

(公表様式1)

福島県福祉サービス第三者評価結果表

①施設・事業所情報

名称： アガッセ	種別： 障害者支援施設
代表者氏名： 長澤 幹一郎	定員（利用人数）： 55人
所在地： 福島県会津若松市神指町榎木檀 73番地	
TEL：0242-39-2271	ホームページ： http://agasse-info.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 会津療育会	
職員数	常勤職員：47名 非常勤職員：9名
専門職員	生活相談員・サービス管理責任者 1名 医師 2名
	生活支援員 32名 生活支援員 3名
	理学療法士 1名 理学療法士 1名
	栄養士 1名
施設・設備の概要	(第1種社会福祉事業) ・施設入所支援(55名) ・生活介護(75名) ※通所含む (第2種社会福祉事業) ・短期入所事業(5名) ・相談支援事業

②理念・基本方針

<p><法人理念></p> <p>多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援することを目的とする。</p> <p><施設運営の基本理念></p> <p>施設運営に当たり、利用者本位を旨とし、一人ひとりかけがえのない存在として尊重され、その人らしい豊かな人生が確保されるよう、可能性への限りない追及に努め、地域と共に生きる社会づくりの実現を目指すことを施設運営の基本理念とする。</p>

③施設・事業所の特徴的な取組

<p>法人の基本理念の一つである「地域と共に生きる」ことを大切に、地域の住民が気軽に立ち寄れる場づくりへの取組みや、施設利用者の方々も気軽に地域に出掛けたり、サービスを利用できるように支援に努めている。また、施設利用者の居室は個室であることからプライバシーが確保され、それぞれの生活スタイルが維持できるよう配慮されている。</p>

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27 年 7 月 1 日（契約日） ～ 平成 28 年 1 月 15 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0

⑤第三者評価機関名

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会

⑥総評

◇特に評価の高い点

《地域との関わりの確保》

○ 職員は、施設が掲げる理念「地域と共に生きる社会づくり」の実現に向けて一丸となって取り組んでいる。特に、施設行事として「アガッセ祭り」や「アガッセ作品展示会」を利用者と職員が協働して毎年開催し、地域住民との交流機会の確保とともに、施設の名称である「アガッセ（会津弁で「おあがりください」の意味）」の具現化に努めている。これらの活動は施設と地域住民との距離感を縮める効果をもたらしており、地域住民の障がい者に対する偏見の除去と正しい理解を促すための機会となるなど、会津地域において当該施設が果たす役割は極めて大きく、関係市町村や住民の施設に対する期待も強い。

《利用者尊重への取組み》

○ サービス向上を目的として「年間行事企画委員会」を設置し、その下に「年間行事係」、「外出係」、「日中活動係」の3係を設け、利用者の主体性、自主性、意向の尊重を基本に、各種の行事、外出支援や日中活動が企画・推進されるなど、利用者への聞き取りやアンケート調査の結果を踏まえ相互に連携・調整を図りながら活動が行われている。このような利用者の主体的な活動を尊重する視点は、「職員倫理綱領に基づく行動指針」に示される、個性の重視・自己決定の尊重、社会参加の促進、可能性の発見として明文化されており、全職員に周知徹底されている。

◇改善を求められる点

《基本理念に基づいた基本方針の策定》

○ 理念に基づいた基本方針は、施設の福祉サービスに対する基本的考えや利用者に対する姿勢、また、地域との関係や施設機能等を具体的に示すものとして重要であり、また、施設に対する安心感や信頼感につながることから早急な策定が望まれる。

《当該年度の事業計画への周知方法の改善》

○ 事業計画書は、利用者への福祉サービスの提供や住環境の整備等に係る事項であり、利用者の生活と密接に関係するため、利用者や家族に対する理解と周知は重要なことから、当該計画書の送付にとどまらず、直接説明する機会を設けるなどの取組みを期待したい。

《今後の人材確保・育成》

- 社会福祉に係る法制度が大きく変革する中で、当該施設においては人事考課制度をコンサルタントを入れて実施しているが、人事考課制度の導入は職員の雇用管理や人材育成につながっていくものと期待されることから、今後ともその推進と制度の定着化に向けた努力を期待したい。

《マニュアル等の定期的な見直し》

- 施設の運営に係るハード、ソフト両面にわたり各種のマニュアルが整備されているが、マニュアルが策定された後の定期的な見直しがされておらず、現状に見合ったものとなっていない事例が散見されるので、既存マニュアルの検討・見直しが望まれる。併せて障がい者虐待防止や防災等新たな課題に対応するためのマニュアルの整備や、適正且つ円滑な事務処理を行うために現在の「事務文書の手引き」を見直し、文書管理規程の整備についても期待したい。

《服薬管理に向けた職員との意識の共有》

- 内服薬・外服薬等の扱いについては「内服薬・与薬等管理マニュアル」が策定されているにも関わらず、現場ではそれが周知・徹底されていないので、薬物使用に誤りが起きないようにマニュアルの周知徹底を図るとともに、併せて配薬忘れの対応についてマニュアルには明示されていないため、その取扱いについても検討する必要がある。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当施設は設立17年目を迎えました。第三者評価を受審するにあたりその前段階として平成24年度より「プレ福祉サービス第三者評価」として準備を進めてきました。東京都福祉サービス第三者評価基準を使用し、各部署単位で自己評価を行い、施設全体で評価をまとめました。自己評価結果は、苦情解決の第三者委員の方にご協力頂き、職員の聞き取り調査等を行っていただきました。その結果を職員にフィードバックし、さらに事業検討推進委員会で課題を検討し、事業計画に反映させることが出来ました。この「プレ福祉サービス第三者評価」を行ったことで職員の認識の程度の差がわかり、伝達の方法を含め理解してもらうことがいかに難しいかと感じましたが、2年間実施した結果、利用者様に対する支援の見直しに繋がったことは成果の一つであると確信しております。

今回、本県の第三者評価を受審するに当たり自己評価を各部署で実施しましたが、職員一人一人が自己評価をしたことで施設のあり方、利用者様の支援について考える良い機会になったと思います。

ただ、組織の運営管理がまだまだ不十分な点があり、利用者様、職員への法人の組織体制の仕組みの周知徹底が早急に行われるべきと感じています。平成28年度より新たな人事管理制度が始まり、人材育成の面でも具体的な計画に取り組んでいきたいと思っています。

