

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 蔵王苑	種別：施設入所支援	
代表者氏名：渡部弘一	定員（利用人数）：80名（72名）	
所在地：愛知県田原市田原町西山口1番地		
TEL：0531-22-1145		
ホームページ： http://www.seisyunkan.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成10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：53名	非常勤職員：15名
専門職員	（管理者）1名	（看護職員）4名
	（サービス管理責任者）2名	（生活支援員）42名 内介護福祉士35名
	（事務職員）3名	（栄養士）1名
施設・設備の概要	（居室数）34室	（設備等）医務室、静養室、食堂
		多目的室、訓練室、洗面所
		地域交流室、相談室、浴室、便所

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

【蔵王苑の使命】

- (1) 施設で生活する利用者も基本的人権を保障されていることを念頭に置き個人が尊厳をもって、その人らしい生活が出来るよう支援する。
- (2) 社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への参加、さらに社会復帰を目標に自の力で生きる活力を生み出せるよう支援する。
- (3) 日常生活において、全てを支援するのではなく利用者それぞれの残存機能を把握しその活用に努める。
- (4) 施設内の環境、生活条件を可能な限り一般家庭の生活様式に近づけ日課、行事、活動の充実を図り、楽しく潤いのある生活を目指す。
- (5) 地域の中核として施設の持つ機能、設備、人材を提供し、地域に開かれた施設を目指す。

④施設・事業所の特徴的な取組

- (1) 障害の特性に応じた専門的な支援の充実
- (2) ケアガイドラインの普及
- (3) ノーリフト介護（抱え上げない介護）の研究
- (4) 高齢者介護の研究
- (5) 口腔ケアの充実
- (6) 日中活動の充実、積極的なボランティアの受け入れ
- (7) 人材育成の積極的な取組（内部研修会の実施、外部研修会への職員派遣、介護福祉士等資格取得奨励）
- (8) 福祉専門学校等からの実習の受け入れ

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 11月 14日（評価決定日） 【令和元年 8月20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

◆管理者と法人次長の二人三脚

これまでは、事業経営のための情報収集や分析、方針決定が法人次長の役割であったが、新たな管理者になって二人三脚の共同指導体制となった。「時代の変化に対応する」組織づくりを目指す管理者にとって、後ろ盾となる法人次長の存在は力強い。管理者、法人次長、課長、主任で構成される「管理会議」（毎月開催）を新設し、事業所幹部による「経営ストーリーミーティング」を不定期で開催して事業計画の策定や懸案事項の討議・決定を行う等、新たな取り組みが次々と試行されている。

◆初の中・長期計画の策定

着任2年目の管理者の下で、「第一次3カ年事業計画」（2019～2021年度）が策定されている。事業所としては、初めての体系化された中・長期計画の策定である。法人理念～事業所の使命～行動指針～重点目標と展開し、3年間の取り組み（やるべき事）をテーマ別に設定している。テーマを「経営」9課題、「運営」6課題、「人材」8課題、「設備」3課題、「地域」3課題に類別し、それぞれの課題につて2021年度終了時の「あるべき姿」を示している。収支計画をも示し、3カ年計画の最終年度には、単年度の黒字化を目指している。

◆非常事態への対応

「緊急連絡網」や「備蓄リスト」、「災害対応マニュアル」などが用意されており、災害時に対する備えがなされている。「緊急連絡網」についても実際に機能するかどうかの確認をしたり、消防署との訓練の中ではしご車による館外脱出訓練を行うなど、様々な工夫がなされている。また、災害時の福祉避難所としても登録している。「感染症マニュアル」が整備されており、看護職員主導の下に感染予防に努めている。見直しも適宜行われており、適切な管理がなされている。感染予防に関する研修会のような大がかりな取り組みはないものの、簡単な資料にて利用者および職員への周知や注意喚起を促す取り組みが行われているなど、今できることを確実にやっている。

