

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28年1月15日(金)
---------------	---------------------

②施設・事業所情報

名称：障害者支援施設 ふじの木園	種別：施設入所支援、生活介護	
代表者氏名：春日井 昌市	定員（利用人数）：50名	
所在地：愛知県江南市河野町五十間88番地		
TEL：0587-57-7551		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成14年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人ときわ会		
職員数	常勤職員： 29名	
専門職員	(管理者) 1名	(相談支援員) 1名
	(事務長兼サービス管理責任者) 1名	(正看護師) 1名
	(支援員) 17名	(事務員) 1名
	(社会福祉士) 3名	(社会福祉会計簿記初級1) 1名
	(介護福祉士) 7名	(栄養士) 1名
		(支援員補助) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 33室	(設備等) 作業室、食堂、相談室
		医務室、洗面所、便所、浴室
		脱衣所、日常生活訓練室

③理念・基本方針

◆理念◆

法人

～明るく 楽しく のびのびと～

施設・事業所

社会福祉法人ときわ会は、「障害者の働く場」を「親亡き後の生活の場」という障害のある人を持つ親の熱意と地域の方々の篤いご支援により昭和55年12月に設立された法人です。

障害のある人にとって、法人はその意向を尊重して多様な福祉サービスを総合的に提供できるよう創意工夫し、その有する能力に応じて自立した日常生活を地域社会において営むことができるよう支援するところでなければならないと考えています。

本法人では、長年にわたる障害者の福祉施設の経験を通して、常に時代のニーズに応じた障害福祉サービスの提供にあたっています。障害福祉サービスを提供する法人として、障害のある人があたり前の暮らしができる社会の実現に向け進んでいきます。

◆基本方針◆

「～明るく 楽しく のびのびと～ 地域の中で障害をもったありのままの姿で、そしてあたり前に暮らしていくこと」を目標に利用者の自主性、主体性を尊重し、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えるとともに、利用者を取り巻く環境、年齢及び心身の状況に応じ、創作的活動や生産活動及び余暇活動を通して必要なサービスや援助を適切かつ効果的に行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

【生産活動】

○高齢利用者への支援の充実

・機能訓練・大樹グループ(高齢者グループ)の活動等

【創作的活動】

○クラブ活動の充実

・選択制の導入

【その他】

○季節行事の充実

秋の運動行事の新設

○他事業所との連携の充実(職員・利用者)

35周年記念行事(法人バザー・記念式典・交流会・記念パンフレット)を各事業所から選ばれた職員による部会が中心となり実施。

各事業所の利用者の合同コンサート等を行ない、利用者も他事業所との交流を深めることができた。

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 4月 13日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	1回 (平成24年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆権利擁護の取り組み

運営規程や重要事項説明書及び契約書において利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護について規定しており、虐待防止研修等を通して職員の理解を図り、具体的な取り組みに結びつけている。具体的な取り組みの実例として、2人部屋の中央に仕切りやカーテンを設置したり、全居室の扉に鍵を設置したりしている。目に見えるハード部分の改善が、職員の意識を変える大きな契機となる。

◆主体性、自主性の尊重

利用者の作業能力に応じて4班に分けて行っている生産活動では、利用者の主体性や自主性を尊重して行われており、利用者の生きがいにつながる活動として定着している。創作的活動では外部講師を利用した音楽療法、軽運動、機能訓練が行われており、利用者の高齢化・重度化対策として有効なものとなっており、特徴的な活動となっている。利用者の希望や適性に応じて実施しているクラブ活動では、「みるクラブ」、「つくるクラブ」、「えらべるクラブ」に分けて活動しており、絵本や紙芝居の読み聞かせ、書道、カレンダーづくり、フラワーアレンジメント、フライングディスク、ボッチャ、公園散策等多種類の内容の活動が用意されている。

