

## 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12月13日(火)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称 ひかりのさとファーム	種別：就労継続支援B型、生活介護	
代表者氏名： 皿井常之	定員（利用人数）：40名（45名）	
所在地：愛知県知多郡東浦町大字緒川字下米田37-4		
TEL：0562-84-4151		
ホームページ：		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成 4年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人愛光園		
職員数	常勤職員：30名	
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者)1名
	(生活支援員) 19名	(職業指導員) 1名
	(看護師) 1名	(その他) 7名
施設・設備の概要	(居室数) 6室	(設備等) 食堂、洗面所、トイレ
		医務室、更衣室、事務室、相談室
		自動火災報知機、誘導灯
		非常火災通報装置 など

### ③理念・基本方針

#### ★理念

#### ・法人

私たちは、誰もが人間としての尊厳が保たれ、安心して共に生きる社会をめざします。

1. 私たちは、誰もが、まず「人として」受けとめられ、地域の中で自分らしく暮らすための支援サービスを提供します。
2. 私たちは、誰もが、必要なときに、必要なサービスを利用できるように取り組みます。
3. 私たちは、誰もが、安心して暮らすために、地域の輪の中で、「共に生きる」実践と運動を進めます。

#### ・施設・事業所

地域生活を目指す仲間たちに働く喜びとたくさんの給料を手渡す

## ★基本方針

1. 私たちは、利用者の自立を尊重して豊かな地域生活が送られ続けるための就労支援を行う。
2. 私たちは、利用者の様々な就労支援ニーズに対応できる仕組みを構築し、地域社会に貢献する。
3. 私たちは、情報発信や地域交流、商品の製造販売をとおして地域社会と法人を結ぶ窓口としての役割をはたしていく。

## ④施設・事業所の特徴的な取組

- ★理念や職員としてのありたい姿を確認して、日ごろの業務に生かせるようクレドカードを読み、思いや考え方、エピソードなど共有する場面を毎日のミーティングで作っている。
- ★ボランティア、社会福祉士実習、第三者委員など外部の方にはたくさん来所していただき、風通しの良い事業所を目指している。
- ★安全安心な食の提供を通して、地域とつながり、たくさんの給料支給を目指している。
- ★重度の方は行き場所がないと言われており、特別支援学校卒業生の新しい受け止めかたを検討している。
- ★事業所内で生活介護と就労継続支援B型の枠組みと工賃を見直し、働く意欲の向上と、働く力が弱くなっても受け止め続ける仕組みを考えている。
- ★自閉症支援の勉強会、インシデントプロセス勉強会など継続して行い、個々の支援力向上を目指している。
- ★職員の権利擁護の意識をあげていくため、事例を基に職員がどう考えているかの思いを表現する場を設けた。

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年6月21日（契約日）～ 平成29年4月3日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回（平成23年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆事業計画の実践に向けた仕組み

事業計画の中で重点目標を定め、その重点目標の一つひとつを「事業計画表」(工程表)に落とし込み、担当者(責任者)、スケジュール、目標値を明確にして取り組んでいる。さらに、正規職員とフルタイムの非正規職員が参加する会議を毎月開催し、重点目標の進捗を検証している。期末には重点目標の最終評価を実施し、次年度の事業計画の策定に反映させるべき重要な情報としている。

#### ◆法人の使命

管理者も主要なメンバーとして参画する自立支援協議会での大きな課題は、特別支援学校の卒業生(地域出身者)の受け入れ体制の整備である。特にニーズの高い生活介護事業については、他法人を含めても新たな受け入れが困難な状態にある。現時点では決定を見ていないが、法人として新事業所の開設を検討することとなった。法人設立の精神でもあるが、管理者も、「地域の障害者が安心して生活することができる環境を整備することは、法人のミッション(社会福祉法人の使命)である」と認識している。

◆特徴的な作業支援(就労継続支援B型事業)

「働く」ということに主眼を置き、自然食レストラン部、自家焙煎コーヒー部、平飼い養鶏部、天然酵母パン工房、企画・印刷等の特徴ある作業を導入し、利用者の障害の状況に応じて従事できるような作業支援を行っている。これらのB型事業のほとんどが何らかの形で地域との係わりを持っており、地域の障害者理解を進めるうえでも大きな役割を担っている。収益の伸び悩みが課題として挙げられてはいるが、積極的な新規事業展開や新たな顧客拡大の施策が打ち出されており、さらなる特徴的な事業展開に期待がかかる。

