

## 福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔障害者福祉サービス〕

### ① 第三者評価機関名

(福) 静岡県社会福祉協議会

### ② 施設・事業所情報

名称：静岡市心身障害者ケアセンター	種別：自立訓練
代表者氏名：前田 知代子	定員（利用人数）：30名 登録者 49名
所在地：静岡市葵区城東町 24 番 1 号	
TEL：054-249-3187	ホームページ： <a href="https://siz-carecenter.com/">https://siz-carecenter.com/</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日：平成 17 年 6 月	
設置主体：静岡市	
経営法人：社会福祉法人恩賜財団済生会支部静岡県済生会	
職員数	常勤職員： 6名 非常勤職員 13名
専門職員	生活支援員 9名 看護師 1名
	理学療法士 5名 栄養士 1名
	作業療法士 1名 調理員 3名
	機能訓練指導員 1名 運転手 1名
	サービス管理責任者 2名 事務員 1名
施設・設備の概要	浴室 便所男女各 2 和室 2 (設備等) 日常訓練室 1, 2 医務室 静養室 洗面所 多目的ホール(食堂・談話室)相談室

### ② 理念・基本方針

#### 【理念】

私たちは、あなたと社会をつなぎ、あなたの自立生活を応援します。

#### 【基本方針】

- 1) 利用者様の人権や個性を尊重し、利用者様の自立を目標にしたサービスの充実を図ります。
- 2) 地域や関係機関と連携をとり、安心して社会生活が送れるように支援します。
- 3) 安全・安心なサービスの提供を図ります。
- 4) 接遇マナーを守り、明るい笑顔、思いやりの心をもって利用者様に対応します。
- 5) 継続して良質なサービスを提供できるよう、常に経営の安定化に努力します。

### ③ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ケアセンターサロンを開催し、利用者の意見・提案を集め、サービス向上に努めています。
- ・城東福祉エリアの立地条件を活かし、リハパークしずおか、市社協、静岡市支援センターなごやか等の関係機関と、顔の見える関係性が構築されています。
- ・法人内静岡済生会病院と緊急時の協力について覚書を締結し、緊急時の備えを図り、迅速かつ的確な対応を行えることができています。

### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年8月30日（契約日） ～ 令和5年3月23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

- ・理念や基本方針は施設の現状を把握したうえで、職員全体で検討し、理事会の決定を受け、ホームページ等で外部に公表しています。また職員会議等で周知に努めるとともに、利用者の理解を深めるため、理念についての掲示物を利用者と共に製作し玄関フロアに掲げています。
- ・経営課題を職員間で共有し、職員参画のもとで年度目標と具体的な取組内容、評価指標を設定しています。
- ・サービスの質向上推進委員会を設置し、PDCAサイクルに基づく組織的なサービスの質の向上に取組む体制を整備しています。
- ・利用者とともによりよい施設をつくることを目的として月に一度ケアセンターサロンを実施し、利用者との意見交換をしています。また、サロンや意見箱、アンケートで把握した意見や要望について検討し、具体的な対応や改善策について職員と利用者へ周知しています。
- ・各エリアに仕切りや段差が無く、利用者は安全に自由に移動することができます。また、利用者の意向を把握し、思い思いに過ごせるよう環境を整備しています。
- ・個別支援計画の作成には理学療法士、作業療法士等の専門職が参画し、サービス利用終了後の自立生活についての希望や意向を反映して、利用終了後も自宅で継続できる訓練や、公共交通の利用や買い物など生活に即した訓練が取り入れられています。

#### ◇改善を求められる点

- ・各種マニュアルが作成されていますが、注意点・留意点の列記に留まっているものが多く、具体的な対応手順書としての活用が困難なものがあります。
- ・各種マニュアル等の多くが、定期的な見直しがされていません。
- ・有事に迅速に対応できるよう、緊急時等の対応マニュアルが施設内の各エリアに掲示・設置されることが望まれます。

・教育・研修計画が整備されていますが、組織的な評価・見直し体制がありません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めての第三者評価の受審となり、自分たちが取り組んできたすべての支援について、客観的に評価していただいたことで、今まで曖昧となっていた課題が明確になりました。特に評価の中で、「定期的・標準・継続」については、来年度に向けて取り組むべき課題となりました。

