

愛知県福祉サービス第三者評価事業 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

②施設・事業所情報

名称： 障害者支援施設 杜の家	種別： 施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名： 齊藤英昭	定員（利用人数）： 90名（90名）	
所在地： 愛知県名古屋市名東区梅森坂3丁目4101番地		
TEL： 052-709-3813		
ホームページ： http://www.kidoairaku.org/institution/mori.html		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成11年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 ひまわり福祉会		
職員数	常勤職員： 74名	
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者) 3名
	(介護職員) 55名	(看護師) 6名
	(理学療法士) 1名	(管理栄養士) 1名
	(調理員) 10名	(事務員) 4名
施設・設備の概要	(居室数) 68室	(設備等) 食堂・浴室・医務室
		リハビリ室・エレベーター
		リフター・移乗器・会議室
		ティーサロン・相談室・冷暖房

③理念・基本方針

★理念

・法人

ひまわり福祉会は、利用者ひとりひとりが望むその人らしい生活を支援し、利用者から信頼され、地域に貢献できる法人をめざし、全ての人々に対し開かれた、透明で健全かつ活力のある法人作りを行います。

・施設・事業所

①人間中心(ピープルファースト)を基本にしています。「ともに生き」「ともに学び」「ともに育み合える」人の集まりの場です。

②生き方の発見をしています。

③地球環境市民(アースグリーンコンシューマ)をこころがけています。

★基本方針

私たちは、利用者の人権及び自己選択・自己決定を尊重した福祉サービスの実現を目指します。
私たちは、相談支援や地域自立支援協議会を通じ、地域における福祉ニーズを知り、地域福祉推進のために積極的に対応していきます。
私たちは、健全な法人経営を行うため、透明性を確保し、相互に情報を共有しネットワーク機能を向上していきます。
私たちは、福祉サービスの質の向上のために、経験に応じた研修を計画的に行い、専門性を向上していきます。
私たちは、笑顔あふれる人間関係を構築し、職員ひとりひとりが生き生きと働きがいのある職場づくりを目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者の障害・年齢に合わせて毎日5つの活動を提供している。
日帰り外出、日帰り旅行から、1泊旅行、遠方旅行と利用者のニーズと状態に合わせて年間30本の外へ行く機会の提供を実施している。
お墓詣りから自宅への帰宅、スポーツ観戦支援まで、利用者の個別ニーズに対応している。
「地域福祉推進計画」や「なごやよりどころ」サポートの他、サマーセミナー等により事業所内外の交流企画への参加・実施を推進している。
社協・障害者施設協議会主催の研修に率先して参加し、事例発表・ケアガイドラインの推進を通じ、職員の質、ケアの質の向上を図っている。
医療的ケア研修を実施して、医療的ケアを必要とする方の利用に対応している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 6月 4日(契約日) ~ 令和 元年 6月 4日(評価結果確定日) 【平成30年10月25日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	3回 (平成27年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆組織的な事業計画の策定と見直し

法人の「第2期中長期計画」(平成26年～30年)が策定されており、その中長期計画に整合した単年度の事業計画が策定されている。前年度の事業計画を評価し、課題として残った案件も次年度の事業計画に組み込まれている。事業計画の重点的な取り組みについては工程表に展開され、具体的な取り組み内容や責任部署が明確に示されている。毎月、各部署の主任以上で構成される「運営会議」が開催され、事業計画の評価・見直し(工程表に沿った進捗管理)が行われており、その内容は議事録に残されている。

◆“地域に開かれた事業所”への道筋

事業計画の重点項目に「地域交流」を掲げ、“地域に開かれた事業所”作りを進めている。事業計画を展開した工程表には具体的な取り組みが挙げられており、地域の人たちを対象とした「みんなの食堂」もその一つである。回覧板やポスティングで地域に参加を呼び掛けた「杜の家祭り」には、400名の来場者があった。この「杜の家祭り」には、約30名のボランティアが集まって祭りを下支えした。実習で事業所を訪れた実習生や民生委員児童委員、地域の馴染みのボランティア、医師会の医師等が当日集まったボランティアである。地域との交流・連携が双方向の取り組みとなっており、確実に、“地域に開かれた事業所”への歩を進めている。

