

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29年1月11日(水)
---------------	---------------------

②施設・事業所情報

名称 まどか	種別：生活介護・施設入所・短期入所	
代表者氏名：三宅 奈穂美	定員（利用人数）：40名（39名）	
所在地：愛知県知多郡東浦町大字緒川字東米田23番地		
TEL：0562-83-5344		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和60年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 愛光園		
職員数	常勤職員：36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	(マッサージ師) 2名
	(生活支援員) 20名	(生活支援員) 15名
施設・設備の概要	(居室数) 22室	(設備等) 医務室・浴室・洗面所
		トイレ、食堂・スプリンクラー等

③理念・基本方針

<p>★理念 私たちは、誰もが人間としての尊厳が保たれ、安心して共に生きる社会をめざします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 私たちは、誰もが、まず人として受けとめられ、地域の中で自分らしく暮らすための支援サービスを提供します。 2. 私たちは、誰もが、必要なときに、必要なサービスを利用できるように取り組みます。 3. 私たちは、誰もが、安心して暮らすために、地域の輪の中で、共に生きる実践と運動を進めます。 <p>★基本方針 ・一人ひとりの個性と人格を尊重しつつ、ニーズに基づき日常生活支援と日中活動支援を行います。また、一人ひとりの生活が豊かになるように地域生活移行を推進します。 ・どんなに重い障がいを持っていても、人との関係性の中で生きていることを具体化する支援を行います。自己実現と社会参加を目指した活動を積み重ねることで、障がいを持つ人が居る事があたりまえである共生社会を目指します。</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

1)「地域との連携」

- ・平成27年7月から地域移行された4名の男性の暮らしを支えます。
- ・施設入所支援の利用者減をカバーするため短期入所事業の空床利用を必要に応じて実施。緊急時対応等を行い「地域支援」に貢献します。

2)「専門性の向上」

- ・強度行動障害支援者養成研修、喀痰吸引3号研修の計画的受講推進を関係事業所と連携し進めます。
- ・自閉症支援のケース検討会や自閉症勉強会を主催し、ひかりのさとファーム等との合同研修やプログラム交流を行います。
- ・高齢化に伴う身体機能低下を支援できるように医療的知識を嘱託医等から学びます。
- ・自閉症スペクトラム障害支援アドバイザーやスーパーバイザーを活用し、利用者支援に活かします。
- ・コミュニケーション研修を受講し、気持ちの受け止め方を学びます。
- ・虐待防止委員会を設置し、権利擁護意識向上に努めます。

3)「暮らしの環境改善」

- ・ホールパーテーション設置,館内塗装と照明器具LED化,男性脱衣場改修:12,300,000円
- ・男性トイレ改修:2,630,000円
- ・テーブルと椅子の入れ替え:3,500,000円

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 6月 2日(契約日) ~ 平成29年 3月 31日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3回 (平成25年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆適切な事業計画の作成

事業計画の策定にあたっては、「環境改善」・「サービスの質の向上」・「人材育成」を重点課題として挙げ、具体的な改善目標を決めて取り組んでいる。誰が担当して、どのような方法で、どの程度まで達成するのか、を工程表とセットにして事業計画を作成している。責任体制が明確になっており、中間期や期末の評価、見直し等も有効に実施できる。

◆福祉サービスの質の向上に向けた取り組み

第三者評価の受審を福祉サービスの質の向上のための有効な手段ととらえ、標準的な自己評価の手順に基づいて職員全員が適切な自己評価を行っている。自己評価から浮かび上がった課題を整理して具体的な改善目標を設定し、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。昨年、ホールでの転倒事故が多発したため、事故を検証して原因を分析した結果、利用者の動線が重なることが問題であることが判明し、ホールにパーテーションを設置することで改善を図った。PDCAサイクルを回すことの重要性を、職員が改めて認識することができた事例となっている。

◆利用者の地域生活への移行支援

現在までに32名の地域移行の実績があり、昨年度も4名の利用者が地域での暮らしを開始している。受け皿の問題もあって希望者全ての移行ができたわけではないが、希望者には地域移行計画に沿ってグループホームでの体験入居等を行い、積極的に地域生活への移行支援を行っている。

◇改善を求められる点

◆個人目標の進捗管理を

法人として「期待する職員像」をクレドカードで示しており、職員の育成に向けて目標管理という形で取り組んでいる。年度当初に職員一人ひとりが目標を設定した行動計画書を作成し、年度の終わりにフィードバック面接を行って目標の達成度を確認・評価している。進捗の管理が課題であり、中間期での面接を実施して進捗状況を確認することを望みたい。

