

(様式1)

## 福祉サービス評価結果表

### ①福祉サービス評価等機関名

医療・福祉ネットワークせいわ

### ②福祉サービス事業者情報（詳細な情報については、別紙1）

名称：障害者支援施設 いとし子の家	種別：障害者支援施設
代表者氏名：施設長 指宿淳子	定員（利用人数）： 70（70）人
所在地：佐賀県佐賀市大和町大字久池井 1407-11	TEL：（0952） 62-1611

### ③訪問調査日

平成22年8月26日（木）～27日（金）

### ④総評

#### ◇特に評価の高い点

#### I. 重度・重複の障がいを持つ利用者を積極的に受け入れられています。

法人は、佐賀県内および大分県内において、児童分野、障がい分野、高齢分野と幅広く福祉を必要とされている人々の支援に取り組まれています。

当該施設は、長崎自動車道沿線の静かで緑豊かな地域に位置し、同法人運営の指定介護老人福祉施設と隣接して建てられています。

法人の理念でもあるキリスト教の愛と奉仕の精神に基づき、知的障がいを中心に心身に様々な重い障がいを持たれた人々を積極的に受け入れられ、個人の尊厳を保持しつつ、利用者の状態に応じた職員配置を常に整えながら利用者が心身共に健やかに穏やかに過ごせるような支援に努められています。

#### II. 一人ひとりの特性や状態に応じた支援に努められています。

パソコンのソフトを活用し、利用者に関する記録を丁寧に残され、職員間で情報を共有できる体制が整えられています。

利用者の支援に関しては、アセスメントから抽出された課題やニーズ、保護者の意向および職員の意見を踏まえて検討された結果を個別の支援計画に反映させ、その計画に沿った支援が確実に実施できるよう利用者一人ひとりのマニュアルの作成も行われています。

これらの取り組みから、理念・基本方針が職員間に周知され、組織として利用者一人ひとりを大切に考え尊重した支援を目指されていることがうかがい知れます。

利用者の高齢化や重度化が進む中でも一人ひとりの利用者の特性や状態を把握し、その能力等に応じた日々の活動が職員の見守りの中で営まれています。

#### III. 事業環境等の変化に応じた積極的な運営に取り組まれています。

各関係団体に所属され、また特別支援学校や行政との連携も図られながら、福祉業界の動向や福祉ニーズの把握に努められており、経営環境等の変化にもいち早く対応できるように、柔軟な姿勢での運営が行われています。

障害者自立支援法への移行も地域の中で最初に取り組み、同種サービス提供施設等の要望に応じて移行に関する事例発表を行われるなど、地域の同種サービス提供施設の中でも模範的な取り組みが展開されています。

今回の第三者評価受審への取り組みや人事考課制度の導入など、サービスの質の向上についても積極的な活動が見受けられます。

◇改善を求められる点

**I. 中・長期的なビジョンを明確にされることを期待します。**

理念・基本方針は明文化され、職員にも周知されています。事業計画も各職種の意向を汲み上げる形で策定されています。しかし、理念・基本方針に沿った中・長期的なビジョンについては、経営層から聴取できる程度で、具体的な計画の策定には至っていない状況が見受けられます。

ビジョンの明示およびその実現に向けた中・長期計画の策定により、単年度の事業計画の目的や目標が更に明確になり、職員や利用者および保護者、地域に対し、施設が行っている取り組みの意図が明確に伝わること、および、一体感の中での運営の実現に近づくことを期待します。

**II. 人事管理および人材育成について更なる積極的な取り組みを期待します。**

職員の人事考課については、その目的を明確にされ、人材の育成およびサービスの質の向上に向けた運用が図られています。個々人の目標を明確にされながら取り組まれている目標管理制度や、職員の精神的なサポートの一環にもつながっている定期的な個人面談など、職員を大切に考え、その先にあるサービスの質の向上を見据えた様々な仕組みが導入され運用されています。

しかし、中・長期的なビジョンを実現するために必要な人材に関しては、具体的なプラン化には至っていない状況がうかがえます。

また、職員一人ひとりの教育・研修計画についても前述の目標管理制度が機能してはいますが、目標を達成するために必要な教育・研修の特定がなされていない点など課題が見受けられます。

