

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関情報

評価機関名：	有限会社 保健情報サービス
--------	---------------

②事業者情報

名称：	指定障害福祉サービス事業所 よなご大平園	種別：	生活介護事業
代表者氏名：	施設長 古志 賢次	定員（利用人数）：	15名
所在地：	鳥取県米子市二本木1690		
TEL：	0859-56-6226	ホームページ：	https://www.med-wel.jp/yonago/
【施設・事業の概要】			
開設年月日：平成18年7月1日			
職員数	常勤職員：10名		
専門職員	管理者：1名		生活支援員（介護福祉士等）：6名
	サービス管理責任者：1名		
	看護師：2名		
施設・設備の概要	（部屋数）		（設備等）

③理念・基本方針

施設方針『ご利用者の満足・家族の安心・地域の信頼・笑顔の職場』 1. ご利用者への最高品質のサービスの提供 2. ご利用者への懇切、丁寧、誠実な対応 3. 組織的業務の推進 4. 健全経営とコンプライアンスの徹底 5. 誇りと働きがいと風通しのよい職場

④施設・事業所の特徴的な取組

重度の利用者（重度心身障害者、医療行為者）の利用が増えてきており、増加傾向である。そうした状況を踏まえ、現在の看護師2名体制に加え、指導員も医行為に対応できるような体制づくりの為、たん吸引等の研修等にも積極的に参加されている。

⑤第三者評価の受診状況

評価実施期間	平成26年10月1日（契約日）～ 平成27年3月 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

鳥取県西部圏域の地域において就労が困難な在宅の障がい者が通所して文化的活動、機能訓練等を行うことにより、その自立を図るとともに生きがいを高めることを目的として支援されている。明るい施設で、利用者それぞれにあった個別支援が行われている。当初に比べ利用者の方も重度化しているが、人的配置やベッドや機器などの物的整備等、体制や環境を整え積極的な支援に向け努力が見られる。各種マニュアルもよく整備され、それを利用しながら職員や家族、関係機関とよく連携されてる。行事食、特別食等嗜好調査や選択制度も取り入れ、管理栄養士が関わり健康状態を考慮した食事の提供がされている。障がいの特性に応じ食事場所や時間など個別の支援が行われている。家族から心身負担軽減や支援について評価が高く、事業所運営や支援への信頼が厚い。

◇改善を求められる点

排泄や睡眠等個々の状況が異なるため、充実した環境への努力に期待したい。職員の中に、利用者や家族のニーズに合わせた支援について『もっと何かできるのではないか』という気持ちを職員が抱え込まないよう支援体制や職員間の介助方法の一貫性など支援の充実に期待したい。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

ご利用者の状態が様々であるため、職員間で統一した支援が行えるよう努めていきたい。

⑧各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（45項目）について、判断基準（a・b・c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

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1 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。	a	法人の理念、方針及び施設運営方針は、ISO品質マニュアルに明示されている。 法人理念の使命や役割を反映した施設運営方針になっている。2ヶ月に1回発行の施設機関紙や重要事項説明書、施設パンフレット、ホームページにも明文化されている。今年度法人全体でホームページをリニューアルされている。 職員に対して、前年度末の全体会議で資料配布し、法人の理念や施設運営方針について説明されている。職員会での復唱や職員名札裏面に運営方針を入れるなど周知に努められている。施設内にふりがなをつけた法人、施設の運営方針が掲示されている。利用者、家族にも事業計画と合わせて配布し、ミーティングや毎年6月に開催される家族懇話会で説明されている。利用者個々の能力に違いがあるため全員が理解できるかどうか難しいが、周知に努められている。

Ⅰ-2 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2 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。	a	障害福祉計画等を参考にしながら事業計画を検討している。市町村、相談事業所、医療機関、学校等の関係機関と連携を図り情報収集に努めている。予算執行状況や利用者状況等について運営会議、全体会議で報告し、検討している。
3 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。	a	予算執行状況や利用者状況等やサービス評価について運営会議、全体会議で報告し、検討されている。

