

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（障害者・児施設）

※すべての評価細目（28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

		第三者評価結果
1-(1) 利用者の尊重		
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
<p>・利用者のコミュニケーション能力を高めるために、個別支援計画書を策定し、職員皆で共有化できる様に対応している。言葉にする事が出来ない利用者もあり、筆談、表情、家族へ尋ねたりする等、その利用者にあったコミュニケーション手段を工夫している。また、新しい利用者については、朝礼を通じて利用者に関する情報を共有している。</p>		
1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。		a・(b)・c
1-(1)-③ 利用者の自力で行な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
<p>・利用者自治会の園友会があり、主に行事についての話し合いが行われている。現在、職員が決めた行事について各担当を決めている。今後は園友会で「この様な行事をしたい」等、行事を立案させていきたいとのことである。利用者の主体性を高めるには、利用者が何をしたいのかを聞く意識付けが重要です。今後の取組に期待します。</p> <p>・個々人のペースに合わせ、場面に応じて見守りと支援を行なっている。職員間での判断基準の統一化を図るために、個別支援計画を策定したり、朝礼で伝えたり、直接職員へ指導を行ない、利用者の意欲の向上に向け取り組んでいる。</p>		

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 (b) c
<p>・就労支援に向けて、個々人の能力の幅が広がるように支援している。利用者毎に、個別支援計画書を策定し、社会生活を高める様に取り組んでいるが、エンパワメントの理念に基づくプログラムの策定は行っていないとのことである。グループホームでの支援を開始し、これまで以上に利用者との関わりが深まると思われるので、今後の取組が期待される。</p>	
1-(1)-⑤ 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	(a) b・c
<p>・行動抑制や身体的拘束は行なった事例はないとのことである。事故が起こらない様に、①普段から情緒を安定させる様に努める、②精神状態が不安定な時の原因を探る、③不安定な状態にある時に利用者自ら言葉で表現できるよう指導する、④保護者との連携等、に取り組んでいる。また、職員間への周知として、日々の個別支援日誌内でチェックする項目が設けられており、職員への意識付けも行なっている。</p>	
1-(1)-⑥ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。	(a) b・c
<p>・不適切な関わりを防止するために、普段から利用者からの訴えやサインを見逃さない様配慮している。また、倫理要綱を定めたり、ケース会議の中で具体例を話す等、職員へ周知する取組を行なっている。</p>	

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果
2-(1) 食事	
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
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
2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	(a) b・c
<p>・食生活会議は月に1回、翌月の誕生者と、栄養士、支援員が集まり、改善して欲しい事、翌月の誕生者が希望する献立を聞く等、翌月の献立に「誕生者メニュー」として取り入れている。また、健康診断の結果について、看護師と検討し、食事の量を減らす等、肥満防止に努めている。残食については毎回把握し、今後の献立に役立てている。</p> <p>・美味しく、楽しく食べられ、メニューがまんねり化しない様に、味付けを変える、旬な食材を取り入れる、食器を替える、選択メニューを取り入れる等工夫している。また、年に1回、利用者へ嗜好調査を行ない、結果については集計をとり、改善を凶っている。利用者や保護者へのアンケートの結果から、食堂の環境作りについて、食事中にも音楽を聴ける、食堂が明るくなる様に、テーブルクロスや壁紙を替える等努力している。</p> <p>・利用者は食堂に入る前に、手を消毒してから入室している。</p>	

2-(2) 入浴		第三者評価結果
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・b・c
2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c
2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。	a・b・c
通所施設のため対象外		
2-(3) 排泄		
2-(3)-①	快適な排泄ができるよう介助に配慮している。	(a)・b・c
2-(2)-②	トイレは清潔で快適である。	a・(b)・c
<p>・排泄介助が必要な利用者については、アセスメントを行い、支援方法について検討し、職員間で共通理解を得るために、ケース会議や職員会議で話し合っている。</p> <p>・排泄後にトイレから出てこれない利用者があり、その利用者がトイレを利用する際、注意して、必要時声かけや介助を行なっている。</p> <p>・退所時に、毎日利用者がトイレ掃除を行なっているが、十分に行き渡っていない場合は、隅々まで掃除が行き届く様に、支援員が仕上げの掃除を行なう事もある。訪問調査当日、掃除後床が濡れたままであった。</p> <p>・トイレは施設内に2箇所、屋外に1箇所設置されている。混み合う事はなく間に合っている。</p> <p>・高齢の利用者もあり、バリアフリーやウォシュレットトイレを整備するなどの対応が望まれる。</p>		

