

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： 第二養和荘	種別： 施設入所支援・生活介護	
代表者氏名： 渋谷 聖実	定員（利用人数）： 40 名	
所在地： 愛知県春日井市廻間町703-1		
TEL： 0568-93-9071		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 平成24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： 29 名	非常勤職員： 14 名
専門職員	看護師 1 名	
	栄養士 1 名	
施設・設備の概要	居室 18 室	食堂・浴室・洗面所・便所
		相談室・医務室・洗濯室

③理念・基本方針

地域社会における福祉の充実に貢献するために、一貫性のある処遇、支援を具現することを法人の方針としている。そのために、利用者が快適な生活が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の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」を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 第二養和荘は、愛知県北部の丘陵地で自然に恵まれた閑静な所にある。法人は、知的に障害のある方の入所施設を4施設、通所施設を6施設、グループホームを9施設、他に相談事業、就業生活支援、療育支援、委託訓練等行っており、利用者の日常生活の支援、地域生活に向けた支援など広い活動を展開している。近隣には多くの福祉施設があり協調性を図りつつ、地域の方と一緒に楽しく取り組む取り組みやイベントを実施している。

2. 法人の方針として「思いやりの心を持つ」「忍耐と奉仕の精神を養う」「専門家としての資質の向上に努める」を職員の心構えとしている。また、職員に求めるものとして、利用者一人ひとりに寄り添い、利用者の気持ちを理解し丁寧な対応をすること、を支援の基本的なスタンスとしている。

3. 施設では、利用者の高齢化・重度化に伴い身体機能の低下が見られるようになり、利用者一人ひとりの持っている力を引き出すような支援を心がけている。表情を注意深く観察し、安心できる場所を確保し優しく見守りが行われている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年7月25日（契約日）～ 平成30年1月23日（評価決定日） 【平成29年10月31日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	1回（平成26年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

1. 職員の支援への関わり方は職務分担を明らかにし、日常業務、日中活動計画などの業務について共有化している。利用者一人ひとりに対しては、個別支援計画の目標に基づく支援内容、支援計画のもとで、詳細に亘る支援ができています。職員としては、利用者の主体性を尊重した活動、利用者の自立に向けた取り組み、意向や意思を尊重した取り組みが支援に向けての目標につながっている。

2. 利用者一人ひとりの障害の特性や健康状態、身体状況等に応じ個別支援計画を策定しており、適切な福祉サービスの提供に繋がっている。利用者支援の基本である権利擁護への姿勢を明確にしてサービスが提供されており、利用者や家族への説明や同意を大切に、意見や苦情には迅速に対応している。

◇改善を求められる点

1. 利用者支援に関する個別事業や業務ごとのマニュアルのうち、服薬を始め医務関係の手順書は整備されているが、他のセクションにおいては十分とはいえない状況である。今後は「プライバシー保護関係」「個人情報保護関係」のマニュアルを整備されるとともに、他のマニュアルについても見直す仕組みの整備と、併せてマニュアル全体の整備について積極的な取り組みを期待する。

2. 福祉サービスの質の向上に向け継続的に取り組むために、事業計画の策定やマニュアルの見直しなどを進める際には、リーダーを中心に多くの職員の参画のもと、現状の評価や課題を洗い出し改善策の検討を行う、PDCAサイクルによる組織的な取り組みが望まれる。

特に、全職員がマニュアルを実践的に活用できているか検証するとともに、マニュアルに沿った支援や取り組みが実行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

今回の第三者評価の受審では、自己評価の取組みの中で、スタッフ間の意識や理解度に違いがあることに気づくことができ、訪問調査やアンケートの結果からの気づきと合わせて、見直しをしていくよい機会とすることができました。評価の高い点については今後さらに推進していくこととし、改善を求められる点については、十分に検討をしてスタッフ一同で一体となって改善に取組み、サービスの質向上に努めていくようにします。

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。

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・b・c
＜コメント＞ ・理念、基本方針は、パンフレットやホームページには記載されているが、玄関に掲示されている理念等については目に触れやすいように改善されたい。 ・職員には年度初めにスタッフ会議において、年度計画を説明するとき理念・方針・年度目標も併せて配付し説明している。 ・4月の保護者会の総会で年度計画を説明するときには、年度目標など関係する事項の文字を拡大、文章を簡略化するなど、わかりやすいものに変えて配付し説明している。		