◇改善を求められる点

◆役職者の福利厚生意識

福祉事業の業界全体に職員の不足感が漂っているが、当該事業所もその例外ではない。採用活動に力が入るのは当然であるが、既存職員の安定雇用を目指して、職員にとっての働きやすい職場作りを図っている。毎月産業医による保健相談があり、希望者はメンタルヘルスのチェックを受けることができる。ワーク・ライフ・バランスに配慮して就業時間を変則的に運用する時短者もおお、ノー残業デーも導入されている。しかし、役職者を中心に有給休暇の取りづらい状況が続いている。「役職者だから、・・・取らなくても良い」ではなく、「役職者でも、・・・取れる」仕組みづくりが、結果としての働きやすい職場作りにつながる。

◆規程・マニュアル類の再点検

質の高い支援の裏付けとなるべき標準的な実施方法の整備が進んでいるが、必要と思われる業務手順の一部に未整備のものがあつた。また、適切な見直し・改訂が実施されずに、実際の運用や支援との相違がみられるものもあつた。一例を挙げれば、苦情解決の手順である。苦情を受け付けた内容が広報誌「愛光園だより」に掲載されており、その広報誌を法人のホームページ上で公開している。ところが、「苦情解決規程」には、その手順が記載されていない。公表・公開に当たっては、苦情申し出人に「公表同意」の意思を確認することをも含め、関連する文書(規程、マニュアル等)に手順を追記されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

5年ぶりの受審で、基準が変わっており、改めて高いレベルを求められていることを実感しました。働きやすい職場づくりは毎年の事業計画にも挙げて取り組んでいるが、有給休暇の取得には個人差があり、平準化できるよう協力体制を考えていきます。また、規程やマニュアルは作ってあるが十分に周知されていないなど課題が浮き彫りになりました。自己評価のグループでQCサークル活動をして、改善に向けたメモの中から改善活動をしています。横のつながりを強め、風通しの良い職場を目指します。運営の透明性を高め、より地域に開かれた、地域に根差した事業所になれるよう努力していきます。

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。

(別添)

# 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			
職員は、創業の精神や基本的な理念が盛り込まれている「クレドカード」を携帯し、夕礼で読み合わせをして意識の統一を図っている。若い職員や経験の浅い職員が増えてくる中で、高い質の支援を展開する上で「クレドカード」の果たす役割は大きい。事業運営に理解があり、協力的な家族が多く、定期的に開かれる家族会にも2/3ほどの家族の参加がある。			

### 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			
法人は、知多地区2市2町で構成される広域連合の中核的存在であり、自立支援協議会や県の知的障害者福祉協会の主要メンバーとして豊富な情報を収集している。法人内の施設長で構成する経営会議や毎月開催の経営小委員会で情報を分析し、事業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			
昭和40年の法人設立から50年余が経過し、当該事業所開設からも25年余の歳月が流れている。利用者の高齢化(最高齢76歳)が進み、就労事業の仕組みの再検討を余儀なくされる状況である。加えて、法人の草創期の職員が退職し、新しい職員の育成(法人理念・精神の理解、就労事業に必要な専門的技術の習得等)が大きな課題となっている。これらの課題に関しては、中・長期的な視野に立つての計画的な取り組みが望まれる。			

### 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			
法人作成のマスタープラン「中期計画書2016」があり、3年間の到達目標(数値目標)も設定されている。法人としての利用者受け入れが限界にきており、新たな事業展開(事業所開設等)の案が盛り込まれている。			

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			
法人作成の「中期計画書2016」に基づいて、事業計画を策定している。重点目標を定めて、その一つひとつを「事業計画表」(工程表)に落とし込み、担当者(責任者)、スケジュール、目標値を明確にして取り組んでいる。これらの総括として、事業報告書で適切な評価を加えている。			
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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障 6	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は各事業部門からの意見を積み上げて作成し、正規職員とフルタイムの非正規職員が参加する会議を毎月開催して重点目標の進捗を検証している。期末には重点目標の最終評価を実施し、次年度の事業計画の策定に反映させるべき重要な情報としている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
家族会の総会が年間3回(春期、夏期、冬期)開催され、管理者が事業計画や制度変更、賃金の考え方等を説明している。当日の説明資料は、家族に分かりやすいように作り変えており、利用者への説明資料には大きな文字を使い、漢字にはルビを振り、分かりやすく図示する等、様々な工夫や配慮がある。			

#### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
3年ごとに第三者評価を受審し、同じ評価基準を用いて毎年職員による自己評価を実施して質の向上を測っている。さらに、QCサークル活動にも取り組み、それぞれの事業部門が競って質の向上を目指している。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
「利用者の高齢化対策」をはじめ、「事業形態、賃金体系の変更」、「職員育成」、「建物の老朽化対策」等々、7項目の経営課題を抽出している。それらの多くが中・長期的な視野に立っての改善・改革を必要としており、綿密な計画の下に取り組みが進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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の「職制規程」、「経理規程」等により、管理者の責任と権限が明文化されており、「ひかりのさとファーム組織体系図」によっても、管理者の責任の領域が明確になっている。事業所内の会議においても、事業運営の方針や活動の指針を表明して職員集団を牽引している。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者はコンプライアンスの意識が高く、利用者の権利擁護に関する研修会（「障害者虐待防止法」、「障害者差別解消法」等）には優先的に参加している。そこで得た知識、情報を職員に周知するため、事業所内勉強会を開いている。障害者差別解消法が求める「合理的配慮」の一例として、絵を描くことは得意だが集団の中での生活には馴染めない利用者があり、彼のために別棟の作業室を作った。個別の障害特性に配慮した支援である。		
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 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の高齢化によって、これまでの事業形態（就労継続B型事業と生活介護事業）の改編を計画している。利用者の大きな関心事である「工賃」に関しては、新たな考え方を打ち出して利用者や家族に説明した。工賃の確保のための新規事業や新規顧客の開拓、高齢化対策の一環である分場建設等、今後の大きな課題が待ち構えている。		
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 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人の草創期からの職員が退職し、専門性を必要とする職場での実効性は下落していると言わざるを得ない。職員不足を解消するために働きやすい職場づくりを進めており、ノー残業デーを設ける等の改革は行っているが、依然として職位や職種によっては有給休暇の取りづらさは残っている。		

### 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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人の創業の精神を理解した職員集団を目指しているが、新卒学生や求職者に伝えきれておらず、人材確保が思い通りには進んでいない。“リクナビ”に登録したり、就職フェアに参加したり、若手の職員がリクルーター（就活生に自社への入社を呼び掛ける職員の活動）として学校回りをしたりと、様々な手段を使って職員の確保を図っている。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人の人事考課制度が運用されており、キャリアパス（「愛光園キャリアパス表1013」）も構築されている。人事考課の制度は、処遇面（賞与への反映等）だけでなく、フィードバック面接等を有効に活用して職員の目標管理制度にも連動させている。この枠組みに入らない非正規職員が職員の2/3以上を占めており、非正規職員に対する育成面の課題が残る。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の安定雇用を目指して、職員にとっての働きやすい職場作りを図っている。毎月産業医による保健相談があり、希望者はメンタルヘルスのチェックを受けることもできる。ワーク・ライフ・バランスに配慮して就業時間を変則的に運用する時短者もおり、ノー残業デーも導入されている。しかし、役職者を中心に有給休暇の取りづらい状況が続いている。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>人事考課制度と並行して、「目標取組申告書」を使って職員育成を図っている。「目標取組申告書」によって、職員は半期ごとの目標を設定して取り組んでいるが、それぞれの目標に対しての進捗が管理されておらず、目標達成の評価も曖昧さを残している。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>キャリアパスに連動させた法人作成の研修計画があり、隣接する入所施設「まどか」との合同研修も実施されている。研修受講後には「研修報告書」を提出しているが、研修効果は検証されていない。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人主導の階層別研修や年間数回の「まどか」との合同研修に加え、事業所内の勉強会もあって、教育・研修の機会は十分である。職員の育成面への情報とするために、職員一人ひとりの研修履歴の管理が望まれる。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>実習生の受け入れについて、マニュアルを整備して具体的なプログラムを用意し、社会福祉士実習指導者としての資格保有者3名を中心に積極的な受け入れをしている。実習後には実習生からアンケートという形で意見を聴取しており、受け入れに関する評価・反省の材料にしている。今期、途中で挫折した実習生がいたため、大きな反省材料として次年度の計画に反映させる方針である。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>第三者評価を定期的(ほぼ3年ごと)に受審し、客観的な視点での事業運営を公開している。ホームページでは、法人や事業所の理念・基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算・決算等の情報を公開し、さらに、苦情の受け付けや対応の状況を掲載した広報誌「愛光園便り」をホームページ上でも公開している。苦情の公表の仕組みや手順を、「苦情解決規程」等で明確にすることを望みたい。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人監事による監事監査、契約する公認会計士による財務・会計指導、行政による監査を受けており、一定レベルでの透明性は担保されている。近い将来に実施が想定される、社会福祉法が求めるレベルでの外部監査の実施を、中・長期計画に盛り込むことが期待される。			

