
38	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	重要事項説明書に施設内相談窓口や第三者委員及び行政の窓口等が明示され、利用者に交付されている。県運営摘正化委員会のポスターが事務所前に掲示されている。相談室が確保され意見を述べやすいよう配慮されている。
	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		
	☑ 利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。		
	☑ 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。		
	☑ 相談や意見を述べやすいようなスペースに配慮している。		
39	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	苦情解決の体制は、運営規程や苦情解決実施要項に責任者、受付担当者等が明記されている。利用者等の意見は、苦情解決マニュアルに沿って適正に処理され記録も整備されている。昨年は家族アンケートを実施している。意見箱は筆記用具も備えられ事務所前に設置されている。意見等の処理結果の公表が望まれる。
	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		
	☑ 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備している。		
	☑ 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。		
	☑ 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。		
	☑ 苦情を受けつけて解決を図った記録が適切に保管されている。		
	☑ 苦情の検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。		
	□ 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
40	③利用者からの意見等に対して迅速に対応している	b	利用者からの意見等に対しては、苦情解決マニュアルに沿って記録や報告もされ、マニュアルの見直しも行われている。昨年は意見者に対して電話で対応策を報告するとともに家族会でも報告している。意見や苦情処理に時間がかかる場合でも、状況を速やかに報告することが望まれる。
	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		
	☑ 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。		
	□ 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。		
	☑ 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。		
	☑ 意見等を福祉サービスの改善に反映している。		
	2 サービスの質の確保		
	(1)質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている		
41	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	昨年は、法人本部総務課を担当部署として 自己評価を実施し、現場職員のサービスに対する意識や課題が明確にされている。その結果、処遇改善委員会を立ち上げ、改善に向け取り組んでいる。今年度は、第三者評価を受審している。
	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		
	☑ 定められた評価基準に基づいて、年に１回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。		
	☑ 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。		
	☑ 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。		
42	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	b	評価結果に基づいた課題を中期計画に反映し、全体会議で説明されている。法人総務課を中心に、職員参画で処遇改善委員会を発足させ、改善に取り組んでいる。中期計画は今年度の改修工事について見直しが検討されている。評価分析等に職員の参画が望まれる。
	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。		
	□ 職員の参画により評価結果の分析を行っている。		
	☑ 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。		
	☑ 職員間で課題の共有化が図られている。		
	☑ 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善実施計画を策定する仕組みがある。		
	□ 改善策や改善実施計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
	(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		
43	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	c	事故発生時対応マニュアル、苦情解決マニュアル等管理体制に関するマニュアルは一部整備されている。提供するサービス(食事、入浴、排泄等)の個別の標準的な実施方法（マニュアル）の早期の整備及び、それに基づいた実施、更に、マニュアルに基づいて実施されているかを確認する仕組みが望まれる。
	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。		
	□ 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。		
	□ 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。		
	□ 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。		
44	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	c	マニュアルの見直しの時期や仕組み等を定め、検証・見直しに当たっては、職員の意見等が反映される取り組みが望まれる。
	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。		
	□ サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。		
	□ 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。		
	(3)サービス実施の記録が適切に行われている		
45	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	サービス実施計画（個別支援計画）に基づく実施状況は、今年度から新システムによる様式で記録され、入力マニュアルに基づき、記入方法に差異が生じないようになっている。
	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		
	☑ サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。		
	☑ 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導などの工夫をしている。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
46	②利用者に関する記録の管理体制が確立している	a	記録管理の責任者は支援課長となっている。情報の開示は、重要事項説明書や利用契約書に定められている。個人情報保護法の説明は、新入職員研修で行われている。記録の管理は文書取扱い規則に保存、廃棄が規定されているが文書の保管について文書取扱い規則に明示することが望まれる。
	a 利用者に関する記録管理について規定が定められ、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定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定が定められていない		
	☑ 記録管理の責任者が設置されている。		
	☑ 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。		
	☑ 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。		
	☑ 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。		
	☑ 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。		
47	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	利用者の情報は、毎朝の申し送りや月1回の全体職務会で共有するとともに、パソコンの新システムで共有される仕組みとなっている。グループウエアでの職員間の連絡調整体制ができている。
	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		
	☑ 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。		
	☑ 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。		
	☑ パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。		
	3 サービスの開始・継続		
	(1)サービス提供の開始が適切に行われている		
48	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	組織を紹介した情報の提供は、ホームページで提供されている。施設のパンフレット等を社会福祉協議会、自治会等に配布して情報提供に努めている。施設の見学や体験入所等の要望に対応している。
	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。		
	☑ インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。		
	☑ 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所においている。		
	☑ 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。		
	☑ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
49	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	サービス開始時は、重要事項説明書と契約書を説明し、同意を得た上で交付している。特に、サービス内容や料金等については、分かりやすいよう項目ごとに読み上げ説明している。
	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		
	☑　サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者に説明している。		
	☑　説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮（例えば日常生活自立支援事業の活用）を行っている。		
	☑　サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。		
	☑　利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。		
	☑　重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。		
	(2)サービスの継続性に配慮した対応が行われている		
50	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	事業所の変更や地域への移行等に際しては、情報提供書を作成してサービスの継続性に配慮している。サービス提供管理責任者が相談窓口となることを説明するとともに、施設のパンフレットや名刺も手渡している。
	a　サービスの内容や施設の変更、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　サービスの内容や施設の変更、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　サービスの内容や施設の変更、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		
	☑　他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。		
	☑　サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。		
	☑　サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。		

