

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) 福祉サポートセンター

②施設・事業所情報

名称： めくもりの家	種別： 生活介護	
代表者氏名： 飯野 恭央	定員（利用人数）： 40名（41名）	
所在地： 安城市大東町5番28号		
TEL： 0566-77-0555		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 平成1年4月		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 めくもり福祉会		
職員数	常勤職員： 8名	非常勤職員： 14名
専門職員	(専門職の名称) 名	
	社会福祉士： 2名	看護師： 1名
	介護福祉士： 4名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)
	活動室4、相談室、医務室、食堂、事務室、	トイレ男女および車いす用1階・2階に各1箇所、シャワールーム、厨房

③理念・基本方針

<p>《法人理念》 “めくもり”のあるサービスをめざします～わたしたちは、地域に信頼され必要とされる福祉サービスを目指します～</p> <p>《基本方針》 ・利用者の意向を尊重して、福祉サービスを総合的に提供できるよう支援します ・利用者個人の尊厳を保持し、心身の育成と個人に有する能力を活用し、地域で安心して暮らすことができる環境作りをサポートします</p>
--

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>・事業所として「利用者が中心」という姿勢にあり、職員にも周知され日常の支援にも反映されている。</p>
--

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年6月8日（契約日）～ 平成29年3月17日（評価決定日）
受審回数 (前回の受審時期)	3回 (平成26年度)

⑥総評

<p>【特に評価の高い点】</p> <p>◇個々に応じた支援 今年度より様式を変更されたアセスメントシートを有効に活用され、一人ひとりに応じたきめ細かな支援が行われている。精神的な安定を要する場合などにおいても、個別に利用者が落ち着ける場所が設けられるなど、利用者が安心して緩やかに過ごせるような配慮がされている。</p> <p>◇本人主体の支援体制 事業所として「本人中心、本人尊重」の姿勢が貫かれており、職員にも浸透し支援内容にも現れている。</p> <p>◇プロセスにもポイントを置いた体制 管理者は目的意識が明確であり、様々な面で成果と同様にプロセスを重視し、職員のモチベーションアップにもつながっている。評価機関によるアンケート調査や職員ヒアリングからも「やりがいのある仕事」という声が多く聞かれ、管理者の思いが良質な支援につながっている。</p> <p>◇ボランティアとの連携による利用者支援 フラダンスなどの提供型をはじめ、作業等での利用者支援や町内ボランティアの協力による外出支援など、ボランティアを有効に活用されている。事業所としての積極的な受け入れと連携による利用者支援は大変効果的で、関係構築に努められている点は高く評価できる。</p> <p>【改善を望む点】</p> <ul style="list-style-type: none">・中長期計画は法人の理念や基本方針に基づいて作成されているが、包括的であり個々の事業所の具体的な数値目標等が盛り込まれていないことから年次別の達成目標を計画上に明示され、より具体化されることを望む。・食事については、委託業者の弁当を利用されているため、嗜好の反映はリアルタイムでは困難と思われるが、委託業者と協議され利用者の意向が定期的に反映できるようなものや、選択できるメニューなどの検討も望む。
--

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>私たちの事業所としてのストレングスを評価していただきありがとうございます。事業所としては「本人中心」の姿勢を貫こうとしているのは事実ですが、そのことをご家族に理解していただく工夫が不足していると感じています。ご家族は利用者さんの代弁者であることを念頭に置くことは当然のことであると考えます。その上で、ご本人とご家族に寄り添い「リアルニーズ」を見つけ支援に活かすという姿勢を持ち続けたいと思っています。</p> <p>今回の第三者評価受審は自分たちの方向性が間違っていないかを確認するという良い機会でした。事業所の中長期計画については具体的に数値化することは容易ではありませんが、必要なことと認識し、法人の計画と整合性をもって取り組んでいきたいと思っております。</p>

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。

第三評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

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 めくもりの家

		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。	共1	a	ⓑ	c
<コメント> 理念基本方針は法人において作成し明文化され、常勤職員は毎週朝礼で理念を唱和している。非常勤職員はタイムカード近くに掲示しているだけであり、全職員への理念の周知に向けた検討を望む。				

