

## 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18日(水)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称：障害者支援施設 蔵王苑	種別：施設入所支援・生活介護	
代表者氏名：河邊 禎人	定員（利用人数）：80名（73名）	
所在地：愛知県田原市田原町西山口1番地		
TEL：0531-22-1145		
ホームページ：		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成10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： 67名	
専門職員	（管理者）1名	（サービス管理責任者）2名
	（栄養士）1名	（生活支援員）41名
	（看護師）4名	（介護福祉士）29名
施設・設備の概要	（居室数）34室	（設備等）医療室、静養室
		食堂、多目的室、訓練室
		相談室、浴室、便所、洗面所

### 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>◆基本方針◆</p> <p>(1)施設で生活する利用者も基本的人権を保障されていることを念頭に置き個人が尊厳をもって、その人らしい生活が出来るよう支援する。</p> <p>(2)社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への参加、さらに社会復帰を目標に自らの力で生きる活力を生み出せるよう支援する。</p> <p>(3)日常生活において、全てを支援するのではなく利用者それぞれの残存機能を把握し、その活用に努める。</p> <p>(4)施設内の環境、生活条件を可能な限り一般家庭の生活様式に近づけ日課、行事、活動の充実を図り楽しく潤いのある生活を目指す。</p> <p>(5)地域の中核として施設の持つ機能、設備、人材を提供し、地域にひらかれた施設を目指す。</p>
---

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ①障害特性に応じた専門的な支援の充実
- ②福祉専門学校からの実習の受け入れ
- ③日中活動の充実、積極的なボランティアの受け入れ
- ④人材育成の積極的な取り組み（研修会への職員派遣、資格取得奨励）

#### 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17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

##### ◆二人三脚の事業所経営

現管理者は市の福祉関係出身のOBで着任2年目を迎えている。福祉関係に精通しており、行政との太いパイプもある。市の全体会議や市・社会福祉協議会の運営会議等に参加し、有効な情報の収集を図っている。法人事務長が「次長」の肩書きで事業所に常駐しており、管理者の手の届かない所を補完している。各種のデータを収集・分析し、事業所経営に必要な確かな情報を提供している。管理者と次長との息の合った二人三脚で、事業所経営が円滑に回っている。

##### ◆数値目標を設定した事業計画

前年度の事業計画を評価し（事業報告）、「法人の理念と基本方針&諸計画」に沿って事業計画を策定している。事業計画の細部の項目に関しては、可能なものには数値目標が設定されており、年度終了時には達成の可否が明確に判定できるようになっている。期中の進捗管理も行われている。支援の実効性を高めるために、さらに多くの項目に数値目標が設定されることを望みたい。

##### ◆充実した相談の受け付け体制

いつでも気軽に相談できる体制と環境が整っている。「生活全般に関すること」「介護に関すること」「看護に関すること」「リハビリに関すること」「給食に関すること」「設備に関すること」等、カテゴリーごとに担当者が決まっており、速やかに受け付けが行われている。さらに、これらの部門に限らず、「いつでも」「誰にでも」随時受け付ける体制ができており、相談時は個室を使う等、利用者のプライバシーにも配慮している。

#### ◇改善を求められる点

##### ◆サービスの質の現状把握

サービスの質の向上を目的として、「サービス共通評価基準」を使った評価を実施している。しかし、職員（事業所）の側からの視点になっており、「サービスの質の向上」＝「利用者満足度の向上」と考えると、利用者の側に立った視点も欲しい。アンケートや満足度調査等の定期的な実施により、現状のサービスの質を把握することが望まれる。

##### ◆マニュアルの最新版管理

介護マニュアルが整備されている。ただ、マニュアルの作成日が記載されておらず、いつ作成されたものなのかが分からない。その他の文書や様式にも、作成日や改定日、見直しの日付等が未記入のものがあつた。マニュアル等の文書は、「必要な時に」「必要とする人が」「適切な手順」を入手できるように管理することが求められる。いわゆる「最新版管理」の原則であるが、「適切な手順」の根拠となるのが作成（改定）の日付である。マニュアル類の総点検を望みたい。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

