

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11月25日(水)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：ふれあい福祉園ガイア	種別：生活介護、短期入所、日中一時支援	
代表者氏名：雲出 道博	定員（利用人数）：40名	
所在地：愛知県碧南市中山町1-7		
TEL：0566-48-3980		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成16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： 19名	
専門職員	(管理者) 1名	(介護福祉士) 3名
施設・設備の概要	(居室数) 1室	(設備等) リフト付き浴室

③理念・基本方針

<p>◆理念◆ すべての障がいのある方が人として 人間らしく生きていくために</p> <p>◆基本方針◆</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者さんの希望を第一に利用計画を作ります ・ご家族の意向も大切にしていきます ・親亡き後の対策を立てていく所存です
--

④施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・軽作業、織物、お菓子作り、療育班、厨房と各班に分かれて活動しています ・個々の障がい特性に合った支援を取入れることで、利用者さんの生活そのものにメリハリをつけて頂き、人生を豊かに過ごして頂くことが我々の目指す支援です
--

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 7月 13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

◆組織、機構の一元化の推進役

法人の福祉事業は、大きく3つのグループに分かれて行われている。それぞれのグループが設立の経緯から単独の仕組みを構築しており、人事制度（就業規則、給与規定等）も統一されていない。平成26年2月に「本部改革（案）」が策定され、5ヶ年計画で組織、機構の再構築の方針が打ち出された。管理者がその中心的な役割を担っており、既に社会保険の一元化は実現した。単に規程類の統一にとどまらず、キャリアパスの制度導入や人事考課制度等への横展開の進展を期待したい。

◆地域貢献

障害者に対する地域理解を高めるために、積極的な地域交流・連携を行っている。地域のイベントには積極的に参加（出店）し、利用者が売り子となって活躍する。1週間にわたって開催される事業所主催の「ふれあいキャンペーン」には、利用者の育てた花の苗を求めて大勢の地域住民が押し掛ける。大規模災害時の福祉避難所として市と契約を交わし、大型発電機や衛星電話を備え、食糧・飲料水の備蓄をしている。

◆虐待シェルターを整備

障害者虐待の撲滅・防止に努めており、不幸にして虐待の対象となってしまった障害者の“逃げ場”を用意している。疑われる事例の発生時には、これまでは法人の障害者グループホームが使われていたが、機能を強化する目的で施設内に3室の「虐待シェルター」（短期入所）を設置した。職員は、この部屋が「虐待シェルター」として使用されることがないよう願っていた。

◇改善を求められる点

◆教育システムの構築を

法人を包括した教育システムがなく、職員育成（指導、研修等）はそれぞれの事業所に任されている。新人職員を対象とした研修は法人主導で行われているが、体系化した階層別や職種別等の実施がなく、単発開催である。研修実施後には「復命書」の提出を求めているが、それらの管理も手順が定められておらず、研修効果の評価・検証も実施されていない。

◆マニュアルの整備

事業所運営や利用者支援を支えるべき各種の規程やマニュアル類の整備が遅れている。これまでの慣習に従って、あるいは職員の柔軟な対応力によって、大きな事故や問題の発生には至っていない。しかし、質の高いサービスを均一的に提供しようとする確立した手順が必要となる。職員が実際に行っている様々な支援の中から、最も適切な支援方法を選んで文書化して欲しい。計画を立てて、マニュアルの整備が進むことを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ていねいに指導していただき、大変助かりました。
説明も分かりやすく、スムーズに終わることができました。

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「全ての障がいのある方が人として、人間らしく生きていくために」とのゆるぎない法人理念を掲げ、利用者本位の支援を目指している。この理念の実践のため、管理者が年に3回、職員に向けての具体的な方針を作って伝えている。参加率が下がってきた毎月の家族会が中断され、開催回数が減っている。事業所と家族がベクトルの向きを同じにして進みづらくなっていることから、早期の再開(月1回開催)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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
管理者は日本知的障害者福祉協会の相談支援部会東海地区代表を務め、全国レベルの情報をいち早く収集することが可能である。年間3回の方針発表に示されるように、変化する経営環境に素早く対応しようとの思いもある。支援の現場では、人材の不足もあって管理者から発信された方針を、完全な形では具体的な支援に結びつけていない。課題は、管理者のその思いをいかにして職員に周知させるかである。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者本位のきめ細かな支援の実践のためには、職員の不足感が否めない。法人内には多くの事業所があり、大きく3つのグループに分けられている。そのグループがそれぞれの規程(就業規則、給与規程等)を定めていることから、有効な人事異動も行い難い。法人の民主化を図るため、「法人内の機構再構築」に焦点を合わせている。大きな課題であるが、法人全体を巻き込んだ改革・改善が始まろうとしている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
平成26年2月に「本部改革(案)」が示され、5ヶ年計画の中で人事制度の一元化を含む機構改革が打ち出された。法人の上層部にはこの構想が意識されているが、一般職員への周知には至っていない。			

