

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12月9日(金)
---------------	---------------------

②施設・事業所情報

名称 障害福祉サービス事業所 はさま	種別：生活介護	
代表者氏名：小原 伸二	定員（利用人数）：25名（44名）	
所在地：愛知県春日井市廻間町字神屋洞703番地1		
TEL：0568-88-0363		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 13年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 養楽福祉会		
職員数	常勤職員：21名	
専門職員	(管理者) 1名	(生活支援員) 16名
	(看護師) 2名	(社会福祉士) 2名
	(事務員) 1名	(介護福祉士) 2名
	(サービス管理責任者) 1名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 訓練作業室・多目的室
		静養室・浴室・機械浴室・給湯室
		相談室

③理念・基本方針

★理念	
法人	選ばれる施設
施設・事業所	親しまれる施設
★基本方針	
思いやりの心を持つ、忍耐と奉仕の精神を養う、専門職としての資質の向上に努める	

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・生活介護事業所ではほとんど展開されていない入浴サービスを提供する。
家庭での負担軽減、利用者に安心・安全・安楽に入浴してもらう。
- ・保護者の希望の多い運動を取り入れる。
歩行活動を中心に展開する。エアロバイク、平行棒、歩行器等も使用する。
- ・ボランティアさんの活動を充実させる。
ひと月に1回を基本にストレッチ(2回)、書道、茶道、煎茶、お手玉(隔月1回)先生を招いて活動に取り入れる。
- ・新年の集い(餅つき)、春と秋の遠足(保護者の参加も可能)、夏のつどい、春と秋のお茶会(外部施設の利用者さんも招待)を年間行事で実施する。その他少人数で4~6人程度の利用者(保護者)から希望を募り、小外出、ランチ外出、買い物外出を実施する。
- ・作業療法を取り入れた支援を今後取り入れる予定である。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年8月4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)	0回 (平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆経営分析の徹底

法人が契約する税理士の経営分析表を基にした財務分析や中長期ビジョンを策定し、またサポートセンターからの情報を基にした利用ニーズ動向等、経営に関する分析や考察が的確になされ、運営に活かされている。

◆働きやすい職場の実現

就業状況を的確に把握し、残業や有休取得にも配慮している。また産休・育休も支障なく取得可能であり、職員の相談体制もできている。家庭環境、家族構成等にも配慮した柔軟な勤務シフトを作成する等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職員にとっての働きやすい職場となっている。

◆人事考課制度の運用

年2回の管理者による個別面接があり、法人主導の人事考課を行い、職員個々の能力開発と客観的な昇給・昇格基準が明確化されており、努力している者が報われる適正な人事管理となっている。

◇改善を求められる点

◆管理者の兼務体制

施設長は見識者であり、実績もある。指導力もあって法人改革にも意欲的であるが、4事業所の管理者兼務という立場は、その経験や手腕をもってしても事業所業務への支障が危惧されるところである。次代を担う勢力の育成を図り、将来に亘っての安定した法人経営を目指されたい。

◆サービス評価の実施を

作業、送迎、入浴、余暇支援等、プログラムの内容について個々の評価、見直しがシステム的に行われていない。見直しの手順を定めて実施されたい。また、その際、利用者、家族の意見や意向を反映させることが望ましい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ISOを受審していたが、今年度からこちらを受審しました。第三者評価を受審し一番に感じたことは、利用者支援をより良くしていくための物であると感じました。その中で、事業所・法人内のことを立ち止まって考える大変良い機会になったことを感謝します。

結果を受けて、核である現在行っているサービス内容の評価や見直しについて改善として指摘を受けました。実際、いろいろなサービスに対して不具合がなければそのまま継続しているため、今後は見直し等を定期的に行っていきたいと考えます。

他の指摘事項も精査し、今後も「選ばれる施設・親しまれる施設」の理念の基、利用者支援を行っていきたいと思えます。

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
基本理念は事業所内の随所に掲げられ、周知が図られている。基本方針は職員の行動規範と重なり周知されている。家族への周知、また利用者への理解は難しく課題を残す。			

