

# 福祉サービス第三者評価結果

## ①第三者評価機関名

名称	社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会
調査実施日	平成28年5月11日(水)、12日(木)

## ②事業者情報

名称	シーズ	種別	障害者支援施設
代表者氏名	理事長 林 正敏	定員	40名
所在地	徳島県阿南市上中町南島15番地の1		

## ③総評

### ◇特に評価の高い点

<p><b>福祉ニーズに対応した事業の展開と支援の拡大</b></p> <p>法人内の相談支援事業等を窓口として、地域で暮らす障害児・者のニーズを把握し、従来からの事業に加えて放課後デイサービス、発達障害児を支援する事業所“キッズベースシーズ”を新規開設するなど、地域の障害児・者に対して包括的な支援を積極的に展開していることは評価できる。</p>
<p><b>地域との協働を基盤とした地域貢献活動の推進</b></p> <p>毎年、災害に備えて“防災にふれあう会 in シーズ”を開催し、地域住民と協力し合う体制を構築しており、利用者や地域住民の安心・安全に向けて取り組んでいる。また、市行政から福祉避難所の指定を受けるなどして、地域で暮らす障害者の受け入れ体制の整備に努めている。“スポーツごみ拾い”と冠した取り組みを行い、利用者の健康管理や体力向上に加えて、楽しく近隣の清掃活動を続けている。この活動が“河川協力団体”の認定を受けるなど、利用者が地域の一員として過ごすことができるよう施設全体で社会貢献に取り組んでいることは評価できる。</p>
<p><b>適正なサービス提供に向けた取り組み</b></p> <p>個別支援計画の作成に係る手順等の標準化を図るため、わかりやすいシートを作成するなどの工夫を行っている。年4回、利用者や家族との個別面談の機会を設けたり、年2回、モニタリングを実施したりして、利用者や家族の意向を尊重して支援内容を決めるよう留意している。利用者一人ひとりの状態に応じたコミュニケーション手段を確保するため、絵カードや写真、文字等による視覚ツールを用いている。また、利用者が感情や意向等を率直に表出しやすいよう雰囲気づくりや良好な関係づくりに配慮するほか、しぐさや表情等による非言語コミュニケーション手法を活用するなどした支援を行っている。</p>
<p><b>職員の教育・研修の推進</b></p> <p>施設では、職員が様々な研修会を積極的に受講することができるよう研修計画を策定している。また、資格取得についても積極的に推奨している。外部講師を招聘して、人権擁護や障害者差別に関する研修を実施するなど、職員の人権意識の向上とスキルアップの機会を設けている。</p>

### ◇改善を求められる点

<p><b>組織の醸成に向けた中・長期計画の策定</b></p> <p>地域ニーズを踏まえたうえで、新たな事業を積極的に展開するなど、社会福祉法人としての地域で果たすべき責任と役割の発揮に努めている。一方、法人の担う様々な事業の予算根拠となる収支計画に基づき、将来像を見据えた組織体制や設備整備・修繕、職員体制、人材育成等の確立への具体的な達成目標を盛り込んだ中・長期の計画を策定するまでには至っていないため、組織としての策定を急がれたい。社会福祉法の一部改正に伴う経営組織のガバナンスの強化、事業運営上の透明性の向上等、これら制度に応じた改善計画を作成し組織力の醸成に取り組まれない。</p>
<p><b>労務管理と人材育成の促進</b></p> <p>組織として人事考課制度を導入し実施している。しかし、組織として評価結果を職員一人ひとりに書面でフィードバックするまでには至っていない。また、処遇改善やメンタルケアなどの労務環境の整備についても、職員の働く意欲の向上や組織の活性化に向けて必要な事柄であるため積極的に取り組まれない。</p>
<p><b>利用者支援に係る書類作成とファイリングの工夫</b></p> <p>利用者へのサービス提供に係る一連の記録書類を分散して管理しているため、支援の流れを確認しづらい。また、サービス提供の根拠となる福祉サービス受給者証やサービス利用計画書を一元管理する仕組みが無いため改善されたい。紙媒体のみ記録とすることなく、職員に向けたIT研修の実施や、全職員が電子データで情報共有することのできる仕組みやシステムの導入についても検討されたい。各種マニュアルや各事業の運営規定等の書類は適正にファイリングし、日頃から様々な職員が情報共有・確認をしやすいよう工夫されたい。また、手書等で管理している台帳等も、正確性の向上や効率化をさらに図るためにも、ITの活用等の工夫にも期待する。</p>
<p><b>人権保障意識の浸透と利用者の代弁者である家族会との連携</b></p> <p>利用者への安全確保等の理由から、生活エリアのさまざまなところを施錠しているが、利用者間で朝の一定時間に限り“見守り隊”を結成するなどの工夫が見受けられる。“見守り隊”は、はつぴを着用するなどして、利用者同士で声かけを行っている。また、一部施錠をしない時間でも、安全・安心に過ごすことができるよう努めているが、利用者や家族の自由な関わりにおいては、障壁となる制限を設けているため、軽減に向けた取り組みを工夫されたい。特に、家族との面談において要望を聞き取っているが、施設と利用者(家族)の関係から生じている情報の非対称性の性質からは、一人ひとりが自由に気持ちを表出できているとは限らないことを十分に考慮したうえで、本人の代弁者である家族からの集約された意見を取り入れるよう、“家族会”との協力体制を構築するよう期待する。</p>

