

愛知県福祉サービス第三者評価事業 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

②施設・事業所情報

名称： 障がい者活動センター 愛光園	種別： 生活介護	
代表者氏名： 多田 真	定員（利用人数）： 36名（46名）	
所在地： 愛知県知多郡東浦町大字緒川字下米田37番地の8		
TEL： 0562-84-8307		
ホームページ： http://www14.ocn.ne.jp/~aikouen/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 1年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 愛光園		
職員数	常勤職員： 11名	
専門職員	管理者（介護福祉士） 1名	生活支援員（介護福祉士・社会福祉士・保育士）23名
	サービス管理責任者（介護福祉士） 1名	事務員 1名
	看護師（正看護師） 3名	介助員 1名
	清掃員 3名	調理員 1名
施設・設備の概要	（居室数） 0 室	（設備等） 食堂、多目的ホール
		医務室（休養室を併設）・便所
		ボランティア室・会議室・事務室
		作業室・相談室・洗面設備・浴室

③理念・基本方針

★理念

・法人

私たちは、誰もが人間としての尊厳が保たれ、安心して共に生きる社会をめざします。

1. 私たちは、誰もが、まず人として受けとめられ、地域の中で自分らしく暮らすための支援サービスを提供します。
2. 私たちは、誰もが、必要なときに、必要なサービスを利用できるように取り組みます。
3. 私たちは、誰もが、安心して暮らすために、地域の輪の中で、共に生きる実践と運動を進めます。

・施設・事業所

愛光園は、重症心身障がい者を有する通所者をはじめとして、様々な障がいを持つ方々の地域生活支援の核となる場所です。社会福祉法人愛光園の基本理念に基づきながら、利用者一人ひとりの意思を第一に尊重し、その実現に向けて取り組みを展開しています。

★基本方針

愛光園は、様々な重い障がいをもつ人たちの地域生活支援の核となる場所です。通所者一人ひとりが自己実現に向かって可能性を追求し、且つ生活主体者としての社会参画活動を実践し、地域の方々との相互理解を築き、共に生きる社会を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 自己実現に向けた本人主体の活動の実施

意思表示が難しい利用者さんに対してもしっかりと向き合い、思いを汲み取り活動の中で具現化していくこと。

2. 相互理解に向けた社会参画活動プログラムの実施

地域の方との相互理解を築き、共に生きる社会を目指した地域交流・地域活動の展開。

3. 健康・保健に向けた支援プログラムの実施

ご家族、グループホームスタッフからの情報をベースに、園での様子を看護師、スタッフが連携し一人ひとりの健康状態を把握し、適切に対応すると共に過ごしへの配慮を実施

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 8月29日（契約日）～ 平成31年 3月28日（評価結果確定日） 【平成30年12月11日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	1回（平成24年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆重度障害者の自己実現支援

重度心身障害者の日中活動の場として、療育支援や社会参画プログラムを提供し、「誰もが安心して暮らす」という法人理念の下、利用者の意向把握も実施し、それぞれの自己実現を支えている。利用者本人から意見や相談等の希望があれば、すぐに対応するようにしている。場合によっては、支援中の現場を抜けてでも個別に話し合ったりしている。

◆人事考課制度による職員育成

人事考課に加え、自己申告やキャリアビジョン聴取も実施し、考課による業務向上と将来を見据えたキャリア支援を行うことで職員個々の育成を図っている。法人の主導で実施されている各種研修とともに、職員育成の重要な手段となっている。

◆地域向け活動の推進

バザーや夏祭りは、地域でも恒例のイベントとして認識されており、実践発表会では活動の公開を、更には地域向けの講演会を実施するなど、法人をあげて地域に向けてその機能を発信、提供している。地域との接点を数多く持ち、法人理念の下、事業所の機能還元を通し、地域での貴重な社会資源として貢献している。福祉避難所として、災害時の地域支援も行う体制にある。

◇改善を求められる点

◆実効性のある中期計画

中期計画は、重点項目について課題、目標を設定し、評価見直しを年度毎進めていく形をとり、重要な事業指針となっている。しかし、数値目標や予算計画が伴わないため、成果判定や到達段階が不明瞭になりかねない。可能な改善を検討されたい。

◆OJTによる育成

初任職員の研修としては、法人主導で新任研修が生まれ、また外部研修参加もなされている。一方で、OJTの関係ではグループ責任者による指導に頼る現状であるが、担当職員を固定し、目標、評価していくような成果の見える体制で実施されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

