

## 福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

### ① 第三者評価機関名

|            |
|------------|
| 静岡県社会福祉協議会 |
|------------|

### ② 施設・事業所情報

|                            |   |                  |
|----------------------------|---|------------------|
| 名称：ビーンズ                    | 種別：生活介護事業所  |                  |
| 代表者氏名：阿部 浩二                | 定員（利用人数）：   | 20名              |
| 所在地：静岡県沼津市西椎路813-6         |   |                  |
| TEL：055-969-2190           | ホームページ：https://www.kiboukai.or.jp/                  |                  |
| <b>【施設・事業所の概要】</b>         |   |                  |
| 開設年月日 2003年4月              |   |                  |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 輝望会 |   |                  |
| 職員数                        | 常勤職員： 15名   | 非常勤職員 4名         |
| 専門職員                       | （専門職の名称） 名  |                  |
| 施設・設備の概要                   | （居室数）作業室 5 静養室 1<br>食堂 2 トイレ 6 更衣室 2<br>相談室 1 会議室 1 | （設備等）<br>テレビ・ピアノ |

### ③ 理念・基本方針

#### （1）理念

この生命とおとし 一人ひとりのこの生命 かけがえのないこの大切な生命

#### （2）基本方針

- 1) 個々の利用者を尊重し、主体的な生きがいにつながる活動を提供する。
- 2) 保健衛生に十分配慮し、QOL(生活の質)を高める。
- 3) 地域の障害者や人々が入りしやすいうように環境づくりをする。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 入所施設が近くにあるので、家族を介さないで、ビーンズ職員がショートステイに送り、朝も入所施設職員がビーンズに送るので、家族の介在がなくてもショートステイと日中活動を一体的に利用できます。
- 2) 通所施設としては、いち早く入浴サービスを取り入れています。

### ⑤ 第三者評価の受審状況

|               |  |
|---------------|--|
| 評価実施期間        | 平成30年7月18日（契約日） ～<br>平成 年 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

- \* 育成会（家族及び支援者等）の要望を受けて、地域のニーズを踏まえた実践を行っています。
- \* 高齢者とは違い、通所での入浴支援を実施しない事業所が多い中、保護者・利用者の希望に応じて、入浴支援を実施しています。
- \* 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行うために、各種研修等に職員を積極的に出し、専門知識の習得と支援の質の向上に努めています。
- \* 「支援マニュアル」や「個別支援計画書」にもとづく支援をしています。利用者の心身状況に応じて、自助具等を適切に活用しながら、適切な食事等の支援をしています。
- \* 生活環境は、快適性と安全等に配慮し、事業所全体が清潔で明るい雰囲気を保っています。

### ◇改善を求められる点

- \* 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備していません。
- \* 苦情解決状況の公表が求められます。
- \* 個別支援計画策定の手順を定めてなく、実施状況等を確認し、評価・見直しをする仕組みも定めていません。
- \* 実習生の受け入れるための組織的な体制を整備し、マニュアル等の整備が望まれます。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者に客観的に評価をしていただいたことで、現在行っているサービスの課題を知ることが出来たのと同時に、高い評価をいただいた内容の確認も出来たことは良かったと思います。特に入浴サービスについては、利用者の方や保護者の方の希望に少しでもお応えすることが出来るようにと今まで実施してきましたが、まだまだ課題も多い中、過分に評価をいただいたことは大変嬉しく思います。

一方、改善を求められる点として、仕組みやマニュアル等の整備に関するご指摘がありました。これは一施設だけでなく、法人全体の課題として受け止めていかなければならないと感じています。

これまで「出来ている」と思われた部分についても具体的なご指摘を受けたことで、改めて第三者に客観的に施設サービスの内容を評価していただくことの必要性を感じました。

今回の評価内容を施設としての財産として、利用者の方や保護者の方だけでなく、地域のニーズにもお応えすることが出来るように今後も職員一同、サービスの質の向上に努めてまいりたいと思います。

## 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。

## 第三者評価結果〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、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 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態  
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態  
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 障害者・児福祉サービス版共通評価基準

#### 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・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。 | b       |
| <コメント>法人の理念、基本方針が明文化されており、朝礼時の唱和等でチェックが行われるが、職員全員に直接周知する機会について十分でない。 |                                   |         |

##### I-2 経営状況の把握

|  |   | 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。  |   |         |
| 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。 | b       |
| <コメント>常に外部会議、研修等に参加し状況把握している。法人内の監査や会議で取り組んでいる。結果について、職員へ回覧しているがコスト分析で十分でない。 |   |         |
| 3  | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。        | b       |
| <コメント>具体的な取組みは管理職会議へ報告し、必要なことに取り組んでいるが、経営改善について職員への周知等が十分でない。                |   |         |

##### I-3 事業計画の策定

|   |                                       | 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。                     |                                       |         |
| 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。 | b       |
| <コメント>事業計画は策定されているが、収支計画の策定がされてない。                  |                                       |         |
| 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。  | b       |
| <コメント>基本的には反映させているが、地域要望を優先させる時があり、毎年反映されているとは言い難い。 |                                       |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | b |
| <コメント>各担当者が決められており、年度末に特別な勤務体制で職員会議を行うが、事業計画の見直しと職員理解の徹底は十分でない。 |   |   |
| 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 |
| <コメント>利用者への周知は困難であり、保護者等には役員のみ周知し、利用者全員に直接の周知はしていない。            |   |   |

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

|   |   |         |
|---|---|---------|
|   |   | 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。          |   |         |
| 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。           | b       |
| <コメント>各種委員会で組織的に取り組んでいるが、定期的な開催が十分ではない。     |   |         |
| 9   | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。 | b       |
| <コメント>法人全体で確認後、具体的な取り組みを実施するが、計画的には行われていない。 |   |         |

## 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

|  |  |         |
|--|--|---------|
|  |  | 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。                                   |  |         |
| 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図っている。   | b       |
| <コメント>表明はされているが、理解されているかの確認作業が十分でない。                       |  |         |
| 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。       | b       |
| <コメント>常に情報把握を行い、理解するための伝達や指示をしているが、職員が理解しているかの確認作業が十分ではない。 |  |         |
| 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。 | b       |
| <コメント>職員会議等の意見は実現するよう努めているが、組織としての取り組み後、効果の確認等が十分でない。      |  |         |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 13  | Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;経営改善の取り組みを行い、そのための職員確保や定着化に取り組み、休暇の保証や職場と家庭との両立に指導力を発揮しているが財務等をふまえた分析が十分でない。</p> |  |   |

