

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 2月8日(月)
---------------	---------------------

②施設・事業所情報

名称：障害者支援施設 杜の家（通所）	種別：生活介護	
代表者氏名：林 照美	定員（利用人数）：30名（52名）	
所在地：愛知県名古屋市名東区梅森坂3丁目4101番地		
TEL：052-709-3813		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成27年12月25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： 81名	
専門職員	（管理者）1名	（生活支援員）50名
	（サービス管理責任者）2名	（調理師）7名
	（理学療法士）2名	（管理栄養士）1名
	（看護師）5名	
施設・設備の概要	（居室数） 室	（設備等） 食堂、浴室、冷暖房
		トイレ、リハビリ室、研修室
		医務室
		（通所）生活支援活動ルーム

③理念・基本方針

法人理念

- ①ひまわり福祉会は利用者一人ひとりが望む、その人らしい生活を支援します。
- ②ひまわり福祉会は利用者及びご家族から信頼され、地域に貢献できる法人を目指します。
- ③ひまわり福祉会は全ての人々に対して開かれた、透明で健全かつ活力ある法人作りを行います。

基本方針

- ①人間中心（ピープルファースト）である
「ともに生き」「ともに学び」「ともに育み合える」人の集まりの場になる
- ②生き方の発見をする
「何のために生まれ、個をめざして生き、何に命をかけるのか」を考え今を生きることを実感し、個々の自己実現を深める
- ③地球環境市民（アースクリーン・コンシューマ）である
大いなる地球の営みの中で、自然とともに生きることを基本とし、つながりを大切にする

④施設・事業所の特徴的な取組

- 利用については曜日で固定登録利用されており、どの曜日も平均した利用者数の確保ができています。
- 一か月のプログラムは中途障害の方と脳性麻痺の方の機能別に班分けし、一人ひとり充実した活動を提供している。
- 看護師2名体制を取り、重度障害の医療処置を必要とした方の受け入れ、積極的に受け入れている。
- 年4回の季節行事1日外出や日々の活動中での施設外散策等を企画し、リフレッシュ感と交流の場が深まるような支援の提供をしている。
- 名古屋市（緑区、千種区、名東区）、隣接市（日進市）各方面への送迎サービスを行っている。
- 相互派遣研修や職員研究発表会へやのスキルアップのための研修に積極的に参加している。
- 福祉施設の役割として、看護学校、大学の実習機関として受け入れを行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年10月10日（契約日）～ 平成28年7月26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

◆ピープルファースト（人間中心）の実践

法人が基本方針として第一に掲げるのが、「ピープルファースト（人間中心）」である。全ての人が幸福を享受できるように、差別のない社会の創生を目指している。その実践が利用者の受け入れに垣間見える。職員には、理念や基本方針に裏打ちされた強い責任感と使命感がある。重度の身体障害や合併障害を持ち、他の事業所では受け入れが困難な利用者でさえも受け入れる方向で検討している。医療行為の必要な利用者でも、安定期に入っていれば受け入れる方針である。

◆活動プログラムの多様性

通所事業所の中核である活動内容について、利用者の障害特性に配慮した様々なプログラムや選択活動を用意している。毎週水曜日の特別行事は様々な事情があって参加希望者が減少気味ではあるが、その代替として家族からの要望の多い入浴を安全快適に提供する等、柔軟な対応も評価できる。常に利用者サイドに立って、ニーズに沿った幅広い支援を展開している。

◆働きやすい職場作り

ワーク・ライフ・バランス委員会や衛生管理委員会を設置し、職員の働きやすい職場作りを推進している。人事制度の一つである「D o c a pシート」のフィードバック面接と抱き合わせで就労面談を実施し、職員の意向を聞き取っている。隣接する入所事業所と比較すると、有給休暇や振替休日の取得は取りやすい状況である。総括管理者が全幅の信頼を置く生活支援次長を中心に職員のチームワークが取れており、働きやすい職場づくりが着々と進行している。

