

## 愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成 28年 2月 18日(木)
---------------	------------------------

### ②施設・事業所情報

名称：障害者支援施設 里山の家	種別：施設入所支援、生活介護	
代表者氏名：徳穂 岳人	定員（利用人数）：50名（50名）	
所在地：西尾市家武町深篠115番地1		
TEL：0563-52-2600		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 14年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 くるみ会		
職員数	常勤職員：46名	
専門職員	管理者 1名	サービス管理責任者 1名
	看護職員 1名	生活支援員 34名
	厨房職員(栄養士)6名(1名)	作業指導員補助 2名
施設・設備の概要	(居室数) 50室	(設備等) トイレ・浴室・厨房
		医務室・散髪室・ダンスルーム
		和室・エレベーター

### ③理念・基本方針

◆理念	<p>・法人 障がいをもつ一人ひとりの一生が有意義になるようにノーマライゼーションの理念に沿って活動します。 障がいをもつ人も、もたない人もお互い助け合えるシステムづくりをし、その活動をひろげていきます。</p> <p>・施設・事業所 ゆたかな暮らし</p>
-----	---

#### ◆基本方針

事業所の理念である「ゆたかな暮らし」を目指し、集団生活の中でも個別ニーズ、個別支援の充実を図りよりよい生活の提供、個々の特性に合わせて分かりやすい生活の提供、自己実現の場の提供とサポート、専門的な支援を自覚し、研鑽を重ね支援するなど、より質の高い、分かりやすい生活、日中活動を提供します。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

50人という集団生活の中でも1人1人に合せた生活や日中活動が出来る様に、生活の部分では5つの生活ユニット、日中活動部分では4つの活動場所に分かれています。また、里山の家の事業計画を基に、各部署、各生活棟、各委員会では、活動計画を立てて、それぞれに合せた活動を行っていること。  
各生活棟、各委員会では、活動計画を立てて、それぞれに合せた活動を行っていること。  
専門的な支援を提供するために、外部での研修に参加するだけでなく、外部で受講してきた研修を伝達研修として、内部研修に活用している。また、内部研修では専門性に応じて、外部から講師を招いて、より専門性を高めるための研修を行っていること。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 7月 28日（契約日）～ 平成28年 4月 20日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回 （平成24年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆ゆとりのある支援体制

小単位のユニットでの支援体制を取ることで、利用者の思いに柔軟に対応することができ、利用者を主体とした生活空間を作り出すことができている。利用者の状況に応じて日中活動の場所を複数提供し、夜間はゆっくりくつろげて安心して就寝できる環境（居室）となっている。

#### ◆法人理念に沿った質の高いサービス提供

利用者支援に当たっては、各種の規程やマニュアルを全面的に整備し職員に周知しており、規程・マニュアルに従った高品質の福祉サービスを提供している。事業所の理念・方針を実現するために事業計画を基に実践されている様々な取り組みは法人理念や方針との整合性が認められる。利用者の落ち着いた様子と穏やかな表情からも、質の高いサービスが提供されていることがうかがえる。

### ◇改善を求められる点

#### ◆サービス提供状況の検証を

各種の規程・マニュアルに従って高品質の福祉サービスを提供しているが、日々変化する利用者の状況変化に対応できるよう、常に妥当性や実効性の検証を行い、更なる福祉サービスの質の向上に向けた取り組みの充実が望まれる。

#### ◆事業所情報の公表

世を挙げてビジュアルな時代であり、情報はインターネットを利用して取得する頻度が増している。法人のホームページの中にブログのコーナーがあり、事業所の取り組みや利用者の暮らしぶりを紹介している。しかし、法人全体のブログであることから、当該事業所（里山の家）の情報に行きつくまでに不便さを感じる。事業所ごとの情報量にも大きな差があり、見やすいブログ紙面への改善に期待したい。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価は、今回で4回目の受審ではありますが、評価基準の変更後初めての受審ということもあり、新たな気持ちで受審させていただきました。前回と違い今回は、1つひとつの項目に対して、適切な助言を頂くことができ、里山の家の特長やウイークネスを知ることができました。ありがとうございます。

今回の評価結果を受けて、カイゼンすべき点はカイゼンし、高評価して頂いた点はさらに高みを目指し、カイゼンを繰り返すことによって、利用者様・保護者様・職員・関係機関・地域の方々等を含めた里山の家に関わる全ての方々に、事業所の理念でもある「ゆたかな暮らし」を提供出来る様尽力に努めていきます。

