

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 蔵王の杜	種別：生活介護・施設入所支援・短期入所・日中一時支援			
代表者氏名：鈴木幾雄	定員（利用人数）：48名（48名）			
所在地：	愛知県田原市田原町石取1-9			
TEL：	(0531) 23-7511			
ホームページ：	http://www.seisyunkan.jp/zaounomori.php			
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：平成15年 4月 1日				
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 成春館				
職員数	常勤職員：41名	非常勤職員：8名		
専門職員	(管理者) 1名 施設長	(事務職員) 2名		
	(医師) 1名 嘱託	(サービス管理責任者) 1名		
	(看護職員) 2名	(相談支援専門員) 1名		
	(栄養士) 1名	(生活支援員) 30名		
	(調理員) 8名	(業務員) 2名		
施設・設備の概要	(居室数) 30室	(設備等) 避難設備、浴槽昇降		
		設備、スプリンクラー設備		

③理念・基本方針

★理念

「あなたにより添います 愛と 心と 手のひらで」

★基本方針

- (1) 利用者の基本的人権や尊厳を尊重し、利用者がやすらぎと、くつろぎと、うるおいと生き甲斐を感じられる施設を目指す。
- (2) 利用者の特性や施設内の環境に配慮し、感染症対策や事故防止策の徹底を図ることにより、利用者が安全に生活できる施設を目指す。
- (3) 家族との連携を密にし、利用者に関する情報交換を積極的に行うことにより、支援の充実を図る。
- (4) 地域との交流を積極的に行うことによって、地域に開かれた施設を目指す。
- (5) 法人理念を実現させるために、研修や研修報告会を通じて人材育成に積極的に取り組む。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・代表者会議やフロア会議、ケース検討会議などを通して、利用者に関する課題や業務上の問題点などの情報を共有している。
- ・外出活動や地域行事への参加、法人行事の開催など、利用者が地域社会と交流する機会の拡大に努めている。
- ・懇談会や親睦会、バスピクニック等、家族参加の行事の開催などを通して、利用者の家族との交流や情報交換に努めている。
- ・食事に関しては行事食や選択メニュー、あるいは給食会議への利用者の参加などにより、満足度の向上に努めている。
- ・施設内の消毒、体調不良者の早期受診や隔離、予防接種の実施など、感染症予防策を徹底している。
- ・講師を招いての内部研修や他施設訪問研修などを計画的に行うことにより、職員の知識や技能の向上に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 5月 8日（契約日）～ 令和元年 10月 21日（評価決定日） 【令和元年 8月22日（訪問調査日）】
受審回数 (前回の受審時期)	6回 (平成28年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆第三者評価の受審後の取り組み

前回（3年前）の第三者評価の受審で得た“気づき”を活かし、様々な改善活動が実施されていた。特にマニュアルの整備については、管理者の指示の下に課長を責任者とした改善のための体制を構築し、必要な見直し・改訂が行われていた。第三者評価の受審を「目的」と捉えず、質の向上（改善）のための「手段」と考える事業所の前向きな姿勢に敬意を表したい。

◆働きやすい職場づくり

職員の定着が良く、職員配置に余裕が出てきたことにより有給休暇が取りやすくなり、時間外労働時間も短縮してきた。これまで利用者の支援を優先することから職員の労働条件の改善が後回しになっていたが、職員の安定的な雇用を後ろ盾として、さらに“働きやすい職場づくり”が進むことが予想される。その相乗効果が利用者支援にも波及し、家族アンケートでは、「話をよく聞いてくれる」、「職員が優しい」、「いつ行っても、和やかな明るい雰囲気」、「最後までここに居たい」等々、充実した支援を裏付ける言葉が多く寄せられた。

◆利用者の満足度の向上

利用者の満足度を向上させるための様々な取り組みがある。特に老朽化が課題となっている施設のハード面に関しては、宿泊棟のトイレの全面改裝や洗面所の改裝を行い、トイレは明るく清潔感を増し、洗面所には歯ブラシ置き場が設けられた。一括管理から個別管理へと、空調システムも入れ替えが実施された。入院している支援困難者の退院が決まり、受け入れのための居室改裝を行った。今後も、計画的に施設・設備の改修が計画されており、ますます利用者の満足度は向上することとなろう。ソフト面では、食事の選択メニューの頻度を高めている。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画と単年度の事業計画の留意点

