

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成27年10月19日(月)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：あすか	種別：施設入所支援・生活介護	
代表者氏名：堀 徳太郎	定員（利用人数）：35名（33名）	
所在地：愛知県一宮市千秋町一色字東出26番地		
TEL：0586-75-4680		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成16年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人コスモス福祉会		
職員数	常勤職員： 43名	
専門職員	（管理者）1名	（生活支援員）32名
	（サービス管理責任者）2名	（看護師）3名
	（理学療法士）3名	（嘱託医他）2名
施設・設備の概要	（居室数）28室	（設備等）作業室・多目的室
		食堂・浴室・相談室・医務室
		静養室

③理念・基本方針

<p>理念 （法人） 多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫されることにより、利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を地域社会において営むことができるよう支援する。</p> <p>（施設・事業所） ①人としての尊厳と一人一人の個性を尊重し、常に利用者が主体であること。 ②家族や他の支援者と連携し、利用者にとって望ましい生活を利用者と共に考え続けること。 ③日常の支援を通して、利用者支援者が互いに成長できること。</p> <p>基本方針 ①利用者が「何を言っているか」「どんな行動をするか」ではなく、「何を伝えようとしているか」を大切にする。 ②その時起きていることを「過去（原因）」→「現在（結果）」→「将来（見通し）」という進行形でとらえる。 ③その人の「部分」とらわれず、「全体」と向き合うこと。 ④理想像に人を当てはめるのではなく、「その人らしさ」を大切にする。 ⑤支援「する側」と「される側」の関係が固定的にならず、豊かな感受性をもって「対等な関係」を目指す。</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①旧法時代から「作業班」を設置し、給料を支払う等、「生活のメリハリ」を大切にし、平日は入所利用者と通所利用者が課題別に班を編成して一体的に活動している。
- ②自立支援法施行前から、入所利用者が法人内他事業所へ通所する取り組みや、地域移行への取り組みにも取り組んできた。現在、入所利用者のうち2名が平日は他事業所へ通所し、2名が他事業所と日中活動を併用することで連携を図っている。
- ③地域の自立支援協議会の各部会や、基幹相談支援相談支援センター等の相談支援やグループホーム他全国・東海北陸及び県身体障害者施設協議会等と、利用者の支援について連携を図っている。
- ④法人内通所事業所利用者の「いざという時」の拠り所として、また最近では「虐待時の緊急保護」の受け入れ先として、短期入所の充実を図っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 7月 8日（契約日）～ 平成28年 2月 9日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回 （平成24年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の先見性

法人内で中核的な存在にある管理者は、サービスの向上を目指す事業所の改善手段の一つとして第三者評価の有効性に着目し、早い時期から第三者評価の受審を検討してきた。定期的に自らの組織の改善度合いをチェックすることを目的としており、今回が3回目の受審である。受審で得た重要な気づきを事業所運営に反映させており、今回も様々な改善点が見られた。管理者の呼びかけに応じて、法人内の他事業所でも第三者評価受審の動きが活発化している。

◆経営課題に対する適切・迅速な対応

当事業所に限らず、福祉事業全体にわたって「人材不足」が大きな問題となっている。これを一事業所の問題とせず、法人の経営課題としてとらえ、抜本的な改善・改革へと歩を進めている。人事制度改革の一環として各種手当の見直しを図り、勤続表彰制度や資格取得のための助成金制度を導入した。職員個々に作成されている「業務の振り返りシート」の活用も、事業所における人事管理制度の主要なツールとして位置付けられている。

◆熱い思いを持った家族の協力

事業所運営に理解を示し、熱い思いを持った利用者の家族が月に2回事業所に集い、奉仕活動に精を出す。施設内外の清掃活動と周辺の草取りが主たる作業であるが、職員の手が足りない状況の中では、後方支援の大きな戦力と言える。家族会も組織されており、事業所と共催で「デイキャンプ」が毎年実施されている。ここでも家族の協力的な支援があり、外出機会の少ない利用者にとっては、貴重な一日となっている。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の策定を