## 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。

# 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(72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

		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。			
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。	障 1	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念・基本方針ともに明文化されており、法人パンフレットやホームページ等に記載している。職員や利用者家族に対しても周知するための取り組みがある。			

### 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。			
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。	障 2	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所の運営状況は毎月の収支報告にて把握しており、地域の福祉ニーズを把握するために法人内に組織されたCSG会議に参加している。CSG会議には法人内の全ての管理者が集まり、毎月1～2回、福祉事業の現況や今後の動向、経営環境について情報を交換している。また、障害者支援施設部会や西尾市自立支援協議会にも参加している。			
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障 3	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月の収支報告や「里山の家活動報告書」を三役会議で報告し、課題を明確にしていく取り組みがある。課題を解決出来る様に具体的な活動に取り組んでいる。			

### 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。			
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。	障 4	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の理念・運営方針を踏まえた中・長期のビジョンを持ち、事業所の事業計画に反映させている。			

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。	障 5	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
単年度の事業計画は法人理念を反映し、里山の家に対しての具体的な内容になっている。内容も実現可能であり数値目標も掲げられ、後の振り返りも可能で達成状況の把握も容易である。			
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
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。	障 6	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
計画期間中の評価・進捗状況は「里山の家活動報告書」やリーダー報告会で確認しており、職員への周知・理解を促している。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	障 7	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は保護者会での説明、くすみ会便り・里山通信に掲載し、掲示板にも掲示されている。事業計画の理解を促す取り組みは積極的に行われているが、周知・理解されているか否かの度合の把握には至っていない。			

#### 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。			
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。	障 8	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
提供する福祉サービスの質を向上するために、里山の家活動報告やリーダー報告会を実施し、評価・検討を行っている。職員のスキルの向上のために職員個々の目標を職員面談で確認し、管理者は適切に指導・対応している。			
I-4-(1)-②	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。	障 9	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価の結果を参考に課題を明確にして改善に取り組んでいる。また、課題を解決するための仕組みも構築されており、有効に活用されている。さらに改善活動を確実なものとするために、取り組む課題ごとに「責任者」、「改善スケジュール」、「改善活動の詳細な内容」、「実施後の利用者への影響評価の方法」等を明確にし、計画立てて進めることが望まれる。			

## 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。		
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。	障 10 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者は自らの役割と責任を明確にしており、文書化して職員に対し表明している。		
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。	障 11 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
遵守すべき法令等について、外部研修等で情報収集し、権利擁護・綜合法令などの内部研修を行い、職員が正しく理解できるよう図っている。しかし、職員がどの程度理解しているかの把握には至っていない。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	障 12 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者は福祉サービスの質の向上の重要性を認識し、職員とともに積極的に取り組んでいる。里山式「R(リサーチ)－PDCA」サイクルを全員で意識することを目指しており、その質の向上に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。		
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
管理者は指導力を発揮し、業務改善に取り組んでいる。グループセッションを活用し、職員が意欲を持って業務に当たれるよう指導している。人事考課制度や人材育成等、大きな課題も残っている。		

### 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。		
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。	障 14 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
人材フェアに参加したり、法人や里山の家の新人研修及び研修計画が策定されている。資格取得時の希望休の優遇があり、人材育成に向けた取り組みがある。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
職員へのアンケートを行い、年2回面談が行われている。職員本人の希望・要望の把握や、管理(法人、事業所)が何を求めるかの話し合いが行われている。人事考課は以前行われていたが、有効ではなかったとのことで現在は行われていない。今後どのようにしていくのか、今後の検討課題になる。		

