

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23日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称： 第2ゆたか希望の家	種別： 生活介護・施設入所支援
代表者氏名： 伊藤美香	定員（利用人数）： 50名（51名）
所在地： 愛知県北設楽郡設楽町東納庫字松山6-3	
TEL： （0536） 65-0370	
ホームページ：	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成10年10月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 ゆたか福祉会	
職員数	常勤職員： 42名
専門職員	（管理者・サビ管） 1名
	（事務員） 1名
	（看護師） 2名
	（栄養士） 1名
施設・設備の概要	55室
	（設備等） 全個室・床暖房
	風呂 12カ所

③理念・基本方針

★理念 ・法人 ○障害のある人たちの「いのち」と「ねがい」を大切にして、社会への参加とゆたかな暮らしの実現をめざします。 ○誰もが大切にされ、安心して暮らせる地域や社会をつくるため、たくさんの「つながり」を築いていきます。 ○ゆたかな笑顔と人間性を育み、働きがいのある職場づくりと健全な経営をめざします。

・施設・事業所

- 障害のある人たちの基本的な人権を守り、安心してその人らしく生活できる場をめざします。
- 高齢者の皆さんの生きがいの場をめざします。
- 地域社会の一員として参加し、協同を進めます。

★基本方針

- 生活の場は、温もりある「家」とし、「人間としての尊厳」「個人の自由」「プライバシーの尊重」「自己選択・自己決定」を大切にしたい支援をします。
- 利用者の願いを実現し、一人ひとりが生きがいを感じられるような活動の提供を行います。
- 障害の軽減、二次障害の防止、加齢・高齢化対策を進め、リハビリテーションの保障をします。

④施設・事業所の特徴的な取組

○職住分離

- ・生活場所と日中活動場所を別々にすることでのメリハリ作りや、それぞれでの集団作りを大切にしています。

○個室、小舎制により、落ち着いた環境作りやプライバシーの保護、家庭的な雰囲気作り

- ・個々の希望に応じた居室の環境整備を行っています。プライバシーの保護にも配慮しつつ、また家庭的な雰囲気を大切にするため、誕生日会等の取り組みも行っています。

○余暇活動の充実

- ・季節ごとの全体行事や、要求別取組、居室棟ごとでの取組、休日の余暇活動等、充実に努めています。

○地域との関わり

- ・地元小学生の皆さんの福祉体験として、利用者さんと一緒に作業活動を体験していただく機会を提供しています。
- ・地域のイベントに参加し、木工製品や乾燥椎茸等の自主製品を販売しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 9月 2日（契約日）～ 平成29年 5月 3日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回（平成24年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆利用者主体の支援

利用者自治会（ひまわり会）や各ハウスでの意見聴取等により、利用者が主体性をもった生活や活動が職員の支援によって維持されている。また、残存能力の活用やエンパワメント支援等、利用者個々の持つ力を重視した取り組みが随所でなされている。

◆地域との交流・連携の重視

地域出身の新所長は、地域との交流・連携を重要課題として取り上げ、手始めに「地域部会」を立ち上げて地域への取り組みを始めた。地域のイベントである「アートフェスタ」や「商工祭」、「森林まつり」には利用者と職員が積極的に参加し、「アートフェスタ」では福祉村の駐車場が「鯉のぼり会場」として提供される。福祉村主催の「キラリン祭」には地域から多数の来場者があり、用意した「お楽しみ抽選券」400枚が足りなくなるほどの盛況であった。地域への貢献策も数多く実施されている。福祉村交流センターを地域に開放しており、高齢者サロンや空手教室をはじめ、様々な個人や団体が有効活用している。福祉村が所有するバスを運転手付きで貸し出している。地域を対象とした「介護初任者研修」の実施にもこぎつけた。

◆将来に向けての人材確保

現時点で事業所の人材は充足した状態であるが、福祉村内4事業所の所長等をメンバーとする「人材確保部会」を発足させ、将来に向けての人材確保に動いている。福祉系の大学等を訪問し、ハローワークだけでなく町の無料職業紹介所にも登録し、就職フェア・転職フェアにも積極的に参加し、新聞にチラシを入れ、広報誌や回覧板でも求人と呼び掛けている。これらが欠員補充のための採用活動ではなく、将来的な必要人材の発掘を目的にしている点を高く評価したい。