◆利用者と職員との信頼関係

利用者が声をかければ、担当者、主任、次長、施設長、どのクラスの職員も気軽に応じている。前施設長である理事長にも、親しげに話しかける利用者は多い。利用者と職員との間の風通しがよく、相互の信頼関係も構築されている。事業所内のあちこちで職員と談笑する利用者の姿が目につくが、話の内容によっては、相談内容を守秘できる部屋も確保してある。

◇改善を求められる点

◆外部監査の計画を

事業所の事務、経理、取引に関しては、法人のルール(各種規程やマニュアル)に従って内部牽制が図られ、適切に運営されている。法人監事による内部監査や行政の監査によって指摘事項があれば、即座に改善につなげている。契約する公認会計士による財務・会計面のチェックもある。現時点では「社会福祉法」の示す義務化外ではあるが、現在策定中の中長期計画には、「社会福祉法」が求めるレベルの外部監査の計画を盛り込むことを望みたい。

◆災害時の安否確認

災害発生時の利用者、職員の安否確認の方法がまだマニュアル、対応を含めて確立していない。現在作成中のBCP(災害時事業継続計画)に、災害時の職員の出勤基準や安否確認の手順を盛り込まれたい。防災訓練時には施設外に逃げるケースも想定して実施したり、発電機を使用してミキサー食を作るテストも行っている。災害発生に関し、様々なケースを想定して実施しているのは評価できる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価の受審を定期的実施する事により、規定・要綱の整備、マニュアルの整備が着実に進展している。
課題となる災害発生時のマニュアル及びBCP計画を整備し、利用者の安全及び地域の防災拠点と寄与して行きたい。

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。

(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(64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			
事業所に関わる人全てに、理念や基本方針を理解してもらうためには、まず職員が完璧に理念を理解することが先決として、職員に対しての理念教育に注力している。例えば、利用者に関する虐待や身体拘束の研修の中でも、常に理念や基本方針との関係を交えて話を展開している。実際の支援に関わる事例を挙げることによって、職員は理念や基本方針を身近なものとして感じている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
県内の21事業所が加盟する愛知県身体障害者施設協議会(身障協)の中でも中心的な事業所の一つとして、先駆的な取り組みを展開している。その一つが喀痰吸引2号研修への施設提供であり、県内の多くの介護職の資格取得に尽力してきた。また、身障協の東海ブロックや全国の会議、研修に参加し、地域の情報のみならず、全国レベルの情報を取得している。それらの情報は、事業所の運営に活かされている。			
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			
事業所の開設から20年が経過し、ハード面では建物の老朽化が問題となってきている。ソフト面では、利用者とその家族(保護者)の高齢化が深刻度を増している。高齢化、重度化する利用者への支援について、職員の物理的な負担軽減の課題も浮上してきた。それらの課題解決のために、事業計画の重点施策として取り上げ、工程表を作成して取り組んでいる。			

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「第2期中長期計画」(平成26年～30年)が策定されており、その中に当該事業所の計画も含まれている。既に、次期中長期計画(2019年度～24年度)の策定に向けて委員会が立ち上がっており、それぞれの事業所から持ち寄られた計画案の統合・調整が行われている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中長期計画に整合した事業計画が策定されており、前年度の計画を評価し、課題として残った案件も組み込まれている。事業計画の重点的な取り組みについては工程表に展開され、具体的な取り組み内容や責任部署が明確に示されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月、各部署の主任以上で構成される「運営会議」が開催され、事業計画の策定や評価・見直しが行われている。毎回の運営会議で工程表に沿った進捗管理が実施され、その内容は議事録に残されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の約半数は知的障害をも併せ持っており、障害の程度によっては言語での意思疎通が難しい利用者もいる。事業計画の周知に限らず、それらの利用者には障害の程度によって段階的な意思伝達の方法を取っている。その代表的な例は、毎月の「利用者全体会」での説明、担当職員が個別に分かりやすく説明、資料を用いて家族会で家族を通して説明と、利用者の理解、判断能力に合わせて工夫している。			

