

## 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 28年 2月 16日(火)
---------------	------------------------

### ②施設・事業所情報

名称：生活介護事業所 銀河	種別：生活介護	
代表者氏名：川崎 高子	定員（利用人数）：40名（47名）	
所在地：小牧市大字大山字岩次208-3		
TEL：0568-47-1181		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 19年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 あいち清光会		
職員数	常勤職員： 27名	
専門職員	（所長） 1名	（社会福祉士） 2名
	（サービス管理責任者） 1名	（介護福祉士） 1名
	（事務員） 1名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）作業室、所長室、浴室
		喫茶室、食堂、厨房、医務室
		事務室、会議室

### ③理念・基本方針

<p>◆理念 「“この子、わが子なりせば”の親の愛を忘れることなかれ」（支援者心得12条）を大切にその人なりの生き甲斐のある生活と自己実現に向けて、一人ひとりの豊かな地域生活支援を目指します。</p> <p>◆基本方針 利用者が主体となり、何事にも自己選択・自己決定出来るように配慮し、基本的な生活習慣を身につけるとともに、働く喜びや生き甲斐を見つけ、地域により豊かな生活を目指した支援を行う。</p>
---

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ①利用者の心身の状況や意向、適性、障害の特性その他の事情をふまえて、生産活動を行い、工賃を支払う。
- ②利用者の状況に応じて適切な技術を持って食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行う。
- ③創作活動・行事等の余暇的活動の機会を提供し生産活動では味わえない「楽しさ」を得ることができるようにしていく。
- ④フレンドランチコメットでは、お弁当の製造販売を行い、地域の方からの注文に応じ、配達まで行い、障害者と地域とのパイプ役を担っている。
- ⑤権利擁護支援のあり方の見直し(虐待防止委員会設立・チェックシート・マニュアル作り)。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 8月 4日(契約日) ~ 平成28年 5月 11日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成 24年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆トップとしての責任感

「あいち清光会組織図」によって、管理者が当該通所事業所「銀河」の管理者としての役割の他に、総合施設長の補佐として隣接の入所事業所「サンフレンド」をはじめ法人の事業全体を管掌する立場にあることが分かる。夫君である総合施設長が県の知的障害者福祉協会の会長を務めることから事業所を空けることが多く、管理者は大きな責任感をもって業務に就いている。市が大きな期待を寄せる「いわさき福祉ヴィレッジ計画」が急展開してきており、このプロジェクトの推進にあたっては管理者の強い責任感と高い指導力が期待されている。

#### ◆働きやすい職場作り

法人全体を見ると職員の不足感があるが、当該事業所に関しては職員の定着がよく、希望に応じて有給休暇も取りやすい状態である。管理者は女性であり、ゆるぎない法人理念の「“この子、わが子なりせば”の親の愛を忘れることなかれ」の具現を、「女性が働き続けることのできる職場の実現」と捉えている。退職した女性職員がことあるごとにボランティアとして来訪していることから、良好な雇用関係が見て取れる。働きやすい職場作りを目指す管理者に対して、職員の共感度は高い。

#### ◆最新の利用者、家族の意向を取り入れた支援

サービス面について、利用者や家族へのアンケート調査や面談を実施し、支援の留意点、個別支援計画の見直しを月に1回行う等、常に最新の状況を把握しようとしている。標準化された支援をそのまま実践するのではなく、状況確認から見直しに至る流れが当たり前のよう機能をしている。余暇・レクリエーション活動、外出支援等についても、常に利用者の希望を把握するように心がけており、希望に応じた内容のプログラムを多数用意して実施している。

### ◇改善を求められる点

#### ◆リスクの管理体制の整備

利用者への安心・安全な支援を実現するため、今般防災委員会が組織化された。しかし、リスクマネジメントの責任体制が明確になっておらず、マニュアルが未整備の部分も残っている。例えば、利用者送迎中に災害が発生した場合の送迎車両の対応や、事故後に再発防止の対策を講じた後の有効性の検証（同様の事故が再発していないことの確認）の仕組みづくり等が未整備である。ヒヤリハットの取り組みも、収集から分析、改善に至るルールの詳細化が必要と思われる。

