

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

① 第三者評価機関名

静岡県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：静岡医療福祉センター成人部	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：池田 和久	定員（利用人数）：	50 名
所在地：静岡市駿河区曲金5丁目3番30号		
TEL：054-285-2402	ホームページ： https://saiseikai-seijinbu.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和61年4月		
経営法人・設置主体（法人名等）：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： 22名	非常勤職員 4名
専門職員	（専門職の名称）	
	生活支援員 16.5名	看護師 3.1名
	サービス管理責任者 1名	管理栄養士 1名
施設・設備の概要	（居室数）	
	2名部屋 3室 4名部屋 16室	（設備等）
	食堂1室 静養室1室 洗面所6ヶ所 浴室3室（男性・女性・シャワー） 談話室1室 トイレ16ヶ所 生活介護訓練室 1室 面接相談室 2ヶ所 機能訓練室1室 多目的室1室 視聴覚室1室 日常生活室1室	

② 理念・基本方針

安心して健康で心豊かな生活ができるよう支援します。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・済生会は、日本最大の社会福祉法人であり、全国規模の法人のメリットを生かして、物品の共同購入や統一の会計システム等を活用した管理運営をしています。施設としては、静岡済生会総合病院と隣接しているため、通院および急変時の対応等において、迅速な対応が可能です。また、医師・訓練士の派遣協定によって人件費を抑えた人員確保が可能となっています。
- ・利用者の重度化への対応として、早番遅番の導入や、土日祝日の看護体制を強化するため人員を増員し運営しています。
- ・職員は比較的若い職員が多いのですが、令和4年度から現在までの離職者は結婚等による2名のみと、非常に高い定着率を維持しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	7年7月7日（契約日）～ 8年1月9日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	3回（2年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・令和4年度から現在までの離職者が2名だけなのは、職員が働きやすい環境整備等ができている証左であり、経営上の最大の課題である利用者増を目指し営業担当職員も置いています。
- ・体験や本人が選べるレクリエーション等の部屋がいくつもあり、少しでも日々の生活を豊かなものにしようとする取組が伺えます。
- ・利用者が生活を楽しめるように意識して取り組むスタッフの姿が見られました。利用者との喫茶サービスでの笑顔の会話や関わり、ビデオ上映会、施設内作業に共に取り組む姿、毎月の外出、利用者が季節感を感じられるよう環境構成に配慮されていますことを、館内を彩るシャインマスカットの工作から確認できました。
- ・近隣地区及び隣接する支援学校に対する災害有事の福祉避難所として対応することで、地域住民の安心安全に向けた地域貢献に取り組んでいます。特に医療福祉センターとして医療的サポートにつながる避難所は地域にとって安心できる避難所として位置づけられています。

◇改善を求められる点

- ・「第3期中期事業計画」は収支計画がなく、当施設が建築してから39年を経過し、全部屋がカーテンで仕切ったのみの4人部屋でありながら、施設整備等に関する記載がないなど、具体的な内容の計画書になっていません。
- ・「利用者たちは、事業計画に興味を持っていない」と聴取しましたが、事業計画書自体が、関心を示したくなるような具体性が乏しい内容になっています。利用者や保護者が（そして職員にとっても）一番関心が高いと想定できる「行事等の案内」なども含んだ、その年度に実施する事業内容や施設整備などの記載がない、“展望の見えない”計画書になっています。
- ・法人ホームページに、小さく「ご利用者からの苦情受付について」の欄があります。そこに苦情体制についての記載があり、「第三者委員の設置」の、各年度の「委員会の概要」を開くことで、ようやく苦情内容が閲覧できるというように、苦情内容を知りたい者にとっては、その情報を探すのが難しい状態になっていますので改善を求めます。当施設からの苦情報告については、閲覧できる状態の令和6年度から2年度にわたっての記載がありません。苦情件数が0件ならば、そのことも公表することを要望します。
- ・施設内の行事等は多々ありましたが、地域との関わりが少なく、ボランティアの受け入れも少なかったもので、施設で行う行事等を地域にも理解していただけるよう、また、非常時には地域の協力が不可欠になりますので、地域との関わりを増やしていかれることを期待いたします。
- ・ヒヤリハットと事故報告が一緒に記載されており、ヒヤリハット単独の記録の確認ができませんでした。職員の気づきをヒヤリハットで報告・共有することで、職員間の意識も変わり、事故防止に繋がります。日々のヒヤリハット報告が多いことは職員の気づきを促す手段としても良いことなので、これからの積極的な取組を望みます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

