

## 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

一般社団法人 社会福祉事業外部監査機構
---------------------

### ②施設・事業所情報

名称：（社福）恵泉会 しだみ学園	種別：施設入所支援 生活介護	
代表者氏名：（施設長） 武藤 晃文	定員（利用人数）： 60 名	
所在地： 名古屋市守山区大字下志段味字穴ヶ洞 2 2 6 6 - 2 5 0		
TEL： 0 5 2 - 7 3 6 - 0 0 4 4		
ホームページ：		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成 2 4 年 4 月 1 日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 恵泉会		
職員数	常勤職員： 1 3 名	非常勤職員 1 1 名
専門職員	（専門職の名称） 名	看護師 1 名
	所長 1 名	栄養士 1 名
	保育士 3 名	調理員 名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）
	2 0 室	調理室・調理設備

### ③理念・基本方針

<p>人権尊重・安全確保・健康増進を基本の3本柱と捉え、それらが確保された上でのQOLの向上、さらにその上の高度専門療育の実践を基本とする。</p>
--

### ④施設・事業所の特徴的な取組

<p>落ち着いた環境の下、毎日の生活を通して、各種の訓練や療法による能力の向上をめざし、豊かな教養を身につけ、丈夫な身体をつくり、機械をはじめとする各作業を行っていきながら、利用者一人ひとりの、社会的自立に向けた支援に取り組んでいる。</p>
---

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 2 7 年 6 月 1 8 日（契約日） ～ 平成 2 8 年 1 月 2 0 日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2 回目（平成 2 3 年度、施設合併前の親愛館・一進舎として、それぞれ受審）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

※当施設は、児童養護施設「恵泉館」として昭和25年創立され、その後知的障がい者施設「親愛館」「一進舎」と変遷を経て、その親愛館・一進舎を統合して現在に至る歴史のある社会福祉法人の施設である。

※現理事長は提供するサービスについて、「利用者本位の運営とその質」に拘りつづけた運営を指向されている施設でもある。したがって、未だ第三者評価は受審が任意であるにも関わらず、平成23年度には2施設を自主的に受審し、2施設統合後の今回も受審された点は特に評価したい。

※理事長・施設長等の強いリーダーシップの元、身体機能向上の為に、食事・運動・情操教育といった、当法人の独自性ともいえる取り組みは、外部へのPR出来る内容であり、施設運営の質向上に向けた取り組みは素晴らしいと評価したい。

※理念は「専門性」として明快に確立され、職員とも共有できている。特に本物志向を迫及し、利用者の感受性を高めるため、敢て専門性を持った嘱託職員を起用した素晴らしい芸術文化関連の行事（コンサート）は、地域住民にも参加を呼び掛けながら行われている点は更に評価したい。

※利用者さんからの聞き取り調査では、明るい表情で応対され、どの職員さんも親切で良く、お絵描きや音楽鑑賞そして楽器演奏が好評であり、日常の（スーパー等での）買い物も人気がある。特に日帰バスツアーは心待ちにされている行事である。

### ◇改善を求められる点

※基本方針から中期ビジョン・年度事業計画の策定過程に至っては、組織的・計画的と言えない部分が有るので、全職員で課題を共有化し、改善案などの意見をボトムアップを図る取組を期待したい。

※利用者を尊重する姿勢と観点について、全体的にやや希薄であり充分とはいえないので、改善工夫を期待したい。特に福祉サービスの基本である「プライバシー関係」「利用者説明と理解」に努力されたい。

※法人・施設の財政的（制約）事情はあろうが、日常的生活空間である「トイレ・浴室の環境整備」などに優先した改善を期待したい。

※外部との各種のつながり（ボランティア活動等も含む）がもう少し工夫を望みたい。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

新体系移行後の初めての第三者評価であり、多角的な視点からのご意見に、気付かされることが多くありました。運営や療育・支援において、よい評価をいただいた部分については、更なる向上をめざし、そうでなかった部分については、評価を真摯に捉えて改善に取り組んでいきたいと考えます。我々の中で常識化していた様々な部分を、改めて見直す良い機会となりました。

## 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。

### 第三評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

#### 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。	共1	a・b・c
<コメント> 理念・基本方針については簡単に明記されているものの、職員の行動までを考えると個人個人で解釈に違いを生じる恐れがある。 特に、理念において人権の尊重等具体的な内容が示されていない。			

