

福島県福祉サービス第三評価結果表

①施設・事業所情報

名称：福島県かえで荘		種別：障害者支援施設	
代表者氏名：園長 大輪文子		定員（利用人数）：100（91）名	
所在地：福島県西白河郡西郷村大字真船字芝原 1 8 9 - 1			
TEL：（代）0248-25-3106		ホームページ： http://fukushima-sj.jp/taiyo_kaede/index.html	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 昭和 55 年 4 月 1 日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 福島県社会福祉事業団			
職員数	常勤職員：	47 名	非常勤職員 7 名
専門職員	園長	1 名	医師 2 名
	サービス管理責任者	2 名	看護職員 1 名
	生活支援委員	39 名	生活支援員 2 名
	栄養士	1 名	事務員 2 名
	看護職員	2 名	
	事務員	2 名	
施設・設備の概要	（居室数）		（設備等）
	居室 2 8（個室 2）、浴室 2、食堂 1、スタッフルーム 2、事務室 1、デイルーム 2、多目的ホール 1、多目的ルーム 1、会議室 1、リネン室 2、面会室 1、洗濯室 2		スプリンクラー、ボイラー、屋内消火栓、リフト浴 2、防火扉 2、冷房設備（居室、デイルーム、脱衣室、食堂、会議室など）、暖房設備全室

②理念・基本方針

<p>【スローガン】 『お客様の願いや思いの声に耳を傾ける心優しい支援』</p> <p>【基本方針】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 権利擁護を推進する充実した組織づくり 2 お客様本位のサービスの提供と一人ひとりの満足度の向上 3 安全、安心な支援と快適な居住環境の提供 4 地域福祉の推進とセーフティネットの充実 5 全職員によるコスト意識の高揚と経費削減の推進

③施設・事業所の特徴的な取組

- ・指定障害者施設として、身体や知的、精神の障がいにより常に介護を必要とする方を受け入れ支援を行っている。支援方法については、障がいの程度に応じて職員で話し合わせ個別に対応している。また、状態変化等みられた場合はすべての職員が速やかに対応できるよう情報の共有化を図っている。
- ・基本方針である「権利擁護を推進する充実した組織づくり」に向けて、「障がい者差別解消法」に対する取り組みの推進として職員行動規範をもとに月別目標の行動規範を掲げ、職員一人ひとりが利用者に対して傾聴する姿勢を持ち、利用者の意思及び人格を尊重したサービスの提供および虐待の防止に向けてのチェック体制など積極的に取り組んでいる。
- ・地域移行に向けて、グループホーム見学や体験入所などへの積極的な取り組みを行っている。
- ・利用者の意見や要望等への対応について、年度初めに外出の年間計画を立案している。障がいの程度に応じたグループごとにマイクロバス、公共機関を利用しての外出を通して、利用者が楽しめる場の提供など積極的な取り組みが行われている。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年5月25日（契約日） ～ 平成28年11月14日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	初回（平成 年度）

⑤第三者評価機関名

福島県社会福祉協議会

⑥総評

◇特に評価の高い点

《組織的な研修体系と新人職員の育成》

○法人事務局と施設が連携してキャリアパスに沿った組織的・体系的な階層別研修や専門研修が実施され、新任（転任）職員には、施設内部研修としてエルダー制度を導入した人材育成プログラムが策定され、月別の達成目標項目を設定することにより、新任（転任）職員とエルダー職員双方で理解度や達成度を評価しながら職務遂行能力の向上に努めている。

（※エルダー制度とは、新入職員へ先輩職員が教育係（エルダー）となって、2人1組での新入職員への指導や職場生活上での相談役となること。）

《総合的な人事管理》

○職員の育成及び能力発揮の高揚を図るため、人事考課実施要領を定め、客観性を重視した業務管理、人事評価、総合評価の結果をもとに、人事運営及び給与に関する公正な基礎資料としている。また、キャリアパス制度を導入し、職位や職階に応じ

て求められる役割や能力、習得すべきスキルや業務知識、昇給や給与の対応基準等について明示することにより職員個々のキャリア形成と労働意欲の向上に努めるなど、職員自身が将来像を描ける取組みを行っている。

《健康管理の充実》

- 健康管理表で利用者の健康状態が把握され、職員全体で共有されている。また、必要に応じ歯科医院での歯石除去や歯茎マッサージなどの口腔ケアで感染予防対策に努めている。専門的な治療を要する場合は家族の意向を確認して、大学病院や総合病院へ通院支援している。日常生活の中では朝、昼にラジオ体操を実施し、車いす利用者へは膝や足つま先の曲げ伸ばしを行うなど健康の維持、増進を図っている。薬の取り扱いでは、配薬のチェック体制の見直しでトリプルチェックを実施した結果、平成25年から誤薬はみられていない。

◇改善を求められる点

《施設による地域貢献》

- 施設が地域の福祉避難所に指定されていることなどを考慮して地域住民ニーズや地域課題の把握に努め、施設と地域とのかかわり方に関する基本方針を策定し、さらに、ボランティアの支援体制等を整備・強化して、イベント等への参加だけでなく、近隣の市町村、商工会、社会福祉施設、学校等と協同した地域福祉向上の中核的役割を担う取組みを期待したい。

《みえる化の前提となるマニュアルの整備・見直し》

- 職員の倫理綱領第6条にプライバシーの保護が掲げられているが、特化したマニュアルは策定されておらず、職員倫理綱領自己チェック集計表でも職員自身が利用者のプライバシー保護について意識の向上を図る必要性を感じていることが示されている。今後は利用者のプライバシー保護マニュアルを策定し、安全やプライバシーの保護の観点から入浴介助マニュアルの見直し、排泄用具の使用に関する衛生や防臭を考慮したマニュアルや夜間就寝中の利用者に対する対応マニュアル等の整備が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価を真摯に受け止め、引き続き障害者の福祉向上に努めます。