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			
「本部改革(案)」で示された機構改革が事業計画の中に見えてこない。制度の一元化は、法人内の職員意識の統一も必要となる。事業計画の中に、法人内の他グループとの交流・連携を打ち出し、職員サイドからも制度の一元化に向けた動きを期待したい。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
職員意見を最もよく把握している主任によって事業計画の原案が作成され、管理者との協議で完成させている。職員会議等を利用して事業計画の周知を図っているが、期中での見直しのルールがない。事業計画の作成、見直し、評価(事業報告書作成)のルールを定め、職員の参画意識を高めることを望みたい。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
家族会の場で事業計画を説明しており、家族会に参加しない家族には情報が届きにくい状況である。家族からの意見・要望の多くは、「親亡き後の利用者の生活」に関することであり、事業計画の中では、「グループホームの増設」を打ち出して家族の思いに応えている。			

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			
サービスの質の向上のため、「本部改革(案)」ではPDCAサイクルを使った仕組みづくりを謳っているが、支援の現場への落とし込みは薄い。支援のための「P(計画)」に必要な要素である各種のマニュアルが整備途上である。高いレベルの均一したサービスの提供のために、標準的な実施方法を定め、早期の文書化(規程、マニュアル作り)を望みたい。			
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	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の機構改革の柱の一つである「人事制度の一元化」に関し、社会保険の統一は実現した。各種規程類の整備に着手しており、「本部改革(案)」が徐々に完成の域に近づいている。			

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		
「ふれあい福祉園ガイア 職員配置」の図表で管理者の立場を明確にし、年に数回職員に運営方針を示して事業所の進むべき方向性を伝えている。全国的障害者施設協会の東海地区の役員（相談支援部会東海地区代表）として、事業所内外に存在感を示している。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
管理者は関連する研修に参加する等、必要な知識や情報の収集には積極的である。コンプライアンスに関し、職員への周知・理解には課題を残している。研修の実施に留まらず、職員の理解度を評価したり、研修で得たことが支援の現場で活かされているか、否かを検証する仕組みづくりが期待される。法令順守に関するマニュアルを作成中である。		
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		
「業務管理シート」を使って、サービスの担い手である職員の資質向上を図り、サービスの質の向上につなげようとしている。しかし、サービスを受ける側の利用者の視点での情報収集、分析が行われていない。「サービスの質の向上」＝「利用者の満足度の上昇」と捉え、職員の資質向上と併せて、利用者の満足度を把握・上昇させる取り組みに期待したい。		
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 ㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「本部改革(案)」を推進する中で中心的な立場にあり、着実に歩を進めている。管理者の目指す事業所運営のためには、まだ人材の不足感があるが、適材適所の職員配置によって実効性の高い事業所運営が可能となっている。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
「職員の安定雇用」が法人の管理者会議では話題に上るものの、具体的な施策としては「即戦力の採用」が最優先される結果となっている。「本部改革(案)」の推進の中で、計画的な人事政策（採用、育成）を打ち出してほしい。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
管理者との面談が年に2回行われ、「業務管理シート」によって業務内容の成果が検証されている。法人内の人事制度が一本化しておらず、体系的な人事考課制度はない。現在取組み中のキャリアパスの制度の導入と併せて、人事考課制度の検討が進むことを期待したい。		