◇改善を求められる点

◆人事管理システムの構築に際して

総合的な人事管理の中核となるべきキャリアパスが未構築で、人事考課制度が制度設計の検討に入っている状態であり、職員個々やグループ単位の面談に頼った人事管理となっている。法人主導による包括的な人事管理システムの構築が望まれるが、事業所単位での人事考課制度の検討に際しては、功を急がず、後に禍根を残すことの無いよう、慎重な取り組みを期待したい。

◆「苦情なし」に、システムの欠陥を疑う姿勢を

「苦情解決規程」や苦情に関する各種記録様式は整っており、苦情受付担当者や責任者が誰なのかも施設内の掲示物にて周知が図られている。ただ、記録を見る限りここ10年ほど苦情がないことから、機能しているかという点では再確認する必要がある。「苦情か否か」の判断が職員間でも曖昧であり、まずは組織として「苦情」に対する判断基準を明確にし、全職員の共通認識とすることが望まれる。顕在化した、あるいは潜在的な苦情やクレームをあぶり出し、解決策を講じることで利用者の満足度の向上を目指されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

“あなたにより添います 愛と心と手のひらで”

法人理念と蔵王苑のミッションがサービス行動の規範となるよう職員全員に周知していくことの重要性を認識し、各部門責任者と業務を推進していきます。

評価に対する取り組みとして、

- ①自己評価(a)に対し、第三者評価(b)が9項目あり、第三者評価をスタンダードと捉え、指摘をいただいた内容の改善を最優先に取り組みます。
- ②第三者評価(b)項目については、スタンダードを(a)と捉え、(a)への改善に取り組みます。
- ③第三者評価(a)は更に、スーパー(a)となるよう業務改善に取り組みます。
- ④総評にて指摘をいただいた「苦情なし」のシステム欠陥については、令和2年度の重点目標に掲げ取り組んでいきます。人事管理システム構築については、蔵王苑で対応できる内容と法人として取り組むべき内容があります。キャリアパスについては、職階別、専門性の2方向で目的、役割、期待値、成果の仕組みを今年度中に作り上げます。

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・⑥・c
<コメント> 利用者本位の支援を徹底するため、法人理念として「あなたに寄り添います 愛と心と手のひらで」を掲げて支援している。より良い支援を目指し、誕生会を兼ねた毎月の利用者連絡会では、利用者の意見や要望の把握に努めている。しかし、利用者・家族アンケートでは、法人理念の精神からかけ離れた職員の言動が浮き彫りになった。職員に対する理念教育の実施が求められる。			

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
<コメント> 市・自立支援協議会運営会議に参加し、事業所運営に必要な情報を取得している。着任2年目の管理者は一般企業出身であることから、障害福祉サービスの実態を把握するために自施設の支援現場に足を運ぶだけでなく、他法人の事業所訪問を通して様々な情報を収集している。法人次長との二人三脚の管理体制を敷き、経営分析にも余念がない。			
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・⑥・c
<コメント> 利用者の定員割れの状態が続いていることから、収益面の悪化という経営面の課題に直面している。また、法人3事業所中で唯一職員の不足が表面化しており、明確な解決策が見つからないまま対応に追われている。中期3ヵ年計画（2019～2021年度）の収支計画では、最終年度の単年度黒字化を見込んでいる。			

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
<コメント> 新たな管理者の下で、「第一次3ヵ年事業計画」（2019～2021年度）が策定されている。法人理念～事業所の使命～行動指針～重点目標と展開し、3年間の取り組み（やるべき事）をテーマ別に設定している。テーマを「経営」9課題、「運営」6課題、「人材」8課題、「設備」3課題、「地域」3課題に類別し、それぞれの課題につて2021年度終了時の「あるべき姿」を示している。			
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> 「第一次3ヵ年事業計画」（2019～2021年度）が示す枠組みに沿って「平成31年度事業計画」が策定されている。しかし、6項目の重点目標について目標とする数値が明確にされておらず、結果として毎年度の事業報告が曖昧な記述に終始することとなっている。可能なものに関しては、数値目標を設定して取り組むことが望ましい。			
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
<コメント> 事業計画策定の方針や考え方が、管理者～主任～担当者と、上意下達の組織的な流れで伝えられ、事業計画案がその逆の流れで上がってくる。最終決定は幹部による「経営ストーリーミーティング」で行われる。決定した事業計画は全体会で周知が図られ、10月の全大会で中間見直しを実施される計画である。			