Ⅰ-3 事業計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4 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。	a	ビジョンを明確にした中長期計画が策定されている。収支・利用率・職員比率、利用者へのサービスの提供他（6項目）を具体的に示した中長期計画となっている。 来年度は中長期計画の見直し時期であり、各施設ごとの情報をもとに共通様式で策定されている。
5 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。	a	中長期計画に沿った単年度の計画が策定されている。前年度の達成状況を確認しながら、随時見直しを行っている。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	a	職員アンケート等からの意見をまとめ、それに対して施設長がコメントしたものを運営会議で検討し、全員に資料を配布して12月の全体会議でフィードバックされた。部門目標の達成度評価についての見直しや進捗管理を行なわれている。
7	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。	b	利用者、家族へは資料を配布し、ミーティングや家族懇話会で説明を行い周知が図られている。利用者全員が理解されているよう努力はされているが難しい面も伺える。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	評価項目	第三者評価結果	コメント
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。			
8	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。	a	顧客満足度調査実施手順に基づき、利用者の満足向上に努められている。実地指導、ISOサーベイランス、監事監査、ISO内部監査、サービス内部評価等を受審し、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。
9	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。	a	内部、外部評価や監査等の指摘事項については是正処置報告書や改善計画書を作成し、迅速に改善に取り組んでおられる。 自己評価は毎年実施されているが、今年度初めて福祉サービス第三者評価を受審された。今後は各事業所が定期的に受審できるよう計画される予定ある。

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

	評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	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促している。	a	施設長の方針を示し、業務分掌にて役割と責任を明確にしている。職員会や機関紙等で表明されている。災害時の事業継続計画についても表明されている。
11	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。	a	ISO外部文書管理台帳、遵守すべき法令等を示し管理されている。施設長自ら勉強会を開催し、法令について一口豆知識の文書等を配布するなど、職員が理解しやすいような工夫を行い周知を図っておられる。法人の法令順守部会での取り組みも行われている。
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	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。	a	各種要綱の提案や見直し、専門的知識や経験に基づきケース検討会でのスーパーバイザーとして管理者自ら意欲を持ち、取組んでおられる。 職員アンケート内容は中長期計画の項目に合わせ具体的に書いてもらい、職員会議や運営会議で質の向上に生かされている。
13	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。	a	収支状況についても運営会議や毎月の全体会議で報告し、原因や今後の課題等を明確にして職員全体での取り組みとなるよう指導されている。管理者は話しやすい雰囲気があり、職員からの信頼厚い。

II-2 福祉人材の確保・育成

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	II-2-1(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。		
14	II-2-1(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。	a	法人の配置基準により、職員を配置している。有資格者の配置について施設でも検討し、採用時の確認をしている。サービス管理責任者等の資格取得にも努めている。今年度、職員の福祉人材確保と定着のため、職員の処遇や産後の勤務体制について人事制度が見直された。職員の意見が反映され、産後子育て期間中の夜勤免除や研修や資格を取得した職員への手当て等、さらに働きやすく、働き甲斐が持てる環境が整備されたことは高く評価できる。
15	II-2-1(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人の人事考課規定により評価し、評価者についての研修も実施されている。能力については職務基準書、教育訓練や目標管理手順により実施されている。定期的な面接やフィードバックも実施されている。
	II-2-2(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-2(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組んでいる。	a	身上報告書や提案制度により意向等を把握している。毎月の有給消化の把握や時間外勤務時間を月3回確認しながら、必要に応じて指導している。法人互助会とは別に施設の互助会があり慶弔等行なっている。職員旅行（コース選択）運動会、予防接種や腰痛検査、大腸がん検診等への補助制度が有る。また、施設独自のクラブ、サークル設立等の提案制度や全体会議での検討もある。職員のメンタルヘルスケアは、心の健康相談実施要綱に基づき自己チェックの実施や疲労蓄積度自己診断チェックリストを年2回実施されている。嘱託医（精神科医）、精神福祉士3名、27年2月より産業医も配置され職員が相談しやすい環境が整備されている。
	II-2-3(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-3(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	職員教育の方針について、施設長の方針が事業計画等に明示されている。新規採用職員等の育成支援実施要綱に基づき、サポーター職員を付けて職員育成に努められている。
18	II-2-3(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。	a	法人の研修委員会により階層別の研修等が実施され、県外研修も計画的に参加されている。養護学校教員等を講師に招き、施設内で研修する機会も取り入れられている。研修参加後は復命書により研修の成果、効果をもとに評価し、伝達研修や復命書を全員へ回覧されている。
19	II-2-3(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。	a	職員一人ひとりが希望が言える体制を整備されている。職務基準書から目標管理表へ落とし込み、弱い部分を目標として取り組まれている。施設内では研修計画に沿って全員が研修を受けられるシステムの構築がある。
	II-2-4(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。		
20	II-2-4(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。	a	受入責任者を配置し、手順に沿って受入れを行っておられる。個人情報保護の観点から念書を取り、学校等の目的に沿った計画を作成されている。介護福祉士科の見学実習、教員免許取得のための介護体験等を受入れることで、職員の質の向上も図られている。また実習受入れにあたり指導者研修にも参加されている。

