

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12月7日(月)
---------------	---------------------

②施設・事業所情報

名称：メビウス	種別：生活介護	
代表者氏名：石川 みどり	定員（利用人数）：50名（52人）	
所在地：愛知県半田市椎の木町一丁目8番の1		
TEL：0569-20-7755		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成10年 7月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人ダブルエッチジェー		
職員数	常勤職員： 29 名	
専門職員	(管理者) 1名	(児童発達支援管理責任者)1名
	(サービス管理責任者) 1名	※管理者兼任
	(生活支援員) 23名	(理学療法士) 1名
	(看護師) 2名	(指導員) 5名
	(保育士) 1名	(事務員) 1名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 作業室、相談室、食堂
		多目的室、訓練室、洗面所、浴室
		トイレ、医務室、ロッカー室
		エレベーター、厨房

③理念・基本方針

◆理念

(法人) (施設・事業所)

すべての障害者が人として人間らしく生きていくために

◆基本方針

障害者が自立した日常生活または、社会生活を営む事ができるよう支援します。事業所通所により、給食、介護サービスや訓練、製作活動、生産活動などを行い、心のリフレッシュを図ると共に自らの精神的パワーを向上できるための支援を行います。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 法人理念の基、重度の障害者、障害の種別を問わず受入をしている。
- ・ 開かれた施設を目指し、家族会ボランティアルームを設け解放したり、家族参加も集い一緒に楽しめる行事を年3回行っている。
- ・ 地域交流のため地域の行事には積極的に参加している。
- ・ 利用者、ご家族の必要な要望にはできる限り応えている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 8月 3日(契約日) ~ 平成28年 5月25日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	0回 (平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆家族の協力と家族への配慮

事業所内に家族会ボランティアルームを設置し、保護者が気軽に施設内でボランティア活動ができ、交流が図れるように常時開放している。また、家族との交流が図れる行事を数多く計画・実施し、利用者や家族にとって満足度の高い行事内容となっている。メビウス祭りには、ボランティアとして、来客として、あるいは利用者の代弁者として、様々な形で家族の参加がある。

◆防災意識の高まり

災害時の対応マニュアルが整備されており、災害時における利用者の安全確保のために定期的に通報訓練や避難訓練を行ない、利用者や家族へも周知している。また、災害に備えて食料や備品を備蓄しており、市と契約を締結し福祉避難所の指定を受けている。東日本大震災を教訓として、事業所内には防災意識の高まりが感じらる。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画と単年度事業計画との連動を

中・長期計画の策定に際し、最終達成目標のみでなく中間（又は年度毎）の目標を立て、その年度における目標に合わせた事業計画の策定を望みたい。中・長期計画と事業計画の連動性が図られることにより、職員が目先の業務だけに集中せず、先を見据えた活動や取り組みが可能となる。

◆手順の文書化とマニュアルに沿った業務の執行を

提供する福祉サービスの質を確保するため、標準的な実施方法についてのマニュアルを文書化して整備するとともに、研修等を通して職員に周知・徹底を図る取り組みが望まれる。対象者が限られてはいるが、利用者からの預り金については、「金銭管理マニュアル」に準じて適切な管理体制を取ることが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受けることとなり、事業所について多様な角度から見つめ直すための良い機会となりました。全職員で自己評価に携わり評価項目に沿って行うことで、振り返りや現状の把握だけでなく、目線の見直しや個々の意識の修正にも繋がったと思います。問題点、改善点など課題が多い結果となりましたが、良くも悪くも実情を共有しつつ、利用者様ご家族の皆様は元より関わる全ての人々の、より良き事業所にしていくための、大きな足がかりとして改善に役立てていきます。

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。

(別添)

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			
法人や施設の事業計画・パンフレット・重要事項説明書に記載すると共に、利用者・家族・職員においても利用契約時の説明時や面接・施設見学時などでパンフレットを用いて説明している。年度末の法人の全体研修で法人の理念の周知を徹底している。利用者・家族に対する継続的なフォローをメビウス便り等で行う事を期待したい。			