単年度の事業計画の枠組みを示すべき中・長期計画が策定されていないことから、前年度の事業計画の反省に立って新たな事業計画を策定している。重点的に取り組む5項目の「重点目標」を掲げているが、数値目標が設定されていない。期中で重点目標の進捗を評価したり、期末の最終評価において重点目標の達成度合いを判定する上でも、数値目標の設定が求められる。中・長期計画の策定も急務と言える。

◆利用者満足度の調査を

利用者満足の向上のために、大がかりな施設改修に手が付けられた。さらに、嗜好調査を行ったり、月1回食事の選択メニューを実施したりしている。理容や美容においても、利用者の希望を聞き入れて実践している。意思決定の困難な利用者への対応力を高めるため、職員のスキルアップの勉強会を実施し、人材育成と連動させて寄り添う事の大切さを意識して支援している。確実に利用者の満足度は上がっていると思われるが、それを確かめるべき手段が講じられていない。支援を包括的に捉えた利用者満足度調査の実施に期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

蔵王の杜としては利用者とご家族に寄り添って、ご家族が利用者を安心して託せる施設を目指しています。

これまでの受審を通して数多くのご指摘をいただき、改善をしてまいりました。ところが最近は同じ未解決の課題が指摘されています。これは、わが法人や施設の弱点や迷いを表しています。

蔵王の杜が地域の中でどんな役割を果たすべきか、利用者の居場所としてどんな施設であるべきかを考えながら施設の運営はしているつもりですが、ご指摘の点につきましては、いずれ何らかの形で実行できるよう検討していきたいと思います。

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

【共通評価基準】

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＞ 法人理念や基本方針は職員に周知が図られ、家族に対しても周知の取り組みを行っている。家族会が組織されていないことから、4月の家族会総会、6月の個別支援計画を説明するための集会、9月の家族と楽しむ会、12月の餅つき等の機会に、家族に対して管理者から説明を行っている。利用者との関係が薄いキーパーソンの増加によって来訪の機会が減っているが、家族協力（来訪）を継続して依頼している。		

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＞ 着任7年目となる管理者が市・自立支援協議会に積極的に参加し、地域福祉の増進に寄与するだけでなく、事業所運営に有益な情報を収集している。法人の相談支援事業所との連携も強固であり、事業所運営に益する情報量に不足はない。		
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) · b · c
＜コメント＞ 経営課題の最たるもの「利用者の高齢化・重度化」とし、現時点で可能な対策を講じている。課題として挙がっている利用者の事故の増加、身体介護の時間的増加による日中活動の空洞化、生活空間の狭隘感等、これらは全て「利用者の高齢化・重度化」に起因している。中・長期的な視点で、施設増設を根本的な解決手段と考えている。		

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＞ 「中長期の方針」と題して市に提出した文書があるが、その後の見直しや新規の策定は実施されていない。管理者の構想として、地域のニーズの高い日中一次事業や生活介護事業の拡充を目指んでいる。収益確保を条件としながらも、老朽化したトイレの改修やエアコンの入れ替え等、必要な改善を実施している。		
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 · (b) · c
＜コメント＞ 単年度の事業計画の枠組みを示すべき中・長期計画が策定されていないことから、前年度の事業計画の反省に立って新たな事業計画を策定している。重点的に取り組む5項目の「重点目標」を掲げているが、数値目標が設定されていない。期中で重点目標の進捗を評価したり、期末の最終評価において重点目標の達成度合いを判定する上でも、数値目標の設定が求められる。		
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 · (b) · c
＜コメント＞ 事業計画の策定に関しては、管理者と幹部職員の手で事業計画案を策定して理事会の承認を得て決定されている。事業計画の見直しは、毎月開催される代表者会議を活用することとしているが、昨年度においても重点目標の進捗管理が実施されたとの記録は残っていない。		