◆利用者満足の把握

利用者が日常生活で困っていることや不満に思っていること、悩みごと等を気軽に相談できる機会として「生活相談」の時間を設けており、個別の支援として充実したものになっている。その他にも利用者満足の向上を図るため、食事に関する嗜好調査を実施したり、外出計画を立てる際の希望の調査を行っている。「生活相談」は傾聴する姿勢を基本とした取り組みで、利用者の悩みを知り理解を深めるための取り組みとして定着している。

◇改善を求められる点

◆重点課題には数値の目標を

中・長期計画、事業計画共に周知はされてはいるものの互いに繋がり薄い。中・長期計画策定に際しては、事業所の課題を把握して重点課題（中・長期に亘る）を整理し、目標は最終到達目標のみではなく中間の目標（節目毎）を立てる事を望みたい。その目標に関しては、達成度が判定可能となるよう、可能な限り数値目標を設定することが望まれる。さらに、事業計画は前年度の振り返りと、中・長期の節目毎の目標と関連図けて策定される事を期待したい。

◆マニュアルの見直し及び、現場支援との適合度の検証

提供するサービスの標準的な実施方法については「職員支援マニュアル」として文書化し周知を図っているが、マニュアル通りに現場でのサービスが提供されているのかを検証することを望みたい。さらに、マニュアルの見直しを図ることが望まれる。マニュアル見直しの機会は、「（法令、規程等の）上位文書が改訂された時」、「事故や不測の事態が起きた時」、「（1年程度の）定期的な見直し」が考えられる。見直しのルール化を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回平成24年度に初めて受審した第三者評価の結果を振り返り、当時より改善ができて
いるか、という点に注目して自己評価を行ないました。高く評価をいただいた「権利擁護の
取組み（居室等の改善等）」や「主体性、自主性の尊重（選択制クラブ等）」、「利用者満
足の把握（嗜好調査等）」については施設としても意識して取り組んできたものであるため、
嬉しく思います。

改善を求められる点で出された「重点課題には数値の目標を（事業計画関連）」は、受審
時のアドバイスを参考に中期計画と単年の事業計画との整合性を図ることを意識して取組ん
でいきたいと考えています。また、「マニュアルの見直し及び支援との適合度の検証（施設
内マニュアル等）」は、法改正の対応や事故後の検証についての意識をより一層高く持つこ
とで、より良い施設運営や利用者支援に結び付けていきたいと思ひます。

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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人・施設の事業計画、パンフレットをはじめ様々な媒体を通して理念や基本的な考え方を述べている。毎年年度末に保護者・利用者・職員に対して当年度の事業報告、次年度の事業計画の説明を行い周知を図っている。法人設立時から保護者・家族との協力的な関係が構築されており、事業所の理念や方針に関しての理解も得ている。			

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 ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の経営に関しては同業者の団体・県及び市の社会福祉協議会などから障害福祉の動向について把握・分析に努めてはいるが、他の福祉分野については十分な把握に至っていない。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
『施設間連絡調整会議』により経営や福祉サービス、職員処遇等の課題や問題点を整理し、毎年度の事業計画の中での取り組みに盛り込み改善に取り組んでいる。			

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 ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント			
会議や各種の資料にて中・長期のビジョンが示されており、事業所の新たな施策や方向性は定まっている。しかし、中・長期の目標は定まってはいるものの課題を明確にした計画に至っていない。職員・利用者等に示される正式な文書としての中・長期計画は策定されていない。			

