

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 16日(火)
---------------	------------------------

②施設・事業所情報

名称：知的障害者支援施設 サンフレンド	種別：施設入所支援、生活介護	
代表者氏名：川崎 純夫	定員（利用人数）：40名（41人）	
所在地：小牧市大字大山字岩次208-3		
TEL：0568-47-1181		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成11年 11月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 あいち清光会		
職員数	常勤職員： 55名	
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者) 1名
	(生活支援員) 40名	(看護師) 2名
	(栄養士) 1名	(事務職員) 4名
		(調理員) 5名
施設・設備の概要	(居室数) 35室	(設備等) 静養室、食堂、医務室
		相談室、階段、廊下、浴槽、
		洗濯作業室、作業指導室、調理室
		指導員室、ホール、事務室、
		宿直室、調理実習室、生活指導室
	玄関、トイレ、湯沸し室など	

③理念・基本方針

◆理念◆

「この子我が子なりせばの親の愛を忘れる事なかれ」（支援者心得12条）を大切に、能力に応じた生きがいのある生活と自己実現の達成によって一人ひとりの豊かな地域生活支援を目指す

◆基本方針◆

利用者が主体となり、何事にも自己選択、自己決定できるよう配慮し、作業活動を通し働く喜びや生きがいを見つけ、家庭的な雰囲気の中から、基本的な生活習慣を体得し、施設から地域生活に移行できるよう支援する。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1、基本理念であるサンフレンド支援者心得12条の1条である「この子我が子なりせばの親の愛を忘れる事なかれ」を常に心得、利用者の一人一人の人生が豊かな生活になるよう努める
- 2、食事の際の選択メニュー、レクリエーション、クラブ活動、休日のビデオ鑑賞の内容、購買の実施など利用者本人に選んで頂く機会をできるだけ提供していく。
- 3、食事を出来るだけ楽しくおいしく食べて頂くために厨房調理職員は元調理職人でありイタリアン、和食、洋食などバリエーション豊かに食事を提供できるように努めている。
- 4、入浴は毎日行うことはもちろんであるが、職員も一緒に入り事故のないよう努めると同時にが入浴しながら話をするなど裸のつきあいを行っている。
- 5、学習（音楽、造形活動）は外部より先生を招き音楽は月に1回、造形活動は月2回行っている。
- 6、AMの作業の時間では、利用者個々の特性にあった作業内容を本人ニーズ、個別支援計画やモニタリング、作業会議などで検討し作業時間に何も行わない利用者が居ないように努める。
- 7、各利用者の望む生活の提供として地域移行をめざし生涯入所施設での生活にならないよう努めている。また入所施設では本人ニーズの実現として誕生日支援を行っている。内容は利用者の誕生日月に本人の行きたい場所、したい事、食べたいものなどの希望を聞き取り、職員と個別に外出支援を行っている。
- 8、権利擁護支援の実施（虐待防止委員会の設置）及び定期的な委員会の開催。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 8月 4日（契約日）～ 平成28年 5月 11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

◆施設長の見識と幅広い事業展開

施設長は愛知県知的障害者福祉協会の会長他、多くの要職を兼務している。深い見識をもって本体事業に加え地域との窓口としてのパンとカフェ事業等、様々な事業を展開してきた。更に小牧市の意向や地域ニーズに応え新規事業も計画中である。職員からも厚い信頼を得ており、若い職員が多い職場環境ではあるが、勤続年数の長い職員も多い。

◆安心生活への支援の質

職員の支援姿勢、支援内容の質は大変高く、個別的配慮も散見される等、利用者が安心して生活している様子がうかがえた。事前に実施した家族アンケートの結果から、家族の満足度の高さがうかがわれ、毎月開催される家族会への出席率も高い。

◆確かな運営組織

末端の棟会議から企画会議、運営会議、職員会議、理事会へと事業内容を検討し、実施する組織（会議体）ができあがっており、十分に機能している。この仕組みを使って、職員の意見や要望を事業運営に活かしている。

◆利用者の希望を取り入れた支援

余暇・レクリエーション活動の実施に当たって、常に利用者の希望を把握するように心がけており、希望に応じた内容のプログラムを多数用意して実施している。グループ別旅行や遠足・個別外出等の外出支援では、利用者の意見が優先されている。普段の生活の中で楽しめるビデオ鑑賞「シネマパラダイス」や購買の実施、ソフトボール、カメラ、クッキング、ハイキング、プール、音楽といったクラブ活動を充実させることで、生活の質の向上が図られている。食事については、利用者の嗜好を考慮して美味しく食べられる工夫をしており、選択メニューや誕生日の希望メニュー・バイキング等を取り入れて利用者が選択できる食事サービスを提供している。

