

## 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18日(水)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称 パスピ・98	種別：生活介護・施設入所支援	
代表者氏名：間瀬 啓太	定員（利用人数）：80名（78名）	
所在地：愛知県 知多郡阿久比町大字卯坂字秋葉山37-5		
TEL：0569-48-9098		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成10年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 相和福祉会		
職員数	常勤職員：78名	
専門職員	(管理者) 1名	(事務員) 4名
	(看護師) 3名	(栄養士) 1名
	(サービス管理責任者) 2名	(調理員) 9名
	(保育士) 6名	(介護福祉士) 15名
	(社会福祉士) 4名	(生活支援員) 39名
施設・設備の概要	(居室数) 80室	(設備等) 食堂、談話室、喫茶室
		浴室、相談室、事務室、医務室
		静養室、和室、作業室、会議室
		活動棟、洗濯室

### ③理念・基本方針

★理念	すべての人にとって 今日一日が充実し 満足できるものであり 明日への希望が豊かなものであるよう努めます
-----	---

#### ★基本方針

- ・すべての人が 人を大切にし 人に大切にされていることを実感できるよう努めます
- ・すべての人の 希望を実現するため 豊かな環境を実現し 智慧を共有します
- ・ご利用者さま ご家族さまに 十分な満足と笑顔をいただけるサービスを提供します
- ・ご利用者さまの要望に 迅速 的確にお答えします
- ・専門性を陶冶し 支援技術の高度化 均質化を追求します
- ・安心で 安定した 法人・施設運営を目指します

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

##### ・創作活動(絵画・陶芸・書道)

それぞれ講師に教わり作品作りを行い、様々な作品展に出展して賞をもらっている。また、作品をトートバッグやiPhoneケース等商品化し、販売している。

##### ・音楽活動

外部講師を呼ぶと共に、職員もミュージックケアの資格をとり、利用者様が生き活きと活動に参加できるように取り組んでいる。

・毎月の班外出や喫茶店、公園、年間行事としてキャンプや旅行がある他、個人外出として利用者様の希望に応じた外出を行っている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 9月20日(契約日) ~ 平成29年 4月18日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	5回 (平成25年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆整然とした事業計画作成の枠組み

法人の中・長期計画(平成26年度~28年度)が示されており、そこに示された7項目の重点課題を反映させた「パスピ98 中長期計画」を策定している。さらに、それに整合させる形で「平成28年度パスピ98事業計画(品質目標)」が策定されており、具体的な取り組みの内容や担当者(責任者)が明示されている。さらに「品質マネジメントプログラム」(工程表)を作成し、誰が(担当者)、いつまでに(月単位のスケジュール)、何をするのか(目標値)を明確にしている。法人の目指す方向性が、事業所の現場での支援につながっている。

#### ◆豊富な研修機会

事業所のサービス向上委員会が内部研修計画を作成しているが、これには非正規職員も含まれている。新人職員や中堅職員、班長等に分けられた階層別研修、社会福祉士や介護福祉士の資格取得にチャレンジする職員を対象とした国家試験対策研修、非正規職員研修、外部専門家(嘱託医)を招聘しての研修等々が生まれ、職員への研修機会の提供は十分である。

#### ◆深まってきた地域との交流・連携

利用者の生活を豊かにするために、地域との交流・連携は欠かせない要素であり、積極的な地域との関係作りを行っている。同一敷地内の通所事業所と共催で実施した「秋祭り」では地域の子供会を対象にチケットを配布し、300名近い来場者があった。運動会や秋祭り等の事業所イベントには、地域の「太鼓」のグループの参加が恒例となっている。誕生会にもさまざまなボランティアが集まる。地域の大学の「よさこいサークル」や、「ハンドベル」のボランティア、中・高校生の体験学習の受け入れもある。さらに、積極的に施設外に出る支援を行っており、散歩をはじめ、買い物、喫茶店、公園へと出かけている。

#### ◇改善を求められる点

#### ◆外部監査の計画を

法人監事による監事監査や、ISO9001の内部品質監査制度が機能している。外部の会計事務所と契約して毎月の財務・会計の状態をチェックしてもらう仕組みもある。そこでの結果を基に、財務・会計面での助言や指導を受けている。課題としては、さらなる事業運営の透明性を図るための公認会計士や税理士等の外部の専門家による外部監査の実施であり、社会福祉法が求めるレベルでの外部監査の受審を、中・長期計画に盛り込んで取り組まれない。