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

|   |   | 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。   |   |         |
| 14  | 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。        | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;人材体制に関する計画があり、法人本部にて一括して取り組んでいるが学卒新規採用者等困難であり効果的な取り組みが十分ではない。</p>                            |   |         |
| 15  | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                                | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;求められる人材像や能力と責任度等文章化され職員に明示されている。さらに、人事異動や人事考課等に生かされ人材育成を行っている。</p>                           |   |         |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。  |   |         |
| 16  | 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。              | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;書面による意向調査を実施し、面談し把握し改善に取り組んでいるが、仕組みとして改善の構築されていない。</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。  |   |         |
| 17  | 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。                         | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;職員一人ひとりの育成の目標管理があり、面談・人事考課実施の手引きや「見直そうあなたの勤務態度」チェック表が明示されている。チェックは定期的実施し、職員の育成を最大限図っている。</p> |   |         |
| 18  | 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。         | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;基本方針は策定されているが、年間計画はなく各自の意向に任されているなど十分でない。</p>  |   |         |
| 19  | 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。                       | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;研修機会の保証はされており、能力向上のための資格取得等資金援助も用意されている。</p>   |   |         |
| 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。   |   |         |
| 20  | Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;担当者のみで、組織としての体制は整備されていない。</p>  |   |         |

### II-3 運営の透明性の確保

|   |   | 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。                                       |   |         |
| 21  | 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。       | b       |
| ＜コメント＞ホームページの活用により、理念や事業計画、財務状況等ホームページ上で公開されているが、苦情等の情報公開はされておらず、十分でない。 |   |         |
| 22  | 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。 | b       |
| ＜コメント＞毎月の会計監査が行われ、職員には周知されているが業務内容等の取り組みは十分ではない。                        |   |         |

### II-4 地域との交流、地域貢献

|  |   | 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。  |   |         |
| 23   | 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。                   | b       |
| ＜コメント＞職員が中心になり取り組みを行っているが、利用者参加は祭り等に限られている。  |   |         |
| 24   | II-4-(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。           | c       |
| ＜コメント＞基本姿勢の明示がない。  |   |         |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。   |   |         |
| 25   | 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。 | a       |
| ＜コメント＞各種関係機関との連携により地域の要望を把握し、社会資源を整備してきており、職員間で情報共有を図っている。運営に際しては、各種関係機関との連携のもと実施している。 |   |         |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。  |   |         |
| 26   | 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。                    | b       |
| ＜コメント＞福祉避難所の指定にはなっているが、他の取り組みは十分でない。   |   |         |
| 27   | 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。               | c       |
| ＜コメント＞育成会（家族及び支援者等）の意向で各種事業展開をしているため、独自の活動は検討段階である。                                    |   |         |

## 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

|  |   | 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。  |   |         |
| 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;毎年の事業計画書に、基本的な考え方が明示されており、年度末に全職員全員参加の会議体で徹底している。</p>   |   |         |
| 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。         | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;法人として支援の基本を明示し、各種会議体で周知し、具体的な規定やマニュアル等整備し実施している。見直しは定期的なチェック表で確認しているが、プライバシーマニュアルは整備されておらず、十分でない。</p> |   |         |
| 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。             | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;法人ホームページ上では行っているが、各種会議体で情報提供しているが、積極的な取り組みではない。</p>   |   |         |
| 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。              | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;丁寧な説明と同意には心掛けているが、解かりやすく説明する取り組みはされていない。保護者への説明が主になっている</p>   |   |         |
| 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;希望すれば十分な支援を行える体制は整備している。</p>  |   |         |
| 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。                 | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;28・29年度に満足度調査を実施しているが、担当者や検討会議の設置等がなく、仕組みを整備していない。</p>  |   |         |
| 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。                      | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;苦情解決状況を公表していない。苦情箱が見つけにくく、かつ事務所から窓越しに丸見への場所に設置するなど、工夫がない。</p>   |   |         |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 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。         | c |
| <コメント>説明文書や掲示物や意見箱設置がなく、環境を整備していない。  |  |   |
| 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。            | c |
| <コメント>意見等に対応するマニュアルの策定がなく、組織的に対応していない。   |  |   |
| 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 |
| <コメント>手順と責任者を明確にしている。法人内事業所の主任クラスで、分析・検討し、それを回覧している。評価・見直しについては、毎月の職員会で評価等をしている。 |  |   |
| 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。 | b |
| <コメント>法人版「標準予防策」を活用しているが、その「標準予防策」に、作成日・見直し日の明示がない。勉強会等は、実施しているが、管理体制は明確でない。     |  |   |
| 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。           | b |
| <コメント>災害時対応体制が決められ備蓄リストを作成し、定期的な訓練も実施しているが、安否確認方法を決めてなく、事業継続に必要なBCP等の対策も講じていない。  |  |   |

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

|   |   | 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。   |   |         |
| 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。 | b       |
| <コメント>利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示され、マニュアルの読み合わせもしているが、そのマニュアルにもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みはない。 |   |         |
| 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。               | c       |
| <コメント>組織的な検証・見直しの仕組みを定めていない。  |   |         |
| 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支援計画を適切に策定している。                | c       |
| <コメント>手順を定めてなく、実施状況等を確認する仕組みもない。  |   |         |



|  |   |   |
|--|---|---|
| 43   | Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。                  | c |
| <p>&lt;コメント&gt;組織的な見直しの仕組みを定めていない。</p>                                     |   |   |
| <p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>                                      |   |   |
| 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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;記録要領等がなく、職員への指導等の工夫はない。情報の共有は、打ち合わせや回覧程度で、積極的な取組はしていない。</p> |   |   |
| 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。                    | b |
| <p>&lt;コメント&gt;「文書保存規程」「個人情報取り扱い規程」を整備しているが、記録管理責任者の明示はない。職員への教育等もない。</p>  |   |   |

## 障害者・児福祉サービス版内容評価基準

### 評価対象 A-1 利用者の尊重と権利擁護

|  |                                       | 第三者評価結果 |
|--|---------------------------------------|---------|
| A-1-(1) 自己決定の尊重  |                                       |         |
| A①   | A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;利用者の意思尊重やエンパワメントについての明示があり、各種研修へ積極的に参加することで、利用者の意思を尊重した支援ができるように努めているが、ルール等への取組ができてなく、地域の社会資源等の情報提供等も実施していない。</p>       |                                       |         |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等   |                                       |         |
| A②   | A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;具体的事例や身体拘束の実施方法等、行政への報告手順等、発生した際の対応策等を「虐待対応マニュアル」に明示し、保護者会において説明している。法人委員会にて、組織的に取り組んでいるほか、事業所として、外部研修等に積極的に参加している。</p> |                                       |         |

