

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27年12月17日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：生活介護事業所パレット	種別：生活介護	
代表者氏名：寺部 美代子	定員（利用人数）：20名（35人）	
所在地：愛知県豊川市平尾町諏訪下10番		
TEL：0533-88-8981		
ホームページ： http://www.apatheia.jp/facility/s-toyokawa		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成23年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人アパティア福祉会		
職員数	常勤職員： 27名	
専門職員	（管理者）1名	（看護師）1名
	（サービス管理責任者）1名	（理学療法士）1名
	（生活支援員）17名	（医師）1名
施設・設備の概要	（居室数） 室	（設備等）訓練作業室、食堂
		洗面所、静養室、浴室
		ストレッチャー浴室
		便所（男性、女性、車椅子）

③理念・基本方針

◆理念◆	法人・施設事業所 全ての人を尊重し、共感を持って寄り添い、支える。
◆基本方針◆	H27年度アパティア福祉会品質目標 ・ビジョンを持って毎日の業務にあたる・地域に根付いた施設づくり・ほめる技術を磨く
パレット 品質目標	私たちパレットの職員一同は、各自の自己目標の達成にはげみ、さらにはリーダー層がほめる技術を磨くことで、シンシア豊川入所の支援力を今よりも30パーセント向上します。

④施設・事業所の特徴的な取組

●人財育成 共に成長できる仕組み

採用計画～採用～内定者研修～新人職員研修（プリセプター制度）～資質向上研修

職員のなりたい姿を応援する新研修制度 資質向上研修創設 H26～

●ご意見・ご要望に丁寧に応える仕組み

ご利用者・ご家族のサービスに関するご意見・ご要望を受け付け、確実に記録システムに入力し、対応している。

●感染症対策委員会、人権保護委員会、ヒヤリハット検討委員会、ご利用者会及びご利用者の生活を楽しくする委員会等サービス向上に向けた取り組みを継続している。

●個別支援計画作成・実施のPDCAサイクルの循環がスムーズである。ご利用者本位の計画に努めている。

●ご利用者主体のサービスにするための、職員の改善活動や検討チームがあり、職員一同日々努力している。

QCサークル、事例検討チーム等の活動が定着している。

●ご利用者会でのご意見を日課の活動に反映している。

●地域の障がいを持ったご利用者の日中活動の場として、新規受け入れの努力をしている。

重心ご利用者の受け入れを継続している。

●豊川市独自の新事業「中高生体験事業」の受け入れ協力をしている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 9月10日（契約日）～ 平成28年 5月12日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回 （平成24年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

開設から3年を経過し、いよいよ充実の時機到来の感がある。特に人材育成への取り組みは見事で、「共に成長できる仕組み」づくりに余念がない。平成26年度からは、資質向上研修を施設内研修として開始し、職員自身の資質を向上させ、それを利用者満足につなげる、高い意識の取り組みがあり、今後の進捗に大いに期待が持てる。提供するサービスに関して、利用者主体のサービス提供となるように、「ご利用者の生活を楽しむ委員会」が中心となり、個別支援計画への反映はもちろんのこと、「個人」を尊重する考え方で、『まずはやってみる』『利用者が満足できるまでの改善』を繰り返し継続している。

法人が熱心に取り組むISOの仕組みも定着している。各種手順書は事業所の独自性が担保され、どの手順書も、ページのめくれ具合からは使い込まれた様子が見て取れる。PDCAサイクルの定着とともに、ますますの改善活動とサービスの質の向上が期待できる。

◇改善を求められる点

・サービス実施のスリム化について、記録ソフト等により実施内容、実施状況の確認はできているが、改善を繰り返す中で、業務内容・確認事項が増える傾向にある。今後これ以上の過度な職員負担を減らす方向での業務のスリム化が望まれる。

・職員育成に関しては、法人の取り組むISOの中で体制化が進み、定期的に行う人事考課面談やISO品質目標達成のための個人面談等、個人目標管理は充実している。しかし、職員の「なりたい自分」に対する「期待する職員像」の明示が個人レベルまで落としきれていない状況が否めず、現在推進中のキャリアパスの構築が待たれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審することで、今までの取り組みを検証し、課題を確認することができました。

改善が必要な項目は、改善に向けて努力をしていきたいと思っております。

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。

(別添)