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り組んでいる。	障 16	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
年に2回の管理者面談や、主任やサービス管理責任者を介して職員の就労上の意見や要望を聞き取っている。職員によつての差はあるが、以前と比較すれば有給休暇の取得が進んでいる。職種、階層による有給休暇の取りづらさは見られない。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
「業務管理シート」を使って、職員個々の目標管理が行われている。しかし、キャリアパスが構築されていないことから、職員一人ひとりが自らの将来像を描けない状態にある。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
前年度の事業報告書の中で「ちゃん付け呼称」の課題を取り上げている。職員に、権利擁護の意識付け(研修)が必要との文面であるが、その課題が今年度の事業計画の中では取り上げられていない。事業計画の中には、職員に対する教育・研修の方向性を示されたい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
法人全体での体系的な教育システムはなく、階層別や職種別の研修が単発で実施されている。新人職員に関しては法人主導の研修が生まれ、県の知的障害者施設協会の実施する新人職員研修にも参加している。研修受講後には「復命書」の提出を求めているが、受講後の管理体制が未構築のため、前期分(4～9月分)として2件の報告(復命書)を確認するに留まった。職員育成のシステム作りが急務である。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
介護福祉士実習生2名の受け入れがある。養成教育機関(高校、専門学校等)との取り決めによって実習を実施しているが、実習生受け入れのための確たるマニュアルを持っていない。実習生受け入れの意義や目的を明確にし、マニュアルを定めて取り組むことを望みたい。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
法人のホームページが開設されているが、当該事業所のページには情報が提供されていない。苦情解決の仕組みがあり、家族からの苦情を受け付けて第三者委員にまでつなげた事例がある。その一連の処理を、「苦情解決結果報告書」で追うことが出来るが、最終段階の「公表」の部分が欠落している。苦情の内容や改善・対応の状況について、公表することが求められる。			

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			
不定期ではあるが、公認会計士事務所と契約して財務・会計面のチェックが行われている。専門的な見地からの指摘はあるが、事業所運営に影響するような経営面への言及はない。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
障害者に対する地域理解を進めるため、地域との交流・連携を積極的に推進している。市の行事に積極的に参加(出店)し、利用者が売り子として活躍している。利用者が作った自主製品の織物、クッキー、ケーキ等が人気商品である。事業所主催の「ふれあいキャンペーン」では、地域を対象に花の苗が1週間にわたって販売される。買い物は、極力地域の商店を利用することとしている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
業務日誌にボランティア受け入れを記録しており、参加者名が記載されている。市・保護課の仲立ちで生活保護受給者をボランティアとして受け入れ、その後非常勤職員として採用につなげたケースもある。しかし、ボランティアを受け入れるためのマニュアルが整備されておらず、組織的な動きには欠けている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
主要な関係先とは良好・緊密な関係を構築しており、連携上のトラブルの発生はない。事務室には「公共施設一覧表」が掲示してあるものの、社会資源全般についてのリストアップはされていない。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
大型災害の発生を想定して市と福祉避難所契約を結び、大型発電機や衛星無線を備えている。市のイベントや事業所イベントでは、自主製品を販売して地域住民に喜ばれている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
碧南市全域と西尾市西部地区を対象地域と考え、ニーズに合うサービス提供を目指している。障害者虐待に対応すべく、これまでの障害者グループホームに代わり施設内に3名分の「虐待シェルター」を整備した。			