お世話になりました。

今回の第三者評価において、自事業所の強みや弱み、サービスの質について改めて見直すことができました。

客観的な評価基準による審査を受けたことにより、日頃見過ごしがちな点について、スタッフ間で再認識する機会ともなり、今後の改善に向けての具体的な指標としたいです。

利用者(家族)のアンケート調査結果もたいへん参考になりました。その声を真摯に受け止め、早期に改善して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。

(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(64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			
理念、基本方針は事業所パンフレットや事業計画の中に示されている。周知に関して、保護者については年頭の家族会にて事業計画とともに説明がなされ、利用者に関してはグループに分かれ4月の時点で説明されるが、分かりやすくした資料等は用意されておらず、理解されたか否かは定かでない。法人が作成するクレドは、職員の行動規範として浸透している。			

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			
法人内の障害事業部会や県の知的障害者福祉協会等から、法改正や福祉動向を得る機会がある。また、町の福祉計画状況については内容を確実に把握している。自立支援協議会では、地域状況等を把握の上管理者が計画策定に参画している。事業所の利用率やコスト分析、月次決算なども毎月作成され、本部へ報告している。			
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			
経営課題については、法人の運営会議、事業部会議が毎月開催されており、課題検討され理事会へ報告されている。事業所内では、スタッフ会議を通し改善への取り組みと周知が図られている。			

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			
5年ごとの中期計画が策定されている。内容的には、項目、課題、目標、評価からなり、年度見直しがなされていく。一方で、数値目標が設定されていないなど具体性に欠ける部分もあり、達成度が計りづらい状況である。課題として検討されたい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中期計画を受け、年度の事業計画が策定されている。事業全般を網羅し且つ重点を絞った内容で、年度の事業所の取組むべき項目を的確に示したものとなっている。			
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			
事業計画表に基づき、月毎の進捗評価、年度総括が項目ごとに実施され、次年度計画に繋げている。スタッフ会議にて管理者より最終案が示され、職員からの意見を加えた上で決定となる仕組みとなっている。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障 7	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
家族への事業計画の周知は、年度当初の家族会にて説明され理解を得ている。利用者へは、オリエンテーションが行われるが、理解しやすいような工夫された資料は用意されず、口頭での説明に留まるため、利用者の理解能力に応じた周知方法の配慮が必要である。			

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			
サービスの質の向上に向けては、支援グループごとの会議が年に数回実施され、そこでの項目をスタッフ会議で検討し、改善事項として周知、実施という形になる。ただ、支援の振り返りという点で、的確な自己評価が実施されておらず、サービスのチェック機能としては不十分である。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
重点目標としては事業計画表を使つての評価、また具体的なサービス項目については、グループごとの会議での検討により職員間の共有化がなされている。ただ、改善への取り組みとして、改善計画を策定するなど明確で具体的な対策には至らず、確実性と実効性の面で課題が残る。			

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>管理者は年度当初の会議にて、年度方針等を表明し、方向性を示している。職責については、「職制規程」の中に職務分掌が明記されてはいるものの、更なる職員周知の徹底が必要である。緊急時の権限委任は副所長に委ねられるが、本部が隣接しており、災害時等は本部の管轄下に入る。</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>行政説明会や法人内の管理者研修等で法令の把握を行い、必要事項は職員周知がなされている。コンプライアンスに敏感に対応すべく更なる情報収集を行い、公益性のある適正運営を進められたい。</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>事業計画の月次達成状況を把握し、毎月事業計画の達成に向けての指示、指導を行っている。事業所内にサービス向上に特化した組織はないが、管理者参加の下で開催されるスタッフ会議の場で、支援向上・改善に向けた検討を行っている。また、研修参加を奨励し、報告会で職員周知するなどサービスへのフィードバックを心がけている。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人本部との連携を密にし、運営会議、経営小委員会に参画し、経営改善への分析、検討を行っている。一方で、人材確保等の面で有効な解決策は見い出せず、継続課題となっている。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人では、各事業所の欠員状況や必要な専門職の数を把握・集計し、採用計画を作り様々な媒体を通し求人活動を行っている。しかしながら、計画は単年度によるものである点、予定通りの人材確保が出来ない点など課題は山積している。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>人事考課制度を用い、自己評価、上司考課、フィードバック面接により業務成果を明確にし、職員育成を行っている。また、自己申告書では、法人や事業所、上司に対する意見や異動希望などを掴むとともに、「私のキャリアビジョン」を記載・提出し、業務目標やキャリア希望などを事業所側が把握して人事管理に活かしている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年次有給休暇や時間外労働時間のデータ把握、相談窓口は法人本部に加え専属弁護士が、また産業医によるメンタルチェック、厚生センターや共済会への加入、産休・育休の取得等々、働きやすい職場を目指した様々な取り組みが見られる。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
「目標取組申告書」により目標設定を行い、人事考課面談を利用し達成度を確認している。一方で、設定目標そのものが適正であるか否かの確認がなされない点、目標に対する中間評価がないため進捗状況がつかめない点などに課題が残る。また、クレドに記載された職員の在り方の内容は、支援者としての指針にはなるものの、目標管理としての期待する職員像とは乖離がある。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人で実施される研修計画は決められているが、事業所の研修計画は外部研修予定を除き策定が行われていない。法人の研修を補完すべく、事業所としての研修計画の作成を望みたい。研修計画が作成されていないことから、研修の評価、見直しも実施されていない。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人では、新任研修、階層別研修、テーマ研修などが実施され、また外部研修も含め全職員が何らかの研修に参加している。一方で、事業所としての研修計画が策定されていないため、職員個々は自己の研鑽予定が立てにくい状況である。また、OJTに関しては担当固定、目標設定、評価といった体制が無いため、初任者育成の面で早急な対策を検討されたい。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
社会福祉士、保育士、教員、看護師などの養成実習を受入れており、指導者研修にも職員派遣をしている。しかしながら、実習生受入れに当たってのオリエンテーション用のしおりは作製されているものの、実習生受入れの姿勢や、受入れマニュアルは整備されていない。明確な指針を以って後進の育成を積極的に進められたい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人のホームページや広報誌により事業内容、決算等の様々な情報を公開、また第三者評価の受審、公開等により、運営の透明性を確保している。歴史的な背景から、法人や事業所あるいは障害者に対しての地域の理解は深い。法人の地域イベント(バザー等)等を通して、正しい情報を伝える努力が見られる。			