## ④福祉サービス第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回で4回目の受審となります。我がが日頃から提供しているサービス内容について障害福祉に造詣の深い評価者の方から評価していただいたことにより、現状について様々な角度から点検をすることができました。4回目ともなると問われる内容も3回目より更に深くより水準の高い内容となってきましたが、裏を返せばこれまでの受審で水準が上がってきている何よりの証拠だと職員一同の自信に繋がっております。利用者や安全確保・プライバシー保護及び個人情報保護の観点から重要書類等が保管してある夜勤室やスタッフルーム及び管理棟と生活棟を区切りする為の施錠が“さまざまどころ”と評価された点については残念である。安全管理と人権尊重の狭間で自由な関わりが持てるよう最低限のルールを設けており、現にルールを遵守し、自由な関わりを担保しておられる方も多くいらっしゃる。社会環境や時代背景、法制度の変化に伴い施設に求められる機能や役割・責任の変化についてもご利用される方々にご理解頂けるよう更なる情報発信に努めていく。家族会との関係性においては、役員会を施設で実施して頂いており、その際には質問事項にもお答えしている。個別に関わるケースについては年4回の面談以外にも帰省・帰園時や電話対応・連絡帳の活用など幅広く関係性の構築に努めている。また、“情報の非対称性”が起こらないよう毎月シーズ通信を各家庭にお送りし“情報格差の縮小”に努めている。今後は更に制度・法律・サービス内容についても詳しく盛り込み継続して行っていく。従来より資格等に応じて昇給する明確な仕組みを構築し、処遇改善加算の中でも最も要件の厳しい加算Iを取得することで、職員の処遇改善を行ってきた。28年度は職員向けにキャリアの道標となるシーズキャリアパスを作成し、キャリアアップ研修など複数回社内研修を実施。また、29年度給与規程を変更し、更なる賃金体系、昇給の明確化を行った。29年度は新設された加算Iの要件を満たし届け出を行うことで更なる支援員の処遇改善を行っていく。今回の受審で、さらに質の高い福祉サービスを提供する為の「きっかけ」が新たに発見できた。今後も第三者評価を継続して受審し“前を向いて変化し続ける”事が大切であると感じた。</p>
--

