

## 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2日(木)
---------------	--------------------

### ②施設・事業所情報

名称： 障害者支援施設つつじ寮	種別： 生活介護、施設入所支援、短期入所
代表者氏名： 河合 幹夫	定員（利用人数）： 50名
所在地： 愛知県蒲郡市大塚町後広畑85番地 1	
TEL： 0533-59-7221	
ホームページ：	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 昭和58年 4月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人くすの木福祉事業会	
職員数	常勤職員： 45名
専門職員	(管理者) 1名 (看護師) 2名
	(サービス管理責任者) 1名 (栄養士) 1名
	(生活支援員) 34名 (調理員) 5名
	(事務員) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 23室 (設備等) 作業室、応接相談室
	医務室、静養室、日中活動室
	食堂、生活介護室、憩いルーム
	浴室

### ③理念・基本方針

★理念	<p>法人</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の障害福祉の担い手として、障害者が安心して利用できる福祉サービスの充実に努め、地域の中で愛され、信頼される施設を目指す。</li> <li>・かけがえのない一人ひとりの人権尊重を第一に、対等な関係のなかで共に生き、共に笑い、励まし合い、生きがいを感じる支援と環境づくりに努める。</li> </ul> <p>(寮訓) 「やさしく こんきよく すこやかに」</p>
-----	---

## ★基本方針

### 運営指針

1. 障害の重たい人たちや軽い人たちが互いに助け合って、生きがいのある日常生活が送れるような領域の実現に努める。
2. 障害がいかに重くてもその可能性を信じて働くことの喜びや、社会参加の意義を日々の作業活動を通して自覚させると共に、その労働源を可能な限り引き出し、社会参加・社会復帰に努める。
3. 利用者の情緒の安定と、社会への適応能力を高めるための不可欠な条件として、施設で補うことのできない肉親との関わりをより密にして、入所者も家庭の一員であることの位置づけを、利用者の親兄弟等に認識理解させることに努める。
4. 「環境が人をつくり、その環境を人がつくる」と言われる。その環境づくりに日々の清掃活動を通して、衛生環境の行き届いた領域の実現に努力すると共に、医療機関との連携を密にして利用者の健康管理に努める。
5. 地域から協力を受けるだけでなく、施設開放に取り組むと共に、相互の往来を深め、地域に根ざした、地域から愛される施設作りの実現に努める。

## ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・つつじ寮は、昭和58年4月に開所して34年が経ち、法人は当施設をはじめ、生活介護事業所2ヶ所、共同生活援助事業所2ヶ所（GH4ヶ所）、相談支援事業所1ヶ所を運営し、地域に根ざして障害福祉事業を展開している。
- ・暮らし・生活の場、日中の活動・働く場を障害のある方に提供すると共に、短期入所・日中一時支援は、在宅で日常的に介護している家族の休息の機会になっている。
- ・地域交流行事として、開所から毎年福祉まつり、納涼夏まつりを開催し、又地元イベントや活動団体に所属し、利用者自身も社会貢献に携わっている。
- ・施設の老朽化に伴い、数年をかけて浴室、トイレ、居室（低床、電動ベッド導入）、個室化、作業室等高齢・重度化に対応した改修を行っており、環境改善を図っている。
- ・高齢・重度化に伴い、利用者1.7人に対して1人の職員を配置し、利用者支援の充実を図るとともに、国家資格取得奨励、研修等強化し、スキルアップに取り組んでいる。
- ・医療面については、町内の嘱託医との連携を密にすることで早期発見、早期治療につながっている。

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 9月 4日（契約日）～ 平成29年 6月 2日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回 （平成24年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆総合的な人事管理

キャリアパスモデルを策定し、職員が自らの将来の姿を描くことが出来る仕組みを構築している。「人事考課実施要領」に基づいて公正な人事評価を行うことで、職員の職務遂行能力や資質の向上、勤労意欲の向上を図ることを目指している。また、今年度から目標管理シートを導入し、職員一人ひとりの育成に向けた取り組みが行われている。

#### ◆事業所が有する機能の地域還元

地域の活性化を図るために、年間を通して地域の団体と協働して学習資源の整備やトイレの清掃活動を実施している。地域のお祭りや防災訓練に参加する等、積極的に地域との関わりを持っており、災害時の福祉避難所として地域の障害者を受け入れる役割を担っている。法人後援会で開催する講演会に、地域から講師の派遣を依頼したり、地元団体の講演会に講師として職員の派遣をしている。