正直なところ、前回（令和2年度）は、自己評価において、少しでも良く見せようとしていたところがあったため、今回の自己評価では、ありのままの記述、控えめの評価を心掛けました。

しかしながら、評価者の皆様が、「他の施設ではやっていないことをしている、なぜ、記述しないのか？」「正規職員で結婚以外の理由の退職者がいないことは誇っていい、なぜ施設の売り文句にしないのか？」など、我々が気が付かなかったことを、次々と指摘され、結果的には、自己評価を上回る点を付けていただきました。

数年に一度でも、専門家でかつ全く施設に関わりのない方に評価していただくことは、日頃、業務に追われている我々職員にとって、客観的に自分の施設を見ることができなくなっていたことに、気づかされ、今後の事業、業務の見直しに役立つものであると思います。

また、利用者の意見も、職員が聞くのに比べ、本音が引き出され大変参考になりました。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。	b
<p><コメント></p> <p>基本方針は、利用者の人権の尊重や個人の尊厳に重きをおいて作られ、理念が廊下に掲示していた。一方、掲示されている「理念」の文言は古いバージョンであったり、パンフレットやホームページに登場しているのは理念だけで、それらに基本方針は記載していないことが象徴的なように、理念と基本方針の周知を図る取組が十分ではない。わかりやすく説明した資料などもなく、周知状況の確認もない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>身体障害者協会や静岡市を通して福祉サービスの動向等を把握しているが、地域の各種福祉計画の分析はしていない。地域および自施設の利用状況のデータ把握・分析はしている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画と事業報告で課題を明らかにし、職員には職員会議で説明しているが、計画書・報告書ともに具体的な課題を明らかにしたものとして十分ではなく（設備の整備や人材育成などの記載がないなど）、経営状況や課題の役員との共有も見られない。</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><コメント></p> <p>ビジョンを明確に示した「第3期中期事業計画」はあるが、当施設は建築して39年が経過し、全部屋がカーテンで仕切ったのみの4人部屋でありながら、施設整備等に関する記載がないなど、具体的な内容の計画書になっていない(書式も年度ごとに刻んだ階段式ではない)。収支計画がなく、見直しもしていない(令和5年1月作成の計画素案の文書はあるが、“素案”が外れた計画書は調査時に提出してもらえなかった。また計画書に理念の記載はあったが、修正前の文言でした)。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「中期事業計画」同様に施設整備等に関する記載がないなど、不十分な内容です。「利用者人数」に関する数字だけ記載したもので、サービス提供に関わる各種事業などについての具体的な成果等を設定したものになっていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は、仕組みにもとづき作成され評価されているが、職員の意見を集約して策定したものではなく、見直しや周知の取組もない(事業計画自体が、見直しや周知の取組をする必要のない、具体性が乏しい内容になっている)。</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。	c
<p><コメント></p> <p>「利用者や保護者は、事業計画に興味を持っていない」と聴取したが、事業計画書自体が、関心を示したくなるような具体的内容が乏しい内容になっている。利用者や保護者が(そして職員にとっても)一番関心が高いと想定できる「行事等の案内」なども含む、その年度に実施する事業内容や施設整備などの記載がない計画書です。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画会議やケア委員会などを通して福祉サービスの質の向上に関する取組を実施し、その体制も整備しているが、(自己評価的な試みはあるものの、評価项目的に不十分な内容であるため) 第三者評価基準にもとづいた自己評価の実施がなく、評価結果を分析・検討することを組織として定めていない。第三者評価は定期的に受審している。</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にし、計画的な改善策を実施している。	b