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・b・c
＜コメント＞ ・日本知的障害者福祉協会、愛知県知的障害者福祉協会の会員となりそれぞれのホームページや「春日井市障がい者総合福祉計画」の情報、春日井市障がい福祉課が実施する日中資源調査などから動向やニーズを把握している。 ・第二養和荘としては短期入所ニーズに応えるために、短期入所者の受け入れを2名増やしている。		
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・b・c
＜コメント＞ ・短期入所ニーズに応えるため、希望者には見学や入所体験等をしていただき利用者増を目指している。 ・設備的な課題として、施設機能の強化を図るため、荘長室及び、手狭となっている相談室や倉庫の整備について法人の中期計画に載せ検討している。		

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 a・b・c
＜コメント＞ ・法人の基本方針実現を目指すための一環として「中期計画」が策定されており、施設整備を計画的に推進するために平成29年度から5年間の予定が網羅されている。 ・中期計画は、施設や事業所の建築・増築を主としたもので、第二養和荘としては3年後の平成32年度整備が計画されている。 ・中期計画には、法人の基本方針の具現化、財政基盤、人材確保などの課題に関する事項が含まれていないので、事業全般を内容とした中期計画の樹立を望む。		
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・b・c
＜コメント＞ ・中期計画は、施設整備を計画的に推進するためのものであり、平成29年度の法人の事業計画は別に策定されている。 ・第二養和荘として策定した単年度の事業計画は、施設内の支援サービスを中心としたもので、中期計画との関連性が見られず、また具体的な数値目標や課題の設定も見受けられず検討の余地がある。 ・まずは事業所理念を実現するための総合的な中・長期計画をたて、次に単年度事業計画を中・長期計画を達成するための単年度計画と位置づけて、施設運営されることを期待する。		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・年度末に当該年度の事業計画の評価・見直しを行い取りまとめたうえで、理事会等に報告するとともに、次年度の事業計画に反映している。 ・新年度の事業計画については、年度初めに全職員に配付したうえで説明し、周知徹底を図っている。		
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> ・保護者総会で事業計画を説明する際には、重要な項目は文字を大きく記載し、要点のみを簡潔にし記すなど理解を促す工夫をしている。 ・利用者には口頭で伝えているが、利用者への説明は不可欠であり、理解をより確実にするため伝達方法に検討の余地がある。		

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> ・第三者評価及び毎年実施している自己評価の結果から、目標と課題を見つけて福祉サービスの質の向上を目指している。 ・虐待防止に向けての取組みとして自己チェック表を作成し、毎月開催するスタッフ会議で自分自身の行動を振り返り、サービスの質を向上させるための取組みとして行っている。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・評価結果から課題を抽出して、担当者会議やスタッフ会議で話し合い改善する仕組みとなっているが、短期間で改善を実行するためには明確な改善計画を作成し、目に見える形で進めることを期待したい。		

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> ・施設長は年度目標について、調整会議・スタッフ会議・担当者会議において説明し指示するとともに、毎月個々の職員から実施状況を聞き取り、達成に向けて指導している。 ・非常災害対策計画においては、施設長としての役割を明記し、不在時の担当を決めている。 ・法人が発行している機関誌は、事業所の話題が主な掲載内容になっている。第二養和荘では、平成29年度から利用者の生活状況等を記載したお知らせを、保護者に配付するようにしたとのことで、この中に施設長としての役割・方針を記載することを期待したい。		
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> ・施設長は一般的な法令順守については、スタッフ会議などで周知を図っている。 ・本年度は虐待、権利擁護、個人情報の保護についてを重点に、研修等で得た情報を含め会議等で説明し、それを意識して行動するよう職員に指導している。		

