

## 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 3月 24日(木)
---------------	------------------------

### ②施設・事業所情報

名称：グループハウスなぐら	種別：施設入所支援、生活介護、 短期入所、日中一時支援	
代表者氏名：橋本 勝利	定員（利用人数）：30名（32名）	
所在地：愛知県北設楽郡設楽町東納庫字松山6-2		
TEL：0536-65-0778		
ホームページ：		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成11年 8月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人ゆたか福祉会		
職員数	常勤職員：28名	非常勤職員：12名
専門職員	（所長） 1名	（理学療法士）1名
	（事務員） 2名	（生活支援員） 25名
	（看護師） 3名	（栄養士） 1名
施設・設備の概要	（居室数） 35室	（設備等） 全個室、床暖房
		風呂10ヵ所

### ③理念・基本方針

<p>◆理念 （法人）・私たちのめざすもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害のある人たちの”いのちとねがい”を大切に、社会への参加とゆたかな暮らしの実現をめざします。</li> <li>・誰もが安心して暮らせる地域を作るため、たくさんの”つながり”を築き上げていきます。</li> <li>・ゆたかな笑顔と人間性を育み、関係者の創意を生かすとともに、社会から信頼される経営をめざします。</li> </ul>
--

#### ◆基本方針

##### ・福祉村基本理念

障害のある人たちの基本的な人権を守り、安心してその人らしく生活できる場をめざします。  
高齢者の皆さんの生きがいの場をめざします。  
地域社会の一員として参加し、協同を進めます。

##### ・大切にしたい支援の原則

生活の場は、温もりのある「家」とし、「人間としての尊厳」「個人の自由」「プライバシーの尊重」「自己選択・自己決定」を大切にしたい支援をします。

利用者の願いを実現し、一人ひとりが生きがいを感じられるような活動の提供を行います。  
障害の軽減、二次障害の防止、加齢・高齢化対策を進め、リハビリテーションの保証をします。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

医療体制は不十分ですが、様々な問題により利用を断られた方も積極的に受入れ支援しています。ここ数年は特に行き場の無い方の利用申し込みが増え県外のからも問い合わせがあります。生活にメリハリを付けるため暮らしの場と日中活動の場を分け、日中は5～6グループに分け活動を行い、生活の場は家庭的な雰囲気を作りだすため4～5人で1つの家に暮らしています。入所施設ではなく看護師や理学療法士を配置した24時間介護付きの重度の障害を持つ方が対象のグループホームをイメージしています。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年10月 2日（契約日）～ 平成28年 7月21日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	4回 （平成24年度）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆理念の実現に向けての集大成

理念に忠実な事業所の完成型が見えてきた。平成21年度に初めて第三者評価を受審し、今回が5回目の受審である。事業所の立地条件が事業活動にとって様々な障壁となっていたが、それらを一つひとつ丁寧に取り除き、「誰もが笑顔で暮らせる社会の実現をめざして」の理念の実現に向けて邁進してきた。家族の協力という大きな味方をバックに付け、地域との交流・連携も十分である。他の事業所では受け入れが難しい利用希望者であっても、「最後の駆け込み寺」の意識を持って受け入れを前向きに検討している。管理者、職員の覚悟、使命感を高く評価したい。

##### ◆中・長期計画と事業計画との連動

法人の「ゆたか福祉会第5期総合計画」（2015年策定）があるが、事業所独自に「福祉村5ヵ年計画」（2012年策定）を策定している。その中で計画された重点目標（23項目）のそれぞれについて、現場に具体的に落とし込むための「5ヵ年計画推進ロードマップ（実施計画書）」が作成され、事業計画とも連動させている。半期ごとの評価・見直しも実施されており、「5ヵ年計画」を「絵に描いた餅」で終わらせない工夫がある。

#### ◆危機管理体制の充実

リスクマネジメント委員会を定期的を開催し、事故報告書(53件)やヒヤリハット報告書(140件)の内容を分析・検討することで事故の再発防止、未然防止を図っている。10年間の事故をデータベース化しており、事故の情報を蓄積して事故防止につなげている。事故の種類毎に「事故発生時の対応マニュアル」を整備しており、マニュアルに基づいた対応が図られている。

