

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

1 評価機関

名 称	一般社団法人岡山県社会福祉士会
所在地	岡山市北区南方2丁目13-1 岡山県総合福祉・ボランティアNPO会館7階
評価実施期間	平成28年10月1日～平成29年3月31日

2 事業者情報

【平成29年1月1日現在】

事業所名称: ひらた旭川荘 (施設名)かえで寮	サービス種別: 障害者支援施設
管理者氏名: 施設長 濱口喜直	開設年月日: 平成15年4月委託
設置主体: 社会福祉法人旭川荘	代表者 職・氏名: 理事長 末光茂
経営主体: 社会福祉法人旭川荘	代表者 職・氏名: 理事長 末光茂
定員: 50人	利用人数: 50人
連絡先電話番号:	FAX番号:
ホームページアドレス: http://www.asahigawasou.or.jp/satokaede/kaede.HTM	E-mail: fukushi-kaede@asahigawasou.or.jp

サービス内容 (事業内容)

重い障害を持った利用者一人ひとりのニーズと意志決定を尊重し、安定した生活の維持及び社会的自立・地域生活移行に向けた支援に取り組んでいます。

日中活動では、個人の障害程度や特性に応じて、健康の維持・増進をねらいとしたウォーキング、趣味的な手工芸などの機会を提供しています。また、環境福祉の視点を持ち、樹木の剪定屑や食品廃棄物を活用し、炭焼き窯・生ゴミ処理機を使用しての生産活動を新たに取り入れています。さらに、開かれた施設機能づくりのため、積極的にボランティアを受け入れ、行事などを通して地域との交流を図っています。

居室の概要				居室以外の施設設備の概要		
男性棟		洋室	和室			
(いちよう)	1人部屋	1	0	いちよう	トイレ・洗面所各2	食堂1
	2人部屋	2	0		デイルーム1	浴室、脱衣場各1
	3人部屋	3	0		医務室1	倉庫1
(ひいらぎ)	1人部屋	3	0	ひいらぎ	トイレ・洗面所各1	倉庫1
	2人部屋	0	0		デイルーム1	ひいらぎ・かりんの共有で食堂1、浴室1、脱衣場1
	3人部屋	3	2		静養室1、医務室1	
女性棟	1人部屋	2	0	かりん	トイレ・洗面所各1	
	2人部屋	0	0		デイルーム1	

	3人部屋	3	1	3棟共有	静養室1	倉庫1
	4人部屋	0	1		作業室3、作業場2、相談室1、多目的室1、ロッカールーム1、書庫1	
職員共有 体育館・運動場はひらた旭川荘で共有						
職員の配置						
	職 種	人 数			職 種	人 数
	施設長	1人			看護師	1人
	サービス管理責任者	1人			書記	1人
	生活支援員	38人				
	生活支援助手(アルバイト生)	12人				
	管理栄養士	1人				

3 評価結果総評

◇特に評価の高い点

- ・県から土地、建物の移譲を受け、平成15年から施設運営が行われています。建物が老朽化し、使用をするのに不便なことが多々ありますが、施設長を中心にして、利用者にとって安全で安心な生活が送れるように職員の方々による改善が日々なされています。
- ・具体的には、利用者の自己表現を看ることによってサービスを検討していく検討研修が行われています。スヌーズレンを実施できる空間を造り、利用者の感情の理解、行動の理解を進めようと取り組まれています。
- ・利用者の高齢化、障害の重度化にともない、対応をすべく職員の積極的参加によって研修が行われています。研修によって施設としての許容力、介護力、安全度のレベルアップに繋がっています。
- ・10か年計画を策定し、ひらた旭川荘の将来像が検討されています。西バイパスの開通により、周囲地域の開発が進み、福祉ニーズも変化してきています。ここ5年以内に建物の全面建て替えを計画し、財政的な裏付けと各施設の将来デザイン描き、そして地域の住民の方々の方々の要望を取り入れた実現に向けた作業が進められようとしています。
- ・地域に開かれた障害者支援施設を目指して職員の方々が日々研鑽され、サービスが行われていることを高く評価するとともに、新しい施設が早く完成し利用者の方々がより満足され、地域の方々の理解がより進むことを期待いたします。
- ・利用者に寄り添いながら、その方のエンパワメントを高める支援を行っています。
- ・障害の特性を理解し、最良の支援方法を常に考えています。
- ・職員会議や寮舎会議を行い、職員間で情報の共有やサービスの質の確保につとめています。

