

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 3月 7日(火)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称:名身連第一ワークス・第一デイサービス	種別：生活介護	
代表者氏名： 富田 哲生	定員（利用人数）：20名	
所在地： 愛知県名古屋市熱田区横田二丁目4番22号		
TEL： 052-671-5225		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成23年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人名古屋市身体障害者福祉連合会		
職員数	常勤職員：15名	
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者)1名
	(生活支援員) 10名	(看護師) 3名
施設・設備の概要	(居室数) 0室	(設備等) 身障トイレ・和室
		エレベーター

③理念・基本方針

<p>★理念</p> <p>一人ひとりを大切に、誰もが地域で安心して暮らせる社会をめざす ～地域でつながり、ともに歩む名身連～</p> <p>★基本方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害の有無にかかわらず、誰もが安心して暮らせる社会福祉、地域福祉に貢献し取り組みます ・自己決定と選択を尊重するとともにニーズの把握に努め、より良い福祉サービスの提供に努めます ・高い専門性と豊かな人間性を兼ね備えた実践力のある人材となるよう主体性を高め、互いにサポートし合える環境づくりをめざします
--

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者の主体性を大切にする

・生産なしの活動について毎日、施設側がプログラムを設定するのではなく利用者それぞれのニーズに合わせた活動ができるようにしている。また、全体での催し(陶芸教室やバスでのレクリエーションなど)についても参加・不参加を選択できることとしている。

・生産あり・生産なしについて作業をしたいけれど一日は身体的に難しい場合や作業も創作もどちらも行いたいなど利用者それぞれの状況に合わせ活動ができるようにしている

・利用者懇談会や利用者満足度調査を行うことで利用者やご家族からの意見を聞く機会を設けその都度、改善に向けて対応している。

・今年度より下記のことを新たに取り組み始めました。

①社会生活カプログラムを取り入れグループで学び経験することで自分で考え、自分で決定し充実した楽しい生活が出来るようにする力を身につけることを目標に活動を開始した。

②個別支援計画書を日頃から意識した支援が正規職員だけでなく、嘱託職員・パート職員もできるよう個別支援進捗状況票を取り入れた。また、生産ありで作業に携わる利用者については振り返り表を作成し、毎月、職員とともに振り返りをするとし次月に向けての目標や注意することなどを明確にしていくことで各自の力を伸ばす支援を目指している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年12月26日(契約日) ~ 平成29年 5月29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

◆職員の運営参画

法人内に組織された数多くのプロジェクトチームに職員個々が参画することで、ケース支援以外に運営に直接係わる機会を持っている。これにより事業の透明且つ民主的な運営推進が図られ、職員の意欲向上にもつながっている。利用者の支援にあたっている職員の生き活きた表情が印象的である。

◆利用者の主体性重視

毎月利用者懇談会を実施され、活動の内容等について意見を聴取することで、利用者が主体的に活動に参画することができている。懇談会で話し合われた食事に関する意見も直ちに委託会社に伝達され、利用者の意見を反映する形で改善された。利用者懇談会で互いに意見を出しあうことに慣れてきて、これまでよりも利用者自身が積極的に発言するようになった。利用者本人の表現力や意志力の向上に繋がる相乗効果が生まれている。

◆地域での存在価値

定期通信の発行、「あつた宮宿会」への参画、サロン等での地域交流、福祉避難所登録等、地域とのつながりを重視した数々の取組みを実施し、地域性のある事業所としてアピールしている。

◇改善を求められる点

◆明確な職務職階の制度構築

「育成する職員の期待像」が示され、人材育成の基本としている。一方で、人事考課制度は無く、業務評価や昇格基準等も曖昧である。また、職務職階は存在するが、内容が大まかで階級ごとのキャリアパスとは言い難い。設定される階級ごとのクリアすべき業務内容を明確に定められたい。キャリアパスによって職員が描く「自らの将来の姿」と、法人が描く「育成する職員の期待像」とが完全一致した時、目指す「理念」と「基本方針」が成就する。

