

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11月19日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：障害者支援施設 蔵王の杜	種別：生活介護、施設入所支援	
代表者氏名：鈴木 幾雄	定員（利用人数）：48名	
所在地：愛知県田原市田原町石取1-9		
TEL：0531-23-7511		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成15年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 成春館		
職員数	常勤職員： 44名	
専門職員	(管理者) 1名	(事務職員) 2名
	(嘱託医師) 1名	(サービス管理責任者) 1名
	(看護職員) 正1・准1名	(相談支援専門員) 1名
	(栄養士) 1名	(生活支援員) 27名
	(調理員) 7名	(業務員) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 30室	(設備等) 避難設備
		スプリンクラー設備
		浴槽昇降設備

③理念・基本方針

<p>◆法人理念◆ 「あなたにより添います 愛と 心と 手のひらで」</p> <p>◆施設・事業所理念◆ 法人理念と同じ</p> <p>◆基本方針◆</p> <p>(1) 利用者の基本的人権や尊厳を尊重し、利用者がやすらぎと、くつろぎと、うるおいと生き甲斐を感じられる施設を目指す。</p> <p>(2) 利用者の特性や施設内の環境に配慮し、感染症対策や事故防止策の徹底を図ることにより、利用者が安全に生活できる施設を目指す。</p> <p>(3) 家族との連携を密にし、利用者に関する情報交換を積極的に行うことにより、支援の充実を図る。</p> <p>(4) 地域との交流を積極的に行うことによって、地域に開かれた施設を目指す。</p> <p>(5) 法人理念を実現させるために、研修や研修報告会を通じて人材育成に積極的に取り組む。</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 代表者会議やフロア会議、ケース検討会議などを通して、利用者に関する課題や業務上の問題点などの情報を共有している。
- ・ 外出活動や地域行事への参加、法人行事の開催など、利用者が地域社会と交流する機会の拡大に努めている。
- ・ 懇談会や親睦会、バスピクニック等、家族参加の行事の開催などを通して、利用者の家族との交流や情報交換に努めている。
- ・ 食事に関する利用者からの要望に対し、栄養士を中心に迅速に対応している。
- ・ 施設内の消毒、体調不良者の早期受診や隔離、予防接種の実施など、感染症予防策を徹底している。
- ・ 講師を招いての内部研修や研修報告会などを定期的かつ継続的に行うことによって、職員の知識や技能の向上に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 7月 1日（契約日）～ 平成28年 6月13日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	4回 （平成25年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆優れた経営バランス

管理者は一般企業からの転身である。着任4年目を迎え、一般企業での経験を活かした様々な改革・改善が進んでいる。利用定員を減らしても、特別支援学校の生徒を日中一時事業で受け入れたり、他の施設で受け入れが困難な利用者を短期入所事業で受け入れる等、柔軟な事業展開で事業収益を確保している。その柔軟度の高い支援を支える職員の成長も見逃せない。

◆働きやすい職場の実現

大きな課題の一つであった「職員の安定雇用」が実りの時を迎えた。正規職員の構成比率を高め、職員配置を厚くし、社会福祉士や介護福祉士資格の取得を奨励し、風通しの良い働き甲斐のある事業所づくりを推進してきた。有給休暇の取得に関しても年間5日の目標は達成されつつある。次年度は年間8日とスパイラルアップした目標値となる予定である。

◆ブレの無い支援

個別支援マニュアルを用いた質の高い支援が実践されており、アセスメントから個別支援計画の作成、見直しに至るPDCAのサイクルが構築されている。特に見直しは、家族や利用者本人の意向を踏まえた形で定期に実施されており、状況に変化があった時には、随時に見直しが実施されている。また、支援方法はフロア全職員が理解の上で支援にあっており、ブレが起きにくい仕組みになっている。

◇改善を求められる点

◆自治会組織の検討を

障害が重く自己の意思確認が難しい利用者が多数在籍することから、利用者の自治会組織の存在がない。このような組織の完全な形での自主的運営は難しいと思われるが、事業所側のサポートの工夫や配慮により少なからず機能していくと思われる。利用者の主体的生活や人権擁護の面からも、今後自治会組織の設置が検討されることを期待したい。