◇改善を求められる点

◆事業の確実性

中長期計画に一層の具体性と明確な予算的裏付けがほしい。具体性を持った中長期計画が単年度の事業計画策定への枠組みを示せば、事業の確実な執行に繋がるものと思われる。

◆人事の適正化

自己啓発シートと面談による目標管理の仕組みがあり、単年度目標の設定と評価がなされており、システムとしては機能している。一方で明確なキャリアパス基準と昇格要件はなく、職員の仕事に対する将来設計がしづらく、個人的な目標が立てづらい状況である。人事管理の面で、階級毎の職務・職階や昇格基準を設けることにより、より人事の適正化が図られると思われる。

◆事故対応のPDCA

事業所内の利用者に係わる事故について、担当者によって事故報告書が作成されているが、報告機能にとどまり、改善策を含むPDCAサイクルが機能しづらくなっている。報告書を集計しデータを分析・検討することで傾向と対策が得られるのではないかと。

◆午後の支援の見直し

日課の中で自治会活動、クラブ活動、造形活動、音楽活動等の利用者の主体性を尊重した活動が行われているが、午後の時間帯には利用者の要望を満たす（選択の余地を残す）プログラムの用意がない。午後の支援においても、利用者の要望に応えられるようなサービスの提供を望みたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業の確実性・人事の適正化の指摘については当法人では今まであまり取り組んではおらず、今後法人の計画案に対する方向性などを決定する場合は、指摘事項を確実に行う必要があると実感しています。事故対応のPDCAについて、行なえている場合とそうでないところもあり、確実な対策を行っていきます。PMの利用者の日課の見直しについては、取り組み始めたところなので早急に形にしていきたいと思えます。

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			
伝統の基本理念は職員に浸透し、職員の行動規範として定着している。利用者には「七つの心」という目指す人間像の規範があり、朝礼にて語られている。理念を受けた基本方針が定められ、事業概要等で広報されている。			

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			
TKCとの契約により、財務管理、コスト分析を実施しており、また施設長が幅広く情報を集積して、経営の舵取りに活かされている。			
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			
日々の経営課題や、TKCの分析により抽出された課題については、支援の現場に係わることは現場での検討を経て、法人内の運営会議から理事会へと送られ対応されている。各職員には職員会議での周知が図られる。			

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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
中長期計画は策定されているが、数値目標や予算的裏付けの具体性に欠け、また年度毎の見直しも正確に行われていない点に課題が残る。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
中長期計画を受けた単年度計画だが、事業の仔細な部分について成果の検証がしにくく、具体性を欠く点が否めない。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の策定に関しては、各部門から上がってきた事項について、運営会議、理事会という順序を経て組織的に検討を加えて策定されている。職員会議での説明にて職員周知を図る仕組みとなっている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は家族会にて保護者に周知し、利用者へは関連事項について写真等を使った分かりやすい説明にて周知を図る他、自治会での説明も行っている。行事計画には利用者の意向も反映される形となっている。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
棟会議→企画会議→運営会議→職員会議、といった形で会議体が構成されており、提供するサービスの質を高める取り組みがそれぞれの立場から幾重も検討される機会を持つ。ただ、プランはできるが、検証、修正して行く部分が組織として弱く課題を残している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
課題の抽出、共有化までは行くものの、計画的に改善策がとられているかの検証結果が分かりにくい。リスクマネジメントに於いては、事故報告書が報告機能にとどまり、改善策を含むPDCAサイクルが機能しづらくなっている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
業務に関する口頭での説明は随時実施されているが、管理者の具体的な職務分掌がない。役割と責任を明確に文書化したものが存在しない点は検討を要す。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
関係する団体の様々な要職を兼任されていることにより、いち早く正確な情報を入手して運営に反映させている。また、社労士との契約や必要に報じ弁護士への相談もできる体制にある。経営者セミナー等にも参加し、自らの見識を深める努力がある。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
多くの知識と情報から、常にサービスの質の向上を指向している。職員からの意見も棟会議を経て吸い上げ、十分に把握して検討材料としている。職員研修では、新任職員へのOJT教育は上手く機能しており、職員の研修参加も積極的にサービスの質の向上にとっての好材料となっている。リスク管理の面で、事故等のデータ分析が実施されないため、有効な対策が取りにくい面もあり、要検討課題である。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
施設長は人望も厚く、強いリーダーシップで組織を牽引し、運営会議以下の組織にも直接顔を出し現場支援をバックアップしている。時には、弁護士や社労士のアドバイスを受けて法人全体を見据えた労務管理も行っている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員の退職や新規事業展開による慢性的な人材不足を抱え、今ひとつ有効な人材確保手段が見いだせない状況である。就職後の職員の資質向上は図られ育成されているので、定着(流出阻止)と人材確保の具体的な且つ効果的な取り組みが望まれる。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
自己啓発シートと面談による目標管理の仕組みがあり、単年度目標の設定と評価がなされており、システムとしては機能している。一方で明確なキャリアパス基準と昇格要件はなく、職員の仕事に対する将来設計がしづらく、個人的な目標が立てづらい状況である。			