#### ◆金銭管理や金銭を使うことの支援

2名の利用者が金銭を自己管理をしていることを除けば、事業所で金銭に関して配慮を要する利用者はいない。金銭管理や金銭を使うことの支援は自立支援における重要なファクターであるが、ほとんどの利用者についてその部分が家庭に委ねられている。欲しい物を買う、自動販売機を利用する、有料施設に入場する、交通機関を利用する、小遣いをもらう、お金を預けたり引き出したりする等々、金銭自立がその人の生活の幅を大きく広げてくれることは自明の理。全ての利用者が対象とはなり得ないが、エンパワメントの理念に即した“金銭に関する”支援のプログラムの用意を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

数々の不十分なところに気づかされました。今後、改善に向け更なる努力をしていきます。

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は女性である。それ故、ゆるぎない法人理念の「“この子、わが子なりせば”の親の愛を忘れることなかれ」の具現を、「女性が働き続けることのできる職場の実現」とし、利用者主体の支援を通して、家族と職員との協働による働きやすい職場作りを目指している。職員の理念への共感度は高い。			

### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
今後の利用需要は、市の自立支援協議会や周辺(小牧市、春日井市、一宮市)の特別支援学校、相談支援事業所等からの情報を基に把握しており、新施設の開設準備にかかっている。財務・会計面の管理、コスト分析等はTKCとの契約によって情報を得ている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者及び利用希望者の需要と供給のバランスが崩れており、新施設の立ち上げが急務となっている。「いわさき福祉ヴィレッジ計画」が構想段階から実施段階へと進展してきた。併設の入所事業所との連携を図りながら、計画が着々と進んでいる。			

### 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			
平成25年度に、「あいち清光会第4次5カ年計画(2014年～2018年)」が策定され、大まかな法人及び事業所の方向性はうかがえる。しかし、この2年間に計画の見直しが実施されておらず、急展開の「いわさき福祉ヴィレッジ計画」の落とし込みがない。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
法人の「あいち清光会第4次5カ年計画(2014年～2018年)」を受けた事業所の中・長期計画は策定されておらず、法人の中・長期計画を基に事業計画を策定している。法人の中・長期計画から事業所の事業計画に連動させるべき項目は少なく、両者の関係性は薄いものとなっている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画策定の仕組みはできており、それぞれの部門で計画が起案され、事業所案としてまとめたものを最終的に法人理事会で決定している。事業計画をはじめ決定事項に関しては、職員会議の場で職員に周知が図られている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
文字による意思伝達に制限のある利用者には、絵や写真を使って説明している。家族には毎月開催される家族会の場で説明されるが、事業運営に熱心で協力的な家族が多く、家族会への出席率は約80%である。			

#### 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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
管理者は「サービスの質の向上」を測る尺度として、「利用者・尊重し、得意分野や能力に応じた仕事の供給」、「サービスの担い手である職員の成長」、「利用者の落ち着き(銀河に行きたいと思う心)」を挙げた。これらの実現度を測定・検証する指標を定め、サービスの質の向上を職員が実感できる仕組みづくりを期待したい。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
「職員配置を増やすための職員採用・確保」、「安定した仕事の供給(工賃の安定)」、「いわさき福祉ヴィレッジ計画の推進」を当面の大きな課題として取り上げている。これらは職員間での共有化は図られているものの、具体的な計画性に乏しい。それぞれの課題に対して必要な実施事項を抽出し、さらに一つひとつの実施事項に責任者と完了期限、完了までのスケジュールを明確にして取り組むことを期待したい。			