2-(4) 衣服		第三者評価結果
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。	a・b・c
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・b・c
通所施設のため対象外		
2-(5) 理容・美容		
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。	a・b・c
2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	a・b・c
通所施設のため対象外		
2-(6) 睡眠		
2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a・b・c
通所施設のため対象外		

2-(7) 健康管理	第三者評価結果
2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。	a・b・c
2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a (b) c
2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a・b・c
<p>・年に2回健康診断を実施しており、結果については利用者や保護者にも周知し、健康管理に役立てる様にしている。血液検査のプログラムを増やすことにより、利用者の糖尿病の早期発見につながった。</p> <p>・服薬マニュアルには、服薬時の注意事項だけでなく、誤薬発生時の対応についても記載されていた。服薬管理が出来ない利用者については、看護師が預かり、管理している。また、医務室へ出入りする利用者が多く、薬などは施錠して管理している。</p> <p>・通院介助を行い、主治医からのコメント、検査結果、薬の状況について、職員へ朝礼で周知している。保護者へは連絡帳を活用し情報の共有化を図っている。</p> <p>・通院介助は看護師が利用者と一緒に同行するために、看護師が施設に居る時間が短く、なかなか利用者と接することが出来ず、日頃の生活状況を把握しづらい状況である。現在、通院の間隔を長くしたり、看護師が同行しなくても良い利用者については支援員で対応する等、できるだけ、看護師が施設に居る時間を長くし、緊急時の対応が出来る様配慮している。</p> <p>・個々人の健康管理ノートを作成しており、受診の状況や、検査結果、処方箋等を看護師が管理している。看護師が施設内にいる事で、利用者、職員ともに安心感が得られている。</p>	
2-(8) 余暇・レクリエーション	
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 (b) c
<p>・年間行事計画を立て、毎月1回施設行事を実施している。行事には、園友会の意向も踏まえ、1泊2日の研修旅行や、他施設との交流行事等も含まれている。現在職員が行事立案を主導的に行っているが、今後利用者自身が主体的に、企画立案をするよう側面的な支援を行うことも一つの方法である。</p>	

2-(9) 外出、外泊		
	2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・b・c
	2-(9)-② 外泊は利用者の希望に配慮されている。	a・b・c
通所施設のため対象外		
2-(10) 所持金・預かり金等の管理		第三者評価結果
	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。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <p>・預かり金管理規程に基づき、現在3名の利用者の金銭管理を適正に行なっている。現預金と印鑑を管理する職員を分けており、出納帳を作成し、定期的に本人へ説明し確認印をもらっている。</p>		
	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。	a・b・c
通所施設のため対象外		

	第三者評価結果
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。	a・b・c
通所施設のため対象外	

A-3 安全・衛生・事故防止

	第三者評価結果
3-(1) 安全・衛生・事故防止	
3-(1)-① 安全確保や衛生管理又は事故防止に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・施設要覧の中に、安全対策と事故防止マニュアルを作成しており、全職員へ配布している。個々の事故については、その都度報告書を作成し、ケース会議や朝礼で話し合い、管理日誌へ記入している。朝礼へ参加が出来ない職員へは管理日誌をコピーして渡している。 	
3-(1)-② 事故防止のためチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・毎月1回、安全点検防災点検表を全職員へ配布し、危険箇所がないかを点検している。修繕等は必要に応じて行っている。 ・ヒヤリハット報告書、事故報告書を基に職員間で今後の対策について話し合っている。また、年に1回外部の第三者評価委員との会議の中で、一年間のヒヤリハット、事故報告書を見直し、今後の対策を話し合っている。 ・日頃から、事故防止については施設長から職員間へ話しをしており、事前に事故が防止出来るよう努めている。 	

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（共通）

※すべての評価細目（55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

	第三者評価結果
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
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
<p>・「明るく、豊かに、たくましく」という理念を掲げ、利用者主体の考えの下に自立と就労の支援を実践している。明るくとは、笑顔を忘れない。豊かにとは、精神的に経済的豊かさを育む、たくましくとは、利用者が一人で生活できる能力を身につけることである。</p> <p>・基本方針を達成するために『施設内での生活を通して、基本的生活習慣の確立を図り、社会生活への適応力を高める』等、6つのより具体的な支援方針を毎年策定している。今年の支援方針には、健康診断を重視していくことが新しく盛り込まれていた。</p>	
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
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
<p>・理念や基本方針ともに施設要覧へ記載し、職員へ配布をし会議等で読み合わせを行っている。複数の職員へ理念・基本方針を確認したが、理念・方針を明確に答えられない職員もいた。周知方法の見直しが求められる。</p> <p>・小浦の里だより等で保護者には理念や基本方針を周知している。保護者アンケートでも、大多数が理念・基本方針を知っているとの回答であった。</p>	