## ⑤評価細目の福祉サービス第三者評価結果(別添)

## 福祉サービス第三者評価結果（共通評価項目）

### I. 福祉サービスの基本方針と組織

#### I-1 理念・基本方針

	評価結果	判断の理由		
I-1-（1） 理念、基本方針が確立されている。				
I-1-（1）-① 理念が明文化されている。	a	b	c	法人の理念を明文化している。理念を施設内に掲示したり、事業計画やホームページ、パンフレット等に掲載したりして、周知を図っている。平成22年度に見直しを行い、毎年、法人の使命・役割の確認を行っている。
I-1-（1）-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	b	c	理念に基づく基本方針を策定している。施設が提供する福祉サービスに対する基本的な姿勢が示されており、理念を実現するための方向性を示したものとなっている。また、職員の行動規範となるような内容となっており、事業計画等に記載している。
I-1-（2） 理念や基本方針が周知されている。				
I-1-（2）-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	b	c	全職員へ理念や基本方針を記入した文書を配布している。利用者と職員は、“朝の会”などの機会に理念を唱和し方針を共有している。平成28年度には、全職員で法人の理念をより身近に感じたり、理念を実現するために各部門等で理念を掲げるよう検討したりして共有化を図っている。
I-1-（2）-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	b	c	利用者の自治会や個別の懇談等の機会に、理念について説明している。また、ホームページや広報誌等に記載し周知を図っている。しかし、家族会等では説明の機会等を設けておらず、事業所の理念や基本方針について、理解を得るための工夫が十分とはいえない。また、障がいのある利用者に対する周知方法の工夫や配慮を行うまでには至っていない。

#### I-2 事業計画の策定

	評価結果	判断の理由		
I-2-（1） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。				
I-2-（1）-① 中・長期計画が策定されている。	a	b	c	中・長期“5か年計画”を策定している。しかし、社会福祉法の一部改正等を踏まえ、法人の理念、基本方針の実現に向けたビジョンとして、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行ったうえで課題や問題点を明確にするまでには至っていない。また、収支計画を立てているが、今後の解決に向けた具体的なものとはならない。
I-2-（1）-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	b	c	組織で課題や問題点を把握し、検討を行って、事業計画と収支予算書を策定している。しかし、収支の具体的な裏づけを明確にしておらず、計画に対する数値目標や達成目標等を設定するまでには至っていない。

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。				
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	①	b	c	施設入所支援事業や生活介護事業、障がい児（者）短期入所事業、日中一時支援等、また各種委員会ごとに職員が参画し、利用者や地域のニーズ等の課題や問題点の抽出を行って事業計画を策定している。毎年度、組織的に事業計画の見直しを行っている。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	①	b	c	全職員に事業計画書を配布し、会議や各種委員会、職場内研修会等の機会に説明を行っている。また、各部署で閲覧できるように資料を作成するなどして、より理解を深めることができるよう努めている。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	②	c	年4回、利用者の自治会と家族等との個別面接の機会に口頭で説明している。しかし、家族会で説明する機会を設けるまでには至っていない。利用者等の十分な理解を促すための資料等を作成したり、積極的に説明の機会を設けたりするまでには至っていない。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	評価結果	判断の理由		
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。				
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	①	b	c	施設長は、会議や職場内研修等の機会に、文書等で自らの役割と責任を職員へ表明している。広報紙等にも自らの役割と責任を記載するなどしている。
I-3-(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。	①	b	c	施設長は、遵守すべき関連法令等を把握し理解している。また、外部の研修会や勉強会等へ積極的に参加している。全職員で情報を拡散・共有するため、職員内研修の機会等に周知を行っている。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	①	b	c	施設長は、企画運営会議や各種委員会等を構成し、福祉サービスの質の向上や改善に向けて取り組んでいる。自らも各種会議に参加するなどして、リーダーシップを発揮している。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	②	c	施設長は、経営や業務の効率化に向けた重点事項を示し、必携を作成している。しかし、組織の理念や基本方針の実現に向けた様々な事業展開に必要な人材確保や育成、労務環境等の整備に並行して取り組んでいるとはいえない。また、IT機器を導入して業務の効率化・改善に向けた環境整備に努めているが、実質的にシステムを整備したうえで有効に活用しているとはいえない。今後は、様々な事業を実施するうえで必要となる情報の集約と拡散、共有に努め、そのことに必要な人的整備についても検討されたい。

