

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11月17日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：障害者支援施設 蔵王の杜	種別：生活介護、施設入所支援、短期入所	
代表者氏名：鈴木 幾雄	定員（利用人数）：48名（48名）	
所在地：愛知県田原市田原町石取1-9		
TEL：（0531）23-7511		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 15年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 成春館		
職員数	常勤職員：43名	
専門職員	(管理者) 1名	(事務職員) 2名
	(医師) 1名	(サービス管理責任者) 1名
	(看護職員) 1名	(相談支援専門員) 1名
	(栄養士) 1名	(生活支援員) 27名
	(調理員) 7名	(業務員) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 30室	(設備等) 避難設備
		スプリンクラー設備
		浴槽昇降設備

③理念・基本方針

★理念 「あなたにより添います 愛と 心と 手のひらで」

★基本方針

- (1)利用者の基本的人権や尊厳を尊重し、利用者がやすらぎと、くつろぎと、うるおいと生き甲斐を感じられる施設を目指す。
- (2)利用者の特性や施設内の環境に配慮し、感染症対策や事故防止策の徹底を図ることにより、利用者が安全に生活できる施設を目指す。
- (3)家族との連携を密にし、利用者に関する情報交換を積極的に行うことにより、支援の充実を図る。
- (4)地域との交流を積極的に行うことにより、地域に開かれた施設を目指す。
- (5)法人理念を実現させるために、研修や研修報告会を通じて人材育成に積極的に取り組む。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・代表者会議やフロア会議、ケース検討会議などを通して、利用者に関する課題や業務上の問題点などの情報を共有している。
- ・外出活動や地域行事への参加、法人行事の開催など、利用者が地域社会と交流する機会の拡大に努めている。
- ・懇談会や親睦会、バスピクニック等、家族参加の行事の開催などを通して、利用者の家族との交流や情報交換に努めている。
- ・食事に関する利用者からの要望に対し、栄養士を中心に迅速に対応している。
- ・施設内の消毒、体調不良者の早期受診や隔離、予防接種の実施など、感染症予防策を徹底している。
- ・講師を招いての内部研修や研修報告会などを定期的かつ継続的に行うことによって、職員の知識や技能の向上に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 8月 1日（契約日）～ 平成29年 3月28日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	5回 （平成27年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆研修による課題の克服

現状の課題の一つに、「利用者の高齢化、重度化に伴って今後増加することが予測される、てんかんや転倒事故に対応する職員の知識、技能の習得」を挙げ、その対策として経験と研修重視の方針を打ち出している。研修に関しては、生活支援課長が主管し、研修計画を事業計画に組み入れて取り組んでいる。外部研修で得た知識や技術を職員間で共有するため、外部研修の受講者が講師となって隔月実施の内部研修会で伝達研修を実施している。内部研修の報告書は生活支援課長が作成し、個別の研修の総括と評価を行っている。

◆専門資格の取得にチャレンジ

「職員全員が有資格者」をスローガンとし、職員が専門資格の取得に挑戦している。事業所で認められた研修への参加は原則法人が費用負担し、専門資格の取得者には助成金が交付される。研修参加への職員のモチベーションは高く、毎年社会福祉士や介護福祉士の資格取得者を輩出している。

◆利用者本位の支援

生活の様々な場面で、利用者個々の意向を尊重した支援が提供されており、暮らしやすい施設を志向する姿勢が随所にみられる。行事等は利用者意見を参考にしたり、家族との懇談で要望を聞き入れたり、利用者の思いや意向が尊重されている。これまで午前中に行っていた入浴支援の時間帯を変更し、利用者の満足が得られるよう、入浴時間が十分に取れる午後に行っている。洗濯や配膳、下膳等、「できることは自分で行う」をモットーに見守り支援をしている。利用者の状況を見ながら、過介助やホスピタリズムに陥らないよう支援している。

◇改善を求められる点

◆イベント成功の裏で

ボランティアの協力もあって、法人の一大イベントである「納涼夏祭り」や「文化祭」が今年度も成功裏に終わった。しかし、職員配置の関係から、利用者のイベント参加が制限を受けるという事態が生じてしまった。「納涼夏祭り」も「文化祭」も主役は利用者のはずであり、今回の課題を真摯に受け止め、次回開催が利用者から高い評価と満足度を得られるよう改善されることを期待したい。

◆利用者の声の収集

利用者の意向を尊重した“利用者本位”の支援に心掛けてはいるが、障害が重い利用者の意向聴取は難しく、事業所サイド(職員都合)で様々な計画や活動が決定されてしまうことが多々ある。しかし、中には自らの意思を表出できる利用者もいることから、少数でもいいので生活の場での意向の確認ができるモニターとして活用し、貴重な利用者意見として取り上げ、事業運営に役立てられたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

