

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 1月13日(水)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：障害者支援施設 杜の家	種別：施設入所支援、生活介護	
代表者氏名：齊藤英昭	定員（利用人数）：60名（60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： 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
施設・設備の概要	（居室数）40室	（設備等）食堂、浴室、冷暖房
		トイレ、リハビリ室、エレベーター

③理念・基本方針

<p>法人理念</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>基本方針</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>
--

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・年間18本の外出と3本の旅行を組み入れている。
- ・毎日午前、午後に活動を取り入れ利用者様へ充実したサービスを提供している。
- ・ふれあい交流広場やサマーセミナー等、利用者様と外出し地域との交流を深め障害者理解を広めている。
- ・福祉機器を積極的に取り入れ高齢化、重度化対策及び職員の介助負担軽減に努めている。
- ・職員が働きやすい環境を提供するため業務改善を積極的に行っている。
- ・相互派遣研修や東海北陸研究発表大会や法人内研究発表大会に参加し職員のスキルアップに努めている。
- ・喀痰吸引研修への積極的な参加を図り利用者様への安全に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年10月10日（契約日）～ 平成28年7月27日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	1回（平成24年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆「喀痰吸引等研修事業」の推進

利用者の高齢化・重度化に伴って身体的な介護の比重が増え、医療的介護の必要性が高まってきた。かつては看護師等の専門資格を持つ者にしか認められていなかった「喀痰・吸引」の医療行為も、数年前から定められた研修を受講することによって介護職にも実施が可能となった。支援の現場では、「喀痰・吸引」を必要とする利用者が多く、実施できる職員は少ない。総括責任者が業界団体（身体障害者施設協議会）の役員であることから、業界団体主催の「喀痰吸引等研修事業」を計画・実施し、研修会場をも提供している。

◆柔軟性を持った「委員会」制度

事業所内には多くの委員会が存在する。様々な手段によって課題が明確になると、継続的に改善活動が必要な案件に関しては直ちに「委員会」が立ち上げられ、具体的な改善計画や取り組みが始まる。必要に応じての柔軟性があり、利用者の権利擁護に関して「利用者対応改善委員会」が、職員の働きやすい職場作りの推進として「ワーク・ライフ・バランス委員会」が立ち上がった。

◆高齢化・重度化に対応して

利用者が安心・安全に施設で生活できるように、医療行為のニーズに対応した取り組みや、高齢化・重度化に対応した取り組みを行っているが、特にターミナルケアについては特徴的な取り組みとして高く評価できる。訪問調査日のホールには、数日前に亡くなられた利用者の遺影が仮設の祭壇に飾られていた。計画的に支援に必要な機器を導入し、利用者の日常生活における健康管理体制を整え、感染症予防対策や健康の維持・増進のために様々なプログラムを用意している。

◇改善を求められる点

◆「D o c a pシート」の活用を

人事考課制度の柱ともなる「D o c a pシート」の有効活用が図られていない。自己査定、上司査定後にシートを挟んでのフィードバック面接も組み込まれており、的確な職員処遇への重要なツールとなっている。ところが、このシートの分析が十分には実施できておらず、職員個々の不足力量の抽出や必要な教育・研修の把握には至っていない。シートの分析から、職員個々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。

◆サービスの質の向上のために

サービスの質の向上を目指し、第三者評価の定期的受審、QC委員会や利用者対応改善委員会の活動等によって、利用者を取り巻く周辺環境や状態を評価・分析している。しかし、「サービスの質の向上」＝「利用者満足度の上昇」と考えた場合に、利用者サイドから見た指標も必要となる。その手段としては利用者や家族に対するアンケート等が考えられるが、サービスの受け手である利用者の満足度を継続的、定常的に調査して改善に結び付ける取り組みが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・D o c a pシートの活用に関しては、指摘されたように個々の研修の方向性を導き出せていないと感じている。今後面談を通して、職員の支援に対する思い、希望、目標を明確に出来るようにしていきたい。

・利用者満足度と家族の満足度のズレを感じている。
定期的な利用者面談、アンケート（内容をわかりやすく検討する必要性がある）を実施しながら、向上させていきたいと考えている。

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。

(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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
分かりやすい理念に変更し、機会あるごとに理念から支援の内容までを説明している。年に1回、職員に対して理念の理解度を確認しているが、完全に周知・理解されているとは言い難い。理解・判断能力に制限のある利用者に対しても、理解が進むような取り組みを期待したい。			

