

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26日(火)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：ひらめき2%	種別：生活介護、就労継続支援（B型）	
代表者氏名：今村 雄一	定員（利用人数）：35名（41名）	
所在地：愛知県知多郡阿久比町卯坂秋葉山37-5		
TEL：0569-48-9902		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成19年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 相和福祉会		
職員数	常勤職員： 29名	
専門職員	（管理者）1名	（目標工賃達成指導員）3名
	（生活支援員）20名	（非常勤看護師）1名
	（職業指導者）4名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）作業室、食品作業室
		菓子製造室、食堂、事務室
		相談室、会議室、パントリー
		更衣室、デイルーム

③理念・基本方針

<p>◆理念◆ （法人） すべての人にとって 今日一日が充実し満足できるものであり、明日への希望が豊かなものであるよう努めます。</p> <p>（事業所）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すべてのひとが人を大切にし 人に大切にされていることを実感できるよう努めます。 ・すべての人の 希望を実現するため豊かな環境を実現し 知恵を共有します。 ・ご利用者さま ご家族さまに 十分な満足と笑顔をいただけるサービスを提供します。 ・ご利用者さまの要望に 迅速 的確にお答えします。 ・専門性を陶冶し 支援技術の高度化均質化を追求します。 ・安心で 安定した 法人 施設運営を目指します。
--

◆基本方針◆

- ・人との温かな関わりをとおして、利用者が居心地の良い場所をつくります。
- ・利用者一人ひとり働き方を尊重し、働きがいある職場をつくります。

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者様の健康と笑顔を第一に考え、全職員の統一した支援を目指しています。健康面では、「歩く力の維持」を計画し、ウォーキングやリハビリ体操への参加者を募り、毎日の作業で固まった身体をほぐすことや、高齢の方の将来的な体力維持の不安を取り除くことを目的とした働きかけを行っています。

また、利用者様の笑顔を引き出すための計画として、ABA研修で学んだことを生かし、支援困難な利用者様への対応を一つ一つ拾い出し、個々の職員が情報を発信し共有することで、精神的苦痛を取り除けるよう意見を出し合っています。こういった職員が一人で悩むことがないようにする取り組みの結果、利用者様の笑顔を引き出すきっかけになるのではと期待しています。

今年度は施設横の空き地を利用して、野菜の栽培・収穫を行いました。自分たちで作ったかぼちゃやトウモロコシを収穫し、調理実習を活用して提供することができました。このような余暇時間の充実については常に課題にあげ、利用者様が「何もしていない時間」を作らないよう、意見を出し合い、努力しています。無駄な業務は何か、この時間を使って、利用者様が幸せになれることはないかを考え、日々の業務の見直しを行い、一人でも多くの利用者様が、ひらめき2%で気持ちよく過ごして頂けることを目標に、取り組みを継続しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年11月1日（契約日）～ 平成28年4月21日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	4回（平成24年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆事業の差別化

事業運営において、他の法人や事業所との差別化を狙った事業展開を計画している。利用人数は少ないが、既に他の法人・事業所では稀な「土曜日営業」を実施している。さらに、「日曜日営業」の可否についての検討に入っている。実施されれば、家族に対しての大きなレスパイト支援となろう。授産商品の「阿久比うどん」も好評で、ホームページでもうどんを基本にしたレシピの数々を載せている。他の法人・事業所との差別化を図り、地域の福祉ニーズの掘り起こしにも寄与している。

◆利用者主体の支援

生活介護事業とB型の就労継続支援事業に関し、新しい利用者をどのように組み入れるかの決定に、利用者主体の考えがある。事業ごとの定員や仕事、作業、活動の適正人数等、事業所側の都合を優先するのではなく、様々な体験をしてもらってから本人希望をも考慮して決定している。事前の聞き取り調査では、これまでに他の事業所を経験してきた利用者から、「前の施設より良い」、「この事業所に勤めることができ良かった」との意見が聞けた。

◆マニュアル類の整備

必要に応じて新しいマニュアルが追加作成され、支援の標準化がさらに推進されている。利用者の安全面（災害、事故や感染症等）に関しても、“起こさないための”予防の手順と、“起きてからの”適切な対応の手順が整備されている。課題であった利用者送迎時の災害発生への対処であるが、送迎車両ごとに対応のフローチャートが作成されて車内に常備された。

