

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11月24日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称 障がい者センター あいさんハウス	種別：生活介護・短期入所・施設入所支援・就労移行支援	
代表者氏名：今井 恵美	定員（利用人数）：80名（80名）	
所在地：愛知県津島市上新田町2丁目200番地		
TEL：0567-24-3725		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成20年 12月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 愛燦会		
職員数	常勤職員：91名	
専門職員	(管理者) 1名	(管理栄養士) 1名
	(サービス管理責任者) 3名	(生活支援員) 78名
	(看護職員) 4名	(事務員) 4名
施設・設備の概要	(居室数) 50室	(設備等) 居室・食堂・作業場・
		トイレ・浴室・医務室・厨房
		相談室・事務室

③理念・基本方針

<p>★理念 「あなたが楽しいと 私は嬉しい」</p> <p>★基本方針 全ての人が笑顔こぼれるアミューズメントになる みんなが光り輝くエンターテイメントに！ ①私たちは全ての人々の長所を徹底的に応援します ②私たちは家族の様に結束して地域福祉に貢献します</p>
--

④施設・事業所の特徴的な取組

◎生活介護・短期入所・施設入所支援

- ・生活のリズムを大切にす為、毎晩の入浴、毎日の着替え、当たり前の事を徹底します。
- ・イベントが多い。家族と一緒に昼食会・各フロア各ワーク共に必ず月一回はイベントを行い、特に外出の機会を増やしています。
- ・生活介護は7つのカテゴリーに分け、利用者の特性に合わせて小グループにて過ごしています。
- ・週2回のクラブ活動

◎就労移行

- ・カフェやパン工房、直にお客様と触れ合い、社会性を身に付け実践訓練を繰り返しています。
- ・就職率、定着率共に高くなっています。又、就職が困難でもA型、B型等と連携し生活リズムを崩すことなく継続できるようにしています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年7月21日（契約日）～ 平成29年5月10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

◆管理者の指導力

率先垂範型の管理者は、その実行力の強さによって組織と職員を牽引している。様々な改善・改革の活動の先頭に立っていることは異論をはさむ余地がないが、訪問調査当日の終業後のひと時に、強い指導力を持つ管理者の一面を見た。日中の業務が終了する頃から職員が多目的ホールに三々五々集まってきた。間近に迫った法人の「忘年会」で披露するアトラクションの練習が目的である。当事業所の出し物は「混声合唱」であり、管理者が指揮を執る。4つのパートに分かれての練習が何度となく繰り返されたが、練習と言えども妥協を許さない管理者の姿に、強い指導力の片鱗をうかがい知ることができた。

◆他人任せにしない改善・改革

管理者は、事業運営の実効性を高めるために、自ら先頭に立って機構の改革にも着手している。法人レベルでは内部統制室が立ち上がったが、事業所としても、職員の働きやすい職場作りを目的とした「業務改善委員会」や「リーダー会議」を発足させ、職員会議の中に職員研修を組み込み、各種の記録の整備にも努めている。各種の会議や委員会が有効に機能していることを確認するため、管理者も必ず顔を出す。

◆利用者のプライバシーへの配慮

利用者を尊重し、プライバシーに配慮した設備・構造となっている。生活棟は3つのフロアーに分けられており、各フロアーは開放的で広々とした生活空間が確保されている。利用者の居室はすべて個室となっており、利用者の状況に応じてベット等の備品が整備され、住み心地の良い住環境になっている。浴室についても、利用者が一人ひとり個別に入浴できるようになっている。

◇改善を求められる点

◆事業計画策定のPDCAサイクル

事業ごとに、統一された形式で具体的な事業計画(重点項目)を策定している。事業計画に示された各重点項目の中には、数値目標が示されずに抽象的な表記のものもある。可能なものについては数値目標の設定を期待したい。事業計画(重点項目)を完全に実施するためには、実行計画(責任者、スケジュール、実施方法等の明確化)や工程表を作成して取り組むことが望まれる。また、事業計画と事業報告との関連性が薄く、PDCAサイクルが断絶している。少なくとも事業計画で重点項目として取り上げた項目に関しては、事業報告書の中での詳細な結果報告が欲しい。さらに、事業報告書の中で課題として残った項目については、次年度の事業計画に反映させることが求められる。