#### ◆福祉サービスの実施方法の標準化

個別支援計画とは別に個別支援ガイドを作成し、個別にきめ細やかなサービスを実施するためのツールとしている。職員間でのサービスの提供に差が生じないように、全ての職員が内容を確認できるように周知徹底する方策が取り入れられている。

### ◇改善を求められる点

#### ◆福祉サービスの質の向上に向けた取り組み

福祉サービスの質の向上に向けて、日常的にPDCAサイクルを活かして様々な取り組みを行っているが、意識的に活用を図ることが必要と思われる。第三者評価の結果について、評価結果を分析し検討する機会を設け、検討した結果を基に課題や問題点を整理して職員間での共有化を図り、必要な改善策や改善計画を策定することに期待したい。

#### ◆利用者のコミュニケーション手段を確保するための支援や工夫

利用者とのコミュニケーションを図るため、写真や絵、選択する内容等を番号化し、指で番号を示してもらうなどの工夫がされている。しかし、意志伝達に制限のある利用者に対しては、これまで行ってきた有効な方法を集約し、固有のコミュニケーション手段を確立するとともに、新たな専門的な手法を取り入れる等の検討に期待したい。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を4年ぶりに受審しました。日々のサービスの中で見えなかったものが、自己評価を通し振り返り、客観的な評価から、改善・課題に気づきました。PDCAサイクルの分析・改善を検討する場、次に反映できる仕組みの弱さの整備については、今後研修を予定し、今回の受審を活かしていける仕組みを整え、福祉サービスの質の向上に努めます。

## 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			
昭和58年の開設当初からの理念や指針が、現在でも大きな方針として息づいている。基本理念については、近年新しく策定されたものであり、地域の中で法人、施設、職員が何を指すのかを明確にしたものになっている。職員への周知については、職員会議等の場で周知を図っているが、保護者や利用者への周知については改善の余地がある。			

### 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			
経営協からの情報や、厚生労働省、県・知的障害者福祉協会等からの情報を取り入れて、社会福祉事業全体の動向を把握するように努めている。地域の自立支援協議会等に参加し、福祉計画の策定にも関わる中で情報を得るように努めている。利用者の推移や利用率に関しては定期的に把握しているが、数値データを基にコスト分析する手法を取り入れることに期待したい。			
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			
法人の施設長会において、具体的な経営課題を検討し問題点を明らかにして方向性を決めて取り組んでいるが、経営状況や経営課題を職員に周知するまでには至っていない。			

### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期的なビジョンを明確にしているが、ビジョンの実現に向けては不確定要素が大きいとため、数値目標を立てたり具体的な工程表の作成までには至っていない。			

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			
<p>単年度計画は中・長期計画を踏まえた内容で策定している。単年度計画については、前年度の事業報告の結果を受けて具体的な支援計画の内容を策定しており、単なる「行事計画」になっていないが、実施状況の評価を行う方法については検討の余地がある。</p>			
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			
<p>担当職員が担当する部門の具体的な計画を考案し、各会議やミーティングを通して職員の意見の総意として事業計画を策定しており、策定された事業計画は会議等で説明され周知が図られている。事業計画の実施状況の評価を行う方法については検討の余地がある。</p>			
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			
<p>家族に事業計画書を配布することで周知を図っており、説明を詳細にはしていないが、家族には保護者会にて事業報告という形で前年度の報告をしている。利用者に対しては、分かりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫をして説明することが望まれる。</p>			

#### 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			
<p>福祉サービスの質の向上に向けて、日常的にPDCAサイクルを活かして様々な取り組みを行っているが、意識的に活用を図ることが必要と思われる。第三者評価の結果について、評価結果を分析し検討する機会を設け、検討した結果から出された課題や問題点を整理して職員間での共有化を図り、必要な改善策や改善計画を策定することに期待したい。</p>			
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			
<p>第三者評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題を文書化して職員間での課題の共有化を図り、必要な改善策や改善計画を策定することが望まれる。</p>			