◇改善を求められる点

◆ホームページの活性化を

事業所のホームページにブログのコーナーを設け、9項目のカテゴリーに分けて事業所のトピックスや利用者の日常の様子を伝えている。しかし、このブログの更新が2年近く途絶えている。情報を得たいと思う者は、これから利用を希望する者だけでなく、わが子（利用者）を通所させている家族にとっても貴重な情報源である。組織として発信する情報は、正確、かつ最新のものを提供することを望みたい。

◆リスクマネジメントに対する体制の構築

ヒヤリハットの取り組みがあり、ISO9001の是正システムや予防システムも構築されている。内部品質監査の実施によって、事業運営の有効性を検証する仕組みもある。しかし、リスクマネジメントに関しては、それぞれの業務に即した担当者レベルで考察されており、事業所全体を統括する仕組みがない。担当する委員会やプロジェクトが立ち上がれば、ヒヤリハットの取り組みも実効性を増してくるはずである。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ご利用者様への事前聞き取り調査、当日の訪問調査の結果を受けまして、改善を求められる点については検討・改善し、ご利用者様・ご家族様・職員のすべての人にとって充実した日々が送られるよう、よりよいサービス提供を目指していきたいと思います。

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の理念の下に事業所の理念・方針を定め、品質目標(事業計画の骨子)と共にカードに記載して携行している。利用者の障害特性に配慮し、自治会では噛み砕いた表現を用いて時間をかけて丁寧に説明している。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
県の知的障害者福祉協会や2市2町のネットワーク会議で制度や行政の動きを把握し、相談支援事業所や特別支援学校、利用者家族等からは利用する側のニーズの把握に努めている。円滑かつ健全な事業経営のためには、他法人、他事業所との差別化の必要性を意識しており、土曜日営業に続き日曜日営業も検討の俎上に上げている。			
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			
事業運営の課題は事業計画(品質目標)に取り上げて改善を図る仕組みが構築されている。「利用者、職員が安心して働ける場所作り」、「事故が起きる前の予防対策」、「緊張感を持った防災訓練」、「利用者ごとの障害特性の職員間の共有」、「ホームページやパンフレットを利用した地域との関わり」を主要な課題として挙げている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「法人本部中・長期計画」を反映させた「ひらめき2% 中・長期計画」を策定している。事業所の中・長期計画では、「中期」として平成26～28年度の取り組みを、「長期」としては平成29年度以降を想定したビジョンを示している。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「ひらめき2% 中・長期計画」を踏まえ、13項目の品質目標(事業計画)を策定している。品質目標の設定に関しては、第三者評価の評価項目との関連にも触れ、日常の支援と第三者評価とのつながりにも意識を持って取り組んでいる。13項目の品質目標については「品質マネジメントプログラム」を作成し、責任者と目標(課題)の数値化、スケジュールを明らかにしている。スケジュールが明確になっていることにより、責任の所在と期限管理が可能である。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
中間評価を実施して、期中で事業計画の見直しを行っている。品質目標の目標値と実績が大きく乖離している場合には、計画を変更する等、後期の事業運営に反映させている。年度の終了時には「終了時評価」を実施し、残された課題は次年度の事業計画作成時の検討課題として残される。前年度(平成26年度)の「終了時評価」では、いくつかの項目で「具体的な活動に至っていない」との評価が散見され、取り組みごとの熱の違いが浮き彫りになっている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
保護者会を通じて事業計画の概要を説明しているが、年間2回(3月、9月)の保護者会に出席する保護者は利用者数の半数を切っている。欠席した保護者には保護者会で使用した資料を送付しているが、理解に至ったか否かの確認はできていない。利用者(特に意思伝達に制限のある利用者)に対しては、理解を促す工夫を期待したい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ISO9001(品質マネジメントシステム)の認証事業所であり、全ての取り組みがISO9001の精神である「利用者満足」(質の向上)の考え方に基づいている。日常の支援にも第三者評価の評価項目を意識して取り組んだり、毎年自己評価を実施する等、サービスの質の向上へ向けて組織としての動きがある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
課題は品質目標として取り上げ、さらに「品質マネジメントプログラム」として改善の具体案を作って取り組んでいる。「品質マネジメントプログラム」には、責任者、数値化された目標(課題)、スケジュールが盛り込まれている。ISO9001の内部監査制度を使い、PDCAサイクルの有効的な活用や事業運営システムの機能性を評価している。			

