

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成27年10月6日(火)
---------------	---------------------

②施設・事業所情報

名称：榎の木園	種別：生活介護、就労継続支援B型	
代表者氏名：大川 哲弥	定員（利用人数）：40名（47名）	
所在地：愛知県一宮市富田字若宮前17番地		
TEL：0586-62-8202		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成元年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人榎の木福祉会		
職員数	常勤職員： 20名	
専門職員	（管理者）1名	（生活支援員）5名
	（サービス管理責任者）1名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）厨房機器、エアコン
		医療機器、身障トイレ、スロープ
		送迎車両4台、音響機器
		防災設備

③理念・基本方針

(法人)

- 1 援助することが第一の使命～私たちは、援助を必要とする人たちに対し、適正で必要かつ十分な支援を提供できるよう最善の努力することが、第一の使命であると考えます。
- 2 共生社会を目指して～私たちは、ノーマライゼーションに基づく共生社会を目指していきます。
- 5 理想を目指して自己を磨く～は、より前に先駆的に自己研鑽し続けることが社会福祉法人の責務であると考えます。
- 6 時代の要請にどう応えるか～私たちは、加速度的に、予測不能に変化する地域のニーズに対応するため、法人全体の組織体制、スーパーバイザー養成、スタッフの育成・管理、事業全体の経営体制などを柔軟に堅固に再編成・再構築し続けていくことも、社会福祉法人の役目であると考えます。

(施設・事業所)

- 1 「しょうがい」は個性である～我々は、「しょうがい」を人の欠点や短所などではなく、我々人間の誰しもが持っている個性（もちまえ）であると考えます。
- 2 地域社会への啓蒙について～援助者と利用者（しょうがい者）は、日中活動を共にする仲間として、相互に影響し合いながら人間的に成長し、そこから学び取ったものを地域に発信し、共有し、地域の財産にすることが重要であり、これこそが真の啓蒙であると考えます。
- 3 事業所の運営について～障害福祉サービス事業所の運営とは、利用者（しょうがい者）への日中活動援助、支援機関として未来永劫に渡り自己学習・自己更新・自己存続機能を保ち、常に経営の適正化及び職員の確保・人材の育成・適正な処遇など労務管理の向上に等に努めることであると考えます。

④施設・事業所の特徴的な取組

・平成元年に更生施設として運営が始まった事業所であり、この事業所を利用することで1日のリズムを整える事によって、穏やかに安心した生活が送れるよう、サポートしてきました。現在、総合支援法へと移りかわりましたが、事業所で行う活動を通じ1日のリズムを整えていく事は継承しつつ、利用者が自分らしく活動できるよう、個性にスポットをあて個々にあった活動を提供を目指しています。そのためには、スタッフが障害の理解や充実した日中の活動を提供できるよう、研修を通じ支援の質の向上を図っています。

・障がい者の地域における生活と就労の観点から、障がい者の方が地域で働く場を作りたいと考え「Cafeふらっと」「ふらっと給食」を立ち上げました。立ち上げから7年が経ち、ここで働く利用者の方は少しずつ経験を積み結果、地域に愛される店舗となりました。障がいの特徴の強い方達も地域で働く場面をとの考えのもと、コーヒーの移動販売や寄せ植えのデリバリー等行っています。また、ボランティアに参加を行っております。社会貢献活動や地域交流の観点から活動をしています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 8月 3日（契約日）～ 平成28年 3月 17日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回 （平成25年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆法人改革の中心的な存在

管理者が、法人改革の先駆的役割を担っている。管理者を任されて2年目ではあるが、サービス管理責任者を務めていたことから現場の状況把握が十分であり、課題の抽出も適切である。法人内に組織された「人事検討委員会」でも要職の任にあり、懸案のキャリア・パスや人事考課制度の導入、安定的な職員雇用を担保する働きやすい職場作り、職員の育成等々、若い管理者の肩に大きな期待がかかる。

◆PDCAサイクルに則った事業計画の策定

事業計画の策定にあたっては、職員の意見を収集して事業種別ごとに「重点的課題」を取り上げている。年度末に「反省」として、「重点的課題」一つひとつに対して評価を加え、未達成の課題については原因を分析して次年度の事業計画へとつないでいる。当然のことではあるが、この繰り返しによって事業計画そのものの精度が上がり、職員に対しても分かりやすく身近なものとなっている。

