

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 3月 22日(火)
---------------	------------------------

②施設・事業所情報

名称：障がい者支援施設 むもん	種別：施設入所支援・生活介護	
代表者氏名： 阪田 征彦	定員（利用人数）： 40名 （37名）	
所在地： 愛知県豊田市高町東山7番地43		
TEL： 0565-45-7883		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和 63年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 無門福祉会		
職員数	常勤職員： 46名	
専門職員	（管理者） 1名	（看護師） 1名
	（サービス管理責任者）1名	（医師） 1名
	（生活支援員） 32名	（調理員） 10名
施設・設備の概要	（居室数） 47室	（設備等）居室・訓練作業室
		浴室・食堂・洗面所・相談室
		事務室・医務室

③理念・基本方針

<p>理念 すべての人が自由で対等に生き、平等に権利が守られる社会の実現</p> <p>基本方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障がい者を含めた社会的弱者の置かれた状況や気持ちを理解しようと努めます。 ・困っている人を優先して支援することで、多くの人に安心を提供します。 ・障がい者支援の専門職として日々、障がい者主体を意識して仕事に従事します。 ・地域に根ざし、地域社会のつながりを意識した運営を行うことを通して、福祉社会の実現を目指します。 ・健全で透明性の高い施設を運営することで、サステイナブルな法人を目指します。 ・日々、笑顔を絶やさず、感謝や謙虚さを忘れず、法人も地域社会の成員となるよう努めます。
--

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者さんのしあわせな暮らしの実現を目指し、法人全体で「あたりまえのむもん」の事業方針を掲げて取り組んでいる。
- ・今まで、主に下請け作業をしていたが、収入増が見込めないことや仕事の成果が見えにくい、働きがいを得にくいなどの課題があった。
働きがいのある仕事を目指すため、下請け作業の縮小、新しく自然栽培をスタートさせ、お米や野菜を栽培している。また、地元農家と連携し、農家の畑や田んぼで収穫や種まき、草取りなどの仕事をしている。外で作業することや地域の人と関わることで利用者さんの働きがいにつながっている。加えて、高齢や担い手不足による休耕地を使っているため、地主さんや地域の方に感謝され、障がいの理解にもつながっている。
- ・施設にいと、集団生活があたりまえになってしまい、食事や外出などを自分で選択する機会が少ない。少しでも自分で選択できる機会を提供するため、以下のことを実施している。
 - ①食事メニューを選択できるよう、週2回選択メニューの実施。
 - ②外で食事がとれるよう、月1回昼食外出の実施。
 - ③日用品や嗜好品などを利用者さん自身で買いにいけるように、週3日買い物便の実施。
 - ④望む外出ができるよう、利用者さんの意向を聞きながら、2ヶ月に1回外出の実施。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 1月14日（契約日）～ 平成28年 7月22日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	6回（平成24年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆権利擁護の取り組み—「安全志向」から「自由志向」へ
理事長の交代、管理者（施設長）の異動から4年、新たな方向性を示すために法人、事業所のコーポレートアイデンティティ（C. I）を構築した。これまでの「安全志向」から「自由志向」へと、利用者支援の根本が大きく変更された。職員主導で標準的な実施方法を定めるマニュアル（「サービスのガイドライン」）の全面改訂作業が進行しているが、網羅される全ての手順に利用者視点の「考え方」が記され、利用者の権利擁護に十分な配慮がみられる。

◆新規事業展開による地域の活性化

自然農法による米づくりを事業化している。耕作放棄地を借り上げて水田とし、無農薬のブランド米を育てている。農事経験者を職員として採用し、専門家の指導を仰いでいる。収穫時期には、利用者や職員に混じって地域住民や子どもたちがボランティアとして参加し、秋の「自然栽培パーティー」で締めくくられる。さらに、廃業する養豚業者の従業員を職員として採用し、畜産や野菜栽培をも事業化する計画である。新規事業が利用者の作業機会を生むだけでなく、地域の活性化にも貢献している。

◆多彩な余暇の活用

生活の中での楽しみを生み出すため、法人全体で「余暇委員会」を作って余暇活動支援の充実を図っている。余暇活動の一環として、北海道を始めとした多種類の旅行の企画が発表されており、利用者にとっての旅行地選びは格別の楽しみとなっている。また、利用者の要望を取り入れて、週3回の買い物外出支援を行っており、利用者それぞれの力量差はあるが、金銭管理や金銭感覚を磨くことの学びともなっている。

