

## 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 1月21日(木)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称：ひがしうらの家	種別：施設入所支援、生活介護	
代表者氏名： 宍戸 秀之	定員（利用人数）： 60名	
所在地： 愛知県知多郡東浦町大字藤江字カガリ118		
TEL： 0562-84-3400		
ホームページ：		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成 4年 7月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 相和福祉会		
職員数	常勤職員： 52名	
専門職員	(施設長) 1名	(事務員) 4名
	(看護師) 3名	(生活支援員) 36名
	(栄養士) 1名	(調理員) 6名
	(サービス管理責任者) 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 32室	(設備等) 談話室・事務室
		静養室・医務室・調理室・食堂
		作業室・多目的室・応接室
		浴室・活動棟

### ③理念・基本方針

<p>◆理念                  すべての人にとって、今日一日が充実し満足できるものであり、明日への希望が豊かなものであるよう努めます。</p> <p>◆基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. すべての人が人を大切にし、人に大切にされていることを実感できるように努めます。</li> <li>2. すべての人々の希望を実現するため豊かな環境を実現し、智慧を共有します。</li> <li>3. ご利用者様ご家族様に、十分な満足と笑顔をいただけるサービスを提供します。</li> <li>4. ご利用者様の要望に迅速、的確にお応えします。</li> <li>5. 専門性を陶冶し支援技術の高度化、均質化を追求します。</li> <li>6. 安心で安定した法人、施設運営を目指します。</li> </ol>
--

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・地域との関わりを重視している。  
施設近くの小学校と交流し、相互理解を深める活動を10年以上にわたり継続して行っている。また、地域のお祭りに施設として参加したり、施設夏祭りに協力していただくなど地域の一員として活動を行っている。また、地域の部会に参加し、盆踊り等の行事に係として活動に協力している。地域のレクリエーションに施設設備を利用できるようにしている。また、防災についても訓練に参加し、地域と連携して取り組んでいる。
- ・保護者会との連携を強固にしている。  
利用者様を通じた普段の関わりや満足度調査アンケートからご家族ならではの意見をいただき、施設環境整備、支援に活かしている。また、施設行事のボランティアなどご協力いただいている。
- ・利用者様が施設生活での楽しみや生きがいをつくりだすための活動・レクリエーションを提供している。  
例として、一年に一度利用者様のしたいことを職員が個別に付き添って行うSPデイ企画などがある。
- ・利用者様への支援、施設の向上のため、組織的な効率よいサービスを前提にして、型にはめた対応ではなく、支援員それぞれの思いや自主性を尊重する特色がある。支援方法について利用者様・保護者様に十分に伝え、状況を報告している。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27年 10月 22日（契約日）～ 平成28年 6月 9日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	5回（平成 24年度）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆活きた事業計画

事業の骨子は、「法人本部中・長期計画」を基に「ひがしうらの家中・長期計画」を策定し、単年度の事業計画（品質目標）、品質マネジメント計画へと具体化して示されている。活動や取り組みそれぞれに責任者やスケジュール、中・長期計画との位置づけを明確にし、計画を確実に評価につなげている。中間評価や終了時評価が実施されているが、「事業概要」を作成することによって、さらに事業の内容を詳細に伝えることができている。期首に策定される「事業概要」には、前年度評価の反映を受けて新たに取り組むものを赤字で記載し、期末の「事業概要」には、取り組みの評価・振り返りが青色で記されている。事業計画が“飾り物”ではなく、事業推進の道標（みちしるべ）として活かされている。

##### ◆利用者の思いを叶える「スペシャルデー」

利用者にとって一番うれしい日が、「スペシャルデー」として1年に1回やってくる。この日は、好きな場所に行って好きなことができる。遠出をしたり、観光地に行ったり、美味しいものを食べたりと、利用者個々が希望を出して可能な限りの夢を叶えている。事業所の数ある「個別支援」の中でも、最たるものとして評価したい。

