

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25日(金)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称 障害者支援施設 ホタルの郷	種別： 施設入所、生活介護	
代表者氏名： 鈴木教仁	定員（利用人数）： 46名（48名）	
所在地： 愛知県豊川市足山田町年長1番地6		
TEL： 0533-93-7686		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 9年 9月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： としなが福祉会		
職員数	常勤職員： 34名	
専門職員	(管理者) 1名	(栄養士) 1名
	(事務員・社会福祉士) 2名	(看護師) 1名
	(支援員・社会福祉士・介護福祉士) 23名	(調理員・調理師) 6名
施設・設備の概要	(居室数) 38室	(設備等) 地域交遊センター
		厨房等

③理念・基本方針

★理念	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域に深く根ざしたより高い福祉を積極的に推進する 2. 「論より愛」の心を燃焼させ人間愛豊かな施設を目指す
-----	---

★基本方針

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)の理念に基づき、この対応に万全を期するために、職員を適正配置し、個を重視した、きめ細やかな利用者の支援、援助を展開していく。

本施設をはじめ大部分の入所施設は、24時間限られた空間の中で自己完結的な支援で、様々な弊害が生じてきたことは否めない。これらを謙虚に受け止め、可能な限り施設利用者の地域移行を推進するために、外には、積極的に多くの地域交流活動を展開し、地域との絆を深め、中においては、利用者の人権確保を基本に、豊かな生き甲斐のある生活の中で、社会適応のための心身機能の発揚と地域移行のための人格形成を目的に、設備の充実と支援・援助の向上を図り、施設であることに起因する一般社会との隔たりの縮小に努めて参ります。

④施設・事業所の特徴的な取組

としなが福祉会の理念を実現するため、ホテルの郷の利用者さんに当てはめると

- ①職員は、利用者さんと良好な関係を築く。
- ②利用者さんと一緒に、快適な住環境を提供できるよう努力する。
- ③健康的で、おいしい食事の提供や充実した日課や行事を行う。
- ④お祭り等を中心に地域住民の理解及び浸透を促す。

より具体的に職員が行うことを示すと

- ①職員は、利用者さんと信頼関係を構築する。
- ②利用者さんの居住棟を清掃し快適な住環境を実現する。また、居住棟の修繕すべき個所を放置しない。
- ③健康的で、おいしい食事の提供。
- ④午後の日課の充実及び個別外出の実施。
- ⑤バスハイク、納涼祭、としなが祭、感謝の集いの充実。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 7月 1日(契約日) ~ 平成29年 4月 10日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3回 (平成26年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の責任感

管理者は、前管理者の側近として長くその傍らにおり、その人となりをつぶさに観察してきた。管理者として着任早々、自らも含め法人設立の原点に回帰すべく、法人理念と基本方針をつなぐ解説文書をしたため、自身の所信として表明した。事業概要の組織図、委員会名簿、業務分担表等から役割や責任の所在は明確になっており、新集団執行部体制の中核としての責任感も強い。

◆地域との共存共栄

事業所開設時に地域との若干の摩擦はあったが、現在では良好な関係を維持し、法人イベントである「納涼祭」(今年度は中止)や「としなが祭」には地域に参加を呼び掛け、「としなが祭」には、利用者、家族、地域住民を合わせ、400名を超える来場者があった。法人イベントには、50名ほどの学生ボランティアが携わっている。活け花、舞踊、絵画(有償ボラ)、音楽、書道等のクラブ活動では、地域のボランティアが専門講師を務めている。市と災害時の福祉避難所契約を結び、1週間以上の飲食料品を備蓄している。BCP(事業継続計画)も作成されており、地域への貢献度は高まっている。

◆充実した余暇活動やクラブ活動

利用者の生活の質の向上を図るため、余暇委員会を設け、余暇活動やクラブ活動・レクリエーション活動を充実する取り組みを行っている。絵画クラブでは、隠れた絵の才能を発見し伸ばしていくことで、充実した日常生活を送っている利用者がある。また、舞踊クラブや手芸作業では、より専門的で内容の濃い活動を提供しており、利用者がやりがいや生きがいを感じられる活動となっている。

◇改善を求められる点

◆さらなる事業運営の透明性確保を

事業運営の透明性確保のために、隔年の第三者評価受審がある。さらなる透明性の確保のため、苦情解決の取り組みの公表を望みたい。関連する規定に苦情の公表に関する文言を追記する等の改訂を施し、苦情情報(受け付けた内容、解決に至った経緯や取り組みの状況等)を、広報誌やホームページを活用して公表する仕組みづくりが望まれる。