ご指摘いただきました改善を要する事項につきましては、施設と法人が連携して鋭意改善に努めます。

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。

※判断基準（a、b、c評価）の定義

「a 評価」：よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

「b 評価」：a に至らない状況、多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態

「c 評価」：b 以上の取組みとなることを期待する状態

※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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>障害者総合支援法の目的及び基本理念を踏まえ、法人の経営理念・経営方針に沿って施設の運営基本方針を定めている。これらは全て明文化され、常に利用者や職員の目に触れやすいよう玄関・事務室・スタッフルーム等に掲示し、利用者向けにはルビ・色刷り・大文字で作成するなどの工夫を凝らしている。また、ホームページ・広報紙・パンフレット・事業計画書等にも掲載し、家族会総会ではこれらの媒体を使用して説明を行い、職員には新任者研修・階層別研修・施設内部研修などの研修内容に「理念の理解」と題して組み込み、周知の徹底を図っている。</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>法人では、社会福祉事業の動向及び障害者福祉を取り巻く制度や施策等の情報収集に努め、資金収支や事業活動収支に係る決算総括表等を基に経営状況を把握・分析し、経営環境や課題に対応している。施設では、月毎に利用者のサービス利用状況や収支状況（一月遅れ）を把握・分析し、その結果や課題等については法人事務局の月例施設長会議で報告し、法人内部での共有化を図っている。また、施設内ではリーダー会議や職員会議でも説明・報告し、職員間の共有化に努めている。しかし、施設を取り巻く地域の福祉ニーズや潜在的利用者に</p>		

関するデータの集積が十分でなく、地域を加味した課題の分析までには至っていない。		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>役員には理事会等で傘下施設の利用状況・財務状況・課題等についての説明・報告がされ、課題の共有が図られている。施設では毎月利用者のサービス利用状況や収支決算資料を作成し、それを基に施設長が経営状況や改善すべき課題を分析しながらリーダー会議や職員会議で説明・報告している。しかし、職員の理解は内部で実施した自己評価から十分ではない。また、中・長期経営計画の中で利用者の高齢化・重度化に対応した機能の分化と施設の老朽化に対応した施設整備について取り上げられているが、これらの計画についても職員の周知・理解は十分でない。</p>		

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>法人の中長期計画は、「社会福祉事業団中長期経営計画策定委員会設置要綱」に基づき、平成25年度から平成34年度までの10年間を実施期間とする計画として平成25年3月策定された。本計画は、法人の経営理念と経営方針の具現化に向けたサービス事業計画と経営管理計画の視点からそれぞれ目標とする内容を取り上げ、それらを事業項目として示した行程表と計画の収支に関するシュミレーションも作成している。また、中間年度にあたる平成29年度を計画見直し・修正期間と定めている。しかし、本計画にはそれぞれの実施項目に関わる数値目標や具体的な成果が設定されていないため、定量的な評価が行えないことから、計画の見直しの際に修正等を行うことを期待したい。</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>施設の平成28年度事業計画は、中・長期経営計画を反映した事業内容となっているが、収支計画についてはそれを確認できる資料を得ることが出来なかった。また、事業計画には、数値目標等の設定がなく、実施状況を評価する上で成果の定量的分析に至らず、評価の客観性を高める工夫が望まれる。</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、各委員会や棟会議等でそれぞれ必要な事業内容を検討し、リーダー会議で決定する手順を踏んで策定され、計画の評価・見直しも適時行われてい</p>		

る。また、職員の参画や意見の集約・反映のもとで PDCA サイクルに基づく組織的な取り組みが行われている。また、職員に対して事業計画の周知と理解を促すため、新任（転任）職員についてはエルダー制度を活用した人材育成プログラムによるオリエンテーションで説明しており、その他の職員については職員会議で説明している。

※PDCAとは、Plan（計画）、Do（実行）、Check（点検・評価） Action（処置、改善）の一連のサイクルを通じて質の向上に向けた取り組み。

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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>家族会総会の場を通じて施設長が重点事業を取り上げ説明したり、職員が施設からの連絡事項として事業計画書を配布して説明している。欠席した家族には資料と一緒に送付している。また、家族も遠方であったり、高齢によるため、利用者の状況を伝える連絡票を送付する際、月間行事予定表や利用者が参加した行事の写真（A-4版）などを添付し、施設での行事や利用者の生活状況などの情報を提供し家族理解に努めている。また、玄関や廊下、ダイニングなどに行事に参加した際の写真や利用者の理解を促すためにルビを配するなどの工夫を凝らした簡易な事業計画書等を掲示したり、毎月開催する利用者の「話そう会」でも行事などについて説明している。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>施設では、福祉サービスの質の向上を図るため、施設長及び次長の指揮・監督の基にサービス管理係を置き、2名のサービス管理責任者を配置して対応している。この係が中心となり施設内での横断的取組みを推進するため、援助係と健康管理係から援助員、栄養士、看護師を参画させた「サービス管理委員会」を設置し、具体的な活動を展開している。PDCAサイクルに基づき毎年福島県福祉サービス第三者評価基準による自己評価を独自に実施し、結果の分析・検討を行っており、このことが今回の第三者評価受審へと繋がった。また個別支援計画に関するPDCA管理のための支援会議や個別支援会議等を通じてサービスの質の向上に努めている。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの評価・改善を図るため、サービス管理委員会が中心となり全職員を対象とした自己評価を実施し、その結果をまとめて施設サービス改善報告書及び改善計画書として作成している。これらは職員会議やリーダー会議で報告され、施設内での課題の共有化が図られ</p>		

ている。改善報告書には、改善項目ごとに問題点・課題に対する改善方針を定め、改善策を提示し、担当部署、達成予定年度、実践報告及び改善結果が示されている。改善計画書も改善報告書と同様に、具体的な改善計画が示されている。また、施設サービス評価外部委員（施設モニター）を委嘱し、施設運営のあり方やサービス内容について意見を聴取し、施設運営に反映させている。