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			
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、情報の取得には不足がない。加えて、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。業界団体として喀痰・吸引の資格取得研修を率先して進める等、状況判断も的確である。			
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			
地域、災害対策、利用者の医療ニーズ、高齢化・重度化、マニュアル整備、法令・制度の理解、働きやすい職場作り等を現状の課題として抽出している。それぞれの課題を事業計画に取り上げ、職員全体の関心事として取り組んでいる。			

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 ・ ① ・ 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いない。法人の中・長期計画自体に関しても、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		
法人の中・長期計画から単年度の法人の事業計画が策定され、それを踏まえて事業所としての事業計画を策定している。課題を分類・整理して「事業計画表」にまとめ上げており、責任部署(担当する委員会等)の明示もある。詳細な実施計画は責任部署で作成されているが、「事業計画表」段階で数値目標を設定することが望ましい。		
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		
前年度の事業計画を総括し、それを反映させて次年度の事業計画を作成している。事業計画の一つひとつに責任部署が明示されていることから、計画作成、実施状況の進捗管理、評価・見直し等はルーティンとして組織的に実施されている。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
年間4～5回の家族会が開催されているが、保護者の高齢化や死亡等によってキーパーソンの交代期に入っており、参加率が下降気味である。家族会に不参加の家族に対しては、毎月発行している家族向けの便りを使って説明したり、資料を送付したりしているが、事業所の事業運営に無関心の家族も存在する。家族会への参加率向上が当面の課題と言える。		

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		
知的障害を合併する利用者もいるが、もともとは身体障害者施設であり、ほとんどの利用者が車いすを利用し、身体介護を必要としている。そのため計画的に介護機器の導入を行っており、利用者の高齢化・重度化に備えて終末期に対応する適切な支援のための研修も行っている。看護師に代わって職員(介護福祉士)が喀痰・吸引ができるよう、喀痰吸引等研修事業を積極的に推し進め、研修会の会場も提供している。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
抽出した課題は事業計画に取り上げて改善を図る仕組みがある。しかし、事業計画の進捗の管理が担当部署や該当する委員会に委ねられていることから、期中での職員個々への周知はやや薄い。		

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		
<p>「杜の家 組織図」には、主要な役職者の役割や責任の範囲が明記しており、管理者(施設長、サービス管理責任者)についてもその立ち位置が明確になっている。大規模災害に対してのBCP(事業継続計画)の見直しの必要性にも言及しており、強い責任感を持って事業運営に臨んでいる。</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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>職員のほぼ全員が正規職員であり、研修を重ねることによって職員間に高いコンプライアンス意識を醸成している。利用者の権利擁護に関する課題は、「利用者対応改善委員会」を立ち上げて対処しており、職員に対するセルフチェックの実施・分析から、不適切な対応を未然に防ぐ仕組みも構築している。</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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>提供するサービスの質の向上を図るため、ハード面では介護機器を計画的に導入しており、ソフト面では教育・研修を重視して職員の資質の向上を目指している。第三者評価の定期的受審、QC委員会や利用者対応改善委員会の活動によって、利用者を取り巻く周辺環境や状態を評価・分析している。課題としては、サービスの受け手である利用者の満足度を継続的、定常的に調査して改善に結び付ける取り組みが望まれる。</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 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者(施設長)の後ろには総括管理者が控えており、事業所運営は盤石な体制である。その統括責任者の全幅の信頼を受け、管理者(施設長)は積極的に業務改善に取り組んでいる。管理者自らが認めているように、高齢化・重度化が進む利用者に対応するための職員の適正配置・有効活用や、地域との交流・連携に課題を残している。</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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人の「第2期中・長期計画(26～30年度)」に、職員配置計画が盛り込まれている。職員の資質の向上を目的として、法人内には研修委員会が、事業所内には教育委員会が立ち上がっており、法人の中・長期計画に沿って活動している。</p>		