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
利用者の満足度をサービスの質の向上を測る指標として捉え、家族に対する満足度調査を定期的を実施し、常にサービスの質の向上を意識して取り組んでいる。多くの分野でPDCAサイクルを意識した取り組みが実施されているが、部分的にPDCAサイクルの欠如が見られる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
前回の第三者評価受審で見つかった課題や、自己評価からの課題については、その大きさによって、事業計画の重点課題として取り上げ、工程表に展開して組織的に取り組んでいる。それらの課題は、関連する委員会を責任部署として取り組まれるケースが多いが、委員会を機能的に運営するために、「委員会運営マニュアル」が作成されている。			

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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者(入所部門の施設長)の役割や責任の所在は、「杜の家 組織図」によって明確にされており、自らの所信を「Good Press」(季刊の広報誌)にて表明している。前管理者が理事長兼総括管理者として、かつ通所部門の管理者(施設長)として勤務することから、重厚な二人三脚の運営体制が出来上がっている。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者は、コンプライアンスの意識が高く、所属する団体(身障協)や社会福祉協議会の主催する研修には積極的に参加している。そこで得た必要な情報については、「運営会議」や「職員会議」で職員に周知を図っている。伝達研修の形がとられることはほとんどないが、管理者が伝えたい内容について、職員の理解度を確認する仕組みを構築することを期待したい。</p>		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>「生活向上委員会」を立ち上げて、利用者に対するサービスの質の向上に取り組んでいる。第三者評価を定期的(三年毎)に受審し、客観的な評価を事業運営に反映させようとの高い意識もある。</p>		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>「衛生管理委員会」を立ち上げ、職員の身体的、精神的な負担軽減を実現させ、“働きやすい職場づくり”を推進して安定的な職員雇用を目指している。身体的な負担軽減は、福祉機器(リフター)の導入に続いて介護ロボットの導入を検討課題に挙げている。精神面の取り組みとしては、ストレスチェックを実施して職員のメンタルな部分をサポートしている。</p>		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>将来的には、「地域拠点型グループホーム(日中サービス支援型グループホーム)の建設」や「(基幹型)相談支援事業の充実」を構想として持っている。それらの必要人材を入所・通所事業所で養成する必要があるが、法人全体での職員不足の流れが断ち切れず、“派遣”や“職業紹介”の助けを借りざるを得ない状況であり、職員の補充に力が削がれている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人レベルで人事制度の抜本的な見直しを行っている。キャリアパス委員会で、キャリアパス制度や「Do-capシート」の再構築のための検討が行われている。適切な見直し、改訂を済ませ、早期に再稼働することを望みたい。</p>		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
“働きやすい職場づくり”に取り組んでおり、時間外労働時間の短縮を目的とした「ノー残業デー」を月に1日設定している。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、子育て中の職員の短時間勤務の設定や、年次有給休暇の優先的な取得を認めている。ただ、有給休暇の取得に関しては、職位・職種で偏りがあり、一部の上級職員に関してはほとんど年休消化が進んでいない。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員育成の柱であった「Do-capシート」が見直し中であり、管理者(施設長)との面談によって職員の個人目標が設定されている。しかし、目標に対する評価や見直しのルールが統一されておらず、目標管理制度としての期待通りの効果を挙げる運用が図られていない。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
施設内研修と施設外研修に、職員が積極的に参加している。しかし、研修体系を一元的に管理する部門(委員会)が明確になっておらず、それぞれの研修に関わりの深い部門が研修を実施している。例えば、「喀痰吸引2号研修」は「安全委員会」が統括し、その他の支援に関する研修は「生活向上委員会」や管理者(施設長)が管理するものがある。体系的な階層別研修のシステム構築のため、職員研修を統括する責任部署を定められたい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
研修履修後には「研修報告」を提出し、毎月開催の職員全体会議で報告している。この「研修報告」と職員全体会議への報告で職員研修が完結しており、研修効果の検証が実施されていない。PDCAサイクルに沿い、職員研修に関しても“C(チェック)”機能を活かすことが求められる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
社会福祉士、介護福祉士、保育士、看護師等を目指す実習生を積極的に受け入れ、教員の福祉体験実習にも多くの受け入れがある。マニュアルは、教員の福祉体験実習用に「介護体験にあたって」が用意されているが、福祉職を目指す実習生用のマニュアルは整備されていない。実習カリキュラムに関しても、事業所の特性を活かした内容をラインナップされたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
社会福祉法人に対し、経営姿勢やその透明性を明確にすることが求められる時代となった。時代の要請に応え、法人のホームページに「情報公開」のコーナーを設け、「定款」や「役員名簿」、各年度の「現況報告書」を始め、中長期計画や財務諸表を掲載している。さらに事業経営の透明性を内外に示すために、苦情情報の掲載を望みたい。また、「苦情解決規程」に関しても、情報公開の項目を追記する等、適切な見直し・改訂が望まれる。			

