

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25年7月18日(木)、19日(金)

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

地域に向けた施設の機能と専門性の発揮
定期的に地域住民を対象にした防災教室を開催したり、在宅の障がい者や家族に向けた相談支援事業を展開したりしている。地域の協力を得たり、関係機関との連携を図ったりして、地域に向けて施設の有する機能や専門性を積極的に発揮していることは評価できる。
組織を横断的に機能させる各種委員会の展開
組織運営に必要な各種会議・委員会を設置し、職員参画のもと各種規程を適切に整備している。過去の会議や委員会組織を再編して新たに企画運営会議を設置し、週1回、組織の問題解決や改善活動について検討している。円滑な事業運営とサービスの質の向上を図るため、組織を横断的に機能させる委員会組織を展開させていることは評価できる。
組織的な課題の検証と改善
定期的に第三者評価を受審したり、第三者評価委員会を組織してサービスの質の改善と向上に取り組んでいる。また、自己評価や第三者評価結果で抽出された課題について、K A I Z E N N委員会や企画運営会議が中心となって改善計画を策定し、組織として検証と改善に取り組んでいることは評価できる。
利用者の主体性に配慮した個別の支援
利用者の主体性を尊重しつつ、見守りの姿勢を支援の基本とすることを職員間で共通理解している。利用者に寄りそう支援を心がけ、視覚化の支援を行うなどして工夫を行っていることは評価できる。
適切なサービス実施計画の策定に向けた取り組み
利用者や家族との個別面談やアセスメントの結果等からニーズを把握し、担当者間で合議を図ったうえで適切にサービス実施計画を策定していることは評価できる。

◇改善を求められる点

さらに質の高い組織力の醸成に向けた、具体的な中・長期計画の策定
施設の理念や基本方針として掲げた使命や考え方は、利用者のエンパワメントに基づく支援を実践するための基本的な礎となることから、障がい者福祉の基本的な考え方を「中・長期計画」へ具体的に反映されたい。「中・長期計画」策定にあたっては、長期的視点に立った組織体制や設備整備、修繕、職員体制、人材育成、施設内における教育・研修、年次ごとの具体的な達成目標等を盛り込むなどして、施設の明確な将来像の構築と質の高い組織力の醸成へと繋げられたい。また、経営の内的基盤において、福祉サービスにおける利用者一人ひとりの尊重や地域福祉の推進、さらには福祉サービスの質の向上にむけた取り組みについて明確な位置づけを行われたい。
職員の教育・研修計画の策定と実施
利用者に対する全所的なサービスの質をさらに向上させるため、プライバシー保護に関する規程やマニュアルを整備するとともに、福祉従事者に最も重要な「利用者の基本的人権の尊重」や「プライバシー保護」、「人権擁護」等に関する教育・研修計画を策定して定期的に実施されたい。
人事考課者の教育と本人への明確なフィードバック
人事考課制度が組織に定着しつつあるが、計画的な考課者の教育に取り組みされたい。職員一人ひとりに評価結果を書面等でフィードバックし、本人の意欲向上や組織の活性化に活用されることを期待する。
施設の人権保障に係る合理的配慮と、利用者の代弁者である家族に向けた社会的障壁の適切な説明
施設では、家族との関わりを含めた困難事例を積極的に受け入れており、組織的な対応とサポートに取り組んでいる点は評価できる。しかし、緊急一時保護等に係る利用者の安全確保の理由から玄関を施錠しているため、今後、そのことによって生じる他の利用者と家族間の自由な関わりに係る不利益について、再度、職員間で協議を重ねるよう期待する。また、やむを得ず施錠を行う場合にあっても、事業所の方針や工夫、開鍵の機会等をすべての家族へ明確に示したり、意見交換を行ったりして、納得や協力を得るうえで、利用者の主体的な活動とその尊重をともに支える姿勢で取り組まれるよう期待する。
預かり金の取り扱いなどに係る適切な報告の実施
預かり金は、小遣い管理と財産管理に分けられるが、職員の代理行為をとまなう場合には、双務契約となる約定書の取り交わしが望まれる。個人別の使用状況明細書の提示や通帳・印鑑の保管・管理、内部牽制の仕組みも求められる。また、手書き台帳で管理しているが、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。

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 (別添)

⑤評価細目の福祉サービス第三者評価結果(別添)

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

今回3回目の受審をして、回数を重ねるごとに審査レベルが高くなっている。1回目、2回目の受審では明らかに見て分かること、例えばマニュアル、必要書類があるのか、ないのかに焦点がしぼられての評価であった。3回目受審となると更にそれらの策定過程や、職員が共通理解すべきことを個々の職員がどこまで理解しているかの把握度にまで踏み込んだ評価であった。かなり高度な審査という印象を持った。

社会状況が常に変化しているように、我々事業所も現状で固定化するのではなく、よりよき方向を目指し改善に努めている。平成24年10月1日、障害者虐待防止法が施行された要請に応じ、同時に虐待防止センターを受託している。開所早々より、困難事例を積極的に受け入れている。利用者の安全、プライバシーの保護のルールを設定した上で、セイフティネットとしての役割を現場の職員一丸となって努めている。しかしあまり評価されなかったことは残念である。障害者支援施設として兼ね合いの難しさというのを今、非常に感じている。

個別支援計画に関して、25年度から活動日誌を個別支援計画の実施状況が確認、記録でき、1日の様子も分かり、全職員が共有できるようにした。それにより、個別支援計画の実施状況が客観的にも分かるようになった。

現在、日中活動においても既存の作業中心の活動ではなく、利用者さんが地域へ自立した時に、地域の方々と共生可能な生活スキルの獲得を目指し根本的に日中活動を見直している最中である。