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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	障 16	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の意向を把握する年に2回の面談や健康診断を基に行われる面談等、職員のメンタル面への配慮がある。福利厚生制度や親睦会を実施する等、職員が働きやすい環境づくりに取り組んでいる。さらなる取り組みの推進により、法人、事業所双方において雇用の安定が見られることを期待したい。</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。			
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。	障 17	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員を育成するための人事データの把握、目標記入シートの作成や個人面談の実施等、個別の育成のための取り組みがある。個別に設定した目標についての達成度を確認するために中間面接も行われ、進捗の確認が行われている。</p>			
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。	障 18	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の階級表に求められる職員像を提示し、専門技術や資格等を明示して明確な目標を示している。研修計画も作成され、職員の育成に前向きに取り組んでいる。研修内容については評価・見直しが行われており、効果的な研修を目指している。</p>			
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。	障 19	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の研修は計画的に受講出来る様配慮されている。外部研修は報告のみではなく、事業所内でのフィードバック研修を行っている。計画は職員本人の希望や職務遂行に必要なに応じた研修が受けられるよう計画が作成されている。研修参加の機会が、正規職員と非正規職員とでは差が生じている。フィードバック研修だけに頼らず、研修の機会の差が提供するサービスの質の格差につながらないような工夫を求めたい。</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。			
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 20	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>実習生の受け入れについてのマニュアルが整備されている。受け入れについては実習生本人や学校との調整が行われており、体制は整っている。実習生を指導するにあたっては、実習指導者のスキルも要求されることから、実習指導者の育成も今後の重要な課題となるであろう。</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。			
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。	障 21	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人のパンフレットやくすみ会便りを活用し、情報が開示されている。ホームページの中にブログのコーナーがあり、事業所の取り組みや利用者の暮らしぶりを紹介している。法人全体のブログであることから、当該事業所(里山の家)の情報に行きつくまでに不便さを感じる。事業所ごとの情報量にも大きな差があり、見やすいブログ紙面への改善に期待したい。</p>			

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。	障 22	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職務分担は文書に明示し、権限や責任が明確になっている。内部監査・外部監査が実施されており、公認会計士等による指導や指摘事項を参考にし経営改善に取り組んでいる。			

## 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。			
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。	障 23	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
開設時より地域を意識した継続的な取り組みを実施しており、利用者と地域との交流を深めている。西尾連合会や地域の行事には積極的に参加し、関係する社会資源を十分に活用して利用者と地域との交流機会を確保している。			
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。	障 24	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの受け入れについて、事業計画にも記載があり、受け入れ手順書も作成されている。ボランティア情報誌「ぼらみみ」に掲載したり学校への働きかけを行う等、受け入れに対しての取り組みはある。ボランティアの受け入れごとに、あるいは1年間を通しての、ボランティア受け入れの本来目的に対しての有効性の評価が望まれる。			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	障 25	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
関係機関との密な連携のために、関係団体一覧表や医療機関のデータマップを作成し、職員がいつでも確認できるようにしている。西尾市障害者連合会の行事への参加、自立支援協議会にも参加しており事業者と関係機関の連携を保つよう取り組んでいる。			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障 26	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
法人が開催する地域の保護者や事業所に向けた研修への講師派遣を行っている。また、地域の行事があるときはトイレを提供することで貢献している。以前は福祉避難所の指定を受けていた。現在では指定はないものの、地域住民に対する緊急時の食料の備蓄がある。福祉避難所への再登録を期待したい。			
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。	障 27	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の福祉ニーズを把握するため、法人内の相談支援事業所からの情報を共有していく仕組みがある。短期入所や日中支援事業も行われており、特別支援学校等からの見学にも対応している。			



## 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

		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。	障 28	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの提供を明示しており、「従事者ガイドブック」により職員が共通の理解を持って支援に望むことができる体制になっている。職員は毎月「虐待チェックシート」によるセルフチェックを行い、上司とのヒアリングを行うことで、ガイドブックに従った対応ができていないか確認している。			
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。	障 29	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「くるみ会個人情報保護規程」、「里山の家虐待防止マニュアル」を整備しており、規程・マニュアルにもとづいた福祉サービスを実施している。権利擁護に関する取り組みを充実するため、権利擁護委員会を設置して研修会を開いたり、毎月の取り組み目標を掲示して啓蒙を図る取り組みをしている。生活棟は5ユニットに分かれ、居室は個室になっており、プライバシーに配慮した設備・構造になっている。			
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。			
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。	障 30	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレット等には利用者の活動の様子や事業報告等を掲載しており、利用希望者が福祉サービスの選択に必要な情報を提供している。見学や体験利用等の希望にも対応しており、ショートステイ専用のパンフレットにより丁寧に説明している。ホームページ上に展開するブログの有効活用を検討願いたい。			
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。	障 31	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始に当たっては、重要事項説明書や契約書等をわかりやすく説明し、同意を得た上でその内容を書面に残している。意思決定が難しい利用者については「入所相談対応手順書」により、わかりやすい説明方法でサービスの利用方法を伝えるよう、一定の手順を決めて説明している。			
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。	障 32	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの変更に当たっては、フェースシートなど本人のことがわかる資料により、継続性に配慮した内容で引き継ぎをしている。福祉サービスの利用が終了した後も相談窓口を設置し、相談や聞き取り調査を行っている。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
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。	障 33	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足に関する調査を定期的に行っており、利用者や保護者との個別面接やユニット会議を通して利用者の満足度を把握するようにしている。また、管理者がユニットで食事をとることで、利用者の声を聞くようにしている。余暇委員による余暇活動を充実する取り組みをしており、給食委員会でのセレクト給食、個別の外出支援、旅行・行事への参加等、様々な企画をしている。			