II-3 運営の透明性の確保

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	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。		
21	II-3-1-1) 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。	a	法人ホームページにて、よなご大平園の昨年度の各施設での事業実施内容、事故や苦情等の情報を掲載されている。また、年6回発行のよなご大平園の広報誌「こころの花」でも情報を発信されている。法人としても、年4回発行の広報誌やホームページ上を通し、財務状況や各事業所の事業内容が情報公開されている。
22	II-3-1-1) 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。	a	法人監事機関による監査、経理監査を年1回受けられており、適正な経営が行われている。ISO手順により、事務、経理、取引等がルール化されており、職員にも周知されている。

II-4 地域との交流、地域貢

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	II-4-1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-1-1) ① 利用者との交流を広げるための取組を行っている。	a	自治会企画のクリーン活動による地域の環境美化や地域交流行事等で施設を理解して頂けるように機会を設けられている。地域のイベントへ作業製品の販売や展示で参加し、良い交流となっている。地域の海岸清掃に希望者が参加された。近隣の子ども会との合同企画の夏まつり、地域住民を対象とした栄養士によるクッキング教室や看護師による健康教室等も実施されている。地区の公民館の代わりとして会議室の開放や備品の貸し出しも行なわれている。災害時の地域住民の受け入れ先として、米子市と3月11日に締結された。11月15日に地域住民を対象とした、あいサポート研修を行なわれた。
24	II-4-1-1) 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。	a	ボランティア、施設見学等は担当者を決めて受入れしており、参加者の方には個人情報等誓約書を依頼されている。職場体験やイベント時の屋台等協力ボランティアも増えてはきているものの、事業所が実施するサービスについてのボランティアについては、募集しても応募がないのが現状がある。
	II-4-2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-2-1) 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。	a	関係機関・事業所等の一覧を作成されている。相談支援事業所、養護学校、振興センターやハローワーク等と連携を図り、就労支援等を行なわれている。急患もあり、消防署と連携されている。問題ケースについては関係機関を含めての事例検討会を開催されている。サービス担当者会議等にも参加し、情報の共有を図られている。米子市社会福祉協議会理事・鳥取県立米子養護学校関係者評価委員会委員（施設長）鳥取県知的障害者福祉協会理事（課長）鳥取県特別支援学校における医療的ケア運営委員会委員（看護師）として参画されている。
	II-4-3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-3-1) ① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	近隣の子ども会との合同企画の夏まつり、地域住民を対象とした栄養士によるクッキング教室や看護師による健康教室等も実施されている。地区の公民館の代わりとして会議室の開放や備品の貸し出しも行なわれている。
27	II-4-3-1) 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。	a	災害時の地域住民の受け入れ先として、米子市と3月11日に締結された。11月15日に地域住民を対象とした、あいサポート研修を行なわれた。養護学校教員研修や養護学校保護者の見学、民生委員の見学、職場体験学習の受入れ等を行っている。