## 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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「あいち清光会組織図」によって、管理者の立ち位置が明確になっている。当通所事業所「銀河」の管理者としての役割の他に、総合施設長の補佐として隣接の入所事業所「サンフレンド」をはじめ法人の事業全体を管掌する立場にある。夫である総合施設長が県の知的障害者福祉協会の会長を務めることから事業所を空けることが多く、管理者は大きな責任感をもって業務に就いている。		
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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
コンプライアンスに関する意識は高く、関係する研修会や勉強会に積極的に参加して見識を深めている。そこから得られた知識や情報は、非正規職員をも含めた職員会議の場を使って周知を図っている。しかし、それぞれの職員がどの程度の理解があり、支援の現場でいかに活用したかの検証は行われていない。		
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 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
サービスの質の向上を目指す意識は強く、第三者評価の受審に関しても、質を向上させるための一つの手段として取り組んでいる。質の向上のレベルを測るキーポイントは抑えているが、検証面での具体性に乏しく、客観的なサービスの質のレベル測定や把握ができていない。		
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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
高い改善意識を持ち、第三者評価の受審を重ねるごとに新たな改善の気づきを見つけ、サービスの質の向上に結び付けている。将来の利用者動向を読み、強度行動障害や筋ジストロフィーに関する勉強会を行った。家族(母親)からの強い要望を受け、障害の重い利用者にも仕事の機会を創出した。虐待防止委員会や防災委員会を立ち上げた。「いわさき福祉ヴィレッジ計画」の遂行においても、高い指導力が期待される。		

### 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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
法人の中・長期計画、事業所の事業計画から、必要とされる具体的な人材に関する計画や取り組みは見えてこない。事業計画は利用者の直接的な支援に関する事項を示すにとどまっており、利用者を支える周辺環境(施設整備、職員育成、家族支援、地域交流、防災関係等)に触れていない。将来的に必要な職員の確保・定着は重要課題であり、綿密な計画を基に取り組んでほしい。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
面談によって職員個々の課題や目標を明確にし、その結果を評価しようとする人事制度を発足させた。それぞれの職員に要求される職能要件(力量基準)が明確にされておらず、近い将来に導入が予定されるキャリアパス制度を組み込んだ総合的な人事制度の設計が待たれる。		

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り組んでいる。	障 16	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人全体を見ると職員の不足感があるが、当該事業所に関しては職員の定着がよく、希望に応じて有給休暇も取りやすい状態である。管理者が唱える「女性が働き続けることのできる職場の実現」を目指し、働きやすい職場作りが進行している。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
新たな人事制度として、目標管理による職員育成を狙った取り組みをスタートさせた。しかし、中間評価の実施の遅れから、所期の目的を果たせない可能性が出てきた。今後も試行錯誤を繰り返すこととなろうが、より良い制度を構築するためにも継続した取り組みを期待したい。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
今期から始まった目標管理の面談の内容をも考慮し、研修計画を作って研修を実施している。実施後には研修報告(復命書の提出)が行われ、「研修で学んだことを今後の目標達成に向けてどのように活かすか」を記述させている。履修後1年経過時点で、研修の有効性を評価する仕組みもある。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
「研修会台帳」によって、職員がこれまでに参加した研修が管理されている。職員個々が必要と思われる研修に参加しているが、職位や階層別の体系的な教育・研修システムは構築されていない。年齢や経験を重ねるごとに、職員が確実に知識や技術、スキルを身に付けるためにも、法人が統括する教育・研修体系の構築が望まれる。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
介護体験学習を含め、年間20名近い実習生を受け入れている。実習生の受け入れを円滑かつ適切に行うためのマニュアルは用意されているが、その中に受け入れの「意義・目的」が明示されていなかった。終了後に反省会が実施されているが、反省会では、「意義・目的に沿った実習が実施されたか」、「目的は達成されたか」を評価することが求められる。		

### 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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
定期的に第三者評価を受審し、評価結果を公表している。法人のホームページを使って事業内容等を配信している。ホームページには「活動報告」と題したブログのコーナーが用意されている。事業所のイベントの紹介を機に適時な更新が繰り返されており、利用者の活動が手に取るようにわかる。課題は、苦情解決制度の有効運用を図ること、受け付けた苦情等の内容や改善・対応の状況の公表の仕組みがないことである。		



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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人監事による内部者の監査は確実に実施されており、外部からの目は、第三者評価の受審とTKCIによる財務・会計チェックである。社会福祉法の整備(改正)を待つことなく、公認会計士や税理士等、外部専門家による監査の受審を期待したい。			