**III. 服薬管理の徹底が求められます。**

服薬については、事故報告書により飲みこぼしや誤薬が生じていることが確認されました。

それらは、事故報告と共に“新人職員による与薬の禁止”や“二人でのチェック体制の徹底”など幾つかの再発防止策が検討され、事故防止への取り組みが行われている最中にあります。

服薬管理に関するマニュアルの周知徹底と再発防止策の徹底、および、その評価・見直しを確実に実施され改善に結び付けられることが求められます。

⑤福祉サービス評価結果に対する事業者のコメント

(H22. 10. 7)

今回の受審の結果に関しましては、評価調査者の方々には的確に評価・指摘して頂いたと思います。この結果を真摯に受け止め、今後のより良い利用者処遇、施設運営に努めていきたいと考えております。

さて、評価の結果は別といたしまして、今回の福祉サービス第三者評価を受けた事自体に成果があったと考えます。これまで我々は障害の重い方々の支援に携わっているという自負と責任を持って支援にあたってまいりましたが、「障害の重い方々なのでこれ以上は無理だ、仕方がない」などと勝手に限界を作っている部分を再確認するいい機会になったと感じております。

⑥各評価項目に係る福祉サービス評価結果

(別紙2・3)

(別紙1)

### 福祉サービス事業者情報

名 称	障害者支援施設 いとし子の家	記入年月日	平成 22年 7月 19日
-----	----------------	-------	---------------

#### 1 事業者属性

設置主体の法人名(事業者名)	(ふりがな) せいぼのきしかい 聖母の騎士会		
法人の種類	○社会福祉法人 ・地方公共団体 ・その他 ( )		
設置主体の所在地 代表電話番号・FAX 番号	佐賀県佐賀市大和町大字久池井 1521 - 2 TEL (0952) 62 - 8325 FAX (0952) 62 - 1943		
ホームページアドレス	㊦・無	<a href="http://www.seibonokishikai.or.jp/">http://www.seibonokishikai.or.jp/</a>	
運営主体	○設置主体と同じ ・設置主体より受託 ・その他 ( )		
	設置主体と異なる場合、実質的な経営権の所在	・設置主体 ・運営主体 ・その他 ( )	
※運営主体が設置主体と異なる場合			
運営主体の法人名(事業者名)	(ふりがな)		
法人の種類	・社会福祉法人 ・地方公共団体 ・その他 ( )		
運営主体の所在地 代表電話番号・FAX 番号			
ホームページアドレス	有・無	http://	
運営主体の開設年月	昭和 41年 8月		
運営主体代表者の役職・氏名	理事長 木原久子		
運営主体が他に提供している福祉サービス(関連法人による実施も含む。ただし、県内におけるサービスのみ。)			
サービス種別、提供機関名及び所在地	サービス種別	提供機関名	所在地
	児童養護施設	聖母園	唐津市鎮西町大字馬渡島 1683
	保育所	殿の浦愛児園	唐津市呼子町大字殿の浦 1837-1
	保育所	聖母保育園	唐津市鎮西町大字馬渡島 588
	特別養護老人ホーム	ロザリオの園	佐賀市大和町大字久池井 1386-2
	短期入所生活介護(含介護予防)	短期入所事業 ロザリオの園	同上
	通所介護(含介護予防)	ロザリオの園 デイサービス事業所	同上
	訪問介護(含介護予防)	ロザリオの園 ホームヘルプサービス事業所	同上
	通所介護(含介護予防)	ロザリオの園宅老所 まほろばデイサービス	同上
	認知症対応型通所介護(含介護予防)	認知症対応型 通所介護ゆり	同上
居宅介護支援事業	在宅介護支援 サービス事業所	同上	
事業(施設)の目的及び運営の方針	・ キリスト教の愛と奉仕の心の理念に基づきすべての人の幸福を願う。 ・ 個人の尊厳を保持しつつ心身ともに健やかに守られ、地域社会において自立した生活が送れるようにする。		

