

## 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 6日(火) |
|---------------|----------------------|

### ②施設・事業所情報

|                                  |                   |                 |
|----------------------------------|-------------------|-----------------|
| 名称 JJヒマワリ                        | 種別：生活介護・就労移行支援    |                 |
| 代表者氏名：矢谷知恵子                      | 定員（利用人数）：40名（48名） |                 |
| 所在地：愛知県半田市吉田町四丁目175番地            |                   |                 |
| TEL：0569-27-8833                 |                   |                 |
| ホームページ：                          |                   |                 |
| 【施設・事業所の概要】                      |                   |                 |
| 開設年月日 平成 22年 10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：23名          |                 |
| 専門職員                             | (管理者) 1名          | (社会福祉士) 3名      |
|                                  | (精神保健福祉士) 1名      | (管理栄養士) 1名      |
|                                  | (事務職員) 1名         | (看護師) 1名        |
| 施設・設備の概要                         | (居室数) 13室         | (設備等) 入浴設備・調理設備 |
|                                  |                   | 給食設備・短期入所       |
|                                  |                   |                 |

### ③理念・基本方針

|        |  |
|--------|--|
| ★理念    |  |
| 法人     | 【すべての障害者が人として人間らしく生きていくために】            |
| 施設・事業所 | 【すべての障害者が人として生きていくために。その人らしい生活の実現に向けて】 |

## ★基本方針

### 【生活介護】

利用者様、一人一人の夢や希望の実現に向けて支援していく。  
ゆったりと安心、安全に楽しく過ごす事の出来る場所を提供したり環境を整える。

### 【就労移行支援】

企業、公的機関、本人さんの3者間のつなぎ役をめざす。  
就労した後も長く仕事を続けることが出来るように定着支援を行っていく。

## ④施設・事業所の特徴的な取組

### 【生活介護】

日中活動では午前中は内職作業を行い、仕事への意欲を高めたり、集中力や能力の向上をめざしています。また、本人の自主性や自立心を養う。

午後は本人の興味のある活動や好きな事に楽しく取り組んだり、他の利用者さんとたくさん関わりを持つように職員が積極的に機会や時間、プログラムを作っています。

JJヒマワリが新しくこの地に誕生して2年目ということもあり、少しずつ利用者の方も落ち着いてきたように思われます。夏祭り、ひな祭りへの招待、近隣の道路のゴミや空き缶拾い等の取り組みをしつつ地域の方たちとの交流に努めています。

### 【就労移行】

平成27年から現在まで就職をされた方が8名程います。その後も長く働けるように定着支援に力をいれています。

## ⑤第三者評価の受審状況

|                   |  |
|-------------------|--|
| 評価実施期間            | 平成28年10月12日（契約日）～<br>平成29年4月24日（評価結果確定日） |
| 受審回数<br>（前回の受審時期） | 1回（平成27年度）                               |

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆福祉サービスの質の向上を目指した取り組み

第三者評価を受けることで、事業所として福祉サービスの質の向上を目指す取り組みを充実したものにしている。昨年度評価の低かった項目については、改善すべき内容を明確にして取り組んでおり、一定の改善を図ることができている。

◆利用者の主体的な活動を尊重したプログラムの充実

以下のような利用者主体の取り組みがある。

- ・利用者が主体となってJJ放送を企画して運営している。
- ・利用者自身の振り返りシートを文章を入れて作成し、掲示する等で発表している。
- ・体調管理のための散歩を兼ねて、地域内の空き缶やゴミ拾いの清掃活動を行っている。
- ・イベント等で積極的に歌・踊り等を発表している。
- ・利用者が日常生活の中で自分のできる仕事や役割を持っている。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画と事業計画の連動性

中・長期計画の立案に際しては、最終達成目標のみでなく、中間(又は節目毎)の目標を立て、その年度における節目目標に合わせた事業計画を作成する事を望みたい。それによって、事業計画の終了時評価(事業報告)が、中・長期計画の進捗管理(見直し)に位置づけられる。中・長期計画と事業計画それぞれを単独のものとして、双方に連動性を持たせることが望まれる。