また、マニュアルの整備の大切さが今回の受審で痛感され、早急にマニュアルの見直

しの検討を始めていきたいと思っています。

当施設の基本理念である「施設運営に当たり、利用者本位を旨とし、一人ひとりかけがえのない存在として尊重され、その人らしい豊かな人生が確保されるよう、可能性への限りない追及に努め、地域と共に生きる社会づくりの実現を目指すことを施設運営の基本理念とする」のもと、利用者様の人権を尊重し、地域への社会貢献を目指し、このたびの評価結果を真摯に受け止め、障がい者福祉サービスの向上に努めていく所存です。

ご指摘頂きました改善を要する事項につきましては職員一同改善に努めてまいります。

⑧第三者評価結果
別紙のとおり

第三評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3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。		
1	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。	a・b・ ◎
<p><コメント></p> <p>基本理念は、利用者本位、個人の尊重、地域との共生等の内容が明文化されており、広報誌、ホームページに掲載されている。毎年、4月に開催される職員会議等において理念の内容を確認する機会を設けており、職員は「職員行動指針」という小冊子を携帯し、基本理念と職員倫理綱領を常に確認ができるようになっている。しかしながら、利用者や家族に対しては基本理念が掲載されている広報誌を配布するに留まっており、説明や周知状況の確認は行われていない。また、基本理念に基づいた基本方針が明文化されていないため、検討が望まれる。</p>		

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。		
2	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。	a・ ◎ ・c
<p><コメント></p> <p>障がい者福祉を取り巻く制度の動向、会津若松市障がい者福祉計画をはじめとした施策等の情報収集に努めている。また、法人内の相談支援事業を通じて地域で生活する障がい者のニーズや課題の把握も行っている。</p> <p>毎月のサービス利用状況、介護給付費、法人の財務状況をデータ化し分析は行っているが、潜在的利用者に関するデータ、地域における需要の動向、課題などの分析が十分ではない。</p>		
3	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。	◎ ・b・c
<p><コメント></p> <p>理事会・評議員会において、利用状況、財務状況の説明を行い、また、法人が抱えている課題についても提起している。現在、事業経営の安定化に向け、総合的な人事管理の構築に取り組んでおり、平成28年度からの実現化に向け試行に取り組んでいる。</p>		

法人が抱える課題を検討するため、職員参画による「事業推進検討委員会」を設置し、その結果については、各委員会、会議等を通じて職員に周知している。

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。		
4	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「第2期中・長期計画（H27～H31）」の策定は、「事業推進検討委員会」で前期計画の評価を行い、課題を整理し今期計画の策定を行った。計画は短期、中期、長期ごとに目標が掲げられており、目標に基づき実施項目が整理されている。しかしながら、「第2期中・長期計画」に基づく収支計画の策定までは取り組まれていないため、計画の実行性を高めるため財務等の検証を併せて行って欲しい。</p>		
5	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>平成27年度事業計画は、「第2期中・長期計画」の短期事業計画を踏まえた内容となっており、計画に掲げる事業を実施するために、実施項目ごとに担当者、実施時期、報告時期が記載されている。しかしながら、中・長期計画同様、具体的な数値目標の設定はされておらず、実施状況の評価は現時点においては取り組み状況を書面で確認することができなかった。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、前年度の評価を踏まえ「事業推進検討委員会」において評価、検討が行われ、次年度計画に反映される仕組みとなっている。職員に対する周知は、4月に開催される職員会議や職員研修会において説明が行われ、全職員が理解するための機会を設けている。しかしながら、事業計画策定、評価を行う際、利用者や職員の意見を取り込めるような手順が組織として明確に定められていない。</p>		
7	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者家族に対して、事業報告、経理状況の資料、事業計画内容の内容に関する記事を広報誌に掲載し配布を行っているが、配布のみとなっており、利用者や家族に対し直接説明をする機会は設けられていない。また、事業計画の内容をわかりやすくするための工夫も確認できない。</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。		
8	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>平成24年度、平成25年度に東京都福祉サービス第三者評価基準を用いて各職員で自己評価を行い、その結果を各区（＝棟）の主任が整理し、さらに、施設の全体の自己評価結果としてまとめた。自己評価結果は、苦情解決の第三者委員に協力いただき、結果に基づき職員のヒアリングも行われた。「事業推進検討委員会」ではヒアリング内容の結果も含め、評価結果に対する課題を整理し、職員に対しフィードバックを行った。平成26年度はこれまでの取り組みを整理する期間とし、自己評価は行われていないため、第三者評価受審を基に継続的な自己評価への取り組みが望まれる。</p>		
9	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>平成24年度、平成25年度に取り組んだ自己評価結果は「事業推進検討委員会」において検討を行い、課題の整理を行った。改善に向け取組むべき内容を「第2期中・長期計画」策定に反映させている。実施状況の評価の実施や進捗状況の確認、見直しなどは、今後行われる予定となっており、具体的な書面の確認はできなかった。</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。		
10	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>法人の広報誌に施設が求められる役割や、運営のあり方など施設長としての考えや思いを掲載している。また、年度初め4月に行われる職員会議では、施設長自らが事業報告、事業計画、法人が取り組むべき課題を説明し、その中で自身が果たす役割を伝えている。しかし、組織として定める職務内容は定められてはいるが、施設長を始めとする管理職や主任の役割と責任について、担当者の氏名を表記した事務分掌のような書類はない。また、防災、事故等においても管理者の役割と責任、不在時の権限移譲等を明確に記載した書類もないため文書化と職員への周知が望まれる。</p>		
11	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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、自ら社会福祉、障害者福祉に関する制度内容や関連法について、情報の収集に努め、ファイリングするなどの整理を行っている。法改正等があれば、関係する諸規程の新たな整備や改正にも取り組んでいる。また、職員に対しては必要な情報を分かりやすく整理</p>		

