

## 福祉サービス第三評価結果

### ①第三者評価機関名

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

### ②施設・事業所情報

名称：厚生寮	種別：障害者支援施設（主たる対象：身体障害）	
代表者氏名：鈴木 啓晋	定員（利用人数）：100名	
所在地：浜松市浜北区於呂 4201-12		
TEL：053-583-1127	ホームページ： <a href="http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/">http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：昭和 26 年 6 月 1 日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 天竜厚生会		
職員数	常勤職員： 43 名	非常勤職員： 17.4 名
専門職員	（専門職の名称）	
	看護師： 1.8 名	管理栄養士： 1 名
	准看護師： 2.3 名	作業療法士： 0.2 名
施設・設備 の概要	（居室数）	
	個室：84 室 4 人室：4 室 静養室：2 室	（設備等） 脱衣室天井走行リフト、移乗用リフト、特殊寝台浴槽、中間浴槽、収納式スウィング扉付き個浴槽、リフト付き送迎車両（ワゴン車）、車いす対応軽車両、パソコン記録システム、非常用自家発電設備、防犯カメラ、不審者対応警報システム等

### ③理念・基本方針

#### (1) 理念（法人）

九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ 1 匹の行方訪ねん

#### (2) 基本方針（施設）

法人理念を実現するために、「専門性」と「チームワーク」を両輪に「当事者意識」で「利用者本位」を実践することにより信頼される施設を目指します。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 浜松市在宅重度身体障害者施設利用入浴サービス事業の提供
- 2) 浜松市障害者緊急時対応事業（緊急時の短期入所）への対応
- 3) 短期入所の施設送迎（掛川市等遠距離送迎も必要に応じて実施）

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年6月12日（契約日）～ 平成31年3月31日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	2回（平成25年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・理念や基本方針、求められる職員像、事業計画や職員管理、各種マニュアルや福利厚生等、共通様式が整えられています。さらに、厚生寮細則を作って、詳細に運用できる形を作っています。
- ・利用者の買い物や通院等、日常的な活動についても、個々の利用者のニーズに応じて、ガイドヘルパーを利用し、外出支援の利用に応じています。また、ボランティアの受け入れ、福祉教育に対して積極的に取り組んでいます。
- ・利用者からの意見や要望に対し（清掃、食事介護や入浴の介助で介護者の増員、食事の味付けについて）を職種間会議等で検討し、食事介助には外国からの実習者（EPA）があたり、清掃では就労支援事業を活用するなどサービス向上に努めています。
- ・建物は平成24年に改築され、脱衣室の天井走行リフトやクッションフロア、照明、イオン脱臭装置など、利用者の安全面や生活環境に配慮した作りになっています。居室は個室と四人部屋になって、ターミナル時には、静養室・観察室としても使用しています。また、生活懇談会（利用者の会）を2ヶ月毎に開催し、その中で生活環境についての利用者の意向を把握・改善を行っています。

### ◇改善を求められる点

- ・地域のニーズの把握については基本的な考え方は中期経営計画書に明文化され、公的には生活困窮者の緊急受け入れの実施や、住民が自由に参加できる支援活動として介護体験講座を開催していますが、さらに地域のニーズを知るためのアンケートの実施や地域住民のためのサークル活動の支援は実施していません。
- ・利用者・家族に分かりやすい工夫や配慮について、説明時の言葉の選び方等で分かりやすさの配慮はしていますが、説明資料、契約書、重要事項説明書にフリガナを振る・イラストを交える等の工夫は実施していません。
- ・利用者とのコミュニケーション手段として、文字盤や意思表示カードを使用しています。また、居室にはタッチセンサーやナースコールが備え付けられて、利用者の心身の状況に応じて、支援が行われています。言語聴覚士が食事摂取を見ていますが、専門職による発語訓練は行われていません。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事前提出の資料については過去の受審経験もあり、法人としてもマニュアル類は整備されているため概ね問題ないと考えていましたが、いざ各項目の裏付けとなる根拠が記載されている会議録や各種記録類を確認すると不十分なところも多々あり、想像していた以上にきちんと揃えることは大変でした。