◇改善を求められる点

◆事業計画に数値目標の設定を

「福祉村5ヵ年計画」を受けて平成28年度の事業計画が作成されている。事業計画は具体的な内容になっており、事業の方向性を示すに十分なものであるが、研修計画を除く他の重点事項(課題)について実行計画(工程表)が作成されておらず、数値目標の設定もなかった。事業計画に明確な数値目標が設定されていないことから、評価の場面(中間評価、終了時評価)で、達成の可否や進捗の度合いの評価が曖昧な部分を残すこととなっている。重点事項(課題)については、責任者、スケジュール、目標値と具体的な実施方法等を明確にして取り組むことを望みたい。

◆利用者個々のトータルな支援

個別支援計画は、取り組むべき課題が絞られ、重点項目が分かりやすいものとなっているが、記載項目以外のサービスについても、具体的な支援方法の統一・共有等、一定の配慮が必要かと思われる。方策を検討されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回4年ぶりに受審し、前回受審時と比べ評価基準が厳しくなりましたが、より質の高い事業運営が求められていることを、痛感しました。
同時に、課題も明確となり、いただいた貴重な意見を活かしながらより良い施設作りを目指していきます。

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員の総意で策定された“私たちがめざすもの”3項目と、“私たちが大切にするもの”5項目を理念とし、支援の柱に据えている。理事長方針として、「理念、方針の定着」が打ち出されており、利用者、家族にも周知活動が実施されている。利用者には利用者自治会(ひまわり会)の月例全体会で、家族にはほぼ毎月開催される家族会で説明して周知を図っている。			