法人の中・長期計画が漠然としていることから、事業所単位での中・長期計画の策定が遅れている。たび重なる法制度の改正や会計体系の変更等があり、明確に中・長期的な展望を述べることの難しさはある。しかし、そのような状況であるからこそ、事業所の進むべき方向性を職員全員が一つにすることが必要となろう。現在、事業計画は綿密に立てられている。その事業計画が、事業所の将来展望（中・長期計画）を踏まえて作成されることを望みたい。

◆乏しい職員の研修参加意識

職員不足の影響からか、職員の研修に対する参加意欲が薄くなってきている。法人の計画する合同研修や事業所内研修には、当初予定した対象者の不参加が目立つ。前年度、事業所内で毎月開催されていた「パート勉強会」も後半は開催されることがなかった。法人の人事制度改革の一環として導入された「資格取得のための助成金制度」への申請も少ない。法人と事業所が職員に対する教育・研修に関してのそれぞれの立場と役割を明確に規定し、場当たり的な研修の開催ではなく、人事制度に基づく職員育成の重要な手段としての教育体系を整えることを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回もご指摘いただいた「法人の中長期計画」「法人の理念」について改善できておらず、今回こそは改善に向けて結果を出していきたいと思っております。

質・量ともに「人材」の課題は重く、これが改善へと向かえば様々な問題も改善の方向へ向かうのではないかと思います。「人が育つ」仕組み作りと「離職防止」の取り組みに尽力していきたいと思っております。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(72項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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・周知されている。			
I-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	障 1	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
「倫理綱領」は定められているが、明確な法人理念がなく、事業所独自の理念展開をしている。理念の骨子は、「利用者の尊厳・個性の尊重、利用者主体」、「家族等との連携による望ましい生活の追求」、「利用者職員とが共に成長」であり、さらに具体的な基本方針へと展開している。家族への周知に関しては、月に2回実施されている奉仕活動(清掃、草取り等)に積極的に参加する家族と、そうでない家族との間に温度差があり、理念や基本方針の理解にも差が生じている。			

I-2 経営状況の把握

			第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
I-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	障 2	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
管理者が県の事業者団体の要職を務め、そこから最新の情報を得て事業所運営に活かしている。法人の中核的存在として法人への問題提起や改革・改善に主体的に係わり、その成果に期待したい。			
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障 3	② ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「離職による人員不足とスキルの不足」、「研修への参加意欲の低迷」、「専門職(看護師、理学療法士等)と生活支援員との連携の不調」、「特定の職員への業務集中」が、経営課題として挙げられており、これらの抽出されている課題は、すべてから人事制度上の問題である。解決のために職員の安定雇用を目指し、勤続表彰制度を設けたり、手当の見直しを図ったり、「業務の振り返りシート」を導入したりと様々な手を打っている。			

I-3 事業計画の策定

			第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	障 4	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
事業所単独の中・長期計画は策定されていないが、法人の中・長期計画を拠り所として事業運営を行っている。事業所の進むべき方向性を内外に知らしめるためにも、綿密な事業所の中・長期計画の作成が待たれる。			
I-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	障 5	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は綿密に作成されているが、中・長期計画を持たないことから、前年度の事業計画の反省に立って次年度の事業計画を作成している。			

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障 6	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所内の各種会議や委員会の活動状況を的確にとらえ、事業計画に反映させている。人員不足による時間的不足もあって期中の見直しが実施できない状況ではあるが、年度末には的確にポイントをとらえた報告書(評価)を作成している。			
	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	障 7	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
理念・基本方針の周知と同様、熱い思いを持って奉仕活動に参加する家族有志と、事業所運営に興味を持たない家族との間に温度差がある。多くの「声なき家族」の意見や要望を如何にして顕在化させるか、さらに如何にして事業所運営に反映させるか、この課題を解決するための工夫を望みたい。			

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

			第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	障 8	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所運営にPDCAサイクルを活用しようとの思いがあり、現場支援の21項目について「業務の振り返りシート」を活用して職員個々が自己の業務の評価・検証を行っている。このシートを仲立ちとして管理者との個別面談が2回実施されており、職員個々の資質の向上にも役立っている。第三者評価の受審も計画的(3年毎)に実施されている。			
	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	障 9	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「業務の振り返りシート」や第三者評価の受審結果から得られた課題は明確になっているが、計画的に改善に取り組むには至っていない。改善活動に実施にあたっては、抽出した改善課題に優先順位を付け、「責任者の明示」、「改善期限とスケジュール」、「改善の具体的方法」等を明確に定めて取り組むことを望みたい。			