我々は利用者のためという思いを忘れたことはありません。今回の第三者評価の調査項目には「利用者本位」とか「利用者の意思や希望」とかの項目が多く、それをできるだけ多く尊重し取り入れることが「いい支援」につながるのかという疑問もあり、それをどう考えるのが難しかった。

ただし「利用者の意志を尊重する」ことが求められている以上は、今後その視点を忘れずによりよい支援を目指していきたいと思えます。

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「あなたにより添います 愛と 心と 手のひらで」との法人理念を、5項目の事業所基本方針に展開し、利用者本位の支援を実践している。四月に家族会の総会が開催され、6月と12月には家族懇談会が開かれている。管理者はそれらの機会に折を見て、理念や基本方針につながる話をしている。利用者に対しては噛み砕いた言葉で説明しているが、理解力や判断能力に大きな差がある利用者に対しては、特段の取り組みをしていない。		

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。	障 2 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
市の担当課とは緊密な連携関係にあり、自立支援協議会の運営会議は同法人の他事業所の管理者が会長を務める。法人の相談支援事業所とも連携を図り、事業運営に必要な情報は十分に入ってくる。それらを分析して、事業運営に反映させている。		
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 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
現状の課題を、「利用者の高齢化、重度化による支援の質の変化(身体介護の増加)と、作業や活動の量的低下」と、「今後増加することが予測される、てんかんや転倒事故に対応する職員の知識、技能の習得」を挙げている。その対応策として、前者に関しては作業や活動の組み替えを実施している。後者に関しては、経験と研修重視の考え方を進めている。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
市への提出文書の「中長期の方針」では、日中の支援は需給バランスが取れているが、夜間の支援が足りていないことから、グループホームの増設を取り上げている。この計画について、事業所内での文書化された計画には落とし込まれておらず、具体性・計画性を伴ったものとはなっていない。		

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。	障 5	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画が具体的に示されていないことから、単年度の事業計画は、前年度計画の反省(事業報告)を踏まえて作成されている。事業計画の中に6点の重点目標を掲げているが、数値目標の設定はない。期中で重点目標の進捗を評価したり、期末の事業報告において重点目標の達成度合いを判定するうえでも、数値目標の設定が求められる。			
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			
職員意見を把握して、管理者と課長との協議で事業計画が作成されている。理事会で承認された事業計画は会議等を使って職員に周知されているが、期中での評価・見直しは実施されていない。			
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			
法人理念や事業所の基本方針の周知と同様、利用者が持つ障害特性による理解力の差が大きく、適切な説明資料の作成には至っていない。家族に対しては、家族会総会や家族懇談会の折に触れ、ポイントとなる必要事項を管理者が説明している。			

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
サービスの質の向上を目指して第三者評価を定期的(2年連続)に受審し、今回が6回目の受審である。しかし、サービスの受け手である利用者本人への満足度調査等の実施がない。利用者の理解力や判断能力に問題はあろうが、一部の利用者にはサービスの質のモニター役として対応が可能と思われる。家族をも対象に加えて、満足度調査の実施が望まれる。			
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			
すぐに実行に移せる改善課題に関しては改善活動が実施されているが、時間がかかったり、難度の高い改善課題に関しては足踏みの状態である。前年度の第三者評価受審での改善課題2点(利用者自治会の組織化、苦情解決システムの改善)も、手が付けられていなかった。改善活動については、実行計画(責任者、実施スケジュール、実施方法の明確化)を作成し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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の「管理規程」を始め各種の規程等によって、管理者の責任と権限が明確になっている。事業計画書の中の「組織機構図および職員構成」でも管理者(施設長)の立場を明確に示している。「消防計画」や緊急時のマニュアルにも、非常時における管理者の役割や責任の所在が明文化されている。		
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 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
管理者は自ら関係する研修を受講するのみならず、朝礼・終礼を通して職員に対するコンプライアンスの意識の醸成に努めている。しかし、職員の不足感から会議や内部研修の開催が思うに任せず、平成28年4月に施行された「障害者差別解消法」に関して、特段の取り組みには至っていない。法が求める「合理的配慮」に関して、職員に対する意識付けを期待したい。		
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 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の高齢化・重度化によって、これまで通りの支援が難しくなってきた。対応策として作業や活動の組み替えを実施しており、その1例として「女性棟の入浴時間の変更」がある。これまでは午後の作業に充てていた時間帯を入浴時間帯に組み替えることによって、一日の流れが円滑になった。課題は、質の向上(利用者満足の上昇)の評価システムが無いことである。		
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		
事業所運営の実効性を高めるために、夜間の勤務体制を強化、産休・育休の取得促進、残業時間を減らす取り組み等を推進している。これらの業務改善にあたっては、「利用者に負担を掛けない、利用者の利益を損ねない」ことを念頭に実施している。		