◇改善を求められる点

- ・中・長期計画が立てられていますが、具体的な目標設定が明確ではないようです。したがって、事業計画に反映させることが難しく、抽象的な内容になっています。建て替えに必要な財政的裏付けや、敷地の検討、職員の必要数等検討をしなければならない課題があり、事業年度にしなければならない作業が出てくると考えられます。その点の検討をお願いします。
- ・人事考課について昇進に必要な評価はされていますが、賃金に反映する評価や中間管理職の方々を評価者に組み入れた組織全体で行う考課がなされていません。研修の成果や日々の勤務の状態を公平に評価することは職員の方々のモチベーションに大きく影響します。組織全体で評価できるシステムを検討していただきたいと思えます。
- ・勤務データの作成が自己申告となっています。ありのままの勤務実態が把握できないことによる影響は多々出てきます。特に、残業の発生や有給休暇の取得状態を把握するのに絶対に必要となります。給与にすぐ反映するようなタイムレコーダーでなくても導入の意義はあると思えますので検討をお願いします。
- ・現在のホームページでは、情報発信が十分とはいえません。もう少し充実させてはいかがでしょうか。
- ・築後40年近い建物や設備の中で、個人のプライバシーや、日常生活での空間確保が難しい状態で

す。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回初めて第三者評価を受けました。率直な感想としては、力を入れて取り組んでいる部分への評価を頂くことができ今後の施設運営に自信を持つことができました。いい評価を頂いた面が劣化することがないように今後も努力や研鑽・研究を進めて施設運営に取り組むことに致します。反面、建物等の老朽化を指摘され、プライバシーのない環境でご利用の方が生活している実態を改めて意識することができました。施設の職員を長くしていると、集団的な支援が当たり前、また、将来へ向けたその人の人生設計をあまり意識せずに支援にあたる等マンネリ化に陥ります。今回のように専門職である第三者の目を通して施設の実態を見ていただくことは、傲慢な独りよがりになる支援を見直すよい機会になりました。また、具体的な目標を自分なりに示していると思っていた点も、今後の事業展開が抽象的である、施設の使命が分かりづらい等意見を頂き早速改善しようと思いました。地域や社会への情報発信についてもホームページが貧弱との指摘を受け次年度改善する予定です。

5 評価分類別評価内容

評価対象 I	
1 理念・基本方針	<p>法人全体の理念はありますが事業所としての理念が作成されていません。基本方針や行動規範を決めるに当たって、よりわかりやすい事業所としての基本的な考え方を表す理念の策定が望まれます。また、パンフレットやホームページへの掲載も必要と思われます。</p> <p>基本方針はわかりやすく事業所のすべき方針が述べられており、更に理念との整合性を考えていただければと思います。</p> <p>利用者の方々の周知は困難と思われますが、家族への周知は必要です。事業所として普段どのような理念や基本方針で運営に臨んでいるのか理解してもらうことは施設全体の理解につながります。具体的な取り組みを実施されますことを望みます。</p>
2 計画の策定	<p>10か年計画の策定が進められていて委員会も活動を行っています。目標が明確になっており事業所の方向がわかりやすく述べられています。事業計画が作成されていて重点目標と実施事項は述べられていますが、財政面、人員、計画の具体性が事業計画の中に盛り込まれていません。法人本部との業務分担がわかりませんのでどこまで踏み込めるのかわかりませんが、将来デザインをひらた旭川荘として打ち出すことは必要と思われます。計画の促進を図るべく事業計画でより具体化されることを望みます。</p>
3 管理者の責任とリーダーシップ	<p>勤務経験と自己の研鑽により、事業所の現状を理解され強いリーダーシップで施設を運営されていることが理解できます。日頃の職員の意識や意欲を把握するように努められていて、研修計画や人事面に生かされていました。また、利用者への日頃の支援について、根拠ある支援を職員の方々と追及されていることが理解できました。</p> <p>事業所における正規職員と契約職員の占める比率が拮抗しており、改善を本部に要望していることや中堅層が育っていないことなど課題を把握されていて、今後解決に向けて尽力されることを期待いたします。</p>
評価対象 II	
1 経営状況の把握	<p>経営環境の把握がされていて、職員の資格取得や有資格者の確保など加算給付対象となる人員配置の確保が実施されています。収入増加につながる支援費の増加が望めないことから、職員の確保が重要となっています。施設として利用者への支援レベルを向上させるためにリハビリスタッフの配置を検討したり、契約職員の正職員への登用を促進することを検討しています。</p> <p>施設の老朽化について改修すべきところは補修しながら施設の全面改築に必要な財源の確保が進められています。</p> <p>ひらた旭川荘としては全施設が老朽化していることから、支部として本部に対して要望書を提出し計画の促進を図っています。</p> <p>外部監査については2年に1回公認会計士による精査が行われ、指摘事項</p>