また、毎年、第三者評価と同じ内容で施設自己評価を実施しているため、今回の受審

についても特段身構えることなく対応ができると思っていたのですが、今年度から評価基準が改訂となり、特に着眼点の全項目が○にならないならば「a」にならないことから、より厳密に自己評価に取り組むことが求められたため、負担感は大きかったと感じました。

しかし、第三者評価を受審する目的である、「サービスの質の向上のための気づきを得る」ことは、事前提出資料を揃えることや自己評価シートの作成など準備段階からある程度達成されたと思えるほど、不足している部分や実施できていない点が明確になったことは良かったと思います。

当然のことながら、実際に調査者から対面で質問を受ける過程でも、「できていないこと、不十分なこと」など改めて指摘されたりすることで、自分たちだけでは気が付かない課題がよりはっきりとしたり認識を深めることができたりしたことは受審したメリットだと思いました。また、自分たちが提供しているサービスや取り組みが良い評価をしていただけた項目では、それが自信につながったり誇らしく思えたりということも実感することができ、こちらも受審して良かった点だと思っています。

今回の第三者評価の受審結果を活かし、高評価の項目も全職員と共有していきながら、不十分な点など改善課題に取り組んでいきたいと思っています。ありがとうございました。

#### ⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 第三者評価結果〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、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。

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。

### 障害者・児福祉サービス版共通評価基準

#### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

##### I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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・c
<コメント> 「私たちの法人 天竜厚生会」(人材育成必携)に基本理念、基本方針は詳しく説明され、その配付により説明会・伝達研修の開催、人事考課面接での周知状況の把握、「家族の集い」での家族や利用者への事業計画等の説明がされています。		

##### 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) b・c
<コメント> 理事長、部長、課長、各施設長が出席する運営会議が事業部単位で開催され、情報の共有、意見徴取、各種の分析がされています。		
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
<コメント> 改善すべき課題や問題点の経営層との共有は出来ていて、また、改善の方法についても職種間会議(施設のリーダー的存在の方たちが参加)で協議し職員への周知が確認されました。		

##### 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
<コメント> 法人が、中期経営計画を示し、各施設がより具体的な単年度目標を作ります。10年先ま		

で各年度の支出計画が作られて、毎年見直しがされています。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の示す中期経営計画（ISOの品質目標）をもとに厚生寮の単年度計画が作られ、さらに行動計画により具体的な内容となっています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は法人で定められた手順、様式に従って作成され、職員会議で職員に説明されています。しかし、評価結果に基づいた見直しは行われていません。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>抜粋版が作成され、家族の集い（利用者も参加）では、パワーポイントで説明され、不参加の家族には郵送されています。それは、新規事業や、修繕・備品購入などが具体的名称により紹介されています。事業計画に基づく行事予定は、予定表の配布や個別の声かけ、実施記録の写真掲載などが行われています。広報での発信もされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス第三者評価の指標を使い、全職員が年1回自施設の評価を行っています。それらを数値化し、法人内他施設と比較検討することにより、自施設の強み、弱みを把握しています。会議は、職種間会議、リーダー会議、グループ会議と階層化されたなかで、サービスの質の向上に向けた課題が話し合われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISOの品質基準を用いた自己評価、第三者評価の指標を用いた施設自己評価、虐待セルフチェックなどを分析、抽出された課題は、次年度の事業計画や中長期の投資支出一覧表に反映され、予算化されることで改善策が実施されていきます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の広報紙「厚生寮だより」に配属された1年目の夏号の巻頭言で、施設長の役割と責任を表明しています。事業計画に各職種の職務分掌が書かれ、誰にも施設長の役割が分かるようになっています。消防計画に厚生寮細則を作り、防火消防、震災対策、風水害対策に管理者の役割が明確になっています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部設備情報管理課により遵守すべき法令の情報が集められて、自主点検票に標準化されて各施設に分けられています。それに沿って点検していただくだけで、その部分の遵守すべき法令のクリアができる仕組みになっています。また、集められた情報は、職員に伝達されています。</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>家族の集いでの利用者満足度調査や虐待チェックリスト（職員の自己評価チェック、無記名、パート含む全職員、年2回）などを実施し、評価分析を行い、出てきた課題は、職種間会議や、各種委員会で検討・協議するよう指示しています。また、各職員の資格や研修受講状況を把握し、必要な研修を受けるよう推奨し、人選で参加させるなどサービスの質の向上に努めています。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	○a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月人員配置調査票に記入し、職員の過不足を把握し、不足な場合は積極的に非正規職員の採用に取り組んでいます。また、本部から示される経営成績表や試算表で経営成績を把握し、出てきた課題は、職種間会議を中心に職員と話し合い改善の道を探っています。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>求める職員像、人材育成に係る基本的な考え方は、冊子「私たちの法人天竜厚生会」にま</p>		