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	ⓑ	c
<コメント> ・施設長は年に1回、保護者を通じて利用者の満足度に関するアンケートを実施し、スタッフ会議で課題解決を図っている。 ・施設長は職員面接を年に2回実施しており得られた意見等について、現場の支援に活かすことができるよう担当者会議などで助言している。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・施設長は職員の業務分担について、経験と専門性を踏まえバランスの良い組み合わせを一覧表にまとめ、業務の効率化と支援サービスの提供に努めている。 ・施設長は起案時において、2名の役職者の決裁印がないと上申できなかったが、今年度から1名の決裁を経れば先に進み、後で承認を得る方法に変更し業務の効率化を図っている。				

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	ⓑ	c
<コメント> ・新規採用については新卒者を重点に採用し、ハローワークへの求人、企業展への参加などを通じて必要な人材の確保を行っている。 ・職員教育は、研修計画によりスキルアップを図っており、入社後の資格取得についても奨励している。 ・職員の定着率も良く、気軽に上司と相談が出来るので風通しの良い環境が整っていると言える。				
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ	c
<コメント> ・人事評価は評価要領に基づいて年2回実施する。職員が評価基準による自己評価シートを作成し、上司・施設長が面談を行い、最終的には理事長が法人全体のバランスを考慮し職員の評価を決するという流れで、人事評価が行われている。評価項目に主観が入り込む余地があると思われるので、評価の客観性と普遍性に検討の余地がある。 ・職員は面談時に健康、配置希望、要望、提案等を記入したシートを提出し、施設長が詳細を聞き取ることで個々の職員の意向を反映させるとともに、当人に対する施設長の期待感も伝えている。				
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組んでいる。	障16	a	ⓑ	c
<コメント> ・超過勤務については自主申告により計上し、上司が確認しているが過剰にならないよう配慮している。 ・有給休暇の取得は、できるだけ本人の意向を尊重するようにしている。 ・毎月、スタッフ会議において職員ストレスチェック表について確認している。 ・定期的に面談が実施されており、日常的な相談や意見についても適宜対応しているが、セクハラ、パワハラ以外の相談窓口は決められておらず、職員が気軽に相談できる窓口の設置が望まれる。 ・職員に対する福利厚生面では、クラブ活動に補助を出すなど対応が行われている。				
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
<コメント> ・年2回、施設長が面談を行う際、個々の職員が年度初めに定めた「目標実行計画書」の達成状況を確認するとともに必要な助言を行っている。 ・目標管理の仕組みは、目標が数値ではなく文章で表現されており、達成度の判定について客観性がないなど課題が見られるので、人事評価と連動性のある仕組みを検討されたい。継続的な職員育成のために、客観的な目標管理制度を法人本部と協力して構築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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修体系は、法人主体の自己啓発、新規採用・登用職員研修、階層別研修、専門的技術研修、及び施設独自で計画する新規採用職員研修、基礎技術研修、虐待防止研修などからなっており、新人研修については、ケア技術を中心にOJTが実施されている。 ・特徴的なものとして、個人又はチームにより、抱えている課題を一定期間研究し、その成果を発表する課題研修がある。 		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・外部講師による研修を受講させたときは、復命書により報告させるとともに担当者会議やスタッフ会議で発表させ、他の職員への啓蒙としている。 ・全員が何らかの研修に参加できる配慮はしているが、個人の知識・技術レベルを確認し必要性に応じた計画により、研修計画の樹立を期待するとともに、受講の機会の確保に努めていただきたい。 		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生マニュアルは整備されており、平成28年度は、教員免許取得のための体験実習、保育士免許取得の実習生を受け入れている。 ・実習指導者向けの指導者研修を行うことで、実習がより効果的に実施できるよう、体制を整備されることを期待する。 		

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページには事業案内、現況報告書、社会福祉法改正により公表を義務付けられた財務諸表など情報公開されており、運営の透明性は確保されている。 ・機関紙「養楽福祉会たより」は、保護者・関係施設などへ800部程度、年3回発行し配付されている。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・監査法人による監査、監事による事業・経理の監査、行政による監査・指導も受けており、経営・運営の適正化に取り組んでいる。 ・法人の経理規程により、定期的な会計処理は適切に行われている。 		

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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアを活用した盆踊り、花見、外出、外食など地域の方々との交流を図ったり、個人の希望を叶える為の買い物、通院や野球観戦など盛り沢山の地域交流の機会を設けて、地域との適切な関係を保っている。 		