## 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業活動(生産型生活介護事業)を通じての地域との係わりとして、弁当の製造・販売、パン・クッキーの製造・販売、喫茶店の運営等がある。特段のPR活動はしていないが、地域には口コミで情報が伝わりどの事業も好評、盛況である。地域の行事(祭り等)にも積極的に参加し、利用者が地域の人たちと交流している。			
II-4-(1)-②	ボランティア等の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。	障 24	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの有効活用が図られている。音楽療法の講師や理容師等がボランティアとして訪問しており、学生の職場体験も受け入れている。利用者の家族がイベントで販売する製品を製作したり、販売を手伝ったりもしている。退職した元職員がボランティアで事業所を訪れることもある。「事業概要」に一年間の総括(評価)を載せている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「福祉サービス事業所一覧表」で事業所としての社会資源が明らかになっており、相互の信頼関係の構築を図っている。市の障害者自立支援協議会にも参画し、地域でのネットワーク化を推進している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人イベント(祭り、カーニバル等)には地域の人たちが訪れるが、事業所周辺に一般の民家はなく、喫茶店の利用を除けば日常的な係わりは少ない。大規模災害時の事業所としての役割や相互連携についての話し合いが進んでおらず、今後の交渉は今年度に組織された防災委員会に託されることとなる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
相談支援事業所からの情報や家族アンケートの結果から、グループホーム事業、日中一時事業、短期入所事業の充実を図り、送迎サービスを事業継続することとしている。「いわさき福祉ヴィレッジ計画」が実現に向けて動き出しており、職員配置の事情もあって、居宅介護支援、移動支援の事業を廃止した。この2事業に関しては他法人の事業所に円滑に引き継いでいる。			

## 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ゆるぎない法人理念の下に「支援者心得12条」を展開し、障害者の支援にあたる職員の精神的な柱に据えている。利用者の権利擁護をより確実なものとするため、今年度新たに、虐待防止委員会を設置した。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
排泄の支援マニュアルには、利用者のプライバシーの保護に関する記載があるが、プライバシーの保護や虐待の防止等、利用者の権利擁護に関する規程類はない。利用者の家族から、トイレでの排泄支援に関して、ドアを開放して支援していたことについて苦情をもらっている。			
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	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページのブログが適切に更新されていることも含め、インターネットの環境面での情報提供は十分である。パンフレットに関しては、より分かりやすくするための検討が始まっている。意思伝達に制限のある人にも理解が進むように、絵や写真を多用する考えである。			
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	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
資料等を使って丁寧に説明し、利用者・家族から同意を得てサービス提供を始めている。意思伝達に制限のある利用者への説明資料に関しては、より適切なツールの開発が必要と思われる。			
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 ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の変更が生じた場合に、相談支援事業所を介すことで円滑な移行を実現させている。事例が少ないこともあって、移行に関する手順が文書化されておらず、定まった引き継ぎ書の制定もない。サービスの継続性を担保するためにも、手順の文書化と引き継ぎ書の制定が望まれる。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障 33	⑥ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の思いや意向を大切にしようとの意識が強く、毎年利用者、家族それぞれにアンケートを実施している。計画相談時にも利用者、家族から意見や要望を聞き、可能な限り意に沿うように努めている。家族からの強い要望があり、障害の重い利用者でも仕事ができるように配慮したケースもある。家族アンケートからは、利用者サイドの大きな満足感が読み取れる。			

