

## 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12月11日(金)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称：指定障害福祉サービス事業所ときわ作業所	種別：生活介護	
代表者氏名：三ツ口 和男	定員（利用人数）：30名	
所在地：愛知県江南市後飛保町高瀬69番地		
TEL：0587-57-7101		
ホームページ：		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 昭和56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： 22名	
専門職員	（管理者）1名	（支援員）19名
	（サービス管理責任者）1名	（介護福祉士）4名
	（社会福祉士）1名	（事務員）1名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）作業室、食堂、相談室
		医務室、洗面所、便所、静養室
		更衣室、シャワー室

### 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”を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を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

【作業所の現状】

・平成23年4月にこれまでの作業中心の授産施設から日中活動の充実を目指した生活介護に移行し、利用者個々に合わせ、充実した施設生活や社会参加の機会が提供できるよう努めています。個々の利用者の状況に合わせた支援をするにあたり、班活動の見直しや日課の見直し、工賃の見直し、送迎サービスの見直しや利用者の重度化・高齢化に合わせた施設の利便性の向上に取り組んでいます。

また、事業は生活介護に移行しましたが、これまで培ってきた授産施設としての作業活動の機会も出来る限り維持し、利用者のやりがい、生きがいを感じられる施設生活が送れるように努めています。

【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 15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

◆機能する会議体

法人、事業所の意思決定や指示・命令系統、報告・伝達の仕組みが構築されており、それぞれの会議体が有効に機能している。法人の意思決定を「理事会」・「評議員会」が担い、一部の理事と施設長による「運営会議」があり、その下に施設長による「連絡調整会議」がある。その下に、主任クラスが参加する「事業推進部会」が組織されており、経営課題の抽出や改善策の検討をしている。明らかになった経営課題は、各事業所で事業計画に盛り込んで取り組んでいる。

#### ◆積極的な情報提供

福祉サービスの選択に必要な事業所情報をホームページやパンフレット・機関誌等で積極的に提供し、市役所、社会福祉協議会、特別支援学校等の公共機関に事業所のパンフレットを置いている。日中一時利用のための説明会を開催したり、さらに特別支援学校でも説明会を開催する等、利用希望者の要望に十分に答えている。小学校や中学校からの要請（障害者理解のための教育の一環として）があれば、職員と利用者が「出前講座」の講師役となって学校を訪問している。

#### ◆デジタルとアナログの特徴を活かした記録の作成・管理

パソコンにより福祉サービスの実施状況の記録を作成しており、ネットワークシステムを利用することによって事業所内で情報共有する仕組みを構築している。アセスメント表や個別支援計画書を始めとして、日々のサービス実施記録がケースファイルに整理して保管しており、大変見やすいものとなっている。記録する職員によって差異が生じないように、職員会議等を使ってレベル合わせも行っている。記録作成上の必須要件である「読みやすく」、「容易に識別が可能で」、「後日に追跡・検索が可能」を十分に満たしている。

#### ◇改善を求められる点

#### ◆利用者満足度の調査・把握を

「サービスの質の向上」は、「利用者満足度の向上」とも置き換えられる。それ故、サービスの質の向上を問うときには、利用者の満足度の把握が必須となる。利用者や保護者に対してのアンケート調査や個別面接を定期的に行うとともに、利用者会や家族会への職員の参加を通して、利用者満足度の合いを把握することが望まれる。レクリエーション活動のアンケート調査や、年1回の嗜好調査が実を挙げていることからしても、事業全体をとらえた利用者満足度の調査・把握が望まれる。

#### ◆利用者満足度の調査・把握を

提供するサービスの全体を網羅した標準的な支援のマニュアルがなく、個別支援計画書において利用者個々の支援の手順を明確にしている。「ときわバザー」をはじめとする事業所イベントや行事が慣習的に運営されている。前回の反省に立って次回の改善につなげているが、各種行事に対応するマニュアルは作成されていない。その時に活躍してくれる大勢の協力的なボランティアの受入れに関するマニュアルも然りである。マニュアルの作成に際しては、冒頭に意義や目的（何のために）を明確に記述することを勧めたい。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回から改善出来てきた項目と今後更に必要な項目がレーダーチャートにより一覧でき、分かり易いものであった。個々の評価項目では個別的な対応に留まり、まだ組織的に一般化されていないところも見受けられるものであり、自己評価と第三者評価による視点の違いを感じ、改めて見直すきっかけとなるものであった。

