

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21日(月)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：樫の木作業所	種別：生活介護、就労継続支援B型	
代表者氏名：只井 秀明	定員（利用人数）：40名	
所在地：愛知県一宮市富田字漆畑16番地		
TEL：0586-61-6055		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
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）：社会福祉法人樫の木福祉会		
職員数	常勤職員： 18名	
専門職員	(管理者) 1名	(生活支援員) 14名
	(調理員) 1名	(運転手) 2名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 作業室・食堂・医務室
		シャワー室・休憩室・会議室

③理念・基本方針

<p>(法人)・(施設・事業所) 共通</p> <p>人は皆、一人ひとりに様々な「差」があります。背の高い人、低い人、動作の素早い人、遅い人。人付き合いの巧みな人、苦手な人、身体の丈夫な人、病弱な人。</p> <p>このようにいくつも挙げてみると、人は一人ひとりに「差」があること、そしてそのような「差」は、その人全体の価値を決めるような事柄ではないことがよくわかります。</p> <p>私たちは「障がい」と呼ばれるハンディもそうした「差」のひとつであると考えています。このハンディは、彼らの「人」としての価値全体の重さを決めるものではありません。</p> <p>どんなに重い障がいがあろうとも、一人ひとりが、かけがえのない一度きりの人生を生きているのです。生まれ育った地域で、家族といっしょに、生まれてきて良かったと心から喜ぶことができ、将来を見据えながら、今を大事にしていきたいと思っています。</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

○利用者のニーズに応える・・・

利用者は、個々に様々なニーズがあります。日中活動の面、住居について、余暇についてその全てに応えることはできませんが、できるだけ工夫して、また他の機関と協力して、支援していきたいと考えている。

日中活動の場面では、作業室を多く作り、個人の障害の特性、能力や社会性、人間関係を考えた作業場面の提供。職種を多くして、その人の特性にあった作業を用意している。

住居の相談については、一時的なものから永続的な利用まで、短期入所やグループホーム利用についてまで、相談に乗っている。施設入所支援やグループホームの事業所と連携して、そのニーズにできるだけ応えていこうと考えている。

余暇活動については、土曜日の日課の中に、色々なレクリエーションを取り入れて余暇活動の過ごし方を支援している。個別の取組みについては、居宅支援事業所と連携して、より本人のニーズに即した支援を提供している。

相談ごとについては、当然事業所内で解決できることは進めていくが、権利擁護や後見人制度、他の機関と連携が必要な場合などは、相談支援と連携してその解決にあたる。

○地域との連携については・・・

本事業所の中では、地域の事業所の仕事を請け負って、工賃を稼ぐとともに、自主的な生産活動で「クッキー製造販売」を行なっている。販売店も独自に持ち、地域の方々に購入してもらったり、工場や他の団体からの大量注文等に応えている。

また、独自にバザーをおこなったり、他の事業所（法人全体で）と合同で「フェスティバル」と銘打った法人としての行事をおこなって、地域の2000名ほどの方々に集まっていたり、地域交流を図っている。

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 5月 10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

◆急ピッチで進む手順の文書化

若く経験年数の浅い職員が多い職場環境であり、以前から標準的な実施方法をはじめとして個別支援の手順や支援・活動のフローを文書化する必要性が指摘されていた。ここにきて、各種のマニュアルや手順が作成され、支援業務の標準化が一気に進みだした。緊急時の対応やボランティアの受け入れ等、多くのマニュアルが整備され、地域への移行を含む利用者の事業所変更等に関する手続き書式も制定された。手順の文書化は、事業所が取り組みを始めた業務の“見える化”とも無縁ではない。

◆地域交流・連携の継続

地域の障害者理解のためにと、積極的な地域交流が継続されている。法人を挙げての「かしの木フェスティバル」は、木曾川河川敷に2,000名の参加者が集まる。事業所が主催する夏の「盆踊り大会」は、当初は地域の子供会との共催で始まったものであるが、現在では500名を数える参加者が集う地域で最も規模の大きな盆踊りとなっている。慢性的な職員不足の中にあっても、地域との交流・連携の活動を絶やさずに継続している点は評価に値する。