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組んでいる。	障 16	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
有休、育休も取りやすく、職員間の交流も盛んであり、旅行や勤続特典などの福利厚生面でも働きやすい環境にある。さらに、産業医によるメンタルケアも行われている。更なる工夫にて、人材確保、定着を図られたい。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
自己啓発シートによる業務目標や研修の評価、効果測定により全員の目標管理が行われている。新任職員には専属職員がOJTとして張り付き、効果測定までを実施、育成を図っている。中間面談による確認、修正が課題である。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
研修計画による計画的な研修機会が確保されている。また、研修後は受けた後の目標を設定して評価まで行っている。法人は、個としての望まれる職員像は明示されているが、組織として期待する職員像(人材育成の目的)が曖昧である点が課題として残る。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
新任職員対象のOJT教育を含み、全職員の研修の機会が確保されている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
保育実習、介護体験実習が行われ、実習生側の目標に沿った対応がなされている。専門職実習は実施しておらず、実習指導者養成も未実施の状態が続いている。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページにより運営の状況が配信され、広報されている。ただ、事業活動等を紹介する広報誌は地域への配布は無く、今後の検討課題とされたい。また、苦情の受け付けに関しては、システムはできているものの積極的な運用がなされておらず、これも課題として残る。			

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
TKCによる財務チェックがなされ適正運営を目指しているが、監事による監査以外は外部監査が実施されておらず、透明性が担保されていない。			

