

## 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29年3月3日(金)
---------------	--------------------

### ②施設・事業所情報

名称： 障害者支援施設 養和荘	種別： 施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名： 森 博一	定員（利用人数）： 75名	
所在地： 愛知県春日井市廻間町字神屋洞703-1		
TEL： 0568-88-0322		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和62年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 養楽福祉会		
職員数	常勤職員： 66名	
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者)2名
	(生活支援員) 48名	(看護師) 3名
	(厨房) 11名	(事務職員) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 80室	(設備等) 医務室・多目的室
		静養室・相談室・食堂・トイレ
		洗濯室・浴室

### ③理念・基本方針

★理念	<p>法人・施設の基本理念： 選ばれる事業所・親しまれる事業所</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域社会における福祉の充実に貢献するため、一貫性のある処遇・支援を具現する。</li> <li>・各事業者は、利用者が快適に生活できる環境を提供するとともに、地域の拠点事業所としても負託にこたえる資質の充実を図り、選ばれる事業所、親しまれる事業所づくりを目指す。</li> <li>・思いやりの心を持つ、忍耐と奉仕の精神を養う、専門職としての資質の向上に努めることを職員の心構えとする。</li> <li>・これに則り、年度目標を定め、継続的な改善活動を実施する。</li> </ul>
-----	---

## ★基本方針

選ばれる施設・親しまれる施設を目標に私たちは施設で暮らす人、そして地域に暮らす人から常に必要とされる存在でありたいと願っています。

より良い生活環境と地域福祉の実現を目指し、福祉サービスの充実にむけて日々努力しています。それに近づくために、今年度の目標として、「支援中の事故を減らす」とことし邁進しております。

## ④施設・事業所の特徴的な取組

日中活動で男性は運動班・農耕班・療育班・スヌーズレン班に分かれて行っています。女性は運動班・スヌーズレン班・活動班(園芸・フェルト作品作り)に分かれて行っています。利用者の特性に合わせた活動を行うことで、表情が穏やかになり、利用者の方にとって楽しい時間の一つになっています。

運動班では、身体機能が低下している利用者の方が歩行やリハビリを行い、身体機能の向上・維持を目的として取り組んでいます。

農耕班は、職員・利用者と共に食物を育て新鮮な物を食べ、自然に触れる時間を提供しています。

療育班は、荘から外に出て色々な場所へドライブしながら行き、アスレチックで遊んだり、歩行しています。

スヌーズレン班は、スヌーズレン棟で歩行が困難な利用者の方を誘導し、視覚・聴覚等に刺激を与え、リラックスできる場を提供しています。

活動班は、上記にも記載してあるように園芸を行い、施設の花壇づくりを一手に引き受けています。水をあげ、手入れをし、花壇コンクールに入選したこともあります。フェルトでの作品作りは、利用者が作成した作品を館内に飾ったり、作品展に出展したりしています。

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 8月 4日(契約日) ~ 平成29年 5月 9日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	0 回 (平成 年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆全面改築による生活環境の向上

老朽化が大きな課題であった事業所本体の建物が、全面的に改築され新装なった。利用者の生活環境の向上を最重要視して取り組み、様々な配慮や工夫が盛り込まれた。まずは、利用者のプライバシーに配慮し全室が個室化されていることである。以下、列挙すれば、各フロア毎に足湯の設備が設置されている。トイレには空調設備、温水洗浄便座が設置されている。歯科治療設備を備え、嘱託歯科医師による検診が定期的に行われている。温冷蔵配膳車を使用し、適温での食事提供がされている。利用者の生活環境は様変わりしている。

#### ◆働きやすい職場の追求

就業への配慮や様々な福利厚生、メンタル支援等々により、働きやすい職場作りを目指している。有給休暇や時間外労働のデータ管理、産休・育休の取得の推進、メンタルチェックと産業医によるメンタル支援、クラブ活動や家賃補助等々の福利厚生施策等の施策があり、ワークライフバランスにも配慮している。さらに、キャリアパスの構築によって、職員が自らの将来の姿を描くことも可能となった。職員の働きやすさが良質な利用者支援に結びつくとの視点は、高く評価したい。