とめられています。ISOの有資格者一覧表で職員の所有資格の管理を、その2ページ目で重要な研修の受講済み状況が示されています。福祉人材育成は職種別・キャリア別研修等で本部が計画・実施しています。

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
----	----------------------------	-------

<コメント>  
 人事考課実施マニュアルに職位や役割を明記し、任用基準や必要資格、役割行動等を示し、職員のキャリアアップの目標に貢献しています。一次考課、二次考課、そしてフィードバック面接による意向の確認や、自らの意思で法人内転職を可能にする制度や、キャリアアップを目指せる制度が総合的に位置づけられています。

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
----	--	-------

職員の就業状況の管理は、施設長の専用パソコンで管理され、意向は年1回の人事考課のフィードバック面接時に行われ、労務管理や福利厚生に反映されています。職員不足の時間数を賄う有期契約職員を自前で求人しなければならず、不足感から計画的な採用とまでは言えません。

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
----	-----------------------------------	-------

<コメント>  
 ISOの目標達成シート(個票)にて目標管理が行われていますが、目標自体が個人ごとではなく、職種よっての目標設定となっています。

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
----	---	-------

<コメント>  
 「期待する(される)職員像」は法人発行の冊子に紹介され、役割基準書に目指すべきものが示されています。有資格者一覧表に誰が何の資格を持っているかが示され、2ページ目では、誰に何の研修を何年度に受講してもらうといった研修計画になっています。研修内容やカリキュラムの評価・見直しは法人で実施しています。

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
----	-------------------------------------	-------

<コメント>  
 有資格者一覧表は、職員の保有資格や受講済み研修を把握・管理しています。同時に、重要な研修に何年度に受講してもらうといった研修計画に利用されています。また、法人内でも初任者研修からステップアップ研修、3年目のジャンプアップ研修、次世代リーダー研修、あるいは有期契約職員研修など多くの研修が用意され、人材センターの外部研修と相まって研修の機会が用意され、また参加の勧奨もされています。

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研修・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
----	---	-------

<コメント>  
 本部福祉サービス課が法人全体の実習受け入れの窓口となり、養成校との契約をしています。法人が実習マニュアルを用意し、施設は施設の実情に応じた専門職をマニュアルに沿っ

て受け入れることとなります。マニュアルには基本プログラムが用意され、実際の受入れ日程に合わせて調整されます。実習中は資格を持った者が指導に当たり、養成校との連携もできています。

### 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページ上で厚生寮の予算、決算、事業計画や事業報告といった財務情報は探すことはできませんが、事業所窓口には、法人が用意した公表用の冊子が専用ラックで整然と公表されています。</p> <p>第三者評価は数年に一度受審され、その結果は、評価機関のホームページで確認ができます。それによつての改善策や対応の状況の公表は確認することができませんでした。</p> <p>法人広報誌とは別に「厚生寮だより」が発行され、地域に配布されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護報酬や利用料は施設口座に入りますが、その施設口座や入所者の預かり金口座も本部会計課が預かっていて、施設で取り扱う預貯金の出し入れはありません。日常生活用品の購入も施設は購入物品の納品書・請求書を集計し本部に支払要請し本部で払うルールになっています。給与の変動データも施設で作成し、本部が払いますから、試算表のような計算書類は本部が作り、施設に示す形になります。</p> <p>本部には、公認会計士や監査法人が入り、定期的に監査がなされています。事務、経理、取引等に関するルール・職務分掌と権限・責任が関係職員に周知はされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本的な考え方は中期経営計画書に明文化されていますが、社会資源や地域の情報について、近隣施設の情報が主で、広く一般の人が参加するイベントの紹介の掲示等までに至っていません。法人と事業所が開催するイベント（納涼花火大会・天竜厚生会祭り）は地域の住民も参加し、一般住民を対象とした介護体験講座が実施しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルが整備され「浜松市ささえあいポイント事業」に登録し</p>		