各章、各項目の評価機関のコメントを分析して改善計画表を作成し、より良いサービスの提供を目指して行きたいと思えます。

#### 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 a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「あなたにより添います 愛と心と手のひらで」との法人理念は5年ほど前に策定された。分かりやすい言葉で作られており、職員、利用者等にも浸透している。職員都合に走らず、利用者主体の支援を実践しようとの思いは伝わってくるが、課題は、この法人理念の実現度を把握するための取り組みに乏しいことである。アンケートや目標管理の実施等により、法人理念の実現に向かって進んでいるのか、止まっているのかを正しく見極めてほしい。		

### 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		
管理者は市のOBであり、市の情報を取りやすい立場にある。また、市・自立支援協議会(運営会議)に出席し、さらに市の全体会議からも幅広く情報を収集している。法人事務長が事業所に常駐しており、収集した情報やデータは詳細な分析が加えられている。利用率は低下傾向ではあるが、人件費比率を70%台に抑えつつ、職員の年間所得は高水準を維持している。		
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 a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「利用率の向上」、「利用者の高齢化、重度化への対応」、「職員のモチベーションの維持」、「職員育成とチーム力の向上」、「業務のバックアップ体制の構築」を課題として挙げている。「利用率の向上」に関しては、東三河地区の病院を中心に積極的な顧客獲得のための営業展開が始まった。職員に関する課題に関しては、計画に落とし込んだ改善活動を期待したい。		

### 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		
「法人の理念と基本方針&諸計画」を策定し、中・長期を見据えた事業展開の方向性を示している。27年度～29年度にかけて、「職員の介護資格100%取得」との高い目標値も設定されている。事業計画の策定のためには、十分な内容で構成されている。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
前年度の事業計画を評価し(事業報告)、「法人の理念と基本方針&諸計画」に沿って事業計画を策定している。事業計画の細部の項目に関しては、可能なものには数値目標が設定されており、年度終了時には達成の可否が明確に判断できるようになっている。			
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			
事業計画に目標とする数値が盛り込まれていることから、期中での進捗の把握や見直しも有効に実施できる。事業計画や見直しの結果としての変更等は運営会議で決定され、課長～主任～職員(担当者)のルートで周知・徹底が図られている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業計画について、利用者へは年度当初の利用者連絡会で伝え、個別生活支援計画の説明時には家族をも含めて説明している。しかし、利用者や家族の主たる関心事は「行事計画」であり、事業計画の詳細を周知するには至っていない。			

#### 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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
定期的に第三者評価を受審し、今回が5度目の受審である。第三者評価を受審しない年にも自己評価を実施し、評価を実施する仕組みは構築されている。「福祉サービスの質」＝「利用者の満足度」と捉え、利用者の声を聞き取る仕組みづくりを期待したい。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
前回の第三者評価受審で得た気づきを活かした改善が各所にみられるが、計画を立てての改善活動の実施は少ない。改善項目ごとに責任者(担当者)や改善期限(スケジュール)を決めて取り組むことを望みたい。			

## 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			
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いる。また、事業計画書の中に「組織機構図及び職員構成」を載せ、管理者の立場を明確に示している。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所で必要となる法令等はリストアップが済み、職員への周知のための活動を行っている。特に関係が深い「障害者虐待防止法」に関しては、年間2回の研修を実施して職員への啓蒙を図っている。既に施行されている「障害者優先調達法」や、施行間近の「障害者差別解消法」についても、職員研修に取り上げる計画がある。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
独自に「サービス共通評価基準」を使って評価・分析を実施し、定期的な第三者評価受審と併せてサービスの質の向上を目指している。ほとんどの利用者が身体的な介護を必要とするため職員の手が足りず、その足りない分をボランティアが役割を担っている。書道、陶芸、音楽、傾聴等々のボランティアが定期的に来訪しており、利用者の充実した生活を側面から支えている。ボランティアへの依存度が高まるとサービスの質の担保が懸念されるが、その心配は全くない。			
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 ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント			
業務の実効性を高める取り組みとして、ボランティアの活用は保護者からも高い評価を得ている。事業所内に限らず、バスハイクにもボランティアが付き添った。保護者アンケートには、行事や外出の支援にボランティアが多数参加する点に触れ、「感激しています」との声が寄せられた。課題は、ボランティアの成功例を範にとり、実効性を高める取り組みを横展開していく体制作りである。			