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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
障害者福祉の動向等については把握や分析に努めてはいるものの、他の福祉分野については概略の方向性把握になっている。地域の動向については事業所の所在地の半田市に関しては連絡会・研修会が盛んであるので充分把握している。利用者の対象市町村が9市町村と広域のため、半田市以外は情報把握迄には至っていない。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
理事会・評議員会議において事業報告、事業計画を提出しており、経営や福祉サービス等の課題や問題点を整理し、出来る限り毎年度の事業計画の中に盛り込んでいる。最大の課題は、「職員の安定雇用」であるが、有効な改善策がないまま職員不足の状態が継続している。			

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			
施設の理念や基本方針の実現に向けた具体的な取り組みとして、中・長期に向けた現状の課題を明確にしている。収支計画との連動が課題である。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中・長期から見た課題への取り組みとして今年度の目標を明確に立て、目標達成に向けて今年度の事業計画をたてている。			
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 ・ b ・ ③
評価機関のコメント			
例年年度末に、次年度計画を作成し、年度末会議で配布して職員に周知しているが、昨年は年度末会議に職員の時間的な余裕がなく周知には至らなかった。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は年度初旬に行われる家族会総会において説明している。又、家族にとって理解しやすい資料を作成して掲示している。意思伝達に制限のある利用者に対しても、分かりやすい内容に作り替える等の配慮を望みたい。			

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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
『サービス評価基準』を使って、毎年一人の職員が評価を実施しているが、他の職員を含めて検討する場を設けていない。今まで自己評価で終わっていたものを、今回第三者評価を受審したことにより改善に繋いで行く考えである。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
今まで管理者のみで行っていた課題の抽出であるが、今回は第三者評価で明確になった課題について職員全員が共有し、計画的な改善活動に取り組む考えである。			

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 ㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者は職員の相談・解決役を担っており、職員は管理者が最終的にすべての責任を負っているとの意識が高い。開設以来17年、当事業所の雰囲気を感じているので、問題があれば管理者はすぐに現場に入ることができる</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者が外部研修に参加し、事業所内研修を行っている。遵守すべき法令のリストを作成し、職員に対して研修・勉強会等を通して周知徹底される事を期待したい。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>事業計画において、質の向上に向けた課題を明確にすることでその改善に意欲的に取り組もうとしている。今回の受審を契機として、第三者評価のシステムを活用して業務全体の改善に取り組もうとしている。</p>		
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>限られた職員体制の中ではあるが、業務実効性の向上に向けての方向性を示して改善しようとしている。課題の根本が人事・労務関係であるだけに、事業所の取り組みに終わらずに法人全体での取り組みとすることが望まれる。</p>		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者に応じた人員体制のプランはあるものの、まずは人材育成よりも人員補充のための職員採用が優先されている。階層別に能力マップを作製し、要求される専門技術、専門資格を把握し、計画的に人材育成をされる事を期待したい。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人主体で人事管理体系の構築を検討中である。現行システムでは、各事業所毎に採用された職員は、他と比べて自らが勤務する事業所がどのレベルにあるか分からない。システム構築に際しては、当事業所での職務内容を法人全体にどのように絡めるかが課題であり、不利益変更になる職員についての対応にも配慮が必要である。</p>		