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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
理念、基本方針を明文化し、施設内に掲示している。ホームページにおいても、広く公表し、周知を図っている。職員に対しては、個人面談や会議の折に理念や基本方針に関わる個人目標等を確認し、周知を図っている。利用者への周知方法に一考があるとの課題があり、現在も課題として取り組みを継続している。			

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			
障害者総合支援法、豊川市障害福祉計画第4期等を把握・分析している。それを踏まえ、平成28年度には高齢重度障害者を対象とするグループホーム、29年度には女性を対象とするグループホームの開所を予定している。また、併設の相談支援事業もからめて、事業経営をとりまく環境の変化を察知し、適切に対応できるようにしている。			
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			
経営課題とは、直接的な経営に関する事、人材に関する事、サービスの向上に関する事であると捉え、組織的に取り組むために、課題については職員にも周知を図り、職員一人ひとりが施設のためになることを考える仕組みがある。情報をとらえ、分析し、課題を明確化を図り、改善につなげる仕組みは見事である。今年度は今後2年計画でのグループホーム開所を計画化している。			

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			
法人全体で取り組むISOの取り組みに絡め、計画の策定から検証までの仕組みが確立されている。法人の障害部門に位置する施設においても、ビジョンを明確に示し、具体的活動を計画化している。経営環境変化等を察知し、状況に合わせて計画を見直す柔軟性がある。			

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			
法人全体で取り組むISOの取り組みに絡め、品質目標(単年度目標)を策定している。数値目標にこだわり、達成に向けて取り組み、年度毎の目標達成評価を半期毎で実施している。			
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			
より具体的な事業計画となることを目的に、今年度からは職員参画の事業計画策定に取り組んでいる。3ヶ月毎の検証と見直しを繰り返す能動的な職員参画が、事業計画策定の大きな見直しにつながっていることは間違いない。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
ご利用者会や家族会で周知を図っている。家族会は、今年度事業計画を配布し、家族にとっては、施設の改修工事計画や新事業計画、大型物品購入等の情報源となり、意見聴取と意見交換の場としても活用がある。前年度の事業報告も行い、計画の達成度についても説明している。しかし、ご利用者会での利用者説明については、主な内容が行事計画となっている状況が否めない。			

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			
サービスの質の向上について、ISOの取り組みの中で、PDCAサイクルを検証する仕組みを確立している。毎年度定期的に実施するISOの内部監査がそれに当たり、組織的に機能していると言える。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
常に改善を考える取り組みは定着しており、主にISO内部監査でPDCAサイクルの有効性を評価し、システムが機能しているかどうかを検証している。改善策の実施については、具体的に、福祉QC活動、施設委員会活動等で取り組み、職員参画・周知徹底で、施設をあげての改善活動となっている。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「品質に関する責任と権限一覧表」に、管理者の役割と責任を定めている。ISOの取り組みの一環であるISO基本研修において、直接表明している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
組織として、施設が遵守しなければならない基本的な関連法令について、文書管理規定で各部署の外部文書用書籍棚で管理することを定めている。知的障害者福祉協会障害者支援施設部会役員として研修や勉強会に積極的に参加し、サイボーズでの回覧等で情報を共有し、正しい理解を周知している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は、組織が取り組むISOの認証取得を通じ、サービスの質の向上に関する課題の抽出と改善に向けた取り組みを継続的に実践し、評価結果と改善課題を組織全体に明らかにして、具体的に改善に取り組んでいる。福祉QC活動、各種委員会活動等が具体的な取り組みの基本となるが、自らもその取り組みに積極的に参画している。また、副主任以上と業務改善会議を開催し、人材育成を視野に入れた改善活動を継続している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
経営状況の分析については、毎月決算の継続で、科目ごとの数値化の把握が出来ている。特に利用料収入と人件費の推移については継続的に分析を図っている。「みんなで頑張るシンシア」をスローガンに“次を見て行くための確認”を実践し、“次は見えるか”の検証を行う体制の構築に邁進している。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページをリニューアルしたり、人材フェアに参加したりと、広く人材確保の幅を広げ、施設アピールと採用活動に取り組んでいる。採用は法人会議で決定されるため、管理者は必要な人材の把握が必須となっており、人事管理にも余念がない。パート職員から正規職員への道も開き、職員のやりがいにも応えている。入口である人材確保について、さらに具体的な工夫が望まれる。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
半年毎にフィードバック面接を行う人事考課において、職員自身の「なりたい自分」を基に、職員一人ひとりの人事考課を行う仕組みがある。人事基準を明確に規定として定め、自分が今の立ち位置に居るかを確認できるようになっている。しかし、キャリアパスが未構築の現在、施設や管理者が、本人の目指すところを明示しきれていない状況が否めない。			