し資料として配付したり、必要に応じて職員会議で説明を行っている。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、職員が働きやすい環境をつくることにより、結果として利用者のサービスの質の向上につながるとし、法人の長年の課題であった人事管理制度の構築に自らが意欲的に取り組んでいる。</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けては、管理職、中堅リーダー職員で構成する「事業推進検討委員会」を設置し、職員の意見を反映させる仕組みを構築している。平成24年度、25年度に取り組んだ自己評価の結果をふまえ、人材育成を重要視し、内部研修の充実や介護プリセプターへの取り組みを行っている。</p>		
13	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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>自己評価結果に基づき、「事業推進検討委員会」において課題を整理し、「第2期中・長期計画」の策定を行った。また、平成27年度は平成28年度実施に向け人事管理制度の試行期間とし、職員の働きやすい環境整備の実現に向け取り組んでいる。しかしながら、経営状況の把握、利用状況等の推移などデータ化しているものがあるが、それに係るコストバランスの分析への取り組みが十分でないため、併せて検討を行って欲しい。</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。		
14	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。	a・b・Ⓒ
<p><コメント></p> <p>現時点においては、人材の確保・育成計画は整備されていないため、計画にもとづいた人材の確保は行われていない。しかしながら、人事管理制度の新たな構築に向け平成27年度は試行的に取り組みが行われていることから、その試行をふまえ、職員のスキルアップとともに、職員が将来に期待が持てる計画づくりが行われることに期待したい。また、職員の確保には施設のみでの取り組みでは難しい社会情勢であることから、日頃から、福祉への理解やイメージアップへの取り組みに、近隣の福祉施設等との連携により取り組んで欲しい。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・Ⓒ
<p><コメント></p> <p>平成28年度に新たな人事管理制度が実施される予定であり、職員評価についても平成27年度は試行期間としている。現状では、役職に応じた「期待する職員像」の文書化に取り組んでいるが、新たな人事管理制度と合わせ、今後、理事会・評議員会に諮り、法人として明確に位置づける必要がある。</p>		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>休暇は、2週間前に申し出れば希望通り取得ができ、有給休暇の取得状況の把握につとめている。「子育てに優しい職場」を目指し、特に男性も含めた育児休業取得に向けて積極的に支援していくことが「第2期中・長期計画」に記載されている。このほか、法人としてインフルエンザの予防接種の半額助成、ユニホームの貸与、職員親睦会（法人内）への補助等が行われている。職員より心身の健康に関する相談があれば、主に主任が担当し必要に応じて事務担当職員、施設長で共有するとのことであったが、相談窓口、相談受付担当の配置、または相談者を選ぶことが出来るなど、相談しやすい環境の整備に取り組んで欲しい。</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。		
17	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>職員は、自身が設定した目標を「目標達成度評価シート」に記載し、毎月目標に対する自己評価、主任のコメント（評価）が記載されるようになってきている。平成27年度は、平成28年度から実施される人事管理制度の試行として「行動評価」に取り組む予定だが、調査時には未実施のため確認できなかった。平成26年度の「目標達成度評価シート」は、半月ごとに目標に対する評価を行う仕組みになっているが、自己評価、主任評価の記録にばらつきが見られるため、全職員が共通した基準で評価を行う今後の取り組みに期待したい。職員の面接は、有期雇用の職員は施設長が面接を行い、職員については主任が面接し、係長に報告を行うようになっている。</p>		
18	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>役職に応じた「期待する職員像」の文書化に取り組んでいるが、基本方針や研修計画等への明確な記載は確認できなかった。研修マニュアルは、教育・研修に関する基本方針や計画の要素も含まれてはいるものの、新たな人事管理制度の構築に伴い、法人が目指す人材育成を「教育・研修に関する計画」として策定することが望ましい。研修マニュアルは定期的な評価や見直しが行われていないため、計画の策定と併せてこの機会に取り組んで欲しい。</p>		
19	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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>平成27年度より個別の研修計画を作成している。「目標達成度評価シート」の内容をふまえて、個人目標、希望する研修、年間研修スケジュールが記載されている。外部研修は、係長や主任が職員の資格や担当職種、個人目標などを考慮し、該当する研修を本人に案内するなどしている。内部研修計画も年間を通して実施されており、職員全員の参加が求められる研修は同内容で2回開催するなどの工夫を行っている。</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。		

20	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>実習生の受入は、生活相談員が窓口となって介護福祉士、社会福祉士、看護師などの資格取得のための実習生の受入や、さらには、地域で開催されている介護職員初任者研修の受講者の受入も行っている。しかしながら、施設の役割や人材の活用を含め、今後の福祉人材の育成に施設の関わりについて方向性が明示されていないため基本方針の策定に取り組んでほしい。</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。		
21	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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人のホームページにおいて、法人基本理念、提供する福祉サービスの内容、資金収支計算書等の決算情報を公開している。</p> <p>利用者家族には、広報誌と一緒に決算情報、事業報告書を送付し、地域住民に対しては回覧板において周知している。</p> <p>相談・苦情については、その内容や、またそれに基づく対応や改善について、事業報告書や広報誌を通じて公表している。</p>		
22	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>適切な会計処理のため税理士法人と契約を締結し、毎月会計処理の指導を受けている。経理規程を定め、各部署において職員が閲覧できるようになっている。しかしながら、職員への周知に当たっては、職員会議等の場を活用するなどし、その取扱いについて直接周知する取り組みを行って欲しい。</p>		

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。		
23	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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>「第2期中・長期計画」、「平成27年度事業計画」において、地域貢献と利用者の生活圏の拡大についてその実施に向けた取り組みを明示している。</p> <p>利用者が活用できる地域の情報、イベント案内や他事業所のサービス案内、介護タクシー、といったパンフレットやチラシを自由に手にとって、見ることが出来るよう各区(=棟)に設置している。</p>		