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		
<p>法人の取り組みとして「Do-capシート」を使った人事管理が行われている。このシートを使って人事考課が行われ、個別の面談にも活用されている。課題は、「Do-capシート」の処遇面への活用は図られているものの、人材育成面への横展開が見られない点である。「Do-capシート」から、職員の不足力量を明らかにし、職員個々の教育ニーズを把握して研修計画へつなげていくことが望まれる。</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	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、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て取り組んでいる。ワーク・ライフ・バランス委員会は法人内に立ち上がったばかりで実効は出ていないが、法人の就業環境整備に対する前向きな方向性を示した事例として評価したい。職位や職種によっては有給休暇の取得にバラつきがあるが、ワーク・ライフ・バランス委員会の今後の動きに注目したい。			
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			
職員個々の育成に関する客観性のある論理的指標がない。「Do-capシート」を活用して職員個々の力量を見極め、キャリアパス制度を構築して職員の目指す目的や目標を明確にすることが求められる。			
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 ・ ⑥ ・ 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ている。事業所内の取り組みは教育委員会が主導して計画・実施されているが、法人の研修委員会との連携が見えてこない。実施後には報告書の提出を求めているがそこで終了しており、研修効果を検証したり、次回の研修へつなげるための仕組みがない。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「職員研修履歴一覧表」があり、事業所内の全職員に対してこれまでに受講した研修の履歴管理が行われている。職員の外部研修への参加は、教育委員会が職員から希望を取り、管理職(管理者、主任等)が人選して参加させている。「職員研修履歴一覧表」による管理と併せ、合理的かつ実効性のある研修支援と言える。			
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			
介護福祉士や保育士を目指す実習生の受け入れがある。ただ、受け入れの目的や手順を文書化したマニュアルが存在せず、単発的な取り組みで終わってしまっている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価の定期的な受審を計画に盛り込み、今回が3年ぶり2回目の受審である。ホームページにはブログのコーナーがあり、それを利用して広報委員がタイムリーな話題を提供している。苦情等の解決の仕組みはできているが、その内容や改善・対応の状況等を公表するに至っていない。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
法人監事による内部監査は制度化されており、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が待たれる。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地域の障害者理解を進めるため、積極的な地域への働きかけがある。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。小学校へ出前講座に出かけ、ポッチャ、吹き矢等を一緒に行き、子どもたちに障害者スポーツへの関心や理解を進めている。		
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		
ボランティア受け入れのマニュアルがあり、「杜の家まつり」や「めいとう福祉まつり」には高校生、大学生、地域の有志、元職員等がボランティアとして活躍する。一年間の活動は委員会報告で総括されているが、次年度計画への反映は薄く、積極的なPR活動の展開によってボランティアの裾野が広がることに期待したい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
社会資源を網羅した「障害福祉ガイドブック」があり、緊急時の円滑な対応のための医療機関のリストが事務室と各フロアのスタッフルーム(生活支援員室)に掲示してある。市の「身体障害者施設入所調整会議」において、在宅者を含んだ利用者の利用調整が行われている。相談支援事業所との連携も密に図っている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地域に向けた救急救命の資格取得のための講座を開き、今年度は5名の資格取得があった。障害者スポーツを通して障害者理解につなげようと、小学生と「ポッチャ」や「吹き矢」を楽しみ、大きな成果を上げている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
事業所独自の問題ではないが、市全体では250名程の待機者がいる。利用定員に限りがあることから、相談支援事業所と連携して緊急性の高い待機者を短期入所(緊急一時)事業として受け入れている。		