◆標準的な実施方法の文書化と職員への周知

支援の統一化を図るため、「支援マニュアル」を作成しているが、必要と思われる一部の支援マニュアルが作成されていなかったり、作成されていても職員への周知が十分でないものがあった。また、作成されているマニュアルについては、作成日や改訂日が記載されていないものが散見された。「最新版管理」の原則から、「文書」(規程やマニュアル等)には、必ず作成日や改訂日を記載することを望みたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めて第三者評価を受けました。
自分達だけで運営していると目の前の事に精一杯になり、課題は分析しても、つつい後回しになっていたのが現状でした。
今回、PDCAのサイクルの重要性を再認識でき、早速「見える化」をスタートさせています。
ありがとうございました。

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「あなたが楽しいと わたしは嬉しい」との法人理念の下に事業所理念を定め、理解力や判断能力に乏しい利用者には、職員の直接的な支援や行動で感じ取ってもらおうとしている。そのために、職員が理念の精神を深く理解する必要がある、朝礼時での理念の唱和をはじめ、事務所に掲示したり、事業計画に記述したりして周知に努めている。			

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			
管理者が市の障害者推進委員の職にあり、市の自立支援協議会(部会)への出席や、相談支援事業所との連携の中で事業運営に必要な情報を取得している。さらに、管理者は法人の中核で組織する幹部会の主要なメンバーであり、その場での検討・分析の結果や決定事項は速やかに事業所運営に反映されている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業所の扱う事業が、生活介護事業、施設入所事業、就労移行事業と、三種の性質の全く異なる事業展開である。それぞれの事業ごとに課題を抽出しているが、「職員の確保」(施設入所支援)や「利用者の確保」(就労移行支援)に関しては、長期的な視野に立って、計画的に進めることが求められる。			

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
「日本一になるための経営戦略書」(平成27年度～29年度)を策定し、数値目標の設定もあって、適切な見直しも実施されている。課題は、収支計画を伴っていないことである。			

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業展開する事業ごとに、統一された形式で具体的な事業計画(重点項目)を策定している。事業計画に示された各重点項目の中には、数値目標が示されずに抽象的な表記のものもある。可能なものについては数値目標を明確に示し、実行計画(責任者、スケジュール、実施方法等の明確化)や工程表を作成して取り組むことが望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画と事業報告との関連性が薄い。少なくとも事業計画で重点項目として取り上げた項目に関しては、事業報告書の中での詳細な結果報告が欲しい。さらに、事業報告書の中で課題として残った項目については、次年度の事業計画へ反映させることが求められる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
家族会が組織され、毎月家族連絡会が開催されている。これらの会で事業所から事業計画の実施状況等が説明されているが、家族の参加率が50%前後であり、この参加率の改善が課題となる。利用者に関しては、自治会組織や利用者会等の自主運営された組織がなく、組織化が今後の検討課題である。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
提供するサービスの質を客観的な立場から検証しようと、初めての第三者評価受審となった。サービスの質を判定する際の大きなファクターが「利用者の満足度」であることは理解しているが、この「利用者の満足度」を定期的に測定するための“指標”が定まっていない。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
それぞれの事業ごとに課題が明確になっている。事業計画の重点項目と同様に、これらの課題を改善につなげるためには、必要な改善策を抽出し、その改善策の一つひとつに責任者と改善期限(スケジュール)を明確にした実行計画を作成して臨むことを期待したい。			