#### ◆働きやすい職場づくりを目指して

働きやすい職場づくりを目指し、事業計画に様々な取り組みを盛り込んでいる。その内容は、職員の福利厚生充実の充実、有給休暇の取得促進、ノー残業デーの推進、班会・班長会にて“業務削減”の検討、業務内容の見直し等々である。さらに、ワーク・ライフ・バランスに配慮して2名の育児中の女性が職場に戻った。しかし、職位や職種による有給休暇の取りづらさは残っており、現時点では実効を伴っていない施策も多いが、継続的な取り組みを期待したい。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

高い評価をいただいた、事業計画作成の枠組みや職員への研修機会の提供、地域との交流・連携について、更に上を目指してより充実した中身となるように努めます。

指摘のあった点については、改善できるように取組んで参りたいと思います。特に、有給休暇の取得推進は平成29年度の重要課題の一つとして取り組んでいきたいと考えています。

#### 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			
職員は理念や品質目標(事業計画の骨子)が記載されたカードを携行し、常に理念を意識した支援に努めている。利用者には、障害特性に配慮し、分かりやすくした資料に書き換えて説明している。参加者が徐々に減ってきている保護者会ではあるが、その総会においても法人や事業所の考え方を説明している。参加者よりも欠席者が多い現状の保護者会の参加率を向上させるための取り組みに期待したい。			

### 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			
社会福祉法改革による法人の機構改革を迫られる時期となっているが、県の知的障害者福祉協会や地域の自立支援協議会等で得た情報を持ち帰り、毎月の法人幹部会で法人としての方向性を共有し、適切な事業所運営につなげている。法人の相談支援事業所からも、地域の福祉ニーズに関連する情報を得ている。			
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			
経営課題として、「利用者の高齢化・重度化」、「職員の確保」、「防犯対策」、「建物の老朽化」を挙げている。若干のニュアンスは違うが、これらの課題を平成28年度の事業計画の品質目標(重点課題)に取り上げて組織的に取り組んでいる。			

### 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			
法人の中・長期計画(平成26年度～28年度)が示されており、そこに示された7項目の重点課題を反映させた「パスピ98中長期計画」を策定している。この中・長期計画は、単年度の事業計画策定への枠組みを示すものとなっている。			

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			
「パスピ98 中長期計画」に整合させる形で「平成28年度パスピ98事業計画(品質目標)」が策定されており、具体的な取り組みの内容や担当者(責任者)が明示されている。さらに「品質マネジメントプログラム」(工程表)を作成し、誰が(担当者)、いつまでに(月単位のスケジュール)、何をするのか(目標値)を明確にしている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画(品質目標)を達成に導くために、「品質マネジメントプログラム」(工程表)を作成して取り組んでいる。「品質マネジメントプログラム」の進捗は、月単位で検証している。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
利用者には、資料を作り替えて分かりやすく説明している。資料には漢字にルビを振り、分かりやすい絵や図もふんだんに使用されている。保護者には3月の保護者会総会で、前年度の事業報告と共に今年度の事業計画を説明している。理念や基本方針の周知と同様、50%に満たない参加率の向上が課題である。			

#### 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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
ISO9001の認証を受け、第三者評価を定期的に受審し、質の向上を検証するための客観性を伴った判定は可能となっている。しかし、「質の向上」=「利用者の満足度の向上」と捉えた時に、定期的を実施している利用者アンケートや保護者アンケート等の直接的なデータが活かされていない。アンケートから得られた課題についても、事業計画に組み込むことが望ましい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価の受審で得た課題や、自己評価で評価の低かった項目を事業計画(品質目標)に取り上げて計画的に取り組んでいる。			