◆急ぎたいキャリアパスの導入

キャリアパスの構築が遅れており、職員にとって自らの将来の姿を描くことは難しい。さらに、人事考課制度が自己査定のみならず、上司による一方的な査定のみであるため、人材育成面への転嫁が難しい状況である。自己査定を実施し、自己査定と上司査定の差異分析によって教育・研修のニーズを把握する等、人事考課制度と研修制度を結びつけることで、キャリアパス制度が生きてくる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

総評において「地域との共存共栄」「充実した余暇活動やクラブ活動」などに関して高い評価をいただき、ありがとうございます。クラブ活動の充実に、より力を入れていきたいと考えておりますので励みになりました。

改善を求められる点の「さらなる事業運営の透明性確保」に関しては、これから具体的な案を考えていきます。

「急ぎたいキャリアパスの導入」に関しては、キャリアパスを人事考課制度や研修制度等を結びつけ、トータルとして導入できるよう考えていきます。

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。

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			
大きな力を持っていた管理者が逝去され、新たな管理者と幹部職員による集団執行部体制がスタートした。新管理者は、法人設立の原点に回帰すべく、「法人理念」から具体的な「基本方針」につなぐための解説文書を作成して自らの所信表明とした。職員、利用者、保護者等への本格的な周知活動がこれから始まろうとしている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
各種団体に加盟しており、情報量に不足はないが、情報を活かすための組織が完全には機能していない。法人の副主任以上の役職者で構成する「運営会議」が事業推進の実質的な中枢機能であるが、大きな星が落ちた天空の穴を埋めることができるか、大きな試練に立たされている。			
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
原状の課題を、「利用者の高齢化に伴う食事や健康面」、「保護者の高齢化と親亡き後の問題」、「防犯・防災対策と対応」としている。利用者の高齢化対策は保健・給食委員会に付議し、保護者の高齢化対策や親亡き後の問題に関しては、県・サポート協会を通じて成年後見人制度の利用を進めている。防犯・防災対策に関しては、ハードとソフトの両面から実施策の検討に入っている。			

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			
施設の建設から20年が経とうとしており、建物のメンテナンスを中心とした中・長期計画(平成29年～35年)を立てている。計画には優先順位を付け、想定される予算額も示している。課題は、ハード面だけでなく、事業計画に反映させるための管理や支援に関する方向付けがほとんど盛り込まれていない点である。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画が実際の事業運営や支援に係わる方向性を示していないことから、「平成28年度事業計画」の焦点がぼけてしまい、重点的に取り組む課題や目標等が明確になっていない。重点的に取り組む課題を明確にし、可能なものに関しては数値目標を設定する等、職員が同じ方向を向いて支援出来るベクトル合わせを期待したい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画が重点的に取り組む具体的な項目を設定していないことから、中間期の進捗評価もままならず、年度末の事業報告も期末の状態を報告する数字の羅列に終わっている。職員が、あるいは利用者が1年間かけて取り組んだ“努力の跡”が確認できる報告が欲しい。事業報告書では次の年に持ち越す課題を明らかにし、それを反映させた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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
前管理者について言えば、その口から出た言葉の一つひとつが事業計画であり、具体的に取り組むべき施策であった。しかし、集団執行部体制の下では「口頭主義」は通用しない。事業概要に頼ることなく、職員、利用者、保護者それぞれに対応する分かりやすい資料に作り替えて取り組むことが望ましい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
提供するサービスの質の向上を目指し、隔年サイクルで第三者評価を受審している。法人の基本方針の中に「…PDCAサイクルによる基本的支援の見直しを継続し…」と、PDCAサイクルを活用した支援の充実を謳っている。具体的な改善効果はまだ見えてこないが、常にPDCAサイクルを意識した取り組みの継続を期待したい。			
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取り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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
新たな管理者の下での集団執行部体制としての1年目であり、課題の抽出はできているものの、計画的な改善活動には至っていない。明確になった課題に関しては、責任者(誰が?)を明確にし、改善活動のスケジュール(いつまでに?)を示し、具体的な実施事項(何を?)を定めた改善計画(工程表)を作成して臨むことを勧めたい。			

