

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16日(水)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：障害者支援施設 蔵王苑	種別：施設入所支援・生活介護	
代表者氏名：河邊 禎人	定員（利用人数）：80名（73名）	
所在地：愛知県田原市田原町西山口1番地		
TEL：0531-22-1145		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成10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： 65 名	
専門職員	（管理者） 1名	（サービス管理責任者） 2名
	（栄養士） 1名	（生活支援員） 42名
	（看護師） 3名	（その他） 18名
施設・設備の概要	（居室数） 34室	（設備等） 医療室、静養室
		食堂、多目的室、訓練室
		相談室、浴室、便所、洗面所

③理念・基本方針

<p>◆法人理念◆ 「あなたにより添います 愛と 心と 手のひらで」</p> <p>◆基本方針◆ (1)施設で生活する利用者も基本的人権を保障されていることを念頭に置き個人が尊厳をもって、その人らしい生活が出来るよう支援する。 (2)社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への参加、さらに社会復帰を目標に自らの力で生きる活力を生み出せるよう支援する。 (3)日常生活において、全てを支援するのではなく利用者それぞれの残存機能を把握し、その活用に努める。 (4)施設内の環境、生活条件を可能な限り一般家庭の生活様式に近づけ日課、行事、活動の充実を図り楽しく潤いのある生活を目指す。 (5)地域の中核として施設の持つ機能、設備、人材を提供し、地域にひらかれた施設を目指す。</p>
--

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①障害特性に応じた専門的な支援の充実
- ②福祉専門学校からの実習の受け入れ
- ③日中活動の充実、積極的なボランティアの受入
- ④人材育成の積極的な取組（外部研修会への職員の派遣、介護福祉士等資格取得奨励）

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 4月 4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

◆実効性を高めるための機構改革

業務の実効性を高めるため、機構改革に取り組んでいる。夜間の勤務体制を、これまでの准夜勤8時間、深夜勤8時間制から、16時間完全夜勤体制に変革した。また2名配置されていた生活支援主任を1名に減じ、その下に新たに4名の副主任を置いて支援の責任体制を明確にした。これによって、施設長－課長－主任－副主任－職員の管理体制が整った。いずれの機構改革も、職員への説明と合意の下に実行されている。

◆定着した地域との交流

法人3事業所が合同で開催する「納涼夏祭り」や「文化祭」に地域住民を招待し、地域との交流を図っている。地域の福祉専門学校の学園祭や、同業の障害者施設で開催されるイベントに利用者が参加している。利用者のほぼ全員が車いす利用というハンデはあるが、地域で開催される「田原祭り」の山車を数名の利用者が見物に出かけた。周囲には一般の民家がない山腹に立地する施設ではあるが、地道な活動が実って地域との交流が定着してきた。

◆全員参加の実践的・効果的な研修

毎年4月と10月に職員全体会議を予定し、勤務調整が困難な中でも全職員参加を原則とし、法人理念、基本方針、倫理綱領、研修の報告等を職員全体で伝達、確認している。利用者虐待防止に関しても、セルフチェックシートの実施後、その分析を行い、結果に基づいて接遇やアンガーマネジメント研修等を実施している。理念や倫理といった抽象的な概念だけでなく、それらを基にした利用者に対する態度や、職員自身の心理面のことをも研修に盛り込んでいる。実践的・効果的な研修として評価したい。

◇改善を求められる点

◆職員の安定雇用

職員が離職した後の補充が思うに任せず、苦しい勤務シフトを余儀なくされている。職員配置の関係から、定員割れの状態での事業運営を強いられている。人材不足は福祉業界全体の傾向とはいえ、手をこまねいているわけにもいかない。今年度、職員育成の主体を生活支援課長に任せ、管理者がハローワークや福祉専門学校等の教育・養成機関を回って採用活動に注力している。給与体系の見直し、資格取得の助成制度、夜勤体制の変更、副主任制の導入等々、数年がかりで取り組んでいる人事機構改革も進んできており、職員の安定した雇用につながることを期待したい。

◆苦情等の内容の公表を

苦情受け付けの仕組みが整備され、規程、マニュアル類も整っている。職員へも、その内容の周知が図られていた。但し、その結果のフィードバックが、保護者等に十分ではない事例が一部見受けられた。口頭等で伝えられていることとは推察できたが、記録として残すことが望まれる。また、苦情の申し出人や利害関係者の同意が前提ではあるが、組織として、その内容(解決に向けた取り組みや進捗状況等)を公表していくことは、さらなる利用者・保護者の安心につながっていくことと思われる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

