

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 あかね荘	種別：生活介護、施設入所支援、短期入所	
代表者氏名：藤田 聡一郎	定員（利用人数）：40名（40名）	
所在地：愛知県豊橋市野依町字山中19番地12		
TEL：0532-48-2825		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和57年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 さわらび会		
職員数	常勤職員： 50名	
専門職員	（施設長） 1名	（事務員）3名
	（サービス管理責任者）1名	（生活支援員）35名
	（栄養士）1名	（調理師）5名
	（看護師）3名	
施設・設備の概要	（居室数）17室	（設備等）食堂・作業室・医務室
		静養室・浴室・洗面所・便所
		相談室・洗濯場・多目的室

③理念・基本方針

◆理念

みんなの力でみんなの幸せを

◆基本方針

1. サービスの質の向上 利用者一人ひとりの能力及び適性に応じた支援の充実を図るため、適切なアセスメントの実施により個々のニーズが十分に反映された個別支援計画を作成し、その確実な実行に努める。
2. 人材の確保・育成 利用者の特性及び重度化・高齢化に的確に対応し得る人材の確保・育成を図るため、職場研修の充実、専門資格の取得支援及び職員相互間での研鑽等に努める。
3. 地域との共生 民生・児童委員、ボランティア、学校及び社会福祉協議会等関係機関・団体との密接な連携の下、地域の福祉ニーズに積極的に応えることにより、地域に信頼・支持される施設経営に努める。
4. 財政基盤の安定 職員一人ひとりの経営意識を向上させるとともに、経営状況を定期的に分分析、評価し効率的かつ効果的な事業運営、財務管理を行うなど安定的な財政基盤の確立に努める。
5. 組織体制の確立 日々の業務を通じコンプライアンス（法令遵守）を徹底し、公正かつ適正な施設経営を行うとともに的確なリスクマネジメント（危機管理）を可能にする実効性のある組織体制を確立する。

④施設・事業所の特徴的な取組

◆重点事項

1. 「第3次あかね荘経営改革3ヵ年計画」の推進 あかね福祉文化を醸成し、利用者支援の充実を図ることを目的とした「第3次あかね荘経営改革3ヵ年計画」（平成27年3月策定）の着実な推進に努める。
2. 個別支援の充実 適切なアセスメント等により、利用者の重度化及び高齢化並びに強度行動障がいや重複障がいなど障がいの特性に応じた支援プログラムを作成、実施し個別支援の充実を図る。
3. 職員の資質の向上 さわらび会職員研修及び関係機関・団体主催の研修に積極的に参加するとともに、職場研修の充実を図る。また、介護福祉士等各種資格の取得推進の環境整備、キャリアパスの構築に努める。
4. 居住・執務環境等の整備 「あかね荘居住執務環境整備計画」を作成し、より安全で快適な生活環境等の整備に努める。
5. 地域福祉サービスの推進
6. 豊橋市立「くすのき特別支援学校」との連携・支援

◆アピールポイント

- ・ 専門講師を招いての教室・余暇活動（陶芸、音楽療法、体操、絵画、リトミック、マッサージ）
- ・ 利用者一人ひとりの身体状況、摂取状況を把握し、障がいや疾病状況に応じたサービスの提供

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年12月24日（契約日）～ 平成28年5月13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

◆事業所独自の「福祉文化」の形成

管理者が着任して7年目を迎え、「第3次あかね荘経営改革3ヵ年計画」が策定された。計画の目玉は、第1次、第2次と続けてきた経営改革の集大成として、「あかね福祉文化」を築きあげること。「あかね福祉文化」とは、利用者と職員とが価値観や規範、信念を共有したうえで、相互の協力体制をもって、利用者の最善の利益を追求するための環境の整備ともいえる。指針の中でも、「自然発生的なものでなく、職員と利用者全員で意識的に作り上げていくもの」と定義づけている。

◆長期継続した地域貢献活動

法人全体としての活動であるが、「さわらび会地域貢献事業一覧」に活動を網羅し、夏祭りや文化祭、親子福祉体験講座等への参加を地域に呼びかけている。毎回50名前後の聴講生が集まる「さわらび大学」は、昭和48年に開講され、現在まで綿々と継続開催されている。

◆組織に浸透したリスクマネジメント

事故や感染症に係るリスクマネジメントはPDCAが確立されており、安全・安心な生活の大きな支えとなっている。例えば、看護師の3名配置。休日を含めて、必ず1名の看護師が事業所に常駐し、利用者の健康管理にあたっている。服薬の管理も十分であり、管理マニュアルによって薬の保管方法や配薬、誤薬時の対応まで整備されている。投薬までの4重のチェック体制があり、常に誤薬事故の防止に向けての意識がある。