<p>外出は、定期的な外出支援の他、利用者の希望を把握し、個別の外出支援も行われている。また、施設の夏祭りといった行事に地域住民が参加したり、地域の文化祭に利用者が参加するなどの機会を大切にしている。</p>		
24	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入は、生活相談員が担当窓口となってマニュアルにもとづき受け入れが行われている。ボランティアの登録書（誓約書・同意書）の様式も整備され、年間を通して様々なボランティアの受け入れが行われている。また、利用者の要望により、会津若松市社会福祉協議会の地域支援ネットワークを活用し、傾聴ボランティアの派遣依頼も行っている。地域の小中学校の体験学習の受け入れも行われ、学校教育への協力も行われている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>利用者に必要な社会資源に関する情報は、関係機関も含め、他サービス事業所のパンフレットや一覧により、自由に手にとって見るができるよう情報提供に努めている。</p> <p>関係機関等との連絡会や会議については、会津若松市主催の「日中活動グループ会議」、県主催の「居住系サービスに関するワーキンググループ」にサービス提供管理者が出席し、施設内で必要な情報を共有している。また、法人内の相談支援事業を通じて、さらに、他機関等と協力し地域で暮らす障がい者支援について協力して取り組んでいる。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>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。</p>	<p>a・㉑・c</p>
<p><コメント></p> <p>施設内にある地域交流センター（ホール）を地域住民に対し無料で貸出を行っている。平成26年度に地域住民を対象に「感染症対策（インフルエンザ・ノロウイルス）」の講演会を企画、周知したが、参加者を得ることができなかった。研修会、講習会等の企画は、住民の参加が得られるような工夫が求められる。</p> <p>災害時に市内に住む在宅の身体障がい者の受け入れを行うことについて、会津若松市と福祉避難所の協定書の締結を行っている。</p> <p>今後は、施設が自らが地域住民ニーズや、地域の課題の把握に努め、それに基づく積極的な取り組みを期待したい。</p>		
27	<p>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。</p>	<p>a・㉑・c</p>
<p><コメント></p> <p>相談支援事業所を通じて、市内在宅障がい者を支援するヘルパーの不足、制度によらない緊急短期入所などの必要性について把握はしているが、それにもとづく事業展開は現時点では検討段階にあり、実施には至っていない。</p> <p>「第2期中・長期計画」に記載された地域生活移行に向けた取り組みを実施していく中で、</p>		

施設が有する専門性を発揮することはもちろんのこと、今後は障がい分野だけに限らず、地域が持つ生活課題の把握などを積極的に行い、地域貢献事業を展開することを期待したい。

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。		
28	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>基本理念において、利用者本位、個人の尊重が明示され、職員倫理綱領が策定されている。人権尊重に関する内部研修は、年度の初めの4月に基本理念の理解と合わせて行われている。5月には虐待防止の研修も開催されている。しかしながら、職員の基本的人権に対する理解の状況を把握する仕組みや、セルフチェックなどの確認体制、評価など定期的な取り組みは行われていない。基本理念の実現に向け、研修と併せて確認体制や評価について組織的な取り組みが望まれる。</p>		
29	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>居室は全個室のため、空間としては利用者のプライバシーが保たれている。夜勤時を除き、同性介助を基本としている。</p> <p>「プライバシー保護に関するマニュアル」を平成27年度に作成し、職員に回覧し周知を図ったが、このことに基づく研修は行われていない。人権尊重、虐待防止のための職場内研修は開催されているが、虐待防止のためのマニュアル、発見時の流れ（フロー図、対応方法含む）などは整備されていないため、策定に向け早急に取り組んで欲しい。</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。		
30	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>施設入所希望者に対しては、見学は随時受付を行っており、さらに希望者には体験入所も案内している。利用希望者の窓口は、サービス提供管理者が担当となっており、パンフレット、利用契約書などを用いて説明、見学案内を行っている。</p> <p>利用契約の説明は、主に家族に対して行っているとのことであったが、パンフレットや説明のための資料は、利用者の視点に立った工夫が望ましい。</p>		
31	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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>契約書、重要事項説明書、サービス利用説明書、この他個人情報保護、代理受領など必要</p>		

な書類にもとづき、利用者本人、また家族に対し説明が行われていることを関係する書類により確認できた。		
32	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。	a・ ③ ・c
<p><コメント></p> <p>地域生活移行や日中活動のサービスを他の事業所に変更したいなどの要望は、本人の希望を尊重し、担当職員が相談対応を行っている。しかしながら、地域移行やサービスの変更等にあたり、施設として手順と引き継ぎ文書を定めてはいない。今後、地域生活移行を視野に入れた新たな事業展開を行うことをふまえ、サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書を定めることを検討して欲しい。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	a・ ③ ・c
<p><コメント></p> <p>「ご利用者アンケート」を2年に1回実施し、その結果について各委員会で報告を行い、改善に向けた対応をまとめ、さらに主任で整理した上で、利用者に対し説明を行っている。各行事が終了した際にも、参加者から感想や反省を聞くように努めている。また、給食委員会では、年3回は利用者参画のもと開催し、利用者の意見や要望を聞く機会を設けている。しかしながら、利用者の意向調査は毎年実施することにより、その結果を組織的に受け止める委員会を設けるなど、どのような改善を行ったのかその内容の確認とともに、ニーズの把握は毎年の取り組みを行って欲しい。</p>		
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。		
34	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。	① ・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決体制、「福祉サービスに関する苦情解決のための事務処理規程」が整備され、その仕組みについて利用者に対し周知されている。</p> <p>苦情については、所定の様式により受付が行われ、解決までの記録内容を確認することができた。また、第三者委員に対して報告会を年2回開催し、苦情内容やその状況について報告を行っている。この他、事業報告書や広報誌においても苦情内容の公表を行っている。</p>		
35	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。	a・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>相談場所は利用者の居室が個室であるため、居室で行われている。利用者が意見や希望を述べたいときに複数の方法や相手を選べるなどの説明は、入所の際に行われているが、その後、説明に関する継続的な取り組みは確認できなかった。また、相談窓口を明確にしているというよりは、日常的に話しやすい雰囲気づくりに努め、職員が声かけの配慮を行っているとの説明があったが、利用者の意見や希望が述べやすい環境作りのため、利用開始時だけでなく、継続的な働きかけを利用者やその家族に対しても行って欲しい。</p>		