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		
明確な(明文化された)中・長期計画が示されず、将来的な必要人材の確保・育成が不透明な中で行われている。		
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		
法人が人事考課の制度を持たず、キャリア・パス制度の構築も遅れていることから、職員にとっても自らの将来像を描きづらい環境である。人事考課やキャリア・パスの制度導入は一朝一夕に成し遂げられるものではないが、何らかの形で「期待される職員像」を示して職員のモチベーションを高め、安定的な職員雇用につなげられたい。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
昨年度は安定していた職員雇用が、今年度に入って陰りを見せている。ここ数年来、働きやすい職場作りの取り組みとして、給与体系の見直し、資格取得の助成制度、有休や産休・育休取得の推奨、残業時間の短縮、夜勤体制の見直し等々を実施してきた。しかし、職員不足の影響もあって有休消化が進まず、正規職員にとっては有給休暇の取りづらい状況が続いている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
職員の不足感から、職員育成より採用・確保に主眼が置かれる現状である。管理者が職員一人ひとりと面談を実施して意見の聴取に努めてはいるが、職員個々に目標を設定する取り組みには至っていない。		
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		
生活支援課長が職員育成を主管し、研修計画を事業計画に組み入れて取り組んでいる。外部研修で得た知識や技術を職員間で共有するため、外部研修受講者が講師となって隔月実施の内部研修会で伝達研修を実施している。内部研修の報告書は生活支援課長が作成し、個別の研修の総括と評価を行っている。		
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		
事業所が認めた研修に関しては法人の費用負担があり、専門的な資格の取得には助成金制度もある。毎年、社会福祉士や介護福祉士の資格取得者を輩出しており、助成制度が有効に活用されている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
年間20名程の保育実習生の受け入れがあり、「実習生受け入れマニュアル」に沿って実習を行っている。マニュアルでは、受け入れの目的の一つとして「実習生を指導することによる職員の学び」を挙げているが、指導にあたった職員が“何を学び、何を得たか”の評価・振り返りが記録として残されていない。		

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		
2年連続、通算6回目の第三者評価の受審であり、結果を公表することによって事業運営の透明化を図っている。さらに透明化を推し進めるために、苦情の受付や対応(内容、進捗状況、解決に至った経緯や結果等)に関しても公表することが望ましい。		

