

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： 障害者支援施設 まゆ	種別： 生活介護・施設入所支援・短期入所	
代表者氏名： 加藤和延	定員（利用人数）： 50名（50名）	
所在地： 愛知県瀬戸市上品野町1377-1		
TEL： 0561-86-7077		
ホームページ： http://kuwanomi02.web.fc2.com		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成14年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 くわの実福社会		
職員数	常勤職員： 23名	
専門職員	(管理者) 1名	(管理栄養士) 1名
	(生活支援員) 38名 サビ管含む	(事務職員) 2名
	(看護師) 1名	(相談支援専門員) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 55室	(設備等) 食堂、作業室、トイレ
		洗面所、浴室、地域交流室

③理念・基本方針

★理念

個人の尊厳を大切に、利用者さん自らが思い描く生き方ができるよう支援するとともに、誰もが当たり前に参加できる地域づくりを目指します。

★基本方針

本人及び家族が望む、集団生活における支援上の基本には、健康、安全、衛生の3要素が挙げられます。支援者は利用者の権利を護る立場で、これらの生活の質(QOL)を常に意識して働きかけます。また、利用者の重度化、加齢に伴う変化にできる限り対応するため施設環境の整備、支援者の支援スキルの向上に努めます。よって利用者の幸せに配慮しながら以下の目標を掲げて運営します。

- ①清潔な環境のなかで、安心してくつろげる生活
- ②食事、医療に配慮した、健康的な生活
- ③一人ひとりに適した支援を実施し、安定した生活
- ④社会参加を意識した生活

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・休日にはできるだけ外出している。
- ・毎日入浴している。
- ・近隣の学生と交流している。
- ・実習生を積極的に受け入れている。
- ・学ぶ機会を少しでも多く提供している。(一人1回以上外部研修に参加している。)
- ・苦情、要望のデータベース化や業務振り返りチェックシートを活用している。
- ・月に1度選択メニューの日がある。また、季節の行事食も提供している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 5月11日(契約日) ~ 平成31年 4月22日(評価結果確定日) 【平成30年10月31日(訪問調査日)】
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

◆福祉サービスの質の向上に向けた取り組み

管理者は、福祉サービスの質の向上には何が重要なのか理解しており、改善すべき課題の把握に努めている。今回の第三者評価受審の評価結果や、その前段階の自己評価のプロセスからも、改善課題を抽出しようとしている。事業所が掲げる理念や基本方針を理解し、実現に向けた取り組みの中でリーダーシップを発揮し、職員の指導・育成と共に、就業状況や就労環境を把握して改善にあたっている。

◆安心・安全な福祉サービスの提供

利用者の安全を確保するために、事業所の積極的な取り組みがある。リスクマネジメント委員会が設置され、事故や疾病のリスクについて検討し、同様の原因によって多発している事故や危険度の高い事故等は、職員会議に諮って、注意喚起をしている。さらに、事故防止対策を、職員周知を目的に事業所内に掲示している。感染症対策については、医務部が中心になって予防や対応策について検討し、具体的方法を把握して全体に周知している。

◆適切な福祉サービス計画の策定

面談時のアセスメントにより、ニーズ(課題)やストレングス(長所)を明確にしている。確立されたアセスメント手法にて詳細な項目について調査し、利用者を十分に理解したうえで個別支援計画が策定されている。提供したサービスの実施状況は適切に記録され、データベースとして活用されている。職員は容易に閲覧することができ、情報として共有できる仕組みがある。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の策定

事業所としての中・長期事業計画が策定されていない。中・長期計画は理念や方針を実現するためには重要なものと考えられる。現在、中・長期計画の策定に向け、検討がなされているが、早期に策定出来るよう期待したい。

◆苦情情報の処理

事業所内の風通しはよく、職員だけでなく、利用者、家族とも自由に意見や要望を言える関係ができています。利用者・家族との個別面談の機会があり、顔が見える関係で具体的な意見や要望を聞き出している。月に1回、「苦情要望デー」があり、苦情や要望等を調査して記録に残している。ところが、記録に残っているものはすべて「要望」と判断されており、「苦情」扱いはされておらず、5年間にわたって「苦情」の受け付けはない。「要望」か「苦情」かの判断が正しいかどうかではなく、その判断が事業所側(職員)に委ねられている点に課題が残る。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

