

(様式1)

香川県福祉サービス第三者評価の結果(障害者・児施設)

◎評価機関

| | |
|--------|-----------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 香川県社会福祉協議会 |
| 所 在 地 | 高松市番町一丁目10番35号 |
| 評価実施期間 | 平成25年2月19日～平成25年4月19日 |
| 評価調査者 | ① 大畑 久子 |
| | ② 時岡 信一 |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者の概要

| | |
|--|---|
| 事業所名称: 障害者支援施設のぞみ園 (施設長) 松木 正美 | 種別: 障害者支援施設 |
| 代表者氏名: 村尾 良明 (管理者) | 開設年月日: 平成18年9月1日 |
| 設置主体: 社会福祉法人 長尾福祉会 経営主体: 社会福祉法人 長尾福祉会 | 定員 70名 (利用人数) |
| 所在地: 〒 769-2304 香川県さぬき市昭和1032番地 | |
| 連絡先電話番号: 0879 - 52 - 1727 | FAX番号: 0879 - 52 - 1728 |
| ホームページアドレス | http://www.Care-net.biz/37/nagaofukushikai/ |

(2) 基本情報

| サービス内容(事業内容) | 施設の主な行事 |
|---|--|
| 施設入所支援事業 生活介護事業 就労継続支援事業 | 4月: 花見 6月: スポーツレクリエーション 12月: もちつき、クリスマス会 3月: ひなまつり茶会 年2回一日帰り旅行 |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 |
| 1人部屋-8室、2人部屋-10室、3人部屋-8室 各部屋にタンスを整備しており、利用者の状況や好み でベッドを使用している | 食堂-1室 作業室-4室 地域交流ホール-1室 地域交流室-3室 浴室-2室 洗濯室-4室 相談室-1室 医務室-1室 第2作業室-1室 |

職員の配置

| 職種 | 人数 | 職種 | 人数 |
|-----------|-----|---------|----|
| 施設長 | 1名 | 看護師 | 1名 |
| 事務員 | 2名 | 管理栄養士 | 1名 |
| 主任支援員 | 5名 | 介護員 | 2名 |
| 支援員 | 17名 | 調理員 | 4名 |
| サービス管理責任者 | 2名 | 医師(非常勤) | 1名 |
| 職業指導員 | 2名 | | |

2 評価結果総評(利用者調査結果を含む)

◇特に評価の高い点

施設は、家庭的な環境の中、利用者個々の障害、特性、能力に応じ、自立に向けて利用者の人権を尊重し、自立に必要な基本的生活習慣や適応能力等の確立に向け、「利用者にはできることは見守りでもらう」ことを方針としている。各交流室では明るい雰囲気の中、利用者は職員と一緒に作品づくりをしたり、就労継続支援作業場では、昼の休憩時間を利用者が職員と共に過ごし、作業前になると利用者同士で服装の準備を手伝い合うなどを、職員は優しく見守っている。

また、言葉では理解が難しい利用者の調理実習では、調理手順を絵で示し完成させたり、言葉でのコミュニケーションが難しい利用者には、写真での意思表示カードや、日課と時間が分かるようにクラスタイマーを使用している。食堂前には一週間分の献立を写真にし、当日の献立を分かりやすく朝・昼・夕食と別々の色テープで囲み、区別しているのを利用者がじっと見ており、優しい雰囲気の中で利用者が意思決定できたり、達成できる工夫をしている。

◇特に改善を求められる点

委員会を新設したり、マニュアル等の見直し及び新たなマニュアル等の作成など、多くの資料を整備している。今後は、多くのマニュアル等を生活支援、安全管理等に分類し、見出しを付けて整理するなど、職員誰もが活用しやすいように工夫が望まれる。また、マニュアルの活用状況や、サービス実施計画や個別支援計画等に沿っての実施状況の確認や実効性について、定期的に評価・分析し、PDCAのサイクルを継続して運用することで、障害者への福祉サービスの質向上につながることを期待したい。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

