

障害福祉施設

評価結果表

評価項目(細目)の評価

(よりよいサービスの質の向上を目指して)

第三者評価は、現時点でのサービスの提供過程の中で、改善点があるのかどうか積極的に見出し、質の向上へむけてステップアップしていくためのきっかけです。
評価結果のみにこだわることなく、評価内容を第三者評価の本来の目的であるサービスの質の向上・利用者様への情報提供として活用していただける事を期待します。

評価記入日	平成 26 年 1 月 20 日
施設名	豊橋にしぐち学園
評価機関名	株式会社 中部評価センター
評価者氏名	長谷部 一夫
評価者氏名	鈴木 博
連絡先電話番号	FAX番号
052-623-7401	052-623-7400

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名：株式会社 中部評価センター (認証番号：24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成26年1月20日(月)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人豊橋市福祉事業会 (施設名)豊橋にしぐち学園	種別：(施設種別)生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(施設長)坂神 佳正	定員(利用人数)：40名
所在地：〒440-0845 愛知県豊橋市高師町字北原1番地103	TEL：0532-64-3596

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆管理者の改善意識の高さ 管理者は着任1年目ではあるが、これまでの幅広い経験と見識によって、改革、改善を推進している。「アート展」への初参加、AED装置の設置、フィルターの掃除が手軽にできる新型エアコンへの切り替え、虐待防止に対応する「振り返りシート」の導入等々が成果である。これらの管理者の改善意識の高さは、法人事務長や老人施設、保育園、障害者入所施設等の法人内事業所での要職を務めてきた経歴が裏付けとなっている。</p> <p>◆実態に即した防災訓練と事故防止 毎月テーマを決めて防災訓練を実施しており、実態に即して、緊張感を持って実施されている。職員アンケートには、「気の緩みがなく、非常に有効」、「職員の役割が明確」等のコメントがあり、回答者全員が訓練の有効性を認めている。「インシデント・レポート」、「アクシデント・レポート」を使って、事故の予防や再発防止を図っており、市に報告するレベルの事故は発生していない。</p> <p>◆標準的な実施方法(「利用者支援マニュアル」)の見直し 「利用者支援マニュアル」が毎年更新(見直し)されている。見直しでは、実際の管理方法や現場での支援等と、文書化されたマニュアルの内容との整合を確認している。不整合の部分があれば、どちらを正統とすべきかを判断し、現状に即したマニュアル改訂を実施するか、マニュアル通りの対応が出来るように教育を実施するか、の二者択一である。見直しの結果、不整合部分がないことも考えられるが、見直しを実施することに意義がある。職員一人ひとりが共通認識を持って、一定水準のサービスを提供していることの裏付けとなっている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆保護者への事業計画の周知 保護者への「事業計画の周知」が、「理念・基本方針の周知」と比較すると、見劣りする結果(保護者アンケートの結果)が出ている。保護者会での説明や、利用者を変えた3者面談の場で、個別支援計画の説明と併せて行っているが、保護者の側には今一つ響いていない。事業計画の中に保護者が関心を持つ内容を盛り込む工夫や、伝達、周知の方法の再考を期待したい。</p> <p>◆評価・検証を改善につなげる仕組み作り 今回の評価結果の(b)判定は、そのほとんどがチェック体制の甘さの所以である。職員に対する関係法令の周知活動は実施しているが、理解の程度を検証していない。実習生やボランティアの受け入れには積極的であるが、実施後に、マニュアルに明記してある「目的」に叶った取り組みであったか否かの評価がなかった。食事については、法人内の事業所から配食弁当を取っており、選択肢が少ないことは否めない。それをカバーする意味合いから嗜好調査や残食調査を行い、集計した結果を栄養士に伝えている。次に求められるのは、その取り組みによって、利用者の満足度が向上したか否かの検証である。目的を持って実施したことを評価・検証し、改善につなげる仕組み作りが望まれる。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