#### ◆利用者の特性に応じた活動

利用者個々の特性に応じて、運動班・農耕班・療育班・スヌーズレン班・活動班に分かれて日中活動が行われ、利用者が主体的に選択した活動に参加できるよう配慮している。また、余暇活動の充実を図るためヒップホップ・書道・絵画・手芸・音楽等の活動を取り入れている。日中活動でも、余暇活動においても、「利用者が楽しむ」ことを念頭に置いて支援が行われている。

#### ◇改善を求められる点

##### ◆研修成果の検証

教育・研修体系は構築されており、新任研修、フォローアップ研修は法人主導で実施され、職種別やテーマ別研修は外部機関を使って計画的に実施されている。計画→研修実施→報告→評価(報告書のチェック)までは体系的に行われているが、研修で得た知識や技術を実際の業務に活かす具体的な手順と、その成果を検証する仕組みが機能していない。職員研修を、報告書の提出とそのチェックで完結させず、研修成果を検証する仕組みづくりを期待したい。

##### ◆リスクマネジメント体制の整備

リスクマネジメントを管掌する専門部門がない。ヒヤリハット報告書が提出された時は、「全体連絡ノート」に内容を記載し注意喚起をしている。事故報告書が出された時は、職員会議にて事故内容を報告し、事故の再発防止を図るようにしている。法人内に多くの事業所が展開され、リスクへの対処も横展開が必要な時期に来ている。今後、リスクマネジメントに関する全社的な委員会等を設置して、組織的にヒヤリハット報告書や事故報告書を分析し、事故につながる要因や対策を検討することで事故防止を図ることが望まれる。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価結果を受けて、外部の客観的な視点を取り入れる必要性を改めて感じました。積極的に改善に活かし、サービスの質向上に努めていきます。

#### 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。

(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		
理念、基本方針はパンフレットに記載され、事業所内に掲示されている。職員には、就職時に新任研修にて周知しており、保護者には保護者会時に説明されている。しかしながら、利用者への説明は一切検討されておらず、理解できる工夫をもって説明されることが望まれる。		

### 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 a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
法人の運営会議にて経営状況の把握と検討がなされ、財務状況については毎月会計士による監査状況が回覧される。地域の福祉ニーズ、地域福祉計画等は春日井市については把握の範囲である。利用率分析、コスト分析等に課題を残す。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
法人の経営分析表により、人件費比率等の把握がなされる。運営会議にて、課題の共有が図られ、改善が検討される。事業所内での課題である人材育成について、研修参加等に対応するものの根本的な改善には至っていない。		

### 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。	障 4 a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
5カ年の中期計画が策定されているが、整備計画に偏ってしまい、法人理念の具現化であったり経営課題に向けた改善計画とはなっていない。事業全般を網羅した具体性のある内容を検討されたい。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
中期計画が施設整備に特化した内容のため、年度の事業計画は中期計画とは整合せず、独自のものとなる。具体的な数値目標や課題設定が見られず、検討の余地を残す。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
各セクションから挙がってくる評価、反省を基に管理者が計画策定を行っている。事業計画の策定や評価に特化した会議は開催されず、職員参画の点で課題が残る。また、計画見直しの点でも組織化されておらず、この点も課題を残す。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
行事等の一部内容を除き、事業計画の内容は利用者個々には伝えられていない。支援の主体である利用者への予告や説明は不可欠であり、説明への努力と工夫が望まれる。			

#### 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ヒヤリハット対策のPDCAサイクル、男女別棟会議、各マニュアル等、サービス向上への重層な取り組みが行われている。一方で、評価結果を受けての分析検討や、改善へ結びつけるための手順が確立されていない。前述の様々な取り組みを実りあるものとするためにも、評価、改善のプロセスの構築を検討されたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足度調査の結果やヒヤリハット対応策等は職員会議、連絡ノートにて共有され、スタッフ会議にて改善までもって行く形がとられている。その他、職員から挙がってくる事項についても、同様に課題の検討、改善が図られている。			