36	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見、要望に対応した記録の内容を書類で確認することができたが、その方法や報告の手順、検討方法等に関する対応マニュアルはない。苦情解決同様、相談、意見に対するマニュアルの整備が望まれる。意見箱の設置はあるが、ここ数年利用がない。また、職員は日常的な利用者との関わりの中で意見や要望を述べやすいよう声かけなどに努めているとのことであったが、利用者ヒアリングにより、「職員によって対応が異なる」、「忙しい時は声を掛けにくい」などの回答があった。このため、相談、意見、要望を述べやすい環境作り、組織的な対応について職員全員で検討を行って欲しい。</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。		
37	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>インシデントに関する事例や情報は、職員が気づいた時にその都度「ヒヤリハット」を提出している。提出された「ヒヤリハット」は、毎月開催しているリスクマネジメント委員会において、月ごとに一覧で整理し職員に周知を行っている。</p> <p>危険箇所改善管理表により、リスクマネジメント担当職員が事務担当者と年に1回、施設内建物、設備の点検を行い改善に取り組んでいる。しかしながら、「ヒヤリハット」は早急に対応する必要があり、併せて全職員への早急な周知が行われることが必要である。また、設備の点検等については、毎月の実施に取り組んで欲しい。</p> <p>※インシデントとは 事故に繋がりがねない（繋がりがねなかった）出来事、状況、異変、危機を意味する。</p>		
38	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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>「保健衛生委員会」を2ヶ月に1回開催し、感染症や利用者の健康、安全に関わる内容を検討し、マニュアルの見直しも行っている。また、マニュアルの改定があった際は職員に配布され、周知を図っている。</p> <p>感染症対策について研修を実施し、また、ノロウイルスによる排泄物、おう吐物の処理手順を写真を入れて分かりやすく作成、さらに「个人防护着脱チェック表」も職員に配布を行っている。</p> <p>緊急時の対応に関するマニュアルには、対応の流れや応急処置の対応について記載され、また、職員は2年に1回、救急法について学ぶ機会が設けられている。</p>		
39	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>消防計画に基づき、定期的な消防、避難訓練は行われているが、立地条件から想定される災害時の総合的なマニュアルが、現在検討中のため、早急な作成が求められる。</p> <p>災害時の備蓄リストを作成し、3日分の食料を常時確保、発電機も備えている。</p>		

利用者・家族の安否確認の方法、職員が駆けつけられない状況を想定した対応等を含め、大規模災害時の教訓を活かしたマニュアルの作成を期待したい。

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。		
40	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>提供するサービスの標準的な実施方法は、各区（=棟）ごとに業務の流れとして基本的な支援や起因疾患別を考慮した対応、介助法として文書化されており、常に利用者主体、利用者尊重、プライバシー保護、権利擁護の視点で作成されている。職員への周知徹底を図るため、新人職員基礎教育プログラムに「実施研修」等として組み込まれ、全職員が習得する機会としている。また、各区（=棟）においては随時区会でサービスの実施について話し合が持たれている。しかしながら、標準的な実施方法に基づいたサービスが確実に提供されているか否かを確認するための仕組みは構築されていない。</p>		
41	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法についての検証・見直しに関わる仕組みづくりはされていないが、月一回開催される「連絡会議」（施設長、係長、各区の主任生活支援員、看護主任、主任管理栄養士、サービス提供管理責任者等）における協議内容として、サービス内容や支援方針についても検討され、改善等の指示や部門間の連絡・調整が行われている。その際、生活支援計画はほぼ同様のメンバーが所属する「生活支援会議」での検討内容も必要に応じて情報提供され、検証・見直しに反映されている。</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。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>アセスメントシートが作成され、一人ひとりの利用者のニーズに合致した個別の生活支援計画が策定され、PDCAサイクルに基づいて実施されている。継続する利用者の生活支援計画は年度当初の4月までに策定され、最長6か月を限度としてモニタリングが行われている。また、新規の利用者については1か月以内に策定することとしている。利用者の身体状況やADLの変化に応じて随時見直しが行われている。策定に当たっては部門を横断した職種からの情報提供、利用者への聞き取りにより、利用者の意向やニーズを的確に把握した上で、必要な援助を展開している。</p> <p>※PDCAとは Plan：計画を立てる、Do：実行する、Check：評価する、Action：改善する</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a ・b・c

<p><コメント></p> <p>生活支援計画策定マニュアルが策定されており、これを基に実施したサービスの評価・見直しが行われている。モニタリングの事項として、アセスメントシートや計画の実施・達成状況、プランの終了・継続、新たに発生したニーズ等を中心に確認し、利用者の意見や評価も併せて聴取・把握するなど、きめ細かな対応を行っている。モニタリングの結果は担当者から各部門へ「経過まとめ」として配布し、そこからの意見を集約して次の計画策定に活かすなど、各部門との協働による横断的な対応を行っている。また、生活支援計画書に変更が生じた場合は、「生活支援計画書実施経過（月間）」で確認している。ADL等の変化については、随時関係部門との検討会を開催している。</p>		
<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。</p>		
44	<p>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。</p>	a・ ⑥ ・c
<p><コメント></p> <p>生活支援計画に基づく支援サービスの実施については、ケース記録や療護日誌等に記載され、回覧により情報の共有化に努めている。また、施設の連絡会議や朝夕のミーティングにおいて共有を図っている。しかしながら、日常的な利用者の情報の組織としての共有としては朝夕のミーティングが主となっていることから、利用者の状況等に関する職員間の情報の共有化への取り組みや、生活支援計画へどのように反映されているのかを明示できるよう組織的な取り組みを期待したい。</p>		
45	<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。</p>	a・ ⑥ ・c
<p><コメント></p> <p>個人情報管理規程が整備され、個人情報管理責任者や個人情報保護に対する基本方針等が定められている。基本方針には、個人情報保護に関する問い合わせ窓口が明示され、利用者や職員に対して周知するものとなっている。しかし、当該規程は利用者の記録について特化したものではなく、また、個人情報の不正利用や漏えいに対する対策等の規程がなされていない。</p> <p>施設が行う新人職員基礎教育プログラムに基づく研修の一部として個人情報保護が組み込まれているが、利用者の記録の管理に関する情報管理としては十分でなく、なお一層、充実した研修体制を組み、規程の理解と遵守の精神を醸成する必要がある。</p>		

第三者評価結果（障害者・児）

※すべての評価細目（26項目）について、判断基準（a・b・cの3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。