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			
愛知県知的障害者福祉協会等に参画して福祉の動向を把握、また地域サポートセンターで福祉ニーズを把握する等、情報収集がなされている。コスト分析も随時行い、現在も定員増を検討中である。			
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			
職員体制、財務状況、経営分析等の現状分析を行い、的確な課題を明らかにしている。法人役員や職員個々への周知の点で不確定な点がある。			

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			
収支と連動した中長期計画を策定し、建築計画や返済計画なども明らかにしている。また、年度ごとに必要な修正が図られている。			

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			
中長期計画を年度計画に反映させ、事業を進めている。年度ごとの重点課題を次年度計画に落とし込んで実現に持っていくPDCAサイクルを活用した形をとっている。来年度より作業療法を導入する予定もある。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業計画策定や評価に特化した作業工程や会議はない。しかし、職員意見を取り入れ、主任、課長の意見を聞きながら施設長(管理者)が事業報告作成時に評価している。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
保護者へは、毎年保護者会の際に必ず事業計画の内容について説明することとしている。口頭では丁寧に説明するが、分かりやすく理解するための工夫がなされていない。また、理解力や判断能力に大きく差のある利用者に対して、口頭での説明や一般的な資料を使っても理解は難しい。			

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			
事故対応やヒヤリハット対策等は組織的になされ、リスクマネジメントが図られている。職員自己チェックは毎月行われ、不適切対応は正がなされている。一方で、サービス内容やプログラムの評価、改善を行うシステムが確立されておらず課題を残す。			
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			
個々のサービス(作業、入浴、送迎等)の評価、見直しが計画的・組織的になされておらず、徹底した対応が望まれる。			

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 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
会議等では随時、また広報誌では意見表明しているが、管理者自らの責任については明確になされておらず、文書化されたものも存在しない。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者は研修参加やその他の方法により自ら法令等を十分理解し、職員会議の中に必ず研修の時間を設け、必要なコンプライアンスの職員周知を行っている。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者はサービス向上や事業の発展に意欲的であり、法人を主導し、また職員指導等にも自ら率先して取り組んでいる。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員会議等にて業務改善意欲の浸透を図るとともに、適宜職員面談を実施して改善意見等に耳を傾けている。また、毎月の経営分析表を基に現状把握に努める等、積極的な対応がなされている。		

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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
採用計画を基に必要な人材を求め、HP、ハローワーク、説明会、人材派遣の活用等、積極的な人材確保を心がけている。人材育成についても、法人内外の様々な研修への参加を推奨し、職員の育成に努めている。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
人事考課制度を導入し、年2回の評価、面接を実施している。考課基準は職員に周知され、制度は定着している。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
有休消化率を算定し、50%消化を目指している。管理者は定期的に職員面談を実施し、職員の意向把握に努めている。必要時には産業医との面談も可能である。産休育休も取られており、ワーク・ライフ・バランスが考慮されている。法人の共済制度もあり、働きやすい職場となっている。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
内部研修では、初年度、2年次、主任といった階級別の研修が生まれ、法人としての人材育成の方向性が示されている。職員自己チェックは毎月実施され、自己向上が図られている。また、管理者面談により職員の方向性を確認している。しかし、システムとしての目標管理制度は導入されておらず、1年の具体的な目標設定の下に業務が遂行されていない点は検討の余地を残している。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
職員個々に適した研修に参加できるよう、職員研修は積極的に行われている。しかし、年度の研修計画が策定されず、管理者の裁量に任されている点等、不確定要素も存在する。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
階級別研修も実施され、外部研修にも参加している。OJTについては、特に担当を定めて実施されておらず課題を残している。また、職員個々の研修計画は策定されず、資格取得も個人の意志に任されている点等、改善の余地がある。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
職員の1名が今年度、社会福祉士実習生指導者資格を取得見込みであり、来年度より社会福祉士実習を受け入れる予定である。現在のところ、社会福祉士実習に関する実習プログラム等は存在しない。その他の実習は丁寧に受け入れ、姿勢としては前向きである。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
これまでISOの認証を受け、今年度初めて第三者評価を受審した。HP、法人広報誌にて情報開示がなされ、透明性を担保している。		