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			
単年度の事業計画についても『施設間連絡調整会議』で検討されてはいるものの、多くの部分が今までの慣習で作成されている。事業計画は利用者や保護者等のニーズに対応した内容になっている。			
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・見直しが行われ、職員が理解している。	障 6	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は前年度の事業計画を振り返り、各専門分野・担当分野の職員が分担で計画案を作成し、職員会議、管理会議で確認し合いながらまとめている。中・長期計画達成のための課題を解決すべき事業計画にはなっていない。			
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			
理念や方針と共に、利用者月例会や毎月の保護者会にて資料配布や説明が行われている。利用者に対しての取り組みは、利用者個々の理解力や判断能力に配慮した説明は行われておらず、十分な周知に至っていない。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画に『事業運営における具体的な問題点を把握して、サービスの質の向上に結び付けるために第三者評価を3年毎に実施する』と謳っている(前回実施は24年度、今回が2回目)。自己評価を毎年全常勤職員が行い、その結果を分析し改善に繋いでいる。			
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			
評価結果の分析、課題の把握から改善された事例(マニュアル整備・研究部会立ち上げ等)も多くある。今回の第三者評価受審についても『評価結果から明確になった課題について改善策等を検討する考え』をヒアリングで確認出来た。計画的な改善策の策定を期待したい。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「職員組織図」や「職務分掌規程」等により、管理者の役割や責任の所在は明らかになっている。保護者や外部に対して広報誌(法人・ふじの木園便り)で年初、年度初めに考え方を説明している。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
法人や各事業所で、法令等を遵守する内容に規定を変えてでも対応するように指導している。取り組みの事例として『マイナンバー制度への対応』等がある。課題としては、正規職員と非正規職員の意識差の解消である。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
『施設自己評価』、『管理会議』、『朝・夕礼』に参加し、現場から上がってくる要望に対して現場と検討して新しい取り組みに取り入れている。事例として『機能訓練』、『音楽療法』等の取り入れがある。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
税理士による財務・会計面の指導、定期的に第三者評価を受審して行く方針により財務・会計とサービスの両面において事業の透明性を図っている。			

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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
明確な中・長期計画が策定されてない事もあり、将来に向けて必要な人材に関する具体的なプランを策定するに至っていない。適正人員の見直しを実施し、「職種・何人不足か」を明確にして求人活動をしている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
連絡調整会議、処遇改善部会を通して職員の働きやすい職場になっており、就業規則・給与規定・職務分掌・キャリアパスフォーム等により基本的な人事管理は行われている。前回の受審時の課題であった人事考課制度は体系化には至っていない。			

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組んでいる。	障 16	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
処遇改善部会等を通して職員の要望は把握されている。勤務表は2ヶ月前から提示され、休日も希望通りに取れている。職員の要望として『協力医療機関と協力の移動検診車の取り入れ』等を具体化している。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
『期待する職員像』はキャリアパスフォームにより明確化されている。今後の課題は、人事考課制度との連動である。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
教育・研修に関する方針が事業計画の中で『施設内研修、施設外研修』等で示されているが、職員個々の計画には展開されていない。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
事業計画の中に『施設外研修』を謳ってはいるものの、適正配置の職員確保の問題から外部研修への参加は満たされていない。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
介護福祉士・保育士資格習得の実習体制を整備し、社会福祉士実習指導者養成講座を受講して、更なる充実を図っている。短期大学や専門学校等から年間10名を超える実習生を受け入れている。実習終了後には、実習生に対する評価だけでなく、「実習生受け入れ」自体の有効性の評価を期待したい。		