3回目の第三者評価を受審しさらに福祉サービスを深く考えるきっかけにはなった。評価結果に一喜一憂しながらも改善すべきところは真摯に受け止め、第三者評価をうまく利用しながら現場の職員一同で試行錯誤し続けることが大事なのではないかと思う。

福祉サービス第三者評価結果

○評価分野別評価結果（分野別の特記事項）

I 福祉サービスの基本方針と組織

a	9	b	4	c	0
---	---	---	---	---	---

1 理念・基本方針

理念と基本方針を明文化している。利用者や職員等へ周知するための工夫と配慮を行っている。定期的に理念の見直しを行い、法人設立時の使命・役割等の再確認へ繋げている。しかし、家族等への周知については、より一層の工夫や配慮が望まれる。基本方針についても、資料を用いた説明を行うなどして、事業所の方針についてさらなる理解を得るための工夫を行われない。

2 事業計画の策定

単年度の事業計画において、部署別の方針や目標、実施計画等を策定している。しかし、理念や基本方針の実現に向けた具体的な中・長期計画（3～5か年）を策定するまでには至っていない。施設の長期総合計画として、裏付けとなる資金計画を明確にし、組織体制と設備の整備、修繕、職員体制、人材育成、施設内における教育・研修等の中・長期計画の策定が望まれる。また、計画には達成時期や数値目標も設定されたい。

3 管理者の責任とリーダーシップ

施設長は、施設の抱える課題や問題点を組織的に検討する各種会議や委員会、職員との個別面談会に積極的に関わるなどして、リーダーシップを発揮している。特に、K A I Z E N N委員会において主導的に関わることで、サービスの質の向上に取り組んでいる。今後は、職員一人ひとりが経営への参画意識をもつことができるような工夫に期待する。

○理念・基本方針

法人の理念を明文化している。施設内に掲示したり、事業計画や広報誌、ホームページ、パンフレット等へ掲載したりして周知・徹底を図っている。また、定期的に理念の見直しを行い、法人設立時の使命・役割等の再確認へ繋げている。	a
理念に基づく基本方針を策定している。理念を実現するための基本的な方向性を示したものとなっており、事業計画等に記載して全職員へ配付し共有化を図っている。	a
事業所内に理念と基本方針を掲示している。全職員へ、理念や基本方針を記した文書を配付している。各種会議や研修会等の機会を活用して説明を行ったり、朝礼時に唱和したりして、継続的に方針の共有化への取り組みを行っている。	a
利用者の自治会や家族会等の機会に、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て周知を図っている。しかし、基本方針については、資料を用いた説明等は行っておらず、事業所の方針についてさらなる理解を得るための十分な工夫や配慮に欠ける。	b

○事業計画の策定

中・長期の視点に立った平成23年度から平成27年度までの計画を策定している。しかし、組織体制や設備整備、職員体制等の課題や問題点が明確にされておらず、今後の解決に向けた具体的なものとはなっていない。	b
課題や問題点を組織として検討した事業計画と収支予算書を策定している。事業目標を設定したり、評価・分析を繰り返したりしているが、具体的な数値等で達成目標を設定するまでには至っていない。	b
計画策定にあたり、各部署の職員が参画して意見の集約を行うなど、組織的に課題や問題点の抽出を行って事業計画を策定している。また、毎年度、計画的に見直しを行っている。	a
全職員に事業計画を配付し、会議や各種委員会、職場内研修等の機会に説明を行ったり、理解を求める取り組みを行ったりしている。	a
利用者の自治会から出された要望等を行事計画に反映している。また、家族会への“説明の日”を設けるなどして、周知の方法を工夫している。	a

○管理者の責任とリーダーシップ

施設長は、会議や各種委員会、職場内研修等の機会において、文書等で自らの役割と責任を職員へ伝達している。	a
施設長は、関連法令等の研修会や勉強会等へ参加している。施設では、全職員で障害者虐待防止法等の関連法律や制度等の情報を共有化するため、職場内研修を開催するなどの取り組みを行っている。	a
施設長は、企画運営会議や第三者評価委員会等を組織し、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。自らも会議に参加するなどして、積極的にリーダーシップを発揮している。	a
K A I Z E N N委員会が中心となって、経営や業務の効率化、改善に向けた取り組みを行っている。しかし、職員が経営への参画意識をもって取り組むための組織的な仕組みを構築するまでには至っていない。	b

II 組織の運営管理

a	20	b	1	c	0
---	----	---	---	---	---

1 経営状況の把握

地域の潜在的利用者の状況や社会的な福祉サービスへの要望、利用者数の推移等の分析を行っている。企画運営会議やK A I Z E N N委員会が中心となって、改善すべき課題等に積極的に取り組む体制を整備している。また、税理士による外部監査を受けており、経営上の改善課題の発見等に取り組んでいる。

2 人材の確保・養成

組織が職員に求める基本姿勢や目的意識を明示し、知識や能力の向上、専門資格等の取得に向けた研修プログラムを作成している。職員の就労状況を的確に把握し、福利厚生やメンタル面のサポート体制も整備している。考課基準に基づく人事考課を実施しており、結果を職員にフィードバックするとともに賞与への反映を行っている。今後は、複数の考課者から評価結果をフィードバックする仕組みを構築されたい。また、人事考課の仕組みを職員個別の教育・研修計画に連動するなどして、育成型の人事考課制度へと発展させるよう期待する。