調査中もいろいろとアドバイスをいただきありがとうございました。
利用者さんに少しでも満足していただける施設を目指して、職員全員が協力していきます。
そのためにも中長期計画を策定し、その計画に基づいて事業運営を進めていきたいです。

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		
法人の掲げた基本理念を基に、事業所の運営方針を策定している。基本理念等は事業計画やリーフレットに記載があり、ホームページでも見ることが出来る。事業所内には理念の掲示はないが、家族へは家族会にて事業所の理念・運営方針についての説明がある。周知への取り組みに関しては、事業所内への掲示やホームページ上での表記の仕方について検討の余地がある。		

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		
経営状況については、定期的なコスト分析や利用者の推移等について分析を行っている。障害者地域自立支援協議会に参加し、地域ニーズや事業経営を取り巻く環境について把握するよう取り組んでいる。		
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		
事業所は経営課題を把握するように努めており、いくつかの課題を明確にしている。職員に対しても説明しており、改善に向けての取り組みも進んでいる。改善課題の中には、家族会と連携して取り組むものもある。		

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		
中・長期収支計画は策定されているが、現時点では、中・長期事業計画の策定には至っていない。中・長期事業計画の策定に向けて検討が始まっている。		

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
単年度の事業計画は策定されている。前年度の実施状況に対しての年度末に実施状況に対しての評価が行われ、次年度の事業計画を策定している。中・長期計画が策定されることで、実現に向けた取り組みが進むことに期待したい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は年度末に職員個々により評価され、報告書にまとめられている。次年度の事業計画は、前年度の評価を踏まえて策定されており、職員には詳細に説明している。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は家族には家族会で説明しているが、利用者に対しての説明が行われていない。事業所には利用者の自治会があることから、今後の取り組みとして、自治会で分かりやすく説明出来るように取り組んでいくことが検討されている。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
提供するサービスについて、検討し改善していくための取り組みがある。利用者の安全を担保するための取り組みとして、リスクマネジメント委員会が設置され、安全確保に向けた検討がなされている。苦情・要望に関しても半年に一回、第三者委員会が開催されている。サービスの質の向上に向けた取り組みの必要性については理解しており、解決すべき課題を把握している。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
課題や問題については、設置された会議や各委員会にて検討・報告がなされており、記録に残している。課題・問題の検討結果については、記録だけではなく事業所内に掲示し、職員等に周知・理解を図っている。課題によっては、検討過程を周知することで、実効性が向上することもあり、記録様式については検討の余地がある。			