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 利用者には年度当初の利用者連絡会で事業計画を説明しているが、新たに分かりやすい資料等を用意することはなく、口頭での説明である。家族会が組織されていないことから、家族への周知は個別支援計画策定時を利用することとなるが、タイムラグもあって十分に説明しきれているとは言い難い。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> サービスの質の向上を目指して、組織的な形ができ上がりつつある。広報委員会や共同行事委員会等の法人主導の委員会の他に、事業所独自に防災委員会や感染症委員会、虐待防止委員会、行事委員会、リスクマネジメント委員会等を組織し、事業計画重点目標推進メンバーを選定している。毎年支援課長が自己評価を行っているが、職員全員参画の自己評価となっていない。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 管理者、課長、主任で構成される「経営ストーリーミーティング」が組織され、事業計画の策定や懸案事項の討議・決定に有効に機能している。経営課題等の洗い出しを行って討議は行われているが、把握した課題についての計画的な改善策は取られていない。責任者（誰が？）、期限（いつまでに？）、実施方法（何をやる？）を明確にした改善計画の策定が待たれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 4月の全体会で自らの所信を表明し、「時代の変化に対応する」組織づくりを標榜している。3年間の収支計画を含んだ「第一次3カ年事業計画」（2019～2021年度）を策定し、最終年度の令和2年度には単年度の事業収支の黒字化を目指している。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者に着任し、すぐコンプライアンス重視の方針を打ち出し、行動指針を定めたり、外部講師を招聘して権利擁護に関する職員研修を実施したりしている。継続的に利用者の権利擁護に関する職員アンケート（虐待チェックリストを使用した自己点検）を実施し、今年度実施分は現在集計中である。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 第三者評価をほぼ3年に1度、継続的に受審している。利用者の満足度調査を4年に1回実施し、結果を分析して幹部職員に回覧し、職員研修や個別指導等につなげている。しかし、満足度調査の結果が数値で表されていないことから、前回との比較・分析が実施されていない。</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
<p><コメント> 経営の実効性を高めるために会議体の整備に取り組んだ。管理者、次長、課長で組織する「運営会議」を新設し、その下に管理者から主任までで構成する「代表者連絡会」を置き、それぞれ毎月の開催である。委員会の役割を明文化し、委員長任せにせずに組織で動く体制を構築しようとしている。不定期開催の「経営ストーリーミーティング」も機能を発揮している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「第一次3カ年事業計画」（2019～2021年度）のテーマの一つに「人材」を取り上げ、キャリアパス制度の構築や人事考課制度の導入の検討、働きやすい職場づくり等8項目の施策を明確にしている。職員の不足が継続的な課題となっている中、職員の離職防止策も重点課題として取り組まれている。</p>		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>総合的な人事管理の中核となるべきキャリアパスが未構築で、人事考課制度が制度設計の検討に入っている状態であり、職員個々やグループ単位の面談に頼った人事管理となっている。法人主導による包括的な人事管理システムの構築が望まれるが、事業所単位での人事考課制度の検討に際しては、功を急がず、後に禍根を残すことの無いよう、慎重な取り組みを期待したい。</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	③ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員の離職を少なくするために、働きやすい職場づくりに鋭意取り組んでいる。結果として、時間外勤務時間の減少や有給休暇の取得促進が進んでいる。有給休暇は1時間単位での取得が可能であり、子育て中の職員や運転免許証を更新する職員が有効に活用している。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、育児休暇明けの職員の夜勤勤務を免除する仕組みもある。</p>		
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 ・ ④ ・ c
<p><コメント></p> <p>キャリアパスが未構築のために、職員個々が自らの将来の姿を明確に思い描くことはできない。春のグループ面談、秋の個人面談を活用して目標管理を行おうとしているが、人事制度としての精度は粗い。</p>		
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	⑤ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「第一次3カ年事業計画」（2019～2021年度）の中に、OJTや外部研修の基本的な方針と取り組みを明示し、それに沿った「平成31年度主な研修会の参加予定者」が作成されている。研修履修後には「復命書」の提出を求め、研修の効果を確認している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>「研修参加名簿」で、職員個々の研修履歴を管理している。「平成31年度主な研修会の参加予定者」が公表されているが、職員の不足感が蔓延しており、職員自らが望む研修等に自由に参加できる状態とはなっていない。「復命書」の所感欄には研修において学んだことや気づき等が記述されており、研修効果は確認できるが、それらが支援の現場で活用されたか否かの検証は行われていない。</p>		
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	⑦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>前回の第三者評価受審での気づきを踏まえ、実習生受け入れのマニュアルを見直し・改訂した。毎年、介護福祉士実習生を中心に10名を超える実習生を受け入れている。事業所で受け入れた実習生を職員採用につなげる取り組みもあり、実際に採用された実習生もいる。</p>		