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			
「経理規程」には、会計処理や契約等のルールが定められ、これに沿った取扱いがなされている。また、外部会計士による財務チェック、監事による内部監査も実施されている。「社会福祉法」が求める外部監査の受審により、事業・財務の適正化と更なる透明性確保を図られたい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
活動の一環での買物や外食の実施による社会資源の活用、移動支援や居宅介護を利用した地域生活、バザーや夏まつりを通しての地域交流と開放等々の取り組みが行われている。法人の理念には、「地域の中で自分らしく暮らす」、「地域生活支援」といった地域を意識した考え方が示されている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアに関して、受入れの基本姿勢などは明確にされていないが、法人として事業所として従来よりボランティアとの関りは深い。日常的には、介護ボラ・園芸ボラ・陶芸ボラ・手芸ボラ・料理ボラ等々が来所しており敷居は低い。また、学生サークルや体験学習の受入れなども行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者に関係する資源としての一覧リストが掲示されている。自立支援協議会や県の知的障害者福祉協会の日中活動部会では、定期的な会合を持ち共通課題の検討、協議を行っている。障害の重い利用者の活動の場としての事業所の存在価値は、一定地域の中で確立している。			
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			
バザーや夏祭りを交流の機会とし、また実践発表会では活動の公開を、更には地域向けの講演会を実施するなど、法人をあげて地域に向けてその機能を発信、提供している。福祉避難所として、災害時の地域支援も行う体制にある。			
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 27	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の福祉ニーズに関しては、主に相談支援事業所を通じて把握している。地域での会合への参画、見学者の受入れなどの地域連携も行っている。活動の一環として、缶回収や企業での和紙活用などを行っている。法人は地域福祉に関する一社会資源としての立場を確立しており、事業所も数少ない重度の障害者の受け入れ事業所として地域の期待が大きい。			

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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	障 28	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人理念の「共に」を名刺大の大きさにして、バイブルのように持参できるようにしている。朝ミーティングでの読み合わせをしたり、年度初めの正規職員研修3日間で理事長が訓示したりしている。ただ非常勤職員の一部には渡されておらず、全ての職員が等しく共通理解することが求められる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が帰ってからの会議で、一日の支援を振り返って問題・課題を出し切っている。利用者一人ひとりの様子をヒヤリハットや解決方法を交え報告している。プライバシー保護と権利擁護に関しては問題ないが、利用者や家族に改めて伝えていない。また、不適切事案に関する対応について、その手順が明文化できていない。			
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			
あくまで利用者本人主体で情報提供している。事業所個別の外部向けのパンフレットがあってもよいが、法人全体のものを活用することで対応している。ただし、パンフレットの設置場所の工夫は必要である。			
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			
利用契約後に活動の幅を広げられるように、柔軟性を持って様々な活動に参加してもらっている。何事も体験してみないとわからないので、利用前にその旨説明している。口頭での説明は行っているが、分かりやすく工夫された資料は無い。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用を終了した方で、在宅でサービスを受け付けにくい場合であっても、相談支援事業所を中心にケア会議をしている。今後の課題としては、地域移行に関する支援マニュアルの作成が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
2人の職員が(別な視点の意味で)、利用者の思いや意向を聞き取るようにしている。聞くだけでなく実際やってみてもらい、活動をゼロから見直すこともある。プロジェクト会議では、各グループのリーダーを中心に、利用者の思いや意向を基に分析・立案・計画を行っている。			