福祉サービス第三者評価結果（基本項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
	4 サービス実施計画の策定		
	(1)利用者のアセスメントが行われている		
51	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	個別支援計画マニュアルに沿ってアセスメントが作成されている。モニタリング、個別支援計画の作成実施等、今年度から新システムによる様式で実施されている。
	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。		
	☑ 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。		
	☑ アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。		
	☑ 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメントに関する協議を実施している。		
	☑ 利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。		
	(2)利用者に対するサービス実施計画が策定されている		
52	①サービス実施計画を適切に策定している	b	個別支援計画の作成者は、運営規程及び職務分掌でサービス提供責任者となっている。支援計画作成マニュアルに基づき、モニタリングは担当支援員が実施し6か月に1回実施されている。利用者への面談は一部実施されているが家族や全利用者への面談が望まれる。
	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		
	☑ サービス実施計画策定の責任者を設置している。		
	□ サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。		
	☑ サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。		
53	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	個別支援計画の見直しは、運営規程等で6か月に1回となっている。個別支援計画作成マニュアルに、アセスメント、個別支援計画、モニタリング等の手順が定められている。随時に変更する仕組みがあり、退院後に見直しがされている。個別支援計画は、職員の押印により周知の手段とされている。
	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		
	☑ サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。		
	☑ 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。		
	☑ サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

項目	判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
A－1　利用者の尊重			
(1)利用者の尊重			
54	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の手段は,個別支援計画に支援方法や実施方法が記載され実施されている。意思伝達に制限のある利用者の場合は、家族からの情報や絵カードやインターネットの画像を利用する等の工夫が行われている。病院の心理療法士のアドバイスを受けたり、手話を熟知した職員が対応する等、職員間で支援方法の共有が図られている。
	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。	
	☑	利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。	
	☑	意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。	
	☑	意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。（コミュニケーション機器の用意を含む）	
	☑	意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。	
	☑	必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。	
55	②利用者の主体的な活動を尊重している	b	利用者に対しては、担当職員が中心となって理・美容室や外出、買い物等、各々の利用者の主体性を尊重した支援が実施されている。納涼祭やクリスマス会等では、他施設に異動した友人らを招き交流が行われている。
	a	利用者の主体的な活動が尊重されている	
	b	利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない	
	c	利用者の主体的な活動が尊重されていない	
	☑	利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。	
	☑	利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。	
	☑	利用者が、施設外の障害者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。	
	□	利用者による自治会ないし利用者の会等がある。	
	□	自治会等は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。	
56	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	日常生活の支援状態は、契約書、重要事項説明書に方針が明記され、会議等で確認されている。モニタリングや個別支援計画の見直しの際、利用者、家族と話し合われている。職員の対応や施設整備等は、全体会議で検討が行われており、支援体制が整備されている。
	a	見守りと支援の体制が整備されている	
	b	見守りと支援の体制が十分ではない	
	c	見守りと支援の体制が整備されていない	
	☑	利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。	
	☑	自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて家族等）と十分な話し合いが行われている。	
	☑	自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。	