◆地域との防災意識の共有

大規模災害を想定して、地域との連携体制を構築している。災害時の福祉避難所として行政に登録し、AED機器の設置もある。事業所敷地内の井戸の掘削計画こそ棚上げになったが、行政や地域住民参加の防災訓練を実施するなど、利用者を災害から守る安全・安心な体制作りが着々と進行している。常勤の看護師を含め3名の看護師の配置があることも有事には心強い。

◇改善を求められる点

◆他事業所との共同事業

現管理者は就任1年目ではあるが、当該事業所の勤務経験も長いことから、事業運営についての高い見識を持っている。しかし、同一地域に展開する法人4事業所合同イベントにおいて、他事業所の管理者を巻き込めないジレンマがある。管理者の発案による地域貢献を目的とした「井戸掘り」は挫折したが、おりしも世間を挙げて防災意識が高揚している時節である。福祉避難所としての登録やAEDの設置を、4事業所合同の取り組みとして地域に発信してほしい。

◆ホームページを活用した情報提供を

ホームページが開設されており、事業所の様々な情報を提供している。そのホームページ上にブログのコーナーを設け、6項目のカテゴリーに分けて事業所や利用者の日常を伝えている。今年度に入って各カテゴリーへの掲載が再開されたが、それまでの2～3年間ほどのカテゴリーもブランクの状態が続いていた。ブログでわが子の元気な姿に安堵する保護者や、支援の中身を知りたい利用希望者等々に対して、ブログの内容は現在同様に常に最新の情報を発信し続けてほしい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で6回目の受審となりましたが、評価基準が変更され、1つひとつの項目に対してコメントをいただき、多くの気づきがありました。今回の結果を受け、さらなるサービス改善に取り組み、すべての人に、笑顔と満足をいただけ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。

(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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員は理念や品質目標(事業計画の骨子)が記載されたカードを携行し、常に理念を意識した支援に努めている。利用者の障害特性に配慮し、自治会での説明にも時間をかけて丁寧に説明している。年間2回の開催ながら、保護者会においても法人や事業所の考え方を説明している。		

### 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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
新会計制度への移行等もあり、経営協の研修に参加して経営環境の把握に努めている。迫りくる利用者の高齢化を大きな課題としてとらえており、中・長期計画に反映させて取り組んでいる。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
経営課題として、「利用者の高齢化」、「職員の育成」、「行事の形骸化」、「PDCAサイクルの意識の醸成」、「消防設備に関する書類の整備」(ISO審査より)、「手引書のインデックス貼付」(内部監査より)を挙げ、これらを16項目の品質目標に落として取り組んでいる。職員間で、課題の理解が不統一の状況があり、班会(職員会議を小分けにした会議)等で意識を統一することが望まれる。		

### 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「法人本部中・長期計画」を受けて「ひがしうらの家 中・長期計画」を策定している。法人の中・長期計画では7項目の重要課題が明らかにされており、事業所の中・長期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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「ひがしうらの家 中・長期計画」を踏まえ、16項目の品質目標(事業計画)を策定している。品質目標では、中・長期計画との関連性、実施期間、担当者(責任者)を明確にしている。さらに16項目について「品質マネジメント計画書」を作成し、目標(課題)の数値化とスケジュールを明らかにしている。スケジュールが明確になっていることにより、期限管理も可能である。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
期中で事業計画の見直しを行っている。「中間評価」として振り返りを実施し、後期の事業運営に反映させている。緊急性の高い事案から優先的に取り組むこととしており、重要ではあるが緊急度の低い事案は後に回されることもある。年度の終了時には「終了時評価」を実施し、残された課題は次年度の事業計画作成時の検討課題として残される。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の全家族が保護者会に入っているわけではないが、保護者会加入者の約半数が年間2回の保護者会に出席している。保護者会では、管理者や各担当者が品質目標(事業計画)の一つひとつを説明している。家族の最大の関心ごとは「防災関係」であり、保護者会として防災訓練(避難訓練)の見学も実施した。			