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	ⓑ	c
<コメント> 法人のホームページには、社会福祉法で規定された法人情報（概要、沿革、決算情報等）が公開されている。事業な内容を網羅した法人の広報誌が年間3回発行され、地域の必要な箇所に配布されている。苦情・相談の受け付け状況に関しては、公表の仕組みが確立していない。				
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	Ⓐ	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おり、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	Ⓐ	b	c
<コメント> 「第一次3カ年事業計画」（2019～2021年度）の中に、「地域」に関する3項目の施策を掲げて取り組んでいる。地域における情報ネットワークの構築、市の地域福祉計画に沿った連携体制の構築、東海・北陸身障協議会の委員会決定事項に沿った防災体制の構築と施設間連系等がその内容である。本年度の事業計画の中でも、地域交流の基本的な方針と詳細な内容を示している。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 「平成31年度事業計画」に、5各種交流（3）実習、体験学習、ボランティアの項目を割り、ボランティア受け入れに対する方針を掲げている。体験学習に関しては学校教育への協力を謳い、年間5日を受け入れ目標として設定している。ボランティアでは、行事支援のボランティア受け入れだけでなく、利用者の日常的な個別活動への参画を促すこととしている。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 市・自立支援協議会の月1回の運営会議や年に2回の全体会に参加し、地域の事業所連携を強固なものとしている。市の介護福祉士養成機関（専門学校）が学生不足から経営形態の変革を迫られており、地域の他法人とともに打開策を模索している。市が福祉のガイドブックを発行しており、地域の社会資源リストとして活用している。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 法人主導で「地域懇談会」を開催し、町内会長や区長、行政関係、消防関係等、幅広い部門・階層から情報を収集し、地域の福祉ニーズを把握しようとしている。市・自立支援協議会の各種会議にも積極的に参加して福祉ニーズの把握に努め、県内の相談支援事業所からも様々な情報を収集している。				
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	ⓑ	c
<コメント> 市との契約で、災害時の福祉避難所として登録している。距離の遠近に関係なく、県内の多くの相談支援事業所と連携を図り、様々な情報交換を行っている。その成果が表れ、知多地区の相談支援事業所を仲立ちとして利用契約が整った。しかし、深刻な利用者の定員割れの状態が続いており、地域の利用希望者の掘り起こしが急務となっている。				

