

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23日(金)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称 メビウス	種別：生活介護	
代表者氏名：石川みどり	定員（利用人数）：50名（51名）	
所在地：愛知県半田市椎の木町一丁目8番の1		
TEL：0569-20-7755		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 10年 7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：33名	
専門職員	(管理者) 1名	(医師) 1名
	(サービス管理責任者) 1名	(理学療法士) 1名
	(生活支援員) 24名	(事務員) 1名
	(看護師) 4名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 作業室、相談室、食堂
		多目的室、訓練室、洗面所、浴室
		トイレ、医務室、ロッカー室、
		厨房、エレベーター

③理念・基本方針

<p>★理念 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 お互いを大切に、尊重し合い、慈しみ合い、支え合い、人として人間らしく生きていけることを目指します。</p> <p>★基本方針 障害者が自立した日常生活または、社会生活を営む事ができるよう支援します。事業所通所により、給食、介護サービスや訓練、創作活動などを行い、心のリフレッシュを図ると共に自らの精神的パワーを向上できるための支援を行います。</p>
--

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・法人の理念の基、重度障害者、障害の種別を問わず受入をしている。
- ・開かれた施設を目指し、家族会ボランティアルームを設け解放したり、家族参加も集い一緒に楽しめる行事を年3回行っている。
- ・地域交流のため地域の行事には積極的に参加している。
- ・利用者、ご家族の必要な要望にはできる限り応えている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年6月14日（契約日）～ 平成29年4月26日（評価結果確定日）
受審回数 （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

◆管理者の指導力

サービスの質の向上の担い手は職員であるが、1年前は職員雇用が安定せず、職員の適正配置に汲汲とする状況であった。今、適正な職員数が揃い、質の向上を目指す布陣が整った。専門資格の取得を奨励し、リスクマネジメント委員会を発足させる等、指導力を存分に発揮している。業務の実効性を高めるために、職員ごとの業務量や業務の質の偏りをなくし、平準・公平性を主眼に置いた機構改革として、マンネリ打破のために職員の配置転換を実施し、適材適所の職員配置を実現させた。非正規職員を正規職員に登用する等の施策も打ち出している。

◆法人理念の具現

当日、調査員の求めに応じて利用者と職員がハンドベルの演奏を見せてくれた。演じるのは重度障害者の班であり、利用者全員が自力での演奏は困難であったが、職員の力を借りる等して見事な演奏を披露してくれた。寝たきりで、車いすに座って、あるいは椅子に腰掛けて・・・、自力でハンドベルを持てる利用者もいるが、多くは職員が手や腕を支えている。しかし、ハンドベルを握っているのは、まぎれもなく利用者本人の手であった。見守りと過介助の境界線は判断の難しいところだが、利用者の自尊心を傷つけず、さりげない支援で利用者の満足感や達成感をも感じさせている。「すべての障害者が人として・・・」の人間尊重の法人理念を改めて感じさせられた。

◆充実した個別支援計画

個別支援計画には支援に関するあらゆる項目が網羅され、申し分のない内容となっている。作成に当たっては、担当職員が栄養士、看護師、PT(理学療法士)といった全ての職種から情報を収集して詳細な検討を加えている。年2回の定期見直しでは、家族の意向を踏まえて最適なニーズ把握を目指している。支援結果として、目標達成率を%で表す等、次に向けての支援目標が設定しやすい工夫されている。この点は高く評価し、特筆したい。

◇改善を求められる点

◆さらなる事業運営の透明化を

2年連続して第三者評価を受審し、ホームページ上で最新の現況報告書(法人概要・財産目録・貸借対照表・資金収支計算書等)を公開している。ホームページの事業所ブログでは、イベントを中心に事業所の取り組みと利用者の様子を公開しており、ほぼ毎月更新されている。さらに事業運営の透明性を高めるために、苦情等の外部コミュニケーションについても公表することを望みたい。受け付けた苦情等の内容や、改善に至った経緯、対応の状況等をホームページを活用する等により公表することを望みたい。

◆標準的な実施方法としてのマニュアル整備を

個々の支援のベースとなる標準的なサービス実施マニュアルが作成されていない。支援の確実性、統一性とリスク回避のためにも是非とも整備されたい。職員採用や配置転換等によって、新たな業務に携わる職員も多い。教育用として、あるいは均一した高いレベルの支援を担保する道具として、早急にマニュアルを整備することが求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