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 . b . c
<コメント> ・ボランティア受入れマニュアルに基づいて、多数のボランティアを受け入れており、玄関入り口に2か月間のボランティア受入予定がホワイトボードで掲示されている。 ・ボランティアの協力により、散歩や趣味の教室を数多く開催し利用者に喜ばれている。		
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	a . b . c
<コメント> ・春日井市役所初め官公署・各種相談事業所・病院などが、担当職員として必要な時に連絡を取るためのファイルとして支援室で保管しているが、いつでも、誰でも速やかに関係機関へ連絡ができるよう、一覧表にして掲示することが望ましい。		
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 . b . c
<コメント> ・愛知県や春日井市へは、大規模災害時等の際には協力する旨の申し入れはしているが、今のところ要請を受けたことはない。また、高台にあるという立地条件から、災害時の避難場所として利用することも容易ではない状況でもある。 ・地域の中学校からの依頼で職場体験の受け入れも行っており、今後は、施設機能を使ったボランティア講座などを検討中である。		
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 . b . c
<コメント> ・法人本部の地域支援部が取り組み始めたところで、第二養和荘としては本部と協力して進めていくことになる。 ・民生委員・児童委員や地区社会福祉協議会等と連携して、公益的事業のニーズを把握することを期待する。		

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 . b . c
<コメント> ・法人の理念、基本方針を基に利用者本位の姿勢を示し、利用者の生活の質を重視した取り組みが行われている。 ・職員行動規範はあるものの理解度に差があり、組織内の共通理解を深めるため振り返りや読みあわせを行っているが、十分とはいえず検討の余地がある。		
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 . b . c
<コメント> ・排泄や入浴等の場面におけるマニュアルに基づいて支援している。利用者に対する支援は原則として同性介助で行われている。 ・居室は、安全・安心面では配慮されているが、秘密性や機能性にやや欠けている面もある。 ・業務マニュアルに基づいた福祉サービスが提供されている。保護者に対しては虐待防止アンケートを依頼し、現況把握に努めている。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 利用希望者にはパンフレット等を用い丁寧に説明しており、サービスの内容について選択しやすよう選択肢を設け、自己決定する支援が行われている。 ・ 利用者にはわかりやすい表現や言い回しをしながら説明が行われている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ サービス開始時や変更時には、契約書や重要事項説明書において、わかりやすく理解できるまで説明している。 ・ 重要事項説明書・サービス利用契約書にふりがなをつけてわかりやすくするとともに、理解が深まるよう努めている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ サービス変更時は関係機関と情報の共有を図り、円滑な移行ができるよう配慮している。 ・ サービス終了後も利用者や家族が相談を希望した場合は丁寧に対応しており、必要に応じて関係機関や事業所と連携を取り継続性に配慮している。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 利用者の満足度は、利用者に対する日頃の支援の中で、職員はモニタリングを通して把握している。 ・ 年1回ではあるが保護者アンケートを行っており、その結果を活かすために福祉サービスの向上について組織的な取り組みを検討されるとともに、一定水準のサービスを維持するために、職員の利用者支援を見直す機会にさせていただくことを望む。		
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
<コメント> ・ 苦情解決責任者、苦情担当者、第三者委員は設置されているが、家族等から申し出しやすい工夫が欲しい。 ・ 苦情解決の仕組みにおいて、苦情として取り上げるまでもないと思われる事柄についてはサービスに対する要望・意見と捉え、組織的に検討した経過及び結果を職員に周知し、サービスの質の向上に努めている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 日頃から意見や相談がしやすいように心がけているが、落ち着いて相談を受ける姿勢の確立とスペースの確保に努められたい。 ・ 相談窓口をわかりやすく示して意見を述べやすい環境を整えるとともに、日常的な取り組みについて検討の余地がある。 ・ 意見箱は設置されていないが、年度末に保護者アンケートを取り、福祉サービスの質の確保など施設運営全般に活かすよう努めている。		
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