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			
苦情解決の仕組みはできている。第三者委員会で公表確認をしている。苦情解決に関する情報や仕組みの説明資料等を、利用者に分かりやすい場所に掲示することを望みたい。			
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			
利用者が意見や相談を述べやすい環境に関しては、「重要事項説明書」の中に詳しく記載している。利用者に応じて、利用者が伝えやすい職員や場所を選んで聞き取りを行っている。職員だけでなく、第三者委員も定期的に事業所に顔を出し、積極的に利用者の声を拾おうとしている。			
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			
利用者から相談や意見が出た場合の対応について、日中活動については対応できているが、食事後の時間の過ごし方などで対応し切れていないこともある。職員が十分には足りていないことも要因の一つとなっている。			
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			
1年間のリスク傾向を分析・検討して、結果を職員に周知しており、事故の未然防止に役立っている。事故等の予防に関する職員研修に関し、一部腰痛予防の研修などはできているが、KYT(危険予知訓練)はできていない。			
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			
マニュアルの場所も医務室に貼るなどして周知し、感染症の流行に応じられる体制が構築されている。マニュアルの見直しや、それを使用する研修も実施している。			
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している。	障 39	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
災害伝言ダイヤルを伝えて、万一の場合には録音してもらうこととなっている。家族にお願いしてスマホメールで災害伝言板を使うようにアナウンスし、緊急時に実施できるようにしている。			

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			
正規職員は人事考課における職能要件に入っているため、面談等で個別に話ができています。非常勤は人事考課は無いので不十分であり、クレドによる学ぶ機会を増やして周知徹底を図られたい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
標準的な実施方法の見直しについては、全体会議で適切かつ定期的に、年3回見直している。見直し時には、介助技術などは法人契約の外部PT(理学療法士)も活用している。			
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支援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			
適切な個別支援計画の作成には、必要最低限の漏れのないアセスメントが必要であるとの考えを持っている。アセスメントと個別支援計画との関連を今以上に明確なものとして確立するために、アセスメントシートそのものの改善を検討中である。良好な利用者支援へ余念が無い。			
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障 43	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の評価・見直しの仕組みはできているが、職員全員の参加ではないために周知ができておらず、改善が必要である。活動グループの担当職員だけでなく、他職種の職員(看護師、栄養士等)の参加を得て、個別支援計画の評価・見直しの実施を望みたい。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントシートの見直しから、個別支援計画への流れが確立できれば、職員への周知が図られて実施内容の共有が一層行いやすくなる。作成された様々な記録は、「個人情報保護規定」に則って管理されている。ただし、職員の日々の支援が、「個別支援計画」を意識したものとはなっていない。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
個人情報保護への内容理解はあるものの、法人規程(「個人情報保護規定」)そのものの存在を知らない職員がいる等、今後一層の職員周知を願いたい。			

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	
A-1-(1) 自己決定の尊重			
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	障 46	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
活動内容については、利用者一人ひとり聞き取りを適切に行い、十分な希望把握を行っている。生活上のルールなどについては、障害の特性によって千差万別であり、本人の希望などをすべて聞き取っているとは言い難い。利用者同士の話合う場合も含めて、検討の余地がある。			