◆研修成果の検証を

法人の研修方針、研修計画、職員個々の研修計画が策定され、職員は内外の研修に参加しており、研修機会は多い。研修後は復命書を提出し、職員会議での報告によって成果の共有が図られている。しかし、研修で得られた成果(知識や技術)が、実際の支援の現場で活かされたか否かを確認する仕組みがない。学んだことを確実に業務に反映させる手順と、それを検証する仕組みの構築を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

法人として初めて受審しました。組織運営やサービスの質の向上などを目的とし受審を決めました。勉強会や自己評価、訪問調査に管理者だけでなく職員も深く関わることで、施設全体で共通理解を持ち取り組むことが出来ました。評価結果を受けて、自分達の使命や役割を再確認しつつ具体的な改善策を見出し、実際の改善の取り組みにつなげていきたいと思います。また、法人全体への効果の波及も同時に取り組んでいきたいと思います。

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(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

		自己評価	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 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念は、機関紙、ホームページ、事業所内に掲示され、周知されている。利用者へは、分かりやすくイラスト等を用いて伝えられている。基本方針は、理念実現のための事業内容を表わしたもので、整合性が保たれている。			

I-2 経営状況の把握

		自己評価	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	b a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
経営状況を分析し、戦略を立て、計画策定が行われるシステム構築が進行中である。毎月の経営会議により、各管理者が経営状況を共有しているが、トータルな外部分析の点で課題を残す。			
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	b a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
中期計画策定に向け、経営・人事・マーケティング等、各プロジェクトが課題を出し合い、集約作業が行われている。職員へは自らの係る部門以外の情報も周知され、経営課題は共有されている。方向性や改善への手立て等も、具体的方法を検討中である。			

I-3 事業計画の策定

		自己評価	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	b a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業、コスト、組織等の具体的内容を示す中・長期計画を策定中である。現在、様々な角度から検討が重ねられている。			

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	b	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント				
中・長期計画が策定中のため、事業計画は重点事項を掲げて、事業ごとの目標、課題、取組内容を示す機能的なものとしている。中・長期計画の策定後は、連動する計画を目指すものとなる。				
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	b	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント				
各職員が属す部門から挙がってくる意見を踏まえ、管理者会議から職員会議、経営会議を経て事業計画の作成に至る。計画は年度通しのものとなっており、評価、見直しに関しての時期や手順が定められていない。				
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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント				
事業計画を分かりやすく説明した広報誌を全利用者に配布している。また、家族懇談会では事業の状況を保護者に説明し、十分な理解を得ている。広報誌では、事業計画の他にスケジュール等も詳しく説明されている。				

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		自己評価	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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント				
利用者懇談会や利用者満足度調査にてニーズの吸い上げを行うとともに、課内会議を経て職員会議にて月ごとの評価を実践に活かす仕組みとなっている。大きな支援目標では、毎月の経営会議でも月次評価が行われ、項目によって支援内容に反映されている。また、QC活動で得られた成果は、ダイレクトに支援に活かされる。一方で、個々の職員から挙がってくるサービス向上へのシステムが無く、サービス自己評価の実施が望まれる。				
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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント				
月次目標、評価、課題、全体での共有、実践、という手順で課題解決への手順が組まれている。職員は所属プロジェクトでの問題はもとより、全ての課題について共有し、総力で改善に向けて取り組んでいる。				