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>管理者は、前管理者の側近として長くその傍らにあり、その人となりをつぶさに観察してきた。管理者として着任早々、その責任の大きさから、法人理念と基本方針をつなぐ解説文書をしたため、自らの所信として表明した。事業概要の組織図、委員会名簿、業務分担表等から役割や責任の所在は明確になっており、新集団執行部体制の中核としての責任感も強い。</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。	障 11 a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者の前職は、前管理者(事務局長を兼務)の側近として事務局次長を拝命しており、事務方トップとしてコンプライアンスに関する高い意識を持っている。研修会への参加を通して、必要となる法令に関する知識は持ち合わせているが、職員への周知・理解の点で課題を残す。平成28年4月施行の「障害者差別解消法」に関しては、法人、事業所内共に職員研修会や勉強会が実施されていない。</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。	障 12 a ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント		
<p>前管理者と比較するのは酷であるが、集団執行部体制の中核として動き出したばかりであり、まだその指導力は未知数である。委員会制度を組織化し、利用者のために職員自らが何をすべきかを考えさせる手法をとっており、その結果を注視したい。</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 ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント		
<p>新集団執行部体制の基盤として「運営会議」があるが、会議では今年度を課題の抽出時期と捉えている。既に明確になった課題に関しては動き出したものもあるが、本格的な改善・改革は次年度以降となる。口頭指揮とならぬよう、具体的な実行計画を作成しての取り組みを期待したい。</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 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>前管理者の年度途中で急逝があり、法人内が落ち着くのに時間がかかった。採用活動も思うに任せず、やや出遅れた感があるが、ハローワーク中心にした採用活動で人材確保に努めている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>キャリアパスの構築が遅れており、職員にとって自らの将来の姿を描くことは難しい。さらに、人事考課制度が自己査定のみで、上司による一方的な査定のみであるため、人材育成面への転嫁が難しい状況である。自己査定と上司査定の差異分析による教育・研修のニーズ把握等、人事考課制度と研修制度を結びつけることが期待される。</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			
職員の働きやすい職場作りを目指しているが、職位や職種によっては有給休暇の取りづらい状況が継続しており、抜本的な改善策が必要となっている。			
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			
職員個々に課題を決めて取り組み、毎月進捗を報告をしている。しかし、職員個々に設定された目標の妥当性、期限管理の正確性、目標達成度合いによる人事考課制度の成績効果への反映等、数々の課題を残している。			
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			
研修計画に沿って職員は研修に参加しており、研修受講後には復命書を提出している。研修効果の検証を行うことによって、研修が支援の現場に活かされているものも出てきた。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
正規職員に関しては個々に研修計画があるが、職員の1/3を占める非正規職員に対しての研修計画が作成されておらず、研修参加の機会は少ない。			
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			
社会福祉士実習生等の受け入れがあり、実習生受け入れのマニュアルに沿って実施している。しかし、マニュアルには受け入れることの意義や目的の記述がなく、基本姿勢を読み取ることができない。また、受け入れの目的が明確になっていないことから、実習終了後の評価・検証も適切に行われていない。受け入れに際しては、意義や目的を明確にして取り組むことが望ましい。			

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			
事業運営の透明性確保のために、隔年の第三者評価受審がある。さらなる透明性の確保のため、苦情解決の取り組みの公表を望みたい。苦情の公表のプロセスを追記する等、関連する規定を改訂し、苦情情報(受け付けた内容、解決に至った経緯や取り組みの状況等)を、広報誌やホームページを活用して公表する仕組みづくりが望まれる。			

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。	障 22	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
法人監事による内部監査に合わせ、関係が深い法人の複数の施設長等による監査を受けている。一定レベルの透明性確保となつてはいるが、いずれ実施が予定される社会福祉法が求めるレベルでの外部監査の実施に備え、中・長期計画に盛り込む等の用意をされたい。		