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>職員の職務分掌を明文化した「職掌」によって、管理者の役割や責任が定められている。訪問調査当日、日中の業務が終了するころから職員が多目的ホールに三々五々集まってきた。間近に迫った法人の「忘年会」で披露するアトラクションの練習が目的である。当事業所の出し物は「混声合唱」であり、管理者が指揮を執る。練習は何度となく繰り返され、練習と言えども妥協を許さない管理者の姿に強い指導力の片鱗が見えた。</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 ・ (b) ・ 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、関連する研修への参加もあるが、職員への周知や理解につながる取り組みに課題を残す。平成28年4月に施行された「障害者差別解消法」に関しても、研修や勉強会等、職員に対する特段の取り組みは実施されていない。</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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>サービスの質の向上のために、サービスの担い手である職員の育成を目指しているが、職員の安定雇用が図られておらず、職員の離職に歯止めがかかっていない。管理者が事業所内の会議や委員会に顔を出してサービスの質の現状把握に努めており、今後打ち出される改善策に期待がかかる。</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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>事業運営の実効性を高めるために、機構の改革にも着手している。法人レベルでは内部統制室が立ち上がったが、事業所としても、職員の働きやすい職場作りを目的とした「業務改善委員会」や「リーダー会議」を発足させ、職員会議の中に職員研修を組み込み、各種の記録の整備にも努めている。</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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>中期計画の「日本一になるための経営戦略書」や単年度の事業計画からは、将来的に必要な人材の育成プランが見えてこない。支援の現場では職員の不足感が根強く、“育成”以前の“採用・確保”に力が注がれている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人主導の人事考課制度が運用されているが、正規職員のみが対象となっている。人事考課の結果は職員の処遇面に反映されているが、職員個々の教育ニーズを明確にする等の職員育成へのつながりに欠ける。キャリア・パス制度も未構築であり、人事考課制度との連動した運用が望まれる。</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			
職員の定着が悪く、職位や職種によっては有給休暇が取りづらい状況が続いている。その改善のために、業務改善委員会を立ち上げて職員の働きやすい職場づくりを進めている。			
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			
人事考課制度が職員個々の目標管理を含んでいるが、目標の進捗管理が行われず、実効性についての課題を残す。さらに、人事考課制度の枠組みから外れている非正規職員に対しても、育成面での配慮・工夫が欲しい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人本部作成の研修計画があり、「研修受講シート」によって研修の実施状況が確認できる。研修履修後12ヶ月を目途に、受講した職員が自己査定モニタリングを実施し、研修の効果を検証している。さらに、上司によるコメントが付記され、個々の研修についての必要性評価を行っている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人主導で、階層別研修主体の研修体系が構築されており、主たる研修として、新人研修、2年目研修、リーダー研修がある。正規職員には目が届いているが、非正規職員を対象とした研修体系の構築が期待される。			
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			
実習生の受け入れマニュアルや実習プログラムは用意されているが、教員の職場実習の受け入れがあるだけで、社会福祉士実習生や介護福祉士実習生、保育士実習生等の受け入れがない。			

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			
提供するサービスの透明性を担保するため、初めて第三者評価を受審することとした。苦情に対する解決の体制は構築されているが、公表の仕組みはない。ホームページの活用等、公表の仕組み作りが待たれる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
財務・会計面についての不正防止対策については「コンプライアンス規程」があり、内部統制室の内部監査や法人監事による監事監査、行政の監査を受けている。さらに透明性を確実なものとするために、公認会計士や税理士等の専門家による外部監査の導入に前向きに取り組まれない。			

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			
秋には、地域に参加を呼び掛けて「あいさん福祉まつり」を開催し、利用者・家族を含めて約800名の参加者が集まる。施設の一部を使ってレストランを運営しており、昼食時には地域の人たちで満席となる。このレストランのウエイトレスは、就労移行支援事業による雇用である。			
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			
ボランティアの受け入れマニュアルが作成されている。地域の中学生延べ70名が福祉体験学習に訪れている。事業者イベントにも多数のボランティアの協力がある。この他にもボランティアの受け入れがあるが、受け入れ時の研修等、マニュアルに定められた手順通りの運用が図られていない部分もある。利用者の生活を豊かにするためにも、計画的かつ積極的なボランティアの受け入れを望みたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
障害者のための社会資源が網羅されている「障害者(児)用ライフブック」や「医療マップ」、「介護マップ」、「トイレマップ」があり、必要な社会資源の把握はできている。この情報を職員間で共有し、有効活用を図って利用者の生活の充実を図ることが求められる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
市と協定を結び、福祉避難所として登録している。地域イベントに利用者が参加したり、事業所イベントに地域の参加を案内したりと、相互の交流機会はあるが、さらに連携を深め、地域の障害者理解を進める活動(セミナー開催等)へと進展させることを期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
市の自立支援協議会や社会福祉協議会から地域の福祉情報を得ているが、さらに、法人の相談支援事業所からも在宅の障害者の情報を得ている。地域のニーズに基づく事業・活動として、生活困窮者や触法者の職員としての受け入れ、精神障害者の利用者としての受け入れ、在宅・通所サービス利用者の入浴サービスの実施等が検討され、可能なものから実現させている。			