	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 · b · c
--	-------------------------------------	----	-----------

〈コメント〉

家族会総会の際に、管理者が事業計画の中の必要な部分を説明しており、その時使用した資料を欠席した家族に送付している。利用者には利用者の朝礼時に必要事項を伝えているが、障害特性による理解力の差が大きいことから、新たな説明文書を作成するには至っていない。

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 · b · c
---	----	-----------

〈コメント〉

第三者評価を定期的に受審し、前回の受審で得た気づきの実践として「ケース検討会」を3年前から再開している。個別支援計画の見直しには、担当職員に加えて他職種の参加が原則となっている。利用者の満足度に直接的に関わる「食事の選択メニュー」の実施回数を増加させた。

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 · b · c
--	----	-----------

〈コメント〉

前回の第三者評価の結果を基に、課長を責任者として各種の改善に取り組んだ。改善策はフロア会議や代表者会議で討議・決定され、それらを議事録として記録に残している。フロア会議や代表者会議が有効に機能することによって、課題や問題点の解決が迅速に行われるようになった。

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
---	-----	-----------

〈コメント〉

法人の「管理規程」や「職制規程」によって管理者の役割と権限が規定されている。管理者自らの所信の表明は、ホームページの「施設長コメント」として掲載されている。管理者不在時の権限委任については、「職制規程」の中に“課長”を受任者とすることが明記されてある。

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 · b · c
---	-----	-----------

〈コメント〉

コンプライアンス重視の方針を打ち出しており、事業の運営に関する法令や制度の改正時には、自ら外部研修に参加したり内部研修を実施したりすることで周知を図っている。利用者の権利侵害の関する事例がニュース等で取りあげられたときには、朝礼や終礼、会議等を使って職員に話題を投げかけている。

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
---	-----	-----------

〈コメント〉

利用者の満足度を高める改善が急ピッチで進んでいる。特に老朽化が課題となっているハード面に関しては、宿泊棟のトイレの全面改装や洗面所の改装を行い、トイレは明るく清潔感を増し、洗面所には歯ブラシ置き場が設けられた。入院している支援困難者の退院が決まり、受け入れのための居室改装も行った。ソフト面では、食事の選択メニューの頻度を高めている。

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
---	-----	-----------

〈コメント〉

職員を増員して有給休暇を取りやすくし、時間外労働時間の短縮を図っている。勤務時間内に業務を終えることを基本とし、各種の会議やミーティングも勤務時間内に設定することに変更した。やむを得ず会議等が勤務時間外に及ぶ場合には、時間外手当を支給することとしている。

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)
<コメント> 中・長期計画が明文化されていないことから、将来に向けての必要人材に関する方針等を明確に示すものはない。職員は充足しており、法人内外の他事業所に見られるような職員不足の状態にはない。外部研修にも職員の積極的な参加を推奨している。				
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	・	(b)
<コメント> 年功序列型の人事管理から脱却することを、法人としても検討が始まった。じっくりと時間をかけ、職員の理解が得られる人事考課制度やキャリアパスの構築を期待したい。				
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)	・	b
<コメント> 職員の定着が良く、職員配置に余裕が出てきたことにより有給休暇が取りやすくなり、時間外労働時間も短縮してきた。これまで利用者の支援を優先することから職員の労働条件の改善が後回しになっていたが、職員の安定的な雇用を後ろ盾として、さらに“働きやすい職場づくり”が進むことが予想される。				
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	・	(b)
<コメント> キャリアパスが構築されていないことから、職員一人ひとりが自らの将来の姿を思い浮かべることはできず、法人主導の階層別の研修も組み立てる術がない。職員育成の手段は限定的で、事業所内の様々な役割を職員に割り振って成長を促し、内外の研修参加を推奨して資質の向上を図ろうとしている。かつて実施されていた管理者と職員との個人面談は行われていない。				
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)	・	b
<コメント> 事業計画の中で職員の研修に関しての方針を示し、外部研修の概要と内部研修の内容を明記している。外部研修の概要として、施設訪問研修に5名、強度行動障害支援者養成研修（基礎コース）に6名、強度行動障害支援者養成研修（実践コース）に2名を参加させることを計画している。研修を履修した職員は復命書を作成し、事業所内の研修会で報告している。				
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	・	(b)
<コメント> 職員の充足によって職員配置に余裕が生じ、外部研修へ積極的に参加することが可能となった。復命書の所感欄には、研修に参加した職員の“気づき”や“決意”が記述されているが、それらを追跡して研修効果を検証する取り組みはない。				
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	・	(b)
<コメント> 前回の第三者評価受審で得た気づきを活かし、「実習生受け入れマニュアル」が整備されていた。マニュアルとして高い完成度を有しているが、事業所内の配布管理が徹底されておらず、旧版が回収・廃棄されずに残っている事例があった。実際の実習生受け入れは、主に保育実習生と介護福祉士実習生を受け入れている。				