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			
法人全体の所長会議や、事業所の立地する福祉村(法人4事業所)の所長会議で事業経営に関する情報共有や意見交換を行っている。福祉村の所長会議には、法人本部から理事も参加し、法人の方針や姿勢を伝えるとともに、福祉村の状況や意見を把握して本部に持ち帰っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「利用者の高齢化」と「強度行動障害の利用者への支援の充実」、「地域との交流・連携」を重要課題として取り組んでいる。「利用者の高齢化」については、日中活動の見直しや活動場所の再検討を行っている。強度行動障害の利用者が35名と利用者の7割を占め、支援の専門性を高めるために研修を重視している。「地域との交流・連携」に関しては、管理者が地元出身であることを追い風に、積極的に地域への働きかけを行っている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の「ゆたか福祉会第5期総合計画」(2015. 4～2020. 3)があり、それに沿って「福祉村5ヵ年計画」を策定している。その中に具体的な事業所の5ヵ年計画が落とし込まれており、実施を確実なものとするための「推進ロードマップ」(工程表)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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「福祉村5ヵ年計画」を受けて平成28年度の事業計画が作成されている。事業計画は具体的な内容になっており、事業の方向性を示すに十分なものであるが、研修計画を除く他の重点事項(課題)について実行計画(工程表)が作成されておらず、数値目標の設定もなかった。重点事項(課題)については、責任者、スケジュール、目標値と具体的な実施方法等を明確にして取り組むことを望みたい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の作成は、それぞれの事業部門の積み上げ方式で行われ、周知が図られている。中間評価は事業所単位で実施し、柱となる事業部門のみで進捗を評価している。期末の終了時評価(事業報告)は、理事長、家族会役員、所長、副所長が参加して実施されるが、事業計画に明確な数値目標が設定されていないことから、達成の可否や達成度合いの評価は曖昧な部分を残すこととなっている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理解力や判断力に制限のある利用者のために、資料を作り直して説明している。ポイントとなる部分を抜き出し、大きな文字に替え、漢字にはルビを振り、絵や図を挿入して、少しでも理解が進むように配慮している。事業計画の評価に家族代表が参加する等、家族会としても積極的な協力体制を取っており、毎月の家族会を通して事業計画を説明し、家族への周知・理解は進んでいる。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
毎月の利用者自治会(ひまわり会)に担当職員が出席し、利用者の意見や要望を聞き取り、年1回の聞き取り調査の結果も含めて事業運営に反映させている。客観的な数字で示されるような“指標”は持っていないが、所長は、職員の意識が高まってきたこと、活動・取り組みが多様化してきたこと、業務の振り返りができるようになったこと等から、サービスの質が向上していると判断している。継続的に監視する“指標”を設定して取り組むことを期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
定期的な評価(中間総括、年度末総括)によって抽出された課題を、職員会議を使って共有化を図り、改善や解決につなげている。しかし、改善活動は実行計画(責任者、スケジュール、具体的な方法の明示)を作成する等の計画的な取り組みとはなっていない。改善効果を高めるためにも、後日の追跡を可能なものとするためにも、改善計画を立て、一連の取り組みを記録に残すことが望まれる。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
今年度から所長(管理者)に就いたが、キャリアパスの中で役割と責任の所在が明確にされており、就任当初には広報誌「キラリン」で自らの所信を表明している。在籍年数も長く、責任感の強さと率先垂範の実行力から職員の信頼もある。			
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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
コンプライアンスの意識は高く、法人の「新所長研修」に参加して関係法令等について学んでいる。事業所内で「障害者差別解消法」や「障害者虐待防止法」等の勉強会を開催し、職員への周知を図っている。課題は、職員の理解度が検証されていないこと、学んだ知識が支援の現場で活用されているか否かを確認する仕組みがないこと等である。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
所長就任の初年度であるが、責任感の強さと実行力を持ち、加えて地域の出身者であることを活かして積極的な取り組みを行っている。地域との関係を深めることと、職員の資質を高めることをサービスの質の向上の取り組みとしており、職員研修を体系化(工程表の作成)し、今年度は特に「強度行動障害」にスポットを当てた研修に取り組んでいる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の高齢化が大きな課題として挙がっており、ケース検討会議でも常に「高齢化」を意識した話し合いが行われている。その対策として日中活動の見直しを行い、グループの組み替えを行ったり、作業場所の細分化を図ったりした。職員が意見を出しやすい環境作りとしてグループ討議を取り入れ、職員による活発な意見交換が事業所の活性化にもつながっている。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の「ゆたか福祉会第5期総合計画」が、詳細に人材の確保と育成の方向性を示しており、「福祉村5ヵ年計画」で事業所の具体的な取り組みへと落とし込んでいる。現時点で事業所の人材は充足した状態であるが、福祉村内4事業所の所長等をメンバーとする「人材確保部会」を発足させ、将来に向けての人材確保に動いている。欠員補充のための採用活動ではなく、将来的な必要人材の発掘を目的にしている点を高く評価したい。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
キャリアパスが構築され、法人の「期待する職員像」が明確になるとともに、職員自らが将来の姿を描きやすくなった。それに伴い様々な制度が動き始め、先行してパートタイマー職員の制度改革や処遇改善が実施された。法人の方針として、人事考課の制度が未構築であり、人事管理の一角が欠落した状態になっている。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員意見を反映する形で「就業規則」の改訂が図られ、働きやすい職場づくりが進行している。「有給休暇」は役職等に関係なく平均的に消化が進み、年休繰り越し分の未消化部分は消滅せず、職員個々の「介護休暇」保有分に積み立てられている。ワーク・ライフ・バランスへの対応として、時短就労や、条件を満たせば年間5日間の「保育休暇」も認められる。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
職員には、「ゆたかではたらく あなたに」との小冊子(行動規範)が配布されており、法人の求める人間像が示されている。35名の強度行動障害の利用者がいることから、職員の資質向上と対応力の強化を目的とした計画的な研修を組んでいる。人事考課制度が無いことから、そこから導かれる職員個々の教育・研修ニーズの把握ができておらず、職員個々の育成計画(目標管理)は作成されていない。			
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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
法人主導の階層別研修が体系化されており、補完する形で外部研修や事業所内研修(内部研修)が組まれている。法人研修や外部研修の受講者には「出張・研修報告書」を提出させているが、内部研修受講者には求めている。研修効果を検証するためにも、一考を要す。また、法人研修等についても「出張・研修報告書」の提出をもって研修の完結とせず、一定期間の後に研修効果を検証する仕組みづくりを期待したい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
体系化した法人の階層別研修が充実しており、補完する外部研修や事業所内研修と併せ、職員の研修機会は十分に確保されている。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
地理的なハンディキャップがあり、社会福祉士実習の新制度移行以来1名の受け入れもなかった。社会福祉士実習指導者が3名おり、受け入れのためのマニュアルやプログラムの見直しも進んでおり、来年度(平成29年度)は1名の実習生受け入れが決まっている。これを契機として、今後活発な実習生の受け入れに進展していくことを望みたい。			

