

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24日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称： ひまわりの風	種別： 施設入所支援、生活介護	
代表者氏名： 榎本 博文	定員（利用人数）： 50名	
所在地： 愛知県名古屋市名東区梅森坂3丁目3607番地		
TEL： 052-709-3811		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成11年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人ひまわり福祉会		
職員数	常勤職員： 38名	
専門職員	社会福祉士 5名	
	介護福祉士 6名	
	精神保健福祉士 3名	
	管理栄養士 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 47室	(設備等)

③理念・基本方針

◇	<p>法人の理念 利用者ひとりひとりが望むその人らしい生活を支援し、利用者から信頼され、地域に貢献できる法人を目指し、全ての人々に対し開かれた、透明で健全かつ活力ある法人作りを行います。</p>
◇	<p>事業所理念 一人の人間として地域社会の一員として自信を持って生きられるように「できないことをそっと支え」ながら「豊かに生きる」支援を行います。</p>

◇基本方針

・私たちは、利用者の人権及び自己選択・自己決定を尊重した福祉サービス提供の実現を目指します。

・私たちは、相談支援や地域自立支援協議会を通じ、地域における福祉ニーズを知り、地域福祉増進のために積極的に対応していきます。

・私たちは、健全な法人経営を行うため、透明性を確保し、相互に情報を共有化しネットワーク機能を向上していきます。

・私たちは、福祉サービスの質の向上のために、経験に応じた研修を計画的に行い、専門性を向上していきます。

・私たちは、笑顔あふれる人間関係を構築し、職員ひとりひとりが生き生きと働き甲斐のある職場づくりを目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

◇アピールポイント

地域のニーズに応じていけるよう努め、施設支援ではひとりひとりのニーズに合わせた、きめ細かい個別の支援を行います。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年10月10日（契約日）～ 平成28年 7月19日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	0回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の牽引力

管理者は県の知的障害者福祉協会の役員（理事）を務め、法人内においても中心的な立場に位置している。幅広い情報からつぶさに事業所の置かれた環境や状況を把握し、年度の初めには的確な方針を打ち出して職員に伝えている。職員の意識改革の一環として「見える化」を推進しており、施設の大規模修繕計画に職員の意見を取り入れたり、利用者の高齢化に対応するために家族アンケートを実施したりと、トップダウンからボトムアップの方向に意識が変わってきている。朝礼の方法の改善、申し送りの簡素化（業務別の分割実施）等、目に見える形で「時間短縮」が実現している。

◆権利擁護への執着

コンプライアンスを重視し、利用者の権利擁護にも積極的に取り組んでいる。虐待防止委員会を設け、利用者の呼称を「〇〇さん」と統一する取り組みを行ったり、職員のセルフチェックやストレスチェックを実施してメンタルヘルスケアの充実を図る等、多面的な取り組みが見られる。利用者の呼称に「ちゃん付け」が残っており、前年度に引き続き、今年度も事業計画に取り上げている。

◆正確な記録作成

福祉サービスの実施状況の記録や、毎月行われているモニタリングの記録、各種会議の会議録がパソコンを通して適切に作成・管理されており、職員間で常時情報共有できる仕組みになっている。職員によって記録の書き方に差異が生じないように、パソコン上に記録の文例を明示したり、新規職員に記録の書き方や留意点を研修したりしている。「事実を正確に記録する」という当たり前のことを、丁寧に実践している。

◇改善を求められる点

◆「D o c a p シート」の有効活用を

人事考課に使用される「D o c a p シート」（業務管理表）の有効活用が図られていない。本人査定、上司査定、フィードバック面接と、人事考課の仕組みは構築され運用されており、処遇面での活用は図られている。さらに、このシートの分析から、職員個々の不足力量を抽出し、職員一人ひとりの研修計画や事業所としての教育・研修の方向性を導き出すことが期待される。