各章、各項目のコメントを分析し、改善計画表を作成し、より良いサービスの提供を目指します。

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		
平成23年に作成された「あなたにより添います 愛と心と手のひらで」との法人理念が職員間には浸透してきているが、利用者への周知の取り組みが遅れている。パンフレットやホームページだけでなく、利用者を対象とした説明資料等の作成が期待される。		

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 ④ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者(施設長)と法人事務長との二人三脚の管理体制を敷き、内外の情報を収集して分析している。職員の適正数の確保を最重要課題としてとらえており、コスト分析を行い、利用率、人件費比率等を経営指標として事業所運営にあたっている。		
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		
最大の経営課題は「職員の確保」であるが、懸命な採用活動にもかかわらず、決定的な改善策を見いだせない状況である。職員の確保の状況によって、受け入れる利用者を調整して対応している。		

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 ④ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「法人の理念と基本方針&諸計画」(平成28年度～30年度)が策定されており、予想値を盛り込んだ資金計画も作成されている。		

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			
「平成28年度蔵王苑事業計画」が策定されており、基本方針を受けて5点の重点目標が掲げられている。しかし、実行計画や工程表に落とし込んで取り組みはなかった。重点目標のそれぞれについて、「誰が」、「いつまでに」、「何をするか」を定め(実行計画の作成)、事業年度の終了時に目標達成の度合いを判定して次年度につなげる取り組みを望みたい。			
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	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
重点目標への取り組みに関しては改善の余地が残っているが、他の支援に関してはそれぞれの部門や委員会が計画を練り、可能なものについては目標数値を設定して取り組んでいる。中間(10月)の見直しも実施されており、職員間での周知も十分である。			
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			
主要な事業計画や行事計画は、毎月開催される利用者連絡会を使って伝達されている。しかし、中には理解力や判断能力に乏しい利用者もいることから、利用者への周知・理解のための工夫が求められる。本年度より施行された「障害者差別解消法」が求める“合理的配慮”の取り組みとして一考を望みたい。			

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			
定期的に第三者評価を受審し、今回が6度目の受審である。第三者評価を受審しない年にも自己評価を実施し、評価を実施する仕組みは構築されている。利用者の声を聞き取る仕組みとして、行事ごとの要望調査の実施や嗜好調査を受けての給食会議での取り組み等があるが、改善計画を作成して取り組むには至っていない。			
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			
昨年度の第三者評価受審で得た気づきを活かした改善が各所にみられるが、計画を立てての改善活動の実施は少ない。有効利用が図られていない「地域交流室」の検討も行われている。改善活動を責任ある体制の下で“やりきる”ために、改善項目ごとに責任者(担当者)や改善期限(スケジュール)を決めて取り組むことを望みたい。			

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 ㉔ ・ 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規定されている。さらに、事業計画書の中に「組織機構図及び職員構成」を載せ、管理者の立場を明確に示している。緊急時のマニュアルの中に、有事の場合の管理者の役割に関しての記述がある。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業運営に関係する法令のリストを作成し、関連する研修会にも積極的に参加している。年度の始めの職員全体会議ではコンプライアンス重視の考え方を説明し、6月にはアンガーマネジメント研修で得た知識の職員周知を図っている。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
職員の雇用が安定せず、サービスの質の担保に陰りが出始めている。第三者評価を継続して受審したり、管理者自らが支援の現場に入って職員や利用者とのコミュニケーションを図ったり、また不定期ではあるが必要と感じた時には職員と個人面談を実施したりと、サービスの質の向上を目指した取り組みがある。課題は、質の向上に対する職員の意識を測る手段を持っていないことである。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
業務の実効性を高めるため、機構改革に取り組んでいる。夜間の勤務体制を、これまでの准夜勤8時間、深夜勤8時間制から、16時間完全夜勤体制に変革した。また2名配置されていた生活支援主任を1名に減じ、その下に新たに4名の副主任を置いて支援の責任体制を明確にした。いずれの機構改革も、職員への説明と合意の下に実行されている。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
前年度に引き続き、高い給与水準での厚遇や福利厚生面の充実、資格取得の援助等々、職員の安定雇用のための施策が実施されている。働きやすい職場の実現のための機構改革も実施された。しかし、計画通りの職員の採用ができずに、慢性的な職員不足は解消されていない。職員の育成よりも、離職した職員の補充のための採用活動に力点が置かれているのが現状である。		
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		
法人としての体系的な人事考課制度がなく、キャリアパス制度も構築されていない。管理者が職員との個人面談を実施し、職員の意見や要望を聞き取ってはいるが、人事考課の代替とはなっていない。		