◇改善を求められる点

◆事業運営の透明性確保のため、適切な情報の公開を

苦情を受け付けた場合に、苦情内容や苦情解決を図った記録はパソコン上で適切に記録されている。しかし、規程等に定められた苦情解決の仕組みには「苦情の公表」のプロセスが欠落している。関連する規程に「苦情の公表」のプロセスを追加し、苦情内容や改善・対応の状況等について、ホームページや広報誌、家族懇談会等を利用して公表することが望まれる。

◆マニュアル(「サービスのガイドライン」)に基づいたサービスの徹底

現在、職員主導で各種規程やマニュアルの見直し作業が進められているが、新しく更新されたマニュアルを含めて、マニュアルに従った支援が確実なものとなるよう、職員間での統一した姿勢が求められる。例えば、「事故対応マニュアル」に基づいて、「事故報告書」や「ヒヤリハット報告書」が提出されているが、それらの報告書による事故分析を確実にを行い、事故の再発防止や未然防止の徹底を図ることが望まれる。職員研修実施後の報告書、実習生の受け入れ、ボランティアの受け入れ等々、マニュアルに基づいたチェック(評価・検証)やアクション(改善、次回への反映)機能の発揮を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審することで、サービスの質の向上にむけて、事業所が抱えている課題や強みの部分が明確になりました。今回の評価で明確になった課題を改善して、利用者さんが地域であたりまえに暮らせるようサービスの質の向上を目指して努力していきます。

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			
理事長の交替、施設長(管理者)の異動から4年が経過し、法人や事業所の目指す方向性を統一するためにコーポレートアイデンティティ(C. I)の構築を図った。職員だけでなく、利用者・家族にも理解を求めるため、家族説明会を定期的に開催して周知を図った。			

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			
管理者が地域圏域アドバイザーとして長くその任に就いており、さらに県や全国レベルの業界団体(知的障害者福祉協会)の要職を務めることから、情報取得のチャンネルは広範に亘っている。収集した情報を分析し、新規の事業展開や事業開拓に活かしている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
「利用者支援に対する職員意識の格差是正」、「工賃の低迷打破」、「利用者のおしゃれ支援の充実」、「職・住分離の徹底」、「家族会廃止の代替案」等を当面の課題として抽出し、それぞれに対して取り組みを開始している。しかし、新規事業(自然農法による米作り)の開拓に力が置かれているきらいもあり、これらの課題の解決に向けた職員一丸の意識は弱い。			

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26年度～30年度の5年間の中・長期計画を策定しており、新規事業の採算化、コーポレートアイデンティティ(C. I)の構築、マニュアル(「サービスのガイドライン」)の全面的な見直し等が着実に進行している。これらの計画は法人全体での取り組みとなっており、事業所レベルへの展開、期限管理、収支計画への連動等の課題を残している。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画が法人全体を包括して策定されており、事業所の単年度事業計画との関連性に乏しい。法人の中・長期計画を受けた事業所独自の中・長期計画を策定し、それを反映させた事業計画の策定が望まれる。			
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			
「むもんカレンダー」によって年間の会議計画が決められており、それに沿って毎月職員会議が開かれている。事業所の強みを引き出すために「あたりまえむもん」の作成が職員主導で進められており、ここで抽出した強みや課題を事業計画につなげている。職員意見が事業計画に活かされる仕組みとなっている。			
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			
参加率の低迷している家族会を廃止し、必要な時に家族説明会を開催して周知を図る方法に変更した。家族説明会の開催目的が明確になったこともあり、事業計画についても従前に比して理解度は深まっている。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
コーポレートアイデンティティ(C. I)の構築によって、新しい考え方の下に「サービスの質の向上」を考える風潮が広まっている。法人を挙げての一大事業となっている新規事業の開拓やマニュアルの再編についても、職員の参画意識が高まっている。毎年の自己評価、定期的な第三者評価受審も定着した取り組みとなっている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
課題に対しては担当者を決めて対処しているが、期限管理や収益性とのすり合わせに課題を残している。担当制を敷いたことで、課題に対する的確な責任体制は構築できたが、職員間の情報共有面の課題が残っている。			