◆マニュアルの整備を

提供する福祉サービスの質を確保し、職員によってサービスの内容に差異を生じさせないように、食事や排泄・入浴・睡眠・着脱衣などの基本的な福祉サービスについて標準的な実施方法や留意点を文書化することが望まれる。また、文書化された規定やマニュアルを職員が確実に習得し、定められた手順に従って支援ができるような体制の整備が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審により職員の意識が変わり、改善に対し常に前向きに積極的にチャレンジしていくきっかけになるよう活用していきたい。

利用者の笑顔のたえない施設作りばかりにとらわれると、一職員の働きがいや健康面への配慮がおろそかになってしまう傾向がある。「ディーセント・ワーク」をめざした取組みも今後の課題となる。

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			
平成19年に現在の法人の理念・構想が確定し、以降毎年3月に開催される法人総会や全体会議、新人研修等を使って、周知に努めている。利用者には「利用者会議」で、家族には毎月開催される「家族会」を通じ、理念に根差した事業活動の詳細を説明している。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
総括管理者(施設長)が県の知的障害者福祉協会の役員を務め、全国レベルの情報取得が可能となっている。事業運営に関連する法改正等に関し、研修や会議に参加・出席して広く情報を集めている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
「法人本部機能の強化」、「利用者の高齢化対策」、「キャリアパス制度の構築と職員育成」を課題として抽出し、具体的な取り組みが始まっている。利用者の高齢化に対応して家族(親・兄弟等)との懇談を実施し、看取り体制の必要性をも検討している。職員の育成に関しては、求人活動や採用等、初期のシステム構築から見直しを始めている。これらの活動に関し、期限やスケジュール、責任者を定める等、計画的な取り組みが期待される。			

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人の中・長期計画(平成26年度～30年度)があり、この中に事業所の中・長期計画が含まれている。中・長期計画に取り上げた項目(課題)は実現の目途が立っているが、これまでに計画の見直しが行われておらず、見直しのルール化とその実施が望まれる。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画を踏まえた事業計画を策定しており、「事業計画工程表」には19項目の事業計画が取り上げられている。それぞれの項目には責任者が明示されているが、数値目標の設定してある項目は少ない。また、「事業報告」との関連が読み取りにくい。事業計画で取り上げた項目を事業報告で総括し、残った課題を次年度の事業計画に反映させるような仕組みづくりが期待される。			
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	㉕ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画に責任者(責任部署)の明示があり、組織的な取り組みとなっている。事業計画の作成、見直し、評価を職員参画で実施しており、職員の目標管理(「Do-capシート」等)にも連動させている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「事業概要」を作成し、利用者には「利用者会議」で、家族には毎月開催される「家族会」で周知を図っている。ただし、利用者の理解力や判断能力には大きな差異があり、周知が全般に及んでいるとは言い難い。事業計画には、「グループ旅行」や「ハッピーホリデー」等の利用者の関心の高い部分も含まれている。言葉や表現を分かりやすく変更する等、より多くの利用者に関心を寄せ、内容を正しく理解することができるような取り組みを期待したい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価受審を早い時期から検討していたが、今回が初めての受審である。「サービスの質の向上」を「職員の資質の向上」と捉え、「Do-capシート」を使った目標管理を行って職員の資質の向上を目指している。しかし、「Do-capシート」の持つ機能を十分に活用できておらず、今後の有効活用に期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
課題を抽出する機会として「ユニット会議」や「リーダー会議」があり、その課題の調整・検討・報告の場として「施設運営会議」や「全体会議」がある。事業所内で抽出された課題の多くは事業計画に取り上げられ、計画性を持って取り組まれている。「Do-capシート」を使って職員個々への落とし込みも行われているが、職員間の相互理解や周知に課題を残す。			