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>年2回実施される「職員全体会」のうち、年度初めに行われる1回目の会議にて「理念」や「基本方針」等に関する説明がなされている。参加者は40～50人とかなりの規模で、多くの職員に周知するような仕組みがある。ただ、この機会を除けば理念や基本方針等に触れる機会はほとんどなく、折に触れて理念等に触れられる仕組みを用意することが望まれる。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>トイレや居室に可能な限りカーテンを設置するなど、プライバシーが保たれる環境を用意しているが、建物の構造的なことや声がどうしても他者に聞こえてしまうなど、対応には限界がある。プライバシーに関する規程やマニュアル等は整備されており、組織としての体制は整っている。反面、個々の職員への教育や周知については十分とは言えず、これらの機会の用意が期待される。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページにより、必要な情報を得ることができる。法人の機関誌である「きずな」を年3回発行しており、利用者の家族だけでなく、関係機関等多くの場所に設置・配布するなど、広く情報提供する仕組みがある。事業所のパンフレットはシンプルで分かりやすいものの、情報量はそれほど多くない。そのため、見学を丁寧に行い、分かりやすく説明するよう努めている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書や利用契約書に加え、「利用のしおり」が用意されている。利用するにあたっての留意点や細かな生活の部分まで記載されており、利用する側としても安心できるものとなっている。ただ、ルビがついた資料やかみ砕いた（わかりやすく表現した）資料など、利用者向けに特化した資料が用意されていないため、今後の整備に期待したい。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>移行等の際には、生活支援課長が担当窓口となり対応する仕組みがある。引き継ぎに関する書類（アセスメントやフェースシート、各種記録用紙等）も用意されている。ただ、もれなく確実に提供するために「どの資料を提供するのか」が明確に示されてはならず、その時々での対応になっている。手順や引き継ぎ文書のチェックリスト等、いつ誰が行っても同一の対応ができるようルール化することが望まれる。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>満足度調査は平成29年度に行われているが、それ以降は実施されておらず、日々の利用者からの相談や「利用者連絡会」、「利用者相談日」等の利用者とのコミュニケーションの場を通じて情報を得るに留まっている。利用者の満足度を知る手段としても定期的に行う調査は有効であることから、再度その仕組みが構築されることが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見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
<p><コメント></p> <p>「苦情解決規程」や苦情に関する各種記録様式は整っており、苦情受付担当者や責任者が誰なのかも施設内の掲示物にて周知が図られている。ただ、記録を見る限りここ10年ほど苦情がないことから、機能しているかという点では再確認する必要がある。「苦情か否か」の判断が職員間でも曖昧であり、まずは組織として「苦情」に対する判断基準を明確にし、全職員の共通認識とすることが望まれる。</p>		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>組織としていつでも相談を受け付ける体制が整っており、利用者が話しやすい人を自由に選べることや、他人に聞かれたくないような内容であれば個室を用意するなど、可能な限り相談しやすい環境を整えている。また、「利用者相談日」と呼ばれる取り組みを毎月1回実施し、腰を据えて利用者の相談を受ける時間が用意されている。</p>		
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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>「利用者相談日」が用意され、事業所として積極的に相談を受ける活動はある。しかし、これを除けば利用者からの相談や意見が出てくるのを待つスタンスであることから、事業所側からのさらなる積極的な働きかけ（相談や意見の情報収集）が望まれる。記録についても、確実に残される仕組みとはなっていない。記録が残り、その情報が確実に共有できるような体制作りが望まれる。</p>		
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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>ヒヤリハット事例を毎月集計し、細かい内容で記録している。事業所内のどの部分が危ないのかを話し合う内部研修を実施したり、新たな研修（事故分析RCA）を行う予定があるなど、リスクマネジメントへの意識は高い。課題としては、ヒヤリハット集計を基にした再発防止に向けての具体的な取り組みが弱いことから、PDCAサイクルの「C」と「A」に力を入れていくことを期待したい。</p>		
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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「感染症マニュアル」が整備されており、看護職員主導の下に感染予防に努めている。見直しも適宜行われており、適切な管理がなされている。感染予防に関する研修会のような大がかりな取り組みはないものの、簡単な資料にて利用者および職員への周知や注意喚起を促す取り組みが行われているなど、今できることを確実にしている。</p>		
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	⑤ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「緊急連絡網」や「備蓄リスト」、「災害対応マニュアル」などが用意されており、災害時に対する備えがなされている。「緊急連絡網」についても実際に機能するかどうかの確認をしたり、消防署との訓練の中ではしご車による館外脱出訓練を行うなど、様々な工夫がなされている。また、災害時の福祉避難所としても登録している。</p>		