## 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		
管理者は自らの役割と責任や事業所の運営方針について、職員会議にて表明し理解を図っている。平常時だけでなく、非常時においても防災計画やBCP(事業継続計画)マニュアルに従って権限委任等を明確にしている。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人で「法令遵守要綱」や「職員行動指針」を策定しており、事業所においても法令を遵守するための研修や勉強会が行われている。内部通報制度の整備や公益通報相談窓口の設置を予定しており、法令遵守の体制づくりが着々と進められている。		
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		
管理者は福祉サービスの質の向上に意欲を持って取り組み、特に利用者の重度化・高齢化という課題に対し、居室を改修して個室化を図る等、住環境の改善に指導力を発揮して大幅な改善を図ってきた。福祉サービスの質の向上のためには職員の質の向上が必要と考え、法人内研修を始め施設外研修に多くの職員を参加させ、研修の充実を図っている。		
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		
経営改善のための経営状況の分析は毎月定期的に行っており、業務の実効性を高め職員の負担軽減を図るため人員配置を強化している。風通しの良い職場づくりに力を入れ、職員が働きやすい職場環境となるよう積極的に取り組んでいる。夜勤等の変則勤務における職員間の意思疎通を図るための業務改善が課題となっている。		

### 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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
積極的に求人媒体に求人広告を掲載する等、計画通りに人材確保できるよう取り組んでいる。専門職の資格取得を奨励し、職員に働きかけている。人材育成と早期離職防止のため、平成27年からエルダーメンター(先輩職員による指導)制度を取り入れ運用している。		
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		
キャリアパスモデルを策定し、職員が自らの将来の姿を描くことが出来る仕組みを構築しており、人事考課実施要領に基づき公正な人事評価を行うことで、職員の職務遂行能力や資質の向上、勤労意欲の向上を図ることを目指している。また、今年度から目標管理シートを導入し、職員一人ひとりの育成に向けた取り組みを行っている。		

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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員の有給休暇の取得や時間外労働のデータを定期的に確認し、職員の就業状況を把握している。働きやすい職場とするため、男女1名ずつ悩みごと相談職員を決めて、困りごと等何でも相談できる窓口を設置している。勤務表作成時には、職員の勤務希望をできるだけ受け入れており、有給休暇も取得しやすくしている。改正育児休業法への適切な対応を図るよう現在進めている。		
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 ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント		
年度から目標管理シートを導入し、職員一人ひとりの育成に向けた取り組みを行っている。年度末に個人面接を行い、目標達成度の確認をして次年度の目標の設定に活かすようにしている。今年度取り組んだ結果については見直しを実施し、目標管理シートの改善や中間面接の実施等を検討することが望まれる。		
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	a ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント		
事業計画の研修計画に基づいて職員研修を実施している。研修結果は復命書により報告され、職員会議において結果報告を行っている。研修内容の評価・分析を行い、次年度の研修計画に反映できるような仕組みを作ることが望まれる。		
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	a ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント		
新任職員を始め職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが、メンター制度を活用し効果的に行われている。職員個々の専門資格の取得状況や研修への参加状況を把握し、知識や技術水準に応じた教育・研修の機会の提供が望まれる。		
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 ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント		
実習生等の受け入れマニュアルが整備されており、実習生の特性に配慮したプログラムを用意して指導にあたっている。実習生受け入れについては、全職員にプログラム等を周知し、指導職員以外の職員でも指導できるようにしている。実習指導者のスキルをあげるため、必要な研修を実施することが望まれる。		

### 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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
理念や基本方針、事業計画、事業報告を織り込んだ事業概要を年度ごとに作成して配布しており、広報誌やホームページにおいて予算、決算情報等を適切に公表している。広報誌は利用者や家族、近隣や関係機関等に配布している。第三者評価の受審結果や苦情等の内容についても公表している。		

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		
法人で事務・経理・取引等に関する規定を決めて文書化しており、職務分掌や権限・責任を明確にしているが、職員等への周知が十分できていない状況である。月1回、労務士(税理士兼務)によるチェックを受けている。		