ています。ボランティア担当職員に研修を法人本部で実施し、ボランティア参加者には遵守事項を記載した「ボランティア活動に関するお願い」を配付しています。

福祉教育、サマーショートボランティア等の受け入れを積極的に実施し、福祉教育時の講義を担当し、施設内の交流時には案内や必要な声かけなど支援を行う他、福祉系学科の体験実習や職業体験の受け入れの協力をしています。

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

<コメント>

関係機関や社会資源をリスト化し、連絡先や担当者を明示しています。浜北区障がい者関係施設連絡協議会、浜松市施設協議会に参加し、関係団体とのネットワーク化を図り、地域の課題に取り組んでいます。

利用者のアフターケア、ネットワーク化については、法人内の障がい3施設での連携の取り組みの実施にとどまり、広く地域に目を向ける取り組みはこれからです。

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・c

<コメント>

法人が市の地域サービス課の出張所として生活困窮者のための相談所となり、施設が緊急受け入れを実施しています。

災害時には、市の施設サービス課からの福祉避難所として、地域住民や他施設からの利用者の受け入れを予定し、他にも近隣の天竜特別支援学校、天竜病院とも連携する協定が結ばれ、防災訓練をしています。

納涼花火大会や厚生会まつりの実施や、住民参加の介護体験講座を開催しましたが、地域住民のためのサークル活動の支援等は実施していません。

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・b・c

<コメント>

事業計画に地域貢献のため、可能な限り施設送迎も実施するなど、地域ニーズに応えることを明示しています。さらに、市町の福祉担当者への説明、民生委員の見学受け入れ、浜松市社会福祉施設協議会、浜北区障がい者施設連絡会に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。地域の数か所に相談支援センターを設置し、平成30年度より浜松市の基幹型相談支援センターの運営にも他法人と共同して運営に携わっています。

短期入所の遠隔地送迎、浜松市の日中一時受入れ事業、浜松市施設入浴サービス事業を実施しています。

## 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「私たちの法人天竜厚生会」の冊子を全職員に配付し、施設長から内部勉強会で理念や基本方針の説明伝達を実施し、スローガンは申し送り時に唱和しています。さらに、生活懇談会で利用者の意見聴取、改善提案を聞く機会を設け、利用者満足度調査、嗜好調査など定期的な状況把握と評価を行っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISOによる個人情報管理規程、虐待防止マニュアル等が整備され、法人・施設内に虐待防止委員会が設置されています。さらに、虐待防止・権利擁護研修に参加し、法人・施設内とも虐待防止研修を年2回以上実施しています。</p> <p>プライバシーの確保は、事業計画書等にも明記され、個室以外の4人部屋は腰壁、間仕切りカーテン等により仕切られ、希望者は鍵付き床灯台を利用するなど入所者、入所者のプライバシーに配慮しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所希望者や見学者には個別に丁寧に説明し案内し、入所希望者には短期入所の利用を勧め、施設での生活を体験した上で、意思決定できるよう配慮しています。</p> <p>昨年度、児童向けや在宅サービス向けにわかりやすい説明資料として障害3施設合同のリーフレットを作成しました。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISOに基づき、説明と同意には自己決定を尊重し、適切な説明運用がなされ、書面で残し、意思決定が困難な利用者への配慮もルール化されています。</p> <p>利用者・家族に分かりやすい工夫や配慮については、説明時の言葉の選び方等での分かりやすさの配慮はしていますが、説明資料、契約書、重要事項説明書にフリガナを振る・イラストを交える等の工夫は実施していません。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の他事業所移行や地域移行は少なく、特段手順と引き継ぎ文書の用意はしていません。</p>		