##### 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。	共2	a・b・c
<コメント> 守山区障害者地域自立支援協議会・名古屋市の研修会・指導会など情報を得て、成年後見人制度の取り入れ等行っている、経営面では通所利用者の減少に対応する考えは把握できた。 把握・分析された結果を具体的な資料で確認する事が出来なかった。			
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。	共3	a・b・c
<コメント> 経営課題は捉えており、専門知識・技術の向上に取り組んでいる。設備の老朽化は進んでいるが高額費用が掛かる為、今後の施設の方向性を見極めてからとなりそうである。又職員の新規採用についても、同様なことと言える。経営課題については全職員で共有化されていない。			

##### 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。	共4	a・b・c
<コメント> 経営課題を反映させた、中・長期ビジョンの全体像については経営者及び役員止まりとなっている。福祉サービスの向上については、過去からの継続的な取り組みが主となり、評価・見直しがされていない。			
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。	共5	a・b・c
<コメント> 長・中期ビジョンが検討中であることから、単年度計画については、各委員会が中心となり検討され、計画に折り込まれているが、数値目標や具体的な成果などの設定がなされていない。			
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。	共6	a・b・c
<コメント> 各委員会にて事業計画をすり合わせした上、職員会議にて決定し策定されている事が職員のヒヤリングでも確認できた。但し、実施状況の把握・評価・見直しが計画的に行われているとは判断できなかった。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	共7	a・b・c
<コメント> 療育説明会にて、事業計画を説明し、参加出来ない方に対しては広報誌『スマイル』にて写真を主体に分かりやすく説明している。行事計画は、盛り沢山計画されており、利用者の楽しみの一つになっているものの、周知方法については改善の余地がある。			

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。	共8	a	ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;            各種委員会にて検討され、福祉サービスの質向上に向けた取り組みは行っているものの、自己評価も中断した時期があり、組織的・計画的にチェックがされていない。ただ、今回で2回目の第三者評価受審であり、取り組もうとする意欲は評価したい。</p>			
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。	共9	a	b・Ⓒ
<p>&lt;コメント&gt;            評価結果に対しての課題、課題に対しての方策、計画に対しての実施状況の把握などの関連が書面にて確認出来ず、改善の余地が有る。</p>			

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。	共10	a	ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;            運営規定・就業規則・組織図・緊急連絡網など整備されており、会議等において役割と責任を明確に伝えている。不在時の権限移譲について施設長以下では文書化されていない。</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。	共11	a	ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;            新会計基準移行研修会に出席したり、情報を先取りして平成19年からは家庭裁判所との連携して成年後見人制度をいち早く取り入れ積極的に推進している。            会議等において遵守すべき内容を伝えているが、職員に対しての研修等の取組みがなされていない。</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。	共12	Ⓐ	b・c
<p>&lt;コメント&gt;            職員会議・運営会議・ケース会議や委員会に積極的に参加してサービス向上に努めると共にリーダーシップを発揮している。又、情操教育（音楽・美術など）や食へのこだわり（食器・食材など）など本物指向へのこだわりを持ち進めている。</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。	共13	a	ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;            経営課題を踏まえて、各委員会にて精力的に業務の細部に至るまで指導・フォローしている。            但し、人事・財務については法人本部で行っており、職員全体で効果的な事業運営を目指すための取組みが不足している。</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。	共14	a ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      保健分野の施設内講習会は充実している。又、福祉サービスに対する、専門職は定員に対しては充分といえるが将来を見据えると施設の次の担い手となる、中間層の人材育成が必要である。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	共15	a ・ b ・ ㉟
<p>&lt;コメント&gt;                      期待する職員像は明記され、一人一人の評価・処遇については本部が主体となり面接や小論文を提出させる等行っているが、職員自ら将来を描くと言った総合的な人事管理は不十分であり、人事管理に関する規定もない。</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組んでいる。	共16	a ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      現状は超過勤務は少なく定時で退社出来る状況、休暇取得の希望も少なく職員の不満もない、又職員の休暇希望も反映できるようになっているが、職員の意向・意見や対応の記録がなかった。</p>		
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。	共17	a ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; サビ管・専門職主体の外部研修が立てられている、社内研修についても保健・衛生主体の研修になっている。一人ひとりの目標と研修計画と評価については改善の余地がある。</p>		
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。	共18	a ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      社内研修主体となっているが、求める人材像（基本方針）に対して外部研修を含め計画的・継続的な研修計画の策定等改善の余地が有る。</p>		
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。	共19	a ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      外部研修はサビ管主体となっている。現状新規採用も少なく職員の経験年数も高く、独自性を持った研修が主で、特に外部研修計画はあまり立てられていない。研修の成果・評価方法と分析については改善の余地が有る。</p>		
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。	共20	a ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      実習生に対するマニュアルは確認できなかったが、研修プログラムは用意されていた。毎年特定の学校で保育・教員が主であり、福祉系の実習生受け入れがなかった。</p>		