◇改善を求められる点

◆総合的な人事管理と人材育成

法人が統一した人事考課制度を持たず、事業所独自の評価システムを運用している。管理者による評価と面談によって職員個々の能力や資質、勤務姿勢等を計っているが、直接的には教育・研修ニーズの把握につながっていない。キャリア・パスの導入を前提とした、総合的な人事管理と人材育成のシステム構築が待たれる。

◆標準的な実施方法の文書化を

食事支援や入浴支援等、項目ごとの標準的な支援の実施方法が定められていなかった。個別支援計画の前段階にあたるもので、法人や事業所の方針や方向性を具現化する「ガイドライン」の役割も持つ。利用者個々の特徴や障害特性による支援方法の差異は個別支援計画に委ね、最低限のポイントを押さえた支援の文書化が望まれる。事故防止のためにも、早期のマニュアル作成が期待される。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自己評価や訪問調査を通して、多くの気づきを得ることができました。改善点については施設内で検討し、より良い施設運営ができるよう努めていきます。

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			
「みんなの力でみんなの幸せを」との法人理念を受け、「サービスの質の向上」、「職員育成」、「地域との共生」、「財政基盤の確立」、「組織体制の確立」の5項目の事業所方針へと展開し、内外に事業所運営の方向性を示している。今年度から、第3次となる中期計画(第3次あかね荘経営改革3ヵ年計画)も動き出し、総力を結集して「あかね福祉文化」を築こうとしている。			

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			
管理者は法人の主要なポストにあり、事業所のみならず、法人全体のかじ取りを担っている。法人としては約600名の職員を擁す大集団であるが、職員の離職が止まらず、安定的な雇用の実現を最大の課題と捉えている。とは言え、事業所としては安定雇用が実現しており、年間を通して離職者はほとんどいない。財務基盤の確立に関しても、豊富な経験を活かして必要な情報を取得し、綿密な分析の下に計画を立てている。			
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			
法人としての大きな課題は「職員雇用の安定」であるが、事業所としては、「利用者の高齢化、重度化対策」を挙げている。安定的な雇用に支えられ、職員の数に不足感を感じられないが、経験の少ない職員の「重度の利用者のニーズ把握」に課題を残すととらえ、力量のアップを目論んでいる。			

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			
第1次、第2次と歩を進め、今年度より「第3次あかね荘経営改革3ヵ年計画」が始動した。今回の中期計画の目玉は、「あかね福祉文化」の創出。第1次、第2次中期計画の評価、振り返りを糧に、今回の計画で事業所の基盤の確立(あかね福祉文化の醸成)を実現させる構えである。			

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			
「第3次あかね荘経営改革3ヵ年計画」を受けた「経営計画年次計画」及び「事業計画」が策定されている。主要な項目について詳細に説明されており、職員の職務の遂行に資するものとなっている。「事業計画」中の「荘内業務分担表」では、25項目に分類された業務内容に関して、責任者、担当者、取り組む内容を列記し、各業務の責任の所在を明確にしている。			
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			
職員全員に「事業計画書」が配布されており、毎月の会議（経営会議、支援会議）で計画の進捗を報告し合い、報告書にまとめている。この会議では、収支計画についても報告がある。会議で、計画が見直し・変更されることも少なくない。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
利用者自治会や年3回開催される家族会等で、資料を配布して事業内容を説明している。しかし、利用者の高齢化に伴ってキーパーソンの家族会への参加率が低迷しており、参加者、不参加者が固定化の傾向にある。家族対応に関しては、新しい仕組みづくりの検討時期に入っている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
着任して7年目を迎えた管理者は、これまでの豊富な経験と卓越した分析能力を持って事業所の改革・改善を進めてきた。思いつきの改善活動ではなく、3年ごとに区切った経営計画を提起し、計画的、組織的な改善活動を進めている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所の課題について、職員個々のレベルでは取り組みが難しいものについては「委員会」を設けて改善に取り組んでいる。利用者の声を反映して、28年度からは新たに「食生活改善委員会」が立ち上がる予定である。			