## 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		
法人理念や運営指針に基づき、地域との交流を深めるための取組みを行い、地域に根ざした、地域から愛される施設づくりを目指している。法人で行う納涼夏祭りや福祉まつりの交流行事を始め、地元高校の文化祭や町内行事に参加している。また、日常的に散歩外出や喫茶店外出を行っており、近隣の商店や美容室等を積極的に利用している。地元タウン誌と契約して、希望者には配布している。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
基本姿勢を明文化した受け入れマニュアルが整備されており、中学生・高校生の福祉体験や大学・専門学校の実習等の受け入れをしている。事業計画の中にボランティア受け入れ計画を掲載しており、年間600名の受け入れを計画している。ボランティアに対して、利用者との交流を図るうえで必要となる知識や技術等の研修を行い、人材育成していく計画がある。		
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		
地域の関係機関や団体と定期的に連絡会を行っており、ネットワークの一員として連携を密にした取り組みを行っている。連絡会での会議の結果は復命書により報告されており、必要に応じて職員会議等で職員に周知されている。社会資源マップが職員室に掲示されており、見直しする予定がある。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地域の活性化を図るために、年間を通して地域の団体と協働して、学習資源の整備やトイレの清掃活動を実施している。地域のお祭りや防災訓練に参加する等、積極的に地域と関わりを持っており、災害時の福祉避難所として地域の障害者を受け入れる役割を担っている。法人後援会で開催する講演会に地域から講師の派遣を依頼したり、地元団体の講演会に講師として職員の派遣をしている。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業所が有する機能を地域に還元することにより、地域の福祉ニーズを把握するよう努めている。職員が保護者等の団体の会議に出席し、地域のニーズの把握に努めており、民生委員・児童委員とは定期的に見学を受け入れて交流を図っている。地域活性化を図るために地域の活動団体と協働して、年間を通して学習資源の整備やトイレ清掃活動を実施している。		



## 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、職員行動指針や倫理綱領等において利用者を尊重した支援について明示し、職員会議等にて周知徹底を図るとともに、基本的人権への配慮について研修会等で学習する機会を設けている。また、毎月開催している虐待防止委員会において、虐待防止のためのチェックリストを集計・検討し、虐待に関するグレーな部分や改善を要する点等を全職員に周知するようにしている。			
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			
利用者のプライバシー保護及び虐待防止等の権利擁護に関する規程・マニュアルが整備されており、職員への周知が図られている。月に1回開催している自治会や保護者会において、プライバシー保護と権利擁護に関する取り組み内容を周知している。プライバシー保護の観点から居室の個室化が進められており、全館の改修に期待が寄せられている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの選択に必要なと思われる情報は、ホームページやパンフレット等に分かりやすく掲載されている。玄関にパンフレットを設置し、日中一時支援や短期入所希望者には個別面談を行って見学してもらっている。公共施設等にパンフレット等を設置し、地域への情報発信を行う予定である。			
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			
サービスの開始時や内容に変更が生じた場合には、家族等に重要事項説明書や契約書により説明し、同意を得たうえで、その内容を書面にして残している。意思決定が困難な利用者については、短期利用等を通して自己決定を促していく方法を取る等のルール化をし、適正な運用を図ることに期待したい。			
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			
他の福祉施設への変更については、医療行為が必要になった時を一定の判断基準にしており、本人の状態にあった施設に移行できるよう、関係機関や相談支援事業所と連携して取り組んでいる。移行にあたっては、福祉サービスの継続性に配慮した手順により引継ぎ文書等を作成している。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
月に1回開催している自治会にて利用者が出かけたい場所や食べたい物等の要望を聞き、レクリエーション活動や献立に反映するようにしている。家族からの意見や要望については、家族会や帰省時に配布するアンケートにより把握するように努めている。利用者満足に関する調査を定期的に行う等、利用者満足の上昇に向けた取り組みを積極的に行うことに期待したい。			

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 ・ ㉔ ・ 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、仕組みを説明した掲示物を掲示するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っているが、制度や苦情解決箱等の設備が十分活用されていないため、活用する方法を検討して有効活用を図ることに期待したい。		
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		
利用者とは定期的に面談をして相談や意見を聞くようにしており、面談の結果は「面談票」にその内容を記録するようにしている。意思表示が困難な利用者への対応については、日常生活の支援をする中で想いを汲み取るような工夫をすることが必要と思われる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの相談や意見を把握する仕組みができており、相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアルに基づいて対応しているが、対応マニュアルの周知が徹底されていなかった。どの職員が相談を受けても適切な対応がとれるよう、周知を図る必要がある。家族には年3回、帰省時にアンケートを配り意見や要望を聞くように努めている。		
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に関する研修が定期的に行われており、日常的に提出されるヒヤリハット報告書により事故につながるリスクの洗い出しを行い、職員会議にて周知を図る体制が確立している。事故が発生した場合には、事故報告書により速やかに報告し、要因等を分析し再発防止に努めている。		
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		
感染症の予防と発生時の対応マニュアルが整備されており、職員への周知が図られている。定期的に外部講師による研修や、専門職員による指導や助言を受けて予防と迅速な対応に努めている。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
災害時における対応体制が確立されており、定期的に避難訓練・通報訓練・消火訓練等が行われている。防災計画等が整備され、消防署等と連携した総合防災訓練が法人合同で行われている。食料品等の備蓄リストを作成しており、チェックして備蓄品の点検を実施している。指定を受けている福祉避難所の開設訓練を随時実施している。		