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	障 10	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は県の身体障害者施設協議会の役員を務め、そこで得た知識や情報を事業所運営に役立てている。的確な指示や指導もあって、職員からの信頼度も大きい。「あすか職員系統図」と「あすか(会議)組織系統図」の2本立ての組織図を用意し、職員それぞれの理解や認識を深めるツールとしている。			
	Ⅱ-1-(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。	障 11	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員の研修への参加意欲が低下しており、管理者が意図する研修効果が上がっていない。人員不足の課題が大きいのしかかってきており、前年度においては毎月開催されていたある研修(パート勉強会)が、後期には実施できない状況であった。			

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	障 12	㉗ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内でいち早く第三者評価の有効性を認識し、積極的に受審促進に努めてきた。当事業所は今回で3回目の受審となるが、法人内の他事業所へも受審の動きが波及している。毎年職員を対象とした「虐待防止のアンケート」を実施して予防に努め、透明度のある事業所運営を実現している。			
	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ㉘ ・ c
評価機関のコメント			
業務改善に関しては人事制度上の課題が多く、処遇制度の改訂や人事考課制度の導入、安定雇用対策、キャリア・パスと連動した職員育成システムの構築、教育・研修体系の整備等々、法人全体での検討が必要となっている。長期的な視野に立って人事制度を専門的に検討・研究する法人レベルの委員会(人事制度委員会)の立ち上げが必要な時期に来ているようである。			

II-2 福祉人材の確保・育成

			第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	障 14	a ・ ㉙ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期的な視野に立った人事計画(要員計画)はなく、欠員補充が第一義となっている。期中に、職員の希望や育成とは関係なく人事異動が行われることもある。			
	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉚ ・ c
評価機関のコメント			
「倫理綱領」と、それに基づく「行動指針」が明文化されているが、法人としての人事考課制度がないために、事業所における人事管理も十分とは言えない状態である。法人レベルでの取り組みを期待したい。			
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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	障 16	a ・ ㉛ ・ c
評価機関のコメント			
「業務の振り返りシート」を使って管理者と職員との面談が年に2回あり、その機会に職員の就業上の意見や要望を聞き取っている。前年度に欠員補充で苦戦したことを踏まえ、職員の安定雇用を目指して働きやすい職場作りを模索している。勤続表彰制度や各種手当の見直しも行われた。事業所全体で意識して有給休暇の取得を奨励しているが、職位や職種によっては有給休暇が取りづらい職員が出ている。			
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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	障 17	a ・ ㉜ ・ c
評価機関のコメント			
今年度より育成面談の導入を計画しており、成果が期待できる。キャリア・パスや人事考課制度と連動した人材育成システムの構築を期待したい。			
	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	障 18	a ・ ㉝ ・ c
評価機関のコメント			
教育・研修に関する基本方針は事業計画の中で述べられている。事業所単位での方向性は示されているが、個々の職員についての教育ニーズの把握には至っておらず、一人ひとりの研修計画も作成されていない。研修実施後の、教育効果の検証も不十分である。			

II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	障 19	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>人員不足による勤務シフトの窮屈さから、思うように事業所内研修を組めなくなっている。研修の呼びかけにも期待されただけの職員数は集まらない。専門的な資格の取得を目指す職員の便宜を図り、受験費用の補助や合格祝い金を制度化したが、職員の反応は薄い。</p>			
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 20	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>「あすか支援マニュアル」の中に実習生の受け入れに関する手順が示してあるが、受け入れの意義や目的が明確に示されておらず、実施後の効果の検証も実施されていない。</p>			

II-3 運営の透明性の確保

			第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	障 21	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人のホームページはタイムリーに更新されており、事業所の最新の情報を見ることができる。第三者評価を定期的に受審し、今回が3回目となる。苦情や相談の受付についての体制は構築されているが、それを公表する仕組みが定まっていない。</p>			
II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	障 22	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人監事による内部監査は適切に実施されているが、外部の専門家による財務・会計面の監査の受審実績はない。</p>			