#### ◆利用者満足度の追求

管理者は、「サービスの質の向上」を「利用者満足度の上昇」と捉え、作業賃金のアップを図り、日中活動のバリエーションを増やして利用者の自己選択や自己決定の選択肢を増やしてきた。利用者の希望する外出を支援するため、職員がボランティアとして付き添い、遠方のテーマパークやライブ等のイベント会場にまで出かけている。これらの取り組みを、家族は高く評価している。

#### ◇改善を求められる点

#### ◆事業所情報の公開を

「いつでも、だれが来ても」オープンな対応を心掛け、透明性のある事業運営を行っている。しかし、情報発信の有効な手段であるホームページの活用が図られていない。法人のホームページには事業所の紹介欄があるが、そこには基本的な情報の記載があるだけで、具体的な活動や特色が出ていない。さらに、ホームページには「情報公開」の項目が設けられ、「ゆたか福祉会苦情解決の仕組み」のページがある。ここでは苦情の受付から解決に至るまでの手順を詳しく記載しているが、苦情の内容や改善・対応の状況の公表には言及していない。

#### ◆重点目標(課題)の数値化を

事業所の中・長期計画である「福祉村5ヵ年計画」を具体的な取り組みとするために、「5ヵ年計画推進ロードマップ(実施計画書)」が作成されて事業計画との連動を図っている。しかし、23項目の具体化された取組みについて、取り組みの時期は設定されているが、達成度を判定するための数値目標は設定されていない。進捗を管理(半期ごとの評価・見直し)するためにも、数値目標の設定が期待される。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回3年ぶりに受審し、前回(2012年度)に受審した時と比べ評価基準が厳しく、より具体的になったと感じました。自己評価の時点で新たな課題を見つける事ができましたが、面談時には今までとは違った視点で様々な角度からの的確な指摘やアドバイスをいただき、また優れている点についてはきちんと評価し暖かく背中を押していただきました。

今回の受審により目指す方向と課題がより明確になってきました。いただいた貴重な意見を施設運営に生かしながら、よりよい施設作りを目指していきます。

#### 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		
「誰もが笑顔で暮らせる社会の実現をめざして」の法人理念を事業所の特性に合わせた方針に展開し、日々の支援の基としている。この理念は、数年前に職員の意見の発露から生まれたもので、利用者、家族にも周知・理解が図られている。特に家族の理解が進んでおり、毎月開催される家族会には9割の家族が参加している。利用者へは、漢字にルビを振って読みやすく、分かりやすくしている。		

### 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		
県・身体障害者施設協議会に加入し、社会福祉協議会とも連携して情報収集を行っている。事業所運営上の重要な場面(事業計画案の策定、モニタリング等)には家族の代表も加わり、事業所サイドだけの判断に任せず、利用者目線に立っての立案や分析等を行っている。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業所が県最北部の山間に立地することから、利用者の高齢化に伴って医療機関との連携が課題となっている。総合病院は約40キロと遠方であるが、地域の病院との協力体制を構築し、そこを通して遠方の総合病院とも緊密に連携した医療体制を取っている。もう一つの課題は、地域からの職員の確保が難しい状況にあることである。対策として、地域で一般住民を対象とした介護職の初任者研修会を開催する等、具体的な取り組みが検討されている。		

### 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の方向性を示す指針として「ゆたか福祉会第5期総合計画」(2015年策定)があるが、事業所独自に「福祉村5ヵ年計画」(2012年策定)を作り、毎年度末に「年度終了時評価」を行っている。計画された重点目標のそれぞれについて、現場に具体的に落とし込むための「5ヵ年計画推進ロードマップ(実施計画書)」が作成されている。		