◇改善を求められる点

◆独自性のある事業計画の策定を

事業計画が隣接の入所事業所と共用となっており、事業所としての重点的な取り組みや活動が見えてこない。課題として挙げている「利用定員の安定確保」「外出企画の見直し・効率化」「送迎車両の有効活用」等が、事業計画には取り上げられていない。事業規模や事業の種類・性格等、入所事業所との差別化を図った事業計画の策定が望まれる。

◆文書化の遅れ

利用者の安全・安心な施設生活を担保し、「何のために生まれ、何を目指して生き、何に命をかけるのか」を利用者と共に考えて支援にあたっている。しかし、その高い頂を目指そうにも、そこに続く道のりの整備ができていない。マニュアル整備の遅れである。各項目の評価の中でも指摘したが、当然あるべきマニュアルの欠落が散見された。通所事業所であることを理由として「健康管理マニュアル」が作成されていなかった。サービスの対象となるのは、心身に障害・疾患を持つ利用者である。いかなる場合においても安全・安心が担保できるような仕組みづくりを望みたい。その第一歩が手順の文書化（マニュアル化）である。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の調査により「マニュアル化」「文書化」という点で指摘をうけたことについて、通所事業は、日々の利用（利用人数や利用者等）に変動があることから、臨機応変な対応も求められるが、安定した高いレベルの支援を可能にするためには、それらの作成、周知、実施の流れは重要であろうと考える。よりよいサービス、支援を提供するため早急に整備にとりかかりたい。また、サービスについて利用者からのモニタリング、評価を頂くという機会、もしくは、方法を今一度構築したい。28年度の基本方針でもある「地域貢献」の項目については概ね高評価を頂き、法人としてその時代に何が求められているのかを見極めること、そして実践する力を更に磨いていきたい。「評価機関のコメント」の一部から「職員は強い使命感をもって支援に臨んでいる」という評価を維持向上するように努めたい。

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			
支援が困難と思われる利用者についても受け入れを検討する等、理念に忠実に、管理者・職員が一丸となり使命感を持って支援にあたっている。職員の理念・方針に対する理解は深い。利用者、家族に対する周知に課題を残している。家族会の設置がなく、組織的な意思伝達の機会が少ない。契約時や個別支援計画の説明時の面談、送迎時の会話、広報誌等に頼ることとなるが、利用者にも分かりやすい説明資料の作成等も検討の余地がある。			

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			
総括管理者が県の身体障害者施設協議会の副会長を務めており、市のデイサービス連絡協議会、区の自立支援協議会等からも有効な情報を取得している。隣接する同法人の知的障害者施設の管理者とも連携し、全国レベルの情報も得ている。			
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			
「職員育成」は事業所運営の根幹をなす課題であるが、その他に、「利用定員の安定確保」、「外出企画の見直し・効率化」、「送迎車両の有効活用」等を課題としている。それぞれに改善・改革案を検討している段階であるが、決定打は打っていない。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人として平成26年度～30年度を対象とした中・長期計画を策定しているが、事業所としての中・長期計画は策定されておらず、法人の中・長期計画を準用している。その法人の中・長期計画に関しても、適切な見直しが望まれる。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の中・長期計画はないが、法人の中・長期計画を基に法人の事業計画が策定されており、それに沿った事業所の事業計画を策定している。ただし、入所事業所、通所事業所が同一の事業計画を策定しており、事業規模や事業の種類・性格等、差別化を図った計画策定が望まれる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画を同一施設内にある入所事業所と共用しており、事業計画に盛り込みたい「利用定員の安定確保」、「外出企画の見直し・効率化」、「送迎車両の有効活用」等の課題への取り組みや進捗管理の状況が見えてこない。抽出した課題を確実に改善していくために、事業所独自の事業計画の策定が求められる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
家族会を持たないことから、事業計画を利用者・家族に組織的に伝える手段に乏しい。利用者の関心も、水曜日に実施される特別行事に集中しており、事業全体を見渡す雰囲気は醸成されていない。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の満足度を「サービスの質の向上」のバロメーターと考えると、水曜日の特別行事日の参加希望者数が下降してきている点は気がかりである。外出(特別行事)に替えて、入浴サービスを実施することにより利用者の満足度の維持にはつながっている。サービスの質の向上の実態を把握するためにも、定期的(時期を決めて)・定常的(項目を決めて)な利用者満足度の調査が必要であろう。			
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			
取り組むべき課題は明確になっているが、事業計画への盛り込みがないこともあって職員全体への周知に欠ける。課題の改善については、改善の方法だけでなく、責任者(担当部署、委員会等)や改善期限(スケジュール)を定めて取り組むことが望ましい。			