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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント				
新所長の方針として、「地域との交流・連携」を重要課題の一つとして捉えており、福祉村内に「地域部会」を発足させて地域の障害者理解のための取り組みを開始している。第三者評価を定期的に受審して事業運営の透明性を担保している。苦情等の公表の仕組みがなく、今後の課題である。				

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人のホームページに、「事業計画書」や「事業報告書」、「決算報告書」、「現況届」等を公開し、財務・会計の透明性を示している。法人監事による監事監査や行政による監査の実施があるが、外部専門家による外部監査の実施はない。			

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			
地域出身の新所長は、地域との交流・連携を重要課題として取り上げ、手始めに「地域部会」を立ち上げて地域への取り組みを始めた。地域のイベントである「アートフェスタ」や「商工祭」、「森林まつり」には利用者と職員が積極的に参加し、「アートフェスタ」では福祉村の駐車場が「鯉のぼり会場」として提供される。福祉村主催の「キラリン祭」には地域から多数の来場者があり、用意した「お楽しみ抽選券」400枚が足りなくなるほどの盛況であった。			
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			
ボランティア受け入れのためのマニュアルが整備され、それに沿った受け入れを行っている。「キラリン祭」等のイベントには、地域や家族の応援がある。民生委員・児童委員が事業所の掃除にボランティアとして来訪している。地元の小学生の福祉体験学習も受け入れている。課題は、それぞれのボランティア受け入れについて、振り返り・検証の記録が残されていないことである。			
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。	障 25	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
町の作成した「福祉マップ」を社会資源リストとして活用している。地域における福祉の主導的役割を持つ事業所の一角を占め、自立支援協議会、運営会議等で、行政や他の福祉事業所とも連携を図っている。山間に立地する事業所として、特に医療機関との連携には配慮しており、ドクターヘリの利用も念頭に置いている。			
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			
所長の方針もあって、地域への貢献策も数多く実施されている。福祉村交流センターを地域に開放しており、高齢者サロンや空手教室をはじめ、様々な個人や団体が有効活用している。福祉村が所有するバスを運転手付きで貸し出している。地域を対象とした「介護初任者研修」の実施にもこぎつけた。さらなる地域貢献として、災害時に地域復興の鍵となるBCP(事業継続計画)の策定が望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
福祉村を構成する事業所として、障害者の相談支援事業所と高齢者の居宅介護支援事業所があり、地域の福祉ニーズは常に入っている。市・自立支援協議会、社会福祉協議会、区長、民生委員・児童委員とも密な関係があり、地域の「支え合いの会」のメンバーとしても活動している。利用者の7割が強度行動障害を持つ利用者であることが示す通り、他の福祉事業所では受け入れが困難な利用者についても受け入れる姿勢がある。			