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 · b · c	
コメント 法人のホームページで「社会福祉法」が求める諸情報を公開し、第三者評価に関しても定期的に受審して事業運営の透明性を担保している。法人の「苦情解決規程」とは別に、事業所独自の「苦情・相談受付制度」を運用している。法人主導で、ホームページ等を活用した苦情情報の公表・公開の仕組みづくりを期待したい。			
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 · b · c	
コメント 「経理規程」や関連規程、マニュアル等によって、事務・経理・取引に関する手順が定められている。物品購入時には「購入伺」、決済・支払い時には「支出伺」が作成されており、内部牽制の仕組みが確立している。会計事務所の公認会計士による経理・財務のチェックが毎月実施されており、行政の監査や法人監事による内部監査においても特段の指摘事項はない。			

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	a · b · c	
コメント 「平成31年度事業計画」の中で、地域交流や地域貢献の基本的な考え方や法人・事業所の姿勢を示している。「福祉のつどい」や「凧祭り」、「秋祭り」等の地域イベントには利用者が参加し、法人行事である「納涼夏祭り」や「文化祭」の際には、地域に参加を呼び掛けるチラシを配っている。			
II-4-(1)-② ボランティア等の受け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 ボランティアの受け入れや福祉体験学習の受け入れの方針を事業計画に示し、マニュアルに沿って受け入れを行っている。法人主導の行事ボランティアを除き、事業所が主管する「理美容」や「グランドゴルフ」、「手芸」、「書道」、「絵画」等のボランティアが年間延べ115人来訪している。福祉体験学習の中学生受け入れは、市内3中学校から述べ56名である。			
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	a · b · c	
コメント 事業所としての社会資源のリストは無いが、市が作成した「社会資源マップ」を、社会資源のリストとして活用している。利用者が関係する医療機関については、「事故・急病対応マニュアル」の中に網羅されている。			
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	障26	a · b · c	
コメント 市の自立支援協議会の各種会議に参加し、また法人の相談支援事業所と緊密な連携体制をとて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。それらの情報から、障害者グループホーム（生活共同援助事業）への入居や生活介護事業、日中一次事業の利用ニーズが浮き彫りになっている。			
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等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 地域の福祉ニーズである生活介護事業と日中一次事業の受け入れは可能であるが、障害者グループホーム（生活共同援助事業）の増設は法人としての決定（承認）が得られなかった。収益面を考慮しつつ、法人としての受け入れ態勢の整備を期待したい。			