2 事業所（施設）の概要

事業所（施設）名	(ふりがな) しょうがいしゃしえんしせつ いとしごのいえ 障害者支援施設 いとし子の家		
事業所（施設）の所在地 電話番号・FAX 番号	佐賀県佐賀市大和町大字久池井 1407 - 11 TEL0952 - 62 - 1611 FAX0952 - 62 - 3890		
ホームページアドレス	有・無	http://	
交通の方法	惣座バス停より徒歩 20 分		
事業所（施設）の開設年月	平成 11 年 4 月		
管理者の役職・氏名	施設長 指宿淳子		
利用者の状況	福祉サービスの種別	定 員	利用者数（記入時点）
	施設入所支援	70 人	70 人
	生活介護	75 人	75 人
	障害児・者 短期入所	3 人	人
	日中一時支援	6 人	人
		人	人
事業所（施設）に併設・隣設している施設 (病院、老人保健施設など)	施設種別	名 称	所在地
	特別養護老人ホーム	ロザリオの園	佐賀市大和町大字久池井 1386-2
	診療所	ロザリオ診療所	佐賀市大和町大字久池井 1386-2
事業所（施設）が他に実施している福祉サービス	・ 共同生活介護(ケアホームかしの木)		
事業所（施設）の階数	3 階建て（地上 2 階、地下 1 階） （居室のあるフロア 2 階～ 2 階）		
居室の状況	・ 該当なし		
個室ユニットへの対応状況 (ユニット数)	・ 全室個室ユニット型 ・ 一部個室ユニット型 ・ 従来型 ユニット		
居室数	個室 10 室、2 人部屋 30 室、3 人部屋 室、4 人部屋 室、 5 人以上部屋 室 合計 40 室		
トイレの状況	・ 1 棟に 1 ヶ所 ・ 各階に 1 ヶ所ずつ ・ ユニットごとに 1 ヶ所ずつ ・ 2 部屋の間 1 ヶ所設置 ・ 居室ごとに 1 ヶ所ずつ ◎その他（ 1 棟に 2 ヶ所 ）		
	多機能トイレの有無	有 ・ 無	
浴室の状況	・ 該当なし ◎個室浴槽（ 2 ヶ所） ◎大浴槽（10 人用 2 ヶ所） ・ 特殊浴槽（ ヶ所） ・ リフト付浴槽（ ヶ所） ・ その他（ ）		
食事スペースの状況	・ 該当なし ◎施設全体で 1 ヶ所 ・ 各階に 1 ヶ所ずつ ・ 各階に 2 ヶ所以上ずつ ・ ユニットごとに 1 ヶ所ずつ ・ その他（ ）		
	食事スペース内の調理設備の有無	◎ 有 ・ 無	

### 3 職員体制

	職 種	職員数		
		常 勤	非常勤	合 計
職種別職員構成	管理者	1		1
	事務員	3		3
	生活支援員	32	1	33
	栄養士	1	1	2
	調理員	5	1	6
	看護師	2		2
	営繕	2	1	3
福祉関係の有資格者数 (複数取得者も重複計上。非常勤も含む。)	<input checked="" type="radio"/> 社会福祉主事 9人 <input checked="" type="radio"/> 社会福祉士 2人 <input checked="" type="radio"/> 介護福祉士 7人 ・ 介護支援専門員 人 <input checked="" type="radio"/> 保育士 12人   ・ 精神保健福祉士 人 ・ その他 ( )			

### 4 料金体系等

施設サービス費以外の加算	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	加算の内容
一部負担金以外の料金体系	費 目	料 金
	おやつ代	500 円 / (日・ <input checked="" type="radio"/> 月・年) ※単位に○
	日用品費	1,000 円 / (日・ <input checked="" type="radio"/> 月・年) ※単位に○
	預かり金管理料	5,000 円 / (日・月・ <input checked="" type="radio"/> 年) ※単位に○
		円 / (日・月・年) ※単位に○
		円 / (日・月・年) ※単位に○
介護保険制度の一部負担金の減免措置	<input checked="" type="radio"/> 有	・ 社会福祉法人による減免措置   ・ その他 ( ) <input checked="" type="radio"/> 減免措置なし
支払い方法	<input checked="" type="radio"/> 有	・ 現金支払   ・ 指定講座への振込 <input checked="" type="radio"/> 金融機関口座からの自動引き落とし   ・ その他 ( )