I-2 計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a・ <input checked="" type="radio"/> c
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・ <input checked="" type="radio"/> c
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
<p>・看護師を2名体制にしたい、グループホームを増やしていきたい等の考えはあるが、具体的に文書には作成されていなかった。目標を達成するためには、その目標を明らかにし、課題や問題をいつ、どのようなやり方で解決するかを計画することが、重要である。評価基準では、3～5年の中・長期計画を策定し、その計画を各年度の事業計画へ反映されていくことが求められている。</p> <p>・理念や支援目標、事業計画が含まれた施設要覧は、毎年全職員で見直しをしている。</p> <p>・班別活動計画を毎年策定し、各班の作業内容・班目標・売上向上努力目標を掲げている。利用者へは、分かりやすい言葉で支援の折に伝えている。評価基準では、計画の評価や見直しについても、利用者の意見を集約して反映していくことが求められています。例えば、班別活動計画の反省や見直しに、利用者の意見を聞く場を設けることもひとつの方法である。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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。	(a) b・c	
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	(a) b・c	
<p>・ 管理者の権限や役割等を運営規程に記載している。来年の施設要覧には、運営規程も追加して、職員への周知を図っていきたいとの希望がある。</p> <p>・ 施設長が昨年コンプライアンスに関する研修に参加し、朝礼等で職員へフィードバックしている。</p> <p>・ 自立支援給付費の請求の際には加算減算を間違えないようにと、職員へは常日頃伝え、法令遵守を守るよう心がけている。</p>		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	(a) b・c	
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	(a) b・c	
<p>・ 「小さな事でもいいので意見があれば挙げるように」と施設長より職員へ対して、常日頃話をしている。複数の職員の聞き取りからも、施設長に意見に耳を傾けてくれるとのことである。</p> <p>・ 全利用者の支援実施記録を施設長が毎日確認し、必要な場合には職員へ尋ねて利用者全員についての把握を行っている。</p> <p>・ 障害者自立支援法移行後の経営状況について、今後運営収入が減少し、運営が厳しくなる可能性があること等を会議等で伝え、今後は新商品の製造・販売や、グループホームの施設整備、利用者の確保等について話し合っている。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
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。		Ⓐ・b・c
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り組みを行っている。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		a Ⓑ・c
<ul style="list-style-type: none"> ・長崎県知的障害者福祉協会等の会合において、障害者自立支援法への動き等社会福祉事業全体の動向を収集している。 ・利用者がいない部屋での節電等、無駄な経費を見直すことは、日頃職員へ伝え日々実践をしている。 ・税理士等による監査は実施しているが、アドバイスを受けて改善するようなことは今のところないとのことである。 		

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
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。		Ⓐ・b・c
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。		a・b Ⓒ
<ul style="list-style-type: none"> ・障害者自立支援法への移行に伴い、人員を確保する予定である。今後は、看護師を2名体制にしたいとの意向がある。これまでは、欠員が発生した都度、補充していたが、優秀な人材であれば、積極的に採用していく方向である。 ・今後人事考課を実施する予定である。その意味は、職員の職務遂行にあたっての能力、行動及びその成果を一定の基準と方法に従って評価し、職員の成長を促すための仕組みである。職員に人事考課は、賃金や処遇に格差をつけるための手段と受け取られることがないように、人事考課を行う目的や効果をきちんと職員へ伝え、効果的に実施されることを期待します。 		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	第三者評価結果
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・(b)・c
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a・(b)・c
<p>・有給休暇や資格取得の為に休みを取れるよう、配慮をしているとのことであるが、グループホーム開設に伴い、夜勤業務が追加され、職員への負担が増加していると考えられる。職員が仕事に対して常に意欲的に臨めるような環境を整える為、また会議等で直接意見を言えない職員が相談しやすくなるよう、職員の意向を聞き取る機会等を設けることが望まれる。</p> <p>・福利厚生センターへの加入はないが、生命保険、退職共済には加入をしている。</p>	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	第三者評価結果
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。	(a)・b・c
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り組みが行われている。	a・(b)・c
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・(b)・c
<p>・施設要覧の中に、「施設職員は常にスキルアップを目指すため、専門的な知識と習得が求められる」「多種多様なニーズに合った質の高いサービスの提供のために研修を行う」と研修方針・研修目的を明記している。</p> <p>・職員一人一人についての研修計画は策定されていないが、今後人事考課を行っていく上で検討していきたいとの意向である。福祉サービスの向上には、個人の力量を客観的に評価し、長所を生かし、短所を目立たなくすることが重要である。将来のキャリアや資格取得の計画等も含めた個人毎の教育計画への取り組みが期待される。</p> <p>・研修報告の提出はあるものの、発表する場を設けていないとのことである。学んだことは、現場で実践できて、初めて成果となります。研修成果・分析を行うためにも、発表する機会を設けることも一つの方法である。</p>	