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

		自己評価	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 ③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
施設長は職務分掌を明示するとともに、年度初めには管理者の役割と方針を通知し、責任も明確に示している。不在時の職務権限については、2名の副施設長がそれぞれ部署ごとに管理責任を持つこととなっている。			
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 a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
コンプライアンスについては、経営管理講座等の外部研修に積極的に参加し、成果を運営管理に活かしている。苦情解決、セクハラ、個人情報等の規程が整備されているが、大元となるコンプライアンス遵守に関する規程が無いため、早急な整備が望まれる。不正取引(適正な利害関係)防止に関する取り決めも併せて検討されたい。			
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 ③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内にプロジェクトを組織し、多角的にサービスを検討し、改善に取り組んでいる。施設長は職員面談による意見聴取と直接指導を行い、支援に活かすとともに、職員の各種研修参加により質の底上げを図っている。			
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	a ③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
人事、財務に関しては事務局一括管理となるが、労務管理に関しては、働きやすい職場を目指した様々な取り組みを行っている。毎年行う職員意識調査やQC活動により業務改善へのヒントを得ながら、直接職員指導に当たる等、管理者としての指導力を発揮している。			

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		自己評価	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	b a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
人材確保に向け、様々な求人活動を実施するが、人材プランがないまま有資格、無資格を選別する等、一貫性に欠ける面も見られる。現在策定中の中・長期計画には、人材に関する具体的な計画が盛り込まれる予定である。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	c a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
「育成する職員の期待像」が示され、人材育成の基本としている。一方で、人事考課制度は無く、業務評価や昇格基準等も曖昧であるため、改善に向けた検討を期待したい。また、職務職階は存在するが、内容が大まかで階級ごとのキャリアパスとは言い難い。設定される階級ごとのクリアすべき業務内容を明確に定められたい。			

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
有給休暇や時間外勤務等の就業状況はデータ化され、状況把握されている。産休・育休の取得、福利厚生、産業医によるメンタル支援等、働きやすい職場を目指した様々な取り組みが行われており、職員の制度利用もある。			
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	b	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「職務状況報告書」を基に目標管理が実施され、設定時・中間・期末と3度の評価面談により達成度を確認し、次につなげていく仕組みができています。			
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	b	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人の研修方針、研修計画、職員個々の研修計画が策定され、職員は内外の研修に参加している。研修後は復命書を提出し、職員会議での報告により、成果の共有が図られている。研修で得られた知識や技術を、実際の業務に確実に活かす手順を定められることが望ましい。			
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	b	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人による新任研修は手厚く実施され、テーマ別研修等は外部を有効に活用して実施している。職員個々が必ず研修機会を持つような配慮もある。人材育成の重要なツールである現場支援のOJTに関して、手順を定めて組織的に実施することが望まれる。			
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	b	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「実習マニュアル」に基づいて実習生の受け入れが実施されている。今後は、介護福祉士、社会福祉士実習生の受け入れについて、指導者養成を含めて積極的に実施することで、次世代育成に加え、地域資源としての事業所の専門性提供の役割を果たされたい。			

II-3 運営の透明性の確保

		自己評価	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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページや広報誌を通し、一般社会に向けて事業計画や財務諸表を公開して透明性を確保している。満足度調査の結果も、ホームページで公表している。苦情解決については、システムは整備されているものの、実際の受け付けはない。日常的に細かく丁寧な意見聴取がなされている結果と思われる。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事務、会計等は経理規程に基づき処理され、事業所内の職務分掌も明確にされている。また、公認会計士による内部監査の実施があるが、来年度からは監査法人と契約し、更なる財務の適正化を図る予定である。			

II-4 地域との交流、地域貢献

	自己評価	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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月のサロンや「宮宿会」でのバザー、セルフを通じての各種販売活動等の取組みにより、利用者と地域との接点を多く持っている。			
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	㉑ ・ b ・ 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に沿った受け入れを行っている。学生ボラ、日中活動ボラ、作業ボラ等の様々なボランティアを受け入れている。受け入れに際しては、事前オリエンテーションを実施し、利用者の理解と手続き、内容等を伝え、活動を有効なものとしている。社協にも登録し、各種ボランティアの更なる受け入れを目指している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
社会資源リストを整備し、利用者への便宜を図っている。また、自立支援協議会、卒後対策連絡協議会、デイサービス連絡会等に参加し、横の連携を図るとともに、「宮宿会」の一員として活動する等、地域活性化にも貢献している。			
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	b	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
バザーや販売による地域との交流機会を持ち、福祉避難所として災害時の支援も計画に入っている。一方で、スペースの開放や地域向けの講演会・研修会等は実施されていない。地域資源としての更なる機能還元を検討されたい。			
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	a	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の基幹相談相談センターを通じ、地域の福祉ニーズを把握している。サロン、福祉バス、旅行企画、作品展実施等々、様々な事業・活動をもって地域福祉の一翼を担っている。			