◆自己評価における着眼点の読み込み不足

自己評価における評価の着眼点の読み込みが十分でない評価項目があったり、間違った解釈をしている項目(障40. 41. 46等)もある。自己評価を実施するうえで、「サービス評価基準」の読み込みを行い、正しい認識を持って実施することが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

昨年に引き続き、第三者評価を受けました。  
前回に指摘された事に対して、早急に手をつけるべき物等については、職員間で周知をはかり努力を重ね、今回良い評価をいただいた事も多くありました。  
利用者さん、職員、事業所への指摘事項は施設長、管理者が中心となり今後の支援の取り組みに役立てていきたいと考えています。また、毎日の支援は重要であることはわかっているが、3年先、5年先を見すえた計画をしっかりと立てることの大切さもますます感じております。

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   |                         |         |           |
| 玄関正面の壁面・パンフレット・ホームページに法人理念『全ての障害者が人として人間らしく生きていくために』を明記し、利用者・家族・一般の方々に、『障害福祉分野で身体・精神・知的の三障害に関わらず、障害を持つ方のニーズに応える』ことを約束している。意思疎通が困難な利用者のための説明資料を作成する等、分かりやすく説明する配慮が望まれる。。 |                         |         |           |

### 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     | ①a ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                 |         |            |
| 前管理者が障害者自立支援協議会副会長として県・市の動向を把握しており、事業所の運営に側面から支援している。緊急時の受け入れ態勢・地域拠点整備で社会貢献を行っている。  |                                 |         |            |
| 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 ・ ⑥ ・ c  |
| 評価機関のコメント   |                                 |         |            |
| 生活介護事業の課題として『利用者の安全確保』、『利用者の送迎に関して送迎車・職員の確保』、『若年者から高齢者と広範囲な年齢層の利用者に対する一律の支援』、就労支援事業として『職員の話し合い時間の不足』、『就職後の関わりの度合い』が課題となっている。現場職員・管理者共に課題の共有は出来てはいるものの、未だ具体化には至っていない。中・長期的に取り組んでおく必要がある。 |                                 |         |            |

### 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     | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |                             |         |           |
| 事業所独自の中・長期計画は明文化されていないが、「5年後を見据えた計画」として8項目の目標が掲げている。この各項目の目標にたいして課題を明確にして課題を時系列的に並べ、クリアすべき中・長期計画の作成を望みたい。 |                             |         |           |

|   |   |     |           |
|---|---|-----|-----------|
| 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   |   |     |           |
| 各年度の事業運営を推進するために単年度の事業計画を作成している。前項(障4)で述べた中・長期計画で時系列に並べられた課題を当該年度に受け、その枠組みに整合した年度事業計画の作成を望みたい。                                |   |     |           |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |     |           |
| 平成27年度事業計画を評価し、平成28年度事業計画を作成している。職員会議の中で2ヶ月毎に課題を出して検討し、中間報告を行って年度末にはヒマワリグループの全体会議でまとめている。事業計画の作成から見直しに至る過程で、職員の関与する度合いが増えてきた。 |   |     |           |
| 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   |   |     |           |
| 事業計画は事業所内に掲示し、利用者・家族の興味のある行事計画はバス旅行の際等の交流の場で説明している。家族への説明は行事計画が中心で、事業計画の周知は行われていない。   |   |     |           |

#### 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 ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 第三者評価を27年度、28年度と2年続けて受審している。初年度は『サービス評価基準』の理解も不十分であったが、今年度は一部の評価項目を除き、理解も深まり改善に繋がっている。さらなる改善を目指し、次回の自己評価実施時には、再度『サービス評価基準』を読み込むことを望みたい。 |  |         |           |
| 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     | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 「5年後を見据えた計画」の中で、どこに重点を置くかが明確になり、マニュアルの作成に重点を置いて取り組んできた。今日現在6割は完成し、全ては29年度中に完成する予定である。マニュアル整備が完了したわけではないが、優先順位を付けて計画的に取り組んでいる点を評価したい。    |  |         |           |