### 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 ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント			
高い給与水準での厚遇や福利厚生面の充実、資格取得の援助等々、職員の安定雇用のための施策が実施されているが、中途退職者の問題は解決されていない。職員の育成よりも、離職した職員の補充のための採用活動に力点が置かれている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント			
法人としての体系的な人事考課制度がなく、導入の必要性が叫ばれている。管理者等との上司面談を使って様々な職員意見を収集してはいるが、人事考課の代替とはなっていない。キャリアパス制度の構築と併せ、人事考課制度の導入が期待される。			

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り組んでいる。	障 16	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
支援現場の職員意見を取り入れ、主任2名体制を1名体制に変更した。現場での実効性が高まり、円滑な支援体制が整ってきたが、部署によっては有給休暇の取りにくい状態が続いている。一時期より、有給休暇の消化率が落ちている。			
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			
職員の安定雇用策の一つではあるが、職員の資格取得を全面的に応援し、中・長期計画では「職員の介護資格100%取得」を掲げている。職員の資質向上のために介護技術の情報提供にも努めているが、職員個々に目標を設定しての育成には至っていない。キャリアパス制度の構築によって、職員一人ひとりが目標を持って働くことができる職場作りを期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
支援課長の作成した研修計画に沿って現場職員の研修が実施されている。階層別や職種別の研修計画が組まれているが、実施後の評価の仕組みが弱い。教育方針の策定から研修計画の作成、研修の種類、頻度、受講対象者、研修講師、実施報告、教育効果の検証、計画の見直し等の一連のフローを含んだマニュアル(規程)を作成することを望みたい。教育・研修に関するマニュアルは、キャリアパスや人事考課制度と関連付けて作成することが望ましい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
専門知識の向上を目的として、今年度は外部の同業他事業所と連携した取り組みを行っている。同業の身体障害者入所施設との間で職員の交換研修を実施したり、県内の3事業所に見学研修に出かけたりしている。職員の資格取得を奨励し、受験勉強のための情報を提供している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
今年度、介護福祉士実習生を9名受け入れた。マニュアルに沿っての実習が実施されたが、終了後の評価・見直しの手順が確立していない。次回の実習生受け入れに反映すべく、課題や問題点を洗い出して記録に残してほしい。			

### 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			
定期的に第三者評価を受審し、事業所の運営状況をホームページで公表しようとしている。ホームページには、「情報公開を開始しました」との記述があるが、まだ公開された情報はない。苦情等の受付簿が確認できなかった。苦情等を受け付けた場合には、対応の進捗が分かるように受付簿に記載し、さらに、その内容や改善・対応の状況について公表することが求められる。これらについても、ホームページの活用を期待したい。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
法人監事による内部監査が実施されており、内部牽制は図れている。行政の監査以外には外部の監査の実施はない。			

## 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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業所周辺に一般民家はないが、2つの小学校区を中心に積極的に地域との交流の場を求めている。真夏の祭典である納涼祭や秋の文化祭は法人3事業所の共同事業として開催され、家族や地域住民200～300名の来場がある。これらのイベントでは多数のボランティアが活躍している。ただ、日常的に地域住民が事業所を訪れる機会は少なく、地域交流ルームも有効には利用されていない。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの有効活用は保護者アンケートでも好評であったが、年々その活躍の場が広がってきている。担当者が決められており、受け入れのマニュアルもあるが、受け入れの手順が示されているだけで、意義や目的等の記述が見当たらない。単に、「職員の手の足りない部分を補う」だけのボランティアに終らせないためにも、マニュアルで受け入れの意義や目的等を明確にして取り組むことを望みたい。			
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	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
市内にある福祉関係施設のリストが作成されている。市の全体会議や市・社会福祉協議会の運営会議の出席し、関係団体や施設との連携を図っている。			
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			
地域貢献の柱の一つである地域交流ルームが有効に利用されていないことは否めないが、地域に貢献しようとの思いは強い。市と大規模災害時の福祉避難所契約を取り交わし、法人イベントや事業所イベントの開催時には地域にチラシを配って参加を呼び掛けている。地元の中学校や高校の福祉体験学習も継続して受け入れている。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の高齢化、重度化、認知症状の発症等が課題として挙げられているが、同じことが地域でも問題となってきた。まだ数は少ないが、法人の相談支援事業所が地域に住まう障害者の支援に乗り出している。収益性は低いが、法人の使命として福祉有償運送事業も行っている。			