職員で評価内容を学習していきます。そして指摘して下さったことをしっかりと受けとめ、これからの利用者の福祉サービスの向上に努めていきます。

今回の評価で新たな気づきや発見の機会が得られたと思います。

今後も定期的に第三者評価を受けていきたいと思っております。的確なご助言、ご指導ありがとうございました。

4 評価分類別評価内容

| | |
|-----------------------------|---|
| <p>評価対象 I 1 理念・基本方針</p> | <p>理念は会報に明記したり、事務所に掲示しており、障害者福祉の基本的な考え方をふまえ目指す方向が読み取れる。基本方針は明文化され、理念に基づいて基本的な考え方、利用者に対する姿勢、施設が促進していこうとする機能、地域・家族との結びつき等が具体的であり、事業計画につながっている。</p> <p>理念や方針は、職員には回覧や共有のパソコン、掲示等で周知・共有し、新任者には資料をもとに説明している。また、毎月の寮会議で理解を深めたり、事業計画の作成時等に再確認している。家族には総会時の書類を基に説明したり、年2回の保護者会、役員会で確認している。利用者には障害の程度によるが、日々の支援の中や、判断能力の高い利用者には自治会で周知するなど、工夫している。</p> |
| <p>2 計画の策定</p> | <p>サービスの現状、地域のニーズ、養護学校卒業生の進路をふまえ、福祉サービスの充実や新たなサービスの実施等に向けて、具体的な中・長期計画を策定している。現在、専門職の配置やケアホームの整備に向けて、協議・申請に既に取り組んでいる。また、放課後等デイサービスの推進、相談支援事業の充実等、中期計画を事業計画に反映している。事業計画は各事業の方針、実施計画、サービス内容等、具体的である。</p> <p>計画の策定は組織的に行われているが、今後は、組織で定めた手順に基づいて実施状況を確認し、評価・見直しを実施することが望まれる。職員には資料の回覧や共有のパソコンで周知している。利用者については、行事予定等は利用者と一緒に作った絵を掲示し周知しているが、なお、利用者の特性、障害の程度等を考慮した周知方法の工夫が望まれる。</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| <p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p> | <p>管理者の役割と責任について文書化し、職員会や企画調整会等で管理者の役割について表明している。また、管理者は、職員への十分な説明や意見交換をとおして、常に話せる環境を作り、理解が得られるよう取り組んでいる。管理者は会議、中央からの新聞、職員の外部研修資料等から関連法令を理解し、職員には資料や報告書の回覧、また園内研修をしている。法令集は完備しているが、今後は、幅広い分野について遵守すべき法令を把握し、リスト化するなどの取り組みが望まれる。</p> <p>管理者は質向上のために安全管理委員会を設置し、継続的にサービスの現状、課題について職員の意見を取り入れる体制を構築し、改善のために指導・実践に取り組んでいる。また、利用者の安全・清潔面、環境面等、業務の効率化を考慮し、積極的に施設整備に取り組んでいる。</p> |
| <p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p> | <p>全国施設長会、県障害者福祉協会、行政等から社会福祉事業全体の動向を把握している。また、法人の評議員会、関連施設の生活支援センターから、地域での需要の動向、サービスのニーズ、潜在的利用者等を把握している。利用者の推移や施設の将来を見すえた課題を中・長期計画に反映し、職員会で周知している。</p> <p>今後は、担当部署や担当者を決め、定期的に経営状況を分析し、課題について改善に向けた取り組みが望まれる。また、法人の監事が監査をしているが、公認会計士等による専門家の外部監査を受けることが望まれる。</p> |
| <p>2 人材の確保・養成</p> | <p>人事管理については、必要な職種、員数等の人員体制の方針を確立し、必要数を配置している。また、個人評価は情意・自己啓発面で評価し、フィードバックしている。今後、評価すべき知識・技術等の具体的な設定、評価の客観性・透明性の確保等が望まれる。</p> <p>職員の就業状況については、職員の意向や必要に応じ、勤務体制、配置等について検討し、改善に向け取り組んでいる。また、福利厚生面では、福利厚生センターへの加入や健康診断、保健指導の支援など、職員処遇の充実を図っている。</p> <p>職員の質向上に向けて、職員が研修の機会を確保できるように勤務時間等を配慮したり、次代の育成に向けて、実習生の対応は実習指導者を配置し、計画的に学べる実習計画を作成し指導している。</p> |
| <p>3 安全管理</p> | <p>緊急時(事故、感染症の発生時)の対応マニュアルの作成や安全対策委員会を設置し、組織としての体制が機能している。また、利用者一人ひとりの管理カードの作成や定期的に救急法の研修を行うなど、緊急時の対応に備えている。</p> <p>利用者の安全を脅かす事例については、組織として収集する委員会を設置し、要因分析や防止策を検討している。今後は、定期的に安全確保策の実施状況や実効性について確認し、評価・見直しを行うことが望まれる。</p> |
| <p>4 地域の交流と連携</p> | <p>地域との関わりについては、基本的な考え方を文書化している。地域行事への参加時はボランティア等が支援している。菓子等のバザー出店の販路拡大やスポーツ大会の参加、地域の清掃活動への参加など、交流を図っている。利用者と職員が一緒に道路の清掃をしたり、支援員による保育所の相談・助言、小・中・高校生の体験学習の受け入れなど、施設の機能を地域に還元している。</p> <p>ボランティアの受け入れについては、マニュアルを整備して受け入れているが、今後、トラブルや事故を防ぐためにも研修の実施が望まれる。</p> <p>また、関係機関・団体と定期的にケース検討会をしたり、自立支援協議会との連絡会で障害福祉に関する課題を協議している。加えて、民生委員や地域住民から地域のニーズを把握し、ニーズに基づく活動開始や中・長期計画に反映している。</p> |
| <p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p> | <p>利用者を尊重したサービスを実施する基本姿勢をふまえ、基本的人権の配慮、虐待防止等の研修を実施し、職員は共通理解をもっている。プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、排泄・入浴介助等はマニュアルに基づいて実施しているが、一人になりたい時くつろげる場所の確保は十分ではない。</p> <p>日課、食事、行事、外出、レクリエーション等、利用者の生活に関し、楽しめていたか、主体的に取り組めていたか等を寮会議で検討し、向上に向け取り組んでいる。また、複数の相談先や相談方法を資料で説明したり、いつでも職員に話せる環境を整備している。</p> <p>苦情解決については、体制を整え、意見・要望について検討し、利用者、家族に報告している。検討に時間を要する場合は検討状況を説明している。</p> |