## 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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
施設長の職務分掌については、事務所内に掲示され周知される。また、必要に応じ施設長名で通知を出したり、指示を行う。不在時の権限委任も明確に決められ、有事や不在時の対応も問題なく行われる。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
コンプライアンスや虐待防止の研修に参加し、また本部からの指示事項等、内容を職員にフィードバックしている。主に職員会議で行うが、連絡を急ぐ必要がある時は朝礼や連絡ノートを活用し、迅速に対応している。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者・保護者アンケートを実施し、評価分析を行う他、年2回の職員面談により得られた職員意見をサービスに反映させる取り組みがある。また、計画的に職員研修を実施し、職員の資質向上を測っている。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
法人情報も含めて、人事、労務、財務の状況を押さえ、経営改善に努めている。しかしながら、施設内に業務の実効性を高めるためのシステムは無く、施設長自らの判断で指導する場面も多い。特に、職員の安定雇用を目的として、働きやすい職場づくりへの環境設定に力を注いでいる。		

### 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
求人から採用まで、人材の確保は法人が総合的に行い、育成の部分では法人の新任研修を始め各事業所での取り組みが重視されている。職員定着に向けては、職員の希望により添う形で働きやすい環境を考え対応している。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
総合的な人事考課の制度が運用されている。評価基準に基づく評価が行われ、効果面接による職員通知がなされる。人事考課の結果は昇給、昇格へ反映されるが、むしろ人材育成の意味合いが強く、自己の振り返りを基に自己課題の改善と将来へ向けての指針となるものとなっている。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
有給休暇や時間外労働のデータ管理、産休・育休の取得の推進、メンタルチェックと産業医によるメンタル支援、クラブ活動や家賃補助等々の福利厚生施策等、ワークライフバランスに配慮した様々な取り組みがある。職員の働きやすさが良質な利用者支援に結びつくとの視点は、高く評価したい。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
様々な研修参加等により、職員資質の向上に努めているが、職員個々の目標管理が実施されていない。人事考課制度と連動させた職員育成の仕組みの構築を望みたい。		
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
法人の研修計画と事業所の研修計画を受け、職員個々の研修が組まれる。研修計画の評価・見直しが実施されておらず、課題を残す。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
新任研修、フォローアップ研修は法人主導で実施され、職種別やテーマ別研修は外部機関を使って計画的に実施されている。必ず何れかの研修機会があるよう配慮している。計画→研修実施→報告→評価まで体系的に行われているが、成果を実際の業務に活かす具体的な手順が大切であり、検討されたい。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
保育実習生を中心に教員や専門学校等、多くの研修生を受け入れている。一方で、専門性のある社会福祉士、介護福祉士の実習が無く、実習指導者の養成等が行われていない。この点をクリアし、さらに積極的な実習受け入れを望みたい。		

### 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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
ホームページ、広報誌に様々な情報を公開しているが、地域向けにパンフレットや広報誌を配布したり、市民センターに設置したりといった市民の目に直接触れる状況にはなっていない。		

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>経理規定に諸ルールが定められ、監事による内部監査、公認会計士による外部監査も実施され、透明性が担保されている。</p>			

## 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所の行事に地域の方を招待している。また、行事にはボランティアをお願いして多数の参加がある。地区の盆踊りや保育園、高校からの招待にも利用者と職員が参加している。地域の理容店を利用される利用者も一部みえる。日常的な交流機会など、更なる交流の場を模索していきたい。</p>			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>「ボランティア受け入れマニュアル」が整備され、日常の介護ボランティアから行事、専門ボランティアまで、数多くのボランティアを受け入れている。ボランティア講座の開催やボランティアの控室も完備される等、受け入れ環境も整っている。</p>			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>市・福祉課や社会福祉協議会（ボランティア連絡協議会）、障害者生活支援センター等との連携があり、会議等への参加がある。しかし、その他の地域の関係機関との定期的な連携や、地域問題に対する取り組み、地域ネットワークへの参加等については、積極的な取り組みが行われていない。地域の関係機関との横の連携が必要と思われる。</p>			
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			
<p>年に一度、事業所のお祭りにて交流を行っている。地域資源としての事業所の役割として、地域向けの研修会や相談会、施設開放など、更なる機能還元が望まれる。検討されたい。</p>			
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			
<p>専門性を活かした地域向けの事業としては、ショートステイの受け入れを積極的に行っている。今後は、地域の関係機関との連携や、公共施設としての位置づけから、福祉事業以外の地域貢献事業も考えていくことが望まれる。</p>			