## 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。	共21	a	ⓑ	c
<コメント> 地域への作品展やコンサート開催時施設紹介を行っている、個別支援計画・療養内容説明会に於いては家族の方へは事業計画・行事計画・広報誌スマイルなどで説明している。 ホームページ活用など、透明性確保に向けた情報公開の取り組みは、改善の余地が有る。				
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。	共22	a	ⓑ	c
<コメント> 決算報告・事業報告・事業計画など説明している。又、会計担当と出納担当を分けるなど健全性確保とその確認作業としての金庫点検を理事長自ら定期的実施している。 内部調査・外部監査など専門家のチェックについては行われていない。				

## 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。	共23	a	ⓑ	c
<コメント> 地域交流はトヨタ・馬印などの工場見学、近隣のショッピングセンターへの買い物に参加させる等によりQOLの向上にも役立っている、生活展や毎週水曜日のコンサート開催についても利用者も楽しみの一つになっているものの、コンサートについては地域の人の参加が少ない。				
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。	共24	a	ⓑ	c
<コメント> ボランティアとの交流はあるものの、音楽演奏以外は、殆ど受け入れ実績はない。 又、社会福祉協議会へのボランティア依頼の登録など改善の余地がある。				
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。	共25	a	ⓑ	c
<コメント> 地域移行推進懇談会・障害者支援センターからの情報収集がなされている。 関係する社会資源を利用者が利用できる様なリストや資料が作成されていない。				
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。	共26	a	ⓑ	c
<コメント> 文化事業として生活展(2回/年)・コンサート開催などメディアへの取材依頼を行い、幅広く地域へ紹介を図っており、地域住民も参加している。 地域交流棟は、地域の人々を招待する等行っているが、参加人数が少なく充分ではない。				
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。	共27	a	b	ⓒ
<コメント> 本部としては、相談支援従事者研修会への参加を行っている。又、将来的には相談事業所の資格取得を考えている段階で、福祉ニーズの把握にも努めている。 公益的事業への展開は現在、検討中である。				



### 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。	共28	a	b	◎
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念・基本方針について説明があったものの、管理者として十分に理解されているとは感じられない。理念は、管理棟初め施設内に掲示されておらず、職員には会議で周知しているとのことであったが記録もみあたらないし、年3回の会議で周知できるとは考えられない。</p>				
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。	共29	a	b	◎
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護について、本質的なことがきちんと理解されているとは考えられない。マニュアルなどの整備についても充分ではないし、利用者や家族に対するプライバシー保護や権利擁護に関する取り組み・周知も今一歩である。</p>				
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。	共30	a	b	◎
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書は掲示板に掲出されていたが、県社協所在地や介護給付費改訂が反映されていない。また、利用者の視点にたった判りやすい平易な文書による記述・説明がなされていなかった。ホームページや判りやすい印刷物はなく軽易なパンフレットとDVDのみである。</p>				
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。	共31	a	b	◎
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>必要最小限と思われる説明は行われている。判りやすく説明しているかどうかは記録のうえでは判断できない。積極的に説明するのは当然なことであり、同意を得る過程や、その記録、苦情の受付状況も書面では確認できなかった。判りやすく説明する必要性を認識されたい。</p>				
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。	共32	a	b	◎
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所者の年齢が高齢化しているにも関わらず、施設として積極的取り組んでいるとはいえない。2名の利用者について高齢者施設に申し込んでいるとのことだが、その対応や記録も不十分である。利用者の視点や立場からの支援体制の協議やネットワークの構築などの対応・対策を実施するべきである。</p>				
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。	共33	a	b	◎
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>療育説明会を利用して行っているとともに、個別に対応しているとの自己評価であるが不十分である。満足度調査などを定期的に関き、改善すべき課題の発見や対応策について、具体的な取り組む体制が希薄である。</p>				
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。	共34	a	b	◎
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決規程は有るものの事例そのものが少なく、解決に至った道筋も詳細には判らないし記録も不十分。過去に居室変更に関する要望があり、解決できたとの報告があったのみで公表もされていない。苦情解決の仕組みについて、周知され機能しているとはいいがたい。職員の理解も十分にできていないし、責任体制等の表示もない。</p>				