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。	共2	a	ⓑ	c
<コメント> 管理者は市の自立支援協議会の作業部会長をしており、福祉施策の課題は十分に把握している。経営事務は法人本部で集中管理がなされており、経理状況等の把握は管理者および主任レベルに留まっている。今後は全職員へ周知し、事業所としての経営状況の分析を期待する。				
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。	共3	a	ⓑ	c
<コメント> 法人本部がイニシアティブを執って取り組みがなされているため、ともすると事業所単位での課題が見えにくい状況にもなりやすい。事業所としての課題を明確にされ、法人への提案や個別の取り組みにも期待したい。				

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。	共4	a	ⓑ	c
<コメント> 中長期計画は法人の理念や基本方針に基づいて作成されているが、包括的であり個々の事業所の具体的な数値目標等が盛り込まれていない。年次別の達成目標を計画上に明示され、より具体的な取り組みの検討を望む。				
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。	共5	a	ⓑ	c
<コメント> 事業所の中長期計画は、法人の中長計画等の落とし込みがなされて作成されているが、事業所としては、現場としっかり協議して目標や具体的な取り組み等を明確にした事業計画を策定され、職員間で統一した理解を得られることに期待したい。				

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。	共6	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>事業計画には全職員参加のもとで協議して作成されているが、進捗状況の確認や中間期の評価見直しが十分とはいえない。今後は計画作成時と同様に全職員参加の下で、実施状況の確認や見直しを行うなど、職員が共通した認識のもとで取り組めるような事業計画策定や評価等に期待する。</p>				
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	共7	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>事業計画の説明等については、利用者へは年度初めに口頭で伝えており、保護者には保護者会で書面で渡している。利用者の理解を得るための工夫等を職員で協議され、より周知されることに期待したい。</p>				

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。	共8	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>自己評価の実施、定期的な第三者評価の受審、さらに利用者満足度調査などを実施しサービスの向上に努められている。今後は調査結果等をもとに、PDCAサイクルを用いて、よりサービス質の向上となる取り組みに期待したい。</p>				
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。	共9	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>利用者満足度調査や自己評価を実施してサービスに対する評価を行っているが、評価結果に対する改善等が十分でない点もみられる。今後は、PDCAサイクルにより具体的な改善策の検討、取り組み、評価等に期待したい。</p>				

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。	共10	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>事務分掌において施設長の役割は明記されており、職員に周知されている。事業所の目指す方向等についても年度初めに所信を表明し、職員や保護者に資料の配布も行っている。管理者としては、まだ十分ではないと考えられており、管理者、職員共に納得のいくような取り組みに期待したい。</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。	共11	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>職員への法令遵守等の周知のため、管理者は積極的に外部研修等に参加している。障害者虐待防止法など直接関係にある事柄については、日々実践に向けた取り組みがみられる。障害者差別解消法等については確認に留まっており、今後は広い範囲における関係法令についても周知されたい。</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。	共12	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 管理者としては意欲を持って取り組んでいるが、その成果については十分でないとの判断であるため、今後は職員やサービス管理者とのコミュニケーションを深めて信頼関係を築きリーダーシップを発揮されることに期待したい。</p>		
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。	共13	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 業務改善の取組の一環として、人員配置については積極的に対応しているが、人材確保が困難でその成果は上がっていないのが現状である。職員募集等は自立支援協議会としての取組みや、施設としては携帯電話やタブレット等で、だれでも簡単にみられるホームページ作成にするなどを検討しており、その成果に期待したい。経営面については、法人施設長会などで情報交換をしているが、分析については改善の余地があり事業所として経営状況やコストバランスの分析・検討されることが望まれる。</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。	共14	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 昨年度人事制度改革を実施する際、長期的な人材確保・育成についてキャリアパス、人事考課の内容を明示し処遇改善に向けて取組も行われ、職員のモチベーションは高まったが、肝心の職員確保ができていないため具体的な対策の検討を望む。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	共15	(a) ・ b ・ c
<p><コメント> 人事考課制度に基づき、年2回の職員面談により職員個々の将来の姿を明示している。また、職員とのコミュニケーションを図り、自己申告書等を参考に能動的な業務への取組みを推進するなど、職員の個別課題が克服できるよう努めている。</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。	共16	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 職員の自己申告書をもとに、管理者が面接を行い職員の意向把握に努めている。今後は、意向の確認と併せて管理者側からも問題提起するなど、共に考えていくという姿勢でより働きやすい職場づくりへの検討を望む。</p>		
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。	共17	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 人事考課の一環として、非常勤職員を含む全職員と面接され、期待される職員像等についてのコミュニケーションを図り、職員自らの振り返り時間を設けている。今後は、求める職員像や新たに導入された人事考課制度を有効に活用し、個々の職員を育成するための取組みやキャリアパス等の積極的推進等により職員のモチベーションアップに期待したい。</p>		