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
ホームページで『法人情報』、『法人事業報告』、『財務情報報告』、『法人監事監査』等を情報公開している。決算報告の記載のされた機関紙を市役所・社会福祉協議会の窓口置き、希望者には自由に持参してもらっている。苦情受付に関する公表は行われていない。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
外部会計事務所による財務・会計面の指導、定期的に第三者評価を受審して行く方針から、財務・会計とサービスの両面において、事業の透明性を図ろうとしている。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
隣接地にある他法人の高齢者施設との合同イベントをはじめ、同法人の作業所と一体のイベントを組んで地域への交流を図っている。			
II-4-(1)-②	ボランティア等の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。	障 24	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
行事ごと(バザー・納涼大会・運動会等)のスタッフボランティア体制は定着して来ているが、日常的なボランティアの受け入れは行われていない。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
特定相談支援事業開設以降、関係機関との連携は深まっており、情報の共有化等も進められている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
福祉避難所として市と協定を結んでいる。虐待や災害時における役割などについて現在江南市との間で検討を進めている。地域の一般世帯との係わりは薄い。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
短期入所、日中一時支援で在宅の知的障害者の受け入れを行っている。平成25年より特定相談事業所を開設した。サービス等利用計画の作成は自法人の利用者が主であるが、今後は在宅障害者への対応も視野に入れている。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示しており、「倫理綱領」を始めとして利用者の尊重や基本的人権を守るための規程が整備されている。各種の規程に基づいた共通の理解を持って福祉サービス提供に当たられるように、職員を対象とした虐待防止内部研修等の研修会を定期的に開催している。引き続き、各種の規程の理解を深め、規程にもとづいた福祉サービスの充実を図ることが望まれる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
運営規程や重要事項説明書及び契約書において利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護について規定しており、虐待防止研修等を通して職員の理解を図り、具体的な取り組みに結びつけている。具体的な取り組みの実例として、2人部屋の中央に仕切りやカーテンを設置したり、全居室の扉に鍵を設置したりしている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者が福祉サービス選択に必要なと思われる情報については、ホームページやパンフレット等で適時提供しており、必要に応じて施設見学等を受け入れて対応している。施設を紹介する「ふじの木園とはどんなところ」というパンフレットを発行しており、その内容は子どもにも分かりやすいものになっている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始・変更にあたっては、重要事項説明書・契約書により丁寧に利用者等に説明しており、同意を得たうえでその内容を書面で残している。意思決定が困難な利用者については、噛み砕いた内容の資料を作成して説明する等の配慮が望まれる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
福祉施設の変更等にあたっては、福祉サービスの継続性を確保するため、アセスメント表や個別支援計画を基に移行先の施設と協議を重ね、利用者に不利益が生じないように配慮している。福祉サービスの継続性に配慮した対応を図るため、福祉施設の変更に関わる具体的な手順や引継ぎ文書をマニュアル化することが望まれる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足の上昇を図るため、希望する利用者には個別に「生活相談」を実施したり、食事に関する嗜好調査を実施したり、外出計画を立てる際の希望の調査を行っている。「生活相談」は傾聴する姿勢を基本とした取り組みで、利用者の悩みを知り理解を深めるための取り組みとして定着している。「月例会」という名称で利用者会を開催しており、施設長から行事等の情報提供や、看護師から「健康カレンダー」の説明、栄養士から献立表やおすすめメニュー等の説明を行っている。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人において「苦情解決規程」を制定しており、苦情の受付から解決・フィードバックに至る一連の流れが仕組みとして整備され、周知されている。職員は、日頃から利用者や家族とのコミュニケーションを図り信頼関係を構築することで、「苦情」に至る前の段階で対応できるよう努めている。毎月開催している保護者会では、毎月発行している「ふじの木だより」という広報誌を配布し、日頃の情報を積極的に家族に提供している。「苦情」の内容や改善・対応の状況を公表する仕組みの構築が待たれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
希望する利用者を対象に「生活相談」という個別相談の場を設け、日常生活で感じていることや希望すること、不安に思っていることを個別に相談できる機会としている。「生活相談」の機会が一部の利用者に固定化しないよう、さらには意思決定が困難な利用者に対しての配慮を望みたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者から意見や相談を受けた場合は「ケース記録」に記載し、朝・夕の申し送りや会議等で報告し、迅速に対応するよう取り決めている。意見箱を設置したりアンケートを取る等で、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを行っている。交代勤務の関係で、職員周知に時間を要することがあり、迅速に対応するための手順を決めておくことが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事故発生時の対応と安全確保についての各種の対応マニュアルが整備されており、毎月の職員会議において事故報告書による原因分析や再発防止策が検討されている。事故の未然防止のため、ヒヤリハットの事例を収集し分析する等で安全対策に対する職員の意識向上を図る取り組みの充実が望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「感染予防マニュアル」を基に、感染症予防期間(11月から翌年3月)には、消毒、清掃、手洗い、うがい等を徹底して予防に努めている。給食業者による手洗い講習を行ったり、看護師が作成した「健康カレンダー」により毎月健康指導を行っており、ポスターを掲示して利用者や職員へ注意喚起をしている。感染症が発生した場合には、マニュアルに基づいて迅速な対応を図っている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
非常時の対応について運営規程や重要事項説明書に明示しており、月1回の避難訓練(内1回は消防署立ち合い訓練)や消火訓練・通報訓練を行っている。災害発生時の職員の基本行動や役割分担について「消防計画」を基に再確認するとともに、市と福祉避難所として協定を結んでいる内容については、市の取り組みとの整合性を図ることが望まれる。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
標準的な実施方法として「職員支援マニュアル」を文書化しており、各職員に配布する等で周知を図っている。「職員支援マニュアル」に従った福祉サービスが実施されているかどうかを確認する仕組みの整備が望まれる。			