II. 組織の運営管理

	評価結果		判断の理由	
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。				
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	ⓑ	c	職員は、各種研修会に参加したり、専門誌から情報を得たりして、社会福祉事業の全体像の把握に努めている。施設の相談支援・療育等支援の窓口が中心となって、地域の潜在的利用者の需要や動向を把握するよう努めている。なお、地域の利用者のニーズに応じて発達障害支援事業所“キッズベースシーズ”を開設するなどの取り組みを行っている。今後、把握された情報等を、中・長期計画等に反映したり、評価や見直しを行ったりすることを期待する。
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	ⓑ	c	K A I Z E N N委員会等を設置し、施設の経営状況や改善すべき課題、問題点の把握に努めている。今後は、職員等から出された計画や課題、改善策について検討を行うなどして、組織的に具体的な取り組みを行われたい。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	ⓐ	b	c	税理士による財務管理等に関する指導・助言を受けており、経営上の改善等に取り組んでいる。

II-2 人材の確保・養成

	評価結果		判断の理由	
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。				
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	ⓑ	c	必要な人材や人員体制に関する基本方針を示しており、社会福祉士や介護福祉士、介護支援専門員等の資格取得や専門職の研修等のプランを作成している。今後は、より質の高いサービスを提供するため、必要な人材の確保と適正な配置、各種加算の取得等の人員体制整備に係る具体的な取り組みに期待する。
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	ⓐ	b	c	人事考課制度を導入し、人事考課基準を明示している。複数の評価者による評価を実施している。施設長による個別面談の際に、本人へ口頭で評価結果を伝えている。評価結果は、賞与に反映している。
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	ⓑ	c	定期的に、施設長と職員のヒアリングの機会を設けている。職員一人ひとりの意向や意見を把握する体制を確立している。しかし、職員の就業状況や意向、意見を把握したうえで結果を分析し、処遇改善に向けたプランを作成するまでには至っていない。
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	ⓑ	c	職員の健康維持のため、組織として健康診断の実施やインフルエンザ予防接種の一部補助等を行っている。サービス管理責任者が中心となって、職員間で自由に話し合うことのできる雰囲気づくりに努めている。今後、組織的にメンタルヘルスなどに関する取り組みに着手するよう期待する。

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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	①	b	c	福祉サービスの質の向上のために、組織が職員に求める教育や研修の基本姿勢を明示している。
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	①	b	c	職員研修マニュアルを整備し、一人ひとりに応じた教育・研修計画を策定し実施している。外部研修への参加を積極的に支援している。また、外部から講師を招聘し、特に人権擁護や虐待防止等の研修を定期的に行っている。
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	②	c	研修会に参加した職員は報告書を作成し、職員会議や勉強会等の機会に報告や発表を行っている。今後は、研修受講後、業務を振り返り、研修成果に関する評価・分析を行うなどして、次年度の研修計画等への反映や見直しを行いたい。
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。				
II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	①	b	c	実習生の受け入れに関する基本姿勢を明示し、担当者を配置している。また、実習生の受け入れに関するマニュアルを定めたり、資格取得者や支援学校生等のためのプログラムを整備したりしている。福祉人材を育成することを目的として、実習生の受け入れ体制を構築している。

### II-3 安全管理

	評価結果		判断の理由	
II-3-(1) 利用者の安全を				
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症、災害の発生時など）における利用者の安全確保の体制が整備されている。	①	b	c	利用者の安全確保等を目的とし、事故や感染症、災害発生時の各種マニュアルを整備している。定期的リスクマネジメント委員会を開催し、具体的な検討や見直しを行っている。職員は、利用者の安全確保のために防災知識の習得に努めている。また、利用者と地域住民を対象に防災教室を開催して普及啓発に取り組むなど、地域住民の協力を得て体制を強化するよう取り組んでいる。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	①	b	c	災害時における利用者や職員の安否確認の手順を定めている。平成27年度には、行政による“すだちくんメール”を活用した安否確認訓練に参加している。危機管理アドバイザーを配置し、地域の自主防災組織等の協力を得て防災訓練等を実施し、課題を共有するなどして相互の協力関係を築いている。
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	①	b	c	事故対応マニュアル等を作成し、利用者の日常生活のリスクの軽減を図っている。利用者の安全を脅かす事例が生じた際には、リスクマネジメント委員会が中心となって迅速に発生要因を分析したり、未然防止策の構築に取り組んだりしている。

