

別紙

福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名称：株式会社マスネットワーク	所在地：長野県松本市巾上 13-6
評価実施期間：平成 27 年 8 月 1 日から平成 27 年 12 月 16 日	
評価調査者（評価調査者養成研修修了者番号を記載） 060802 060972 060872 050231	

2 福祉サービス事業者情報（平成 27 年 12 月現在）

事業所名：ほほえみ （施設名）	種別：障害者支援施設	
代表者氏名： 理事長 寺田 裕明 （管理者氏名）施設長 駒村 和文	定員（利用人数）： 50 名	
設置主体： 社会福祉法人 長野市社会事業協会 経営主体： 社会福祉法人 長野市社会事業協会	開設（指定）年月日： 平成 8 年 4 月 1 日	
所在地：〒381-0006 長野県長野市大字富竹 1570 番地 3		
電話番号：026-296-1510	FAX 番号：026-296-2257	
ホームページアドレス： http://www.nagano-shajikyo.or.jp/nsjk/hohoemi/		
職員数	常勤職員： 42 名	非常勤職員： 26 名
専門職員	非常勤医師 1 名 看護師 4 名	
	管理栄養士 1 名 作業療法士 1 名	
	生活支援員 28 名	
施設・設備 の概要	居室 32 室 食堂 機能訓練室	
	集会室 静養室 浴室	

3 理念・基本方針

<p>基本理念</p> <p>長野市社会事業協会は、利用者の人としての尊厳を大切に、地域社会でゆとりと潤いのある、その人らしく、いきいきと自立した日常生活が送れるよう、利用者本位のニーズに合った福祉サービスの提供に努めます。</p> <p>基本的視点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 私たちは、利用者や家族の声を大切に、利用者と対等な立場で信頼関係を築きます。・ 私たちは、サービスの質の評価を行い、公正で良質かつ適切なサービスを提供するよう努めます。・ 私たちは、地域やその他の関係機関と連携し、より充実したサービスが受けられるよう努めます。・ 私たちは、サービス内容の情報提供を行い、個人情報 を適正に取扱い、事業運営の透明性の確保に努めます。・ 私たちは、専門性を高めるため、常に研鑽し、資質の向上に努めます。
--

4 福祉サービス事業者の特徴的な取り組み

長野市社会事業協会は児童から障害者、高齢者までの多様な福祉事業を運営する法人であり、特に障害者福祉サービスについては、長野市内に18の事業所をもち、28の事業を行っている。その中で身体障害者療護施設としてスタートした当事業所は20年の歴史をもち、総合支援法のもと現在は障害者支援施設として、引き続き主に重い身体障害を持つ方の支援を行っている。ハード、ソフト両面から法人のスケールメリットを生かした体制を整え、個別ニーズに応えるよう努めている。

医療的なケアの必要な方についても、看護師4名を配置し安心して生活をしていただけるよう支援を行っている。

季節を感じていただく各種の催しをはじめ、外出の支援等、より利用者の生活の質が高められるよう取り組んでいる。

5 第三者評価の受審状況

受審回数	今回が初めての受審
------	-----------

6 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

特に良いと思う点

< 充実したマニュアルの作成 >

業務マニュアル（手順書）は、それぞれの手順ごとに想定されるリスク等が記載され、統一した支援が行えるように記載されている。

食事マニュアルには利用者ごとの写真入り自助具が掲載され、重度者の介助方法だけでなく、自分で食事を食べることが困難な利用者の自立を促す工夫がされている。

防災マニュアルにも、日中、夜間、深夜等職員配置により作成、火災や地震など想定される災害への対応が具体的に記載されている。それぞれのマニュアルは見やすく大切な視点が明示され、解り易く内容が充実されている。

今後も、支援のあらゆる場面を再確認し、マニュアルの見直しを行い、支援の質の向上に活かすことを期待したい。

< 複合施設の先駆性 >

ほほえみは、身体・知的・精神の3障害の障害者が集う障害者総合施設「いつわ苑」の1・2階に平成8年に設立された。障害の異なった方が、一つ屋根の下で互いに協力し合い、相互理解と共存の意識を養い、社会参加に向けた支援が行われてきた。

法改正に伴い、生活介護・入所施設「ほほえみ」（通所定員10名を含む）就労継続支援B型・就労移行支援「すまいる」、生活介護・放課後デイサービス「はなみずき」に移行し、更に相談支援事業「ほっとらいふ相談室」が併設された。

車椅子でも容易に移動できる障害者総合施設「いつわ苑」の中に種類の異なる福祉サービスがあることにより、ほほえみは入所施設でありながら、利用者が「ほっとらいふ相談室」を通して複数の異なるサービスを利用することを容易にした先駆的な施設となっている。

さらに市の保健センター、市民病院が近接し、利用者の生活を支えるバックアップ施設も充実しており、利用者の社会参加を促す環境も整っている。

今後、現行制度と地域の社会資源を最大限に活かし、ほほえみ利用者はもとより地域の障害者の生活の充実と生活範囲の拡大を目指し、長野県を代表するモデル施設となることを期待したい。

特に改善する必要があると思う点

<個別支援計画に伴う基本的な過程について>

個別支援計画策定に際し、アセスメント・課題検討・個別支援計画・モニタリングの基本的な過程の書類は揃っているが、それぞれの過程の役割の理解が不十分で、4つの過程が連動していない。

特にアセスメントの過程で利用者の要望の積極的な聞き取りや、課題の検討が不十分であり、アセスメント結果が個別支援計画に反映されていない。その結果、同じ支援目標が何年も続いているケースが見受けられた。ケース記録も個別支援計画に沿った記録の部分の記述が少なく、出来事記録となっている。

施設全体で「個別支援計画に伴う基本的な過程」について理解を深め、「アセスメント」「課題検討」「個別支援計画」「モニタリング」の4つの過程が連動して、支援の実施を行うことが望ましい。

当施設に多い重度の利用者であっても、定期的に新たな課題や目標を設定し、施設全体の部署が連携することにより、少しでも生活の質が改善され、次の目標につながることを期待したい。

<施設設備の老朽化と時代に合わせた設備の改善>

施設の建物は平成8年の建設で、開設20年を目前にし、施設設備の老朽化は否めない。例えば、食堂は車椅子利用者の増加などにより、食事介助者や食事の自立等の機器の利用には十分な広さとは言えない。

また、トイレは男女の区別が明確でなく、男女の利用時間が重ならないよう配慮しているが、入り口のカーテンなどプライバシーへの配慮が不足しているように感じられた。その他にも排泄備品置き場所の確保や、トイレ・汚物処理室における衛生管理の設備や方法も感染予防の観点から改善の余地が見られた。

浴室への移動は、建物の構造上、玄関を通らざるを得ず、施設も課題と感じている。入浴設備は、リフトや特殊浴槽も旧式で、利用者にも職員にも負担が大きいように感じられた。脱衣室も車椅子やストレッチャーだけでなく、負担軽減のための走行リフトなどを想定すると安全な広さとはいえない。

それぞれの設備の利用時間を工夫し、利用者が集中しないことである程度の改善は見込まれるが、根本的な解決にはならない。施設全体の設備の見直しを行い、老朽化に対し計画的な改修が必要と思われる。

近年、福祉機器や設備の進歩は著しい。設備の改修によって、利用者の安全性と快適性およびプライバシーを確保すると共に、職員の健康面や身体的負担軽減が図れることに期待したい。

<施設内の組織について>

アンケートや調査の多くのところで、管理職あるいはリーダー層と一般職員の問題意識や意見の隔たりが見られた。

調査を進める中で、最重度の利用者の生活を支援することは、身体的な負担も大きく、利用者のニーズも多岐にわたっている実態が理解できた。それらに対し、職員全員がさまざまな情報を共有し、職員相互の「心」や「思い」を理解しあうことの重要性を感じた。しかし、利用者の24時間を支える勤務体制の中でそれらを実施していくことは難しく、当施設の大きな課題であると思われる。

情報の共有のために多くの会議が開かれているが、構成メンバーや起案者にやや偏りが見られる。また、生活支援の現場においては、リーダーとなる主任クラスの人材が少なく、日々起こる問題や課題の把握と対応に遅れを来している。その結果、施設全体の問題や課題を迅速に把握し、問題提起から解決への道筋が円滑に行われていない。

しかし、これら現状に対し、多くの職員が組織上の問題意識を持ち、改善に向けた意欲的な取り組みの話も聞かれ、将来に向けた希望を感じられた。

施設長を中心に施設内の組織や業務分掌について広く意見を求め、施設が一丸となって利用者ニーズに応えられる体制作りが早急に必要と思われる。

7 事業評価の結果（詳細）と講評

評価対象 1 福祉サービスの基本方針と組織及び評価対象 組織の運営管理(別添 1)