	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の見直しについては、見直しの時期や方法を定め定期的実施している。標準的な実施方法の「職員支援マニュアル」は支援員会議等で見直しを図っているが、利用者の意見も反映して定期的に見直すことが望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントシートを活用したアセスメント手法が確立されており、利用者のニーズに基づいて作成した個別支援計画に反映させている。個別支援計画は看護師・栄養士等の各職種の職員が参加した年2回の検討会議において検討されている。さらに、各職員のアセスメント手法と支援計画作成のスキルアップを図ることが望まれる。			
	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画は統一された手順で半年毎に評価・見直しを行い、変更・継続・中止を検討している。緊急に計画変更する場合はケース会議を開催して検討し、利用者や保護者に説明し同意を得たうえで変更している。変更した支援計画は、モニタリングを行い次期の支援計画に反映させている。引き続き、支援計画検討会議やケース会議を有効に活用して、支援計画の妥当性の検討、問題点の抽出、課題の整理等を行うことが望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
日々のサービス実施状況や利用者の生活の記録は、「ケース記録」としてパソコン入力しており、ネットワークシステムによる情報共有を図っている。日中の状況を記録した「生活日誌」、夜間の状況を記録した「夜間日誌」を作成して申し送りに活用している。記載する職員により記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領等により職員間での統一を図ることが望まれる。			
	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
就業規則や運営規程等にて、個人情報の取り扱いや守秘義務の徹底を規定しており、新しく個人情報管理規程(28.1.1施行)を整備して管理体制を確立している。職員が個人情報管理規程等を理解し遵守するよう、更なる教育等の取り組みが望まれる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
法人内でグループホーム開所時に入所希望のアンケートを取った時には希望が無かったこともあり、個別移行計画は策定されていないが、地域生活を身近に感じられるように情報の提供に努めている。市の福祉計画の動向と保護者のニーズを見極めたうえで、今後できる支援を考えていくことが望まれる。			