昨年度第三者評価を受審した結果に少々の焦りを感じ、早急な取り組みとして、職員の質の向上と利用者へのサービスの標準化を目標にしました。まずは出来るところからと、中堅職員を中心に、リスクマネジメント委員会を立ち上げ、全ての職員の意識に働きかけながら、継続的に少しずつ現場レベルの改善に取り組んできました。今回は2年連続での第三者評価の受審となりますが、小さな歩みではありましたが、その成果を数値により知ることができ、大変良かったと思います。まだまだ、道の途中であり改善するところの多い事業所ですので、職員みんなでの取り組みを基本に、その努力の積み重ねが利用者の笑顔に繋がるように今後とも改善に心掛けていきます。

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。

(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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「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」との法人理念があり、それを「メビウスの理念」、「メビウス運営方針」に展開している。重度障害者の受け入れが多いことから、利用者への理念周知は進んでいないが、機関紙を活用する等で家族への周知は深まっている。理念に理解を示す家族が、日常的に事業所内に立ち入り、和やかな雰囲気の中で職員を手助けしている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
県や全国レベルの研修に参加し、最新の情報を得ており、市が主催する事業所連絡会からも地域情報を得ている。地域ニーズに関する情報は法人の相談支援事業所を通じて取得し、それらを分析して事業運営に役立てている。分析の結果、中・長期的な視野に立つての対応を必要とするものに関しては、事業計画の「5年後を見据えた計画」の項目の中に取り上げている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
昨年度に引き続いての第三者評価受審である。前回評価での最大の課題は「職員の安定雇用」であったが、1年間に職員の定着が進んで事業所内に落ち着きが見られた。現在の課題は、「利用者の重度化・高齢化への対応」であり、事業計画の「5年後を見据えた計画」の中で具体的な対応策を述べている。			

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			
「平成28年度メビウス・プチメビウス事業計画」の中に、中・長期的なビジョンを含んだ「5年後を見据えた計画」を盛り込んでいる。助成金等の不確定要素はあるが、期限や予算措置も含まれており、職員が同じ方向を向いて支援を行うには十分な内容である。			

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			
「平成28年度メビウス・プチメビウス事業計画」の中では、それぞれの事業ごと(生活介護、短期入所、放課後等デイサービス)に、“理念を達成するための計画”を立て、それを各班ごとに数値目標を設定した計画に細分化している。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業計画が、各班ごとに数値目標を設定した計画に細分化されていることで、中間評価や期末評価(事業報告)で評価のしやすさがある。一方で、事業計画が一部の幹部職員の手で作成されていることから、今後はより多くの職員が事業計画の策定に関与できる仕組みづくりを期待したい。			
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			
年度初旬に行われる家族会総会において、前年度の事業報告を行い、続いて事業計画を説明している。家族にとっても関心事である事業所イベントを盛り込んだ「年間予定表」を作成して家族に配り、家族会ボランティア室にも掲示している。意思伝達に制限のある利用者に対しても、分かりやすい内容に作り替える等の配慮を望みたい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
2年連続して第三者評価を受審し、昨年度の反省から、サービスの質の向上を目的としたリスクマネジメント委員会を立ち上げた。自己評価に関しては職員全員で取り組み、大きな課題であった「職員の安定雇用」についても一定の改善効果があった。			
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			
第三者評価受審や自己評価での気づきを改善課題として抽出し、可能なものから順次改善活動に取り組んだ。1年間に多くの改善が見られるが、改善計画を作成して取り組むには至らなかった。より大きな改善効果を得るために、責任者を明確にし(誰が?)、スケジュールを立て(いつまでに?)、実施すべき具体的な方法を示し(何を?)、以上を盛り込んだ改善計画を作成して臨むことが期待される。			

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			
「組織規程」、「職務分掌」、「組織図」等によって、管理者の役割、責務、権限が明文化されている。法人設立時からの在籍で、“生き字引”的な存在でもある。職務の遂行は率先垂範型で、職員からの信頼も厚い。			
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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
2代目の法人理事長は、自らが障害を持ち、且つ利用者でもあったという経歴の持ち主であった。そのためか、事業所(法人)内にはコンプライアンスの意識が強く流れており、研修には、虐待防止や権利擁護等のコンプライアンスに関する項目が多く取り上げられている。課題は、職員個々の理解度や現場支援の中での活用の有無の検証である。			
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			
サービスの質の向上の担い手は職員であるが、1年前は職員雇用が安定せず、職員の適正配置に汲み及ぶ状態であった。今、適正な職員数が揃い、質の向上を目指す布陣ができた。専門資格の取得を奨励し、職員の配置転換による適材適所の体制を実現させ、リスクマネジメント委員会を発足させる等、指導力を存分に発揮している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
業務の実効性を高めるために、職員ごとの業務量や業務の質の偏りをなくし、平準・公平性を主眼に置いた機構改革を実施した。そのための一策として、マンネリ打破のために職員の配置転換を実施し、適材適所の職員配置を実現させた。非正規職員を正規職員に登用する等の施策も打ち出している。			

