

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

一般社団法人 福祉サービス評価センター

②施設・事業所情報

名称： 愛厚すぎのきの里	種別： 施設入所支援・生活介護	
代表者氏名： 岡田 浩二	定員（利用人数）： 60名	
所在地： 愛知県北設楽郡東栄町大字三輪字上栗13		
TEL： 0536-79-3421		
ホームページ： http://www.ai-kou.or.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 昭和55年5月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 愛知県厚生事業団		
職員数	常勤職員： 30名	非常勤職員： 18名
専門職員	看護師 4名	
	作業療法士 1名	
	栄養士 1名	
施設・設備の概要	敷地 5,895.60㎡	居室数 16室
	RC造3階建 3,266.19㎡	食堂・浴室・洗面所・便所・相談室
		医務室・静養室・機能訓練室

③理念・基本方針

利用者一人ひとりの個性を大切にし、自分らしく生き生きと暮らせるよう専門性を高めてよりよい支援を目指します。良質で安定的な福祉サービスの提供者として地域のニーズに応えられるよう、また、社会情勢の変化に的確に対応する経営を目指して、積極的に事業を推進します。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. すぎのきの里は、愛知県北東部の山間部に位置しており、近隣には民家・病院や駅がある落ち着いた佇まいの環境にある。そんな中で、年1回全職員が参加し地元の消防団員・地区民と共同で総合防災訓練を行っている。また、毎月、施設単独で日中と夜間を想定した避難訓練を重ねており、利用者と職員で災害時の円滑な避難に備えている。立地条件等から災害の影響を把握し、相互支援を含めて実行性の高い防災・避難への取り組みを行っていることは評価できる。

2. 個別支援計画の作成に係る手順等の標準化を図るため、わかりやすいシートを作成するなど工夫を行っている。2ヶ月に1回の利用者との個別面談の機会を設け、利用者一人ひとりの状態に応じたコミュニケーション手段を確保するため、絵カードや写真、文字等による視覚ツールを用い記録している。また、利用者が感情や意向等を率直に表出しやすいよう雰囲気づくりに配慮するほか、しぐさや表情等による非言語コミュニケーション手法を活用するなどした支援を行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年 7月13日(契約日) ~ 平成 29年 11月 1日(評価決定日) 【平成29年10月3日(訪問調査日)】
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

1. 利用者一人ひとりの障害の特性や健康状態、身体状況等に応じた個別支援計画を策定している。利用者の個人記録にも反映しており、各種マニュアルに基づく適切な福祉サービスの提供に繋がっている。また、相談支援事業部門においては、圏域の障害者自立支援協議会の中心的役割を担っており、地域のネットワーク化に積極的に取り組んでいる。

2. 質の高いサービスを提供するため、職員の能力開発・人材育成等を実施している。運営面においては、会議や委員会を設けて実質的な検討を行っているが、介助の現場では、“高品質サービス”（効率かつ良質な福祉サービス）の提供や“サービスの見える化”に取り組んでいる。現場中心の検討組織の構造化を図り、利用者の生活背景や心身状況等を踏まえた支援へと繋げていることは評価できる。

◇改善を求められる点

1. 近年、利用者の重度化、高齢化が進み、個別支援計画でも医療面、介護面が重要なポイントとなってきた。年々、介護の度合いが深まっていく利用者の満足度を如何に高めていくか、こうした大きな課題に向かって一歩でも進むよう努力されるとともに一層の働きかけを期待する。

2. 利用者個々の障害特性を把握し、日常生活上の支援や医療的ケアに積極的に取り組む姿勢は十分に見てとれ、外食や買物同行やイベントへの参加などの活動もあるが、施設内でほとんどの時間を過ごす利用者が人生の豊かさを感じることができる支援の在り方について検討されることを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成22年以降、4度目となる第三者評価受審となるが、その間もサービス自己評価は毎年実施しており、低い項目については、職場研修などの機会を設け、サービス・技術の向上を図ってきた。今後も思いやりと優しさのあるサービスを提供するために誠意努力し、改善を求められる点について、職員全員で検討し取り組んでいきたい。