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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業所開設時に地域との若干の摩擦はあったが、現在では良好な関係を維持し、法人イベントである「納涼祭」(今年度は中止)や「としなが祭」には地域に参加を呼び掛けている。「としなが祭」には、利用者、家族、地域住民を合わせ、400名を超える来場者があった。法人イベントや事業所のクラブ活動には、地域のボランティアが数多く携わっている。		
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ボランティアの受け入れに関するマニュアルに沿って、数多くのボランティアを受入れている。「としなが祭」には、50名ほどの学生ボランティアが集まり、活け花、舞踊、絵画(有償ボラ)、音楽、書道等のクラブ活動では、地域のボランティアが専門講師を務めている。		
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	a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
利用者のかかりつけ医や専門医等を網羅した医療機関の一覧表が作成されており、適切な医療を受けられる体制にある。利用者が施設外の社会へ出て活動することは少なく、地域の社会資源を十分には活用しきれていない。		
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。	障 26	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「納涼祭」や「としなが祭」に地域住民を招待し、地域交流室をボランティアの活動場所として提供している。市と災害時の福祉避難所契約を結び、1週間以上の飲食料品を備蓄している。BCP(事業継続計画)も作成されており、地域への貢献度は高まっている。		
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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
市・福祉課や自立支援協議会、社会福祉協議会、特別支援学校等からニーズをつかみ、さらに法人の相談支援事業を通して在宅の福祉ニーズの情報を得ている。集まった情報からは、虐待や親の死亡によって緊急的な一時保護のニーズの高まりが浮かび上がり、法人レベルで今後検討していくこととなっている。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針には、利用者を尊重した福祉サービス提供について明示しており、職員が共通の理解をもつための取組が行われている。職員朝礼にて、「職場の教養」を読み上げ、感想を発表した後に引継ぎを行っている。外部研修や法人内研修などで、基本的人権に配慮した福祉サービスに関する勉強をする機会がある。			
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			
利用者のプライバシー保護や虐待防止に関するマニュアルが整備されており、研修会を開催する等で職員への周知が図られている。利用者は、希望すれば可能な範囲で個室を利用することができる。不適切な事案が発生した場合の対応方法について、具体的な対応方法を明示しておくことが望まれる。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレット、事業概要等により、必要な情報について積極的に提供するようにしている。相談支援事業所を通して、見学や体験入所、一日利用の希望に応じている。ホームページ上で広報誌「ほっほっホテル」を3ヶ月ごとに更新しているが、事業所のホームページの「行事案内」は、平成24年から4年以上更新されていない。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
サービスの開始にあたっては、家族や利用者との面談し、福祉サービスの内容を丁寧にわかりやすく説明し、同意を得た上でその内容を書面で残すようにしている。意思決定が困難な利用者への配慮については、成年後見人制度を利用する等の方法を取っているが、利用に至るまでの経過を記録に残す等、適正な利用を促す方法を検討することが望まれる。			
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			
法人内のグループホーム等に移行する場合は、福祉サービスの継続性に配慮した施設間での連携が図られているが、他法人の施設への移行の際には、引継ぎ文書等の内容を定めた手順がない。円滑な移行を実現させるためにも、文書化した手順(マニュアル等)を作成しておくことが望まれる。			
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	⑥ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的に利用者自治会や保護者会を開き、利用者や家族から要望を聞く機会を設けている。利用者自治会には利用者の代表として自治会委員7名程が参加し、利用者の意見や要望を出してもらっている。出された意見や要望は支援会議に諮り、実現できるように検討している。			

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		
苦情解決のための体制が整備されており、玄関に掲示する等で周知している。苦情を申し出やすくするため、「外泊中の記録」の中に施設への要望を記入する欄を設けている。苦情内容に関する受付から解決に至った記録や、フィードバックした内容を記録として残すとともに、広報誌やホームページ等で公表することが望まれる。		
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		
自治会会議や利用者集会等の場が設定されており、利用者が意見を述べやすい環境が整備されている。引き続き、利用者や家族が意見を述べやすい環境となるよう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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者から出された相談や意見に対しては、支援会議等で検討し適切に対応するよう努めている。意見箱を設置しているが、十分な活用はできていない。		
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。	障 37	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
事故発生時の対応について、マニュアルに定めており、安心・安全な福祉サービスの提供に努めている。ヒヤリハット事例を収集し、原因と対策を検討することで事故の未然防止を図っている。引き続き、想定される危険予知を厳密に行い、実効性のある対策を講じることが望まれる。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
感染症予防と発生時の対応について、マニュアルを定め対応している。「保健・給食委員」にて感染症対策について検討している。また、各マニュアルの有効性を検証する意味からも、「吐瀉物の処理」等、可能なものについては実施の模擬訓練を行うことが望まれる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
防災計画等を作成し、定期的に避難訓練や消火訓練を行っている。災害時の施設利用者安否情報連絡方法を定めており、災害掲示板を利用することで職員の安否確認を行うようにしている。事業継続計画(BCP)を作成している。		