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。		
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>施設の事務分掌及び運営規程に施設長の果たすべき役割・責任が明記され、広報紙でも施設長挨拶で施設の基本方針に触れながら施設長としての考えや施設運営における重点的事項について説明している。職員会議では、法人事務局の施設長会議の伝達を含めて職員へ適切に指示・指導を行っている。また、リスクマネジメント実施要綱等には施設長の責務とヒヤリハットの体制整備、消防計画書では施設の消防・防災委員会委員長及び自衛消防隊隊長など、有事の際の施設長の役割と責任が明文化されている。しかし、施設長が不在時の権限委譲については明文化されていない。</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や障害者福祉に関する制度内容や雇用・労働、消防・防災、環境関連法について情報を収集し、職員会議やリーダー会議を通じて職員にも伝達している。また、経営者研修や施設長研修などに参加し、積極的に遵守すべき法令等の理解に努めている。必要な規則集は紙ベースで各部署に配布・整備するとともにパソコンにも一括入力し、法改正等に応じた新たな規定の整備や改正を適時適切に行い、職員が常時確認できる体制を確立している。職員倫理綱領等の遵守については、施設長が年1回「職員倫理綱領自己チェック表」により実施し、その結果について職員会議やリーダー会議で説明し共有化を図っている。</p>		
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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は福祉サービスの向上を図るため、横断的な取組み体制として各種委員会を設置し推進している。施設長の指揮監督のもと、「サービス管理委員会」では独自に、福島県福祉サービス第三者評価基準に基づく自己評価を実施し、「権利擁護推進委員会」では倫理綱領自己チェック表により点検を行い、分析結果や改善に向けた取組みについて職員会議・リーダー</p>		

会議等で説明し、共通理解を図っている。また、職員の資質向上を図るため、事務局研修（専門別・階層別）、施設内部研修、外部研修等へ積極的に参加させている。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>月例の法人事務局での施設長会議の内容・資料情報は施設のリーダー会議や職員会議、朝のミーティングなどで施設長が説明し、業務の見直し・改善や実効性を高める機会及び職員の意識改革を促す機会としている。また、働きやすい環境づくりのため、朝のミーティングや職員会議を通じてキャリアパス、ノー残業デーの実施、年次有給休暇・夏季休暇等の取得達成など、ワーク・ライフ・バランスの意識醸成にも努めており、中長期計画にも反映されている。</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。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉人材の確保や人事管理体制は、法人事務局が中心となり行われている。人材確保について、法定配置基準を基にしながら事務局と施設長のヒアリングを通じて必要な人材や人員体制が定められ、毎年2月の法人事務局の施設長会議で翌年度の職員配置が提示されている。施設利用者の高齢化・精神疾患の増加に対応するため、平成28年度は、専門職の要求に対して精神保健福祉士2名及び介護員（パート）0.8名の枠を確保するなど、組織を円滑に機能させるための人材確保に努めている。新任（転任）職員にはエルダー制度を導入した人材育成プログラムが用意され、職務遂行能力の向上を図っている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>法人事務局で人事考課要領を定め、職員の育成及び能力発揮の高揚を図っている。考課の方法は業務管理、人事評価、総合評価の3つで構成され、この結果を基に人事運営及び給与に関する公正な基礎資料としている。また、キャリアパス設置要綱を定め、人材育成において職位や職階に応じ求められる役割・能力、期待される職員像を提示するとともに習得すべきスキルや業務知識、昇給や給与の対応基準等についても示し、職員個々のキャリア形成と労働意欲の向上に努めるなど、職員自ら将来像を描けるような取組みがされている。</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組んでいる。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>労務管理は、安全衛生推進者の次長を中心に各棟の援助係長が担う体制となっている。職</p>		

<p>員の有給休暇の取得や時間外労働、心身の健康や健診結果なども施設長に報告・確認されている。また、毎年全職員を対象に就業状況や意向等について個別面談を行っている。セクハラ等の相談窓口は法人の事務局に設置され、連携して対応している。中・長期計画には福利厚生の見直し、メンタルヘルス事業の充実、ワーク・ライフ・バランスの推進などが位置づけられ、平成 28 年度事業計画に組み込まれている。しかし、独自に実施した職場内での自己評価結果では、女子職員から取組みに有給休暇の取得や就業等に関する要望等が挙げられているため、今後も一層の取組みが望まれる。</p>		
<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。</p>		
17	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>「キャリアパス設置要綱」が定められ、組織の期待される職員像は明確にされている。職員は人事考課要領に基づき業務管理表と人事評価表にそれぞれ目標・課題の設定と自己評価を行い、上司による職員との面接を通じた業務管理表のチェックと評価の確定及び総合評価が行われ、最後に施設長による業務のチェックと総合評価が実施されている。業務管理表はPDCAによる業務改善を目指しており、前回本人が記載した主要業務及び設定目標・課題に対し、当該年の判定期間に本人評価と上司による面接で内容を確認し、相互の話し合いの下で業務改善が図られ、次期考課に活かされている。新任（転任）者についてはエルダー制度による人材育成に取り組んでいる。</p>		
18	<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。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>組織が必要とする人材育成にあたり、「キャリアパス設置要綱」を定め、職位・職階に応じて期待される職員像と併せて必要なスキルや業務知識等について明文化している。平成 28 年度職員研修基本方針には、キャリアパスに沿った研修形態を導入して職員の労働意欲や資質の向上を図り、更なるサービスの向上に努めることが明示されている。また、それを達成するために法人事務局と施設が連携した組織的・体系的専門別・階層別研修を実施している。さらに、自主的（提案）研修の推進を掲げ、職員個々の研修の受講状況は、研修履歴カードにより研修履歴を把握・確認しながら、計画的な研修の実施と職員の積極的な参加を進めている。</p>		
19	<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。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>法人職員研修基本方針に基づき、法人事務局と施設が連携しながらキャリアパスに沿った組織的・体系的な階層別研修や必要な専門研修を実施している。職員ごとに研修履歴カードが作成され、資格取得状況や研修受講状況について研修種別ごとに記録・管理され、また、職員の知識や技術水準、専門資格の取得状況が確認できる仕組みがある。新任（転任）職員には施設内部研修としてエルダー制度を導入した人材育成プログラムが策定され、月別に達成目標・項目を設定し、新任（転任）とエルダー双方の職員で理解度や達成度を評価しながら</p>		