◆利用者の事情に配慮した柔軟な対応

利用者本人の問題や家庭的な諸事情があつて、家庭では入浴できない利用者がある。それらの利用者のために、通常実施していない入浴サービスを提供している。入浴設備はといえば、シャワールームに浴槽を置いただけの簡易なものであるが、利用者への入浴支援には何ら差し障りはない。現在2名の利用者が本人や保護者の要望によってこのサービスを受けているが、今後も個人的な事情がある利用者の要望には、柔軟に対応する考えである。

◇改善を求められる点

◆慢性的な職員不足の解消を

法人全体を見回しても、事業所単体でも職員の不足が目立つ。法的な職員配置は満たしているが、利用者の高齢化や重度化への対応、法人や事業所が主催する各種イベントへの参加等々、職員への負担となる要素は多い。法人の命題である「安定雇用」を目的の一つとして、法人内に人事検討委員会が組織されたが、人事考課やキャリアパスの制度を構築する中で是非とも効果を示してもらいたい。“見える化”の一環として、職員に将来像を描かせることが可能となれば、有効な定着対策ともなろう。

◆利用者の満足がサービスの質の向上となる

サービスの質の向上とは何かを考えてほしい。事業所（職員）にとっての「サービスの質」は、利用者にとっての「満足度」と置き換えると考えやすい。サービスの質を向上させようとするれば、利用者の満足度を増加させることに尽きる。そのためには、利用者の満足度を測る指標が必要となる。定期的にアンケート等により満足度調査をして、把握した結果を検討会議にて分析・検討し、その結果に基づいて具体的な改善を行うことが望まれる。今回、家族アンケート調査の結果から、食事に関する意見、排泄（トイレ）に関する意見、生活環境に関する意見等々が明確になった。検討会議にて分析・検討して、できる範囲での具体的な改善を図り、利用者の満足度を上げていく取り組みに期待したい。それが必ずサービスの質の向上につながっていく。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成27年度より法人運営体制も見直しを図っている中、法人事業所一つずつも、運営体制や職員構成、サービス向上の見直し、各種のマニュアルの見直しを行ってきた。職員のスキルアップも法人全体の課題として研修会開催などを行い取り組んでいる。ただし、職員等の人材不足は大きな課題である。人材確保と人材育成を絶えず行っていく必要があるし、その中で利用者のニーズになるべく多く応えていける体制をつくっていくことが重要と捉えている。アンケートから得られた貴重な保護者の意見に耳をかたむけて、サービスの充実を図っていけるよう努力する方針である。

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			
法人の理念と事業所理念とを同じものとして策定しており、職員間に統一した意識を醸成するために廊下に掲示した。意思伝達能力に制限のある利用者の理解のために、やさしい言葉で説明したり、漢字にルビを振る等の工夫がある。利用者親睦会での事業説明の際にも、ルビを振った就業規則が配布されている。			

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			
現在はその任から外れているが、管理者が圏域アドバイザーとして業務していた時に培った人脈によって、様々な有効情報が入ってくる。入手した情報は管理者会議や経営者会議に諮って事業所運営に反映させている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
法人全体での人材不足が見て取れ、当該事業所もその例にもれない。最大の課題を「職員の安定雇用」として位置づけ、対策を講じてはいるが有効な手段はなく実効を挙げるに至っていない。職員の年齢が低く、若手主体の職員構成になっており、人材育成面での課題も残っている。			

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人全体での中・長期計画(10年ビジョン)はあるが、事業所としての中・長期計画を持たず、法人の計画の「日中活動部会」の部分の準用している。			

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			
事業計画は、前年度計画を評価・検証し、残された課題を次年度計画に反映させる仕組みによって策定されている。事業所の中・長期計画を策定し、それに連動させた事業計画の策定が望まれる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の策定作業が一部管理層の手に成ることは否めないが、計画が承認された後に会議等を利用して職員には十分な周知・理解を図っている。期の間時点での見直しが実施されていないことも課題となる。			
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			
事業内容、事業収支、利用者の工賃、年間行事予定等を保護者会や利用者親睦会で説明している。保護者の高齢化が深刻な問題となってきており、保護者会への参加率は30%程度である。参加率を向上させることも課題の一つである。			