II-4 地域との交流と連携

		評価結果		判断の理由
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。				
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	Ⓐ	b	c	利用者と職員で、地域の清掃活動“スポーツゴミ拾い”を実施しており、体力づくりと地域の環境美化のほか、施設としての地域貢献活動に繋がっている。定期的に地域住民の参加を得て防災教室を開催するなどして、住民や地元の小学生との交流を図っている。事業所では、利用者自身が地域の行事へ参加したり、買い物に出かけたりして、積極的に地域と交流することができるよう支援している。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ	b	c	相談事業所を窓口として、在宅の障がい者や家族からの相談を受け、ニーズに応じた支援に取り組んでいる。また、緊急入所などの体制を整備している。施設で防災教室を開催したり、福祉避難所としての指定を受けたりして、地域の災害時の拠点として活動するよう取り組んでいる。
II-4-(1)-③ ボランティア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	Ⓑ	c	ボランティアの受け入れに関する基本方針を明確にし、対応マニュアルも作成している。近隣の大学と連携し計画的にボランティアを受け入れるよう検討しているが、具体的な講座や体験学習を実施するなど取り組みは十分とはいえない。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。				
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	Ⓐ	b	c	職員間で、行政機関が作成した社会資源に関する資料を共有し、施設に必要な関係機関や団体の機能、連絡方法を把握するよう努めている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ	b	c	地域の関係機関の開催する障害者自立支援協議会等の会議に出席している。様々な問題解決に向けて、関係機関とのネットワークの構築に取り組んでいる。
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 地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ	b	c	相談支援事業所が窓口となって、関係機関や各種団体と連携し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。発達障がいや難病等の相談にも応じるなどしており、より詳細なニーズを把握するよう努めている。
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。	Ⓐ	b	c	中・長期的な事業活動を踏まえ、地域における福祉の総合相談窓口としての役割を担うよう取り組んでおり、ショートステイやグループホーム、日中一時支援等の事業を展開している。また、法人として、地域の福祉ニーズに基づいて発達障害支援事業“キッズベースシーズ”を開設するなど、法人の有する専門性を地域で発揮することができるよう取り組んでいる。