ら実施している。また、施設には研修係がおかれ、各種委員会や係りと連携し、年間に亘る内部研修も行われている。		
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。		
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>法人の経営理念に基づく経営方針に「事業団の使命」と「地域福祉の推進」が掲げられ、優秀な人材の育成が謳われている。これを受けて、法人事務局に事業・研修係が置かれ、「施設実習等受け入れ要領」に基づき実習受け入れの調整と手続きが行われている。施設では研修係が窓口となり実習担当職員を定め、実習生との事前話し合いを基に学校や実習生の要望等を考慮して実習プログラムを作成し、「実習実施要項」により実施している。しかし、実習生受け入れに関するマニュアルは作成されていない。また、法人事務局では毎年各施設の職場研修担当者会議を開催し、内部研修の評価・次年度の方向性などを検討しているが、実習生の受入、実習時の助言や活動効果を高めるために必要な実習指導者の研修の実施状況は確認されなかったことから、これらへの取組みが求められる。</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。		
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>法人事務局では経営する福祉施設ごとのホームページを開設し、法人の経営理念・経営方針、提供するサービス内容、事業計画・事業報告、予算・決算情報等を公開している。当該施設はホームページからアクセスでき、施設のスローガン、基本方針、年間行事、利用状況、施設概要などを掲載している。これらは、広報紙や印刷物（パンフレット等）としても作成・配布されている。利用者の意見・要望等を吸い上げる仕組みとして意見箱の設置、第三者委員の施設訪問、定期的な「話そう会」の開催、利用者代表も参画する「権利擁護推進委員会」や「食事提供委員会」などがある。意見・要望は職員会議・支援会議を通じて対応方法や結果が報告され、苦情はホームページや事業報告書などにも公表している。</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>法人事務局で経理係が施設ごとに拠点区分の会計を担い、施設では事務分掌により総務係が予算執行、予算見積、予算・決算、収支報告などを担うといった大規模な法人のため役割が分担された取扱いとなっている。</p> <p>また、本施設は指定障害者支援施設であることから、施設の内部監査や行政機関による委託事業成果確認検査は毎年、指定障害者支援施設監査は隔年ごとに実施されている。会計上の処理に関する疑義に関しては、適宜、法人が委嘱する公認会計士に紹介して対応しているが、</p>		

相対的に法人本部の業務によることが大きい状況である。今後は、会計規則第 64 条に定める外部監査については取り組みがされていないことから、法人による外部監査も活用しながら、事業の施行状況など、外部からの客観的な評価への取組みに努めてほしい。

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。		
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>施設では地域の催事を年間行事に位置づけ、これらの情報を玄関やデイルームに掲示したり、定期的で開催される「話そう会」で利用者に説明するなどして参加を促している。また、公共交通機関を利用した遠方への外出やグループ外出に積極的に取り組んでおり、地域の商店や理・美容施設の利用など地域交流の機会を設定している。施設の立地環境や利用者の重度化・高齢化が地域交流の促進を困難にしている面もあるが、今後はイベント等への参加だけではなく、地域交流について基本方針を策定し、ボランティアの支援体制等を整備強化して近隣の市町村、商工会、社会福祉施設、学校等と協同した主体的取組みが期待される。</p>		
24	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>法人事務局では「施設実習等受入れ要領」や「ボランティア（体験学習）の心得」を定め、それに基づき施設では研修係が受け入れ窓口となって受け入れているが、受け入れに関するマニュアルは整備されていない。平成 28 年度事業計画にボランティア等の積極的な受け入れを掲げているが、平成 27 年度の受け入れ実績は無い。</p> <p>体験学習は平成 27 年度に 13 名の中学生を受け入れたが、研修係では職員の対応が十分に行き届かなかったとの反省を事業報告書に記述している。法人の運営理念・方針に掲げる使命や地域福祉の推進からも、ボランティアの受け入れについては検討すべき課題である。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>中・長期経営計画に地域との連携及び地域福祉の推進が掲げられ、平成 27 年度事業の基本方針に位置づけされている。ネットワークを必要とする関係機関等地域の社会資源に関する資料はリスト化され、事務室に保管されている。現在、施設所在地の関係機関・関係者を構成員とする「しらかわ地域自立支援協議会」の地域生活支援部会や県南福祉ネットワーク連絡協議会の構成員としてサービス管理責任者が参画し、関係機関との情報共有や、様々な事例への対応、相互支援協力体制の構築など、地域生活や就労支援の取組みに努めているが、職員間での情報が共有化されていないので情報提供に努める必要がある。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		

26	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。	a・b・ ㉔
<p><コメント></p> <p>地域へ施設の持つ設備や機能を活用し地域へ還元することにより地域の福祉向上が図れるよう、事務局の専門研修や施設の内部研修なども開放可能なものについては、地域に開かれた施設・学習の場とするなどの検討も必要である。施設が災害時の福祉避難所に指定されていることも有効活用し、施設所在地域の住民ニーズや地域課題の把握に努め、地域福祉向上の中核的役割を担う取組みを期待したい。</p>		
27	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。	a・ ㉕ ・c
<p><コメント></p> <p>中・長期経営計画に県民福祉のセーフティネット機能の充実及び地域との連携と地域福祉の推進を掲げており、これを受けて施設の平成27年度事業として被虐待障害者等の緊急支援・受け入れ、短期入所及び生活介護通所者の受け入れ、地域自立支援協議会及び県南福祉ネットワーク連絡協議会への積極的参加とネットワークの構築、実習生等の積極的受け入れなどを行っており、28年度事業計画にも継続事業として位置づけている。今後は公益性を有する法人・施設として、地域社会における役割・機能を発揮するため、専門領域に限らず地域が抱えている生活課題なども把握し、地域貢献を果たす取組みが期待される。</p>		