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			
第三者評価を継続して受審しており、この制度を利用してサービスの質の向上を図ろうとする意識は高い。「サービスの質＝利用者満足」と捉えて、積極的に利用者の満足度を把握しようとの取り組みは見られない。事業所全体を通してのPDC Aサイクルが未構築である。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価を受審して得られた改善の気づきを、サービスの質の向上につなげている。今回改善が進んでいたのは、各種支援のマニュアル化であり、前回評価で不備として指摘された手順の多くが文書化されていた。ただ、計画的な改善の手法は取られておらず、責任者や期限を定めての取り組みには至っていない。			

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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者は経営の一翼を担う立場であり、この職についての経験も長い。管理者の職務分掌については、「給与規程」に責任の範囲が示されている。長く圏域アドバイザーの要職にあったこともあり、法人の内外から信頼を寄せられている。</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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>非正規職員(パートタイマー)が多く、若手職員中心の職場環境であり、教育や研修には重きを置いている。座学の他にも、現場の支援の中で折に触れて指導しており、コンプライアンスに関しても同様の取り組みがある。ただ、若手中心の職員それぞれが、どの程度の意識を持ち、どの程度の理解が進んだかを検証する仕組みがない。</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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>サービスの質の向上についての意識は高いが、計画的な改善手法がないために効果が期待通りにならないこともある。サービスの質の向上のために、利用者の満足度を測定することも必要であろう。</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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>事業運営の“見える化”に取り組んでいる。これまでは幹部職員にしか公開されていなかった経営資料を下部組織にまで伝えたり、法人の「機能的組織図」を完成させて、職員それぞれの位置関係を明らかにしている。この“見える化”の成果については、次回評価での検証となる。</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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人の命題である「安定雇用」を目的の一つとして、法人内に人事検討委員会が組織された。研修委員会との連動で職員の育成を目指してはいるが、現場の事情は「人員確保最優先」の色彩が強い。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>“見える化”を推進しているが、職員が自らの将来を思い描くことが可能な制度とはなっておらず、人事考課やキャリアパスの制度導入を待つこととなる。職員雇用の安定も、本格的な人事管理制度の構築と無関係ではなく、人事検討委員会と研修委員会が本腰を入れて取り組むべき大命題であろう。</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 ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント		
依然として就労環境は改善されず、有給休暇についても取りにくい状態が続いている。職員の不足から業務が多忙になり、精神的に追い詰められる職員が出る可能性も高い。専門的な見地から職員の悩みや相談に対応する、メンタルヘルスに関する専門家の手配も必要である。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
現場経験の少ない若手職員の多い職場であり、職員の育成が急務となっている。研修委員会はあるものの、体系的な階層別の教育・研修システムはなく、外部研修や外部講師を招聘しての単発的な研修参加になっている。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
法人の研修委員会が計画する研修に、研修内容と実業務とがマッチする職員を参加させている。事業所内での内部研修を計画していたが、業務に追われて開催に至らなかった。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
新任者研修は法人の要求する必須の研修であり、新任の対象職員は全員が受講している。その他の職員については、自己責任、自己啓発として研修に参加する企業風土ができてしまっている。		
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 ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント		
法人内に社会福祉士資格を有する職員が少なく、当該事業所には社会福祉士実習指導者講習を受講した職員はおらず、ここ数年間に社会福祉士実習生の受け入れ実績はない。採用環境が悪化している現在、実習生の受け入れが職員としての採用につながるケースもあり、早期に実習指導者の養成が待たれる。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
毎年第三者評価を受審していることや、苦情を規則通りに運用して第三者委員会にまで上げていること等、事業運営の透明化に向けての機能的な動きが見られる。課題は、受け付けた苦情等の公表システムが未構築であること。受け付けた苦情の内容や改善・対応の状況を関係者だけでなく一般にも公表することが求められる。公表に際しては、苦情等の発信者の了解(公表同意)を得ること等を含んだ手順が必要となる。苦情解決のマニュアルの見直しを望みたい。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
財務・会計に専門性の高い法人監事による監査が実施されており、内部の監査制度は機能している。法による外部監査の義務化を待つことなく、外部専門家による定期的な監査が実施されることを望みたい。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人を挙げての「かしの木フェスティバル」は、地域や教育機関(小・中・高校、特別支援学校等)を巻き込み、2,000名規模の一大イベントとして地域に根付いている。当事業所が主導する夏の「盆踊り大会」や「ふれあいバザー」も、地域の恒例行事として定着している。これらのイベントには、学生を中心として大勢のボランティアが協力している。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ボランティア受け入れのマニュアルが整備された。これによってボランティア受け入れの受付から終了後の評価に到る手順が確立され、これまでの課題であった評価・検証のプロセスは法人の委員会が担うこととなった。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
市の自立支援協議会が主導するネットワークがあり、行政からの重要な情報も入ってくる。そこに参画する組織に関してはリストがあるが、医療機関や学校関係を網羅したリストは作成されておらず、事務所内への掲示もない。経験の浅い職員が多いだけに、関係機関との連携が円滑に進むような工夫を期待したい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地域の障害者理解のためにと、積極的な地域交流が継続されている。慢性的な職員不足の中にあっても、地域との交流・連携の活動を絶やさずに継続している点は評価に値する。当初は地域の子供会との共催で始まった「盆踊り大会」は、現在では500名を数える参加者が集う地域で最も規模の大きな盆踊りとなっている。災害時に地域住民を受け入れる福祉避難所としての登録も早い時期に済ませている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
地域の福祉ニーズは相談支援事業所、自立支援協議会、特別支援学校等からの情報で、既利用者のニーズは後援団体のかしの木の会から情報を得て、ニーズに合わせて事業計画を立てている。グループホーム棟の増設等、計画通りに進んでいない施策があり、原因として職員雇用の不安定や資金面での課題が挙げられている。		