#### 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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ISO9001(品質マネジメントシステム)の認証事業所であり、全ての取り組みにISO9001の精神である「利用者満足」(質の向上)の考え方が宿っている。様々な事業所行事の起案の際にも、前回実施時の反省点や失敗例が分かる仕組みを作っている。「日曜外出改善チェック」は、このような仕組みの中から産み出された。			
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取り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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
課題が明確になると、大きな課題は「品質マネジメント計画」に取り上げて改善し、小さなもの(容易に改善が可能なもの)はPDCAサイクルの是正システムを使って改善を図っている。日常的な支援の中で、常に改善に取り組む姿勢と仕組みが兼ね備えられている。			

## 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			
<p>管理者としての責任や権限は法人の規程の中で明確になっている。現管理者は就任1年目ではあるが、当該事業所の勤務経験も長いことから、事業運営についての高い見識を持っている。しかし、管理者として“やりたいこと”が職員に正しく伝わっていない部分がある。同様に、同一地域に展開する法人4事業所合同イベントにおいても、他事業所の管理者を巻き込めないジレンマがある。</p>			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>障害者虐待防止法や個人情報保護法等、関連法令に関する外部の研修に参加し、管理者は見識を深めている。研修で得た知識や気づきを職員に伝えるだけでなく、マイナンバー制度や個人情報の保護法等に関しては保護者にも説明して理解させている。</p>			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者はISO9001の取り組みについて、品質管理責任者としての役割を持ち、サービスの質の向上に向けて事業所を牽引している。サービスの質を高めて利用者の満足度を上げるためには地域の協力が必要であるとして、地域との交流・連携にも力を注いでおり、地域の祭りには多くの職員がボランティアとして参加し協力している。</p>			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>就任1年目の管理者に対して、職員のサポート体制は構築されている。班長を中心とした幹部職員に意見を求めているが、管理者としての“やりたいこと”が上手く伝わらず、自身の色を出すに至っていない。2年目の管理者に期待したい。</p>			

### 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			
<p>来るべき利用者の高齢化に備えるため、中・長期計画や事業計画に作業療法士、理学療法士等の専門職の雇用を計画している。しかし、採用環境は厳しさを増しており、計画されている適切な人材の雇用に至っていない。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>力量表を基とする人事基準が明確になっており、それに沿った人事管理が行われている。しかし、現在の人事考課制度は、導入されて既に10年の節目を迎えている。時流に合ったものとするために、さらにはキャリアパスの制度と連動させるために、人事考課制度の大幅な改定作業に入っている。</p>			

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			
年間2回の就労面談を実施し、安定的な雇用関係を継続するために職員の意見や要望を聞き取っている。同期の職員同士の集いには、一部補助金を支給するという助成制度も作った。しかし、法人の事業拡大のテンポの速さに、職員の採用や育成が後手に回ることもある。人事異動に関しても、職員希望による異動は少なく、法人都合による異動が多くなっている。職位、職種によつての、有給休暇の取りづらさもある。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「力量表」によって職員個々に要求される職能要件が規定されている。人材育成に関しての職員個々の目標設定はないが、事業所の目標管理である「品質目標」や「品質マネジメント計画」に担当者（責任者）の明示があり、職員にとって達成すべき目標は明確になっている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「教育訓練規程」によって法人の管理する教育・研修が体系化されており、サービス向上委員会が内部研修計画を作成している。教育・研修等の実施後には報告書が提出され、教育効果も検証されている。しかし、職員個々の教育ニーズを明確にするための手段として、人事考課の結果が有効に活用されていない。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の規程による体系化された階層別の研修計画があり、事業所内にはサービス向上委員会が作成した研修計画がある。それとは別に、自己申告として職員から自主的に研修受講の申し込みがあれば、勤務の都合が許す限り参加を認めている。勤務シフトの縛りはあるものの、職員に対する教育・研修の機会は確保されている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
教育機関や養成校から実習生を受け入れており、「受入れマニュアル」に沿って実習が行われている。この「受入れマニュアル」には、実習生受け入れの目的として、次代を担う福祉職としての人材の養成を挙げている。しかし、受け入れる側自体にもメリット（目的）はあるはずである。実習生を指導する担当職員の自らの業務に対する振り返りやスキルアップ、実習生と触れ合うことによる利用者への影響・変化等である。実習生の受け入れ後に、これらの目的をも評価・検証することが望まれる。			

### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
8ページの手作りのパンフレットで事業の詳細を伝えている。1/2と大きくページを割いて「苦情相談窓口」の紹介や第三者委員の連絡先（電話番号）が記載してあり、積極的に透明性の確保に努めている。ホームページが開設されており、ブログのコーナーがある。6項目のカテゴリーに分けて事業所や利用者の日常を伝えているが、今年度までの2～3年間、どのカテゴリーもブランクの状態が続いていた。積極的な活用を期待したい。			

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			
法人監事による内部監査を行い、ISO9001の内部品質監査制度が機能している。外部の会計事務所と契約して毎月の財務・会計の状態をチェックしてもらう仕組みもある。そこでの結果を基に、財務・会計面での助言や指導を受けている。課題としては、事業全般にわたって第三者(外部の専門家)による定期的、定常的な監査の必要性が挙げられる。			

## 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			
事業所内には、エンパワメントの理念の実践として地域の意識を変え、障害者と健常者との垣根をなくそうとのノーマライゼーションの考え方が浸透しており、地域に対しての積極的な取り組みが多い。事業所の夏祭りには家族や民生委員、学生、民間企業の有志等のボランティアの協力があり、地域の祭りには事業所職員が役割を担って参加する。地域の小学校との交流を継続しており、今年は4年生が来訪して伝統芸能を披露してくれた。			
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			
事業開始から20年を超える歴史があり、地域の有志や様々な組織・団体との交流が深まっている。事業所の夏祭りは家族をはじめ、各種ボランティアの協力なくしては成しえない規模にまで発展した。ボランティア受け入れの本来目的である「障害者の地域理解」をさらに深めるためにも、事業所に係わるボランティアのネットワーク作りに取り組んでほしい。			
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			
事業所に関与する関係機関を網羅した「社会資源マップ」を作成している。職員用と、保護者用とに分けて作成されており、いざという時の使い勝手が良いように工夫されている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
小学校から要請があり、障害者理解のための出前講座の講師を引き受けている。大規模災害時の福祉避難所として登録し、AED装置も設置されているが、地域へのPR不足は否めない。世間を挙げて防災意識の高まっている時節でもあり、同一地域に集合する4事業所が足並みを揃えて地域に情報発信する好機と捉えてほしい。			
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			
結果は出ていないが、「高齢化に対する入所施設のあり方検討委員会」が組織され、法人内の2入所施設で検討が始まった。法人内の利用者だけでなく、地域のニーズにも対応していこうとする取り組みであり、グループホームの増設や日中一時事業の拡充、緊急性の高い利用者の一時保護等、様々な地域貢献事業が検討されている。			