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法をマニュアルとして作成しており、マニュアルに従って統一した支援が行えるように努めている。マニュアルの内容については、改善の余地がある。標準的な実施方法は、個別支援計画の中に文書化されている。		

	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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの標準的な実施方法に関する見直しは、「マニュアル検討委員会」を定期的に開催して見直しを図っている。定期的な見直しを“適宜”行っているが、見直しの手順を文書化(例:「マニュアル検討委員会実施要領」等)し、見直し時期を明確に規定することが求められる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の策定にあたっては、適切なアセスメント手法によりアセスメントを行い、PDCAサイクルに基づいて実施計画を策定している。支援困難ケースについては、月1回開催するケース検討会議の場において検討している。			
	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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の見直しに関しては、見直しの時期や内容を定めた手順が決められており、定期的に見直されている。変更された支援計画については、ケース会議で職員に周知するようにしている。しかし、利用者の状態変化等によって、緊急に個別支援計画を変更せざるを得なくなった場合について、計画の作成から関係者への周知までの手順を見直す必要がある。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の身体状況や生活状況の記録については、パソコンの支援ソフトの「生活状況報告書」という定まった様式で記録しているが、記録する職員で記録内容や書き方に差異が出ないよう、「記録要領」や「記録の見本」を示すこと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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報管理規定」やマニュアルを作成し、個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対策と対応を規定している。保護者には、個人情報の使用に関する同意書を取っており、ボランティアや実習生からは個人情報保護に関する同意書を取っている。個人情報保護に関する職員の教育を行い、個人情報保護の徹底を図ることが望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人としてグループホームの建設に積極的に取り組んでおり、現在3ヶ所に12名が入所施設から地域に移行している。利用者や家族の意向に応じて、無理なく地域生活に適応出来るように配慮した移行計画を策定している。			