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			
理念や基本方針には、利用者を尊重し基本的人権に配慮したサービスの提供についての明示がある。理念や基本方針に基づき、職員が共通の理解を持って実践するため、支援マニュアルを整備して支援の統一化を図っている。職員ごとの意識や認識に差異が生じないよう、引き続き、利用者の尊重や基本的人権に配慮した福祉サービスの充実を図る取り組みに期待したい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のプライバシー保護や虐待防止に関する規定やマニュアルを整備し、権利擁護に配慮した福祉サービスの提供に努めている。職員の理解を図るため、マニュアルを含めた虐待防止に関する研修を行っているが、不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明示していくことが望まれる。			
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 a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
市町村主催の施設説明会に参加したり、ホームページやパンフレット等にて利用者の活動の様子や事業報告等を掲載し、利用希望者が必要と思われる情報について積極的に提供している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始・変更にあたっては、重要事項説明書や契約書等にルビをうつ等をして、誰にでも理解できるようわかりやすく説明し、同意を得たうえでその内容を書面に残すという、一定の手順を決めて行っている。意思決定が困難な利用者への配慮については、入所や退所に至るまでの経過を記録として残す等、一定のルールを決めて行うことが望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの変更等にあたっては、フェースシートやアセスメントシート、生活記録のまとめ等の資料を作成し、継続性に配慮した内容で引継ぎを行うようにしているが、手順としては定めていない。退所後のフォローについては、職場訪問を行う等のアフターフォローをしたり、相談支援専門員と連携して相談に乗っている。			
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 a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足を把握するため、個別支援計画作成時やモニタリング時、毎月の家族連絡会の懇談会時等で利用者や家族と定期的に面談し、意見や要望を聞いている。出された意見や要望は、フロー会議や各種委員会(イベント委員会・サービス向上委員会・給食委員会)にて検討し、利用者等の要望に応えるようにしている。			

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		
「運営規程」等により、苦情解決のための体制が整備されており、玄関に掲示する等で周知するようにしている。引き続き、職員や利用者・家族への周知を図るとともに、苦情内容や解決結果を広報誌やホームページ等で公表することについて検討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		
利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備しているが、十分には活用が図れていないため、活用方法について検討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		
相談や意見を受けた時の記録や、報告の手順、対応策の検討等については、マニュアルを定め対応している。意見箱を設置しているが十分には活用できておらず、利用者から直接話を聞くことが中心となっている。引き続き、意見や相談をしやすい環境作りを推進することが望まれる。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「身体拘束廃止事故防止委員会」「サービス向上委員会」を定期的開催し、安全確保や事故防止に関する取り組みを行っている。「ヒヤリハット報告書」を積極的に収集し、ヒヤリハット事例の原因と対策を検討することで、事故の未然防止を図っている。引き続き、想定される危険予知を厳格に行い、実効性のある対策を取ることが望まれる。		
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		
「感染症予防委員会」を定期的開催し、「感染症の予防と対応マニュアル」により勉強会を行い、感染症対策を職員に周知するとともに、その対応を徹底している。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
防災計画等を策定し、災害時の対応体制を整えている。「防災安全委員会」を開催し、地震や火災、水害等に対する対応策を検討している。行政機関より「福祉避難所」の指定を受けているが、海拔ゼロメートル地帯でもあり、BCP(事業継続計画)を作成しておくことが望まれる。		