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
様々な娯楽・休養施設利用等の福利厚生施設との契約があり、職員の健康診断等も実施されている。ワーク・ライフ・バランスに配慮した働きやすい職場作りを目指しているが、職位や職種によって、有給休暇の取りづらさが目立つ。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
個々の職員の目標は年2回の業務シートの作成、施設長との面談により振り返る機会がある。職員の育成については資格習得、研修参加等の機会で行われている。雇用の不安定さがあり、長い目で見た職員育成よりも、現況を乗り切るための職員採用に力点が置かれている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
計画的な研修計画を作成するに至っていない。機会ある毎に外部への研修参加を促している。職員の専門技術の力量マップを作成し、個々の職員が要求される力量の中で不足している知識、能力、技術等を補う事の出来る研修計画の策定を望みたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
外部からの研修案内を適任と思われる職員に打診し、研修の受講を決定している。大まかな取り決めがあり、外部研修には1年以上の勤続者は年1回、事業所間研修には1年勤務者は年間2日間、2年勤務者は年間1日、法人研修は全員を一同に集めて年末に実施している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
特別支援学校の新任教師の実習を毎年夏休みに受け入れている。その際プログラムを新任教師用に専門に用意している。積極的に受け入れて行くために『実習生受け入れマニュアル』の整備を期待したい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価の受審は今回が初めてである。ホームページの活用により、基本理念・法人概要・財産目録・貸借対照表・資金収支計算書等が適切に公開されている。苦情等の外部コミュニケーションについて、苦情等の内容や改善・対応の状況を一般に公表する必要がある。公表の手段としては、ホームページの活用をも含めて検討が望まれる。			

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2名(会計士・学識経験者)により内部監査が実施されている。監事は、内部監査としての気づきや改善点等を洗い出し、事業報告の前に各部署の指導にあたっている。外部監査は実施されていない。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
アピールポイントとして、地域交流のために地域の行事には積極的に参加している。具体的には、公民館祭りに作品展示し模擬店も出店している。特別支援学校の実習生受け入れや、特別支援学校の祭りの販売企画に参加している。メビウス祭りでは市の広報を使って案内し、特別支援学校へも案内して外部から多くの参加を得ている。地域の方々に施設へ招いての『講演会・研修会』等を行い、地域福祉活動の拠点となる事を期待したい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所内に家族ボランティアルームを設置し、保護者が気軽に施設内でボランティア活動が出来、交流が図れる様に常時開放している。家族ボランティア、生活支援ボランティア、演芸ボランティア、小・中・高校生の体験学習等、ボランティアにはさまざまな種類がある。それぞれのボランティアを有効活用できるよう、受け入れマニュアルの整備が望まれる。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の支援上で必要となる社会資源のリストはないが、必要と思われるものは事務室に掲示してある。行政関係、医療機関、特別支援学校等との連携も図られている。			
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			
地域の中で障害を持った人々の福祉避難所として登録をしている。調理器具(シフォンケーキ用)を地域の団体に貸し出ししている。年に一度のメビウス祭りが地域の方々の来所する数少ない催しとなっている。事業所で地域向けの『講演会』を開いたり、川沿いのゴミ拾い活動等、地域との交流の機会を持たれる事を望みたい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所連絡会等を通じ、地域の実情についての情報・意見交換を実施している。市役所からは、重度の方(児童含め)は全て紹介してもらっている。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針には、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おり、毎週行っている職員会議において、職員が共通した理解を持って利用者支援に取り組めるよう話し合いを行っている。会議で話し合われた内容は、非常勤職員にも会議録を配布して周知に努めている。さらに、職員間の情報共有が進むよう望みたい。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のプライバシー保護及び虐待防止等の権利擁護について、運営規程や重要事項説明書及び利用契約書において規定しているが、職員及び保護者へ周知を図る取り組みを充実させるとともに、不適切な事案が発生した場合の対応方法を明示しておくことが望まれる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者に対しては、福祉サービスの選択に必要なと思われる事業所情報を提供してしており、必要に応じて見学、体験入所、一日利用の希望にも応じている。ホームページによる事業の紹介が待たれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始・変更にあたっては利用者の自己決定を尊重するようにしているが、意思決定が困難な利用者については十分な説明と同意が得られているかどうか不明なところもある。利用者や家族が理解しやすいように、できるだけわかりやすい資料を作成し、わかりやすく説明ができるような工夫を図ることが望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者や家族からはグループホームへの移行を望む声が多く聞かれており、要望に応えられるようにグループホームの情報を提供している。グループホームへ移行した後も継続した支援が行えるよう配慮している。「親亡き後の・・・」の親の不安を軽減させる意味合いからも、通所事業所と入所施設(グループホーム、福祉ホーム等)との関連性(移行の時期、方法等)を、中・長期計画の中に盛り込むことが求められる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が満足して一日を過ごせるよう、常日頃より利用者や家族からの意見や要望を聞き取るように努めている。特に、食事に対しては、毎年アンケートによる嗜好調査を実施して要望を把握することで満足度の上昇を図るようにしている。また、家族会活動が活発に行われており、家族からの意見や要望を聞き取りやすい環境となっている。障害の重い利用者の満足度の評価方法について、検討することが望まれる。			