評価対象 適切な福祉サービスの実施(別添 2)

8 利用者調査の結果

聞き取り方式の場合（別添 3 - 2）

9 第三者評価結果に対する福祉サービス事業者のコメント（別添 4）

平成 27 年 12 月 25 日記載

平成 8 年の開所から 20 年という節目に第三者評価の受審が出来たことは、当事業所の運営にとって大変意義のあることでした。

地域移行の大きな流れの中で、入所施設そのもののあり方が問われているところですが、今回ご指摘いただいた事項から、まずは利用者のニーズに的確に responding していくための組織体制を構築していくことが急務だということを認識することができました。

とくに、改善が必要とされた個別支援計画に伴うプロセスについては、サービス提供の根幹でもあり、全職員が真摯に受け止めることで、支援の質を高めていくためのきっかけとしたいと考えています。

長野市社会事業協会では、法人理念の実現を目指して中長期総合計画を策定し、運営する全施設について第三者評価の受審を計画的に進めているところです。そうした中での今回の受審は、様々な角度からサービスを見つめ直す貴重な機会となりました。

高い評価をいただいた各種のマニュアルを有効に活用し、複合施設の利点を活かしながら、良質で安心できるサービスの提供を目指して努力を重ねてまいります。

(別添1)

事業評価の結果 (評価対象 及び)

福祉サービス種別: 身体障害者療護施設
 事業所名(施設名): 障害者支援施設 ほほえみ

第三者評価の判断基準
 a・・・着眼点をすべて実施している状態
 b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
 c・・・着眼点を一つも実施していない状態
 実施していない状態
 実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)	
福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針を確立している。	理念を明文化している。	a)	1 法人が目指している理念が文書(事業計画等の法人・施設内の文書、広報誌、パンフレット等)に記載されている。 2 理念から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 3 理念から、個人の尊厳の保持を旨とし、社会的役割を果たすという考え方を読みとることができる。	理念は、法人の基本理念として明文化されている。法人のホームページでも確認ができる。 理念には、利用者の人としての尊厳を大切にし、法人の目指す方向、社会的役割が読み取れる。	
			理念に基づく基本方針を明文化している。	a)	4 実施する福祉サービスの基本的な考え方や姿勢を明らかにした基本方針を事業所ごとに定め、文書(事業計画等の法人・事業所内文書、広報誌、パンフレット等)に記載されている。 5 基本方針は、法人の理念に基づいた内容となっている。 6 基本方針は、職員が業務を行う際のより所となるよう具体的な内容となっている。	法人の基本的視点に沿い、施設としての基本方針が明文化され、個々のニーズに即した支援の提供、利用者の福祉の向上を図ることが具体的に明文化されている。	
	(2) 理念や基本方針を周知している。	理念や基本方針を職員に周知している。	b)	7 理念や基本方針を施設の誰もが見やすい箇所に掲示している。 8 理念や基本方針を職員会議などの定期的な会合や朝礼などの日常的な機会を捉えてわかりやすく説明している。 9 理念や基本方針を年1回以上会議や研修を通じて全職員に説明している。 10 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	c)	11 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成するなどして利用者や家族等の理解を促す取組を行っている。 12 障害を持つ利用者等に対して周知の方法に工夫や配慮をしている。 13 理念や基本方針を入所者が集まる機会や家族会等で資料をもとに説明している。 14 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	理念や基本方針は玄関入り口に掲示され、年度当初職員会議で事業計画、マニュアルの見直しを含めた要覧が配布され、全職員に周知説明が行われている。 雇用形態の短時間勤務職員にも要覧の配布はなされているが、職員の行動規範として日常業務に反映される理念・基本方針の十分な周知、理解が望まれる。
				理念や基本方針を利用者等に周知している。		11 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成するなどして利用者や家族等の理解を促す取組を行っている。 12 障害を持つ利用者等に対して周知の方法に工夫や配慮をしている。 13 理念や基本方針を入所者が集まる機会や家族会等で資料をもとに説明している。 14 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	理念や基本方針は、家族会も高齢に伴い昨年より休止となっており、配布、説明の機会も減っている。「ほほえみだより」の発行があり、広報誌などの利用により法人・施設が目指す理念・基本方針を家族へ周知、また、利用者には、年2回の利用者懇談会を通し理念・基本方針の周知に努め、実施するサービスへの安心、信頼への取り組みに期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
	2 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。	中・長期計画を策定している。	a)	15 理念や基本方針の実現に向けた中・長期（3～5年）の目標（ビジョン）を明確にしている。 16 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。 17 中・長期計画（3～5年）は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。 18 中・長期計画に基づく取組を行っている。 19 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	中長期計画は、法人が10年間の中長期総合計画として策定。昨年後期計画書の見直しも行っている。中長期計画は、理念や法人が目指すもの、実施する福祉サービスの内容、課題、職員体制、人材育成、経営計画など細かに策定されている。
			中・長期計画を踏まえた事業計画を策定している。	a)	20 中・長期計画に基づいて、年度ごとの事業計画を策定している。 21 事業計画には、各年度における目標や事業内容が具体的に示されており、単なる行事計画になっていない。 22 事業計画は、客観的に目標達成の程度が分かるように、目標を数値で示す等の配慮をしている。	事業計画は、中長期計画に基づき、事業所の所属する地域での事業計画とともに、施設としての事業計画が策定され、事業目的、運営方針重点項目、事業内容、健康管理、非常災害を大きな柱として計画されている。
		(2) 事業計画を適切に策定している。	事業計画の策定を組織的に行っている。	b)	23 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、計画を策定する幹部職員と現場の職員が合議する仕組みがある。 24 関係する現場の職員・入所者等の意見を聞き、各計画に反映する仕組みがある。 25 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 26 評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。	利用者懇談会が年2回開かれ、職員が出席するフロア会議もあり、利用者、職員の意見を吸い上げる機会があり、運営会議に提案し、合議する仕組みがある。利用者、職員の意見の集約の工夫等、施設長は機能が十分発揮されていないことを課題と考えている。 各係り会などで年度終了時には、実施状況を確認し、各計画の見直しは行っている。
		(2)	事業計画を職員に周知している。	b)	27 各計画を会議や研修において説明している。 28 各計画をわかりやすく説明した資料を作成するなど、より理解しやすいような工夫を行っている。 29 各計画の進捗状況を確認し、理解を促すための周知の継続的な取組を行っている。	各事業計画は、運営会議、職員会議で年度初めに説明し、周知に努めている。 事業計画に基づき、利用者の力を活かしたその人らしい暮らしの支援の確認等進捗状況を踏まえ事業計画の周知への工夫が望まれる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	2	(2)	事業計画を利用者等に周知している。	b)	30 利用者あるいはご家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。 31 子どもや高齢者、障害を持つ利用者等に対して周知の方法に工夫や配慮をしている。 32 各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。	個々の利用者ごとに、ニーズに即した支援、自立支援のための質の向上等利用者に関わること、防災訓練実施などについては利用者にわかりやすく説明し実施されている。 利用者懇談会も年2回開催されており、利用者への年度ごとに簡潔に話をするなどの工夫が求められる。 昨年までは、家族会がありその場で説明されていた。今年からは家族会が休止となったため説明できていない。施設だよりの活用などで家族への周知の工夫も期待したい。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任を明確にしている。	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)	33 管理者は、法人の目指す方向（理念、ビジョン、使命、経営・運営方針等）を明確に語るができる。 34 管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。 35 管理者は、自らの役割と責任について組織の広報誌等に掲載して表明している。 36 平常時のみならず、緊急時（事故、災害等）における管理者の役割と責任について、明確化している。	施設長は、法人の異動により継続的なリーダーシップに繋がりにくいのが、施設が目指す方向性を明確に把握し、現場の声を大事にする事で信頼され、職員会議などでも組織運営に取り組んでいる。
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)	37 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 38 管理者は、福祉分野はもとより、消費者関連、雇用・労働、防災、環境への配慮等福祉以外の分野についても守るべき法令、倫理等をリスト化するなどして明確化・明文化している。 39 管理者は、全職員に対して守るべき法令、倫理等を周知し、また守るための具体的な取組を行っている。	施設としての倫理綱領や職員の行動規範も作成されている。施設長は労働、災害など基本的な関連法令を理解し、組織全体をリードしている。	
(2) 管理者がリーダーシップを発揮している。		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。	b)	40 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について、年1回以上、評価・分析を行っている。 41 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を汲み取るための具体的な取組を行っている。 42 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。 43 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	施設の事業計画の運営方針として、「職員のスキルアップ研修を継続し、サービスの質の向上に努める」と明記され、運営重点項目にサービスの質の向上の課題が示されている。施設長は、課題の改善に向けた取り組みを組織的に進める等、更なる指導力に期待したい。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
	3	(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。	b)	44 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。	組織の理念・基本方針に向けた実現に対し、人事配置などについては法人の一括した管理となっている。働きやすい環境や業務の効率化などについては運営会議などで日々の職員の意見を反映する仕組みがある。取り組み機能が不十分な面もあり、施設長は今後の課題と考えている。
			45 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。		46 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	
			47 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。		48 施設にとっての重要事項について、情報を十分集めると共に関係者から意見を聞いて、意思決定を行っている。	
	(3) 重要事項を納得性のある方法で決定している。	b)	49 施設にとっての重要事項にかかる意思決定手順を、職員に周知している。	重要な事柄については、フロア会議などで職員から意見を聞く仕組みが会議設置要綱などからも読み取れるが、個々の意見が組織としての決定にどのように反映されたかを知る手順の周知が望まれる。		
				重要な意思決定内容を関係者に説明・周知している。	c)	50 施設にとっての重要事項にかかる意思決定について、その内容と決定経緯を全職員に説明し、理解を得ている。
				51 施設にとっての重要事項にかかる意思決定について、その関連する事項を決定経緯を含めて入所者や家族会に伝えている。		52 施設にとっての重要事項にかかる意思決定について、その関連する事項を決定経緯を含めて業務の連携先や地域に伝えている。
組織の運営管理	1 経営状況の把握と透明性の確保	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	事業経営をとりまく環境を的確に把握している。	a)	53 社会福祉事業全体の動向について、各種会議に出席する等して、積極的に把握している。	組織として社会福祉事業動向については各種会議の出席や法人での外的動向についてしっかり分析され、福祉ニーズに沿った事業展開を行っている。 把握したニーズにもとづき中長期計画に反映され、障害者総合施設として通所、短期入所、就労支援、相談支援センターが機能している。
			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。		b)	
55 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。	56 把握した情報やデータに基づいて、中・長期計画や各年度の事業計画を策定・見直ししている。					
57 サービスのコスト分析や入所者の推移、利用率等の分析を年1回以上行っている。	58 提供するサービスを効果的に行うため、その内容・人員配置・所要時間等について検証している。					
59 改善に向けた取組に基づいて、中・長期計画や各年度の事業計画を策定・見直ししている。	60 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。					