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「支援マニュアル」により標準的な実施方法を定めており、個別支援計画に反映することで充実した福祉サービスを提供している。「支援マニュアル」について、研修や個別の指導等により、職員に周知徹底するための方策を講じることが望まれる。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
個別支援計画は支援会議等で定期的に見直されており、見直された内容を「支援マニュアル」に反映させるようにしている。「支援マニュアル」を定期的に見直す仕組みを構築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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
新しく作成した「アセスメントシート」によりアセスメントを行っており、部門を横断したさまざまな職種の職員が参加した会議で協議し、個別支援計画の策定に反映させている。支援困難ケースへの対応について、フロアー会議やケース会議等で対応策を検討し、適切な支援ができるように努めている。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
個別支援計画は定期的に評価と見直しを図っており、見直した内容は会議等で関係職員へ報告をしたり、回覧を行う等で変更内容を周知するようにしている。個別支援計画を緊急に変更する場合にも、同様の方法で周知している。個別支援計画の策定の際に、「課題やニーズの絞り込みが十分ではない」と思われるケースが見られるため、課題の整理をして優先課題を絞り込む手順を確実なものにしていくことが望まれる。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者に関する日常生活の記録等について、記録する職員によって書き方に差異がないように、書き方の見本を提示して統一を図っている。新人研修においては、マニュアルの中に織り込み、書き方の指導をしている。利用者に関する必要な情報について、朝礼での引継ぎや、フロアー会議・職員会議等の中で綿密に情報交換し情報共有を図っている。		
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		
「個人情報保護規程」により、利用者の個人情報に関する不適切な利用や漏えいに対して取り決めており、家族より個人情報の使用に関する同意書を得るようにしている。記録管理の責任者が決められており、個人情報が書かれた記録等は各フロアー毎に鍵をかけて保管している。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
利用者が地域生活を身近なものに感じられるように、地域生活の機会を提供したり、外出支援や職場体験、販売体験を実施している。地域生活に関する利用者や家族からの意向を確認したうえで移行支援を実施しているが、グループホームの絶対数が少なく、重度の利用者の受け皿も少ないため、必ずしも意向に沿ったものとはなっていない。		

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員間で利用者固有のコミュニケーションサインを共有するように努めており、専門職やコミュニケーション機器の導入等を検討している。意思伝達に制限のある利用者の場合、ちょっとした表情の変化や動作等を観察して、できるだけ要望等を汲み取るよう努力している。		
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
利用者が望む外出支援や衣類選択の支援を行っており、希望があれば様々な活動を提供するように努めている。家族会はあるが、コミュニケーション手段や自立度の問題があり、利用者の会は開催していない。利用者の主体的な活動を増やしていくため、利用者の意見を聞く機会を積極的に作る事が望まれる。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
利用者が行う日常生活上の行為に対しては、見守りの姿勢で臨むのは支援の原則ではあるが、安全性を優先して自力で行うことを制限することも見られている。利用者目線で行う支援については、職員の人数確保が必要であるため検討課題となっている。		
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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
利用者の希望に応じて、一人での外出や買い物等を実施している。楽しみのための外出の機会は多く設けているが、学習や訓練のプログラムとしての位置付けにはなっていない。エンパワメントの理念に基づくプログラムの用意と実施が望まれる。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個別支援計画の中に、必要に応じて食事形態や介助の方法等、利用者の状態に応じた食事支援の内容を明記している。「業務内容マニュアル」の中に、食事介助の方法等が記載しており、マニュアルにもとづいた食事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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
定期的に嗜好調査を行い、毎月給食委員会を開催して美味しく楽しく食べられるように工夫している。給食委員会への利用者の参加はないが、参加についての検討は始まっている。行事食や季節感のある食事にも力を入れている。調味料や香辛料については、使い方に問題があったため現在は置いていない。		
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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
各フロア毎に食堂があり、利用者の状態に合わせて食事時間を変えているが、「好きな時間に」という訳ではない。		