	<p>に対する改善がなされています。計画の実現に向けた職員の方々の更なる努力を期待いたします。</p>
2 人材の確保・養成	<p>退職者が少なく、計画的な募集活動はしていません。契約職員の確保はハローワークへの募集や広告を使つての募集を頻繁に行っています。有資格者の確保について積極的に職員へ働きかけ、資格の取得への支援が行われています。</p> <p>人事考課について昇格の判断として施設長による評価は実施されていますが、昇給につながる人事考課は実施されていません。本人の技術レベルの評価は研修計画を立てるときに実施されていて、研修計画に反映しています。自己評価、目標管理、部下への上司の評価等人事考課に必要とされるシステム及び評価規準を作成され、評価者訓練を行われる中で人事考課が施設運営に生かされるよう検討を進められることを期待します。</p> <p>就業状況が把握されていますが、自己申告となっておりタイムレコーダーが使用されていません。残業時間の把握を正確にするために導入されることを進めます。但し、超過勤務については施設長の命令のもと行っています。また、自己申告だけでなく直属の上司からの報告も超過勤務の把握に取り入れています。</p> <p>一方、有給休暇の取得については把握されており、取得率の年度末に計算されています。職員の方々の福利厚生面での充実に向けて更なる検討をお願いします。</p>
3 安全管理	<p>利用者の安全確保に必要なマニュアルが整備されています。安全委員会において日々利用者の安全についての検討がなされ、対策・改善が進められています。</p> <p>また、災害時、緊急事態の発生への対応については検討がされていますが、地震時の液状化対策、不審者の侵入に対する対策など未実施の案件があります。</p> <p>一方、ヒヤリ、ハットの報告は実施され、報告書の分析もなされています。報告者が事故報告をする際、正確に具体的に報告が出来るよう報告書の様式を検討されるよう望みます。また、同時にその報告書にて検討された結果が記載できるように改善をお願いします。報告については毎月リスクマネジメント委員会が取りまとめ、翌月の職員会議で内容や改善結果が報告されています。</p>
4 地域との交流と連携	<p>施設に対する地域住民の理解を深めるために努力をされています。月1回のひらたの市、夏・秋に行われるお祭り、コンサートの開催など地域交流活動が積極的に行われています。</p> <p>また、環境整備がボランティアで地域住民の方、中電工などの企業等の協力を得て実施されています。近隣地域の住宅開発に伴い住民も増えており、子供たちとの交流を図るためにプレパークを催しています。敷地内を住民の方々が自由に歩くことができ、開かれた施設となっています。</p> <p>今後保育園を設置する計画もあり、相談支援体制の充実や医療・福祉の充実した、地域に開かれた施設を目指されています。</p>
評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス	<p>利用者の意向を尊重し、「待つ」姿勢を心がけています。見守りと声かけ、少しの介助で主体的に行動できるよう支援しています。また、会話が難しい利用者とはカードを利用してコミュニケーションをはかっています。加えて、行動予定表を作成しており、本人の意思にそって計画しています。</p> <p>自治会は設置されていませんが、家族からは年に2回のモニタリングにより要望を聞いています。</p> <p>一方、施設サービスについては、職員による寮舎会議において利用者の安全や希望を考えた提案が出され実行されています。障害の特性から行動抑制が必要な場合があっても、多方面からのアプローチにより自由に生活できるような配慮ができています。また、毎月、行動規範の振り返りチェックや虐待防止の自己チェックにより職員全員が自らを厳しく律しています。</p>