### 5 経営指標、情報提供

入所待機者数	16人 (平成 22年 7月現在)	
決算書 (収支計算書、事業活動収支計算書、貸借対照表、財産目録) の開示	有 (・全文 ・概略のみ)   ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	・ 印刷物   ・ ホームページ   ・ その他 ( )	
	開示の制限	<input checked="" type="radio"/> 有   ・ 無
事業報告書の開示	<input checked="" type="radio"/> 有 (・全文 ・概略のみ)   ・ 無	
	<input checked="" type="radio"/> 印刷物   ・ ホームページ   ・ その他 ( )	
	開示の制限	<input checked="" type="radio"/> 有   ・ 無
事業 (施設) の目的及び運営方針の公開	<input checked="" type="radio"/> 有   ・ 無	
	公開の制限	有   ・ <input checked="" type="radio"/> 無
一般に公開しているもの (請求がなくても常に公開)	<input checked="" type="radio"/> 入所案内パンフレット <input checked="" type="radio"/> 重要事項説明書 <input checked="" type="radio"/> 運営規程 ・ ホームページ	
	公開の制限	有   ・ <input checked="" type="radio"/> 無

6 付帯情報

非常災害対策 (消防訓練を除く。)	⊙訓練の実施(年12回) ・実施なし	
	マニュアルの有無	④ ・ 無
苦情対応の方法	担当者(職員)	④ ・ 無
	役職・氏名	支援課長 野中浩行
	責任者(職員)	④ ・ 無
	役職・氏名	施設長 指宿淳子
	その他苦情対応	(例: オンブズマン、第三者委員など) 第三者委員

7 その他

事業所(施設)の特徴・アピール等を自由に記入	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ キリスト教(カトリック)の理念に基づいた支援を行うとともに、宗教色のある生活を送っています。(毎日のお祈りやミサ、行事など)</li> <li>・ 他の施設では、断られたような重い障害の方にも入所して頂いています。積極的に受け入れています。</li> </ul>
------------------------	--

(別紙2)

評価細目（共通項目）の福祉サービス評価結果

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

評価項目・細目		評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	Ⓐ・b・c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・Ⓑ・c
評価所見		
<p>■ キリスト教の愛と奉仕の精神に基づき、“重い障がいを抱えた人々の支援”を中心に据えたサービス提供に努められています。“一人ひとりの障がい・能力に応じた自立”や“健康で明るく充実した生活”といった文言を含む施設の理念が、基本方針と共にパンフレット等に明記されています。</p> <p>■ 理念・基本方針については、年度初めの職員会議で当該年度の事業計画と共に説明され、各種会議の場においても折に触れ伝えられています。保護者等についても、役員会や保護者会総会等で説明が行われ、参加されなかった保護者には資料を送るなど周知への努力がうかがえます。しかし、利用者本人へ伝える努力については課題として挙げられます。</p>		

I-2 計画の策定

評価項目・細目		評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	a・-・Ⓒ
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a・-・Ⓒ
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	a・b・Ⓒ
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者に周知されている。	a・b・Ⓒ
評価所見		
<p>■ 各年度における事業計画は策定され必要に応じて評価・見直しが行われる仕組みがありますが、3年以上を見据えた中・長期計画は明確にされていない状況です。将来のビジョンはヒアリング可能な状況にあるので、それを整理され、具体的な計画策定に結び付けられることを期待します。</p>		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目・細目		評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	Ⓐ・b・c
I-3-(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。	Ⓐ・b・c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
I-3-(2)-③	管理者は、代表者とともに福祉サービスの質の向上に熱意を持ち、それぞれの権限や責任を踏まえて、ともに取り組んでいる。	Ⓐ・b・c

評価所見

- 管理者の役割と責任については、内部文書に明記され、職員への周知も図られています。遵守すべき法令等についても各種研修会や会議に参加する中で積極的に最新の情報を把握され、職員会議等を通じて組織への周知に努められています。
- 質の向上については、法人の理念のもと理事長と共に熱意を持って取り組まれており、シスターといった特性を活かし、サービス提供場面での利用者や職員との関りを大切にされながら利用者の処遇向上にその指導力を発揮されています。質の向上および業務改善の両面において、その検討の場に管理者自らが参画するなどリーダーシップを発揮されています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