II-4 地域との交流、地域貢献

			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	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	障 23	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者と地域との交流を促進することを事業計画に謳い、イベント開催の都度地域に案内のチラシを配布し、積極的に地域にアクセスしている。さらに、ボランティアの活用を積極的に推進し、事業所イベントや法人主催の「コスモス祭り」には大勢のボランティアが集結する。地域との交流の一環として始まった「日曜喫茶」は、所期の目的には到達していないが、試行錯誤を繰り返しながら継続開催されている。</p>			
II-4-(1)-②	ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	障 24	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>ボランティアの受け入れは多く、事業計画やマニュアルに沿って計画通りに実施されている。しかし、受け入れ実施後の評価や反省が記録(報告書)として残されていない。PDCAサイクルの「C」と「A」が機能していない。表題の「…体制を確立している」とは、PDCAサイクルが回っていることと理解して欲しい。</p>			

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	障 25	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所として、あるいは利用者として、最も重要な社会資源の一つが利用者の生命を守る医療機関である。事務室には、提携する医療機関の担当医師の分担表が掲示しており、いかなる事態が起きようとも迅速な対応が可能な体制をとっている。関係先の電話リストが備えてあり、近年、連携の重要性が高まっている相談事業所との関係も緊密度を増している。			
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障 26	a ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント			
法人機関紙「コスモス便り」を地域に配布し、地域交流の懸け橋としている。恒例の「コスモス祭り」では、数千人の地域住民が会場に集まって楽しい一日を過ごす。市と福祉避難所としての契約を結び、AEDを設置して地域に広報しており、有事における地域住民の大きな安心感となっている。課題としては、事業所の保有する専門的な知識や技術を活用し、地域に対して啓蒙する取り組みが残っている。			
	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障 27	㉘ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の相談支援事業所と連携したり、市・自立支援協議会の会合に参加することで、地域の福祉ニーズを収集・把握している。地域の特別支援学校と連携することによって、中・長期の福祉ニーズをも把握することが可能となっている。さらに、約30名の待機者の状況を聞き取り調査し、毎年更新して最新の状態を維持している。			

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 利用者を尊重した福祉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。	障 28	a ・ ㉙ ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービス提供が明示されており、「倫理綱領」を始め利用者の基本的人権を守るための規程集が整備されている。利用者を尊重した福祉サービスが提供されていることをチェックするため、「振り返りチェックシート」や「ケアガイドライン」を活用している。職員によって意識レベルに差が見られ、共通の理解を持つための取り組みが望まれる。			
	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障 29	a ・ ㉚ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のプライバシー保護や虐待防止等の規程・マニュアルが整備されており、規程・マニュアルに基づいた福祉サービスが提供されている。職員(特に新人職員)が、確実に規程・マニュアルに基づいた支援ができるよう、勤務に入る前に二人一組で規程・マニュアルの読み合わせをし、支援の統一を図る取り組みが行われている。職員により、読み合わせの進行に大きな差が出ているが、全職員が終了した後に、何らかの方法で効果測定をすることが望まれる。			
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	障 30	㉛ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者に対して、福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供している。相談支援センターが受け付け窓口になっており、利用希望者の情報を迅速に共有できる体制ができています。利用希望者には、施設をわかりやすく紹介したパンフレット等にて丁寧に説明し、施設内の見学や、必要に応じて体験利用を行っている。利用待機者が多数いるが、諸事情を考慮して優先順位を定期的に見直している。			
	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	障 31	㉜ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービス利用に当たっては、パンフレットや重要事項説明書・契約書等により丁寧にわかりやすく説明を行い、利用者や家族の同意を書面で得たうえでサービスを開始している。意思決定が困難な利用者については、家族や後見人に書面で同意をもらっている。サービスの変更について、利用者や家族からの要望により変更する機会が多く、不安なく変更できるように柔軟に対応している。			