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。	㉖ ・b・c
<p><コメント></p> <p>経営理念に利用者の人格・人権・命を守ることが明示され、職員倫理綱領等の遵守に関する規程、施設職員の行動規範、利用者への虐待防止に関する指針等が定められている。職員は毎年権利擁護に関する誓約書を作成し、宣誓のうえ自署捺印している。また、倫理綱領及び行動規範を玄関に掲示している。</p> <p>権利擁護推進委員会として月間の行動規範（目標）を設定し、それを毎朝全職員のミーティングで唱和するなど、権利擁護意識の徹底を図っている。更に、同委員会による倫理綱領自己チェック表による点検や虐待等に関する利用者・家族への調査を行い、結果を職員会議等で報告し、意識の高揚に努めている。</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>施設の構造や運営面から利用者全員の個室対応は困難であり、トイレや浴室などではカーテン等を利用するなどの工夫をしてプライバシーの保護に努めているが十分に保障されていない。</p> <p>権利擁護については、虐待防止に関する指針が定められ、事務局研修や施設内研修を通じて学習機会が確保されている。しかし、職員の倫理綱領第6条にプライバシーの保護が掲げられているが、それに特化したマニュアルは策定されておらず、また、職員倫理綱領自己チェック集計表には2割の職員がプライバシー保護について意識の向上を図る必要性を感じている。今後はマニュアル策定と併せて施設内研修の充実が望まれる。</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。		
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>法人および施設それぞれについて必要な内容を簡潔で理解し易いように工夫したホームページや広報用パンフレットを作成し、公開・配布している。施設見学はサービス管理責任者が窓口となり、広報用パンフレット等を配布し説明をしている。利用希望者のみならず家族に対しても同様に説明し理解を得られるよう取り組んでいる。玄関に利用者の日常生活や行事などの活動状況を写真入で掲示し、ルビなどの工夫を凝らしたサービス説明書や事業計画書なども掲示するなどの情報提供をしている。今後は、利用者が施設利用に対する不安の軽減なども含め、体験入所や一日利用など、体験ができる場づくりを通じてサービスを選択する取り組みが望まれる。</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>サービスの開始・変更に伴うサービス内容の説明と同意の理解には、利用者の障害特性から困難を伴うことが少なくないが、職員は常に利用者の自己決定に配慮し、易しい表現でゆっくり繰り返し説明すること、絵や図などを使用して説明するなど心がけている。また、個別支援計画の作成・変更にあたっては、サービス管理委員会でサービス管理責任者を中心に利用者や家族の希望等を聴き取り、その結果を可能な限り反映させるようにしている。しかし、入所時等に利用者や家族に対し説明と同意を要する書類の説明に関する工夫が十分でなく、既定の書類の説明による形骸化されている面もあることから、特に利用者の理解が理解し易い工夫が求められる。</p>		
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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>利用者の施設の変更や、地域・家庭への移行に関する要望はサービス管理責任者が窓口となり多面的に検討され、支援会議で協議されている。基本的には本人の意思を尊重するとと</p>		

<p>もに、家族の意向も確認し、相互の同意を得たうえで市町村等関係機関・施設と連絡・調整を図りながら進めている。しかし、サービス利用の変更等にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎが口頭で行われ、書面等での対応が行われていないので、支援者側の共通の認識のもと継続した援助活動に取組めるよう、今後文書として整備することが望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。</p>		
33	<p>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。</p>	a)・b・c
<p><コメント></p> <p>法人事務局では、利用者主体のサービス提供を推進するため、中・長期計画に個別支援の充実を目的として全施設における満足度調査の実施が位置づけられ、これを受け施設では、利用者及び家族に対する満足度調査を隔年ごとに実施している。調査は、権利擁護推進委員会が中心に利用者及び家族に対して実施し、その結果を集計・分析して各種会議で報告し、職員自らのサービスの質の上向上と意識高揚を図る機会としている。</p> <p>また、利用者主体の「話そう会」や「食事提供委員会」等にも利用者が構成員として参加しており、利用者の意見を汲み取る機会が設定され、意見等についてはその都度対応している。</p>		
<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。</p>		
34	<p>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。</p>	a)・b・c
<p><コメント></p> <p>法人では苦情解決制度実施要綱を定め、施設ではこれを基に相談窓口の設置や苦情解決の体制を整備している。これらの仕組みについて2種の資料を作成して利用者へ配布・説明し、デイルームや玄関ホールにも掲示している。苦情解決第三者委員による相談会も実施され、利用者の「話そう会」や利用者も構成員である「権利擁護推進委員会」や「食事提供委員会」などでも利用者の声を吸い上げる仕組みがある。苦情等の対応はその都度本人や家族にフィードバックされ、職員会議等でも報告されている。苦情解決等の状況は施設の事業報告書や法人のホームページで公表している。</p>		
35	<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。</p>	a・b)・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの意見に対する対応の手順書を定め、利用者の「話そう会」を始め、「権利擁護推進委員会」や「食事提供委員会」などに利用者も構成員として参画し、利用者の声を反映できる取り組みがされている。また、相談窓口や相談受付者を利用者・家族が分かり易いように2種のお知らせを配布・説明するとともに、玄関やデイルームなどにも掲示・周知している。また、個別対応を希望する利用者には、男女各棟の個室を使用してプライバシーに配慮した対応をしている。利用者からの意見・要望・相談内容や対応結果等は、会議録や業務ソフト「絆」に記録し、職員会議や支援会議で報告し共有している。しかし、利用者の状況から、掲示内容による分類や、気づきやすい表示の工夫が不足しており、今後は、それらを補うためにも日頃の職員による言葉かけを一層積極的に行う取組を期待したい。</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>「権利擁護委員会」や「話そう会」などで利用者の意見や要望を聞く機会を定期的に設けている。また、2年に1回満足度調査を実施して意見や要望を集約し、職員間で話し合いながら対応している。担当者の不在時においても利用者を待たせることがないよう速やかな対応を心がけている。利用者の意見や要望はその都度、業務日誌に記載され、職員が把握して対応できるよう共有化が図られている。しかし、その対応を行うための検討方法の検討や、その結果の上司への報告の手順に関わる共通したマニュアルの整備が不足しており、今後は職員が同様な対応ができるよう、報告の手順や対応策の検討方法などのマニュアル整備が求められる。</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。		
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>ヒヤリハットや事故報告が出されたら「リスクマネジメント委員会」で、分析、未然防止の対応策や改善策について話し合われ、職員に周知を図っている。緊急時への対応については、「緊急時対応手順」や連絡網等が整備され内部研修で職員への周知を行っている。上記のことから、適宜対応はされているが、ヒヤリハットの発生に至る要因の分析から共通する課題もあることから、今後は、ヒヤリハット事例や事故記録報告から要因分析や改善策および防止策の検討を職員参画のもとに取り組むことが望まれる。</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>「感染症予防と発生時の対応マニュアル」が整備され、「保健衛生・感染症予防対策委員会」が中心となり、食中毒、インフルエンザ、ノロウイルスなどの発生時期前には予防対策について検討を行っている。そこで検討された対応策は内部研修において、職員への周知を図っている。また、利用者への周知方法として医務室前の掲示板や「話そう会」を通じて、手洗い、うがいの励行を促すなど啓発を行っている。さらにすべての職員が消毒液を携行し、常に手指の消毒を行うなど、感染症予防対策に積極的に取り組む姿勢は評価できる。</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>年間消防計画に基づき、毎月、火災や自然災害等を想定した防災訓練を実施し、年1回は消防署立ち合いで行っている。また、毎年、消防学校に職員を派遣し訓練を受講させている。避難訓練は夜間を想定した訓練を7回実施し、その際、同法人の隣接する他施設からの応援時の体制や対応方法など、職員の緊急時対応等への意識付けを行っている。また、地元消防団との協力体制も図られている。火災以外で、地震、大雨、土砂、雪害を想定しての避難訓練も行われているが、火災発生時の煙への対応を想定した訓練が不足している。そのため、煙への対応などあらゆる災害場面を想定した取り組みが求められる。また、施設の構造上も</p>		