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

	項目 / 判断基準（a・b・c） / 評価の着眼点 □	評価	評価所見
57	④利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある	a	利用者の社会性を高めるために、習字、陶芸、絵画等の活動プログラムが準備され希望で参加している。買い物は、事前にチラシを見せて話し合い興味を持たせ、支払いを自分で行うよう支援している。朝礼や誕生会では挨拶の仕方を支援している。県福祉サービス運営適正化委員等の権利擁護のポスターが掲示されている。
	a 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある		
	b 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムが十分ではない		
	c 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがない		
	☑ 社会生活力を高めるために、障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。		
	☑ 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。		
	☑ 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。		
	☑ 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。		
A－2　日常生活支援			
(1)食事			
58	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	b	個別支援計画で各々の状態に併せた高尿酸、減塩、水分制限等の留意点や支援方法が明記され、食事が用意されている。食事介助に関するマニュアルの整備が望まれる。
	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 サービス実施計画に基づいた食事サービスの用意が十分ではない		
	c 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ない		
	☑ サービス実施計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。		
	□ 食事の介助等、支援方法に関してマニュアルが用意されている。		
	☑ 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。		
59	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	b	嗜好及び残食調査が各々年2回実施されており、食事に対する利用者の満足度は高い。適温の食事が提供され、旬の食材や盛り付けが行われている。卓上への調味料等の準備は、利用者の状況もあり随時に使用してもらう事が難しく、用意されていない。食堂やフロアには献立表が掲示され、利用者は関心を寄せている。検討会議には利用者の参加が望まれる。
	a 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている		
	b 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない		
	c 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫をしていない		
	☑ 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。		
	□ 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。		
	☑ 適温の食事を提供している。		
	☑ 献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。		
	□ 食卓には複数の調味料・香辛料が用意されている。		
	☑ 献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。		
	☑ 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良くみながら介助や支援を行っている。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
60	③喫食環境（食事時間を含む）に配慮している	a	食堂の整備等についての意見は全体会議や給食保健会議で提案し、これまでにテーブルやクーラーの整備がされている。食事は利用者の状況に合わせて、ゆとりをもたせて摂っている。
	a 喫食環境に配慮している		
	b 喫食環境の配慮が十分ではない		
	c 喫食環境に配慮していない		
	☑ 食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。		
	☑ 食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に摂ることができる。		
	(2)入浴		
61	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	b	入浴の介助方法は、個別支援計画に明記されており、実施結果はチェックリストと支援経過記録に記載されている。同性介助で支援が行われている。安全やプライバシーの保護等を含めたマニュアルの整備が望まれる。
	a 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		
	b 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない		
	c 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		
	☑ 一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。		
	□ 安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。		
	☑ 入浴の介助や支援・助言業務は、所定の様式により記録されている。		
62	②入浴は、利用者の希望に沿って行われている	a	利用者は毎日入浴を行い清潔保持に努め、失敗時や汗をかいた時等は速やかに対応されている。入浴を嫌がる場合は時間をずらしたり、職員を替える等の工夫が行われている。
	a 利用者の希望に沿って行われている		
	b 利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない		
	c 利用者の希望に沿って行われていない		
	☑ 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。		
	☑ 入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めている。		
63	③浴室・脱衣場等の環境は適切である	c	浴室等の設備に関しては全体会議で提案する機会がある。脱衣場は夏場は扇風機、冬場はヒーターを使用している。浴室入り口には短いのれんが掛けられ、廊下から中の様子が見えるため、プライバシー保護に配慮した設備の検討が望まれる。
	a 環境は適切である		
	b －		
	c 環境は適切ではない		
	☑ 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を持っている。		
	☑ 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体状態に応じて調整できる。		
	□ 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
	(3)排泄		
64	①排泄介助は快適に行われている	c	排泄に関しては、個別支援計画に明記され、実施結果は排便チェック表（月別）とトイレ確認表（週別）等に記載されている。排泄介助に関して、安全確保、プライバシー保護、排泄用具の使用方法等を含めた内容のマニュアルの整備が望まれる。
	a 介助は快適に行われている		
	b －		
	c 介助は快適に行われていない		
	☑ 排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。		
	□ 排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。		
	□ 排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用方法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。		
	☑ 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。		
65	②トイレは清潔で快適である	c	トイレの改善等は、全体会議で提案する機会があるが提案事項は少ない。清掃は毎日職員が行い、汚れたら直ちに清掃されている。トイレ内は採光は保たれている。ドア付きのトイレもあるが、介助用トイレのカーテンの長さ等プライバシー保護の観点から工夫が望まれる。
	a 清潔で快適である		
	b －		
	c 清潔かつ快適ではない		
	□ 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。		
	□ プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。		
	☑ 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。		
	☑ 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。		
	☑ 採光・照明等は適切である。		
	□ 冷暖房設備がある。		
	(4)衣服		
66	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	多くの利用者は職員が支援しているが、一部の利用者は、自分で好みの衣服を選び着用している。好みの衣服を家族が購入したり、職員と一緒に自分で選び購入することもある。衣服のデザインや色をファッション誌等で情報を提供したり、日頃の会話の中で相談に応じている。
	a 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている		
	b 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない		
	c 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない		
	☑ 衣服は利用者の意思で選択している。		
	☑ 衣服の選択については、必要があれば相談に応じている。		
	☑ 衣服の購入の際には、必要があれば職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点　□	評価	評価所見
67	②衣服の着替え時の支援や汚れに気がついた時の対応は適切である	b	一部の利用者は、部屋着や外出着等それぞれ自由に着替えている。着脱の介助を要する利用者は、個別支援計画書に明示され実施されている。汚れや破損が生じた場合は職員が対処しているが、その対応に関するマニュアルの整備が望まれる。
	a　衣類の着替え時の支援や汚れに気付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付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付いた時の対応が適切に行われていない		
	☑　利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。		
	☑　介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。		
	□　汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が用意されている。		
	(5)理容・美容		
68	①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	月1回ボランティアの美容師が来訪し、女性のカットを行っており、男性は職員が散髪している。週2回衛生支援日を設定し、爪切り、耳垢点検等の整容に努めている。行事や外出時の化粧や2～3か月に1回のネールアートも喜ばれている。
	a　利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている		
	b　利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない		
	c　利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない		
	☑　髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。		
	☑　職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。		
	☑　理容・美容に関する資料や情報を用意している。		
69	②理髪店や美容院の利用について配慮している	a	女性利用者が馴染みの美容室を希望する場合は、職員が予約や送迎を行っている。意思表示の困難な利用者は、本人の希望等を職員が説明し支援している。
	a　配慮している		
	b　－		
	c　配慮していない		
	☑　地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。		
	☑　利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。		
	(6)睡眠		
70	①安眠できるように配慮している	c	夜間の個別支援は、支援経過記録に記載されている。各居室入り口には調光機が設置され、安眠に配慮されている。クッションや枕等の私物が認められている。不眠者は空き部屋等で対応しているが、マニュアルの整備が望まれる。
	a　配慮している		
	b　－		
	c　配慮していない		
	☑　寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている		
	□　夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位交換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対等を含むマニュアルが用意されている。		
	☑　夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。		
	☑　寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物利用も認められている。		
	☑　不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