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A-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
<p><コメント></p> <p>アセスメントシートにコミュニケーション領域に関する点検項目を設定し、利用者の意思表示の状況や手段について把握している。生活支援計画（実施）書は、これらの情報を基に、さらに利用者の希望や思い、職員が気づいた点や気になる点、意思伝達のための機器や自助具の活用必要性等についても検討・確認され、生活支援会議を経て作成（実施）されている。また、コミュニケーションが困難な利用者については、入所時に家族の協力を得て面談を行い、利用者の意思表示を確認している。</p> <p>以上のような施設としての取り組みはなされているが、日常生活においてそれが十分活かされるようにさらなる取り組みを期待したい。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>施設運営の基本理念が職員に周知され、利用者の主体性、意向が尊重された活動が展開されている。電話の使用や面会、外出などは制限を設けず、利用者の主体性、自主性を重んじた対応が図られている。サービスを向上するため、施設長の下に「事業推進検討委員会」が設置され、その下部組織である「年間行事企画委員会」が利用者の意向をアンケート調査するなどして年間行事等に反映させている。また、参加が自由な利用者による会として「コミュニケーション」が組織化され、会が主催するイベントや利用者の希望により、音楽、料理、創作、レクリエーション、農作業などのクラブ活動が行われている。さらに、障がい者スポーツ教室や地域で開催される文化祭や地域のお祭りなどの活動にも参加している。外出については、施設外出マニュアルが整備され、週一回の買い物外出、企画外出（春から秋）、個別ケア外出、経管栄養の利用者にも短時間の外出機会が設定されている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>職員の倫理綱領とそれに基づく行動指針に利用者の権利、個性の尊重、自己決定の保障が明記され、それを基に「生活支援計画策定マニュアル」が策定され、PDCAサイクルに基づく支援が展開されている。特に、生活支援計画を策定するにあたり、利用者自身の意向を</p>		

聞き取りにより確認し、本人や家族への説明・同意を得て計画案を担当職員が作成、それを利用者の出席を求めたうえで「生活支援会議」において決定するなど、利用者の自己決定や自力行為に焦点を当てたハード面の環境整備やソフト面の支援に配慮している。		
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
<p><コメント></p> <p>個別の生活支援計画は、利用者のエンパワメントを重視した視点で策定・実施されている。そのため、職員研修として行われる新人、現職者、チームリーダー研修に利用者の人権・尊厳・主体性の尊重を重要なテーマとして位置づけ、利用者を理解する学習機会を設定している。また、社会活動への参加の機会とするため、各種の情報（催事やハローワークの案内、市政だより、障がい者スポーツ大会や障がい者虐待防止啓発ポスターなど）を各区（＝棟）のカウンターに備えたり、フロアに掲示するなどして情報提供している。地域貢献活動として、毎年秋には公民館で恒例の「作品展示会」を開催したり、ペットボトルのキャップやアルミ缶等の収集活動をとおして利用者の主体性を確保する機会として実施している。ただし、利用者に対して社会生活力を高めるための学習や訓練の機会、自己表現の技能やプログラム等については設定されておらず、今後の課題と思われる。</p>		

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
A-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
<p><コメント></p> <p>食事に関する留意点や支援方法については、アセスメントシートに栄養管理の項目（喫食内容）として、利用者の入所の際に聞き取りによる意向調査が行われている。意向調査により把握した内容を基に、管理栄養士と看護師が協働してサービス実施計画を作成し、それを基に実施されている。また、食事の際の介助や具体的支援方法については、「食事介助マニュアル」が策定されており、それを基に実施されている。マニュアルは、新人研修等で職員に周知されている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>「事業推進検討委員会」の下に「給食管理委員会」が設置され、当該要領に基づき、年3回（4月、8月、12月）利用者も含めた会議が開催され、そこで利用者の意見・ニーズを反映する機会としている。また、利用者アンケート調査で献立内容、味、量、食事開始時間、盛り付け、喫食時間などに関する満足度について利用者の意向を把握し、実現可能なものからその実施に努めている。さらに、年1回入所者全員を対象に聞き取りによる嗜好調査を実施し、その結果を報告書としてまとめ、それを全職員に配布して施設内で共有化を図るとともに、献立に反映可能なものから対応に努めている。献立・食材表は、食卓や食堂内、食堂入り口に掲示し、個別に欲しい利用者については個別配布も行っている。楽しく食事ができ</p>		

るよう「食事介助マニュアル」に基づいた支援に努めている。		
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
<p><コメント></p> <p>利用者に対する食事の質の向上、食事環境の整備、円滑な食事の提供などを目的とした「給食委員会実施要項」が整備されており、それを基に給食委員会が毎月開催されている。特に、4月、8月、12月は利用者の参加を得て開催するなど、利用者の希望等を聴取する機会となっている。また、毎年実施する入所者に対するアンケート調査にも喫食に関する項目を取り上げ、その満足度について把握し、改善等を行う具体的な取り組みの一助としている。食堂の食卓には一輪の花が飾られ、バックグラウンドミュージックをCDで流すなどの配慮や食卓も車イスが入りやすいようくぼみを持たせ、高さも利用者に合わせて上下に調整できるようにOT（作業療法士）職員が工夫を凝らして改造するなど、設備面でも利用者本位の食環境づくりに配慮している。食事時間は、障害の程度・状態に応じてゆっくりできるように、11時30分から12時30分までの1時間ほどを設定している。</p>		

		第三者評価結果
A-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
<p><コメント></p> <p>入浴は、「生活支援計画策定マニュアル」に基づき、アセスメントの段階で障害の程度、入浴時の介助・方法等について確認し、利用者の個別事情に配慮した計画（実施）書が策定され、健康状態に配慮しながら行われている。具体的には、安全面に配慮した「入浴介助マニュアル」が整備され、それを基に入浴方法、健康状態、留意事項に関する個別チェックリストを作成、実施している。特に、機械浴対象者については個人ごとの入浴手順書が作成され、それを基に実施されている。入浴に関する申し送りはノートに記録され、入浴リーダーがその都度確認できる体制となっている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>利用者が失禁したなどの場合、浴室の利用状況によりシャワー浴が可能となっている。入所の利用者に対して毎年利用者アンケート調査を行い、入浴に関する利用者の意向・希望の把握に努めている。「入浴回数が少ない」、「ゆっくり入浴できない」等の意見が出されているが、施設側の検討結果では、現在の週2回を3回に増やすためには現状の職員の勤務体制では困難との結論であり、利用者の要望が反映されたものになっていない。夏場についてはシャワー浴などの対応について検討する必要があると思われる。また、家庭浴の入浴時間や順番についても施設側が設定しているので、利用者との話し合いを持つなどして相互理解に努める必要があると思われる。</p>		
10	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・b・c