審査当日の調査員とのやり取りや評価結果の中から気付かされたことも多く、今後の事業展開に参考となる意見も多くいただきました。

今回の評価を真摯に受け止め、全職員で今後さらに良いサービスが提供できるように事業所全体で取り組んでいきたいと考えます。

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念・基本方針は明文化され、パンフレット、ホームページ、事業計画、事業所内掲示物等に記載されている。定期的に見直しを行い、誰が見ても伝わる理念・基本方針となるように職員全員で協議して作成し、利用者と一緒に掲示物を制作することを通して周知している。保護者へは印刷物を配布したほか、家族会議等で周知している。会議開催時参加者で唱和し、周知に努めている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内の通知や会議で、全国的な情報把握や分析を行っている。社会福祉事業全体の動向については、所属の全国組織からの情報や、専門誌の購読により事業所内で共有化し、地域ニーズは地域の会合への参加により把握し、それらの情報を基に事業所の現状を分析して課題を確認し、会議で共有化している。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月次報告書や年度の事業報告書を作成し、職員会議で経営課題について共有化している。監事監査や、理事会の議決を得て、事業計画に反映させている。利用率向上等の目標を立て、機器整備や職員の増員など具体的に取組んでいる。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として5か年の事業計画を策定しており、地域で果たすべき役割を中長期的な視点で明確にしている。法人が重点的に取組む生活困窮者支援事業「なでしこプラン」において、数値目標を設定して毎年成果を把握し、必要があれば計画の見直しを行っている。事業所単独でも5か年計画を策定し、提供するサービスごとに数値目標を定め、実現のための具体的な取組について明記しているが、計画の見直しの取組は十分でない。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度計画では中・長期計画を踏まえて5つの目標を掲げ、それぞれについて具体的な取組内容を示している。取組の実施状況の評価を行える指標を設定して結果を数値化し、評価や昨年度との比較を行い、次年度の目標設定に繋げている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画書作成の時期や手順が定められ、職員の参画のもとで、課題の確認、見直しなど意見集約がなされ、職員会議にて策定されている。決定された事業計画は職員会議で、書類を配布して説明し、周知している</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に対する説明は写真を多く使いわかりやすい工夫をしている。家族に対しては毎年「家族説明会」で説明しており、コロナ禍では3年実施できていないが、分かりやすく説明した書面を配布している。また、掲示に加えて、午後の送迎前などの時間で説明している。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>指定管理業務仕様書及び事業計画書に基づいて自己評価シートを作成し、取組を評価している。第三者評価は法人で計画的に受審を進めている。コンプライアンス、虐待防止、職場環境の自己チェックを実施して、結果を共有している。今年度から身体障害者施設協議会のケアガイドラインを参考にチェックシートを作成して自己評価に取組み、サービスの質向上推進委員会が中心となって結果の分析・検討を進めている。毎月の職員会議で課題の共有化を行い、翌月の会議で取組の確認をしている。</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	b

	にし、計画的な改善策を実施している。	
<p>&lt;コメント&gt;  以前から次年度事業計画策定時に、評価結果の分析に組織的に取り組んでいたが、今年度より「サービスの質向上推進委員会」を組織し、マニュアルに沿って自己評価を実施し、改善策の策定や見直しを行う体制を整備している。今後、実際に評価や見直しに取り組む予定である。</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
<p>&lt;コメント&gt;  施設長は自らの役割と責任、考えや想いは職員会議で表明するほか、広報誌やお便り、ホームページなどで表明している。組織規程、事業所組織図、業務分掌で役割分担が文書化され、BCPにおいて施設長不在時の権限移譲についても明確化されている。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;  法人本部法令遵守規程に基づき、施設長が副法令遵守責任者として、法人のコンプライアンス研修や行政・関係団体の研修を受講して最新情報を把握し、施設内研修で人権尊重や環境への配慮等を含む項目を職員に伝達している。また、「コンプライアンスセルフチェック」を実施して、職員が法令を遵守するために具体的に取組んでいる。</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
<p>&lt;コメント&gt;  虐待防止委員会をはじめとした全ての委員会の委員長として各委員会開催時には必ず出席し、利用者満足の把握のための意見箱の見直しやサロンの開催など、自らもその活動に積極的に参画している。職員の質の向上のために、法人内研修に加え、外部研修の中から推奨研修を選定して研修計画を策定し、全職員年に1回以上を目標として研修参加を促進している。職員の意見を反映するために、コンプライアンスセルフチェックやケアセンターチェックリスト等で職員の意見を把握して、サービスの質推進委員会で改善について検討している。</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
<p>&lt;コメント&gt;  毎月的人员配置状況や事業計画の進捗を把握して経営分析を行い、職員会議での報告や供覧により課題を周知している。職員面談を年2回、人事意向調査を年1回行い、働きやすい職</p>		