年明け早々で大変お忙しい中、第三者評価のためにご来園をいただきありがとうございました。評価結果につきましては、大変良い評価をいただきありがとうございました。重ねてお礼申し上げます。評価結果があまりにも良い結果でしたので、過大評価をされておられるのではないかと心配をしている次第であります。
この評価結果を踏まえて、各項目でコメントをいただいた助言をもとに、職員一同さらに上質のサービスが提供できるよう努めてまいります。

⑤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。

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(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

		自己評価	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。	障 1 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。	障 2 a	Ⓐ ・ b ・ c
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。	障 3 b	Ⓐ ・ 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。	障 4 b	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人理念である「地域の中でいきいきと生活するために」を基にして事業所独自の理念を定め、さらに基本方針に展開し、これらを事業計画書に明示している。

職員へは、職員会議での説明や、各種の配布物に明示して周知を図っている。利用者に対する理念の実践として、「地域」を意識した取り組みを中心に支援しており、「施設の外へ出る」ことを目標として、歩行、散歩、買い物等が重点的に行われている。アンケート結果から、保護者に対する周知の度合いは非常に高いことがうかがえる。

I-2 計画の策定

		自己評価	第三者評価結果
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。	障 5 a	Ⓐ ・ b ・ 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。	障 6 a	Ⓐ ・ b ・ c
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。	障 7 b	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8 a	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9 b	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

平成25～30年度に対応する「中期計画」が策定されており、「施設整備」、「人員配置」、「外部環境」、「その他の事業」等の将来構想が述べられている。単年度の「事業計画」は、この「中期計画」に整合する形で作成されており、職員の意見を聞き取ったうえで、前年度の計画の反省を活かした形で作成されている。

職員への事業計画の周知は、理事会での承認を得た後に文書で全職員へ配布している。保護者への周知は、「理念・基本方針の周知」と比較すると、見劣りする結果(保護者アンケートの結果)が出ている。伝達、周知の方法に再考の余地を残している。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		自己評価	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。	障 10	b (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組を行っている。	障 11	b a ・ (b) ・ c
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。	障 12	a (a) ・ b ・ c
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。	障 13	a (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

「平成25年度会内業務分担表」及び「施設内業務分担表」に、管理者としての役割が明示してある。災害時、緊急時の役割についても、「消防計画」や「地震防災規程」に明確にしている。コンプライアンス重視の意識が高く、関係する研修会には積極的に参加し、事業所内への周知を図っている。さらなる取り組みとして、職員の理解を検証・確認する仕組みの構築が期待される。管理者は、法人事務長、老人施設、保育園、障害者入所施設等、法人内での要職を務め、その幅広い経験と見識を持ってサービスの質の向上に取り組んでいる。「アート展」への初参加、AEDの設置、フィルターの掃除が手軽にできる新型エアコンへの切り替え、虐待防止に対応する「振り返りシート」の導入等々、着任1年目ではあるが成果は多い。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		自己評価	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。	障 14	a (a) ・ 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組を行っている。	障 15	a (a) ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	b (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

所属団体の会合や研修会に積極的に参加し、法人内の「経営企画委員会」で情報交換して事業環境の把握に努めている。法人の相談支援事業所や事業所職員からも広く意見や情報を集め、課題の抽出を行っている。施設の整備として、生活・作業の場の狭隘感の改善、車いすトイレの増設等が課題として挙げてきている。法人監事を務める公認会計士の事務所から、複数の公認会計士等が入って会計監査を実施している。さらに、第三者評価を定期的実施して、サービス面においても事業運営の透明化を図っている。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		自己評価	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。	障 17	a (a) ・ 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。	障 18	a (a) ・ b ・ c

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。	障 19	a	Ⓐ ・ b ・ c
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。	障 20	a	Ⓐ ・ b ・ c
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。	障 21	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組が行われている。	障 22	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。	障 23	a	Ⓐ ・ b ・ c
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	実習生の受け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。	障 24	b	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

将来にわたる人事構想・プランは「中期計画」に、当期の教育・研修の方向性は「事業計画」の中に「職員研修」の項建てをして示している。人事考課制度は法人のシステムが構築されており、インプットとして職員自身の自己評価と上司による1時・2次考課、アウトプットとして処遇（賞与、昇格等）への反映や教育ニーズの把握ができています。