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		
管理者が思想的にも中核となって、事業所のみならず法人全体を率いている。理事長交代の前の「安全主義」から、利用者の権利擁護を基にした「自由主義」への大きな転換を図り、コーポレートアイデンティティ(C. I)を定めて固定観念に捉われない法人・事業所運営を実践している。公務に奔走し、多忙な身ではあるが、極力支援の現場に顔を出して直接指導にあたっており、職員との意識の差を生じさせない努力をしている。		
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		
管理者自身の法令理解は十分であるが、職員、特に非正規職員に対するコンプライアンスの意識の醸成に課題がある。「障害者差別解消法」等の勉強会開催はあるが、学んだ職員の知識が支援の現場で活かされているか否かの検証も欲しい。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
管理者は、「サービスの質の向上」を「利用者の安全を守ることから、利用者の自由を守ることへの変換」と捉えている。コーポレートアイデンティティ(C. I)の内容や利用者の自主性・自立性を尊重したマニュアルの整備手法等、感覚的には「安全志向」から「自由志向」への支援の質の転換が見て取れるが、客観的、具体的にサービスの質の向上を測る指標を定めることを望みたい。		
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		
課題に対して担当職員を決めて取り組み、結果として職員の責任感や積極性が育った。事業所運営面にも職員の参画意識が高まっており、指示待ち職員の減少に伴って業務の実効性が大きく高まる要因となっている。		

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		
新規事業(自然農法による米作り)の展開によって、新たな専門知識や技術を有する職員の採用が必要となっている。福祉系に代わって農業系の学校に求人をつけたり、農業や畜産業からの転職者を採用したりと、これまでにない求人活動を展開している。事業の推移や進展によって必要人材の質と量が決まってくるが、当面は具体的な採用計画が立てづらい状況が続きそうである。		
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		
「成長度チェック&記録表」を使い、自己評価と一次・二次査定を行う人事考課制度がある。しかし、この「成長度チェック&記録表」の考課項目は「情意考課」には対応しているものの、「成績効果」や「能力考課」を査定する項目が設定されていない。さらに、「成長度チェック&記録表」の有効活用が図られておらず、チェック(評価)、アクション(改善)へのつながりが薄い。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年間2回、管理者との面談の機会があり、職員の意見や要望を聞き取り、就業状況を把握して働きやすい職場作りを行っている。毎週水曜日を「NO残業デー」とし、職員にも働きやすい職場作りの意識付けを図っている。結果、特段の飛び込み業務が入らない限り、ほとんど毎日定時終業が可能となっており、有給休暇も取りやすくなっている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
キャリアパス制度や明確な基準を持った人事考課制度が構築されておらず、階層別の研修計画は作成されているが、職員個々の育成目標が明確になっていない。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の中に、「職員の支援スキルアップ」の研修方針が示してある。研修実施後には、「人事記録・研修報告」の提出を求めているが、研修効果を検証する仕組みはない。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
法人としての階層別の研修を設定しており、新人研修等は実施態勢が整っている。業務に必要な外部研修のテーマを見つけると、管理者の指示によって適切な担当職員が参加している。体系的な階層別研修のシステム構築と、法人研修、事業所研修、OJT教育等の補完関係の整理を望みたい。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
保育実習生、介護福祉士実習生、社会福祉士実習生の受け入れがあり、実習生が採用につながるという成果もあった。ただ、実習の内容を記録として残しておらず、実施後の評価・振り返りも実施されていない。			

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
定期的に第三者評価を受審し、事業運営の透明性確保の一手段としているが、苦情に関する公表の仕組みがない。ホームページの有効活用を図る等、受付～解決～フィードバック～公表と続く苦情解決の仕組みづくりが期待される。			

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		
外部の専門家による財務・会計面のチェックは受けているが、体系的な外部監査の実施はない。		