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 ・ ㉔ ・ 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明示しており、職員会議等にて基本姿勢を周知して共通した理解を持って利用者支援に当たるようにしている。引き続き利用者の尊重や基本的人権への配慮に関する取り組みを充実させ、定期的にその状況を把握・評価して必要な対応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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のプライバシー保護及び虐待防止ための規程・マニュアルが整備されており、職員の理解を得るため研修や学習会が開かれ、定期的にセルフチェックが行われている。利用者や保護者に向けて、プライバシー保護と権利擁護に対する事業所の取り組みを周知している。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設備等の工夫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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者に対して、福祉サービスの選択に必要なと思われる事業所情報を印刷物やホームページにて積極的に提供しており、要望があれば随時施設見学や体験利用等を行っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用開始に当たっては、重要事項説明書や契約書により利用者や家族ができるだけ分かりやすいよう工夫して説明しており、提供するサービスの内容についても丁寧に説明している。重要事項説明書や契約書、本人同意書は利用者の同意を得たうえで書面に残している。サービスの変更に当たっては、事例は少ないが相談支援事業所や関係機関と連携して変更に必要な説明をしている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービスの継続性が図られるよう、相談支援事業所や関係機関と連携して利用者にも不利益にならないよう配慮している。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スムーズに移行が図られ、移行後の家族からの相談についても窓口を設けて対応している。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足を把握するために、個別支援計画の作成時やモニタリングの折に相談支援専門員とともに利用者・家族と面接して満足度を聴取している。保護者会に職員が参加し、保護者の意見や要望を聞く機会としているが、利用者本人の満足度を把握するために定期的な調査を行うことが望まれる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
法人全体で第三者委員を交えた苦情解決委員会が設けられており、事業所から出された苦情を持ち寄り対応を検討するとともに、今後のサービス向上に結びつける取り組みをしている。事業所としても苦情受付からフィードバックにいたる苦情解決のための仕組みを確立している。残る課題は、受付けた苦情等の内容や改善・対応の状況を一般に公表する仕組み作りである。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者や保護者からの相談について、その内容や緊急度に応じて場所や時間を考慮して相談に乗るよう配慮しており、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を作っている。利用者や家族に、いつでもどんな相談でも受付けていることを文章にして玄関に掲示しているが、より一層相談しやすい環境や体制づくりが望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
今年度、「利用者からの相談受付マニュアル」を整備し、相談を受けた時の記録の様式や手順等を取り決めている。対応に時間がかかる案件もあり、対応が遅れることがある。そのような場合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を迅速に行うとともに、設置されている意見箱の有効利用を図ることが望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「緊急時の対応マニュアル」を作成し、事故発生時の対応について手順を決めており、リスクマネジメント体制として整備している。法人で設置している「安全衛生委員会」にて、ヒヤリハット報告書及び事故報告書を収集して原因分析し、改善策・再発防止策を検討している。職員への事故防止に対する研修については、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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「感染症マニュアル」が整備されており、廊下や目につく所に掲示することで職員や利用者等への周知を図っている。また、安全衛生委員を中心に職員会議等で感染症に関する勉強会を開催しているが、実際に吐瀉物や汚物処理等を行う訓練をして、感染症が発生した時に即座に対応できるよう備えておくことが望まれる。		
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		
「防災マニュアル」を整備し、災害時の対応体制を決めている。避難訓練を毎月実施し、災害に備えての備蓄品を整備している。市からは福祉避難所として指定を受けている。夜間の災害発生時には、地域の協力や連携が不可欠となる。地元行政機関や地域住民との連携体制を強化するため、合同避難訓練等の実施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	① ・ b ・ 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、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しており、排泄介助・食事介助・移動介助等の基本的な実施方法や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を整備することによりサービスを提供している。前回の評価時と比し、標準的な実施方法の文書化は急ピッチで進んでいる。		