3 安全管理

利用者の安全を確保するための方針を策定して明確な体制整備を行っており、組織的に検討する委員会等の仕組みも確立している。リスクの種類別に責任者と役割を定め、具体的な実施手順や対応マニュアルを整備している。また、災害を想定した防災・対応体制、安否確認の方法を整備している。備蓄品リストを作成し、職員への周知も適切に行っている。定期的に、日中と夜間の災害を想定した避難訓練を実施している。リスクマネジメント委員会が中心となって、事故等の発生要因を分析したり、事故を未然に防ぐための対策について検討を行ったりしているが、今後はヒヤリハットの情報収集を積極的に行われたい。

4 地域との交流と連携

地域住民の参加を得て定期的に防災教室を開催したり、在宅の障がい者や家族に向けた相談支援事業を展開したりして施設が有する人材の専門的な機能を発揮している点は評価できる。また、運転免許の講習会の場所として施設の一室を提供したり、災害時における市の福祉避難所の指定を受けたりしている。ボランティアの受け入れに関する基本姿勢と体制を整備している。地域の福祉ニーズを把握し、それに基づく事業活動（短期入所、グループホーム、相談支援事業、日中一時支援、生活訓練、就労支援等）を適切に実施している。関係機関との連携も適切に行っている。今後は、施設に必要な社会資源のリストや資料を独自に作成されたい。

○経営状況の把握

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状況や社会的な福祉サービスへの要望等に関する情報の把握に努めている。障害者自立支援協議会や支援学校の状況等と連携を図っている。	a
企画運営会議やK A I Z E N N委員会が中心となって、施設の経営状況や改善すべき課題、問題点を分析し、改善に向けた取り組みを行っている。	a
税理士による外部監査を受けており、経営上の改善課題の発見等に取り組んでいる。	a

○人材の確保・育成

必要な人材に関する基本的な方針を示している。専門職の種類や人員体制等も示しており、具体的な内容となっている。	a
人事考課基準を明示し、複数の評価者による評価を実施している。施設長との個別面談の際、本人に評価結果等を口頭で伝えている。評価結果を賞与に反映している。	a
総務部門において、職員の就労状況を把握している。定期的に、施設長と職員との個別面談の機会を設けている。一人ひとりの意向や意見を把握する仕組みを構築している。	a
組織として、職員の健康診断やインフルエンザの予防接種への一部補助等を行っている。また、メンタルヘルスに関する相談窓口を設置したり、産業医を選任したりして、職員の健康維持に積極的に取り組んでいる。	a
組織が職員に求める基本姿勢や目的意識を明示している。専門資格の取得に向けた費用を、施設が一部負担するなどの配慮も行っている。	a
年間の教育・研修計画を策定している。計画に基づいて実施し、評価を行っている。しかし、利用者の人権や権利養護、倫理、個人情報保護等のテーマに関する個別の教育・研修計画を策定して実施するまでには至っていない。	b
研修会に参加した職員は、復命書を作成し、報告・発表している。研修受講後、職員の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。	a

実習生の受け入れに関する基本姿勢を明文化したり、担当者を配置したりしている。また、実習生の受け入れに関するマニュアルやプログラムも整備している。	a
○安全管理	
担当部署を設置して担当者を定め、安全確保に向けて取り組んでいる。事故や感染症、災害発生時等に備え、安全確保のための体制を整備している。また、リスクマネジメント委員会を設置し、健康管理票の作成や救急法の研修を実施している。月1回、日中と夜間の火災や地震を想定した具体的な避難訓練を実施している。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んでいる。	a
災害時における職員の安否確認と緊急対応等の方法について検討を重ね、利用者の安全を迅速に確保するための体制づくりに取り組んでいる。災害に備え3日分の食料や水等を備蓄している。地域の自治会や消防署等の協力を得て、防災訓練を実施している。	a
リスクマネジメント委員会が中心となって、事故等の発生要因を分析している。事故等を未然に防止するため、対策について検討したり、安全確保に関する研修会等を開催したりしている。	a
○地域との交流と連携	
地域住民の参加を得て定期的に防災教室を開催したり、地元小学生との交流会を開催したりして、積極的に地域との交流を支援している。他施設とフットサルの交流試合も行っている。利用者は地域の行事へ参加している。	a
運転免許の講習会の場所として施設の一室を提供したり、在宅の障がい者や家族からの相談を受けたりしている。また、施設で防災教室を開催したり、市から福祉避難所としての指定を受けたりして、地域の災害対策の拠点としての活動を行いつつ、障がい者の理解へと繋げている。	a
ボランティアの受け入れに関する基本姿勢を明確にし、マニュアルも整備している。また、ボランティアの育成や体験学習等に関する計画も策定している。	a
行政機関が作成した社会資源に関する資料を職員間で共有している。施設に必要な関係機関や団体の機能・連絡方法を把握している。	a
障害者自立支援協議会や社会福祉協議会の実施する各種会議等へ出席し、問題解決に向けた協働を行っている。	a
相談支援事業所が窓口となって関係機関や各種団体等と連携し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、民生委員との対話等を通じて、より細かなニーズの把握に取り組んでいる。	a
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、中・長期的な視点に立った事業活動について理事会で話しあっている。	a

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

a	11	b	8	c	0
---	----	---	---	---	---

1 利用者本位の福祉サービス

日ごろから職員は、利用者を尊重して一人ひとりに寄りそう姿勢で接している。利用者の意見や要望等を把握するため自治会等と話しあう機会を設けている。利用者や自治会から出された意見等は、各種委員会等で検討を行って迅速な対応に努めている。今後、利用者に対する全所的なサービスの質をさらに向上させるため、プライバシー保護に関する規程やマニュアルを整備するとともに、職員一人ひとりが人権の尊重に関する意識高揚を図ることができるよう“利用者の基本的人権の尊重”や“プライバシー保護”に関する定期的な研修会の開催に向けて検討されたい。さらに、利用者一人ひとりがより多くの意見を自由に表出することができる機会を設定されたい。