## 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			
規程等の整備はもとより、職員全員を対象としてISO9001の基本的な考え方(利用者満足)や個別のケースや事例を引用した勉強会を行い、利用者尊重の意識や理解を深めている。			
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			
カーテンを利用して利用者のプライバシーを保護しようとする際に、職員によってカーテンの開閉タイミングに多少のズレがあるなど、対応に差異があるということだが、そのような細かい部分まで検証されている。マスコミ等で報じられている虐待事例等を材料として虐待防止の研修を行っており、権利擁護の高い意識が感じられる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
8ページの手作りパンフレットがあり、ホームページにも事業所の詳細を載せている。ホームページ上にブログのコーナーを設け、6項目のカテゴリーに分けて事業所や利用者の日常を伝えている。しかし、今年度の更新までが行われるまで、2~3年間どのカテゴリーもブランクの状態が続いていた。利用希望者に対してだけではなく、事業の内容は常に最新の情報を発信する努力を期待したい。			
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			
サービスの開始時には、利用者、保護者から説明を受けた内容についての同意をもらっている。サービスの変更時には、個別支援計画、モニタリングに基づき、変更の理由など明確にしつつ、明文化した書面をもって説明を行っている。成年後見制度を利用している者については、利用者本人と成年後見人にも説明している。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業所変更が必要になった場合、利用者本人、保護者(又は後見人)、各関係機関との連絡・協議をこまめに行い、その場で作成した資料は手渡している。それまでに作成した記録、資料等は保管管理し、引き継ぎ先機関に送付している。サービスの継続性を担保するためにも、引継ぎのルールを文書化し、引継ぎ文書の書式を制定することが望まれる。			
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			
利用者の満足度を把握するために、定期的に利用者を対象とした満足度調査を実施している。満足度調査には絵を多用したツールを使い、本人との良好なコミュニケーションの中で実施している。そのためにも、表情の変化を見逃さずに読み取る努力をしている。思いもよらない結果が出ることもあり、利用者の潜在的ニーズにも迫るものである。			

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		
苦情受付窓口や第三者委員の連絡先を事業所内に掲示し、パンフレットにも掲載しており、苦情解決の仕組みは確立している。課題は、職員意識の温度差の解消と、受け付けた苦情の内容や改善・対応の状況の公表である。		
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		
グループごとの自治会を定期的開催し、そこで吸い上げた利用者の意見や要望は必ず要望書などに転記し、改善事項として職員間で周知を図り、改善に向けた取り組みに反映させている。利用者や保護者等から相談を受けた場合、その内容によっては機密性の高い場所を必要とするが、事業所内にはそれを満たすスペースがなく、今後の検討課題に挙げている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者等からの意見や要望には受け付けた職員だけでなく、職員間に共有する仕組みがある。苦情と判断される案件については第三者委員会に上げて対応している。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
サービス向上委員会を設置し、ヒヤリハット等の報告を基にリスク軽減に努めている。リスク分析を実施しており、事故やヒヤリハットの起きた日時、場所を統計・分析している。さらに、利用者個々にリスク管理表を作成して利用者の安全に留意している。		
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		
職員に対する医務研修等を、施設独自に作成したDVDビデオ等を使って行っている。職員の視覚に訴えることで、想定される感染症がより現実的にイメージされ、具体的な対応を可能としている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
数年前から、事業所として地域のコミュニティへ積極的に参加し、地域に溶け込み、常に連携できるように取り組んでいる。今期の品質目標(事業計画)には、行政や地域住民の参加する防災訓練(避難訓練)を実施することを取り上げ、災害時における強固な協力・連携体制の構築を目指している。		

### 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		
標準的な実施方法に関しては、ISO9001に基づいた文書化、マニュアル化が適切に行われ、必要に応じてフローチャートも作成されている。ただ、フローチャートの中には複雑なものがあり、可能であれば簡略化して見やすく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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ISO9001の要求(文書の見直し)に従って、文書化された標準的な実施方法を見直すルールがある。利用者や職員からの意見で、マニュアル等の見直しが必要と判断された場合には、個別のケース会議等により見直しを行っている。			
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			
マニュアルによって、アセスメントから個別支援計画を作成する流れは確立されている。再アセスメントを実施して変更点があれば、変更部分に色付けする等の工夫も見られる。			
	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			
事業年度の中間時期に、定期的な評価・見直しの実施がルール化されている。見直しの結果、個別支援計画の内容に変更を生じた場合には業務記録にその内容を記録している。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
支援の実施状況は記録されているが、職員によって記録の取り方にバラツキが見られる。標準化した「記録作成要領」等の策定を期待したい。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
記録の管理体制は、個人情報の保護をも含めて諸規程によって確実に構築されている。サイボウズを利用して記録類の閲覧も可能であり、記録類の保護、保管、追跡や閲覧の容易性等、十分な管理状態である。			
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			
法が求める本来目的の「地域移行」の事例は少なく、高齢化、重度化による高齢者施設への移行やグループホームの増設計画が現実的な問題として挙がってきている。法人内の相談支援事業所との連携を強化して、対処する計画である。			