#### 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。

# 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			
「明るく 楽しく のびのびと」の法人理念の下、利用者の自主性、主体性を尊重した支援を行っている。理念に沿って、利用者にとっての自由度の高い支援を行っているが、「必要最低限のルールは遵守する」指導を通し、社会的な自立の基本を身につけさせている。障害特性から理解や判断能力に差のある利用者には、法人や事業所の目指す方向性を伝えるための工夫を望みたい。			

### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
これまでにも、行政(市)から法人・事業所要職への出向やOBの受け入れ実績があり、法人と行政とは強い連携関係にある。それ故、事業運営に必要な様々な情報を共有することが可能となっている。特別支援学校とも連携関係にあつて、実習生の受け入れ等を通して今後の見通しを立てている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「理事会」「評議員会」の下に、理事と施設長による「運営会議」があり、その下に施設長による「連絡調整会議」がある。その下に、主任クラスが参加する「事業推進部会」が組織されており、経営課題の抽出や改善策の検討をしている。明らかになった経営課題は、事業計画に盛り込んで取り組んでいる。			

### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「事業推進部会」の大きな役割りの一つが、「3年後のビジョン」を確かなものとして創りあげること。期限管理や数値目標等を明示して、事業計画作成への枠組みを示すものとしてほしい。			

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			
事業所としての文書化した中・長期計画を持たないことから、事業計画は前年度の事業報告書で洗いだした課題を反映させる形で策定されている。取り組んだ活動の成果を正しく評価するためにも、主要な取り組みには可能な限りの数値目標の設定が望まれる。			
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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障 6	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
会議体が組織運営面で機能しており、職員の意見や要望は「事業推進部会」が吸い上げて取りまとめ、施設長による「連絡調整会議」でまとめられている。最終的には「理事会」・「評議員会」で承認されるが、職員への周知は前述の流れと逆の形で降りてくる。			
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			
障害を持つ子の親の熱い思いから産まれた法人であり、毎月開催される保護者会への出席率も高い。年度初めの保護者会では、事業計画の資料を配布して説明している。保護者の最大の関心事は“親亡き後の・・・”であるが、短期的には「利用者の送迎」と「工賃」であり、管理者が事業所の方針を説明している。理念の周知と同様、利用者への説明には一工夫を要す。			

#### 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			
事業活動や個別の取り組み時には、計画と報告を一体化して考え、次回の計画に反映させるべくPDCAサイクルを意識した事業運営を行っている。ただ、PDCAサイクルの意識については職員間で温度差があり、今後の課題としては、職員間の意識のギャップの解消が挙げられる。			
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			
前回(3年前)の第三者評価受審で得られた改善課題や貴重な気づきのいくつかは組織的に対処されていた。PDCAサイクルの意識が醸成されてきたのもその一環であろう。今後、さらに改善活動を効果的に実施するためには、取り組もうとする改善課題ごとに、「責任者」、「改善活動の期限もしくはスケジュール」、「改善の具体的方法」を明確にして取り組むことが求められる。			

## 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		
法人の規程によって管理者の責任と権限が明確化しており、法人の施設長(管理者)で構成する「連絡調整会議」でも、人事考課制度導入の必要性等、法人経営の方向性に係わる提案を行っている。		
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		
障害者虐待や身体拘束、個人情報・プライバシーの保護、障害者差別の解消等、事業所に深く係わる法令に関して、具体的な事例を挙げて勉強会を開いている。コンプライアンスに関して職員間の意識に差があり、非正規職員への周知が課題となっている。		
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 a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
「サービスの質の向上は、理念の理解の下にある」との思いを持ち、非正規職員の意識改革に取り組んでいる。勤務時間に制約の多い非正規職員への教育は、まだ期待される成果を見るに至っていない。		
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		
管理者の改善・改革意識は高く、緊急事態への対応に関しては多くの改善事例がある。まだ成果は上がっていないが、自己申告制を取り入れたり、職員との対話の機会を作って内部の良好なコミュニケーションを構築したりした。ハード面の環境整備に関しても、事業所建屋の耐震化や利用者の送迎用社有車の拡充等を実施した。		