◆利用者主体の現場支援

支援の現場に「利用者主体」の考え方が浸透している。「利用者の生活リズムを整える」ことを生活介護事業の柱に据えており、一日の日課は定められたものがあるが、利用者のリズムが変動をきたしていると感じた時には日課表とは関係なく外出してリズムを安定させる等、臨機応変に対応している。給食のメニューは利用者の嗜好調査の結果を反映して作成されており、自ら意見や要望を表出できない利用者については、代行して家族から利用者の嗜好を聞き取っている。言葉による意思伝達に制限のある利用者のために、様々なコミュニケーションツール（絵や写真、人形や飾り物、ホワイトボード等にて）を工夫して提供している。

◇改善を求められる点

◆規程、マニュアルの把握と確認を

当然備えておく必要がある規程や、支援のために必要と思われるマニュアル類については、“必要な時に、必要な場所で、必要とする人が”活用できるように整理しておく必要がある。「個人情報保護規程」や「感染症の予防・対応」、「虐待防止の取り組み」、「利用者の健康管理」、「薬の取扱い」等々のマニュアルが作成されているのは確認できたが、職員により規程・マニュアル類の認識に差がある。規程・マニュアル類を整理して把握するとともに、職員が共通した理解を得るための取り組みの充実が望まれる。

◆活用が待たれる「業務振り返りシート」

事業所の重点的課題を事業計画の中で明確にし、それを実践するために職員個々が「業務振り返りシート」で進捗を管理する。併せて職員の育成にも応用しようとの思いから取り入れられた制度である。ところが、職務多忙によって「業務振り返りシート」の内容は職員にフィードバックされないまま眠っている。活用することによって職員の育成を図り、事業計画にいわく、「職員個々の質の向上を図ることで、事業所全体のサービスの質が高まる」ことが実現に向けて歩を進めよう。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価から、事業所の強みと苦手とする点について、再認識する事ができました。改善については、「スタッフへの周知する」といった点が課題のワードとして上がりましたので、職員会議等を通じ、改善に向けた取り組みを行っていきたく思います。また、事業所全体のサービスの質を高めるため、業務振り返りシートの活用をスタッフのフィードバックを含め、行っていきます。今回の評価を踏まえ、改善計画を立てましたので、この計画を基に改善に向けた取り組みを実施していきます。

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。

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(72項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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。			
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。	障 1	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「障害を本人の個性として見る」との法人の基本的な考え方が浸透しており、それを踏まえて事業所の理念、方針を策定している。熱い思いを持った親たちが後ろ盾となって作った法人ではあるが、設立から4半世紀を経過し、「親亡き利用者」の増加によって保護者会への出席率は低迷している。親に代わって2代目、3代目となったキーパーソンや、新たに利用が始まった新しい利用者の親たちへの理念や基本方針の周知に課題が残る。			

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。			
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。	障 2	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の会議体系が確立しており、施設長クラスの会議で法人経営や事業所経営に関する情報が共有されている。法人の運営する相談支援事業所、市の自立支援協議会、県の知的障害者施設協会等からも有効な情報を得ている。それらの情報を整理し、分析して的確な運営方針を導き出すには至っていない。			
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。	障 3	④ a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者交代から2年目を迎え、新管理者の思いが職員にも浸透してきている。前年度(平成26年度)の事業計画の重点的課題の未達成部分は、すべからく「職員配置の不足」と捉えており、職員の安定雇用を最重要課題として挙げている。限られた職員配置の中で、最大限の効果を上げるべく詳細な職員別職務分担表が作成されている。			

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。			
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。	障 4	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の「中・長期計画案(10年ビジョン)」があり、その中の「日中活動部会」の部分を準用して事業所の中・長期計画としている。			

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。	障 5	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
単年度の事業計画は、前年度の実施状況の評価・検証し、抽出した改善課題を反映させて策定している。中・長期計画は10年間の大きな項目(流れ)を取り上げているにとどまっておらず、事業所の事業計画への直接的な関連性は薄い。			
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
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。	障 6	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の策定にあたっては、職員からの意見集約を行って部門ごとに重点的課題を明示し、その課題の解決や達成を具体的な目標として職員に示している。年度末には「反省」として、取り組んだ課題の一つひとつについて評価を加えており、未達成の課題に関しては次年度の計画策定時の係わり方の指針を示している。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	障 7	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
2ヶ月に1回開催される家族会にて資料を配布して説明しているが、家族会に不参加の家族や、参加はしても事業所運営に関して興味を示さない家族があり、周知は容易ではない。利用者に関しては、障害特性から理解力や判断力に個人差があり、それぞれへの周知方法に工夫の余地を残している。			