場環境の整備に努め、必要に応じて法人に共有している。業務の実効性の向上に向けて業務に必要な資格や法人内資格の取得を促し、職員のモチベーションの維持にも努めている。また、「利用率向上」という経営目標に対して、施設長と職員がリハビリ病院、地域包括支援センター等へ直接出向くなど積極的に取組んでいる。前年度のデータとの比較で確認した。

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で人材育成計画が作成され基本的な考え方や方針が明記されている。法人の人事方針をふまえて、事業所独自で「職員に必要な資質と求められる職員像」や、指定管理業務仕様書に定められた基準以上の職員配置計画を作成している。計画に基づいて、経験年数に応じた研修への参加による人材の育成、実習生の積極的な受入れによる人材の確保に取り組んでいる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の定める「済生会人とは」をふまえ、事業所独自で「職員に必要な資質と求められる職員像」をより具体的に示している。採用と配置、異動や昇任・昇格については給与規程や「令和4年度の人事方針について」にて定めている。「法人人事評価実施試行要領」において明確化された人事基準を用いて年2回人事考課を実施している。人事評価シートを用いて自己評価、他者評価が行われ、結果は面談を通じフィードバックされている。また、結果を法人に共有し、人事管理について総合的な視点で分析されている。</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り組んでいる。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「メンタルヘルス実施要綱」をふまえ、事業所独自の「ハラスメント対策強化マニュアル」を策定し、強化月間にはポスターを掲示し、朝礼等で職員に周知しているほか、今年度はカスタマーハラスメントマニュアルの作成に取り組んでいる。福利厚生の一環として、互助会の活動費助成がある。メンタルヘルスや腰痛対策等について法人産業医に相談できる体制になっているほか、全職員を対象に健康診断（婦人科健診含）やインフルエンザ予防接種、ストレスチェックを実施し、心身の健康と安全の確保に努めている。職員との定期的な個別面接に加え、希望があれば随時対応し、相談しやすいような体制を整備している。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「済生会人像」をふまえ、事業所独自で「職員に必要な資質と求められる職員像」を明確にし、周知している。業務目標設定シートを用いて、職員一人ひとりが目標を設定している。また、「人事評価制度マニュアル」に基づいて面談を実施し、進捗状況や達成度の確</p>		

認を行っている。		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修実施要綱に基づいて研修委員会で年間目標と研修計画を策定し、職員の資質向上に取り組んでいる。受講前に職員が目標を設定して研修に参加し、受講後には目標に対する自己評価を行い、上司からのフィードバックを受ける仕組みが整備されている。職員一人ひとりの研修受講状況を把握しているが、計画等の見直しや評価は行われていない。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりの資格取得状況や研修受講状況を把握している。新任職員を対象とした「新人職員研修プログラム」を用意するとともに、年齢の近い先輩職員を指導担当とするチューター制度の仕組みを整えている。新人職員、中堅職員、指導的職員に分けた階層別のOJTについて明文化している。外部研修の情報は研修委員会が中心となって周知し、指名して参加を促す場合もある。また、施設内研修の内容は職員面談で把握した職員の要望を反映しており、多くの職員が参加できるよう送迎終了後に開催している。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生受入マニュアルにおいて実習の目的や受入の意義が明文化され、受入準備から実習終了後までの対応手順が具体的に示されている。実習プログラムを施設で用意し、実習生の意向も反映しているが、社会福祉士等の専門職に配慮したプログラムは用意されていない。社会福祉士養成実習指導者研修は複数名受講している。法人内で研修受け入れについての研修が年2回実施されており、マニュアルの見直しを含めた法人内の担当者間の意見交換の場が設けられている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに理念や基本方針とビジョン、決算報告書、地域の福祉向上のための取組（なでしこプラン）、苦情受付体制と内容に基づく対応の状況について公表されている。事業所の玄関で決算報告書や重要事項説明書、運営規程がいつでも閲覧できるようになっている。理念について利用者と掲示物を作成し、施設内に掲示している。地域へ向けて、理念や活動、事業についての説明した広報紙を配布している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年業務分掌を作成して配布し、権限と責任を職員に周知している。各種ルールは事務決済</p>		