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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
コミュニケーション能力を高めるため、日常生活の中で活用できる「絵カード」を使った支援や、ホワイトボードを利用した支援等の個別的な方法を工夫している。意思伝達に制限のある利用者については、日常生活の中で表情や反応を観察し、独自のコミュニケーション手段を発見するように努めている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント			
月に1回開催している「月例会」において様々な行事の情報を提供し、利用者の主体的な選択によって活動に参加できるように配慮している。クラブ活動を充実し、「みるクラブ」、「つくるクラブ」、「えらべるクラブ」にクラブ活動の内容を分けることで、利用者が自ら考え選ぶことができるように配慮している。毎月行われている「月例会」自体にも、利用者が主体となって活動できる場面を取り入れる等の工夫が望まれる。			
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	a ・ ㉘ ・ c
評価機関のコメント			
日常生活において自分でできることはできるだけ自分で行うようにし、必要に応じて支援する方針としている。身体状況の変化等で支援内容が変わる時は、利用者や保護者と話し合いをして必要な支援を相談し、ケース会議等で検討して具体的な支援内容を確認している。引き続き、自力で行う行為の範囲が広がるように、職員の対応や施設の環境整備の検討が望まれる。			
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 ・ ㉙ ・ c
評価機関のコメント			
買物等の施設外活動の機会を通して、社会生活力を高められるような取り組みを実施している。施設内での活動では、洗濯や清掃を職員と一緒に行うことで生活力を養うことができるように努めている。施設外活動を充実したものとするために、地域の協力者を増やす取り組みに期待したい。エンパワメントの理念は、障害があっても夢や希望を持って生きる人を受け入れる「社会を創る」こと。地域の協力者が増えることによって、エンパワメントの理念は実現に近づこう。			
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	㉚ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎年定期的に嗜好調査を行い、食事内容の見直しをするとともに、個別支援計画に基づいた食分量や食事形態を取り入れ食事サービスを提供している。			
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	㉛ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎食の残渣調査と定期的に行う嗜好調査の結果を反映させて献立表を作成している。利用者の誕生日には希望の献立を提供しており、二択のメニューからのセレクトや料理長の一押しメニューを提供する等、写真を提示して食事への興味と楽しさを増やしている。調味料は2種類からの選択で食卓に出す回数を増やし、付け合わせの野菜には多種類のドレッシングを使用して、かけすぎの防止と味のバリエーションを出す工夫をしている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	a ・ ㉜ ・ c
評価機関のコメント			
喫食時間を含む喫食環境については、利用者の状況に合わせた内容となるよう配慮している。しかし、好きな時間に食べるという点では、食中毒対策等の関係から必ずしも対応しきれていない。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
一人ひとりの身体状況や健康状態に応じて、個別の介助方法を決め入浴介助を行っている。入浴介助の手順を決め、安全対策やプライバシー保護に配慮した入浴介助を行っている。高齢化・重度化に伴ってリフト浴の導入を始めている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の身体状況や健康状態、お互いの相性等を考慮して、利用者の希望に沿った形で入浴の時間帯や入浴方法を取り入れている。24時間いつでもシャワー浴が可能であり、安全面を考慮しながら必要に応じて入浴できる態勢となっている。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
浴室・脱衣場の環境を適切なものにするために、検討会を設けて改善を図っている。浴槽の中にも手すり等を設置し、事故防止に必要な設備を整えている。冷暖房設備を整え、窓も多く通気性の良い環境となっている。プライバシーを保護するため、外部からの視界を遮断する構造になっている。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
排泄介助は個別のチェックリストや支援計画を活用して行われており、所定の記録用紙に排泄の状況を記入している。現在行われている排泄介助の内容や留意点をマニュアルにして、統一した方法で支援に当たることが望まれる。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
清掃は毎日行い、汚れた場合は直ちに対応する等、清潔で快適に使用できるように配慮している。高齢化・重度化による介助の必要度が増しており、手すりの確保や補助具の活用を専門業者と相談して対応している。事故の未然防止のためにも、先を読んだ早め早めの対応を望みたい。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
衣類は利用者の意思を尊重して選択している。素材やサイズ、季節に合わないものを着用していた場合は必要に応じて相談に乗り、購入を手伝ったり家族にお願いをする等で適切な選択を援助している。職員に時間的なゆとりが無く、利用者本人の好みや意向を十分に聞き取れていないことがある。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
衣類の汚れに気づいた時の基本的な対応として、速やかに着替えを促して着替えを行い、排泄等で汚れた衣服は消毒し洗濯を行っている。汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順を整えておくことが望まれる。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めており、希望がある場合には化粧や髪型を職員がアドバイスしている。寝癖や髭剃りが必要な場合にも職員が対応している。理・美容の情報は新聞やテレビを通して提供されており、希望があれば専門の雑誌を提供している。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
理容店を営む保護者が月に1回、理髪ボランティアとして事業所を訪れている。一人ひとりの特性を理解して整髪してもらえるため、希望者が多い。帰省時等に地域の馴染みの理・美容店を利用する利用者もいる。施設の外出支援の一つとして、地域の理・美容店を利用した取り組みも検討してみることが望まれる。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
夜間の就寝中の利用者に対するサービスは、おむつ交換や体位転換、不眠者への対応等を業務手順として定め実施している。夜間の支援状況は定められた様式にて記録し、日中活動への引継ぎとしている。ベッド付近に壁灯があるが、電球を外してしまう利用者があるため、居室の天井灯で対応する形となっている。同室の利用者の安眠の妨げになる場合があるため、適切な対応が望まれる。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
定期的に健康診断や歯科検診、インフルエンザ予防接種を行っている。理学療法士による機能訓練を行い、高齢化や障害の重度化に対して日常的に取り組める運動等の指導を受けている。定期的に医師による回診が行われ、看護師が季節毎の健康に対する相談指導を行っている。フェースシートに服薬内容、医師からの指示、家族の要望等を記入して健康管理している。情報共有のため、パソコンのネットワークシステム利用を検討してみることが望まれる。			
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	a ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
嘱託医との連携が十分取れており、必要な時に迅速に対応できる態勢となっている。健康面での緊急な変調に対してのマニュアルを作成して対応しており、保護者との協力体制も作られている。利用者の高齢化・重度化に伴う通院の増加や、保護者の高齢化による協力体制(通院付添い)の弱体化傾向が見られており、今後の課題となっている。			
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
薬の管理は、看護師により医務室で適切に管理されている。利用者毎に処方されている薬の目的・効果・注意事項等の情報を一覧で記載し、全職員が閲覧できるようにしている。投薬時にはチェック表を使用して薬の確認をし、服薬時には本人確認、薬確認を行い、複数回での確認作業を行い誤薬防止に努めている。引き続き、服薬時の誤薬や服用忘れ等の防止対策の充実を図る取り組みが望まれる。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
余暇・レクリエーション活動は、話し合いやアンケート等を通じて利用者の要望を把握したうえで企画しており、利用者の希望により参加できるよう配慮している。クラブ活動では、「みるクラブ」、「つくるクラブ」、「えらべるクラブ」を設け、利用者の興味や趣味に応じた活動を行っている。日常の療育活動においても、外部講師を招き「音楽療法」や「軽運動」を行い、重度の利用者にも対応できる活動を行っている。			