項目	判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
(7)健康管理			
71	①日常の健康管理は適切である。	a	健康管理対応マニュアルが整備され、個別看護サマリー、利用者援助支援経過台帳が記録されている。健康観察表や投薬チェック表で状態を確認し、毎日散歩を日課として健康管理に努めている。月2回歯科衛生士によるブラッシング指導、年2回皮膚科検診、インフルエンザ予防接種が行われている。家族会では個別に面談し、利用者の健康管理状態の報告や健康相談が行われている。
	a 適切である		
	b －		
	c 適切ではない		
	☑ 利用者の健康管理票が整備されている。		
	☑ 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。		
	☑ 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。		
	☑ 医師又は看護師が、利用者（及び必要に応じて家族等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。		
	☑ 利用者（及び必要に応じその家族等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。		
	☑ 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。		
	☑ 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。		
72	②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる	a	健康危機管理対応マニュアルが整備されている。嘱託医や協力医療機関以外にも緊急時には、近隣のクリニックで対応できるよう、日頃から嘱託医が連携を取っており、迅速かつ適切な対応ができるよう仕組みが構築されている。
	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 必要な時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されていない		
	☑ 健康面に変調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。		
	☑ 地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。		
	☑ 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。		
73	③内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている	a	薬物管理マニュアル、誤薬等に関するマニュアルが整備されている。処方箋は看護サマリーに添付され、服薬内容は利用者援助支援台帳に記録されている。毎朝のミーティングに看護師が参加し、服薬内容や健康状態が確認され職員間で共有している。誤薬予防として、日々の配薬担当職員が決められており、飲み込むまで確認している。平成24年度は誤薬事故はゼロである。
	a 確実に行われている		
	b －		
	c 確実に行われていない		
	☑ 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。		
	☑ 一人ひとりの利用者に使用される薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）について、マニュアルが用意されている。		
	☑ 薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。		
	☑ 内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。		