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
	1	(2) 地域社会に対して透明性の高い組織となっている。	経営状況を公開している。	b)	61 入所者や家族等に経営状況に関する情報を記載したパンフレット・広報紙等を配布し、情報提供を行っている。 62 経営状況に関する情報を誰もが目にふれやすい方法（ホームページやパンフレット等）で地域社会に開示し、透明性の確保を図っている。	経営状況は法人のホームページが公開されているが、利用者・家族への情報提供は行われておらず、今後の課題と思われる。
			外部監査を実施している。	a)	63 公認会計士等の専門家による外部監査を実施している。 64 外部監査の結果に基づいた経営改善を実施している。	外部の税理士により外部監査を行っている。
	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制を整備している。	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b)	65 常勤職員について、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方、人事管理に関する方針が確立している。 66 非常勤職員について、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方、人事管理に関する方針が確立している。 67 職員採用、人材育成を計画的・組織的に行っている。 68 必要な人材や人員体制について具体的なプランを定めている。（介護支援専門員や介護福祉士等の有資格職員の配置等） 69 必要な人材や人員体制についての具体的なプランに基づいた人事管理が実施されている。	人材育成や人事プランは法人が一括で行っている。常勤職員、非常勤職員に関する基本的な考え方や人事管理に関する方針は法人として明確にされている。 ○職員のスキルアップや質の向上に努めているが、法人としての事業種別の違う施設間での異動や、中堅職員の異動により専門性にやや不安があり、今後人事管理と育成に期待したい。
			人事考課を客観的な基準に基づいて行っている。	c)	70 職種・雇用形態に関わらず、全ての職員の人事考課を年1回以上行っている。 71 人事考課の目的や効果を正しく理解し、考え方や位置づけを明確にしている。 72 人事考課の基準や方法を職員に明確に示している。 73 人事考課について職員が納得できるように取り組んでいる（十分な説明、制度構築への職員の参画等）。 74 人事考課の結果は、職員のやる気向上や成長につながるよう本人にきちんとフィードバックされている。	人事考課は法人としても取り組んでいない。 ○施設長が職員の面談を行い、意見や要望、仕事への課題、意欲など幅広く面談にて聞く。法人の作成する自己申告カードに本人の希望など含め記載し法人に提出しているがフィードバックはされていない。 ○施設としての人材の能力開発、公正な処遇など個々の意欲を喚起し組織活性に役立つ仕組みの構築にも今後期待したい。
		(2) 職員一人ひとりの主体的な判断と行動により組織の能力向上を図っている。	職員に、職務分掌を明示し、役割と責任を明確にしている。	a)	75 個々の職員の職務について、役割と責任を文書で定めている。 76 サービスを提供する現場に近い職員が、可能な限り現場で判断し行動できるような取組（権限委譲、責任の明確化等）を行っている。	職員の職務分掌は明示されている。職務分掌に可能な限り現場で判断し行動できるように権限移譲、責任が示されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)			
	2	(2)	日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みを構築している。	b)	77 日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みがある。	<p>専門職を超えて、医療、支援等日常的に協力し合う仕組みはできているが医療行為が多くなっていく中で職員間の専門性を越えての協力体制の仕組みや工夫が望まれる。</p> <p>○日常業務の中でのコミュニケーションの円滑化や協力関係の促進に期待したい。</p>			
			78 日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みを全職員に周知している。						
		79 日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みが機能している。							
		職員が改善事項を提案する仕組みを構築している。	b)	80 職員が改善事項を提案する仕組みがある。	<p>支援に対する提案箱の設置があり、各事業に対するアンケートが実施されている。</p> <p>○改善事項にマニュアルの改善や環境整備など行っているが、今後提案された議題の中間報告など職員への積極的な周知に努めたい。</p>				
		81 職員が改善事項を提案する仕組みを全職員に周知している。							
		82 職員から提案された改善事項に基いた改善を実施している。							
		(3) 職員の就業状況に配慮している。	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を構築している。	b)			83 担当者や担当部署を設置して、職員の意向・意見を把握・分析している。	<p>○就業状況は、勤務表に有給休暇が解るよう記載されているがなかなか取得できない現状はある。有給休暇の消化率や時間外労働は毎月チェックされ分析管理されている。</p> <p>○分析した結果や意向はすぐに改善策に結びついておらず、職員のサポート体制など今後の取り組みに期待したい。</p>	
							84 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、毎月チェック・分析している。		
		85 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。							
		86 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。							
		職員の不安やストレスを受け止めるなど健康維持に関する仕組みを構築している。		b)			87 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。		<p>○法人に「心の健康づくり計画」の仕組みがあり研修会を行い、施設長が職員との面談の仕組みがあり、専任カウンセラーと直接相談する仕組みがある。</p> <p>○法人以外でも施設内で相談しやすい環境整備やストレス度チェックの研修等に参加もされているが、今後職員間の関係やサポートシステム、役割、仕組みの機能改善等の取り組みに期待したい。</p>
							88 職員が不安やストレスを気軽に相談できる仕組み（相談担当職員やカウンセラー、専門家等）がある。		
89 職員が不安やストレスを相談できる仕組みを全職員に周知している。									
90 職員が不安やストレスを相談できる仕組みが機能している。									
福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。		a)	91 福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。	<p>○市の勤労者共済会に加入し、施設内では職員互助会(親和会)を組織している。</p>					
			92 職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生事業の充実に取り組んでいる。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	2	(4) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。	職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示している。	a)	93 目指す福祉サービスを実施するために、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を、基本方針や中・長期計画の中に明示している。 94 実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、組織が職員に求める専門技術や専門資格を、基本方針や中・長期計画の中に明示している。	○職員の求められる基本姿勢は理念・基本方針に明文化されている。 ○職員に求める専門技術、専門資格等中長期計画に明示され、職員の質の向上に取り組む姿勢が事業計画にも見られた。
			個別の職員に対して組織としての教育・研修計画を策定し、計画に基づいて具体的な取り組みを行っている。	b)	95 職種・雇用形態に関わらず、すべての職員について、基本姿勢に沿った個々の教育・研修計画が策定されている。 96 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。 97 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。 98 職種・雇用形態に関わらずすべての職員に、年1回以上人権の尊重に関する研修を行っている。 99 外部の機関・団体による研修に、年1回以上職員を参加させている。	○法人により職階別の研修があり、施設内研修も年間毎月1回のテーマにて業務手順、安全管理、虐待、施設実習、感染症等について研修を行い教育に励んでいる。 ○施設外研修にも参加し専門職としてのスキルアップを目標に参加をした。 ○パート職員の勤務体制から全職員の研修には結び付きにくく、施設内研修での日常業務に役立つ研修や人権、虐待などの研修参加には障害施設で働くものとして必要な知識として学ぶ事も必要と思われる。
			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。	b)	100 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。 101 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けるなどして他の職員との共有化を図っている。 102 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。 103 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。 104 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。	○研修報告は復命書として作成され、職員会議で報告する仕組みがある。全職員の職員参加ができないことから、研修内容の共有は研修報告回覧など含め今後工夫も必要と思われる。 ○法人研修の組織的な取り組みとともに、施設研修の職員を含めた研修計画策定により、教育・研修の施設全体としての取り組みも考慮されたい。
			新人職員に対する指導を適切に行っている。	c)	105 職種・雇用形態に関わらず、全ての新人職員のための初任者研修プログラムがある。 106 新人職員を指導する者の要件を、文書で定めている。	○新人研修は法人として初任者研修プログラムにより行っている。時間採用での臨時職員も多く、施設の特長性を考慮し要綱マニュアルの配布などで対応をしているが利用者の適切なサービス提供のため指導の工夫が望まれる。 ○新人職員を指導する者の要件等は特に明記されていない。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
