

## 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：垂穂寮		種別：障害者支援施設	
代表者氏名：施設長 大畑 彰弘		定員（利用人数）：50名	
所在地：静岡県島田市落合 645-13			
TEL：0547-34-4120		ホームページ： <a href="http://yamabatogakuen.jp/tariho.html">http://yamabatogakuen.jp/tariho.html</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>			
開設年月日 1987年4月			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 牧ノ原やまばと学園			
職員数	常勤職員	34名	非常勤職員 11名
専門職員	（専門職の名称）施設長	1名	生活支援員常勤 30名 （非常勤6名）
	サービス管理責任者	2名	栄養士 1名
	看護師	3名	医師 1名 （嘱託）
施設・設備の概要	（居室数）	34室	（設備等） 食堂1、調理室1、医務室1、大ホール1、中ホール1、浴室1、洗濯室1、サンルーム1、作業等1
	（短期入所）	4室	

### ③理念・基本方針

「ともに生きる」～ご利用者とともに、職員とともに、地域とともに～  
行動指針（法人）

わたしたちは、5つのたいせつを守ります。

- 1) ご利用者をたいせつにします。
- 2) 職員をたいせつにします。
- 3) 人をたいせつにします。
- 4) 地域をたいせつにします。
- 5) 福祉活動の基盤となっている聖書の価値観をたいせつにします。

基本方針

わたしたちの願い（法人）

- 1) ひとりひとりを、かけがえのない大切な人として重んじていきたい。
- 2) ひとりひとりとしっかり向き合い、その喜びや成長のために力を尽くしていきたい。

- 3) 働く仲間を大切にし、力を合わせて前進していきたい。
- 4) 地域の声に耳を傾け、福祉ニーズに応じていきたい。
- 5) 地域とのつながりの中で、仕事を進めていきたい。
- 6) 私たちの働きを通して、障がい者や高齢者の生命の輝きを伝えていきたい。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 情報の共有化や情報の確実な伝達を目的として、事業所内の掲示板やパソコンでのメール連絡、また確実に全職員に行き渡らせたい情報については安否コールシステムを使用している。
- 2) 食事は外注に頼らず、自前で用意し提供している。利用者のその時の状況に合わせてられる食事形態、食品の提供が随時可能である。
- 3) 実習生を積極的に受け入れている（前年度受け入れ人数 30 名）。実習受け入れ施設としての学びの場を提供するとともに、実習生から実習を通してのアンケートを頂くことで、よりよい施設の運営や支援のふりかえりに生かしている。
- 4) 毎月、全職員が取り組める内容の月間目標を設定している。評価は月末に全職員を対象に行い、75%以上の達成率で新たな目標を設定し、達成できなかった場合には同じ目標を設定している。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 5 月 29 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）	0 回

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

- ・利用者等の参加を促す観点からの周知、説明の工夫については、意思表示が困難な利用者が多い中でも、日頃の行動から好みを把握して、行事の内容やペアの選択に配慮するなどの対応をしています。
- ・虐待防止の取り組みについて、虐待防止対応マニュアルに関する理解度テストの実施（年 1 回）、虐待防止に関するセルフチェックシートの実施（年 2 回）、NG ワードに関するチェックシート（年 2 回）を実施しており、虐待に関しての職員の意識啓発や予防について十分な対策をしています。
- ・食事に関して、温かいものを温かく、メニューもバラエティーに富んでいるほか味付けも大変おいしく調理されています。
- ・食事・入浴・排せつ・移動移乗等の各基本的支援、機能訓練・生活訓練の専門職の助

言に基づく支援、および、健康状態の把握や緊急時の迅速な対応など基本的な支援内容について、他職種連携のもと、適切に支援が行われていることを個別支援計画書等にて確認できました。