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
	(8)余暇・レクリエーション		
74	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 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 ☑ 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。 ☑ 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。 □ 利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。 ☑ 必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。 ☑ 地域の社会資源を積極的に活用している。	b	日頃の会話で利用者の意向を聞いているが、ドライブ時にファーストフード店での外食の希望が多い。行事等はフロアのボードで知らせたり、朝礼で話しているが、外出が何より楽しみな利用者が多い。友愛スポーツ大会等は実習修了生の協力を得ている。利用者参画によるレクリエーション企画等の検討が望まれる。
	(9)外出・外泊		
75	①外出は利用者の希望に応じて行われている a 利用者の希望に応じて行われている b 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない c 利用者の希望に応じて行われていない □ 利用者の代表や自治会等と話し合って、外出についてのルールを設けている。 ☑ 必要な時には、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。 ☑ 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。 ☑ 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。	b	外出は、届け出により行われているが、ルールの明文化はない。関心のあるイベント等はボードで紹介している。外出は買い物や外食が多く、利用者の半数程が毎月外出している。外出時の不測の事態に備え、財布に名刺判の連絡先を持たせたり、衣服の裾に連絡先を記入している利用者もいる。
76	②外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている a 利用者の希望に応じて行われている b 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない c 利用者の希望に応じて行われていない □ 利用者の代表や自治会等と話し合って、利用者主体のルールを設けている。 ☑ 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。 ☑ 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。	b	外泊は、家族との調整によって実施されている。外泊についてのルール化はなく、帰宅中の服薬等の留意点は外泊簿に記載している。帰省できない利用者には、施設の行事として外出や行事食で対応している。

福祉サービス第三者評価結果（内容評価項目）

	項目 判断基準（a・b・c） 評価の着眼点 □	評価	評価所見
	(10)所持金・預かり金の管理等		
77	①預かり金について、適切な管理体制が作られている	b	「入所者預かり金に関する規程」が作成され、預金通帳、年金証書は課長が、印鑑は施設長が保管している。施設長に毎月の現金残高報告を行ない、家族には、3か月に1回報告している。施設内での現金所持は認められておらず、買い物時や帰省時に必要額を所持させている。利用者の状況に合わせた学習プログラムが望まれる。
	a 適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている		
	b 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 管理体制が整備されていない		
	☑ 利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。		
	□ 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。		
	□ 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。		
	□ 自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。		
	□ 金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。		
78	②新聞・雑誌の購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	地元新聞2社とスポーツ紙を施設で提供している。共有の大型テレビがフロアと食堂に設置している。一部の利用者は、居室にテレビやラジオを所有し、自由に視聴し余暇を過ごしている。新聞や雑誌の個人の購買は自由であるが、現在は対象者はいない。
	a 利用者の意思や希望が尊重されている		
	b －		
	c 利用者の意思や希望に十分応じていない		
	☑ 新聞・雑誌を個人で購買できる。		
	☑ テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。		
	□ 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決められている。		
79	③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(酒、たばこ等)は、施設の方針として、所定の場所での喫煙や他の利用者に迷惑をかけない程度の飲酒は認められているが、現在は対象者はいない。クリスマス会や納涼祭では希望があれば、職員の見守りでビールを飲むこともある。喫煙、飲酒の弊害については日頃から話題にしている。
	a 利用者の意思や希望が尊重されている		
	b －		
	c 利用者の意思や希望に十分応じていない		
	□ 利用者の代表や自治会等と話し合ってルールを設けている。		
	□ 具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等）に様々な配慮を行っている。		
	☑ 酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙が認められている。		