	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			
<p>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、年度初めの事業計画を立てる段階で見直しをしており、個別の実施計画に反映させるようにしている。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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>アセスメント表に基づいてアセスメントを行い、その結果を受けて個別支援計画に反映するようにしている。アセスメント表や個別支援計画は一定の様式により記入し、利用者のニーズに基づいた支援目標を明示している。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個別支援検討会議の充実が望まれる。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>定期的に個別支援計画の評価・見直しを行い、見直しによって変更した支援計画は手順を定めて関係職員に周知している。評価・見直しにあたっては、個別支援計画の目標そのものの妥当性や、具体的な支援の有効性についての検証がなされているが、次回の計画作成に資するべく、より充実した検証の実施が望まれる。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>担当職員が福祉サービスの実施状況の記録を「個人記録」に記録するとともに、「グループレコード」としてパート職員も記録することで記録内容に差異が生じないようにしている。さらに、どの職員でも閲覧できるようパソコンのネットワークシステムを利用している。職員によって記録内容や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。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>運営規程において個人情報の保護を規定しており、記録の管理責任者を設置している。職員には、「誓約書」を取ったり教育や研修を実施している。個人情報の取り扱いを含めて、個人記録の開示請求があった場合等の対応を規定した「個人情報保護規程」を作成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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>保護者と定期的に面談することで、地域生活に関する利用者や家族の意向を把握しており、必要に応じて情報を提供している。グループホームへの移行が主なものとなっており、無理なく地域生活に適応できるよう相談支援事業所とも連携して移行計画を作成している。</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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
意思伝達に制限のある利用者については、日常的な関わりを通して利用者に応じた「視覚支援ツール」等のコミュニケーションツールを工夫することでコミュニケーションを図っている。TEACCHプログラムを活用した取り組みもやっている。引き続き、新たなコミュニケーション手段の開発や技術の習得を期待したい。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
土曜日に利用者による自治会が開催されており、レクリエーションの希望やその他の要望を聞いて主体的に活動に参加できるよう促しており、親睦会においても利用者の主体性を持った活動ができるよう支援している。日常的な活動でも、利用者の要望に応じて散歩やお菓子作り等の活動を取り入れている。			
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	㉑ ・ 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、必要最低限の支援を行うことがより良いサービスである」という姿勢を職員に理解してもらい支援に当たっている。作業指導や昼食支援、昼食後の自由時間の見守り等、多くの場面で見守り支援を行っている。			
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 ・ ㉑ ・ 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、施設外の社会資源を利用した学習・訓練プログラムが多数整備されており、居宅介護事業所との連携により個別で実施されている。事業所内では、余暇の時間を利用しての外出や調理、買い物を行っている。利用者自身が人権意識を高めるため、必要な情報や資料を提供していくことと、障害を持った利用者を受け入れる社会(地域)の意識を変えていくためのプログラムの用意が望まれる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事介助の方法や留意点等を文書化した食事介助マニュアルが作成されている。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、利用者の個別の状況に応じた内容の食事を提供している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的に利用者、家族の嗜好調査をしたり、職員が観察した結果を参考にして献立に反映させている。家族には、年に1回「総合学習会」の場において試食会を実施して意見を聞いている。献立・食材は季節のものを提供するようにしており、献立表は目につきやすい場所に掲示している。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の状況に応じた食事形態と場所に配慮した喫食環境を提供しているが、時間については決まった時間で摂るようにしている。食堂の設備や雰囲気については、定期的に話し合いを行って必要に応じて改善を図ることが望まれる。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