## 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			
理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示しており、「倫理綱領」や「職員行動規範」等に基づき、職員が共通して理解を持てるよう勉強会や研修を行っている。また、職員が定期的にチェック表による自己チェックを行い、支援の見直しを図っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「職員行動規範」の中に虐待防止やプライバシー保護に関する規程・マニュアルが掲載されており、規程・マニュアルに基づいた利用者支援に心掛けている。今年度、建物の全面改築が完了し、各フロア毎に足湯の設備を設置する等、利用者が快適に暮らすことができる様々な工夫を施した環境が整備された。利用者のプライバシーに配慮して、全室が個室化されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレット等で事業所の福祉サービス情報を公開しており、利用希望があった場合には個別に丁寧な説明をしたうえで見学等の対応をしている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始や変更にあたっては、重要事項説明書や契約書等により家族や利用者に分かりやすく説明し、同意を得たうえでその内容を書面で残している。意思決定が困難な利用者への配慮については、日中一時や短期利用等を通して自己決定支援を行うようにしており、今後は一定のルール化を図る予定である。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
今年度は他の福祉施設への変更が1件あった。利用者の身体状態に合わせたものであり、移行に際しては福祉サービスの継続性に配慮した手順に基づいて引継ぎ文書等を作成し、家族や利用者にも不利益とならないよう対応している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
家族と利用者に対して、利用者満足に関する調査を毎年定期的に行っており、調査の結果については家族会等で報告し公表している。意思決定が困難な利用者については、職員が個別に想いを聞き取りアンケート用紙に代筆している。満足度調査の結果を分析・検討し、具体的な改善を図るよう努めている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の体制が整備されており、その仕組みを説明した掲示物を玄関に掲示して周知を図っている。「苦情・相談対応マニュアル」に基づき、苦情を受け付けた時には苦情内容等を所定の用紙に記入し上司に報告するとともに、職員会議にて対応を検討し解決を図る手順となっており、解決結果やフィードバックの内容等も所定の用紙に記録されている。苦情内容や解決結果等については、ホームページにて公表している。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
利用者が相談しやすい人的・物的環境は整備されているが、利用者や家族に広く周知されていないので、相談や意見を述べる手順等を説明した文書を作成して周知を図ることにより、相談や意見を述べやすい環境作りを推進することが望まれる。		
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの相談に対しては、苦情解決の仕組みと同様に「苦情・相談対応マニュアル」に基づいて対応しており、相談受付・相談内容・解決結果・フィードバックの内容等が記録として残されている。意見箱の設置や満足度調査を実施しており、利用者等の意見を積極的に把握するように努めているが、マニュアルの定期的な見直しを図ることや、日々の支援の中で利用者の意見を把握するための取り組みを充実させることが望まれる。		
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	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント		
ヒヤリハット報告書が提出された時は、「全体連絡ノート」に内容を記載し注意喚起をしている。事故報告書が出された時は、職員会議にて事故内容を報告し、事故の再発防止を図るようにしている。衛生管理責任者が定期的に施設内を巡回し、危険箇所等の発見に努めている。今後、リスクマネジメントに関する委員会等を設置して、組織的にヒヤリハット報告書や事故報告書を分析し、事故につながる要因や対策を検討することで事故防止を図ることが望まれる。		
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	⑤ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
感染症の予防や発生時の対応を定めたマニュアルが作成されており、ノロウイルスに対応するセットを準備する等、マニュアルに基づいて対応を取る体制が整備されている。定期的に専門業者による衛生講習会や看護師による講習を行い、感染症の予防に努めている。		
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	⑥ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
災害時における対応マニュアルが作成されており、定期的に通報訓練・避難訓練・消火訓練・防災機器取り扱い講習等が行われている。防災計画を作成し、地域の消防署等と連携した訓練を定期的に行っている。利用者や職員の安否確認の方法が決められ、定期的に訓練が行われている。福祉避難所としての指定を受けており、食料品等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄している。		