◆ボランティア受け入れマニュアルの点検

ボランティア受け入れの基本姿勢を掲げ、マニュアルを整備して数多くのボランティア(年間749名)を受け入れている。しかし、マニュアルが適切に改訂されておらず(内容が古く)、実態に合わない部分が散見された。ボランティアに対する必要な研修についても再検討し、実態に合った受け入れマニュアルを整備することによって、今後も積極的なボランティアの受け入れが行われることを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

来訪された評価者の方は多くの他事業所の評価も行っており、事業所評価に対して広い視野と見聞をお持ちで、事業所では見えてこないことを客観的にアドバイスしてくださいました。また3回目の受審でもあるため、定点の視点を持って評価していただきました。自分たちの支援や組織体制に対して、事業所の強みを知る機会ともなりました。ご指摘いただいた改善点もサービスの質の向上に活かすことができます。

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針はホームページやパンフレット、広報誌に記載しており、周知が図られている。職員は「クレドカード」を携帯しており、会議の冒頭でクレドに関する自分の意見や考えを発表する取り組みを継続して行っている。			

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
厚生労働省や知的障害者福祉協会のホームページ、メール等により社会福祉事業全体の情報を得ており、地域の福祉計画の情報についても自立支援協議会や社会福祉協議会等から情報を得るようにしている。法人内の経営会議において、経営状況の把握をしてコスト分析を行っている。これらの情報が、職員全体で共有されることを期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
経営状況を把握して経営課題を明確にするため、法人内で開催している運営会議や経営会議にて経営状況を検討し、経営課題の改善に向けて具体的な取り組みを進めている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人のマスタープランに沿って事業所としての中・長期ビジョンを作成している。中期目標として平成27年度からの3年間を目標にして、環境改善、サービス向上、人材育成を柱にして単年度の事業計画を策定している。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画を踏まえて単年度の事業計画を策定している。単年度の事業計画は、重点課題や具体的な目標を決め工程表とセットにして作成している。利用率に対する数値目標を決めている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の策定にあたっては、環境改善・サービスの質の向上・人材育成を重点課題として挙げ、具体的な改善目標を決めており、誰が担当してどのような方法でどの程度まで達成するのかを工程表とセットにして内容を作成している。担当する職員が定期的に工程表をチェックして実施状況を確認・評価しており、必要に応じて見直しを行っている。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
毎月開催している家族会において、事業計画を提示して内容を説明することで理解を促している。利用者に対しては、関連する内容を伝えるようにしているが、十分理解されているかどうか不明である。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを組織的・計画的に行っている。第三者評価基準に基づき、職員全員で徹底して厳しく自己評価を行い、自己評価から浮かび上がった課題を整理して具体的な改善目標を立てている。昨年、ホールでの転倒事故が多数起こり、原因を分析した結果、環境整備が必要ということでホールにパーテーションを設置して事故防止を図った。PDCAサイクルを回すことが重要なことを改めて確認している。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
自己評価の結果や第三者評価の評価結果を分析し、改善に向けた課題を明確にして改善策や改善計画を策定している。改善計画の策定にあたっては、一人でも多くの職員が参画して計画的な改善策(責任者、取り組みのスケジュール、具体的な実施方法等の明確化)を策定する体制の整備が望まれる。			

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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者は事業所の運営方針を明確にするとともに、自らの役割と責任や職務分掌を明確にしており、会議において表明して職員の理解を図るようにしている。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者は遵守すべき法令等を十分に理解しており、職場環境の改善や職員の健康管理等の幅広い分野について、各種の法令等に基づき、具体的な取り組みを行っている。職員に対しても遵守すべき法令等を周知するとともに、遵守するための具体的な取り組みを行っている。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者は第三者評価の受審を福祉サービスの質の向上のための有効な手段ととらえ、職員が行った自己評価から浮かび上がった課題を整理して具体的な改善目標を設定するとともに、担当者を決めて改善に向けた取り組みを先頭に立て進めており、リーダーシップを十分に発揮している。		
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 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
管理者は経営の改善や業務の実効性の改善に向けて、人事・労務・財務等を踏まえ総合的に分析をして改善を図る努力をしている。特に、職員の人員配置や働きやすい職場環境を目指して精力的に取り組んでいるが、実効性のある改善にタイムリーにつながっていない点が課題となっている。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人と連携して必要な人材確保に向けて積極的に取り組んでいるが、結果に結びついていないところがある。法人のリクルーター活動(就活生に自社への入社を働きかける職員の活動)だけではなく、事業所内にチームを作って出身学校訪問等を行い、人材確保に努める予定である。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人で「期待する職員像」を記載したクレドカードを作成して職員に周知するとともに、独自の人事考課制度を導入して総合的な人事管理を行っている。人事考課制度では、フィードバック面接において職員の意向や意見を十分に聞き取り、職務に関する成果や貢献度等を適正に評価する仕組みができています。職員が、自分の将来像を描くことができるような人事管理の仕組みづくりをすることが望まれる。		