| | |
|--------------------|---|
| 2 サービスの質の確保 | <p>平成18年にモデル事業として、福祉サービス第三者評価を受審し見直し等をしてきた。今回評価に関する担当者や新たな委員会を設置し、自己評価の過程において課題を発見し、職員参画のもと改善策や改善計画を検討し実施している。</p> <p>今後、評価基準に基づいて自己評価や改善策の実施状況を確認し、定期的な評価・分析を行うことを期待したい。サービスの標準的な実施方法については、文書化し留意点やプライバシーの配慮を明示している。実施方法の見直しは、利用者の意見や職員の提案を反映して行っているため、今後、年1回は継続的に検討会を開催することが望まれる。</p> |
| 3 サービスの開始、継続 | <p>ホームページでの施設紹介や、施設見学、体験入所の希望に対応している。関連のデイサービス施設や生活支援センターにパンフレットを配付し、希望者への説明や、施設の行事等の際に希望者に施設の様子を説明している。</p> <p>サービスの開始に当たっては、サービス内容や料金等を記載した重要事項説明書を基に説明し、契約する場合は、利用契約書及び個人情報使用同意書を取り交わしている。また、当施設のサービス終了後も相談できるよう担当者を決めている。グループホームに移行後は、関連施設の職員が定期的に巡回訪問している。</p> |
| 4 サービス実施計画の策定 | <p>アセスメント作成マニュアルを整備し統一した様式に沿って、利用者の身体状況、生活状況、希望等を把握・記録し、アセスメントを行っている。実施計画表には、利用者の課題が明示されるようになっており、アセスメントをふまえて利用者の課題やニーズを記載している。また、サービス実施計画策定は責任者を設置して、利用者の意向を把握し、関係職員のもと策定し、利用者・家族の同意を得ている。</p> <p>サービス実施計画の評価・見直しについては、定期的に、及び利用者の状況変化時に寮会で検討し、見直し後の同意を得ている。今後、計画に沿った実施状況の確認や具体的な目標、計画の評価・見直しにつながる実施記録が望まれる。</p> |
| 内容評価基準 1 利用者の尊重 | <p>利用者の尊重については、事業計画の中に明記されており、利用者満足度向上への取り組みについては、「利用者からの意見対応マニュアル」で職員に周知されている。また、言語でのコミュニケーションが難しい利用者に対しては、本人の意思を確認するために、意思表示カードやクラスタイマー等のアイテムを使用する等の努力がなされている。</p> <p>個別支援計画策定については、本人や家族等からの意見を聞きながら「支援サービス実施計画策定マニュアル」にのっとり、実施されている。しかしながら、マニュアルの中には似通ったものがあること、数も多いことから少し整理するとともに、職員がより活用できるように一覧表等の作成が望まれる。</p> |
| 2 日常生活支援 | <p>日常生活支援については、生活支援マニュアルをもとに、食事・入浴・排せつ・与薬(薬管理含む)・理容、美容・衣服・健康管理等、ほとんどすべての項目に対応マニュアルが作成されており、個別マニュアルについては必要に応じて変更できるシステムとなっている。特に食事については、聞き取り調査の中で全ての利用者がおいしいという意見であった。また、食堂入口に写真や色テープ等を使用し、利用者に変わりやすい表示がされており、食事提供について施設としての強い取り組みがうかがえた。</p> |

5 第三者評価結果(別添)

第三者評価結果(障害者・児施設版(共通))