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

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	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。	a	基本方針に明示し、職員会にて復唱することで徹底を図られている。人権や接遇についての研修が実施されている。また、障害者虐待防止委員会を設置し、アンケート結果をもとに研修等を実施されている。法人のプライバシーポリシー、施設内での取り扱いや職員服務規範に明示し、職員には誓約書、実習生やボランティアには念書を取られている。利用者に係る虐待防止要綱も整備されている。
29	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。	a	「緊急やむを得ないときの身体拘束に関する説明書」で説明し、了解を取られている。身体拘束の同意を家族に得ながら実施意識を持ってもらうようにされている。職員の虐待チェックリスト作成されている。身体介助が必要な場合には同性介助を心掛けているが人員体制上難しい場合もある。
	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。		
30	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。	a	ホームページや施設パンフレットがあり、施設見学や事前面接も実施されている。施設見学や事前面接時には重要事項説明書をもとに説明を行ってられる。
31	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。	a	利用受入手順に基づき、重要事項説明書、契約書を丁寧説明し同意を得るようにされている。また、個別支援計画書にも同意を得られている。体験利用の受入も行っている。養護学校から来てもらい、利用にあたり重要事項の説明等を行っている。
32	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。	a	事業所の変更等はあまりないが、法人内事業所での変更はある。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、関係機関と連携を図り、情報提供している。
	Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。	a	年1回利用者満足度調査を実施し、結果をフィードバックしている。ミーティングやご意見箱、カンファレンス、連絡ノート等にて意見を吸い上げ、対応されている。障害に対する研修も行き、障害の特性を理解した上での支援に努められている。

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。		
34	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。	a リスクマネジメント委員会の設置と担当者を明示されている。福祉サービス処理要領により対応されている。重要事項説明書に相談窓口等のフローチャートを示してわかりやすく明示されている。 施設で対応ができないものについては、法人の苦情解決委員会による第三者委員による対応がされる仕組みとなっている。
35	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。	a 直接相談、意見箱、アンケート等意見を述べやすい環境を整備されている。本人が書ける場合は本人に書いて頂く。また、書けない方については職員が相談しやすい雰囲気や心がけ聞き取りなどの対応されている。利用者や家族相談・意見等は、意識してその都度聞くようにされている。家族からは直接意見を頂くようにされているが、連絡ノートに要望を書かれることもある。嗜好調査は管理栄養士が実施される。
36	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。	a ミーティングや連絡ノート、意見箱、アンケートやカンファレンス等にて吸い上げ、組織的に迅速に対応されている。連絡ノートに書かれた意見等に対しては、事業所から返事に対する家族サインの確認や話し合意の場を持ち、意思疎通を図り利用者満足の向上に努められている。
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。		
37	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。	a 法人・施設のリスクマネジメント委員会を設置し、感染症や緊急時対応等のマニュアルや事故・ヒヤリハット報告を整備されている。 法人のリスクマネジメント委員会での水平展開や研修会を実施されている。
38	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。	a 普通救命講習会や図上訓練等も実施されている。 感染症など緊急問題が生じれば、看護師、嘱託医、施設長が中心となり周知確認が迅速に対応されている。 事故・ヒヤリハットを集計分析し、予防に努められている。 予防の安全確保体制も嘱託医等と協力し整備されている。
39	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。	a 津波及び洪水等に係る避難訓練実施要綱に基づき訓練を実施されている。災害時備品等を常備し、非常食は中長期計画で増やしていく予定である。非常食3日分の使用品目（献立）を明示し、災害時に備えられている。災害時の水の確保として、貯水槽から飲み水が給水できるように整備された。交通事故に対する取組みとして、車輛の後部座席のシートベルト着用の義務づけ等の対策を実施されている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。		
40	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。	a 各手順書に基づいて提供し、日課、各手順書、品質マニュアル、運営便覧等により明示されている。
41	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。	a 毎年4月の運営会議にて文書レビューを実施し、随時変更を行っておられる。ISO確認書を参考に、書類の確認や見直しを常に行っておられる。