### 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 ・ ⑦ ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法として「業務マニュアル」を文書化し、新人スタッフのOJT指導等に利用しているが、中堅職員やパート職員についても、「業務マニュアル」に記載された標準的な実施方法に基づいた支援をしているかどうかを確認する仕組みを構築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	① ・ ② ・ ③
評価機関のコメント		
「業務マニュアル」については、職員や利用者からの意見等を反映して定期的な見直しが図られており、見直した時期を記入してパソコンに改訂版として保存している。		
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 ・ ② ・ ③
評価機関のコメント		
統一した様式のアセスメントシートによりアセスメントを行っており、個別支援計画書には利用者のニーズに基づく支援内容が記載されている。個別支援計画はスタッフ会議にて協議をしたうえでサービス管理責任者が確認しており、ケース担当者が支援計画通りに福祉サービスが行われているかどうかを確認している。		
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	① ・ ② ・ ③
評価機関のコメント		
個別支援計画は半年に1回の見直しをしており、見直しによって変更したり入院等で緊急に変更する場合には、職員会議等で周知を図っている。		
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	① ・ ② ・ ③
評価機関のコメント		
パソコンの記録ソフトを活用して実施状況を記録しており、ネットワークを利用してリアルタイムで職員間での情報を共有している。記録する職員で記録内容の書き方等に差異が生じないよう、「文書・記録業務手順」に基づいて記録している。男子棟、女子棟毎に作成している「連絡ノート」を活用して職員間での情報交換を図っており、夜勤からの引き継ぎは「申し送りノート」により日勤リーダーに引き継がれている。		
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	① ・ ② ・ ③
評価機関のコメント		
「文書管理規定」と「文書保存規定」にもとづいて記録の管理・保存をしており、「個人情報保護法」に従って職員から誓約書を、保護者からは個人情報取り扱い同意書を受領するようにしている。USB等による個人情報の持ち出しについては禁止しており、パソコンにはすべてウイルス対策ソフトを入れている。		
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	① ・ ② ・ ③
評価機関のコメント		
利用者や家族からの意向を確認して進めているが、最重度の利用者が多く地域での受け皿が整っていないこともあり、最近では具体的な取り組みがなされていない。また、施設を「終の棲家」と考えている家族も多くいるため、地域生活に対する情報提供を心掛けることで、無理なく地域生活に適用できるように配慮することが期待される。		

### 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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
日々の支援の中で利用者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が、コミュニケーション手段が限られている重度の利用者に対する支援については、PECS(絵カード交換式コミュニケーションシステム)の手法を活用する等、利用者の障害特性に応じた支援を工夫していくことが必要と思われる。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の特性に応じて、運動班・農耕班・療育班・活動班・スヌーズレン班に分かれて日中活動を行っており、利用者が主体的に選択した活動に参加できるよう配慮している。余暇活動の充実を図るため、ヒップホップ・書道・絵画・手芸・音楽等の活動を取り入れている。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
自力で行える日常生活の行為には職員は手を出さず、必要とする時に必要な支援をすることを利用者支援の原則としているが、不必要な介助をしている場合もあるため、利用者一人ひとりの能力を把握し理解するとともに、職員間で支援方法を統一して取り組む方針である。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
エンパワメントの理念に基づき、社会資源を活用した様々な体験や経験の場を提供しており、利用者の強味や長所を見出していける取り組みとなるよう努めている。利用者の人権意識が高められるよう、職員は利用者のパートナーであることを理解し、意識を高める取り組みを推進していく構想を持っている。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に基づいた食事サービスが提供されている。食事介助や支援方法に関するマニュアルが作成されており、利用者の体調や身体状況に応じた食事が提供されている。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的に嗜好調査を行って、利用者の嗜好に配慮した献立となっており、季節の食材や色合いを考慮して美味しく楽しく食べられるように工夫されている。温冷蔵配膳車を使用することにより、適温での食事提供ができています。給食会議への利用者の参加はないが、検食簿等により利用者の好み等を把握して食事サービス全体に関わる検討が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
各フロア毎に開放的な雰囲気のある食堂があり、利用者の状況に応じて食事時間や食席の工夫がされている。食器の入れ替え等の喫食環境の改善について、支援員と厨房職員との検討会議を開く等をして情報交換することが望まれる。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
安全やプライバシー保護を含めた入浴介助のマニュアルが作成されており、利用者の障害程度に応じて機械浴を導入する等、個人的事情に配慮した入浴支援が行われている。		
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		
週6日(土日は半数)入浴を実施しており、失禁時にも入浴を提供することができる。		
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		
脱衣室には空調設備が完備されており、浴室内も安全性に配慮した構造となっている。入り口には暖簾がかけられ、浴室の雰囲気を感じることができる。		
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		
「排泄介助マニュアル」が作成されており、利用者の状態に応じた支援方法により介助が行われている。排泄介助の結果については、パソコンの所定の様式に記録されている。排泄介助に際して、トイレの扉や鍵を開けたまま行っていることがあるため、プライバシーの配慮をした介助をすることが望まれる。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
トイレには温水洗浄便座が設置されており、空調設備が完備され、採光・照明も適切なものとなっている。清掃は毎日行っており、汚れた都度清掃するとともに換気や防臭対策を取っている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
衣類の選択は利用者の意思を尊重しており、衣類の購入も適宜行っている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
衣類が汚れた場合や破損した場合には、すぐにきれいなものを提供するようにしている。		