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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
組織上の総括管理者(施設長)の下に生活支援次長(サービス管理責任者)を置き、実質的な管理者業務は生活支援次長に委ねられている。「杜の家 組織図」にも、生活支援次長の役割と責任の所在が明記されている。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
生活支援次長自らが積極的に関連する研修を受講し、所管する職員全体会議で職員への周知を図っている。職員のコンプライアンスの意識は強く、利用者の権利擁護に関する研修にも積極的な参加がある。法や制度改正には、適宜研修を実施することを決めている。		
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 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
第三者評価は初めての受審であるが、サービスの質の向上を目指して意欲的に取り組んだ。自己評価を実施する段階で、既にいくつかの大きな改善の機会(課題)を見つけている。その一つがマニュアル整備である。高いレベルで均一的な支援を可能とするためには、各種マニュアルの整備が不可欠であることを学んでいる。		
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 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
利用者数が利用定員を満たせず、経営面での大きな課題となっている。自らが所管する相談支援事業との連携を図り、安定的な通所利用者の確保を目指されたい。送迎車両の有効活用に暗雲が漂っているが、送迎ルートの見直しや送迎車両の適切性評価(車種、台数、乗車定員等の検証)、さらには送迎体制の再構築をも視野に入れて取り組んでほしい。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
事業所としての中・長期計画を持たないことから、将来的な必要人材に関する文書化されたプランはない。しかし、生活支援次長の脳裏には、「社会福祉士資格を有する職員」、「精神的にタフな職員」を求めるベクトルが築かれている。身体、知的、精神の3障害の利用者を混合して受け入れようとしており、その布石ともいえる。人事政策を含んだ事業所独自の中・長期計画の策定が待たれる。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
「Do-capシート」を使った人事管理が行われており、職員処遇はこのシートを利用して実施されている。残念なのは、このシートが人材育成面で活用されていないこと。構築中のキャリアパス制度と連動させた「Do-capシート」の活用が図られれば、総合的な人事管理システムの構築は完成へと向かう。		

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			
ワーク・ライフ・バランス委員会や衛生管理委員会を設置し、職員の働きやすい職場作りを推進している。「Do-capシート」のフィードバック面接と抱き合わせで就労面談を実施し、職員の意向を聞き取っている。入所事業所と比較すると、有給休暇や振り替え休日の取得は取りやすい状況である。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
「Do-capシート」の活用が課題である。シート分析から職員一人ひとりの不足力量をあぶり出し、教育ニーズを把握して研修計画につなげてほしい。さらに、職員個々が目指すべき目標を明確にするためには、キャリアパス制度の導入が不可欠である。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の中で、「将来を見据えた人材の育成」と題して方針を述べ、さらに一覧表で研修の内容を明確にしている。研修の具体的な実施計画は、法人の研修委員会や事業所の教育委員会が作成している。実施後には報告書の提出を求め、主任と生活支援課長が研修の有効性の評価を行っている。報告書には、適切な評価コメントが記載されていた。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
法人全体の研修は研修委員会が計画し、それを補完する形で事業所内研修を教育委員会が計画している。外部研修への参加も推奨しているが、法人としての教育・研修体系の構築がないことから、教育機会に関しても職員個々の偏りが見られる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
入所事業所で受け入れた社会福祉士実習生を部分的に受け入れたり、独自に看護実習生を受け入れる等の取り組みがある。しかし、受け入れの目的や手順を定めたマニュアルがなく、実習実施後の評価・反省も記録として残されていない。早期に、実習生受け入れのマニュアル整備が進むことを期待したい。			