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。	共35	a ・ b ・ ㉔
<コメント> 施設内の管理棟には相談用と思われる相談スペース（相談室と表示あり）はあるが、生活棟などの居住スペースには見当たらない。利用者にとって相談受付ポストは利用できる環境にあるとは思えないし、実績も確認が取れていない。		
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。	共36	a ・ b ・ ㉔
<コメント> 組織的に対応しているとのことであるが、施設全般に言えることであるが「マニュアル」を作らずに対応できることは考えられない。記録によって確認できる事案が見当たらずデータとしてはない。		
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。	共37	a ・ b ・ ㉔
<コメント> 「事故」などを想定したリスクマネジメントの姿勢は全く見受けられない。数年前に無断外出があったとのことであるが、その際の対応も記録がなく、本来なら委員会を設けて常に危機意識を持って処遇するべきである。残念であるが、重篤事故対応などの意識は全くないと言っていいし対応策も見当たらない。		
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。	共38	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 広い意味での感染症予防策として、インターバルトレーニングに積極的に取り組んでいる。感染症予防指針は備えられているものの、手指消毒の励行など職員の感染症に対する意識は余り高いとはいえず、定期的に関心している講習会で周知しているが充分とはいえない。指針とは別にノロウイルス等の対応マニュアル		
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。	共39	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 義務付けられている年2回の消防訓練を含む避難訓練は毎月行われている。実施記録、報告書及び防災委員会関連の書類は纏められている。利用者の参加方法、地域住民や職員も含めた訓練時の役割等について、さらに工夫を加え良い方向になるよう組織的な観点から検討されたい。		

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。	共40	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      福祉サービスについては、標準的なサービスの確立があって利用者本位のサービスが提供できる筈である。基本となるものがあって、利用者の希望に沿った個別支援計画が立案でき、適切なサービスの提供が可能である。マニュアルなど文書化しないとのことであるが、体調・環境の変化、人事異動などあらゆるリスクに備えるべきと考える。</p>		
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。	共41	a ・ b ・ ㉒
<p>&lt;コメント&gt;                      福祉サービスの見直し等について、組織としての検討はなされていない。あくまでも標準的な実施方法の検証と見直しについて会議等を開くものであって、その会議の開催状況や内容を記録に残すべきである。個別支援計画に関するもののみであった。</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。	共42	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      年に2回、定期的に個別支援計画のモニタリングを実施しアセスメントを行っている。利用者の希望に沿うためにできるだけ多くの意見を聞くように、心掛けるとともに必要な場合はその都度見直しも行っている。</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。	共43	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      年に2回、定期的に個別支援計画のモニタリング・アセスメントを実施しており、必要な場合はその都度見直しも行っている。検討に至るまでの経過について、情報の共有、伝達、記録など不十分な面もあり、日常的なサービス提供場面でどのように実施されているか、責任者が総合的に確認する仕組みが不明確である。</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)-② 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、職員間で共有化させている。	共44	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      支援日誌や個人別支援記録はあるが、あくまでも記録にとどまっているのみで、個人別支援計画や支援に向けての情報の共有化に欠けている。変形性労働職場であるがゆえに情報の共有化や伝達方法について、より確実な方法によるべきである。</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。	共45	a ・ b ・ ㉒
<p>&lt;コメント&gt;                      利用者の記録の管理については、職員の間における理解度は、指導、経験によるが十二分に理解されていると言いき難いところがある。個人情報保護規程の理解度にも差がある。開示請求への対応など、個人情報保護の観点の研修を含め管理体制に確立を望む。</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 a ・ b ・ ㉔
〈コメント〉 利用者の平均年齢は54歳である。平成23年度に入退所があったのみで具体的な地域移行はない。地域移行支援としての情報提供は、企業見学を年に2回計画しているが、地域生活への個別移行計画についての過去における事例は不明であり、積極的に移行支援を行っているとは言いがたい。		