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		
愛知県知的障害者福祉協会の役員(理事)を務め、事業概要の「業務分担」で事業所内での立場を明確にしている。毎年度の開始時には、業界全体の大きな流れを噛み砕き、支援の現場で理解しやすく加工して方針を伝えている。		
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 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
自ら研修や関連会議に参加し、事業運営に関する法令の理解を深めている。会議や研修を通じて職員への周知・理解を図っているが、コンプライアンスに関しては職員個々に意識の差があり、思い通りの効果は上がっていない。昨年度、利用者の権利擁護の一環として取り組んだ「ちゃん付け」の呼称問題も、完全な状態での履行とはなっておらず、継続課題として取り組んでいる。		
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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業所のみならず、法人としての中核をなす立場にあり、現状把握、分析、施策の立案、実施、総括等々、その職務は広範囲に及ぶ。年度の初めに事業所の目指す方向性を文書で示し、強い指導力・統率力を持って事業所・職員を牽引している。		
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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員の意識改革の一環として「見える化」を推進している。施設の大規模修繕計画に職員の意見を入れたり、利用者の高齢化に対応するために家族アンケートを実施したりと、トップダウンからボトムアップの方向に意識が変わってきている。朝礼の方法の改善、申し送りの簡素化(業務別の分割実施)等、目に見える形で「時間短縮」が実現している。		

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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
サービスの質の向上のために職員の資質向上を課題として取り上げているが、人材不足が慢性的となっており、「職員補充(採用)」が優先施策となっている。		
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		
これまで事業所ごとに管理されてきた人事管理システムが、法人統一へと動き出している。アナログのペーパーベースからデジタルのデータベースへと、管理手法も一新される計画である。本部主導の人事考課制度があり、「Do-capシート」を使って本人査定、上司査定、フィードバック面接と、仕組みは構築され運用されている。この制度のアウトプットとして、職員個々の、あるいは事業所としての教育ニーズを把握して研修制度につなげる取り組みが期待される。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
働きやすい職場作りを目指しており、衛生委員会にても活発な討議が行われている。希望有休制度の導入やストレスチェックの実施等、新たな取り組みも始まっているが、職員の離職は止まっていない。			
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			
「Do-capシート」を使った職員個々の目標管理が行われているが、キャリアパス制度や法人統一の人事管理体制が未構築なことから、職員個々が目指す方向性が霞んでしまっている。			
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			
法人内に研修委員会が組織されており、研修計画の策定や研修の実施を担当している。研修履修後には、職員に「研修出張報告書」を提出させ、研修内容や研修で得た自身の気づきを報告させている。しかし、報告書の提出をもって研修システムが終了しており、研修実施後の効果の確認・検証や次年度計画への反映が見られない。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員に参加させたい研修はある。研修に参加したい職員はいる。しかし、職員数に余裕がなく、この2つのファクター(職員、研修)が噛み合っていない。外部研修への参加に替え、講師を招聘しての、法人主催、あるいは事業所主催の内部研修に切り替える等、職員の教育・研修機会の確保が求められる。			
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			
実習生の受け入れは毎年4~5名である。教育機関や養成校が作成した実施要綱等を基に実習を行っており、法人、事業所が作成した受け入れのためのマニュアルはない。受け入れの意義・目的や一連の流れが明確となるマニュアルを整備し、実習生への配布文書等を精査することを期待したい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価の受審は初めてであるが、早くからその必要性は感じており、今後も定期的を受審する事を決めている。苦情になる前の処置(予防処置)を大切に取り組んでおり、苦情として第三者委員にまで挙げた例はない。苦情の無いことを善しとせず、積極的に意見・要望を収集し、改善の種としてサービスの質の向上に役立ててほしい。さらに、苦情等の公表システムに関しても明確に規定しておらず、課題を残している。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人監事による内部監査と行政監査の実施はあるが、外部の専門家に依頼しての外部監査は実施していない。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人理念では、「地域に貢献できる法人を目指し…」とあり、事業所の理念としても、「地域社会の一員として…」と、地域を意識した方向性がうかがえる。しかし、事業計画の中に地域移行や就労移行の項目こそあれ、地域との交流・連携に関する項目はない。ノーマライゼーションやエンパワメントの理念に従い、利用者と地域とのつながりが広く、深くなるような取り組みを期待したい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
演芸ボランティアの訪問はあるが、生活支援のボランティアはほとんど訪れていない。ボランティアの役割の一つに、事業所(障害者)と地域との橋渡しがある。受け入れの意義や目的を明確にし、マニュアルを整備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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者を支える社会資源について、リスト化されたものはなかった。唯一、医療関係機関のリストが事務室に掲示されていた。今後の課題として高齢者施設との交流・連携を挙げ、その対応策を模索している。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
大規模災害の発生時には、施設が避難所としての役割を果たすべく、市と「福祉避難所」契約を結んでいる。夏祭りには、地域住民数百名が集まる。地域の社会福祉協議会と共催し、「高齢者ふれあい給食」を実施している。法人理念の一節である「地域に貢献できる法人を目指し…」が実践されている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
自立支援協議会や相談支援事業所から地域の情報を集め、福祉に関するニーズを把握している。検討の結果、事業化が可能なものに関しては取り組みを始めることとしており、「法人内託児所」等の子どもの分野にまで検討範囲が広がっている。			