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

		評価結果		判断の理由
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組を行っている。	Ⓐ	b	c	利用者を尊重したサービスに関する基本姿勢を明示している。シーズ倫理綱領や行動指針、行動規範、職員心得等を掲げている。また、職員は、障害者虐待防止法や障害者差別解消法に関する研修会や勉強会を行っている。
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	Ⓑ	c	利用者のプライバシーを尊重した支援に努めている。居室は2人部屋のため、カーテンで仕切るなどしてプライバシーの確保に努めている。“利用者に対するプライバシーの侵害”を一般文書化しており、入浴等に関する留意点の記載はあるが、プライバシー保護に関するマニュアル等を整備するまでには至っていない。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。				
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	Ⓑ	c	職員は、利用者の自治会等に参加するなどして、意向や希望を把握するようにしている。年4回、家族との個別面談で意向や要望を聞くようにしている。また、利用者等から出された意見や意向は、K A I Z E N N委員会での分析・検討し、企画会議に諮る仕組みとなっている。しかし、利用者や家族に満足度調査を行ったり、職員等が家族会に参加したりして、現状を把握するよう努めるまでには至っていない。
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	Ⓑ	c	日頃から、職員は、利用者や家族が話しやすい雰囲気づくりに努め、意見や意向等を表出しやすいよう配慮している。相談室を整備したり、玄関に意見箱を設置したりしている。しかし、相談しやすい日を設けたり、第三者や専門家による相談の機会を設けたりするまでには至っていない。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	Ⓑ	c	苦情受付担当者や苦情受付責任者、第三者委員等の苦情解決に係る体制を整備している。また、相談室に要望記入用紙を用意している。しかし、施設内の利用者の生活の場や日中活動の場に、苦情解決の仕組みに関する掲示を行うまでには至っていない。今後は、家族会等を通じて苦情解決の仕組み等の周知やフィードバック機能を十分に発揮するよう取り組まれない。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対し迅速に対応している。	Ⓐ	b	c	利用者から出された意見は、速やかに全職員で共有している。また、各種委員会で話し合うなどして、改善策を検討している。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	評価結果			判断の理由
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。				
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	b	c	定期的に福祉サービス第三者評価を受審する体制を構築している。第三者評価委員会が中心となって、自己評価に取り組んでおり、サービスの質の向上と改善に取り組んでいる。
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	b	c	K A I Z E N N委員会や企画委員会が中心となって、出された課題や気づきについて話し合い、検討を行っている。また、自己評価結果を企画運営会議に諮り組織的に対応するよう努めている。今後は、評価結果等から抽出した課題を明確にし、具体性のある改善策や改善実施計画を立てて取り組むよう期待する。なお、実施計画の策定にあたっては、課題ごとに中期・長期で取り組むべきものを整理したうえで取り組むことが望ましい。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。				
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	b	c	サービス提供に係る業務手順を文書化するなかで、標準的な実施方法を示している。定めた手順書に基づいて研修等を行い、職員間で共有している。今後は、利用者一人ひとりへのサービスの質の向上を図るため、提供するサービスごとの標準的な実施方法の作成等に期待する。さらに、標準的な実施方法には、利用者の尊重やプライバシーに関する留意点等も含まれたい。
Ⅲ-2-(2)-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	b	c	利用者の意見や要望を踏まえ、サービスの実施方法を見直している。職員間で、問題点や課題をわかりやすくQ&Aで作成するなどして共有化を図り、各種委員会で検討を行っている。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。				
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	b	c	組織の規定に基づき、利用者一人ひとりへのサービス提供の記録を行っている。記録の書き方等に関する作成手順をケース会議や各種研修会の機会に共有している。しかし、支援経過などの記録が、分散して保管・管理等されているため、サービス実施計画に基づくサービスが提供されている、一連の記録が速やかに確認できるまでには至っておらず、記録・管理の方法について再検討されたい。
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。	a	b	c	利用者に関する記録の管理規定に基づき、管理責任者を定めている。個人情報保護や情報開示の規定を定め、記録の管理体制も整備している。今後、記録書類のファイリング等のルール化等についても工夫するよう期待する。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	b	c	朝礼時に職員間で、利用者の状況や留意すべき事項等の共有化を図っている。手書きの書面やパソコンなどで記録し、情報共有に努めている。パソコンのネットワークシステムの利用も始めているが、積極的に情報を電子データ管理したり、職員間で情報の共有を行ったりするなどの取り組みを行うまでには至っていない。



Ⅲ－３ サービスの開始・継続

		評価結果		判断の理由
Ⅲ－３－（１） サービス提供の開始が適切に行われている。				
Ⅲ－３－（１）－① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	①	b	c	施設のホームページやパンフレット等を作成し、利用希望者への情報提供を行っている。定期的にホームページを更新し、施設の取り組みや活動、行事内容等を公開している。また、希望に応じて施設見学等を受け入れている。
Ⅲ－３－（１）－② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	①	b	c	サービス開始時の段階で、利用者や家族へ重要事項説明書等に基づいて説明を行っている。本人や家族の同意を得たうえで、契約書を取り交わしている。また、判断能力が不十分な利用者には、日常生活自立支援事業や成年後見制度等の説明を行っている。
Ⅲ－３－（２） サービスの継続性に配慮した対応が行われている。				
Ⅲ－３－（２）－① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	①	b	c	サービスが終了したあとでも、これまでの継続性を損なうことのないよう、同一法人の運営する相談支援事業所を案内するなどして支援している。