職員研修に関しては、非正規職員への取り組みの薄さは感じられるが、「平成25年度職員研修計画」を作成して職員個々の研修を計画しており、受講後にはアンケートをとりまとめて研修委員が評価を加えている。実習生受け入れのための仕組みはあるが、「社会福祉士実習指導者講習」修了者がいないため、実績は上がっていない。

II-3 安全管理

		自己評価	第三者評価結果	
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。	障 25	a	Ⓐ ・ b ・ c
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。	障 26	a	Ⓐ ・ b ・ c
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。	障 27	a	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

平成25年度版の「利用者支援マニュアル」があり、利用者に安全で安心した環境を提供している。マニュアルにはそれぞれの項目ごとに制定の目的を載せ、毎年の見直しを原則としている。

毎月テーマを定めて防災訓練を実施している。職員アンケートには、「気の緩みがなく、非常に有効」、「職員の役割が明確」等のコメントがあり、回答者全員が訓練の有効性を認めている。

「インシデント・レポート」、「アクシデント・レポート」を使って、事故の予防や再発防止を図っており、市に報告するレベルの事故は発生していない。

II-4 地域との交流と連携

		自己評価	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	利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	b	Ⓐ ・ b ・ c
II-4-(1)-②	施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	b	Ⓐ ・ 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。	障 30	a	a ・ Ⓑ ・ c

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。	障 31	a (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。	障 32	a (a) ・ b ・ c
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。	障 33	a (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。	障 34	a (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

「運営のしおり」に、地域との係わりについての基本的な方針を文書化している。「にしぐちまつり」や法人主催の「福祉まつり」では、積極的に地域へ参加を呼び掛けている。利用者の作品展を開催するにあたって、会場の提供に地域の大きな協力があつた。事業所の活動内容をホームページで紹介し、積極的な小・中学生の福祉体験学習受け入れ、特別支援学級の生徒の実習受け入れがある。ボランティアの受け入れにも積極的に取り組んでいるが、実施後の評価・検証のシステムがなかった。市行政をはじめ、各種の所属団体、法人の相談支援事業所等と連携して地域のニーズを取り、日中一時事業の開始となった。利用者の活動の場を広くするための、新たな内職仕事の開拓にもつながっている。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		自己評価	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。			
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。	障 35	a (a) ・ b ・ c
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。	障 36	a (a) ・ b ・ c
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。	障 37	a (a) ・ b ・ c
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。	障 38	a (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。	障 39	a (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。	障 40	b (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

「基本方針」、「利用者支援マニュアル」に利用者尊重の姿勢が明示され、職員に年度初めに配布し、周知徹底されている。利用者満足度調査が毎年実施され、利用者ニーズが把握され、調査から出た課題をサービスに反映させる仕組みができています。さらに、意見箱の設置、利用者の自治会の側面的な支援により、意見が述べやすい環境作りにも努めている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		自己評価	第三者評価結果
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。	障 41	a (a) ・ b ・ c
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。	障 42	a (a) ・ b ・ c
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。	障 43	a (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。	障 44	a (a) ・ b ・ c
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。	障 45	a (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。	障 46	a (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。	障 47	a (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

第三者評価を定期的に受審し、自己評価も適切に行われており、そこで得られた課題を施設全体でサービスの質の向上・改善に取り組んでいる。「利用者支援マニュアル」に個人情報の保護、記録の作成・管理などの方針が明示され、その定めに従ってサービスの記録、管理が適切に行われている。「利用者支援マニュアル」は毎年定期的な見直しが実施され、常に最新の状態が維持されている。
パソコンを活用して、施設内で情報を共有する仕組みができています。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		自己評価	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。	障 48	a (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。	障 49	a (a) ・ b ・ c
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	施設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。	障 50	a (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

ホームページやパンフレット等を通して、事業所の情報発信が行われており、内容も写真や図等を用いて利用希望者が分かりやすいものになるよう工夫している。サービスの開始にあたっては、事前説明や契約行為等、十分な取り組みが行われている。
サービスの継続性においても、退所後支援の引き継ぎ書があり、利用者家族の要望に沿った支援が確立されている。実際に退所したケースでも、サービス管理責任者がその点に留意してフォローにあたっている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		自己評価	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。	障 51	b (a) ・ b ・ c
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。	障 52	a (a) ・ 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。	障 53	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	a (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