A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A② A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障 47 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
2014年に、利用者への権利侵害について市役所に通報、訴えがあり、その後全員で勉強会を開き、今後どのようにしていくのが話し合われた。権利擁護委員会を3ヶ月に1回行い、職員アンケート調査を実施して防止対策などを行い、出てきた事案の検討もしている。県の研修報告も行っている。情報は印刷して非常勤職員にも配布しており、非常勤職員に対してもアンケート調査を行っている。対応、取り組みは十分である。		
A-2 生活支援		
		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③ A-2-(1)-①	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	障 48 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
車椅子補助、吸引器補助の仕組みがあるが、利用者からの意思表示について、障害特性から決まった職員しか理解できないケースがある。利用者の自律・自立生活のための支援には、職員全員への意思表示や情報伝達が可能となることが望まれる。		
A④ A-2-(1)-②	利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	障 49 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
重度の利用者であっても、目の動きや手の動きだけで本人の認識理解と反応を職員が見分け、ハンドベルなど様々な手段を工夫し対応している。その結果、振り返りをする中から実際の効果を確認し、サインの有効性などを職員間で共有していくことが期待される。		
A⑤ A-2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障 50 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者本人から相談等の希望があれば、すぐに対応するようにしている。場合によっては、支援中の現場を抜けてでも個別に話し合ったりしている。意思決定支援も同様なスタンスで行っている。		
A⑥ A-2-(1)-④	個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障 51 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
事業所内の活動全体でサークル(活動グループ)を見直すときに、外出したい利用者が他の話せない利用者まで巻き込み、結果として、外出して余暇を楽しむ“イベントサークル”ができた。このような利用者主体の活動を重視している。余暇やレクリエーションなどについては、情報提供が不足している。		
A⑦ A-2-(1)-⑤	利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	障 52 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者のほとんどが重度の障害者である。全体に適切な対応を行っているものの、さらに高いレベルの支援を求めて障害に関する学習に力を入れている。職員が、「発作時の対応」や「食事形態」等の研修に参加し、支援の現場で役立っている。		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧ A-2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	障 53 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
刻みやとろみ等、食事の形態も利用者一人ひとりに合わせたサービス提供ができています。しかし、利用者個々の嗜好に配慮した献立ではないため、食事についての利用者の評価は芳しくない。排泄支援においては、原則同性介助とし、羞恥心にも配慮がある。		

A-2-(3) 生活環境			
A ^⑨ A-2-(3)-①	利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	障 54	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>移動式畳ベッドが食堂などで有効活用されている。安全管理上は良いが、浴室は広い分冬場寒くなり適温が作りにくい。利用者の多くが重度の利用者であり、車椅子の利用者も多い。車椅子の動線の配慮や利用者の意向・要望を受けてのレイアウト変更等は、限られたスペースの中で対応することが難しい状況である。</p>			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A ^⑩ A-2-(4)-①	利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障 55	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>PT(理学療法士)の指導を中心に、“いかにも訓練”という感じにしないような工夫をしている。車椅子の利用者が、車椅子から降りて横になっている間に、姿勢を良くするための器具を身体の下にして横になってもらうなど、静的訓練も取り入れている。活動センターとして、訓練の充実と有効性のために、どうしたら良いのかをPT(理学療法士)と共に常に考えている。</p>			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A ^⑪ A-2-(5)-①	利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	障 56	⑧ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>週5日、週4日、週3日の3人の非常勤の看護師を雇用し、週の中の1日は3人、その他の4日間は2人常駐できるように配置している。体調変化の研修も行っており、利用者の体調の変化には看護師が対応している。バイタル、顔色、様子等を、様々な特性のある利用者に合わせて診ることができるようにしている。</p>			
A ^⑫ A-2-(5)-②	医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	障 57	⑨ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>看護師が主体となって、服薬管理の三重チェックなど、医療的ケアの管理体制は十分である。更に医療的支援の厚みを増すために、外部講師を招いて医療的な研修を計画的に行っていく予定である。</p>			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A ^⑬ A-2-(6)-①	利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障 58	a ・ ⑩ ・ c
評価機関のコメント			
<p>社会参加プログラムは、利用者の思いを中心に組み立てられている。現状に満足せず、さらに多くの機会を持って社会や地域に出て行きたい利用者の思いがあるが、職員数が十分でなく思うようには行かない面もあり、課題を残している。</p>			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A ^⑭ A-2-(7)-①	利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	障 59	a ・ ⑪ ・ c
評価機関のコメント			
<p>地域移行の一つとしての、グループホームにおいても周りの様々な法人やNPO関連の事業所に関わってもらい、障害が重い利用者の地域生活のための支援を図っている。利用者の単身生活への意向調査等、更なる取り組みも期待したい。</p>			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A ^⑮ A-2-(8)-①	利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障 60	a ・ ⑫ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の意向を家族へ提案したり、事業所での生活内容の報告を行っている。2ヶ月に1回の家族会にも職員が参加して、家族の生の声を拾おうとしている。家族の都合によって、緊急時の連絡手段が確立できないケースもある。</p>			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A ¹⁶ A-3-(1)-①	子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	障 61	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

A-4 就労支援

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
A ¹⁷ A-4-(1)-①	利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	障 62	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
A ¹⁸ A-4-(1)-②	利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	障 63	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
A ¹⁹ A-4-(1)-③	職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	障 64	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			