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。

第三者評価結果

※すべての評価細目（65項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

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
<コメント> ・理念・基本方針は事業概要・業務推進計画に記載され、玄関ホールや事務室などへも掲示されている。 ・理念・基本方針は利用者本位の考え方が示されており、職員には職員研修、職場研修、職員会議を通して周知を図っている。 ・利用者に対しては利用者懇談会・家族懇談会などで説明しており、関係情報は食堂入り口に掲示している。 ・利用者や家族への説明は、わかり易さの工夫が不足しており充分とは言えないので検討を期待する。			

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
<コメント> ・全体的な動向としては、東海北陸身体障害者施設職員研究大会、身障協全国大会等、地域の経営環境としては東栄町の社会福祉協議会、東栄町自立支援協議会など圏域の会議等から福祉のニーズ等を把握している。 ・民生児童委員連絡協議会など地域の方との様々な交流の中で、地域環境に応じた潜在的ニーズも把握している。			
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
<コメント> ・法人レベルの課題は理事会・評議員会で話し合い、経営計画としてとりまとめている。 ・事業所レベルの課題は「すぎのきの里業務推進計画」のなかで、基本理念・経営方針及び業務方針を定めている。			

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
<コメント> ・老朽施設の改築・改修、介護機器の導入、IT環境の活用による省力化など法人としての主要な計画は、本部が中心となった「第3期愛知県厚生事業団経営計画」がある。 ・施設独自の経営課題は、経営計画に沿って「経営戦略と事業展開」として明確にしている。			
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・⑥・c
<コメント> ・中・長期計画を踏まえ、「すぎのきの里業務推進計画」を職員会議等で話し合っ作成している。 ・「すぎのきの里業務推進計画」のなかで、業務ごとの方針・重点事項など取組みの詳細が記載されている。			
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
<コメント> ・前年度の事業計画・報告を基に、職員全体会議・職種代表者会議で話し合いのうえで、次年度計画が策定されており、重点目標やそれぞれの課題がまとめられている。 ・事業計画は職員会議で説明したうえで、全職員に配付し周知している。期末には見直しを行っているが、途中で実施状況を把握・見直しを行うシステムにはなっていない。今後の課題として中間でチェックする仕組みを検討され、PDCAが機能することを期待する。			

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障7	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・利用者懇談会、家族懇談会で説明している。そのうちの重点事項は食堂入り口に掲示されている。 ・事業推進計画書に基づき口頭で説明しているが、利用者には理解できない部分がある。わかり易い資料を作って説明するなどの工夫を期待する。		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・サービスの提供を組織的に取り組めるよう組織図と職務分担表はあるが、職員の参画による組織を活かした計画作成が必要である。 ・PDCA(計画・実施・評価・対策再計画)の管理サイクルが機能するように取り組むことや、職員・利用者等に対する計画の周知及び理解を促す取り組みを行うとともに、改善する事項が継続してより前に進むことを期待する。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・事業計画の内容、前年の実績、事業の方向性については、職員全体会議等で説明・周知されているが、計画に関する職員の理解や計画遂行のためには共有意識のもと、改善に向けての努力を期待する。 ・自己評価、第三者評価の結果は時系列の表に整理しており、課題は明確にしているが改善するための意識付けを望みたい。		

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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・業務推進計画に組織図・職務分担表を記載するとともに、施設長の役割と責任を明確にし責務を明記している。 ・職員全体会議・身体拘束廃止推進委員会などの主要な会議に出席する都度、所長が自らの責任・役割を表明し指導している。 ・施設の管理者として、緊急時における対応に備えマニュアルを整備するとともに、役割を明示している。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・毎月、開催される職員全体会等において、随時、服務規程等を確認し職員へ周知している。 ・事業団及びすぎのきの里の「基本理念」と「行動規範」及び「経営方針」などを職員に配布し、職員全体会で説明している。 ・コンプライアンス管理指針に、趣旨・実施体制・推進責任者などが明記されており、法令遵守の為のマニュアルも整備されている。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・サービス向上のための課題を明らかにし事業計画で取り上げるとともに、職員の研修を計画、課題解決のための委員会等を設置するなど意欲的に取り組んでいる。 ・介護事故防止委員会を始め各種委員会において、良質かつ適切な福祉サービスを提供するために組織的な見直しが行われている。		