### 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。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
キャリアパス制度の柱となる「キャリアパス・フォーム」の作表が完成した。法人の助成制度によって職員の資格取得を奨励し、契約社員から正規職員への登用も可能となった。		
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		
総合的な人事管理を行うためには、キャリアパス制度と対をなす人事考課制度の確立が必要とは認めながらも、まだ具体的な検討段階に入っていない。		

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り組んでいる。	障 16	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事前に(前月に)勤務シフトを作成することによって、有給休暇が取りやすくなった。まだ、有給休暇の消化は職位・職種や業務内容によって職員個々のバラつきはあるが、かなりの改善効果を出している。さらに働きやすい職場とするために、職員雇用を安定させて時間外勤務の軽減を図ることも必要であろう。</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。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>人事考課の制度を持たないことから職員個々の教育ニーズの抽出が甘く、体系的な能力開発の仕組みが未構築である。法人全体で資格取得の支援をしており、助成制度を利用して資格取得にチャレンジする職員が増えてきている。</p>			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業計画の中に、「各種会議・研修」の項目を設けて年間の教育・研修方針を示している。体系的な教育・研修システムはなく、施設内研修はその時々タイムリーなテーマ(今年度は「虐待防止」、「成年後見制度・権利擁護」、「緊急対応」等)を取り上げ、外部研修には研修テーマと業務内容とが一致する職員が参加している。階層別教育、職種別教育等、縦と横の基軸を絡めた教育・研修システムの構築を期待したい。</p>			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所内研修を年間2回実施することを事業計画にも取り上げており、研修の成果(有効度)は職員会議で話し合われている。外部研修に関しては、職員の不足から勤務シフトが苦しくなっている時期には研修参加を見合わせることもある。正規職員に比し、非正規職員の研修参加の頻度は少ない。</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。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>教員志望の実習生や看護学校からの実習生が、毎年20名前後事業所を訪れる。実習生に対する対応については、これまでの経験を活かして円滑に行われている。しかし、実習終了後の反省会での話題が実習生に対する評価に終始し、実習そのものの目的に照らした評価にまで及んでいない。実習生を指導することによって、担当した職員が自らの業務の振り返りや学びにつながったか、利用者が実習生と交わる中で得たものはあったのか、等も「実習生受け入れの目的」として評価を加えることが望まれる。</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。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>定期的な第三者評価の受審を事業計画にも明記しており、今回が2回目の受審である。毎月開催される保護者会でも、事業内容を詳細に伝えている。苦情等の受付窓口は公表しているが、実際に苦情等があった場合に、その内容や改善・対応の状況について公表する仕組みがない。公表に際しては、苦情等の発信者の「公表同意」を取ったうえで、法人のホームページ等で公表することが望ましい。</p>			

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			
法人監事による内部監査と顧問契約の税理士による会計処理・指導が行われている。現時点では定期的な外部の専門家による会計監査の実施はないが、今後の法整備を待って実施することとなる。			