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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
髪を切る時には本人の要望を聞き取り、意思を尊重した髪型の提供をするようにしている。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の障害特性上、公共の理髪店や美容院の利用は困難であるため、理容師・美容師に依頼して事業所内で行っている。白髪染めする場合には、保護者の付き添いで地域の理髪店や美容院に出かけることがある。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
居室は全室個室となっており、私物の寝具を使用している利用者も多い。利用者の希望や状況に応じて、ベッドや寝具の配置等を配慮している。日中に居眠りをすることで夜間の睡眠が乱れないよう、日中活動の充実に努めている。夜間の状況は「申し送りノート」に記入し、日勤の職員に申し送っている。個室になってから、夜間のトラブルが減少している。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者毎に「健康管理シート」を作成しており、年2回実施している健康診断の結果等の健康管理上必要な情報を記載している。「医務マニュアル」が用意されており、嘱託医が毎月1回来所して健康相談等を行っている。歯科治療設備を整えた部屋が敷地内にあり、嘱託歯科医師による検診が定期的に行われている。健康の維持・増進のため、日中活動の中にウォーキングやサーキット運動を取り入れている。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
健康面に不調があった場合に対応するため、「医務マニュアル」が整備されている。近隣に協力医療機関として総合病院を確保しており、日常的に適切な医療が受けられるよう連携を図っている。		
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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
「健康管理シート」に必要な与薬情報が記載されており、与薬に関するマニュアルに従って服薬をしている。内服・外用薬の使用状況は、パソコンの記録ソフトに記録している。薬の取り違えや服用忘れ、重複服用等、薬物使用の誤りを防止するため、「与薬マニュアル」に従った対応に心掛けているが、引き続き誤薬等の防止の徹底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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員間での話し合いや利用者の希望を取り入れた内容で余暇・レクリエーションを行っている。余暇活動の充実に図るため、ボランティアを活用して書道・絵画・手芸・音楽等の活動を取り入れている。季節に応じた各種の行事を計画しており、年間を通して1,000人を超すボランティアが来訪している。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地域のガイドマップやイベント情報を収集して、季節ごとに行われている行事等の写真を使って外出の希望を聞き計画を立てている。		
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		
外泊を受入れる家族の事情(キーパーソンの高齢化、死亡等)もあり、以前と比較すると外泊や帰省の頻度は減少している。しかし、利用者の希望があれば家族と調整し、利用者の希望を尊重して外泊を実施している。		
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		
利用者の預かり金は、小遣い帳に何に使ったのかを記入し、収支状況を明確に記録している。現金の取り扱いについては、取扱い規定等を定め、責任の所在を明確にしておくことが望まれる。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者や家族からの要望を受け、個人で購入したり共用で利用したりしている。施設の全面改修によって全室個室化が図られており、物品の居室内への持ち込みに関しては自由度がある。		
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		
現在、酒・たばこをたしなむ利用者はいないが、健康上の問題が無ければ基本的に可能となっている。積極的に利用者の希望を聞き取ることはしていない。		