通所事業所のため、基本的には入浴支援をしていないが、利用者や家族の要望によって2名の利用者が入浴サービスを利用している。安全やプライバシーの保護、介助の方法等を定めた個別の入浴介助マニュアルにより支援している。		
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		
2名の利用者の要望に応じて実施している。今後も個人的な事情がある利用者の要望には、柔軟に対応する考えである。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
浴室はシャワールームに浴槽を置いた簡易的なもののため、冷暖房設備はなく、改善の余地がある。		
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		
プライバシーに配慮した排泄介助を行っており、介助が必要な利用者には注意点をまとめた排泄介助マニュアルを作成して介助に取り組んでいる。排泄介助した結果は所定の様式に記録している。現状の排泄能力を維持することに留まらず、排泄改善や排泄自立に向けた取り組みを期待したい。		
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		
トイレの点検や清掃は毎日行い清潔にしているが、建物の老朽化もあり、構造も古いため予算に応じた改造や修理が望まれる。改造や修理に際しては、プライバシーの保護にも十分な配慮を持って実施してほしい。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
作業服を貸与しているが、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は家族と相談して選択している。着替えなどの購入は希望に応じて相談に乗り、居宅介護事業所を利用して買い物支援をしている。		
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	a ・ ㉑ ・ 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、速やかに更衣の対応をしている。着替えの適否の判断となる汚れや破損の程度についての基準や、強いこだわりのある利用者への対応を含めた業務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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
基本的に理美容に関する支援は行っていないが、家族からの依頼により女性の髪をブローしたり、男性の髪の散髪を行っている。利用者の年齢にふさわしい服装や髪形、化粧等の整容について、利用者の好みや個性を尊重しつつも、社会通念上で許容される限度を伝える等、適切なアドバイスが望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の健康管理票が整備されており、健康管理マニュアルによる健康管理体制が確立している。日常の健康管理は看護師が行い、毎月1回定期的に健康診断が行われている。医師による医療相談が定期的に行われ、歯科医師による口腔ケアも行われている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
緊急時の対応マニュアルが整備されており、地元の総合病院との間で協力医療機関の契約を結んでいる。しかし、利用する可能性のある医療機関のリストが作成されておらず、緊急時の対応に不安が残る。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
服薬管理マニュアルがあり、処方箋の写しをファイルして保管し、薬の効用や副作用等の情報を得るようにしている。管理場所は鍵のかかる薬保管庫に保存している。薬物の取り違えや服用忘れ等があった場合の対応について、マニュアルに盛り込むことが望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の親睦会を開き、レクリエーション等の希望を聞き実施している。親睦会の役員は利用者による選挙で選出され、旅行の行き先や忘年会の会場は利用者の意思が尊重されて決定されている。		

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>家族からの要望により、2名の利用者の預かり金を管理している。「預り金取扱い規程」に従い管理している。金銭管理に関しては、利用者個々の障害特性や管理能力に差があるが、可能な利用者については、金銭感覚を磨いたり、お金を使うことの支援のプログラムを用意することを望みたい。</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>休憩室に事業所で購入した新聞や雑誌(タウン誌)が置いてあり、休憩時間等に利用者が見ている。テレビを共同で見ているが、チャンネルの決定方法等に関しては特段の取り決めはされていない。</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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>喫煙者が1名おり、本人には健康上の注意と喫煙のルールを確認したうえで喫煙してもらっている。対象者は少ないが、飲酒や喫煙についてのルールを文書化することが望まれる。</p>		