<p><コメント></p> <p>評価結果をまとめた文書はあり、会議を通し評価結果は職員間で共有されているが、取り組むべき課題を明確にした文書はない。改善計画を策定する仕組みがなく、改善計画もない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>管理者の役割と責任が、「組織規程」や「感染症発生時対応事業継続計画」において(有事も含め)明文化され、広報誌「青葉だより」でも表明しているが、会議や研修において表明するなど職員周知の取組が不十分である。</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。	b
<p><コメント></p> <p>管理者はコンプライアンス研修に参加しているが、遵守すべき法令等は福祉分野に限らず、環境、雇用・労働(労働基準法、育児介護休業法など)、個人情報保護法、消防法、建築基準法といった、幅広い分野に及ぶということを十分に把握してなく、(法令等のリスト化も含め)遵守すべき法令等が明示された文書もなかった。</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。	b
<p><コメント></p> <p>これまで2回の第三者評価と今回の受審や、職員の意見を聞きながら、利用者会議、利用者満足度調査の実施などで、福祉サービスの質の向上についての体制を構築しているが、職員の教育・研修に関しては、県社協や身障協等が開催する研修へ職員を参加させている程度で、指導力を発揮して教育・研修の充実を図るまでには至っていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>人事、労務、財務等を踏まえて経営分析を行い、令和4年度から現在までの離職者が2名だけなのは、職員が働きやすい環境整備等ができている証左であり、経営上の最大の課題である利用者増を目指し営業担当職員を置いているが、職員全体で効果的な事業運営を目指すための取組や具体的な体制の構築は行っていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「中期事業計画」に、方針や人員体制について明記してある。近年退職者等がないために、人材確保活動の必要性は感じていない現状でした。法人として、積極的な実習生の受け入れや説明会の実施などをやっているが、効果的な福祉人材確保には不十分です。職員育成についてはメンター制度でやっているが、それに関する文書はなかった。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>年度ごとに職員の意向調査を行い、責任体制を整備し、各職員の有給休暇消化率を算出し取得促進に努めている。定期健康診断のほかに、年2回の腰痛健診、ストレスチェックを実施し、年2回の人事評価の際に面接を実施し、ハラスメント窓口及び責任者を設置しているが、総合的な福利厚生の種類はなく、組織の魅力を高める取組もない。また、近年退職者等がとてもし少ない状況から、職員にとって離職しにくい職場環境になっていると推察される。</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組んでいる。	b
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像等」は職員倫理規定に明記され、成果等を評価する人事基準があり、賃金を人事給与委員会が管理するなど、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行い、キャリアパス ガイドラインを定めているが、人事基準については、職員等への周知がなく、面接で把握した職員の意向にもとづいた改善策の検討等が不十分である。</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。	c
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像等」は職員倫理規定に明記され、定期的な個別面談（“希望”調査）を実施しているものの、業務の相談等が主になっている現状です。職員一人ひとりの目標設定をしていないなど、目標管理のための仕組みを構築していない。</p>		