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			
理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの提供が明示されており、「倫理綱領」を始め利用者の基本的人権を守るための規程類が整備されている。職員が共通の理解を持って支援に当たれるよう、法人の虐待防止委員会と連携して勉強会や研修を実施しており、今年度は利用者の呼称について「〇〇さん」に統一するよう取り組んでいる。引き続き、この取り組みを進めるとともに、利用者を尊重した福祉サービスの提供を検証するための仕組み作りが望まれる。			
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			
利用者のプライバシー保護や虐待防止に関する規程・マニュアルが整備されており、事業計画に載せたり虐待防止委員会を設けたりして意欲的に虐待防止に取り組んでいる。また、虐待防止のためのセルフチェックやストレスチェック等のメンタルヘルスに係る取り組みが行われている。新しくできた規程もあるため、全職員が確実に規程・マニュアルを周知して、それに基づいた支援ができるようにすることが望まれる。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者に対して、福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供している。利用希望者には、事業所を分かりやすく紹介したパンフレット(現在新たに作成中)等にて丁寧に説明し、施設内の見学や必要に応じて体験利用を行っている。利用待機者が多数いるが、諸事情を考慮して優先順位を定期的に見直している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
サービス利用に当たっては、重要事項説明書や契約書等により丁寧に分かりやすく説明し、利用者や家族の同意を文面で得たうえでサービスを開始している。サービスの変更について、利用者や家族からの要望により変更する機会が多く、利用者が不安なく移動できるように細かな配慮をしている。意思決定が困難な利用者については、直接本人に説明することは困難であり、家族や後見人に書面で同意をもらっている。			
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			
サービスの変更にあたっては、相談支援センターの相談支援専門員にサービス等利用計画を作成してもらい、利用者や家族に分かりやすく変更後のサービス内容を説明している。同意を得たうえで関係機関との連絡調整を行い、スムーズに変更できるよう配慮している。利用者や家族に、利用終了した後も必要に応じて、定期的なアフターケアを行っていくことを文書で知らせる等の配慮が望まれる。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
毎月開催している利用者会に職員が参加し、利用者の意見や要望を聞き取るようにしている。また、担当職員が個別に利用者に聞き取りをしている。今回、第三者評価で実施した家族アンケートを参考に、事業所としても家族への満足度調査を行うことや、意思表示が困難な利用者の満足度評価について、どのような方法で行えるのか検討することが望まれる。			