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		
苦情解決のための仕組みとして「苦情処理対応マニュアル」を整備しており、苦情受付の方法等を説明した掲示物を玄関に提示している。苦情があった場合は、苦情の内容を「連絡ノート」や「面談記録」に記入し、職員会議にて検討し解決を図るとともにその結果を申し立て者にフィードバックする流れになっている。苦情の受付から解決を図るまでの一連の記録を一つのファイルにまとめておくことや、一般への公表の仕組みづくりが望まれる。		
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		
職員は利用者と定期的な面談して意見等を聞き取るようにしており、その内容を「面談記録」に記入して上司に報告している。相談や意見を言いやすい環境とするため、日常会話の中からも相談事等を聞き取る努力をしている。担当職員だけでなく、話しやすいどの職員でも意見や相談を受け付けることに関しては、家族や利用者に対して説明や文書の配布、掲示したりすることは行っていない。		
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		
利用者からの相談や意見を受けた時の対応について、記録の方法や報告、検討、解決までの一連の流れは確立しており、意見箱の設置やアンケートの実施等が行われている。マニュアルとして文書化し、仕組みを整備しておくことが望まれる。		
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		
「ヒヤリハット・苦情・要望報告書運用ルール」を定めており、「ヒヤリハット報告書」や「事故報告書」を取集し分析することで、是正措置を検討し実施している。より充実したリスクマネジメント体制とするために、委員会等を設置し取り組みを強化するとともに、職員の事故防止や安全確保に対する研修や啓発を行うことが望まれる。		
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		
ノロウイルスに罹患した体験から、感染症対策のマニュアル(吐物処理の手順・手袋の着脱方法・エプロンの着脱方法・汚染した衣類・リネンの処理)が整備されている。予防対策を始めとして感染症が発生した場合の対応等が決められており、定期的に看護師による勉強会が開催されているが、すべての職員が同じレベルで対応できるように研修・訓練を積み重ねることが望まれる。		
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している。	障 39	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
災害時の対応マニュアルを作成しており、災害時における利用者の安全確保のために定期的に通報訓練や避難訓練を行っている。夜間の災害発生時には、地域の協力が不可欠である。地域と連携した夜間想定避難訓練(短期入所受け入れ時)の実施を望みたい。食料や備品類の備蓄リストを作成し備蓄している。市と契約を締結し福祉避難所の指定を受けている。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
提供する福祉サービスの標準的な実施方法として文書化されたものはないが、個々の支援マニュアルで文書化されたものがあるため、今後マニュアルを集めて整備し、職員への周知を図ることで支援方法の統一を図ることが望まれる。		