### Ⅲ-3 障害者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 ・ ㉕ ・ c
〈コメント〉 個別支援計画やサービス実施計画はあるが、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計画に取り入れているかは不明であり、音楽的活動や絵画の創作活動が施設運営方針との絡みで、コミュニケーション手段の工夫といえるか疑問が残る。		
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48 a ・ b ・ ㉔
〈コメント〉 利用者による自治会はないが、要望を取り入れる方法のひとつとして意見箱は管理棟に設置してある。実績としては、平成25年5月に投函されたことがあったのみで、日頃から利用者が意見を表明する機会が確保されているとは言いがたい。		
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 ・ b ・ ㉔
〈コメント〉 個別には支援計画があって、その計画に基づいて支援されるべきであるが、職員の個別判断によって行われている感がある。利用者の異動が4年間ないうえに、職員の異動も少ないためベテラン職員の経験による介助が行われている。職員間に意識の差があり、ぬるま湯的体質になりがちである。業務マニュアルによる平準化が必要であり、利用者によく話し合うことが必要である。		
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 ・ ㉕ ・ c
〈コメント〉 社会生活力を高めるための訓練プログラムはないが、必要に応じて自己表現の技術を磨く努力は行っていることは評価できる。個別対応プログラムにおいては、施設外体験のための情報提供や資料収集など多くの面で改善の余地がある。		
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 ・ ㉕ ・ c
〈コメント〉 毎月、食事委員会が開催され食事の内容や介助方法について、見直しや改善は行われているが、食事の介助等、支援方法に関するマニュアルは用意されていない。糖尿病など特別食に配慮した対応など考える必要がある。個人別支援計画やサービス支援計画において、配慮されるべき食事量や食事形態の把握に関する記録をすることが望ましい。		
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 ・ ㉕ ・ c
〈コメント〉 嗜好調査は年に1回行われているに過ぎないが、最近になってメニューが変わり美味しくなったとの声もある。利用者の好みを把握するために、調査回数を増やすなど工夫するとともに、組織的な体制において具体的な検討を行う必要がある。食堂入口にメニューが表示されていることは好ましい。		
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 ・ ㉕ ・ c
〈コメント〉 食堂における座席の配置はゆとりがあり、カフェテリア方式で運営されており、スムーズに食事を取ることができている。食堂の入口にあった手指消毒機は、故障していたのが使用することができなかつた。食中毒や感染症が危惧されることから、食事前には利用勧奨できるようにする必要がある。おやつ提供は日曜日のみであるが、ある程度、好きなときに食べられるような配慮も必要と思われる。		