	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 32	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
サービス変更に当たっては、相談支援センターの相談支援専門員を交えて、変更後のサービスの内容を詳細に、かつ分かりやすく利用者や家族に説明している。その同意を得たうえで関係機関との連絡・調整を行い、スムーズに変更できるように配慮している。利用が終了した後も、定期的に連絡や情報収集をしてアフターケアを行っている。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障 33	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
担当する職員が利用者から個別に聞き取りをして、利用者の要望を把握している。定期的に開催される自治会役員会に利用者代表が参加しており、要望(主に食事に関すること)を聞き取っている。第三者評価で実施した満足度アンケート調査を参考に、事業所としても家族への満足度調査の実施を望みたい。障害の重い利用者の満足度評価について、「どの様な方法で行うのが妥当か」を検討することを望みたい。			
Ⅲ-1-(4) 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-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	障 34	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者や家族、地域等からの苦情類は、「苦情解決規程」に基づいて対応されていた。苦情の受け付け記録、解決を図った記録が残され、その結果は申立者にフィードバックされている。しかし、苦情を公表する仕組みはない。出された苦情は職員会議等で報告され、職員間で情報を共有している。苦情内容を集約して原因や対応結果の検証等を行い、ホームページや機関誌等での公表について検討することが望まれる。			
	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	障 35	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者は、自治会役員会で事業所に対する意見を自由に述べることができる。障害の重い利用者からの意見等について、担当職員が日常生活の中で聞き取れるよう配慮している。家族は毎月の家族会や役員会総会時に、施設に対する意見を自由に述べることができる。出された意見等を集約して、ホームページや法人の機関誌等での公表について検討することが望まれる。			
	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	障 36	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
支援マニュアルにおいて、手順が示されている。職員は、手順に従い利用者からの相談等を傾聴するよう、会議等で周知を図っているが、職員により対応に差が見られる。今年度から、担当職員が家庭訪問を行い、利用者との接点を多く持つことで意見等が出しやすい環境作りをしている。			
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	障 37	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「利用者安全ルール」に従い、安心・安全な生活を支援する仕組みを構築している。毎月、安全衛生委員会にて「ヒヤリハット」や「事故報告書」を取りまとめ、改善策・再発防止について話し合い、全体会議に報告して周知している。支援学習会で、リスクマネジメントをテーマにした学習会を開催している。リスクマネジメント体制の有効性や実効性を評価し、改善の余地がないのか検討することが望まれる。			
	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	障 38	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「感染症対策マニュアル」により、予防や安全確保が図られている。感染症が発生した場合には、看護師の指示により適切に対応している。職員により理解度や対応が異なることのないよう、研修(特に新人研修)等において、マニュアルの確認や見直しとともに、実務の研修(吐しゃ物の処理訓練等)を行うことが望まれる。			
	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	障 39	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
避難訓練を始めとした災害時の対応体制は十分に整えられている。夜間想定訓練も行われているが、手薄な体制での実効性のある対応や、地域との連携体制の強化を検討することが望まれる。			

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	障 40	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
支援マニュアルにより、実施方法が文書化されている。支援マニュアルを職員がペアで読み合わせて確認し、マニュアルに基づき標準的な支援ができるようにしている。職員ペアによって、読み合わせの進行に差がある。読み合わせ終了後、実際の支援がマニュアルに基づいて実施されているかどうかを検証することが望まれる。			
Ⅲ-2-(1)-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。	障 41	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
文書化された支援マニュアルの見直しは、職員がペアで読み合わせをする中から拾い出している。個別的な福祉サービスの実施計画についても、マニュアルとの整合性が取れるよう見直されている。職員により取り組みに温度差があるため、職員のモチベーションを上げるための方策や、実効性のある標準的な実施方法の再検討が望まれる。			
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	障 42	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントシートにより、個別支援計画が適切に策定されている。アセスメントでは様々な職種の職員が参加して協議しており、困難ケースについては、定期的にケースカンファレンスを開催して検討している。			
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 43	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の見直しは、個別支援計画管理表により定期的に見直しされている。見直しに当たっては、課題を整理し、ニーズの掘り起こしが行われている。見直しによって変更した内容の関係職員への周知について、手順を定めて実施することが望まれる。			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	障 44	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
支援マニュアルにて、記録の書き方について明示しており、ケース記録には必要な情報が記録されている。各部門会議にて、個々のケースについて報告・検討する機会はあるが、的確な情報を関係職員間で共有できるような仕組みを検討することが望まれる。			
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。	障 45	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護法」の一部を重要事項説明書に記載しており、必要に応じて説明している。職員採用時に、個人情報に関する誓約書を取っている。記録管理の責任者が設置されている。記録の不適正な利用や持ち出しについて、管理できる体制(個人情報保護規程)の整備が望まれる。			
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。			
Ⅲ-2-(4)-①	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 46	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
地域移行のニーズがある利用者・家族に、グループホームの体験利用の機会を提案している。障害の重い利用者が多く、家族もグループホームへの関心が薄いのが、必要な情報を提供してニーズの掘り起こしをしている。職員の一部には意識の低さがあるため、部門会議等で意識を高めるように話題提供していくことが望まれる。			

Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	障 47	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
日常生活の支援をする中で、利用者固有のコミュニケーション手段やサインを発見し、それを応用して意思の疎通を図っている。しかし、コミュニケーション能力を高めるための専門家や機器の導入には至っていない。職員の支援へのモチベーションを高め、資質を高めるために、研修等を通して専門的な知識を習得する取り組みが望まれる。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
主体的な活動を支援するために自治会を組織しており、担当職員が側面的な支援を行っている。管理者は定期的に全体会議での報告や情報提供をして、利用者との話し合いを行っている。自治会は主体的な活動には至らず、担当職員の裁量によるところが大きい。			
Ⅲ-3-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が、整備されている。	障 49	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
個別安全ルールには利用者毎の見守り体制が記録しており、必要に応じて介助する体制となっている。転倒等の事故防止が主になっている。利用者の生活範囲を広げるための取り組みと位置付けるため、職員同士が介助方法を見直す等の検討が望まれる。			
Ⅲ-3-(1)-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。	障 50	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
施設外の社会資源を活用し、社会生活力を高めるための活動は限られている。施設外に出て様々な体験をすることにより、社会性を身につけるためのプログラムの開発が望まれる。			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 51	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
個別の食事支援内容はアセスメントシートに記載し、個別支援計画に反映させている。個別安全ルールに食事支援の留意点を記入している。利用者の体調や身体状況に応じて、個別の食事を提供している。			
Ⅲ-3-(2)-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。	障 52	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
検食日誌に利用者の希望や意見を記載し、隔月で開催される給食会議にて献立に反映させている。適温での配膳を心がけているが、早め配膳の食事は冷めてしまう場合がある。定期的にバイキングや名古屋めし等の行事食、選択メニューを取り入れている。関係性ができていない利用者への食事介助が困難な場合があり、全ての職員が同じように介助できる体制の整備を望みたい。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の体調や身体状況に応じた食事内容・食事場所・食事時間で提供している。管理的な視点だけでなく、「楽しみ」としての食事という視点での食事提供を、給食会議で検討するよう望みたい。			