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。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
買い物等で日常的に地域との繋がりがあり、夏祭りによる交流も年々盛大になっている。何よりも、敷地内にある喫茶店は最大の地域交流の場となり、施設・利用者と地域とを結ぶパイプ役として効果的に機能している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
受入マニュアルを作成し、様々なボランティアや学生の体験受け入れを実施している。ホームページにてボランティアへの参加の呼びかけも行っている。			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-①	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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
市の自立支援協議会を通して様々な機関との連携を図り、社会資源としての活用を見込んでいる。相談支援事業も歯車のひとつとして機能している。			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
小牧市、犬山市それぞれの福祉マップに事業所の記載があり、またAED機器の設置場所として登録している。夏祭りでも事業所を地域に開放し、大勢の来訪者を受け入れている。一方で、地域向けの講演会、講習会やふくしの街づくりのための能動的な取り組みが薄く、今後に期待したい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
短期入所、福祉タクシー、相談窓口等、地域に住まう障害者のニーズに応える意味での事業を実施している。相談支援事業の展開によって地域のニーズをつかみ、事業所の事業や活動に反映させる努力が見られる。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本理念に「この子、わが子なりせば」の親の愛を忘れることなかれ」と謳い、利用者を尊重した福祉サービスを実施することを明示している。支援者としての基本的な心得として「支援者心得12条」を明示し、職員会議の冒頭に職員で唱和し確認している。今年度、新たに虐待防止委員会を設置して、利用者の基本的人権に配慮した取り組みの充実を図っている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
運営規程や重要事項説明書・契約書において、利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護に触れており、虐待防止の研修等を通して職員の共通理解を図っている。プライバシー保護に関するマニュアルはないが、入浴・排泄等の支援ではマニュアルに従いプライバシーに配慮した支援を行っている。居室は基本1人部屋で、2人部屋ではロールカーテンで仕切られている。虐待防止委員会の取り組みの中で、虐待防止等の権利擁護に関する規程の整備が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者が必要と思われる情報については、ホームページやパンフレット等にて適宜提供しており、行政が発刊しているサービス事業者一覧にも情報を掲載している。利用希望者には面接日を決めて面接し、利用に必要な情報を提供している。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始・変更にあたっては、重要事項説明書・契約書により丁寧に説明し、同意を得た上で内容を書面に残している。意思決定困難な利用者の自己決定については、合理的配慮をしているがルール化はされていない。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
福祉施設等の変更にあたっては、福祉サービスの継続性に配慮して移行先の事業所等と協議をし必要な情報を交換して、利用者に不利益がでないよう配慮している。福祉サービスの利用が終了した後も、相談できる窓口を開設して案内している。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障 33	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の要望や意見を聞くために、年度当初にアンケートを取ったり、支援計画のモニタリング時に意見を聴取するようにしている。毎月行われている自治会や家族会に職員が出席し、そこで出された意見を聴取し、持ち帰って各会議にて検討している。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
苦情の受付から解決・フィードバックに至る一連の流れが整備されており、玄関に掲示もある。職員にも周知しており、苦情を受け付ける場合には、各分野毎に配置している苦情担当者が「苦情(相談)受付書」に苦情内容を記入し、対応マニュアルに従って解決を図っている。保護者には外泊の際の「帰宅ノート」や家族会を通して苦情を聞き取っており、対応の状況や解決した結果については家族会等で公表している。ホームページを活用する等、一般への公表の仕組みづくりを望みたい。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者が相談や意見を述べやすい環境になるよう、職員は日頃からコミュニケーションを密にする等で信頼関係を築いており、担当職員がいつでも相談に乗れるようにしている。月1回開催する自治会において利用者の意見等を聴取しており、出された意見は「自治会ノート」に記録している。		
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	㉔ ・ 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場合には、手順を定めた対応マニュアルにより組織的に対応する仕組みを整備している。自治会による「意見箱」が設置されており、利用者自身からの投稿以外にも、利用者のつぶやきを職員が代理で記入して意見箱に入れるようにしており、利用者の意見を積極的に把握する努力をしている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
事故発生時の対応と安全確保のための対応マニュアルを整備している。「事故報告書」の提出を受けて、事故の内容や原因を分析して必要な措置を取っている。事故防止を啓発するため、講師を招いて事業所内研修を実施している。事故の未然防止のため、ヒヤリハット事例を収集して分析を行うことや、事故防止対策の実効性の検証を行うことが望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
感染症対策委員会を設置し、感染症の流行の状況や予防策などの情報を法人内の各事業所に提供している。医療機関からの情報を得て、感染症対策委員会で具体的な対策を検討し、職員会議で情報を提供するようにしている。感染症の予防と発生時の対応マニュアルを作成し、職員がマニュアルに従った対応ができるよう研修を行っている。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
災害時における対応については、運営規程や重要事項説明書に明示しているように、定期的に避難訓練や消火訓練・通報訓練を実施している。防災委員会を設置し、火災以外にも水害・地震等の大規模災害に備えた非常災害対策計画を立て、それに基づくマニュアルや非常食、設備・機器・備品(発電機を購入)の整備を図っている最中である。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法として、夜勤や早番・遅番の業務手順書を作成しており、食事や入浴・排泄等の支援については支援マニュアルが作成されている。業務手順書や支援マニュアルは文書化して常時閲覧できるようにしているが、業務手順や支援マニュアルに基づいた支援が、実際に実施されているかどうかを定期的に確認することが望まれる。		