<コメント> ・ 事業所全体で対応する姿勢はあり、利用者や家族等からの苦情や意見等があった場合には適切な対応が採られている。 ・ 相談を受理したもののうち結果を残す必要が生じた場合は、それぞれの関係資料として記録されているが、相談のみに終わったときの記録はないので再対応が必要なときに備え、事実経過を纏めておくことを望む。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 事故報告・ヒヤリハットの事例を収集しスタッフ会議で周知しているが、組織的な取り組みとして、発生要因、改善策等の検討を行い再発防止策に取り組む姿勢を確立されたい。 ・ 危険予知訓練を定期的実施しているが、福祉サービスの質の確保をする中で、予測できない状態や不測の事態を重視した訓練を実施する仕組みづくりを望む。 ・ 組織的な取り組みとしてリスクマネージャー養成研修に参加し知識の向上を図るとともに、現行のマニュアルをさらに充実されたい。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> ・ 感染症の予防については、感染症マニュアルに添って対応しているが、マニュアルの定期的な見直しは行われていない。 ・ 年1回ではあるが看護師が中心となり、感染症予防と発生時の対応について職場内研修を行い、感染症予防に取り組んでいる。		
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行っている。	障39	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 毎月、初期消火の訓練、日中や夜間を想定した避難訓練等の各種訓練を行っており、職員は応急手当やAED使用の講習を受け緊急時に備えている。 ・ 大規模災害に備え、非常用飲料水や非常食も3日分保管されており、地震や水害のマニュアルも整備されている。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 福祉サービスの標準的な実施についてはマニュアルとして文書化されているが、プライバシー保護、権利擁護に関わる事項は未整備である。取扱要領を整備するとともに研修等により職員に周知されたい。 ・ 職員として均一的な支援ができるよう利用者支援サービスを纏めたものと、日常業務中心のマニュアルの2種類があり、全職員に配付するとともに支援室のカウンターに置いてあり、いつでも見ることができる。		
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
<コメント> ・ 利用者支援サービスと、日常業務を中心としたマニュアルの見直しは、教育担当職員を中心にし毎年度末に行っている。 ・ 標準的な実施方法の見直しは、職員や利用者・家族からの意見、提案及び個別支援計画の状況を踏まえているが、PDCAサイクルによる組織的な取り組みについて、職員や利用者への周知や記録の在り方に工夫が欲しい。		
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支援計画を適切に策定している。	障42	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 個別支援計画は、利用者一人ひとりについて担当職員の素案を基にサービス管理責任者が中心となり、適切に策定されている。 ・ 個別支援計画は、利用者一人ひとりのニーズを踏まえ家族の意向を確認し、関係する職種が参加し協議したうえで作成している。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 個別支援計画は、医療やリハビリの支援など総合的な視点で策定されており、見直しは具体的な支援の有効性等を検証している。 ・ 定期的な見直しのほかに、利用者の状況の変化が生じた場合は迅速に変更している。		

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)-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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 利用者の個別支援計画に基づいて、日常業務は業務日誌等に記録されており、職員間の申し送りは適切に行われている。 ・ 職員は利用者の個別支援計画に基づき共通した認識で支援を行っており、記録の管理は支援業務マニュアルに基づいて適切に行われている。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 記録の管理は、主として事務処理規程等に基づいて行われているが、個人情報保護に関する規程は未整備である。 ・ 個人情報保護規程はないものの、個人情報に関する書類持ち出し禁止措置について機会があるごとに職員に周知しており、徹底が図られている。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 定期的に話し合う機会は設けていないが、利用者の意思を確認しつつ主体的に活動できるよう尊重した支援を行っている。 ・ 日常生活上の支援の中で見守りや把握が確実にできるよう、職員を配置している。		

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
<コメント> ・ 権利侵害の防止等のための取り組みとして、権利擁護・権利侵害について職員には機会がある都度説明し周知している。 ・ 虐待については、利用者からの報告により知ることとなるが早期発見に努めている。 ・ 身体拘束は職員会議において適用について周知するとともに、チェック表の活用などの手順を定め適切に対応している。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 利用者自身で可能な生活上の行為や活動は、見守りや声掛けで対応している。 ・ 社会常識や一般的なマナーなどについて、自己管理ができるよう支援している。 ・ 緊急事態などで特別に支援が必要なときは、迅速に対応している。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 意思伝達に制約のある利用者に対しては、普段の関わりの中でその人のコミュニケーション手段やサインの発見に努めており、障害程度に応じて意思の疎通を図るための取り組みとして、カードの利用、指差し、ジェスチャーなどを使用している。 ・ コミュニケーション手段の確保と能力については、個々の状況を覗みつつ関係者の間で検討したうえで、個別支援計画の中に入れ支援している。		