	2	(5) 実習生や他事業所職員の研修の受け入れを適切に行っている。	実習生や他事業所職員の研修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、積極的な取り組みをしている。	a)	107 実習生や他事業所職員の研修の受け入れに関する基本姿勢を、文書で定めている。 108 実習生や他事業所職員の研修の受け入れに関する基本姿勢を会議等で職員に説明している。 109 実習生や他事業所職員の研修の受け入れについて、受け入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。 110 受け入れにあたっては、学校や研修派遣元の事業所との覚書を取り交わす等によって、実習や研修における責任体制を明確にしている。 111 実習・研修指導者に対する研修を実施している。 112 実習・研修内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。 113 学校や研修派遣元の事業所側と、実習・研修内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習・研修期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 114 介護福祉士、看護職員、ホームヘルパー等の職種に配慮したプログラムを用意している。	○実習受け入れマニュアルが作成されている。 基本姿勢が明文化され、実習における注意事項などオリエンテーションも行われている。 ○実習指導者研修を受けたものが(介護福祉士指導研修者、社会福祉士指導研修者)対応し実習・研修内容等派遣先と連携し対応している。
	3 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取り組みを行っている。	緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制を整備している。	a)	115 管理者は入所者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。 116 事件・事故、災害、衛生管理に対する知識と体制がある。 117 入所者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置している。 118 担当者等を中心に年1回以上安全確保に関する検討会を開催し、検討会には、現場の職員も参加している。 119 事故等の種別ごとに対応できるマニュアル等を作成し、年1回以上研修・訓練等で職員に周知している。 120 休日・夜間の関係機関との連携がとれている。 121 災害・事故等の緊急時にも家族と連絡が取れるように連絡網を作っている。	○緊急時における安全確保については事故防止検討委員会の設置がある。 ○事故発生と事後の処理及び安全管理、非常時連絡マニュアル、防災マニュアル(夜間、深夜、日勤用)、緊急参集基準 応急対応組織体制などが策定され、事故防止発生時対応のための指針、感染症対応マニュアルが作成され、施設の被害状況報告書も作られている。 ○災害時の緊急連絡網も職員、利用者家族用で作成され、利用者家族は第2連絡先まで確認したリストができています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
	3	(1)	災害時に対する利用者の安全確保のための取組みを行っている。	a)	122 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。 123 災害時の対応体制が決められている。 124 利用者および職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。 125 食料や備品類などの備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 126 地元の消防署、警察、自治会など連携するなど工夫して訓練を実施している。	○災害時の利用者安全確保のため備蓄リストを作成し備蓄の整備がされている。 ○喫煙室は隔離され安全に配慮されている。 ○消防計画などの策定がなされ監査書類も確認できた。 ○非常時事態を想定し避難訓練の実施、地域との協力応援協定に基づき夜間総合防災訓練の実施も行っている。
			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。	b)	127 入所者の安全を脅かす事例収集の仕組みを整備し、実施している。 128 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。 129 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 130 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、年1回以上評価・見直しを行っている。	○事故防止及び事故発生時対応のための指針が策定され、事故防止の基本的考え方、事故防止における職員の役割、研修方針、報告システムが明示されている。 事故防止検討委員会が設置され、主任を中心に会議メンバーが構成されている。現場職員の参加により、事故発生、ヒヤリハットの要因をより具体化し易く、予防対策の具現化につながる体制作りを期待したい。 事故とヒヤリハットの区分を定義されている。ヒヤリハットの要因を明らかにする取り組みも始められている(毎月のヒヤリハット集計)が、今後、事故の定義を厳しく、ヒヤリハットの区分の検証を行い、さらに事故事例報告から利用者安全に努めて欲しい。
	4 地域との交流と連携	(1) 地域との適切な関係を確保している。	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b)	131 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 132 入所者の助けになる地域の福祉に関する情報や地域イベント情報等を収集し、掲示板の利用等で入所者に提供している。 133 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 134 利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが援助を行う体制が整っている。 135 事業所や利用者への理解を得るために、町内会、子ども会、老人会など地域の諸団体と連絡をとり、施設の行事に地域住民を招待するなど、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 136 利用者の日常的な活動(買い物や通院等)について、個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	毎年秋に「いつわ祭」を開催し、ボランティアもお願いして、地域の方やご家族との交流の場を設定し、施設の理解を得るように努めている。 買い物などの外出はニーズに応じて移動支援など地域における社会資源を利用して出かけている。 利用者の地域活動への参加の推奨や参加しやすくなるための体制整備など地域との関係づくりに力をいれていきたいとお聞きした。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
	4	(1)	事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	137 地域における福祉の主体として、責任を果たすための事業所の方針・役割を文書で定めている。 138 地域における福祉の主体としての活動を職員に周知し、具体的な方法を定期的に話し合うなどして理解を図っている。 139 介護等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 140 住民が自由に参加できる地域ニーズに即した多様な支援活動を行っている（介護相談・介護者の集い等）。 141 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。 142 地域住民の行事等のため、施設を開放している。	「ほほえみだより」を年2回発行し、家族や地域にむけて配布している。写真入りで、施設の行事紹介や新年度の職員紹介など、わかりやすく施設の紹介に努めている。 地域に向けて事業所の活動や事業所の持つ専門的技術や情報を提供し、地域とのかかわりを深めることが今後の課題である。併設の事業所と連携して、地域との良好な関係を築くことは、利用者の活動範囲を広げ、QOLを高めることに繋がる。
			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。	b)	143 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を文書で定めている。 144 ボランティア受け入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。 145 ボランティアに対して必要な研修を行っている。	ボランティア受け入れに関する基本姿勢が文書で定められ、書道教室など定期的に活動されている。 ボランティア活動が不測の事故と結びつかないためにも、ボランティアの事前研修及び体制整備（受け入れマニュアルなど）が求められる。
		(2) 関係機関との連携を確保している。	必要な社会資源を明確にしている。	a)	146 連携の必要のある地域の関係機関・団体について、リストや資料を作成している。（居宅介護支援事業所、福祉事務所、保健所、病院、学校、ボランティア団体等） 147 地域の関係機関・団体の機能や連絡先について、職員会議で説明する等職員間で情報の共有化を図っている。	市の福祉事務所や担当課、病院、併設の事業所、市の障害福祉ネットの取組など、連携して活動している。
			関係機関等との連携を適切に行っている。	a)	148 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 149 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を積極的に行っている。（地域に適当な関係機関・団体がいない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。）	地域の関係機関や団体と連携しており、ケース会議や連絡会議に参加している。 職員は、建物内の相談室や他事業所の活用など、複合施設の先駆性を活かして支援している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
	4	(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	地域の福祉ニーズを把握している。	a)	150 地域の関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 151 民生委員等と定期的な会議を開催する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 152 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	同一建物内に障害者福祉施設（通所の生活介護事業所と放課後等デイサービス）、障害者福祉施設（就労継続支援B型と就労移行支援）、相談室が併設されており、一つの屋根の下で玄関を共有しており、相互理解と共存の意識を養い、社会参加に向けた支援を行うことを目的に建設されている。 同一建物内の他事業所に、利用者が日中通所することが可能であり、他事業所に通所の方もおられる。 民生委員の視察研修を受け入れている。
			地域の福祉ニーズに基づく事業・活動を行っている。	a)	153 把握した福祉ニーズに基づいて、独自の事業・活動を行っている。（在宅サービス、相談事業等） 154 把握した福祉ニーズに基づいて行っている独自の事業・活動について、中・長期計画や事業計画の中に明示している。	ショートステイを定員4名で実施している。 同一建物内に、同法人の相談支援事業所ほっとらいふ相談室を併設しており、総合的な支援が行える先駆的な施設となっている。