評価項目・細目		評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 業界紙や各関係団体との会議等において、社会福祉事業全体の動向や地域の状況などが把握され、特別支援学校等との連携の中で、地域の福祉ニーズも把握されており、そのニーズに沿った事業展開のビジョンも持たれています。経営面においても待機者の推移等が把握され、予算に基づく運営に努められています。外部監査については、税理士法人による定期的な会計処理の妥当性検証が行われ、その指導内容に基づく改善にも取り組まれています。</li> </ul>		

Ⅱ-2 人材の確保・養成

評価項目・細目		評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a・b・Ⓒ
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-①	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が構築されている。	a・Ⓑ・c
Ⅱ-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a・Ⓑ・c
Ⅱ-2-(2)-③	職員の業務上の悩みやストレスを解消する方策を取り入れている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-2-(3)-②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a・Ⓑ・c
Ⅱ-2-(3)-③	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。	a・Ⓑ・c
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-①	実習生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ている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取組を行っている。	Ⓐ・b・c



評価所見

- 人材に関する基本的な考えは事業計画の中に掲げられており、有資格者の採用や資格取得の奨励(資格手当支給)等が行われていますが、必要な人材に関する具体的なプランが確立しているとは言い難い状況にあります。
- 人事考課については、その目的を正しく理解するとともに、考課基準の透明性が確保され、結果のフィードバックも個人面談を通じて行われています。また、職員一人ひとりの目標の設定および評価が行われ、職員の育成にも結び付けられています。
- 就業状況への配慮については、有給休暇の消化率や時間外労働等の状況が把握されたうえで、職員に対する指導が行われていますが、職員間のバラツキなどの解消については具体策等が明確にされていない状況です。福利厚生についても、職員の意向の把握などに基づく検討が課題として挙げられます。メンタル部分の支援としては、個人面談の他に精神科医からのアドバイスが受けられる環境にあります。
- 職員の教育・研修に関する基本方針は事業計画から読み取ることができ、全職員を対象とした研修については各年度において計画されて実施されています。また、資格取得についても推奨する仕組みが設けられ、その支援も行われています。しかし、一人ひとりの職員についての目標設定および評価は行われていますが、教育計画としては、具体的な計画策定には至っていない状況がうかがえます。
- 実習生については、福祉の人材育成の姿勢が明確にされており、積極的に受け入れが行われています。

II-3 安全管理

評価項目・細目		評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a・(b)・c
II-3-(1)-②	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。	a・(b)・c
II-3-(1)-③	災害時の利用者の安全確保のための体制を整備している。	a・(b)・c

評価所見

- 事故等が発生した場合には、報告書が作成され、検討・改善される仕組みが構築されていますが、不審者対策など、明確に対応策が定められていない事項も見受けられます。また、利用者の安全を脅かす事例の収集および活用については積極的な取り組みがなされているとは言い難い状況にあります。
- 災害時の安全確保についても、火災想定のみであり、地震や風水害についての対策には至っていない状況がうかがえます。

II-4 地域との交流と連携

評価項目・細目		評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a・(b)・c
II-4-(1)-②	事業所(施設)が有する機能を地域に還元している。	a・b・(c)
II-4-(1)-③	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。	(a)・b・c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a・(b)・c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a・(b)・c
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a・b・(c)

評価所見

- 施設が主催する行事（夏祭りやクリスマス会など）については、地域に向けてチラシを配布するなど利用者と地域との交流が図れるよう努められています。また、地域の商店や理髪店などを積極的に利用するよう働きかける方向性も見受けられます。しかし、地域の行事への積極的な参加には至っていない状況がうかがえます。また、地域に向けての講演会など施設の有する専門性などを活かした取り組みについても課題と言えます。
- ボランティアや地域の学生の体験学習などについては、地域交流の一環として積極的に受け入れられています。
- 行政や特別支援学校、各関係団体等との情報交換や連携は図られていますが、必要な社会資源についての職員間の情報の共有化については、連携の必要性を含めたリスト化などによる周知への工夫を期待します。
- 地域の福祉ニーズは各関係団体や特別支援学校との連携の中で把握されています。しかし、民生委員・児童委員との連携や地域に対する相談事業等を通じた福祉ニーズの把握、および、そのニーズに対応した事業展開については今後の課題として挙げられます。