### 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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個別支援計画とは別に個別支援ガイドを作成し、個別にきめ細やかなサービスを実施するためのツールとしている。職員間でのサービスの提供に差が生じないように、全ての職員が内容を確認できるように周知徹底する方策が取り入れられている。		

	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			
<p>月ごとに対象者を決め定期的に検証し、利用者の状況、保護者の意向をもとに見直しがされていた。計画を実施していくうえで問題があれば適宜見直しもされていた。サービス等利用計画の見直し時期と合わせて検証、見直しがされると、より一層連携、統一されたサービスが提供できると思われる。</p>			
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			
<p>利用者の意向や状況を具体的に把握するために、アセスメントシートを活用して個別支援計画を策定する仕組みが確立されている。今後は、看護師、栄養士等が組織縦断的に個別支援計画策定に参画できる方策を検討され、よりよい計画の策定に期待したい。</p>			
	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			
<p>個別支援計画の評価、見直しについては定期的に実施されている。緊急の入院での計画変更の場合でも計画を速やかに変更しているが、周知方法が十分とは言えず、今後の仕組み作りに期待したい。</p>			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>パソコンによる日々の記録の保存及びネットワークの活用による情報共有の仕組みが整備されている。個別支援計画への評価を毎月記録し、進捗状況が確認できていた。記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成に期待したい。</p>			
	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			
<p>「個人情報保護規程」は整備されているが、個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対策と対応方法の規定での定めがなく、規定の作成と記録の管理での職員へ口頭のみでなく、遵守できる教育の仕組み作りにも期待したい。</p>			
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			
<p>地域生活に関する利用者の意向は面談時に確認しており、法人内のグループホームでの見学、体験利用ができるようになってきている。移行前の準備として電車乗車、電話のかけ方などの支援を行っている。現時点では移行できるグループホームがないが、法人として受け入れ体制が整備された際には、地域生活への移行計画を策定し安定して移行できる支援を望みたい。</p>			

### 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			
コミュニケーションを図るため写真、絵、選択する内容を番号化し、指で番号を示してもらおう等の工夫がされている。意志伝達に制限のある利用者に対しては、これまで行ってきた有効な方法を集約して固有のコミュニケーション手段を確立するとともに、新たな専門的な手法を取り入れる等の検討に期待したい。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
月に一回自治会が可能な限り全員参加で行われており、利用者の意見の集約がされ活動に生かされている。法人内他事業所と運動会、交流会が実施されている。会議報告書での内容確認だけでなく、定期的な自治会と施設運営責任者との協議をする機会を設けることを望みたい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
介助が必要だと判断しなければならない時にはミーティングで話し合い、利用者や保護者に同意を得て個別支援ガイドに追加して実施されている。職員ベースで必要以上に介助してしまっている事例があり、利用者ベースで残存機能が生かせる見守り支援体制が整備されることを期待したい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
個々の必要性に応じて社会性を高めていくための個別の取り組みは実施されているが、プログラム化が十分ではないものもあり、今後に期待したい。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に基づき、個々の状況に応じて適切な対応がとられている。栄養量、水分補給の内容を追加記載し、食事支援のみのマニュアルを整備することでより良いサービスが提供できるかと思われる。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
自治会にて利用者の希望を聞き取り、献立に反映させたり、季節に応じたメニューの提供など利用者が食事を楽しむことができるように配慮されている。嗜好調査では写真を使用するなど、把握の方法に工夫がされている。調味料を好みで利用できる環境づくりと給食会議への利用者参加を期待したい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
運営会議での協議を経てテーブルや椅子を替え、雰囲気を変える改善が図られている。自治会にて食べる場所を検討しており、食事提供時間には幅を持たせている。入室の順番はトラブルが起こらないように配慮しているが、開始時間等の利用者の意見が反映されてない面があるので工夫を期待したい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
入浴時の個別の留意事項やヒートショック予防等のマニュアルが脱衣場に掲示され、常に確認できるように配慮されている。改善事項があればすぐに追加し差し替えなどの対応もされている。		
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
利用者の希望で入浴はされているが、入浴の時間帯や1週間の入浴回数について、利用者との話し合いの機会を設け検討することを望みたい。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
湯温を入浴の開始時、一時間後、終了時に測定し、把握をすることで快適に入浴できるように配慮している。脱衣場を広くする改装がされ着替えがしやすいように椅子を置く等、利用者の満足度を高めるための配慮もされている。重度、高齢者への安全確保の為に機械浴の導入を検討している。		
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	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント		
個別に「排泄介助マニュアル」があり、排泄についても個別にチェック表が活用され、排泄状況が把握されている。おむつ処理、防臭対策について不十分な点があるのでマニュアル作成を望みたい。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント		
男性トイレでの清潔保持が難しい状況であるが、対応策への工夫を期待したい。ポータブル器具等の設置、比較的新しい施設においても冷暖房設備がなかったことから、今後配慮を望みたい。		
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	a ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント		
利用者と一緒に衣服を買いに行けていない状況であり、職員が好みを押し量って購入しているが、機能的に適していない等の事例があった。個別の買い物支援を行うことで利用者の好みを把握し、個性を尊重した衣服の選択に幅ができることを望みたい。		
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 ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント		
破損してしまった場合の手順マニュアルは決められているが、汚れでの着替えの目安や傷みによる破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順マニュアルの整備を期待したい。		