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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画等に、将来的に必要となる人材に関する記述はあるが、具体的な育成の計画作成には至っていない。直近の差し迫った職員ニーズとしては、男性職員、看護師資格を有する職員等が挙げられている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
人事考課制度とキャリアパスを連動させることで人事管理体系の完成を目指しているが、キャリアパスが構築中であり、職員にとっては自らの将来の姿を描きづらい状況である。「業務管理シート」を使用しての人事考課を実施している。人事考課の結果は処遇面には反映されるが、人材育成面には活用されていない。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員雇用が安定し、配置転換等によって職場環境にも変化が出てきているが、“働きやすい職場作り”の指標ともいえるべき有給休暇の消化が進んでいない。個人的な考え(罪悪感)から取得しない職員や職位、職種による取りづらさも見られ、職員意識の改革を図る必要性がある。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
キャリアパスの導入ができておらず、職員が目指すべき将来像が見えにくい。専門的な資格取得を職員育成の一手段として受講料を全額補助しており、職員は社会福祉士、介護福祉士、精神保健衛生士、バス中型免許、介護初任者研修等にチャレンジしている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人主導での教育・研修体系が構築されておらず、外部研修への参加が中心となっている。研修受講後には復命書の提出を求めているが、その提出をもって研修を完結させている。研修効果を検証する仕組みづくりを望みたい。			
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			
法人内では、忘年会時の合同研修や新人研修、交換研修等が実施されており、事業所レベルでは外部研修主体の取り組みである。これらの研修の受講に際し、研修受講の履歴が管理されていない。OJTや資格取得のための研修等を含め、職員個々の「研修履修簿」の作成が望まれる。			
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			
社会福祉士実習生や介護福祉士実習生、保育実習生等の受け入れはなく、特別支援学校の新人教諭を1名受け入れるに終わっている。次代の福祉職を養成することは、社会福祉法人(障害福祉施設)の使命でもあり、適切なマニュアルを整備して積極的な受け入れを図りたい。			

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			
2年連続して第三者評価を受審し、ホームページの事業所ブログで事業所の取り組みと利用者の様子を公開している。イベントを中心に掲載されている事業所ブログは、ほぼ毎月更新されている。さらに事業運営の透明性を高めるために、苦情等の外部コミュニケーションについても公表することが求められる。受け付けた苦情等の内容や、改善に至った経緯、対応の状況等をホームページを活用する等により公表することを望みたい。			

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			
ホームページ上に最新の現況報告書(法人概要・財産目録・貸借対照表・資金収支計算書等)を公開し、法人監事による監事監査や行政監査の実施があり、一定レベルの事業会計の透明性は担保出来ている。しかし、社会福祉法が求めるレベルでの外部監査は実施されていない。			