	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>個々の支援マニュアルの見直しを不定期に行っているが、今後は定期的に検証し見直しを図ることが望まれる。見直しにあたっては、個別のサービス実施計画の内容が必要に応じて反映されるようにすることが望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>担当職員はアセスメントシートにより利用者や家族のアセスメントを行い、それを基に個別の支援計画を作成している。職員によって個別支援計画の掘り下げ方に差がでてしまうため、年に1回担当者が職員会議において発表し、他の職員の意見を聞く機会としている。今後は、引き続き職員間で情報共有する機会を確保するとともに、困難事例等のケースカンファレンスを定期的に行うことが望まれる。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>定期的にモニタリングを行い実施計画の見直しを行っている。モニタリングに際しては、利用者の意向を確認するとともに、家族の意向も必ず確認するような手順を決めている。変更のあった実施計画の内容については、職員の連絡ノートに必ず記入するようにしており、連絡ノートを職員は必ず毎日確認するようになっている。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の記録については、利用日毎に担当者がパソコンの共有フォルダーに記録し、事業所内で情報共有する仕組みを整備しているが、職員により記録内容に差が見られているため、「記録作成要領」を作成し、事業者内で統一を図る等の改善が望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>運営規程・重要事項説明書・利用契約書により利用者に関する記録や情報管理等について規定しており、就業規則の中にも個人情報保護規程を入れるように準備している。今後はこの個人情報保護規程に基づいて職員の教育を徹底させるとともに、利用者や家族に対しても説明していくことが望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者や家族のニーズに応じて、グループホーム入所に向けた地域生活への移行支援を積極的に行っている。グループホーム入所希望者は利用者の3割程あり、早急な施設整備が求められている。中・長期計画に取り上げての対応が望まれる。</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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
意思伝達に制限のある利用者の固有のコミュニケーション方法やサイン等は、職員全員がある程度まで周知している。今後は臨床心理士や言語聴覚士等の専門家から、これまでと違った見地でのアドバイスを得る等、今までのコミュニケーション方法の固定概念を見直す機会を持つことが望まれる。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の主体的な活動については、本人の意思を尊重し活動に参加してもらうようになっているが、意見を出せる利用者が限られていることもあり、職員が色々な活動を提案し、その中から選択してもらう形にすることが多い。利用者による自治会はないが、家族会が利用者を代弁する形で機能している。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が自力で行う日常生活上の行為に対しては見守りの姿勢を保ち、必要に応じて支援するという基本の方針はあるが、事故やケガの防止が優先されるため徹底されているとはいえない状況にある。見守りの支援は職員の配置状況に左右されることが多く、利用者の安全確保の面からも職員の安定した雇用が望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の社会生活力を高めるための活動として、創作的活動や生産活動を日課に組み込んでおり、調理実習・買物訓練・公共交通機関利用、施設外の社会資源(トヨタ博物館・名古屋港水族館・インドカレー・ラーメン・回転寿司等)を活用した学習・訓練プログラムを多数整備している。今後は、利用者の人権意識を高めるためのプログラムや地域の意識改革のためのプログラム開発が望まれる。			
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	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画には食事支援の内容や食事形態・留意事項を記載しており、食事支援マニュアルに基づいた食事サービスが提供されている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
毎年アンケートによる嗜好調査を行い、できるだけ利用者の要望に応じた献立内容となるよう配慮している。献立・食材は季節のものを提供するように努めており、食器についても利用者の使いやすいように配慮している。嗜好調査による献立の改善や工夫をした後に満足度調査を実施し、改善の効果を検証することも必要である。			
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 ・ ㉑ ・ 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形態や食事場所を提供しているが、食事時間については全員決まった時間で摂るようにしている。食堂の設備や雰囲気について、定期的に会議を開いたり話し合いをして、必要に応じて改善を図ることを望みたい。			