- ・利用者が毎日使用するトイレ環境の課題を把握し、近年トイレ改修委員会を立ち上げ生活環境を改善する取り組みを始めています。

#### ◇改善を求められる点

- ・利用者の意思の尊重と権利擁護に関する支援について、利用者本人の意思を可能な限り把握し、家族や担当職員が本人の代弁をし、内容を検討して利用者の個別支援計画に反映していますが、利用者本人の意思決定支援までの取り組みについては確認できず、さらに工夫が求められます。
- ・地域福祉ニーズの把握に努めていますが、地域の民生児童委員との連携、地域住民向けの相談などの活動、福祉ニーズの把握に基づいた事業・活動の把握については十分とは言えません。また、利用者の希望と意向を尊重した地域生活のための支援では、利用者の特性を踏まえたうえでの、利用者地域との交流を広げるための取り組みや、地域生活のための支援の取り組みが十分とは言えません。
- ・実施している支援について、検討や見直し、改善までに至っていないケースや、記録としての書類が確認できない項目が散見されます。また、PDCA サイクルの実施と記録が求められます。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の一連の評価手続きを通して、特に以下4点について大きな学び等をいただきました。ありがとうございます。

- ① 私たちの事業所に具体的に何が足りないのかを客観的に示していただきました。よって、より良い事業所に成長する為に具体的に取り組む課題が明確になりました。
- ② 逆に、自分たちではなかなか気がつかなかった事業所の良いところ（強み）を示していただきました。こちらについては、大変に励みになりました。
- ③ 今回の受審については、管理職以外の職員が中心になって対応しました。このことが、対応職員にとって大きな成長につながったのではないかと感じています。資料の準備や当日の対応に加えて、コーディネーターとのやり取りは物事を進めていく上でのトレーニングになったと思われれます。また、外部の方が事業所内に入ることにより、大変によい緊張感をいただけたと感じています。
- ④ 最後に、評価基準に全職員が目を通したことは、一人ひとりの職員が私たちの事業にとって何が大切なのかを知る良い機会になったと感じています。時に施設は閉鎖的で自分達の営みがいつも正しいと錯覚を起こしかねませんので、事業所運営や利用者支援にとって何が大切なのかを改めて教えていただくよい機会となりました。

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> ・理念や基本方針は、理事長、施設長の挨拶や職員だより等で職員に周知されています。理念に基づく行動指針を具体化した「サービス提供指針」をケース検討会で輪読し、周知の徹底を図るとともに、施設長が虫食いテストを実施するなど、周知状況も確認しています。また、利用者や家族に対しての周知という点では、パンフレットを配付していますが、分かりやすく説明した資料は作成しておらず、十分とはいえません。		

##### 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> ・法人として課題分析を行い、施設としても自立支援協議会に参加し、島田市障害福祉計画や地域福祉計画等も作成しています。グループホーム、生活介護、特別支援学校との協議はしていますが、記録が確認できません。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a・b・c
<コメント> ・法人の事業計画に具体的課題が記載され、当該施設としてもそれを受け、事業計画に明記されており、経営課題の解決・改善に向け、運営会議にて協議されるなど、具体的取組みをしています。しかし、事業計画書は職員全体に配付はされていましたが、周知という点では十分ではありません。		

### 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>・中・長期計画が2016年にリニューアルプランとして作成され、目標を明確にしています。また、達成、進行中、重点的に取り組む内容等も明記され、達成状況の確認をしています。法人により、未達の項目についての評価が行える状態になってはいますが、改善計画は実施されておらず、計画の見直しは行われていません。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>・単年度の事業計画は、事業内容を具体的に示し、中・長期計画を反映して作成しています。また、事業報告書の中で数値を用いて達成度(%)を評価しており、実施状況の評価を行える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、運営会議で説明し、意見集約の上策定し、サービス内容自己評価の結果や事業報告書の評価結果に基づき、見直しも行っています。職員への周知は、職員に資料を配付すると共に、職員日より「たりほ」にて、施設長から重点的に取り組む内容等説明を行い、理解を促す取り組みを行っています。ただし、実施状況の把握や評価は例年同じ時期に実施されていますが、あらかじめ定められた時期、手順に基づいた実施にまでは至っていません。</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>・事業計画について、利用者や家族への周知は、資料の送付のみであり、分かりやすい資料の作成や家族会等への説明は行われておらず、十分とはいえません。しかし、利用者等の参加を促す観点からの周知、説明の工夫については、意思表示が困難な利用者が多い中でも、日頃の行動から好みを把握して、行事の内容やペアの選択に配慮するなどの対応をしています。</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>・サービス内容自己評価、家族のアンケート(満足度調査)、嗜好調査などの実施しや、各種</p>		