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			
※現管理者は着任1ヶ月であることから、本項目以下4項目に関しては、前管理者の実績を評価する。 「品質に関する責任と権限一覧表」によって管理者の役割や責任が明確になっており、部下を掌握して事業所を牽引している。「品質管理組織図」によって、他の職制に関してもその位置関係が明白となっている。			
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			
知的障害者福祉協会主催の研修会やその他の外部研修に参加し、そこで得た知識や情報を職員に伝えている。正規の職員には「班会」で、パート職員には「パート会」で周知を図っているが、理解の程度や正確性を確認する手段がない。			
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 ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント			
管理者は、「サービスの質の向上」を、「利用者満足度の上昇」と捉え、様々な施策を講じてきた。しかし、一定の基準をもって顧客満足度を調査する等の取り組みによって、現況のサービスの質を評価・把握するには至っていない。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「班会」や「パート会」の会議体を機能させ、「品質マネジメントプログラム」の実践によって業務改善を図ろうとしている。しかし、綿密に立てられた「品質マネジメントプログラム」ではあるが、優先順位の低い項目のいくつかは年間を通じて取り組みが行われず、実効性に乏しいものもある。			

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 ・ ㉕ ・ c
評価機関のコメント			
社会福祉士や介護福祉士等の有資格者の確保を目的に、採用活動や資格取得の支援をしている。職員の育成面での成果は挙げられているが、法人の成長戦略の影響を受けての職員異動が多く、職員の不足感は否めない。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
早い時期から法人の人事考課制度が運用されており、ISO9001の導入によって人事基準(職員の力量基準)は一段と精度を増した。正規職員だけでなく非正規職員にも制度適用があり、初任者、2年目職員、中堅職員、幹部職員ごとに実施される階層別研修とも連動させている。			

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			
基準配置以上の職員配置で臨んでいるが、事業(生活介護、就労継続支援B型)の支援アイテムが多く、職種や役職、役割によっては有給休暇が取りづらい状況である。資格取得に便宜を図ったり、同期の職員の集まりに補助金を支給したり、リフレッシュ休暇の制度を設けたりと、働きやすい職場づくりを推進しており、「ストレスチェック」の仕組みも導入予定である。			
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			
人事基準である「力量表」によって職員個々に要求される職能要件が規定され、キャリアパス制度によって目指すべき方向も示されている。しかし、職員個々の目標設定が無いことから、職員の中には自らの目標を明確に把握できていない者がいることも事実。事業所の目標管理である「品質目標」や「品質マネジメントプログラム」と連動させ、職員の自覚や責任感の醸成を期待したい。			
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			
法人の「教育訓練規程」によって階層別の研修計画が作成されており、法人主導の研修を補完する事業所内研修(内部研修)や外部研修も充実している。実施後には研修報告書の提出を求め、内部研修の実施後には理解の度合いを測るために簡易なテストを行っている。課題は、職員一人ひとりの教育ニーズを明確にするために、人事考課制度、キャリアパス制度と教育訓練の制度との連動を図ることである。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員一人ひとりの保有資格が一覧表にまとめられており、キャリアパスの制度によって次の目標が明確になっている。加えて、所属長との面談によって職員自らが受講したい分野の要望を出しており、教育・研修の環境整備はできている。			
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			
社会福祉士志望の実習生を受け入れ、実習終了後もフォローの態勢を取って事業所イベントへの参加を呼び掛けている。事業所のクリスマス会には実習生2名が姿を見せた。実習自体は滞りなく実施されているが、実習終了後の評価・反省の記録が残されていなかった。			

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			
第三者評価を定期的に受審し、利用者や家族向けの機関誌を発行して情報提供に努める等、事業運営の透明化を図ろうとする姿勢は評価できる。苦情解決の仕組みは機能しているが、受け付けた苦情の内容や改善・対応の状況を公表するに至っていない。インターネット等の活用を図り、苦情・クレームの公表システムの構築が待たれる。			