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
「ゆたか福祉会第5期総合計画」や「福祉村5ヵ年計画」、「5ヵ年計画推進ロードマップ(実施計画書)」を受けて事業計画が策定されている。課題は、重点目標に対する数値目標が未設定である点である。可能な限り目標数値を掲げ、計画の進捗把握や達成度の確認に役立てられたい。			
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			
中・長期計画、事業計画を大きく3つに分類し、「自分らしく暮らす」ための9項目、「安心して暮らす」ための7項目、「地域・家族と支え合う」ための7項目を重点課題(目標)として設定している。取り組みの内容が具体的になっており、モニタリング(評価・見直し)もルールに沿って実施されている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業運営に家族の協力があり、事業計画を審議する理事会や評議員会には家族代表が参加する。事業計画のモニタリングにも家族の代表が参加する等、家族が積極的に事業運営に係わっている。さらに、家族の十分な理解を得るために、家族向けの事業計画を新たに作成し、分かりやすい資料として配布している。一部の利用者に意思伝達が困難な者もいるが、全体会等を通して事業計画の周知を図っている。			

#### 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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「サービスの質の向上」を「利用者の満足度を上げること」と捉え、作業で得た工賃を上げることと、日中活動のバリエーションを増やすことを目標としている。日中活動は、毎年1つつつ新たな活動を増やしており、利用者の自己選択や自己決定の機会が増えている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
大きな課題は、医療連携体制の構築と職員の安定雇用であるが、課題に対しては中・長期計画や事業計画に取り上げて取り組んでいる。利用者個々の自己実現、自立支援にも取り組んでいる。意思を口頭で伝えられない利用者が、パソコンを使ってメールで意思を伝えることを欲し、訓練の結果手が動くようになってメールの作成が可能となり、さらに“箸”が持てるようになって食事自立が叶った例もある。			

## 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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の規程類によって管理者の職務分掌は定められているが、さらに「グループハウスなぐら組織図」や「グループハウスなぐら体制表」によって自らの責任の所在を明らかにしている。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者の法令遵守に対する意識が職員全般に行きわたっている。職員会議には非正規職員にも出席を求め、「障害者差別解消法」の研修には非正規職員も参加した。研修効果の確認のため、会議の中で関連する質問をして理解度をチェックしている。それらの取り組みが有効に作用し、正規職員と非正規職員との間には、コンプライアンスに関する意識差は感じられない。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
早い時期から第三者評価の受審をサービスの質の向上の手段と捉え、これまでも定期的に受審し、今回が4回目の受審である。中・長期計画や事業計画には、「家族」や「地域」を巻き込んで共に利用者を支えるための取り組みが盛り込まれており、確実にサービスの質の向上(利用者の満足度の上昇)が図られている。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者の先見性が効果を発揮し、様々な取り組みが実を結んできた。アナログ中心であった文書や記録の管理を、パソコンを使ってデジタル化を図り、独自のデータベースを構築して各種データの一元化が実現した。支援の内容を分析し、関連する支援を相互にリンクさせて利用者支援の円滑化につなげた。関連する支援をリンクすることで、職員の情報共有にもつながった。		

### 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
課題の一つに「職員の安定雇用」を挙げており、地域からの職員採用が難しいところから、抜本的な解決策を模索している。次年度(28年度)には、地域の住民を対象とした介護職の初任者研修の開催を計画しており、成果が目される。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
法人の方針として、人事考課制度を導入して処遇を決めることを善しとしていない。昇給、賞与は法人の定めによって一律に設定されており、労働組合からも異論は出ていない。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
働きやすい職場づくりを進めており、ライフワークバランスにも留意している。有給休暇は一般職員を優先取得させており、職位や職種によっては取りやすさに差異が出ている。利用者への支援、特に利用者希望に応える外出支援等は、職員のボランティア精神に頼らざるを得ない部分もあり、職員からの不満の声はないものの改善のための検討を要す。			
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			
人事考課の制度がなく、これまで実施されていた個別面談に替わる仕組みも構築されておらず、職員個々の教育ニーズの把握が難しい状況である。法人主導では階層別の意識教育を行い、事業所単位では実務や支援に役立つ研修を中心にしている。キャリアパス制度や人事考課制度の導入を検討し、職員の目標管理と連動した仕組みの構築が待たれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人の第5期総合計画(2014年策定)の中で階層別の研修体系を確立させている。新人、3年目職員、5年目職員、主任、新任管理職登用者等が対象であり、実施後には「出張・研修報告書」の提出と共に職員会議で報告させている。研修資料等の回覧もルール化されているが、実施された研修に対する効果の検証や研修自体の必要性評価が実施されていない。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の制度として、新人研修や3年目職員研修、5年目職員研修等、階層別研修が体系化されている。事業所では職員の研修受講記録や保有する資格等の情報が職員ごとにデータベース化されており、研修規模の大小を問わず年間100件の研修機会が提供されている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
実習生の受け入れに関しても地理的な悪条件が障壁になっており、積極的な受け入れとはなっていない。受け入れるための資格者の育成ができていないことから社会福祉士実習生を受け入れる体制になく、今年度は理学療法士実習生1名の受け入れに留まっている。			