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			
毎週月曜日に管理者参加での定例職員会議を行い、理念に基づいた訓示または管理者が得た障害福祉サービス情報等の報告会を行っている。職員会議では1週間毎の利用者支援状況の把握・評価を行い、必要な対応等も図っているが、非常勤職員まで周知徹底を含めた勉強会・報告会等の実施が望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の障害特性が多岐にわたるため、職員が苦慮しながら利用者個々に合わせた対応を行っている。対応マニュアルやプライバシーの保護規程、マニュアル等の整備が不十分なため、口頭による申し送りが多く、記録として残していない部分が見られる。利用者の権利擁護に関する規程、マニュアル等の整備を期待したい。			
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			
パンフレットには事業所の特性や必要な情報が明示してある。特別支援学校等の児童には放課後の日中一時支援事業の利用を促しながら利用契約を締結しており、施設利用に関しても双方が安心できる環境を整えている。法人のホームページは開設されているが、当該事業所については、「各施設の紹介」に情報が載っていない。法人内の他事業所と同等程度の情報提供が望まれる。			
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			
重要事項説明書・契約書の説明等は、短期入所事業や日中一時支援事業も併設事業として行っているため頻度が多いが、利用者家族または後見人も同席の上、特定(主任、サービス管理責任者)の職員が同一内容・手順で説明しており、服薬管理等の同意も同時に行っている。主任やサービス管理責任者だけでなく、職員の誰でもが案内や説明できるよう、手順の文書化が望まれる。			
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			
事業所の変更や移行または他事業所を併用利用している利用者に関しては、同法人が運営するガイア相談支援センターが中心となり対応しているが、他事業所との細かな連絡・調整においては、その都度、担当職員が利用者同意の下、支援計画に則り適切な話し合い等の機会を設けている。支援の継続性を担保するため、適切な引き継ぎ文書を制定する等、手順の文書化が求められる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者を「スタッフ」と呼称し、月1回のスタッフ会議を開催しており、基本的には全利用者職員が出席している。スタッフ会議では具体的な日中活動の内容や行事・給食メニュー等の希望を聴き、事業計画にも繁栄させている。スタッフ会議で出された利用者意見や要望の記録はあるが、今後は家族会をも含めてのアンケート調査等を定期的に行う取り組みを期待したい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
苦情解決の体制・仕組みは整備されており、苦情に関しては丁寧に対応している。しかし、玄関に設置してある意見箱がゴミ箱化しており、検討の余地がある。また、利用者のスタッフ会議や日中活動の中から出てきた利用者からの意見や要望等の受付記録を作成し、記録に残すことをマニュアル化し、全職員が苦情・相談を意識していく必要がある。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のスタッフ会議(月1回)はもとより、日中の生活場面においても職員が利用者の特性に配慮した声かけをしており、利用者が相談や意見を述べやすい環境は整っている。ただ、相談や聞き取り時での書面による受付記録が不十分であり、体制整備が必要である。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
日中活動の場面での利用者の問題・相談事案等はその都度対処し、夕礼時に報告して今後の対応策を検討しているが、一連の手順・対応策等のマニュアルがない。そのため、申し送りで済ませてしまう場合もあり、対応マニュアルの整備を望みたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ヒヤリハット報告は月1～2件程度と数は少ないが、事故報告と共に再発や未然防止の検討は行われている。特定の職員や短期入所時の報告等が多く見られ、職員意識の偏りが露見している。リスクマネジメント会議等を設置して全職員に「危険への気づき」を周知徹底し、出てきた報告書は必ず全職員に回覧して情報を共有していくことが望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
毎月1回の嘱託医検診(内科)があり、医師からの適切な助言・指導の下、インフルエンザ予防接種も施設で行われている。兼務ではあるが看護師によるバイタルチェックも毎日行い、安全確保の体制は整っている。ただし、感染症発生時の対応マニュアル等の整備が不十分であり、早急な整備が必要である。同一法人内に看護師が複数人勤務しているため、定期的な看護師ミーティングの機会が持てると好ましい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
災害時対応マニュアルがあり、立地的に津波に備えた避難訓練も実施している。水や食料の備蓄も40名×1週間分備えており、発電機も常備している。地元碧南市と災害時の協定を結び、市の指定福祉避難所となっている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
計画策定には常勤職員(各部署ごと)が関わっており、利用者の特性を踏まえた実施方法を見直し、策定している。しかし、全利用者はもとより全職員に周知できているかと言えば定かではなく、非常勤職員にも配布及び周知徹底をしていくことが望まれる。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
利用者とは合同でのスタッフ会議等から出された意見や提案を職員会議に諮り、次年度の実施計画に組み込んでいる。また、タイムリーな行事や社会見学等は迅速に見直し対応しており、標準的な実施方法や個別の支援内容変更・追加・見直しも職員会議で迅速に対応・協議し決定している。ただし、職員会議に参加しない非常勤職員等への周知に課題が残る。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
丁寧なアセスメントにより、作業等による生産活動をはじめ、利用者個々のニーズに沿った活動、屋内活動(マッサージ・カウンセリング等)や屋外活動(散歩・プール・野菜栽培等)、クラブ活動(音楽・運動・体操・園芸)等の数多くのプログラムを用意し、利用者の個別支援計画に盛り込んでいる。また、困難ケースの場合は碧南市自立支援協議会下部組織の担当者会に挙げ、施設外の関係者等と検討会議も行っている。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
半年に一度のモニタリングは実施しているが、利用者の状態や意向が変わった時にも随時見直し・検討していく姿勢を持たれたい。また、相談支援事業からのサービス等利用計画と個別支援計画との整合性を図るため、個別支援計画を現在の3月一斉策定から、サービス等利用計画と時期を合わせ、利用者の誕生日策定への変更を検討されたい。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
日々の記録等はパソコンの様式に書き込み、ネットワークでの情報共有が図られている。しかし、他部門の職員や非常勤職員には正確に伝わっているとは言い難く、情報共有のためのより積極的な取り組みを期待したい。また、職員による記録内容や言い回しに差異があるため、必要最低限のルールを盛り込んだ「記録作成要領」等を作成し、記録を統一化していくことが望まれる。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
原則、個人情報保護規定に則ったの対策・対応は行っているが、記録等が保管してある事務所へ利用者の出入りが自由であり、書庫や机周りは施錠するよう努めたい。席を離れる時にデスク上のパソコンの電源はオフにしているが、パスワード等の利用により職員の情報漏えい意識も高められたい。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
情報提供はするものの、地域移行の主体はグループホームへの住み替えがほとんどである。当該事業所の短期入所事業を活用し、平日を主に2～3人/日の利用を受けながら、市内4ヶ所17名のグループホームのバックアップを行っている。短期入所利用が苦手な利用者にも将来に備えて宿泊体験が出来るよう、年に一度男女別の「お泊まり会」を企画しており、自宅以外で宿泊練習する機会を設けている。		