◆実効性のある苦情解決システムを

苦情解決のシステムは法人として整備されているが、実際の運用面で機能しているとは言い難い。苦情受付担当者が受け付けた苦情や要望を第三者委員につなげるべきか否かの判断の基準や、つなげなかった場合の対処の方法等が曖昧である。この制度を容易に利用するための記入カードや受付簿等の整備を進め、ホームページ上での公表を制度化してシステム全体の完成度を高められたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ご指摘いただきました内容につきましては、できる事から改善に取り組んでまいります。有難うございました。

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人理念を展開した事業所の基本方針を定め、利用者本位の支援を目指している。ただ、利用者の高齢化や重度化が進んだことにより身体的介護の比重が高まり、職員の手薄感がある。それを補うために、安全対策として通路に手すりやカメラを設置した。事業所側の説明に不足があるのか、一部の保護者から不協和音が出ている。			

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			
さほど大きくはない行政単位のため、法人や事業所が市の福祉政策にも広く係わりを持っている。さらに、市・社会福祉協議会、県・知的障害者施設協会や生活サポート協会、法人の相談支援事業所等からも情報は入ってくる。法人事務長との連携の中で、収集した情報を分析して事業所運営に活かしている。			
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			
大きな課題を2点挙げている。一つは、「利用者の高齢化、重度化」である。男女別にみると、男性利用者の障害の重度化、女性利用者の高齢化が著しい。現場で支援する職員の手薄な部分を、手すりの設置やカメラの導入等のハード面の改善でしのいでいる。もう一つの課題は、現場での柔軟な対応力を持つ「職員の育成」である。その基本となるのが「職員の安定雇用」と捉え、働きやすい職場作りを目指している。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
市へ提出した中・長期の計画(福祉計画)では、利用者の高齢化、重度化を見据えて「グループホームの増設」を取り上げている。しかし、職員や利用者・家族に詳細を伝えるための文書化は図られていない。今後、中・長期を視野に入れた事業所の方向性を示す計画の策定(文書化)が求められる。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>文書化された中・長期計画がないため、前年度を総括した「事業報告」の反省に立って、「事業計画」を作成している。その「事業計画」の中で今年度の重点目標として5項目を列挙しているが、これらには数値目標が設定されていない。目標達成の可否を判定したり、期中での進捗を評価するうえで、数値目標の設定は欠かせない。重点目標には、可能な範囲で数値目標を設定して取り組むことが望ましい。</p>		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>職員意見を集約して課長、主任が原案を作り、管理者と課長との協議で事業計画が作成されている。理事会で承認された事業計画は会議等を使って職員に周知されているが、期中での見直しがルール化されておらず、計画の進捗管理に一考を要す。</p>		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者への周知に関しては、それぞれの障害特性に大きな差があり、且つ高齢化や障害の重度化の進行と相まって、事業計画の内容の理解や判断ができない利用者が増えている。家族に関しても、事業運営に興味を示さないキーパーソンに対する対応が課題となっている。</p>		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者を始め中堅職員は、サービスの質の向上への高い意識を持って取り組んでいる。定期的な第三者評価の受審や毎年の自己評価で得た課題を、着実に改善につなごうとしている。ただ、利用者の視点でのサービス評価が不十分であり、「利用者の満足度の上昇＝サービスの質の向上」との考えに立った取り組みが期待される。</p>		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>職員の定着がよくなり、課題を改善したり問題を解決したりする力は備わっている。長期にわたって取り組むべき「利用者の高齢化、重度化」や「職員の安定雇用」といった大きな課題に対しても的確な対応が見られる。それらを有効且つ実効性のある取り組みとするために、これらの課題を細分化していくつかの項目に分け、それぞれの項目ごとに責任者や改善期限(スケジュール)を定めて取り組むことを期待したい。</p>		