Ⅲ－４ サービス実施計画の策定

		評価結果		判断の理由
Ⅲ－４－（１） 利用者のアセスメントが行われている。				
Ⅲ－４－（１）－① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	①	b	c	利用者の心身状況や生活状況等を正確に把握するため、組織が定めた様式で、一定の手順に基づいてアセスメントを行っている。年２回のモニタリングと年４回の家族面談でニーズを聞きとり、多職種によるケース会議を開催している。
Ⅲ－４－（２） 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。				
Ⅲ－４－（２）－① サービス実施計画を適切に策定している。	①	b	c	サービス実施計画策定の責任者を定め、責任者が手順にそって計画を作成している。個別支援計画の作成やサービス提供に向けたプロセスを文書化している。利用者や家族との個人面談やアセスメントの結果等からニーズを把握するようにしている。
Ⅲ－４－（２）－② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	①	b	c	年２回、担当職員等でモニタリングを行って個別支援計画を見直している。年４回、サービス管理責任者等による利用者や家族との面談の機会を設けている。その際に出された意見に基づいて、再アセスメントを行い、計画を見直すようにしている。

## 福祉サービス第三者評価結果（障害者・児施設版）

### A-1 利用者の尊重

	評価結果			判断の理由
A-1-(1) 利用者の尊重				
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。	a	b	c	利用者一人ひとりの心身の状態や障がいの特性に応じたコミュニケーションのとり方に留意している。職員は、一人ひとりに寄りそう支援に努め、視覚化等を活用したコミュニケーションツールを工夫している。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	b	c	職員は、利用者の意向を尊重し行動を抑制することなく支援している。組織として、利用者が主体的に活動する自治会が発展的に取り組むことができるよう支援している。施設長や職員は、自治会等との話し合いの機会を設けている。
A-1-(1)-③ 利用者が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。	a	b	c	職員は見守りの姿勢を基本とし、利用者の主体性を尊重したうえで一人ひとりと話し合っ支援するようにしている。支援の方法等について職員間で共有している。
A-1-(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。	a	b	c	利用者の自己決定を促し、少人数での外出や機会を増やす工夫を行っている。社会生活における生活力の向上を目的とした外出プログラムも展開している。

### A-2 日常生活支援

	評価結果			判断の理由
A-2-(1) 食事				
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	b	c	利用者の嗜好やアレルギー特別食など、一人ひとりに応じた食事を提供している。利用者の体調や心身の状況に応じて、食事の摂取量や形態に配慮している。また、医療機関等の健診・受診結果にも留意している。
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	b	c	定期的に、嗜好調査を行っている。利用者の自治会から出された意見等を取り入れ、献立をたてたり、選択メニューを提供したりしている。食事は業者に委託しており、食事サービス会議を設けるなどして話し合っているが、利用者の参加を得るまでには至っていない。楽しく食事をとるための工夫は十分とはいえない。

A-2-(1)-③ 喫食環境 (食事時間を含む)に配慮している。	a	⑥	c	利用者の希望や状況に応じて、食事時間に幅を設けている。建物の構造上、利用者全員が一同に食事をするのが困難であり、組み合わせないように工夫している。しかし、食事の開始時間や食堂のスペースの改善等について、検討や課題の抽出を行うための仕組みは十分とはいえない。
A-2-(2) 入浴				
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。	④	b	c	利用者一人ひとりの障がい特性や必要な介助等を把握し、本人に応じた入浴の支援を行っている。利用者が安全に安心して入浴することができるよう、職員の配置にも工夫している。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	④	b	c	事業所では、毎日の入浴を支援している。入浴時間を定めてはいるが、利用者が作業等で汗をかいたときや排泄を失敗したときなどには、そのつど清潔を保持することができるよう支援している。また、個人浴の環境を整備している。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	④	-	c	脱衣室に冷・暖房設備を完備している。浴室の安全面に留意している。脱衣室の入り口にのれんを取りつけるなどして、利用者のプライバシー保護にも留意している。
A-2-(3) 排泄				
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	④	-	c	利用者の排泄チェック表を作成し、一人ひとりの排泄の状況に応じた支援を行っている。障がいの特性に応じた定時介助等の支援も行っている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	④	-	c	毎日、定期的に清掃を行い清潔な環境整備に努めている。トイレットペーパーの設置についても、利用者の個人特性に応じた配慮を行っている。