### 評価対象 A-2 生活支援

|   |  | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| A-2-(1) 支援の基本   |  |         |
| A③  | A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。                 | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;「支援マニュアル」に、見守りの姿勢を明示している。相談支援事業所と連携し、行政手続き等含め、自立に配慮した個別支援をしている。</p>                      |  |         |
| A④  | A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;「写真」「サイン」「50音ボード」等で支援している。代弁者については、保護者とは連絡帳や口頭で情報交換等をし、相談支援事業所とも連携しながら支援をしている</p>        |  |         |
| A⑤  | A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。           | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;日常の関わりから、適切な相談を心掛け、必要に応じ関係各所とも連携し、情報共有し支援しているが、仕組みや手順等を定めていない。利用者への情報提供などの積極的な取組もない。</p> |  |         |
| A⑥  | A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。             | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;個別ニーズに応じた支援を心掛けているが、多様化を図った支援になっていない。支援内容等の検討・見直しを行っているが、情報提供への積極的な取組はない。</p>            |  |         |
| A⑦  | A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。                | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;各種研修等に職員を積極的に出し、専門知識の習得と支援の質向上に努めている。職員が連携し、必要な支援をしている。支援方法等の見直しを適切に行っている。</p>           |  |         |

|   |  |   |
|---|--|---|
| A-2-(2) 日常的な生活支援  |  |   |
| A⑧  | A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。               | a |
| <p>&lt;コメント&gt;「支援マニュアル」「個別支援計画書」にもとづく支援をしている。利用者の心身状況に応じて、自助具等を適切に活用しながら、適切な食事等の支援をしている。</p>   |  |   |
| A-2-(3) 生活環境  |  |   |
| A⑨  | A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。          | a |
| <p>&lt;コメント&gt;快適性と安全等に配慮し、事業所全体が清潔で適温と明るい雰囲気を保っている。部屋数が多いため、必要時は常時適切に使用できる状態です。</p>  |  |   |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練   |  |   |
| A⑩  | A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。            | b |
| <p>&lt;コメント&gt;理学療法士等の専門職の事業所内配置はないが、法人内にいる各専門職のもとに、月1回職員が相談に行ったりするやり方で実施している。独立したりハビリ計画は作成せず、「個別支援計画書」に必要事項を記入し、モニタリングで見直しを実施している。</p> |  |   |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援   |  |   |
| A⑪  | A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。       | b |
| <p>&lt;コメント&gt;健康状態把握に努めて、医療機関との連携も適切に行っているが、体調変化時の対応等の手順は明確にしていない。法人研修に参加している。</p>   |  |   |
| A⑫  | A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。          | c |
| <p>&lt;コメント&gt;感染症やアレルギーのマニュアルはあるが、医療支援の方針や手順等を明確にした医療マニュアルや、服薬マニュアルはない。喀痰吸引等の医療的ケアは実施していない。</p>  |  |   |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援   |  |   |
| A⑬  | A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。       | c |
| <p>&lt;コメント&gt;社会資源を活用する内容も組み込んで外出等の機会を設けているが、社会参加のための意向把握はしてなく、情報提供や学習支援等も実施していない。</p>   |  |   |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援  |  |   |
| A⑭  | A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;課題が表面化した利用者の支援はしているが、地域生活継続のための意向把握はなく、組織として、積極的に支援をしていない。実施しているケースは、相談支援事業所や関係機関と連携し、必要に応じケース会議に参加して、支援を実施している。</p>     |  |   |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援   |  |   |
| A⑮  | A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。               | b |
| <p>&lt;コメント&gt;保護者会を通し家族と意見交換し、利用者の状況等を連絡帳等で報告している。家族支援に心掛けているが、利用者急変時等の連絡ルールを定めていない。</p>   |  |   |

### 評価対象 A-3 発達支援

|              |  | 第三者評価結果 |
|--------------|--|---------|
| A-3-(1) 発達支援 |  |         |
| A16          | A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | 評価外     |
| <コメント>       |  |         |

### 評価対象 A-4 就労支援

|              |   | 第三者評価結果 |
|--------------|---|---------|
| A-4-(1) 就労支援 |   |         |
| A17          | A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。       | 評価外     |
| <コメント>       |   |         |
| A18          | A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | 評価外     |
| <コメント>       |   |         |
| A19          | A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。   | 評価外     |
| <コメント>       |   |         |