アセスメント、個別支援計画の作成は、担当職員だけでなく、看護職員や栄養士、歯科衛生士などの意見を取り入れ、組織を縦断した広い範囲の意見が反映されるよう工夫している。事業所全体への周知は、職員会議等を通じて(計画の進捗状況も含めて)報告されており、必要に応じて計画の変更も行っている。
地域移行への支援は、法人内の相談支援事業所と連携し、個別面談でニーズの聞き取りを行う等、取り組みが無理なくできるよう配慮されている。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

		自己評価	第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(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。	障 55	b (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 57	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(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。	障 58	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-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。	障 60	a a ・ (b) ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、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。	障 62	非該当
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当

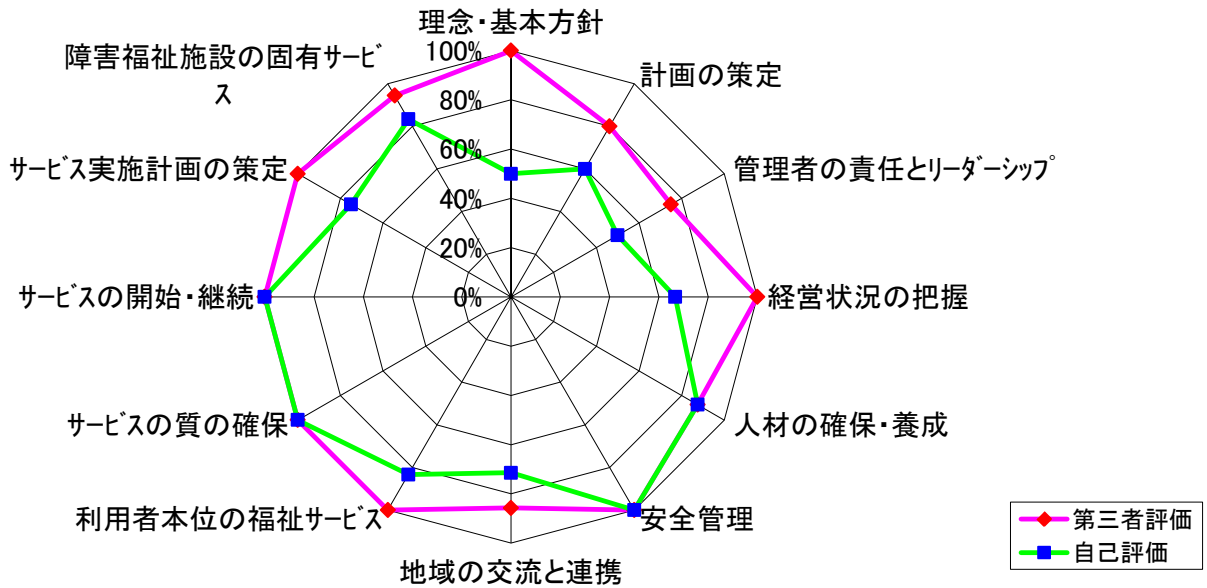
Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 65	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 67	非該当
Ⅲ-5-(5)-②	衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(6)-①	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。	障 69	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	非該当
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 71	非該当
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 72	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	b (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
Ⅲ-5-(9)-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。	障 75	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(10)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77	非該当
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(11)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78	非該当
Ⅲ-5-(11)-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。	障 79	a (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11)-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。	障 80	b (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