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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務の実効性を高める取り組みとしては、業務推進計画の中に「業務方針」を掲げ、重点項目を明確にし周知している。 ・経営の改善に関しては、業務推進計画の中に「経営戦略と事業展開」を掲げるとともに、さらに常勤職員と非常勤職員の比率を検討することなど、費用、職員の負荷のバランスを最適化する検討も行っている。 		

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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材の確保や定着に関しては、本部主導の採用計画に基づき取り組んでいる。人材難への対応や定着などの人材育成基本方針に即した研修制度の充実や、職員のモチベーション向上のための取り組みに期待したい。 ・人材難への対応や定着などの課題がある中、職員の定着率は良い。 		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事基準は法人本部で定められ職員に周知されており、人事評価については職場環境アンケートと個人面談にて管理者として所長・次長が携わっている。 ・総合職、専門職については法人本部で求人を行い、パート職員は施設にて求人を行っており欠員にならないよう努めている。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・就業状況把握のため、毎月、労働時間管理簿・休暇処理簿等を確認し、有給休暇取得・ノー残業デイ促進の取り組みを行っている。 ・職員の意向は、人事ヒヤリングと職場環境アンケートにて、職場の環境問題や課題・ストレス等の把握に努めている。 ・人事ヒヤリングは所長が行い、職員の将来への考え、満足度、転勤希望などについて聴き取り、職員配置の参考にしている。 ・職場環境アンケートは今回初めて実施し、継続する予定とのことで今後の活用を期待したい。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・配置された職員には施設内外での研修への参加を促すとともに、資格取得のための補助の充実などの便宜を図り育成を行っている。 ・職場内外の多彩な研修計画により、支援能力の向上を図っている。 ・必要な資格の取得、不適切ケア防止への取り組み、重度行動障害への対応などについて、職員の自覚を促すよう指導している。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員行動規範に専門性の向上が明記されており周知されている。法人本部が作成したキャリア別、職種別の研修計画に従って研修を実施している。 ・施設独自の研修参加への取り組みには、メンタルヘルス、ケアガイドライン、技能訓練などが計画され実行されている。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・キャリア別、職種別の研修計画の中から、個人ごとの習熟度調査の結果に基づき適合した研修を選択して、職員に対し積極的に受講を勧めている。介護福祉士・介護支援専門員の資格取得も推進している。 ・研修成果について、レポートの確認、講師や受講した職員との話し合いを持ち、その報告内容を評価するとともに、成果を他の職員へも周知している。 		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・実習生受入れマニュアルに沿っての受け入れ体制はあるが、28年度の実績としては県の職員体験実習があったのみである。 ・28年度は実習生の受入れ実績はなかったが、人材の確保に直結する事柄であり、積極的に実習生の受け入れ強化を促される事に期待する。		

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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・法人管理のホームページに施設紹介、経営5か年計画、事業運営、事業計画、収支報告など公開されている。 ・施設の広報誌「ほほえみ」を年2回発行し、地域、関係機関、家族、利用者、ボランティア等に配布し理解を求めている。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・社会福祉法人制度改革の一環として、経営組織のガバナンスの強化・事業運営の透明性の向上の観点から、今年度より会計監査人による監査が義務付けられた。		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・業務推進計画の重点推進事項として、地域貢献に向けた取り組みとして交流事業へ積極的に取り組み、交流を深めると表明している。また、地域の福祉拠点としての役割を担うため介護教室の開催等を通して地域へ還元している。 ・地域の情報は掲示板に掲示し町内のイベントへの参加を促しており、施設の祭りにも地域の方々の参加を呼び掛けている。		
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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ボランティアの受入れマニュアルは作成されており、地域社会と福祉施設を繋ぐ柱として受け入れに力を入れている。 ・地域共生の一環として、地域の社会福祉協議会からの紹介、近隣の高校、地域の方々の受入れをしており、その数は、10団体、およそ40回、250人の参加が得られた。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・施設からは関係する諸機関の会議に出席して、問題解決や情報交換を行っている。 ・提供された情報や資料については、施設内における関係職員に報告し共有化を図っている。 ・東栄町の社会福祉協議会、東栄町自立支援協議会など圏域内の機関・関係者等と連携が取れている。		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 東栄町との協定により、福祉避難所の指定を年内に受ける予定で協議中である。 ・ 介護技術など、施設が持っている技術の研修会を開催予定しているが、地域の活性化に貢献できているとは言えない。			
	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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 東栄町社会福祉協議会、東栄町自立支援協議会、民生児童委員連絡協議会などに参加し、福祉ニーズの把握に努めている。 ・ 地域のニーズを基に、福祉施設として地域における生活課題や福祉問題等について、日中一時支援事業や相談支援事業に取り組み、地域貢献活動を進めていくべき事業の拡大について検討している。			