| 評価項目 | 第三者評価結果 | | | | |
|---------------------------------|--|-----|-----|-------|--|
| | 判定結果 | | | 判定の理由 | |
| | a | b | c | | |
| 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 | | | | | |
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。 | | | | | |
| 1 | I-1-(1)-① 理念が明文化されている。 | (a) | b | c | 理念は明文化され、会報に明記したり、事業所内に掲示している。理念は障害者福祉の基本的考え方をふまえ、法人の目指す方向が読み取れる。 |
| 2 | I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | (a) | b | c | 方針は明文化され、理念に基づいて基本的な考え方、利用者に対する姿勢、施設が促進しようとする機能、地域・家族との結びつき等が具体的であり、事業計画につながっている。 |
| I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。 | | | | | |
| 3 | I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。 | (a) | b | c | 理念・方針は、回覧や共有のパソコン、掲示等で周知・共有している。新任者には資料を基に説明し、周知している。また、毎月の寮会議で理解を深めたり、事業計画作成時に再確認するなど、継続的に取り組んでいる。 |
| 4 | I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | (a) | b | c | 理念・方針は会報で広く周知し、家族には総会時に資料を基に説明したり、年2回の保護者会、役員会で継続的に確認している。利用者には障害の程度による日々の支援の中や、判断能力の高い利用者には自治会で周知するなど工夫している。 |
| I-2 計画の策定 | | | | | |
| I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | | | | |
| 5 | I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。 | (a) | — | c | 利用者・サービスの現状、地域のニーズや養護学校卒業生の状況等を踏まえ、福祉サービスの充実や新たなサービスの実施等に向け、具体的な中・長期計画を策定している。専門職の配置やケアホームの整備に向けて協議・申請などに取り組んでいる。 |
| 6 | I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | (a) | — | c | 事業の円滑な実施と経営安定、放課後等デイサービスの推進、相談支援事業の充実等、中期計画を事業計画に反映している。事業計画は各事業の方針、実施計画、サービス内容等、具体的であり実施状況が評価できるよう配慮している。 |
| I-2-(2) 計画が適切に策定されている。 | | | | | |
| 7 | I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。 | a | (b) | c | 計画の策定は、寮会で検討して担当者が計画を作成し、企画調整会で決定するなど、組織的に行われている。しかしながら、組織で定めた手順に基づいて実施状況を確認・評価し、計画を見直すことが望まれる。 |
| 8 | I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。 | a | (b) | c | 計画は、全職員への回覧や共有のパソコンで確認できる。利用者には、行事予定等は利用者と一緒に作った絵を掲示し周知しているが、利用者の特性、障害の程度等を考慮した周知方法の工夫が望まれる。 |
| I-3 管理者の責任とリーダーシップ | | | | | |
| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | | | | |
| 9 | I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。 | (a) | b | c | 管理者の役割と責任について文書化し、職員会や企画調整会等で施設の取り組みや管理者の役割等について表明している。また、管理者は十分な説明や意見交換により、常に話せる環境を作り、職員の理解が得られるよう取り組んでいる。 |
| 10 | I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。 | a | (b) | c | 管理者は会議、中央からの新聞、職員の研修資料等から関連法令を理解し、職員には資料や報告書を回覧したり、園内研修で法令を正しく理解できるよう周知している。法令集は完備しているが、幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取り組みが望まれる。 |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | | |
| 11 | I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。 | (a) | b | c | 管理者は質向上のために安全管理委員会を設置し、継続的にサービスの現状、課題について職員の意見を取り入れる体制を構築し、改善のために指導・実践に取り組んでいる。職員の質向上がサービス向上につながると考え、経営・管理能力育成のために研修の支援をしている。 |

| 評価項目 | 第三者評価結果 | | | | |
|--------------------------------|--|-----|-----|-------|---|
| | 判定結果 | | | 判定の理由 | |
| | a | b | c | | |
| 12 | I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。 | a | (b) | c | 施設内の改善に向け体制を構築し、職員の見解を反映している。また、利用者の安全・清潔面、環境面等、業務の効率化を考慮し、積極的に施設整備の改善に取り組んでいる。今後は、人事、労務、財務面等から分析を行い、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みが望まれる。 |
| 評価対象Ⅱ 組織の運営管理 | | | | | |
| Ⅱ-1 経営状況の把握 | | | | | |
| Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | | | | |
| 13 | Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 | (a) | b | c | 全国施設長会、県障害者福祉協会や行政等から社会福祉事業全体の動向を把握している。法人評議員会、関連施設の生活支援センターから地域における需要の動向、サービスのニーズ、潜在的利用者等を把握し計画に反映している。 |
| 14 | Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。 | a | (b) | c | 利用者の推移や施設の将来を見すえた課題を中長期・事業計画に反映し、職員会で周知している。今後は、担当部署や担当者を決め、定期的に経営状況を分析し、課題について改善に向けた取り組みが望まれる。 |
| 15 | Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。 | a | b | (c) | 法人の監事が監査をしているが、今後は、外部の監査結果や、公認会計士等による指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施していくことを期待したい。 |
| Ⅱ-2 人材の確保・養成 | | | | | |
| Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。 | | | | | |
| 16 | Ⅱ-2-(1)-① 必要の人材に関する具体的なプランが確立している。 | a | (b) | c | 必要な職種、員数等、人員体制の方針を確立し必要数を配置している。例年、欠員を作らないように人員確保に取り組み、法人として採用し、関連施設の増員を計画している。今後は、当施設の具体的なプランや必要とする有資格者の具体的な配置プランが望まれる。 |
| 17 | Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 | a | (b) | c | 個人評価を情意・自己啓発面で評価し、フィードバックしている。今後は、職業人として組織固有の評価すべき知識・技術等の具体的設定、評価の客観性・透明性の確保、職員が人事考課の目的や効果を正しく理解するための支援等が望まれる。 |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | | | |
| 18 | Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。 | a | (b) | c | 職員の意向や必要に応じ、勤務体制、配置等について検討し、改善に向け取り組んでいる。今後は、定期的な就業状況チェックの結果を分析・検討する担当部署等の設置や仕組みの構築、また、職員との個別面接の機会を設ける等、相談しやすい工夫が望まれる。 |
| 19 | Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 | (a) | b | c | 福利厚生センターに加入し積極的に行事等に参加したり、健康診断、保健指導への支援をしている。また、法人合同のスポーツ会、日帰り旅行等、職員の希望を踏まえ、総合的な福利厚生事業を実施し、職員処遇の充実を図っている。 |
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | | | | |
| 20 | Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | a | (b) | c | 職員の資質向上のために、研修の機会を確保するという考えを明示し、研修のための勤務時間等を配慮している。今後は、福祉サービスの質向上のために組織が求める各研修目標の明示が望まれる。 |
| 21 | Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。 | a | (b) | c | 「みらい福祉塾」「社会スキル支援教室」の受講や職場内研修、職員の段階に応じた外部研修予定表を作成している。今後は、組織の求める目標、基本姿勢を踏まえ、個別の職員の知識・技術水準、専門資格の必要性から、個別の研修計画を策定し研修を実施することが望まれる。 |
| 22 | Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | a | (b) | c | 研修修了者は、報告レポート作成や発表する機会があり評価できる。今後の課題として、研修後の業務等によって研修成果の評価・分析を行い、次の研修計画に反映したり、研修カリキュラムの見直しについて考えているので期待したい。 |
| Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。 | | | | | |
| 23 | Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。 | (a) | b | c | 実習生の受け入れに関する考えを示している。実習指導者を配置し、実習連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等を記載したマニュアルを整備している。学校と覚書を交わし実習における責任体制を明確にしている。 |