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人として「衛生委員会」を開催し、働きやすい職場作りを目指して職場での問題点を話し合っている。有給休暇の取得や超過勤務時間の調整、連休の取得等に配慮しているが、支援体制を充実したものにするための人材確保は十分ではない。職員の心身の健康状態を把握するため、フィードバック面接等において状況把握に努めており、産業医によるメンタルヘルスの相談も受けられる体制が整えられている。</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。	障 17	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人として「期待する職員像」をクレドカードで示しており、職員の育成に向けて目標管理という形で取り組みを行っている。年度当初に職員一人ひとりが目標を設定した行動計画を作成し、年度の終わりにフィードバック面接等を行い、目標の達成度を確認・評価しているが、中間期の面接を実施して進捗状況を確認することを望みたい。</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。	障 18	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人としてキャリアアップの研修計画を作成・実施しており、事業所においても人材育成を事業計画の重点目標として掲げ、計画的に教育・研修を実施している。しかし、不安定な人員配置や職員確保の困難なことから、研修の実施が後回しになることもあり、教育・研修実施後の教育効果の検証についても十分行われていない現状がある。</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。	障 19	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員一人ひとりの研修履歴を記録に残し、階層別研修・職種別研修・テーマ別研修等への研修の機会を確保している。しかし、事業所として喀痰吸引研修や、強度行動障害支援者養成研修の受講を優先していることもあり、職員が希望する研修へ参加することができない場合もある。</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。	障 20	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>実習生等の教育・育成について、受け入れマニュアルを整備して具体的なプログラムを用意し、積極的に受け入れており、実習指導者に対しても養成研修等を実施して質の確保に努めている。実習後には実習生からアンケートという形で意見を聴取しており、受け入れに関する評価・反省の材料にしている。</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。	障 21	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人や事業所の理念・基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算・決算等の情報をホームページや広報誌等で適切に公開しており、地域に向けて広報誌等を配布している。苦情受付・対応の状況について、広報誌「愛光園だより」に掲載し、さらにそれを法人のホームページで公表している。その公表の仕組みを、「苦情解決規程」に追記することが求められる。</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。	障 22	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人で事務・経理・取引等に関する規定を取り決めて文書化しており、職務分掌や権限・責任を明確にして職員に周知している。公認会計士による経理チェックを定期的に行い、法人の経営者会議で経営の改善に向けた取り組みを行っている。しかし、社会福祉法が求めるレベルでの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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
地域の人々との交流は限られた利用者になっており、行動障害の強い利用者や、動きの激しい利用者、大きな声の出る利用者等は交流しにくい状況である。環境や交流の仕方等を工夫し、地域との交流を図る機会を設けることが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティア受け入れの基本姿勢やマニュアルを整備し、数多くのボランティア(年間749名)を受け入れているが、内容が古いため実態に合わせたマニュアルを作成することが望まれる。ボランティアに対しては、利用者との交流を図る視点で必要と思われる研修や支援を行うことが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