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		
定期的に職員との個別面談を実施し、本人の意向の把握に努めている。またメンタル面では、パワーハラスメントやセクシャルハラスメントについても相談窓口担当職員や産業医への相談が機能している。特に産業医との信頼関係は厚く、職員が様々な悩みを打ち明けている。法人・施設の完成形を目指した取り組みは推進中であり、体制構築が待たれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
職員育成に関しては、法人の取り組むISOの中で体制化が進み、定期的に行う人事考課面談やISO品質目標達成のための個人面談等、個人目標管理は充実している。しかし、職員の「なりたい自分」に対する「期待する職員像」の明示が個人レベルまで落としきれていない状況が否めず、現在推進中のキャリアパスの構築が待たれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
ISOの取り組みの中で、基本方針及び計画を示し、適切な運用がある。平成25年度に準備を開始し、平成26年度実行となった資質向上研修は、個人レベルに落とし込んだ研修となっている。平成27年度の現在、定期的な評価と見直しまでの仕組みを構築しており、今後の体制の完全運用までの進捗が期待される。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
ISOの取り組みの中の研修計画の中で、階層別研修や職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、本人の必要となる知識・技術等の水準に応じた教育・研修を実施している。本人の現在の能力を鑑み、施設が求めるレベルを基準に、上司が必要と思われる研修受講を提案している。最終的には本人が受講する研修を選択しスキルアップを図っている。今後のキャリアパス制度導入に伴い、さらなる具体化が期待できる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
実習生受け入れの基本方針を明文化し、手順書の整備がある。実習生受け入れに関しては、学校単位での契約となり、社会福祉士、介護福祉士、保育士等の実習を毎年受け入れ、今年度からインターンシップの受け入れもを行っている。各専門職種のプログラムを用意し、終了後には実習成果のフィードバックを行っている。指導者となる職員は実習指導者講習会修了者である。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
主にホームページを活用して情報公開を行っている。法人理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、決算情報、第三者評価の受審結果等を適切に公開している。ただ、苦情・相談の体制について、苦情や相談に対応する体制を整備しているが、改善・対応の状況についての公表までには至っておらず、今後の対応が望まれる。		

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント 経営・運営については、専門家である法人契約の会計士や社会保険労務士、コンサルタントに相談し、適切な助言を受けている。法人が取り組むISOにおいて、公正かつ適正な経営・運営にむけた適切な改善を継続する体制の構築もあり、取り組みとしては十分な機能が認められる。しかし、外部監査の考え方の中で、専門家による会計監査等の実施までには至っていない。		

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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント 今年度は初めて夏祭りを実施し、新しい地域との交流の場となっている。また、地域との交流を広げるため、地域行事や活動に参加する機会を増やすように努めている。地域交流のためのプロジェクトチームを結成し、目標を持って取り組んでいる。利用者個人の交流の考え方も、それぞれのニーズに合わせ、行事を企画したり個別外出を実行したりと、工夫している。職員意識をもって取り組み始めた事項であることから、今後の推進に期待したい。		
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント ボランティア受け入れの基本姿勢を明文化し、受け入れ手順書を整備している。受け入れ手順や記録についての定めもあり、ルール通りの運用がある。ボランティアに入ってもらう前にはオリエンテーションを実施し、利用者との関わり方、注意点等を口頭で説明している。地域の小・中・高等学校等、職場体験等の受け入れも積極的に行い、地域貢献と学校教育の協力の役目を果たしている。		
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント 必要な社会資源である、医療機関や公的社会施設(図書館等)、利用者の支援に必要な社会資源を把握し、連携に努めている。利用者一人ひとりのサービス等利用計画書を作成し、担当者会議を開催する等、関係機関と情報を共有している。しかし、個別の対応には仕組みづくりが認められるが、地域でのネットワーク化までには至っておらず、今後の仕組み拡大への取り組みに期待したい。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント 近隣施設との防災訓練、地域地区の防災訓練等、防災に対する取り組みを地域と協働している。市からは福祉避難所としての指定もあり、災害時における役割についても明確になっている。防災に限らず、相談支援事業を通し、施設の専門性を活かした貢献を考えている。「いざという時、頼られる施設となるように」の意識も高く、取り組みにつなげている。ただ、施設の意識の高さに地域からの反応が期待値までは達していない状況がある。		
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント 相談支援事業が主な活動となる。地域の福祉ニーズを把握し、平成28年と29年にグループホームの開設を決定している。また、市の自立支援協議会子ども部会で、中高生長期休暇中の事業所体験事業をスタートさせ、協働している。施設機能の地域還元について、地域との関わりに改善が求められることから、積極的な地域への進出等で直接的な情報収集の方法について一考を要する。		