ん。また、利用の終了は、ほとんどが死亡退所のため、その後の相談が必要なケースはまれであり、文書を渡す事例がほとんどなく、用意はしていません。

サービス内容の変更は配慮がされています。

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) b・c
----	---	--------

<コメント>

家族の集いは年1回、例年5月に実施され、その際に利用者満足度調査を実施しています。生活懇談会（利用者会）が2か月ごとに開催され、職員が参加し意見集約を行い、各セクションで対応するとともに、利用者満足度調査の結果を集計し、必要な意見や要望については、改善策をたて、利用者満足の上昇を目指しています。

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

<コメント>

苦情と要望は同じ対応をし、対応マニュアルが整備され、苦情解決の体制や解決の仕組みを説明した掲示物、記録、フィードバック、公表、質の上昇に関わる取組を組織的に実施しています。

匿名での利用者満足度調査に自由筆記欄があり、そこでの意見や要望なども「苦情」と捉え、同等の対応をしています。

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) b・c
----	--	--------

<コメント>

入所時に相談相手を自由に選ぶことも含め、口頭と重要事項説明書で説明し「お気軽にご相談ください」という相談窓口のポスターでは相談内容に応じて相談者が選ぶことを説明したものを掲示しています。さらに、各階にプライバシーを確保した相談室を設け、意見を述べやすい環境になっています。

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
----	---	--------

<コメント>

ISOに基づき日常的な相談や要望も含め、苦情対応マニュアルが整備され、年1回に見直されています。

入所者には生活場面でその都度対応している他に、2ヶ月1回開催される生活懇談会の事前に意見や要望を聴取できることを説明するとともに、生活懇談会等で出た意見や要望を職種間会議等で検討し、サービス向上に努めています。

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
----	---	--------

<コメント>

事故・ヒヤリハット対応マニュアルが整備され、責任者・手順等を明確にし、職員に周知されています。

LANにより、ヒヤリハット事例を積極的に集め、大きな事故につながらないように予防措置を講じています。また、毎月事故防止委員会を開催し、1か月間の是正処置の妥当性や効果の確認をしています。

半期に一度、パフォーマンスレポート資料として、事故集積シート、効果の確認レポートを経営層に提出し、評価見直しを実施しています。

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
----	--	---------

<コメント>

感染対策マニュアルは定期的に見直され、職員に周知されています。手洗い、洗面所の日常的な予防は「ご利用者の生活サポート帳」に記載し、利用者に配布するとともに、洗面・手洗い所のコーナーはすべて丸みを取り、清潔保持しやすい構造になっています。

看護師より施設内勉強会が年2回実施され予防策が講じられています。感染発生時、10名以上の罹患者が出た場合は、診療所医師の指示のもと保健所・行政への報告を実施します。さらに、感染症の流行期は、患者数をファイルサーバーの一覧表に入力し、流行状況を把握しています。

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している。	(a) b・c
----	---	---------

<コメント>

災害時の対応は防災計画、事業計画書の防災・保安にて決められ、停電対応のため、施設単独の自家発電機が設置され、必要最低限の電力確保と大型貯水タンクを確保しています。さらに、備蓄の整備は法人（食料）と施設（飲料水）分担して管理しています。

毎日「利用者状況確認表」にて安否確認ができるよう名簿を更新し、職員は緊急連絡網にて安否確認に対応しています。総合防災訓練に天竜特別支援学校、天竜病院、地元自治体と連携して訓練を実施しています。

### 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
----	---	---------

<コメント>

提供する福祉サービスの標準的方法は「障がい者関係施設職員支援の心得」「利用者の生活サポート帳」に明文化されています。実施方法として、支援ごとに手順が明示されチェックリストにて評価し、グループリーダーが確認をしています。

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
----	---	---------

<コメント>

障害支援区分の更新時期に合わせて担当と主任ケアワーカー、サービス管理者、ケアワーカー2名、看護師、作業療法士、栄養士との多職種で実施し、6か月ごとにモニタリングを実施しています。さらに、年1回支援会議を開催し、多職種による検証・見直しを実施し、必要であれば個別支援計画の修正をし、支援の変更が必要の際には、随時見直しして更新をしてい