| 評価項目             | No   | H29改訂評価基準                         | 自己評価  |  | 第三者評価  |  |
|------------------|--|-----------------------------------|---|--|--|--|
|                  |  |                                   | 評価  | 判断した理由や根拠  | 評価   | 判断した理由や根拠  |
| I 福祉サービスの基本方針と組織 | 1 基本理念・方針の確立                                 | 1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。         | A   | 施設内に掲示および法人パンフレット、機関誌、ホームページに掲載されている。職員は、人事考課（常勤職員のみ）やセルフチェック（見直し）あなただの勤務態度）を2回/年法人全職員で行なっている。 | A  | 法人の理念、基本方針が明文化されており、朝礼時の唱和や年2回の人事考課時セルフチェックが行われるが、臨時職員や育成会（家族及び支援者等）全員に周知する機会が十分でない。 |
|                  |  |                                   | B   |  | B  |  |
|                  |  |                                   | C   |  | C  |  |
|                  | 2 経営状況の把握                                    | 2 事業経営をとりまき環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | A   | 事業計画書へ記載されている。   | A  | 関係する外部会議・研修等に参加し、状況を把握している。毎月の監査や各種会議体で取り組まれ、結果については職員へ還元しているが、的確なコスト分析等十分でない。       |
|                  |  |                                   | B   |  | B  |  |
|                  |  |                                   | C   |  | C  |  |
|                  | 3 事業計画の策定                                    | 3 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。         | A   | 上記について、法人本部を起点に、経営に関わる内容については、経営協議会にて検討協議され、必要に応じて理事等でも協議されている。                                | A  | 具体的な取り組みは、管理連絡会議へ報告し、経営改善について職員への周知等の点で十分でない。  |
|                  |  |                                   | B   |  | B  |  |
|                  |  |                                   | C   |  | C  |  |
| 4 事業計画の策定        | 4 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。                    | A                                 | 年度末に全職員を対象に実施している研修にて、年間の振り返りと、次年度へ向けての目標を確認している。法人（法人事業計画）事業所ごとにも事業計画および予算案が策定されている。中長期における収支計画の策定はされていない。 | A  | 計画の策定は、なされているが収支計画の策定がされていない。                              |  |
|                  |  | B                                 |   | B  |  |  |
|                  |  | C                                 |   | C  |  |  |
| 5 事業計画の策定        | 5 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                                 | 事業計画へ反映されている。収支計画の策定はされていない。  | A  | 事業計画に反映されているが、地域ニーズを優先させざるを得ないこともあり、毎年必ず反映していると言えない。       |  |
|                  |  | B                                 |   | B  |  |  |
|                  |  | C                                 |   | C  |  |  |
| 6 事業計画の策定        | 6 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。  | A                                 | 法人と事業所単位で作成されているが、全員が理解しているとは言えない。  | A  | 各担当者が決められており、年度末に特別な勤務体制で職員会議を行うが、事業計画の見直しと職員理解の徹底は十分でない。  |  |
|                  |  | B                                 |   | B  |  |  |
|                  |  | C                                 |   | C  |  |  |
| 7 事業計画の策定        | 7 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。                  | A                                 | 作成、掲示まではされているが、積極的に理解を促しているとは言えない。  | A  | 利用者への周知は困難であり、育成会（家族及び支援者等）の役員には周知しているが、利用者全員に直接の周知はしていない。 |  |
|                  |  | B                                 |   | B  |  |  |
|                  |  | C                                 |   | C  |  |  |
| 8 事業計画の策定        | 8 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。          | A                                 | 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に進められている。法人としても、各種委員会を発足し、取り組んでいる。職務分掌にて、各職員に取り組んでもらっている。                              | A  | 各種委員会で組織的に取り組んでいるが、定期的な開催が十分でない。                           |  |
|                  |  | B                                 |   | B  |  |  |
|                  |  | C                                 |   | C  |  |  |
| 9 事業計画の策定        | 9 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                                 | 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  | 法人全体での確認がされてから、計画的には行われていない。                               |  |
|                  |  | B                                 |   | B  |  |  |
|                  |  | C                                 |   | C  |  |  |

| 評価対象    | 分評価              | 評価項目            | No | H29改訂評価基準                        | 自己評価 |  | 第三者評価 |   |
|---------|------------------|-----------------|----|----------------------------------|------|--|-------|---|
|         |                  |                 |    |                                  | 評価   | 判断した理由や根拠  | 評価    | 判断した理由や根拠   |
| Ⅱ 組織の運営 | 1 管理者の責任とリーダーシップ | 管理者の責任が明確にされている | 10 | 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    | 主には日常的な、毎日の打合せにて表明している。その他、職員会議においても報告や指示を行なっている。公の会議においては、会議録が作成されているが、打合せ等の連絡については、重要な点のみ日誌にて続けられる。周知されているかは疑問である。 | A     | 日常業務時、表明している他、事業計画を取りまとめる際、役割と責任を明確にしているが、理解されているかの確認作業等がなされていない。                               |
|         |                  |                 |    |                                  | B    | 法人倫理綱領や関連する法律等は、常に情報収集し研鑽に努めている。新人職員研修において、倫理綱領や行動規範の内容についての講習を行なっている。   | B     | 常に情報収集して、朝礼時や職員会議時、伝達や指示を行なっているが、理解されているかの確認作業等が十分ではない。   |
|         |                  |                 |    |                                  | C    | 外部研修を友好的に活用。また、保護者からの要望や苦情についても、職員全員で話し合い、向き合うこと、質の向上につながると思っている。人事考課でも活用し、個人に即じた目標設定を面接にて設定している。                    | C     | 年1回は必ず、自主研修、資格取得、障害別研修等取り組ませ、職員会議での意見は実効できる方向で取り組んでいるが、効果確認等がなされていない。                           |
|         |                  |                 |    |                                  | A    | 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     | 利用者確保に常に取り組んでいる。それを保証する職員確保にも取り組む。職場定着化に留意し、家庭との両立を図るべく、休職の確保等にも取り組んでいるが、労務・財務等をふまえた分析が十分でない。   |
|         |                  |                 |    |                                  | B    | 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。   | B     | 人材や人材体制に関する計画があり、本部にて一括して取り組んでいるが、学卒新規採用等困難であり、効果的な取組が十分ではない。                                   |
|         |                  |                 |    |                                  | C    | 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。   | C     | 人材や人材体制に関する計画があり、本部にて一括して取り組んでいるが、学卒新規採用等困難であり、効果的な取組が十分ではない。                                   |
|         |                  |                 |    |                                  | A    | 総合的な人事管理が行われている。   | A     | 求められる人材像や能力と責任度等文章化され職員に明示されている。さらに、人事異動や人事考課等に活用される人材育成を行っている。                                 |
|         |                  |                 |    |                                  | B    | 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。  | B     | 書面により定期的な意向調査を実施している。管理職が常に改善に取り組んでいるが、仕組みとしては構築されていない。   |
|         |                  |                 |    |                                  | C    | 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。  | C     | 職員一人ひとりの育成の目標管理があり、面談・人事考課実施の手引きや「見直しあなただの勤務態度」チェック表等が明示されている。チェックは定期的な実施、取り組まれ、職員の育成を最大限図っている。 |
|         |                  |                 |    |                                  | A    | 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。   | A     | 基本方針は明示されている。年間研修計画はなく、各自の手上げ方式で決められているなど十分でない。   |
|         |                  |                 |    |                                  | B    |  | B     |   |
|         |                  |                 |    |                                  | C    |  | C     |   |
|         |                  |                 |    |                                  | A    |  | A     |   |
|         |                  |                 |    |                                  | B    |  | B     |   |
|         |                  |                 |    |                                  | C    |  | C     |   |