<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>それぞれの寮舎会議において、不適應や問題行動に対する支援、医療、栄養などの業務全般について話し合いを行っています。このように、ありのままを受け止める支援を基本にしており、支援方法について異なった意見が出る時は、とりあえずやってみようという柔軟な体制作りができています。</p> <p>また、職員会議ではリスクマネジメント、高齢化対応準備委員会、支援困難事例対策委員会、ヒヤリハット、日中活動の見直し、研修会の報告などが話し合われ、サービスの質の確保に努めています。事故報告書は概要が詳しく説明され医療機関や家族への連絡、今後の対策、必要な届出など綿密な書式になっています。</p>
<p>3 サービスの開始・</p>	<p>施設に関するパンフレットとホームページは簡単なものとなっています。利用希望者は、見学や一日利用する事ができるとともに、重要事項説明書はすべてにふり仮名をつけて読みやすくしています。加えて、施設での暮らしが詳しく説明されているので、利用者や家族が安心して入所できる内容になっています。一方、利用者、家族ともに高齢化しており地域生活への移行や施設移行の希望はありません。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>アセスメントは入所時と平成25年に全員取っており、今後実施していく予定です。一方、サービス支援計画とモニタリングは半年毎にケア会議で策定されており、家族からの意見が記載されています。生活状況は毎日記録され、個別支援が適切に行われています。</p>
<p>サービス種別ごとの基準</p>	<p>1. 食事 利用者の身体状態に合わせた食事形態(主食:ご飯、粥・ペースト副食:普通食、一口、刻み、ペースト等)が提供されています。また、その日の状態によって変更した食事を用意しています。栄養士が利用者に嗜好を聴いていますが、利用者からの希望はありません。食事は外部委託にしています。献立表は栄養士が身体状況に配慮、管理しています。食堂の壁面に絵や飾りがあり、暖かな雰囲気に対応できるような配慮が見られますが、食堂が狭くゆったり食事が出来るとは言えません。</p> <p>2. 入浴 個浴対応ではなく、2～3人で隔日入浴をしています。脱衣所に1名の職員、浴室は2名の職員で介助がなされています。プライバシー保護の観点から個室化の入浴が望まれます。障害が重く、高齢化もあり、安全の為に入浴時間は職員配置の多い時間帯となっています。一方、失禁や失便の際にはシャワーを使用して清潔を図っています。シャワーの温度は管理調整して、やけど等の事故の無いよう配慮しています。浴室・脱衣場の設備は老朽化しており、改善や補修をしています。冷暖房設備は集中管理になっています。</p> <p>3. 排泄 便秘症や腸閉塞の既往や血尿等で看護師から指示のある利用者には排泄状態の記録をしています。排泄介助のマニュアルは用意されています。トイレは清潔に保たれていますが、狭くプライバシーに配慮した構造・設備は不十分です。</p> <p>4. 衣類 好みを尊重して援助をしていますが、季節感がない場合や自己選択が難しい利用者には職員による判断も多くなっています。 こだわりにより汚れた衣類を着替ええない事もあり、利用者の様子や状況に合わせて対応しています。</p> <p>5. 理容・美容 有償ボランティアの理美容の業者に毎月、施設に来て貰っています。顔見知りのボランティアが来るのを楽しみに待っており、女性利用者の髪型や毛染めの要望に対応しています。男性からは髪型の要望は無いようです。化粧をする方はいません。</p>

6. 睡眠

不眠により同室者の睡眠を妨げる場合は、デイルームで見守りを行っています。パットを使用せずにトイレ誘導を行うことを基本にしていますが、睡眠を優先して吸収率の良いパットを使用しています。また、1日の生活リズムに基づいた時間の設定を行い支援をしています。

7. 健康管理

事業計画に生活習慣病や感染症に留意した健康管理が明記されています。また、定期受診では、早期発見、早期治療に努めています。具体的には、内科検診、血圧測定、体重測定(1回/月)、定期健康診断(2回/年)、歯科(随時)、婦人科(1回/年)を実施しています。

加えて、健康管理のマニュアルや各個人の病名・症状・処方薬、興奮時不眠時等のマニュアルが整備されています。緊急時の救急対応や連携病院へ搬送する際等のマニュアルも整備されています。具体的には、職員からの報告で看護師が状態変化を把握し、主治医に連絡、職員へ指示をしています。日々の内服薬は看護師が管理、職員が与薬・嚥下確認を行っています。