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		第三者評価結果
II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。		Ⓐ b・c
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。		Ⓐ b・c
<p>・「実習生の受け入れを積極的に行い、地域における福祉施設としての役割を果たしていくこと」と実習の受け入れの意義を施設要覧へ明文化している。また、実習生受け入れの際の流れを分かりやすく明記している。実習生出身の職員や、実習指導者を指名される事例もあり、実習生の満足度が窺える。</p> <p>・実習生には全ての班で作業を行えるよう、施設要覧内のプログラムとは別に詳細のプログラムを作成している。</p>		

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		第三者評価結果
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。		Ⓐ b・c
II-3-(1)-② 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。		Ⓐ b・c
<p>・昨年度怪我をした等の事故が発生している。ヒヤリハット及び事故報告書を作成し、今後このようなことが起きないために必要なこと、保護者への連絡有無を記載していた。</p> <p>・施設要覧に、「利用者の病気、怪我等への対応」「送迎バス故障時の対応」等マニュアルが整備されており、年度末に第三者評価委員を加えたリスクマネジメント会議を開催し、1年間あった事故やヒヤリ・ハットについて検討をしている。</p>		

II-4 地域との交流と連携

		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	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a・(b)・c
II-4-(1)-②	施設(事業所)が有する機能を地域に還元している。	a・(b)・c
II-4-(1)-③	ボランティア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。	(a)・b・c
<p>・かっちえてフェスタ(文化祭)に町内会長を招待したり、施設周辺の除草作業を行っている。施設が住宅街から離れた場所に位置しているため、地域とのかかわり方は今後の課題である。</p> <p>・地域の自治会長・理事・評議員へ小浦の里だよりを配布している。今後自治会が会合できるようなスペースを設けたいとの意向がある。</p> <p>・現在、農園班に2名のボランティアを受け入れている。また施設への行事の際には、大学等へボランティアを依頼している。ボランティア希望者には、氏名・住所・電話番号・施設への交通手段等を記載し、受け入れの体制を確立している。</p>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	(a)・b・c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c
<p>・利用者票や重要事項説明書に定期的に通っている病院を記載し、1人1人のかかりつけ医を把握をしている。</p> <p>・就労センターやハローワークと必要に応じて連携を行っている。最近ヘルパー2級を取得した利用者を、就労センターと連携しながら支援を行ったとの事例がある。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a・(b)・c
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。	(a)・b・c
<p>・自治会長が市政だよりを持参することはあるが、自治会の会合へ参加することはないとのことである。組織が地域社会における役割を果たすために、地域の民生委員や関係団体等から具体的な福祉ニーズを把握する取り組みが求められます。</p> <p>・保護者の意向もあり、平成21年10月よりグループホームを開設している。</p>		

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

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
<p>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。</p> <p>・施設長から職員へ「利用者は他人だからといって、しつけの為拘束をしたりするようなことはしてはいけない」と伝えている。職員行動規範の中に、「体罰・差別・プライバシーの侵害・人格無視・強要・制限などの禁止事項」を具体的に明記している。</p> <p>・興奮した利用者がある場合には、別室に職員と一緒に入り、落ち着けるよう援助している。</p>	(a) b・c
<p>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。</p> <p>・「利用者本人や保護者・家族の了解を得ずに、本人の写真、名前や製作した製品を掲示、展示しないこと」等プライバシー保護に関する禁止事項を施設要覧に明記し、職員会議の際読み合わせを行っている。</p> <p>・小浦の里だよりに個人情報を掲載すること、医療機関及び他の事業者へ個人情報を提供することへの同意書を必ずもらっている。</p>	(a) b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	(a) b・c
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	(a) b・c
<p>・施設内へオレンジポスト(意見箱)を設置している。保護者は班別個別懇談会や、茶話会(施設長が施設の代表として参加する)の場で意向を聞く機会を設けているが、グループホームを増設してほしいとの意向が多く聞かれているとのことである。</p> <p>・本人の希望等を聞き、それが本人のために必要なものか?、わがまま、その場だけのもの、自己中心的な状況になっていないか等を吟味しニーズの把握を行なうようマニュアルに記載されており、本人の希望の面談を年4回実施している。</p>	