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

		自己評価	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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者を尊重する精神は、理念や基本方針に謳われており、初任者研修をはじめ、各種の研修で共通理解されている。外部研修の内容は、朝礼や夕礼、職員会議等で伝達してある。			
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の個人情報の保護やプライバシーの確保を含む権利擁護に関しては、標準化された権利擁護のマニュアルがある。利用者個々に配慮すべき事項は、個別支援計画書やケース記録へ記載し、場合によってはケース会議の場で検討し、朝礼・夕礼で確認している。			
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページに最新の事業所情報を掲載し、「名身連第一ワークス・第一デイサービス通信」は、発行されるごとにホームページ上にも掲載されている。最新のパンフレットを区役所に置き、年4回発行する「名身連第一ワークス・第一デイサービス通信」を関係機関に送っている。			
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
視覚障害に応じて点字版を作成したり、聴覚障害に応じて手話師に説明を通訳させたりして、確実な伝達を心がけている。さらに意志疎通の確実を期すために、今後通知書を作成して取り組む予定もある。			
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
施設等の変更の際しての情報提供の手順は決まっており、外部機関との直接的対応は同一法人内の基幹相談支援事業所を通して行っている。			
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	a (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年1回の利用者満足度アンケートを集計分析し検討の上、結果回答をホームページに掲載している。単に結果を分析・公表するに留まらず、法人内の委員会において改善策を検討して具体的な改善につなげている。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
苦情解決の仕組みと手順は確立されている。掲示もできているが、苦情はまだ上がっていない。苦情申し立てをしやすい細かなシステムの点検を検討されたい。			
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	a	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
月に1回もしくは2回、利用者懇談会を行い、利用者から意見を出してもらっている。利用者懇談会で互いに意見を出しあうことに慣れてきて、これまでよりも利用者自身が積極的に発言するようになった。相乗効果も生まれている。他に聞かれたくない相談等の場合のために、相談室が用意されている。			
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	b	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
現在、中・長期的な事業改善・改革中であり、その中で各種委員会を設けており、利用者の希望や思っていることを如何に導きだしていくかも、新たな手法で検討中である。苦情等に対応する第三者委員に関しても、市・社会福祉協議会苦情相談センターに変更する等、より相談を受けやすい体制へと改善を図っている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ヒヤリハット委員会を設置し、事故や災害等の様々なリスクに対応するマニュアル、事例集を整備している。ヒヤリハットは朝礼・夕礼で、正規職員だけでなくパートタイマー職員にも周知徹底し、事故の未然防止に努めている。			
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	a	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
感染症に関する予防と対応のマニュアルは整備されているが、中・長期計画の整備途上ということもあり、職員間での認識の差が推測される。吐瀉物の処理等、対応のマニュアルの中の可能なものについては、実地での模擬訓練を実施することが望まれる。			
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	b	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
災害時の行動基準はあるが、利用者・職員の安否確認の方法が確立、周知されていない。大規模災害時に地域復興の鍵となる、BCP(事業継続計画)の作成も考慮されたい。			

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		自己評価	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	b	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「支援ガイドライン」、「日常業務マニュアル」が整備されているが、より先進的な自立支援型のサービス提供に徹するため、必要な手順・マニュアルを年度内に作りあげる予定である。そのための各種委員会を設置し、活動中である。			