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 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
毎月の「むもん市」の開催や地域イベントへの積極的な参加等、これまでも地域との交流・連携には重きを置いてきた経緯がある。今回、農業事業の展開によってさらに地域との関係性が強くなっている。地域から農事・畜産従業者を採用したり、専門家による農業指導を受けたりしており、収穫期には地域住民に加えて子どもたちもボランティアでの参加がある。		
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		
定期的に毎月7名の青少年ボランティアが来訪している。学生の体験学習として毎年20～30名を受入れ、読み聞かせや踊り、演芸ボランティアも訪れ、利用者を楽しませている。今年度からは農業関係の事業支援のためのボランティアも数多く入っている。事業運営にボランティアの存在が欠かせない状態になっており、事業計画や事業報告の1項目として方針や計画、実施報告の記述が求められる。		
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業所運営に関する社会資源のリストが電子化され、コンピュータ管理されている。関連する機関や施設、企業等が5つの部門に分けて管理されており、職員全員がデータにアクセスできる状態になっている。		
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
これまでの地域対象の「むもん市」や「むもん祭り」の開催に加え、農業を事業化することによって、地域の活性化にも貢献することとなった。耕作放棄地を借り上げて水田として活用したり、廃業する養豚事業者の従業員を職員として雇用したりして、新たな事業を創出しようとしている。災害時の福祉避難所としての登録もしている。		
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 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
遊休地(耕作放棄地)の活用や農事・畜産従事者の雇用を図る等、農業の事業化による地域活性化や新たなまちづくりの拠点となっている。既に事業化されている菌床しいたけ栽培に加え、自然農法による米づくり、養豚、野菜栽培へと、地域をネットワーク化した事業が広がりを見せている。		

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	① ・ b ・ 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について明示しており、職員がそれを理解し実践するため、サービスのガイドラインを定め、共通の理解をもつための取組みの充実を図っている。サービスのガイドラインは常に適切性を保つために見直しが行われており、現在も大幅な改訂作業に入っている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
重要事項説明書や契約書により、プライバシー保護や権利擁護に配慮した福祉サービス提供を明示している。虐待防止に関する規程が整備されており、職員のセルフチェック等の取組みが行われているが、プライバシー保護についてのガイドラインが未整備である。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやフェイスブック、法人広報誌により、法人のサービス内容を積極的に発信している。利用希望者に対しては、個別に面談や施設見学等を行い、待機者登録をしている。日中・短期利用者について、これまでは先着順で受け付けてきたが仮予約制にして、優先順位を検討して利用を図る方向としている。			
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	a ・ ② ・ 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、サービスの内容をできるだけ分かりやすく説明するようにしている。意思決定が困難な利用者への配慮については、ガイドラインにて指針を示し、職員間で共有する取組みを予定しており、その成果が期待される。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの継続性を損なわないように、引き継ぎや申し送りの手順を定めている。今後、利用者台帳を整備し、引継ぎに必要な情報を記載するように見直す予定であり、サービス終了後の相談方法等についても、明確化する予定である。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足の向上を目指した取組みは、利用者の自治会において意見や要望を聞くことが主な内容となっている。担当職員が個別に聴取することもあるが、利用者満足を図るための面談とはなっていない。家族会は休止しているため、法人で行う家族懇談会とは別の形で、家族から意見や要望を聞く機会を作ることが必要であろう。			

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		
苦情解決のための体制が整備されており、苦情内容や苦情解決を図った記録はパソコン上で適切に記録されている。苦情内容や苦情結果等の公表について、ホームページや広報誌、家族懇談会等を利用することの検討が望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
毎日、勤務する職員の名前と顔写真を掲示しており、利用者が職員に個別に相談等をしやすい体制としている。また、休日のプログラムを分かりやすく作成し、利用者が確認できるよう掲示している。利用者が相談しやすく、意見や要望の述べやすい環境作りに配慮がみられる。		
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		
利用者からの相談や意見に対しては、朝礼、終礼において迅速に対応するようにしている。事案によっては、職員会議にて検討し、結果を報告するようにしている。意見箱は設置しているが、効果的な活用が図られていない。		
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		
事故発生時(無断外出、ケガ、窒息)の対応マニュアルが整備されており、マニュアルに従って事故報告書やヒヤリハット報告書がパソコン上に記録されている。職員間での情報の共有はできているが、さらに事故報告書やヒヤリハット報告書の事例分析から改善策を導き出し、再発防止や未然防止につなげる仕組みづくりを期待したい。		
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		
感染症の予防と発生時の対応マニュアルが整備されており、マニュアルに基づいてうがいや手洗い等の予防対策が行われている。今後は、マニュアルの確認・見直しと定期的な研修(実地研修を含む)の実施が望まれる。		
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		
災害時の対応体制が決められており、関係機関との定期的な避難訓練が行われている。現在食料等の備蓄リストを整備中である。		