ます。		
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支援計画を適切に策定している。	(a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO 教育マニュアル、マネジメントシステムフロー図に基づき、サービス管理者、ソーシャルワーカー、ケアワーカー、看護師、作業療法士、主任ケアワーカー、グループリーダー、担当ケアワーカーなどが参加し、個別支援計画が作成されています。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	(a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO 教育マニュアル、マネジメントシステムフロー図に基づき、すべて適切な手順、仕組みを定めて取り組んでいます。さらに「課題の整理表」を使用して課題を明確化し、それに合わせた個別支援計画の内容を検討しています。また、変更内容はケースワーカー内で「生活支援実施書」を回覧し、閲覧したことをチェックします。</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。		
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、職員間で共有化されている。	(a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>統一したアセスメントシートを用いて把握の上、パソコン記録システムに記録をし、IDパスワードで管理の上、フロー単位で実施内容を記録と文書回覧や、職員間の情報共有と確認ができる仕組みが整備されています。</p> <p>記録の仕方については、研修やサポート帖を活用して記録に差異が生じない等、指導の工夫をしています。</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。	(a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISOに基づき「個人情報管理規程」「文書・記録管理規程」が整備され、職員全体研修、管理職会議伝達事項等で教育や研修を実施しています。</p> <p>利用者に対しては、入所契約時に「重要事項説明書」で説明するとともに「個人情報提供に関する同意書」でも確認をしています。</p>		

## 障害者・児福祉サービス版内容評価基準

### 評価対象 A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ガイドヘルパーの利用や理美容実施表にて理美容希望の聞き取りなど、利用者の意向、意思や希望を聞き取り、アセスメントを行い、個別支援計画にて必要な支援を行っています。さらに、利用者同士が話し合う機会である生活懇談会が2ヶ月に一度行われています。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>権利侵害防止のため、利用者に分かるように啓発ポスターを張り出しているが、具体的な権利侵害の内容・事例を提示して周知はしていません。</p> <p>虐待防止マニュアルにて、権利侵害の防止と早期発見するための取り組み、虐待の届け出と報告等、手順や取り組みが職員に徹底されています。</p> <p>虐待防止セルフチェックリストによる振り返りアンケートを年2回行い、集計結果を職員会議で明らかにし、検討・論議されています。</p>		

### 評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者本人や家族からアンケートや聞き取りを行い、そこからアセスメントと課題の整理を行い、個別支援計画を立て、動機づけや自己管理ができるよう支援しています。相談支援事業所の利用等、関連機関の利用などの支援も行っています。</p>		
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者とのコミュニケーション手段として、文字盤や意思表示カードを使用しています。また、居室にはタッチセンサーやナースコールが備え付けられ、利用者の心身の状況に応じて、支援が行われています。</p> <p>言語聴覚士が食事摂取を見ているが、専門職による発語訓練は行われていない。</p>		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

利用者がいつでも相談できるように、担当職員による個別支援の時間を設け、相談の内容をパソコンで記録しています。利用者が自ら意思決定できるように、行事の案内や食事のメニュー等を掲示し、放送等で情報の提供を行っています。相談の内容については、相談員とワーカーの間で情報の共有を図り、必要に応じて検討し、個別支援計画に反映させています。

A⑥ A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。 a b・c

<コメント>

アンケートや聞き取りで、利用者の希望やニーズを把握、アセスメントを行い、個別支援計画に反映させています。日中活動予定表や行事予定、メンバー表等の掲示、他施設と地域の行事のポスターやチラシを掲示し、情報の提供を行っています。個別支援計画のモニタリングの時期に、本人と家族の意向を聞き、日中活動と支援内容の検討と見直しを行っています。

A⑦ A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 a b・c

<コメント>

職員の専門知識の習得と支援の向上を図るため、研修の年間計画を作成し、外部研修と職場内研修が行われています。精神科の医師を交えて、対応困難事例についての勉強会も行われています。個別的な配慮と、対応が必要なケースについては、情報の共有化と検討を行い、統一した支援を心がけています。