	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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個々に話せる機会は設けておらず意見箱も設置していないが、利用者や家族から相談があったときは、施設生活に関わる悩みや意見を受け止め、関係する職員によって支援する内容の検討を行っている。 ・利用者の自ら進んで行う活動については、支援担当を中心とするサポート体制が出来ている。 			
	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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自ら行う日常生活上の行為については見守りの姿勢が保たれており、支援が必要な時には迅速に対応する体制が出来ている。 ・個別支援計画において、創作活動やカラオケ・野菜づくりなど、利用者の意向に沿った活動に参加できるように支援している。 			
	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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害に関する理解と専門性を高めるための支援に関する定期的な研修は行われていないが、必要な場合にはスーパーバイザーの助言を得て個別支援計画を検討している。 ・個別的な配慮が必要な利用者については、支援が適切に行われているかに留意し記録にとどめ、支援内容を確認している。 			
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴は原則として週3回であるが、利用者との話し合いにより希望に沿った支援をしている。 ・利用者の特性に応じた食事が提供されており、嚥下咀嚼の機能低下がみられるときは安全に摂取できる食事を提供している。 ・通常の献立の他に月1回程度、季節食や行事食の提供が行われるとともに、リクエストに応じており、利用者も楽しみにしている。 			
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・浴室は、脱衣場も室温調節が行われ快適な環境になっている。滑りやすいための工夫は見られるものの、浴槽の改修も含め検討する余地がある。 ・女性用トイレについて、女性の利用者が多く高齢化が進んできたこともあり、増設したうえでさらに改修し対応している。 ・共有スペース・食堂は、明るい雰囲気が保たれており、一人ひとりがゆったりと過ごしている。 			
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・整形外科医の協力のもとで個別支援計画により支援しており、作業療法士等の見立てにより定期的にモニタリングも行われている。 ・月に2回、協力病院の作業療法士による訓練が行われており、利用者の現状が維持できる環境は整えている。 			
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常の健康管理は、看護師と協力医の連携により利用者の健康管理・相談が出来る体制になっている。 ・年1回、看護師による初任者に対する医務研修を行っており、施設内における緊急事態などに備えている。 ・事故や急病などの緊急対応を含めたマニュアルは備えられており、利用者一人ひとりについて健康状態を記録し管理するとともに、健康診断、歯科検診や健康相談の支援体制も整っている。 ・緊急時には、急変時対応マニュアルにより迅速かつ適切な医療が受けられる体制になっている。 			

	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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 服薬管理についてはマニュアルが作成されており、事故報告等で把握した事例などを基に手順を定めた医務マニュアルなどにより対応している。 ・ 内服薬・外用薬の管理は、医師の指示により看護師が行っている。職員は服薬支援について研修を受けており、2人の職員で服薬確認の見守りが行われ看護師にも確実に伝えられている。 ・ 利用者の高齢化や重度化に向けて医療機関との連携が利用者はもとより職員の安心にもつながるため、地域の医療機関との更なる密な連携を期待する。			
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 利用者は高齢者が多く積極的な社会参加は難しいが、家族の協力により機会を持つことができている。 ・ 招待行事を中心に外出する機会を設け、社会参加や学習支援を図っている。			
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 80歳を超える利用者を含め全体的に高齢化が進み、地域生活への移行支援は難しいところがある。			
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 保護者総会を年2回、家族面会日を毎月で開催している。家族も利用者と同様に高齢化が進み参加は4割程度とのことであるが、ひき続き家族との交流・支援を続けていただきたい。 ・ 家族との連携・交流は薄くなりがちではあるが、意見交換等は面談や電話等により随時行っている。			
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			