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			
法人理念・倫理綱領を施設内の複数個所に掲示し、職員がいつでも目にして意識できる環境を工夫している。「全ての人を尊重し、共感を持って寄り添い、支える」の理念を、言葉だけではなく、日常の支援に反映できるように、人権研修や接遇研修等で意識統一を図っている。サーベイランス、人権パトロール、人権week等で定期的に状況の把握を行い、評価・検証を行う仕組みがある。			
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			
個人情報取り扱い手順書、トイレ・排泄介助手順書、入浴手順書など、利用者のプライバシーにかかわるサービス提供に関しては、各種手順書を整備し、共通意識で支援に当たっている。「利用者の場所」への立ち入りには特に注意を払い、入る前の声掛け、同意を得てから行動する等、職員周知で実践している。利用者個人に対しては、不適切な対応にならないように、個別支援計画に落とし込み、支援方法を周知している。			
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			
利用希望者には、実際に来所していただいた上、施設見学を実施し直接説明している。ホームページもリニューアルし、施設の案内を分かりやすく工夫したり、パンフレットも一新し、施設全体を細かく説明している。しかし、積極的な活動とまでは至っていない状況が否めないため、今後の取り組みに期待するところである。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービスの利用開始に当たっては、可能な限り利用者と家族に同席してもらい、契約書・重要事項説明書等を口頭で説明している。サービス開始前に、個別支援計画の支援内容の説明と同意を取っている。初めてサービスを利用する利用者には、体験利用も進めている。変更時も同様に、支援計画内容の理由と変更箇所を説明し、同意を得てから実施している。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
相談支援事業が主となり、利用者にとって最善のサービス提供を考え、できる限り意向に沿ったサービス提供が実施できるように対応している。しかし、平成28年度開設予定のグループホーム移行にあたり、あくまでも社会生活継続を目指す経過途中の移行になるのか、あるいは、施設入所を控えての移行になるのかについて、選択に課題が残っている。			
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			
「ご利用者会」「ご利用者の生活を楽しくする委員会」があり、利用者会等で出た意見や意向を委員会で検討し、次回の利用者会で回答する仕組みがある。また、その取り組みと絡め、利用者意見を「資質向上委員会」で検討する事項もあり、利用者満足を目指す取り組みを職員の質向上につなげる努力を継続している。			

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		
苦情解決については、手順書を整備し、仕組みを確立している。今年度4月からの新しい取り組みとして、利用者家族からの意見・要望聴取を目的とし、「ご意見ご要望シート」を実施している。同年10月までに15件の改善を図った実績がある。解決までの経過を家族向けにフィードバックしている。ただし、全体への公表を考えると、ホームページ等での公表等には至っておらず、今後の対応が期待される。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者が職員に相談や意見を言いやすい環境を考え、送迎時の機会や連絡帳を活用してコミュニケーションを図っている。玄関には意見箱を設置し、設置の目的は周知している。また、継続的に取り組む福祉QC活動においても、環境整備に向け課題に取り組む積極的な活動もある。利用者等の周知と言う点で、経過観察と検証・評価が待たれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者運営のご利用者会実施、担当職員配置等、利用者が意見や意向を表出しやすい環境整備に努めている。利用者からの一方通行に終わらない、検討会の実施、結果のフィードバック等、体制と仕組みを有効に活用している。希望の実現や意向に対する改善等、検討を含め、迅速な対応がある。		
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		
「ヒヤリハット委員会」を中心に、リスクマネジメント体制を構築している。利用者や家族からの意見や要望の中からも改善点を見出し、是正につなげる体制もある。また、2年以上前から検討している、リスクを事前に把握し改善につなげる取り組みを具体化し、施設で取り組む体制の見直しを図った「新しい取り組み」も、いよいよ来年度からの運用予定があり、今後ますますのリスクマネジメント充実が期待できる。		
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		
「感染対策委員会」を設置し、利用者の安全確保に取り組んでいる。手順書の内容の見直し、定期的な研修や勉強会実施の活動等、積極的な取り組みがある。研修計画にある年2回の研修の他、シーズン毎に施設看護師が指導に当たっている。施設の配置医師の参画があり、常に最新の情報提供と共有を可能にしている。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「防災委員会」を設置し、防災に関する手順書の見直し、防災避難訓練等の実施など、利用者の安全確保への取り組みがある。毎月の避難訓練実施、夕方暗くなってからの本格的な環境での夜間想定訓練の実施等を継続し、意識向上に効果を上げている。既にBCP(災害時に特定された重要業務が中断しない取り組み・施設防災事業継続計画)を作成中であり、その取り組みは評価できる。		