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。	障 28	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者尊重の考え方は、理念や職員の行動規範の中に明示され、職員ハンドブックを基に新任職員には採用時のオリエンテーションにて、その後は職員会議等で周知している。「障害者差別解消法」の施行に伴い、「障害者権利条約」の学習会を実施した。			
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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
プライバシー保護や虐待防止に関しては、ハンドブックに指針が示され、虐待については虐待防止チェックリストとアンケートを虐待防止委員会にて検証、分析するとともに、集計結果を基に職員会議にてグループワークを行い、虐待防止に努めている。また、外部講師を招いての研修会を実施、意識を高めている。			
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 ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント			
パンフレットには分かりやすくルビがふられている。また、希望者には体験入所を実施し、丁寧に対応している。障害の重い方への説明方法等の配慮を検討されたい。			
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 ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント			
利用者・家族個々に分かりやすく丁寧な説明を心がけているが、面談内容が記録されず、サービス開始や変更に至る同意の経緯等が曖昧となっている。後日の振り返りや追跡を可能とするためにも、一連の流れを記録に残す取り組みに課題が残る。			
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 ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント			
移行にあったてはフェイスシートやサービス記録が提供されるが、継続性のための特定の引き継ぎ文書は用意されていない。また、サービス終了後も相談等ができる準備はあるものの、具体的な手順や窓口等は定まっておらず、形骸化の懸念もある。			
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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者自治会は毎月開催され、その際に要望等を聴取している。また年1回聞き取り調査を実施し、要望書として取りまとめ、職員会議の場で検討して支援の改善に活かされている。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
苦情解決システムが整備されており、苦情が出た場合には、職員会議から所長会議、理事会へと向かうことになっているが、そこまでの事例は報告されていない。施設内で解決されるものが殆どで、苦情になる前段階や初期段階で適切な対応がなされていると思われる。しかし、苦情やクレームを出しやすい環境作りの面からは課題が残る。また、法人の課題として、苦情を公表する仕組み作りにも目を向けられたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
各ハウスの職員が相談窓口となって対応している。また、必要に応じ医療職や管理職が対応可能な体制となっている。ただ、様々な相談ができることを分かりやすく説明した案内や文書等がなく、この点の利用者への周知について不十分さが残る。			
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			
利用者自治会での意見に対しては、自治会担当職員が、内容を職員会議に挙げて検討がなされることになっている。利用者自治会を含め利用者からの意見に対しての対応の手順や方法を示したマニュアルが無いため、サービス向上に結びつくまでの確実性に欠ける点は否めない。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
リスクマネジメント委員会が設けられ、事故やヒヤリハット等の事例を分析し、職員会議及び担当部に回付し、結果は全職員に周知されている。また、事故発生時の対応マニュアルも整備されている。収集事例は200例を超える数で、これを事項別・個人別に細かく分析し、傾向等を検討、改善と防止に活かしている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「感染症マニュアル」が整備され、発生時の対応から処理までが症例別に明記されている。感染症予防の学習会を職員会議で、また利用者へは利用者自治会において分かりやすく説明がなされている。日常的には手洗いの励行やバイタルチェック、消毒の実施等の取組みを施設をあげて取り組んでいる。			
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やっている。	障 39	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「防災マニュアル」では、災害ごとの対策や地域での役割、災害の基礎知識、チェックシートまでが記されている。「地震防災規程」も整備され、災害時の組織も組まれている。また、緊急連絡網が整備され、消防署と警察への連絡ボタンの設置もあり、福祉避難所登録、備蓄品の保有等、防災に対する様々な対策が施されている。今後はBCP(事業継続計画)の作成等、更なる防災対策の徹底を図られたい。			

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。	障 40	a ・ ㉔ ・ c	
評価機関のコメント				
食事、更衣、移動、衛生、入浴、排泄、睡眠、身だしなみ、おむつ交換等、最低限押さえるべき標準的な実施方法が作成されている。新任者には学習会を実施して周知し、普段は職員室等に目につきやすい場所に置いて周知を図っている。一方で、この実施方法が確実に実施されているか否かを確認する仕組みに欠けるため、OJT等での指導や検証によるモニタリングが必要と思われる。				