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		
苦情解決規定に基づいて、苦情解決責任者、苦情受付窓口、第三者委員が設置されており、苦情解決の仕組みができています。苦情解決のイメージ図が作成されており、苦情の受け付け、経過から解決を図った記録、その結果を申立者にフィードバックした記録を残すようにしている。苦情内容を集約し、原因や対応した結果をホームページや広報誌等で公表することが望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者ごとに担当職員が決められており、相談や要望を自由に述べるができる環境になっている。担当職員以外にも相談できる職員は複数おり、相談しやすいような環境の配慮をしている(基本個室利用であり個室で聞くことが多い)。障害の重い利用者からの意見等については、毎月の家族会時に面会する家族から聞き取るようにしている。		
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		
利用者からの相談や要望、提案があればケース記録に記載し、全職員が情報を把握するようにしている。「苦情解決規程」はあるが、苦情以外に利用者からの相談等に対応する手順を整備するとともに、「意見箱」の設置等により積極的に意見を把握する取り組みが望まれる。		
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		
虐待防止委員会にて「事故報告書」を取りまとめ、改善策・再発防止について話し合い、リーダー会議やユニット会議に報告して周知を図っている。事故発生時の対応や安全対策については、マニュアルを定め職員に周知している。リスクマネジメント体制の有効性や実効性を評価し、改善の余地がないのか検討することが望まれる。		
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		
感染症対策マニュアルにより、予防や安全確保が図られている。感染症が発生した場合には、看護師の指示により適切に対応している。職員により理解度や対応が異なることのないよう、研修(特に新人研修)等において、マニュアルの確認や見直しとともに、吐瀉物等の対応に関しては実務の研修(処理訓練等)を行うことが望まれる。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
様々な災害や時間帯を想定した避難訓練を定期的実施しており、消防署への通報マニュアルに従った消防署への通報訓練も行われている。避難経路の安全性確保のため、施設入口付近の改修を行っている。福祉避難所として市から指定を受けており、地域と連携した訓練が行われている。夜間を想定した訓練も行われているが、手薄な体制での実効性のある対応方法の検討や、地域との連携体制の強化を検討することが望まれる。		

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		
年度毎に作成している事業計画において標準的な実施方法の概略を文書化しており、福祉サービスの水準や内容が職員によって差異が生じないよう、職員会議等で周知が図られている。今後は、利用者の特性に応じて提供する個別的な実施方法を整理して文書化するとともに、個々の福祉サービス実施時の留意点や業務手順を入れ込んで文書化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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の見直しについては、実施方法を決めて確実に定期的に実施されている。個々の福祉サービスの標準的な実施方法について、検証して見直しをする仕組みの整備が望まれる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
独自様式のアセスメントシートにより担当職員がアセスメントを行い、個別支援計画に反映するようにしている。個別支援計画の策定に当たっては、看護師・栄養士等の様々な職種の職員が参加した会議において総合的な視点からの検討が行われており、困難ケースについては定期的にケースカンファレンスを開催し検討している。			
	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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画は担当職員が毎月モニタリングにより見直しをしており、見直した結果は会議に報告されている。半期の中間報告、年度末の総括についても同様に行われている。見直しに当たっては課題を整理してニーズの掘り起こしを行い、新しいニーズや問題点があればケース会議を行って個別支援計画の見直し・変更を検討している。見直しによって変更した内容については、「個別プログラム支援シート」を使って関係職員へ周知するようにしている。			
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、職員間で共有化している。	障 44	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
日々の福祉サービスの実践記録はパソコンに記入し、随時閲覧ができるようになっている。情報共有を目的として職員会議、支援連携会議、男女会議、リーダー会議、ユニット会議が行われており、それぞれの会議録が作成され全職員に回覧されている。パソコン上に文例として記録の書き方を明示したり、新規職員には記録の仕方や留意事項を研修して記録内容や書き方に差異が生じないようにしている。			
	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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個人情報の不適正な利用や漏えいに対して、就業規則、運営規程、重要事項説明書等に記載して職員への周知を図るとともに、「個人情報外部持出申請書兼返却報告書」により個人情報を持ち出す場合の規定を定めている。			
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			
地域移行のニーズがある利用者・家族には、グループホーム等の情報提供をして地域移行への支援をしているが、地域移行に対する関心が薄いためニーズの掘り起こしを進めている。家族や利用者に地域移行の意識を高めてもらうため、家族会で話題を提供したり職員の部門会議で検討していくことが望まれる。			