| 評価項目 | 第三者評価結果 | | | | |
|-------------------------------------|--|-----|-----|-------|--|
| | 判定結果 | | | 判定の理由 | |
| | a | b | c | | |
| 24 | II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。 | (a) | b | c | 実習内容全般を計画的に学べる学生個別の実習計画を作成し、日々個別の実習担当者を配置している。また、利用者の行動特性や障害の説明、記録物の書き方を指導している。学校側の巡回時や電話で学校と連携をとっている。 |
| II-3 安全管理 | | | | | |
| II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。 | | | | | |
| 25 | II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | (a) | b | c | 緊急時(事故、感染症の発生時)の対応マニュアルの作成や安全対策委員会を設置し、組織としての体制が機能している。利用者一人ひとりの管理カードの作成や、定期的に救急法の研修会を行うなど、緊急時の対応に備えている。 |
| 26 | II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。 | a | (b) | c | 利用者の安全を脅かす事例を、組織として収集する委員会を設置し、要因分析や防止策を検討している。今後は、定期的に安全確保策の実施状況や実効性を確認し、評価・見直しすることが望まれる。 |
| II-4 地域との交流と連携 | | | | | |
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | | | | |
| 27 | II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。 | (a) | b | c | 地域との関わりについて基本的な考え方を文書化している。地域の行事等は分かりやすく利用者に情報提供し、参加時は職員、保護者、ボランティアが支援している。菓子等のバザー出店の販路拡大やスポーツ大会参加、地域活動の実施等、地域との交流を積極的に行っている。 |
| 28 | II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | (a) | b | c | 利用者と職員と一緒に道路の清掃を行ったり、支援員による保育所の相談・助言、小・中学生を施設に招くなど、障害者及び支援活動の理解につなげている。また、高校生の職場体験を受け入れるなど、施設が有する機能を地域に還元している。 |
| 29 | II-4-(1)-③ ボランティア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。 | a | (b) | c | ボランティア受け入れの目的、受け入れ体制等を記載したマニュアルを整備している。受け入れにあたり事前説明はしているが、トラブルや事故を防ぐために、ボランティアに必要な研修を実施することが望まれる。 |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | | | |
| 30 | II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。 | a | (b) | c | 社会資源について職員会等で説明し共有している。今後は、利用者のサービスの質向上のために連携が必要な機関・団体等の機能や連絡方法を記載したリストや資料を作成保管し、必要時に職員が活用できることが望まれる。 |
| 31 | II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | (a) | b | c | 関係機関・団体と定期的にケース検討会を開催したり、地域の自立支援協議会と連絡会を開催し、情報の共有や障害福祉に関する課題について協議し、利用者のサービスに取り組んでいる。 |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。 | | | | | |
| 32 | II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。 | (a) | b | c | 関係機関である養護学校や、定期的に法人評議員会における民生委員・児童委員から、また地域活動への参加時に地域住民等から地域の福祉ニーズの把握を行っている。 |
| 33 | 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。 | (a) | b | c | 地域のニーズに基づいて送迎を開始したり、障害者の施設探しは関連機関につなげている。また、事業の受け入れ対象者や施設の拡大、相談事業の体制強化などの考えがあり、中・長期計画に明示している。 |
| 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 | | | | | |
| III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | | | | |
| 34 | 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。 | (a) | b | c | 利用者を尊重した福祉サービスを実施するという、基本姿勢を踏まえた具体的な取り組みを明示している。基本的人権の配慮、虐待防止について研修会を行ったり、サービスの標準的な実施方法にプライバシーの配慮を反映するなど、共通理解を持つための取り組みを行っている。 |
| 35 | III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。 | a | (b) | c | プライバシー保護に関するマニュアルについて寮会で説明している。排泄・入浴介助等はマニュアルに基づいて実施し、プライバシー保護に配慮している。落ち着く環境づくりに工夫しているが、一人になりたいたい時にくつろげる場所の確保等は十分でない。 |