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業内容や事業所の状況は、ホームページや広報誌を媒体として公表されている。ただ、ホームページに関して言えば、入所事業所のブログコーナーの情報量に大きく水を掛けられている。また、受け付けた苦情等に関しては、一般への公表の仕組みが構築されていない。			

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 ・ ㉔ ・ 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、公認会計士による会計チェックも行われている。外部専門家による体系的な監査の実施はない。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域との交流・連携は隣接の入所事業所との合同で実施することが多い。救急救命(AED、心肺蘇生等)の資格取得講習会を実施し、地域に対しても参加を呼びかけ、今年度は5名の資格取得があった。「杜の家まつり」では、吹き矢が障害者スポーツとして地域に紹介され、地域の障害者理解に一役買った。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの来訪はあるが、固定化が見られ不足感につながっている。ボランティアの新たな発掘が待たれるが、まずは受け入れのマニュアル整備を望みたい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入所事業所と同一の事務所を使用しており、事務所には社会資源を網羅した「障害福祉ガイドブック」が備えられている。関係機関との連携は、相談支援事業の相談支援専門員を介して十分な状況を保っている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
災害時を想定して炊き出し訓練を実施し、福祉避難所としての指定も受けている。救急救命研修には地域からの参加もあり、5名が資格取得を果たした。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
総括責任者が県の身体障害者施設協議会の副会長を拝命していることや、法人の組織力や受け入れ実績が豊富であることから、職員は強い使命感をもって支援に臨んでいる。重度の身体障害を持ち、他の事業所では受け入れが困難な利用者までも受け入れの方向で検討している。医療行為の必要な利用者でも、安定期に入っていれば受け入れる方針である。			

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			
理念、倫理要綱は玄関先の壁に明示され、誰もが見られる状況で、利用者主体の意識がうかがえる。個々の職員へは、法人や事業所による新任研修時等で周知している。			
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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の権利擁護に関しては、虐待防止委員会により様々な角度から検討されている。プライバシーに関しても十分な配慮がなされている。個人情報の取り扱いについては、規程による縛りを設け、職員個々に使用同意書を取り、さらに職員倫理に関しては就業規則で定めている。作成中のプライバシー保護のマニュアル、意識調査などの取り組みが急がれる。			
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 ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント			
パンフレットやインターネットによる分かりやすい法人及び事業所の紹介があり、体験利用等も行われている。法人内の相談支援事業でも広く広報している。同法人の入所事業所同様、日々の取り組みをブログのコーナーを設けて紹介する等、さらなる情報提供を望みたい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
サービス開始時の十分な説明と同意、変更時には相談支援事業所と連携し、様々な配慮をもって対応している。ただ、意思決定が困難な利用者に対しての配慮については対応ルールが定められておらず、職員の力量に委ねられている点が課題である。			
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 ・ ㉕ ・ c
評価機関のコメント			
サービス変更時の引継ぎに関しては、相談支援員の個別対応、また個人の情報シート、看護サマリーが用意され、継続性への配慮が見られる。サービス終了後の対応窓口等については口頭で伝達されているが、漏れをなくす意味合いからも伝達文書の作成と一連の手順の文書化が求められる。			
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 ・ ㉖ ・ c
評価機関のコメント			
契約時、契約更新時に聞き取りが行われるが、定期的な満足度調査はなく、担当者の設置や結果分析して向上へ結びつけるシステムの構築が望まれる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の仕組みは整備されているが、具体的に苦情としてあがってくる事例が見られない。「苦情の解決、課題の解消」＝「利用者満足度の上昇」＝「サービスの質の向上」と捉え、積極的にシステムを活用して支援に活かす工夫を検討されたい。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
日々利用者の意見は聴取されているが、利用者が相談や意見表明を進んで行える環境(場所、時間、対応する職員)の整備と、説明文の作成が望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
極力、即日対応を旨としての方針を持っているが、他部署、他事業所、他法人との調整を必要としたり、時間を要する案件もある。定期的なアンケートの実施で意見を求め、様々な条件に対応する手順や方法、対応のマニュアル整備など、積極的な取り組みを期待したい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事故等のリスクに関しては手厚い対応がとられている。ヒヤリハットの分析によって事故の未然防止が図られ、事故が起きた場合には事故報告から事故後の検証、改善策(再発防止策)の作成・実施まで、一貫した対応がなされている。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
感染委員会の設置、対応マニュアルによる適切対応、全体会での検討がなされ、高い職員意識がうかがえる。しかし、利用者に対する意識の高さに比較すると、職員自身に対する自己管理が徹底されておらず、改善の余地を残している。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
防災訓練の実施、備蓄品の確保、連絡体制の整備等、きめ細かな体制が取られている。利用者の送迎車両の災害時対応マニュアル、送迎時の対応訓練等、あらゆる場面設定の下での防災訓練の実施を望みたい。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
食事、入浴、排せつなど標準的なサービス手順はマニュアル化されており、また外部研修等で援助技術の向上が図られている。		