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			
定期的にISO9001の要求に従って内部品質監査を行い、法人監事による内部監査も制度化されている。県内でも有数な会計事務所と契約して財務・会計面のチェックを受け、適切な助言も得ている。社会福祉法の整備を待つことなく、外部専門機関による外部監査の実施が望まれる。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所で製造した授産商品(うどん、かりんとう等)の販売を通して、地域との関係性を強めようとしている。地域イベントには積極的に参加しているが、「秋祭り」を除けば地域から事業所を訪れる人は極めて少ない。日常的に双方向の交流が行われ、地域の障害者理解が進むことを期待したい。			
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			
「ボランティア受入マニュアル」に沿ったボランティアの受入れがある。来訪するのは「演芸ボラ」が中心で、利用者の施設生活(生活介護、就労継続Bの各活動等)を支援するボランティアの集まりが悪い。			
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			
「電話帳リスト」が作成しており、関係機関との連絡・調整に難はない。行政の呼びかけに応じて、定期的な市町村連絡会へも必ず参加している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
同一敷地内の入所施設と合同で「秋祭り」を実施し、地域の住民を招待した。これまで積極的な地域連携はなく、大規模災害時の地域との連携体制(事業所の役割)の話し合いも進んでいない。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
相談支援事業所や行政機関、特別支援学校、利用者の家族等から広範囲に情報を集めて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。他法人の事業所との差別化を図るため、従来の土曜日の営業(開所)に加え、日曜日の営業を検討している。			

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			
<p>利用者の最善の利益(利用者の満足)を追求する手段としてISO9001の認証制度を活用し、法人内、事業所内を共通言語、共通システムの運用によって動かしている。PDCAサイクルや是正処置、内部監査等が日常的に支援業務に組み入れられており、職員間での共通認識が図られている。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の権利擁護に関する虐待防止や個人情報の保護等、配慮を要する支援は規程として文書化され、さらに、個別の細かな対応はマニュアルとして整備されている。関連する外部研修に積極的に参加し、マスコミ等で報じられている虐待事例等を事業所内の研修でも取り上げている。</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。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用希望者に対しては丁寧な対応がとられており、見学者にも十分な説明をしている。事業所を紹介するホームページを開設しており、その中のブログのコーナーでは事業所のトピックスや利用者の日常の様子を伝えている。しかし、このブログの更新が2年近く途絶えている。組織として発信する情報は、正確、かつ最新のものを提供することを望みたい。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用開始にあたっては、利用者、家族に所定の資料を使って説明し、同意を得ている。新しい利用者の仕事、作業、活動等の組み分けについても、業務ごとの定員や事業所側の都合を優先するのではなく、様々な体験をしてもらってから本人希望をも考慮して決定している。</p>			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人内事業所間の移行に関しては、合同会議で検討して(調整して)、ケースファイルを申し送っている。法人外事業所への移行の場合は、受入れ先の担当者を事業所に呼び、本人の様子を観察したうえで面談を行い、さらに利用者が先方の事業所で事前体験をした後に送り出している。移行後の対応については、支援の文書化が遅れている。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>毎年利用者を対象とした満足度調査を実施し、不満足部分は直ちに是正を図る仕組みがある。利用者自治会でもアンケートや意見収集が行われている。事前に実施した利用者への聞き取り調査においても、「前の施設より良い」、「この事業所に勤めることができて良かった」との意見が大方を占めた。</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。		
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		
苦情受付窓口や第三者委員の連絡先を事業所内に掲示し、苦情が提出された場合には規定に沿った対応が実施されている。保護者会で苦情の内容の説明や改善、対応の状況報告、結果報告を行っているが、一般への公表はルール化されていない。インターネットを活用する等、公表までを「苦情解決の仕組み」として捉えた制度運用を期待したい。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
担当窓口だけでなく、話しやすい職員が意見や要望を聞く体制を敷いており、利用者にも周知されている。利用者自治会があることから、自治会を通して意見を提出することもできる。話の内容を他人に聞かれたくない場合には、応接室が使用されている。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
相談・意見に対しては迅速な対応を心掛け、家族から「連絡帳」で意見や質問があった場合には、原則としてその日のうちに回答するルールがある(基本的に「連絡帳」で返答)。重要と判断された案件に関しては業務日誌(パソコン)にインプットして職員間の共有を図っている。緊急性を要する場合には、サイボウズのシステムが有効に活用されている。		
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		
利用者の安全に対する未然防止や対応のマニュアルは整備されている。リスクマネジメントがそれぞれの担当者レベルで考察されており、事業所全体を統括する仕組みがない。担当する委員会やプロジェクトが立ち上がれば、ヒヤリハットの取り組みも実効性を増してくるはずである。		
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		
定められた感染症に罹患した利用者は原則自宅待機となり、快復するまで利用を中断してもらっている。職員が医務的な知識を習得するために内部研修を行っているが、そこでは法人内の他事業所が作成したDVDが活用されている。		
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		
課題であった利用者送迎時の災害発生への対処であるが、送迎車両ごとに対応のフローチャートが作成されて車内に常備された。毎月実施されている防災訓練(主として避難訓練)も習熟度が上がっており、建物の構造や防災関係の装置、機器に関しても点検が実施されている。課題として、非常食の備蓄の必要性を検討願いたい。		