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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 理念や基本方針に明示されており周知は図られている。 ・ 外部講師を招いての研修会や職員全体会議、各種研修や会議（個別支援会議を含む）等で理解を深めるようにしている。			
	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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 職員倫理綱領や行動規範等に定められており、職員全体会等開催時に研修を行っている。 ・ 具体的な場面を想定してのマニュアルは整備されていないが職員の理解は得られている。 ・ 家族懇談会や利用者懇談会等の開催時に説明をしている。			
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 利用希望者には丁寧に情報提供を行っている。事業概要の配布を行うとともに施設ガイドによりわかりやすく説明している。 ・ 本部が管理するホームページに、施設ブログを開設している。			
	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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ ご家族の方には可能な限り個別支援会議に参加していただき、しっかり説明等を行い同意を得ている。 ・ 知的障害者や視覚障害者などに対する資料の工夫は難しいが、写真やわかりやすい言葉で説明している。 ・ 説明にはイメージしやすいよう具体的に話すようにし、個別支援計画書に署名していただいている。			
	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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 個別支援会議等で検討している。施設として、本人や家族の同意を得たうえで相談し対応している。 ・ 必要に応じて、関係機関や他の事業所と連携を取り継続性に配慮している。 ・ 口頭では説明しているが内容を記載した文書は渡していないので検討されたい。			

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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度調査を実施しており、2ヶ月に1度の利用者懇談会や個別支援会議等で意見を聴くようにしている。 ・各部門の責任者が参加している会議で内容を分析し検討を重ねている。 ・検討の結果等については利用者懇談会にて発表し、実施できることから着手している。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決責任者等は設置されているが、利用者にわかりやすい掲示ではない。 ・満足度調査やアンケート、利用者懇談会の中で意見が出ることはあるが、個々からの意見発信について簡易な受け入れ体制になっていない。 ・苦情解決や対応を通じ福祉サービスの質の向上に取り組んでいるが、苦情内容は共有しているものの経過や結果について、周知されていないことがあり改善されたい。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所としては、利用者や家族にとってわかりやすい形で周知しているとは言い難いところがあるので前向きに取り組まれない。 ・相談室や会議室を使用しているが、時に他者の出入り等があり落ち着かないことがある。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的なマニュアルがなく記録の方法等統一されていないため、個々のケース記録に記載している。 ・利用者の意見・相談があるときは傾聴に努め、検討・対応をしているとともに、定期的に利用者アンケートにより利用者全員の意見をとりまとめ共有している。 ・意見に基づきサービス向上につながるよう、できることから行っている。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・責任者は明確化され、委員会も設置されており、事故発生時の対応や報告等のマニュアルは職員に周知されている。 ・インシデント・事故ともに着実に報告され、収集・共有ができており、大きな事故につながった事例に対しては委員会を開催し、一連の取り組みができています。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症防止マニュアル・対応マニュアルは職員に周知されており、日常の支援体制も整っている。 ・感染症対策委員会が設置され、看護師の指示のもと、感染者は隔離対応するなど徹底されている。 ・定期的に研修を実施しており、研修の場等で得た情報をもとに見直しを行っている。 		
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している。	障39	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時の非常配備連絡網や発生時の任務分担が決められており、事業継続計画（BCP）も策定されている。 ・非常食、おむつ等の備蓄がありリストを作成し管理している。 ・地域の消防団、消防署、地域住民による災害ボランティアと連携をとり、防災訓練計画に基づき定期的に防災訓練を実施している。 		