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			
意思伝達に制限のある利用者に対しては写真や絵等を多用し、職員が表情や仕草で利用者の思いや意向を読み取っている。保護者アンケートには、わが子の粗暴な行動(他害、暴行)を心配する声があった。しかし、昼食時には、食堂において利用者の落ち着いた穏やかな暮らしぶりが観察され、利用者職員との、あるいは利用者同士の良好なコミュニケーションが図られていることが確認できた。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意思を把握し、その自立を助けるというスタンスが随所に見受けられる。近隣の同法人事業所との交流・行事を積極的に行い、利用者からも評価が高い。スペシャルデーという本当にやりたいことを何でも叶える日を設けている。課題は、各種行事やスペシャルデーの企画のマンネリ化。組織の制約(ISO9001の要求等)に縛られて職員の意識が守りに入り、前年同様の企画を提案するケースもあり、利用者が主体性を発揮できないケースが出ている。			
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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者のできることに職員が手を出さない、との意識が職員に浸透しており、利用者の自立を見守りながら、必要なときに迅速に行動できる距離を保って支援している。利用者の高齢化や重度化が大きな課題として挙がってきていることもあり、法人内に組織された「高齢化に対する入所施設のあり方検討委員会」の成果が目される。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
社会的自立、社会進出、地域移行、就労移行支援等々、「障害者総合支援法」が目指す基本的な方向性が、利用者の“高齢化”や“重度化”という大きな壁に阻まれている。エンパワメントの理念に基づくプログラム(金銭、乗り物、買い物等)はあるが、支援の方向性が潜在能力の発揮を促す取り組みより、現存する能力の維持・継続に変わってきている。			
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			
嚥下や咀嚼能力に制限を持つ利用者の個別支援計画には、「一口食」、「刻み」、「極刻み」、「ミキサー食」等の配慮すべき記述がある。その指示に従って厨房で調理されて提供されているが、利用者の嚥下や咀嚼能力は「固定」であるという既成概念に縛られている。利用者の意思(気分)、嗜好、精神状態や健康状態、食物の調理形態(生、煮、焼き、揚げ、茹で等)等々によって変化することを念頭に、その時、その場で最もふさわしい形態に調理して提供する工夫を望みたい。			
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	② ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者も参加する給食の検討会議や嗜好調査の結果が献立に反映され、事前に1ヶ月分の献立表が発表されている。献立は同じものが短期間に繰り返して提供されていない。今年度から厨房運営が、「委託運営」から「自社運営」に変わり、法人職員によるより満足度の高い温かい食事が提供されている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食堂は利用者が落ち着いて席につける十分な広さがある。生活上のリズムやコミュニケーションを考慮し、利用者は皆同じ時間に喫食している。しかし、申し出があれば変更は可能であり、衛生上出来る範囲で時間や場所を変更できる。			