A-2-(2) 日常的な生活支援

A⑧ A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。 a b・c

<コメント>

年一回、利用者の嗜好調査と残菜調査を行い、選択メニューや近隣のレストランに注文するという外注食を取り入れるなどの工夫が行われています。また、利用者のアセスメントを行い、心身の状況や嗜好に合わせて、食事形態を変えて提供しています。

入浴は心身の状況に応じて、一般浴、中間浴、特浴、清拭を行っています。排泄支援や移動・移乗支援についても、アセスメントにて心身の状況を把握し、個別支援計画と生活支援実施書に反映させ、モニタリングで定期的に見直しを行っています。

A-2-(3) 生活環境

A⑨ A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。 a b・c

<コメント>

建物は平成24年に改築され、脱衣室の天井走行リフトやクッションフロア、照明、イオン脱臭装置など、利用者の安全面や生活環境に配慮した作りになっています。居室は個室と四人部屋になって、ターミナル時には、静養室・観察室として使用しています。

生活懇談会（利用者の会）を2ヶ月毎に開催し、その中で生活環境についての利用者の意向を把握・改善を行っています。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

A⑩ A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 a b・c

<コメント>

機能訓練が必要な利用者に対しては、リハビリプログラムが組まれ、機能訓練が実施されています。機能訓練は、作業療法士が週3回実施し、その他、ケアワーカーも入浴時等に実施しています。

個別リハビリ計画が作成され、定期的にモニタリングが実施されています。

#### A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

A11	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a・b・c
-----	--	-------

##### <コメント>

利用者の健康状態の把握をケアワーカーと看護師が連携して行い、パソコンにて記録管理しています。嘱託医が、回診時に利用者の健康相談等に対応し、利用者の健康の維持・増進のため、看護師、栄養士、ケアワーカー、作業療法士等が連携して取り組んでいます。

夜間における利用者の体調の変化に対する迅速な対応についてのマニュアルがあり、日中については、医師・医療機関との連携で対応が行われています。

A12	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a・b・c
-----	---	-------

##### <コメント>

感染対策マニュアルの中に医療的な支援についての方針や実施手順、管理者の責任について明文化されています。服薬の管理と与薬については、マニュアルに沿って行われ、薬は個人ごとに管理されています。介護職員が実施する医療的ケアは、医師の指示にもとづいて、マニュアルに沿って行われています。また、感染症対策など、医療的なケアに対する研修が、年間計画の中に組み込まれ、実施されています。

#### A-2-(6) 社会参加、学習支援

A13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a・b・c
-----	--	-------

##### <コメント>

アンケートにより、利用者の希望や意向を把握し、情報提供を行っています。利用者自らが、スマートフォン等で情報を収集し、買い物や映画館へ出かけるため、ガイドヘルパーの手配などの支援を行っています。学習支援については、実施されていません。

カルチャースクールへ通いたいという利用者には、ガイドヘルパーを手配し、作業をしたいという利用者には、他施設へ出向き軽作業を行えるよう、施設間の相談員が情報を共有するなど、意欲を高めるための支援と工夫を行っています。

#### A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

A14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a・b・c
-----	--	-------

##### <コメント>

自立支援プログラムを作成し、地域生活へ移行した元利用者に地域生活の体験を話していただくなど、情報の提供を行っています。また、本人の意思や希望を尊重し、作業療法士と相談し、グループホームの見学等を行っています。

地域生活への移行や地域生活のための支援について、対象になるケースがいませんが、関係機関との連携・協力体制はできています。



A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回、家族の集いを実施し、家族と本人の意向や希望を聞いています。また、アンケートを実施し、家族と本人の意向や希望を個別支援計画に反映させています。利用者の生活の様子は、年4回発行の施設だよりで報告し、本人・家族の相談には、随時応じています。利用者の体調不良や急変時の家族等への連絡は、事故防止マニュアルの中で手順化されています。</p> <p>家族からの相談に応じ、支援していますが、工夫は特に行われていません。</p>		

### 評価対象 A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

### 評価対象 A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A17	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		
A18	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		
A19	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		