	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
標準的な支援方法に関する見直しの手順は定められておらず、必要に応じ運営会議や職員会議等で検討されている。見直しの手順、その際の利用者意見の取り入れ方法も含め再検討を望みたい。			
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			
アセスメント手法が確立され、手順に沿った計画作成がなされている。作成にあたって支援員以外の看護師、栄養士が、必要なケースによって参画している。個別支援計画は項目を絞り込んだ分かりやすい内容となっているが、記載項目以外のサービスについての支援方法に関しても、具体的な対策を十分検討されるよう望みたい。			
	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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本的には半期ごとに見直しがなされ、利用者の変化に応じて随時見直しが図られている。それぞれケース会議での検討を経て作成され、職員にも十分な周知がなされている。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
統一した様式により生活の場、活動の場それぞれに記録を持ち込んで必要時に記録している。「記録要領」の学習会が開かれ、職員による差異のないよう配慮されている。ただ、記録がパソコンでのシステムでないため、情報共有という面での仕組みとして実用性に欠ける点は、今後の課題である。			
	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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者や家族に関する記録の管理は、「文書管理規程」及び「個人情報管理規程」により定められ、また具体的な事項については職員ハンドブックに詳しく記載されている。個人情報の取扱いに関しては、利用者・家族に同意を得ている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
モニタリング時には、全ての利用者について地域移行の希望、必要性、可能性等が検討されている。可能性のある利用者に対しては、個別支援計画の中に移行計画が組まれ、相談支援とともに移行への手順が進められる。施設の地域性や入所の経緯もあるが、障害の軽重に拘わらず更なる積極的な対応が望まれる。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者それぞれの障害特性に応じ、絵カード・写真等を使ったコミュニケーション手段が取られている。個別支援計画の中のコミュニケーション支援の項目は、必要者以外は記載されていない。強度行動障害の36名について、支援の手順書を作成中であり、早期の完成が待たれる。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者自治会が組織され、事業所も利用者の自主的な運営を支援している。自治会担当職員が配置され、利用者と事業運営との橋渡しを行っている。自治会役員は選挙で選定され、会は毎月役員会と全体会が開催されており、様々な企画案や意見が出され、事業運営上のモニター機能を発揮している。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「介護マニュアル」の中に、自分でできる場合・介護の場合の支援方法の違いが記され、また職員ハンドブックの中にもエンパワメントの項目が記されている。利用者の残存能力を活かし、職員は補ったり見守りの姿勢を心がけている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の能力とニーズに応じ、プログラムが組まれている。調理、買い物、金銭管理、学習等があり、それぞれが個別支援計画の中に取り入れられて実践されている。利用者が社会進出を果たすためには、地域性に大きなハンディキャップがあるが、利用者を受け入れる側の地域に対しても意識の変革を狙った取り組みを期待したい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
提供する食事の栄養量や形態等については、栄養士が栄養計画の中に全利用者について明示し、介助方法については、個別支援計画の中に必要者のみ項目設定して支援している。身体状況や体調に応じた個別食が用意され、「介助マニュアル」も整備されている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
嗜好調査を毎年実施して献立に反映させている。給食会議には施設長、栄養士の他利用者も参加し、検討がなされている。行事メニュー、季節メニュー、選択メニュー等も導入され、特に選択メニューでは明らかに嗜好の異なる2種の料理からの選択で、障害の重い利用者でも選びやすいものとなっている。献立は各ハウスにイラスト入りで分かりやすく掲示されている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事に関しては、利用者代表を含んだ給食会議で様々な事項について検討・改善が図られている。食事は、朝・夕食については各ハウスでゆったりと、昼食についてはそれぞれの活動場所で弁当形式で喫食している。調査日当日には、作業場所に移動しない比較的障害の重い利用者のみが施設の食堂で昼食を摂っていたが、自由な雰囲気の中での喫食であった。			