規程、経理規程、現金等会計処理マニュアル、現金預金内部統制マニュアル等で明確に定義されている。法人内に監査室が設置され、内部監査を行っている。また、外部監査を実施し、監査結果は法人のホームページに掲載されており、助言、指導に基づく是正、改善事項は法人監査室と事業所で取り組んでいる。

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「地域貢献活動指針」で地域との関わりについて基本的な考え方を明示している。活用できる社会資源はリスト化されていて、施設内掲示板で地域の情報を提供している。また、清掃活動や、施設内でのレクリエーション活動などに地域住民の参加を呼びかけ、交流の機会を定期的に設けている。個々の利用者からのニーズに応じて、地域の社会資源を活用した対応を生活訓練として支援の中に組み込んでいる。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受入規程に、ボランティア受入れや学校教育等への協力に関する基本姿勢が明示され、手続きの方法や事前説明の内容、活動内容について記載されている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が活用できる社会資源等についてリスト化した資料を作成し、情報提供を行っている。また、施設が位置する城東保健福祉エリア内外の関係機関と定期的に開催される会議に参加して、連携して地域の共通課題に取り組んでいる。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>城東保健福祉エリアの会議への参加に加え、毎月の施設周辺の清掃活動の実施や、施設内活動への参加案内等を回覧板等で地域住民に知らせて地域との交流を図り、町内会長を通して地域の福祉ニーズや課題の把握に努めている。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>城東福祉エリア内外の機関や事業所などと連携して、地域の福祉ニーズに対応していることを聴取した。また、学生の福祉体験の受け入れや、地元小学校からの依頼を受けての出前講座の実施など、地域貢献活動を行っていることを記録や案内パンフレットなどで確認した。</p>		

町内会長との話し合いの機会をもち、静岡市地域防災計画上災害時に施設に入ることができないことの共通認識を持ったうえで、地域の避難所のハード面の確認をするなど、利用者や地域に暮らす障害者の安全・安心に向けた関係づくりを行っている。

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの提供が明示されている。接遇マニュアルの整備や虐待防止のためのセルフチェックを実施など、職員の理解を促す取り組みが行われている。個々の福祉サービスの実施方法の記載内容にも、利用者尊重の姿勢が反映されている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護マニュアル、プライバシー保護セルフチェックシート等が整備されていて、各業務マニュアルにもプライバシー保護の記述がある。利用者や家族にプライバシー保護に関する取組について文書を配布して説明している。トイレの個室化と間仕切りの設置、脱衣所入口のカーテンの設置による設備上の工夫や、入浴時のタオルを使用した保護などプライバシーに配慮した福祉サービスを実施している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容はホームページで紹介しており、パンフレットと資料を区役所や学校、公共施設に設置している。見学・体験希望等について対応しており、写真を用いた分かりやすい資料を作成している。広報委員会で各広報媒体の更新・評価・見直しを行うほか、静岡県広報協会の広報誌診断事業を活用するなど、情報提供のあり方について見直しを行っている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス内容の説明に使用する資料は、写真付きで分かりやすいように工夫されている。福祉サービスの開始・変更時のサービス内容の説明と同意については、「適切な意思決定支援に関する指針」において明示されている。3ヶ月ごとに実施するモニタリング内容も家族に説明されている。</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

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用期間が終了する前に、必要に応じて利用終了後に利用する施設等の見学や、体験、実習を行っている。利用終了後も利用者や家族が相談できる体制を整備し、利用開始時および終了時に「ご利用終了までの流れ」の文書を用いて説明している。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月に一度ケアセンターサロンを実施し、利用者との意見交換をしている。また、利用者会や家族会に職員が参加し、意見を把握している。サービスの質向上推進委員会で利用者満足度アンケートを年1回実施し、意見箱やアンケート、ケアセンターサロンや嗜好調査で把握した内容について検討し、具体的な対応や改善策について職員と利用者へ周知している。</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	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制が整備され、苦情の申し出方法は重要事項説明書や相談窓口の案内資料を用いて説明されている。しかし、苦情受付後の解決までの仕組みについて、資料を玄関に配架するとともにホームページに掲載しているが、利用者に向けて分かりやすく説明した資料がない。意見箱やケアセンターサロン、利用者会や家族会などで利用者や家族から意見しやすい環境を整備し、把握した内容は職員会議で対応を検討し、解決結果は利用者や家族等にフィードバックするとともに、ホームページで公表している。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法があることや、相手を自由に選べることを文書で分かりやすく説明している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談対応の心得マニュアルに相談を受けた際の対応手順や留意事項が記載されている。相談内容については、個別支援計画や活動プログラムに反映して具体的に対応している。</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	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメント委員会を設置し、要綱によりリスクマネジメントに関する責任者を明確化している。また、事故発生時の組織図と事故報告書作成手順が作成され、対応と安全確保についての手順が明確にされている。事故報告書やヒヤリハット報告書には、改善策の検討や施設長からの指示も記されていて、再発防止の取組が確認できる。また、月1回のリスクマネジメント委員会において、事故防止策等を継続的に確認し、必要に応じて見直しを行う</p>		