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><コメント> 専門資格等が明示した研修計画があり、計画にもとづき研修が実施されているが、計画の中に「期待する職員像」の明示がなく、定期的な研修内容や計画に対する評価と見直しがない。</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><コメント> 年に1回資格調査を行って資格の取得状況等を把握し、その資格の取得のために研修案内等の情報提供も行い、新入職員にはメンター制度を実施している。法人の階層別研修に参加させているほか、外部研修の案内は全職員に周知し、勤務に無理がない限り参加を促している。</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><コメント> 「実習生受け入れマニュアル」に基本姿勢を明文化し、学校と適切に連携しながら社会福祉士・保育士の実習を受け入れ、実習指導者の講習会に参加している職員が実習担当者として指導をしているが、専門職種の特性に配慮したプログラムの用意がない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人ホームページには理念や福祉サービスの内容、事業報告、決算情報等が適切に公開され、苦情・相談の体制や内容について公開しているが、第三者評価の受審とその結果内容の公表はない。施設の広報誌である「青葉だより（年4回発行）」を地域の行政施設等に置いているが、地域に対してビジョン等を明示するなどの取組は不十分です。</p> <p>（法人ホームページには、探しづらいが「ご利用者からの苦情受付について」欄がある。そこに苦情体制についての記載があり、「第三者委員の設置」の、各年度の「委員会の概要」を開くことで、ようやく苦情内容が閲覧できる。しかし、閲覧できる状態の令和6年度から2年度にわたって、当施設からの苦情報告の記載はない。苦情件数が0件ならば、そのことも公表すべきです）。</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
<p><コメント></p> <p>組織規程・事務分掌表により責任体制が明確で職員周知もされ、経理・取引のルールは本部規程の経理規程、現金等会計処理マニュアルに沿っている。内部監査は法人監査室が実施し、外部監査は杉山明喜雄公認会計士事務所が実施して、その監査結果については、静岡県済生会ホームページに掲載され、監査における助言・指導にもとづいて経営改善も行われている。</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
<p><コメント></p> <p>利用者と地域との交流を広げる取組みは、運営規程の方針に「重視した運営を行うこと」や基本理念からの令和7年度目標に、「地域との交流を深める」を明記し、職員会議や昼礼にて職員に周知している。利用者に対しても活動状況を館内廊下での掲示や広報誌により周知している。令和7年度から地域連携推進会議を実施して連携の強化している。身体障害者文化作品展への利用者の作品の出展やシニアサポーター行事参加によって定期的交流もみられた。</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。	b
<p><コメント></p> <p>ボランティアに関しては、シニアサポーター制度を活用することや、看護学校や専門学校の学生をボランティア慰問として受け入れて積極的に取り組んでいる様子が確認できた。この</p>		

<p>利用者との関わりが学生自身の障害者に対する認識を深める教育機会となっている。このボランティア受入れについての基本姿勢やマニュアルを整備し、明文化することが求められる。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>地域包括ケア連携士制度によって、地域企業と連携して「何でも相談会」「こども食堂」を、定期的で開催するなど社会資源について積極的に活用している。この実践状況は支援会議にて職員に周知している。利用する社会資源リストを明示して、相談支援事業所との定期的なモニタリングも行われている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>地域包括ケア連携士が中心となり地域福祉ニーズや課題等を把握し会議にて検討し、職員に周知して積極的に取り組んで言っている。また施設長が県社会福祉法人経営者協議会及び県中部地区会の役員等を務め、地域の課題等の把握に努めて施設としての対応している。活動例として無料健康相談会（なでしこプラン）を実践している。</p>		
27	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>地域包括ケア連携士制度を設け、地域の福祉ニーズに応じた地域貢献事業として「なでしこプラン」「なんでも相談会」「こども食堂」を開催し、施設職員が対応している。また近隣地区及び隣接する支援学校に対する災害有事の福祉避難所として対応することで、地域住民の安心安全に向けた地域貢献に取り組んでいる。今後は把握した福祉ニーズへの具体的な事業・活動について計画策定して明示することが求められる。</p>		