8. 余暇・レクリエーション

利用者の言語・コミュニケーション能力や理解力に限界があり、意思の疎通が難しくそれぞれの対応になっています。

現在の余暇活動において、利用者の反発や不満はありません。

9. 外出・外泊

職員が情報を収集して旅行を計画実施していますが、参加できる利用者は限られています。映画鑑賞に付き添い同行をしており、買物・外食の外出も個人の希望により支援をしています。

重度の障害や高齢化のため家族の受け入れが難しく、外泊者も少なく、正月・お盆・週末に帰省が出来る利用者は5~6人程度となっています。

10. 所持金・預かり金の管理

障害年金や利用料等の支払いは個人の通帳で管理されるとともに証憑類も整備されており、事故が生じないよう取り扱い規程や管理体制が整っています。

事故を配慮してテレビの個人所有はなく、共有スペースで視聴してもらっています。新聞や雑誌の購読の希望はありませんが、新聞広告のチラシを好む方にはチラシを提供しています。

評価細目の第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

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

Ⅰ-2 事業計画の策定

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

Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅰ-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅰ-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	(a)・b・c
Ⅰ-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	(a)・b・c
Ⅰ-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅰ-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
Ⅰ-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a・(b)・c

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		○a・b・c
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。		a・○b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		○a・b・c

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		a・○b・c
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。		a・○b・c
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。		a・○b・c
Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。		a・○b・c
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。		○a・b・c
Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。		○a・b・c
Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。		○a・b・c
Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受入れと育成に対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。		○a・b・c
Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。		○a・b・c

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	
Ⅱ-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(1)-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。	a・Ⓑ・c
Ⅱ-3-(1)-③ 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を行っている。	a・Ⓑ・c

Ⅱ-4 地域との交流と連携

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

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a・Ⓑ・c
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a・Ⓑ・c
Ⅲ-1-(1)-③ 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・Ⓑ・c
Ⅲ-1-(1)-④ 利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ・b・c

Ⅲ-1-(1)-⑤ 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・ <input checked="" type="radio"/> b・c
Ⅲ-1-(1)-⑥ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a・ <input checked="" type="radio"/> b・c
Ⅲ-1-(1)-⑦ 虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）や体罰による人権侵害の防止策や万一に備えての取組が徹底されている。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a・ <input checked="" type="radio"/> b・c
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。	a・ <input checked="" type="radio"/> b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a・ <input checked="" type="radio"/> b・c
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・ <input checked="" type="radio"/> b・c

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の上昇に向けた取組が組織的に行われている。	
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a・ <input checked="" type="radio"/> b・c
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a・ <input checked="" type="radio"/> b・c
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	
Ⅲ-2-(2)-① 個々の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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・ <input checked="" type="radio"/> b・c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	

Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	Ⓐ・b・c

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	Ⓐ・b・c

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a・Ⓐ・c
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a・Ⓐ・c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c

評価対象Ⅳ 具体的なサービス内容

Ⅳ-1 日常生活支援

		第三者評価結果
Ⅳ-1-(1) 食事		
Ⅳ-1-(1)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a・Ⓐ・c

IV-1-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a・(b)・c
IV-1-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・(b)・c
IV-1-(2) 入浴	
IV-1-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a・b・(c)
IV-1-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・(c)
IV-1-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・b・(c)
IV-1-(3) 排泄	
IV-1-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a・b・(c)
IV-1-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a・b・(c)
IV-1-(4) 衣服	
IV-1-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a・(b)・c
IV-1-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a・(b)・c
IV-1-(5) 理容・美容	
IV-1-(5)-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・(b)・c
IV-1-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a・(b)・c
IV-1-(6) 睡眠	
IV-1-(6)-① 安眠できるように配慮している。	(a)・b・c
IV-1-(7) 健康管理	
IV-1-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	(a)・b・c
IV-1-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	(a)・b・c
IV-1-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	(a)・b・c
IV-1-(8) 余暇・レクリエーション	
IV-1-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の要望を考慮し、利用者の嗜好に応じて行われている。	a・b・(c)
IV-1-(9) 外出・外泊	
IV-1-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・(b)・c
IV-1-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a・b・(c)

IV-1-(10) 所持金・預かり金の管理等		
IV-1-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。		Ⓐ・b・c
IV-1-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。		a・b・Ⓒ
IV-1-(10)-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、利用者の意志や希望が尊重されている。		a・b・Ⓒ