2 サービスの質の確保

定期的に第三者評価を受審したり、第三者評価委員会を組織してサービスの質の改善と向上に取り組んでいる。また、自己評価や第三者評価結果で抽出された課題について、K A I Z E N N委員会や企画運営会議が中心となって改善計画を策定し、組織として検証と改善に取り組んでいる点は評価できる。利用者のサービス実施計画を職員間で共有化するための工夫を行っている。個人記録の保管も適切な管理体制のもとで行っている。提供するサービスの標準的な実施方法を概ね文書化できている。しかし、利用者の記録が複数冊子に分散しており、分かりやすく集約されていないことから、ITの導入やファイリングの方法を検討するなどし、日ごろの利用者の生活の様子や支援経過等が分かりやすいよう工夫されたい。

3 サービスの開始・継続

サービス利用開始時の段階で、契約書や重要事項説明書に基づいて説明を行っている。他のサービスや施設等の利用が望ましいと考えられる場合には、本人や家族の同意を得たうえで利用へと繋げている。事業所の見学や体験の希望にも積極的に応じている。サービスが終了したときには、同一法人の運営する相談事業所を案内し、今までの継続性を損なうことがないよう支援している。

4 サービス実施計画の策定

利用者の身体状況や生活状況等を把握するため、組織が定めたアセスメント様式と手順で実施している。利用者や家族との個別面談やアセスメントの結果等からニーズを把握し、担当者間で合議を図ったうえで適切にサービス実施計画を策定している。アセスメントから計画策定、支援の実施、モニタリング、再アセスメント等の手順を定め実施している。年4回、サービス管理責任者と担当職員により、利用者や家族と面談を重ね、計画に基づくサービスの実施報告を行っている。利用者や家族との面談を行ったのち、中間評価による計画の見直しを実施している。

○利用者本位の福祉サービス

- 利用者を尊重し、一人ひとりの気持ちに寄りそう姿勢で支援している。職員は、障害者虐待防止法に関する研修会へ参加し、施設の職員研修の機会に他職員への拡散を行っている。しかし、組織として“利用者の基本的人権の尊重”に関する定期的な研修会を開催するまでには至っていない。 b
- 日ごろから、利用者のプライバシーを尊重した支援に努めている。しかし、プライバシー保護に関する規程やマニュアルを整備するまでには至っていない。 b
- 利用者の意見や要望等を把握するため、自治会等と話しあう機会を設けている。日ごろから、話しやすい雰囲気づくりにも留意している。 a
- 相談室の環境を整備したり、意見箱を設置したりしている。利用者の自治会から出された意見や要望を把握し、相談に応じる体制も整備している。しかし、利用者一人ひとりがさらに多くの意見を自由に表出することができるよう、具体的な相談日を設定したり、第三者の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。また、利用者や家族から出された意見等を分析し、サービスの質の確保へと繋げるための十分な仕組みを構築するまでには至っていない。 b
- 苦情解決の体制を整備し、利用者へ説明を行っている。また、結果を本人へフィードバックする仕組みも構築している。しかし、施設の共有空間等に苦情解決の仕組みに関する掲示を行っていない。また、家族に対する苦情解決の仕組みの周知やフィードバックの機能を十分に発揮しきれているとはいえない。 b
- 利用者から出された意見について、各種委員会等で検討を行うなどして迅速な対応を行っている。自治会から出された要望などを、施設の行事計画等に反映している。 a

○サービスの質の確保

- 定期的に第三者評価を受審するなどして、サービス内容を見直す機会を確保している。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、サービスの質の改善と向上に取り組んでいる。 a
- 自己評価や第三者評価結果で抽出された課題について、K A I Z E N N委員会や企画運営会議が中心となって改善計画を策定し、組織として検証と改善に取り組んでいる。 a
- 提供するサービスの標準的な実施方法を文書化している。定めた手順に基づいて、利用者一人ひとりへのサービスの提供に努めている。しかし、プライバシーの保護に関するマニュアルを策定していない。 b
- 自己評価の結果を参考にして、定期的にサービスの実施方法を見直している。また利用者や職員から出された意見を反映する仕組みを構築している。 a
- 利用者のサービス実施計画を職員間で共有するため、毎日、支援記録を確認している。また、月ごとに支援状況をまとめるなどの工夫を行っている。しかし、日ごろの利用者の生活の様子や支援経過等に関する記録が少なく、アセスメントに基づく計画作成、日ごろの支援経過の状況、モニタリング結果などの一連の支援の流れが分かりやすく記録されているとはいえない。 b
- 利用者の個人記録は、施設による保管体制のもと適切に管理している。しかし、利用者の記録が複数冊子に分散しており、分かりやすく集約されていない。また、具体的な管理の方法や手順をルール化し、職員間で共有化するまでには至っていない。 b
- 職員間の情報共有に必要な体制や記録方法の整備に努めている。従来から、宇書きとパソコンの双方を活用して記録を行うなど、ITの活用による情報共有に努めている。このようにITの活用に取り組んではいるが、全職員での効果的な情報共有に向けた、一層の工夫や発展的な取り組みを行うまでには至っていない。 b