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><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの提供は、基本理念や基本方針に定め、パンフレットやホームページ、季刊誌等により周知徹底を図っている。館内廊下及び職員室に掲示して利用者、職員に周知している。基本方針に利用者の人権の尊重や個人の尊厳を定め、年度ごとに重点目標を掲げて取り組んでいる。「個別支援の実現に向けたケアガイドライン」を基に日常業務の指針に使用している。身体障害者福祉協会スキルアップ研修会参加により利用者の尊重や基本的な人権への配慮について振り返りを行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護に配慮した福祉サービスの提供は、職員倫理規定、マニュアル、ホームページに明記して、研修会によって職員に周知徹底している。職員の入職時には「秘密保持及び個人情報保護に関する誓約書」に署名している。利用者に対しては入浴、排せつ場面等、生活全般においてプライバシーに配慮した支援を行っている。入所を検討する際に、重要事項説明書の説明や施設見学にて同意の上で利用開始している。ただし、利用者の居室は多床室であり、個人スペースが十分とは言えずプライバシー保護の観点から改善に向けて検討されたい。</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><コメント></p> <p>利用希望者に対して福祉サービスの選択に必要な情報については、見学時にパンフレットを利用して利用者が理解できるように説明を行っている。パンフレットには1日の流れ、日中活動として機能維持・体操、創作活動等、生活の様子が写真を用いて分かりやすく説明されている。施設案内はホームページにも掲載して定期的に見直しもしている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始・変更における利用者及び家族への説明は契約書、重要事項説明書等で分かりやすく納得できるまで説明して納得した際には同意書を受理している。食生活における栄養計画については、分かりやすく栄養士が説明している。このような経過から初回の個別支援計画書を作成して施設利用を開始している。ただし、意思決定が困難な利用者に対しては家族に説明しているが、その対応について明確なルールがみられない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービス終了時には相談支援事業所と連携を図ること、地域移行の場合は、その利用事業所に引継ぎ文書のフェイスシートを提出して情報提供することで、利用者が精神的にも安定した移行になるように努めている。福祉サービス利用終了時には、相談窓口としてサービス管理責任者が対応することで、利用者の安定した生活につなげているが、その内容を記載した文書について確認することができなかった。</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、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者満足の上昇への取組みは、意見箱設置や利用者委員会への職員配置による意見のとりまとめ、話しやすい職員を選べるなど積極的に取り組んでいる。経過は記録して、全職員に周知している。利用者からの要望には丁寧に対応している。施設内には余暇を過ごすスペース、工作コーナー、運動スペース等の環境構成が充実している。カフェの開催や職員による手作り装飾等が利用者の満足につながられている。年1回の満足度調査、年2回の個別支援計画アセスメントの際に満足度をチェックして取り組んでいる。</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。	b
<p><コメント></p> <p>苦情対応については、苦情解決取扱要綱を整備して苦情利用者及び家族に周知して対応している。意見箱設置、苦情解決についての掲示も確認できた。利用者委員会においても施設への苦情について検討できる場として周知している。苦情の有無に限らず、苦情対応件数は毎年度、集計結果を記載して残すことを検討されたい。但し、苦情受付件数が「0」となっていることから、苦情を出しやすい環境設定について検討することから福祉サービスの質の向上につながることを求められる。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者が意見を述べやすい環境については、意見箱設置や職員との日々の関わり、利用者委員会のみんなの声の設置、満足度調査、モニタリングなどで積極的に取り組んでいる。個別に相談できる相談室も整備して相談対応している。施設入所時には、意見を言いにくい場合は相談支援事業所や第三者委員に話せることを「重要事項説明書」に記載し口頭で説明しているが、「重要事項説明書」の記述では利用者が意見を述べやすい環境設定についてわかりやすく説明した文書に該当せず、相談についてわかりやすく説明した掲示物もない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者委員会のみんなの声の設置、満足度調査、モニタリング等で利用者の意見を把握し、「業務標準マニュアル」の「相談支援」の項目にもとづき対応し、相談を受けた際は対応策などについて利用者委員会を通して検討しているが、「業務標準マニュアル」の「相談支援」の記載だけでは、苦情解決同様の相談に対する仕組みが構築されたマニュアルとみなすことができません。また、苦情対応件数が「0件」であることから、今後、利用者が苦情や意見を出しやすい体制づくりに向けて、利用者と職員が一緒になり協働することも検討されたい。</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。		
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><コメント></p> <p>提供する福祉サービスの安心・安全への配慮は、ヒヤリハットに対する早期予見からの予防体制に努めることが必要として、PDCA サイクルの仕組みを職員に周知徹底して取り組んでいる。ヒヤリハットは受付・検討票にて組織的に対応している。リスク管理責任者を定め、リスクマネジメント委員会を組織して再発防止を検討して職員に周知している。リスクマネジメント委員会ではヒヤリハットの対応経過の分析を行い予防対策へとつなげている。さらに事故発生時には緊急時対応マニュアルにて対応している。</p>		
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><コメント></p> <p>感染症予防や発生時における利用者への安全確保のための体制整備は、「感染症及び食中毒防止のための指針」を定め職員に周知し、「感染症の発生及び蔓延防止策に関する委員会」を組織して事業継続（BCP）を含めた感染症対策及び職員への研修会を行うことで感染予防対策に積極的に取り組んでいる。感染症発生時には、個別対応により感染拡大防止を徹底している。但し、「感染症及び食中毒防止のための指針」の定期的見直しについて、2022年以降、実施されていない。</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。	a
<p><コメント></p>		