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。			
42	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。	a	個別支援計画作成・変更手順により、アセスメント、モニタリング、カンファレンス等を実施し、課題等を把握しながら支援にあたられている。相談支援事業所と連携を図りながら、サービス等利用計画をもとに個別支援計画書を作成されている。 支援計画は「健康でただ生きている」ということでなく、『自分なりの長期目標を自覚し、生き生きと生活している』内容になるような目標設定を検討されると良いと思われる。
43	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。	a	6ヶ月ごと定期的に評価・見直しが行われている。アセスメントより意向、要望を聞き、見直しの支援計画は作成されている。状態変化の時は緊急に支援計画の変更が行われている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	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、職員間で共有化されている。	a	利用受付手順・個別支援計画書作成変更手順に基づき記録されている。サービス経過、個別支援計画書等の個人ケースファイルや各日誌等に記録されている。 職員間は、職員会や連絡ノートでの周知により情報の共有を図り、記録の勉強会も実施されている。
45	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。	a	情報開示については法人の個人情報保護規定により対応されている。個別支援計画に基づくサービスを提供し、上席が毎月記録を確認されている。 管理についてはプライバシーポリシー、施設での取り扱いや品質記録リストにて規定されている。

福祉サービス第三者評価結果 (付加基準－障害者・児施設版－)

※すべての評価項目（26項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

A-1 利用者の尊重

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 利用者の尊重		
1 A-1-(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。	b	必要があれば個別支援計画書に項目としてあげて対応されている。 声のトーンや目の動きを読み取り、障がい特性を捉えたコミュニケーションを心がけてはおりますが、職員自身はまだ充分でわないと感じている。 写真やリトルマック、筆談用のボードを使用し、言葉以外でのコミュニケーションが図られるように工夫されている。手段の工夫が、まだ一部の方となっているので今後の課題と言える。また、コミュニケーション機器についても充分とは言えませんので検討されること良いと思う。
2 A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	発言できる利用者は殆どなく、本人が喜んでいるか分からないところもある。家族から趣味を聞き取り、活動に取り入れられている。 利用者からの希望があれば活動にも取り入れたいのだが、利用者の重度化の傾向が進み、難しいのが現状である。重度の為、外部の人との交流の機会や利用者の会といった活動も難しいのが現状である。 利用者が決めた活動もあるが、概ね職員主体で決められている活動が多い。障がい特性など捉えた活動としてはできていないのが現状である。
3 A-1-(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。	b	自分の力を活かせるよう個別支援計画書にあげ、役割を持てるようにされている。整備はされていないが、見守る努力をするようにされている。 担当職員は、利用者の状況や家族のニーズに合わせた支援ができていないと、感じる時もあり、職員間で、「どこまで自力で、どこから支援するのか職員によって差がある」「職員によって介助が必要であると思うポイントが違う」などの意見があり職員間のすり合わせが必要と思われる。 平成26年度から月2～3回、県の事業で理学療法士が派遣されている。
4 A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a	利用者のエンパワメントの理念に基づく事業所としてのプログラムとしてはないが、個々の利用者一人ひとりに合わせたプログラムを考え提供されている。 利用者も一緒に作ってみるクッキングや近隣のショッピングセンターへ買い物に出掛けたり、美術館に出掛けるなどされている。また、年齢相応の話し方ができるようにアドバイスもされている。

A-2 日常生活支援

	評価項目	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 食事			
5	A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a	特別食の方はアセスメント票からも拾いだし、個別支援計画書の横目にもあげられている。状態に変化があればすぐ変更す量にもされている。 一人ひとりに合った硬さなども決めたり、食事形態や介助方法についても個々の利用者ごとに細かく決め対応されている。 サポートブック、利用者対応表にもあがっている。 可能な限り、身体状況に合わせた食事を提供するよう心掛けておら。職員によって介助方法等少しバラつきがある場合もあるので職員間で統一される必要もあると思われる。
6	A-2-(1)-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。	a	嗜好調査が年1回行われており、リクエストメニュー等で献立に反映されている。 選択メニューがあり、自分で選べるようになっている。また、行事食や季節の食材を使用するなどの工夫もされており、献立表についても、事前に配布し、メニューを伝えられている。 温冷配膳車を使用されている。
7	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	食事時間に音楽を流すなどし、利用者が心地よい環境で食事ができるよう配慮されている。 食事の進まない方に対し、本人の好みそうな盛り付け（皿）をすることもある。 食事場所と活動場所が同じでありあまり配慮できていないが、食べる場所やかかる時間等については個々の障がい特性に応じた支援行われている。全員が一緒に時間で食事を行うようになっており、時間の幅的にはあまりないが現状である。
A-2-(2) 入浴			
8	A-2-(2)-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。	a	アセスメント票から拾いだし、個別支援計画の項目にあげられており、個々に合った形態での入浴方法で行われている。 シャワーストレッチャーや個浴のリフト等環境が整えられている。
9	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	できる限り曜日は希望に沿っているが、人数制限があり希望に沿えないこともある。 入浴日（曜日）については、事前に希望を聞き取り決めるようにされているが、希望に添えない場合もある。 失禁等汚染された場合には直ちにシャワー浴が可能である。
10	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	脱衣場入口にのれんを掛けて目隠しにされており、プライバシーの確保に努められている。 冷暖房設備はあるが、冬場は少し寒い。 介護施設の浴室を使用しているため、ご利用者の身体状況に合っていないところもあるが、個浴リフト等設置し、できる限り対応されている。 入浴の検討会までは実施されていない。