地域の関係機関や団体等と定期的に連絡会議を行っており、会議の結果は職員会議等で報告し情報共有に努めているが、実際に参加した職員でないと連絡会議等の実態が理解できない状況がある。利用者ニーズに応じた社会資源を明確にして一覧表にすることや、地域の相談支援事業所等の所在地や担当者の一覧表を作成しておくことが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人単位では地域の活性化を目指した地域貢献に関わる事業に取り組んでいるが、事業所としては利用者の特性を考慮した場合、地域住民との交流は行事等に限られることが多く、事業所の機能を十分に還元することができていない。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人単位では地域の多様な機関と連携して地域貢献に関わる事業に取り組んでいるが、事業所としてはショートステイの受け入れや緊急の受け入れ等に限定されており、地域の機関や団体と密接に結びついた公益的な事業・活動は行われていない。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
クレドカードを用いた法人理念や基本方針を学んだり、権利擁護研修会等の利用者の尊重について、法人内で共通の理解が得られるような機会を設けている。職員不足によりその頻度が減っているが、継続して行っていくことが望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
虐待防止委員会を2ヶ月に1回実施し、基本的な知識の習得並びに姿勢や意識の向上等の共通理解の下、サービスの提供ができるような体制となっている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレット等、法人全体の事業所が紹介できるようになっており、法人の理念や基本方針、サービス内容が分かるようになっている。表現等は誰にでも分かるようなものにはなっていないため、見直し等の検討が望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始や変更にあたっては、サービスの内容をできるだけ分かりやすく説明している。意思決定が困難な利用者に対しては、統一した内容や手段で実施できていないため、マニュアルを作成する等の配慮が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービスの変更が生じた際には、利用者特性等の情報を提供するよう配慮している。法人内での事業所変更では、見学や体験等を実施して徐々に慣れていけるよう配慮している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
意思疎通が困難な利用者が多いため、満足度調査は実施されていないが、週1回の利用者ミーティングを実施し、プロジェクターを活用して活動報告会を実施している。視覚的に活動を捉えられ、良い試みと思われるため継続して実施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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業所に向けられた苦情に対しては真摯に受け止め、苦情の要因について分析・検証し、真因を探っている。法人の第三者委員には、受け付けた苦情を報告し、助言を求める機会がある。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
週1回の利用者ミーティングや日常会話の中で要望を汲み取るよう努めている。意思疎通が困難な利用者の場合は、実践発表会や家族会の機会に家族から意見を徴しているが、手段やスペース等の環境を整備する等の配慮が望まれる。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
相談や意見・要望に対しては速やかな対応に努めているが、職員により差が生じているため、マニュアルの作成や研修等により統一した対応を図ることが望まれる。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
頻発した事故の検証と分析が行われ、改善策としてホールの改修が実施された。全てのリスクに関して同様の対応を期待したい。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
嘔吐物からの感染予防のため、処理キットを活用して年1回の対応訓練を実施している。発生時の対応マニュアルの周知が不十分であり、研修等により周知徹底が望まれる。		
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やっている。	障 39	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
防災計画や備蓄リストは整備されていたが、BCP(事業継続計画)となり得る計画は見受けられず、整備が望まれる。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
標準的な支援方法が文書化され、法人や事業所主催の研修により、共通の理解により支援できるようになっている。		