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

評価項目・細目		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。		
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。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-(1)-② 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・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-(3)-② 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・c
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		a・Ⓑ・c

評価所見

- 利用者尊重の姿勢は施設の理念や基本方針の中に明示され、プライバシー保護に関するマニュアルも整備されています。職員は理念に基づく行動規範を研修や会議、朝礼などで繰り返し読み合わせながら常に共有に努められています。
- 担当の職員や利用者となじみの深い職員を配置することで、意思表示が困難な利用者の意向を汲み取れるように配慮されています。また、ご家族からの意見聴取も意見箱を設置されているほか、帰省の案内に意見を頂くための用紙を同封するなど、より多く聴き取るための働きかけが見受けられます。
- 相談・苦情については、第三者委員会が設置されており、職員による委員会活動も行われるなど苦情解決の仕組みは整備されていますが、対応マニュアルの整備は十分とは言い難く、マニュアルに沿った迅速な対応は課題として挙げられます。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

評価項目・細目		評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① 福祉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。		a・Ⓑ・c
Ⅲ-2-(1)-② 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。		a・Ⓑ・c

	Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a・b・ <b>③</b>
Ⅲ-2-(2) 個々の福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
	Ⅲ-2-(2)-① 個々の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>②</b> ・c
	Ⅲ-2-(2)-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>②</b> ・c
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
	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ている。	<b>①</b> ・b・c
	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>②</b> ・c
	Ⅲ-2-(3)-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>①</b> ・b・c
<p>評価所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 人事考課に基づき、職員個人として自己評価される仕組みがあり、その集計を行うことで組織としての評価と位置付けられている面はうかがえますが、サービス全般の評価としては十分とは言い難い状況です。また、課題の抽出や改善計画に基づく改善活動には至っていない状況がうかがえます。今回の第三者評価受審を機に、定期的な自己評価および第三者評価受審に取り組み、その結果から得られた課題について改善計画を策定し継続的改善に取り組まれることを期待します。</li> <li>■ 個々のサービスの実施については、標準的な実施方法の文書化が見受けられますが、文書化の中に利用者尊重やプライバシー保護への配慮などの反映が十分とは言い難い状況にあります。</li> <li>■ 利用者一人ひとりの記録については丁寧に残されており、計画に沿ってサービスが実施されていることが確認できます。また、利用者に関する情報等の共有化についても毎日の朝礼や各会議にて伝達が行われており、記録による共有化や朝礼ノートを活用した送りの仕組みが機能しています。しかし、利用者に関する記録の管理に関しては、責任者は定められているものの、保管・保存・廃棄等に関する明確な規程等は整備されていない状況です。個人情報保護と情報開示の両面から規程等を整備し、それに基づく管理および職員への周知が課題として挙げられます。</li> </ul>		

### Ⅲ-3 福祉サービスの開始・継続

評価項目・細目		評価結果
Ⅲ-3-(1) 福祉サービス提供の開始が適切に行われている。		
	Ⅲ-3-(1)-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提供している。	a・ <b>②</b> ・c
	Ⅲ-3-(1)-② 福祉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。	<b>①</b> ・b・c
Ⅲ-3-(2) 福祉サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	Ⅲ-3-(2)-① 事業所（施設）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。	a・ <b>②</b> ・c

#### 評価所見

- 利用希望者に対する情報の提供については、法人本部のホームページや施設に関する情報を病院の待合室に配置するなどの取り組みが見受けられますが、誰にでも理解しやすい説明用資料などの整備については課題と言えます。
- サービス提供開始時には、重要事項説明書を用いた説明が行われ、契約が締結されています。事前の見学や体験も受け入れられ、十分に納得を得たうえでサービスが開始されていることがうかがえます。
- 退所時には必要に応じて次の支援事業所への情報提供が行われるなど、サービスの継続性に配慮した取り組みが見受けられますが、その手順や引き継ぎ文書等の定めはなく、一定の水準で確実に引き継ぐための仕組みとしては課題が残ります。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