| 評価項目          | No.                  | H29改訂評価基準                                       | 自己評価                           |  | 第三者評価 |  |
|---------------|----------------------|---|--------------------------------|--|-------|--|
|               |                      |   | 評価                             | 判断した理由や根拠  | 評価    | 判断した理由や根拠  |
| 3 運営の確保と透明性   | 19                   | 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。                       | A                              | 法人全体で、研修参加履歴を管理している。復命書の作成が義務付けられており、打合せの時間を活用し、資料等の説明や回覧を適宜行っている。           | A     | 研修機会の保証とともに、年一回以上は研修するよう各種研修が用意されている。資格取得は資金援助を含めて奨励している。                    |
|               |                      |   | B                              | 保育実習が受け入れの主である。受け入れにあたり、実習担当者の配置を行い、運営主体や傷害の基礎知識、ピーンズの状態等まとめたものを説明、提供を行っている。 | B     | 担当者は決まっているが、組織としての取り組みではない。マニュアル等も整備されていない。                                  |
|               |                      |   | C                              | ホームページや場合物として公開している。   | C     | ホームページの活用により、法人・事業所の理念や福祉サービス内容、事業計画など掲載されているが、苦情等の情報は公開されておらず、十分でない。        |
|               | 20                   | 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | A                              | 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     | 毎月の会計監査が行われ職員等には周知されているが、経理面のみで業務内容等については、十分ではない。                            |
|               |                      |   | B                              | 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。   | B     | 地区自治会への参画、障害者理解を深めてもらう取り組みや地域理解を深める取り組みを行っているが、利用者参加は十分ではない。                 |
|               |                      |   | C                              | 利用者や地域との交流を広げるための取組を行っている。   | C     | 地区自治会への参画、障害者理解を深めてもらう取り組みや地域理解を深める取り組みを行っているが、利用者参加は十分ではない。                 |
|               |                      |   | A                              | ボランティア等の受入れに對する基本姿勢を明確にし体制を確立している。   | A     | 年1回の中学生との交流や小学校との交流はあるが、基本姿勢の明示がない。  |
| 4 地域との交流、地域貢献 | 23                   | 地域との関係が適切に確保されている。                              | A                              | ボランティア等の受入れに對する基本姿勢を明確にし体制を確立している。   | A     | 地域の関係機関との連携の下、地域に必要な社会資源を確保してきており、職員間で情報共有を図っている。運営に当たっては、各関係機関との連携により行っている。 |
|               |                      |   | B                              | ボランティア等の受入れに對する基本姿勢を明確にし体制を確立している。   | B     | 地域の関係機関との連携の下、地域に必要な社会資源を確保してきており、職員間で情報共有を図っている。運営に当たっては、各関係機関との連携により行っている。 |
|               | 24                   | 関係機関との連携が確保されている。                               | A                              | 福祉施設・事業所としての必要な社会資源を確保している。関係機関等との連携が適切に行われている。                              | A     | 福祉避難所の指定になっているが、他の取り組みは十分ではない。   |
|               |                      |   | B                              | 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。  | B     | 育成会（家族及び支援者等）の意向で各種事業展開を行っているため、独自の活動は検討段階である。                               |
| 25            | 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | A   | 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  |       |  |
|               |                      | B   | 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。 | B  |       |  |

| 評価項目               | No | H29改訂評価基準                                      | 自己評価                                     |   | 第三者評価  |  |
|--------------------|----|--|--|---|--|--|
|                    |    |  | 評価                                       | 判断した理由や根拠   | 評価   | 判断した理由や根拠  |
| 利用者尊重する姿勢が明示されている。 | 28 | 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 B C                                    | 日常的な朝と夕方に打合せを行い、利用者様の様子等を共有している。また、職員会議やグループ会議を行い、支援計画に基づいた、調整を行っている。 | A B C  | 事業計画書に基本的な考え方が明示されており、個々の支援計画の周知やマニュアルの確認を年度末に会議体で徹底し、新年度に備えている。 |
|                    |    | 29   | 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 B C   | 法人内での委員会活動を中心に、取り組みが法人として整備されている。虐待等の相談窓口設置や、関連する規定等も法人として整備されている。     | A B C  |
|                    | 30 | 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 B C                                    | 法人ホームページへの掲載のみである。自立支援協議会や県知協にて、市内の生活介護事業所一覧を作成している。                  | A B C  | 法人ホームページ上では行っているが、各種会議体で情報提供しているが、積極的に提供するまでの取り組みはない。            |
|                    |    | 31   | 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 B C   | 利用契約書、重要事項説明書を丁寧に説明を行っている。利用者が、重度の障害の方が多いため、ご本人への分かりやすさと言う観点に書けると思われる。 | A B C  |
|                    | 32 | 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に配慮した対応を行っている。 | A B C                                    | 必要に応じて、関係各所との会議も実施している。   | A B C  | 希望すれば、十分な支援を行える体制は整備している。  |
|                    |    | 33   | 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。         | A B C   | 施設の満足度調査を毎年実施している。その内容を分析し、各職員へフィードバックしている。                            | A B C  |



| 評価対象         | 分評評価         | 評価項目                                 | No | H29改訂評価基準                                    |           | 自己評価   |           | 第三者評価   |  |
|--------------|--------------|--------------------------------------|----|--|-----------|--|-----------|---|--|
|              |              |                                      |    | 評価   | 判断した理由や根拠 | 評価   | 判断した理由や根拠 |   |  |
| 適切な福祉サービスの実施 | 利用者本位の福祉サービス | 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。             | 34 | 若情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。                   | A B C     | 若情受付担当者の設置。第三者委員の設置。各所連絡先の掲示を行っている。                | A B C     | 「若情解決の仕組みに関する規程」に「『事業報告書』や『広報紙』等に実績を掲載し、結果を公表する」と明記されているが、実際には、HP含め説明されない。若情箱が見えにくく、かつ事務所から窓越しに丸見えの場所に設置しており、若情解決に関する仕組みが十分でない。   |  |
|              |              |                                      | 35 | 利用者が相談や意見等を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。          | A B C     | 必要に応じて、空き部屋を利用して相談を受けける。                           | A B C     | 必要に応じて、空き部屋を利用して相談を受けていることを聴取したが、説明文書や掲示物や意見箱設置がなく、環境を整備していない。  |  |
|              |              |                                      | 36 | 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 B C     | 要望が出た場合には、施設長もしくは主任が必要に応じて対応を行う。                   | A B C     | 「若情解決の仕組みに関する規程」の様式6が「若情または意見・要望等連絡票」となっており、若情箱にも、「意見・要望等」の明示はあるが、実質は、若情策定も限定的で、意見等に対応するマニュアルの策定も限定的で、組織的に対応していない。満足度調査は実施しているが、利用者の意見等を積極的に把握する取組となっていない。                          |  |
|              |              | 安心・安全な福祉サービスの提供の提供のための組織的な取組が行われている。 | 37 | 安心・安全な福祉サービスの提供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 B C     | 医療関係のマニュアル作成あり。日常的にも、職員出勤時に検温を義務付けている。             | A B C     | 「事故・怪我発生時のマニュアル」にて、手順と責任者を明確にしている。職員周知については、年度初めに関係文書の読み合わせをしていることを聴取した。主任が、法人全体でリスクマネジメントを統括する「労働安全衛生委員会」に所属し、法人内事業所の主任やラウンドで、分析・検討し、それをヒアリングし、職員会で評価等を行っていることを、会議録で確認した。          |  |
|              |              |                                      | 38 | 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 B C     | 嘔吐物処理セットの常備。感染症予防に関するマニュアル整備。利用者様が来園した際のうがい手洗いの徹底。 | A B C     | 法人版「標準予防策」を活用し、年度初めに読み合わせを行っていることも聴取したが、この「標準予防策」には、作成日・見直し日の明示がないなど、それを確認できなかった。勉強会等も実施している。「事務分掌表」に、責任者として、看護師名が明記されていること、実質的には支援員がその責務に就いていることなどで、管理体制が明確ではない。これまで感染症は発生していないこと。 |  |
|              |              |                                      | 39 | 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 B C     | 定期的な避難訓練の実施。緊急連絡網の作成。                              | A B C     | 「消防計画」で、災害時の対応体制が決められ、備蓄リストを作成し、定期的な訓練も実施しているが、安否確認の方法を決めてなく、事業継続に必要なBCP等の対策も講じていない。  |  |