### 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価を定期的を受審し、提供するサービスの透明性の確保の一手段としており、事業所の方針として、「いつでも、だれが来ても」オープンに受け入れる姿勢を持っている。苦情解決の仕組みを構築し、法人のホームページには苦情の受け付けから解決までの手順について詳細な説明がある。しかし、苦情の内容や改善・対応の状況を公表する仕組みの構築がない。			

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の実施があり、内部の牽制体制は構築されているが、外部専門家による外部監査の実施はない。		

## 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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
人の往来の不便な土地であるからこそ、地域との交流・連携を強め、遠方より来訪する人々の増加を狙った取り組みがある。地域イベントである「アートフェスタ」や「食彩フェスタ」、「地区運動会」等には積極的に係わり、福祉村あがての「キラリン祭り」には500名を超える来場者がある。祭りでは、500本を超える鯉のぼりの旗竿が立ち並び、春の風物詩ともなっている。		
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
高校のボランティア部の生徒が定期的に訪れ、教師や民生委員・児童委員に加えて家族のボランティア参加も活発に行われている。受け入れのマニュアルが整備されており、ボランティアの名簿も完備している。事業計画にも取り上げ、その取り組みの結果(評価・反省)を事業報告書に記載している。		
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地域に社会資源として活用するものは少ないが、重度の障害を持つ利用者が多く、高齢化も進んでいることから医療機関との連携は欠かせない。総合病院は事業所から40キロ離れた遠隔地にあるため、地域の病院を介して総合病院と連携する仕組みを作っている。逆に、狭い地域環境を有効に利用し、様々な会議や集会で頻繁に顔を合わせる人たちと積極的に関係を構築している。		
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 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
同法人の複数の事業所で構成する福祉村の地域交流センターを地域に開放し、定期的に空手教室、子育ての会、夏休み学習会、敬老会等が開催されている。介護職養成のための初任者研修の開催を計画しており、資格取得者を地域の福祉施設に紹介する予定である。災害時のために福祉避難所としての登録があり、緊急一時的に地域の高齢者を預かったこともある。		
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		
相談支援事業所と居宅介護支援事業所が併設され、地域の情報や福祉ニーズが詳細に把握できるようになった。他の事業所で受け入れが困難な障害者をも、「最後の駆け込み寺」として受け入れる方針を持っている。地域公益を優先し、利用者本位の支援を実践しており、管理者、職員共に使命感、責任感が強く、献身的な取り組みの数々を高く評価したい。		