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			
入浴に介助等の支援を要する利用者には、配慮すべき点が個別支援計画書に記載されている。入浴の可否の決定は入浴支援のマニュアルで明確になっており、利用者の体調を考慮して適切な入浴支援が行われている。			
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			
集団生活上ある程度の制約はあるが、特別なことがない限り利用者の希望が優先されている。危険を回避する意味合いから、便宜上入浴する順番は決めてあるものの、空いていればいつでも入浴できる。			
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			
現在の浴室・浴槽の形式が利用者の現状にマッチしておらず、浴室内のリスクを軽減するために改修工事が予定されている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
支援マニュアル、個別支援計画への記載を含め、本人に合わせた支援ができています。			
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			
車椅子をなるべく使わないという自立上の方針もあるが、車椅子利用者や排泄介助等の身体介護を必要とする利用者には確実に増えている。トイレのハードの部分で、職員が支援上の不便や不都合を感じる機会が増えてきている。			
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			
意思を伝えられる人は、自分で衣服を買いに行ったり注文したり出来る。外出する機会には、地域の人が着ている服装から季節にふさわしい衣服を感じ取り、購入する衣服を職員が強制することなく個人の意思で選んでもらっている。			
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			
洋服の破損や汚れへの対応に職員間で違いがあり、適正かどうかの判断基準は統一されていない。衣類に対して強いこだわりを持つ利用者には、個別支援計画書に適切な対応の方法を記述している。			

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) ・ 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おり、社会通念上許される範囲でネイルやカラーリングの希望にも応えている。ファッション誌を用意したり、インターネットの活用によって、利用者への情報提供を行っている。		
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		
月に2回の訪問理容サービスがあり、ほとんどの利用者がこのサービスを利用して外出することなく理髪している。保護者の申し出から、利用者と保護者とと一緒に馴染みの理・美容院に出かけるケースはあるが、極めて稀である。地域交流・連携の一環として、外出支援の一環として、馴染みの継続支援の一環として、金銭管理支援の機会として、個性・感性の醸成の機会として、地域の理・美容院の利用を積極的に推進してほしい。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
安眠に関するマニュアルもあり、ベッドや寝具も含めた個別対応や配慮が個別支援計画書に記載されている。布団、シーツ等の寝具に関しても清潔、衛生に配慮されている。		
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		
利用者の健康管理を確実にするために、常勤看護師を含め看護師3名体制で臨んでおり、月に2回の嘱託医の往診を受けている。毎日の検温、排便記録をとり、月1回の口腔ケアも行われている。		
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		
近隣に、内科、皮膚科、歯科等の医療機関があり、日常的に直ぐに対応できる環境である。刈谷総合病院との連携体制ができており、緊急時には搬送することになっている。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
服薬ミスがないように、薬保管箱に入れる時、翌朝、担当者、服薬時と、チェックが4回行われている。食後の服薬においても、職員2名体制でチェックしていた。		
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		
障害特性から、あるいは高齢化の影響から、利用者が主体的に余暇やレクリエーションの場を活用することは難しい。ある程度は職員が手を貸すことになるが、自治会での話合いの結果を尊重して希望の内容が実施できるように配慮している。さらに、ボランティアを有効に活用することによって、余暇の利用やレクリエーションの内容に厚みを持たせている。		

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>外出先が固定化しているとの意見もあるが、利用者には1年に1回、好きなところに行って好きなことができる「スペシャルデー」が設定されている。「スペシャルデー」は、事業所の取り組む「個別支援」の中でも最右翼の取り組みと言える。日中の生活介護支援の中での外出支援に関しても、個々の希望を聞き取り、複数の候補地の中から利用者が行先を選んでいる。</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>利用者や保護者の都合に最大限配慮する努力を行い、適切なタイミングで外泊できるよう支援している。既に始まっている保護者の高齢化による外泊困難な状況や、親亡き後の利用者の帰省問題等、対応、対処に関する一定のルール化が必要となっている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>契約も含め、預かり金の管理は適切である。障害特性によって金銭管理には相当の差が生じるが、ある程度の金銭管理が可能な利用者には、金銭を適切に使う機会が配慮されている。</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	② ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>同室者に迷惑がかからないことを条件に、テレビ・ラジオ等の居室内への持ち込みが許可されており、新聞、雑誌等の個人購入もできる。共用スペースにはテレビ、新聞も置かれており、いつでも見られるようになっている。</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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>喫煙の弊害を利用者に説明し、これまでに何度も話し合いを行って理解を得ている。現在では、喫煙する利用者はいなくなっている。</p>		