(別添2)

事業評価の結果 (評価対象)

福祉サービス種別: 身体障害者療護施設
事業所名(施設名): 障害者支援施設 ほほえみ

第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
 - b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
 - c・・・着眼点を一つも実施していない状態
- 実施していない状態
実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	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)	155 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。 156 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。 157 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 158 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。	法人理念に「利用者本位のニーズに合った福祉サービスの提供に努める」と明示されている。 年度当初の職員会で、理念、職員倫理綱領、マニュアルの職員全員への配布、施設内外研修など実施し、職員への周知の仕組みがある。
			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。	b)	159 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。 160 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 161 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。 162 利用者や保護者に関する情報の収集は、本人及び保護者などの主たる相談者の同意のもとサービス提供に必要な最小限の範囲としている。 163 記録されている個人情報は、本人及び保護者などの主たる相談者の求めに応じて開示している。 164 外部に提出する個人情報は、本人及び保護者などの主たる相談者の同意を得ている。	法人の個人情報保護規程に基づき、情報開示や個人情報の取り扱いの適正化に努めている。また、ほほえみ職員倫理綱領、職員行動規範も定め、マニュアルにも具体的にプライバシー保護を明示している。 入浴、排泄の生活場面における施設構造の課題や設備に改善が期待される。
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	b)	165 利用者満足の向上を目指す姿勢を明示した文書がある。 166 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。 167 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、保護者懇談会を定期的に行っている。 168 利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。	利用者懇談会を年2回と必要に応じて実施している。 嗜好調査を毎年実施し、満足の向上に努めている。 家族会があり、昨年度まで幹部職員が参加していたが、ご家族の高齢化などにより、今年度から家族会が休止している。ご家族と話し合っって負担軽減を図るなど施設の側面的支援を行い、家族会をとおしての意見が支援の質向上に活かされることが期待される。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(2)	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	b)	169 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、本人及び保護者などの主たる相談者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 170 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 171 標準化したサービスの他、利用者の状況等に応じて臨機応変な対応をとっている。	担当者や担当部署は決めていないが、利用者懇談会を開催して意向把握を実施し、生活ルールなど可能な限り改善に努めている。利用者の会の設立を働きかけたこともあるが、設置には至っていない。 外出や旅行も、少人数で行き先を決めており、利用者の重度化や状況に細やかに配慮し、要望にも臨機応変な対応をとっている。
			個別支援計画にもとづいた支援を行っている。	b)	172 利用者の特性と障害程度に対応した個別支援計画にもとづいて支援している。 173 個々の特性にあわせたコミュニケーション方法の工夫を行っている。 174 利用者や保護者などの主たる相談者の希望を把握し支援計画に反映している。 175 社会生活力向上のための、調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムを取り入れている。 176 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。 177 必要に応じて退所後も継続して支援を行っている。 178 利用者の特性や心身の状態に合わせて療養内容を決めている。 179 必要に応じ保護者などの主たる相談者への相談支援を行っている。	本人の希望を取り入れた個別支援計画に基づいた支援を実施している。毎月の書道クラブ、将棋、カラオケ、絵画などがあるが、種類も回数も多いとはいえない。 社会生活力向上のための学習・訓練プログラムとして作成されているものはないが、社会資源を利用して買い物に定期的に出掛けている方がおられる。
			施設での療養訓練が楽しく、自主的に取り組めるよう工夫している。	b)	180 利用者が主体的に施設で日常生活ができるよう様々なプログラムを用意している。 181 食堂などの共用スペースはゆとりを持つとともに、清潔にしている。 182 利用者が安らげる雰囲気づくりをしている。 183 利用者が作業や活動をする部屋の環境を整えている。	利用者の書道、絵画などの作品が玄関近くの廊下に掲示され、利用者の努力による優れた才能を披露し、来所者やご家族にも、障害における療養訓練の理解を促す取り組みである。 書道教室、将棋、カラオケ教室、折り紙など利用者の楽しみや励みとなっている。 ボランティアの活用や、社会資源の活用により、利用者が主体的に取り組むことができるような日中活動プログラムの更なる充実が望まれる。
			施設と保護者との交流・連携を図っている。	b)	184 保護者などの主たる相談者の見学は、希望に応じて受け入れている。 185 利用者の生活状況を機関誌などで、定期的に保護者などの主たる相談者へ知らせている。 186 保護者などの主たる相談者から個別の相談にも応じている。 187 施設と保護者などの主たる相談者が交流・意見交換する場を設けている。 188 利用者の状況を個別に保護者などの主たる相談者へ定期的に報告している。	年2回の「ほほえみだより」が保護者に送付され、行事での利用者の様子や予定、職員の変動などが掲載され、施設での情報を伝えている。 保護者会が4月より休会中である。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	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)	189 利用者又は保護者などの主たる相談者が、相談方法や相談相手について複数の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 190 利用者や保護者など主たる相談者等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。 191 相談や意見を述べやすいような部屋の配置に配慮している。	相談方法や相談相手について重要事項説明書に明示されている。 利用開始時のみならず、相談窓口の明示やわかりやすい説明が期待される。また、職員への周知により、利用者への積極的な言葉かけも期待される。
			苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b)	192 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備し、実際に機能している。 193 苦情解決責任者は、全ての苦情と圏対応結果を把握している。 194 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。 195 保護者が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。 196 保護者へアンケートをとるなど、施設が積極的に意見や要望・苦情を聞いている。 197 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族、関係職員に必ずフィードバックしている。 198 苦情を申し出た利用者や保護者などの主たる相談者等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。	法人規程により取り扱い、法人ホームページに内容、件数が公開されている。 第三者委員が選出され、施設を訪問し、利用者の意見を聞く機会も設定されている。 苦情解決体制は職員に周知されて適正に処理され、職員会で検討しサービスの改善に活かしている。
			利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b)	199 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。 200 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。 201 苦情申し出から解決までマニュアルに沿って記録している。 202 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 203 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	意見箱が、事務室前に設置されている。 利用者からの意見や提案に対し、施設内で検討し可能な限り対応しているが、利用者の理解を得られない場合もある。具体的にサービスの改善に努めており、全ての要望に応えることは限界があるが、利用者や家族の声を大切に、公正な姿勢を持っている。 利用者からの意見や提案に関する対応マニュアルは、意見箱の取り扱いも含めて整備が求められる。
		(4) 医療サービス体制が適正に機能している。	リハビリテーションによる機能維持向上が適切に図られている。	b)	204 個別支援計画に基づき、機能訓練の具体的方法について明示されている。 205 利用者は、1年に1回以上のリハビリテーション専門医の診療を受けることができる。 206 理学療法・作業療法を受けられる体制にある。 207 言語聴覚療法を受けられる体制にある。 208 心理療法を受けられる体制にある。 209 個人の状態に合った適切な福祉機器について、助言・相談を行うとともに、個人に適した改造を行っている。	作業療法士が配置されている。 リハビリ専門施設の協力を得て、状態に合った適切な福祉機器を利用者は活用しており、業務マニュアルには自助具が写真入りで明示され、支援が適切に実施されるよう図られている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)			
	1	(1) 質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。	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。	b)	210 定められた評価基準に基づいて、年に2回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 211 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 212 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。	今回が初回の受審である。 担当者を定め、取り組まれている。			
			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。	c)	213 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 214 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。 215 職員間で課題の共有化が図られている。	今回が初回の受審である。			
			課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	c)	216 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 217 改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。	今回が初回の受審である。 改善策、改善計画とその実施に、全職員が参画してPDCAサイクルに即したサービスの質向上が期待される。			
		(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a)	218 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方法を講じている。 219 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。 220 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 221 日常サービス(健康管理、調理、食事、入浴、排泄、職員の接遇など)のマニュアルが作成されている。 222 マニュアルは、職員の共通理解が得られるような表現で作成されている。 223 マニュアルの作成は、関係する分野の職員が参画し作成している。 224 マニュアルは使いやすい場所にあり、必要なときにすぐ参照でき、有効活用により問題解決している。 225 日常のサービスのあり方や支援方法について、職員に対する指導的立場の者が職員へ評価・助言・指導を行っている。	それぞれ支援の場面で、細かなマニュアルが用意され必要に応じて個別の支援方法についても、画像を使って分かり易く指示されている。しかし、一部で具体性に欠ける部分があり、必要に応じて見直しや改訂が必要と思われる。			
					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)	226 サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 227 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されている仕組みになっている。	個々の利用者の支援方法変更に対し、緊急のものは毎日の引継ぎで検討され、日勤記録・夜勤記録で申し送られ、検討の必要なものについては、支援会議・フロア会議等で検討され、議事録で伝達されている。しかし、これらの結果が施設全体の業務マニュアルの改訂に繋がっていない部分もあるので更なる改善を期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	b)	228 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 229 利用者の情報等を修正し、かつ経過がわかるようにしている。 230 サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 231 記録する職員で記録内容にばらつきが生じないように工夫をしている。	法人で共通の市販の支援ソフトを使い、日々の記録がケース記録に自動的に反映されるようになっており、統一した記録が出来るようになっており、しかし、本格的な導入の初年度のため、支援以外の医療部門や栄養部門との連携した記録や個別支援計画に沿った記録が少ないように見受けられた。今後、運用を進める中で記録方法の改善を期待したい。