| 評価対象             | 分評価 | 評価項目                         | No | H29改訂評価基準                                   | 自己評価  |   | 第三者評価 |  |
|------------------|-----|------------------------------|----|---|-------|---|-------|--|
|                  |     |                              |    |   | 評価    | 判断した理由や根拠   | 評価    | 判断した理由や根拠  |
| 2 福祉サービスの質の確保    |     | 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立されている。 | 40 | 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 B C | 支援の基本を作成、基本的な部分の標準化に勤めている。  | A B C | 「支援の基本」や「支援マニュアル」があり、「支援の基本」に、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示され、年度初めに読み合わせをしていることを聴取したが、確認する仕組みはない。また、日常的に活用しているとは言い難い現状であることも聴取した。                         |
|                  |     |                              | 41 | 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 | 支援の基本に基づいた、支援を行っているが、それを、日常的に活用しているとは言い難い。                                  | A B C | 組織的な検証・見直しの仕組みを定めていない。   |
|                  |     |                              | 42 | アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。                | A B C | 半年に1回モニタリングを実施し、支援計画の見直しを行っている。支援計画書の作成に至っては、面談も実施し本人や家族の意向を組み込んでいる。        | A B C | 「個別支援計画書」には、具体的ニーズが明示され、支援困難ケースには、グループ会議等で検討がなされているが、手順を定めてなく、実施状況等を確認する仕組みもない。  |
|                  |     |                              | 43 | 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。                    | A B C | 基本的な部分は、42項と同様である。見直しの必要性については、必要があれば、グループ会議等で話し合わせ、その内容を職員会議にて検討している。      | A B C | 組織的な見直しの仕組みを定めていない。  |
|                  |     |                              | 44 | 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 B C | 記録類は、全ての職員が共有できよう、活動日誌とモニタ化したものごと、管理している。また、全ての情報を、回覧し情報共有している。             | A B C | 「個別支援計画書」にもとづくサービスが、統一様式で記録されているが、記録更新はなく、職員への指導等の工夫はない。情報の共有は、打ち合わせや回覧程度で、積極的な取組はしていない。   |
| III 適切な福祉サービスの実施 |     | 適切な実施の記録が適切に行われている。          | 45 | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                      | A B C | データ化されたものは、法人本部サーバーを活用し、厳重に保管されている。紙ベースについては、施設内にて管理され、必要に応じて閲覧できる状態となっている。 | A B C | 「文書保存規程」や「個人情報取り扱い規程」に対応する方法等が規定されているが、記録管理責任者の明示はない。職員の教育等もなく、家族等への説明も契約時にしただけであることを聴取した。   |
|                  |     |                              | 1  | 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。                 | A B C | 重度の障害を有する方が多い施設の為、意思決定支援については課題を感じている。行事等においては、可能な範囲で自己決定できる場面を作っている。       | A B C | 「支援の基本」に、利用者の意思尊重やエンパワメントについての明示があり、法人内研修や卓和協等の研修へ積極的に参加することで、利用者の意思を尊重した支援ができているが、ルール等への取組ができていない。地域の社会資源等の情報提供等も実施していないなど、また課題が多いと感じている旨を聴取した。 |
|                  |     |                              | 2  | 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。                 | A B C | 虐待防止に関しては、法人委員会にて組織的に取り組んでいるほか、個別に外部研修等へ参加している。                             | A B C | 具体的事例や身体拘束の実施方法等、行政への報告手順等、発生した際の対応策等を「虐待対応マニュアル」に明示し、保護委員会において説明している。法人委員会にて組織的に取り組んでいるほか、事業所として、外部研修等に積極的に参加している。                              |
|                  |     | 支援の基本                        | 3  | 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。                    | A B C | 利用者様の個別新計画に基づき、自立に向けた支援を行っている。  | A B C | 「支援マニュアル」に、見守りの姿勢を明示している。相談支援事業所と連携し、行政手続き等を含め、自立に配慮した個別支援をしていること、 「個別支援計画」や「個別支援会議報告書」等で確認した。   |