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		
苦情解決の仕組みが構築されており、第三者委員を含めて公表されている。法人が定めた苦情解決のフローは、苦情の受付から始まり、苦情を解決してその内容を（解決に至らない場合は進捗状況を）苦情発信人にフィードバックするところで終わっている。実際には、毎月開催の家族会でも内容を説明しているが、さらに、一般社会に向けての公表が求められる。ホームページを活用する等の対応を期待したい。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者とのコミュニケーションを密に取って信頼関係を構築し、日常の会話の中から意見や要望を聞き取っている。意思伝達に制限のある利用者については、言葉にならない“単発音”や表情、仕草、態度等の微妙なシグナルをも見逃さないように努めている。他人に聞かれたくない話や相談の場合には、その時の状況に最もふさわしい場所を選んで聞き取っている。事業所内には、聞き取りに適切な場所が多数ある。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ある年の家族会で、家族の一番の関心事（要望）は、「余暇の充実」であることが分かった。すぐに検討会議を開催し、利用者に人気の高い「ロング・ロング・ホームルーム」の開催を、年に1回から2回に増やすことを決定した。「家庭での困りごとにも、時間を割いて熱心に相談に乗ってくれる」と、迅速な対応に対して家族の評価は高い。		
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		
リスクマネジメントの責任体制が明確になっておらず、マニュアルが未整備の部分も残っている。例えば、利用者送迎中に災害が発生した場合の送迎車両の対応や、事故後に再発防止の対策を講じた後の有効性の検証の仕組みづくり等である。ヒヤリハットの取り組みも、収集から分析、改善に至るルールの明確化が必要と思われる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者が指定された感染症に罹患した場合には、原則自宅待機（通所不可）となる。感染症対策委員会が設置されており、感染症の流行の状況や予防策などの情報を法人内の各事業所に提供している。感染症の予防と発生時の対応マニュアルがあり、職員に対する研修も実施されている。		
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		
法人に防災委員会が立ち上がり、利用者への安心・安全な仕組みづくりが一步前進した。関連するマニュアルの整備、遅々として進まない防災面での地域との連携、大規模災害時における事業所の役割の明確化等、防災委員会の仕事は多い。中小企業庁が求めるBCP（事業継続計画）の策定も業務範疇となろう。		

### 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法についての手順書が整備されている。しかし、業務手順や支援マニュアルに基づいた支援が、実際に実施されているか否かの確認ができておらず、定期的に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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>月1回の職員会議、主任・施設長会議などで、見直しが段階的に実施されており、非正規職員も会議に参加する等、全体的な見直し機会となっている。ただ、見直しの実施が“問題があると判断された”時に限定されており、問題がないと判断されたマニュアル類は見直しの対象から外れることとなる。全ての規程、手順、基準、マニュアル類について、定期的な見直しの実施が求められる。</p>		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>毎年1度アンケートを実施して要望、希望の汲み上げを行い、アセスメント票の作成が決められた手順で行われている。内容によっては、医師(内科・精神科)、栄養士、調理員等と部門的に相談する場合もある。</p>		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>個別支援計画の見直しは毎月行い、達成率については毎月確認がされている。その手順は明確化されており、見直しの結果、変更がある場合には利用者、家族に説明して同意を得ている。</p>		
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、職員間で共有化している。	障 44	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
<p>パソコンの管理ソフトを使い、記録、情報が職員間に共有されている。記録の表現の違いなどについてその都度周知はしているが、全体としての統一された対応はまだ進行中である。</p>		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
<p>個人情報の取り扱いや書類の管理等は、統一した方針をもって管理されている。どこにでもあるような、職場内での“思わず・・・”の漏えい部分については、意識をしているだけに現場での改善の取り組みに期待をしたい。</p>		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
<p>折につけ、グループホームへの移行についての希望調査を行っている。これまでは、グループホームの整備されるタイミングに合わせてアプローチしてきたが、今後も整備状況や空き状況に合わせての移行支援が基本となる。利用者サイドからは、「将来的には・・・」との消極的な回答が多いことから、長期的な視野に立つての計画作成が必要となろう。</p>		

### 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
意思伝達に制限がある利用者には、日頃の関わっている支援の中で意思を発見したり、伝えたりしている。言葉にならない“単発音”や表情、仕草、態度等の微妙なシグナルをも見逃さないように努めている。絵や写真を使い、ホワイトボード等への掲示物で周知する工夫もある。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
バザーや城見市への参加、クラブ活動、各種競技会への出場、レクリエーション、アート展開催等、自主性を養う活動を積極的に取り入れている。これらの多くは、年間計画の中で実施されている。利用者の意見の集約場所としての自治会機能がないことが課題である。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本的には、利用者の可能性を探る意味からも見守りの姿勢で臨み、利用者のできない部分を支援する方向性を持っている。本人・保護者からの要望や要請に対しては、可能な限り個別支援計画に盛り込んで支援している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
レクリエーション等の外出の機会があり、調理実習や訓練等のプログラムを用意している。エンパワメントの理念の実践として、障害のある人の潜在能力の発揮だけに目を向けず、彼らを受け入れることが可能な社会を創るために、受け皿としての社会を変えていくプログラムの用意を期待したい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画には、個人ごとに食事形態や支援の留意点、対応方法等が定められており、計画に沿って支援している。食事量については、主食のご飯を50g単位で分ける等、細かい対応がなされている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
年1回の嗜好調査や利用者、家族の要望を給食会議で検討し、対応可能な意見や要望にはその都度献立に反映させている。おかずは弁当であるが、ご飯や汁物は温かい状態で提供している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
昼の食事時間は11時45分～13時頃までとなっている。食事時間について多少の幅を広げる等の配慮をしているが、食堂が、販売用の弁当作りの作業場所を兼ねていることから、利用者の希望する時間での喫食は難しい状況である。			