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			
利用者のコミュニケーション能力を高めるため、個別支援計画を策定して実施している。利用者固有のコミュニケーション手段があり、家族からの情報を得る等して把握する努力をしている。意思伝達に制限のある利用者の場合は、日常的な関わり合いを通して、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見に努めている。特定の職員にしか理解できないことがないよう、会議や勉強会を通して職員間の情報共有を図ることが期待される。			
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			
毎月「自治会」や「仲間の会」を開催しており、それらの会議の場で利用者の希望や要望を聞き、利用者が主体的に行える活動を提供しよう支援している。しかし、利用者が他の施設の障害者や知人等と自由に接する機会は限られており、地域の障害者理解を進める上でも、積極的な取り組みを望みたい。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
毎月行われるケース会議において、日常生活での見守り支援の方法や内容を話し合っている。家族や利用者と面談して具体的な支援の内容を決めているが、必ずしも十分な話し合いが行われておらず、今後の課題となっている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の生活の質の向上を図るため、日帰り旅行や各種のクラブ活動を行い、日常生活に変化を付けるようにしている。社会生活力を高めるための学習・訓練プログラムの開発が望まれる。			
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			
ケース会議にて、利用者の摂食状況についての話し合いをして食事介助の方法や内容を確認し、個別支援計画の策定に繋げている。利用者の体重の増加や糖尿病等の生活習慣病に対応するため、利用者の状況に応じて食事内容等を変更している。			
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			
定期的に嗜好調査を行い、自治会で希望を聴取して献立を作成している。利用者の期待に応えるため、献立表にはイラストを入れる等の工夫をしている。誕生会では特別メニューを提供し、誕生者の誕生日にはそれぞれが希望する特別メニューを提供している。利用者が落ち着いてゆっくり食事できるように、食事時間を3回に分けている。調味料や香辛料は、過去に使用したことがあるが現在は用意していない。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的に給食会議を開催し、喫食環境を含めた食事内容に関する改善のための検討を行っている。利用者の状況に応じて、食事の時間をずらす等の合理的配慮をしている。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入浴支援のマニュアルが整備されており、利用者の特性に応じた入浴支援を行っている。個別支援計画書において、入浴介助の内容等の個別の支援計画を策定している。			
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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
入浴の週間回数については、安全に行うための職員体制を考慮して週5回にしている。設定された日時以外でも、身体が不衛生の状態の時はシャワー浴を行っている。入浴の回数、時間帯等、利用者個々の障害特性への配慮もあり、必ずしも利用者の希望通りにはなっていない。			
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			
浴室や脱衣室の設備等に関しては、冷暖房設備も完備しており適切な環境となっている。入浴時には扉を閉めてのれんを掛ける等、他の視線を遮ることも考慮に入れ、プライバシーに配慮した工夫をしている。			
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			
「排泄介助マニュアル」が作成されており、マニュアルに従った支援が行われている。個別の排泄介助については、個別支援計画の中に記載している。日常の支援の結果については、所定の様式により個別のチェックリストを使用して確認している。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
トイレには暖房・シャワー付き便座を設置しており、1日に4回以上定期的に掃除をしている。防臭スプレーを使用する等の防臭対策を行っている。排泄に関するプライバシーの保護については、ハード面での欠点をソフト面で補う工夫を願いたい。			
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			
衣類は利用者の好みで選択しており、必要に応じて職員が衣類選択のアドバイスをしている。意思表示が難しい利用者の中には、これまでの嗜好や習慣、経験を考慮し、職員の判断で購入等の支援をしている。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が着替えを要求した場合には、その意思を尊重して自由に着替えてもらっている。汚れや破損を発見した時は、速やかに対応するようにしている。汚れや破損による着替えや廃棄について、職員による判断に差異が出ないよう、可能な範囲で最低限の基準を作成することが望ましい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
地域の理容師がボランティア(有料含む)で来所し、利用者の要望を聞き整髪してもらっている。理美容に関する資料や情報は用意していない。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
地域の理・美容店の利用については、必要に応じて理・美容店とのスケジュール調整や職員の同行等の支援を行うが、利用者からの依頼が少ないこともあって積極的な支援は行っていない。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が安眠できるような環境・設備となっており、夜間における支援内容については「夜間支援日誌」に記入している。夜間における事故や病気に関する対応マニュアルを作成して、対応するようにしている。非常時だけでなく、通常の夜間支援の手順についても文書化することが望ましい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「健康管理マニュアル」は事業概要の中に「保健衛生」という形で織り込んでおり、そのマニュアルに従って利用者の健康管理を行っている。「健康管理票」を作成し、健康診断の結果や検査結果等を記入している。嘱託医による定期的な診察や、歯科医・歯科衛生士による指導等を定期的に受けている。身体機能の改善のために、必要に応じて機能回復訓練を行っており、健康維持のために散歩や運動の時間を設けている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
健康面で異常があった時の対応をマニュアルとして用意しており、近隣に直ぐに対応可能な協力医療機関がある。必要な時に、迅速かつ適切な医療が受けられる医療機関が複数ある。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
薬物の管理や服薬に関するマニュアルを作成しており、誤薬等があった場合の対応手順が明示してある。宿直室に、薬物に関する情報を記入したファイルを置き、職員間での情報共有を図っている。薬物の使用状況の記録については、改善の余地がある。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
余暇委員会を設け、利用者の余暇活動やレクリエーション、クラブ活動等の充実を図っている。舞踊クラブや手芸作業ではボランティアを受け入れて、より専門的で内容のある活動を提供している。			

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		
<p>利用者の希望に応じて外出計画を作成し、保護者の協力を得て外出している。外出先については、地域でのイベント等の情報を収集し、利用者に提供するようにしている。ノーマライゼーションやエンパワメントの理念に従って、今後利用者が単独で外出するプログラムが開発されることも想定される。外出に関する一定のルール化やマニュアルの必要性を検討してほしい。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>施設側の都合で外泊を決めるということではなく、常に、利用者や家族の希望を考慮したものになっている。ただし、帰省等の受け入れ側の家族の都合(キーパーソンの高齢化、死亡等)によって、利用者の希望通りの受け入れが出来なかったり、帰省先を失うケースが出てきており、対応策を含めて今後の課題である。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>「利用者預り金管理規定」に基づき二段階のチェック体制を作り、適切な管理体制としている。お金を自己管理できる利用者は、1週間分の小遣いを管理するようにしているが、小遣い帳を活用した学習プログラムとしては整備していない。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>新聞・雑誌は個人で購読でき、定期購入している利用者がある。外出時に自分の好みの本を購入してくる場合もある。利用者の希望を聞く等して、共同で利用する書籍を用意している。テレビ等については、自室で自由に見られるよう、個人所有が認められている。</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
評価機関のコメント		
<p>現在喫煙する利用者はいないが、喫煙場所が決まっている。飲酒について、希望があれば職員の見守りの下で可能である。一般的な常識として、飲酒や喫煙の弊害(アルコール中毒や依存症、たばこの副流煙による受動喫煙等)を学ぶ機会の提供を望みたい。</p>		