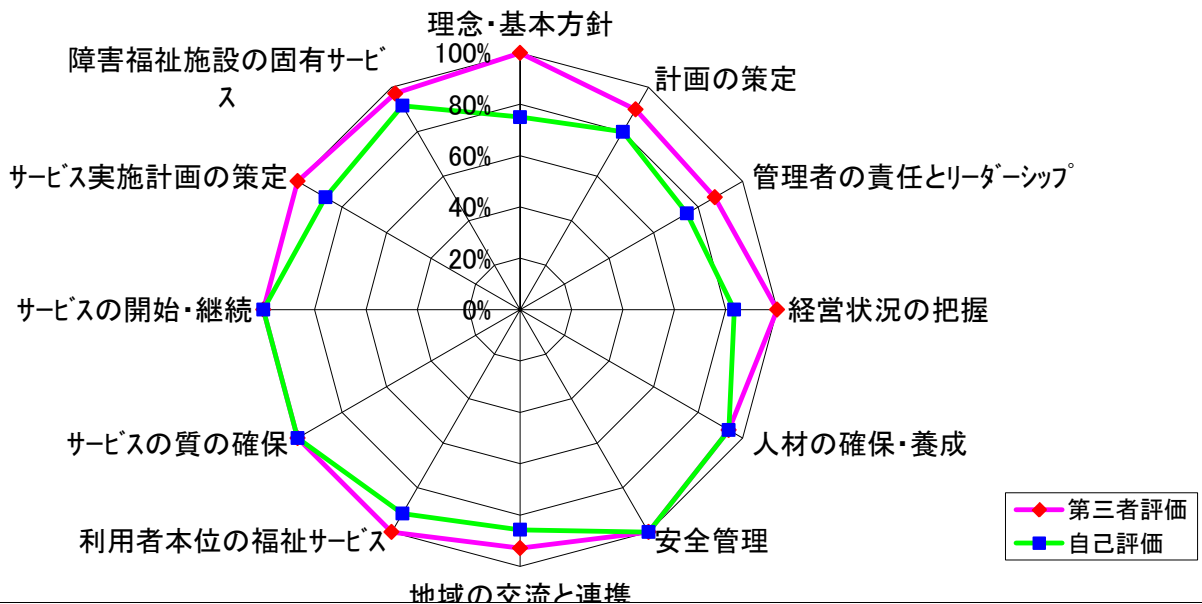
利用者とのコミュニケーションの精度を高めるための工夫として、絵、文字等を多用し、さらに専門職である言語聴覚士のアドバイスをもらいながら適切に支援している。利用者の主体的な活動については、月に1度の自治会活動を職員が側面的に支援しており、利用者の意向を尊重する仕組みができています。

食事については、法人内の事業所(就労継続支援B型事業)の配食弁当であり、選択肢が少ないことは否めない。嗜好調査、残食調査を行い、その結果を栄養士に伝えることで、できる限り利用者の希望に応えようとする姿勢は評価できる。

評価項目数に対してa(出来ている)項目数の割合



評価項目数に対してb(ある程度出来ている)項目数の割合



評価項目数	第三者評価								自己評価					
	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数
理念・基本方針	4	4	0	100%	0%	0%	100%	2	2	0	50%	50%	0%	75%
計画の策定	5	4	1	80%	20%	0%	90%	3	2	0	60%	40%	0%	80%
管理者の責任とリーダーシップ	4	3	1	75%	25%	0%	88%	2	2	0	50%	50%	0%	75%
経営状況の把握	3	3	0	100%	0%	0%	100%	2	1	0	67%	33%	0%	83%
人材の確保・養成	8	7	1	88%	13%	0%	94%	7	1	0	88%	13%	0%	94%
安全管理	3	3	0	100%	0%	0%	100%	3	0	0	100%	0%	0%	100%
地域の交流と連携	7	6	1	86%	14%	0%	93%	5	2	0	71%	29%	0%	86%
利用者本位の福祉サービス	6	6	0	100%	0%	0%	100%	5	1	0	83%	17%	0%	92%
サービスの質の確保	7	7	0	100%	0%	0%	100%	7	0	0	100%	0%	0%	100%
サービスの開始・継続	3	3	0	100%	0%	0%	100%	3	0	0	100%	0%	0%	100%
サービス実施計画の策定	4	4	0	100%	0%	0%	100%	3	1	0	75%	25%	0%	88%
障害福祉施設の固有サービス	18	17	1	94%	6%	0%	97%	15	3	0	83%	17%	0%	92%
合計	72	67	5	93%	7%	0%	97%	57	15	0	79%	21%	0%	90%