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	b	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
標準的な実施方法の見直しが進行中であり、ICF統合モデル(国際生活機能分類)を取り入れて作りこむ予定である。完成すれば、事業所(職場)へ来所して終わりではなく、利用者自身の自立へ向けた活動を支援する仕組みの根幹となる。それに係わる職員として、医療職・作業療法士を募集中である。			
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	b	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
作成手順が明文化されていないものの、アセスメントシートを基に適切な個別支援計画が立てられている。個別支援計画は、利用者、家族のニーズが反映されたものとなっている。アセスメントから個別支援計画の作成に至るまで、さらにその過程での関係者や関係機関との関わり等、一連の手順の明文化が求められる。			
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	b	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
モニタリングは毎月実施されており、必要に応じて見直し・変更が行われる。見直しの結果、計画に変更が生じた場合の職員周知の手順が確立していない。個別支援計画の見直しのルール(実施者、頻度、見直し方法、周知方法等)を確立し、文書化を図りたい。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
実施間もないが、パートタイマー職員も記入できる「サービス計画実施状況進捗表」の様式を作成し、運用中である。実施状況の共有化は概ね良好である。			
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	b	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」に基づいた記録管理を行っているが、職員への周知(意識の醸成)に改善の余地がある。パソコンにはセキュリティをかけているが、パートタイマー職員をも含めた周知が必要である。			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

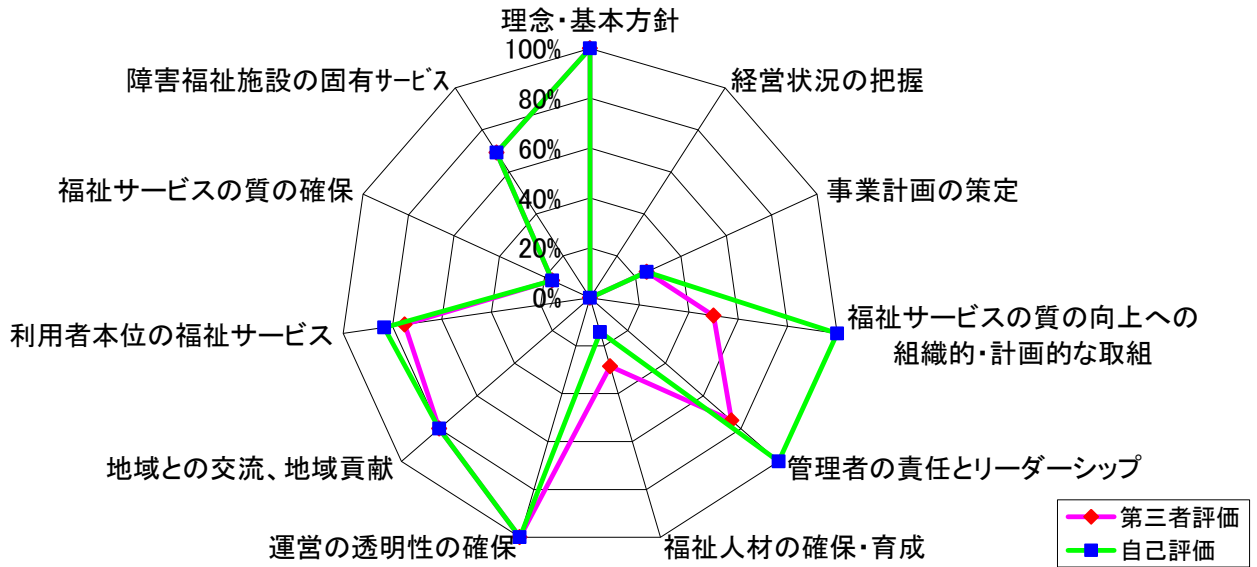
		自己評価	第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	障 47	b (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者との特記すべきコミュニケーションについては、個別支援計画書にコミュニケーション手段を記載している。手話通訳ができる職員は1名であるが、他の職員も簡単な手話をマスターしており、生活支援上での大きな問題とはなっていない。聴覚障害者の筆談や「あいうえお表」、言語障害者の「トーキングエイド」等、障害の特性によって様々な手段が講じられている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本的に利用者の希望を尊重する支援が行われているが、選択が必要な場合でも、3つは選択肢を用意し、選んでもらえるようにしている。利用者懇談会の実施により、利用者の積極的な発言機会が増えており、精神的な自立に向けての大きな進歩となった。			
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所の所在圏域の事情もあり、利用者の利用形態は曜日時間等が様々であるが、月ごとの利用者の利用形態を1枚のシートにまとめ、誰でもわかるように工夫を凝らし、全ての利用者をもれなく支援できるようにしている。歩行、移乗、食事、排泄等の支援にあたっては過介助にならないよう、常に配慮している。			
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	b a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント			
社会生活プログラムとしての買い物プログラムについて、買いたい物を決めるのに利用者が意見を述べあう機会をもうけ、最終決定に結び付けている。お互いの意見を聞きながら自らも意見を述べる機会としたことで、利用者本人の意思表示力や意志力の向上に繋がる相乗効果が起きている。今後、プログラムをさらに充実させることを期待したい。			
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	a (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者ごとに食事形態や水分補給等、必要項目を個別支援計画に盛り込んで適切に支援している。アレルギーや栄養量、肥満等の課題は、委託の管理栄養士にも相談している。			
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者懇談会での食事提供について出された意見を委託調理会社に伝達し、献立に反映させている。メニュー表では「魚」と表記されている場合は、当日の朝、魚の種類を聞いて、魚の名前を利用者に伝えている。			
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員と厨房(委託会社)とが連携しており、行事や作業の関係で食事の開始時間が遅れる場合には、事前に厨房に連絡して開始時間に合わせて出食してもらっている。温かいものは温かく、冷たいものは冷たい状態で提供しようとの配慮がある。照明はLEDライトで、食堂全体に適切な明るさがある。			