	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	a ・ ㉑ ・ 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は、作業会議や棟会議において検討して見直しを図っている。現在、午後の時間の使い方が見直しが進められている。マニュアル等を見直しに際しては、職員や利用者からの意見や提案を反映する形で見直すことが望まれる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントシートを活用してアセスメントを行っている。利用者や保護者のニーズを把握するためにアンケートを実施したり、モニタリングを行ったりして支援計画を立てている。サービス管理責任者が、支援計画どおりに福祉サービスが実施されていることを確認しており、支援困難なケースについても職員会議等で検討している。			
	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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画は定められた手順で定期的に評価・見直しを行い、変更・継続・中止を検討している。緊急に個別支援計画を変更する時は、会議にて検討・確認をして、利用者・保護者の同意を取った上で変更している。			
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	a ・ ㉑ ・ 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支援記録として入力しており、ネットワークシステムにより職員間での情報共有をしている。記録の内容については簡潔丁寧に記述するよう統一しているが、表現方法については職員によって差異が生じている。記録作成要領を作成する等で統一を図る工夫が望まれる。			
	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の個人情報の取り扱いや守秘義務の徹底については、運営規程や重要事項説明書等に明記してある。職員が常に意識して個人情報を取り扱うとともに、パソコンの持ち出しの禁止やシュレッダーの使用等を指導している。引き続き、コンプライアンスの意識の醸成と個人情報の取り扱いの徹底を図る取り組みの充実が望まれる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のグループホームへの移行について、利用者や保護者のニーズに基づいて積極的に移行を図るようにしている。行政から指名を受けた「いわさき福祉ヴィレッジ」計画の推進を図り、地域生活への移行支援の充実を図ることが望まれる。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のコミュニケーション能力を高めるため、絵や写真を使つての支援や、その人固有のサイン、ジェスチャーを使った支援の開発を進めている。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することで、相手が必要と思われる支援計画を立てているが、より専門性の高いコミュニケーション手段を開発することが課題となっている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意向や自主性を尊重して自治会、クラブ活動、造形活動、音楽実習などの活動に主体的に参加できるよう配慮している。旅行についても行き先を多数用意し、利用者の選択肢を増やしている。利用者の重度化・高齢化により、積極的な参加が困難になってきているが、その場合は個別に参加できる活動を用意している。現在、午後の活動においても、利用者の要望に応じた活動を提供できるように検討中である。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の中で、自分で出来ることについては自分で行うという方針を決めており、毎月行われる作業会議、支援会議にて支援計画の見直しをしている。会議にて、介助が必要と判断した場合には、利用者と十分協議して必要な介助を提供している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の社会生活力を高める取り組みとして、クッキングクラブでの調理実習やカメラクラブでの写真撮影、買い物実習等を行っている。施設外の社会資源を活用した行事や学習体験の機会を設けている。エンパワメントの理念に照らし、障害のある人が夢や希望をもって暮らし続けることが可能な社会を創るため、受け皿としての社会を変えていく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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年2回の健康診断結果に基づいて一人ひとりの食事量や水分摂取量を決めており、口腔状態や嚥下能力に応じて食事形態を変えて提供している。食事介助の内容については、個別の支援計画の中に入れてあり、モニタリングにより見直されている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者に分かりやすい方法で定期的に嗜好調査を行い、利用者の好みを把握して献立に反映させている。給食会議でも、利用者からの意見を聞き取って献立の参考にしている。利用者の誕生日には希望メニューを提供したり、選択メニューとして好きなものを選べるような配慮をしている。毎月、新しいメニューを考案したり、バイキングのような日常とは違う食事をする機会を作っている。付け合わせの野菜には2種類のドレッシングを用意している。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
厨房会議(月1回開催)にて食堂の設備や雰囲気等についての話し合いをし、その内容を全体会議に提案して協議している。食事時間について、利用者の障害特性や相性などで時間や場所を変えているが、利用者個人の好む時間での食事提供は実施されていない。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者一人ひとりの身体状況や健康状態に応じ、個別の介助方法を決めて入浴介助を行っている。職員も一緒に入ること、安全対策やプライバシー保護に配慮した入浴介助を行っている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者の身体状況・健康状態やお互いの相性を考慮して、極力利用者の希望に沿った形で入浴介助を行っている。利用者の人数や職員配置の都合もあり、入浴の時間的な希望には応じ切れていない。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
浴室や脱衣場の設備面で問題がある場合は、生活会議の議題に挙げて改善を図っており、現状では大きな問題はない。浴槽にパイプラ設備を導入する等で快適性に優れた設備となっている。脱衣室が狭いと思われる棟もあるが、その場合は廊下に広げる等の工夫をして対応している。			
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