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
サービスのガイドラインにおいて、提供する福祉サービスの標準的な実施方法を定めており、職員が共通の理解で利用者支援にあたるよう研修を重ねている。		

	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			
日々の朝礼や終礼、職員会議において、実施方法の検証や見直しを図っている。現在、サービスのガイドラインの検証・見直し作業が進行中であり、今後も定期的に見直しをするをルール化している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントシートによるアセスメント手法が確立されており、適切なアセスメントが実施されている。個別支援計画には利用者一人ひとりのニーズが明示されており、サービス管理責任者が実施計画通りに福祉サービスが行われていることを確認している。パソコンで管理されており、職員間での情報共有が確実なものとなっている。支援が困難なケースについて検討会が開催されており、職員会議において共通の認識が持てるようにしている。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの実施計画の評価・見直しは、定期的に行われている。福祉サービスの急な変更については、変更した内容に関係職員に周知する手順を定めて実施している。			
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、職員間で共有化している。	障 44	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
記録については、職員(非正規職員を含む)がパソコン上での共通のシステムにより記録・管理しており、職員間での情報共有が確実なものとなっている。			
	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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」により、利用者の記録の保管等に関する規定を定めており、広報誌やホームページ・フェイスブックに載せる場合は文書で承諾書を取っている。職員を始め、実習生やボランティアに対して、個人情報保護の誓約書を取っているが、個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対策や対応方法の規定化が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
グループホームの説明会や見学会を実施し、グループホームへの入居の意向を確認している。利用者や家族の意向に応じて、個別に移行計画を立てている。地域生活が身近なものになるよう、買い物等の外出支援を充実するようにしている。			