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 事業所の事務、経理、取引に関しては、法人のルールに従って内部牽制が図られ、適切に運営されている。法人監事による内部監査や行政の監査によって指摘事項があれば、即座に改善につなげている。契約する公認会計士による財務・会計面のチェックもある。「社会福祉法」の示す義務化外ではあるが、現在策定中の中長期計画には、「社会福祉法」が求めるレベルの外部監査の計画を盛り込むことを望みたい。			

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 事業計画の重点項目に「地域交流」を掲げ、“地域に開かれた事業所”作りを進めている。工程表には具体的な取り組みが挙げられており、高齢者サロンへの場所の提供や「ふれあい給食」等は実績を出している。回覧板やポスティングで地域に参加を呼び掛けた「杜の家祭り」には、400名の来場者があった。確実に、“地域に開かれた事業所”への道を進んでいる。			
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 事業所の一大イベントである「杜の家祭り」には、外部から約30名のボランティアが集まって祭りを下支えた。実習で事業所を訪れた実習生や民生委員、地域の馴染みのボランティア、医師会の医師等がボランティアの構成員である。受け入れのマニュアルが整備されており、「杜の家祭り委員会」で実施後の評価・振り返りが行われている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント 事務所内に、行政機関、医療機関、相談支援事業所等の関係先を記載したリストが掲示されている。利用者の高齢化、重度化に加えて家族（保護者）の高齢化が深刻な問題として浮上してきている。利用者だけでなく家族をも含めて支援するために、相談支援事業所とも強固な連携体制を組んでいる。			
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 「ヨガ」や「アロマ」、「AED救急救命講習」等の公開講座への参加を地域に呼びかけし、「起震車体験」や「炊き出し訓練」にも地域から参加者がある。残された課題は、作成中の「BCP（災害時事業継続計画）の完成」と、棚上げになっている「福祉避難所登録」である。			
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 27	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント 様々な機会を捉えて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。社会福祉協議会の主催する「地域福祉推進計画」の会議に参加して情報収集し、数こそ少ないが「地域公開講座」の参加者からアンケートを取り、高齢者サロンに来る民生委員児童委員からも地域の情報を取得している。それらの情報を分析し、必要に応じて中長期計画に盛り込まれる。			

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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	障 28	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
全体会議はもとより各事業・各班など各カテゴリーにおける会議を定期的に行っている。利用者対応に特化した委員会も設置・検討し、利用者のQOL(生活の質)の向上に絶えず努力する姿勢が見られる。全体会議等に出席しない非常勤職員等へは、会議内容をコピーして配布している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
様々なタイプの居室の希望について、2年に1回の居室変更などにより、利用者本人の希望を叶える努力をし、居室変更後のプライバシーも守られるよう適切に配慮している。また、教育委員会を設置し、名古屋市社協による外部研修を中心に計画的に研修に参加し、職員の資質向上に余念がない。非常勤職員からの意見や質問等にも、教育委員会の担当職員が対応している。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者へは説明資料を使って丁寧に説明している。相談支援事業等の関係各機関には周知されているものの、一般公共施設までには、資料等の配布が不足している。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者、家族に対する個別説明を行い、理解の上で同意を得てサービスを開始している。しかし、説明時の汎用的なルールなどの明文化が行われておらず、職員の理解・運用が図られていない。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
名古屋市内の身体障害者を対象とした入所施設も限られている中で、事業所として、相談支援事業所からの要請には十分に応えている。重度の利用者も多く、一度入所したら移動するケースは少ない。入所する際には面談等の内容を記録し、本人の意思確認を明示し、前後の対応も的確に応じることができるよう配慮している。面談での記録が、職員間に共有されていない。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者、家族に対する満足度調査を定期的に行い、常に利用者の満足度に気を配っている。家族会や利用者会議等を活用し、利用者・家族の気持ちを理解している。個別のケースを見ると、利用者との意識のずれが出てきている。もう少し、利用者から直接的に話を聞く機会を持つことが必要と思われる。			