## 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 ・ ⑥ ・ c  |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |            |
| グループの新年会で各グループの施設長(管理者)が挨拶を行い、所信説明をしている。管理者・主任の役割を設け、それぞれの職務に関する取り組み・責任分担を職員会議で説明している。管理者に限らず、各職員の責任と権限を明確に規定する、「職務権限規程」や「職務分掌規程」等の作成が期待される。                 |                                   |         |            |
| 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 ・ ⑥ ・ c  |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |            |
| 法人本部作成の理事長を本部長とする法令順守の組織表が出来ている。法人全体で忘年会前に1時間の研修を行っている。28年度は『虐待防止』を予定している。職員の理解度を検証したり、知識が支援の現場で有効に活用できているか否かを確認する仕組みの構築を望みたい。                               |                                   |         |            |
| 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    | ①a ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |            |
| 第三者評価を2年連続で受審し、その結果や自己評価での気づきを活かしてサービスの質の向上に取り組んでいる。半田市自立支援協議会に各部会があり事業所会議に参加している。JJラジオ等、利用者本人や家族の意見・要望を取り入れることで新たな一面が見えてきた。職員が、分からないことを自分で調査する自主性が生まれてきている。 |                                   |         |            |
| 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    | ①a ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |            |
| ヒマワリグループ幹部クラス6名でプロジェクトチームを組み、業務改善のための打合せを定期的に行っている。さらに、新たな事業展開に向けて、県や市とも調整を行っている。  |                                   |         |            |

### 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |         |           |
| 強度行動障害者は他に受け入れる施設も少なく、利用者も増加傾向の中、マンツーマンの対応を強いられる事もあり、人員配置・パート対応も含め慎重に検討している。今後の事業展開が読めず、明確な人員計画は作成されていない。看護師は今まで週2～3回勤務であったが10月より正規職員となった。社会福祉士の資格取得に対しては、費用を事業所負担として支援している。 |  |         |           |
| Ⅱ-2-(1)-②  | 総合的な人事管理が行われている。                         | 障 15    | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |         |           |
| 職員は経験3年経過で初任者研修を受講し、5年経過でサービス提供管理者研修を受講している。職員は専門資格の取得等によってスキルアップしているものの、事業所内ではポストが限られている。   |  |         |           |

|   |   |      |           |
|---|---|------|-----------|
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |      |           |
| 様々な娯楽・休養施設利用等の福利厚生施設との契約があり、職員の健康診断も実施されている。健康診断の結果は、『C』判定以下であれば再検査をしている。子どもを持つ非正規職員に関しては、ワーク・ライフ・バランスに配慮し、急な欠勤や早退等にも柔軟に対応している。有給休暇消化の指導はしているものの、職位・職種によって有給休暇の取りづらさが目立つ。 |   |      |           |
| 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   |   |      |           |
| 個々の職員の目標の進捗状況は、年2回の自己評価を通して振り返りの機会がある。職員の育成については資格習得、研修参加の機会で行われている。資格取得を目指す職員への費用助成制度はある。キャリアパスを構築し、職員育成の柱とされたい。   |   |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |      |           |
| 機会ある毎に外部への研修参加を促しているが、体系的な研修計画を作成するに至っていない。職員の専門技術の『力量マップ』を作成し、個々の職員が要求される『力量』の中で不足している知識、能力、技術等を補う研修計画の策定を望みたい。  |   |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |      |           |
| 階層別研修や法人研修、事業所内研修等の体系づけられた研修はなく、外部研修に頼らざるを得ない状況である。愛知県知的障害者福祉協会、半田市自立支援協議会、半田市役所、商工会議所などの研修会情報を把握し、正規職員一人当たり年間平均2回、少なくとも1回は有償(交通費・日当)で参加している。教育・研修体系の構築が待たれる。             |   |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |      |           |
| 日本福祉大学の社会福祉実習の受け入れ先に指定され、大学と結んだ契約書をマニュアルとして活用している。指導員は2日間の研修を受け認定され、大学が作成したプログラムに基づいて実習指導・評価を行っている。実習生受け入れの意義や目的を明確に記載した“自前の”マニュアルの整備を望みたい。                               |   |      |           |