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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者は一般企業からの転職であり、福祉一辺倒であった法人内へ新たな風を吹き込んでいる。法人の「管理規程」を始め各種の規程等によって、管理者の責任と権限が規定されており、事業計画書の中の「組織機構図および職員構成」でも管理者(施設長)の立場を明確に示している。</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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>障害者虐待、身体拘束、プライバシーの保護等々、障害者の入所する施設では、常に利用者に対しての大きな配慮を要する権利擁護の課題が浮き彫りになっている。加えて、利用者の高齢化や重度化の課題も覆いかぶさってきている。それらの一つひとつの課題に正面から向き合い、管理者を含めた職員全員の意識を統一して結論を導いている。“監視”カメラの導入や、居室への“鍵”掛けは苦渋の決断である。権利擁護やコンプライアンスに関する職員意識は高い。</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 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>事業所内では、課題を改善することによる「サービスの質の向上」を意識した取り組みが見られる。改善手法は従来に増して多様化しており、管理者が一般企業で培った経験が役立っている。課題としては、「サービスの質の向上」の進捗の度合いを把握するために、利用者目線に立った客観的なデータや情報の収集が期待される。</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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者の経営バランスが優れており、主体となる施設入所事業や生活介護事業に加え、短期入所事業や日中一時事業を組み合わせることによって事業の収益性を確保している。長期的な視野に立つての改善活動を要する大きな課題に対しても、今できることから一つひとつ着実に歩を進めている。</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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>大きな課題の一つである「職員の安定雇用」について、取り組みの効果が表れてきている。正規職員の構成比率を高め、職員配置を厚くし、社会福祉士資格や介護福祉士資格の取得を奨励し、風通しの良い働き甲斐のある事業所づくりを推進してきた。結果、職員の定着率は改善され、ポスト不足の感さえある。この流れを止めないためにも、具体的な人事計画を作成して取り組むことを望みたい。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>人事考課制度の導入の必要性は理解しているが、法人としての検討には入っていない。人事考課の代替として管理者との年1回の面談があり、管理者が課長や主任と相談して査定を行っている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の働きやすい職場作りが着実に進行している。目標値として掲げた「職員の有休休暇取得年5日」は達成の見込みが立っており、次年度には「年8日」とスパイラルアップする計画である。法人主催の忘年会や事業所の忘年会には、職員同士が調整して不公平感の出ないような配慮をしている。ストレスを溜めない取り組みが功を奏し、メンタル面での問題で休職や退職に至ったケースはない。</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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員一人ひとりに明確な目標の設定はないが、それぞれが目指す専門的な「資格」への挑戦が暗黙の目標となっている。正規職員の構成比率が85%を超えるところまで高まっており、これらの職員のさらなる資質向上に関して、職員個々に対しての目標管理の仕組み作りが求められる。</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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業計画の中に職員に対する教育・研修の方針を述べ、それを研修計画に落とし込んでいる。研修実施後には復命書の提出を求め、2ヶ月に1度の研修報告会で研修成果を報告させている。研修報告会には十分な時間を割き、質疑応答の機会もある。課題は、研修報告会で報告された研修成果(気づき)が、実際の支援の現場で活用されたか否かの評価・検証の仕組みが構築されていないことである。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所が認めた研修に関しては、研修費用の負担や勤務調整によって、積極的に研修に参加できる環境を作っている。職員の専門資格の取得にも全面的な支援があり、毎年社会福祉士資格や介護福祉士資格へのチャレンジが行われ、資格取得のケースも多い。勤務の関係上、望んだ研修に参加できなかった職員に対しては、研修報告会への参加によって相応の知識や情報が伝わる仕組みもある。</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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>「実習生受入れマニュアル」に沿って、保育士実習生の受け入れがある。現場での実習指導はベテラン職員が担当することが多く、指導者の固定化が見られる。マニュアルにある「実習生を指導することによる職員の学び」を具現化するためにも、実習指導者の人選には一考を要す。さらに、実習終了後には反省会や報告会を実施する等、評価・見直しのプロセスを活かしてほしい。</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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>第三者評価を定期的を受審し、事業運営の透明化を図っている。法人のホームページが立ちあがり、事業所のページもあるが、まだ見るべき情報は公開されていない。第三者委員につなぐレベルではないクレームや要望等に対し、「どのような対応や様式が必要なのか」の検討が行われている。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「社会福祉法」の一部改正に伴い、法人内においても専門家による外部監査の必要性が論じられているが、まだ実施には至っておらず、法人監事による内部監査と行政による監査の実施に留まっている。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