	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			
ADL会議や個別支援会議により頻繁に検証や見直しがされ、変更された箇所は書面により回覧し、職員で共有できるようになっている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントに基づく個別支援計画が作成されているが、職員の経験や個人的な資質により差が生じている。また、利用者の意向が分かりにくい書式となっており、現在書式の見直しを実施している。			
	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			
ADL会議や個別支援会議により頻繁に検証や見直しがされ、変更された箇所は書面により回覧し、職員で共有できるようになっている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
サービス実施計画に従った記録ができています。1日単位でチェックできる表も活用しているが、記載内容や頻度については職員により差があり、記録作成のためのマニュアル等の作成や勉強会の実施等での統一化が望まれる。			
	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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」等により、個人情報の取り扱いに関する規定が定められている。職員に周知徹底を図るため、研修等の実施が望まれる。			
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			
現在まで32名の地域移行実績があり、昨年度も4名の利用者が地域での暮らしを開始した。職員不足により希望者全ての移行ができたわけではないが、地域移行計画に沿って体験入居も実施されており、積極的に地域生活への移行支援を行っている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個々の特性に合わせ、絵カード等の活用や、利用者特性を理解するための勉強会が開催される等、コミュニケーション確保のための工夫がされている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者特性により、主体的な活動を行うことが困難な利用者が多いが、活動を支援するための担当職員が決められており、一部ではあるが利用者の意向を尊重した活動が実施できている。			
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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援会議等で個々の支援方法が共有され、支援方法に変更が生じた場合には、変更した支援方法が共有できるような体制が構築されている。身辺自立を含め、利用者の日常的な行為・動作については、利用者の自力による達成や実現の可能性を信じ、極力見守りの支援を行っている。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意思決定や自己実現に向けて、職員の勉強会やケース会議等が頻繁に実施されており、エンパワメントの理念に則った支援に向けての意識は高いが、より具体的なプログラムの構築が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個々の利用者の障害特性に合わせた支援方法が個別支援計画に記載されており、職員間で共有ができている。食堂の施設整備が終了した直後であることから、最新の機器・装置は確認できなかったが、座席表に個々の食事支援に関する情報が記載されていた。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
設備の都合上、温かい食事を提供できていないが、可能な限り温め直して提供している。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事提供場所については、食堂で食べる利用者や自室で食べる利用者等、本人の希望により選択できるようになっている。食事のペースに関しても急かされることなく、自身のペースで食べられるよう配慮されている。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個々の特性に合わせた支援方法が決められており、共有ができています。利用者個々への配慮を含んだ記述等、支援の記録の精度を高めることを期待したい。			
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			
週に6日入浴することができ、設定された時間外であっても必要に応じて入浴することができるようになっている。職員の配置状況によっては利用者の希望に沿うことができない場合がある。			
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			
女性の浴槽には階段が設置され、残存能力を活かす試みがされている。建物の間取りの関係から、廊下から見える位置に浴室が配置されているが、暖簾を設置することで最低限のプライバシーは保護されている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービス実施計画・チェックリストを活用し、個々に合わせた支援が実施されている。			
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			
トイレの改修が実施され、快適に使用できる環境となっている。異臭もなく清潔に保たれている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
生地や形状等、利用者の好みに合わせた衣服の購入に努めている。意思疎通が困難な利用者については、職員が本人の気持ちを押し量り選択しているが、感情表現に乏しい利用者にとっては、本人の希望に合っているか否かの判断が難しい。			
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			
着替えを希望する利用者については、その意思を尊重し対応しているが、汚れや破損に対しては職員の気づき(力量)により対応が異なることがあるため、判断基準や確認手順等を作成して対応することが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
訪問の調髪サービスを活用しているが、必要に応じて理・美容院へ職員が同行する場合もある。意思疎通が困難な利用者については、希望が確認できないため選択肢が限られているのが現状である。			
	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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
調髪に行く理・美容院とは、職員が間に入って連絡・調整をすることはもちろんのこと、紙面により情報共有をしており、利用についての配慮はできている。			
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			
寝具やベッド周辺の睡眠環境に関しては、利用者の希望に沿った配慮がされている。不眠者への対応マニュアルの整備や、不眠者が落ち着くことができる環境の整備が望まれる。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
嘱託医による検診は定期的実施されているが、歯科に関しては必要に応じての受診であり、定期的には実施されていない。			
	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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所内に近隣のかかりつけ医の連絡先を含めた一覧表が掲示しており、迅速な対応ができる体制がとられている。			
	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			
複数の職員がチェックすることで、誤薬等は減少しているとのことであるが、完全に防ぐまでには至っていない。個々の薬の情報や管理に関するマニュアルはあったが、誤薬等が生じた場合の対応マニュアルは確認できなかった。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々の希望に沿った余暇やレクリエーションの実施はできていないが、ある程度は自由に過ごせる体制となっている。しかし、選択肢が少ないという認識は持っているため、選択の幅を広げる工夫が望まれる。			

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		
障害特性もあり、完全に利用者の希望どおりというわけにはいかないが、行事や活動の一環として職員の同行やNPO等のサービスを活用して外出する機会がある。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
外泊や帰省等、利用者の意向と受け入れる側の家庭の事情に配慮して実施している。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
障害特性により、自己管理できる利用者はいないため、事業所で管理を行っている。規程や預り証、さらには年2回の残高通知をしており、適切な管理体制となっている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
新聞、雑誌、テレビ等、共用のものはないが、個人で新聞や雑誌の購読をすることができ、テレビやラジオについては居室に自由に持ち込んで使用している。		
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		
アルコール類については、以前は行事等で提供していたこともあるが、現在は事業所内における飲酒を認めていない。喫煙に関しても同様に、事業所内は禁煙である。しかし、個別の外出時に自己管理、自己責任においてお酒を嗜む利用者はいらる。原則事業所内は禁酒、禁煙となっていることから、利用者対象の飲酒や喫煙の弊害(アルコール中毒や依存症、たばこの常習性や副流煙による受動喫煙等)についての学習の機会には設けていない。		