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			
利用者個々を尊重し、利用者の意向を理解できる職員がそれぞれ寄り添って関わっており、意思伝達に制限がある利用者にも文字盤等を使う等の工夫はできている。しかし、特定の職員しか関われない利用者もいることから、職員全体のコミュニケーション技術や対応能力のスキルアップが望まれる。			
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			
利用者が主体のスタッフ会議で出てきた意見を汲み入れ、創作活動でのおやつ作りメニューやクラブ活動に希望する活動内容を取り入れている。また、昼休みには利用者個々が聴きたいCD等を持参して聴くこともできる。課題は、職員の力量差があって、利用者の発した主体的な思いや意向を汲み取れない場合があり、実際の支援につなげられないことである。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
日中活動や短期入所での基本的な見守り支援の体制はできている。しかし、利用者個々における排泄・入浴・整容等での細かな部分においては口頭での申し送りが多いため、マニュアルを整備していくことが望まれる。			
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			
利用者個々の特性に応じ、創作活動やクラブ活動を介して積極的に社会参加の機会を設け、様々な体験・経験の機会を作っているが、これらが活動プログラムの範疇に留まっている。職員各々が利用者のエンパワメントを意識した支援を心がけ、さらに、利用者を受け入れる社会の意識を変えて行くこともエンパワメントの理念の目指すところであることを念頭に置いて取り組んで行くことを望みたい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の身体状況に応じた食事サービスが提供されており、可能な利用者は自ら配膳・下膳も行っている。利用者を巻き込んで給食業務を行っており、就労の機会も与えている。また、個別支援計画に基づいて食事介助・見守り等を全職員体制で行っており、食事提供もスムーズに行われている。現行の支援方法を文書化し、マニュアルとして整備することを望みたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
スタッフ会議等から出た希望のメニューも取り入れた食事を提供している。調味料や漬け物、ふりかけ等も自由に選択でき、利用者がそれぞれ好きな場所で食事することができている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
基本的に昼食時間は12:00～13:00の中で提供できており、全利用者もスムーズに喫食しているが、施設事業である夏休み等の日中一時支援事業で10名程度の利用がある時には食堂がかなり窮屈になる傾向があり、喫食環境の改善を意識してより工夫・配慮していくことが望まれる。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
通所施設であるため、短期入所の利用者や特別な事情(家庭での入浴困難や便失禁)のある利用者が入浴している。機械浴槽を備えているが、取扱説明書のみで支援のためのマニュアル類が整備されていない。入浴事故を起こさないためにも、安全に配慮したマニュアルの作成を望みたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
本人の意思や希望よりも、家族との話し合いによって入浴支援が行われている。職員配置の問題もあり、障害の重い利用者に関しても、週に一度の入浴機会を提供することが限界である。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
浴室や脱衣場の環境に関してはこれまでに問題となったことがなく、事業所の中で検討課題に挙げたことはほとんどない。同性同士の入浴に関しても、利用者のプライバシーには配慮している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
排泄に関して、特段の配慮や注意を要する利用者については個別支援計画に盛り込んで支援している。外出時を除けば、基本的に同性介助が実践されている。しかし、排泄支援のマニュアルはなく、共通理解が必要な注意事項等についても口頭伝達で終わっている。プライバシー保護の観点や安全上の配慮等を盛り込み、排泄支援の標準マニュアルが作成されることを期待したい。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
トイレの設備はさほど新しいものではないが、清掃が行き届いており清潔で気になる臭気もない。男女別のトイレの設置数やプライバシーへの配慮に関しても問題はない。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
衣服の選択について、通所施設のため着替えの機会はほとんどない。短期入所の利用者、失禁時、作業での汚れや破損時に着替えが発生するが、多くの場合は利用者が各自で用意した衣服を着用し、不足の場合に事業所で用意した予備の衣服に着替えている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
衣服の汚れや破損には、利用者からの着替えの希望がなくても職員の判断で着替えさせている。ただ、汚れや破損の程度によって、着替えを必要とするか否かの職員判断が統一されていない。可能な範囲で着替えの判断基準を設け、統一した支援を可能とすることが望ましい。			