評価項目・細目		評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別の福祉サービス場面ごとに明示している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対する福祉サービス実施計画が策定されている。		
	Ⅲ-4-(2)-① 福祉サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ-4-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c
<b>評価所見</b> ■ 入所時および状態変化等が生じた際には、定められた手順に沿ってアセスメントが実施され、利用者個別のニーズや課題が抽出されています。 ■ 抽出されたニーズや課題を基に検討された支援の具体的内容は、個別支援計画書として策定され、関係職員の意見および利用者・家族等の意向を汲み取り6ヶ月毎に評価・見直しが行われています。また、個別支援計画書については、ご家族に毎回配付され確認が得られています。		

(別紙3)

評価細目（福祉サービス別項目【障害者・児施設版】）の福祉サービス評価結果

## 評価分類1 利用者の尊重

### 1-(1) 利用者の尊重

評価細目	評価結果
1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a・(b)・c
1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	(a)・b・c
1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	(a)・b・c
1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a・(b)・c
1-(1)-⑤ 虐待等（体罰、身体拘束、暴言、暴力、無視、放置等）の人権侵害の防止策及び万一に備えた対応方法が定められている。	(a)・-・c
<b>評価所見</b> ■ 言葉でのコミュニケーションが難しい方に対しては、必要に応じて意思表示カードや場所カードなどを用いながら表情や態度から一人ひとりの意向を汲み取り支援されています。サービス計画への反映や臨床心理士等専門家との関わりなど更なる積極性を期待します。 ■ 利用者の障がいの程度や能力に応じたグループでの様々な作業など、利用者の主体的な活動を尊重した取り組みが見受けられます。併せて、日常生活では利用者の能力等を見極めたうえで、自力での活動を見守りの姿勢で支援されています。しかし、利用者の人権意識を高めるような取り組みなどは今後の課題と言えます。 ■ 職員の行動規範の中に、プライバシー侵害への注意を促す文面が明示されるなど、利用者の人権侵害の防止に向けた姿勢が明文化され、サービス場面においてもその実現を目指されています。身体拘束の廃止にも取り組まれており、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、定められた様式にて必要な記録が残される仕組みが見受けられます。	

## 評価分類2 日常生活支援

### 2-(1) 食事

評価細目	評価結果
2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	(a)・b・c
2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	(a)・b・c
2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	(a)・b・c
<b>評価所見</b> ■ 嗜好や除去食を把握したうえで、サービス実施計画に基づいた個別の食事形態での提供が行われています。嗜好についての意思確認も困難な利用者が多い中で、担当職員により一人ひとりの利用者の嗜好が把握され、セレクトメニューや自家製のパンの提供なども行われるなど、手作りを基本として食事を楽しめるように配慮されています。 ■ 食事の配膳も、希望に応じて利用者が手伝われ、食事スペースの入口には利用者手書きのメニューが掲示されています。 ■ 喫食環境については、状態や希望にあわせて複数の場所が用意されており、時間を変えるなどの配慮もされています。	

## 2-(2) 入浴

評価細目	評価結果
2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	Ⓐ・b・c
2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・Ⓑ・c
2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	Ⓐ・－・c
<b>評価所見</b> ■ 入浴は、アセスメントにおいて一人ひとりの状態が把握され、サービス実施計画に沿った支援が行われています。利用者毎に個人的事情に配慮して作成された手順に基づき、入浴介助が行われる仕組みも整備されています。 ■ 夏場は毎日の入浴を実践されていますが、入浴の時間帯は定められています。 ■ 浴室・脱衣場は広さが確保され、温度調節は利用者による誤操作への対策として、浴室外で職員が行う仕組みとされるなど、利用者が安全で快適に入浴できるように配慮されています。	

## 2-(3) 排泄

評価細目	評価結果
2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ・－・c
2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	Ⓐ・－・c
<b>評価所見</b> ■ 排泄介助は一人ひとりの利用者の排泄のリズムを把握したうえで、同性による介助が行われています。 ■ トイレは清潔に保たれており、洗剤や薬品などについては誤って使用されないことがないように別の場所で保管されるなど、利用者の安全確保に対する配慮もうかがえます。	