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		
苦情解決の仕組み・マニュアル・対応・解決と一連の流れはできている。個別での利用者対応も適切に記録して管理されている。全体への公表は事業所内周知に留まっており、ホームページ等によって、さらに公に向けた配慮ある公表が望まれる。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者が声をかければ、担当者、主任、次長、施設長、どのクラスの職員も気軽に応じている。前施設長である理事長にも、親しげに話しかける利用者は多い。話の内容によっては、相談内容を守秘できる部屋も確保している。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
組織的にも利用者の意見を集約し、会議で討議している。部屋替えや痰吸引、入浴、服薬など、各利用者の希望に沿った支援を確実にやっている。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
職員会議でリスクマネジメントに関する研修を行い、事故報告の周知も徹底している。しかし、自己点検による改善指摘の内容のとおり、事故を事例にした研修や検討が全体会議のような大きな会議で進んでない点に改善の余地がある。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
インフルエンザの検査キットを使った看護師による判定も可能な体制を確保し、対策に余念がない。看護師の主導によって、職員はマニュアルどおりの対応を行っている。		
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やっている。	障 39	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
災害発生時の利用者、職員の安否確認の方法がまだマニュアル、対応を含めて確立していないが、掲示などを行って啓発に努めている。訓練時には施設外に逃げるケースも想定して実施し、発電機を使用してミキサー食を作るテストもやっている。様々なケースを想定して実施しているのは評価できる。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
標準化された実施方法を基にして、新人への研修を1週間設けている。その間に基礎を学び、その後の配置先現場でのOJTでは、3～5年のキャリアがある中堅になりつつある職員をつけ、指導学習にも怠りがない。また誰でもパソコンを通して、標準化された方法が確認できる。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
標準的な実施方法は、生活向上委員会で恒常的な見直しを図り、新職員が入職時にも改めて見直しを行っている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントを基に個別支援計画を立案することはもとより、アセスメントシートそのものを常々更新している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
適正なスケジュール管理の下、各利用者の評価・見直しを定期的に行っている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的な会議において個人記録を各職員が把握し、統一的支援に怠りがないことを確認している。職員は毎日業務に入る前に特変事項記録にも必ず目を通している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本的にはパソコンサーバーで、利用者に関する記録を含め情報を一元管理しており、USBメモリーに関しても事業所内での貸し出し返却管理を管理簿を使って管理している。利用者、家族から、利用者のスナップ写真の掲載同意もとっている。			

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			
A①	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
日常活動から旅行まで、利用者個別の趣向に向き合えるよう職員と共に活動を行っている。班分けした上での活動になっているが、重度利用者のC班については、他部署との連携などにおいて改善の余地を残している。			