防災規定及び防災マニュアルを策定して組織的に取り組んでいる。災害発生時には緊急時対応マニュアル、非常災害時の行動ハンドブックに基づき生活支援員や看護師の対応手順を定めて訓練も計画的に行っている。職員連絡網も整備している。また非常時における備蓄品もリスト化して点検を行っている。近隣地区及び隣接する支援学校に対して福祉避難所と指定されている。西豊田地区地域支え合い体制づくり実行委員会とも協働して地域在住の要支援者に対応した防災訓練を実施している。

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><コメント></p> <p>提供する福祉サービスの標準的な実施は、業務標準マニュアルに文書化して、全職員に周知して定期的点検を行って取り組んでいる。業務標準マニュアルには、個別支援の実現とサービス提供体制、日常的生活支援、良質勝安心・安全な支援のための仕組みづくりを掲げて職員に周知している。利用者の尊重や権利養護に関わる姿勢についての記載はあるが、プライバシー保護については入浴時対応のみの対応についての記載しか確認できず、総合的な利用者の立場、視点からの再検討が求められる。</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
<p><コメント></p> <p>他職種による検討会議により、福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しについては積極的に取り組んでいる。日常の利用者の経過を記録した業務日誌は個別支援計画に反映して継続的効果的に支援に取り組んでいる。利用者の意見、ADLの変化に応じた対応については職員会議や利用者委員会にて検討し対応している。排泄に介助を要する利用者や自力でコップを持ってない利用者への誤嚥防止対応などの支援方法の変更がある。</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><コメント></p> <p>個別支援計画はサービス管理責任者、生活支援員、管理栄養士、看護師、事務員、施設長等の関係職員の合議によって計画され支援に対応している。嘱託医の定期的な問診、看護師による体調管理、栄養士による栄養ケア計画書の作成、リハビリ担当者によるリハビリテーション実施計画書の策定、アセスメントの経過が記録されている。個別支援計画には困難ケースの利用者含め具体的なニーズ、定期的にあセスメントの経過が記録されている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画は利用者の状況、利用者のADLの急変時など緊急時を含めて適宜、変更している。変更する際には、サービス管理責任者及び関係する職員によってモニタリング会議にて検討した上で対応することになっている。定期的な見直しについては、利用者の意向、家族の意向を把握して6か月ごとに実施している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの実施状況の記録は、パソコンネットワークシステムを導入して対応している。ネットワークシステムには職員室、事務室など各所で入力可能であり、速やかに職員に情報共有した上で、適切な福祉サービスの提供に対応している。ただし、記録における文書表現は他職員の記録を参考に、職員が自主的に習得している状況である。今後は、記録要領作成や研修会等開催により、福祉サービスの記録について組織的に取り組むことが求められる。</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><コメント>利用者に関する記録の管理体制は、個人情報保護規定を定めて職員に、入職時の承諾書、職員会議等で常に周知して対応している。施設長が最終責任者とし記録等の管理保管を事務所にて管理している。利用者には利用開始時に、説明して同意書にて確認している。個人記録等は鍵付き書庫に保管されており徹底した管理に取り組んでいる。</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。	b
<p><コメント></p> <p>エンパワーメントの理念にもとづく個別支援や、一人ひとりの合理的配慮を行っていることは職員から聞き取れたが、個別支援や取組等が具体化されておらず不十分。多数の会議は設けられているが、利用者の権利について職員が検討、理解、共有する機会が設けられていることが記録等で確認できなかった。</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。	c
<p><コメント></p> <p>身体拘束、虐待、差別、体罰等の内容を示したマニュアル等は確認できた。権利擁護について規定、マニュアル等は整備されておらず、職員の理解が図られているとは言い難い。また、権利擁護の取組の一環として意見箱や苦情、相談窓口等の確認はできたが、権利擁護の具体的な取組を利用者や家族に周知しておらず、権利擁護に関する取組が徹底されているとは言えない。A②については a か c の診断基準となる。</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。	b