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			
浴室は家庭風呂の浴槽を設置しており、利用者が一人で入浴できる個別入浴となっている。介助方法等の個別の入浴マニュアルを作成して、支援の統一を図ることが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
入浴は毎日行っているが、入浴順は職員が決めており、「すべて希望で」という訳ではない。失禁等の汚染時には、入浴及びシャワー浴を行っている。			
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			
浴室は家庭風呂の浴槽を設置しており、利用者が一人で入浴できる個別入浴を行っているためプライバシーは守られている。湯の温度調整も個別で対応できるが、利用者の年齢や障害の状況に応じたものでなく、入浴機器の設置等、福祉用具を上手に取り入れていくことが望まれる。			
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			
排泄介助のマニュアルは作成してあるが、職員間での周知が充分ではなく、職員個々の技量により支援の内容に差ができています。現状にあったマニュアルを再作成し、職員間での支援の統一を図ることが望まれる。			
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			
トイレの清掃は清掃スタッフが毎日行っており、清潔に保たれている。トイレトーパーは、便器にトーパーを詰め込む利用者があるため置いていない。トーパーホルダーも壊すため取り払っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
衣類については、購入時の買い物を始め利用者の意思により選択できるようにしている。意思の表出が困難な利用者にも、選択の幅を広げられるように配慮している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意思を尊重し、着替えの希望が出た場合には適切に対応している。意思の表出が困難な利用者の支援については、破れたり汚れが目立った時等に着替えてもらっているが、職員による更衣の判断に差異が生じないよう、可能な範囲で着替えの基準を定め、具体的な取り決めをしておく必要がある。			

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の希望や家族の要望に応じた髪型となるよう、要望を聞き取って理・美容師に伝えている。家族の希望により理・美容業者に来てもらい、事業所内で調髪を行っている。髪型等の写真を準備し、希望を聞き取りやすくしている。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
訪問する理・美容業者は施設で手配しているが、必要に応じて地域の理・美容店の利用についても配慮している。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
居室は全室個室になっており、利用者それぞれが好みの寝具を使用している。夜間のおむつ交換や不眠者への対応についても適切に行われている。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
日常の健康管理については、医師・看護師による健康相談を受けることができ、歯科医師等による口腔ケアの指導も定期的に受けている。「健康管理マニュアル」に対する職員の認知度が薄く、ノロウイルス対策等のマニュアルが多数作成してあるにもかかわらず、その事実が職員に伝わっていなかった。それら関連するマニュアルをまとめ、「健康管理マニュアル」として職員へ周知しておくことが望まれる。		
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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
嘱託医による定期的な往診が行われ、地域内の医療機関との連携が保たれており、必要な医療を迅速に受けることが可能となっている。健康面で変調があった場合の対応手順として「緊急対応マニュアル」を作成しているが、職員への十分な周知と活用を図ることが望まれる。		
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 66 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
利用者の服用している薬については、処方箋の写しを各フロア毎にファイルして置いてあり、適切な情報を得るようにしている。服薬の状況確認は、服薬者が印を押して責任の所在を明確にしている。薬物の取り違えや服用忘れ、誤薬等があった場合の対応や、保管から服用に至るまでの対応を定めた「服薬管理マニュアル」を作成し、職員への周知と活用を図ることが望まれる。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
年に多数のイベントを開催しており、利用者の意見や希望を聞いたうえで計画、実施している。必要に応じてボランティアを活用したり、地域の社会資源を活用している。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
できるだけ多くの利用者が平等に外出できるように配慮している。担当者と買い物外出をしたり、一人で外出できる利用者は、ルールを決めて定期的に外出している。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
外泊は、利用者や家族の意向により行うこととしている。しかし、受け入れる側の家族の都合が優先され、利用者の希望が必ずしも叶えられるとは限らない。		
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント		
「預り金管理契約書」を取り交わし、その取扱いや責任の所在を明確にしている。一人で外出できる利用者には、小遣い帳に記入する等金銭の自己管理ができるよう支援している。しかし、無駄づかいを防いだり、金銭感覚を磨いたりするプログラムの実施には至っていない。		
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
新聞や雑誌は個人で購入でき、テレビやラジオも個人で所有することが可能である。		
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	a ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント		
嗜好品については、希望があればルールを決めて対応している。社会一般の常識として、利用者全員を対象として、飲酒や喫煙の弊害(アルコール中毒や依存症、たばこの副流煙による受動喫煙等)を学ぶ機会の提供が望まれる。		