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 利用者尊重の姿勢は、定期的な会議（毎月各種会議有り）の実施や研修（勉強会）で職員間の情報共有を図っている。主任を中心とした書類作成の流れが確立し、見直しも実施されており、共通の理解をもつための取り組みを積極的に行っている。		
III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保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 プライバシー保護や権利擁護のマニュアルが整備され、現場でも閲覧できるよう配慮されている。同性介助を念頭においた支援体制が構築されている。「支援実施書（個別支援マニュアル）」を担当者が作成する事で、経験の浅い職員でも「実施書」に沿って利用者・家族に説明できるようになっている。		
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 · (b) · c
コメント ホームページで情報を公開し、事業所内にパンフレットを設置して積極的に見学や体験利用の受け入れを実施している。また、問い合わせの電話対応においても、事業所の現状を丁寧に説明し、利用を検討していない方でも、次に繋がるよう心がけて対応している。より多くの利用希望者の理解促進につながるよう、分かりやすい資料作成に動き出している。		
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) · b · c
コメント 契約に必要な書類は整っている。利用者・保護者には時間をかけて話しを聞き、丁寧な説明を心がけている。必要に応じて看護師や栄養士とも面談する場を提供し、安心して利用してもらうための配慮がある。意思決定への配慮の必要な利用者からの意見の汲み取りをどうしていくか、今後職員間での協議が進んでいく事でより一層「理念」に沿った支援が期待できる。		
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 · (b) · c
コメント 事業所からの移行は実例が少なく、高齢化や重度化に伴っての病院への移行が目立つ。文書や面談で十分な説明を行い、「話をする事の大切さ」を意識して実践している。今後増加が予想される様々な移行事例に適切に対応するための手順書やマニュアルがなく、早期の整備に期待したい。		
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 · (b) · c
コメント 利用者満足の向上のために嗜好調査を行い、月1回食事の選択メニューを実施している。理容や美容においても、利用者の希望を聞き入れて実践している。意思決定の困難な利用者への対応力を高めるため、職員のスキルアップの勉強会を実施し、人材育成と連動させて寄り添う事の大切さを意識して支援している。支援を包括的に捉えた満足度調査の実施に期待したい。		
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 · (b) · c
コメント 法人の制度とは別に事業所独自の苦情解決の仕組みがあり、記録も残している。内容によっては代表者会議でも協議されている。事業所として普段から利用者の意見に素早く対応しているため、多くの意見が集まる環境ができている。苦情とすべきか否かに関しては職員毎の判断基準にバラつきがあり、統一した基準を定めて早期に改善することが望まれる。		

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	a · (b) · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

意見があった時にはその都度対応し、状況に応じて他者の目を遮る相談室などでも対応している。受付後には、現場→フロア会議→代表者会議等の流れも確立している。意思疎通の困難な利用者の意見をどう汲み取るかが課題として残っており、また利用者へ相談方法等の周知を図る方法が確立される事を期待したい。

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 · (b) · c
---	-----	-------------

〈コメント〉

傾聴する姿勢が職員主導にならないような取り組みがあり、事案によってはフロア会議や代表者会議に諮る流れも確立している。現在は意見箱やアンケートの実施は行っていないが、導入していない理由も明確になっているため、事業所に合った独自の意見汲み取り方法を確立される事を期待したい。

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	(a) · b · c
---	-----	-------------

〈コメント〉

「危機管理委員会」が設置され、定期的な会議や分析等も行っている。ヒヤリハットや事故などが連続して発生した場合は、対応策などを再度周知徹底して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	a · (b) · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

「感染症マニュアル」が整備されており、外部講師（専門学校・保健所）を招いて内部研修を実施している。インフルエンザの流行するシーズンには手洗いの徹底や活動変更等を実施し、感染拡大の防止に努めている。今後は、感染症管理体制の整備を明文化することが望ましい。

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 · (b) · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

被災後の職員の役割分担の見直しを行う等、現時点の課題は明確に把握されている。昼間や夜間体制を想定した訓練の実施や、土砂崩れを想定した訓練を実施している。町内会長や区長、行政関係者、消防関係者等が参加する地域懇談会で事業所を理解してもらう取り組みも行われている。今後は地域住民が参加する具体的な訓練の実施で、さらなる安心・安全な体制を構築することが望まれる。