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の安定雇用を目指して、働きやすい職場作りが試みられており、その一つに16時間完全夜勤体制の導入がある。夜勤者にとっては休暇の日数が増加することから新制度を評価する声が多いが、一方では有給休暇の消化が滞行するという現象を招いている。夜勤明けの職員に時間的な余裕が生じ、有休消化に至らないという“副作用”である。</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。	障 17	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者が採用活動に力点を置き、生活支援課長が職員育成を担当するという分業制で取り組んでいる。しかし、管理者が実施した個人面談の記録(「面談シート」)が管理者の手元に残り、職員育成にあたる生活支援課長との間に情報量の差が生じている。共通認識を持つためにも、「面談シート」の有効活用が望まれる。</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。	障 18	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業計画の中に研修計画を載せ、外部研修や内部研修、全体会での研修等の基本的な考え方を示している。研修終了後には「復命書」による研修報告を行い、朝礼にてその内容を報告している。研修効果の測定の仕組みがないことから、個別の研修に対する評価・見直しが不十分である。</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。	障 19	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業計画に、外部研修、内部研修での実施項目を明記し、さらに年間2回開催される職員全体会での研修テーマも明文化してある。「職員研修参加状況表」が作成されており、職員個々の研修履歴も管理されている。</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。	障 20	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>実習生を受け入れるためのマニュアルを整備しており、今年度は10名の介護福祉士実習生を受け入れた。マニュアルに沿って実習が実施されたが、終了後の評価・見直しの手順が確立しておらず、記録としても不十分である。</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。	障 21	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>昨年度に引き続き第三者評価を受審する等、事業運営の透明化を図ろうとの意識は高い。苦情等の受け付け、解決のための対応、第三者委員の役割、苦情申し出者へのフィードバック等は制度化されているが、それら一連の取り組みを公表するシステムが欠落している。「苦情解決規程」の改訂と併せ、ホームページ等での公表の仕組みづくりが求められる。</p>			

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		
法人監事による監事監査、行政による行政監査等が実施されており、一定レベルでの財務・会計の透明性は担保されている。税理士や公認会計士等、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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人3事業所が合同で開催する「納涼夏祭り」や「文化祭」に地域住民を招待し、地域との交流を図っている。地域の福祉専門学校の学園祭や、同業の障害者施設で開催されるイベントに利用者が参加している。利用者のほぼ全員が車いす利用というハンデはあるが、地域で開催される「田原祭り」の山車を数名の利用者が見物に出かけた。		
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		
法人の「納涼夏祭り」や「文化祭」の当日は、多数のボランティアが支援している。地元の中学生の体験学習や高校生の障害福祉学習の受け入れも積極的に行っている。事前準備として、個人情報への配慮を含むボランティアに対する研修の実施を望みたい。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
必要な社会資源のリストが作成されており、市の担当課、自立支援協議会等とも緊密な連携体制が構築されている。市内の総合病院とも提携し、緊急時の対応も24時間体制が整備されている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
市と大規模災害時の福祉避難所契約を取り交わし、法人イベントや事業所イベントの開催時には地域に参加を呼び掛けている。地元の中学校の体験学習や高校の障害福祉学習も継続して受け入れている。地域交流ルームの利用促進やBCP(事業継続計画)の策定が今後の課題である。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
市・自立支援協議会の運営会議メンバーであり、法人の相談支援事業所からも地域ニーズの情報は入ってくる。身体障害だけでなく知的障害や精神障害との合併症状を持つ障害者、高齢化した在宅の障害者等、既存施設では受け入れが難しい潜在的な利用希望者は多い。相談支援事業との連携によって、活動の幅を広げての事業展開に期待したい。		