排泄介助のマニュアルに従い、個々の利用者の状況に応じた排泄介助を行っており、所定の記録用紙に排泄の状況を記録している。おむつ等の排泄用具の使用法や取り扱いについては、職員間で統一した使用方法を定めている。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎日の掃除の際に酸性水を散布したり、窓に消臭の機器を設置することで清潔で快適な環境になるようにしている。トイレに冷暖房設備はないが、廊下沿いにトイレがあることから大きな温度差はなく、便座がウォーマータイプになっていることもあり問題はない。トイレトーパーを取り過ぎる利用者への対策として、ホルダーの改良やトーパーの量を一定にする等の改善を図っている。			
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	⑤ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自主性を尊重し、衣類は利用者の好みにより選択しているが、女性のスカートについては施設内での着用を控えてもらう場合がある。、月1回の買い物外出により、衣類の購入をしている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
衣類の汚れや破損に気づいた時には、速やかに着替えを促して着替えを行い、排泄等で汚れた場合は消毒して洗濯している。汚れや破損の程度によって、着替えを必要とするか否かで職員ごとの判断に差が生じている。統一した基準を定められる部分については文書化することが望ましい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
本人の好みを尊重し、髪形やカラーリングは社会通念上で許される範囲でアドバイスしたり、必要に応じて整髪や化粧品を手伝ったりしている。定期的に化粧のボランティアが来訪し、希望に応じて化粧品の提供をしている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
月に1回、理髪ボランティアが来訪し、利用者の希望するヘアスタイルにカットしてもらっている。地域の理容店の利用を希望する場合は、個別支援での外出で対応している。地域の理・美容院に関する情報提供に関しては、積極的には行っていない。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
各居室にはエアコンを設置し、過ごしやすい温度に温度調整ができる。2人部屋には、ベッドの間に遮光カーテンを付けて安眠できるよう配慮している。夜間就寝中の利用者へのサービスは、おむつ交換や体位変換、不眠者への対応等を手順として取り決めている。夜間の支援状況は定められた様式にて記録し、日中活動へ引き継いでいる。			
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	a ・ ① ・ 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。定期的に嘱託医による回診が行われており、健康相談を受けることができる。個人別の健康記録や投薬情報一覧を作成しているが、健康管理票については、現在作成中であり、早期の完成が期待される。			
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	② ・ b ・ c
評価機関のコメント			
嘱託医を始め協力医療機関との連携が取れており、交通アクセスについても便利である。健康面に変調があった場合の対応についてはマニュアルが作成されており、職員は即座に対応できるようになっている。			
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
薬の管理は、医務室にて看護師により適切に管理されている。利用者毎に処方されている投薬情報一覧が作成されており、薬の目的・効果・注意事項の情報を知ることができる。服薬時には本人確認・薬確認を行い誤薬防止に努めているが、引き続き薬の使用に誤りのない対応を検討することが望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
余暇・レクリエーションの実施に当たっては、利用者に希望を聞いたりアンケートを取ったりして、常に希望に応えるようにしている。余暇・レクリエーション支援の内容は、グループ別の旅行や遠足、ドライブ外出、プール外出、個別の希望に応じた個別外出等である。利用者の生活の質を高め、生活を楽しめるようにと、「シネマパラダイス」というビデオ観賞会を開演したり、ソフトボール・カメラ・クッキング・ハイキング・音楽といったクラブ活動を充実させている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の希望に応じて個別に外出支援を行っており、グループ別旅行や遠足等では利用者に行き先を選択してもらっている。地域のイベントの案内があれば利用者に情報提供し、希望があれば参加できるようにしている。外出の度に外出時のルールについて説明しており、連絡先を明示したカードを準備して外出している。高齢化や重度化によって、外出希望のない利用者もいるが、ほとんどの利用者は外出支援を楽しんでいる。</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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の高齢化に伴い保護者も高齢化しており、利用者が希望しても保護者が応えられないケースが出てきた。さらに、親亡き利用者にとっては帰省先がなく、帰省できる利用者とできない利用者との二分されることになっている。帰るところを失った利用者に対する適切な支援の方法や代替策の検討が待たれる。</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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
<p>預かり金は「預り金管理規定」に基づいて適正に管理されている。現在、自己管理している利用者は1人のみであり自室にて管理しているが、適正な管理方法について検討することが必要と思われる。</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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
<p>新聞・雑誌は施設で購入して共同で利用しているが、希望があれば買物実習時に購入して個人で利用することも可能である。テレビは各居室に個人で所有しており、自由に視聴している。共同利用の場合の利用方法については、利用者間での話し合いはされていない。チャンネル争いで利用者から不公平感が出ることはないよう、必要に応じてルールを決めておくことが望まれる。</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	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント		
<p>飲む時間や場所についての制限はあるが、利用者の飲酒についての厳しい規制はなく、土曜日の購買にてビールやワインを購入して夕食時に飲んでいる。現時点で喫煙者はいないが、喫煙の弊害等についての説明は必要と思われる。</p>		