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	232 記録管理の責任者が設置されている。 233 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。 234 利用者や保護者などの主たる相談者等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。 235 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	法人及び施設の規定に基づき、適切に管理されており、個人情報の保護や開示についても規定されているが、職員間でその重要性の理解については研修が充分とは言えない。支援ソフトの導入に伴い、管理についても運用方法の研修を行うことを期待したい。
	2	(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。	b)	236 利用者に提供された重要なサービスについて具体的に記録し、情報を共有化・活用できるよう検討会議などの仕組みがある。 237 情報共有を目的として、ケアカンファレンスや各担当が工夫・改善した事例報告の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 238 パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。	支援ソフトを使い適切に記録され、加えて施設内がネットワーク化されて情報の共有化が図られている。しかし、部門を越えた情報の共有が充分とは言えず、記録の中に日々の医療機関の受診や施設内で医療支援、栄養ケア計画との連携など、ネットワークを駆使した工夫を期待したい。 施設全体で詳しく認識しなければならない情報は、フロア会議・支援会議・職員会議で部門を越えた職員間で検討され、施設全体への周知が図られている。
3	サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	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。	b)	239 事業所を紹介したホームページを作成し、インターネットで公開している。 240 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。 241 理念や実施する福祉サービスの内容を紹介したパンフレットなどを作成し、福祉事務所、市町村役場等の公共施設へ置いている。 242 事業所を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵などの使用で誰にでもわかるような内容にしている。 243 問い合わせへの対応体制を整えている。 244 利用希望にあたっての見学を受け入れている旨の広報を行っている。 245 見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。	ホームページなどを使い広く地域に施設の情報を発信している。公共機関などにパンフレットを置くことはしていないが、公共機関が発行する資料には施設の詳細が記載されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	3	(1)	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)	246 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料により、利用者へ説明している。 ・説明項目(事業概要、サービス内容、職員体制、利用者負担、損害保険加入状況、サービスの変更や解除の条件等) 247 重要事項説明書や契約書の内容は、わかりやすいよう工夫して説明し、説明書は本人と保護者へ渡している。 248 利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。 249 サービス利用の決定について迷っている人には、利用決定について判断するまでの期間に余裕を持たせている。	サービス開始時に必要な事項は、重要事項説明書に記載し入所時に適切に説明している。特に加算に伴う複雑な利用料の算定についても詳しく記載し、透明性の確保に努めている。
		(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	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。	b)	250 他の事業所や地域、家庭・就学への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 251 サービス終了した後も、組織として利用者や保護者などの主たる相談者等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 252 サービス終了時に、利用者や保護者などの主たる相談者に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	他の事業所と利用する場合、情報の共有と引継ぎに対応できる体制にあるが、文書化はされていない。 当施設が複合施設にあるため、入所支援を受けながら、日中は同じ建物にある同法人の他の日中支援事業を選択することが容易な環境にある。また、そのような制度について一般職員の知識や理解もあり、今後、障害者支援施設として先進的な展開が期待できる。
	4	(1) 利用者のアセスメントを行っている。	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	253 サービス開始時に利用者の個別情報や要望を把握し、決められた書式に記録している。 254 利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適応できるよう支援している。 255 利用当初の保護者の不安を軽減し、信頼関係を築くように努めている。	利用開始のアセスメントは、利用者の状況を知る上では機能している。しかし、その中に利用者の思いや要望を積極的に把握できるアセスメント様式ではない。今後、利用者の要望や担当職員が感じた課題など、利用者・職員双方の「気づき」を促すアセスメント様式の検討が必要と思われる。
			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。	c)	256 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手続が決められている。 257 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。	アセスメントシートは存在し、利用者の状況把握にはなっているが、課題やニーズの把握と検討には至っていない。アセスメントから得られた課題やニーズを整理・検討し、支援目標を明確にすることは介助過程において重要な過程であることを理解し、アセスメントの過程に立ち返り、利用者ニーズの課題検討が必要と思われる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)			
	4	(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	サービス実施計画を適切に策定している。	b)	258 サービス実施計画（個別支援計画）作成にあたっての基本的考え方・方法を明確にし、記入・活用しやすい定められた様式で作成している。	<p>アセスメントから得られるニーズや課題が個別支援計画に反映されていない。そのため、個別支援計画の内容も利用者の全体像を捉えていない。支援過程（介助過程）の基本が施設内で理解されているとはいえず、研修を行い、施設全体で理解を深める必要があると思われる。</p> <p>個別支援計画について、支援会議・フロア会議で検討し、周知を図る他、毎月の支援会議で2事例ずつ事例検討を行い、広くフロアや部門を越えた職員間で検討し、課題の見直しや計画の周知を深めている。</p>			
			定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		259 サービス実施計画策定の責任者を設置している。				
		5	(1) 利用者の尊重		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)	260 サービス実施計画を策定するための部門を横断した関係職員の合議、利用者や保護者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。	<p>日々起こる利用者の変化や要望に対し、支援会議やフロア会議で支援方法の変更を行っているが、個別支援計画の変更には至っていない。また、モニタリングや家族の意向の聞き取りは行われているが、それが個別支援計画の変更に活かされているとは言い難い。</p> <p>今後、利用者の状態や意向の変更に際しては、改めてアセスメントを行い、そこから新たな課題やニーズを把握し、改めて個別支援計画を作成することが必要と思われる。</p>
								261 サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されとともに、機能している。	
				262 サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者及び保護者などの主たる相談者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。					
				263 サービス実施計画の見直しは、本人及び保護者などの主たる相談者に説明し合意を得ている。					
						264 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。			
						265 サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。			
					266 利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。	<p>会話や意思の理解が困難な利用者に対し、それぞれの職員があらゆる手段を駆使して、意思の理解に努めている。また、必要に応じて外部の第三者の支援を求めている。しかし、コミュニケーション能力を高めるための取り組みが個別支援計画に記載されているかどうかは、確認できなかった。</p>			
					267 意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。				
					268 意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。（コミュニケーション機器の用意を含む。）				
					269 意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。				
					270 必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	5	(1)	利用者の主体的な活動を尊重している。	b)	271 利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。 272 利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。 273 利用者が、施設外の障害者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。 274 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。 275 自治会等は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。	利用者は、絵画などの製作活動など、個々が思い思いに活動を行い、近年では、施設から提供される外出支援の他に、施設が斡旋する移送サービスを利用した個人外出が積極的に行われている。 利用者自治会はなく、年2回の利用者懇談会で利用者の要望を聞き取っている。利用者が重度化していく中、利用者が主体的に自治会を運営することは益々困難になると思われる。利用者の主体性を引き出し、利用者と施設が建設的な話し合いをするために、職員が側面的に支援することで自治会に代わる仕組みを作ることが必要と思われる。
			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)	276 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。 277 自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）と十分な話し合いが行われている。 278 自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。	利用者の個々の状況に合わせた支援を個別支援計画策定時に検討し、個々に行われているが、最重度の利用者が多い当施設においては、積極的な支援が重要と思われる。
			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。	b)	279 社会生活力を高めるために、障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。 280 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。 281 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。 282 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。	施設のある建物の中に相談支援センターがあり、他施設の利用など施設外の情報提供が受けられやすい環境にある。 移送サービスを利用した外出が積極的に行われている他、施設入所支援を受けながら他施設の日中支援を検討するなど、広く社会資源を活用する先駆的な生活スタイルを提案している。
	6 日常生活支援	(1) 食事	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)	283 サービス実施計画等において、栄養量、食事形態、水分補給、介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。 284 食事の介助等、支援方法に関してマニュアル（留意点を含む手引き等）が用意されている。 285 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。	管理栄養士が利用者個々の栄養ケア計画を作成し、食事・栄養面から利用者の健康を支えている。 食事介助のマニュアルは職員の食生活係を中心に画像を交えた細かなマニュアルが作成され、重度利用者の介助方法や少しでも自力で食べられるような支援を解説している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	6	(1)	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。	b)	286 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。 287 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。 288 適温の食事を提供している。 289 献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。 290 食卓には利用者の健康状況に応じ複数の調味料・香辛料が用意されている。 291 献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。 292 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良く見ながら介助や支援を行っている。	利用者に対し、嗜好調査は行われているが、施設内での献立会議の記録はなく、利用者も参加していない。今後、利用者・職員交えて楽しい献立会議を定期的に開催することを検討いただきたい。
			喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	b)	293 食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。 294 食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、食事時間帯に幅を持たせて個人が好む時間に摂ることができる。	殆どの利用者が椅子を利用し、半数以上が何らかの食事介助を受けている状況で現状の食堂は決して十分な面積があるとは言えない。落ち着いた環境で食事を摂るためには、食堂の面積を広げるなど設備の改善を進めると共に、食事時間に幅を持たせるなど、何らかの食事環境の改善を行うことが望ましい。