| 評価項目 | 第三者評価結果 | | | |
|---|---------|-----|---|--|
| | 判定結果 | | | 判定の理由 |
| | a | b | c | |
| III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。 | | | | |
| 36 III-1-(2)-① 利用者満足の上を意図した仕組みを整備している。 | a | (b) | c | 組織全体が共通認識のもと、利用者満足の上を目指す姿勢を明示した文書がある。日課、食事、行事、外出、レクリエーション等の利用者の生活に関する満足度を利用者に応じた方法で把握している。今後は定期的な把握が望まれる。 |
| 37 III-1-(2)-② 利用者満足の上に向けた取り組みを行っている。 | a | (b) | c | 利用者の満足度について、楽しめていたか、主体的に取り組めていたか等の感想を報告書に記載して寮会議で検討し、満足度向上に取り組んでいる。利用者参画のもとでの検討会議の実施は難しい。 |
| III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | | | |
| 38 III-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。 | (a) | b | c | 複数の相談先や相談方法を説明した重要事項説明書があり、利用者や家族に説明書を配付し説明している。また、管理棟廊下の分かりやすい場所に掲示している。意思疎通が困難な利用者には、言葉以外で表現できるための支援や、いつでも職員に話せる環境を整備している。 |
| 39 III-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 | (a) | b | c | 責任者、窓口担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整え説明している。苦情(意見等)解決に向け検討し、利用者、家族にフィードバックするなど、苦情解決の仕組みがある。 |
| 40 III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | a | (b) | c | 対応マニュアルを整備し、日々の生活の中で利用者からの意見・希望等を記録し、報告する手順がある。意見・要望について検討したことは利用者に報告し、検討に時間を要する場合は検討状況を説明している。マニュアルの定期的な見直しが望まれる。 |
| III-2 サービスの質の確保 | | | | |
| III-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。 | | | | |
| 41 III-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。 | a | (b) | c | 平成18年にモデル事業として福祉サービス第三者評価を受審し、その後見直し等はしていた。今回評価に関する担当者や新たな委員会を設置し、検討する場を組織として定め、マニュアル等の見直し、手順作成等をしてきた。今後は、評価基準に基づいて定期的に評価・見直しすることを期待したい。 |
| 42 III-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。 | a | (b) | c | 今回、自己評価をする中で組織として取り組むべき課題を発見でき、見直しに取り組み、課題は寮会や委員会等、職員間で共有している。今後も継続的に、職員参画のもと評価結果を分析し、課題を明確にすることを期待したい。 |
| 43 III-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。 | a | (b) | c | 課題に対して職員参画のもと、改善策や改善計画を検討し実施している。改善に長期を要するものは中・長期計画に反映しているが、今後は、改善策の実施状況を確認し、評価を実施することが望まれる。 |
| III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | | | |
| 44 III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。 | a | (b) | c | 標準的な実施方法を文書化しており、サービス実施時の留意点の中にプライバシーへの配慮を明示している。日々のサービスは、時間別に支援内容を記した日課マニュアルに沿って提供している。標準的な実施方法を定め、一定の水準を保ったうえで個別化を行う必要があるが、組織として実施状況を確認する仕組みが望まれる。 |
| 45 III-2-(2)-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。 | a | (b) | c | 標準的な実施方法の見直しは、利用者の状況変化時、職員が確認した利用者の意見や職員の提案を反映し、担当者が行っている。今後、見直しは定期的(少なくとも1年に1回)に検討会議を開催するなど、継続的に行うことが望まれる。 |
| III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | | |
| 46 III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。 | a | (b) | c | 統一したサービス実施記録様式を整備し、実施したサービスを記録しており、職員により記録内容にばらつきが生じないように、毎日寮長が指導している。今後、記録には、サービス提供の結果、利用者の状況変化や、どう推移したか等も具体的に記録し、実施計画の評価・見直しの基本情報とすることが望まれる。 |
| 47 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。 | (a) | b | c | 園長を記録管理責任者とし、記録は毎月寮長、サービス管理責任者、副園長、園長が確認し、専用ロッカーに保管・施錠している。記録の種類別に保存等の規程を定めている。個人情報開示については目的、開示の範囲等を明記し同意を得る「個人情報使用同意書」を整備している。記録の管理については職員研修を行っている。 |

