

## 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29日(火)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称 すまいる	種別：生活介護	
代表者氏名：川口真史	定員（利用人数）：25名（32名）	
所在地：愛知県豊川市足山田町年長1番地22		
TEL：0533-93-6133		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成23年12月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人としなが福祉会		
職員数	常勤職員：15名	
専門職員	(管理者) 1名	(看護師) 1名
	(サービス管理責任者) 1名	(支援員) 11名
	(事務員) 1名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 作業室・多目的室
		事務室・パン工房

### ③理念・基本方針

★理念	<p>地域に深く根ざしたより高い福祉を積極的に推進する 「論より愛」の心を燃焼させ人間愛豊かな施設を目指す</p>
-----	---

## ★基本方針

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)の理念に基づき、在宅の知的障害者及びその家族の状況に応じ、居宅生活支援を行うため、指定障害福祉サービス事業(生活介護)を実施いたします。

整備面におきましては、平成29年度までに、現在の25名定員から30名定員への変更する方向で作業室の整備等を進めてまいります。

支援にあたって利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って支援を提供し、ストレスをためずに自宅へ帰宅できるように努めます。地域との結び付きを重視し、関係市町村、他の障害福祉サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービス機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

処遇面におきましては、パン工房・農耕製品の販路拡大を図り、より高い工賃が支払及び生活支援を進めてまいります。

## ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・施設内では、なるべくゆったりとしたカリキュラムとし、利用者が家庭に戻った際に、不安定にならないように心がけ、日々ストレスを貯めない援助を目指している。
- ・作業活動も本人のその日に出来る範囲のことをし、無理強いすることがないようにしている。
- ・重度者でも、地域に出てパンの販売など行い、一般の方と触れ合う機会を増やすようにしている。
- ・豊川市内の障害者施設との連携を図り、製品の販売を行っている。
- ・法人内に支援施設(入所)、相談支援事業所、グループホームがあり、利用者のニーズに合わせた支援が行える環境にある。
- ・農作物の生産を行い、一般市場等に流通させている。

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年7月1日(契約日) ~ 平成29年5月18日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成26年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆利用者、保護者の期待に応える

利用者、保護者の満足度を向上させることをサービスの質の向上と捉え、事業所の取り組みを正しく詳細に保護者に伝えようとしている。ホームページには最新の情報を載せ、利用者の様子をLineの機能を使って保護者にタイムリーに送っている。保護者会も年間6回開催されており、手厚い対応に保護者の評価も高い。4名の異動によって経験のない職員が増え、サービスの質の低下が懸念されているが、研修やOJT等で職員の資質の向上を目指し、利用者や保護者の期待に応えようとしている。

#### ◆高い改善意識

前回(平成26年度)の受審時の改善課題のうちのいくつかは取り組みが進み、改善が図られていた。未整備で会ったマニュアルも、必要度に応じて優先順位を付けて完成させている。「ボランティアの受け入れ」、「利用者の送迎」、「災害発生時の対応」、「支援計画作成」等々のマニュアルが新たにラインナップに加わった。経験の浅い職員が増えただけに、教育用としても十分に効果を上げている。さらに、利用者の安全確保のため、2台の送迎バスに添乗員を付けた。事業所の責任体制(ガバナンス)の強化策として、大きな進歩である。

#### ◆積極的な地域ニーズの取り込み

市・福祉課や自立支援協議会、社会福祉協議会、特別支援学校等からニーズをつかみ、さらに法人の相談支援事業を通して在宅の福祉ニーズの情報を得ている。集まった情報から、市の西部地区の生活介護事業の新規開設、日中一時事業(特別支援学校高等部在籍)からの継続受け入れに伴う定員の増加(25名を35名に)、グループホームの新規建設等を計画している。資金面や法人内の意見調整はこれからであろうが、積極的な地域ニーズに対する取り組みとして評価したい。

#### ◇改善を求められる点

#### ◆職員参画による事業計画の策定を

「事業概要」の中の「運営方針」に中・長期的なビジョンを示しており、事業所独自の中・長期計画として明文化されたものはない。事業所としての中・長期計画を持たないことから、「平成28年度事業計画」の焦点がぼけてしまい、重点的に取り組む課題や目標等が明確になっていない。重点的に取り組む課題を明確にし、可能なものに関しては数値目標を設定する等、職員が同じ方向を向いて支援出来るベクトル合わせを期待したい。さらに、事業計画の策定に際しては、より多くの職員の参画を期待したい。