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			
管理者の役割や責任については、「運営規程」に記載がある。年度ごとに組織図が作成されており、体制が明確になっている。管理者の役割や責任について、職員に十分な説明ができていたとは言い難い。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
管理者は法令や制度についての研修に参加し、必要な知識として習得に努めている。法令等に関する研修計画があり、計画に沿って実施されているが、職員の理解を促すには、必要な法令についてのリスト化も必要と考える。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は、利用者の最善の利益を目的として、福祉サービスの質の向上に向けて取り組んでいる。提供される福祉サービスの改善すべき課題について、把握するよう努めている。職員の知識やスキルがサービスの質の向上に欠かせない要素であることから、研修や実習後の振り返りを行い、職員の育成に努めている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は事業所の理念や方針を実現するために必要な情報の把握に努め、課題について改善に向け取り組んでいる。職員の就業状況や就労環境の把握に努め、職員が働きやすいと感ぜられる職場づくりを目指している。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の取り組みとしてキャリアパス制度の導入があり、職員が目標を明確にし、職務に取り組む環境を提供している。人材確保については、法人全体としての取り組みがある。職員の人材育成計画書を作成し、パート職員に対しても育成に向けた取り組みがある。しかし、福祉サービスに関わる有資格者の配置や確保について、具体的な計画の策定には至っていない。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
人事考課制度は採用しておらず、管理者等による査定が行われている。人事基準はあるものの職員に周知しておらず、職員の定着・育成に向けての取り組みとしては十分とはいえない。キャリアパスについて明確にすることが必要であり、今後の課題とである。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
事業所として共済会に加入している。勤務に関しての職員の意向に配慮があり、有給休暇に関しても取得しやすい状況である。管理者が職員との個別面談を行うことで、意見や希望を聞く機会を持っている。しかし、職員の身体面やメンタル面の健康維持については、継続した取り組みが必要である。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
管理者は、OJTを基本とした研修・教育による職員の育成に努めている。本年度より育成計画が策定され、キャリアデザインシートを使用した目標管理を導入しているが、職員全体の取り組みには至っていない。職員の育成に関しては、明確な方針や事業所としての仕組みの構築が必要である。今後の前向きな取り組みに期待したい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の求める職員像は、手引きの中で「期待する職員像」として明確にしている。職員の育成に関しては、組織的な取り組みがあるとは言えない。具体的な職員育成のための研修計画や、バックアップ体制の構築・整備が必要である。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員個々の研修受講履歴は把握されており、事業計画にも研修についての取り組みの記載がある。研修受講後は受講者が報告書を作成し、会議にて報告することで受講者の理解を深めると共に、他の職員にも内容を周知する仕組みがある。職員の経験や力量に応じた研修が受講出来るように配慮している。管理者は職員への教育・研修に関しての課題を把握している。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
毎年、2～5名の保育・教職課程の実習生を受け入れており、次世代の福祉人材の育成に向け貢献している。実習内容は学校側と検討しており、実効性を考慮している。実習生を受け入れるにあたってマニュアルの整備・見直しは必要である。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
法人・事業所のホームページ上で「決算報告書」が公開され、年度ごとに事業報告や事業計画が事業所内にて開示されている。「重要事項説明書」には、利用者がサービスを受ける際の情報や記録に関して、開示を請求出来ることが明示され説明されている。ホームページは情報発信のツールとして有効であり、内容の充実に向けての取り組みに期待したい。			

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			
事業所の運営・経営に関しての規定があり、適切に運営されている。規定等は随時見直しも行われており、周知のための取り組みもある。定期的に法人監事による内部監査が行われているが、外部監査は行われていない。			