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	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」を始めとして利用者の基本的人権を守るための各種の規程が整備されている。引き続き定期的に勉強会や研修を積み重ねることで、職員が共通した理解を持って支援に当たれるような体制を確保することが望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
運営規程や重要事項説明書に利用者のプライバシー保護や虐待防止に関する事項が明示しており、マニュアルや規程が整備されている。虐待防止に関しては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や、職員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を図る取り組みを行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
施設の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ホームページ(ブログのコーナー)等で積極的に提供しており、必要に応じて施設内の見学や体験利用を行っている。利用希望者は一括して市で管理しており、入所調整会議にて利用者の調整を行っている。			
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	① ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始に当たっては、重要事項説明書や契約書により丁寧に説明し、同意を得たうえでサービスを開始している。福祉サービスの変更にあたっては、変更となる施設の情報を事前に伝え、同意を得たうえでサービスを変更するようにしている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
福祉施設の変更については、相談支援事業所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、利用者や家族が不安なく移動できるように分かりやすく説明してもらっている。しかし、利用者が環境の変化を嫌うためか、変更に至る事例が非常に少ない。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇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			
班のミーティングや利用者会にて、利用者の意見や要望を把握するように努めている。利用者満足の上昇を図るため、担当職員が定期的に利用者や家族と面談したり、利用者や家族にアンケートを取る等、積極的に意見や要望を聞き取ることが望まれる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
法人として「苦情解決規程」を制定しており、苦情解決のための仕組みができています。実際に苦情として対応した事例がないため、この仕組みが十分に機能しているかの判断は難しいが、苦情にまでは至らない意見や要望等への対応を含めて、職員間で取り組みの充実が望まれる。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者がいつでも誰にでも相談や意見を述べやすい環境の整備は進んでいるが、より具体的に相談や意見を出せるような配慮をすると共に、そのことを利用者に広く周知していくことが望まれる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの相談や意見があれば、日誌やケース記録に記載し、職員間で情報共有するようにしている。迅速に対応できる内容の相談・意見であれば即日に解決するように努め、班会議や全体会議にて検討を要する内容と区別して対応している。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
虐待防止委員会において「事故報告書」を取りまとめ、改善策・再発防止策を検討している。事故発生時の対応や安全対策については、マニュアルに定め職員に周知している。リスクマネジメント体制について、虐待防止委員会任せにならないよう、職員間で再確認していくことが望まれる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
感染症対策マニュアルにより、予防や発生時の対応を図る仕組みが整備されている。職員により対応が異なることのないように、医務研修や実施研修を行い、利用者の安全確保のための体制を確保している。		
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		
災害時における対応がマニュアルとして整備されており、定期的に避難訓練や消防署と連携した訓練が行われている。避難経路確保のために2階からのスロープを新たに設置する等の対策を講じている。手薄な職員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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
各種の業務マニュアルが整備されており、標準的な実施方法が文書化されてきているが、各部門毎で拡散しており一括管理すると共に、マニュアルの点検をすることが望まれる。また、職員が確実にマニュアルに基づいた支援が行えるように研修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			
個別の支援計画については、定期的な見直しがなされているが、標準的な実施方法についての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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメント手法が確立されており、担当職員により適切なアセスメントが行われている。個別支援計画の作成に当たっては、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			
個別支援計画は、各担当者が毎月モニタリングをして報告書を提出し、年2回定期的に評価・見直しを行っている。見直しによって変更した福祉サービス実施計画や、緊急に変更した場合に関係職員に周知する手順を定めておくことが望まれる。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の身体状況や生活状況及びサービスの実施状況の記録については、統一した様式により「カルテ」に記載し、職員間で情報共有するようにしている。職員によって記録内容や書き方に差異が生じないよう「記録要領」を作成したり、研修を行う等で統一を図ることが望まれる。			
	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			
利用者に関する記録の管理体制については、個人情報保護規程等により規定しており、重要事項説明書や契約書にも明示している。個人情報の取り扱いに対する職員の認識を高めるための取組みの充実が望まれる。			
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			
利用者や家族の地域移行へのニーズを定期的に聞き取っており、希望があれば情報提供や施設等の見学を実施している。家族事情等により地域移行に対する関心の薄さがあるが、家族会等の場で話題提供をして意識を高めることや、職員会議等で職員の意識を高めることが望まれる。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
意思伝達に制限のある利用者については、日常生活の中で利用者固有のコミュニケーション手段やサインを発見することを心掛けている。利用者のコミュニケーション能力を高めるための取組みを充実させることが望まれる。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉑ ・ 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を開催しており、職員が側面的に支援している。個別外出を年間で複数回計画し、利用者が主体的に参加できるよう、個別のニーズを聞き取ったうえで実施している。施設内活動は自由参加としており、日常の過ごし方は個人で選択してもらっている。利用者会で話し合われた内容を会議録として作成し、管理者の確認を得るとともに、必要に応じて協議することが望まれる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者ができることは利用者に任せ、必要とする支援を必要な程度提供する姿勢で見守り支援を行っている。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、利用者がより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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