<p><コメント></p> <p>入浴に関する施設の検討組織として「入浴ワーキンググループ」が設置され、年1回開催するグループ会議において入浴環境に関わる検討が行われている。設備面では、浴室の物品チェック表を基に機械浴・家庭浴の機器点検が月1回実施されており、不具合箇所は記録の上速やかに修繕等が行われている。脱衣所の冷暖房は、冬は床暖房、夏は扇風機を使用し、利用者の身体状況や健康状態に配慮した対応を行っている。</p> <p>その他、「プライバシー保護マニュアル」に入浴時のプライバシー保護を規定しており、浴室の入り口や浴室内の家庭浴と機械浴の間をカーテンで仕切るなど、利用者のプライバシー確保に努めている。</p>	
--	--

		第三者評価結果
A-2-(3) 排泄		
11	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>生活支援計画（実施）書及び「排泄介助マニュアル」に基づき実施されている。生活支援計画（実施）書は、策定に至るアセスメントの段階で利用者の排泄行為に関する16項目にわたる点検・確認が行われ、本人の希望や思い、留意点も考慮しながら策定している。排泄介助の結果は、「排泄介助マニュアル」に基づき排泄チェック表に記入し、利用者個々の体調管理に努めている。排泄用具の使用法についても「排泄介助マニュアル」の中で定めており、用具を使用する際の介護の留意点についても明文化されている。</p>		
12	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の居室はすべて個室であり、冷暖房、空調、トイレが整備され、個人のプライバシーは確保されている。トイレは暖房仕様で室内カーテンで間仕切りされており、また、排便時の換気は空調を作動させることで対応している。利用者の中には消臭スプレー等を自費で購入して対応している者もいる。トイレは基本的に洋式であるが、利用者の希望や身体状況により和式やいざりトイレの使用も可能となっている。トイレ環境の点検・改善は、施設内の区（=棟）単位で行われている。また、利用者の身体状況等に配慮した手すりや呼び出しコールの位置などの簡易な修繕や調整についてはOT（作業療法士）職員が対応している。各室のトイレの清掃は区単位に遅番の担当者が行い、介助等に伴う便器等の汚れは担当者がその都度対応して常に清潔を保持している。</p>		

		第三者評価結果
A-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
<p><コメント></p> <p>衣服については基本的に利用者の意思を尊重し、自ら選んだものを着衣しており、制限は</p>		

していない。利用者から衣類の選択について相談された場合は、その都度一緒に考え、最終決定は本人の意思・選択を尊重した支援を行っている。意思表示が困難な利用者については、家族から事前に本人の趣向を聞いて対応している。衣類の購入は、通販を利用している人もいるが、基本的には冬期間を除いた毎月実施される「買い物外出」を利用して行っている。身体状況や健康状態により外出できない利用者については、月一回職員が区（＝棟）単位で利用者の要望をまとめて買物代行を行っている。

14	A-2-(4)-② 衣服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。	a・b・c
----	---	-------

<コメント>
 衣類等の交換（着替えなど）については アセスメントで8項目にわたる点検を行い、その状況等を把握・確認した上で本人の意向・希望も考慮して対応している。衣類の着脱を自力で行うことを希望する利用者については、可能な限り本人の意思を尊重し、安全確保の面から必要に応じて指示・誘導しながら行っている。身だしなみや清潔を保つため、衣類の汚れや破損については、「衣類の交換手順に関するマニュアル」が整備されており、本人の意向を確認しその了解のもとに行われており、経過についてはケース記録に記載されている。

	第三者評価結果
--	---------

A-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・b・c
----	---------------------------------------	-------

<コメント>
 アセスメントで身だしなみに関する衛生の保持、整容行為について利用者の状況や意見・意思が把握・確認され、それを基に日々の支援が行われている。理美容についても支援の基本は施設の理念や職員の倫理綱領に明示されている、利用者本位、個性尊重、自己決定の保障の視点が尊重されており、整髪や化粧などの身だしなみも利用者の意思・選択を尊重した対応に努めている。髪形や化粧についての相談には一緒に考え、利用者の 決定に委ねるよう配慮している。各区（＝棟）のフロアには理美容に関する雑誌や、利用している理容店からのパンフレット・ポスターなどを配置・掲示している。障害の程度により理容店での理髪が困難な利用者のため、月1回ほど理容店による訪問理髪のを機会を設けている。

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。	a・b・c
----	---------------------------------	-------

<コメント>
 理美容店を希望する利用者については、本人の申し出により、個別ケア外出として職員が付き添いの上、福祉タクシーを利用して行う体制が用意されている。利用者が選択した理美容店が、日常的に施設と連携が図られているところとは限らず、その場合には事前に職員が理美容店の理解と協力が得られるようにその都度店側との間で連絡調整を行っている。2か所の理容店についてはこれまでの実績から、利用者からの希望を基に施設が連絡調整を行い、訪問理髪にも協力してもらっている。

	第三者評価結果
--	---------

A-2-(6) 睡眠		
17	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>全室個室であり、安眠環境は整っている。施設として、特に個室の消灯時間は定めておらず、利用者に委ねている。夕食後は自室に戻り、自分で持ち込んだテレビを見て過ごす利用者もいる。夜間における就寝中の利用者に対するサービスは「夜間対応マニュアル」により支援が行われている。夜間における個別支援の内容は日誌に記入され、特に気づいた点や注意点についてはケース記録へ記入することが定められている。寝具等についても私物使用が認められており、入所後の個人購入や自宅からの持ち込みは可となっている。夜間における利用者からの呼び出しコールには、状況に応じて担当者間で携帯を使用して適切に対応している。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(7) 健康管理		
18	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>利用者の「健康管理マニュアル」は策定されているが、その中に個人の健康管理票についての記載はなく、別個に健康記録として一括管理している。各週ごとに嘱託の精神科医と内科医が回診し、利用者に対する健康状態の説明や健康相談にも応じている。また、施設の看護師も常時利用者からの健康相談に応じている。定期健康診断は業者委託により施設内の地域交流センターで、5月、11月の年2回実施している。定期予防接種としてインフルエンザ予防接種を利用者や家族の希望・同意を得て実施している。歯科については、本年度初めて歯科医等による歯科検診を希望者に対して実施し、併せて口腔衛生に関する指導も行われた。健康の保持増進のため、食事前に嚥下体操を企画・実施しているが、参加者が限られてきているなど、健康の保持増進の方策について検討が望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>常勤職員として看護師が配置され、「健康管理マニュアル」に基づき24時間体制で利用者の健康面の変調等に随時対応する体制が構築されている。急変時の対応として「急変時対応マニュアル」が整備されており、それに基づいて実施されている。生活支援員は隔年ごとに救急法の講習会を受講し、訓練を通じて緊急時の対応に努めている。緊急時等の協力医療機関として地域内に病院が確保されており、施設の嘱託医の派遣や利用者の受診も基本的にその協力医療機関を利用するなど、連携強化に努めている。利用者本人の希望等による他医療機関の利用は自由である。</p>		
20	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a・b・Ⓒ
<p><コメント></p>		