### 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |                            |      |           |
| ホームページは開設されているが、事業所の情報や具体的な活動が紹介されておらず、2年間更新されていない。第三者評価の受審は今回は2回目、今後は定期的な受審を表明している。自立支援協議会の部会長を受け持ち、福祉サービスに関する議論に参加している。 |                            |      |           |

|   |                                  |      |           |
|---|----------------------------------|------|-----------|
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                  |      |           |
| 各顧問(監事・経理士・労務士)との委託契約によりの確に不明確部分の指摘を受け、会計に関して透明性が保たれている。事業所における事務・経理・取引等に関するルールが「経理規程」に明文化され、職員に周知されている。近い将来に実施が予定される社会福祉法が求めるレベルの外部監査に備え、中・長期計画に盛り込む等の準備を望みたい。 |                                  |      |           |

## 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    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 地域交流のため、地域の行事には積極的に参加している。具体的には公民館のイベントに参加し『パンの販売』も行っている。事業所の夏祭りには多くの地域の方々が見え、避難訓練も地域を交えて行われ、双方向の交流がなされている。   |  |         |           |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| パンの製造に関わったり、夏祭りでは家族バンド・化粧品販売・メイク教室等に、協力的な家族がボランティアとして参加している。ボランティアの活動をより充実する為に、受け入れマニュアルの整備を望みたい。   |  |         |           |
| 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   |  |         |           |
| 利用者の支援上で必要となる社会資源のリストはないが、必要と思われるものは事務室に掲示してある。行政関係・医療関係・学校関係との連携も図られている。外出支援の際に『使える店』等を、バリアフリーの状態も含め、調査してマップを作成中である。   |  |         |           |
| 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    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 大規模災害時の福祉避難所として登録し、非常時用の飲食料(60人・7日分)を備蓄している。学校教育への協力として、半田特別支援学校の評議員を引き受けている。事業所内に多目的ホールがあり、駐車場を含めてコミュニティ(総会・会議等)の場として、老人クラブ等と話しを進めている。利用者と職員が地域の清掃活動を頻繁に行い、その回数は年間を通して延べ209人日にもなる。 |  |         |           |
| 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    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 基本的な考えとして、「3障害の全てに対応する」ことを言明しており、強度行動障害を持った障害者や困難事例の障害者等、他事業所では受け入れが困難な障害者でも極力受け入れようとしている。  |  |         |           |

## 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   |   |         |           |
| 理念や基本方針には、利用者を人として尊重して「人間らしく生きていくため」の施設環境作りを目指した基本姿勢が示されている。職員がこの基本姿勢を理解し実践していくために、現状での課題や問題点を出し合い、改善に努めている。  |   |         |           |
| 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   |   |         |           |
| プライバシー保護や虐待防止に関する規程やマニュアルが整備されており、職員への理解や周知が図られている。引き続き、職員のメンタルヘルスに重点を置き、ストレスチェックを行ったり、プライバシー保護や虐待防止に関する研修会等を開くことにより、利用者の権利擁護に配慮した福祉サービスの提供を図ることが望まれる。                      |   |         |           |
| 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   |   |         |           |
| 学校(特別支援学校や特別支援学級)や社会福祉協議会、相談支援事業所等に事業所のパンフレット等を置いており、学校からの要望で学校を訪問して説明会を開いたり、相談支援事業所と連携して相談に乗ったりしている。本人を連れての見学や体験利用の希望に対応しており、学校からは進路指導の一環として、2～3年計画で施設実習という形で体験利用を受け入れている。 |   |         |           |
| 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   |   |         |           |
| 事業所のパンフレットにより、分かりやすく福祉サービスの内容の説明をしている。施設利用の際には、重要事項説明書・契約書等により丁寧に説明し、利用者や家族の同意を得たうえで、その内容を書面で残している。意思伝達が困難な利用者にも、分かりやすく説明できる資料の作成が望まれる。                                     |   |         |           |
| 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 ・ ③ ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 福祉サービスの変更にあたっては、関係機関とケース会議を開き、利用者や家族に不利益にならないように検討したうえで、文書での引き継ぎを行っている。福祉サービスが終了した後の、組織として行うアフターケアの内容や方法について、利用者や家族に事前に知らせておくことが望まれる。                                       |   |         |           |
| 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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 利用者や家族からの要望を聞く手段として「連絡ノート」を使っているが、送迎時にも口頭で直接聞き取っている。第三者評価でのアンケート結果を基に、意見や要望を職員会議で議題に取り上げ検討している。   |   |         |           |