## 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			
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を明示しており、障害者権利条約・虐待防止法・差別解消法等の学習を行い、職員が共通の理解を持つための取組を行っている。			
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	㉑ ・ b ・ 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係る規程・マニュアル類が整備されており、職員の理解を得るための研修が行われている。毎月虐待防止委員会を開催し、マニュアルに基づいた福祉サービス提供についての検証を行っている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者が福祉サービスの情報を得やすいように、パンフレットを配布する等で分かりやすく情報を提供している。見学や体験利用も希望に対応している。課題はホームページの活用。法人のホームページに事業所の案内があるが、提供している情報量があまりにも少ない。交通の不便な立地であり、事業所へ足を運ぶことが難しいだけに、ホームページを有効に活用して情報提供することを期待したい。			
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			
重要事項説明書や契約書等の漢字にルビを振ったり、絵で説明する等の工夫をして分かりやすく説明している。サービスの開始や変更時には、利用者や家族の同意を得たうえで、その内容を書面で残している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
他の事業所での受け入れが困難な最重度の障害者をも受け入れており、事業所等の変更や家庭への移行事例がほとんどない。しかし、移行等の必要性が生じた場合には福祉サービスの継続性に配慮した引継ぎを行うこととしている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
ケース担当職員による個別面談を定期的に行い、利用者の要望等の聞き取りをしている。月2回開催の利用者の自治会に職員が参加し、要望等を聞く機会としている。さらに、年8回開催されている家族会に職員が出席し、家族からの要望を聞くようにしている。今回の評価の中で実施した家族アンケートについて、家族から出された意見を検討し、利用者満足を繋げる取り組みに結びつけられることを期待したい。			

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		
苦情解決体制が整備されており、利用者や家族への周知が図られている。苦情内容の受け付けと解決を図った記録は適切に管理されている。苦情解決の仕組みは、ホームページにも分かりやすく掲載されているが、苦情解決後に結果を公表することや、その公表の方法等を書き加えることが望ましい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者が相談しやすいスペースとして相談室を設けている。職員は利用者の声を大切にす姿勢を持ち、リハビリの時にマッサージをしながらでも話を聞くようにしている。ケース担当職員やサービス管理責任者を中心に面談し、意見や相談等を聞くようにしている。聞き取った意見や相談等の処理が、職員によってばらつきの出ないように、職員に対しての周知やルール作りが期待される。		
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		
個別面談や自治会で出された利用者からの意見や相談に対しては、部会や職員会議の議題として取り上げて内容を検討している。相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、職員会議等で検討した結果の記録や周知について、対応マニュアルを作成しておくことが望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
リスクマネジメント委員会を設置し、月1回会議を開催している。事例検討を行ったり、職員研修の企画・立案を行ったりしている。今年度、事故報告書が53件、ヒヤリハット報告書が140件出されており、その事例を検討することで、事故の再発防止や未然防止に取り組んでいる。非常勤職員にも浸透しており、職員の安全に対する意識の向上が見られている。研修では、日常生活の中での危険予知や気づきのトレーニングを行っている。		
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		
「感染症対策マニュアル」を整備し、安全衛生委員会を定期的に開催している。マニュアルに基づき、感染防止・感染経路の遮断等を徹底している。感染症に対する抵抗力が弱い利用者もいることから、定期的に職員研修を行い、常に感染症に対する危機意識の醸成に努めている。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
消防計画を策定し、定期的に防災訓練・避難訓練を行っている。食料等の備蓄品や防災用品を整備しており、地域の消防団との連携も図られている。事業所は7棟(7ハウス)から成り立っているが、災害時にはハウス間で協力体制が取れるようにしている。		

### 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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法として各種のマニュアルを整備しており、随時見直しが行なわれている。職員会議において、担当より実施方法のチェックや指導が行われている。		