○サービスの開始・継続	
ホームページを作成して定期的に事業所の情報を発信しており、施設の取り組みや活動内容等が分かりやすいよう工夫している。事業所の見学や体験の希望にも積極的に応じている。	a
サービス利用開始時の段階で、契約書や重要事項説明書に基づいて説明を行っている。他のサービスや施設等の利用が望ましいと考えられる場合には、本人や家族の同意を得たうえで利用へと繋げている。	a
サービスが終了したときには、同一法人の運営する相談事業所を案内し、今までの継続性を損なうことがないよう支援している。	a
○サービス実施計画の策定	
利用者の身体状況や生活状況等を把握するため、組織が定めたアセスメント様式と手順で実施している。アセスメント様式を見直し、利用者一人ひとりの具体的なニーズを計画に反映しやすいよう工夫を行っている。	a
利用者や家族との個別面談やアセスメントの結果等からニーズを把握し、担当者間で合議を図ったうえで適切にサービス実施計画を策定している。アセスメントから計画策定、支援の実施、モニタリング、再アセスメント等の手順を定め実施している。サービス管理責任者が責任者となり、手順に従ってサービス実施計画を策定している。	a
年4回、サービス管理責任者と担当職員により、利用者や家族と面談を重ね、計画に基づくサービスの実施報告を行っている。利用者や家族との面談を行ったのち、中間評価による計画の見直しを実施している。	a

A 個別サービスについて

a	22	b	4	c	0
---	----	---	---	---	---

1 利用者の尊重

利用者の主体性を尊重しつつ、見守りの姿勢を支援の基本とすることを職員間で共通理解している。利用者に寄りそう支援を心がけ、視覚化の支援も行っている。利用者が主体的に活動する自治会を、組織として側面的に支援している。自治会から出された意見や要望等を施設の行事計画等に反映している。社会参加を目的とした外出プログラムを展開しているが、今後はエンパワメントの概念に基づき、利用者の意思決定の支援のあり方について協議を重ねられたい。また、利用者のより良い生活の実現に向け、掲示物にフリガナをつけるなどの日常生活上の専門的な配慮や工夫に取り組まれたい。

2 日常生活支援

利用者の特性や状況に応じた、食事や入浴、排泄、衣類、睡眠、余暇、外出の支援に取り組んでいる。食事の選択メニューを取り入れたり、利用者と家族で食事を楽しんでもらうことができるよう誕生会を実施したりしている。気候に応じた入浴の支援や個別の障がい特性に応じた排泄支援等に取り組んでいる。また、浴室の環境改善を図るなど、プライバシー確保の視点に立った取り組みにも着手している。今後は、ITの活用による記録事務の効率化・合理化について検討されたい。

○利用者の尊重

- 利用者一人ひとりのコミュニケーション能力の把握に努めている。利用者に寄りそう支援を心がけ、視覚化の支援も行っている。 a
- 利用者が主体的に活動する自治会を、組織として側面的に支援している。自治会から出された意見や要望等を施設の行事計画等に反映している。 a
- 利用者の主体性を尊重しつつ、見守りの姿勢を支援の基本とすることを職員間で共通理解している。 a
- 社会参加を目的とした外出プログラムを展開している。エンパワメントの概念に基づき、利用者の意思決定の支援のあり方や十分なプログラムを構築するまでには至っていない。 b

○日常生活支援

- 利用者の体調や身体状況に応じて、食事の摂取量や形態に配慮している。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。 a
- 食堂の壁面に飾りつけを行うなどして過ごしやすい環境整備を行っている。食事の選択メニューを取り入れたり、利用者と家族で食事を楽しんでもらうことができるよう誕生会を実施したりしている。 a
- 委託業者の栄養士と意見交換を行い、嗜好調査等の結果を献立に反映している。しかし、食事サービス会議への利用者の参加や食事の提供時間等については十分な工夫を行っているとはいえない。また、利用者から出された要望をメニューに反映するための仕組みを構築したり、利用者に献立を分かり易く周知したりするための工夫は十分ではない。 b
- 利用者の障がい状況や必要な支援の程度等を把握し、一人ひとりに応じた入浴の支援を行っている。 a
- 週4回の入浴を基本としているが、利用者が汗をかいたときや排泄を失敗したときなどには、そのつど支援している。また、夏季にはシャワー浴の環境を整備している。 a
- 脱衣室には冷・暖房設備を完備している。脱衣室の入り口に暖簾を取りつけるなどして、利用者のプライバシー保護に留意している。 a
- 利用者の排泄チェック表を作成し、一人ひとり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個別支援にも留意している。排泄時のプライバシー保護にも留意している。 a
- 毎日、定期的に清掃を行って清潔な環境整備に努めている。人感センサー照明を導入するなどして、安全で快適にトイレを利用することができるよう工夫している。 a
- 利用者の好みで衣類を選択してもらっており、職員は必要に応じて助言等によるさりげない支援に努めている。 a
- 利用者の意思を尊重した着替えの支援を行っている。衣類の破損や汚れに気づいたときには迅速な対応を心がけ、清潔の保持に努めている。 a
- 利用者の好みを優先して化粧や整髪等の支援を行っている。職員は、利用者の主体性を尊重したさりげない支援に努めている。 a
- 地域の理・美容院の協力と理解を得て、訪問理容に来てもらっている。週末に一時帰省する際などに、地域の理・美容院へ出かけて整髪する利用者もいる。 a
- 居室は2人部屋となっているため、利用者同士の人間関係に配慮している。不眠等の利用者には迅速に職員が対応し、同室者に影響がないよう配慮している。 a
- 定期的に健康診断や歯科検診を受診して健康状態の把握に努めている。家族の同意を得たうえで、各種予防接種等を実施している。利用者一人ひとりの健康管理票は十分に整備しているとはいえないが、感染症予防・対策に関するマニュアルを策定するなどして対応に努めている。 a
- 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、迅速で適切な医療の受診に繋げている。月1回、協力医療機関の医師による往診も受けている。 a