日常的な地域住民との接点は少ないが、法人イベントである夏祭りや文化祭には利用者・家族に混じって地域住民の参加がある。文化祭の出し物としては、「お笑いプロレス」が絶賛を博した。これらのイベントには、地域の高校に通う高校生がボランティアとして活躍している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の中に、地域交流の一環として積極的なボランティアの受入れを謳っている。ボランティアを受入れるためのマニュアルはあるが、精度に欠けていることから見直しの必要性を感じており、登録手続きや使用する書式を含めた再整備に向けての検討が始まろうとしている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
主要な関係先の一覧表が事務所内に掲示してあるが、広く社会資源全般についてのリスト化はできていない。無断外出(行方不明)の事故に対する注意喚起の掲示もあった。			
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			
地理的に日常的に地域と交流することには利便性が悪く、積極的な地域貢献策が打てないでいる。市との契約によって災害時の福祉避難所としての登録があり、非常時用の備品を備えている。地域の障害者理解を深めるための見学会や、中学生の福祉体験学習受け入れがある。			
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の高齢化や重度化に伴って、相談支援事業所との連携がより必要度を増している。グループホームの増設や高齢者施設との連携を今後の課題として捉え、計画が進んでいる。特別支援学校の生徒を日中一時事業で受け入れたり、他の施設で受け入れが困難な利用者を短期入所事業で受け入れる等、柔軟度のある事業所運営が相談支援事業所との連携の中で円滑に行われている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本方針、倫理綱領に基づき、人権への配慮が最大限なされている。また、虐待防止委員会、職員自己チェック表にて日常的に取り組む姿勢と適切な対応への牽制システムができています。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
支援の各場面に於いてプライバシーが守られるよう個別支援マニュアルが作成され、さらに、職員行動規範により基本的な人権認識がなされた上でサービスが提供されている。カメラ設置に関しては、使用目的、設置場所、設置効果等、プラス面が活かされている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者に対しては、主に見学時に丁寧な説明が行われ、利用者本人と家族が納得したうえで利用契約を結んでいる。事業所内には、写真や絵を用いた予定説明等の工夫も見られた。一歩進んで、障害を持った利用者でも理解できるパンフレットや施設紹介のようなものを工夫すれば、より効果が期待できよう。			
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			
口頭での説明を中心に、利用者と家族の意向を尊重した支援が行われている。必要に応じ、法人の相談支援事業所と連携して対応している。分かりやすく理解できる資料の準備が望まれる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
近年、退所の対象者が出ていないが、調理教室、買い物、外出といった自立訓練のプログラムを取り入れ、社会生活とのギャップ解消に努めている。グループホームへの住み替え、地域移行、高齢者施設等への移行に関しては、利用者の状態(高齢化、重度化)によるタイミングの問題も大きいですが、利用者側、施設側双方が安心して移行できるシステムを検討されたい。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者への嗜好調査、保護者からの意見聴取は定期的に行われているが、生活全般に関する満足度調査は行われていない。利用者自治会の設置とともに検討されたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
法人として苦情解決の体制は整っており、利用者や家族に周知されている。現在検討されている受付簿設置の他、施設としての具体的な対応が実施されれば、さらに風通しの良い環境になると思われる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
毎日フロア毎の朝礼にて、利用者全員に予定を連絡、また利用者が意見を言える場でもある。相談方法やノウハウに関する文書は特にないが、意見、相談にはケース担当の他、どの職員とも話せる環境にあり、その記録も残されている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの意見に関しては記録しており、各フロア会議で検討されて改善に向けた取り組みがなされる。自治会や意見箱等の設置により、一層の生活改善を目指したい。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
ヒヤリハット→危機管理委員会→フロア会議→全員周知→対応、といったシステムが構築され、事故報告後の処理も適切である。安全策や対応の再点検など、緊急時の万全な体制を確保したい。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
感染症に備えたワクチン接種、手指や各所の消毒の徹底、感染後の隔離等、手順を定めて行われている。特にB型肝炎に関する対応は徹底している。また、看護師や言語聴覚士による施設内研修により、職員知識も向上している。これらの効果的な研修が、単発ではなく継続的な取り組みとなることを望みたい。		
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している。	障 39	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
市の災害時福祉避難所にも指定されており、火災や土砂災害を想定した訓練も年6回実施し、職員への連絡体制もできている。大規模災害時は地域ぐるみの対応が必要となるため、地域との連携や体制の整備も視野に入れていきたい。		