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			
必要に応じて、個別支援計画書の中に、意思伝達の困難な利用者へのコミュニケーション手段の工夫を盛り込んでいる。サービスのガイドラインの改訂作業中ではあるが、その中で意思伝達の困難な利用者への支援のガイドラインを作成しており、コミュニケーション能力の開発を含めた今後の取り組みが期待される。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本的に利用者の主体性(個性)を尊重した福祉サービス提供に心がけており、利用者の自治会等の活動を側面的に援助している。休日や夕方に行っているサークル活動でも、主体性を持った活動を支援している。			
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 ・ ⑥ ・ 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ついては、見守るという姿勢を職員全体が持ち、必要に応じてサポートする体制としている。利用者の高齢化・重度化に伴い、支援の質や係わりの程度が変化してくることが予想されており、サポート体制の整備が課題になると思われる。			
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			
自立した生活を目指し、衣類の洗濯や管理、身辺整理等を主体的に行えるよう支援している。週3回計画している買い物外出においても、可能な限り利用者の自主・自立性を尊重し、エンパワメントの理念に基づいた取り組みとなっている。人権の意識の高揚や施設外の情報提供については、改善の余地がある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画を基に、特別食の提供や固定席での食事介助を行う等の必要な対応をしている。特に高齢化や誤嚥の危険性のある利用者に合わせて、食品を細かく刻んだり分量を調整する等の配慮をしている。食事の介助や支援方法に関して、食事提供マニュアルを作成している。			
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			
利用者や家族の協力を得て、定期的に嗜好調査を行っている。また、利用者の自治会においても、食事に関する希望を聴取している。給食会議には、利用者の参加はない。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員会議等で食堂の雰囲気などについて検討している。食事は一斉に摂るのではなく、食事時間に幅を持たせており、居室で食べたい利用者の意向にも対応している。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
安全やプライバシー保護を含めた、入浴介助マニュアルに基づいて、一人ひとりの健康状態に留意して実施している。男女間で介助の度合いが異なることもあり、マニュアルの再検討の余地がある。			
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	㉞ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入浴は毎日行っており、時間についても利用者の希望に応じて対応している。介助の必要な障害の重い利用者については、入浴時間帯が決められており、利用者の待ち時間を極力少なくする等、効率的・合理的な入浴支援が行われている。			
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			
屋外に浴室があり、入浴の度に一旦外に出るため冬場には寒暖の差を感じる事となる。脱衣室には冷暖房設備がある。浴室の設備は介助度の違いにより、男女の浴室で多少の差がある。今後、利用者の高齢化・重度化に伴い、安全性確保のためのバリアフリー化を含めて、介助器具や機器の導入の検討を行う必要があろう。			
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があるが、現在のサービスの内容に即した内容になっておらず、改善が望まれる。			
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			
トイレは毎日清掃しているが、汚れた時の対応が十分でなく、トイレ環境の点検や改善のための検討を行うことが望まれる。			
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	㉞ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者が自分の好みで選んでいるが、自分で選ばうしない利用者については、本人の思いを押し量って、これまでの経緯や経験を参考にして職員が選んでいる。衣類の購入については、夕方や休日買い物のための外出支援を行っている。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が着替えを希望した場合、その意思を尊重しているが、汚れた場合や破損に対しての業務手順はなく、その時々での対応となっている。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
おしゃれや整容に関する積極的な支援はなく、利用者の要望に応じて、化粧(色付きのリップクリーム)や寝癖直し等の整容を援助している。利用者が、服装や装身具、化粧、髪型、カラーリング、マニキュア、ネイルアート等、社会通念上の許容範囲を学び、社会人としてのふさわしい意識を醸成する取り組みを望みたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の希望に応じて、地域の理髪店や美容院への送迎や同行支援を行っている。行きつけの美容院と、馴染みの関係ができて利用している利用者もいる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の希望に応じて、寝室や寝具の工夫をして安眠を図れる環境を整備しているが、すべての利用者に対応しきれていない。また、現在は不眠者がいないこともあり、不眠者への対応等を含むマニュアルが整備されていない。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
年2回の健康診断の実施、月1回の嘱託医の訪問の他に、歯科医師・歯科衛生士の定期的な訪問指導を受けている。健康の維持のため、日常生活の中に運動や散歩等のプログラムを組み入れている。健康管理マニュアルがあるが、健康管理票の整備やマニュアルの活用に改善の余地を残す。			
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			
緊急対応マニュアルが作成されており、緊急の場合にはマニュアルに沿って対応を図っている。嘱託医の他、地域の協力的な医療機関との連携ができており、迅速且つ適切な医療が受けられる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
与薬マニュアル、与薬事故対応マニュアルが作成されており、マニュアルに従って内服薬等の扱いが行われている。引き続き、誤薬や服用拒否や服用忘れ等の対応が確実にされるよう、職員間での支援の統一が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人で余暇委員会を立ち上げ、余暇の有効活用について検討している。余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って企画し実施している。月ごとの休日の計画についても、イラストを用いて分かりやすく計画を説明している。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
自治会において利用者の外出先の希望を聞き、それを反映させるようにしている。地域でのイベント案内があれば、情報として伝えている。利用者の高齢化や重度化によって、外出支援の頻度が少なくなる傾向にある。ボランティアの有効活用を図り、利用者の希望に沿った外出支援の継続を期待したい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
外泊は利用者と家族の希望を調整して計画しているが、受け入れる家族サイドの事情(家族の高齢化や死亡等)によって、利用者の希望通りの外泊ができないケースが増えてきた。特に女性利用者に関しては外泊が減少している。帰省できる利用者と、帰省先を失った利用者との、支援面での不公平感が生じないような準備を願いたい。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「小遣い管理規程」により、預かり金の収支報告を1ヶ月に一度行い、利用者と保護者との確認を得ている。金銭の自己管理ができる利用者については、管理する金額を利用者と相談して決め、小遣いを使ったら小遣い帳に記入している。週に3回、買い物外出の支援があり、利用者それぞれの力量によって、金銭管理や金銭感覚を磨くことができるプログラムとなっている。		
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・雑誌及びテレビ・ラジオは個人で購入し、個人で使用することができる。共同利用もしているが、特段の問題発生もないことから、利用についての話し合いはしていない。		
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		
酒・タバコを所望する利用者はいないが、旅行での宴会でお酒を飲む時がある。その時は体調を観察しながら、飲み過ぎないように見守っている。アルコール中毒や依存症、副流煙による受動喫煙等の副作用や弊害についても、その都度一般的な常識として伝えている。		