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			
<p>年2回の職員主体会議では、勤務調整が困難な中でも主職員参加を原則とし、法人理念、基本方針、備理綱領、研修の報告等を全体で伝達、確認している。利用者虐待防止に関しても、セルフチェックシートの実施後、その分析を行い、その結果に基づいて接遇やアンガーマネジメント(怒りのコントロール方法)研修等を実施している。理念や倫理といった抽象的な概念だけで無く、それらを基にした利用者に対する態度や、職員自身の心理面のことを研修する、より実践的・効果的な研修である。</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。	障 29	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>プライバシー保護についての規程やマニュアル等は整備されていた。4人部屋が基本となっているため、二重カーテン、イヤホンの使用等で対処している。利用者に対する声かけや職員間の申し送り等、4人部屋の中での支援中に発せられる音や声についても、職員は配慮している。虐待や権利擁護について、利用者や家族にその内容が十分には伝えられていない。周知については年に1700回を超える面会機会を利用する等して、より大きな安心につなげられたい。</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。	障 30	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>ホームページについては、日中活動の様子や、給食の内容、施設利用に関する重要事項等が、写真や文章で分かりやすく掲載されている。施設のパンフレットとは別に、機関誌「きずな」が年3回発行されている。行事や施設の取り組み、職員情報等が、タイムリーに写真を多用して大変分かりやすく仕上げられている。保護者への配布のみならず、市内にある文化センターにも設置されている。</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。	障 31	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>重要事項説明書及び契約書については、内容も整っており適切に管理されていた。それとは別に、施設独自の取り組みとして、サービス内容や注意事項を明記した「利用のしおり」を作成し、利用者の理解向上に努める工夫もみられた。</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。	障 32	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>サービスの継続性に関しては、法人の相談支援事業所と連携を図り、利用者個々にサービス等利用計画が作成されていた。一方で、施設移行に関しては、事例が少ないためか、ケースバイケースで対応されている。その際、利用者が不利益を生じないよう各関係機関と調整されていた。移行に関してのマニュアル整備が今後の課題となっている。利用者やその家族の安心はもとより、職員が見通しをもった支援をするためにも、より具体的な移行マニュアルの作成が望まれる。</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。	障 33	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者からの個別に相談を受け付ける「利用者相談日」、施設から利用者の情報を提供する「利用者連絡会」が、各々毎月1回実施されている。双方向のコミュニケーションとして有効な仕組みである。また、満足度調査については、9月1日に案が作成され、それに修正を加え、実施の方向で計画されていた。今後、満足度調査を実施するだけでなく、適切な分析を図って一層の利用者サービス向上に役立てることが期待される。</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。	障 34	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
苦情受け付けの仕組みが整備され、規程、マニュアル類も整っていた。職員へも、その内容の周知が図られていた。但し、その結果のフィードバックが、保護者等に十分ではない事例が一部見受けられた。口頭等で伝えられていることとは推察できたが、記録として残すことが望まれる。また、利用者や家族の同意が前提ではあるが、組織として、その内容を公表していくことは、さらなる利用者・保護者の安心につながっていくことと思われる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
設定された相談日の他に、いつでも気軽に相談できるよう利用者への周知が図られていた。「生活全般に関すること」「介護に関すること」「看護に関すること」「リハビリに関すること」「給食に関すること」「設備に関すること」等の相談内容によって、生活支援員、看護師、栄養士等の専門性をもった職員が対応する体制も整っていた。「名古屋に外出したい」という希望に対し、外部サービス事業所や関係者と連携を図り、実現させた事例がある。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
苦情解決の仕組みと同様に、対応した内容や結果、その後の対策等の周知やフィードバックについて、記録が一部整っていない事例があった。実際には適切に対応されていることから、今後はより一層のサービスの質の向上に繋げていくために、意見や相談に関しても記録として残す体制整備が求められる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
リスクマネジメント委員会を設置し、上級リスクマネジメント研修終了者を配置している。KYT(危険予知)トレーニングの手法を用い、分析して問題点を洗い出し、改善策を作成している。写真を使って危険箇所の見える化や分析を行い、月1~2回の会議において周知徹底している。一例として「投薬ポケットの活用」があり、誰にも分かりやすく、誤投薬の防止の観点からも有効な取り組みである。この手法は、調理場面でも活用されており、サービス全般の質の向上にもつながっている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
感染症委員会が設置され、年2回以上、看護師を中心とした会議が行われている。感染防止や、感染症発生時のマニュアルも整備されている。利用者への感染症防止の注意喚起として、各洗面所やトイレに分かりやすいイラストが設置されていた。本年度は、感染症防止の取り組みの一つとして歯科受診も含めた口腔ケアに注力しており、その結果、感染症罹患率が昨年度より低く抑えられている。利用者の健康管理について、感染症委員会による職員への啓蒙が課題である。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
地域での福祉避難所としての役割を担い、関連する規程類も整備されている。避難訓練計画の見直しを図られ、はしご消防車や地震体験車「ナマズ号」等の招聘や体験が計画・実施されていた。利用者のみならず職員も含めて、災害についての注意喚起を徹底しており、「訓練を訓練に終わらせない」という担当者の意識の高さがうかがえた。今後は、法人内の近隣施設も含め、より高度で実践的な訓練や環境整備の計画と実施が期待される。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
標準的なサービスの実施方法であるマニュアルは整備されている。重度、高齢化による個別的な障害程度の変化に対応する介護マニュアルについては、見直しを行っている最中である。現在は、その対応策として、毎朝の「申し送りノート」に、変化する支援方法や障害程度を明記することで、支援の統一を図っている。今後、標準的な実施方法が支援の現場で実践されているか否かを検証する仕組み作りが望まれる。			