|  |      |           |
|--|------|-----------|
| 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  |      |           |
| 苦情解決の体制が整備されており、玄関に掲示する等で周知を図っている。苦情を受け付けた記録はあるが、解決を図った結果及びフィードバックをした結果が記録されておらず、記録用紙に日時を記入して記録として残すことが望まれる。また、苦情内容と結果については、ホームページや広報誌等での公表が望まれる。                |      |           |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 利用者が一同に集まるコーヒータムの時間や、レクリエーション等の時間を利用して、利用者間で話し合いをする機会を設けている。実際には、一部の特定の利用者からの相談が多い。できるだけ多くの利用者からの意見を聞き取れるよう、余裕を持った職員体制とすることが望まれる。                                |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 利用者からの相談を受ける窓口を決めており、窓口が一人に対応することが多いが、意見箱に要望を入れる利用者や家族も多い。苦情処理の方法と同様に、意見箱に挙げた意見や要望は記録用紙に記録してファイルしている。記録の方法や報告の手順、対応策の検討、結果の説明、結果の公表までの流れを定めた対応マニュアルの整備が望まれる。     |      |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| ヒヤリハット事例を収集したり、職員伝達ノートを活用して事故防止対策を実施したりしている。具体的には、玄関からの飛び出し事故や外部からの不法侵入に備えるため、セキュリティを考慮して玄関ドアに警報ブザーを取り付けた。送迎時の交通事故に対応するため、ドライブレコーダーや事故時の対応マニュアルを車に掲載している。        |      |           |
| 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  |      |           |
| インフルエンザ等の感染症の予防と発生時の対策を取り決め、職員への周知を図っている。定期的に感染症の予防と対策に関する勉強会を開催し、嘔吐物の処理方法等の訓練を行うことが望まれる。  |      |           |
| 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行っている。   | 障 39 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 防災計画を作成して消防署に提出している。「防災マニュアル」に沿って災害発生時の対応について取り決めており、定期的に避難訓練・消火訓練を行っている。災害時の食料や備蓄品を整備し、リストを作成している。市と「福祉避難所」の協定(H. 27. 2. 26)を結び、「災害時要援護者支援マニュアル」に沿った支援を計画をしている。 |      |           |

### 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  |      |           |
| 「重要事項説明書」においてサービスの内容を文書化しており、利用者の個々の支援内容については「個別支援計画書」に記載している。標準的な実施方法としての支援マニュアルについては、食事支援や排泄支援という形で現在作成中であり、業務手順書の作成を含めて整備することが望まれる。 |      |           |