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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>「シーツ交換」や「記録の書き方」、「移乗介助」、「食事介助」など、多岐にわたってマニュアルが用意されている。ただ、マニュアルの周知については末端職員まで行き届く仕組みが弱いいため、職員によってはマニュアル通りに業務を進めることができないこともある。また、マニュアル通りに実施されているかどうかを把握する仕組みについても改善の余地がある。</p>		
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 ・ ⑦ ・ c
<p><コメント></p> <p>各種マニュアル類の見直しは行われており、その改訂日も確認することができる。ただ、サービス管理責任者及び生活支援主任が見直しを行う仕組みになっているが、改訂時期については明確ではなく「適宜」となっていることから、「いつ」見直しを行うのか等のルール作りが求められる。</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支援計画を適切に策定している。	障42	⑧ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>今年度より新しいアセスメント様式を導入し、全利用者統一したものとなった。担当職員をはじめ、サービス管理責任者や看護職員、機能訓練員等他職種の意見も得ながら作成するなど丁寧な作成を行っている。個別支援計画も同様に統一した様式にて、本人のニーズを明確にした上で支援内容が細かく記載されている。</p>		

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
<p><コメント> 半年に一度、個別支援計画の見直しを行い、年度末には終了時評価を行った上で次の計画を作成するなど、PDCAサイクルに沿って実施している。頻度はそれほどないものの、緊急に見直す仕組みも整っており、適宜実施している。課題としては、見直された計画が職員の隅々まで行き渡る仕組みが弱いことから、その改善が期待される。</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)-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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> パソコンシステムを使って日々の支援を記録しており、出勤時に前日の出来事が分かるようプリントアウトした書類を見る仕組みがある。1ヶ月単位で利用者個々の記録を印刷し、個人ファイルに保管することで、個々の利用者への支援および生活内容が分かる仕組みがある。上記システム以外にも、手書きの「業務改善ノート」や「利用者相談ノート」等の申し送りツールも活用されている。</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
<p><コメント> 「個人情報保護規程」があり、事業所における取り扱いルールが決められている。個人の情報がファイリングされているケースファイル等は鍵のかかるブースにて管理するなど、情報漏洩にも配慮している。課題としては、個々の職員に対する「個人情報保護規程」の遵守に関わる理解促進と、記録の管理に関する定期的な教育機会の提供である。</p>		

【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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 外出については、移送サービスの利用や家族の協力も得ながら、利用者のニーズに合わせて実施している。希望外出では、年に1回ではあるが希望する外出先を利用者に選んでもらう取り組みも行っている。普段の活動も、極力利用者の希望を確認しながら取り組んでいる。</p>		

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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 「職員倫理綱領」や「虐待マニュアル」、身体拘束等に関する一連の資料等、書類関係は整備されている。権利侵害に関する研修を実施したり、セルフチェックリストを活用するなどの取り組みはみられるものの、具体的に権利侵害について職員間で話し合う機会や再発防止のための検討会が少なく、職員全体が権利侵害に対する理解を深めるための仕組みづくりが望まれる。</p>		

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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 事業所の理念の一つに「残存機能の把握と活用」が盛り込まれており、個別支援計画等に反映するよう努めている。希望する利用者には金銭管理の支援を行ったり、排泄支援を利用者希望の下対応するなど、できる範囲ではあるが取り組みがなされている。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 高齢かつ障害の重度化によりコミュニケーションに限界がある中、トーキングエイドや文字盤等を適宜活用しながら個々に合わせたコミュニケーション支援を行っている。ケース検討会議を定期的に行い、利用者の個別支援に関する話し合いがなされている。ただ、それらが一部の利用者に限られていること、コミュニケーション能力を高める支援やさらなる理解に向けた取り組みについては改善の余地を残す。</p>		