「内服薬・与薬等管理マニュアル」が整備されており、基本的に看護師が行う業務として位置付けられている。ただし、昼食等看護師が多忙となる時間帯などは、生活支援員も看護師の指示を受けて与薬を行うことができると定められている。しかし、看護師の指示は与薬の時期、時間、数量などであり、マニュアルに定められている薬の目的、性質、効果、副作用の情報提供は行われていない。内服は対象者を目視で確認し、本人に薬袋に記載されている名前を確認させるとしているが、現場では周知徹底されていない。また、与薬・服薬後、空になった薬袋を保管し、報告時に引き継ぐと定められているが、現場では昼食の残菜と一緒に廃棄されている事例が散見されるなど、マニュアルの周知・徹底がされていない。内服薬・与薬管理については、今後マニュアルを含めて検討するとともに、周知の徹底を図る必要がある。誤薬発生時の対応についてはマニュアルに記載されているが、配薬忘れの対応についても併せて検討課題と思われる。

		第三者評価結果
A-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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>余暇・レクリエーション活動は、「事業推進検討委員会」の下に「年間行事企画委員会」を設け、さらに下部組織として「年間行事係」、「外出係」、「日中活動係」の3係を配置し、利用者のアンケート調査を踏まえ相互調整のうえ展開している。また、施設生活をより快適に過ごすため、利用者の自主活動として「コミュニケーション」が組織化され、ボランティアの協力を得ながら利用者主体の活動が行われている。余暇活動の一環として「起き上がりこぼしストラップ」などを製作し、夏祭りや地域の店で販売するなど、利用者の創作意欲を高めるとともに社会参加を実感する機会ともなっている。市政だよりや催事の案内などを各フロアに配置したり、地域で行われている障害者スポーツ教室やサークル活動などの情報提供も積極的に行っている。施設内でも、年間行事の他に各種のクラブ活動が行われており、いずれも利用者の主体性を尊重したものとなっている。</p>		

		第三者評価結果
A-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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>施設の年間行事としての利用者の外出については、「事業推進検討会」の下に「年間行事企画委員会」が設置され、その下部組織である「外出係」が利用者のアンケート調査を踏まえながら年間計画の立案を行っている。外出に関するマニュアルが策定されており、外出目的、移動手段、付添い職員等を事前に検討した上で実施されている。付き添いには生活支援員など施設職員のほかにガイドヘルパーや有料ボランティアの活用も行うことができる。地域参加と自立支援を促進するため、各区(=棟)フロアには市政だよりや催事案内を置くとともに、職員が知り得たイベント情報なども日常的に提供している。外出する際には、外出カー</p>		

<p>ドの持参を勧奨している。また、外出に伴う事故等については「ヒヤリハット・事故発生時マニュアル」で対応するとしているが、外出では転倒事故や交通事故など不慮の事故に遭遇することも危惧され、現行のマニュアルでの対応では十分ではなく、検討が望まれる。</p>		
23	A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>外泊に関するルールは特に設定されておらず、利用者及び家族の希望・意思により実施している。盆や正月の外泊は担当職員が家族との連絡調整を密に行い、家族の意向や希望、同意を確認した上で実施しており、施設側の都合により行ってはいない。ただし、利用者の安全管理上、最低限度のルールの設定は必要と思われる。</p>		

		第三者評価結果
A-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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>「預り金管理要領」が定められているが、安全管理上、金融機関による管理を基本としている。金銭の受払は、個人ごとの預金通帳で行っており、常時確認できる体制がとられている。本人や家族には3か月ごとに通帳のコピーを渡し、確認を受けている。通帳及び印鑑はそれぞれ施設の異なる金庫で保管・管理されている。自己管理が可能な利用者については、本人の希望に応じて対応している。管理場所は本人に委ねているが、自室の机の引き出しに施錠するなどして自己管理している。障害の特性上、利用者に対する小遣い帳による自己管理に向けた学習や経済的な対応能力を高めるための学習プログラムは設定しておらず、個別対応としている。権利擁護事業や成年後見人制度についても関係機関等から配布されるパンフレットやポスターをフロアなどに配置・掲示し、周知に努めているが、その活用方法等の具体的な対応について利用者の理解を図る工夫が望まれる。</p>		
25	A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>新聞、雑誌、テレビ、ラジカセ、パソコン等利用者が希望する情報媒体や情報機器の購入、自宅からの持込み使用することは自由で特に制限は設けていない。また、各区(=棟)のフロアにはテレビが置かれているが、利用方法についても特段の定めはなく、利用者間でお互いに声かけをしながら使用しており、利用者間でのトラブルは発生していない。但し、利用者によっては他の利用者が夜間自室で使用するTV、ラジカセなどの音が妨げとなる場合もあり、それが利用者間の諍いに発展する可能性もあるので、利用者間の最低限のルール設定は必要と思われる。また、共同使用となっているTVの使用方法についても同様と思われる。</p>		
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、利用者の意志や希望が尊重されている。	a・ b ・c
<p><コメント></p>		

嗜好品を嗜むためのルールやマニュアルは整備されていない。利用者に対して嗜好品に関する話し合いやパンフレット等による正しい知識の普及・啓発も行われておらず、使用については基本的に本人の意思や希望に任せている。喫煙については現在利用者の中に喫煙者はいないが、火災や健康被害を防止するため玄関先に施設側で定めた喫煙場所が用意されている。飲酒についても基本的には本人の意思や希望・健康状態に応じて対応している。飲酒場所は自室や食堂、各区（＝棟）のフロアなどとしているが、特に自室の場合には職員が飲酒状況について確認できないなどの問題があり、酒害防止や適正飲酒の観点から対応策を検討する必要があると思われる。