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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
日常的に利用者に関わることで、利用者固有のコミュニケーション手段やサインを読み取ったり、なかなか汲み取りが難しい場合には、家族と相談して利用者とのコミュニケーションを図るようにしている。コミュニケーション能力を高めるための専門家や機器の導入には至っていない。職員の仕事へのモチベーションを高め、さらに資質の向上を図るために、研修等を通して専門的な知識を習得する取り組みが望まれる。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の主体的な活動を支援するため利用者会(自治会)が組織されており、担当職員が側面的な支援を行っている。利用者会は、自分達の生活のことは自分達で決めたいという利用者からの要望により発足している。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の基本理念である「できないことをそと支えながら豊かに生きる」支援を目指しており、利用者ができることは利用者に任せ、支援が必要な場合に援助するようにしている。職員間で現在行われている「見守り支援」について整理をし、より利用者が主体的に生活できるような支援体制を整備することが望まれる。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
社会生活力を高めるために、料理実習や買い物支援、洗濯・掃除等の家事支援等のプログラムを用意している。さらに、施設外の社会資源を活用した活動として、公共交通機関を利用した個別外出支援や近くの公園の花壇整備活動等を行っている。今後も、社会生活力を養うためのプログラムの開発と、障害者を受け入れる側(社会・地域住民等)の意識改革を目的とした取り組みが望まれる。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
医師・看護師・栄養士と相談し、利用者にとって必要な栄養がとれるよう配慮している。個別の食事支援内容はアセスメントシートに記載しており、必要に応じて個別支援計画に反映させている。食事介助の内容や方法及び留意点を記載したマニュアルを作成することが望まれる。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
定期的開催している利用者会議において利用者の嗜好調査を行い、献立に反映させるようにしている。月1回利用者が好きなものを提供する「利用者さんメニューの日」や、お楽しみメニュー、誕生日のメニュー(デザート)等、様々な工夫をしている。適温での配膳を心がけているが、品数によっては保温できない場合があり、課題となっている。1ヶ月毎の献立表を掲示しており、朝の会にて当日の献立を発表している。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の体調や身体状況に応じて食事内容や食事場所、食事時間に配慮して食事を提供している。食堂の設備や雰囲気について、落ち着いた喫食できる環境となっているが、定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図るよう望みたい。			