福祉サービス第三者評価　利用者調査結果

事業所名称	障害者支援施設　石水の里

調査実施日	2013年　6月21日　10:00～16:00

利用者総数（人）	40　人
調査対象者数（人）	20　人
有効回答数（人）	18　人
回答率	90，0　%

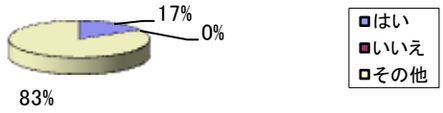
調査方法等	対象者の選定は施設側に依頼している。 聞き取り調査の場所は、施設内の会議室や相談室等で実施した。

総評	当施設の利用者は、全体的に言語によるコミュニケーションに課題がある状況の中、利用者総数の半分である20名に調査を実施し、18名から何らかの回答を得た。 質問項目23の中で、「はい」と答えた割合が一番多い項目は、質問12（食事はおいしく楽しく食べられる）の72，2%である。次に多い項目は、質問8（地域の行事参加やボランティア等との交流がある）66，7%、質問11（自由にテレビや雑誌等が見られる）61，1%の順となっている。 一方、「いいえ」の回答が最も多かった項目は、質問3（職員は居室に入るときは、ノックをしている）16，7%、次に多い項目は、質問19（職員は同じように接してくれる）11，1%、質問22（職員以外の他の人などへの相談）11，1%となっている。 また、「その他」の回答では、質問5（サービス内容や行事に利用者や保護者の意見が活かされている）100%、質問2（施設の日常生活について、わかりやすく説明がされてる）、質問17（プライバシーは守られている）は、いずれも88，9%となっている。調査時の利用者の状況を調査者が勘案し、結果、全体的に「その他」の回答が多くなっている。 障害者支援施設のアンケートは、項目が多く、40分前後の時間を要する中、利用者の身体的負担感もあり、途中で調査を終了する状況も見られた。特に、知的障害者等へのアンケートは、利用者の状況に配慮した内容及び方法の改善が求められる。 ※利用者の状況によっては、調査者の提示した選択肢による回答の可能性もあります。

利用者聞き取り調査集計結果（20名中18名）

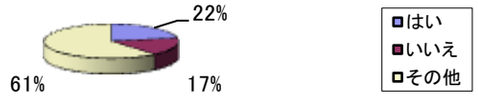
質問	回答	利用者	合計	割合
1 サービスの利用を始める際に、サービスの内容や方法について説明がありましたか	1	はい	3	16.7
	2	いいえ	0	0.0
	3	その他	15	83.3
2 施設での日常生活について、わかりやすい説明がありましたか	1	あった	2	11.1
	2	なかった	0	0.0
	3	その他	16	88.9
3 職員が居室にはいるときは、ノックや了解を求めますか	1	はい	4	22.2
	2	いいえ	3	16.7
	3	その他	11	61.1
4 サービスの内容について不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	1	はい	6	33.3
	2	いいえ	0	0.0
	3	その他	12	66.7
5 サービスの内容や行事に、利用者や保護者の意見が活かされていると思いますか	1	思う	0	0.0
	2	思わない	0	0.0
	3	その他	18	100.0
6 施設での仕事や活動は楽しいですか	1	はい	9	50.0
	2	いいえ	0	0.0
	3	その他	9	50.0
	4	非該当	0	0.0
7 工賃（給料）の決め方はわかりやすく説明されていますか	1	はい	0	0.0
	2	いいえ	0	0.0
	3	その他	0	0.0
	4	非該当	18	100.0
8 地域の行事や活動に参加したり、ボランティアや地域の方がたと交流の機会がありますか	1	はい	12	66.7
	2	いいえ	0	0.0
	3	その他	6	33.3