A-2-(3) 排泄			
11	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	アセスメント票から拾いだし、個別支援計画の項目にあげられて支援されている。 毎日の利用者の状況票に記録されている。必要な方は連絡ノートにも記入されている。 個々の状態に合わせた介助方法があり、サポートブックや個別支援計画にもあがっている。 職員の業務や人員体制によって時間を決めて行ってしまうことがあり、課題と考える。
12	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	b	毎日清掃されているが、共用なため床がぬれている場合もある。温便座があるが、トイレ用に冷暖房はないため冬場は少し寒く感じられることもある。 必要な方は各カンファレンスで検討されている。
A-2-(4) 衣服			
13	A-2-(4)-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。	該当なし	
14	A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a	汚れや発汗などの時は随時速やかに着替えるようにされている。 本人の預かり衣類がない場合は、施設の衣類を貸出されている。
A-2-(5) 理容・美容			
15	A-2-(5)-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。	該当なし	
16	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	該当なし	
A-2-(6) 睡眠			
17	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	b	利用者の身体状況に合わせて、昼食後午睡していただいている。午睡時は電気を消すなど、ゆっくり休めるようにされている。 フロアが1つのため、歩き回る利用者もあり、適した環境が提供しにく面もある。また、ベット、布団が不足する場合がありますので検討されると良いと思う。

2-(7) 健康管理			
18	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	毎日健康観察を実施されている。朝のバイタルチェックを行い、必要に応じて連絡ノートに記入されている。変わったことがあれば家族に連絡されている。毎日体操などを取り入れ、体力維持に努めたり、歯磨きの支援もされている。体調異変時は看護師に報告し、必要に応じてご家族や医療機関へ連絡し対応されている。
19	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	協力病院は決まっているが、それぞれにかかりつけ医があるため、そちらを優先するようにされている。緊急時は家族等と相談しながら対応されている。迅速で適切な医療が受けられるよう努力されている。
20	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	家族の希望時のみ対応となっている。預かった薬は鍵のかかるところでトレイに入れ管理されており、チェック表にて持参、服薬確認されている。持参されている全ての薬の情報が得られない面もあるので検討されると良いと思う。
A-2-(8) 余暇・レクリエーション			
21	A-2-(8)-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。	b	利用者アンケートから吸い上げることもある。利用者での運営は難しいため、職員が主体となり決定されている。意思疎通が難しいご利用者も多く、必ずしも希望に沿っているものとはいえない部分もある。色々と考え試行錯誤されている。利用者全員が同じレクリエーションを行っており、レベルによっては楽しめていない利用者もおられると考えられる。平成27年度から月2～3回、県の事業で理学療法士、作業療法士が派遣される予定なので、一緒に工夫されても良いと思う。
A-2-(9) 外出、外泊			
22	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	外出の機会は提供されており、希望にはできる限り応じるようにされているが、どうしても多くは職員が選んだところになることが多い。お出かけについては、アンケート等に基づいて計画を立てているが、時間や費用の関係で希望通りにいかないこともある。職員の人員体制や車の手配の都合などもあり、外出の機会が減っているの現状である。
23	A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	該当なし	
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等			
24	A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	該当なし	
25	A-2-(10)-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。	該当なし	
26	A-2-(10)-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。	該当なし	