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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の障害者理解を進めるために、積極的に地域と交流しようとの姿勢がある。散歩や外食等の外出支援に力を入れ、買い物は極力地域の商店を使っている。地域の特別支援学校の行事には模擬店を出店し、利用者も参加している。地域の「板山文化祭」では、職員が実行委員を務め、事前準備や会場設営に携わっている。事業所イベントを地域に案内し、地域から多くの来訪者がある。			
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			
法人や事業所の運営に理解を示す家族のボランティア活動が活発に行われ、家族が気軽に交流できるよう、事業所内に「家族ボランティア室」が用意されている。事業所イベントには、「竹炭研究会」の継続した協力が得られている。ボランティアの受け入れに関するマニュアルがなく、個人情報の保護や守秘義務を盛り込んだマニュアルの整備が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の社会資源をリスト化した「関係先リスト」があり、主要な職員に配布し、同じものが電話機にも備え付けられている。			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
市と契約して福祉避難所として登録している。恒例のメビウス祭りには地域住民に参加を呼び掛けているが、参加者数は頭打ちの状態であることから、改善策を練っている。災害発生時に地域復興の鍵となるBCP(事業継続計画)も作成済みである。			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
市・地域福祉課、自立支援協議会、事業所連絡会、特別支援学校等から地域の情報を取り、法人の相談支援事業所を通して在宅の福祉ニーズを把握している。開設当初が身体障害者施設であったこともあり、現在では身体と知的の合併障害のある重度障害者の受け入れも多い。他の事業所では受け入れが難しい重度障害者や困難事例を抱えた利用者等の受け入れも、事業所の使命として考えている。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の理念は明確に示され、利用者尊重を謳った「職員行動規範」には基本原則が示されている。法人内研修で人権等について学ぶ機会もあるが、定期的に権利や人権に特化した評価等は実施されていない。事業所の様子からは、適切な利用者本位の対応が見られた。			
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			
プライバシー保護や虐待防止への指針は、事業所内の各所に貼られて周知されている。個人情報並びに肖像権使用同意書が利用者全員から取られ、これに従って広報等がなされる。今年度は、障害者虐待防止法の研修が行われる等、様々な配慮が見られる。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者には、体験入所にて一日の流れを丁寧に説明し、また実際に体験して雰囲気を感じ取ってもらい、納得した上で判断される流れになっている。ただ、事業所のパンフレット等は必ずしも利用者向けとは言えず、工夫の余地を残す。			
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			
サービス開始、変更時の利用者向け資料はないが、本人立会いの下で重要事項の説明や契約同意等がなされる。新規利用者は特別支援学校在籍時の実習体験や放課後等デイサービスの経験者が多く、納得された上での利用開始となる。			
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			
事業所の変更の際の引継ぎ文書としては、既存のアセスメントシートや支援記録等を活用し、サービス継続に支障がないよう配慮がなされている。担当支援員、サービス管理責任者、相談担当職員が幾重にも移行支援に係わりを持っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足度のアンケート調査の実施、家族面談が実施されている。アンケート結果は集計され、職員会議に諮られる。また、全家庭に結果が配布される。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「苦情解決規程」、「苦情処理対応マニュアル」が整備され、また意見箱が設置される等、解決体制は出来上がっている。受付から対応、改善策の提示、サービス変更まで一連の仕組みが機能している。ただ、苦情を解決した後の公表の仕組みがなかった。ホームページを活用する等、苦情の内容や解決に至った経緯等を公表することが望まれる。		
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		
利用者相談には都度対応し、内容によっては施設長から各支援員まで関わり合いを持つが、その際の説明文書や手順書は作成されていない。相談場所は2ヶ所確保されており、相談者のプライバシーにも配慮されている。		
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		
相談や意見については、記録され検討、解決という手順が踏まれ、サービス向上に結び付けている。対応マニュアルの整備が必要と思われる。		
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		
毎月のリスクマネジメント会議にてインシデント(ヒヤリハット)・アクシデント(事故)の報告・検討がなされ、サービスに反映されている。また、日々のアクシデント(事故)は、毎週開催の職員会議に提示して周知を図っており、月ごとの集計で傾向を検討する等、手厚いリスク管理が実施されている。年度末集計も実施予定となっている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
感染症対策事項が示され、これに沿った詳細な対策が実施されている。予防と発生時対策の両面で組織的に対応している。		
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		
緊急時対応マニュアル、非常災害対策計画、職員・利用者連絡網、非常食の備蓄、消防署立会い訓練等、災害発生に向けての様々な対策が講じられている。		

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		
標準的、基本的なサービスの実施方法が文書化されておらず、各々の支援計画に沿って個別支援がなされている。サービスごとの最低限押さえておくべき事項については、マニュアル化して職員周知を図りたい。		