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。	共18	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 法人において求める職員像を提示し、職員の将来像等を描けるように努めている。今後は、職員のキャリアアップ等を明確にした個人の研修計画等を作成され、計画に基づいた研修参加をすすめられたい。</p>		
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。	共19	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 非常勤職員を含めて施設内・外の研修の機会は確保されている。今後は、職員のモチベーションアップにつながるように、個別のスキルアップに向けた研修参加等を検討されたい。</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。	共20	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 実習生等の受け入れについては法人のあるべき社会的役割として位置付け、実習マニュアルを作成し実習のねらいを明示するなどの取り組みがされている。今後は、実習指導者に対して手順や指導方法を明文化するなどを検討され、より質の高い実習指導が行えるための取り組みに期待したい。</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。	共21	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 法人のホームページにより、事業所の業務内容や法人全体の予算決算については公開されている。個々の事業所の運営状況、とりわけ財務関係についてもホームページ上で公開されることを検討され、運営の透明化がより一層高められることに期待したい。</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。	共22	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 経理処理については法人本部が必ず関与する体制にある。職務分掌により役割分担がなされて役割通りに実施されている。より事業所の経営・運営の公正性を期するため、今後は外部の事業・財務の専門家の監査を検討され、公正で客観的な視点での評価を受けることが望まれる。</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。	共23	(a) ・ b ・ c
<p><コメント> 毎週3人～4人の地域の福祉関係者と施設職員が交流する機会があり、行事や地域の活動にも積極的に参加している。毎月1回地域の福祉委員が施設を訪問して、交流を図るなど、事業所が地域の障害者福祉のための社会資源となっている。</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。	共24	(a) ・ b ・ c
<p><コメント> 法人全体でマニュアルを作成し、障害者と地域の人々との交流促進を明確にしている。フラダンスなどの提供型に留まらず、日常の作業支援補助などのボランティアも受け入れるなど、年間延100名余のボランティアと積極的に交流している。</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。	共25	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>管理者は自立支援協議会の作業部会長として会の中心的役割を担い、関係機関と協働している。今後は、法人内各事業所の課題や情報を関係機関と共有されるなど、関係団体との連携をより強化され、利用者へのサービスの質や内容をより高めるための取り組みに期待したい。</p>				
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。	共26	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>地域関係者に対し障害者に関する出前講座などを行い、地域の保育園児・小中学生に対して啓発の一助を担っている。地域住民からは、この学区の児童は障害者に優しい心を持っていると評価されるなど相互理解にも努められている。</p>				
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。	共27	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>自立支援協議会等に積極的に参加して、福祉ニーズの把握に努めている。この地域における相談支援体制を事業所として位置付け、事業所の地域への専門性の還元に向けた取り組み等に期待したい。</p>				