委員会を設置し、効果測定など評価結果を分析検討する場が、組織として位置づけられ機能しています。		
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>・サービス内容自己評価の集計結果分析や、職員間の課題共有は職員宛掲示板に各種会議録を掲示し、職員は確認をしています。職員からの意見に基づいて改善案を作成しています。しかし、自己評価結果に基づき改善の取り組みは実施しているものの、直接的な改善に結びついているとまでは言い切れない面があり、必要に応じての改善計画の見直しを実施していません。</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>・自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組み、役割と責任について、職員だより「たりほ」に掲載し明確に表明していますが、会議や研修における表明は十分とはいえ、会議録等の記録も確認できません。有事の際の役割と責任については、消防計画に権限と任務、権限委任等を含め明記しています。</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>・施設長は遵守すべき法令等を理解するための研修へ参加しています。法人では支出に当たり、規程があり、見積もりに関してのルールに従い、利害関係者との適正な関係を保持に努めています。また職員への周知では、コンプライアンスチェックノートを配付し、その内容のテストを実施するなど、具体的な取り組みも実施しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>・施設長は福祉サービスの質の向上に対して、正規職員は研修参加を100%にする等の方針を打ち出し、各種委員会にも参加し、サービスの質の向上のためリーダーシップを発揮しています。月間目標を定め、質の現状についての定期的・継続的評価・分析も実施しています。しかしトップダウンでの取り組みが中心で、職員の意見を反映するための、具体的な取り組みは十分とはいえません。</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

<コメント>

・人員配置は他施設に比べても厚く、働きやすい環境づくりにも配慮し、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、月次試算表を作成し、達成率、執行率、利用率等の一覧表を作成の上、進捗状況の確認等と分析を行なう他、時間外労働の管理、必要な備品類の購入など対応に対応しています。施設長は各種委員会を構築し、メンバーや委員会構成の改善を図り、各種委員会にも自ら参加しています。

## 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
<コメント>		
・福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が法人本部の事業計画に明記されており、事業計画にも職員研修の項目で明記されています。効果的な福祉人材確保活動を実施し、有資格者は給与の職務手当で把握はできていますが、人員体制の計画には反映されていません。		
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>		
・「期待する職員像等」は法人の事業計画や職員だよりに明記されており、人事基準の規程や、キャリアパス制度については各職員に配付し、周知されています。職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等は、役割遂行ステップアップチェックシート（自己評価・上司評価表）で評価されています。キャリアパス制度や改善策の検討・実施については、始まったばかりで評価はまだできていない状況です。		
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組んでいる。	a・b・c
<コメント>		
・有給休暇、時間外労働の管理はできており、サービス残業撲滅宣言を出すなどの取り組みをしています。また、悩み相談窓口を設置し、相談する機会を設けています。また、職員からの意見箱を設置、働きやすい職場作りに取り組んでいますが、総合的な福利厚生の実施という点では十分とはいえません。		
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>		
・職員一人ひとりの目標管理のための仕組みとして、「役割遂行ステップアップチェックシート」の「次期の目標」に目標設定する欄が設けられています。今年度から開始のため、年度途中での目標に対する進捗状況の確認は行っておらず、年度末に面接の実施を予定しています。		



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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・キャリアパス制度に資格要件が明示されており、研修計画も履歴と予定を「職員研修計画表」にて管理しています。研修計画は見直しをしていますが、研修内容やカリキュラムの評価と見直しはされていません。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>・階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識等に応じた教育・研修を実施しており、外部研修への参加も勧奨しています。一方、事業所内の個別的なOJTについては、具体的なプログラムが用意されておらず、充分に行われているとはいえません。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・実習については基本姿勢の中で「原則断らない」ことをモットーに、積極的な受け入れを実施し、実習生受け入れマニュアルが整備されており、受け入れ対応や手順が明確です。実習指導者は研修に参加し、実習受け入れ前に学校側と予定表作成で連携をとる実習生に対しては、「事後アンケート」を実施し、実習に対する意見を吸い上げる等の工夫をしています。しかし、社会福祉士以外の専門職の実習プログラムの整備が不十分です。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>・法人の理念や基本方針、財務状況などは法人のホームページ (HP)、法人広報誌「やまばと」に掲載されています。また、苦情・相談の公表、改善対応の公表については「家族だより」に掲載し、地域における法人の役割や存在意義についても同様に HP、広報誌に明記しています。一方、地域に向けての広報については、広報誌を施設のボランティア、施設の OB 職員に配付していますが、それ以上の広報の配布はしていません。</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>・経理・取引に関するルールは、法人の経理規程に明記され、経理関係の職務権限は、「業務分掌」や「運営会議」で規定されています。また、毎月「月次監査」があり、外部の公認会計士と法人の経理担当者が各施設を巡回し、会計・経理の会計監査を実施しています。会計士より経営分析の指標が示され、人件費率等の適切性のチェックや会計上の指摘（勘定科目の相違等）を受けて修正を行い、経営改善の分析の指標の提供がありますが、具体的な指摘</p>		