	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			
<p>全体の支援、個別の支援双方について、看護師、PT(理学療法士)等の意見も聞きつつ職員会議で修正が検討されるが、必ずしも定められた手順とは言えず確実性に欠ける。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>個別支援計画は支援に関するあらゆる項目が網羅され、申し分のない内容となっている。作成に当たっては、担当職員が栄養士、看護師、PT(理学療法士)といった全ての職種から情報を収集して検討している。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>年2回の定期見直しでは、家族の意向を踏まえて最適なニーズ把握を目指している。支援結果として、目標達成率を%で表す等、次に向けての支援目標が設定しやすい工夫がなされている。この点は高く評価し、特筆したい。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>支援記録は統一様式により毎日利用者の帰宅後に記載され、パソコンのネットワークで結ばれ共有される。支援計画書以外は作成要領がないが、職員間の記録の差異は都度改善の指示が出される。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>「個人情報保護規程」が整備されているものの、周知されているとは言えず、データ管理やウイルス対策等に若干の課題を残す。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>地域生活への移行の対象となるのはグループホームへの移行が考えられるが、それに特化した移行計画は策定されず、個別の支援計画の中に入れて対応している。基本は、家族との対話の重視であり、正確に意向確認ができるような対応を心がけている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
意思疎通の難しい利用者には、絵カードや筆談等の対応や家族からの聞き取りといった手厚い個別対応がなされている。コミュニケーション支援は個別支援計画の中に項目設定され、ニーズに沿った支援が行われている。			
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			
班ごとのグループ活動に際しては、利用者の意向に沿った活動内容となるような形が取られている。ただ、利用者自治会のような組織が無く、全体の事業やプログラムは職員主導で行われている。中には的確に意志確認ができる利用者も在籍されることから、利用者の一部でも事業のモニターとして、意見が反映されるような仕組み作りの検討を望みたい。			
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			
自分でできることは過度に手を出さない姿勢で支援している。当日、調査員の求めに応じてハンドベルの演奏を見せてくれた。重度障害者の班であり、利用者全員が自力での演奏は困難であったが、職員の手を借りる等して見事な演奏を披露してくれた。見守りと過介助の境界線は判断の難しいところだが、家族からの要望を参考としたり、また経験の浅い職員はOJTや職員会議の中で学び、支援が統一されるよう心がけられている。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
班別の活動で買い物や調理等の社会性伸長のプログラムを実施している。利用者が人権意識を持つような具体的取り組みはなされていない。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の中には、食事形態やカロリー調整等の個別の提供方法が記載され、実施されている。しかしながら、食事支援に関する基本的なマニュアルが無く、個別対応に沿った支援が行われている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
食事については、毎月開催される栄養士を中心とした事業所の給食会議で検討されて法人の給食会議に報告されるが、利用者は参加していない。食事場面では、利用者が和気あいあいとした雰囲気の中で楽しく食事を摂っていた。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
食事時間は決められており、一定時間の中ではあるが自由に食事をとる形となっている。問題が出れば給食会議にあげられる。			

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			
ショートステイの利用者に限って入浴支援を行っており、記録は業務日誌に記載される。介助マニュアルの整備が望まれる。			
	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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ショートステイの利用者が使用するだけではあるが、機械浴、普通浴の設備を備え、快適な環境である。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
排泄マニュアルは存在せず、個別の方法により対応している。必要な人以外にチェックリストは作成されていないため、整備を検討されたい。			
	Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
トイレは専門の清掃職員によって毎日清掃され、環境、衛生とも良好である。定期的な検討会議は実施されていない。			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

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		
必要に応じ、化粧や理・美容に関する相談に応じているが、その数は少ない。基本は、利用者や家族の意向で決めている。特に外部の情報提供は行っていない。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
月2回ほど定期で美容院から美容師が訪問し、希望する利用者が利用している。連携もうまく図られ、保護者からも好評である。地域での利用についての情報提供等の支援は行っていない。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
ショートステイの際には、職員が同室で就寝し、個々に支援を実施している。不眠者は仕切りで別室へ移動する等、状況に応じた対応がなされている。寝具は事業所で用意したものを使用し、利用者が私物を持ち込むことはほとんどない。		
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		
月2回の嘱託医の診療があり、歯科診療では治療と口腔ケアが月に2回ずつ行われ、在宅では受けにくい受診に配慮している。健康ファイルはアセスメントシートに詳細に記載されているが、固有の管理表は作成されておらず、利用者の健康を担保するための「健康管理マニュアル」も未整備である。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
体調急変時等の対応マニュアルは存在しないが、近隣にある嘱託医や市民病院では時間外診療も可能となっている等、連携が図られている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
登所時に預かった薬が服用されるまでの過程は手順化されているが、マニュアルは存在しない。誤薬時の対応マニュアルも無いため、整備する必要がある。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
班ごとの行事については、各班で意見聴取し内容が考えられている。家族や地元のボランティアグループが、必要時にボランティア参加する形が取られている。利用者自身が企画して実施するところまでは至っていない。		

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		
外出は主に班ごとでの実施となり、各班での企画・実施がなされている。利用者意見も聴取されるが、個別の希望実現までは至らない。リスク回避のためにも、連絡カード等の準備を考えられたい。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者から金銭を預かる場合は、出納帳に記載して保管している。金銭管理の学習やプログラムは用意されていない。「預り金取り扱い規約」を作成予定である。		
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		
休憩場所には新聞を用意し、誰でも自由に読むことができる。テレビは非常時の情報収集が主目的で、普段に視聴されることは少ない。休憩時の過ごし方は自由であるが、職員が見守り支援にあたっている。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
喫煙者には、本人とルールを決めて喫煙する形をとっている。飲酒に関しては利用中は機会がなく、忘年会等のイベントの際に出される程度である。利用者本人の健康状態によっては、摂取を制限する等の支援も実施されている。		