利用者の内服薬や外用薬は、看護師が医務室で適切に保管・管理している。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。	a
利用者の意向を把握し、施設内・外のレクリエーションを計画している。利用者の意向を反映することができるよう、毎月、休暇の日を設定したり、小集団でレクリエーションを楽しんでもらったりしている。フットサルの活動等では、有償ボランティアを活用している。余暇活動のメニューを増やす工夫も行っている。	a
地域の社会資源を活用した外出プログラムを作成している。しかし、利用者の希望にそった外出の実現に向けて、外出支援に関するボランティアの育成や発掘、利用可能な支援団体の情報等を利用者や家族に提供するなどの取り組みは行っていない。	b
主に担当職員が家族と調整を行い、利用者の意向にそった外泊の支援に努めている。	a
預かり金の取り扱い規程を作成し、管理方法の改善を図っている。利用者によっては、自分で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を行っている。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っているが、書面に確認印を得ていない。また、手書き台帳で管理しており、ITの活用による効率化の向上を図ったり、正確性をさらに担保するための工夫を行ったりするまでには至っていない。	b
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、雑誌の購入やテレビを持ち込んでもらっている。	a
現在、嗜好品の希望はないが、要望に応じて対応するよう準備している。おやつやジュースなどは、本人の健康に留意しつつ希望に応じた対応を行っている。	a

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。施設内に掲示したり、事業計画や広報誌、ホームページ、パンフレット等へ掲載したりして周知・徹底を図っている。また、定期的に理念の見直しを行い、法人設立時の使命・役割等の再確認へ繋げている。
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。理念を実現するための基本的な方向性を示したものとなっており、事業計画等に記載して全職員へ配付し共有化を図っている。
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	事業所内に理念と基本方針を掲示している。全職員へ、理念や基本方針を記した文書を配付している。各種会議や研修会等の機会を活用して説明を行ったり、朝礼時に唱和したりして、継続的に方針の共有化への取り組みを行っている。
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	利用者の自治会や家族会等の機会に、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て周知を図っている。しかし、基本方針については、資料を用いた説明等は行っておらず、事業所の方針についてさらなる理解を得るための十分な工夫や配慮に欠ける。

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・長期の視点に立った平成23年度から平成27年度までの計画を策定している。しかし、組織体制や設備整備、職員体制等の課題や問題点が明確にされておらず、今後の解決に向けた具体的なものとはなっていない。
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	課題や問題点を組織として検討した事業計画と収支予算書を策定している。事業目標を設定したり、評価・分析を繰り返し行ったりしているが、具体的な数値等で達成目標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。	a	b	c	計画策定にあたり、各部署の職員が参画して意見の集約を行うなど、組織的に課題や問題点の抽出を行って事業計画を策定している。また、毎年度、計画的に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。	a	b	c	全職員に事業計画を配付し、会議や各種委員会、職場内研修等の機会に説明を行ったり、理解を求める取り組みを行ったりしている。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	b	c	利用者の自治会から出された要望等を行事計画に反映している。また、家族会への“説明の日”を設けるなどして、周知の方法を工夫している。

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。	④	b	c	施設長は、会議や各種委員会、職場内研修等の機会において、文書等で自らの役割と責任を職員へ伝達している。
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。	④	b	c	施設長は、関連法令等の研修会や勉強会等へ参加している。施設では、全職員で障害者虐待防止法等の関連法律や制度等の情報を共有化するため、職場内研修を開催するなどの取組を行っている。
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。	④	b	c	施設長は、企画運営会議や第三評価評価委員会等を組織し、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。自らも会議に参加するなどして、積極的に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	⑤	c	K A I Z E N N委員会が中心となって、経営や業務の効率化、改善に向けた取組を行っている。しかし、職員が経営への参画意識をもって取り組むための組織的な仕組みを構築するまでには至っていない。

II. 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		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。	④	b	c	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状況や社会的な福祉サービスへの要望等に関する情報の把握に努めている。障害者自立支援協議会や支援学校の状況等と連携を図っている。
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。	④	b	c	企画運営会議やK A I Z E N N委員会が中心となって、施設の経営状況や改善すべき課題、問題点を分析し、改善に向けた取組を行っている。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	④	b	c	税理士による外部監査を受けており、経営上の改善課題の発見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。	④	b	c	必要な人材に関する基本的な方針を示している。専門職の種類や人員体制等も示しており、具体的な内容となっている。
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。	④	b	c	人事考課基準を明示し、複数の評価者による評価を実施している。施設長との個別面談の際、本人に評価結果等を口頭で伝えている。評価結果を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。	④	b	c	総務部門において、職員の就労状況を把握している。定期的に、施設長と職員との個別面談の機会を設けている。一人ひとりの意向や意見を把握する仕組みを構築している。
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。	④	b	c	組織として、職員の健康診断やインフルエンザの予防接種への一部補助等を行っている。また、メンタルヘルスに関する相談窓口を設置したり、産業医を選任したりして、職員の健康維持に積極的に取り組んでいる。
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。	④	b	c	組織が職員に求める基本姿勢や目的意識を明示している。専門資格の取得に向けた費用を、施設が一部負担するなどの配慮も行っている。
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。	a	④	c	年間の教育・研修計画を策定している。計画に基づいて実施し、評価を行っている。しかし、利用者の人権や権利養護、倫理、個人情報の保護等のテーマに関する個別の教育・研修計画を策定して実施するまでには至っていない。
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。	④	b	c	研修会に参加した職員は、復命書を作成し、報告・発表している。研修受講後、職員の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。
II-2-(4) 実習生の受け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。	④	b	c	実習生の受け入れに関する基本姿勢を明文化したり、担当者を配置したりしている。また、実習生の受け入れに関するマニュアルやプログラムも整備している。