施設外の社会資源を利用した学習や体験の機会を提供し、利用者が主体的に外出や活動へ参加できるように支援している。エンパワメントの理念に照らし、利用者が社会生活力を養い高めるためのプログラムの開発と、障害者を受け入れる社会の意識を変えるプログラムの用意が望まれる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に基づいて食事サービスが提供されており、個々の食事形態や摂取方法等を定期的にモニタリングして、より安全に楽しく食事ができるよう配慮している。食事の介助や支援方法についてのマニュアルが作成されている。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の嗜好を考慮した献立を基本としており、行事食や選択メニューを取り入れて美味しく食べられるよう配慮している。利用者会議や担当者との面談を通して、定期的に嗜好調査を行って献立に反映させることや、適温での食事提供について検討することが望まれる。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉑ ・ b ・ 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。特に食事場所については、「食堂席委員会」を必要に応じて立ち上げ、モニタリングを行い検討している。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の身体状況や健康状態に応じて、歩浴、座浴、寝浴等の入浴方法を取り入れ、入浴介助マニュアルにより入浴支援を行っている。新たに入浴機器を導入し、現在その使用状況と利用者のマッチングを行っている。引き続き、利用者の安全と職員の負担軽減を目指した取り組みの充実が望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
入浴の時間帯や週間回数については利用者との話し合いで決めている。しかし、限られた職員配置の中で利用者の身体状況に合わせた支援を行うため、必ずしも希望通りにならない場合もある。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
施設内委員会の取組みにより、浴室・脱衣室の環境整備に努めている。浴室等の見学は利用者の入浴前の状態であったが、浴室・脱衣室共に整理・整頓が行き届いていた。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
排泄介助に際しては、個別支援計画や個別のチェックリストを活用して、排便等の有無や状態を確認している。排泄介助の内容や方法、安全やプライバシー保護を図るための排泄介助マニュアルを作成しており、マニュアルに沿った排泄介助が行われている。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
トイレは毎日清掃し、汚染した際はすぐに清掃するようにしている。身体状況に応じた設備や補助具を配置しているが、老朽化による改善の余地がある。防臭対策に関しては、防臭剤やカーテン等で匂いの拡散を防いだり、排泄物をできるだけ早く撤去するなどの対策を講じているが、引き続き対策の検討が望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意思を尊重して衣類の選択をしている。意思表示が困難な利用者については、季節に応じた衣類を選定できるように支援している。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が着替えを希望した場合は、その意思を尊重して対応しているが、即座に対応することが難しく、時折破損した衣類を着用していることがある。破損した衣類の処分等の対応方法を、予め家族との間で取り決めておくことが望まれる。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
レディースビューティーやメンズビューティーの時間を活動の中に取り入れており、利用者の意思に添った理・美容の支援をしている。意思表示が困難な利用者については、清潔を保てることを基本に職員の判断で支援をしている。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
毎月、地域の理容師が来訪し、施設内にて理・美容を行っている。利用者から希望があった場合は、担当職員が実施する場合もある。帰省等で帰宅した時に、地域の理・美容店を利用する場合もある。地域の理・美容店の情報を、積極的に利用者に案内する取り組みはない。		
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント		
夜間安眠できるよう環境を整えており、ベッドや寝具等にできる限りの配慮をしている。4人部屋では他の利用者の排泄介助で浅眠になる利用者もいるため、極力静かに介助したり、遮光カーテンを使用する等の対策を取っている。夜間提供される体位交換、排泄介助やおむつ交換、不眠者への対応等のサービスについて、マニュアルに基づいた支援となるよう取り組むことが望まれる。		
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
看護師による健康管理が毎日行われており、嘱託医や歯科医師・歯科衛生士の定期訪問がある。いつでも健康面での相談や説明が受けられる等、利用者の日常の健康管理体制が整備されている。		
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
近隣に大きな病院があり、必要な時には迅速かつ適切な医療が受けられる。健康面に急な変調があった場合は、緊急時の対応マニュアルにより対応している。		
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 ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント		
薬に関しては各利用者のカルテに処方箋を保存して情報管理をしており、「内服薬一覧ファイル」を作成することで投薬状況を把握している。薬物の取り違え等の投薬に関する事故については、「事故報告書」により原因を分析して対策を講じ、事故の再発防止に努めている。「内服薬一覧ファイル」の更新を徹底し、より一層投薬に関する事故防止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	⑥ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
定期的に利用者の話し合いの時間を設けて余暇の活用方法やレクリエーションに関する情報を提供し、利用者の参加希望を確認してプログラムを決めている。「リラクゼーション」や「太鼓」等、多くの外部の講師を活用し、利用者が興味を持って参加できるプログラムを数多く用意している。利用者が主体的に計画・実施している「ピアノリサイタル」や、大会で優勝する実力のある「ゴロバレー」等の他、今年度は新しく「吹き矢」を活動に取り入れている。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者・家族から年度末にアンケート等で希望を取り、年間外出計画(年間21回)を立て、利用者ごとに一年に2回の外出の機会を提供している。計画上の外出回数に制限があり、利用者全員の希望を叶えることは難しい。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
外泊は利用者・家族の立場に立って計画している。利用者の高齢化・重度化もさることながら、家族の側にも状況の変化(高齢化、死亡等)が起きている。家族の事情によって外泊を拒まれるケースも出てきており、今後は帰省や外泊先のない利用者への対応が課題の一つになってきそうである。当面は、利用者の希望通りとはいかないまでも、家族の都合に合わせた外泊が実施されている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の預かり金については、「利用者預り金等管理要綱」を定め、要綱に基づいて取扱っている。金銭の自己管理が出来る利用者については、金銭等を保管する場所と設備を提供している。金銭管理を含む経済的な対応能力を高めるためのプログラム作成が望まれる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
新聞・雑誌の購買やテレビ・ラジオは、利用者の希望に沿って個人所有することが出来る。また、新聞・雑誌・テレビ等の共同利用については、利用者間で利用を調整して使用している。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
嗜好品については、利用者の希望に応じて、健康上の留意点を確認した上でルールを決めて認めている。現在、飲酒している利用者はいないが、希望があれば場所・時間・方法を個別支援計画にて提示して飲酒してもらっている。		