## 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
就労継続B型事業にレストラン経営があり、地域との接点は深い。その他の養鶏事業(鶏卵)やパン製造の事業についても、顧客としての対象が地域であり、地域との連携を意識した事業運営である。利用者が積極的に地域イベントに参加し、「於たまつり」や「産業まつり」には自主製品の出店の販売員を務める。グループ全体で共同開催される「夏祭り」や「バザー」には、地域から多数の参加がある。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
小・中・高校生の職場体験学習や高校教師の職場研修を受け入れており、社会福祉協議会を介して一般のボランティアの受け入れもある。グループ全体で共同開催する「夏祭り」や「バザー」にも多くのボランティアが協力している。様々なボランティアの来訪があるが、それぞれについての評価の記録を残すことを望みたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「ネットワーク関係一覧表」が作成されており、行政機関や学校等の教育機関、商工会・商店街、町・観光協会、自然食品に関連する企業をはじめ取引先企業等々が網羅されている。特別支援学校の卒業生受け入れに関しては、メンバーとして参画している自立支援協議会の大きな課題として、行政機関や他法人の事業所とも情報を共有して取り組んでいる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
当該事業所の周辺には同法人の運営する事業所(知的障害者入所施設、身体障害者入所施設、老健施設、高齢者グループホーム等)が数多くあり、地域を対象とした「夏祭り」や「バザー」を共同開催している。毎年開催される「バザー」は42回の開催回数を誇り、当日は500名の来場者がある。社会福祉協議会が主催する「親子教室」では、職員がピザつくりの講師を務めている。グループ全体で、BCP(事業継続計画)の策定が待たれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自立支援協議会での大きな課題は、特別支援学校の卒業生(地域出身者)の受け入れ体制の整備である。特にニーズの高い生活介護事業については他法人を含めても新たな受け入れが困難な状態にあり、法人として新事業所の開設を検討することとなった。法人設立の精神でもあるが、管理者も、地域の障害者が安心して生活することができる環境を整備することを法人のミッション(使命)と認識している。			