## 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			
地域の理解を深める取り組みとして「ときわバザー」がある。年に1回の催しであるが、近隣の他法人からも出店があり、会場には30を超すテントが張られ、来客は800名を数える。地域と合同で運動会や納涼大会の開催もある。利用者の自力通所(徒歩、自転車、公共交通機関等)を基本としていることから、地域との接点は多く、これらのイベントが地域の理解や協力を得る有効な活動となっている。			
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			
ときわバザーをはじめ大きなイベントの時には、多くのボランティアの協力があり、その中には熱い思いを持った保護者・家族の姿もある。定期的に理容ボランティアの訪問があり、折り紙教室の先生もボランティアである。このように多くのボランティアを有効に活用しているが、その基となるマニュアルが整備されていない。早期に、意義や目的を明確にしたボランティア受け入れマニュアルの策定を望みたい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
サービス管理責任者や主任支援員等、職場経験の長い職員によって、関係機関との連絡・調整は円滑に進められている。事業所に係る関係機関のうち、必要と思われる連絡先が事務所内に掲示されているが、全てをリスト化したものは作成されていない。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者と職員が、小学校や中学校からの要請を受けて「出前講座」の講師役を務めている。地域の民生委員が障害者理解のために事業所を訪れた。ときわバザーは地域からの評価が高く、年を追うごとに規模を拡大している。市・行政とも緊密な関係を継続しており、大規模災害の発生時には福祉避難所として場所を提供する用意がある。			
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			
地域の福祉ニーズは、市・福祉課や特別支援学校、相談支援事業所等との連携の中から情報を収集して把握に努めている。男性用のグループホーム、小規模の入所施設の設置が必要に迫られており、事業推進部会で検討に入っている。			

## 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針には利用者を尊重した福祉サービスの実施についての明示しており、職員会議において利用者の尊重や基本的人権について勉強や学習する機会がある。職員は定期的に「セルフチェックシート」により自己診断を行い、虐待防止を図るとともに、利用者を尊重して基本的人権に配慮した支援につなげている。			
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 ・ ② ・ 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等の権利擁護について、運営規程や重要事項説明書及び利用契約書において規定しており、職員に周知徹底を図る取り組みをしている。しかし、利用者や家族に向けても、権利擁護等の周知を図る取り組みの充実が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者に対しては、福祉サービスの選択に必要なと思われる事業所情報をホームページやパンフレット、機関誌等により随時情報提供している。さらに、市役所や社会福祉協議会等の公共の場にもパンフレット等の資料を置いている。将来、利用希望が想定される日中一時保護の利用希望者や、特別支援学校の卒業生を対象とした説明会を開催しており、必要に応じて見学や体験の希望に応じている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用に当たっての事前説明時には利用者にも同席してもらい、パンフレットや重要事項説明書・利用契約書をわかりやすく説明し、利用者や家族の同意を得たうえでサービスを開始している。今後の課題として、理解力や判断能力に個人差がある利用者にも、わかりやすく伝える工夫が望まれる。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の変更にあたっては、福祉サービスの継続性を確保するためにアセスメント表や個別支援計画書を申し送り書に添付している。また、支援内容が著しく変わらないよう移行先の施設と協議を行い、必要に応じて市役所や社会福祉協議会にも立ち会ってもらっている。移行後の利用者からの相談については、習慣的にサービス管理責任者が窓口となっているが、担当窓口(担当者)を決めて対応することが望ましい。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障 33	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
日々の支援の中でコミュニケーションを図り、利用者の要望や不満を把握するように努めている。レクリエーション活動では、利用者アンケートの要望により「なかよし会」を開いた経験がある。他の支援全般においても、アンケート等を行うことにより、利用者満足につなげる取り組みを充実させることが望まれる。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
法人で「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までの苦情解決のための仕組みが整備されている。利用者や家族には、重要事項説明書や利用契約書により周知を図っている。玄関にはその仕組みを説明した掲示があり、意見箱も設置されている。しかし、意見箱の活用が図られておらず、より一層意見の申し出をしやすい工夫が望まれる。		
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		
利用者等から要望や相談を受けた時には、必ずその日のフロアリーダーが内容を把握し、必要に応じてケア会議にかけ等で解決を図るような仕組みを構築している。活用されていない意見箱の設置方法を含め、利用者や家族から相談や意見を述べやすい環境を整備していくことが望まれる。		
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
保護者とは毎日「連絡ノート」を取り交わして意見や相談事を把握するようにしており、利用者とは「交換日記」等を通して把握するように努めている。毎日行われる終礼にて利用者の状態を報告し、必要に応じてケア会議等を行い迅速に対応する仕組みとしている。		
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		
「緊急時対応マニュアル」として、「事故発生時」、「通院時」、「送迎時」、「欠席時」、「行事の時」、「警報発令時」等の対応マニュアルが整備されており、職員への研修が行われている。BCP(事業継続計画)の策定や、事故には至らないヒヤリハット事例を収集・分析する等、事故の未然防止を図る体制の整備が望まれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
感染症予防対策として「衛生管理マニュアル」を整備して職員への周知を図っており、感染症が発生した場合には発生内容に合わせたマニュアルをその都度見直している。感染症予防の勉強会を定期的に開催して「衛生管理マニュアル」通りに対応できるように取り組むことが望まれる。食中毒に係わる吐しゃ物処理の対応訓練についても、実施が望まれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
「防火管理規程」により災害時の体制が決められており、職員や保護者への緊急連絡網も整備されている。年数回避難訓練を消防署と連携して行い、災害時の食料や備品類を備蓄している。利用者の安全を最優先としたBCP(事業継続計画)の策定を期待したい。		