	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
標準的な実施方法を見直す仕組みとしては生活支援課会議があり、生活支援課長の他、生活支援主任、看護主任、機能訓練員をもって構成され、必要な情報や意見が反映される仕組みが整っていた。しかし、変更になった標準的な実施方法が、支援の現場での周知につながっているか否かのチェックは行われていなかった。			
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			
アセスメントは適切に行われており、それに基づく個別支援計画が立てられている。計画作成時においても複数の専門職(サービス管理責任者・看護職員・栄養士・機能訓練員等)が関与し、作成されている。			
	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
半年に1度の見直しについては複数の関係職種が集まり、評価・見直しを行っている。その内容についても適切に記載されている。障害の変化や入院等の不期的な見直しについては、その見直した内容が、朝礼時の「申し送りノート」に反映され、周知されるという仕組みがある。しかし、見直しの手順が十分ではなく、個別支援計画の変更部分を職員間で共有するための手順が文書化されていない。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
日々の支援の記録については、専用ソフトを使ってパソコン入力している。個別のサービス実施計画も、その場で確認できるため、計画を意識した支援の実施に配慮され、各職員で速やかに情報収集・共有できる体制が整っている。手書きの「申し送りノート」も用意され、パソコン入力ではカバーしきれない情報伝達の方法も確立している。但し、記録の書き方について、職員により差が見受けられるため、その書き方についてのマニュアル整備が課題となっている。			
	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
個人情報保護規程、情報公開事務要領、文書管理規程等が整備され、記録管理責任者も選任されている。体制としての整備は進んでいるものの、記録管理について、その重要性を全職員が理解していくための研修や方策・手順の構築が、今後の課題となっている。			
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			
体制としては、法人内に相談支援事業所を設け、連携を図って移行を支援する体制は整っている。利用者への移行への希望の聞き取りも実施している。但し、保護者と利用者との意識・希望の違い、地域資源の不足等により、地域移行した実際の事例はそれほど多くない。地域生活について、可能な範囲で利用者への地域を意識した支援を行っている一方で、移行に関する保護者への情報提供や制度理解を促すための取り組みは十分に行われていない。			