## 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			
<p>管理者としての責任や権限は法人の「組織・職務規程」の中で明確になっている。現管理者は着任して日は浅いが、前職で同法人の通所事業所の管理者を経験しており、年齢が若いこともあって積極的な事業所運営を展開している。しかし、管理者として“やりたいこと”が職員に正しく伝わっていない部分がある。会議等の場で、管理者自らの所信を明らかにすることが求められる。</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。	障 11	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者のコンプライアンス意識は高く、関係する研修に自らが参加するだけでなく、内部研修にも力を注ぎ、職員に対して障害者の権利擁護に関する研修も実施している。研修効果として、職員の権利擁護に対する意識が向上したか否かを検証したり、学んだことが支援の現場でどのように作用しているかを確認する仕組みが欲しい。</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。	障 12	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>サービスの質の向上を事業計画に取り上げて推進している。利用者の満足度を高めることを目標に、職員研修に「権利擁護」や「適切な接し方」等を盛り込んでいる。利用者の声なき声を引き出そうとの思いから、業務記録「つぶやき」には利用者の貴重な声を書き溜められている。職員同士が相互に支え合い、心身の不調や不適切な関わりに発展しそうな行為を早期に発見することを目的に、「おもいやりパトロール」を再開した。</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。	障 13	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>働きやすい職場づくりを目指し、事業計画に様々な取り組みを盛り込んでいる。項目は、職員の福利厚生の充実、有給休暇の取得促進、ノー残業デーの推進、班会・班長会にて“業務削減”の検討、業務内容の見直し等々である。現時点では実効を伴っていないものも多いが、継続的な取り組みを期待したい。</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。	障 14	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>キャリアパスが構築されており、必要人材のプランは読み取れるが、職員の採用～安定的な雇用への計画が計画通りに進んでいない。</p>			
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			
<p>法人の人事考課制度があり、キャリアパスも構築されていることから、処遇と職員育成の両面から見ても人事管理制度は完成している。キャリアパスによって、職員は自らの将来像を描くことが可能となっている。</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。	障 16	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
働きやすい職場環境の整備として、事業計画にもさまざまな施策が取り上げられている。ワーク・ライフ・バランスに配慮して2名の育児中の女性が職場に戻った。この2名は、育児休暇前の職場からは離れたが、本人希望が認められて非正規職員として新たな職場で勤務している。ノー残業デーの取り組みもあるが、職位や職種による有給休暇の取りづらさは残っている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員一人ひとりが自己申告で個人目標を定め、年2回の面談を通して目標の達成(職員の資質の向上)を図ろうとの取り組みを展開している。しかし、業務多忙を原因とするのか、目標に関係する取り組みの進捗が管理されておらず、職員の資質向上に資する取り組みとしてはさしたる効果を挙げるに至っていない。			
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			
サービス向上委員会が内部研修計画を作成し、計画に沿った研修が実施されているが、様々な事情から未実施になったものもある。研修実施後には復命書が提出されているが、研修効果の検証が甘く、次回の研修計画作成に活かされていない。			
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所のサービス向上委員会が内部研修計画を作成しているが、これには非正規職員も含まれている。階層別研修、社会福祉士や介護福祉士の資格取得にチャレンジする職員を対象とした国家試験対策研修、非正規職員研修、外部専門家(嘱託医)を招聘しての研修等々が生まれ、職員への研修機会の提供は十分である。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
社会福祉士実習生、保育実習生を中心に、年間20名ほどの実習生受け入れがある。受け入れのためのマニュアルがありそれに沿った受入を行っているが、実習終了時点での評価・反省の記録が残されていない。マニュアルに記載されている実習生受け入れの「意義・目的」に照らし、適切な評価が実施されることを望みたい。			