あるが、各居室から安全に短時間で避難できる避難経路や非常口の確保の整備が望まれる。

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。		
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>「介護マニュアル」が整備され、すべての職員に配布されている。実施方法については、リスクマネジメント研修やエルダー制度に基づき新人職員は1年間、転任職員は6ヶ月間の個別指導で周知徹底を図っているが、マニュアルに沿ったサービス実施状況を確認する仕組みが不十分である。今後は、標準的なサービス実施方法に基づいて実施されているか、確認できる仕組みづくりが求められる。</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>「リスクマネジメント委員会」で、年1回(2月)各種マニュアルの見直しを行うことが組織で定められている。しかし、実際には、「支援会議」や「職員会議」で見直しが行われている。</p> <p>今後は、様々な職種の職員や利用者からの意見や提案が協議され、福祉サービスの実施方法の検証・見直しの実施に関する仕組みの確立が求められる。</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。		
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>「個別支援計画作成の手順」に沿って、サービス管理責任者が中心となり利用者や家族の意向確認および看護師、栄養士、支援員からの意見聴取を行っている。障がいの程度に応じてグループごとにモニタリングを行い、個別支援会議において個別支援計画を策定している。新人職員に対しては福祉サービス実施計画策定についての内部研修は行われているが、福祉サービスの質の確保の観点から適切な福祉サービスの提供に向けて、すべての職員を対象とした福祉サービス実施計画への内容の周知および計画策定に関する定期的な研修を実施し、その理解を高めるための取組みが望まれる。</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>「個別支援計画作成の手順」に沿って6か月ごとに定期的な見直しが行われている。また、利用者の状態や状況の変化に応じて随時検討・見直しが行われている。</p> <p>評価・見直しにあたっては、評価分析結果が反映されていないサービス実施計画が見受けられる。今後はPDCAサイクルに沿って評価分析を行い、福祉サービスを十分に提供できてい</p>		

ない内容や課題等を明確にして、サービス実施計画に反映され、さらにそのことを確認できるよう改善を期待したい。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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。	a・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>業務ソフト「絆」を使用して記録を行っており、サービス実施状況や状態変化による申し送り等必要な情報はその都度、「絆」で確認が行なえるようになっている。</p> <p>しかし、サービス計画の達成状況の確認などを行うためのケース記録についての記載方法等について職員の理解をさらに促すため、今後はPDCAサイクルに沿った業務の改善や援助内容のさらなる向上を図るためのケース記録の充実が求められる。</p>		
45	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。	① ・b・c
<p><コメント></p> <p>「文書管理規定」や「個別情報保護規定」および「情報公開規定」に基づき、記録の管理廃棄等が適切に行われている。個人情報の取り扱いについては、初任者研修や内部研修で職員への意識付けを図っている。また、個人情報保護の観点からすべての職員が「職員行動規範」を遵守している姿勢が評価できる。</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。

※判断基準（a、b、c評価）の定義

「a 評価」：よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

「b 評価」：a に至らない状況、多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態

「c 評価」：b 以上の取組みとなることを期待する状態

※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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>障がいの程度に応じて絵や写真、絵カード、ジェスチャー、マラカスを振ってもらい「はい、いいえ」を伝えてもらうなどコミュニケーションの工夫を行っている。何気ない表情の変化によるサインの発見と確認を心がけている。また、家族から生育状況での情報収集を行い、いつもタオルを手を持っていると安心していただなどの些細な情報をもとに、利用者が安心して意思伝達できるための個別的な対応や創意工夫を行っている。</p>		
②	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>毎月開催する「話そう会」で利用者と職員の話し合いの場が設けられている。そこで利用者から多く出された外出希望や食事の献立への要望等については職員間で話し合わせ、毎月の外出計画が立案されている。また、食事についても献立に取り入れたり、外食に出かけるなど対応している。今後はこれまでの活動を充実させるため、利用者の主体的な活動に向けて意見、要望等への対応や側面的支援を共有化できる文書等の整備が求められる。</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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>利用者のできる行為については見守り支援を行い、家族へは月1回、状態や生活状況について報告している。高齢化に伴い、新たな支援が必要になった場合は、棟内会議で支援内容を話し合い職員間で確認して支援を行っている。しかし、職員によっては必要以上に支援を行ってしまうなど、統一化はされていない状況である。今後は、利用者が自力で行えることと介助が必要なことについて、職員間での共有化を図り、統一した支援を行うことが望まれる。</p>		