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			
個別の事情や要望により入浴支援を行っており、介助した内容は業務記録に記入している。一人ひとりの入浴方法はマニュアル化されていないが、職員二人一組で介助に当たるため、ベテラン職員が入浴介助のポイントや留意点を教えながら介助している。今後は、入浴介助マニュアルとして、介助の手順を整備しておくことが望まれる。			
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			
通所施設のため利用者の希望に沿った入浴支援は行っておらず、短期入所利用者の入浴介助が基本となっている。便失禁時など必要に応じシャワー浴を行っている。			
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			
浴室・脱衣場の環境は安全を考慮して快適に入浴できるよう配慮されている。しかし、冬場は脱衣室の暖房が追い付かないため、暖房器具を設置する等の配慮が望まれる。			
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			
利用者に合わせた排泄介助の方法があり、誘導する時間もそれぞれの利用者に応じた時間としている。「おむつ交換手順」が作成されているが、排泄用具の定置場所を決めたり、便の拭き残しのないよう洗浄方法の統一を図る等を含んだ排泄支援マニュアルの整備が望まれる。			
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			
トイレの清潔を保つために毎日清掃を行っている。場所によって冷暖房設備が不足しているところがあったり、プライバシー保護が十分でないところがあるので改善が望まれる。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
家族から着替えの衣服を預かり、失禁や汚れた場合などに衣服を着替えるよう支援しているが、強いこだわりにより着替えたいという場合を除いては、希望どおりに着替えてもらっている。強いこだわりを職員が「我がまま」と取り違え、利用者の意に沿わない対応によってさらに異質の不穏感情が起きないように、こだわりのある利用者毎の対応手順の整備を望みたい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
髪型や化粧については利用者の意思に任せて自由にしており、希望に応じて髪型を整えたり口紅やネイルアートをする等の支援をしている。年齢にふさわしい整容について、社会通念上許容される髪型、カラーリング、化粧等の限度について助言したり指導することや、希望に応じて理・美容関係の雑誌を用意する等の配慮が望まれる。			
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			
月2回美容院から出張してもらい、施設内で整髪するサービスを提供している。家族が利用している地域の理・美容店を利用する場合もあるため、希望を取って調整している。			
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			
短期入所受け入れ時には、できる限り安眠できる環境になるよう配慮しており、夜間の支援状況は記入用紙に記録している。寝具の私物使用は認められているが、ほとんどが事業所で用意したものを使用している。不眠により同室者に影響を及ぼす場合は他の部屋を利用するようにしているが、壁が薄いために声や音が聞こえてしまうことがあり、改善の余地が残っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的に医師・看護師・歯科医師の訪問があり、血圧測定や検温等の健康管理を行い、必要に応じて医師面談ができる体制を整えている。日常的には常駐する看護師が健康面での支援を行い、健康維持のための訓練や散歩等が行われている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
健康面で変調のあった場合は、地域内の協力医院で緊急に受診できる体制が整っているが、日常的には利用者のかかりつけの医院にて医療を受ける場合が多いため、家族との連携を重視している。急病やけがの発生時にはとっさの判断による応急手当(医療的ケア)が必要となる。看護職員の協力を得て、医療的ケアの基本(知識、技術)を職員に周知することが望まれる。			
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			
利用者毎に処方箋の写しを整理・保管して投薬状況を把握するとともに、適切な薬の管理対制を取っている。しかし、誤薬事故・服薬拒否・飲み忘れ、重複服用等があった場合の対処方法や薬の管理に関するマニュアルの整備が望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の希望によって楽しめそうな内容のレクリエーション活動を数多く取り入れており、保護者との交流を図れるプログラムや地域の社会資源を活用したプログラムがたくさん用意されている。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
移動支援を利用する等で利用者の希望に応じて外出を支援しているが、外出に伴う安全確保や不足の事態に備えた対応を検討しておくことが望まれる。		
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	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
一部の利用者は担当職員が預り金を管理しており、帳簿等で収支を記帳している。定期的に現金と帳簿との付け合わせを実施し、管理規定を整備して預り金の管理を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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
新聞は共同場所で自由に見られるが、本人が希望すれば購入することもできる。テレビは共同のものがあっても見ることはほとんどない。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
たばこは喫煙場所が決められており、ルールも守られている。利用者の健康面を考えて弊害についても説明しつつ、喫煙希望を優先させている。飲酒については、原則ノンアルコールにしている。		