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
社労士、税理士と顧問契約を結び、経営分析及び月次監査を実施し、適正な運営に努めている。事務、経理等のルールは規定化され適正に運用されている。		

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		
法人祭や春・秋のお茶会ではボランティアの支援を受け、地域との交流を図っている。買い物外出等で地域のスーパーを使ったり、日々の散歩では地域の住民と挨拶を交わす等、日常的な交流が図られている。利用者と地域との更なる接点を求められたい。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
ボランティア受け入れに関しては、基本姿勢がマニュアルに明記されている。介護、書道、抹茶、運動等の様々なボランティアを積極的に受け入れている。個人情報の取扱いや守秘義務に関し、ボランティアに対する研修の面で課題を残している。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
必要に応じ、関係機関、関係団体との連絡・連携をとっている。特に、社会福祉協議会や知的障害者育成会、特別支援学校とは緊密な関係を築いている。ただ、協働した取り組みを有効とするための定期的な連絡会等を設けるには至っていない。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
ボランティアへの場所提供、お茶会の開催など事業所の地域利用が図られる。一方で、地域向けの研修会等や災害時の連絡体制など事業所の機能をフル活用しているとは言い難い面も見られる。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
特別支援学校や育成会等との連携、また相談支援事業所からの情報を得るなどしてニーズ把握がなされている。民生委員児童委員との連携等、さらにアンテナを広げた多様なニーズ把握が望まれる。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人共通の「行動規範」により、毎月全職員が振り返りのための自己チェック表をつけている。それを行う職員会議には、非常勤職員をも含めて可能な限りの職員が参加し、「利用者主体の支援」を確認し合っている。ただ、思いを表出することが困難な利用者が多く、保護者の意向をそのまま本人の意向と捉えてしまう可能性もある。家族の意向を尊重しつつ、本人中心を貫くバランス感覚が求められる。			
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			
プライバシー保護に関しては「行動規範」に記載されている。また、ボランティアや実習生に対しても、受け入れマニュアルにおいてプライバシー保護について説明している。他者との関わりを望まない利用者には、活動中においてもプライバシーが保護された空間を提供している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内の事業所パンフレットが整備されており、必要な情報が提供されている。また、見学やお試しの利用も受け入れている。ホームページも見やすく充実している。市役所や福祉センター等の公共施設に、パンフレット等を設置することが望まれる。			
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			
重要事項説明書にはふりがながふってある。家族に対して、具体例を交えることで分かりやすく伝えるよう努めている。支援度の高い利用者が多く、本人に分かりやすく伝えることは容易なことではないが、一人でも多くの利用者が理解に到達できるようなツールの工夫を望みたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人内で他事業所に移行した利用者に関しては適切な連携が取られている。他法人の事業所へ移行した利用者に対して、その後のフォローアップとしてサービス利用終了後も相談しやすい仕組みが求められる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年に一度、家族に対して満足度アンケートを実施し、90%以上の高い回収率となっている。希望する保護者に対して管理者との面談を実施している。管理者に直接声が届くということで30名以上の保護者が面談を希望している。さらに「入浴の支援体制を増やしてほしい」といった要望に対して迅速に対応しており、これも満足度の上昇につながっている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
気軽に相談できる雰囲気はあるが、その仕組みを図示した文書等が掲示されていない。また、苦情があった際にその内容、解決結果等が公表されていない。ただ、事業所内には苦情の内容と今後の対応とが、いち早く周知されている。今後は、苦情の件数やカテゴリーを会報やホームページで公開することで、さらなる利用者への利益につながると思われる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
常時複数の職員が気軽に相談を受けることができる状況であり、その内容も記録に取られている。玄関入口等に分かりやすい相談窓口の案内が掲示される等、その周知に工夫が求められる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
相談や意見に対しては、上司への報告と同時に速やかに職員間で周知され共有されている。支援度の高い利用者が多いということで、直接本人からの要望があがるということはほとんどないが、家族からの要望に対して管理者も直接聞き取る姿勢があり、対応が迅速に進んでいる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
ヒヤリハットの事例は決して多くないものの、迅速に職員間で共有されている。また危険予測トレーニングを組織として実施しており、事故の予防につなげている。ハインリッヒの法則についても職員の理解は進んでいるが、ヒヤリハットについてはスピーディーに件数があがってくるようシンプルな仕組みへと改善する余地がある。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
サラヤ(研修機関)から講師を招いて衛生講習会を開催する等、組織としての意識が高い。また、うがいをするのができない利用者が多いことから、緑茶を口に含ませて感染予防に努めている。感染予防マニュアルも整備、活用されている。		
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。	障 39	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
立地の特性上、町内会等の地域住民との関わりはほとんどない。しかし、防災計画を同一とする隣接の支援施設「養和荘」との合同避難訓練が毎月、頻回に実施されている。非常時の備品も十分であり、災害時の役割分担も明確化されている。さらに現在、事業所独自の非常災害対策計画を作成中である。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個別支援計画があり、それぞれの利用者に合わせて支援の創意工夫がされている。全体に共通する部分についてもマニュアルが整備され、活用されている。		