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。			
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。	障 8	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
自らの業務や事業所の取り組みについて、客観的な視点での評価を職員が認識できる機会として第三者評価の有効性を評価している。ほぼ毎年、継続的に第三者評価を受審し、そこで得た課題を改善活動につなげている。しかし、組織全体にPDCAサイクルを回してサービスの質の向上を目指す取り組みには至っていない。			
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。	障 9	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価等で得た客観的な視点での課題を改善活動につなげているが、改善活動が計画性を持ったものとはなっていない。まずは改善計画を策定することであるが、その内容として、「取り組みの責任者」、「期限とスケジュール」、「改善のための具体的な方法」等を職員に明示して取り組むことを期待したい。			

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。			
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。	障 10	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は着任2年目ではあるが、これまで当該事業所でサービス管理責任者として勤務しており、現場の支援に精通している。「各スタッフの業務内容」として職務分掌を定め、管理者だけでなく、サービス管理責任者、正規職員、補助職員(非正規職員)それぞれの役割と責任を明確にしている。</p>			
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。	障 11	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は事業計画の中でも、サービスの質の向上のための教育・研修の必要性を挙げており、正規、非正規職員の別なく研修参加を促している。特に「障害者虐待防止」に関しては年に2回の研修を組み、コンプライアンス重視の姿勢を職員に示している。課題としては、コンプライアンス教育の効果の検証システムがないことである。職員の理解度、支援の現場での対応度等をチェックする機能が働くことを期待したい。</p>			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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。	障 12	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は、サービスの質の確保のための職員教育の必要性を認識している。さらに、「業務振り返りシート」を使用して職員ごとに課題を明確にし、目標を明らかにして取り組む仕組みがある。しかし、業務多忙なためか、「業務振り返りシート」がフィードバックされず、本来の目的に活用されていなかった。</p>			
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
<p>昨年度は様々な視点から業務の効率化や改善活動に取り組んだが、職員配置の薄さが解消されず、職員個々の伸びが組織の伸びにつながらなかった。その反省を活かし、今年度は少ない職員配置の中でも実効の出せる態勢で臨んでいる。</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。			
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。	障 14	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者がメンバーとして参加する人事検討委員会が立ち上がっているが、まだ効果を上げるに至っていない。委員会では、法人内の慢性的な人材不足を解消するための抜本的な改革を進めようとしているが、支援の現場では「欠員補充」が最優先される状況である。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人の人事検討委員会では、キャリア・パスを基軸とした人事制度を確立させ、永らく懸案となっている人事考課制度の運用を図ろうとしている。試案を当該事業所で試行するも、まだ制度の完成には時間を要する。</p>			

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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	障 16	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員の離職、人事異動、病気療養等々の理由から、職員の配置が薄くなっており、事業計画の中でも「この状態が続くと・・・(中略)・・・スタッフの健康面が阻害される・・・」と、危惧の言葉を記載している。有給休暇についても、職位や職種によって取りにくさが顕著に表れている。			
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	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	障 17	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「業務振り返りシート」を活用して職員の育成を図ろうとの取り組みも中座し、職員個々の自己啓発に頼らざるを得ない状況がある。			
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。	障 18	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画(重点的課題)の中で、教育・研修に関する考え方を示している。人事管理全般を見る人事検討委員会の下部組織として研修部門(研修委員会相当)があるが、それぞれの役割分担が定まっていない。早期にそれぞれが機能を発揮することを期待したい。			
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。	障 19	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
外部の専門的な研修参加や法人が主導する合同研修、事業所内の研修等、様々な研修参加の機会があるが、職員不足の影響か、職員の研修参加の頻度が低下している。			
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。			
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 20	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
昨年度は、予定していた医療系の実習生受け入れが中止となり、市の教員及び市役所職員の福祉実習を受け入れることとなった。本来受け入れるべきである社会福祉士志望の実習生に関しては、事業所内に指導資格を有する職員がいないことから受け入れを行っていない。			

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。			
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。	障 21	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の機関紙やホームページを使って情報提供しており、第三者評価を継続的に受審する等、事業運営の透明性が担保されている。苦情・クレームについては、公表のルールが定まっていない。			

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。	障 22	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
外部専門家による会計監査や指導の実績はないが、2名の法人監事が財務・会計に専門性を持っており、内部の監査制度は十分に機能している。			