| 評価項目 | 第三者評価結果 | | | |
|--|---------|---|---|---|
| | 判定結果 | | | 判定の理由 |
| | a | b | c | |
| 48 III-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | a | ⓑ | c | アセスメントから一連の個人記録は、常に決まった場所に保管し共有できる。定期的な栄養アセスメント会では情報共有のもと、部門横断で検討会を開催したり、パソコンを利用して施設内で情報を共有できる。今後は、担当者・責任者・他部門等へ伝えるべき情報を分別して、的確に届くような仕組みが望まれる。 |
| III-3 サービスの開始・継続 | | | | |
| III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。 | | | | |
| 49 III-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。 | a | ⓑ | c | ホームページで施設紹介したり、施設見学や体験入所の希望に対応している。関連のデイサービス施設や生活支援センターにパンフレットを配付し、希望者に説明したり、施設の行事等の際に希望者に施設の様子を説明している。紹介資料は、言葉遣いや絵等の工夫で誰にでも分かりやすい内容にすることが望まれる。 |
| 50 III-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。 | a | ⓑ | c | サービス内容や料金等を重要事項説明書を基に説明し、利用契約する場合は利用契約書及び個人情報使用同意書を取り交わしている。今後、重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にも分かりやすいように工夫が望まれる。 |
| III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 | | | | |
| 51 III-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | a | ⓑ | c | 当施設のサービス終了後も相談できるよう担当者を決めている。移行後もサービスが継続できるよう利用者の状況、支援状況をコピーで示しているが、継続性を配慮した手順や引継ぎ文書の整備が望まれる。グループホームに移行後は、関連施設の生活支援センターの職員が定期的に巡回訪問している。 |
| III-4 サービス実施計画の策定 | | | | |
| III-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。 | | | | |
| 52 III-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | ⓐ | b | c | アセスメント作成マニュアルを整備し、組織が定めた統一した様式に沿って、利用者の身体状況、生活状況、希望等を把握・記録し、アセスメントを行っている。また、見直しの時期を定めている。 |
| 53 III-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | ⓐ | b | c | 利用者の課題が明示されたサービス実施計画表を整備している。アセスメントを踏まえ、利用者の特性や身体状況の課題、生活状況の維持、または悪化防止等の課題やニーズを利用者個々について明示している。 |
| III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。 | | | | |
| 54 III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。 | a | ⓑ | c | サービス実施計画策定の責任者を設置している。サービス実施計画策定に当たり利用者や家族の参加は難しいが、意向を把握して関係職員合議のもと策定し、利用者・家族の同意を得ている。今後は、計画に沿った実施状況を確認する仕組みを構築し、機能させることが望まれる。 |
| 55 III-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | a | ⓑ | c | サービス実施計画の評価・見直しは、定期的及び利用者の状況変化時に寮会で検討し、見直し後の同意を得ている。課題によっては具体的な目標、計画の評価・見直しにつながる実施記録等から、利用者本位の見直しになることが望まれる。 |

第三者評価結果(障害者・児施設版(内容))

| 評価項目 | 第三者評価結果 | | | |
|--|---------|-----|---|--|
| | 判定結果 | | | 判定の理由 |
| | a | b | c | |
| A-1 利用者の尊重 | | | | |
| 1- (1) 利用者の尊重 | | | | |
| 1 A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。 | (a) | b | c | 言語でのコミュニケーションが難しい利用者については、クラスタイマー等の機器や絵カードの使用が行われており、個別支援計画にもそのことが記載されている。 |
| 2 A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。 | a | (b) | c | 利用者の特性から主体的活動が少ないが、各寮長が窓口となり、食事の選択メニューや買い物外出の希望等をとっている。自治会活動についても、25名の加入者はいいるが、開催数もまだ少なく、管理者の参加までには至っていない。 |
| 3 A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。 | (a) | b | c | 生活支援マニュアル及び夜間・排泄・入浴・食事等マニュアルが作成されており、その中に個々の利用者に対する見守り、介助について記載されている。また、その内容については個別支援計画に明記されており、利用者または保護者に説明されている。 |
| 4 A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。 | a | (b) | c | 利用者からの意見対応マニュアルや生活支援マニュアル等が整備されており、調理等についてもその都度利用者にはわかりやすい表示がされている。ただ、外出時の公共交通機関の利用等、個々のニーズに応じたプログラムを検討して欲しい。 |
| A-2 日常生活支援 | | | | |
| 2- (1) 食事 | | | | |
| 5 A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。 | (a) | b | c | 生活支援マニュアル及び食事支援マニュアルを作成し、必要な利用者については個別支援計画にも記載されている。また、体調に合わせたお粥等の食事提供も行われている。 |
| 6 A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。 | (a) | b | c | 献立表を各寮に表示するとともに、食堂入り口には1週間の献立表(料理の写真表示等、利用者にはわかりやすい工夫がされている)が掲示されている。また、嗜好調査についても、毎月1回の選択メニュー時に栄養士が直接、利用者確認する方法で実施されている。 |
| 7 A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。 | a | (b) | c | 食事に関する検討会の実施や雑飾り等、季節に応じた飾り付けはなされていたが、建物の形状から観葉植物や絵画等により温かさを出せるような工夫が望まれる。 |
| 2- (2) 入浴 | | | | |
| 8 A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 | (a) | b | c | 入浴支援マニュアルが作成されており、その中で個々に応じた介助方法が記載されている。また、少し狭さは感じたが、身体障害者用の入浴設備も設置されている。 |
| 9 A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | a | (b) | c | 入浴回数については週4回確実に実施されているが、入浴に関する利用者との話し合いは確認できなかった。入浴時間については、個々の状態に応じ、夜間の入浴を検討して欲しい。 |
| 10 A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | (a) | — | c | 建物の形状からプライバシー保護については、廊下に目隠しの衝立を設置し、冷暖房についても季節に応じて、ファンヒーターや扇風器等の工夫をしている。 |
| 2- (3) 排泄 | | | | |
| 11 A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。 | (a) | — | c | 排せつ介助マニュアルが作成されており、必要な利用者の個別支援計画にもリンクできている。また、ストマ使用者等への対応はマニュアル化され、どの職員でも対処できるシステムになっている。 |
| 12 A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。 | (a) | — | c | 衛生管理については現場からの意見が委員会、企画調整会議の流れで反映されるシステムがあり、トイレのバリアフリー化等の改善がなされている。清掃は毎日1回及び汚れを見つけた時に随時行われているが、チェック表等での確認も検討して欲しい。 |