### 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			
ホームページで事業所の情報を伝え、第三者評価を定期的を受審することで事業運営の透明性を確保している。さらに、透明性を強く打ち出すために、苦情受付や解決に至った経緯を公表する仕組みづくりを期待したい。事業運営の透明性確保は、社会福祉法改革の目玉の一つであり、社会福祉法人としての使命として取り組まれない。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人監事による監事監査を行い、ISO9001の内部品質監査制度が機能している。外部の会計事務所と契約して毎月の財務・会計の状態をチェックしてもらう仕組みもある。そこでの結果を基に、財務・会計面での助言や指導を受けている。課題としては、公認会計士や税理士等の外部の専門家による外部監査の実施であり、社会福祉法が求めるレベルでの外部監査の受審を、中・長期計画に盛り込んで取り組まれない。</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。	障 23	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の生活を豊かにするために、地域との交流・連携は欠かせない要素であり、積極的な地域との関係作りを行っている。同一敷地内の通所事業所と共催で実施した「秋祭り」では地域の子供会を対象にチケットを配布し、300名近い来場者があった。積極的に施設外に出る支援を行っており、散歩をはじめ、買い物、喫茶店、公園へと出かけている。</p>			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>ボランティア受け入れの手引きがあり、それに沿った受け入れを行っている。運動会や秋祭り等の事業所イベントには、地域の「太鼓」のグループの参加が恒例となっている。誕生会にもさまざまなボランティアが集まる。地域の大学の「よさこいサークル」や、「ハンドベル」のボランティア、中・高校生の体験学習の受け入れもある。</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。	障 25	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>運営の手引きに「社会資源」があり、事業所に関係する社会資源を明確にしている。「協力機関電話帳」や「近隣おでかけマップ」を作成し、職員の誰もが円滑にアクセスできるようになっている。</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。	障 26	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>秋祭りに地域住民の参加を呼び掛け、活動等の貸し出しをPRしている。しかし、町との契約となる福祉避難所登録は準備段階のまま進展しておらず、AED装置を持っているが地域に広報はしていない。大規模災害時に必要となるBCP(事業継続計画)を作成し、地域の安心感につなげられたい。</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。	障 27	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所としては、直接地域ニーズを調査したことはないが、行政や自立支援協議会、特別支援学校、法人の相談支援事業所等から情報を得ている。特別支援学校の卒業生(地域出身者)の受け入れが、他法人の生活介護事業所を含めても困難な状態であり、在宅の障害者では、緊急一時の受け入れ体制の整備が遅れている。法人の使命として、これらについての検討が始まっている。</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。	障 28	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者尊重の精神を含んだ理念は、職員個々が所持しているカードに記載されている。1日1回の班会で連絡報告事項の周知を行い、見本となる対応を「思いやりアンテナ」として記録している。			
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			
規程やマニュアルは整備されているものの、トイレの中が入り口から見えている部分があり、プライバシーに差し障りがある。職員配置の都合上、基本となっている同性介助についてもできないことがある。			
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			
面談・施設見学の受け入れ等を適切に行い、法人の相談支援事業所においても積極的に情報提供を行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
文書により、入所前、入所後変更時にも説明し、周知徹底できている。			
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			
事業所の変更時には、移行先の場所や施設の状況等を事業所(担当者)が把握し、移行先の施設を保護者や本人に見学等してもらった上で退所の手続きをするよう努力している。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
利用者に対する満足度調査を毎年行っている。結果を保護者会等で報告しているものの、早めに保護者に結果が伝わるよう、ホームページを活用するために改善途上である。また、分析を担当する担当者2人で相反する分析になることもあり、結果についての解釈にも幅がある。			

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		
苦情を受けた場合には、是正計画として速やかに対応し、報告も怠っていない。苦情の受付から解決に至る手順は明確になっているが、その一連の流れを公表する仕組みが未構築である。ホームページの活用等により、苦情の内容や解決に至った経緯等を公表することが求められる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者から意見・要望が出たり、相談を受けたりした場合には、「要望受付表」を作成し、対応策や解決策を提示し、利用者の承諾を得た場合には署名をもらっている。		
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		
整備済みの各種業務や支援のマニュアルの定期的見直しが不足しているが、現在、管理の主たる方法をサーバーからクラウドに移管途中であり計画途上にある。		
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		
リスクマネジメントを主管する専門組織はなく、班長会や衛生委員会等がその役割を担っている。委員会等の専門組織を設け、リスクマネージャーを選任してより安全性の高い事業所を目指されたい。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
感染症が流行る昨今ではあるが、対応する手引きの見直し頻度が低く、検討を要する。職員が罹患してスタッフ不足になることもあり、職員の体調管理も利用者の安全確保のための担保要素であることを認識されたい。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
毎月避難訓練を実施し、利用者や職員の習熟度を高めている。利用者のこだわりによっては、家具等の設置場所が防災上の適性を欠く場合もある。		

### 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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法を文書化した各種マニュアルは揃っているが、服薬管理等、マニュアルに逸脱した支援もある。効果測定等の必要性を検討されたい。		