|  |      |           |
|--|------|-----------|
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 「個別支援計画書」は定期的に見直されているが、標準的な実施方法についても検証と見直しをすることが望まれる。  |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 法人で統一したフェースシート・アセスメントシートを用いて適切なアセスメントを行い、個別支援計画を作成している。個別支援計画は、利用者の具体的なニーズに基づいて支援目標を作成している。支援困難ケースへの対応では、部門を横断した多職種の関係者が参加したケース会議を行っている。日々の支援の中で掴んだ新たな情報(意向等)を、職員個々の記憶に留めず、アセスメントシートにつなげるルールの明確化を望みたい。 |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 見直しの時期を始めとした手順を定めて、定期的に見直しを行っている。見直した内容については、職員会議で報告し周知を図っている。定期以外にも、急な変更が必要な場合には、その都度計画を変更している。見直しの手順の中に、変更等の内容が関与する職員全員に周知されたことを確認するプロセスを追記することを期待したい。   |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 利用者の毎日の生活状況は「職員伝達ノート」に記入しており、ノートを見て個別のケース記録に記入している。記録には基本書式があり、記録者毎に大きく書き方が変わることのないようにしている。定期的に職員会議を行っており、会議結果については回覧する等で情報共有を確実なものにしている。引き続き、パソコンのネットワークシステムを利用する等、事業所内で情報共有する仕組みを検討することが望まれる。        |      |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 「個人情報保護規程」に基づき、利用者の個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対策と対応が図られている。  |      |           |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| グループホームへの移行希望については、定期的にご利用者や家族から書面で希望を調査している。希望があれば見学や体験入所等を行うようにしているが、利用者の自立度の問題から地域移行が難しい場合も多い。  |      |           |

### 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 ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 個別支援計画の中に、コミュニケーション能力を高めるための具体的な支援方法や内容を記載するようにしている。意思伝達に制限のある利用者の中には、日常的な関わりの中で発見した固有のサインや動作等の情報を職員間で共有するようにしている。職員に、コミュニケーション機器をはじめ、新しいコミュニケーション・ツールの学習機会を望みたい。 |  |         |           |
| Ⅲ-3-(1)-②   | 利用者の主体的な活動を尊重している。                             | 障 48    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 利用者の要望を尊重して、利用者が望む活動の提供に心掛けている。散歩、音楽、おやつ作り、DVD鑑賞、人形劇鑑賞、イベントへの参加等を行っていたが、新たにJJラジオ放送、自分自身の“取説”(振り返りシート)を文書化する等の新しいプログラムを開発している。                                     |  |         |           |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 事業所内の各部屋に職員を配置し、利用者が安全に生活できるよう見守りをしており、必要に応じて即座に支援できる体制となっている。しかし、時として、過介助になってしまうことがあり、引き続き、利用者が必要とする支援を、必要な時に必要な量だけ行えるような職員への意識付けと、職員体制の整備が望まれる。                 |  |         |           |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 調理、洗濯、買い物、湯呑み茶碗洗い等のプログラムを用意し、社会生活力を高めるための学習や訓練を行っている。利用者の潜在能力の発掘や対応力の強化だけに目を向けず、彼らを受け入れる側の地域社会の意識を変えることにも注力してほしい。   |  |         |           |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 個別支援計画書において食事の支援方法等を記載しており、管理栄養士の作成する献立による必要な食事サービスを提供している。食事支援での留意点や、食事介助を要する利用者支援の方法を記載した「食事支援マニュアル」の作成が完了しており、職員への周知を図る予定である。                                  |  |         |           |
| 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    | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 定期的に嗜好調査及び残量調査をして、その結果を献立に反映させている。給食会議への利用者の参加はないが、職員が利用者の代弁をする形で定期的に給食会議を開催している。   |  |         |           |
| Ⅲ-3-(2)-③   | 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。                          | 障 53    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 毎月給食会議を開き、喫食環境の改善を図っている。利用者の状況に応じ、喫食時間や場所等の調整を行っている。  |  |         |           |