や指導に基づく経営改善には至っていません。

## 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>・地域との関わりについての基本的な考え方については「事業計画」の中で明記されており、月に1回以上、地域のボランティアの方が来所し活動する、施設の夏祭りやクリスマス会に地域の方に参加してもらう等、地域の方とかかわる機会を設けています。また、地域の祭りやイベントにも職員が利用者を連れて参加する仕組みも整えています。一方、利用者に対する社会資源の情報提供や活用について、利用者特性、地域特性等から、難しい面もあり、取組みはしていません。</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>・ボランティアについては、事業計画に受け入れに関する姿勢や方針が明文化されており、月1回以上、地域のボランティアの受け入れを行うなど、積極的に受け入れをしています。しかし、受け入れマニュアルの整備や、登録手続き等については、実施状況を確認できず、書類整備もしていません。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>・関係機関・団体との連携については、自立支援協議会のくらし部会に参加し、地域の福祉課題に取り組んでいますが、社会資源一覧については行政が発行しているもののみで、情報の整備状況や共有は十分とは言えず、地域のネットワーク化については、自立支援協議会での活動以外の取り組みがなく、十分とは言えません。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・地域住民とは「クリスマス会」や「納涼祭」を通じて交流する機会を設けています。また、地域の福祉避難所として登録がされており、災害時の拠点としての機能も有しています。その他、自立支援協議会の「くらし部会」の取り組みとして、他の障害者施設と連携し、地域の清掃活動等を実施しています。一方、地域住民向けへの講演会や研修会、自由に参加できる支援活動について施設単位としての取り組みが確認できません。</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・b・c

<コメント>

・地域福祉ニーズの把握については、サービス管理責任者が「地域ケア会議」に参加し、副施設長が「自立支援協議会」に参加するなど、把握に努めています。しかし、地域の民生児童委員との連携、地域住民向けの相談などの活動、福祉ニーズの把握に基づいた事業・活動の把握については、確認できません。

## 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
<コメント> ・利用者を尊重した福祉サービスの実施に関しては「基本理念」「事業計画」「サービス提供指針」に明示されており、月1回、ケース会議内で読み合い、職員の理解を深める取り組みをしています。また、「サービス提供指針」には個々の福祉サービスの標準的な実施方法を記載し、「虐待防止対応マニュアルの理解度テスト」を年1回、「虐待防止のセルフチェックシート」、「NGワードに関するチェックシート」を年2回実施し、職員が尊厳や基本的人権への配慮の状況は、定期的に状況の把握・評価しています。		
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
<コメント> ・利用者のプライバシー保護、虐待防止、権利擁護については「サービス提供指針」、「虐待防止対応規程」「虐待防止対応マニュアル」が整備されており、月1回、ケース会議で「サービス提供指針」の読み合わせ、虐待防止対応マニュアルの理解度テストを年1回実施するなど、職員への理解が図ら、不適切な事案への対応についても規定、マニュアルに明記されています。しかし、利用者、家族への取り組みの周知については、施設内で職員の理解を深める研修が未実施で、また、契約書、重要事項説明書の利用者、家族への周知については利用者に対しては内容が理解しにくく、設備上のプライバシー保護ではカーテンで仕切るなどの工夫は見受けられますが、対策として追いついていません。		
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
<コメント> ・パンフレット等の施設を紹介する資料について、写真等が多めに使われており、様子が目に見える形で工夫がされています。また、利用希望者への対応、見学、体験利用への対応については副施設長、主任介護職員を中心に希望があれば対応する体制が整っています。その他、情報提供、発信についてもホームページやSNSを用いて、積極的に情報提供しています。しかし、資料の外部への配布はしていません。		