A-2-(4) 衣服				
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。	①	b	c	事業所では、利用者一人ひとりの衣類等の好みを尊重し自由に選んでもらっている。職員は、家族との情報の連携にも努めている。職員は、必要に応じて助言を行うようにしている。
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。	①	b	c	衣類の破損や汚れに気づいたときには、迅速に対応するよう心がけている。また、本人や家族と話し合い、施設に寄付された衣類等を利用者に提供している。季節の変化等に配慮した衣類の入れ替えも支援している。
A-2-(5) 理容・美容				
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。	①	b	c	利用者の家族と話し合い、本人の希望を優先して整髪や化粧等を支援している。職員は、必要に応じて利用者の好みの化粧ができるよう相談に応じている。
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	①	-	c	地域の理・美容院の協力を得て、定期的に訪問理容に来てもらっている。外出時や一時帰省する際などに、馴染みの理・美容院へ出かける利用者もいる。
A-2-(6) 睡眠				
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	①	-	c	居室は2人部屋となっており、中央をカーテンで仕切ったり、照明やトイレ介助時に工夫したりして、利用者同士の間関係やプライバシーに配慮している。不眠時には、一時的に他の部屋を使用するなどの工夫も見受けられる。職員間で安眠のための取り組みについて話し合っている。
A-2-(7) 健康管理				
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	①	-	c	職員は、日頃の利用者の健康管理をマニュアルなどに基づいて適切に実施し、一人ひとりの状況を把握している。定期的に健康診断や歯科検診を受診し、利用者の健康状態を把握している。健康管理票を見直したり、健康管理体制を整備したりして、生活習慣病等の予防に努めている。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	①	b	c	利用者の体調に変化が見受けられた際には、一人ひとりのかかりつけ医や施設の協力医療機関と連携を図り、迅速で適切な医療を受診することができるよう支援している。また、心身状況の変化に備えて、日頃の本人の状況等を示したカードを準備するなどして緊急時に備えている。月1回、協力医療機関の医師による往診もある。

A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	①	-	c	利用者の内服薬や外用薬は、看護師が医務室で健康管理票に基づき適切に保管している。服薬時のマニュアルや誤薬時の対応マニュアルを整備して職員間で共有化を図り、統一された対応方法で支援している。また、家族の協力を得るなどして、服用忘れや重複服用等を防止するようにしている。
A-2-(8) 余暇・レクリエーション				
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。	a	②	c	自治会、また利用者一人ひとりにレクリエーションに関する意向を聞く機会を設けている。利用者一人ひとりのニーズや嗜好に応じて、外部からの協力者等を受け入れるなど、社会資源を活用している。
A-2-(9) 外出・外泊				
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	②	c	利用者の希望に応じたプログラムを作成し、少人数での外出を支援している。外出・外泊時には、路線バスを利用して帰省することができるよう支援するなどの取り組みも見受けられる。
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。	①	b	c	職員は、利用者や家族の希望に応じた外泊の支援に努めている。また、心身の状況の変化に備えて、本人の況等を明示した資料などを準備するなどして緊急時の対応も行っている。
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等				
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。	a	②	c	預かり金の取り扱い規程を作成している。施設の事業部門と総務部門で役割を分担し、相互確認をすることができるよう工夫している。本人自ら少額の金銭を管理している方もおり、職員は利用者の金銭管理能力を高める支援に努めている。なお、定期的に利用者や家族へ預かり金や残高の報告を行うよう努めている。また、預かり金の収入支出を、手書きの台帳で管理していることから、電子管理するなどして効率化の向上と正確性を担保するよう取り組まれている。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	①	-	c	新聞は、施設で購入しているものを自由に閲覧することができる。利用者の希望に応じて、新聞や雑誌の購入、テレビやラジオ等を持ち込んでもらえるよう支援している。
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、タバコ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	①	-	c	現在、酒やたばこ等の嗜好品の希望はないが、要望に応じて対応するようにしている。