	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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
主に、リスクマネジメントの視点からのサービス方法の見直し及び取り組みがなされている。しかし、見直しのための決められたシステムが無いため、仕組みを設けて定期に実施することが望ましい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントの段階で、介護職だけでなく看護師、PT、栄養士等、個々の利用者に関わりを持つ職員がチームで臨んでいる。質の高い福祉サービス実施計画が作成されており、高く評価したい。			
	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			
ケースに応じ、相談支援事業所の担当者も参加して福祉サービス実施計画の評価・見直しが行われている。適切な形で見直しを実施されており、問題は見られない。			
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			
日々の支援の記録が実行表に詳細に記載され、職員間で共有されている。記載事項の内容によっては、フロア会議や全体会議へ上がっていく事項もある。			
	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			
利用者に関する記録については、その取扱いに関して特別な配慮を必要とすることから、社内の研修(新入職員研修等)でも時間をかけて説明している。また、個人情報保護規程にもその取扱いが定められている。利用者サイドへは、同意書により取扱い事項を明示する等、取扱い管理が徹底されている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の生活の拠点が在宅であるため、移行ではなくサービス変更という捉え方をしている。グループホーム等の自立生活への移行計画は特に定めておらず、サービス担当者会議によりサービス管理責任者、ケアマネジャー等が共に最善のサービスを考えている。			