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。	第三者評価結果
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 (b) c
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) b c
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。	a (b) c
<p>・相談がある場合には、担当職員へ相談するように利用者へは伝えている。日常的に接する職員には相談できないケースもあり、他の職員へも相談ができる配慮が必要であると思われます。</p> <p>・相談・苦情/受付報告書に、相談・苦情内容、相談・苦情に対する対応とその結果、保護者への連絡、明るい施設づくり委員会への対応の有無が記載できるようになっており、報告書は職員へ会議等で伝えられている。</p> <p>・意見等に対しては迅速に対応はされているが、対応マニュアルを整備していないとのことであった。利用者からの苦情のみならず、意見や提案から組織の改善課題を発見し、サービスの質を向上させていく姿勢を具体化した対応マニュアルの策定が求められます。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組み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
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a (b) c
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a (b) c
<p>・3年前に第三者評価を受審しているが、結果を職員全員で話し合う機会はなかったとのことである。自己評価や第三者評価を受審した結果、組織としての課題や問題点が明確になったと思われる。その後、サービスの質がどのように改善し、利用者の満足度や職員のやる気が向上したか等について、見直しを行なうことが必要である。</p>		
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		第三者評価結果
Ⅲ-2-(2)-①	個々の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
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
<p>・グループホームの利用者に対しては、どの職員が対応をしても標準的な実施方法ができるようにマニュアルを作成中であるとのことであった。授産施設では標準的な実施方法を文書化していないが、各班の主任者が他の職員へ利用者個々の援助について伝える仕組みである。</p>		

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	第三者評価結果
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
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
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
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日班担当職員が、利用者一人一人の個別支援日誌を記載している。記録内容にばらつきが出ないように、会議等で話し合いが行われている。 ・ 施設要覧に「個別支援記録簿の管理」の項目を明記し、保管場所について詳細に記載している。 ・ 個別支援記録簿は、鍵をかけた書庫に保管し、事務室と部長が鍵を管理している。貸し出しの際には、貸し出し簿に記載するようになっている。 ・ 朝礼や会議などで随時利用者の状況を共有するようにしている。利用者の状況を共有することにより、担当する班員以外の利用者を見るようになってきている。 	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果
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。	(a) b・c
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。	(a) b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用状況がわかりやすいように、パンフレットには写真が多く使われていた。多くの人の目に留まるよう、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に配布することも大切である。 ・ 養護学校などの見学・実習は積極的に受け入れており、施設をアピールする機会となっている。 ・ サービス開始時には、部長か施設長が、利用者と保護者へ重要事項説明書と契約書を説明し、同意を得ている。 	

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。	a (b) c
<p>・他の事業所へ変更になった場合には、口頭で今までの状況を伝える場合もあるとのことであった。環境の変化等により、サービスの継続性を損なわないような配慮をもとに、引継ぎや申し送りの手順、文書の内容等を定めておくことが必要と思われる。</p>	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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。	(a) b c	
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	(a) b c	
<p>・生活状況・健康状況等9領域について、年1回統一したアセスメントシートを各班の担当者が作成している。本人や保護者のニーズとしては挙がらない事（他傷行為がある、作業中意味もなくうろついている等）の項目を追加し、集団生活を送る上で未然に注意を促せるように配慮している。</p> <p>・障害によっては記憶の状態を把握しなければならない場合もあり、コミュニケーション・スキルに関する領域に記憶の保持を追加している。</p> <p>・3ヶ月ごとにニーズ整理表を作成し、本人の希望・保護者の希望・ニーズ・ニーズの分析を行い、長期目標・短期目標へつなげている。</p> <p>・できるだけ本人の希望をニーズとして取り上げているが、例えば「ジュースを飲みながら作業をしたい」と利用者が希望すると、そのまま受け入れるのではなく、「ジュースを飲みながらでは、こぼした時に資料を汚すかもしれない」と利用者が理解するまで話し合い、実現可能なニーズ、例えば「休憩時間にジュースを飲む」へつなげている。</p>		

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。	Ⓐ b・c
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。	Ⓐ b・c
<p>・ ①就労・作業 ②生活 ③優先して支援が必要な事項(健康・集団生活等)について個別支援計画書を作成している。全利用者の目標設定の理由、支援目標の内容及び支援の方法等について、全職員が共通理解を持つ施設内研修を年2回実施している。</p> <p>・ ニーズ整理表、個別支援計画書を3ヶ月に1回見直しを行っている。個別支援計画書の3ヶ月毎の評価は、1・現状のまま、2・半分未満の目標達成度、3・半分程度の目標達成度、4・半分以上の目標達成度、5・目標達成の5段階に分けて詳細に評価ができるようになっている。</p>		