#### ◆規定、マニュアルの見直しのルール化

必要と思われるマニュアル類の整備が進んできたが、既存の規程やマニュアル等に適切な見直しを実施されておらず、実態に即していない部分も見られた。マニュアルの見直しを実施することによって、現場の支援とマニュアルとの手順の相違点が発見できる。しかるべき場所でその相違点を検証し、現場支援が正しければマニュアルを改訂し、マニュアルが正しいのであれば、職員研修等でマニュアルの手順を再教育しなければならない。なお、規程やマニュアル等の見直しの機会としては、定期的(1年に1回程度)、適宜(マニュアルの内容に関係する事故が起きた時等)、上位法規の改正(法律の改正⇒規定の見直し、規程の改訂⇒マニュアルの見直し)等がある。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価の大半が、ある程度できているのb項目でありました。  
できている項目の割合を増やすように、事業所運営を改善していきます。

#### 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。

# 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			
法人の理念にも通じる「職場の教養」(月刊の小冊子)を朝礼で読み合わせ、その日の担当職員が自らの思いを述べている。職員間には十分に理念の周知が図られているが、意思の疎通が困難な利用者に対しての特段の取り組みが行われていない。			

### 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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
全国的にも大きな影響力を持っていた統括施設長(隣接入所施設管理者)の逝去があり、法人運営は副主任以上の役職者で構成される「運営会議」を基盤とする集団執行部体制に変わった。管理者が、県の知的障害者福祉協会やサポート協会の役員を務めていることもあり、事業運営に有効かつ最新の情報を得る機会が多い。これらの情報を「運営会議」がいかに活用できるか、今後の課題である。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「高齢利用者と若年利用者の年齢差」、「対人関係に問題のある利用者の居場所の確保」、「経験の浅い職員の能力開発」、「利用者の増加に伴う個別支援の困難さ」、「利用者の肥満対策」等が課題として挙げられている。中・長期的な課題もあるが、「肥満対策」は家庭と連携して食事療法を用いたり、QC活動を通して若手職員の育成を図ったりと、対応が可能な課題については手が打たれている。			

### 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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「事業概要」の中の「運営方針」に中・長期的なビジョンを示しており、事業所独自の中・長期計画として明文化されたものはない。市の西部地区に分場(生活保護事業)を開設する計画や、定員増(25名を35名に)、工賃のアップ等が将来的な構想として検討されている。			

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	a ・ ㉑ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>事業所としての中・長期計画を持たないことから、「平成28年度事業計画」の焦点がぼけてしまい、重点的に取り組む課題や目標等が明確になっていない。重点的に取り組む課題を明確にし、可能なものに関しては数値目標を設定する等、職員が同じ方向を向いて支援出来るベクトル合わせを期待したい。</p>			
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
<p>評価機関のコメント</p> <p>法人の方針を受け、前年の事業計画を参考として当年の事業計画を策定している。「運営会議」で他の事業所とのすり合わせを行い、「事業概要」にまとめている。一部の幹部職員によって事業計画が策定されており、一般の職員の参画において策定、評価・見直しが行われることを期待したい。</p>			
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
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者に対しては毎月開催される自治会(隣接入所施設と合同開催)で説明されるが、形だけの部分もある。保護者へは4月の保護者会総会で説明され、年間6回の開催ごとに進捗を報告している。保護者会も隣接入所施設と併催であるが、会の後半部分では事業所ごとに分かれ、それぞれの固有の部分の説明をしている。</p>			

#### 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	㉑ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者、保護者の満足度を向上させることをサービスの質の向上と捉え、事業所の取り組みを正しく詳細に保護者に伝えようとしている。ホームページには最新の情報を載せ、利用者の様子をLineの機能を使って保護者にタイムリーに送っている。4名の異動によって経験のない職員が増え、サービスの質の低下が懸念されているが、研修やOJT等で職員の資質の向上を目指している。</p>			
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
<p>評価機関のコメント</p> <p>前回(平成26年度)の受審時の改善課題のうちいくつかは取り組みが進み、改善が図られていた。未整備で会ったマニュアルも、必要に応じて優先順位を付けて完成させている。ボランティアの受け入れ、利用者の送迎、災害発生時の対応、支援計画作成等々のマニュアルが新たにラインナップに加わった。ただ、これらの改善は計画的に実施されておらず、今後の改善活動には改善計画を立てて臨むことを期待したい。</p>			