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		
短期入所の女性利用者に化粧や髪形の支援(アドバイス等)をすることはあるが、通所(生活介護)の利用者への支援はほとんどない。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
看護師資格を有する職員が毎日バイタルをチェックし、食後の歯磨きについては職員が必要に応じて介助している。嘱託医による定期健診が毎月あり、年1回の歯科受診も行われている。口腔ケアに取り組むことと、健康管理全般を包括的に盛り込んだマニュアルの作成が課題である。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
通所利用中の疾病について、時間的な余裕のある発症の場合には家族に連絡して対応を依頼している。緊急の場合には事業所に対応し、指定の協力医で受診している。様々な種類の疾病の可能性があり、その時々状況や症状の違いはあるが、考えられる範囲の疾病について、「起こさないための予防」と、「起きてからの対応」のマニュアルを整備することが求められる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
事業所で管理する服薬は2名の利用者の分だけであり、担当職員の管理の下で予薬しており、誤薬や飲ませ忘れ等の事故の報告はない。与薬を管理するためのマニュアルの整備や、誤薬事故を防ぐための記録様式の制定が期待される。		
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「重要事項説明書」の中に、「教養娯楽・レクリエーション・行事等」との項目を設け、余暇の有効活用やレクリエーションの充実を約している。月間予定表に特別活動やクラブ活動の予定が記載されており、利用者は体操、お出かけ、家庭菜園、音楽、創作活動等に参加している。どの活動に参加するかはその都度利用者が決めており、自由度、柔軟度が高い取り組みとなっている。活動の種類追加や変更に関しては、保護者からの意見も反映させている。		

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		
積極的な外出支援を行っている。年1回、社会参加の訓練の一環として社会見学が実施されており、見学先は利用者が主体となって運営されているスタッフ会議の意見が尊重されて決定している。日常的には、班別プログラムに外出支援を組み込み、クラブ活動としての「お出かけクラブ」もある。不測の事態に備え、利用者個々が「連絡カード」等を携行することが望ましい。		
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		
利用者が多額の金銭を所持しないことを申し合わせており、必要な利用者については各担当職員が預かっている。金銭の支払いが生じた場合には、職員が立て替えて支払い、後で精算するルールとなっている。預り金の管理に関するマニュアル作成や、金銭感覚・技能を学ぶプログラムの用意が課題である。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
事業所経費にて、共用の新聞を2紙購読している。破壊行為のある利用者によってテレビが破損されることを防ぐため、日中はテレビがOFFになっている。余暇の活用や娯楽、レクリエーション等のツールとして、テレビの有効活用が望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
現在、喫煙や飲酒を希望する利用者はいない。今後喫煙を希望する利用者が出てきた場合には、喫煙時間帯や場所について職員のルールを準用することとしている。飲酒、喫煙者はいないが、利用者全員を対象としたアルコール中毒や依存症、受動喫煙等の弊害を学ぶ機会の創出を期待したい。		