1 サービスの利用を始める際にサービス内容や方法について説明がありましたか

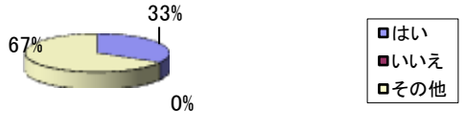


2 施設での日常生活についてわかりやすい説明がありましたか

3 職員が居室にはいるときは、ノックや了解を求めますか



4 サービスの内容について不満や要望を職員に気軽に話すことができますか

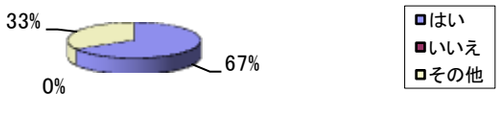


5 サービスの内容や行事に、利用者や保護者の意見が活かされていると思いますか

6 施設での仕事や活動は楽しいですか

7 工賃の決め方はわかりやすく説明されていますか

8 地域の行事や活動に参加したり、ボランティアや地域の方がたと交流の機会がありますか

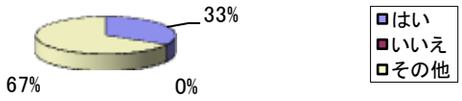


利用者聞き取り調査集計結果（20名中18名）

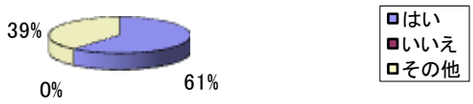
質問	回答	利用者	合計	割合
9 あなたの希望に応じて外出や外泊をすることができますか	1	はい	9	50.0
	2	いいえ	1	5.6
	3	その他	8	44.4
10 服装や身だしなみについて、あなたの希望が取り入れられていますか	1	はい	6	33.3
	2	いいえ	0	0.0
	3	その他	12	66.7
11 自由にテレビや新聞、雑誌等を見ることができますか	1	はい	11	61.1
	2	いいえ	0	0.0
	3	その他	7	38.9
12 食事はおいしく楽しく食べられますか	1	はい	13	72.2
	2	いいえ	0	0.0
	3	その他	5	27.8
	4	非該当	0	0.0
13 あなたの状態（健康のことなど）に応じたメニューになっていますか	1	はい	6	33.3
	2	いいえ	0	0.0
	3	その他	12	66.7
	4	非該当	0	0.0
14 あなたにあった食事方法（食事時間、食器・用具、食べやすい工夫、介助方法等）になっていますか	1	はい	6	33.3
	2	いいえ	0	0.0
	3	その他	12	66.7
	4	非該当	0	0.0
15 入浴は、時間帯や回数などあなたの希望に添って行なわれますか	1	はい	8	44.4
	2	いいえ	0	0.0
	3	その他	10	55.6
	4	非該当	0	0.0
16 （入浴や更衣、排泄などで）あなたが恥ずかしい思いをしないような配慮がありますか	1	はい	3	16.7
	2	いいえ	1	5.6
	3	その他	14	77.8
	4	非該当	0	0.0

9 あなたの希望に応じて外出や外泊をすることができますか

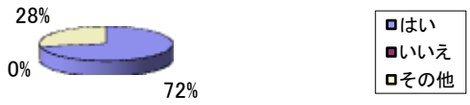
10 服装や身だしなみについてあなたの希望が取り入れられていますか



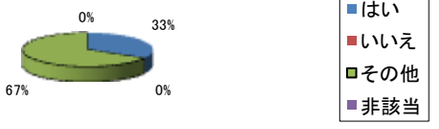
11 自由にテレビや新聞、雑誌等を見ることができますか



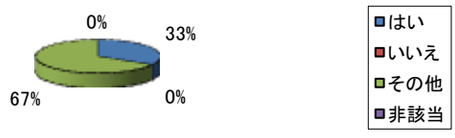
12 食事はおいしく楽しく食べられますか



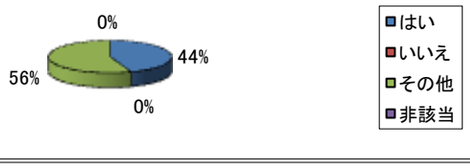
13 あなたの状態（健康のことなど）に応じたメニューになっていますか



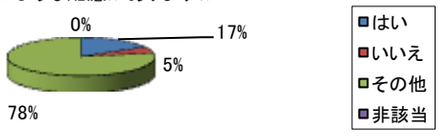
14 あなた似合った食事方法（食事時間、食器・用具、食べやすい工夫、介助方法等）になっていますか