| 評価項目 | No | H29改訂評価基準 | 自己評価 |           | 第三者評価 |           |   |  |       |  |       |  |
|------|----|-----------|------|-----------|-------|-----------|---|--|-------|--|-------|--|
|      |    |           | 評価   | 判断した理由や根拠 | 評価    | 判断した理由や根拠 |   |  |       |  |       |  |
| 評価項目 | No | H29改訂評価基準 | 評価   | 判断した理由や根拠 | 第三者評価 | 判断した理由や根拠 | 「個別支援計画書」に「写真」「サイン」「50音ボード」等の支援の明示があり、それこれに合わせた方法で、コミュニケーション支援がなされていることを、聴取し、視察で確認した。代弁者については、保護者とは連絡帳や口頭で情報交換等をし、相談支援事業所とも連携しながら支援を行っていることを聴取した。 |  |       |  |       |  |
|      |    |           |      |           |       |           | 4   | 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | A B C | 絵カードや写真、マカトンサイン等を工夫して使用している。   | A B C | 「個別支援計画書」に「写真」「サイン」「50音ボード」等の支援の明示があり、それこれに合わせた方法で、コミュニケーション支援がなされていることを、聴取し、視察で確認した。代弁者については、保護者とは連絡帳や口頭で情報交換等をし、相談支援事業所とも連携しながら支援を行っていることを聴取した。                |
|      |    |           |      |           |       |           | 5   | 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。           | A B C | 意思伝達の難しい利用者様については、日常のかかわりからの反応やご家族様へ相談し汲み取るよう最大限の努力を行っている。主訴の出ている利用者様については、必要に応じて関係各所にも相談し、情報共有し支援に当たっている。 | A B C | 日常の関わりから、利用者意思を尊重する支援として関係各所とも連携し、情報共有し支援していることを聴取したが、仕組みや手順等を定めていない、利用者への情報提供や説明のための積極的な取組もない。  |
|      |    |           |      |           |       |           | 6   | 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。             | A B C | 年間計画、月予定、週予定とより具体的に作成している。利用者様の様子等によって、活動の変更等も柔軟に行っている。週計画後に職員全員で、確認作業を行い、利用者様の事情共闘もそこで動かし修正している。          | A B C | 個別ニーズに応じた支援を心掛けているが、多様化を図った支援になっていないことを聴取した。支援内容等の検討・見直しを行っていることを、「グループ会議」「協議」等で確認したが、情報提供への積極的な取組はない。   |
|      |    |           |      |           |       |           | 7   | 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。                | A B C | 移動職員には、初任者介護研修、強度行動障害者研修等、外部研修への参加し適切な支援が出来るよう努力している。  | A B C | 「強度行動障害者研修」「介護技術講座」「自閉症カンファレンス」「てんかんセミナー」「同行支援研修」等に職員を積極的に出し、その報告を職員会で共有し、専門知識の習得と支援の質向上に努めている。職員が連携し、必要な支援を向上にすることを聴取し、記録等で確認した。支援方法等の見直しを適切に行っていることを、会議等で確認した。 |
|      |    |           |      |           |       |           | 8   | 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。                 | A B C | 個別支援計画および、利用者様の尊厳に配慮し、支援を行っている。(トイレ、入浴、移動、移乗等)   | A B C | 「支援マニュアル」をもとに、「個別支援計画書」にもとづいた支援を行っている。利用者の心身状況に際して、適切な食事等の支援をしていることを、視察や記録等で確認した。送迎について、適切な希望に際し実施していることを聴取した。自励等の適切な活用を、「個別支援計画書」や視察で確認した。                      |
|      |    |           |      |           |       |           | 9   | 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。          | A B C | 館内の清掃、空調等も配慮し、安心安全に努めている。  | A B C | 快適性と安全等に配慮していることを聴取し、作業室やトイレ等が清潔で適温と明るい雰囲気を保っていることを、視察で確認した。部屋数が多いため、必要時は常時適切に使用できる。生活環境については、満足度調査で把握している。  |
|      |    |           |      |           |       |           | 10  | 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。            | A B C | 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。   | A B C | 理学療法士等の専門職の事業所内配置はないが、法人内における各専門職のもとに、月1回職員が相談に行ったり、利用者を見学してもらったりする方法で実施している。独立したリハビリ計画は作成せず、「個別支援計画書」に必要な事項を記入し、モニタリングで見直しを実施している。                              |

| 評価項目  | No | H29改訂評価基準                                | 自己評価  |   | 第三者評価 |  |
|---|----|--|-------|---|-------|--|
|   |    |  | 評価    | 判断した理由や根拠   | 評価    | 判断した理由や根拠  |
| 適切な福祉サービスの実施<br>健康管理・医療的な支援<br>社会参加、学習支援<br>地域生活への移行と地域生活の支援<br>家族等との連携・交流と家族支援<br>発達支援<br>就労支援 | 11 | 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。       | A B C | 必要に応じて、医療への情報提供や、排泄間隔や状態等、個々に必要な情報をご家庭へ伝えている。                 | A B C | 健康状態把握に努めていることを、「個別支援計画書」や記録等で確認し、医療機関との連携も適切に行っているが、体調変化時の対応等の手順は明確にしている。「健康ってなんだろう？」という法人研修に参加している。  |
|   | 12 | 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。          | A B C | スタンダードアプリケーション(標準感染予防策)、アシルギーに関するマニュアルが作成されている。               | A B C | 感染症やアレルギーマニキュアルはあるが、医療支援の方針や手順を明確にした医療マニュアルや、服薬マニュアルはない。「健康ってなんだろう？」という法人研修に参加している。薬の適切な使用を、「医療情報書」と「日誌」で確認した。喀痰吸引等の医療的ケアは実施していない。             |
|   | 13 | 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。       | A B C | 施設行事として、外出等の機会を設けている。社旗資源を活用する内容も組み込んでいる。                     | A B C | 社会資源を活用する内容も組み込み、外出等の機会を設けていることを確認したが、社会参加のための意向把握はしてなく、情報提供や学習支援等も実施していない。  |
|   | 14 | 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | A B C | 相談支援事業所や関係機関と連携し、必要に応じてケース会議への参加等、実施している。                     | A B C | 課題が表面化した利用者の支援は実施しているが、地域生活継続のための意向把握はなく、組織として、積極的に支援をしていない旨を確認した。実施しているケースは、相談支援事業所や関係機関と連携し、必要に応じてケース会議に参加して、支援を実施していることを「個別支援計画書」や記録等で確認した。 |
|   | 15 | 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。               | A B C | 連絡帳や電話連絡によるコミュニケーション。個別面談を実施している。また、家族会を通して、ご家族と施設との連携をとっている。 | A B C | 保護者会を通して、家族と意見交換し、利用者の状況等を連絡帳等で報告している。法人設立母体が親の会のため、家族支援に力を入れていることを確認したが、利用者急変時等の連絡ルールを定めていない。   |
|   | 16 | (削除)                                     |       |   |       |  |
|   | 17 | 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。              | A B C |   | A B C | 非該当  |
|   | 18 | 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。        | A B C |   | A B C | 非該当  |
|   | 19 | 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。          | A B C |   | A B C | 非該当  |