## 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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
年2回(4月・10月)行われている全体会議では、50人程度の職員が参加し、必要な情報伝達を行っているが、その中で基本理念や方針を伝えるようにしている。日頃においては職員ミーティングにて再確認したり、虐待に関する研修についても定期的に行っている。課題としては、基本姿勢や理念に掲げられた内容が現場で適切に提供されているかのチェック体制が弱いことである。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
虐待等の権利擁護に関するマニュアルは用意されている。細かな点で言うと、「プライバシー」に関してはマニュアル通りにサービス提供ができていない場面があり、職員によっても差が見られる。その差を埋めるための取り組みとして、倫理綱領やマニュアル等のさらなる周知が必要とされる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
パンフレットや施設見学における案内については十分な取り組みがなされている。待機者を多く抱える中、見学希望者については丁寧に案内をしている。パンフレットとは別に機関誌「きずな」を年3回発行し(法人で発行しているため複数施設の情報が掲載されている)、保護者への配布のみならず市内にある文化センターにも設置するなど、広く情報提供するよう心がけている。ホームページが整備されていなかったため、今年度中に整備する計画がある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
家族の意向だけに耳を傾けるのではなく、あくまで本人の意向を尊重している。本人への説明についても、ルビなどを振った利用者向けの書類はないものの、口頭で噛み砕いて説明を行って了承を得るなど、文字には頼らない工夫がある。重要事項説明書及び契約書については、適切な用意があり内容も整っている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
サービスの変更自体あまりないものの、利用者にとって不利益が生じないよう配慮している。年間で1~2名ほど利用者の入れ替わり(入院や死亡等)があるが、施設移行時においては必ず担当窓口を決め、利用者及び保護者に伝えるようにしている。ただ、書面としての整備が遅れており、今後作成していくことが課題となっている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
毎月1回「利用者相談日」があり、利用者の相談事に個別に対応している。毎月実施し、集団の中では捉えにくい個々のニーズ等を把握するよう努めている。これとは別に月に1回行われる「利用者連絡会」では、逆に施設から利用者に情報提供を行う時間として用意されている。相談日とは異なる目的で行っており、双方のコミュニケーションという意味では有効な取り組みである。多岐にわたるサービス全般に着目し、積極的に施設から利用者に働きかける「満足度調査」の実施が望まれる。			

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			
苦情受け付けシステムは整備されており、そのための書類も用意されている。大きな苦情はないものの、「利用者相談指導記録表」には、利用者の要望や解決してほしいこと、つぶやき等を丁寧に記録している。ただし、記録はあるものの、記載事項については「その後の対応」について触れられていないため、受け付けた要望等がどのように解決(対応)されたのかが不明である。対応した結果も記録し、フィードバックまでの一連の流れが把握できるような工夫を望みたい。			
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			
いつでも気軽に相談できる体制及び環境は整っている。「生活全般に関すること」「介護に関すること」「看護に関すること」「リハビリに関すること」「給食に関すること」「設備に関すること」等、カテゴリーごとに担当者が明確に決まっており、速やかに受け付けることとしている。さらに、これらの部門に限らず、「いつでも」「誰にでも」随時受け付ける体制はできている。相談時は個室を使う等、利用者のプライバシーにも配慮している。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者からの相談については速やかに対応するよう心がけており、相談記録も整備されている。情報の集積は行われているが、その後の処理(どのように対応したのか)が明確に記されていないことから、最後まで対応について記載することが望ましい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「ヒヤリハット・アクシデント報告書」と呼ばれる書類が整備されている。ヒヤリとしたことや事故については、細かくカテゴリーを分けて整理し、定期的集計・分析を行っている。時間がなく検討のための十分な会議開催ができないようだが、「事故再発防止会議」という会議も用意されており、リスクマネジメントへの意識は高い。収集分析表を活用して、「再発防止」に向けた定期的な評価・見直しを確実にやっていくことが課題である。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
看護師を中心とした「感染委員会」を立ち上げ、感染対策に取り組んでいる。これまで取り組んできた「感染防止点検表」と呼ばれるチェックリストの代わりに、職員アンケートを実施し、施設内における感染症に焦点を当てた問題点を洗い出す作業を行っている。実際に現場で行われている感染対策については、職員によって多少の違いが見られることから、知識向上や意識改革等が課題として残っている。			
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やっている。	障 39	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
年間で避難訓練計画を綿密に立て、実施及び記録も行っている。特に防災訓練・研修等については、グループ単位で企画・実施する等、独自の工夫が見られる。内容も防災に関して多岐にわたるため、いざという時に役立つものと思われる。備品リストが作成されており、有事に有効に活用できるものと思われる。通所生活介護の利用者がおり、災害時は入所施設利用者とは異なる対応が求められるが、今のところ具体的なマニュアル等がないため、今後整備していくことが課題である。			