|   |                                  |      |           |
|---|----------------------------------|------|-----------|
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                  |      |           |
| 通所事業所ではあるが、高い入浴のニーズがあるので、入浴支援を行っている。1日に2人位、障害の状況や健康状態を把握しながら入浴支援を行っている。入浴支援マニュアルを作成し、職員間での支援の統一を図る予定である。        |                                  |      |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                  |      |           |
| 利用者と家族の要望に応じて入浴支援を行っている。決まった入浴日以外にも、必要な時は入浴することができる。  |                                  |      |           |
| Ⅲ-3-(3)-③   | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。                | 障 56 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                  |      |           |
| 浴室・脱衣場の環境は、利用者の身体状況に応じて整えられ、冷暖房設備も整えられている。  |                                  |      |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                  |      |           |
| 利用者個々の障害の程度に応じて支援できるよう手順を決めており、新たに排泄介助マニュアルの作成が完了した。同性介助を原則とし、結果は所定の様式にて記録している。                                 |                                  |      |           |
| Ⅲ-3-(4)-②   | トイレは清潔で快適である。                    | 障 58 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                  |      |           |
| 清掃を毎日行い、汚れたらすぐに掃除をして常に清潔を保つようにしている。トイレ内にカーテンを設置する等、プライバシーに配慮している。便座の温度やトイレ内の温度を確認している。                          |                                  |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                  |      |           |
| 利用者の好みや個性を尊重した衣類を家族が用意している。事業所が積極的に関わることはないが、季節に合った衣服かどうかを確認し、家族と相談して調整している。                                    |                                  |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                  |      |           |
| 利用者が着替えを希望した場合は、意思を尊重して着替えをしている。利用者が着替えを拒む場合は、対応を色々と検討して着替えを行っている。着替えをした際は、洗濯をして返しているが、洗濯物の取り違えには十分注意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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。女性の利用者には、髪を結ったり、化粧の講習をしたり、ネイルアートをする等して喜ばれている。  |      |           |
| 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 | a ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 家族が利用者の幼い時からの行きつけの店を決めており、特別な配慮はしていない。  |      |           |
| 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 | ③ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 週に2回(水・金曜日)、短期入所を3名ずつ受け入れており、利用者が安心して眠れるよう環境や寝具を準備している。不眠者がいた場合は、一時的に部屋を変わる等の対応をしている。   |      |           |
| 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 | ④ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 毎日バイタルチェックを行い、週1回血圧測定を行っている。筋肉の拘縮予防のため、PT(理学療法士)による指導を受け週3回マッサージを行っている。嘱託医による内科健診を月1回、歯科衛生士による歯磨き指導、歯科医師による歯科検診等を行っている。管理者が看護師資格を有しており、パートの看護師も勤務している。健康の維持・増進のため、日常生活の中に運動や散歩等のプログラムを用意している。 |      |           |
| 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 | a ・ ⑤ ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 近隣に提携病院や嘱託医がおり、緊急に医療が必要な時には、すぐに対応できる体制が整っている。健康面に変調があった場合の対応手順を、マニュアルとして用意しておくことが望まれる。  |      |           |
| 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   |      |           |
| 薬の目的、性質、効果、副作用、注意事項等に関して、処方箋で必要な情報を得て、薬の管理にあたっている。薬の準備、服用、確認について、一定の手順に基づいて取扱いをしており、使用状況は所定の様式により記録している。誤薬をなくすための仕組みや、誤薬があった場合の対応の手順をマニュアルとして明文化し、職員への周知を図ることを望みたい。                           |      |           |
| 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 | ⑦ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| レクリエーションの担当者が、季節に合わせた内容のレクリエーションやイベントを企画し、利用者が主体的に参加できるよう配慮している。午後の活動は、余暇活動となっており、編み物、ナイロンタワシ作り、カラオケ、テレビ鑑賞、パズル、トランプ、買い物、ドライブ等利用者の要望に応じた内容で余暇活動を行っている。   |      |           |

|   |      |           |
|---|------|-----------|
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 外出は午後の日課の中で、利用者の要望に応じて行っている。地域のお祭り等のイベント情報を集めて参加している。外出の際には、連絡先を明示したカードを携帯している。                             |      |           |
| 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 | 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| グループホームの利用者については、預かり金についての取扱いの規約を定め、担当職員が出納帳を付けて管理している。外出時に家族からお金を預かった時には、レシートを添付して清算している。それ以外でお金の管理はしていない。 |      |           |
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 新聞やテレビ・ラジオの個人での購買や所有はないが、家庭から雑誌を持参する利用者がある。   |      |           |
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 事業所にて飲酒する利用者はいない。1人の利用者が喫煙しているが、ルール(職員付き添いの下、建物外で喫煙する)を決め喫煙している。  |      |           |