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。	共28	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>事業の目的には「利用者の人格の尊重」が明文化されており、また権利擁護や虐待防止の研修なども開催し共通の理解を持つための取り組みを実施している。研修の内容の理解を深めるために、研修報告書に全職員がコメントを記入するなどの工夫により周知が図られている。</p>				
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。	共29	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護に関するマニュアルは整備されている。今後は、より具体的な内容も含めた見直しを望む。虐待防止に関しては施設として積極的な姿勢で取り組んでいる。虐待防止等権利擁護に関するチェックリストを作成中とのことなので、今後はその活用に期待したい。</p>				
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。	共30	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>公民館をはじめとする様々な場所での自主製品販売の際に、わかりやすく工夫された事業所の紹介資料を掲示するなど情報提供に努められている。</p>				

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。	共31	a · b · c
<p><コメント> 施設の情報について、文字と併せて写真を使うなど利用者にも大変理解しやすいパンフレットを活用し説明されている。</p>		
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。	共32	a · b · c
<p><コメント> 事業所の変更の祭には、記録等を用いて丁寧な説明をされている。引継ぎ事項統一のためにも、様式作成の検討を望む。</p>		
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。	共33	a · b · c
<p><コメント> 独自のアンケート調査や個別面談等により、利用者の意向や希望を確認する取り組みが行われている。アンケート調査の結果はグラフで表示され一目で結果や比較がしやすいものとなっている。今後は、分析・改善につなげられ、よりよいサービス提供に期待したい。</p>		
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。	共34	a · b · c
<p><コメント> 法人として苦情解決の体制や仕組みが整備されており、改善に向けた協議などもされ、保護者等への説明も適切に実施されている。ホームページへでの公表等を法人で検討されたい。</p>		
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。	共35	a · b · c
<p><コメント> 利用者が声を出しやすい風土となっており、職員もその声を受けとめる姿勢にある。意思表示が難しい利用者に対しては、毎日の連絡帳で保護者からの意見や要望を確認している。事業所での活動内容や参加に関しても本人の意向を重視するなど、事業所として本人尊重の姿勢が徹底されている。</p>		
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。	共36	a · b · c
<p><コメント> 利用者、保護者からの意見要望に対して、真摯に受け止め改善や職員周知が図られるなど事業所としての体制が確立されている。</p>		
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。	共37	a · b · c
<p><コメント> ヒヤリハットの様式はあるが、報告や提出の事例が少ないこともあり分析等の徹底には至っていない。気になる事例については周知が図られている。今後はより多くのヒヤリハット事例の収集や分析によりリスク軽減に努められたい。</p>		

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。	共38	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 看護師を中心に予防や対応が適切に周知されており、マニュアルも整備され、勉強会なども開催されている。		
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。	共39	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 訓練等は定期的実施されている。今後は防災体制に関する職員への周知方法や地域との協力体制の整備、有事の際の保護者へのメール配信などを検討され、さらなる利用者の安全確保に期待したい。		

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。	共40	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 個別の計画に基づき一人ひとりに応じた適切な支援が提供されている。施設としての標準的なサービスについて確立しており、利用者中心の支援が周知されている。		
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。	共41	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 個別の計画については、利用者や保護者の意向をベースに定期的な見直しが図られている。グループ毎の見直し等は定期的実施されているが、事業所として提供している標準的なサービスの見直しについては、十分とは言えず手順や仕組みの検討を望む。		
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。	共42	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 今年度よりアセスメントシートの様式を変更され、使い勝手の良いものに改善されている。そのシートを活用され、個別のサービス計画が策定されており、利用者等のニーズの把握も適切である。		
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。	共43	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> サービス計画については定期的な評価、見直しが行われている。サービス計画の変更が必要なケースについても、会議等で検討される仕組みがある。		
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、職員間で共有化させている。	共44	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 提供しているサービスの内容や支援の状況、利用者の様子等が記録として残されており、いつでも内容が確認できるなど情報の共有化にも努められている。		
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。	共45	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 記録の管理体制については法人の規程として整備され、記録の保管や取り扱いが定められているが、職員への周知、浸透については改善の余地があり、検討を望む。		

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

Ⅲ-2-(4)利用者の地域生活への移行支援を行っている。ぬくもりの家		
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) ・ b ・ c
<コメント> 現在該当するケースは無いが、利用者や保護者の意向の把握、情報提供等は積極的に実施し、必要があれば意向に応じて対応する体制にある。		