15 入浴は、時間帯や回数などあなたの希望に添って行なわれますか



16 （入浴や更衣、排泄などで）あなたが恥ずかしい思いをしないような配慮がありますか

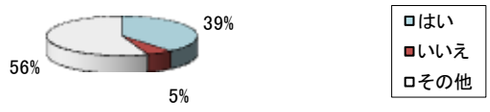


利用者聞き取り調査集計結果（20名中18名）

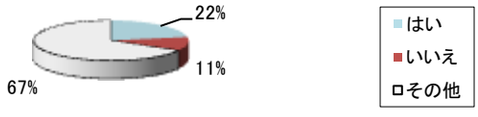
質問	回答	利用者	合計	割合
17 他の人に知られたくないことなど、あなたのプライバシーは守られていますか	1	ある	2	11.1
	2	ない	0	0.0
	3	その他	16	88.9
18 職員は、あなたに乱暴な言葉を使ったり、命令したりせず、丁寧に接してくれますか	1	はい	7	38.9
	2	いいえ	1	5.6
	3	その他	10	55.6
19 職員はみんな同じように接してくれますか。（人によって言うことが違ったり、すごく厳しい人がいたりしませんか	1	はい	4	22.2
	2	いいえ	2	11.1
	3	その他	12	66.7
20 あなたの気持ちをわかってくれる相談できる職員はいますか	1	いる	8	44.4
	2	いない	1	5.6
	3	その他	9	50.0
21 あなたが困ったとき、施設の職員は助けてくれますか	1	はい	7	38.9
	2	いいえ	1	5.6
	3	その他	10	55.6
22 困ったことを他の人（第三者委員など）にも相談できますか	1	はい	1	5.6
	2	いいえ	2	11.1
	3	その他	15	83.3
23 この施設であなたは安全に安心して生活できますか	1	はい	7	38.9
	2	いいえ	1	5.6
	3	その他	10	55.6
24 日頃感じている施設に対するご意見、ご要望などご自由にお書き下さい。	別紙			

17　他の人に知られたくないことなど、あなたのプライバシーは守られていますか

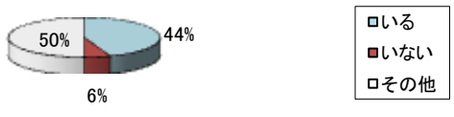
18　職員は、あなたに乱暴な言葉を使ったり、命令したりせず丁寧に接してくれますか



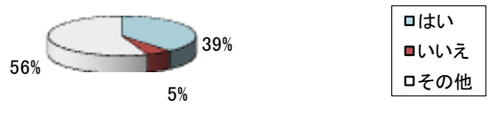
19　職員は皆同じように接してくれますか（人によって言うことが違ったり、すごく厳しい人がいたりしませんか）



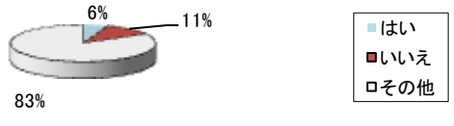
20　あなたの気持ちをわかってくれる相談できる職員はいますか



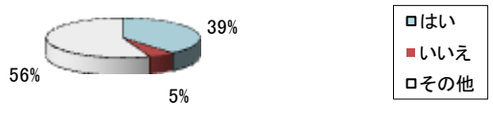
21　あなたが困ったとき、施設の職員は助けてくれますか



22　困ったことを他の人（第三者委員など）にも相談できますか



23　この施設であなたは安全に安心して生活できますか



施設に対する利用者の意見・要望等

＊施設のよい点

・自分の部屋で独自のラジカセを聞いている。

・ボランティアと三味線を弾いたりしている。

・困ってることあると相談している。

・担当といつも話している、担当が助けてくれる。

・毎日楽しい。 ずっといても大丈夫。

・週4回、基本毎日入浴。

・地域のまつり参加している。

・盆で家に一泊したり、 正月に帰省している。

・絵や折り紙の花作りが好き。

＊施設への要望等

・スパゲティー、サンドイッチ等を作ってほしい。

・家に帰りたい。

・盆だけ帰れたらいい。

・周りのうるさい場面は嫌い、風呂や食事は静かになった時を見計らって行う。

・エプロン、おしぼりたたみで忙しい。

・我慢していることが多い、言えば病院につれて行ってくれる。

・言葉のきつい人もいる、先生たちは怒らない。

・浴室にカーテンがない。

・安定剤飲みたくない（ボーッとするから）。

※ 発語がない利用者については、職員が付添い返事を肩代わりしたり、調査者の提示した選択肢での「うなずき」、表情で感情を示すこと等、非言語による状況をもとに、記載した内容もあります。