		(2) 入浴	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。	b)	295 一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。 296 安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。 297 入浴の介助や支援業務は、所定の様式により記録されている。	入浴の準備から介助方法まで、衛生面や安全面に配慮した細かなマニュアルが用意されている。しかし、特殊浴槽1機と一般浴槽のみの設備の中で、より一層の安全面への配慮を行うと共に、職員の身体的負担の軽減や健康面での配慮が必要と思われる。 様々な感染症が懸念される昨今、入浴における感染症対策が一部利用者に理解されていない面もある。感染症対応には様々な見解があるが、情報を整理し、利用者に納得できる対応と説明が望まれる。
			入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b)	298 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。 299 入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めており、回数については少なくとも週2回以上である。	一人あたり週2回の入浴が行われ、体調不良等で入浴できない場合は、タオルでの清拭を行っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	6	(2)	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	b)	300 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を持っている。 301 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。 302 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。	特殊浴槽とスロープのある一般浴槽が設備されているが、更衣スペースを含めて設備全体の老朽化が感じられた。衛生面に配慮した「ミスト浴」や安全面や介助の軽減に配慮した「チェアバス」など、機器及び設備の更新が必要と思われる。また、職員の負担を軽減するための走行リフトなどを導入するなど、多少時間は掛かっても利用者にも職員にもやさしい介助が出来る周辺機器の導入と意識の改革が望まれる。 施設のある建物の構造上やむを得ないが、玄関ホールを通過して浴室に移動する動線は決して良いものとは思えない。冬場の寒さや来訪者の視線への対応するために何らかの対策が必要と思われる。
		(3) 排泄	排泄介助は快適に行われている。	a)	303 排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。 304 排泄介助のマニュアル(安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む)が用意されている。 305 排泄用具(おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等)の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。 306 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	排泄方法はマニュアルに記載され、その結果異常があった場合は、日誌に記載され、ネットワーク上で個々のケース録に保存されている。 排泄の技術や知識を向上させるため、「オムツレクチャー」を実施するなど、支援方法向上に向けて努力している。
			トイレは清潔で快適である。	b)	307 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。 308 プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。 309 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 310 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 311 採光・照明等は適切である。 312 冷暖房等の設備は適切である。	施設の構造上、また、男女の比率の都合上仕方ないが、一部男女が同じトイレを使わざるを得ない状況にある。重度の利用者多く、トイレを使う利用者が少ないために大きな問題となっていないが、一般的にはプライバシーに配慮した設備の改善やマニュアルの徹底が必要と思われる。 洋式トイレでの転倒を防止するテーブル(台)など、使用者の安全や自立に配慮した工夫や努力が見受けられた。しかし、一部機器の整理が出来ていないところや設備の老朽化も見られ、明るい清潔なトイレとは言いがたかった。排泄設備全体の改修が必要であると共に、日頃の片付けなど、出来ることから改善を図り、明るく清潔な排泄環境を目指して、より一層の努力を期待したい。
		(4) 衣服	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)	313 衣類は利用者の意思で選択している。 314 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。 315 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。	重度の利用者が多い中、積極的に衣類を選択することは困難だが、出来る限り利用者の意思を尊重して購入している。また、出来る限り外出して購入できるように様々な配慮を行っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)	
	6	(4)	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。	a)	316	利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。	衣類の着替えや管理について適切に行われている。
					317	介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。	
					318	汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための標準的な業務手順が用意されている。	
		(5) 理容・美容	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)	319	髪型や化粧の仕方等は利用者の意向に配慮している。	理容や美容の情報について、要望があれば出来る限り対応している。
					320	職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。	
			理髪店や美容院の利用について配慮している。	b)	321	理容・美容に関する雑誌類や情報を用意している。	月に一度理容師が来所し、支援しているが、現状は、それ以上のニーズが利用者から上がっていない。
					322	地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。	
			323	利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。			
(6) 睡眠	安眠できるように配慮している。	a)	324	寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている。	利用者の状況の応じて適切に配慮されているが、様々な障害を持った利用者に対するもう少し詳しいマニュアルの整備が必要と思われる。		
			325	夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルが用意されている。			
			326	夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。			
			327	寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認められている。			
			328	不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。			
(7) 健康管理	日常の健康管理は適切である。	b)	329	利用者の健康管理票が整備されている。	医務室にて個人別ファイルが作成され、看護師を中心とした健康管理体制を整備している。 利用者によっては、個別に歯科通院や歯科衛生士の訪問を受けている。利用者全員の健診も含めた口腔衛生の体制整備の充実が望まれる。		
			330	利用者の健康管理マニュアルが用意されている。			
			331	医師又は看護師による健康相談を受けることができる。			
			332	医師又は看護師が、利用者（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	6	(7)			333 利用者（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。 334 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。 335 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。	
			必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a)	336 健康面に変調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。 337 地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。 338 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。	総合病院である市民病院が隣接し、立地条件に恵まれている。 事故対応のマニュアルが整備され、職員にも周知、活用されている。
			内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b)	339 利用者（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。 340 一人ひとりの利用者で使用される薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）について、マニュアルが用意されている。 341 薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。 342 内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。	事故対応マニュアル、ヒヤリハット報告書により、対応が周知されている。 利用者の薬に関する情報は医務室で管理されているが、ケース記録などにも情報が記載されている。また、利用者の状況に合わせて、飲み込み確認まで行う利用者の薬を分けるような工夫もしている。 薬の管理体制について部門を越えて再検討し、使用状況の記録及び情報、注意事項などを共有する記録システムの有効活用が望まれる。
		(8) 余暇・レクリエーション	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。	b)	343 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。 344 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。 345 利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。 346 必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。 347 地域の社会資源を積極的に活用している。	季節行事や旅行などの外出支援、地域のボランティアの皆さんの協力を得た同好会活動など、重度の利用者が多く中、利用者の意向にそって積極的な支援が行われている。また、個人でも絵画などの趣味に集中できる環境を提供し、職員の側面的な支援を行っている。
		(9) 外出、外泊	外出は利用者の希望に応じて行われている。	b)	348 利用者の代表や自治会等と話し合っ、外出についてのルールを設けている。 349 必要なときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。 350 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。 351 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。	施設サービスとしての旅行や小グループでの「個別外出」の他、外部の移送サービスなどを利用した「個人外出」のための手続きや情報提供を施設が積極的に行っている。これらの計画や情報は、利用者懇談会で伝達や話し合いが行われているが、ルールとしての明文化はない。今後、利用者の外出支援や社会参加をより一層進めるためにも、より一層積極的な外出を支援するルールの明文化と更なる努力を期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	6	(9)	外泊は利用者の希望に応じよう配慮されている。	a)	352 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者主体のルールを設けている。 353 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び保護者などの主な相談者の立場に立っ、担当職員がその調整を行うようにしている。 354 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や保護者などの主たる相談者の事情を考慮せず、に要請するようなことはしていない。	利用契約書に定められたルールに従い、適切に行われている。
		(10) 所持金・預かり金の管理等	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	b)	355 利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。 356 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。 357 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。 358 自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。 359 金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。	法人の「利用者預かり金管理要綱」により適切に管理される。 金銭管理の学習プログラムはないが、自己管理できる利用者に対しては、事務所に個人別ロッカーを提供し、金銭などの管理を側面的に支援している。
			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)	360 新聞・雑誌を個人で購買できる。 361 テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。 362 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決められている。	特にルールや規制はなく、個人の判断で自由に利用することができる。
			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)	363 利用者の代表や自治会等と話し合っルールを設けている。 364 具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等）に様々な配慮を行っている。 365 酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙が認められている。	利用者懇談会で話し合われ、施設全体のルールはあるが、明文化はされていない。 また、利用者のニーズや身体状況に応じて、個別にルールを定めて支援しているが、基本的には嗜好品に対する規制はない。今後、トラブルを防止し、利用者の相互理解を促すために、より一層の話し合いと、それに沿ったルールの明文化が必要と思われる。 喫煙については、玄関脇の屋内に喫煙場所を設け、一定の喫煙時間を決めている。