体制がある。		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「感染及び食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針」において、役割分担や管理体制、研修の実施、標準的な感染予防策や発生時の対応、衛生管理などについて明文化している。マニュアルの定期的な見直しは行われていない。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>火災、地震、風水害などの災害を想定した非常時防災マニュアルが策定されているが、職員体制が明確にされておらず、定期的な見直しもない。また、心構えと注意点の列記にとどまるなど、手順書として活用できるものになっていない。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種業務マニュアルは作成されているが、注意点や留意点の列挙にとどまり、標準的な手順を示したマニュアルになっていない。また、マニュアルの内容を周知徹底するための方策が講じられていない。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種業務マニュアルについて、定期的に見直しがされていない。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個別支援計画策定の為の手順」に基づいて基本的なニーズを把握し、アセスメントを基にサービス管理責任者が計画案を作成し、個別支援会議での合議を踏まえ、利用者の同意を得て計画を策定している。また、支援困難ケースの対応について、専門的な関係機関と連携した積極的かつ適切な福祉サービスの提供を行っている。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個別支援計画書の作成のための手順」に評価と修正の手順を定めている。3ヶ月毎にモニタリングを実施してサービス管理責任者が支援目標達成度を評価し、サービス内容を担当者会議で検討している。また、定期的なモニタリングに加えて、必要に応じてその都度評価・見直しをしている。標準的な実施方法に反映して、施設全体の福祉サービスの質の向上に結</p>		

びつける取組が十分でない。		
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、職員間で共有化されている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画書に基づくサービスの実施状況は統一した様式に記録されている。また、パソコンのネットワークシステムを活用した情報共有が行われている。「記録の取り方」を文書化して基本姿勢等を伝えているが、周知の取組が十分でない。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人及び事業所の個人情報保護規程と文書取扱規程が策定され、文書責任者や個人情報の管理、不適正な利用の禁止について規定しており、事務室内に配架するとともに、職員会議において倫理綱領の読み合わせを行っている。法人の新人職員研修において研修が行われ、職員は「機密保持及び個人情報保護に関する誓約書」を提出している。個人情報の取り扱いについては、利用者や家族に説明して同意を得ていることなどを確認した。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域生活への移行に向けた視点でアセスメント・モニタリング等を実施して現状と移行を把握し、訓練の必要性を検討して、一人ひとりの障害・行動に応じた合理的配慮とその取組方法について個別支援計画書に記載している。自主活動も行われ、適宜好みの活動に参加できる仕組みになっている。月1回ケアセンターサロンを開催し、利用者の活動等に対する希望を確認して利用者と話し合う場を設けており、議事録は誰でも読めるようにテレビの近くに置いてある。職員会議に講師を招き、利用者の権利について理解・共有する機会を設けている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待防止マニュアルが整備されている。権利擁護についての研修は年1回行われ職員に周知している。権利擁護の具体的な取組を重要事項説明書と契約書に記載して周知している。施設内での権利侵害事例は無いが、家族等によると思われるものに関しては、ケース記録に記載され必要に応じて対応している。身体拘束適正化指針があり、身体拘束が必要な場合にマニュアルの手順に沿って実施していることを記録している。虐待通報の組織図（フローチャート）があり、行政への通報までの手順が示されている。虐待防止委員会を月に1回開催</p>		