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>アセスメントの項目に「コミュニケーション」を加え、利用者と職員、あるいは利用者間での意思の疎通が図れるよう取り組んでいる。自らの意思を伝えることが苦手な利用者についても、家族からの情報を基に、利用者それぞれに合った対応を考える等、職員は目的を持って取り組んでいる。</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>利用者の主体性を重視する支援姿勢が見られるものの、自治会や利用者代表は設置されていない。活動に関する利用者サイドからの何らかのモニター機能が必要と思われる。</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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>個人の意向や能力を尊重した支援が行われている。家族からの日々の意見聴取も、支援方法をきめる大切な要素として重視され、過介助を防ぎ適切な支援を目指している。多くの利用者が電動の車いすを移動手段としているが、残存能力の発揮によって、ほとんどの利用者が自力で車いすを動かしている。</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>個々の主体的な活動に対して、残存能力やエンパワメントを重視した趣味活動、ボランティアによる活動、希望の外出等、様々なプログラムが用意されている。残された課題は、エンパワメントの理念に基づいた「受け入れ態勢」の用意である。希望を持って生きようとする障害者を、積極的に受け入れようとする社会の創出プログラムを準備してほしい。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者個々の個別支援計画や支援マニュアルに沿ったサービスが実践されている。その日の利用者の身体状況にも配慮した個別サービスがなされている。</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>同一施設内の入所事業所の献立と同様のため、嗜好調査は実施されていないが、昼食は2種からの選択が可能であり、適温で配膳されバランスの取れた内容である。補助具等も利用者の身体障害の特性に応じ、食べやすく介助しやすい配慮がなされている。定期的な嗜好調査の実施により、利用者の食生活がさらに豊かなものとなることを期待したい。</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>食事を提供する場所の関係や時間的な制約があって、利用者個々の希望する時間帯に昼食を摂ることは難しい。しかし、配席の工夫やテーブルクロスなどの配慮、また食事に関する会議での検討等の取り組みは評価できる。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
入浴前のバイタルチェック、個々の介助方法の確認、プライバシーの保護等、利用者個々に様々な対応がなされている。1人の利用者に対して職員2人での入浴介助も増えてきており、適度の職員連携の中で安全に配慮した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		
アセスメント時に利用者個々に入浴希望を取り、入浴時間帯の希望にも極力沿うように支援している。失禁があった場合には、浴室で着替えたり、シャワーを使うことがしばしばであるが、プライバシーや羞恥心に対する配慮を持った支援が行われている。		
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		
入浴機器の導入やその使い勝手等、入浴環境については委員会で検討され、現場の支援に反映されている。プライバシーやエアコン等の環境も整備されている。		
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		
事前のアセスメントや個別支援計画に基づき、プライバシーが守られた安全な排泄介助がなされている。また、利用者個々の排泄の形態に合わせた用具の工夫があり、排泄チェックも個々になされ適切な状況である。		
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		
快適な環境へ向け毎日の清掃と共に、衛生管理委員会で設備備品や臭いなどの検討がなされている。毎日の清掃が行き届いているせいか、トイレ設備の老朽化は気にならない。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
在宅のため、利用者の衣服は家庭で管理されており、その購入についても本人もしくは家族が選択している。事業所、職員の積極的な支援はなく、個別の相談に答えたり、外出時での購入支援程度を行っている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
汚染時、発汗時の交換は適宜実施しており、入浴時には持参した衣服に着替える支援を実施している。汚れや破損の程度による着替えの基準こそないが、着替えが必要な場合の支援に関する手順は定められている。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
入浴後の整髪や整容支援は必要に応じて実施している。事業所にて理・美容を提供する場合には、あらかじめ利用者から好みのカットを調査しておき、理・美容提供事業者へ伝えている。社会人として許容される服装、化粧、髪形、カラーリング、装飾品等に関する学びの場の提供が望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
地域の(馴染みの)理・美容店の利用希望には家族が対応しており、事業所としての支援はほとんどない。月1回事業所内の業者による理・美容を実施しており、髪形等に関しては利用者本人や家族の意向に沿って行われている。		
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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
毎日、来所時にバイタルチェックを実施し、日々の家族との体調連絡、定期健康診断等、健康管理への意識は高い。また、看護師による健康チェックも行われ、緊急時に個人の病歴や投薬内容、かかりつけ医等が分かる個票も用意されている。通所事業所ではあるが、身体に疾患を持つ利用者が支援の対象であり、健康管理に関する相応のマニュアル整備を願いたい。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
通所事業所のため、基本的には家族対応による医療機関受診となるが、体調急変時や事故の際は地域の医療機関を受診し、必要時は救急車を要請して救急搬送している。前問同様、基本的な対応マニュアルを用意することが望ましい。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
家庭からの連絡袋に入れられた薬が、実際に服薬されるまで4～5重のチェックで管理されている。薬に関する保管・管理マニュアルや与薬マニュアル、取り違い時の対応マニュアル等、基本的な取り扱いの方法や手順を整備したい。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
水曜日が特別行事日となっており、季節に合わせて様々な行事やレクリエーションが用意されている。実施に際しては利用者から参加の希望を募り、安全を優先して参加者数を限定して取り組んでいる。ボランティアも参画して内容の濃いものとしているが、内容については職員サイドで企画立案されている。企画段階から利用者の参画を促し、その意向が反映されるような取り組みとなれば、特別行事日はさらに有意義な一日となろう。		

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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者が共同で使用する新聞やテレビは、共用スペースで自由に見ることができる。特段のトラブルも発生していないことから、利用者と事業所間、あるいは利用者間での利用についての取り決めはない。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
喫煙に関しては、利用者の同意の下に指定された時間と場所で認められている。健康被害についての言及までは行わず、利用者本人の意思が尊重されている。しかし、受動喫煙等、他の利用者への健康配慮等も必要であることから、一般的な常識としての全利用者対象の研修の機会が持たれることを期待したい。		