II-3 安全管理

		評価結果	判断の理由	
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。				
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ための体制が整備されている。	①	b	c	担当部署を設置して担当者を定め、安全確保に向けて取り組んでいる。事故や感染症、災害発生時等に備え、安全確保のための体制を整備している。また、リスクマネジメント委員会を設置し、健康管理票の作成や救急法の研修を実施している。月1回、日中と夜間の火災や地震を想定した具体的な避難訓練を実施している。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。	②	b	c	災害時における職員の安否確認と緊急対応等の方法について検討を重ね、利用者の安全を迅速に確保するための体制づくりに取り組んでいる。災害に備え3日分の食料や水等を備蓄している。地域の自治会や消防署等の協力を得て、防災訓練を実施している。
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。	③	b	c	リスクマネジメント委員会が中心となって、事故等の発生要因を分析している。事故等を未然に防止するため、対策について検討したり、安全確保に関する研修会等を開催したりしている。

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。	①	b	c	地域住民の参加を得て定期的に防災教室を開催したり、地元小学生との交流会を開催したりして、積極的に地域との交流を支援している。他施設とフットサルの交流試合も行っている。利用者は地域の行事へ参加している。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	②	b	c	運転免許の講習会の場所として施設の一室を提供したり、在宅の障がい者や家族からの相談を受けたりしている。また、施設で防災教室を開催したり、市から福祉避難所としての指定を受けたりして、地域の災害対策の拠点としての活動を行いつつ、障がい者の理解へと繋げている。
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。	③	b	c	ボランティアの受け入れに関する基本姿勢を明確にし、マニュアルも整備している。また、ボランティアの育成や体験学習等に関する計画も策定している。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。				
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	①	b	c	行政機関が作成した社会資源に関する資料を職員間で共有している。施設に必要な関係機関や団体の機能・連絡方法を把握している。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	②	b	c	障害者自立支援協議会や社会福祉協議会の実施する各種会議等へ出席し、問題解決に向けた協働を行っている。
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 地域の福祉ニーズを把握している。	①	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等と連携し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、民生委員との対話等を通じて、より細かなニーズの把握に取り組んでいる。
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。	②	b	c	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、中・長期的な視点に立った事業活動について理事会で話しあっている。

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。	a	⑤	c	利用者を尊重し、一人ひとりの気持ちに寄りそう姿勢で支援している。職員は、障害者虐待防止法に関する研修会へ参加し、施設の職員研修の機会に他職員への拡散を行っている。しかし、組織として“利用者の基本的人権の尊重”に関する定期的な研修会を開催するまでには至っていない。
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	⑤	c	日ごろから、利用者のプライバシーを尊重した支援に努めている。しかし、プライバシー保護に関する規程やマニュアル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。	④	b	c	利用者の意見や要望等を把握するため、自治会等と話しあう機会を設けている。日ごろから、話しやすい雰囲気づくりにも留意している。
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	⑤	c	相談室の環境を整備したり、意見箱を設置したりしている。利用者の自治会から出された意見や要望を把握し、相談に応じる体制も整備している。しかし、利用者一人ひとりがさらに多くの意見を自由に表出することができるよう、具体的な相談日を設定したり、第三者の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。また、利用者や家族から出された意見等を分析し、サービスの質の確保へと繋げるための十分な仕組みを構築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	⑤	c	苦情解決の体制を整備し、利用者へ説明を行っている。また、結果を本人へフィードバックする仕組みも構築している。しかし、施設の共有空間等に苦情解決の仕組みに関する掲示を行っていない。また、家族に対する苦情解決の仕組みの周知やフィードバックの機能を十分に発揮しきれていないといえない。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	④	b	c	利用者から出された意見について、各種委員会で検討を行うなどして迅速な対応を行っている。自治会から出された要望などを、施設の行事計画等に反映している。

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	定期的に第三者評価を受審するなどして、サービス内容を見直す機会を確保している。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、サービスの質の改善と向上に取り組んでいる。
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	自己評価や第三者評価結果で抽出された課題について、K A I Z E N N委員会や企画運営会議が中心となって改善計画を策定し、組織として検証と改善に取り組んでいる。
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	提供するサービスの標準的な実施方法を文書化している。定めた手順に基づいて、利用者一人ひとりへのサービスの提供に努めている。しかし、プライバシーの保護に関するマニュアルを策定していない。
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	自己評価の結果を参考にして、定期的にサービスの実施方法を見直している。また利用者や職員から出された意見を反映する仕組みを構築している。
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	利用者のサービス実施計画を職員間で共有するため、毎日、支援記録を確認している。また、月ごとに支援状況をまとめるなどの工夫を行っている。しかし、日ごろの利用者の生活の様子や支援経過等に関する記録が少なく、アセスメントに基づく計画作成、日ごろの支援経過の状況、モニタリング結果などの一連の支援の流れが分かりやすく記録されているとはいえない。
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。	a	b	c	利用者の個人記録は、施錠による保管体制のもと適切に管理している。しかし、利用者の記録が複数冊子に分散しており、分かりやすく集約されていない。また、具体的な管理の方法や手順をルール化し、職員間で共有化するまでには至っていない。
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	職員間の情報共有に必要な体制や記録方法の整備に努めている。従来から、手書きとパソコンの双方を活用して記録を行うなど、ITの活用による情報共有に努めている。このようにITの活用に取り組んではいるが、全職員での効果的な情報共有に向けた、一層の工夫や発展的な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	a	b	c	ホームページを作成して定期的に事業所の情報を発信しており、施設の取り組みや活動内容等が分かりやすいよう工夫している。事業所の見学や体験の希望にも積極的に応じている。
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。	②	a	b	c	サービス利用開始時の段階で、契約書や重要事項説明書に基づいて説明を行っている。他のサービスや施設等の利用が望ましいと考えられる場合には、本人や家族の同意を得たうえで利用へと繋げている。
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	a	b	c	サービスが終了したときには、同一法人の運営する相談事業所を案内し、今までの継続性を損なうことがないように支援している。