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。			
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。	障 23	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
積極的な地域との交流・連携が見られる。就労継続支援B型事業では、喫茶店「ふらっと」を運営しており、利用者が店員として働いて地域住民に憩いの場を提供している。法人挙げての一大イベント「かしの木フェスティバル」には、1,500名を超える地域住民が集まり、利用者と共に楽しい一日を過ごす。			
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。	障 24	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
かしの木フェスティバルには、市内の中学校、高校から多数のボランティアが参加し、各ブースの売り子や誘導係、駐車場係等を担当する。食べ物を扱う一般企業も出店し、当日の売上金が法人に寄贈される。事業所としては、一般企業のボランティアグループがほぼ毎月来訪して利用者とお菓子作りを行っており、中学生等の福祉体験学習の受け入れもある。これら、利用者の生活に潤いを与えているボランティア受け入れの活動についても、成果を評価する仕組み作りが望まれる。			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	障 25	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
関係する社会資源はリスト化され、「社会資源に関する・・・」としてまとめられている。利用者の母親が亡くなられ、父親が認知症になられたケースがあり、介護保険のケアマネ(居宅介護事業所)と法人の相談支援員(相談支援事業所)とを交えて対応を協議した。結果として、父親は老人介護施設に入所でき、利用者は継続して障害福祉サービスを受けることが可能となった。			
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障 26	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
市と福祉避難所としての契約を交わしており、非常時用の食料備蓄も備えている。地域の活動に職員が参加し、河川敷の草取りや雑木集め、木の実集め等に協力している。隣接する公民館利用者への駐車場の提供もある。			
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。	障 27	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人の後ろ盾となっている「かしの木の会」からの情報を分析し、今後の福祉ニーズの予測を立てている。居住系では「グループホームの増設」、日中活動系では「日中一時支援事業の拡充」が今後の課題となっている。			

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。			
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。	障 28	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者を尊重したサービスを提供するため、職員会議等で基本姿勢を周知しており、廊下に掲示されている。基本的人権への配慮に対する研修の充実を図り、定期的に評価する仕組みを構築することが望まれる。			
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。	障 29	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のプライバシー保護や虐待防止に関する規程・マニュアルが整備されており、職員への周知と保護者会(年6回開催)等で取り組み状況が報告されている。利用者の快適な生活環境を保障し、プライバシーを守るための工夫や虐待防止への取り組みををより一層充実させることが望まれる。			
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。			
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。	障 30	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの内容をわかりやすく説明した印刷物やホームページが公開されており、利用希望者に対して必要な情報を積極的に提供している。利用希望者の要望により、施設見学や体験利用、関係者を交えた懇談会等を行い、安心して利用できるように仕組みができています。			
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。	障 31	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
サービス開始に当たって、重要事項説明や契約書・本人同意等を書面で行い、利用者や家族に分かりやすく説明できるように工夫している。サービスの変更に当たっては、利用者や家族のニーズを基に、相談支援事業所や関係機関と連携して支援の継続を図っている。意思決定困難な利用者への配慮について、個々により手順が異なるため、家族等からの情報を分析するというような一定のルールを決めて手順を作成しておくことが望まれる。			
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。	障 32	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの継続性が図られるよう、関係機関とのネットワークを構築して連携を図っている。福祉サービスの変更に伴う引継ぎの書式や、申し送りの手順が整備されており、スムーズに移行が図られていた。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
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。	障 33	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足を把握するための取り組みとして、利用者との面接やグループ毎の職員の話し合いが行われている。保護者からも保護者会等で要望を聞き、改善を図る仕組みができていた。意思決定困難な利用者の満足度評価については、一定の判断基準(例えば笑顔や声)を基に評価し、定期的に分析・検討する仕組みを構築することが望まれる。			