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			
法人監事による監事監査と行政による監査の実施に留まっており、社会福祉法が求めるレベルでの外部専門家による監査の実施はない。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
3事業所合同のイベントである「納涼夏祭り」や「文化祭」には、利用者、家族に混じって地域住民の参加もある。地域の民生委員・児童委員や地元の高校生がボランティアとして参加し、模擬店や駐車場係として活躍した。しかし、職員配置の関係で、利用者のイベント参加が制限を受けるという事態が生じ、次回開催への大きな課題となっている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「納涼夏祭り」や「文化祭」を支えてくれるボランティアの存在は大きい。それらのボランティアを受け入れるためのマニュアルは作成されているが、受け入れの意義・目的の記述がなく、受け入れ終了後の評価・振り返りの記録が残されていない。マニュアルで意義・目的を明確にし、終了後にはその目的に照らした評価・振り返りを行うことを望みたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
市が作成した「社会資源マップ」があり、公共施設、福祉関連施設、医療機関等が網羅されている。地域の社会資源を職員間で共有して利用者への支援を充実したものとするためにも、職員への「社会資源マップ」の周知と、職員によるその活用が期待される。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
社会福祉法人の地域への貢献活動は、「社会福祉法」が求める使命でもある。社会貢献事業は事業所レベルではなく、法人レベルで検討することとしているが、現時点では「災害時の福祉避難所」として市の指定を受けているに留まっている。利用者のみ利用となっている日曜日の「喫茶コーナー」の有効活用等、事業所レベルでの検討も試みられたい。			
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。	障 27	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
市の自立支援協議会や法人の相談支援事業所から情報を得、地域の福祉ニーズの把握をしている。夜間の支援を必要とする障害者のニーズがあり、グループホーム増設の方向で検討が始まっている。ただし、開設時期や規模等、具体的な計画として法人の決定は下されていない。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者を尊重してサービスを提供する精神は基本方針の中に盛り込まれ、周知されている。サービス提供について、職員は年2回の自己チェックにより利用者尊重、人権尊重の意識を浸透させている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
個別支援マニュアルの中に明示され、個別場面で配慮した取り組みがなされている。プライバシー保護に特化した規程等は存在しないが、倫理要綱やOJTにより、新任職員への研修もなされている。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者に対しては口頭での説明や体験入所によって、本人にとって快適なものであるか確認する等の配慮が見られる。ただ、紹介パンフ等の記載の工夫や公共施設への配付等、検討・改善の余地を残す。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
利用者向けの資料は特にないが、サービス管理責任者が利用者本人、家族に丁寧に説明し、同意を得る努力がなされている。障害が重い方への今一步の配慮が望まれる。			
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 ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
サービス移行計画や引継ぎ書等の制度化されたものは無いが、必要な方は個別支援計画の中に記載している。移行に当たっては、相談支援事業所を含めた担当者が家族や利用者本人の意向を踏まえて対応している。サービス移行計画や引継ぎ書等、様式を定めて記録を残されたい。			
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			
日常の支援の中で、利用者の意向を踏まえた支援に心掛けている。行事等は利用者意見を参考にしたり、家族との懇談で要望を聞き入れたり、利用者の思いや意向が尊重されている。利用者の満足度調査は、障害の重度化によって実行が難しい状態となったために実施されていないが、意見を述べられる一部利用者を対象に可能な調査を検討されたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
苦情解決のシステムは構築されているが、記入カードの設置や結果の公表等、実際の運用面で実効性に欠ける面がある。			
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			
相談室にて意見を聴取する環境はできているが、特定の窓口や利用者に分かりやすく説明するための文書は存在しない。代弁者としての家族の意見聴取に関しても、更なる工夫や取り組みが望まれる。			
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			
意見箱やアンケート等、文書での意見聴取は難しいが、担当職員が支援の中で得たニーズはフロア会議や代表者会議の場で検討されるシステムとなっている。受付簿の活用が図られていないが、口頭で伝えられた相談や意見についても、受付簿に記載して対処することが望ましい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
危機管理委員会が設置され、事故報告書やヒヤリハット事例を基に、再発防止や未然防止に向けて対応している。また、内部研修にて事故防止や緊急時対応等が図られている。対策の実効性についての評価や見直し、リスクマネージャーの設置等、より有効なリスク管理への余地を残している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
感染症毎に対応マニュアルが作成され、看護師を中心に管理体制がとられている。不定期ではあるが勉強会も実施され、職員意識を高めている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
山腹に立地することから、危惧される土砂災害も想定した訓練が実施され、避難や安否確認体制も整備されているが、地域や関係機関との連携に課題を残す。一方、福祉避難所としての機能は備蓄品、衛星電話、対応マニュアル等、万全の備えがなされている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービスの種類ごとに個別の支援マニュアルが整備され、プライバシーの保護やエンパワメントの理念が考慮された支援が図られている。			

	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ケース会議等で支援の評価が実施されているが、個別支援マニュアルは適用期日が不明瞭である。実施方法の検証に関しても、明確な形(実施時期、実施者、実施方法等の明確化)を検討されたい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ケース検討会議の際には看護師や栄養士等が参画している。しかし、アセスメント策定に関しては担当支援員が中心となって実施されている。			
	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			
半年に一度のモニタリングにより、最善のサービスに向けた見直しが実施されている。この際の課題となった事項が、全体のサービス向上、標準的な実施方法に確実に結びつく体制を検討されたい。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定められた「ケース記録」や「日誌」があり、パソコンで適切に管理され、共有、運用されている。			
	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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護要綱」により保管、管理がなされている。情報の漏洩対策、管理責任者設置等、より徹底した対応が望まれる。			
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			
地域移行計画は策定されていないが、家族の意向を聴取したり、外出等により社会生活に触れたり、体験したりする機会を提供している。グループホームへの移行者には、相談支援事業所を含めた支援体制が構築されている。			