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			
管理者は、これまでも自らの考えを様々な文書(「あかね荘の昨日・今日・明日」等)にまとめて表出し、今まさに「あかね福祉文化」として集大成を図っている。職員の人心をつかみ、安定的な雇用の実現を可能としている。			
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			
ここ数年来の度重なる法改正や制度変更に対し、法人や事業所の方向性に微調整の必要性が生じている。まず手始めに、「職員行動規範」を全面的に見直した。規範を職員に周知する取り組みの中で、職員は職務に関連する各種の法令について学び、コンプライアンスの考え方を正しく理解することとなった。			
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			
第三者評価を計画的に受審し、そこで明確になった改善課題を「第3次あかね荘経営改革3ヵ年計画」、「経営計画年次計画」及び「事業計画」に盛り込んでいる。第三者評価の受審を重ねる毎に、事業所のサービスレベルの向上が見て取れる。			
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			
管理者への着任から7年が経ち、安定した職員雇用の下に運営組織の機能が一段と高まっている。職員の育成も計画通りに進んでおり、中核をなす人材も育っている。緻密な制度分析や財務分析によって、財政基盤も確立している。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は法人の研修委員長を兼務しており、長期的な視野に立って職員の育成にあたっている。法人全体としては、職員数の不足感は免れないが、当該事業所においては、適正な職員配置を可能とするに十分な職員数が確保され、安定的な雇用関係が継続している。			
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			
法人としての人事考課制度がなく、事業所独自の基準を設けて勤務評定を行っている。しかし、キャリアパスの制度設計や、それと連動させた総合的な人事管理システムの構築が見えてこない。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
福祉業界には非常に稀な、“働きやすい”職場を実現させている。産休や育休の取得による休職者はいるが、この1年間に離職した職員はいない。課題は、有給休暇の消化に関して、職員間のバラつきをなくすことか。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
管理者による総合評価(勤務評定)と面談によって、職員個々の力量を把握し、教育・研修のニーズを明らかにしようとしている。管理者との面談にあたって、職員が自らの業務を振り返って自己評価を実施し、その結果を仲立ちとして面談を実施することも一考願いたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の研修委員会が法人全体の研修計画を策定し、それを補完する目的で職場内研修が組まれている。研修実施後には、フォローアップレポートが作成されていたが、作成日の記述がないものが多かった。また、研修で学んだことが職場で活かされたか否かを検証する仕組みがなかった。(法人・事業所が)研修を実施することや、(職員が)研修を受講することを目的とせず、研修での気づきや学びをいかに現場で活用したかを目的とする研修システムの構築を期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内の研修体系を管理する研修委員会があり、主として階層別の研修計画を策定している。その不足部分を補完することや、それぞれの事業所のニーズに合った研修を実施することを目的として職場内研修が組まれており、職員への教育・研修機会の提供は十分である。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
今年度は、11名の社会福祉士等実習生の受け入れがあった。研修の中に「支援会議への参加(オブザーバー)」を組み込む等、柔軟な実習体制を取っており、その内の2名が採用につながるという効果も出た。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
定期的に第三者評価を受審し、サービスの透明性を明らかにするだけでなく、確実にサービスの質の向上へとつなげている。苦情や相談の受付体制は構築されているが、提起された内容や事業所が行った改善・対応に関しての情報を内外に公表しようとの意識が薄い。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の監事による内部監査を実施しており、会計事務所による財務・会計面の指導を受けている。しかし、外部専門機関による外部監査の実施はなく、今後の定期的な外部監査の実施を望みたい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人全体で地域交流に取り組み、毎回50名の参加者を数える「さわらび大学」は、実に昭和48年から継続して実施されている。法人主催の文化祭や親子福祉体験講座には地域に案内を出している。夏祭り等の地域イベントへは、職員と連れ立って利用者の参加がある。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
語り部の会、音楽療法、陶芸教室、絵画教室、リトミック、体操教室等、有償、無償の様々なボランティアが事業所を訪れている。それらのいくつかは、週に1回程度、日中の活動に組み込まれており、個別支援計画にも取り上げている。しかし、受け入れの手順を文書化した「受け入れマニュアル」が存在しなかった。早期の作成を望みたい。			
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			
事業計画書の中に、「社会資源」としていくつかの活動場所を挙げている。さらに、「地域医療機関との連携」の項目を立て、21医療機関(24診療科目)をリストアップしている。事業所の実質的な経営母体が医療法人であることもあり、利用者の事故・疾病等への対応は万全なものとなっている。地域と「防災協定」を結び、大規模災害時等への対応としている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域貢献活動を網羅した「さわらび会地域貢献事業一覧」があり、「さわらび大学」は昭和48年よりの継続開催である。福祉避難所として市の指定を受け、法人の施設が林立する「福祉村」一帯が地域の社会資源として市民から認識されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の相談支援事業所からの情報や法人内の各種会議において、地域の福祉ニーズを把握している。直接、利用希望者から電話相談を受けることもあり、それが実際の受け入れにつながったケースもある。			