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>個別支援計画に基づき、施設内では掃除などの環境整備やリサイクル活動への参加などを行っている。施設外では買い物や電車を利用して他市までの外出やバスを利用して近隣への外出支援などを行っている。また、地域移行を希望している利用者には、グループホーム見学など体験の機会を設けている。</p> <p>今後は、利用者のエンパワメントの向上のため、地域の人との関わりができるような地域参加型の情報提供や、様々な生活体験ができるような取り組みが求められる。</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>平成23年より利用者一人ひとりの栄養ケア計画書を作成し、栄養状態を管理している。また、利用者の体調や身体状況、さらに偏食などに対して、とろろやパンなどを使った特別献立を作成して提供している。利用者は食事を楽しみにしており、様々な食材を使って栄養バランスを考慮しながらおいしく食べやすくする創意工夫を心がけ実施している。特別献立の利用者のテーブルには絵カードで食材内容を明示するなど、職員への周知を徹底している。また、看護師や支援員と連携して体重の推移や健康状態の共有を図り、低栄養状態の予防に取り組んでいる。</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>食事は毎食、法人運営の給食センターから施設に運ばれ、施設内の調理室で適温の食事が提供されるよう管理されている。月1回、「食事提供委員会」を開催して利用者の意見や好みを聞いて献立等に反映させている。また、特別献立食も盛り付けを見て食材がわかるよう工夫を行うなど、美味しく食べられるよう配慮されている。今後は、給食センターで行っている残食調査と同様に、これまで実施されていなかった利用者の嗜好や栄養管理を行うため、食事のアンケート調査を実施して献立に反映するなどの取り組みにより、さらなる充実を期待したい。</p>		
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>調理後喫食するまである程度の時間を設け、その幅のある時間帯で個別に対応している。また、利用者が安心して落ち着いて食事ができる食事場所の提供を心がけ、体調に応じて居室に運ぶなど配慮している。席順はテーブル上に絵を用いたカードが置かれ、わかりやすく</p>		

表示している。今後は、クリスマス会などの行事開催時だけの飾りつけではなく、年間を通して季節感などが感じられるような、食堂全体の環境づくりについての検討が望まれる。

		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>入浴前には利用者の健康状態や朝の申し送りで留意事項などを把握し、看護師と共に入浴の判断を行っている。入浴できない利用者には、清拭を行い着替えの支援を行っている。大浴槽や小浴槽での個浴、リフト浴（中間浴）やシャワーチェア、マット等の入浴器具を使用して利用者の障害の程度に配慮した入浴支援が行われている。</p> <p>しかし、これらの援助活動に係る標準的なマニュアルが整備されていないことから、今後は安全面やプライバシーの保護を含めた入浴介助マニュアルの整備が望まれる。</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>週3回の入浴日以外に失禁や日中活動で汗をかいたときは、シャワー浴を行っている。シャワー浴の際には、浴室、脱衣室の保温に努めるなど配慮している。</p> <p>しかし、利用者から、多人数での入浴なのでゆっくり入れない。ゆっくり入浴してみたいとの意見が出されている。今後は入浴時間や回数など利用者の希望を把握して対応できるよう検討が求められる。</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>車いす利用者には出入り口や脱衣室の広さは不十分であるが、入浴順番の調整やリフト利用等で対応している。また、入浴時には廊下にのれんをかけ、出入り口にカーテンを取り付けるなどの工夫をしてプライバシー保護や保温に配慮している。脱衣室は冷暖房設備が整備されているため、利用者はゆっくりと衣類の着脱が行えている。</p> <p>脱衣室と浴室の段差解消や入浴器具等についてその整備の必要性を把握し整備計画に盛り込んであるため、利用者の安全確保のため早急に整備されることが求められる。</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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>居室でのおむつ交換では同室利用者の不在中に行ったり、ポータブルトイレは居室より離れた場所に設置するなど、利用者の状態に応じて個別に対応している。排泄介助の対応後は</p>		

<p>排泄表に記録を行い、職員間で共有して支援に活用している。</p> <p>しかし、介助に関わる標準的なマニュアルが整備されていないことから、今後は、職場全体としての共通の援助業務に取り組むため、安全面やプライバシー保護などを考慮した排泄介助マニュアルの整備が求められる。</p>		
12	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>トイレは毎日2回の掃除を実施し、汚染時はその都度、掃除を行っている。臭いについては、利用者や監査、外部モニターで指摘を受けているが、構造上の問題もあり、掃除と防臭剤散布、換気扇で対応している状況である。環境整備の点検等で改修工事などの整備計画には盛り込まれている。</p> <p>利用者から要望のあった鍵付きトイレの設置については、男子棟一部の設置となっている。今後は、プライバシー保護や地域移行を推進していく観点から、女子棟にも鍵付きトイレの設置の検討および防臭改善への取り組みが求められる。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>買い物支援で行く前に、購入希望の衣類について利用者と話し合いを持ち、購入時には利用者の好みなどを尊重しながら支援を行っている。家族から好みの衣服を聞いたり、持参してもらうなどの協力を図っている。また、代理で購入する利用者にはチラシや雑誌を見せ、色やデザインを一緒に選択して好みを確認するなど、利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>居室内に利用者毎の衣類が収納してあるので、利用者は自分の好みの衣服に着替えることができる。利用者が着替えたいとの希望や汚れたり破損に気づいた場合は、利用者の意思を尊重して速やかに対応している。また、入浴しない日でも毎日、下着交換を行うよう支援している。さらに、着替え時、汗ばんでいるときは清拭後に着替えを行うなど清潔感のある身だしなみに配慮している。</p>		