	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。	障 41	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>マニュアルが整備され、利用者尊重については「行動規範」に記載され、毎月の職員会議で読み合わせすることで周知確認が行われている。一部、更新日が記載されていないものがある。マニュアルの見直し協議を定期的を実施し、その記録を残すことが求められる。</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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>アセスメントは毎年取られているが、それが個別支援計画に的確に反映されているとはいえない。アセスメントにおいても、個別支援計画においても、本人の持つストレスに着目するという意識をもって作成されることが求められる。職員の利用者尊重の意識が高いこともあり、ストレスに着目したアセスメント、個別支援計画の作成も可能と思われる。</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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>モニタリングにより定期的に評価、見直しが行われ、全職員に周知され共有されている。今後は、相談支援事業所が作成するサービス等利用計画との連動(サービス等利用計画が土台のきめ細やかな個別支援計画)を図ることで、さらに高い精度でのサービス提供が可能になるとと思われる。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>サービス実施状況については、記録様式に利用者それぞれの個別支援計画のポイントが記載されている。これにより、日々の記録と個別支援計画がしっかり連動する仕組みの構築が確認される。記録については、その記載方法について日々スーパーバイズされている。これらは「はさま」の大きな強みと言ってよい。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>記録に関する保管や廃棄の規程や個人情報保護規定等が定められており、規程どおりに管理されている。記録の管理や個人情報保護についての教育がなされており、周知も図られている。</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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>面談時に、グループホームに関する情報提供を積極的に提供しているが、グループホームに移行した実績は少ない。また、法人内の共同生活援助事業所(グループホーム)と情報交換を行っている。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
日々の活動支援において、個々の特性に応じた絵カードで伝える等の創意工夫がなされている。そのことが利用者本人のモチベーションアップ、情緒の安定につながっている。この創意工夫を本人の家族にも伝えることで信頼関係が深まり、職員モチベーションもさらにアップすると思われる。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
外食でのメニュー選びにおいて、可能な限り「自己決定」「自己選択」を大切に利用者の意向を尊重している。日々の活動においては、本人の気持ちを尊重して参加することを強制するようなことはない。自己を表出することが困難な利用者が多い中、その表情や仕草から望んでいることを汲み取るスキルが職員には求められる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自己決定を大切に、すべての活動において必要最小限の手を出して支援している。具体的には、脚力の低下が見られる利用者に対して、日々の活動の中で高さの低いハードルをまたぐというトレーニングを無理のない範囲で取り入れ、実際に車の乗降、浴槽への出入りにおいて成果が現れている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
公共交通機関を利用する等、事業所の外でのいわゆるSST(ソーシャルスキルトレーニング)は行われていない。しかし、事業所内において調理実習や丼物を作って昼食として食べる等のプログラムはあり、利用者はそれを楽しみながらそれぞれの能力の範囲で参加できている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事に関して配慮が必要な利用者には、そのことが個別支援計画に明記され、計画に基づいた食事サービスが提供されている。その日の健康状態や保護者の意向に合わせ、食事の量を調節して個別に提供している。同じ敷地内で食事が作られていることで、柔軟な対応を可能にしている。利用者は食事を楽しみにしており、事業所の大きな強みである。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事の残量調査を実施したり、食事に関するアンケートを取ったりしている。また、季節に合った食材が使われ、毎日汁物もつく。訪問調査当日の食事は盛りつけも丁寧で、食器も美しかった。利用者も職員も「ここの昼食は美味しい」と、異口同音の言葉が聞けた。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
食堂にはカウンター席とテーブル席が用意されている。また、1人の方が落ち着いて食事ができる利用者に対しては、そのようなスペースが確保され、安心して食べることができている。食事中にBGMを流したり、職員は食べている利用者目線の高さを同じくする等、工夫の余地はあるが、前項同様、食事は「はさま」の大きな強みである。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画書の中にも入浴の項目を設け、個々に対応している。支援は入浴マニュアルを基に、健康状態等に留意しながら慎重に実施される。異常等は利用者ごとの連絡票に記載されるが、支援内容の記録が作成されていない。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
日々の送迎時に、保護者等から入浴希望を聞いている。また、入浴時間等の利用者希望は、可能な限り受け入れて実施している。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
冷暖房設備、脱衣場カーテン、入浴器具等、環境、安全性、プライバシーが検討され配慮がなされている。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
排泄マニュアルに基づき、また個々の支援計画に沿って支援されている。安全性やプライバシーに十分配慮して対応されているが、用具の使用法や衛生に関するマニュアルは用意されていない。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
毎日の清掃も行き届き、衛生状態も良好である。便器もシャワー付きで、介助に要するスペースも確保されている。異臭に対する防臭対策を検討中である。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
買い物外出時に選択の支援をする他は、家庭で購入されたものを着用し、着替え等を持参している。社会人としてふさわしい衣服、身だしなみについて、利用者対象の勉強会等の開催が期待される。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
汚れた時や発汗時は必要な着替えを支援する。着替えの希望、意思是尊重しつつ、こだわりのある方へは状況に応じた支援を行う。着替え時の手順書等は用意されていない。			