# ビーンズ

|                   |      |
|-------------------|------|
| 調査者数              | 28   |
| 聞き取り不可者数          | 3    |
| 有効回答者数            | 25   |
| 回答者数に占める有効回答者率の割合 | 89 % |

| F1 | 年齢 | 18歳未満 | 18～25歳未満 | 25～30歳未満 | 30～35歳未満 | 35～40歳未満 | 40～45歳未満 | 45～50歳未満 | 50～60歳未満 | 60歳以上 | 不明 |
|----|----|-------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------|----|
|    |    | 0     | 2        | 3        | 9        | 3        | 4        | 2        | 0        | 2     | 0  |

| F2 | 性別 | 男  | 女  | 無回答 |
|----|----|----|----|-----|
|    |    | 13 | 11 | 1   |

| F3 | 入所年 | 1年未満 | 1～3年未満 | 3～5年未満 | 5～10年未満 | 10年～15年未満 | 15～20年未満 | 20年以上 | 不明 | 無回答 |
|----|-----|------|--------|--------|---------|-----------|----------|-------|----|-----|
|    |     | 0    | 0      | 3      | 1       | 10        | 11       | 0     | 0  | 0   |

《基本サービスについて》

| 問1 | 食事はおいしいですか                   | はい | いいえ | 無回答 | 非該当 |
|----|------------------------------|----|-----|-----|-----|
|    |                              | 13 | 1   | 11  | 0   |
| 問2 | 入浴はあなたの希望を聞いてくれますか           | 5  | 0   | 15  | 5   |
| 問3 | 生活で必要な支援(介助)を十分受けていますか       | 10 | 0   | 15  | 0   |
| 問4 | あなたが使う物が汚れた時、すぐにきれいにしてくれますか  | 9  | 0   | 16  | 0   |
| 問5 | 身だしなみについて、あなたの希望・相談を聞いてくれますか | 7  | 0   | 14  | 4   |
| 問6 | 日ごろからあなたのからだの調子を聞いてくれますか     | 11 | 0   | 14  | 0   |

|  | はい  | いいえ | 無回答 | 非該当 |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 問7 体調が悪い時、良く対応してくれていますか                                      | 11  | 1   | 13  | 0   |
| 問8 外出はあなたの希望に応じてくれていますか                                      | 13  | 0   | 12  | 0   |
| 問9 外泊は、あなたの希望に応じてくれていますか                                     | 1   | 0   | 4   | 20  |
| 問10 他の人に知られたくないことの秘密を守るなど、プライバシーが守られていますか                    | 9   | 0   | 16  | 0   |
| 問11 職員が居室に入るときはノックや了解を求めますか                                  | 3   | 0   | 6   | 16  |
| 問12 職員は、丁寧(乱暴な言葉を使ったり、命令したり、呼び捨てにしない)に接してくれますか               | 12  | 0   | 13  | 0   |
| 問13 職員はみんな同じようにあなたに接してくれますか(人によって言うことが違ったり、すごく厳しい人がいたりしませんか) | 12  | 0   | 13  | 0   |
| 問14 あなたの気持ちをはわかってくれる(相談できる)職員がいますか                           | 11  | 1   | 13  | 0   |
| 問15 あなたが困ったとき、事業所の職員は助けてくれますか                                | 11  | 0   | 14  | 0   |
| 問16 困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか                              | 5   | 2   | 18  | 0   |
| 問17 この事業所では自由時間にあなたの好きなことができますか                              | 12  | 0   | 13  | 0   |
| 問18 事業所での活動は楽しいですか   | 11  | 1   | 13  | 0   |
| 問19 あなたがやってみたいと思う仕事になっていますか                                  | 0   | 0   | 4   | 21  |
| 問20 事業所の中は安全に動けるようになっていますか                                   | 6   | 0   | 8   | 11  |
| 問21 工賃(給料)の決め方は、わかりやすく説明されていますか                              | 0   | 0   | 4   | 21  |
| 問22 ボランティアや地域の方々・家族などいろいろな人の参加や交流の機会がありますか                   | 3   | 2   | 12  | 8   |
| 計  | 175 | 8   | 261 | 106 |

《地域移行に向けた取り組みについて》

|                                       | はい | いいえ | 無回答 | 非該当 |
|---------------------------------------|----|-----|-----|-----|
| 問23 退所に向けた体験プログラムや具体的な準備は充実していると思いますか | 0  | 0   | 12  | 13  |
| 計                                     | 0  | 0   | 12  | 13  |

《年間目標について》

|  | はい | いいえ | 無回答 | 非該当 |
|--|----|-----|-----|-----|
| 問24 あなたの目標や計画について、職員はいっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか | 10 | 1   | 14  | 0   |
| 計  | 10 | 1   | 14  | 0   |

《ご利用前の情報提供について》

|  | はい | いいえ | 無回答 |
|--|----|-----|-----|
| ★ 過去1年以内にこの事業所を利用しましたか。(いいえと答えた方は問27へ) | 0  | 21  | 4   |
| 計                                      | 0  | 21  | 4   |

|  | はい | いいえ | 無回答 | 非該当 |
|--|----|-----|-----|-----|
| 問25 この事業所を利用する前に、どのような生活が送れるかなど、知りたいことについて、わかりやすい説明がありましたか | 0  | 0   | 4   | 21  |
| 問26 事業所の役割やサービスなどの考え方を知る機会(説明、掲示など)がありましたか                 | 0  | 0   | 4   | 21  |
| 問27 事業所の説明を聞いて、自分で事業所を利用することを決めましたか                        | 2  | 2   | 10  | 11  |
| 計  | 2  | 2   | 18  | 53  |

《トラブル等への対応について》

\*ご自身にトラブル等の経験がない場合でも、事業所全体の状況からご回答ください。

|                                 | はい | いいえ | 無回答 | 非該当 |
|---------------------------------|----|-----|-----|-----|
| 問28 あなたは不満や要望を職員に気軽に話すことができますか  | 12 | 0   | 13  | 0   |
| 問29 職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか | 10 | 1   | 14  | 0   |
| 計                               | 22 | 1   | 27  | 0   |

## [回答内容・その他]

- ・ 髪を切って頭だけ入浴  
市役所担当者から聞いた。

## 《総合的な感想について》

|  | 大変満足 | 満足 | どちらともいえない | 不満 | 大変不満 | 無回答 |
|--|------|----|-----------|----|------|-----|
| [1] 現在利用している事業所のサービスを総合的に見て、どの程度満足していますか | 2    | 4  | 5         | 0  | 0    | 14  |

[2] 日頃お感じになっている事業所に対するご意見・ご要望など、ご自由にお書きください。

- ・ 全員のひと仲良くやっている。
- ・ 良い所で、良い男と良い女います。綺麗な人もいます。このビーンズに満足している。
- ・ お風呂場がミルキーのようになってほしい。職員にお願いしても、あまりやってくれない。
- ・ いじめる人がいる。

[3] 今回の調査についてお気づきになった点など、ご自由にお書きください。