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>・サービスの説明や開始、変更時の同意についてはサービス管理責任者が「支援サービス計画書」を都度、口頭で説明し、同意を行うなど、利用者、家族が理解しやすい配慮をしていますが、利用者の特性上、本人の意思確認や自己決定が難しい状況であり、困難な場合は保護者が代行していますが、利用者への配慮についてのルール化はしていません。</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>・福祉サービス内容の変更については、個別のものについては「支援サービス計画書」で全体的なものについては年1回、保護者会総会を開催して説明し、不利益がないように配慮しています。また、退所後の相談窓口として相談員が対応窓口となり、退所時に家族に口頭伝達しています。一方、他の施設や家庭への意向の際、サービス継続性に配慮した手順や、引継ぎ文書、利用者、家族に対しての退所後の相談方法や、担当者が記載された文書などは整備していません。</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、取り組んでいる。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・年1回、保護者会総会、及び、アンケート調査を実施しているほか、半年に1回の支援サービス計画書の見直しの際にも、個別の面談を実施しており、定期的に利用者満足を把握する取り組みを行なっています。利用者満足度の調査の集計や、分析は虐待防止委員会で実施していますが、書面の確認と具体的な改善までの実施の確認できず、また、保護者会総会には施設長及び副施設長が出席しているとのことでしたが書面確認ができません。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・苦情解決の体制については「福祉サービスに関わる苦情解決について」という規定の中で明記されており、苦情解決に関する体制を記載したポスターも玄関前に設置しています。また、利用者、家族が意見を出しやすい工夫として、年1回、利用者アンケートや、玄関に意見箱を設置し、出てきた意見に対して検討の上、苦情の公表は家族だよりで行うなど、福祉サービスの向上に努めています。しかし、苦情解決の仕組みは玄関前のポスターのみであり、苦情の検討内容等を家族に十分フィードバックしていません。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・利用者の特性上、自ら意見を述べにくく、相談することができる利用者が限られるという面はありますが、重要事項説明書の中で明記し、家族にはアンケートで理解度を確認しており、「知りません」という回答がある度に、家族便りの中に相談員が相談や意見を述べられる</p>		

<p>方法の案内を記載しています。相談室があり、環境に配慮していますが、相談方法や相談相手を自由に選択できる明示が「重要事項説明書」のみで、記載方法も利用者や家族がわかりやすく説明した文書ではありません。</p>		
36	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・苦情に対しての対応マニュアルはあり、利用者の表情からパソコンに入力し、職員間で情報共有と必要に応じてケース会議や毎月の振り返りの会議を持っています。毎朝、利用者の健康チェックを担当制の同性の職員が顔色・触診・表情からの気分の読み取り、家族に対しては意見箱の設置及びアンケートを実施し、意見、相談については迅速に対応しています。利用者の特性上、自ら意見等を出すことが難しいこともあり、職員達の推測の範囲となっています。</p>		
<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。</p>		
37	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・リスクマネジメントに関する責任者の選任、リスクマネジメントに関する委員会・事故防止委員会を設置し、事故防止マニュアルに基づき、事故ヒヤリに関する発生要因の分析や安全確保策の実施策や実効性の確認と、虐待防止委員会を開いています。一方、事故防止マニュアルの職員周知については、ワーカー室にマニュアルを設置していますが、日常的には職員室に掲示してある事故報告書のコピーを手順書をとって代用し、周知しています。</p>		
38	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・感染症については感染対策マニュアルが整備され、責任と役割が明記されているほか、職員に研修会を開催し周知しています。また、マニュアルは年1回、感染対策委員会で見直しを実施され、感染症の予防や安全確保に関する研修会は、施設看護師が中心となり、年1回、実施されており、安全確保、予防に関する取り組みが適切に講じられています。</p>		
39	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・災害時の対応体制については、消防計画で定められ、非常食や防災備品についても管理者を定め、リストで管理しています。また、利用者、職員の安否確認についても「安否コール」というシステムを活用するなど対応方法を定めています。しかし、火災、地震については対策を定めています。風水害についての対応が定められていません。</p>		