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			
言語発声に障害がある利用者は、文字盤やトーキングエイド等を使って意思疎通を図っている。個別的なコミュニケーションの伝達方法については、介護マニュアルと合わせて見直しも行っている。職員も、その人固有の表現方法を理解し、コミュニケーションの充実を意図して実際の支援に当たっている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
日中活動においては、平日の午前午後、書道、朗読、傾聴、手芸、陶芸、絵画等、外部講師によるレクリエーション活動が複数設定され、利用者が活動を選択できる体制が整っている。現場支援員の確保について課題がある中、ボランティア講師による活動プログラムの運営は、利用者主体性を育むことについて有効な手段となっている。利用者による連絡会も設置されており、その活性化を図ることによって、さらなる主体的な活動が期待される。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
利用者個人の状況を見極め、自力で行える行為については、基本的に見守りの体制が整っている。標準的なマニュアルを用意しており、それに基づいた新規採用職員への研修資料も作成されていた。個別的な介護マニュアルについては、一部が整備途中であり見直しが進んでいる状況であった。			
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			
利用者一人ひとりが潜在的に持っている個性を「表現する」ことに関しては、日中活動に見られる絵画や、書道、陶芸等の創作活動において実現されていた。また、主体性をもって選択するという点では、給食メニューの選択制やバイキングの実施においても計画・実施されている。今後は、施設生活における「社会性」に着眼したプログラムの開発や、地域社会に対しての受け入れ体制の推進・整備が望まれる。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
栄養士は採用後数ヶ月であるが、年間計画で栄養ケアマネジメントの確立を計画し、高リスク、中リスク利用者を対象に栄養ソフトの試行も計画されていた。「食事形態一覧表」を整備しており、利用者個々の食に関する個別の情報が網羅され、提供されていた。多職種職員による食事観察も実施され、利用者の食事摂取に関し、調理員も目で見て確認し、その見直しを図る体制がとられていた。今後は、栄養ケアマネジメントを始めとする年間計画の分析、改善が進んでいくことが望まれる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
選択メニューや季節・行事メニューが実施されており、利用者が季節感を感じ、楽しく食べられる工夫がされていた。利用者の意見を聞く方法として「意見ノート」を食堂入り口に設置している。その意見は、給食会議に諮られ、実施にむけて調整されている。また、嚥下状態の改善に向け、毎昼・夕食前に、DVDを使用した嚥下体操の取り組みも実施されていた。定期的な嗜好調査の実施を望みたい。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
食堂の南側窓は大きく、明るい雰囲気です。壁面には手作りの壁面構成が施され、一層楽しい雰囲気を醸し出していた。但し、適温での食事提供に関しては、食事介助職員の配置等により、早出し提供(11:30~)がされ、結果、メニューによっては、適温提供できない現状がある。今後の対策としては、保冷保温食器の導入を検討しており、その実現が待たれる。			

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			
入浴に関する記録は適切に作成されている。個別支援計画に基づき、個人的事情も考慮した個別マニュアルが作成されている。但し、支援の随時の変更や見直し時に、即座に個別マニュアルの変更がされていないことが課題としてあげられる。瞬時にマニュアルを変更することは困難な事ではあるが、独自の取り組みである手書きの「申し送りノート」の活用を図れば、それを補完できるものと思われる。それらの工夫をもって、一層のサービスの向上を期待したい。			
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			
入浴については、男性が火曜日と金曜日、女性が月曜日と木曜日となっている。日中活動の充実とのバランス、職員配置、特殊浴槽等の条件、安全性の問題等、様々な理由から、1人あたり週に2回となっている。失禁等、個別事情によって設定日以外にも入浴可能となっているが、利用者アンケートの中からは、「週3回に増やしてほしい」との声が出ている。実現にむけての環境整備が望まれる。			
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			
脱衣室・浴室ともに整理整頓され、掃除も行き届き、清潔な環境が整っていた。改善の取り組みとして、手すりが増設され、より安全な入浴環境が整っていた。冷暖房も完備されており、適切な温度が維持できる環境が整っていた。集団で入浴する為、パーテーションの活用によるプライバシーへの配慮もされていた。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
排泄に関する記録については、様式が整備されており、記録も正確・適切に取られている。標準的な介護マニュアルが整備されており、排泄介助の支援が行われている。現在、より精度を高めるため排泄に関わる個別的な介護マニュアルを作成中である。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
トイレは清潔に保たれており、臭いに関しても適切で全く気にならない程度まで、防臭対策がとられていた。カーテン等が各箇所に設置されており、プライバシー保護に配慮した環境となっている。冷暖房の設備も充実しており、排泄を安全な姿勢で行うための足場の設置等の工夫もみられ、職員の意識の高さがうかがえた。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
衣服の購入に関しては、情報を提供して利用者の希望を聞きつつ、職員が代行して購入している。外出支援サービスの利用も含め、利用者が直接買い物外出できる体制の整備が今後の課題となっている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
本人から着替えの意思があったり、失禁した時には速やかに対応している。破損については、ボランティアの協力も得ながら、修繕を行っている。今後、衣類の破損や修繕・洗濯に関して、統一したマニュアルを作成する予定である。			