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。		
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。	障 34	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「苦情受付処理簿」を活用した苦情解決の仕組みが確立しており、利用者や家族にも結果がフィードバックされていた。苦情には当たらない保護者や地域等からの要望に対しても、職員会議等で検討して迅速に対応する仕組みが構築されている。		
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。	障 35	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
利用者や保護者が相談しやすいように、相談室や意見箱が設置されていた。定期的に行われる保護者会に職員が参加し、保護者からの要望や意見を聞く機会が作られている。事業所内を見学した際に、利用者が意見や要求を出しやすい雰囲気(職員の利用者への対応から)があった。利用者や家族に、いつでもどんな相談でも受け付けていることを文章にして周知する取り組みが望まれる。		
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。	障 36	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント		
職員は常日頃から利用者の意見や要望の傾聴に努めており、その取り組みは組織的に行われていた。対応に時間がかかる案件もあり、対応が遅れることからの職員への不信感を払拭するために、検討の経過や結果の公表の方法・時期等を文書化したマニュアルを整備することが望まれる。		
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。		
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。	障 37	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント		
事故発生時の職員の対応について、具体的な手順が事業所内に掲示されていた。ヒヤリハット報告書及び事故報告書等が活用されており、リスクマネジメント体制が整備されていた。職員に対しての研修については、今後も積極的に行っていくことが望まれる。		
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。	障 38	a ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント		
安全衛生の担当者が、感染症への予防と対策を職員に教育しており、その具体的な内容を廊下に掲示してあった。感染症の予防と対応マニュアルにもとづいて、感染症の予防や発生時の対応が確実なものになるよう、取り組みの充実が望まれる。		
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。	障 39	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
マニュアルによって災害時の対応体制が決められており、避難訓練の実施(毎月)や備蓄品が備えられている。地元行政機関や地域住民との連携体制を強化するため、合同防災訓練を検討することが望まれる。		

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。		
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。	障 40	a ・ ⑦ ・ c
評価機関のコメント		
標準的なサービスの実施方法については、重要事項説明書や契約書、パンフレット、日課表等により文書化されており、日常生活介護や作業指導、レクリエーション、送迎等、各種業務マニュアルによりサービスが提供されている。標準的な実施方法(文書)の活用を図り、職員の理解を深める取り組みを充実させると共に、新規採用職員や実習生の指導に使えるようなマニュアルを作成することが望まれる。		

	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。	障 41	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
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、利用者や家族からの意見や要望により、職員会議等で検討され見直しされている。定期的に現状を検証し、必要な見直しを組織的に行うための仕組みの構築が望まれる。			
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。			
	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	障 42	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
3名の利用者の個別支援計画を拝見し、適切なアセスメントに基づく福祉サービス実施計画が策定されていることを確認した。いずれの個別支援計画も一定の様式で記入されており、利用者のニーズが明示されていた。アセスメント手法をより確実なものにするため、様々な職種や組織以外の関係者を交えた総合的な視点からの合議が、これまで以上に望まれる。			
	Ⅲ-2-(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。	障 43	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
3名の利用者の個別支援計画を拝見させて頂き、定期的(6ヶ月に一度)に福祉サービス実施計画の評価・見直しが行われていることを確認した。評価・見直しによって変更した実施計画の内容を、関係職員に周知する手順が決まっていないので、その部分の手順の構築が望まれる。			
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、職員間で共有化している。	障 44	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの実施状況を記録した「記録ファイル」には、サービスの実施状況を毎日記録として残しており、「記録ファイル」を職員間で回覧することで情報の共有化が図られている。職員によって記録内容の書き方に差異が生じないよう、「記録要領」を作成する等の工夫が望まれる。			
	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。	障 45	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
運営規程の第17条で、個人情報の保護を規定しており、「個人情報保護規程」にもとづいて利用者の記録の管理や、個人情報の開示請求への対応を図っている。記録管理に関しての職員意識の格差是正が望まれる。			
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。			
	Ⅲ-2-(4)-① 利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 46	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域移行支援を行っている個別支援計画を拝見し、実際に移行支援が積極的に行われている現状を確認した。「個別移行計画」は、「個別支援計画」の中に利用者や家族の意向を確認した上で、具体的内容を落とし込んで作成されている。			

Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(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。	障 47	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
意思伝達に制限のある利用者が多く、必要な情報を日常的な関わりを通して、利用者に応じたコミュニケーションツール(絵や写真、人形や飾り物、ホワイトボード等にて)を工夫して提供していた。TEACCHプログラムを活用した取り組みが行われていた。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者の主体的な活動を促す取り組みの一つとして、昼食後の休憩の時に音楽に合わせてステップする体操が行われていた。日常的な活動では、利用者の要望に応じて、散歩や公共機関(図書館での本やCDの貸し出し)を利用した活動、地域の喫茶店に行く等の活動を取り入れている。利用者による自治会活動は行われていないが、意思伝達の訓練の場としても活用できるので、その取り組みが望まれる。			
Ⅲ-3-(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。	障 49	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者支援の基本姿勢として、「利用者の持っている力を尊重し、自力で行う日常生活上の行為は見守りを原則とする」という体制が構築されている。作業指導や昼食支援、昼食後の自由時間の見守り等で実際に支援をする職員の実態を観察できた。			
Ⅲ-3-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 50	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
エンパワメントの理念に基づく援助として、利用者の生活力を高める学習・訓練プログラム(作業・散歩・体操・図書館や美術館外出・プチボランティア・おかし作り等)が多数用意されている。利用者の人権意識を高めるため、情報や資料作りを図るプログラムの開発が望まれる。			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 51	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画には必要に応じて食事支援の内容や留意点を記載しており、アレルギー食・糖尿病食等、利用者の状況に応じた内容の食事が提供されている。食事介助の方法や留意点等を文書化したマニュアルを作成することが望まれる。			
Ⅲ-3-(2)-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。	障 52	② ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食堂にて利用者と同じ内容の昼食を摂ったが、美味しく、楽しく食べられるような工夫がされた食事であった。ソース等の調味料がテーブルに用意されており、職員も利用者と一緒に食事をしながら、時々声掛けする等の支援をしていた。家族が代行して利用者の嗜好を調査し、それを反映した献立表を作成しており、あちらこちらに献立表が掲示してあった。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事時間には半数程の利用者が食堂を利用しており、利用者の状況に応じて時間と場所に配慮した喫食環境を提供している。			

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(3)-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。	障 54	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 57	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
プライバシーに配慮した排泄介助を行っており、注意点をまとめた表を作成して介助に取り組んでいた。排泄介助のマニュアルを作成し、職員が統一した排泄介助が出来るよう望まれる。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
トイレは和洋式折衷の構造になっており、臭いがほとんどなく清潔に保たれていた。毎日職員が清掃をしており、外部業者も清掃に入っている。			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(5)-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。	障 59	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意思で衣類を選択しており、選択が難しい利用者については、家族と相談して希望に添った支援を行っている。利用者の服装を観察したところ、特に目につくような破損や汚れのある衣類を着た利用者は見当たらず、清潔に保たれていた。			
Ⅲ-3-(5)-②	衣服の着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 60	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が着替えを希望した場合や破損や汚れを発見した場合には、速やかに対処している。強いこだわりのある利用者への対応を含めて、作業手順の作成が望まれる。			

Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(6)-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。	障 61 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 63 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 64 a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
日常の健康管理について、定期的に看護師によるバイタルチェックが行われており、日々の健康状態について健康管理表に記録している。医師による健康相談、歯科医師による歯科検診が行われており、健康の維持・増進のためのプログラムを整備している。利用者の健康管理マニュアルについては、職員への周知が望まれる。		
Ⅲ-3-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
健康面で緊急に対応が必要になった時の「緊急対応マニュアル」が整備され、職員が見やすい場所に掲示されている。地域内に協力的な医療機関が確保されており、日常的な連携が図られている。		
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 66 a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者毎に処方箋の写しを整理して保管することで、投薬状況を把握するようしており、薬の管理も適切に行われていた。誤薬・服用拒否・重複服用等があった場合の対応方法について、緊急時マニュアルの中に「服薬」に関する事項が記載されており、マニュアルに基づいて対応することが望まれる。		
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-3-(9)-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。	障 67 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
自ら希望や意向を表出することができる利用者の意思を尊重し、表出できない利用者については家族から情報を得て、余暇の過ごし方を決めている。営業日(出勤日)となる土曜日は、生活介護グループ、就労継続Bグループ共にウォーキングを取り入れており、健康維持や気分転換、体力向上等の目的で実施されている。昼食後には希望する利用者が集まり、音楽に合わせてステップを踏んでいた。		

Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
生活介護事業の目的の一つに、「利用者の生活リズムを整える」ことを挙げており、外出支援の実施によって「落ち着き」の出る利用者が多い。全員でウォーキングに出ることもあるが、少人数で車を使って公園に行ったり、図書館に行ったりしている。機を見て個別に散歩に出る場合もある。		
Ⅲ-3-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 69	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 70	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(11)-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。	障 71	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
テレビは利用者が好みのチャンネルを選んでいる。時としてチャンネル争いが起きることがあるが、その場合は職員が介入して場を収めている。新聞は事業所で購入しており、週刊誌は喫茶店「ふらっと」で購入したものが、一週遅れで届く。		
Ⅲ-3-(11)-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。	障 72	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		