福祉サービス種別: 身体障害者療護施設

事業所名(施設名): 障害者支援施設 ほほえみ

調査対象者	利用者本人	
調査方法	聞き取り方式	
利用者総数(人)	50人	調査対象者は、施設側から選択していただいた利用者14名に、調査員は二人ひと組で直接面談を行い、聞き取り方式により調査いたしました。
調査対象者数(人)	14人	
有効回答者数(人)	14人	
利用者総数に対する回答者割合(%)	28%	

年齢も若い利用者が多いため、将来の生活に不安を持ち、自分がどこでどのように過ごしていくべきか、不安に思いながら過ごされている様子がうかがえました。また、重度化してくる利用者にとって個別的な支援を望まれている様子がうかがえました。職員へ感謝しながらもどうしようもない日々の気持ちを伝えたいと言う様子がみられました。

調査項目				
コメント	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当(あ てはまらな い)
問1 食事はおいしいですか	12人 86%	2人 14%	0人 0%	0人 0%
調査対象者の9割近い方が「おいしい」と答えてくれました。また、希望を聞いてくださり嫌いなものは代替えが 出されるなど満足な意見が聞かれました。				
問2 あなたの状態(健康のことなど)に応じたメニューに なっていますか	13人 93%	0人 0%	1人 7%	0人 0%
個人個人の健康に沿った食事を提供してくれることに、ほとんど全員の利用者が満足と感じているようでした。				
問3 あなたにあった食事方法(食事時間、食器・用具、 食べやすい工夫、介助方法等)になっていますか	14人 100%	0人 0%	0人 0%	0人 0%
食事の際は、利用者の状態に合わせた食事方法(食事時間、食器・用具等食べやすい工夫、介助)により、 食事をしっかり食べることができ、自分で食べる工夫への評価も高く、調査対象者全員が満足と感じていま した。				
問4 ナースコールをしたらすぐ来てくれますか	11人 79%	2人 14%	1人 7%	0人 0%
利用者の8割程度の方は、職員が忙しいことを十分理解しながら満足に思っているようです。職員の手薄な 時、出来ないときなどへの理解もなされた意見が多く聞かれました。				
問5 他の人に知られたくないことの秘密を守るなど、プ ライバシーが守られていますか	12人 86%	1人 7%	0人 0%	1人 7%
ほとんどの利用者がプライバシーに配慮され、過ごされています。多くの人と会話したりさみしい思いにならず 過ごしたいと言う気持ちが伝わってきました				

調 査 項 目					
コ メ ン ト		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当(あ てはまらな い)
問6	職員が居室に入るときはノックや了解を求めますか	12人 86%	2人 14%	0人 0%	0人 0%
9割に近い利用者が職員が居室に入るときにノックをして了解を求めていると答えています。					
問7	入浴・更衣や排泄などであなたが恥ずかしい思いをしないような配慮がありますか	12人 86%	2人 14%	0人 0%	0人 0%
9割に近い方が満足と答えられ、入浴時の同性介護への安心を感じている様子がうかがえました。同性介護を望んでいる様子がうかがえました。					
問8	職員は、丁寧(乱暴な言葉を使ったり、命令したり、呼び捨てにしない)に接してくれますか	12人 86%	1人 7%	1人 7%	0人 0%
調査対象者が職員に対し、丁寧な言葉遣いで対応していると答えています。時々いやな気持ちを感じる利用者がおられました。					
問9	職員はみんな同じようにあなたに接してくれますか	10人 71%	4人 29%	0人 0%	0人 0%
職員の対応に調査対象者のほぼ7割の人が同じように接してくれると思っています。利用者の場面や障害に応じた対応への難しさを利用者もしっかり理解されている様子がうかがえました。					
問10	あなたの気持ちをわかってくれる(相談できる)職員がいますか	10人 71%	3人 21%	1人 7%	0人 0%
調査対象者7割の利用者が満足されていましたが、2割程度の利用者は将来への不安や現実の不安な気持ちが現れている様子が感じられました。					
問11	困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか	8人 57%	3人 21%	0人 0%	3人 21%
半数以上の利用者が、市の担当者が来所した時にはなされているようです。					
問12	ここの施設ではあなたの好きなことができますか	12人 86%	1人 7%	0人 0%	1人 7%
調査対象者の9割に近い利用者が自分がやりたいことを職員と相談して行い、満足して過ごしているようです。入所してまだ不安を感じている利用者は自分ができることを見つけられず不安に感じておられるようです。					
問13	施設ではあなたの意思が尊重されていますか	13人 93%	1人 7%	0人 0%	0人 0%
自分の意思が尊重されていると感じている方が多いようです。利用者懇談会で話す機会があり、強制されることもないようです。					

調査項目					
コメント		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当(あ てはまらな い)
問14	この施設であなたは安全に安心して生活できますか	11人 79%	2人 14%	1人 7%	0人 0%
利用者の8割の方が安全に安心して過ごしていると答えています。					
問15	施設運営の考え方が、毎日のサービス・行動に反映されていると思いますか	11人 79%	2人 14%	1人 7%	0人 0%
調査対象者の8割の方が、行事のあり方の変化や個別に対応する等、サービスの方法に満足されています。毎月の職員との話し合いの返答に期待され、個別の支援に満足度が上がっているようです。					
問16	毎日の活動は楽しいですか	11人 79%	3人 21%	0人 0%	0人 0%
利用者の8割の方が毎日の活動に楽しいと感じ、満足されています。個別の活動や支援を望まれている様子がうかがえます。					
問17	将来のことも相談にのってくれますか	9人 64%	3人 21%	1人 7%	1人 7%
将来のことまで考え相談に乗ってもらっている方は6割程度の方がおります。職員が相談に乗ってくれることは、皆理解されています。					
問18	町村役場・市役所や銀行などの機関への届出(書類など)に対して協力してくれますか	14人 100%	0人 0%	0人 0%	0人 0%
全ての利用者が、書類等の各機関への届け出は全員が行ってもらっています。					
問19	あなたの希望にそった家族への対応がなされていますか	10人 71%	0人 0%	1人 7%	3人 21%
調査対象者の7割は希望に添い、家族の対応をして頂いています。利用者が年齢を重ねるとともに家族も高齢化し、利用者の希望に沿った支援が出来にくくなっているようです。					
問20	ボランティアや地域の方々・家族などいろいろな人の参加や交流の機会がありますか	12人 86%	2人 14%	0人 0%	0人 0%
ボランティア、地域の方々・家族の参加や交流の機会は多く、利用者の9割の方が楽しまれているようです。					
問21	自立・自活に向けた体験プログラムや具体的な準備は充実していると思いますか	6人 43%	5人 36%	3人 21%	0人 0%
自立に向けた具体的な準備に励まれている方は調査対象者の4割程度おられます。利用者の多くは、今後の生活への不安から施設以外の選択肢が具体的にない利用者が多いようです。					

調査項目					
コメント		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当(あ てはまらな い)
問22	あなたの目標や計画について、職員はいっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか	10人 71%	4人 29%	0人 0%	0人 0%
調査対象者の7割の方は、目標・計画について職員と話をしていると答えて下さいました。					
問23	あなたの自立目標・計画、状態に応じた支援が行なわれていますか	11人 79%	3人 21%	0人 0%	0人 0%
目標・計画に合わせ支援が行われていると答えている調査対象者は8割おります。機能訓練など状態に合わせた支援が行われているようです。					
問24	この施設を利用する前に、どのような生活が送れるかなど、知りたいことについて、わかりやすい説明がありましたか	2人 14%	12人 86%	0人 0%	0人 0%
ほとんどの利用者は、自分以外の家族の方が見学に行ったり、概要説明を受けた方が多いようです。また、利用者も入所前に見学されておりますが、わかり易い説明で入所された方は少ないようです。					
問25	施設の説明を聞いて、自分で施設を利用することを決めましたか	1人 50%	1人 50%	0人 0%	0人 0%
施設の説明を聞いて自分で決めた方は1名でした。残りの方はケースワーカーなどにより決められていたと答える方がおられました。(過去一年以内に利用を始めた方2名)					
問26	あなたは不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	9人 64%	5人 36%	0人 0%	0人 0%
不満や要望を職員に気軽に話される方は6割の方が満足されているようです。入所して間もない方はまだ言い出しにくい利用者もおられるようです。					
問27	職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか	12人 86%	2人 14%	0人 0%	0人 0%
調査対象者の9割に近い方が不満・要望に職員がきちんと対応してくれると答えています。					