## 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			
「事業概要」の中の「組織図」と、昇格基準に関する要綱の中で管理者の責任の範囲や責務が規定されている。毎日の朝礼の「職場の教養」の読み合わせや事業所内の会議において、自らの言葉で思いや考えを伝えており、職員の信頼も厚い。			
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			
管理者のコンプライアンスに関する意識は高く、関係する研修には積極的に参加している。平成28年4月施行の「障害者差別解消法」に関しては、朝礼時に何度も関連する話題を提供して職員への周知を図っている。ただし、職員の理解の程度を検証しておらず、法が求める「合理的配慮」に関しても、職員間で新たな取り組みは行われていない。			
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	a ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント			
管理者は、職員異動に伴って経験値の少ない職員が増えたことで、サービスの質の低下を感じており、研修重視の方針を打ち出している。精神面は朝礼の「職場の教養」の読み合わせで指導し、支援面はOJTを中心に指導することとしている。これらの成果は、次年度以降の検証となろう。			
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			
様々な支援の手順がマニュアルとして明文化されたが、経験の浅い職員が増えただけに、教育用としても十分に効果を上げている。利用者の安全確保のため、2台の送迎バスに添乗員を付けた。事業所の責任体制(ガバナンス)の強化策として、大きな進歩である。			

### 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「事業概要」(事業計画)からは、人材育成の方向性が見えないが、管理者は職員に専門資格の取得を奨励し、研修による職員の資質向上を目指している。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉕ ・ c
評価機関のコメント			
キャリアパスの構築が遅れており、職員にとって自らの将来の姿を描くことは難しい。人事考課制度が自己査定のみで、上司による一方的な査定のみであるため、人材育成面への転嫁が難しい状況である。今後、人事考課制度に自己査定を組み入れる構想は持っている。			

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			
職位や職種による有給休暇の取りづらさは残っているが、産休・育休取得後に職場に復帰した職員がいる。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、育児のために勤務時間に配慮した例もある。メンタルヘルスに問題を抱えた事例はないが、管理者との個別面談の制度化が望まれる。			
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			
職員個々の育成計画(目標管理制度)がなく、育成より採用面に目が向けられている。現時点では、経験の浅い職員の育成を急務としている。			
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			
法人主導の研修計画があり、それに沿った研修が実施されている。経験の浅い職員に対しては先輩職員によるOJTが行われているが、その効果を検証する仕組みがない。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所内での研修の必要性は論じられているが、新入職員に対する現場指導(OJT)が中心であり、それ以外のOJTについては、計画的に実施されたものはほとんどない。外部研修には積極的に参加し、年度途中で既に17回の研修参加実績がある。研修委員を選定する等、内部研修の充実が期待される。			
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			
介護福祉士実習生の受け入れがあり、今年度は6名を予定している。実習終了後に適切な評価・振り返りが行われておらず、受け入れたことによるメリットや課題が把握されていない。実習生の受け入れは、担当した職員の育成や将来的な採用への足掛かりとなることも予想される。メリットや課題を整理し、次年度につなげることが望ましい。			

### 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			
事業運営の透明性確保のために、ホームページで最新の情報を公開し1年おきに第三者評価を受審している。さらなる透明性の確保のため、苦情解決の取り組みの公表を望みたい。苦情の公表のプロセスを追記する等、関連する規定を改訂し、苦情情報(受け付けた内容、解決に至った経緯や取り組みの状況等)を、広報誌やホームページを活用して公表する仕組みづくりが望まれる。			

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			
法人監事による内部監査に合わせ、関係が深い法人の複数の施設長等による監査を受けている。一定レベルの透明性確保となつてはいるが、いずれ実施が予定される社会福祉法が求めるレベルでの外部監査の実施に備え、中・長期計画に盛り込む等の用意をされたい。			