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法に関しては、基本的な考え方を諸規程で定め、ISO9001の要求に従って文書化、マニュアル化が適切に行われ、必要に応じてフローチャートも作成されている。第三者評価受審によって不備が指摘されたり、自らの気づきとしての必要性から新しいマニュアルも作成されている。		

	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			
標準的な実施方法の見直しは「文書管理規程」によって規定されているが、全てにおいて見直しを実施されていることが確認できなかった。見直しの結果、内容を検討して改訂を必要とするものの処理は適切であったが、改訂を要しないものについても、「見直しを実施した」ことの記録を残すことが求められる。			
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			
アセスメントを基に、個別支援計画が直接処遇職員、班長、サビ管、管理者等の多くの目でチェックが入り作成されており、利用者、保護者との面談での同意も得ている。その中でも優先順位、月間目標を立ててサービスが実施されていた。事業計画に支援困難利用者のPDCAサイクルの確立が計画されているが、試行中であるのか継続して実施されていない。継続しての実施を期待したい。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
休業日を設けて中間評価会議を行い、個別支援計画の見直しができている。毎月月間目標を立てて月間毎に評価を行い、課題を明確にして計画が達成できるように努力している。個別支援計画をまとめたファイルがあり、職員への周知に有効な手段となっている。緊急の変更にも「ハウレンソウノート」を活用し、支援の統一を図る仕組みができている。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
業務日誌により日々のサービス実施状況が記録され、回覧にて周知されている。月間目標を立て、計画に基づくサービスが実施されているか評価もしている。ケース記録の記入等のマニュアルが整備されており、記録の内容や書き方に差異が生じないような工夫がある。定期的にケース会議が行われ、情報共有の取り組みがされていた。ネットワークが構築されており、常に情報共有できる環境である。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々にケースファイルが用意され、記録の書面が綴じられていた。記録の管理、個人情報保護についても規定を定めており、職員間に周知されている。職員には個人情報保護の観点から研修が行われており、守秘義務に関しては雇用契約時に文書にて取り決めがされている。利用者、保護者に対しての個人情報の取り扱いについての説明文、同意書も取り交わされており、保管されていた。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
年2回の面談時に地域移行に関する利用者、家族の意向を聞いており、グループホームの空きが出た際にはその都度情報を発信している。体験利用を行う際には月間目標を立て、評価を行った上で移行への是非を確かめている。体験利用の様子は口答、ノートなどで家族に伝えている。一般就労等への移行例は少ないが、それらの場合においても円滑な移行後支援(フォローアップ)が可能となるような手順の準備を望みたい。			