## 2-(4) 衣服

評価細目	評価結果
2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	Ⓐ・b・c
2-(4)-② 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。	Ⓐ・b・c
<b>評価所見</b> ■ 毎日の服装は、利用者の意向を確認し、日常着と寝間着を着替えるように支援されています。 ■ 気温の変化や体調に配慮しながら衣服の調整をされ、汚れや破損があれば随時着替えを促すなどの支援に努められています。	

## 2-(5) 理容・美容

評価細目	評価結果
2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	Ⓐ・b・c
2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・－・c
<b>評価所見</b> ■ 職員は必要に応じて、整髪や化粧を手伝われています。 ■ 希望に応じて地域の理髪店の利用も行われており、定期的な理容師の訪問による散髪も提供されています。	

## 2-(6) 睡眠

評価細目	評価結果
2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・－・c
<b>評価所見</b> ■ 居室は個室もしくは二人部屋であり、希望に応じて使い慣れた私物や寝具等を持ち込まれ、利用者が落ち着くような空間作りを心がけられています。 ■ 夜間も利用者の状態を総合的に判断し、安眠に向けた支援ができるよう個別対応が可能な人員体制を採られています。	

2-(7) 健康管理

評価細目	評価結果
2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・－・c
2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a・－・Ⓒ
<p>評価所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 日常の健康状態は、利用者からの申し出のほか、表情観察や排泄の状況、入浴の際の気づきなど、生活の様々な場面での観察が行われ健康管理に努められています。また、定期的な健康診断も行われています。主治医の選択についても、協力医療機関のみならず利用前からの主治医を選択できるよう配慮されています。</li> <li>■ 地域内の医療機関とも連携が図られており、併設施設と併せて敷地内に看護師も常駐している環境にあります。</li> <li>■ 薬剤に関しては、看護師のみが出入り可能とされている医務室で管理され、施錠など保管には細心の注意が払われています。服薬については、飲みこぼしや誤薬のなどが事故報告書に残され、再発防止に向け幾つかの対応策を採られている状況です。マニュアルの周知と対応策の評価・見直しにより、事故防止が徹底されることを期待します。</li> </ul>	

2-(8) 余暇・レクリエーション

評価細目	評価結果
2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c
<p>評価所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ レクリエーションや季節の行事等は利用者の意思を尊重しながら、積極的に参加されるよう支援されています。日頃は棟毎での活動が行われていますが、毎週水曜日の午前中は全体でゲームなどのレクリエーションに取り組まれており、誕生会なども催されています。</li> <li>■ 余暇については、施設内で過ごされるほか、地域のお店での買い物や外食、温泉、ゲームセンター、ドライブなど利用者が希望に沿って過ごせるような取り組みも見受けられます。</li> </ul>	

2-(9) 外出、外泊

評価細目	評価結果
2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・Ⓑ・c
2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 外出は、利用者の希望に沿えるよう取り組まれています。利用者の状態に応じてその頻度に差が生じることや、職員同行が必要な利用者が多いために、十分な対応には至っていない状況がうかがえます。</li> <li>■ 外泊については、ご家族の負担軽減も考慮しながら職員が連絡・調整し、希望に沿って実現できるよう努められています。また、外泊が困難な利用者についても、代わりにドライブに出かける等、利用者の気持ちへの配慮もうかがえます。</li> </ul>	

2-(10) 所持金・預かり金の管理等

評価細目	評価結果
2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が整備されている。	Ⓐ・b・c
2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	Ⓐ・－・c
2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	a・－・Ⓒ

#### 評価所見

- 預かり金は個人別に管理され、年に一回は保護者に収支報告が行われています。現在は自己管理が可能な利用者は入所されていない状況です。
- 新聞・雑誌等の購入に制限は設けられておらず、テレビやラジオ等の個人所有も基本的には自由とされています。
- 嗜好品（酒、たばこ）については、施設が設立当初知的障害児のための施設であったため、また、安全面および健康面への配慮から禁止とされています。