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		
個別支援マニュアルに基づき、利用者個々に合った支援がなされている。また、研修によるサービス向上への努力も評価したい。今後は、マニュアル内容がより人権擁護に沿った内容となるよう、再点検が必要となってくる。		

	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			
個別支援計画の見直し及びモニタリングに関しては、家族や利用者本人の意向を踏まえた形で定期に実施しており、状況に変化があった時には、随時見直しが実施される。また、支援方法はフロア全職員が理解の上で支援にあたっており、誤差ができていく体制になっている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントに基づき個別支援計画が策定されている。しかし、前段階では全職種が関わるものの、実際の個別支援計画は担当支援員が中心となる形でまとめられている。			
	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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
サービスの評価、見直しは適切に行われ、家族の了承も得ている。ただ、課題や新たなニーズを受けての手立て、改善計画等までを一連のサイクルとは捉えておらず、サービスの継続性についての意識付けが望まれる。			
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			
記録の記載方法、確認方法、そして共有に至るまで適切な仕組みが整い、スムーズな支援に結びついている。			
	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			
記録の保管方法、パスワード入力等の情報処理、個人情報取扱規程の周知等、手厚い管理下にある。しかし、情報漏えい対策については具体性を求めたい。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
地域生活を日頃より意識したものとなるよう、外出機会を増やし、またプログラムに自立訓練を取り入れる等の取り組みがある。一方で、近年対象者が無いこともあるが、移行に向けての話し合いや移行計画も策定されていない。整備の方向で検討願いたい。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
施設内でのボードや写真を使った情報伝達が行われており、全盲、全聾の障害を持つ利用者にもそれぞれの障害特性に応じたコミュニケーションの手段が工夫されている。全ての利用者の意思確認の手段を確保することは不可能であっても、一人でも多くの利用者が意思伝達できるように更なる努力を続けられたい。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意志を尊重した支援と主体的な生活をサポートしている。重度の利用者が多い中ではあるが、自治会を組織する等、少しでも主体性のある生活が送れるような側面からの支援が必要と思われる。			
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	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
日常生活の中で、洗濯や掃除、配膳等、利用者の意思確認の下、自分でできる部分はやってもらい、見守りなど必要な支援を行っている。また、そのための環境整備もなされている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
調理、運動、交通機関、買い物、趣味等、能力や意向に応じた様々な機会が用意されており、各個人の力を活用している。更なる情報提供と社会資源の有効活用を考えたい。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々に合致した食事の提供が、支援員・栄養士・看護師の連携の下で行われている。個別の支援が必要な利用者については、別の帳票に記載するのではなく、個別支援計画に正確な内容を盛り込みたい。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
嗜好調査の反映、選択メニュー、誕生会等、利用者の意向とともに食事を楽しむ工夫が盛り込まれている。更なる工夫により、全ての方でなくとも食卓の改善（一般家庭に近い調味料などの配置等）ができないか一考を望みたい。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
食事の環境については会議等で検討して改善している。摂食時間帯については、例えば昼食なら午前の活動と午後の活動の間等、幅を持った設定の可能性を探る必要もあろう。			