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		
訪問理容業者や、地域の理髪店等と連携を図り、利用者からの希望を伝えている。本年度からは、パーマや染髪ができる理容業者も確保することが出来、より利用者の希望を実現できる体制が整えられた。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
訪問理容業者3社と調整を図り、月に3回の調髪のを確保している。また、利用者の希望で地域の理・美容店を使う場合は、外出支援サービスを使う等で対応している。		
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
消灯時間は22時に設定されているが、多くの利用者は20時には就寝している。夜間支援については、個別支援計画で明示され、所定の様式で支援内容が記録されていた。居室の基本は4人部屋であり、テレビ・ラジオ等はイヤホーンの使用が原則とされ、照明も枕元灯を設置する等の環境面でも配慮されていた。但し、4人部屋をカーテンで仕切る構造であるため、他の利用者の声が気になるといった意見も聞かれ、プライバシー保護の側面からも課題が残されている。		
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
健康診断は年2回実施されており、予防接種は年1回、歯科検診も年1回実施されている。健康面の説明も、医師や看護師により定期的に行われている。機能訓練室も整備され、平日の午前・午後に訓練が実施されている。通院は、看護師だけで無く外部事業者を活用することで、通院機会を確保し、適切に健康管理できる体制が整っている。今後は、利用者の高齢化にともなう健康管理についての体制整備が望まれる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
協力病院や総合病院も含め、主要な医療機関は車で20分以内でいける距離に有り、緊急時においてはすぐに医療が受けられる環境となっている。週1回の嘱託医訪問も行われており、異常時等に対応するマニュアルも揃っている。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
処方箋ファイルにより、利用者の個々の内服状況が把握できる体制であった。投薬方法についてもマニュアル化が図られているが、誤投薬、服薬忘れ等の事例があった。その都度改善は図られているものの、確実に事故の再発を防止するためには、まだ検討の余地がみられる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
平日の午前・午後に、書道、朗読、傾聴、手芸、陶芸、絵画等、外部講師によるレクリエーション活動が複数設定されている。ホームページにも利用者の作品が紹介されており、利用者の満足度も高い。職員からは、「利用者の主体性には、十分には配慮できていない」と、評価は厳しいが、複数メニューから選択できること、作品展示からうかがえる利用者満足度の高さから、利用者の主体性は十分に発揮できている。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
車椅子を使用する利用者が多い中でも、地域の行事等の情報提供を行い、外部の外出支援サービス事業者、職員、ボランティア等と調整を図ることで、利用者の希望に沿った外出が実現していた。訪問日も、一人の利用者が外出している事例を確認することができた。外出時の携帯用緊急連絡カードも準備され、不測の事態への対応も行われていた。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
外泊・帰省については、家族の状況を配慮しつつ実施されている。外泊の開始や終了、それに伴う玄関の施錠・開錠は利用者、家族の都合を最大限配慮しており、柔軟な対応がみられる。また、帰省中に家族との情報共有を図るため、外泊時体調確認表等を用いて情報提供しており、帰省中の利用者の健康管理についても配慮している。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
「利用者預り金管理要綱」や「事務マニュアル」にて、適性な管理体制が確立されている。利用者からも、「金銭管理については適切に実施されている」との声が聞かれた。利用者によっては、「高額な金額を居室で管理したい」との希望があるため、自立支援の観点と合わせ、複数の利用者が同居する居室での安全な管理方法(持ち込み可能な金額の上限や、管理場所等)について、適切なルールや手順の確立が必要となっている。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
新聞や雑誌については、玄関ホールと地域交流ルームで自由に閲覧できる。その利用方法についても、ルール作りがされていたが、共有テレビについては取り決めがなかった。新聞、雑誌を個人購入している利用者が5～6名おり、その購入については支援員が希望を聞いて対応している。居室へのテレビ、ラジオ、音響機器等の持ち込みについて、4人部屋のため、自由を尊重しつつもイヤホンの使用をルール化し、ホームページや重要事項説明書等でも使用方法を説明している。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
喫煙は場所と時間に制限を設けており、飲酒は通常は禁止であるが、月に1度のイベントや行事時には、希望する利用者にアルコール類を提供している。今後は、利用者に対し、副流煙による受動喫煙やアルコールの弊害(中毒、依存症)について、わかりやすい学習機会の提供が望まれる。		