### 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>・「サービス提供指針」と「業務マニュアル」に適切に文章化されています。各種マニュアルを入職時に全員に配付し、毎月行うケース会において、読み合わせを行い、周知徹底させる取り組みを行っています。各種マニュアルを入職時に全員に配付し、毎月行われるケース会において読み合わせを行い、周知徹底させる取り組みを行っています。しかし、標準的な実施方法に基づいて組織的に確認する仕組みを実施しているかは確認できません。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>・組織として検証・見直しを随時に行っており、見直しにあたっては、ユニット職員全員が参加するケース会等において、職員等の意見が取り上げられ、一定期間、施設内掲示板で周知徹底し、その後、マニュアルが変更されています。しかし、定期的ではなく、内容も個別支援計画には反映されていません。</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>・個別支援計画の策定の内容及び手順等は「サービス提供指針」に記載され、担当生活支援員を中心に、他職種(看護師、管理栄養士)が参加してアセスメントを実施しています。「支援サービス計画書」に個別のニーズを記載し、その実施状況は記録システムに入力しています。支援困難ケースについてはケース検討会議で検討しています。</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>・評価・見直しは「サービス提供指針」に従い、組織として実施しています。個別支援計画の評価・見直しにあたり、ADLの低下した利用者に合わせて勤務シフトの変更の必要性の認識、吸引等、医療対応の必要な利用者に対する課題の認識、精神疾患の方の居場所の課題等を明確にし、検討しています。しかし、定期的(9月・3月)に評価・見直しが行われていることは個別支援計画書にて確認できましたが、緊急に変更する仕組みについては確認できません。</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>・利用者に関する福祉サービスの実施状況の記録を適切に実施しています。統一した記入ができるように「PC入力項目」マニュアルを作成して徹底しています。ケース会、ケースチーム会、ケース検討会を定期的に行い、多職種も交えた情報の共有ができています。しかし、</p>		



日常の記録をするパソコンシステムと個別支援計画を管理するパソコンシステムがリンクされていないため、相互に反映できていない部分があります。		
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>・「個人情報に関する基本指針」「情報公開規程」「個人情報及び個人番号管理規程」に基づき記録の管理体制が確立され、法人主催の個人情報保護の研修に副施設長主任が参加しています。今年度は全職員対象の「垂穂寮コンプライアンステスト」を実施し、気になる職員については、施設長が個別に声かけするなどし、利用者や家族には「個人情報使用同意書」にて説明しています。</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>・「サービス提供指針」において支援の基本方針として利用者の自己決定を尊重することが明示され、毎月行われるケース会でも、理解共有する機会を設けています。ケース会においては、担当者が利用者の代弁をし、一部の個別支援計画に反映させていますが、多くの利用者の支援には反映できてはいません。生活に係るルール等を検討する利用者同士の話し合いは利用者同士の意思疎通が困難なため、話し合いにならず、行われていません。</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 (C)
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・「虐待防止対応規程」「虐待防止対応マニュアル」に虐待防止への取り組みや、やむを得ない場合の身体拘束時の対応について、明記されています。「虐待防止委員会」が毎月、「身体拘束廃止委員会」が6ヶ月に1回開かれ、具体的な検討や取り組みを実施しています。突発的な対応についても会議録に記載しています。権利侵害の防止のための、具体的な内容等の利用者への周知については確認できません。</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>・利用者一人ひとりの自立・自立に配慮した取り組みを、「利用者支援マニュアル」に明記し、</p>		