| 評価項目 | 第三者評価結果 | | | |
|---|---------|---|---|--|
| | 判定結果 | | | 判定の理由 |
| | a | b | c | |
| 2-(4) 衣服 | | | | |
| 13 A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。 | Ⓐ | b | c | 衣類の購入については、利用者が外出時に本人の意思で購入したり、家族が持参しており、職員が購入に関するアドバイスも行っている。日々の着替えについても、本人が選択できるよう支援している。 |
| 14 A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。 | Ⓐ | b | c | 着替えについては、生活支援マニュアルの中で個別対応に関する手順が明示されている。また、汚れや破損に対するマニュアルも作成されている。 |
| 2-(5) 理容・美容 | | | | |
| 15 A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。 | a | Ⓑ | c | 身だしなみ(化粧を除く)については、生活支援マニュアルの中で時間帯等を記載しているが、化粧については希望者がなく対応していない。興味のある利用者がいれば、一人からでも情報を提供し、希望があれば化粧等も検討して欲しい。 |
| 16 A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | Ⓐ | — | c | 利用者の特性から施設内で、毎月1回業者による散髪が行われている。また、希望者は地域の理髪店等の利用ができ、その調整等については職員が関わっている。 |
| 2-(6) 睡眠 | | | | |
| 17 A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。 | Ⓐ | — | c | 光の漏れる居室については、夜間ロールカーテンで遮断する工夫がされており、不眠者には夜間対応マニュアルで対応方法が記載されている。また、寝具については全て私物となっている。 |
| 2-(7) 健康管理 | | | | |
| 18 A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。 | Ⓐ | — | c | 利用者個々の健康管理票が作られ、健康管理マニュアルも作成されている。健康診断についても、一般の健診と口腔ケアが年2回実施されている。また、日ごろの健康相談については、看護師や職員にいつでも相談できるシステムができています。 |
| 19 A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | Ⓐ | b | c | 緊急時対応マニュアルが、施設に看護師がいる場合と、いない場合とに分けて作成されており、協力医療機関についても診療科ごとに4つの病院等と提携している。どの医療機関にも、概ね20分以内で行ける場所にある。 |
| 20 A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 | Ⓐ | — | c | 定期的な服薬の内容(情報)及び薬物管理のシステムは「与薬及び薬管理マニュアル」に記載され、職員はパソコン等でいつでも確認できる。また、ヒヤリハットで個々の服薬状況で問題が起こった場合には、そのことが職員全てに共有できている(研修会等)。 |
| 2-(8) 余暇・レクリエーション | | | | |
| 21 A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。 | a | Ⓑ | c | レクリエーション委員会で利用者の意向をくみ取るシステムはできているが、委員会への利用者の参加はない。利用者の特性上難しいとは思われるが、一人からでも参加できるようにすることが望まれる。 |
| 2-(9) 外出・外泊 | | | | |
| 22 A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。 | a | Ⓑ | c | 外出は定期的に行われているが、外出方法はほとんど公用車を利用している。今後は、公共交通機関の利用等、個々の状況に応じた取り組みを検討して欲しい。外出に関する事前の説明はできており、外出カードも準備できている。 |
| 23 A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じてよう配慮されている。 | a | Ⓑ | c | 外泊は、利用者の意思とともに、受け入れ側(家族等)の状況に左右されることが多い。職員側は利用者の意志を伝えており、家族の意向を調整して行っているが、個々の希望があれば、地域資源(ホテル等)を利用した外泊も検討して欲しい。 |
| 2-(10) 所持金・預かり金の管理等 | | | | |
| 24 A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。 | Ⓐ | b | c | 施設入所支援の利用者に対して、重要事項説明書でオプションサービスとして説明されており、請求書、領収書を発行、また、小遣いについては小遣い帳を作成し、定期的に家族等に提示している。 |

| 評価項目 | 第三者評価結果 | | | |
|--|---------|---|---|---|
| | 判定結果 | | | 判定の理由 |
| | a | b | c | |
| 25 A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。 | ○a | — | c | テレビ、ラジオ、雑誌等は個人購入で対応できている。新聞についても希望があれば定期購入できるが、現在は希望者がいない。 |
| 26 A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。 | ○a | — | c | 煙草については、喫煙場所を指定し対応している。飲酒については現在は希望者がいない。また、健康面での配慮は栄養士が毎月1回、各寮でわかりやすく説明している。 |