## 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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
恒例の「納涼祭」は中止となったが、法人主催の「としなが祭」は、地域からも来訪者が集まり、400名を数える盛況ぶりであった。生産活動として実施しているパンの製造・販売では地域企業を中心に売り上げを伸ばしている。地域住民を対象としたパンや野菜の販売促進が今後の課題である。			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「ボランティア受け入れマニュアル」が整備され、それに沿ってボランティアを受入れている。善意銀行の紹介で、高校生2名が畑の草取りにボランティアとして働いている。隣接事業所と共同で実施している活け花、舞踊、絵画(有償ボラ)、音楽、書道等のクラブ活動では、地域のボランティアが専門講師を務めている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
医療機関、パン製造・販売や野菜の生産に関係する仕入れ先や販売先、各種の学校等が社会資源として認識されているが、それらをリスト化して管理するには至っていない。利用者の生活を豊かにするために、地域にある社会資源を再発掘する取り組みに期待したい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人や事業所の主催するイベントでパンや野菜を販売しているが、地域からは購入目的で人が集まり、高い評価を得ている。隣接の入所事業所に倣い、BCP(事業継続計画)の作成を望みたい。			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
市・福祉課や自立支援協議会、社会福祉協議会、特別支援学校等からニーズをつかみ、さらに法人の相談支援事業を通して在宅の福祉ニーズの情報を得ている。集まった情報から、市の西部地区の生活介護事業の新規開設、日中一時事業(特別支援学校高等部在籍)からの継続受け入れに伴う定員の増加(25名を35名に)、グループホームの新規建設等を計画している。			

## 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			
理念や基本方針が掲示されており、日々確認されている。標準的な実施方法に反映されていることはもちろんのと、成年後見制度等、人権にかかわる研修にも積極的に参加しており、職員には研修報告を通じて周知されている。			
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			
ハード面、ソフト面から利用者のプライバシー保護への意識は高いと感じられたが、マニュアルの見直しが定期的かつ必要に応じて行われていなかった。規定やマニュアル等の見直しのルール化が望まれる。			
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	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
必要な資料は揃っており、特段の問題は感じられないが、写真、図との使用で分かりやすいものにするべく新調を考えているとのことである。また、利用希望者には定員の増員を考えていることを表明している。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
計画には、本人用には分かりやすくルビを振る等の工夫をしている。配慮したことについてはルール化が望まれ、運用面でも議事録がない等、決定事項が明確にされていない。			
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 ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
サービス提供の手順、担当者等も決まっており、対応していることは確認できたが、マニュアルの定期的な見直しと内容の充実が望まれる。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
満足度調査は行っているが、その結果を反映した内容の見直しがされていない。職員が自治会に参加する等、積極的な姿勢は見られるが、その自治会からのニーズの吸い上げが弱い。			

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		
苦情解決責任者の配置等の仕組みは周知されているが、その苦情の検討内容、対応策が記録されていない等、不十分なところがある。小さな要望でも将来的には大きなものになる可能性があることを、組織として共有し、認識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		
自治会を開催し、意見を聴く機会を設けている。利用者に対しての掲示文書や説明文書を、意思決定が困難な利用者にも分かりやすいように工夫されたい。		
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		
利用者からの相談や意見に対する対応の手順は用意されているが、組織としての取り組み、共有化の仕組みが書面では十分に確認できなかった。マニュアルの定期的な見直しを通して、手順に沿った支援を確認されたい。		
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の委員会が組織化されているが、書面での活動記録が確認できなかった。職員一人ひとりの意識を高めてリスクマネジメント体制を機能させるべく、研修や勉強会を通して職員への周知を期待したい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
隣接している入所施設の看護師と連携をとり、適切な取組が行われている。定期的に保健担当者会議等が実施され、課題の洗い出しに寄与している。		
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やっている。	障 39	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
災害時の対応体制はマニュアル化されており、避難訓練等消防計画も的確に運用されている。現段階では検討中とのことであるが、速やかにBCP(事業継続計画)が策定されることを望みたい。		

### 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		
標準的な実施方法は書面で確認できたが、内容的に不十分な箇所が散見された。定期的かつ必要に応じた見直しを望みたい。		

	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			
法令の改正、制度の変更、利用者の状況変化等により見直しが行われているが、組織的に行われていることが書面では確認できなかった。規定やマニュアル類の見直しのルール化が望まれる。			
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			
個別支援計画書が的確に作成されていることが書面において確認できた。さらに、グループホーム利用者等、他の関係者(事業所等)との連携にも配慮が欲しい。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的に会議を開催し、個別支援計画書の評価、見直しが行われている。変更された計画は、パート職員も含めた関係職員にも周知されており、仕組みは整備されている。			
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、職員間で共有化している。	障 44	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
パソコンの専用ソフトを活用し、セキュリティを確保しながら職員が各利用者の状況変化を共有できるような体制、取り組みが確認できた。			
	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」に則り、適切に運用されている。会議や研修等を通して職員への周知も的確に行われており、利用者・家族にも丁寧に説明している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
地域生活への移行に関しては、法人の相談支援事業所と連携して取り組んでいる。地域移行を望む利用者は現時点では多くないが、主たるニーズはグループホームへの入居である。希望者には「サービス等利用計画」と連動させ、個別支援計画に反映させることが望ましい。			

### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
現在は意思伝達に制限のある利用者はいないが、サイン等による情報伝達への活用は将来に備え、組織的に検討されている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
担当職員には利用者が主体的に行うことの重要性を理解させ、必要以上に手や口を出さず、側面的な支援をするようにしている。利用者が、他の施設利用者や地域の住民等と自由に交流できる場として、事業所のお祭りを開催している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
基本的に利用者の思いが大切にされ、それが見守りの支援の体制につながっている。利用者が主体的な活動によって生活の場を広げて行くようなプログラムの用意はないが、そのための環境整備については利用者を代弁した職員が意見を出している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
喫茶店の利用、買い物の付き添い等、社会性を高める活動が用意されている。利用者が人権意識を高められるような情報提供が弱い。利用者の能力の引き出しだけにとらわれ過ぎず、彼らを受け入れる側の地域社会の意識改革にも目を向けることを望みたい。			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
隣接している入所施設と連携し、利用者本人の体調等にあつた食事提供がされている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
嗜好調査を行い、利用者の好む献立を工夫しているが、入所施設から運んでいる関係で適温での提供に課題がある。このことは入所する前から決まっており、利用者の意向を代弁した家族の意思とすれば納得ができる。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が好きな時間で、食事をとることができるのは評価できるが、設備等の検討会議が定期的に行われていない。できるだけ、利用者に合わせた環境に近づける姿勢があるとよい。			

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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
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			
トイレ介助は適切に行われていることは、書面により確認できた。しかし、支援の現場で使用されているマニュアルが最新版になっておらず、文書管理の徹底や定期的な見直しが必要である。			
	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			
トイレは清潔にされているが、プライバシーへの配慮に欠ける部分がある。男性の大便器が少ないことから、女性トイレを男性がやむを得ず使用することがある。設備的なことなので、修繕は容易ではないが対策は考える必要がある。			
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	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 ・ 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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
年2回の健康診断を、ほぼ全員の利用者が受けている。週に3日以下の通所利用者は家族対応で実施し、事業所は受診を確認している。健康管理は非常勤の看護師と隣接する入所施設の看護師とが連携して行っているが、利用者の健康を包括的に管理するために必要なマニュアルがなかった。		
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		
地域の複数の医療機関との連携は取れている。しかし、「健康管理マニュアル」がないことから、体調不良者が出た場合には「家族に連絡⇒家族対応」、緊急を要する場合は「救急車要請」と、大まかなルールで対応している。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
看護師の管理の下に利用者への投薬が行われており、誤薬等の事故は起きていない。看護師が非常勤勤務のため、不在の時の責任体制が明確になっていない。薬は利用者の命にも関わる問題であり、細かな手順を文書化し、責任体制を明確に規定して臨むことが求められる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
余暇活動として、隣接の入所施設と合同のクラブ活動が活発に行われている。活け花、舞踊、絵画(有償ボラ)、音楽、書道等のクラブ活動の講師は、地域のボランティアである。		

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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
土曜日に、ドライブの外出支援が定例化している。行事で外出する機会はあるが、個別に希望を聞いての外出支援はほとんどない。パンの販売のために職員と同行して出かける等、仕事を通しての外出はある。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
基本的には預り金等の金銭管理はしないこととしているが、1名の利用者が財布に現金を入れて所有している。本人の強い希望があって認めているが、財布の中にいくら入っているかは確認していない。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
新聞・雑誌の購読はなく、休憩時にはテレビを観て過ごす利用者がある。その時々で利用者の意見を聞いて観る番組を決めており、チャンネル争いになったことはない。力の強い人、声の大きい人が常にチャンネル権を独占することがないよう、最低限のルール化が望ましい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
現時点では飲酒や喫煙を希望する利用者はおらず、ルール化したものはないが、対象者が出てきた場合には、自治会等で話し合ってルールを作ることとしている。			