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	b	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
排泄介助で特別な支援を必要とする利用者には、それぞれに介助の方法を記載したマニュアルを作成しており、個別支援計画にも謳ってある。排泄介助の特殊なケース(排泄用具の使用法、衛生や防臭等)について、一部マニュアルがないものがあり、整備を進めている。			
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a	㉞ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
トイレは冷暖房が完備され、全てが温水式便座である。水と洗剤を使った掃除は週1回であるが、汚れた時には即座に掃除しており、常に清潔が保たれている。換気が行き届き、臭気も気にならない。			
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			

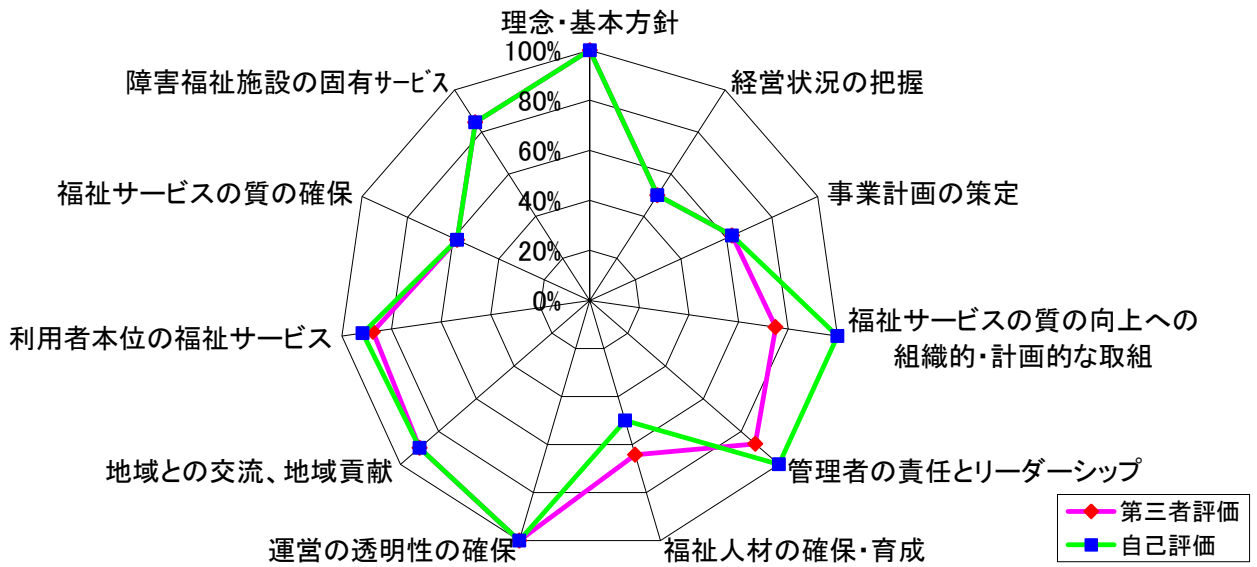
Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(6)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 61	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 63	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 64	a a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
健康管理に関する各種のマニュアルが整備され、看護師による健康管理が行われている。歯科医師や歯科衛生士等による口腔ケアの取り組みはないが、家族からの依頼がある利用者に限って、職員が歯ブラシや歯間ブラシ等で対応している。本人が自身で健康管理する中、自主的に休憩をとること場合もある。歯のトラブルから体調を崩す例も多く、専門職(歯科衛生士等)による口腔ケアの検討を望みたい。			
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	b a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
指定協力医(総合病院)までの所要時間が車で25分程度かかり、緊急時の対応が危惧される。様々な障害特性を持った利用者があり、受診を必要とするケースも様々なので、緊急時にも適切な医療が受けられるよう、利用者それぞれの担当病院(かかりつけ医)の把握に努めている。			
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 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