	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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>年度初めに、生活支援・医務・リハビリ・栄養士・事務のそれぞれの部署で見直し作業を行い、サービスの質の向上を図っている。</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>フェースシート、アセスメントシートにより、定期的にあセスメントが行われている。個別支援計画の策定の際には、利用者や家族と個別面談を行い、利用者や家族のニーズを把握し、個別支援計画に具体的に反映させている。</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>リハビリ計画は3ヶ月、生活支援計画は6ヶ月に一度、評価・見直しを行っている。見直しによって変更した部分については、共通する記録システムにより、職員間で情報を共有できるようになっている。</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>実施状況の記録は、手書きとパソコンを併用して行っている。パソコンのネットワークシステムにより、どこからでもデータ入力と確認ができる体制となっている。記録する職員によって記録内容や書き方に差異が生じないよう、「記録作成要覧」等の手順書の検討を望みたい。また、引き続き研修の充実を図っていくことが望まれる。</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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>個人情報保護規程や文書管理規程が作成されており、記録に関する管理体制が整備されているが、個人情報に対する職員の意識を高めるための教育や研修の充実が望まれる。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>重度の障害者が地域で生活するためには、様々な問題があり困難なことが多く、利用者や家族からは、ここ数年地域移行のニーズは出て来ていない。終末期の過ごし方について家族と意見を交換し、退所を含め、その時の対応を万全なものとするための体制を構築している。</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			
重度の障害者が多く、コミュニケーションをとることが困難な場合が多い。会話以外に文字盤やトーキングエイド・手話などを利用できるように支援している。基本的には、傾聴の姿勢で利用者が何を言いたいのか表情や身振り手振りで聞き取るようにしている。			
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			
利用者の主体的な活動を支援するため自治会を開催している。自治会は法人全体で月1回、事業所内で月2回開催されている。自治会担当職員を2名配置し、自治会での困りごとや要望に対して側面的に援助している。余暇時間の活動を充実させるため、余暇担当職員を決めており、余暇の有効活用を図っている。利用者の希望に応え、非番の職員が遠距離の目的地(テーマパーク、イベント会場等)まで付き添うこともある。			
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			
利用者の多くが全介助であり、自力で行える日常生活に制限があるため、安全確保を主とした見守りの体制を取っている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者の多くが最重度の障害を持っているため、エンパワメントの理念を活用しづらいこともあるが、利用者の能力に応じて調理や買い物を行っている。作業では、能力に応じた役割を持たせるようにしており、生きがい作り、やりがい作りに繋げている。利用者を受入れる地域社会の整備(地域の障害者理解を促す活動)にまでは手が回っていない。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に基づいて、利用者個々に栄養量や食事形態を決めている。食事介助の標準的な方法はマニュアルで決められている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
嗜好調査は定期的ではなく、随時行うようにしている。毎月行われている給食会議には利用者の参加はないが、利用者からの要望を事前に聞き取り、献立に反映させている。「キザミ食」の利用者であっても、事前には刻まず、利用者の体調や嚥下・咀嚼の状態、好き嫌い、食事(おかず)の硬さや柔らかさ等を判断材料とし、一口ずつその場で適切な大きさに刻んで食べさせる介助を行っている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事は屋食以外は各ハウス(グループ)にて喫食している。ハウスでは4~5人単位で生活しており、快適に食事が摂れるように環境に配慮している。食事時間には2時間程の時間帯の幅を取っており、嚥下や咀嚼に難がある利用者にとっても十分な時間である。			

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		
利用者一人ひとりの健康状態や留意事項を確認し、入浴介助に当たっている。「入浴介助マニュアル」に基づき入浴介助を行っており、個別に配慮を必要とする利用者は、個別支援計画に取り上げて支援している。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
入浴は週3回実施しており、利用者が不公平感を抱かないように入浴の順番はルールを決めて行っている。浴槽は10ヶ所あり、その内の7ヶ所を24時間使えるようにしている。		
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		
浴室・脱衣室の設備や入浴機器については、利用者が快適に安全に使えるよう検討し工夫している。浴室・脱衣室は、プライバシーにも配慮した構造となっている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
排泄介助が必要な利用者については、個別支援計画に介助の内容を記載しており、個別に介助マニュアルを作成している。排泄介助の結果は、所定の様式により記録している。しかし、重度の身体障害者に対する排泄介助は、経験年数の差がそのまま職員ごとの支援の巧拙につながりやすい。計画的にOJT教育を実施し、職員の介助技術の均一化を図っている。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
身体状況に応じて、設備や補助具の改善をしており、常に清潔に保てるよう清掃をしている。冷暖房設備があり、排泄に関する環境に問題点はない。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
自分で選択できる利用者に関しては、自分で選んでもらっている。衣類の購入は、ネット購入や職員が代わって購入して行く場合がある。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
衣類の着替えは、基本的には起床時と就寝前に行っている。汚れたり破損した場合は、即座に着替えるように支援している。しかし、汚れや破損によっては着替えの必要性は、ほとんどの場合職員の判断によって行われており、判断する職員によっての価値観には差異がある。その価値観の差が支援の差につながらないように、着替えの要否を判断する汚れや破損の程度について、統一できる最低限の基準を設けることを望みたい。		