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			
事業所の理念・運営方針に、地域社会との関わりについての考え方が明記されている。大学生の週に1回の訪問や家族による清掃・草刈り活動、高校生ボランティアの受け入れ、地域のバザーへの参加、事業所の祭の開催を通じて交流する機会等の取り組みがある。			
II-4-(1)-②	ボランティア等の受け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については、積極的に取り組んでおり、大学生・高校生・家族・地域などの様々な団体、グループの活動を受け入れている。事業計画にボランティアについて記載があるが、基本姿勢の明示やマニュアルの整備は必要である。			
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			
必要な社会資源については、行政が作成するリストがあり把握できている。市の自立支援協議会に参加しており、相互の連携が図られている。利用者の安全・安心な生活を提供していくためには、得られた情報を職員に確実に伝えていくための工夫も必要である。			
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			
市民活動連絡会に参加しており、必要に応じて車両の貸し出しが行われている。災害時での福祉避難所の指定を受けており、有事の際には拠点となることが出来る。AEDの設置があり、「子ども110番の家」に登録して地域の安全に向け取り組んでいる。これらの活動について、地域が十分に認識出来ているかは把握できていない。地域に対しての広報活動も必要である。			
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応え、法人・事業所としての事業活動が行われてきている。福祉ニーズに応える形で短期入所事業も行われるようになった。地域の福祉ニーズの把握にも取り組んでおり、行政や関係団体との交流がある。肢体不自由者への支援のための取り組みも進行している。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念や「倫理綱領」は明文化されており、会議の時に幹部職員から話す機会を設けるなど、職員が振り返りを行う機会を設けている。「障がい者の方たちの支援に対する心構え」を職員が常に目に入る場所に掲示しており、念頭において支援を行うよう努めている。			
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			
プライバシー保護について、各マニュアルの中でおさえられてはいるが、何がプライバシーにあたるかという認識について共通理解が図られていない。職員の意識に任されている部分がある。権利擁護は研修等で職員が学んでいるが、学んだことに対する事業所全体の具体的な取り組みは十分ではない。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレットにて、事業所の主要な情報を開示している。バザーに出店することが多いが、その際に事業所の紹介ボードを掲げて、多くの方々に事業所を知ってもらうようにしている。法人内に相談支援事業所があり、相談支援事業所で利用希望を受けた際には、速やかに主任に伝えられ、見学・面談等を行っている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業所の変更に関しては、法人内の相談支援事業所と連携を図って行っている。提供するサービスに関しては自己決定を尊重し、様々な工夫で意思決定が困難な利用者の意思を汲み取る努力はしている。利用者の高齢化や状態の変化によって、提供するサービスの変更を余儀なくされる事例があるが、ルール等が明文化・標準化されていないため、担当者に任されているところがある。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
法人内のグループホームに利用者が移行するケースがあったが、法人内の移行ということもあり大きな問題もなくスムーズに実施された。その他に移行したケースがこれまでになく、手順等が明記されたものもない。60歳以上で今後移行の必要性のある利用者については、高齢者支援会議を開いて検討している。利用者本人や家族の意向を聞き取り、担当職員、専門職など必要な職員が会議に参加している。			
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			
年1回アンケートを実施し、利用者満足を把握するよう努めている。集計をして、結果を保護者に提示している。しかし、利用者には特にフィードバックはしておらず、質問等があれば個別に返答するに留まっている。利用者の理解力や判断能力の程度に応じ、調査結果を適切にフィードバックする工夫が望まれる。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
毎月、苦情解決委員会を実施して苦情の把握や対応を検討する機会を設けている。面談、連絡ノート、事業所に直接来られた時など、様々な媒体を利用して、利用者本人・ご家族の意見を聞き取る機会を設けている。聞き取った意見・要望等は苦情解決委員会で検討し、具体的な対応策や説明等を行っている。実際には、5年ほど苦情は出ていない。苦情が出た時には、フローチャートに沿って対応することとしている。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
法人の相談支援事業所が事業所と同じ建物内にあり、利用者等に対して相談受付の掲示をしている。利用者・家族との個別面談の機会があり、顔が見える関係で具体的な意見や要望を聞き出している。月に1回、「苦情要望デー」があり、苦情や要望等を調査して記録に残している。記録に残っているものはすべて「要望」と判断して、「苦情」扱いはされていない。「要望」か「苦情」かの判断が、事業所側(職員)に委ねられている点に課題が残る。		
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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個別面談や「苦情要望デー」、日常生活や支援の中で抱んだ要望について、すぐに実施できるものは迅速に対応している。すぐに実施することが難しいものについては、フロア会議等で検討して対応を考えている。その結果を利用者にも伝えている。		
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
日常の事故・ヒヤリハットは記録して情報を共有し、対応策を考えて対応している。リスクマネジメント委員会があり、毎月検討会議を実施している。その中で、同様の原因によって多発している事故や危険度の高い事故等は、リスクマネジメント委員が職員会議にて注意喚起を行っている。事故防止の対策について、職員に周知できるように掲示をし、事故の減少を目指している。		
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	⑤ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
医務部が中心となり事業所全体に予防、対応策を周知している。感染症が流行する時期に関わらず、手すり、トイレなどの消毒は毎日欠かさない。外出から戻った際には、利用者に石鹸での手洗いを励行しており、職員も出勤・退勤時等は手洗い、うがいを行っている。感染症に罹患したり、または疑われる場合はマスクの着用を促し、事業所内の消毒回数を増やして集団感染防止に努めている。使い捨て消毒キッドを用意し、そこに手順も示している。		
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		
年に2回、出火場所や時間帯を設定して避難訓練を実施している。実施回数が少なく、昼間に行うため、夜勤専門職員などは避難訓練に参加しておらず、災害時の不安要素である。訓練は火災中心であり、地震や台風、豪雨等の自然災害に対する訓練、不審者対応訓練が行えておらず、今後の課題である。緊急時の対応や連絡手段が明記されたマニュアルがあり、備蓄や非常用セットも定期的に確認し、利用者全員が防災頭巾を所持している。		