服薬の必要がある利用者については、医療機関からの処方箋をコピーして管理している。朝、通所時に薬を受け取り、投薬時には2名以上の職員が名前の確認をしてから実施している。このダブルチェックを欠かさず、これまでに問題はない。			
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 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本的な考え方として、余暇やレクリエーションに関しては、利用者アンケートを基に内容を決めることとしている。旅行の場合は、複数の候補地の中から、アンケート調査によって利用者が行先を決定している。法人内には旅行事業もあり、障害に応じた施設外での外出プログラムが組めるのが強みとなっている。			

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		a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

評価項目数に対してa(出来ている)項目数の割合



評価項目数に対してb(ある程度出来ている)項目数の割合



評価項目	第三者評価								自己評価							
	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数		
理念・基本方針	1	0	0	100%	0%	0%	100%	1	0	0	100%	0%	0%	100%		
経営状況の把握	2	0	2	0%	100%	0%	50%	0	2	0	0%	100%	0%	50%		
事業計画の策定	4	1	3	25%	75%	0%	63%	1	3	0	25%	75%	0%	63%		
福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	2	1	1	50%	50%	0%	75%	2	0	0	100%	0%	0%	100%		
管理者の責任とリーダーシップ	4	3	1	75%	25%	0%	88%	4	0	0	100%	0%	0%	100%		
福祉人材の確保・育成	7	2	5	29%	71%	0%	64%	1	5	1	14%	71%	14%	50%		
運営の透明性の確保	2	2	0	100%	0%	0%	100%	2	0	0	100%	0%	0%	100%		
地域との交流、地域貢献	5	4	1	80%	20%	0%	90%	4	1	0	80%	20%	0%	90%		
利用者本位の福祉サービス	12	9	3	75%	25%	0%	88%	10	2	0	83%	17%	0%	92%		
福祉サービスの質の確保	6	1	5	17%	83%	0%	58%	1	5	0	17%	83%	0%	58%		
障害福祉施設の固有サービス	13	9	4	69%	31%	0%	85%	9	4	0	69%	31%	0%	85%		
合計	58	33	25	57%	43%	0%	78%	35	22	1	60%	38%	2%	79%		