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(3)-① 入浴、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
<p>&lt;コメント&gt;  入浴前の体調管理は行われているが、チェックの結果が記録されたものがない。健康状態や障害程度に配慮しているものの、全身を確認する唯一の機会であるという、体調管理の重要性が欠如している。障害の程度など個人的事情の把握も十分ではなく、脱衣所におけるカーテンの設置など、プライバシーに対する配慮も薄い。入浴に関する支援マニュアルは必要である。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;  入浴支援は概ね良好であるが、入浴回数など必ずしも希望に沿って行われているわけではない。入浴時間などについて希望を把握する仕組みはない。入浴に関するチェックリストは必要である。</p>		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ b ・ ㉟
<p>&lt;コメント&gt;  浴室の設備面ではドアストッパーが壊れており、タイルも数カ所剥がれていた。浴槽は深く段差解消に配慮は見られない。転倒等のリスクを考慮し手摺りやコールボタンの設置が必要である。建物の構造上の問題等はあるが、常に湿気が多くこもりやすい場所であるので、扇風機以外にも対応や工夫があった方がよい。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;  排泄介助マニュアルはなく、排泄の状況は日誌に記録されるのみでチェックリストはない。健康状態や障害に適した介助や衛生面の対応は充分とはいえない。排泄は他人の目に触れにくい介助のため職員間に意識の差があてはならず、対応を統一する必要がある。便座も和式が中心であり快適とはいえない。浴室内のトイレ・食堂前のトイレとも設備面の整備と併せて利用方法に工夫が必要である。</p>		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ b ・ ㉟
<p>&lt;コメント&gt;  清掃は毎日行われているが、湿度が高く換気面と合わせて防臭対策が不十分である。建物の構造上の問題はありますが、トイレの洋式化・洗浄設備の導入・冷暖房設備の設置・段差解消などを改修工事を進め、益々高齢化する利用者の処遇を向上する必要がある。扉が壊れていたところもあり直ちに改修するべきである。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;  衣類の購入や交換は、季節の入れ替えも含め概ね良好である。衣類の選択については、近隣スーパーへの買い物支援を行っており、職員が好みを聴いたうえで購入している。</p>		
Ⅲ-3-(5)-② 衣服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
<p>&lt;コメント&gt;  汚れや破損を見つけた時は適切に対応している。利用者の中には、同じ衣類を着用したがる場合もあるが、利用者の意向や意志を尊重しこだわり等に配慮しつつ対応をしている。</p>		
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 ・ ㉟
<p>&lt;コメント&gt;  今は職員による散髪であり、限界があるができるだけ好みに合わせている。低額で利用できるボランティアを導入することも、処遇向上の面から検討する必要がある。</p>		
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 ・ ㉟
<p>&lt;コメント&gt;  以前は外部の業者を利用していたが、今は職員による散髪であり限界があるもののでできるだけ好みに合わせている。地域の理髪店などの協力のもとで低額で利用できるようにすることは、利用者の処遇向上の面のみならず、職員処遇の立場からも必要である。</p>		

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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 21時から翌朝6時までの、夜間就寝中の対応については対応できている。夜勤体制は、男子棟・女子棟各1名の2名のみである。夜間における急病等に対する体制は、マニュアルもなく緊急事態の対応に不安がある。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt; 看護師の勤務体制は、週3回(火・木・金)の出勤で9時から15時。日頃の健康管理のうち検温は毎朝と入浴前に実施。血圧は自立の入所者は自ら実施。健康管理マニュアルはなく健康状態は日誌に記録しているのみ。年2回の定期健診、年1回の歯科検診、インフルエンザの予防接種は実施されている。歯科衛生士の受け入れなど口腔ケアの導入が望ましい。健康保持・増進のため適度な運動の保持に心がけて取り組んでいる。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt; 嘱託医の管理のもと、看護師を中心に適切な受診体制は確保されている。急病等に対する職員向けの手順書やマニュアルはない。20分以内にアクセスできる、24時間体制の協力病院は確保されている。</p>		
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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画ファイルには、薬情書が綴られており服薬管理は概ね良好である。支援員が配薬することとなるため介助方法と併せた確認体制が必要。薬物の取り違えなどの対応について具体的なマニュアルを用意することが望ましい。</p>		
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 ・ ㉔
<p>&lt;コメント&gt; レクリエーションは定期的に関われているが、必ずしも利用者の希望に沿って行われている訳ではない。アンケート等による希望の把握などに工夫を重ねることで、より良い処遇を期待する。外出支援と併せてボランティアの導入を実現したらどうかと思われる。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt; 保護者(ご家族)の都合によることが多く、ある程度は希望に沿って行われている。年3回の日帰りツアーはバスを連ねていくものの行き先などに工夫がほしい。地域のまつりには参加しているが交流という視点では物足りないなど、改善の余地が多分にある。</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	a ・ b ・ ㉔
<p>&lt;コメント&gt; 利用者というか家族の希望により実施している。家族会(保護者会)というものはなく、利用者や家族の希望を組織的に聞く機会はない。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 自己管理が困難であるがゆえに事故の生じないような体制を定めている。印鑑と通帳は別の者が責任をもって管理している。上限額を設定し年度単位で精算している。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 新聞・テレビは共同で利用している。CDや雑誌は個人で購入している利用者もいる。ある程度は本人の希望により購入できる。自立の利用者は自らの好みにより購入している。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 酒とたばこは健康上禁止している。その他の嗜好品は希望を尊重しているとは言いがたいところがある。</p>		