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
理解力や判断能力に差があり、自ら意思を表出できない利用者に関しては、特に個別のコミュニケーションに心掛けている。また、職員勤務表等、様々な予告を写真や図、ルビ等の工夫をもって掲示している。障害程度の重い利用者が多く、新たなコミュニケーションツールや手段の開発を検討している。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
自治会組織は無いが、行事や各種クラブ活動等、利用者が主体的に取り組めるメニューを用意している。全員の意向聴取は難しいが、生活のモニターとなりうる利用者も存在することから、代表意見として活用することの検討が望まれる。			
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	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
洗濯や配膳、下膳等、「できることは自分で行う」をモットーに見守り支援をしている。利用者の状況を見ながら、過介助やホスピタリズムに陥らないよう支援しており、評価できる点が多い。			
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			
社会生活のために必要となるメニューは存在するが、体系化されていない。地域の行事や情報についても必要に応じて提供しているが、プログラム化されていない。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々の栄養量等は個別支援マニュアルに記載されていないが、栄養士が「食事形態一覧表」を作成し、個別に対応している。介助等の支援方法はそれぞれの支援計画に基づいて実施されている。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的に嗜好調査を行い、献立に反映させている。また、適温での提供、献立表も開示されている。年3回の給食会議においては、利用者代表を含め栄養士と現場職員が食事に関する様々な事項について検討する、大変有効な機会となっている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事時間帯として、70分の幅のある時間帯が設定されている。給食会議では環境等の検討を行っているが、代表者会議やフロア会議の場においても、喫食環境に関する話し合いを行っている。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
午後に入浴時間を十分に取、支援マニュアルを基にチェックリストも利用しながら、職員配置等も含めて適切な入浴が支援されている。		
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		
入浴支援の時間帯として設定された時間以外にも、利用者本人の希望があれば夕食後の時間帯も入浴可能である。失禁や発汗時等はシャワー浴を実施しており、現在週4日の入浴回数を増やすことも検討されている。		
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		
フロア会議にて、入浴の様々な事項について検討している。利用者の安全確保の観点から、常に浴室、脱衣場は整理整頓が心がけられており、清潔が保たれ、冷暖房や設備等も適切である。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
個別支援マニュアルや排泄表により、適切な排泄支援を行っている。おむつや簡易便器等、排泄用具の衛生的な取扱いに関する手順書の整備を検討されたい。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
毎日清掃が実施され、清潔の保持に努めている。また、転倒防止のための補助具等も設置されている。冷暖房や防臭対策を含め、更なる改善を目指されたい。		
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		
利用者の意向を最大限取り入れて購入、選択の支援をしている。利用者自身で購入できる方は、その機会を設定して支援している。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
汚れや破損、利用者からの希望時には、その意思を尊重して対応している。その際の手順書は無いが、職員に周知され支援されている。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の意向を尊重し、必要な支援を行っている。美容や髪型、化粧等についての規制はなく、利用者それぞれの好みを第一にして支援している。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
限られた利用者であるが、希望の理・美容院を利用する際には、連絡調整や同行支援を行っている。利用者個々のニーズに沿った支援を実施しており、利用者の目線に立ったスタンスを感じる。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
寝具等は利用者の希望に配慮し、また眠剤投与も含めて安眠への手立ても嘱託医と連携して実施している。利用者それぞれに対する夜間の個別支援に関しては、職員が個々の支援計画を共有して実施している。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者個々の健康管理票を基に適切に管理されている。散歩やラジオ体操等、日常的に運動を取り入れて健康の維持・増進を図っている。また、ニーズに応じて訪問マッサージを導入する等、質の高い支援がなされている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
緊急時マニュアル、救急医療体制等、適切な医療機関とその連携が図られている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
薬の取扱いマニュアルに沿って、確実な薬物管理と服用がなされている。また、服薬チェック表に基づき、誤薬や怠薬を防ぐ取り組みがなされている。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
可能な限り利用者の意向を取り入れているが、安全管理を考慮して事業所サイド、職員都合で計画が進められてしまう場合もある。自らの意思を表明できない利用者が、少しでも主体的に取り組める対策の検討が望まれる。		

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		
原則として、利用者の意思と希望に応じて行われることとなっているが、事業所の立地条件や同行者の手配等の問題もあることから、利用者が自由に外出する事例は少ない。管理対策としてのルール決めや連絡カードの携帯等、改善への課題が多い。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者本人の希望や意思を尊重し、家族の受け入れが可能な場合に帰省や外泊が行われている。		
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		
預り金の管理要綱を含め、管理体制は適切に構築されている。現在行われていない金銭の自己管理への支援については、検討の余地を残す。		
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		
利用者個々の意向に応じ、テレビ、ラジオ等の個人所有は自由である。短期入所の利用者に対しても、希望者にはテレビを無料で貸し出している。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
飲酒に関して、利用者との話し合いやルール決めはないが、特に規制は無く、外出時に飲酒を楽しむ利用者もいる。健康上の理由から、喫煙は勧めていない。		