<p>個別のケースで対応しています。見守りを基本とし、必要時の迅速な対応や、動機づけの支援、生活の自己管理への支援は、実施可能な利用者に対して行なっています。行政手続き等の支援について、自律・自立生活のための支援という観点からの取り組みについては確認できません。</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>・利用者支援マニュアルに基本方針が明記され、利用者の心身状況に応じたコミュニケーションの工夫をしています。意思表示が困難な利用者にはコミュニケーションボードや写真を利用し、外部の相談支援専門員の代弁機能も活用しながら支援の工夫をしています。医師の指導の下、応用行動療法を試行し、成果を上げています。</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> <p>・自分の意思を示せる利用者については、レクリエーションの選択等の場面で働きかけをしていますが、個別の相談の機会については確認できません。利用者の意思決定の支援については、家族や担当職員が本人を代弁し、その内容について検討、個別支援計画書に反映していますが、利用者本人の意思決定支援までの取り組みについては、確認できません。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・日中活動についてはアロママッサージ、訪問医療マッサージ、散歩、中庭に出る、ストレッチ体操、遊ビリテーション、音楽ボランティア訪問、パズル、折り紙、地元の祭り鑑賞、市のお祭り参加等を実施しています。日中活動に参加するための支援を行っていますが、確実に利用者の意向にもとづく活動や参加になっているかについては職員も確認はできていません。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・障害に関する各種の専門的知識習得のための研修会に参加しています。利用者の状況把握と支援方法の検討を行い、行動障害など個別的な配慮が必要な利用者への対応も適切に行い、検討見直しています。利用者間の関係調整についても適切に行なっています。</p>		
<p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・食事は年度初め、および随時に、「利用者家族の意向」の嗜好調査の内容を反映し、工夫しています。利用者の個別の事情を、随時反映するため、毎月、給食委員会を開催し、3か月に1回「栄養ケア計画」の作成・実施し、入浴、排せつ、移動支援についても個別支援計画書にもとづく適切な個別支援をしています。</p>		
<p>A-2-(3) 生活環境</p>		
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	a・b・c

	されている。	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・現状の対応可能な範囲での安心・安全への配慮をし、居室（2人部屋）の同室者の相性については特に配慮し、加湿器や空気清浄器等を必要な場合は設置をする等の工夫をしています。他の利用者に影響を及ぼす場合については、一時的にプレイルームで過ごす配慮をしています。また、トイレは清潔と明るい雰囲気等の維持が難しく、近年トイレ改修委員会を立ち上げ、改善に取り組んでいることを聴取しましたが、利用者の意向を把握し、生活環境を改善する取り組みについては記録の確認ができません。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・利用者の状況に合わせた取り組みを実施しています。利用者の意欲や主体性を高めるための承認や、励ましを実施し、看護師や2ヶ月に1回訪問する、理学療法士の助言を基に機能訓練を実施、専門の医師の指導の下、行動療法に即した生活訓練を実施しています。計画は関係職種連携のもとに作成され、個別支援計画書、モニタリング表は定期的に見直しがされています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・看護師が土・日曜日に関係なく、日中は勤務し、看護師中心に健康状態の把握を行っています。利用者の病状や治療の説明の必要性が生じたときには、医師より説明する機会を定期的に行っています。個別の障害・健康状態を載せた「健康カード」を準備し、統一した対応ができるように工夫していると同時に、緊急時の対応もスムーズな対応と、健康管理についての研修を定期的実施し、健康部会、感染症対策委員会では職員の研修の機会を設けています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・医療的な支援は、医師看護師の指導のもとで実施し、医師看護師不在時には、「視診表」に基づき介護職員が医療的ケアを実施し、「健康カード」を個別に作成し、慢性疾患やアレルギー疾患の内容や対応を記載し対応しています。また、医療的な支援に関する研修会を定期的実施していますが、医療的な支援や管理者の責任、実施手順等について明記されているものは確認できません。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・利用者の外出・外泊、友人等との交流については外出計画書、及び、複数名の個別支援計画書に支援の実施方法を明記し、支援が行われています。一方、学習の機会の提供や社会参</p>		

加の提供については、取り組んでいませんが、毎週の帰宅を支援することにより、両方の生活があり、結果として生活に変化が出て、生活の意欲を高める力を養っていると思われる利用者がいます。

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>

・利用者の地域移行、地域生活のための支援については、施設の利用者特性により、地域移行が困難という側面もありますが、2ヶ月に1回開催される自立支援協議会・島田市暮らし部会に参加し、ニーズを把握しています。全体的に取り組みとして行われているものはなく、取り組みとしては不十分です。

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

<コメント>

・利用者の生活状況等については家族だよりで家族に定期的に報告し、利用者の生活支援等については、半年に一度、個別支援計画見直しの際に、家族と意見交換する機会を設けています。また、利用者本人の支援だけでなく、家族からの相談にも応じています。その他、利用者の体調不良や急変時の報告・連絡についても、感染症対策マニュアル及び、事故対応マニュアルに手順が定められていますが、家族との交流等についての利用者の意見の吸い上げについては、十分とは言えません。