	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
標準的な実施方法の定期的な見直しが実施されていない。見直しの手順(実施頻度、時期、責任者もしくは担当者)を文書化し、見直しを行ったことを確認する仕組みの構築も期待したい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントから個別支援計画の作成に至る手順が確立しており、個別支援計画にはアセスメントで得られた利用者本人の意向や保護者の意見・要望も反映されている。			
	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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の見直しが定期的に行われており、利用者の状態に変化があった時にも必要な部分について見直している。見直しの結果、内容に変更を生じた場合には、業務日誌を利用して職員間で変更になった内容の周知徹底を図っている。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
支援の記録は、業務日誌(愛ちゃんfamiliar)にパソコン入力し、正規職員がそれぞれ1台のパソコンを保有することから、必要な情報の共有化が図られている。職員によって、記録の精度や記入方法に差異が生じた場合には、直ちに上司による指導を行って標準的な記入ができるようにしている。			
	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。	障 45	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個人情報の管理体制は構築されており、責任の所在も明確になっている。職員に対する個人情報の保護に関する研修も繰り返し実施されており、利用者・保護者に対しては個人情報の取扱いに関する「同意書」を取っている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
比較的障害支援区分の低い利用者の地域移行(グループホームへの移行)は完了している。現在では高齢化によるADLが低下した利用者や、障害程度の思い利用者の移行が課題となっている。円滑な移行を実現させるため、法人の相談支援事業所との連携を密にしている。			

### 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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者との意思の疎通を図るために様々な工夫をしているが、まだ改善の余地を見込んでいる。障害特性によりマンツーマンの対応を余儀なくされたり、限られた職員としか意思伝達が出来なかったりする場合があるが、より多くの職員が利用者個々の障害特性を理解して適切なコミュニケーションが図られることを期待したい。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者本位の支援を心掛け、利用者の希望を聞いて年間行事を組んでいる。職員配置の問題もあり、利用者の行きたいところ、会いたい人への要望には応えきれていない。			
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	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
日中の活動の場面では、利用者を男女別、障害特性の種類や程度別にグループ分けし、職員が見守りと介助(支援)の見極めがしやすくしている。食事、排泄、入浴、着替え等の身辺自立に関しても、職員は過度の介助を控えて見守りに徹し、必要な部分のみ支援するという基本を守っている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
障害が重度化し、高齢化も進む中、取り組める支援の種類や時間が少なくなってきた。それぞれの利用者に合わせた日課(プログラム)を用意しているが、利用者の隠れた能力を見つけ、伸ばして社会に受け入れてもらう、とのエンパワメントの理念とは程遠い。障害の程度が軽くて力量の高い利用者のほとんどが、既にグループホームへの移行を果たしていることも、エンパワメントの理念に沿った支援の妨げとなっている。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食堂は広く、利用者は思い思いの席で喫食している。各利用者が適切な食事支援を受けられるよう、介助の必要な利用者の席が決められており、職員が適切に食事介助をしていた。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理栄養士によって作成された1ヶ月分の献立表があり、「うなぎ丼」、「イクラ丼」、「ビーフステーキ」、「カツカレー」等の一般家庭も顔負けしそうなメニューが並ぶ。調理員の意識も高く、適温での食事提供ができています。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
広い食堂に隣接して高級レストラン風の食卓テーブルといすを配置したスペースがあり、利用者はその場所も自由に使用して食事を摂っている。食事時間帯に一定の時間的な制約はあるが、全員が一斉に食事を摂るということではなく、思い思いの時間に好きな場所を選んで食事を摂っている。利用者ヒアリングでは、メニューも含め、食事に関する不満は皆無であった。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
特別な配慮を必要とする利用者に関しては個別支援計画書に記述しており、そのサービス内容に従って入浴支援を行っている。利用者は毎日入浴しており、チェックリストの活用により、漏れもない。		
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		
毎日の入浴が可能であり、失禁等の場合には夜間でもシャワー装置を使って清潔を保っている。強い拒否がある利用者には、無理強いせずに清拭で対応している。		
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		
脱衣場には冷暖房装置があり、年間を通して快適な入浴支援が行われている。脱衣場の床が、水で濡れると滑りやすく、利用者に転倒のリスクが出てきたため、滑りにくい素材のものと交換した。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
トイレでの排泄を基本とし、排泄の自立度が低い利用者には、トイレでの排泄を可能とする支援方法を個別支援計画書に記載して支援している。時間を決めての声掛けやトイレまでの誘導、衣服の着脱、見守り、排泄の後始末等々が、利用者個々の力量に合わせて記述されている。		
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		
掃除回数を一日3回とし、可能な限りこまめに掃除をして清潔を保っている。訪問調査日にも、トイレは清潔が保たれていて、嫌な臭いも感じられなかった。便器の汚れに気付いた時には直ぐに対処することとしているが、職員配置の事情等もあって、リアルタイムで対応できない時がある。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
毎日の衣服に関して、極力利用者本人の選択に任されているが、本人による選択が難しい場合には、職員が利用者の気持ちを踏まえて選んでいる。利用者から衣服の購入希望があった場合には、可能な限り職員が買い物に同行し、利用者の衣服選びにアドバイスをしている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
傷んだり汚れたりした衣服を廃棄する場合には、衣類チェックリストを活用して、利用者本人のものと確認したものを破棄する等、利用者の意思決定に重きをおいて支援している。		