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		
基本的には、7週間に一度来訪する移動理・美容車を利用している。必要に応じて、職員が整髪や化粧の手伝いを行っている。重度の障害を持った利用者が多く、ほとんどが車椅子利用で寝たきりの利用者もいる。そのような状況下で外出機会は少ないが、希望外出等の外出時には、利用者の意思を最大限に尊重し、社会人としてふさわしい整容で外出している。		
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		
職員の実家の美容院が地域内にあり、一部の利用者が利用している。地域の理・美容院への同行支援には2名の職員が必要であり、ほとんどが60km以上の遠距離にあることから、これ以上の支援は困難な状況である。		
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		
居室は全室個室で、利用者の使いやすいように寝具等を配置している。夜間の対応については、体位交換やおむつ交換、不眠者への対応等マニュアルに基づいて対応している。対応した内容については所定の記録用紙に記録し、職員間の情報共有を図っている。		
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		
健康管理マニュアルにより、日常的な健康管理が行われており、健康維持のためのプログラムが用意されている。内科医と歯科医の往診があり、健康相談や健康面での説明を受けることができる。月に一度、家族に利用者の健康状態を報告している。インフルエンザ等の予防接種は、全利用者に同意を取って行っている。		
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		
内科の協力医により、週1回の往診がある。総合病院は約40キロと遠方であるが、地域の病院との協力体制を構築し、そこを通して遠方の総合病院とも緊密に連携した医療体制を取っている。		
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		
利用者が服用する薬は看護師の管理の下、服薬管理マニュアルに基づいて、誤薬等のないように二重三重にチェックして厳格に取り扱っている。薬に関しての大きな問題は発生していないが、引き続き、薬物使用に誤りのないよう確実な取り扱いが望まれる。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
年度初めにアンケートを取り、利用者の意向を確認して家族やボランティアの協力を得ながら実施している。余暇担当職員を設置し、地域の情報を積極的に取り入れて活用を図っている。「サービスの質の向上」の具体的な実践として、「毎年、提供する余暇・レクリエーションのプログラムを1種類増やす」ことを目標に挙げている。現在、車椅子ダンスの取り組みも始まった。		

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>ケース担当者を中心に利用者の希望を聞き取り、希望に応じた外出となるように企画し実施している。一年を通じ、毎月計画的に外出支援を企画しており、ホールの壁面には月別の行き先と参加する利用者名が貼り出している。また、利用者の希望に沿って、遠方のテーマパークや人気グループのライブ等に、非番の職員がボランティアで付き添い・同行する支援も行っている。</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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>外泊は基本自由であるが、家族の事情により利用者の希望と調整が付かないこともある。遠隔地に住んでいる家族が多く、家族の高齢化も進んでいるため、家庭への外泊は減少する傾向にある。今後、帰省できる利用者、帰省先を失った利用者などに不公平感が出る恐れがあり、「低きに合わせる」ことがないよう、帰省できない利用者にはその間事業所内で楽しく過ごせるよう配慮している。</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>預り金管理規程により、利用者ごとに小遣い帳を作成し、毎月利用明細を家族に渡して確認を取っている。一部の利用者は外出の際に買物を行う等の楽しみを見い出しているが、無駄遣いせずに金銭を適切に使って楽しむことや、金銭感覚を磨くためのプログラムの用意は少ない。</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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>新聞や雑誌は個人で購入することが基本となっており、購入したものは個人で管理・所有している。ホールやそれぞれのグループ単位に共同利用のテレビが設置されているが、テレビやラジオ、オーディオ機器等についても個人利用を認めており、希望する利用者は自室にテレビやパソコン等を持ち込んでいる。</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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>最重度の障害を持つ利用者が90%を超える状況ではあるが、希望すれば職員の全介助でお酒をたしなんだり喫煙することは可能である。飲酒を希望する利用者は2名と少ないが、事業所でルールを決めて認めており、利用者の了解を得て職員が管理している。</p>		