Ⅲ-3 障害者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) ・ b ・ c
<コメント> 考えられる手段を利用しながらも、現状で満足せず更に有効な方法はないかと模索する姿勢にある。毎月非常勤も含め職員会議を開催、支援の確認等実施している。		
Ⅲ-3-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	(a) ・ b ・ c
<コメント> 安全面からやむを得ない制約もあるが、利用者のその時の気分や体調を考慮する、または話をする機会を常に持ち意向確認に努めている。		
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) ・ b ・ c
<コメント> クラスごとの会議や業務日誌の回覧を通して、職員間の意思疎通や共通理解が図られ必要な支援が行われている。		
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 ・ (b) ・ c
<コメント> 利用者が活動内容を選択できるよう社会資源の情報提供等努力されているが、自己表現の技能や話し方の支援において更なる改善の余地がある。		
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	(a) ・ b ・ c
<コメント> 支援マニュアルに基づいて個々に合わせた刻み食等の配慮や、主食の適量を配膳する等適切に用意されている。		
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 ・ (b) ・ c
<コメント> 業者に委託しているため嗜好等が反映されにくい。しかし、希望により嫌いな物を取り除く等で残り物はご飯が多くおかずはほぼ完食されている。		
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) ・ b ・ c
<コメント> 食事時間が2時間程度取ってあるためか、比較的緩やかに時間が流れている感じを受けた。個々の落ち着いた場所でそれぞれのペースで食事をしている。		

Ⅲ-3-(3)入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(3)-①入浴、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	・ b ・ c
〈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	a	・ b ・ c
〈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	a	・ b ・ c
〈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	Ⓐ	・ b ・ c
〈コメント〉 排泄マニュアル、排泄の個別チェックリストの記録が整備されており、個々の健康状態や注意事項が順守されている。			
Ⅲ-3-(4)-②トイレは清潔で快適である。	障 58	Ⓐ	・ b ・ c
〈コメント〉 冷暖房設備も完備されトイレの清掃は度々行われており、防臭効果を感じられた。清潔、快適に対する職員の意識も高い。			
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	・ Ⓑ ・ c
〈コメント〉 保護者が用意するため選択の範囲は限られている。着替えの用意がなかった場合については予備の衣類の中の選択となる。常時、利用者本人の着替え等が用意されると良い。			
Ⅲ-3-(5)-②衣服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	Ⓐ	・ b ・ c
〈コメント〉 本人の着替えの希望時や汚れ破損の際の着替えの声かけ、促しなどの対応ともにすぐに対処する等適切に行われている。			
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	・ b ・ c
〈コメント〉 非該当			
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	・ b ・ c
〈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	a	・ b ・ c
〈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) ・ b ・ c
〈コメント〉 毎日の検温の他、健康診断、歯科検診、内科検診が実施されている。看護師が配置され様々な相談もできる体制にある。		
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 ・ (b) ・ c
〈コメント〉 用意されているマニュアルを全職員が周知するには至っていないため、周知方法や習得する機会設定などの検討を望む。		
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 ・ (b) ・ c
〈コメント〉 現在のところ誤薬はないとの事であるが、様々なケースを想定した対応マニュアル作成等の検討を望む。		
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) ・ b ・ c
〈コメント〉 アンケートの実施(本人、家族)で外食や花見、買い物に出かけている。地域社会も受け入れ体制が整っている所が多く、利用者の活動範囲の広がりが期待できる。		
Ⅲ-3-(1)外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-(外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉 個々の希望が実現できるよう、月に1回程度地域のボランティアの協力による外出活動が実施されている。町内の人のボランティアが増えており、連携が図れていることは高く評価できる点である。		
Ⅲ-3-(10)-(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 ・ b ・ c
〈コメント〉 非該当		
Ⅲ-3-(1)所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(11)-(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 ・ b ・ c
〈コメント〉 非該当		
Ⅲ-3-(11)-(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 ・ b ・ c
〈コメント〉 非該当		
Ⅲ-3-(11)-(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 ・ b ・ c
〈コメント〉 非該当		