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 普段の支援の中で相談を受け付けることはもとより、毎月1回ではあるが「利用者相談日」を設け、利用者と向き合いながら話を聞く時間が用意されている。ただ、利用者が選択する上で必要となる情報提供の量と質共に十分でないこと、利用者アンケートで指摘された職員個々の対応に差があること、職員への周知と教育の機会が少ないことなど、改善する余地が残されている。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 日中活動については、基本的には利用者の希望を踏まえて提供されているものの、全体的にマンネリ化が課題となっている。活動メニューを多様化していくことや、利用者へ積極的なアンケートやヒアリングを行い、より利用者が望む活動を実施していくという改善策の実施が既に検討されており、これらの実現に期待したい。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 新人職員には3ヶ月間を目安に先輩職員が付き添い、業務内容のみならず利用者の障害特性等も伝えながら適切な支援につながるようにしている。課題としては、支援に携わる全職員への「障害特性の周知」であるが、利用者それぞれの特徴をまとめた一覧表を作成する予定があり、その完成と活用に期待したい。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 食事については、嗜好調査を実施して利用者の食に対するニーズを把握している。年2回、BUFF形式の食事を提供するなどの工夫も見られる。移乗については職員の腰痛予防や安全面を考慮し、昨年度より移動式のリフトを活用して効果を挙げている。食事や入浴、排泄支援等、利用者ごとの個別の支援については、個別支援計画に適宜記載して実施している。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 施設内は全体的に整理整頓が行き届いており、利用者が生活する上での安全性は保たれている。「和室」や「4人部屋」、「個室」と様々な居室がある中、個々の利用者の意向や障害特性等を踏まえた上で、少しでも快適に生活できるよう配慮されている。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 外部のPT（理学療法士）による機能訓練を毎週1回2時間実施しており、それ以外では事業所内に配置している機能訓練員が毎日リハビリを行っている。多くの利用者が対象となっていることから、一人あたりの頻度については決して多くないのが実情であること、リハビリ計画が十分整っていないことが課題であり、今後の改善に期待したい。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 「体調不良時マニュアル」や「受診時マニュアル」など、医療に関するマニュアルが整備されており、その見直しも適宜行われている。日々の健康管理として、体重・血圧・排便記録・検温などのバイタルを把握する仕組みもある。健康診断も定期的実施されており、嘱託医による回診も週に1回行われている。頻度は多くはないものの、看護師より感染症や熱中症等を注意喚起する周知活動もある。</p>		
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
<p><コメント> かつては吸引や経管栄養を必要とする利用者がいたが、現在はいないため医療的な支援は主に投薬支援となっている。投薬に関しては「誤薬マニュアル」や「服薬状況一覧」が用意され、複数ある薬の一包化など、確実な投薬を目指した工夫が見られる。ただ、実際には誤薬が稀に見られることから、「確実な投薬」を目指すためにも改善の余地がある。</p>		

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
<コメント> 個別支援計画に、適宜社会参加に関する内容を盛り込み、地域行事への参加やそのための情報提供を行っている。地域の各種教室に通っている利用者もあり、組織として社会参加を支援する実績がある。ただ、その頻度（提供回数）やバリエーションについては数が少なく、利用者の満足を得るためにはさらなる努力を要する。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 各地域の相談支援事業所と連携を図りながら、地域移行への支援を行う体制は整っている。また、折に触れて家族や利用者に意向を聞くような機会もあり、必要に応じて地域にあるグループホーム等の情報も伝えるようにしている。ただ、対象者がほとんどいないこともあり、実績については十分ではない。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 利用者の様子を記載した「家族通信」と呼ばれる紙媒体を年2回家族に配布している。事業所行事への参加や家族との個別相談等の機会は用意されているものの、家族との連携・交流は担当職員レベルが主となっており、事業所として積極的に関わる仕組みがない。体調不良や急変時における連絡ルールが整っていないことも課題として挙がっており、今後の体制整備に期待したい。		
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		