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	a	b	c	利用者の身体状況や生活状況等を把握するため、組織が定めたアセスメント様式と手順で実施している。アセスメント様式を見直し、利用者一人ひとりの具体的なニーズを計画に反映しやすいよう工夫を行っている。
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	a	b	c	利用者や家族との個別面談やアセスメントの結果等からニーズを把握し、担当者間で合議を図ったうえで適切にサービス実施計画を策定している。アセスメントから計画策定、支援の実施、モニタリング、再アセスメント等の手順を定め実施している。サービス管理責任者が責任者となり、手順に従ってサービス実施計画を策定している。
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。	②	a	b	c	年4回、サービス管理責任者と担当職員により、利用者や家族と面談を重ね、計画に基づくサービスの実施報告を行っている。利用者や家族との面談を行ったのち、中間評価による計画の見直しを実施している。

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コミュニケーション能力の把握に努めている。利用者に寄りそう支援を心がけ、視覚化の支援も行っている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	b	c	利用者が主体的に活動する自治会を、組織として側面的に支援している。自治会から出された意見や要望等を施設の行事計画等に反映している。
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	利用者の主体性を尊重しつつ、見守りの姿勢を支援の基本とすることを職員間で共通理解している。
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	社会参加を目的とした外出プログラムを展開している。エンパワメントの概念に基づく、利用者の意思決定の支援のあり方や十分なプログラムを構築するまでには至っていない。

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	利用者の体調や身体状況に応じて、食事の摂取量や形態に配慮している。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。
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	食堂の壁面に飾りつけを行うなどして過ごしやすい環境整備を行っている。食事の選択メニューを取り入れたり、利用者と家族で食事を楽しんでもらうことができるよう誕生会を実施したりしている。
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	b	c	委託業者の栄養士と意見交換を行い、嗜好調査等の結果を献立に反映している。しかし、食事サービス会議への利用者の参加や食事の提供時間等については十分な工夫を行っているとはいえない。また、利用者から出された要望をメニューに反映するための仕組みを構築したり、利用者に献立を分かり易く周知したりするための工夫は十分ではない。

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。	①	b	c	利用者の障がい状況や必要な支援の程度等を把握し、一人ひとりに応じた入浴の支援を行っている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	①	b	c	週4回の入浴を基本としているが、利用者が汗をかいたときや排泄を失敗したときなどには、そのつど支援している。また、夏季にはシャワー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。	①	-	c	脱衣室には冷・暖房設備を完備している。脱衣室の入り口に暖簾を取りつけるなどして、利用者のプライバシー保護に留意している。
A-2-(3) 排泄				
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	①	-	c	利用者の排泄チェック表を作成し、一人ひとり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個別支援にも留意している。排泄時のプライバシー保護にも留意している。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	①	-	c	毎日、定期的に清掃を行って清潔な環境整備に努めている。人感センサー照明を導入するなどして、安全で快適にトイレを利用することができるよう工夫している。
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	利用者の好みで衣類を選択してもらっており、職員は必要に応じて助言等によるさりげない支援に努めている。
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	利用者の意思を尊重した着替えの支援を行っている。衣類の破損や汚れに気づいたときには迅速な対応を心がけ、清潔の保持に努めている。
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	利用者の好みを優先して化粧や整髪等の支援を行っている。職員は、利用者の主体性を尊重したさりげない支援に努めている。
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・美容院の協力と理解を得て、訪問理容に来てもらっている。週末に一時帰省する際などに、地域の理・美容院へ出かけて整髪する利用者もいる。
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人部屋となっているため、利用者同士の人間関係に配慮している。不眠等の利用者には迅速に職員が対応し、同室者に影響がないよう配慮している。

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	定期的に健康診断や歯科検診を受診して健康状態の把握に努めている。家族の同意を得たうえで、各種予防接種等を実施している。利用者一人ひとりの健康管理票は十分に整備しているとはいえないが、感染症予防・対策に関するマニュアルを策定するなどして対応に努めている。
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、迅速で適切な医療の受診に繋げている。月1回、協力医療機関の医師による往診も受けている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	①	-	c	利用者の内服薬や外用薬は、看護師が医務室で適切に保管・管理している。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。
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。	①	b	c	利用者の意向を把握し、施設内・外のレクリエーションを計画している。利用者の意向を反映することができるよう、毎月、余暇の日を設定したり、小集団でレクリエーションを楽しんでもらったりしている。フットサルの活動等では、有償ボランティアを活用している。余暇活動のメニューを増やす工夫も行っている。
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	地域の社会資源を活用した外出プログラムを作成している。しかし、利用者の希望にそった外出の実現に向けて、外出支援に関するボランティアの育成や発掘、利用可能な支援団体の情報等を利用者や家族に提供するなどの取り組みは行っていない。
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に依るよう配慮されている。	①	b	c	主に担当職員が家族と調整を行い、利用者の意向にそった外泊の支援に努めている。
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、管理方法の改善を図っている。利用者によっては、自分で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を行っている。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っているが、書面に確認印を得ていない。また、手書き台帳で管理しており、ITの活用による効率化の向上を図ったり、正確性をさらに担保するための工夫を行ったりするまでには至っていない。
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、雑誌の購入やテレビを持ち込んでもらっている。
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、嗜好品の希望はないが、要望に応じて対応するよう準備している。おやつやジュースなどは、本人の健康に留意しつつ希望に応じた対応を行っている。