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
標準的な支援方法を手順書として整備している。記録ソフトを活用し、組織として示す標準的な支援が実施できるように、正職員のみではなく非常勤職員へも使用等の説明の徹底がある。標準的な支援は個別支援計画に落とし込み、記録ソフトを活用して日々の支援実施を行う仕組が確立している。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法は、サービスの質の向上を目指し、組織的に客観的データによる検証・見直しを定期的に行う体制が整備されている。		
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		
個別支援計画書は、利用者のニーズが明確であり、各職種がチームとなって協働し、策定された計画書となっている。職員・職種ごとにそれぞれの役割が明確であり、それぞれの専門性を活かして協働している。		
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		
個別支援計画は6ヶ月毎の評価・見直しと、利用者のニーズ・状態変化が生じた時点で見直しを行っている。また、随時に職員間で情報の周知徹底を図り、内容を共有している。また、緊急に変更が必要がある場合も、前項と同様に評価・見直し、職員間での共有まで実施出来ている。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
現場では職員が端末を携帯しているため支援内容・記録項目が明確であり、その都度実施状況の入力を行っている。ネットワークシステムを活用することで情報共有と管理体制が整備されている。その機能性を十分に活用はしているが、共有について、グループウェアの情報把握を自宅(事業所外)で行うなど、個人情報保護を含め、インターネット使用の規制管理が進む中で課題も見えている。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
個人情報保護規定。個人情報保護については、更なる理解・追求する姿勢で組織的に取り組んでいる。グループウェアでの会議方式は、外部で接続をする機会も多い事から、情報漏洩管理に伴う対面会議への切り替えであったり、管理職以外は事業所外での接続はしない等、仕組みの変更に取り組んでいる。今後の体制確立が待たれる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者のニーズに合わせ情報提供や他の事業所との連携を取り、地域生活への移行支援を行っている。相談支援事業、サービス担当者会議開催等、利用者や家族の意向を重視した取り組みとなっている。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
意思伝達に制限のある利用者には、家族から、利用者固有のサインの意味等のコミュニケーション手段を把握し、意思の疎通を図っている。また日常の関わりの中で、新しい発見やコミュニケーションツールを試みる等の積極的な取り組みを行っている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月開催する利用者は、あくまでも職員は側面的支援であって、司会者・書記は立候補で決定されている。利用者が主体性を持って議論・立案・決定し、決定した事柄は日常生活に反映されている。また、利用会で決めた当番表に基づき、挨拶の号令の係り、配膳車を届ける係り等、役割を持った活動を行っている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画には、利用者が自分らしく日常生活が送れるように、見守りと支援の留意点が明示してある。またケース会議の際、職員間で検討・情報共有し、現状に即したサービス提供が可能となる体制を構築している。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者毎に、エンパワメントに基づく活動プログラムを実施している。利用者の社会生活力を高めることを目的として、料理や裁縫を活動として取り込んだり、生活全般における学習や体験ができるように機会を設けている。しかし、施設外の社会資源の活用という点では、積極的な取り組みにまでは至っていない。			
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			
食事提供・栄養管理フローチャートを活用し、利用者毎の身体状態に合った個別支援計画を作成している。適切な食事支援が行えるように、個別支援計画に留意点・支援内容を明記している。			
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			
嗜好調査の結果の反映や、季節行事に合わせた食事提供を行っている。食事中の何気ない会話からも、利用者の希望・感想を聞き出すように心掛けている。事例検討チームを中心に食事内容の見直しを図り、より正確に利用者の嗜好を把握できるようになり、食事を楽しめる献立に反映できるようになっている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事の時間帯は十分なゆとり幅を持たせている。利用者の希望・要望について検討・改善を行い、一人ひとりが楽しく過ごせる環境作りに努めている。喫食環境改善として、残食処理の場所を工夫して不快な思いをさせないように配慮したり、食事中の利用者がいる間は、歯磨きをしないようにしたりと、他者に思いやりを持った対応に努めている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の障害特性、健康状態、介助方法等、対応方法を正しく習得した職員が適切に対応し、安全対策している。利用者毎の留意点・支援内容を個別支援計画に明示し、計画に従って適切な入浴支援を実践している。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