## 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			
介護マニュアルが整備されている。ただ、マニュアルに記載されている内容が現場で確実に実行されているかどうかのチェック体制が弱いため、実践状況を把握していくことが課題となっている。また、マニュアルの作成日が記載されておらず、いつ作ったものなのかが分からないため、書類の見直しが必要である。			

	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
マニュアルはあるものの、見直しについては決して十分とは言えない。様式についても「いつ作成したマニュアルなのか」「いつ改定したものなのか」が分からないため、これらの情報が正確に分かるような変更が望ましい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントは適切に行われており、それに基づく個別支援計画が立てられている。計画作成時においても複数の専門職(サービス管理責任者・看護職員・栄養士等)が関与している。			
	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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
半年に1度の見直しについては複数の関係職種が集まり、評価・見直しを行っている。その内容についても適切に記載されている。ただ、見直しをした際、その内容について全職員への周知方法が弱く、必要な情報が必要な人に確実に伝わっているかどうか課題として残っている。膨大な情報を全て周知することは難しいため、ポイントを絞って効率よく伝えていく仕組みの構築が求められる。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
日々の支援の記録については、専用ソフトを使ってパソコン入力している。その内容についてはいつでもどこでも見られる環境(必要箇所5~6台のパソコン設置)が整っており、速やかに情報収集することができる。これ以外にも手書きの「申し送りノート」が用意され、パソコン入力ではカバーしきれない情報伝達の方法を確立している。記録の適切性については、職員の力量により差があるため、それを埋めるための取り組みが課題となっている。			
	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
マイナンバーに関する管理体制についてはまだ十分には整っておらず、今後の課題となっている。規程類は整備されているが、それを職員に周知したり守るための取り組みが弱く、事業所としても研修や勉強会等を実施する必要性を認めている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
地域移行への取り組みについてはほとんど実績がなく、決して十分とは言えない。しかし、利用者の障害特性や地域の社会資源の状況、保護者の意向等、様々な要素を考えると地域移行のためのハードルはかなり高いと思われる。そのような中でも、利用者及び保護者の意向を折に触れて把握する取り組みを行っている。			

### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>何とかコミュニケーションが取れる利用者を含めると、約8割の利用者が言葉やアイコンタクト、文字盤やトーキングエイド等を使って意思疎通を行うことができる。代弁者や通訳者、コミュニケーションが取れる知人、専門職種との連携等は行われていないが、今のところそのような必要性はなく、一番の理解者として介護職員等が意思を確実に把握するようにしている。</p>			
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			
<p>家族との外出や個人的な外出(「コンサートに行きたい」等)については、その意向を尊重して可能な限り実現できるよう配慮している。アセスメント時や利用者相談日、日常会話等において利用者の意向確認をする機会はあるが、「主体的な活動を尊重する」という点ではまだ伸びしろがある。利用者による自治会等がないため、積極的に利用者の「〇〇したい」という声を吸い上げる仕組みがあると、さらなる主体性の尊重が実現に近づくものと思われる。</p>			
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	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
<p>マニュアルを用意し、個別の計画や介護援助内容を記した書類にて周知するようにしている。ただ、細かな部分について、職員の隅々(非常勤職員)にまで十分に行き渡っているかどうかは把握できておらず、課題となっている。</p>			
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			
<p>組織として「プログラム」と呼ばれるものはなく、あくまで個別支援計画に記載されている個別的な課題について、実際の支援を行っている。学習プログラムの必要性について今後組織内で検討する必要があることや、利用者の生活意欲を高めるための取り組みが必要であること等を認識している。</p>			
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			
<p>「食事形態一覧表」を整備しており、利用者個々の食に関する個別の情報が網羅されている。内容に変更があった場合には随時変更している。食札が手書きであり記載事項に統一性がなく、見落とし等があるため近々改善することとしている。個別マニュアルに記載されている食事に関する事項について、担当職員によりその意識に差異がある。結果として支援の内容に差が出ることもあり、職員意識の差異を解消するための体制作りを期待したい。</p>			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>嗜好調査を年1回実施し、献立に反映させている。意思表示等ができない利用者については、身近な職員である担当職員が代弁するよう努めている。特徴的な取り組みとして、手書きの「意見ノート」が用意されており、給食についての意見や要望を自由に書き込めるようになっている。その内容を給食会議にかけ、献立に反映させている。利用者の給食会議への参加がないこと、適温の食事が提供できないことが課題である。現在、適温の給食提供については保温庫の導入を検討している。</p>			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
<p>11:30から介助が必要な利用者の食事が始まり、12:45にはほぼ利用者全員の昼食が終了している。職員がせかして食べさせることはなく、あくまで利用者のペースで食事を摂ってもらっている。課題としては、職員体制等の制約により「早出し」しなければならず、施設側の都合となっているため、提供方法や提供時間について検討する余地がある。</p>			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
個々の障害程度や介助方法については、個別に対応し適切な入浴が行われている。入浴状況に関する記録も整備されており、その内容も適切である。課題としては、入浴に関するマニュアルが用意されているものの、見直しが十分に行われていない。定期的にマニュアルを見直す必要がある。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
入浴については週2回となっており、男性が火曜日と金曜日、女性が月曜日と木曜日となっている。職員体制や安全性の問題から、入浴回数は1人あたり週に2回となっているが、一部の利用者の中には「もう少し増やしてほしい」という声が出ている。入浴ができない日については希望に応じて清拭を行うなど、可能な限り快適に保てる努力を行っている。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
夏は大型扇風機やよしずを使用することもあるが、冷暖房は完備されており、適切な温度が維持できるよう配慮している。脱衣場と廊下の出入り口が開いているが、カーテンとパーテーションの2重構造で中が見えないよう対応する等、プライバシーへの配慮を行っている。スペース的に広く、一度に複数の利用者が利用するため、お互いの裸やおむつの使用状況等が見えてしまうなどの課題はある。構造上の限界ではある。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
排泄に関する記録は様式が整備されており、記録も正確、適切に取られている。介護マニュアルが整備されており、概ね適切な排泄介助の支援が行われている。課題としては、職員個々により衛生面に関する取り組み状況が異なっていたり、マニュアルの見直しが追いついていないこと等が挙げられる。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
トイレは清潔に保たれており、防臭についても換気扇を常時作動させていたり、芳香剤を使用する等、十分な配慮がされている。カーテン等が各箇所に設置されており、プライバシー保護に配慮した環境となっている。清掃については毎日行うよう心がけているが、可能であれば2～3時間おきに点検を行いたいとの改善の用意がある。また、清掃記録表がないため、これを機に作成していくこととしている。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