### 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		
標準的な実施方法を運営規程や重要事項説明書に明示し、文書化しているが、福祉サービス全般にわたって実施時の手順や留意点を明確にした支援マニュアルとして整備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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>個別的な福祉サービス実施計画の見直しについては見直しの時期や方法が定められ、ケース会議や検討会議にて検討して見直しをする仕組みが確立しているが、標準的な実施方法の見直しについての仕組みを整備することが望まれる。</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。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>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、利用者の要望を取り入れて作成した個別支援計画に反映させているが、個別支援計画書通りに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが機能していない。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>定期的にモニタリングを行い、利用者や保護者の要望を確認して支援計画に反映するように努めている。職員が統一した方針で支援目標を達成できるよう、「支援計画検討会議」にて支援計画の妥当性を確認しているが、「支援計画検討会議」が有効に機能しているか検証することが望まれる。</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。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>福祉サービスの実施状況の記録は、個々の利用者毎のケースファイルの中にケース記録として保管しており、ケース記録はパソコンのネットワークシステムを利用することにより事業所内での情報共有が可能であり、いつでも閲覧できるようになっている。記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、職員会議等を通して統一を図っている。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>運営規程や重要事項説明書・利用契約書により利用者に関する記録や個人情報の保護管理について規定しており、就業規則の中にも規定を定めている。さらに、職員教育を徹底させるとともに、利用者や家族にも法令や取扱いを説明することが望まれる。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の地域生活への移行希望はグループホームが主となっているため、移行希望者は事前に1年程かけて生活訓練を行い、無理なく地域生活に適應できるよう配慮している。相談支援事業所と定期的に連絡を取り、移行希望の情報を交換して円滑な移行支援を行っている。</p>		

### 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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者固有のコミュニケーション方法やサインがあるため、その方法を保護者から聞き取ったり、日常的な関わりを通して発見する等でコミュニケーションを図るように努めている。意思伝達に制限のある利用者のコミュニケーション方法の開拓のため、研修等を通して専門的な知識を習得する取り組みが望まれる。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意見や要望を尊重し、誕生会、クラブ、「経済活動」等の活動に参加してもらうようにしているが、意見を出せる利用者が限られており、職員が提案する活動の中から選択してもらう場合が多い。施設外の障害者や知人と自由に交流できるような機会を設定している。利用者による自治会はないが、自治会に準じた主体的に活動できる場の設定が望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者ができることには見守りの姿勢を保ち、必要に応じて支援に入るという基本の方針を職員会議等で確認しており、支援に入るタイミングについては保護者からの情報を参考にしている。今年度、昇降機や入口にスロープを設置する等の施設整備を行っている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
社会生活力を高めるために、「経済活動」の中でお金の使い方を教えたり、洗濯物をたたんだり、買い物や納品業務に同行する学習・訓練プログラムを多数用意している。今後は、利用者自身が人権意識を高められるように、関連する資料や情報の提供が望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画には食事支援の内容や食事形態・留意事項が記載されており、食事支援マニュアルに基づいた食事サービスが提供されている。食事介助の内容について、保護者からの要望(テーブルに肘をつかない、食事の量を少なめにする等)も考慮に入れ、利用者の要望に応えるとともに、食堂内の職員の配置や食事介助の内容等を支援員会議において検討して決めている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年1回利用者の嗜好調査を行い、利用者の要望に応じた内容になるような献立表となっている。献立や食材は季節のものを提供するように努めており、適温の料理を提供するための工夫をしている。誕生月のリクエストメニューやセレクトメニューを用意している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
食事の提供時間を12:00~14:00と幅を持たせており、利用者に応じて食事時間を変更することが可能となっている。月1回給食会議を開催し、食堂の設備や雰囲気、メニューについて検討している。食事としては季節のメニューの用意があるが、食堂自体にも季節感の感じられる環境の工夫が望まれる。			