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		
<p>外出は利用者の希望に応じて企画し実施している。外出計画の情報を掲示板に掲示して情報提供している。外出の際は「連絡カード」を所持し、安全確保や不足の事態に備えるようにしている。個別のニーズや個別の外出に対応できるような体制についての検討が望まれる。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>基本的には利用者・保護者の希望に基づき実施している。施設から要請する場合は、感染症対策として隔離が必要な時と利用者の精神的な安定を図る時に限られている。今後、保護者の高齢化等で外泊が困難になることが予想される。その場合に、いかにして利用者の外泊願望に応えるかの検討が望まれる。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の預かり金については、所定の金庫に保管し支出の際には出納帳に記入し、毎月保護者に確認を取る等の取扱い規程を定め適切な管理を行っている。自己管理の場合はジュース購入の目的で少額を管理することにしており、基本的に金庫にて保管している。</p>		
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		
<p>新聞はスポーツ紙と一般紙を施設で購入し、共有スペースにて閲覧出来るようになっている。新聞やテレビの共同利用の際には、利用者同士で話し合い、トラブルなく使用している。雑誌やテレビの個人の所有は、希望に応じて持ち込みが可能である。雑誌等は外泊で家に帰った時に購入することが多く、今後は購入方法を検討することが望まれる。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>喫煙コーナーを設けてあるが、現在の利用者は喫煙・飲酒ともに希望者がいない。短期入所の利用者で喫煙者がおり、喫煙の場所・時間・方法を文書で説明し、同意を得て喫煙してもらっている。</p>		