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	非該当
評価機関のコメント			
(非該当)			
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	非該当
評価機関のコメント			
(非該当)			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	非該当
評価機関のコメント			
(非該当)			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
排泄介助が必要な利用者には、個別支援計画や支援の留意点に沿って支援している。排泄介助のマニュアルも整備され、チェック機能も果たしている。しかし、家族から排泄介助時のプライバシー保護に関してクレームが出ている。排泄介助のマニュアルの再点検と、職員意識の確認(教育)が望まれる。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
車椅子用のトイレ等もあり、冷暖房は完備していないが暖房便座、温水ウォッシュレット等を整備している。			
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	非該当
評価機関のコメント			
(非該当)			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
衣服マニュアルや排泄マニュアルに準じて行っており、汚れや破損に対しては速やかに着替えの支援をしている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
原則、調髪は家庭等にて行われている。利用者や家族からの相談があればアドバイスを行っている。年間数回ではあるが、化粧品会社からボランティアの職員が来て、実際に化粧してもらったり化粧等の指導を受ける機会がある。		
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	非該当
評価機関のコメント		
(非該当)		
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	非該当
評価機関のコメント		
(非該当)		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
健康上の様々な問題点を抱えている利用者が多く、活動の中で散歩や体操などを取り入れたり、食事に制限を加えたりと、個別支援計画に沿って個人に合わせた支援をしている。既往歴等の健康管理表の整備が不十分である。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
定期的な通院治療は原則家庭で対応しており、グループホームの利用者もそれぞれのグループホームで対応している。緊急時等も含め地域の医療期間との連携体制が構築されており、通所時間内に通院治療の必要性が生じた場合には、職員が付き添って通院している。		
Ⅲ-3-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 66	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
処方箋などの管理を薬の管理マニュアルに沿って管理し、投薬方法、誤薬時等の対応は投薬マニュアルにて管理する仕組みがある。家庭と事業所との連携だけでなく、グループホームや日中一時事業、短期入所等の様々なインターフェイス(接点)の管理が必要であり、それらとの連絡のミスにより誤薬事故を起こさないよう、連絡の徹底を図る仕組みづくりが課題である。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人イベントや事業所行事、レクリエーション活動、クラブ活動等への参加について、利用者からアンケートを取ってニーズを把握し、可能な限り利用者の希望に沿うように支援している。それぞれの活動には、利用者の選択に資する選択肢(アイテム)をより多くして対応しようとの考えがある。余暇・レクリエーション支援のためのボランティアの受け入れを積極的に行い、ホームページにてボランティア募集の広報をしている。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>外出のルールについては行き先、内容に伴ってその都度説明をしている。外出先の決定や外出先での外食メニューについては極力利用者の希望を優先させ、事前に情報があるものについては家族に情報を提供し、ポスター等で周知を図ることもある。家族からは、隣接入所事業所同様に、一泊旅行の実施についての要望が出ている。</p>		
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	非該当
評価機関のコメント		
(非該当)		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>事業所で金銭管理をしている利用者はいないが、2名の利用者が自己管理をしていることから、事業所としての配慮・対応を必要としている。金銭管理や金銭を使うことの支援は自立支援における重要なファクターであるが、ほとんどの利用者についてその部分が家庭に委ねられている。全ての利用者が対象とはなり得ないが、エンパワメントの理念に即した“金銭に関する”支援のプログラムの用意を期待したい。</p>		
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	非該当
評価機関のコメント		
(非該当)		
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	非該当
評価機関のコメント		
(非該当)		