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	非該当
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	非該当
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	非該当
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
同性介助を基本とした排泄介助を行い、「衛生管理マニュアル」を準用して汚物処理や排泄介助を行っている。課題としては、標準的な排泄介助マニュアルを作成し、排泄介助の結果を記録するための所定の様式を整えておくことが挙げられる。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
毎日トイレの清掃、便器の除菌・消毒を行っており、清潔が保たれている。作業室からトイレが見えないようにアコーディオンカーテンで目隠しをしてプライバシーを守るようにしている。一部に冷暖房設備の不十分などところがあるが、必要に応じて対応することが望まれる。			
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	⑨ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の服装については、本人の好みの服を家族が用意しており、それを着用して通所している。動きやすさや全体のバランスなど考慮し、本人に合う服装を家族と相談しながら決めており、買い物支援の一助としている。			
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	⑨ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
衣服の着替えについては、特殊な場合を除き利用者の納得を得て行っている。汚れや破損した場合は、私物の着替えが置いてない場合でも共用の着替えを提供することができ、職員からの促しにより利用者の意思を尊重して衣類を選択して着替えてもらっている。			

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		
月に1回理容ボランティアが来所し、散髪の希望者に利用してもらっている。利用者に希望の髪型を事前に聞いておき、希望が伝えられない利用者は保護者から希望を聞いておき、理髪ボランティアに伝えるようにしている。		
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	非該当
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	非該当
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
利用者の健康管理マニュアルが作成されており、健康管理表、健康調査票等が整備されている。月1回医師による医療相談を行っており、年1回歯科検診、口腔ケアを行っている。また、毎週看護師により体重測定や血圧等の健康状態のチェックが行われている。課題は、インフルエンザ等の予防接種の支援の仕組みが構築されていないこと。保護者会との協議により、適切な支援方法の構築が期待される。		
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		
健康面に変動があった場合には、「通院時の対応マニュアル」により協力医療機関や近隣の複数の医療機関を受診し、迅速かつ適切な医療を受けられる体制を整備している。保護者にもその対応を伝え、協力を得られるよう周知している。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
薬の情報について、処方箋の写しをケース記録に保管し、「健康調査票」に薬の情報を記入することで投薬状況を把握している。薬は鍵のかかる薬品棚で管理し、必要に応じて薬を準備し服薬するようにしているが、薬の管理に関するマニュアルの整備が望まれる。		
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		
利用者からアンケートを取り、話し合いを通して利用者の要望に沿った「経済活動」(レクリエーション活動)を行っている。「創作活動」では、積極的に外部からのボランティアを受け入れている。事務所前の掲示板に、余暇・レクリエーション活動に関する地域でのイベント情報を掲示している。		

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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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	非該当
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	非該当
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
新聞・雑誌・ラジオは個人所有のものを休憩時間に使用している。テレビに関しては、昼の休憩時間に共用のテレビを番組を決めて見たり、カラオケにして利用者間で順番・曲を決めて使用しているが、今後個人所有の希望があった場合の対応等を検討しておくことが望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
現在はタバコを吸う利用者や飲酒を希望する利用者がいないため施設内は禁酒・禁煙となっているが、今後希望があった場合の対応等を検討しておくことが望まれる。		