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。			
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。	障 34	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
苦情解決の体制が整備されており、その仕組みを説明した掲示物を掲示している。苦情の受け付けから解決・フィードバックに至る一連の流れを「福祉サービスにおける苦情解決規定」として定めている。職員間で苦情に関する情報を共有し、苦情内容にもとづき福祉サービスの質の向上に関わる取り組みを行っている。課題は、受け付けた苦情の内容や改善、対応の状況を公表すべき仕組みが無いことである。			
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。	障 35	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が意見や相談をしやすい環境とするため、事務所にいつでも利用者が入れるようにしており、常日頃から利用者との信頼関係を築くようにしている。利用者や保護者には「掲示板」を通して活動内容を知らせ、意見を出しやすい環境にしている。匿名でも意見が表出できる意見箱の活用が望まれる。			
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。	障 36	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者から相談や意見を受けた際には、「利用者・家族からの意見対応手順書」により対応できるようにマニュアルを整備している。アンケートを実施して、利用者の意見を積極的に把握できるよう取り組んでいる。利用者から出された意見に基づき、福祉サービスの質の向上を目指した「カイゼン活動」を行っている。			
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。			
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。	障 37	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
業務マニュアルに「緊急受診手順書」、「避難マニュアル」、「施設内外事故発生対応手順書」、「死亡想定手順書」、「自然災害対応手順書」等があり、事故発生時の対応と安全確保について職員に周知している。現場会議にて、利用者の安全を脅かすヒヤリハット事例や、職員が気付いた事故防止に関する話し合いを行っている。防災委員会を設置し、防災訓練や避難経路マップの作成、救急法実技指導を行い、安全確保のための実効性を定期的に見直している。			
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。	障 38	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「感染症予防対策書」や「感染症対策手順書」により、感染症の予防対策と発生時の対応について職員に周知している。看護師の指示により、予防策と対応策が適切に講じられている。			
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。	障 39	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
業務マニュアルに「避難マニュアル」、「自然災害対応手順書」等があり、災害発生時の対応と安全確保について職員に周知している。防災委員会を設置し、避難経路マップや土砂災害区域マップの掲示、食料や備品等の備蓄リストの作成、避難訓練の実施等を行っている。災害時における安全確保のための有効性や実効性が見直しが必要と思われる。			

### 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。			
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。	障 40	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
業務マニュアルに標準的な実施方法を文書化して整備しており、新人研修や施設内研修において周知を図っている。業務マニュアルに基づいて福祉サービスが実施されているかどうかを確認するための仕組みが無い。			

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。	障 41	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法の見直しについて、定期的に業務マニュアルを見直して更新や変更をしている。個別の実施方法の見直しについては、モニタリングを行い個別支援検討会議で検討し、終了時評価にて見直している。		
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。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	障 42	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
アセスメントシートにより個別のアセスメントが行われ、個別面談により利用者や保護者のニーズを把握して支援計画を立てている。サービス管理責任者が、支援計画通りに福祉サービスが実施されているかどうかを確認している。支援困難ケースについては、現場会議で検討している。		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 43	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
支援計画は定められた手順により個別支援計画検討会議を開催して、評価・見直しをして変更・継続・中止を検討している。見直しによって変更した支援計画は、個別支援計画検討会議の報告を含めて、パソコンのメールにて職員に周知している。		
Ⅲ-2-(3) 福祉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、職員間で共有化している。	障 44	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
サービス実施状況の記録は、パソコンの管理ソフトにより毎日入力しており、ネットワークシステムにより職員間で情報を共有している。記録の書き方は新人研修にて研修を行い、記録内容や書き方に差異が生じないようにしている。里山会議、現場会議、女子棟会議、リーダー会議等を開催し、職員間での情報共有を図っている。		
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 45	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
利用者の個人情報の取り扱いについては記録管理責任者を決め、「個人情報保護規定」に基づき適切な管理に努めている。職員の守秘義務の徹底については、「秘密保持誓約書」を取ったり、パソコンの履歴を調査する等の対策をしている。個人情報の取り扱いについて、家族へは個人面談の時に説明している。マイナンバー制度の導入に伴い、個人情報の取り扱いについて再検討する予定である。		
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。		
Ⅲ-2-(4)-① 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 46	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の地域生活への移行は、5年で7名がグループホームへ移行している。利用者や家族の意向を確認し、移行計画を立てている。移行計画に基づき、グループホームの見学や情報を提供するとともに、週末帰省等を実施して地域生活への適応を図るようにしている。管理者会議でグループホームに移行した利用者の状況報告があり、必要に応じてアドバイスしている。		

### Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(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 47	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者のコミュニケーション手段としては、会話以外に絵カード、独自の手話、筆談による方法や、その人個人のコミュニケーション手段やサインによる方法等があり、利用者に応じたコミュニケーション能力の向上を図る支援計画を策定している。意思伝達に制限のある利用者については、日常生活の中で表情や反応を観察して、利用者が必要と思われる支援計画を策定している。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の主体的な活動を尊重するために、個別のニーズにもとづくパーソナル支援を実施している。利用者による自治会活動があり、側面的に支援している。			
Ⅲ-3-(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 49	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者が自力で行う日常生活上の行為に対しては、見守り支援を基本としているが、骨折後の運動機能訓練、歩行時の運動機能訓練、ヘッドギアを着用した日常生活支援等においては、支援計画にもとづいた見守り支援を行っている。			
Ⅲ-3-(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 50	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
支援計画策定には、利用者の特性や強味を生かして社会生活力を高めるストレングスマデルを応用している。ユニット毎で利用者の強味を生かした役割を作り、ストレングスを高め伸ばせるように支援している。エンパワメントの理念が求める、「障害のある人を受け入れる社会を創る」ためのプログラムの用意を期待したい。			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 51	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の状況に応じて、支援計画の中に食事形態や栄養量、水分補給、介助方法等の支援内容を明示している。利用者の体調によっても、食事形態等を変更している。「食事介助マニュアル」を作成しており、マニュアルに従った食事サービス支援を行っている。			
Ⅲ-3-(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 52	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
給食委員会を設置し、定期的に嗜好調査を行っている。毎月開催している給食会議にて、利用者の要望や職員の意見を参考にして献立を作成している。献立表は予め利用者に提供しており、絵カードを使った献立表も考案して掲示している。各ユニット毎にレンジ・オープン・冷蔵庫があり、適温の食事を提供している。調味料等を用意しており、利用者毎に味付けの微調整ができています。給食委員会でセレクトメニューを考案している。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食堂で一度に全員が食べるのではなく、ユニットや部署毎という小単位での食事場所を提供しており、幅のある時間帯で食べることができる。給食委員会で喫食環境等を検討し、必要に応じて改善を図っている。			

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(3)-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。	障 54	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ユニット毎に入浴を行っており、2～3人の少人数で入浴するため、プライバシーへの配慮ができ、時間にゆとりをもって入浴することができる。「入浴介助マニュアル」に従い、障害の程度に応じて個別の介助方法を決めて入浴支援している。			
Ⅲ-3-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
浴室が各ユニット毎にあるため、入浴時間以外での入浴の希望があった場合や、帰省で帰りが遅くなった時、失禁した時などの個人の事情に対応することができる。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
浴室への入り口にのれんを付けて、プライバシーへの配慮をしている。脱衣室には空調設備を整えており、温度調整ができる。			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 57	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「排泄介助マニュアル」に従い、個別の事情を配慮した支援をしている。排泄の管理が必要な利用者については、個人毎のチェック表により管理している。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
トイレは広くて使いやすく、便座はウォーマータイプでウォッシュレットを備えたタイプもある。冷暖房設備が設置されており、換気扇・窓があり、芳香剤で防臭対策をしている。毎日清掃しており、汚れたらすぐに対応している。トイレに関する検討会を開催している。			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 59	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自分で衣類を選択できる利用者は、自由にクローゼットから好みの服を出して着ている。自分で選ぶことが難しい利用者は、職員が選択する等の支援をしている。衣類の購入は、個別で外出支援を利用して外出した際に、利用者自身で衣類を選んで購入している。			
Ⅲ-3-(5)-②	衣服の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 60	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
衣類の着替えは自由に行っており、希望に応じて本人が納得できるように対応している。破損した時はその都度縫製している。特別なマニュアルはないが、対応方法を利用者や保護者と予め相談しておき、対応しているケースもある。破損や汚れによる着替えの判断は、職員ごとのバラつきが出ている。ある程度の基準を定めた手順書の必要性がある。			

Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 61 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
保護者や利用者の希望する髪型で散髪している。毎朝の整容の時間に、整髪や化粧を手伝ったり、相談に応じたりしている。社会通念上で許される化粧や髪形、おしゃれの限度を教え、自分らしさを発揮することを手助けして、利用者の心ゆたかに暮らせる支援に期待したい。		
Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地域の理容店を利用して散髪できるように配慮している。必要に応じて、理容店の協力が得られるように連絡調整している。地域の理容店での散髪が難しい利用者については、月1回理容師に訪問してもらい散髪している。		
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 63 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
基本は一人部屋を利用しているため、ベッドや寝具、周辺の調度品等は利用者の希望に応じて配置しており、安眠できる環境にしている。2人部屋の場合は仕切りを設けており、夜間に声や物音を出さない者同士になるよう配慮している。夜間のトイレ誘導やおむつ交換は、利用者ごとの睡眠のリズムや日中の排泄の様子をモニタリングして決めている。不眠等により他に影響を及ぼす場合は、医師の指示で不眠時薬を服用したり、部屋を変わる等で対応している。		
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 64 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
定期的に健康診断や歯科検診、インフルエンザ予防接種を行い、看護師による日常的な健康管理を行っている。定期的な嘱託医の訪問があり、健康相談を受けることができる。健康の維持・増進のため、散歩で歩いた距離や運動量等を記録する等、個人毎にプログラムを作成している。高齢者には、ストレッチやマッサージなど体力の維持を図るプログラムを用意している。		
Ⅲ-3-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
嘱託医や協力医療機関との連携が取れており、アクセスも良く緊急の場合等に適切な医療が受けられる。「救急マニュアル」を作成しており、緊急時にはマニュアルに従った対応が出来るようにしている。		
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 66 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
薬物管理のための「薬物の管理マニュアル」を作成している。利用者毎に処方されている「投薬情報一覧表」を作成し、薬の目的・効果・注意事項等の情報を知ることができる。薬物使用に誤りがあった場合は、「薬物使用誤り時の対応マニュアル」に従って適切な対応を取るようにしている。薬の使用状況は、サービス提供記録、従事報告書に記載している。		
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 67 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
余暇支援の充実を図るため「余暇活動委員会」を設置している。「余暇活動委員会」は定期的に利用者アンケートを取るなどして希望を確認し、カラオケやDVD鑑賞、季節に応じたイベントへの参加等により余暇活動の充実を図っている。必要に応じてボランティアを受け入れているが、地域の社会資源(社協のボランティアセンター等)を積極的に活用することが必要と思われる。		

Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>外出の希望は「余暇活動委員会」のアンケートや、担当職員との面接を通して把握するようにしている。利用者の希望に応じて、職員とマンツーマンで外出できるパーソナル支援の制度がある。地域のイベントの案内があれば、掲示版を利用して情報提供し、積極的に参加している。外出時には、安全確保や不足の事態に備え、写真の撮影や着ている服の確認、連絡先を明示したカードの携帯をしている。</p>		
Ⅲ-3-(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 69	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者・保護者の希望により外泊しており、強制的な帰省など施設側の都合での外泊は一切ない。保護者の高齢化による帰省困難な利用者や、親亡き後の帰省先の無い利用者の増加が見込まれることから、その対応や対策についての検討が望まれる。</p>		
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 70	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>預り金は「預り金管理契約書」を保護者と締結し、「金銭管理マニュアル」に従って適切に管理している。小遣い帳へ記録し、定期的に保護者に使用用途明細を報告している。自己管理できる利用者については、一日で使い切れる金額の300円を渡している。</p>		
Ⅲ-3-(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 71	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
<p>各ユニット毎に新聞を取っている。雑誌は週1回の外出の際に購入している。テレビは、必要な人は個人で所有している。テレビの共同利用の方法については、利用者間の話し合いはできていないが、問題は起きていない。力の強い者、声の大きい者がチャンネルを独占するのではなく、利用者間の公平・公正な使用となるようなルール作りが望まれる。</p>		
Ⅲ-3-(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 72	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>飲酒や喫煙を希望する利用者には、各個人毎にあったルールを相談して決め、ルールに従って提供している。喫煙場所は指定の場所がある。飲酒や喫煙の害については、看護師と相談のうえ本人に伝えている。</p>		