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(3)-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。	障 54	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
マニュアルとして浴室安全ルールを決めており、浴室に貼り出している。一人ひとりの健康状態等に応じて、個別の安全ルールを決めて入浴介助を行っている。必要に応じて入浴介助の記録をケース記録に残している。安全ルールが守られずに事故につながったケースがあり、ルールの徹底を望みたい。			
	Ⅲ-3-(3)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
可能な限り、利用者の希望に応じての入浴支援である。意思表示困難な利用者の意向について、担当職員が意向を把握して入浴を行っている。入浴を好まない利用者にも無理強いをしておらず、声掛けのタイミングを変えたり、時間を置いたりして柔軟に対応している。			
	Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
入浴関係の設備や環境を快適なものにするため、入浴担当の業務分掌された職員が環境を整備している。しかし、改善の検討等が担当者の域で止まっており、検討会議は行われていない。曜日ごとに男性・女性の入浴日を分けており、羞恥心の高い利用者には目隠しのカーテンを使用している。入浴時の事故の再発防止を図ることが重要であり、事故防止に向けた取り組みの強化を望みたい。			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 57	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
排泄介助マニュアルにより介助の方法等が示され、現場での支援は適切に行われている。排泄介助の結果を記録し、下剤の使用や浣腸の使用の有無についての情報を職員間で共有している。			
	Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
トイレは、身体状況に応じた構造・設備になっており、8割の利用者がおむつを着用していることから、おむつ交換のためのベッドを設置している。毎日、他事業所の利用者が職員と共に清掃に入っており、清潔に保たれている。トイレ内の整理整頓(不要なペーパーやおむつのストック)に心がけ、利用者に快適感や安心・安全な気持を抱かせる環境になるよう望みたい。			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(5)-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。	障 59	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意思を尊重して、衣類の選択をしている。意思表示が困難な利用者に対して、「どの様な形で衣類選択するか」のアプローチ方法の検討を望みたい。			
	Ⅲ-3-(5)-② 衣服の着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 60	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意思を尊重して支援している。汚れや破損が生じたときは、速やかに対処するための手順を用意しているが、手順通り完璧にはできていない。洗濯により名前が消えかかり、衣類の紛失の苦情につながることもある。			
Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(6)-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。	障 61	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
毎月定期的に来所してくれる移動美容室を利用し、利用者の希望に応じた髪形になるよう支援している。女性利用者には、必要に応じて髪結いや化粧の手伝いをしている。			

	Ⅲ-3-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
地域には安価な料金の理髪店があり、必要に応じて地域の理髪店や美容院を利用できるよう配慮している。			
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 63	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
安眠できるよう、できる限りの配慮をしている。眠れない場合には、テレビを見せたり、お茶を飲ませたりして、無理やり寝かせることはしていない。前日の不眠者についての情報を、翌日の対応職員へ確実に引き継げる体制整備が望まれる。			
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 64	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
健康管理マニュアルが整備されており、日常の健康管理は適切に行われている。看護師によるバイタルチェックや、「看護師企画」として医療的な取り組みが実施されている。法人全体でAED講習が行われ、事業所の玄関に設置されている。職員全員が救急救命法の研修を受け、緊急時に対応できる体制の整備が望まれる。			
	Ⅲ-3-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期通院、定期健診を行っており、急な疾患時には緊急で受診できる体制が整っている。月に1回の嘱託医訪問があり、看護師を介して日常的な連携が保たれている。			
	Ⅲ-3-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
服薬管理マニュアルにより、服薬時の手順が決められている。声出し確認が徹底され、誤薬が激減している。薬に関する情報は、介護職員全体で共有する体制の整備が望まれる。			
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(9)-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。	障 67	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が楽しめそうな内容のレクリエーションを検討し、余暇の活動に取り入れている。身体障害者スポーツ活動にも積極的に取り組んでいる。余暇時間を利用して小説を書き、本にした利用者の支援はマスコミにも取り上げられており、高く評価される。余暇時間に活用できる内容のレクリエーションを考案したり、展覧会等に出展できる作品作りをする等の取り組みの充実が望まれる。			
Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
自由に外出できるように配慮している。自力での外出が困難な利用者への支援については、ボランティアの活用も含めて検討することが望まれる。			
	Ⅲ-3-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 69	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者・家族の希望に応じて行われており、事業所から強要することはない。とは言え、利用者の希望というより、家族の都合に左右されることが多く、担当職員が利用者や家族の立場に立って、外泊の調整を行っている。			

Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 70	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
預り金要綱により、適切な管理体制が作られている。自己管理できる利用者への、金銭管理の学習プログラムの開発や預り金の使い方を検討することが望まれる。		
Ⅲ-3-(11)-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。	障 71	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
新聞・雑誌は個人で購読できる。利用者が外出できない時は、担当職員が代行して買ってきている。チャンネル争いが起きないように、テレビの共同利用の方法について、自治会等で話合う予定である。		
Ⅲ-3-(11)-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。	障 72	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
自己管理が可能な利用者は、自由に飲酒や指定された場所での喫煙ができるよう配慮している。酒やたばこの害について、正しい認識を持てるよう情報提供する仕組みはあるが、現状では特に行っていない。ルールを明文化することを期待したい。		