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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
安全やプライバシー等、入浴介助方法がマニュアルに明記され、また浴室には発作が心配される利用者のための注意事項も掲示されている。支援の内容は個人記録に記載されている。		
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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
基本的に毎日入浴で、失禁時等は必要に応じてシャワー等を使用している。ユニットでの少人数での入浴であるため、職員の見守り、介助の中、ゆったりと入浴することが可能である。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
浴室の設備等に関しては、利用者、職員、メンテナンス部門で話し合い、常に適正な環境を維持するように努めている。冷暖房設備や施錠等、プライバシーや環境に配慮した造りとなっている。		
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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「排泄マニュアル」と利用者個々の個別支援計画に基づき介助がなされている。介助が必要な利用者はチェックリスト、個別記録への記載を行っている。おむつの衛生・防臭対策も的確に行われている。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ユニットごとに2ヶ所のトイレが完備され、冷暖房、プライバシーに配慮した構造となっている。便器は暖房・洗浄便座となっている。また、清掃は毎日専任職員によって行われ、衛生面が保たれている。		
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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者本人の意志を最優先に選択され、購入に関しても必要な支援がなされている。意思伝達が困難な利用者については、アセスメントの内容やこれまでの成育歴、習慣、好み等を推し量り、利用者の思いに沿ったものとなるよう配慮している。		
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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個々の状況に応じて着替え等の支援を行うが、基本は個人の意志を尊重して対応することとしている。衣服の汚れや破損に関してはマニュアルに基づいて着替え等を支援している。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
髪型、化粧については自由で、基本は利用者本人の意思に任せている。必要に応じ、雑誌やインターネットでの情報提供を行っている。女性利用者の化粧に関しては捉え方もあるが、女性の身だしなみと考えれば日常的な支援が求められてくる。社会通念上、一人の女性としてふさわしい化粧、髪形、カラーリング等の限度を学ぶ機会の一考を望みたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
8週間に一度、理容組合から理容師が来訪し、希望する利用者の調髪を行っている。地域の店舗を利用する利用者については、日時の予約等の手配から同行・付き添いまでの支援を行っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
睡眠に関しては、基本的なところはマニュアルに基づき、個々に安眠への支援を行い、状況については個別記録に記載している。寝具は、利用者の希望やこだわりによって私物も利用が認められている。全員が個室であるため、他者の影響は受けにくい。			
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」に基づき支援している。看護師により利用者個々の「健康管理表」が作成され、毎日のバイタルチェックと必要者には血中酸素測定も行われている。嘱託医、歯科医の往診が毎週あり、衛生士による歯磨き指導も行われている。健康増進に関しては、散歩や毎週のリハビリ体操等、日常的に健康を意識した取り組みがなされている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「医務マニュアル」が整備され、健康面の変調にも即座に対応している。近隣の嘱託医は往診に対応可能であり、総合病院が協力医療機関として殆どの疾病に対応している。救急車の他、遠方の医療機関に搬送の必要性があればドクターヘリも利用可能であり、利用実績もある。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「服薬マニュアル」や、服薬ミス時の「対応マニュアル」も整備され、服薬管理が徹底されている。殆どの利用者が何らかの投薬を受けており、取り違えがないよう施薬には細心の注意を払っている。写真付きの薬入れにより、服薬ミスが大幅に改善されている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
余暇やレクリエーションは利用者主体を念頭に、利用者自治会や各ハウスでの意見聴取を重視して、企画、実施されている。余暇のボランティアとして、絵手紙・読み聞かせ・盆踊り等の他、高校のボランティア部との交流も図っている。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
写真やインターネットで地域の情報を提示し、利用者自治会での意見等を参考にして大人数から小グループまで、利用者主体で外出支援が実施されている。外出先として、近隣の喫茶店や道の駅、スーパー等、地域資源を活用している。不測の事態に備えて、氏名や連絡先等の分かる身分証明書、個人カード等の携帯を検討されたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月の家族会の折に帰省する利用者が多いが、強制や要請ではなく、利用者本人と家族の意向に合わせている。法人内の研修センターでは、遠方の家族が利用者とともに宿泊することも可能である。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「預り金取扱規程」により、適正に管理されている。自己管理が可能な利用者には、個別支援計画の中に項目を設定し、学習プログラムを組み込んで個別に支援を行っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
新聞、雑誌等の購入については、個人での購入ができる。テレビ、ビデオに関しては、殆どの利用者が自室に個人所有のものを設置している。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
酒、たばこに関しては、規制は無く、本人同意の下、ルールに沿った支援を行っている。適用者は1～2名で、健康に配慮し、飲酒、喫煙ともに少量としている。			