し、ヒヤリハット・事故報告書の集計をもとに課題を抽出し、再発防止策や権利侵害発生予防策について検討し、職員及び利用者に周知している。

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントに基づいて生活や心身の状態・課題を把握分析し、自律・自立に配慮した個別支援を行っている。日中活動は見守りの姿勢を基本として実施している。個別の生活訓練では、実際の生活のあり方を想定した実践を支援することで、本人が気づきを得られるようにしている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>集団訓練・集団活動の中で、利用者の心身の状況に応じてコミュニケーションを図っており、配慮が必要な利用者に対しては個別支援計画に記載して支援している。意思表示や伝達が困難な利用者については、家族の協力を得て医師や希望を確認している。集団活動の中で、利用者のコミュニケーション能力を高められるよう利用者同士のコミュニケーションを図っている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常の中での傾聴に加え、個別面談やモニタリング等、定期的に個別に話せる機会を設けている。相談内容は共有ノートに記録し、必要に応じて職員会議やケース会議で話し合い、個別支援計画に反映している。就労や地域参加に関する情報を提供し、適切な意思決定支援に関する指針に基づいて、適切な意思決定の支援を実施している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>機能訓練・生活訓練ともに多様なプログラムを用意し、個別支援計画に基づき、利用者の状況に応じてメニューが組まれている。地域のレクリエーションやイベントの情報を提供し、職員と一緒に参加している。専門家による訓練支援、付き添っての施設外での支援など実施されています。モニタリングや個別支援計画の見直しに合わせて、日中活動と支援内容の検討・見直しが行われている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の障害の多様化に対応できるように、専門家を招いて職員研修を実施し専門的知識の習得と支援の向上を図っている。利用者の障害による行動や生活状況はケース会議やモニタリング、職員会議で検討し、行動障害のある利用者については個別支援計画書に記載して対応している。必要に応じて、支援計画の見直しも行っている。</p>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事は嗜好調査を行い、BGMを流すなど美味しく食べられる工夫がみられる。利用者の心身の状況に応じた食事・入浴・排せつ・移動等の支援は個別支援計画に記載して実施されている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>室内は全てフラットで、壁には手すりが設置され、安心・安全に配慮されている。空調・採光が整えられ、椅子やベッド・畳など思い思いに過ごせる場所が提供されている。ケアセンターサロンを実施して生活環境に関する意向を把握し、改善の取組を行っている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は理学療法士、作業療法士等の専門職が参画し、訓練終了後の自立生活を念頭に作成している。機能訓練では、利用終了後も自宅で継続できる訓練を取り入れ、生活訓練では、利用者本人の心身の状況に応じて公共交通の利用や買い物など生活に即した訓練を行っている。個別支援計画は定期的に検討・見直しを行っている。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>保健マニュアルがあり、日常的に利用者の健康状態の把握に努めている。個別支援計画に沿って体力維持など個人の自主トレーニングメニューなどを作成し、障害の状況に合わせた健康の維持・増進を図っている。家族からの健康に関する質問に対して看護師が助言しているが、定期的な健康相談の機会は設けていない。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>服薬の実施やアレルギー疾患のある利用者への食事の対応は、マニュアルに基づき、医師・看護師との連携により行われている。医療的な支援の実施についての指針はあるが、管理者の責任が明確でない。与薬を除く医療的ケアが必要な利用者は現在いない。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>一人ひとりの利用者について、アセスメントで確認した希望や意向は記録され、個別支援計</p>		

<p>画にも反映している。地域の活動については、町内行事などの情報は施設内に掲示しているほか、館内にある社会福祉協議会等の掲示板からも情報を得ることが可能である。利用者の希望と現状を把握し、地域生活上の課題となりうる事柄について、職員と一緒に取組み、「できる」を感じる支援をしている。</p>		
<p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>		
A14	<p>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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; サービス終了後の地域生活における希望・意向を確認し、職員が付き添って見学や体験を行い移行に向けた参加や学習を図っている。希望の変化を個別支援計画に反映している。利用者は地域生活をしながら通所しており、自宅やグループホームなど実際の生活に必要な配慮や支援を行っている。グループホーム・就労支援・生活介護施設などと連携して地域生活のための支援を行っている。</p>		
<p>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</p>		
A15	<p>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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の意向に応じて家族との連携等を行っています。家族とは、連絡ノートを用いた情報交換、送迎時の会話、モニタリング時の意見聴取など、様々に連携している。</p>		

## 評価対象 A-4 就労支援

		第三者評価結果
<p>A-4-(1) 就労支援</p>		
A17	<p>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。</p>	非該当
<p>&lt;コメント&gt;</p>		
A18	<p>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。</p>	非該当
<p>&lt;コメント&gt;</p>		
A19	<p>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。</p>	非該当
<p>&lt;コメント&gt;</p>		