毎日の入浴提供は、利用者・家族にとっては心強い支援である。週間回数や当日の入浴時間帯も利用者の希望に沿って行っている。また利用者の当日の状態を鑑み、柔軟に対応している。入浴ができない日は、清拭を実施し、清潔を保持している。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
入浴時は、カーテン使用やドア施錠によるプライバシー確保、冷暖房による快適性の確保に配慮し、環境作りを行っている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
排泄介助手順書を整備し、安全面やプライバシー保護を考慮した具体的な支援方法や注意点をマニュアル化している。個別の排泄支援は、個別支援計画の留意点・支援内容に明示し、支援実施と記録を適切に行っている。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
身体状況に応じた設備に対応し、清掃は毎日の定期清掃に加え、汚れたらその都度実施して清潔を保持している。訪問視察時においても、トイレは清潔で臭いもなく、特に気になる点は感じられなかった。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
家族と調整を行いつつ、本人の主体性を尊重している。「おしゃれ」の価値観も尊重し、本人のこだわりを理解するように努めている。本人や家族から希望があれば、買い物支援で衣服を購入している。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
快適に過ごす事ができるように、寒暖時の衣服の調節や汚染等には随時対応している。衣服は、基本的に着替えを持参してもらい、本人の物で快適に着替えをしてもらっている。不足した場合は、事業所の着替えを貸し出す準備がある。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の個性や好みを尊重している。また、理容・美容に関する相談があった場合は、本人・家族に情報提供を行っている。「おしゃれ」の価値観を尊重し、特に女性の場合は、髪形や化粧についても相談に乗っている。雑誌やインターネットで話題にすることもある。		
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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の健康は、常に家族と連絡を取り合っ、体調の状態把握に努めている。また、医師、看護師により、日常的に健康相談を受けることができる。歯科医師、歯科衛生士からは口腔衛生について定期的に指導を受けている。「感染対策委員会」が積極的にインフルエンザを初めとする、予防ができる感染症について、蔓延を防ぐ取り組みを実践している。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
緊急対応手順書を整備し、法人内(医療法人)連携がスムーズに運ぶように体制を組んでいる。また、地域内にある市民病院・整形外科などを日頃から利用し、利用者の受診がスムーズにできるように連携を図っている。施設内に看護師の配置があり、必要時適切な医療が受けられるように支援体制を組んでいる。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
薬物管理手順書を整備し、確実に支援が行えるように服薬・記録までの管理方法を確立している。原則、当日分を家族から受け取り、管理場所や管理方法の定めに従い、薬の誤飲・誤薬等が無いように、服薬記録を明確に記載している。また、利用者の使用する薬についての理解・把握を職員間で周知徹底している。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
利用者会での希望・意見を取り入れ、プログラムを立案している。プログラムの内容によっては、ボランティア等の協力者に依頼している。しかし、ボランティア受け入れについては、現在、個人向け・集団向けのプログラム見直し等、充実に向けて取り組み中であり、現時点での積極的活動は確認できない。今後の活動に期待したい。		

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	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
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	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
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	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
雑誌・CDデッキ等は共同使用できるように提供している。場面場面で利用者の希望・意思を尊重し柔軟に対応している。また、利用者が利用会で話し合い、使用するに当たってのルールを作ったり公平を考えたりしている。一連の流れを、SST(社会生活技能訓練)への取入れている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の嗜好はできる限り尊重している。喫煙を希望する利用者もおられるため、喫煙コーナーの設置があり、喫煙者への対応事例もある。SST(社会生活技能訓練)の視野で、活動プログラムや利用者会等の中で、健康管理や社会ルールを話し合っている。現在は喫煙者はいないが、喫煙を希望する利用者のサービス利用が始まった際には、利用者会でルール作りを行う仕組みがある。			