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	① ・ b ・ c	
<コメント> ・介護業務マニュアルがあり、職員1人ひとりに周知するためにできるだけ全員参加できる体制で、毎月職場研修を行っている。 ・食事、入浴、排泄のそれぞれに委員会があるので、マニュアルが実施されているかどうか確認するとともに、必要に応じ検討や内容を吟味している。			
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 ・ ② ・ c	
<コメント> ・食事、入浴、排泄のそれぞれの各委員会において、問題が発生すれば直ぐに見直ししており、結果について議事録を回覧すると同時に各職種の職員にも周知している			
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支援計画を適切に策定している。	障42	① ・ b ・ c	
<コメント> ・適切なアセスメントに基づき、サービス管理責任者、栄養士、看護師、指導員、担当支援員等により個別支援計画を作成している。 ・基本的な取扱いとして個別支援会議に利用者自身が参加することとしており、利用者一人ひとりの具体的なニーズが把握できている。 ・利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されており、月末には取りまとめ確認している。			
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障43	① ・ b ・ c	
<コメント> ・半年に1回、サービス管理責任者、栄養士、看護師、指導員、担当支援員、利用者様も参加して個別支援計画を見直している。 ・代表者会議、全体会等で、個別支援計画の見直し内容について説明をサービス管理責任者が行い、変更内容は回覧し職員全員に周知している。			
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)-② 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	① ・ b ・ c	
<コメント> ・統一された様式にパソコンで入力し、月末に確認しケース記録としている。記録の管理について主任が個別に指導しているが、職員に個人差があり時間がかかるが改善に向けて努力している。 ・月1回の代表者会議、全体会議を行なうとともに、日常的に情報の共有を図っている。			
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 ・ ② ・ c	
<コメント> ・個人情報の管理は適切に行われているが、情報の開示等における取り組みは確認できなかった。 ・コンプライアンス管理指針に基づき、年1回コンプライアンス研修を行っている。			

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	
A-1-(1) 自己決定の尊重			
A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	障46	① ・ b ・ c	
<コメント> ・個別支援計画について、持っている力や強さが発揮できるようサービス内容に反映させ、複数の選択肢の中から決定ができるよう配慮し達成感が得られるよう支援している。 ・定期的に再アセスメントし、どんな支援を必要としているか明確にしながら個別ケアを進めている。			

A-1-(2) 権利侵害の防止等

	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障47	① . c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者懇談会や家族会で権利擁護や虐待防止について周知に努めているが、頻度が少なく理解を深められるまでには至っていない。 ・理念に基づき管理者が先頭に立って実践しており、代表者会議(月1回)、虐待防止委員会(年2回)で権利擁護に係わる話し合いの場を設けている。 ・「身体拘束に関する説明及び同意」は3ヶ月ごとに評価し、個別支援計画書に反映させ、解除に向けて話し合っている。 			

A-2 生活支援

		第三者評価結果	
A-2-(1) 支援の基本			
	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	障48	a . ① . c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・フェイスシート、アセスメントシートは定期的に更新し、現在の心身機能状態と本人家族の意向を把握したうえで支援している。 ・利用者の能力を把握しそれを活かす環境を作り、その中で更に可能性が広がるよう支援しているが、待つことができず「やってあげる」支援が見受けられる。 ・個別支援会議で丁寧な説明を心掛けているが、適宜の見直しや再発信が遅れることがある。 			
	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	障49	① . b . c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・心身状況に応じて会話支援機器などの福祉用具も試行している。 ・声掛けやスキンシップ、表情や記録などから思いを受け止め、根拠を明確にしながら意思や選好を推定している。 ・利用者用のタブレット端末を用意しコミュニケーションツールの拡大を目指し、トーキングエイドfor iPadを取り入れている。 			