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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ほとんどの利用者が訪問理・美容を使っており、2店が毎月来園している。2店のうちのどちらの理・美容室を使うかは利用者の選択に委ねられている。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
数は少ないが、施設を出て市中の理・美容室を使う利用者もいる。理・美容室に行く当日は職員が同行することとしているが、それ以前にも間に入って期日を決めたり、利用者の意向を理・美容室の担当者に伝えたりしている。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者個々の睡眠への様々な要望を個別支援計画書にまとめ、環境づくりに最大限の配慮をしている。こだわりが強く、安眠のためにぬいぐるみやお気に入りの寝具(布団、毛布、枕等)が必要な利用者については、それらの持ち込みを認めている。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
3名の看護師資格保有者を中心に、利用者の健康管理を行っている。年に2回の健康診断があり、それとは別に毎身体重や血圧測定を行っている。通院加療が必要な場合は、原則看護師資格を持つ職員が同行している。土曜日と日曜日は看護師不在となるが、その日の職員リーダーが代行して利用者の健康管理にあたっている。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
看護師との連携を図っており、必要に応じて近隣医療機関へ通院できるよう、協力医療機関を定めている。看護師が不在となる土曜日と日曜日に関しても、緊急時には看護師との連絡が取れる体制になっており、応急処置の方法や救急車の手配等、専門的な立場からの判断を仰ぐこともある。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
手引きはあるものの、そのとおりに実施されないことがあり、投薬ミスが生じることがある。投薬ミスや誤薬事故が起きた場合の対応マニュアルはある。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
利用者自治会で余暇やレクリエーションの希望を収集し、支援に活かしている。週末に行っている「カラオケ」は、利用者自治会からの要望によって実現した。利用者の多様なニーズに応えるため、さらに多くのプログラムを用意することを望みたい。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの希望よりも、利用者が行けそうなところ(行き先)を職員がラインナップして提示し、利用者を選択してもらっている。利用者の選択にあたっては、正確に理解されるようにインターネットから得た情報を付け加えたり、写真を用意したりして便宜を図っている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
外泊や帰省について、利用者本人の希望と受け入れる側の家族の家庭の事情を考慮し、調整できたものに関して外泊許可を出している。受け入れ側のキーパーソンの高齢化や死亡等によって、利用者の希望通りの帰省が出来なかったり、帰省先を失うケースが増えている。		
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		
多くの利用者が事業所に金銭管理を任せており、預り金の管理規程によって適切に管理されている。自己管理できる利用者に関しては、小遣い管理のプログラムによって自身で金銭を管理しており、買い物外出の機会を通して金銭感覚を磨く訓練をしている。		
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		
新聞雑誌の購読、テレビやラジオ等の持ち込みはすべて自由であり、他の利用者の迷惑にならないような利用を指導している。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
飲酒は条件を付けて認めているが、喫煙は敷地内禁煙となっているため認めていない。アルコールは健康管理上、及び他の利用者との公平性の観点から、週1回に限定して提供している。服用している向精神薬との副作用が心配される利用者には、医師の勧めによりノンアルコール飲料を提供している。		