A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A ^② 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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
各種規程はもとより、利用者対応委員会を設け、これを基盤に研修や周知徹底を欠かしていない。やむなき場合には手順を踏んで身体拘束に至るが、「車椅子上での身体拘束についての同意」の承諾書を得ている。		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A ^③ 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者本人の希望通りの日常生活が長く続くよう、入所・通所ともにPT(理学療法士)と連携しながら計画を立てている。入浴も個別に相談して希望時間に入浴できるように対応している。独居利用者のために、市営住宅などを探している。		
A ^④ 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
口頭での意思表示ができない利用者のために、担当職員が非言語的コミュニケーションを駆使して意思疎通を図っている。トーキングエイド、文字盤、絵カード、回答カード、パッド等々、利用者本人に合う現在考えられるものを可能な限り使用し、コミュニケーションを確保している。		
A ^⑤ 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
トイレ、入浴時などでも、たわいのない話から利用者の思いや意向を読み取っている。意思の発露を待つのではなく、職員から積極的に意思を拾うよう、支援現場で意識している。通所の送迎時には、保護者・家族からの意見も聞いている。職員配置の男女比も、同性介助に対応するために利用者とのバランスを考えて配置している。		
A ^⑥ 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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
ニーズを把握するために利用者に寄り添い、悩みを聞いて欲しい希望者には、丁寧に傾聴する時間も用意されている。利用者のニーズを個別支援計画に盛り込み、日中活動の中で本人の希望に添えるよう個別のプログラムで行っている。ただ、利用者のニーズをより多く日中活動の中に取り入れようとするのであれば、更なるプログラムの多様化が求められる。		
A ^⑦ 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
処遇困難事例にもその都度丁寧に対応し、記録はもとよりその日の帰りには申し送りを欠かさず行っている。		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A ^⑧ 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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
入浴支援に関し、利用者の体調変化には、入浴方法や入浴時間を考慮して行っており、風邪などでは入浴は避ける配慮を行っている。毎月の食事選択も事前に聞き取りを行っている。ただ、一ヶ月に数回の通所利用者の中には、曜日によって同じ種類の食材の時があり、気になっている利用者もいる。この点に改善の余地がある。		

A-2-(3) 生活環境			
A ^⑨ 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>入所部門では2年に1回の引越し(居室替え)を行い、可能な限り、利用者個々の希望を叶えられるよう配慮している。仮にくじ引きになる場合があっても、4年連続で外れることがないような配慮がある。ただ、全て希望が叶えられるわけではなく、この点は事業そのものと利用者ニーズ量とのせめぎ合いがあり、いかに脱却するか(不満を感じさせないか)問われるところである。車椅子の介助スペースが狭く、不自由を感じるケースもある。</p>			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A ^⑩ 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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>PT(理学療法士)が積極的に計画の作成に関わり、専門的な知識や技術を活かして効果的な助言をしている。生活訓練も、日中活動の中で適正かつ計画的に行っている。</p>			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A ^⑪ 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	⑧ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>日頃から、常勤看護師(入所3名、通所1名)が中心となって、利用者全員の健康状態のチェックを行い、一人ひとりの健康状態を把握している。連携する医師(嘱託医)も24時間対応が可能になっており、依頼すれば往診もある。嘱託医は、家族の相談も受けている。</p>			
A ^⑫ 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	⑨ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>服薬管理は看護師の責任の下、飲みこぼしやセットミスのないようダブルチェックも欠かしていない。喀痰吸引について、介護職員の資格取得講習の事務局としても機能しており、利用者の喀痰吸引も有資格者が指示書により適切に行っている。</p>			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A ^⑬ 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 ・ ⑩ ・ c
評価機関のコメント			
<p>同じ障害を持った利用者の集会に、職員が利用者につき添って参加し、利用者にとっても喜ばれた。社会参加への道筋が見え、利用者自身に、“地域社会の中に出て行きたい”という意識が醸成されるきっかけとなった。ただ、利用者、家族の希望した学習支援については、単発の学習はできているものの連続性がなく、改善の余地がある。</p>			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A ^⑭ 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 ・ ⑪ ・ c
評価機関のコメント			
<p>入所施設に関しては、需給バランスが需要の方に重く偏っており、入れたら、その後出ようという意識は利用者、家族共に薄いようである。そのような事情もあり、地域移行については消極的な状況になりがちである。セミナー・寺子屋(一人暮らしのノウハウ教室)も活用しており、近隣のアパートなどを調査しているが、適切な物件は簡単には見つかっていない。</p>			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A ^⑮ 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	⑪ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>医療機関への受診も、個人情報観点から家族の同意がないと内容を聞けないので、常々家族受診の有無など含め、情報共有している。利用者だけでなく、家族(高齢の保護者)をも含めて支援する例も出始めており、相談支援事業所との連携を強固にしている。</p>			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A ¹⁶ 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
評価機関のコメント			
非該当			

A-4 就労支援

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
A ¹⁷ 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
評価機関のコメント			
非該当			
A ¹⁸ 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
評価機関のコメント			
非該当			
A ¹⁹ 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
評価機関のコメント			
非該当			