	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	a . ① . c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別懇談には取り入れていないが声を聴くための窓口は設けており、必要に応じて支援内容の変更をしている。 ・定期的にモニタリングで評価したうえで、個別支援計画へ反映するようにしている。 ・個別支援内容、外出や食事、予定の管理など、できる限り絵や写真を用いて分かりやすく理解できるよう配慮している。 ・意思決定が難しい場合は、表情や身体の動き、関係職員の話しなどから気持ちをしっかり受け止めたうえで判断し支援している。 			
	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障51	a . ① . c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成28年度から日中活動の内容や体制強化に取り組んでおり、活動の意義や必要性の理解が深まりつつある。 ・活動に参加すればさらに力が発揮できる、笑顔が増える、他者との交流が広がるなどの見立てをして参加への働きかけをしている。 ・6ヶ月毎に評価を実施し、すぐにできる、できないは別として、本人の力が発揮できそうな活動の提案をしている。 			
	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	障52	a . ① . c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当支援者が変わる時など、個別的な配慮が必要な利用者は個別支援会議で支援方法を検討・見直し、環境整備等を行っている。 ・障害の程度や種別に合わせた相談・調整を行なっている。 			

A-2-(2) 日常的な生活支援			
	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	障53	a・㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画に基づき、細かい点まで丁寧に生活支援を行っている。 ・食事における満足度は92%と高く、複数選択やバイキング、行事食など食への関心を高め、食の楽しみの維持向上ができています。 ・栄養ケア計画に基づき、栄養量や食事形態、水分摂取や介助方法など、その人の状態に応じた食事サービスを提供している。 ・排泄誘導の回数、オムツやパッドの種類など個々の状態に合わせて介助している。 			
A-2-(3) 生活環境			
	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	障54	a・㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援会議において、利用者の意向を把握し環境の改善を行っている。 ・居室や日中活動の場は安心・安全のための工夫はしているが、多床室でありカーテンのみで仕切られているので音や光・臭いなどが遮断できず、プライバシー保護が十分であるとは言えない。 ・老朽化したトイレや居室を改修し、生活環境の改善に努めている。 			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障55	a・㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中活動などで必要と思われる内容の訓練を実施しており、6カ月毎に関係職員が集まって支援内容の確認をしている。 ・病院の整形外科医と連携して機能訓練プログラムを作成し、3カ月毎にリハビリテーション計画を作成して実施している。 			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	障56	a・㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援会議や全体会議で、利用者の健康状態や健康管理についての留意点を周知している。 ・定期診察を隔月で実施し、本人と一緒に担当医師から助言や指示を受けている。担当看護職員と担当支援員が連携し、健康管理や問題点の把握・改善策を講じている。 ・協力病院の医師、看護師と密な連携ができており、些細な相談にも適切に対応してもらえる関係ができています。 			
	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	障57	a・㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要な情報は医務室に集中し、実施手順などは個別支援計画に反映させている。 ・服薬に関しては、マニュアルに基づき適切かつ確実に管理している。 ・日常の健康状態を報告し医師から指示を得ており、処置や症状は適宜記録されている。 			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障58	a・㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前に情報共有したうえで、利用者の意向に基づき年間計画を立てている。 ・どの利用者にも社会参加の機会が得られるよう配慮している。 ・事前の丁寧な説明と終了後の写真報告などを通して、他利用者への社会資源の情報提供としている。 			

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	障59	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 高齢化により地域生活への移行希望者は少なくなっているが、対象者には適宜情報提供や学習を行っている。 ・ 意思や希望を最大限尊重して支援しているが、ここ3年以内の地域移行実績はなく施設移行のみとなっている。 ・ 相談支援専門員と連携して、東栄町自立支援協議会や心身障害ホーム部会などへ積極的に参加し連携を図っている。		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障60	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ ご家族に対して6か月前に作成した個別支援計画書の評価と実績等を伝えるとともに、新たに取り組む個別支援計画書作成に向けての意向を確認し反映している。 ・ 年2回家族懇談会を開催し、施設運営や制度、苦情解決の仕組みなど丁寧に説明している。 ・ 家族懇談会では事前に個別面談希望をお知らせして、必要に応じた助言等を行っている。		
A-3 発達支援		
		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	障61	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	障62	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		
A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	障63	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		
A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	障64	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		