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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個別支援マニュアルやチェック表に応じ、利用者それぞれに合った工夫をもって入浴支援がなされている。チェック表によって、その日の入浴が適切でないと判断した場合には、利用者本人の了解を取って入浴を中止している。		
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	a ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント		
週4回の規定の入浴以外にも、失禁等によって必要と思われる場合には入浴を実施している。入浴回数や入浴時間帯等は、職員体制の制約があって全てが希望通りとはいかないが、可能な範囲で希望に沿う努力をしている。入浴自立している利用者については、午後の時間帯か、夕食後の時間帯かの選択が可能である。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉘ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
浴室設備や冷暖房、プライバシーに関する部分等、環境面での整備は十分である。入浴に関しては、定期的に会議で話し合われており、向上が図られている。		
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	a ・ ㉙ ・ c
評価機関のコメント		
排泄介助に関する介助マニュアル、チェックリスト等も用意され、個々の支援計画に反映されている。衛生面に特化したマニュアル作りも検討されたい。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉚ ・ c
評価機関のコメント		
清掃のための専属職員による行き届いた清掃、補助具やプライバシー構造等の条件は揃っている。防臭や冷暖房など、更なる快適性を求めたい。		
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	a ・ ㉛ ・ c
評価機関のコメント		
衣類の購入に関しては、家族が購入する場合、職員が依頼を受けて購入する場合、利用者に職員が付き添って購入する場合等、購入方法を限定せずに利用者個々の意向や条件に応じた対応を取っている。利用者自身の選択に関して、意思の確認できない方の支援の仕方、また管理方法に関して、更なる検討が望まれる。		
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	㉜ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の希望に応じた着替えについては、できる限り尊重されている。また汚れた際の対応に関しては、手順化され迅速に対応されており、気持ちよく快適な生活をサポートしている。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
髪型、化粧等についての制限はなく、利用者の意向でその方に応じた支援も行われている。課題として、おしゃれを楽しむことや、服装、化粧、髪型、カラーリング、マニキュア、ネイルアート等、社会人として許容される限度について学ぶ機会がないことである。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
訪問理容が定期的にあることから、多くの利用者が施設内で調髪している。利用者からの希望があれば、近隣の理髪店や美容院と調整して利用する場合もある。また、家族との外出時に理・美容店に立ち寄る等の場合もあり、利用者それぞれに応じた柔軟な支援を行っている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の希望に応じた様々な支援がなされている。寝具の私物利用や電動ベッドの導入、別室の使用等の配慮、またマニュアルや支援記録も用意されている。破壊行為等の問題行動のある利用者や自閉傾向の強い利用者、障害の重い利用者への配慮に関し、「物を取り除く」以外の工夫も今後は考えたい。			
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			
看護師を中心とした強固な体制ができています。感染症、口腔衛生、健康診断、日常的な運動等の対応が、個人データと管理マニュアルの下に実施され、この多面的な取り組みは評価が高い。			
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			
地域の医療機関と連携し、迅速な対応がなされている。通常医療は嘱託医の指示の下に行われ、緊急時も個人カルテにより既往歴、受診歴を即座に提示できる体制が整えられている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
取り扱いマニュアルの下、医薬品は慎重に管理されている。投薬に関しては、ダブルチェック等の工夫により誤薬を防止する体制があり、また短期入所の利用者に関してもチェック表を用いる等、周到な管理が行われている。			
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			
情報提供や行事の企画等、利用者の意向を把握する最大限の努力はされている。一方で、安全面を考慮すれば、余暇やレクリエーションの支援として提供されるサービスが、画一的になってしまうことは否定できない。ボランティアの積極活用等、少しでも利用者の希望に沿った余暇の提供に努められたい。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の多くは週一回のペースで外出し、外出時も携帯にて連絡できる体制をとる等、安全面への配慮がある。生産活動の苦手な利用者は、社有車を使ってのドライブを楽しんでいる。外出支援全般に満足度は高いが、細かいルールは定めておらず、担当職員の思いと判断による部分が多い。今後、外出時の災害発生をも見据え、連絡カード作成等の取り組みも必要となろう。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>施設側から外泊や帰省の強要はせず、利用者と家族との意向に沿った形で行われている。利用者主体のルールを定めるには至っていない。既に家族の事情(保護者の高齢化や死亡)によって帰省・外泊を拒まれるケースが出ており、家族の高齢化への対応策の検討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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>取扱要綱に基づき、適切な預り金管理がなされている。小口現金の管理が利用者に任されている部分を除けば、基本的に金銭は施設管理ということもあり、利用者の自己管理への支援は行われていない。お金の大切さや適切な使い方、お小遣帳の記帳方法等、金銭感覚を磨くためのプログラムの用意が望まれる。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>新聞、雑誌の定期購読、テレビ、ラジオ、音響機器の居室への持ち込み等、利用者の申し出に対しての制限はない。共用の新聞や雑誌について、利用者から新たな購読希望が出た場合には、速やかに検討して対処している。</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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>喫煙を希望する利用者はいないが、健康上の配慮から「喫煙は原則禁止」の方針を持っている。飲酒を望む利用者が若干名いるが、通常の生活の中では提供せず、イベント(外食、誕生会等)の時に本人の希望があればアルコール類を提供している。喫煙や飲酒を希望する利用者だけでなく、一般的な常識として「受動喫煙」や「アルコール中毒・依存症」等の弊害を利用者に周知する取り組みを期待したい。</p>		