<p><コメント></p> <p>日常生活上の見守りと支援につき、職員から日常行われていることを聞き取り、申し送り記録でも確認した。利用者の自律、自立に配慮した個別支援が個別支援計画に反映されておらず、具体的な支援内容や取組の確認が出来なかった。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の表現や意見の自由を保障する手段のひとつのコミュニケーションにおいて、利用者の個別に応じ検討、支援していることを申し送り記録、生活記録等で確認した。利用者のコミュニケーション手段の確保、必要な支援について、個別支援計画の内容及び具体的な支援の実施状況等の記載がなく十分とはいえない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>さまざまな場面で、場所で実施されている相談があり、個別支援会議で検討、共有されていることを記録から確認した。自己決定や自己選択も図れるよう支援していることを職員から聞き取った。しかし、基本的な考え方や仕組みや手順等の確認ができず十分とはいえない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者に応じた興味、趣味等多くの活動メニューが設定されており、利用者本人が選択できるように支援している。また、余暇及びスポーツ等の情報も行っていることを職員より聞き取った。</p> <p>地域に積極的に絡んだ参加がなく、地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援が行われているとは言い難く、個別支援計画の見直し、検討の記載でも確認出来なかった。</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。	b
<p><コメント></p> <p>申し送り記録で、利用者の不適応行動等について、席移動や部屋移動を必要時行っていることを確認したが、支援方法の検討、見直しや環境整備等を行っているという記録の確認が出来ず十分ではない。</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><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に応じて、食事、入浴、排せつ、移動・移乗等工夫し、それぞれにマニュアル化されており、個別支援計画においては必要な利用者については記載があり、利用者聞き取りでも総合的には評価されている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の日中活動の場においては安心・安全に配慮されているといえる。また一時的に他の部屋を使用することができる体制はあるが、利用者が思い思いに過ごせ、安眠（休息）できる生活環境には不十分であり、プライバシーに配慮した設備についてカーテンではプライバシー保護は保てない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>生活動作や行動の中で意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている部屋があり、日中活動でもさまざまな活動をしていることが職員から聞き取れたが、利用者主体でなく、定期的にモニタリングが行われているが、機能訓練・生活訓練等の計画や支援の検討・見直し行っておらず、適切に連動して訓練等が行われているとは言えない。</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
<p><コメント></p> <p>医師や看護師による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けており、日々の体調変化等の迅速な対応のためのマニュアル、手順、方法も明確化されている。感染症研修等では、認定看護師の介入などで、研修、個別指導を定期的に行っている。</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><コメント></p> <p>服薬管理等看護師を中心に適切に行われており、重複等の不備が確認された場合などの対応も職員から聞き取りし、マニュアル等でも確認できた。医療的な支援の実施についての考え方と管理者の責任や職員の責任が明確化されていない。介護職員等が実施する医療的ケアを行う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。	b
<p><コメント></p> <p>社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供して社会参加への支援を行っていることはないが、毎年参加のわかふじスポーツや清水七夕には参加している。地域の社会資源の活用を含めた調整、支援、ニーズに応じた取組や工夫を行っているとは言えない。利用者の外出者は手順を踏んでできているが、外泊者の希望者はいないと職員から聞き取りした。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の希望と意思を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を設けていることはなく、また、施設内で完結することが多く、地域で体験できる時間等もなかなか取れないと職員から聞き取る。地域生活への移行や地域生活のための支援について、</p>		

地域関係機関との連携、協力は出来ている。		
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。	b
<コメント> 家族との連携は多くは月1回の利用料金報告時手紙でお知らせを入れる。個別面談はほとんどなく、また、体調不良や急変時含み家族等への報告・連絡ルールは担当者任せであり、家族等への定期的な報告や家族等と意見交換する機会は設けていないと聞き取りした。		

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。	評価外
<コメント>		

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。	評価外
<コメント>		
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。	評価外
<コメント>		
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。	評価外
<コメント>		