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 · (b) · c
〈コメント〉		
標準的なサービス提供の実施方法が、各種のマニュアルにまとめられている。しかし、職員ごとの支援に差異が出やすい「意志疎通が難しい利用者」に対する「意志や意向の把握」や「連絡や伝達の方法」等に関しては、手順の明文化ができていない。標準化が可能な部分についてはマニュアル化を図り、支援が統一されることを期待したい。		
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 · (b) · c
〈コメント〉		
標準的な実施方法を見直すルールが確立していない。マニュアルが改訂されて正規の版（最新版）が運用されているにも拘らず、旧版が回収・廃棄されずに使用可能な状態のまま放置されている例があった。最新版管理や配布管理の方法を検討し、それらを含んだ標準的な実施方法の見直しのルールを確立することが望まれる。		
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	a · (b) · c
〈コメント〉		
個別支援計画作成における流れができており、責任者も明確になっている。アセスメントは担当職員毎に実施しているが、他職種の職員等が参加しての協議は行われていない。同じような役割を持つケース検討用紙を活用したケース会議を年度当初に実施する事で、情報の共有は図られている。		

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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
--------------------------------------	-----	-----------

〈コメント〉

アセスメントの実施やケース検討会議などの取り組みがマニュアル化されている。各種記録は使いやすい様に事業所独自の物を活用したり、ソフトを導入して事業所独自のカスタムをメーカーと共同で開発している。

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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
---	-----	-----------

〈コメント〉

職員は、フロアの支援室で支援の合間に記録作成ができるような工夫がある。ソフトを活用し、ピンポイントで必要な情報をいつでも誰でも（全職種）共有する事ができる。記録作成に関して、適時助言やパソコンへの入力方法についてのポイントなどが、いつでも見える様に配慮されている。

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	Ⓐ · Ⓐ(b) · Ⓒ
------------------------------------	-----	--------------

〈コメント〉

利用契約時に、利用者・家族に対して記録の管理体制についての説明を実施している。主任を中心とした記録管理体制は構築されており、その仕組みを明文化する事で、より一層安心・安全な個人情報等の管理体制が確立することが期待できる。

【内容評価基準】

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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
〈コメント〉		
利用者の意思決定に関するマニュアルが整備されている。理容や美容ボランティアが定期的に来訪しており、利用者の個々の要望に対応している。入れ歯や顔そり、爪の確認などは毎日実施しており、フロアで購読の要望のある雑誌を完備するなど、随時の対応がある。		

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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
〈コメント〉		
身体拘束に関するマニュアルが整備され、関連する記録も残している。権利擁護に関する研修会に参加するなど、職員の意識向上を目的とした取り組みもある。あってはならないことではあるが、万一の不測の事態に対応できるよう、今後も取り組みを継続することが望ましい。		

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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
〈コメント〉		
利用者の高齢化や重度化が進み、設備の老朽化も指摘されることから、対策として計画的な設備改修（トイレ、洗面所等の改修）を実施し、過ごしやすい環境作りに取り組んでいる。今後も計画的に設備改修を行うことが決定しており、課題を把握した適切な施策が講じられている。		

	A-2- (1) -② 利用者的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
--	--	-----	-----------

〈コメント〉

意思疎通の困難な利用者に対し、個別に構造化の手法を用いるなど、視覚的に情報提供を行うなどの配慮がある。強度行動障害やTEACCHプログラム（自閉症の人への支援プログラム）の研修会等にも参加し、支援の見直しを行っている。意思疎通の困難な利用者への支援に関し、職員個々の対応に差異が出ない仕組みづくりや、適切なコミュニケーションツールの選定等、さらなる取り組みを期待したい。

	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
--	--	-----	-----------

〈コメント〉

定期的にモニタリングも実施されており、記録も整備されている。担当職員が「支援実施書」を作成して職員間で共有する事で、支援の統一が図られている。家族アンケートからも、「話をよく聞いてくれる」、「職員が優しい」、「いつ行っても、和やかな明るい雰囲気」、「最後までここに居たい」等々、利用者の意思を尊重した支援の実践が裏付けられた。

	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
--	--	-----	-----------

〈コメント〉

「活動委員会」を設置し、活動プログラムの見直しを行っている。利用者の何がやりたいかを探り、何ができるのかを考察する取り組みが進んでいる。積極的な社会体験などから、「選択する事の楽しみを伝えたい」と言う職員の篤い思いが伝わってきた。