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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「施設マニュアル」や事業計画等で事業所が提供する標準的なサービスを明文化している。職員の目の届くところで「施設マニュアル」や事業計画等を管理し、それを基に日常的にサービスを提供している。4交代それぞれの勤務者が行う業務についても、1日の動きをマニュアル化して管理している。		

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			
概ね1年ごとに、「施設マニュアル」等の標準的な実施方法の見直しをしている。見直しを円滑に行うために、ページごとにグループ分けしたり、フロアごとで見直し改訂している。見直し時期(いつ?)や方法(誰が?、何を?、どのように?)、結果(改訂の手順)などが明確ではなく、仕組みが十分に確立されていない。			
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支援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			
面談時にアセスメントを行い、ニーズ(課題)やストレングス(長所)を明確にしている。項目内容は詳細であり、アセスメント手法も確立されている。それを基に個別支援計画を策定している。アセスメントの中で大きな変化がなく支援が定型化していることに関しては、利用者マニュアルに明記し、それを基に日常的な個別支援を行っている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
半年ごとに個別支援計画の更新(評価・見直し)を行っている。更新の際には、利用者本人の意向を確認するだけでなく、家族や他部門からも意見を聞き取っている。緊急に変更した事例はなく、その場合の仕組みも特に整備はされていないが、変更が必要な場合の意識は持っている。			
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、職員間で共有化している。	障 44	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
パソコン上にデータベースを作成し、事業所内での記録の更新や閲覧がすぐに行えるように仕組みを構築している。各種会議を1ヶ月に1回以上の頻度で行い、職員間で情報を共有している。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
個人情報の保護についての規程があり、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する内容等を定めている。個人情報の取り扱いに関しては、利用者の権利擁護やコンプライアンスの観点からも重要な取り組みと捉え、法人の新人研修でもその内容を詳細に説明し、さらに現場レベルでも教育している。しかし、その後の振り返りの機会が少なく、職員への周知が十分とは言い難い。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の持っている力を活かしたり、興味を持っていることを実現させる活動を行っている。日中活動として個々に合わせた作業を行い、工賃を得るといった経験を通して達成感ややりがいを見出せるようにしている。希望に沿ったオプションでの外出や地域行事への参加、休日の余暇外出を通して様々な経験ができるように支援している。しかし、外出支援が特定の利用者には偏ってしまう傾向があり、公平性の面で課題が残る。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
虐待防止苦情解決委員会を中心に、会議等を通して権利侵害の防止、早期発見に努めている。「障がい者の方たちの支援に対する心構え」が事業所内に掲示され、利用者に対する権利侵害の防止を職員に注意喚起している。3ヶ月に1回、「虐待防止振り返りチェックシート」を利用して振り返りを行っている。県の権利擁護委員会が募集した虐待防止川柳に全職員が応募し、その内の1句が入選した。全職員が楽しみながら、意識向上につながった。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に自律・自立に配慮した項目を設けて支援している。利用者に計画の内容を丁寧に説明することで、自律・自立に向けての動機づけとなっている。自力で行えることは見守りを基本に、利用者が取り組みやすく、職員も支援しやすいよう絵カード等を目につくところに掲示している。利用者の希望、能力に合わせ、居室の鍵を自己管理している。選挙の際には、投票を行うことができるよう支援している。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者一人ひとりの特性に合わせたコミュニケーション手段として、写真や絵カードを活用している。個別支援計画にも盛り込まれており、日常的な支援として位置づけられている。利用者の障害特性や相性により、特定の職員とのみコミュニケーションが可能な利用者がある。そのような利用者に対し、より多くの職員とのコミュニケーションが図れるような工夫を望みたい。			
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適切に行っている。	障 50	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