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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
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
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 a ・ b ・ c
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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
年1回の健康診断、歯科検診は年2回行い、歯磨き指導も実施される。血圧、体重測定も毎月行い、食事内容に反映されている。日常的には歩行の時間が多く設定しており、健康維持に努めている。		
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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
支援中に医療が必要になった場合、日常的には医務マニュアルに基づいて看護師が対応している。協力医療機関を持ち、緊急時対応マニュアルに沿って迅速、適切な医療を支援している。		
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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
投薬を行う薬の情報は適切に管理され、緊急時にも対応可能である。マニュアルに沿って薬の管理、投薬が行われ、チェックも行われ、誤薬をなくす体制が取られている。		
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 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
カラオケ、ストレッチ、書道、抹茶、調理実習等、様々なメニューが用意され、ボランティアの援助を受けて実施されている。利用者本人の趣向に合致するよう、有意義な日中活動という視点で対応している。利用者の希望もあるが、企画の部分で、職員が主体になる点は工夫が必要か。		

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		
ランチ外出や買い物外出では、利用者(もしくは代弁者としての保護者)の希望が優先されており、利用者の満足度も高い。しかし、ほとんどの場合に公用車が移動手段として使用され、公共交通機関は使われていない。利用者の社会性の醸成や自立支援の観点から、多種多様な移動手段の利用を考慮されたい。		
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 ・ b ・ c
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
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		
共用のテレビ視聴に関し、利用者間でのルールは定められておらず、チャンネル操作が可能な数少ない利用者がチャンネル権を独占している。力の強い者、声の大きい者だけが利益享受を得ることのないよう、公正なルール作りが望まれる。		
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当(対象者なし)		