	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
--	---------------------------------------	-----	-----------

〈コメント〉

外部研修への参加や施設訪問研修を実施し、障害特性に関する事を積極的に学んでいる。支援困難事例においても、支援のパターンを変えるなどして情緒安定を優先した支援が統一されている。生活の場における掲示物で支援者向けのワンポイントアドバイスがあり、先輩職員のリーダーシップも発揮されている。

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 · b · c
--	--	-----	-----------

〈コメント〉

毎月選択メニューが設けられ、利用者にあった食事形態（刻み食等）が準備されている。場合によっては栄養士が面談で聞き取りを行い、その情報を個別支援計画に反映させることにより、他職種間においても情報を共有する仕組みがある。朝と昼に体力作りをかねた歩行（施設内）を行ったり、水分摂取や野菜ジュースを提供する事で規則正しい排便リズムを保っている。

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 · b · c
--	---	-----	-----------

〈コメント〉

施設内の共有スペースを確保するために備品の移動などを行い、利用者の活動スペースを確保するなど様々なところで工夫が見られる。活動スペースをパーテーション等で仕切る事で、衝突や転倒を未然に防ぐ取り組みが実施されている。今後さらに深刻となる利用者の高齢化や重度化、相性などの課題に対し、根本的な改善に向けた取り組みを期待したい。

A-2- (4) 機能訓練・生活訓練

	A-2- (4) -① 利用者的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 · b · c
--	---	-----	-----------

〈コメント〉

医師やPT（理学療法士）の指導の下、充実した設備環境の中でリハビリを実施している。「支援実施書」などからも情報共有がされている。今後は、職員が医師やPT（理学療法士）から機能訓練や生活訓練の知識や技術を吸収し、利用者が日常的、主体的にリハビリに取り組めるような環境整備を期待したい。

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 · b · c
--	--	-----	-----------

〈コメント〉

毎日、体温や血圧測定などのバイタルチェックを行い、定期的に体重測定を行って記録を残している。毎月医師の回診もあり、必要に応じて看護職員の付添いの下に医療機関に受診している。嚥下体操等を実施して咀嚼や嚥下能力の維持を図り、健康保持への取り組みを実践している。利用者の体調変化には、マニュアルに従って看護職員が対応することになっている。

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 · b · c
---	-----	-----------

〈コメント〉

医療的支援に関するマニュアルは完備されている。服薬管理は看護職員を中心とした管理体制があり、チェック表を活用するなど安全対策が取られている。外部講師を招いて職員研修を実施するなど、安全管理に対する取り組みが効果的に実施されている。看護職員の常駐しない時の対応や体調不良者の過ごす場所など、課題は明確になっているため早期の対策が期待される。

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

利用者が高齢化、重度化して行く中での充実した社会参加活動は難しさを伴うが、可能なものは個別支援計画に盛り込んで実施している。社会見学の行き先は利用者の希望を最大限に取り入れて実施しているが、その頻度やバリエーションの数は少ない。利用者自らが、社会参加や学習支援を欲するような意識の醸成を図る取り組みに期待したい。

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

利用者のニーズを把握した上で、グループホームの体験利用をサポートしたり、様々な体験ができる外出を支援するなど、地域生活につながる機会を提供している。地域移行や在宅での生活を希望する利用者の特徴や障害特性を加味した訓練を実施した経験がある。しかし、高齢化や重度化によって地域移行を希望する利用者は少なく、十分な実績を挙げるには至っていない。

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 · b · c
--------------------------------------	-----	-----------

〈コメント〉

家族懇談会や家族親睦会、定期面談の機会に意見を交換し、家族とのつながりを大切にしている。家族としては思いを伝える機会が多く、アンケート結果においても高い評価を得ている。キーパーソンに関しても高齢化が進み、各種行事への参加は減ってきている。それぞれの家庭の事情に合わせ、文書や電話でも情報交換を行う体制が取られている。

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	