その日その日の衣服は、可能な範囲で利用者を選んでもらっている。利用者本人から、「豊橋や浜松まで衣服を買いに行きたい」との声が出ているが、職員配置の制約や利用者自身の障害特性から実現には至っていない。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
本人から着替えの意思があったり、失禁した時には速やかに対応している。汚れや破損については、着替えの必要性を判断する基準がないため、職員によって対応にバラつきがある。最低限の統一した基準を盛り込んだマニュアルの作成が検討されている。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者からの申し出があれば、理・美容や化粧について相談に乗っている。社会人として許容される髪型、カラーリング、化粧や服装等について、利用者が学ぶ機会の創出が期待される。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
訪問理容の業者が月に2回施設を訪れ、職員が日程を調整して利用者の調髪を支援している。利用者の希望で地域の理・美容店を使う場合は、家族の協力を得たり、外出支援サービスを使う等で対応している。職員が同行することはほとんどないが、利用者の希望は叶えられている。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
居室の基本は4人部屋であり、カーテンによって明かりや光は遮られている。知的障害の特性や認知症の発症によって睡眠リズムが乱れている利用者があり、安眠を妨げる音や声への対処としては、発生源である利用者を一時的に他の場所に移すことで対応している。不眠者への対応に関するマニュアルの作成が望まれる。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の「健康管理マニュアル」や「薬物取り扱い防止マニュアル」が整備されている。嘱託医訪問時はもとより、看護師への健康相談も随時行われている。健康診断は年2回実施されており、予防接種は年1回、歯科検診も年1回実施されているが、耳鼻科検診や眼科検診、婦人科検診等は行われていない。通院等の対応が困難な現状ではあるが、利用者個々について他科受診の必要性を調査することを望みたい。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
車で10分弱の所に総合病院があり、緊急時等においてはすぐに医療が受けられる環境となっている。週1回の嘱託医訪問も行われている。緊急時、異常時に対応するマニュアルも揃っている。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
薬に関する処方箋がファイリングされており、誰がどのような薬を飲んでいるのかをいつでも把握することができる。取り違え防止のマニュアルも整備されている。そのような中、「飲ませ間違い」、「薬のセッティング時の間違い」、「飲み忘れ」、「飲みこぼし」等がごくまれに見られ、確実な投薬については改善を要する。そのような中、「薬の一包化」、「投薬時の声出し確認」等の是正活動も行い、再発防止に積極的に取り組んでいる。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
余暇の活動やレクリエーション活動として、ゴロバレーやポッチャ、カードゲーム、カラオケ、DVD鑑賞等が用意され、外部講師による書道教室や音楽、陶芸教室もある。利用者は希望する活動に参加しているが、活動のラインナップのほとんどは施設で用意したものであり、利用者の主体性には配慮されていない。満足度や利用者の望む潜在的な意向を把握するためのアンケート調査等の取り組みが望まれる。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
多くの利用者が車いす利用であり、利用者単独での外出は難しい。家族の協力を得たり、外出支援サービス事業者を使ったりして外出を支援している。外出についてのルール決めはないが、外出時には「緊急連絡カード」を携帯することとしている。			
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			
外泊、帰省については、利用者と受け入れる家族等との調整ができた場合に可能である。キーパーソン(保護者)の高齢化や死亡によって、家族の側の都合によって受け入れを拒むケースが増えてきた。帰る場所を持つ利用者と、帰る場所を失った利用者との、不公平感が出ないように配慮や対策を期待したい。			
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			
金銭の自己管理ができない利用者のために、「利用者預り金管理要綱」や「事務マニュアル」が作成されている。金銭の自己管理が可能な利用者もいることから、高額なお金を所持しないことをルール化している。しかし、居室に高額な金銭を所持しているケースもあって徹底が図られていない。金銭を適切に使うために収支を小遣い帳に記帳したり、金銭感覚を磨くための学習プログラムの用意が望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個人で新聞や雑誌を購読している利用者が若干名いるが、ほとんどの利用者は玄関ホールと地域交流ルームに設置してある読書コーナーで自由に閲覧している。居室へのテレビ、ラジオ、音響機器等の持ち込みに制限はないが、4人部屋の仕切りがカーテンのためイヤホンの使用をルール化している。利用者間でのトラブルに発展したケースは報告されていないが、共用テレビの利用方法をルール化することが望ましい。			
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			
嗜好品について管理するためのマニュアルはないが、慣習的なルールに沿って喫煙や飲酒が行われている。喫煙は場所と時間に制限を設けており、飲酒は通常は禁止である。しかし、月に1度のイベント(お楽しみ献立)の時には、希望する利用者にアルコール類を提供している。喫煙や飲酒を望まない利用者をも含め、受動喫煙やアルコール中毒等の弊害について学ぶ機会の提供が望まれる。			