		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
<p><コメント></p>		

施設に定期的に来てもらう理容師による理髪の利用者が多く、同じような髪形になってしまいがちであるが、利用者の主体性を尊重できるよう職員手作りのヘアカタログを作成して髪形を選択しやすくするなどの工夫を行っている。

今後は、身近に感じるようなイメージを持てる資料の作成や、夏祭りなどのイベント参加時に髪飾りを使つての髪形にしたり、化粧してのおしゃれを楽しむなど利用者の興味を引くような支援や好みを把握した対応が期待される。

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>
施設に定期的な理容師に来てもらい、外出できない利用者の理髪を行ってもらっている。その他、地域の4か所の理容店や美容院の協力が得られ、利用者には選択してもらっている。利用時は事前予約を行い、職員が送迎を行っている。また、利用者の状況に応じて職員が同行し、理容師、美容師からも意見を聞きながら協力が得られるよう配慮した支援が行われている。

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

<コメント>
多床居室であるが、利用者の状況に応じてベッドや畳、マットレス等を利用して対応している。寝具は利用者の好みに応じて私物使用もでき、介護用品の利用などで安眠できるよう支援している。また、不眠時には温かい飲み物を提供して眠くなるまで待ったり、デイルームの利用など落ち着ける場所を確保できるよう個別に対応している。今後は夜勤時の職員数も少なくなることから、夜間就寝中に関わる対応マニュアルの整備が求められる。

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

<コメント>
看護師を中心に、健康管理票で利用者の健康状態の把握や職員との共有化を図り健康管理を行っている。家族へも年1回(2月)健診結果等健康状態を定期的に通知している。歯みがきは朝晩2回実施し、必要に応じ歯科医院での歯石除去や歯茎マッサージなどの口腔ケアを行っている。専門的な治療を必要とする場合は、家族の意向を聞きながら大学病院や総合病院等へ通院支援をしている。健康維持や増進については、朝、昼ラジオ体操のほか、施設周囲の散歩を行っている。車いす利用者には、膝や足つま先の曲げ伸ばしを行うなど硬縮が進まないよう積極的に取り組まれている。

19	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>家族から「医療機関受診に関する委任状兼承諾書」の同意を受けており、「緊急時対応マニュアル」に基づき、法人が運営する「太陽の国病院」での24時間対応となっている。また、近隣の総合病院が協力医療機関となり、迅速な対応に向けた医療体制が整備されている。</p>		
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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>「服薬及び誤薬対応マニュアル」や与薬準備手順書など薬物管理体制が整備されている。また、薬物の管理については定期的に内部研修を行っている。誤薬防止への取り組みでは、配薬のチェック体制の見直しを図り、各棟職員2名と事務職員1名、看護師1名が医務室でトリプルチェックを実施している。その結果、平成25年から誤薬はみられていない。また、薬の変更などの引継ぎ申し送りも配薬時に行い共有化が図られている。</p> <p>薬物の管理はできているが、利用者が服薬する薬の副作用等、薬についての基本的知識が職員にも求められることから、薬物に関する職員への学習会等の開催が望まれる。</p>		

		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。	a・㉓・c
<p><コメント></p> <p>「ふれあい会」を開催し、カラオケ歌合戦や地元のボランティアに来てもらうなど、利用者が参加でき楽しめる工夫を行っているが開催回数が少ない。今後は、利用者が楽しめる「ふれあい会」の定期的な開催や、利用者がそれぞれ役割を持って参加できる主体的な関わりを引き出せるような働きかけを期待したい。また、地域の行事やイベントなど身近な情報提供を行うと共に、参加に向けての取り組みが望まれる。</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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>利用者の要望が多い外出支援について、年間外出計画に沿って7グループに分かれ外出を実施している。しかし、利用者の希望する回数や内容は不十分である。利用者の障がいの程度に応じて、一人で外出をしている利用者もいるため、今後は安全確保や不測の事態に備え連絡先を明示したカードなどの保持や必要に応じてガイドヘルパー、介護タクシー、ボランティア等の活用など、利用者の希望に応じた外出支援への取り組みが求められる。</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>利用者や家族の希望に応じ外泊に対応している。また、年3回（5月連休、お盆、正月）ハガキで家族の意向把握を行っている。家族の世代交代で家族対応が難しい状況であるが、一般の方が利用できる「太陽の国厚生センター」や自宅以外での外泊を提案するなど、利用者や家族の立場に立って配慮しながら外泊支援を行っている。</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>「預り金管理要項」に基づき、責任の所在を明確にしており、現金については「お客様小口現金管理要領」に基づき、すべて複数名で確認するなど担当者、管理者のもと適正な管理体制が整備されている。今後は、利用者の地域移行を進めていく中で、金銭の自己管理に向けた支援体制への取り組みが求められる。</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>新聞やテレビは棟内での共同利用となっているので、自由に閲覧や視聴が行えている。また、新聞、雑誌の購読やテレビの個人購入ができるので、希望に応じて対応している。夜間時、居室でのテレビ視聴は他の利用者の迷惑になるので、ダイルールのテレビなどで個別に対応を行い、利用者の希望に沿って支援をしている。</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> <p>今までの利用者で嗜好品を希望される方がいなかった。また、利用者の高齢化により健康上の影響等を考慮すると、飲酒や喫煙の提供はされていない。そのため、嗜好品についての利用者の意思は把握されていない。今後は、利用者の意思や希望を把握し、飲酒や喫煙に対して利用者が正しい認識がもてるよう、基本的ルールの設定など具体的な取り組みが必要である。</p>		