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に工夫が必要な利用者に対しては支援計画に実施要項が記載され、職員間で使用方法についての情報が共有されている。写真を使用したコミュニケーションカードやスケジュールカードも作成され使用されていた。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント			
利用者主体の自治会が毎月開催されており、職員のサポート体制もできている。自治会担当者が報告書を作成し、自治会から得られた意見や要望を職員間で共有している。その際に出た要望の一つとしての農作物づくりが実際に実施されていた。利用者の主体性を尊重する組織としての姿勢を明確にするためにも、自治会に管理者が参加する機会が増えることを期待したい。			
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	㉘ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントに介助度が明記されており、個々のスキルに合った支援が計画され実施されている。日々の支援に関しては、利用者の退所後のミーティングで話し合い、その内容はハウレンソウノートにてパート職員へも周知されている。介助が必要と判断した場合にはその都度利用者へ声をかけ、その旨を保護者へは連絡帳で伝えている。			
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 ・ ㉙ ・ c
評価機関のコメント			
うどん、かりんとう製造、施設外就労での出向清掃作業等、長いものは8年間の積み重ねがある。利用者は、障害特性やストレングス、意思・希望に合った活動、作業に就いているが、利用者個々が持つ本来の力が発揮できているか否かの確認作業がないことや、彼らを受け入れる社会を創るためのプログラムが用意されていないことも課題である。			
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	㉚ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に留意点や支援の内容が明示されており、食事に介助に関するマニュアルが整備されていた。点呼表にて刻みが必要な方へのチェック欄があり、指示通りに確実に行われていた。			
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			
嗜好調査が行われており、現状把握はできている。給食委員会があり、参加利用者は毎回入れ替わりながら委員会に参加して意見を表出している。そこでの利用者の意見や要望が献立に反映されている。適温の食事を提供する工夫があり、メニュー表を配布して事前に利用者へ献立の情報を提供している。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉜ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
給食委員会にて検討してレイアウトを変える等、適切な改善が図られていた。利用者の席を指定せず、喫食時間に差をつけて配膳時の待ち時間を解消する等の配慮があり、落ち着いて食事が摂れる環境づくりをしている。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
希望者に対して入浴サービスが行われており、入浴介助のマニュアルを整備して実施している。入浴前の健康状態のチェックでは、検温や血圧の測定が省かれていた。事業所の都合(業務削減の一環)であろうが、健康管理上での改善の余地があると思われる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
希望の利用者のみを対象に提供しており、利用回数は人によって異なるが希望通りに実施されている。希望がなくても、必要に応じて入浴できる体制はできている。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
衛生会議にて浴室入り口の床素材変更の検討がされ、利用者の安全確保に努力している。更に脱衣所のプライバシー保護について構造上の問題があるが、工夫して適切な環境が整備されることを期待したい。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
排泄介助マニュアルが整備され周知もされている。個別に排泄介助が必要な利用者には個別支援計画に記載されており、排泄記録表にて状況を把握している。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
トイレを重点的に清掃する箇所としての意識が高く、塩素系の薬剤を使って消毒を行い、清潔を保つよう努力している。小便器での排尿の際での汚れは、吸収性の高いマットを使用して適宜交換する等、衛生上においても適切な対応がとられている。		
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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
着替えの必要な利用者にはあらかじめ予備の衣類を持参してもらっており、必要時には着替えをしてもらっている。着替え用の衣類が不足した場合は、事業所で用意した衣類を貸し出している。		

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		
家庭での理髪が困難な利用者やグループホーム居住者に対しては訪問理容を利用することも可能である。その際は利用の希望を取り、髪型やカラーリング等、社会通念上で許容される範囲のアドバイスを与えている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
健康管理票、健康管理のマニュアルが整備されている。月に一度嘱託医の健康相談の仕組みがあり、月に2回デンタルケアも行われている。インフルエンザの予防接種は、家族の了承を得てから行われている。体力維持、増進のために縄跳び等の運動を提供している。		
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		
緊急時の医療対応マニュアルが整備されており、地域内の協力医療機関も確保されている。協力医療機関には定期的に現状報告を行い、必要時に速やかに対応するための連携体制を構築している。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
服薬が必要な利用者には医療ファイルが用意されており、必要な情報が記載されている。投薬に関しての手引きが作成されており、万一誤薬事故があった際にも、適切な対応ができる仕組みが確立されている。		
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		
自治会にて利用者の意向を把握し、日帰り旅行等の行き場所等の情報を提供している。利用者からの農作物づくりの要望も計画に加えて実施されていた。クリスマス会、運動会等の行事には、地域からのボランティアが参加して利用者と交流している。		

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	㉗ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ドライブの際には利用者から希望の場所を聞いて出かけ、散歩等は必ず職員が同行して安全を確保しながら外出している。地域のフリーペーパーをブックスタンドに置き、さまざまな情報を発信をしている。		
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	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 ・ ㉘ ・ c
評価機関のコメント		
毎月ではないが定期的に自治会で読みたい雑誌の希望調査を行い、希望に沿って購入している。休憩時にはテレビを観る時間が設けられており、利用者個人所有の物(CDプレーヤー等)を持ち込むことを許可している。新聞購読は、利用者間でのトラブルを避ける為に事業所負担での購入を中断している。共用のテレビ視聴では、声が大きく、力が強い利用者がチャンネルを独占することのないよう、利用者合意のルール化の必要を感じる。		
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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		