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			
一人ひとりの身体状況や健康状態に応じて、個別の介助方法を決め入浴介助を行っている。入浴介助の手順や安全ルール及びプライバシー保護を織り込んだ入浴介助マニュアルを作成し、支援方法の統一を図ることが望まれる。			
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			
入浴は毎日行っているが、失禁や汗をかいた時には清拭やシャワーで対応しており、その都度の入浴はできていない。			
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			
入浴関係の設備や環境を快適なものにするため、大規模修繕会議にて浴室・脱衣室の修繕を検討している。プライバシー保護のため、カーテンと扉で入口が二重になっているが、入浴中については特別な配慮はできていない。			
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			
個々の情報ファイルに排泄に関する留意事項を記載しており、排泄介助の際に活かしている。排便の有無や下剤の使用等排泄の状況を記録し、情報を職員間で共有している。排泄介助の内容や方法、安全・プライバシー保護への対応等を織り込んだ、排泄介助マニュアルの作成が望まれる。			
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			
毎日清掃しており、定期的に業者による清掃も行われ、清潔に保たれている。手すりを付けたり、バリアフリーにする等で身体状況に応じた構造・設備になっているが、車椅子の利用者が使用しづらい状況のため、大規模修繕委員会にて改修を検討中である。			
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			
衣服を自分の意思で購入することができる利用者については、店頭に行き自分で選択して購入している。意思表示が困難な利用者に関しては、職員が代わって購入している。この場合、購入する衣服の選択は機能面が優先され、利用者の好みや意向に関しては配慮されないこともある。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
着替えを希望した場合は、利用者の意思を尊重して着替えてもらっている。汚れや破損が生じたときは、速やかに対処するようにしているが、汚れや破損の程度によつての着替えの必要性を判断する基準がなく、職員の対応にバラつきがある。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
髪型や化粧に関しての希望がない利用者が多いが、希望に応じた髪形になるよう職員が散髪や整髪を行っている。女性利用者には、必要に応じて髪結いや化粧、マニキュアの手伝いを行っている。社会人としてふさわしい服装や身だしなみ、化粧、髪形、カラーリング等を利用者が学べる機会の提供が望まれる。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
職員が引率して、定期的に地域の理・美容店にでかけている。利用する理・美容店は障害者に理解があり、協力が得られていることから特に連絡・調整はしていない。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
夜間安眠できるよう空調設備を整えており、利用者の個人的な事情をも考慮してベッド・寝具等にできる限りの配慮をしている。夜間は定時巡回を行い、睡眠の状況を観察したり、トイレ誘導等の対応をしている。プライバシーへの配慮を含む標準的なマニュアルの整備が望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
健康管理マニュアルを整備し、看護師や支援員・栄養士により日常の健康管理が適切に行われている。健康の維持・増進のため、日常的に運動や嚥下体操を取り入れ、医療に関する基礎的な知識を得るために医療研修が行われている。AEDが設置されており、定期的に救命救急法の講習を受ける等、緊急時に対応できる体制ができています。月1回歯科医師・歯科衛生士により口腔ケアが行われており、同席した職員は歯磨き指導の方法を学んでいる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
定期通院、定期健診を行っており、急な疾患時には緊急で受診できる体制が整っている。月に1回の嘱託医の訪問があり、日常的な連携が保たれている。健康面で変調があった場合の対応をマニュアルで決めているが、職員間で十分共有できていないので、研修等を通じて周知を図ることが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
看護師が薬の管理をし、支援員が服用の管理をしており、薬の効能や副作用については、事業所内で学ぶ機会がある。服薬に関しては、声出し確認を徹底するように指導している。薬の取り違えや服用忘れ、重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合のマニュアルが決められているが、職員間で十分共有できていないので、周知を図ることが望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
休日を利用した「ハッピーホリデー」や、第2土曜日の「わくわくの日」等、利用者の意向や希望を反映した企画を実施しており、意思確認が困難な利用者については、楽しめそうな内容のレクリエーション活動を取り入れている。レクリエーションの情報は、個別に「しおり」を作って利用者に知らせている。地域のイベント等にも積極的に参加している。			

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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
自由に外出できるように配慮しているが、自力での外出が困難な利用者への支援については、支援員の配置人数によって十分対応できないことがある。地域のイベント等の情報は普段から提供するようにしており、可能な範囲で参加できるように配慮している。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
利用者・家族の希望に応じて行われており、施設から強要することはない。担当職員が利用者や家族の立場に立って外泊の調整を行っているが、今後は家族の高齢化等により外泊が減少すると考えられる。帰省できる利用者と帰省先を失った利用者との、不公平感が生じないよう、事前の準備、対応の検討を望みたい。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の預かり金取り扱い規定により適切な管理を行っており、金銭を自己管理できる利用者については自室の金庫で管理している。無駄遣いや浪費を防ぎ、お金を適切に使うための金銭感覚を磨いたり、金銭管理を含めた経済的な対応能力を高めるための学習プログラムを用意することが望まれる。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
新聞は施設で購買して共同利用している。共同利用の方法について、新聞の部数を増やしたり、自治会等で話し合いをして利用する順番や時間を取り決めすることが望まれる。雑誌は希望に応じて個別で購入している。		
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
飲酒・喫煙を希望する利用者はいないため、施設内での飲酒・喫煙は原則行わないようにしている。今後、希望があれば、個別に計画を立ててルールを決めて実施するようにしている。飲酒・喫煙者はいなくても、一般的な常識としてアルコール中毒や依存症、副流煙による受動喫煙等の副作用、弊害についても学ぶ機会を設けることが望ましい。		