担当職員が積極的に利用者とは話をする機会を設けたり、月1回、「苦情要望デー」を設け、要望の聞き取りを行っている。個別支援計画作成時には、利用者・保護者との面談の機会を設け、意見を反映させている。とは言え、本人から意見や要望が出るのは特定の利用者に限られており、意見や要望を言葉で表出できない利用者の思いを如何にして把握するかが課題となる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の障害特性に合わせて作業・療育のメニューを用意し、研修で学んだ自閉症(強度行動障害等)の利用者への支援を個別支援計画に反映させている。利用者毎に個別プログラムを作成し、それを基に日中活動と利用支援を行っている。どの職員でも適切な支援が提供できるよう、現場には手順を分かりやすく示したカードや掲示物などを用意している。個別支援計画に基づき、オプション外出や余暇活動を支援している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の障害に応じた適切な支援のために、専門知識や技術の習得と支援の向上を目的に、年に1度は職員が研修に参加している。1万円研修(年に1回、自分が参加したい研修等を1万円以内の予算で実現)という、自己啓発の取り組みもある。非常勤職員についても、支援内容の統一・向上を図るべく「パートさん会議」を実施している。適切な支援のために、非常勤職員の学習意欲を引き出す必要性を感じており、「パートさん会議」の成果が目目される。			
A-2-(2) 日常的生活支援			
A⑧ A-2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。	障 53	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に基づく支援については、例えば入浴であれば、脱衣室に利用者個々に配慮する内容等を掲示し、職員がその場で見て支援できるようにしている。入浴時間以外でも、必要に応じてシャワー浴対応を行っている。食事については、一部の利用者の給食部会議への参加があり、その際に嗜好調査を行っている。月に1度の選択メニューや、おやつセレクトに反映されることもある。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所内の清掃は、毎日職員が中心となって実施し、清潔を保つよう心掛けている。いこいルームなどの利用者が自由にくつろげるスペースを作るなど、精神的な安心と肉体的な安全に配慮した生活環境を確保している。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者自身の力で生活動作ができるような支援を基本としている。PT(理学療法士)やOT(作業療法士)等の専門職の介入による訓練は行っておらず、現在のところその必要性も感じていない。かかりつけ医からの助言があれば、支援の中で配慮している。身辺自立の生活訓練や身体機能の維持訓練には、専門職の知識や技術が必要となる。PTやOTを講師とした研修を実施し、専門的な知識、技術の習得を図られたい。			
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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
起床時の検温、就寝時の睡眠の確認、入浴時の身体の傷などの確認、排便確認等を行い、利用者の健康状態を把握している。月に1回、嘱託医の往診がある。看護師が配置され、主に平日の日中に勤務している。てんかん発作への対応については、DVDを利用した研修を行い、記録の取り方などを学んでいる。心肺蘇生やAEDの使用方法についても研修を行っている。			
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	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
投薬については、昼は看護師が実施、看護師が不在となる朝・夕は、投薬マニュアルの下支援員が行っている。塗り薬は、入浴後を中心に、チェック表を基に塗っている。医療的な支援に対する職員の知識が不足しており、看護師を中心に研修による知識や技術の習得が望まれる。			
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 ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
月に1回、利用者が希望したクラブ活動(ウォーキング、水泳、棒ピクス、音楽等)に参加している。地域のバザーや行事、廃品回収、大型商業施設のキャンペーンに参加するなど、事業所内に留まらず社会へ参画していくことを念頭に置いた取り組みがある。オプション外出に力を入れ、利用者が足を外に運ぶ機会を使って社会参加の学習効果を上げている。それでも、入所施設という枠組みに縛られ、取り組みが制限されてしまう実状はある。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人内のグループホームが開設した際に、当該事業所の利用者2名の移行があり、現在も利用が継続している。移行の際には、日中の支援の場へ電車で通う練習、グループホーム周辺の地域を知るための学習、法人内事業所間の連携など、円滑な移行のための支援を行った。その時の経験から多くのノウハウが蓄積されたが、利用者・保護者対象の聞き取り調査では、地域移行がほとんど望まれていない現状がある。			
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 ・ ⑦ ・ c
評価機関のコメント			
事業所内は開放的な雰囲気、利用者の家族も気軽に支援の場に入り、直接利用者の生活を見たり、その場で職員に気になることを質問したりしている。一方、家族の高齢化が課題となっており、自宅へ帰省する際の送迎手段の確保に支障が出始めている。双方で共有することが望ましい各種の情報に関しても、そのほとんどを事業所から発信されており、家族からの情報提供が少ない点が懸念材料である。			

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			