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。			
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			
法人理念、倫理要領は幅広く周知され、それに基づく利用者尊重の支援の在り方である「あかね荘文化」構築を目指して一丸となって取り組んでいる。職員自己チェックにより行動規範の評価がなされ、人権への更なる配慮となっている。			
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			
行動規範、個人情報保護規程、虐待防止規程、広くは就業規則で何重もの網をかけて権利擁護に配慮しているが、ハード面での不備や職員研修での徹底等、改善の余地を残している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページによる案内、見学や体験利用、写真を多く使った紹介冊子の提供等、利用希望者に法人と事業所の正しい姿を伝えるために、様々な取り組みがなされている。			
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			
特に手順書などは定めず、ケースバイケースで丁寧な口頭説明を行っている。課題は利用者本人への配慮、特に高齢化や重度化が進んだ利用者等、コミュニケーションが困難な利用者への対応に課題を残している。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
必ずしもサービスの継続性のみにとらわれず、利用者本人の状況に応じた対応を基本としている。法人内であれば、アフターケアも十分行われている。課題としては、法人を離れる利用終了者(退所者)に手交する案内文書の未作成が挙げられる。今後、利用することが可能となる福祉サービスの種類や相談窓口等、必要事項を網羅した案内文書の作成が待たれる。			
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	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画は本人のデマンドを中心にニーズを捉え、それを支援に結びつける形がとられている。担当職員が利用者本人の思いや意向を聞き取り、アセスメントに反映させている。利用者への満足度調査は、定期的の実施されたい。			

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			
苦情解決のシステムは出来上がっているが、正式な苦情として処理されるものは少ない。毎月の自治会での要望調査や家族からの伝言カード活用等、苦情が出ないような対策が取られている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
相談窓口や相談場所の設置等、利用者が意見や要望を出しやすい環境が用意されている。機関紙等も利用し、利用者に周知を図っている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者からの日々の要望については丁寧に対処している。しかし、相談に関する対応マニュアルがないために、均一な対応ができなかったり、組織的な対応ができないケースがでる可能性を否定できない。迅速な内部コミュニケーションを可能とするためにも、マニュアルの作成は必須であろう。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事故等に関しては、予防から対応、改善策の作成・実施まで詳細な手順が定められ、リスクマネジメントのPDCAが確立している。安全・安心な生活を支えるのに、ヒヤリハットの取組みも貢献している。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
感染症のリスクに関しても、万全な備えがある。例えば、インフルエンザであれば、「発生時のマニュアル」、「流行期のマニュアル」、「利用者隔離対応マニュアル」、「職員出勤マニュアル」等々を整備している。事例の発症の都度見直しを掛け、不適切部分を加除修正して現在のマニュアルにたどり着いた。PDCAサイクルの好事例として高く評価したい。			
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			
災害時の利用者の安全を考慮し、防災訓練の実施、職員連絡網の整備、福祉避難所としての機能等、様々な対応体制が決められている。課題は、大規模災害からの復興計画(BCP)の策定である。			

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			
提供するサービスの標準的な実施方法が定められておらず、個々のケースの支援計画に沿ったものとなっている。権利擁護の側面からも、これを定めてサービス提供時には最低限のプライバシーや人権を担保したい。			

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>支援の効率化と安全性のため、職員勤務毎の業務マニュアルの見直しは実施している。法改正や法人、事業所の基本方針の変更、上位規定の改定等があった時には、下位文書である業務マニュアルが影響を受ける可能性は高い。その際には、組織的な見直しの実施が望まれる。さらに、時期を定めての定期的な見直しが必要であり、事故や苦情の受付等、問題発生時も見直しの機会となる。</p>		
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		
<p>サービス実施計画の中心に利用者の意向を置き、ニーズを導き、支援の指針としている点は大きく評価できる。様々な職種の職員による検討会も必要に応じて実施されている。</p>		
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		
<p>定期に加えて必要時にも実施しており、評価・見直し後の周知も確実に実施されている。</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。		
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		
<p>サービス提供記録が作成され、データは職員で共有化されている。問題点として、記録自体が問題点のみの記述となっているケースが多く、記述する職員の主観に委ねられている点である。項目とともに、記述の方法等にも検討の余地があろう。</p>		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>「文書事務取扱要領」や「個人情報保護規程」により適切に管理されている。</p>		
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		
<p>別に移行計画は策定されず、支援計画の中で個別に対処している。移行に際しては準備段階から様々な取り組みを実施している。年齢や障害の程度に係わらず、支援の一項目として移行計画を加えることも一考か。</p>		