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
理容、美容に関する情報を情報誌にて提供している。女性利用者は希望に応じて行事等には化粧をして参加しており、基礎化粧品の使用もされている。		
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		
職員が予約連絡調整をし、利用者のみで地域の理髪店、美容院を利用している。2ヶ月に一度移動理容を行っている。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
不眠者への対応として主治医に相談する場合も含め、個別支援計画に記載して一時的に他の部屋を使用する等、個別の対応がされている。不眠者のどの様な状況で個別に対応していくのか、基準を含めたマニュアル作成に期待したい。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
利用者の健康を第一と考え管理を行っているが、実施されている健康診断等の健康管理においてのマニュアルに改善の余地があり、改善されることを期待したい。		
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		
近隣に嘱託医の医院があり、緊急時にも受け入れが可能である。怪我、発熱等があった場合の対応マニュアルが整備されている。24時間看護師に相談できることは強みである。		
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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
「誤薬ゼロ運動」を推進し、薬の取り扱いに細心の注意を払っている。「服薬管理マニュアル」は整備されていたが、誤薬事故があった時の対応手順と、投薬時の確認に改善の余地がある。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
余暇、レクリエーションの内容については、メニューの中から選択できるようになっているが、企画・立案は職員都合になってしまっている場合が多い。社会資源の活用に関しては多く利用していたが、更なる利用者の楽しみを増やすことに繋げるためにも積極的に情報提供し、社会資源利用や地域への行事参加を期待したい。		

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		
<p>外出は職員・ボランティアの支援で行われ、その際には連絡先を明示したカードを持参している。情報誌による情報提供はされている。利用者個々にはルールを決めて対応しているが、全体としてのルールが定められておらず、平等性を持った話し合いでのルール作りを望みたい。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の半数は帰省されていない現状であるが、それ以外の方は強制ではなく本人や保護者の希望で調整しながら帰省、外泊をされている。外出同様に全体としてのルールが定められておらず、平等性を持った話し合いでのルール作りを望みたい。</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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>金銭管理サービスの規約を遵守して行われている。自己管理できる利用者には配慮し、お小遣い帳の記入を支援しながら買い物がされていて、学習機会を設ける等、プログラムの土台はできている。</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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>雑誌等の個人購入はできており、施設としても利用者から希望を聞き可能な限り対応されている。設備の都合により、希望者全員にテレビの個人所有ができていないが、新たな施設整備時には利用者の意志や希望に沿ったテレビ等の個人所有ができるように配慮を望みたい。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>少量の飲酒や、希望する時間帯ではないが喫煙する場所は提供されている。自治会で嗜好品の取り扱いに関する決めごとを話し合う場を設けたり、酒やたばこの害について分かりやすく情報提供して正しい認識を持ってもらい、希望が尊重された飲酒、喫煙の場が提供できることを期待したい。</p>		