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			
コミュニケーション支援は、支援計画の項目として全利用者に実施されている。言葉では思いや意向を表出できない利用者の意思をくみ取る様々な取り組みや、絵カード等を用意する工夫もなされている。			
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			
利用者自治会を担当する職員が決められており、利用者の主体性を尊重して関わっている。利用者自治会は月1回の開催であり、日常的な要望を拾い出したり、行事の内容等を検討しており、担当職員は利用者の主体的生活のための間接支援に徹している。			
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			
個々の支援方法については、支援計画の中にきちんと明記され、見守りや介助が的確に行われている。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
社会性支援や自立生活のための情報提供等は、個別支援計画に基づいて行われている。利用者の人間性や人権向上のためのプログラムの用意、積極的な社会資源の情報提供なども検討されたい。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に基づく食事形態や介助方法が実践されている。また、利用者の体調や病状に応じて個別食も用意される。標準的な実施マニュアルが用意されておらず、早急な作成が望まれる。各種の支援を標準的な実施マニュアルに沿って実施し、利用者の特徴や障害特性等によってその範疇に入らないものを個別支援計画に取り上げて支援することが必要であろう。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
嗜好調査を実施しており、食生活の検討会議を開催して食の向上を図っている。検討会議への利用者参加や食卓毎の調味料設置など、より利用者寄りの視点が望まれる。			
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			
検討会議で話し合い、利用者の要望に近づくように改善を図っている。食事時間はその人に応じた時間帯に設定されており、余裕をもった摂食となっている。			

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に基づき、個々に応じた方法で実施されている。プライバシーの確保、標準的な実施方法の策定の点で課題が残る。			
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			
毎日の入浴機会があり、時間にも余裕をもった支援が行われている。設定時間以外にも必要に応じた入浴支援を実施している。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々に応じた入浴器具の使用や冷暖房設備の設置等、利用者に快適な入浴を提供するに十分な環境が整っている。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
衛生、防臭を含む使用マニュアル(標準的な実施方法)の策定が望まれる。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
清掃による清潔感の確保、換気、防臭対策を実施しているが、利用者の高齢化や重度化への対応(身体状況の変化への対応)に改善の余地を残す。			
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			
利用者の意向を尊重して衣服が選択されている。職員が付き添って衣服の購入に出かけたり、外出時、帰省時、職員代行など、利用者や家族の要望に沿った形で支援されている。			
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			
着替えは利用者本人の意思を尊重し対応している。汚れ、破損時の対処の手順書は用意されていない。			

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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
髪型、化粧など好みに応じた形を尊重し、利用者の個性が重視されている。事業所周辺の理・美容室の情報提供も実施している。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
情報提供から理・美容室との連絡・調整、送迎、同行までの支援を行っている。利用者個々に支援方法も異なっており、手厚い支援である。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
光、温度の調整をこまめに行い、不眠者へは別室を提供して他の利用者との摩擦を避けている。寝具の調整等、様々な配慮がなされている。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
3名の看護師を配置し、休日でも必ず1名は勤務する体制で健康管理に当たっている。看護師を中心に、口腔ケアを含む様々な取り組みが実施されており、安全・安心な生活の一翼を担っている。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
医療施設を有する法人の利点を生かし、迅速、確実な医療体制が取られる。その他、地域の協力医療機関も確保されている。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理マニュアルによって、薬の保管方法や配薬、誤薬時の対応まで整備されている。投薬までの4重のチェック体制があり、そこにあっても、常に誤薬事故の防止に向けて取り組んでいる。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
外出や行事には、職員サイドからの情報を基に、利用者自治会にて主体的に計画できるよう支援している。月2回、ボランティアにサポートしてもらいながら、演者と語り手に分かれて演劇をする機会がある。		

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>情報提供は行いが、利用者との協議による取り決めはない。一方、事業所側の取り扱いルール(「事務取扱要領」)は定められている。外出時に持参する連絡カードなどはないが、職員は全員が業務携帯電話を持ち、事故や不測の事態が発生した場合には連絡を取り合うことができる。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>外泊に関するルールは特に定めず、利用者・家族の希望に応じて行われている。事業所側からの強制的な外泊要請はない。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>金銭自立へ向けての支援プログラムはないが、小遣いを自己管理する利用者への支援は実施している。預り金は、管理規程に沿って適切に管理されている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>新聞や雑誌は個人で購読することが可能である。テレビも個人で持つことが可能であり、希望して居室に設置している利用者は多い。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人の方針で、敷地内は全面禁煙となっており、喫煙する利用者はいない。利用者の多くが向精神薬を服用しており、アルコールは薬の副作用を考慮して提供していない。いずれも、健康的な生活を優先した取り組みとして評価したい。</p>		