## 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			
法人の基本理念や基本方針には、利用者を尊重した福祉サービスの提供について明文化しており、法人で定めたクレドカードを読み合わせして職員が理解し実践する取り組みとしている。パート職員を含む全職員が出席する研修会にて、障害者差別解消法や権利擁護に関する研修を行っている。			
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			
「個人情報保護規程」や「虐待通報マニュアル」を整備しており、権利擁護委員会において具体的な対応を検討し、規程・マニュアルに基づいた支援となるよう努力している。利用者のトイレ(身障者用)に鍵がなく、着替えの場所が確保されていない等、既に課題として取り上げて改善のための検討に入っている。			
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	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレット等で必要な情報を提供している。利用希望者が理解しやすいように、写真を中心としたパンフレットを作成している。見学、体験、実習希望者には個別で随時対応している。問い合わせを受けた時に、職員の誰もが適切に説明できるよう、パンフレット等の説明資料を使った勉強会の開催が望まれる。			
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
重要事項説明書や契約書に基づいて分かりやすく説明し、利用者や家族の同意を得たうえで、その内容を文書にして残している。			
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	a ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
サービス調整会議にて調整を図り、移行となった場合でも継続性に配慮した支援となるように引継ぎ文書等を作成している。退所後の相談窓口は特に定めてはいないが、担当者を決める等で窓口を明確にしていく予定である。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
定期的に行っている家族会に職員が参加して家族や利用者の意見を聞き、事業所の運営に取り入れている。利用者のアンケートを取ったことがあるが、データとして十分な回答が得られなかったことから、以後の実施はない。自立支援計画の作成時やモニタリング時に家族と一緒にアンケートを取る仕組みを検討している。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決のための体制が整備されており、その内容を記載した掲示物を掲示している。苦情内容については、第三者委員会にて検討して解決を図っている。解決結果は氏名がわからないようにイニシャルにして公表している。苦情の受付と解決を図った記録を作成しており、苦情の申し出者にはフィードバックしている。さらに苦情を申し出しやすいように、家族との面談時にアンケート方式で聞き取ることを検討している。		
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		
利用者が自由に相談したり意見を述べたりできる環境であり、第三者委員が定期的に来訪して利用者と雑談する機会を設けている。第三者委員が来訪することを利用者には知らせる文書を作成し、利用者には周知しておくことが望まれる。		
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	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント		
意見箱を設置したりアンケートを実施したりして、積極的に利用者の意見を聞く体制がある。意見を受けた際の記録・報告・対応策の検討方法や日常的な取り組み内容については、部署毎で多少のバラツキが見られており、事業所としての対応を統一し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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人全体でリスクマネジメント委員会が立ち上がっている。事業所の安全委員会で、ヒヤリハット事例や衛生管理、利用者事故、労災事故等の事例を共有し、事故防止対策を検討している。より多くのヒヤリハット事例を収集して事故防止を図るため、簡単に記入できるヒヤリハット報告書の書式の変更を検討している。		
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		
「衛生管理マニュアル」が作成されており、マニュアルに沿って衛生担当者を置き、手洗い講座や衛生に関する講座を定期的にかけて予防対策を行っている。感染症が発生した場合の対応について、対応マニュアルとして文書化し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		
法人として「防災規程」や火災や地震に対応する防災マニュアルを文書化しており、防災委員会を開催して災害時の総合的な対策を検討している。事業所の防災計画を整備し、消防署等と連携した定期的な避難訓練・消火訓練を行っている。BCP(事業継続計画)の策定を望みたい。		

### 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 ・ ⑦ ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法を明示した文書としては、「職員倫理行動マニュアル」があり、各部署毎に業務手順として標準的な実施方法を掲示している。各部署により業務内容が異なるため事業所として統一したものは作成していないが、業務の見直しや新入職員の教育において使用できるように、業務手順書として文書化しておくことが必要と思われる。		

	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			
業務手順の見直しは、必要に応じて行っており定期的には見直していないので、定期的な見直しが望まれる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自立支援計画書は利用者の誕生日に作成しており、半年後にモニタリングを行っている。アセスメントにはグループホームの職員も加わり、ホームでの生活状況も聴取したうえで作成している。家族や利用者からは、「希望聞き取り書」に希望や要望を記入してもらい、具体的なニーズを把握している。サービス会議を開催し、自立支援計画書の内容について協議している。			
	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
各部署でミーティングを行い、定期的にモニタリングを行っている。モニタリングの内容は、サービス会議にて確認し周知を図っている。実施計画を緊急に変更する場合に、関係職員への周知を含め、その手順を定めておくことが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの実施状況については、毎日詳細に「業務日誌」に記入している。「業務日誌」に記載された利用者毎の実施状況は、統一した記録用紙に担当者が記録している。パソコンによる記録管理を行ったことがあるが、事業所の特性から不便なことが多いため、手書きによる記録管理をしている。記録を書くときのポイントを職員間で検討し、通院時やパニック時等の状況によって文字の色を変える等、書き方の工夫が望まれる。			
	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」に基づいて記録の管理保管に心がけているが、パート職員を始めとして職員への周知を図るとともに、管理方法についても見直すことが望まれる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
現在45名中30名弱の利用者がグループホームから通所しており、将来グループホームへの入所希望も多数把握している。定期的に家族や利用者から意向を確認し、法人内のグループホーム事業所に伝えており、意向に沿った支援を行うようにしている。			

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			
視覚的なアプローチを使ったPECS(絵カード交換式コミュニケーションシステム)による指導方法を効果的に取り入れており、絵カードが随所に貼られていた。引き続き、利用者のコミュニケーション能力を高めるため、利用者の特性に応じた指導内容と指導方法の開発を継続されたい。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者の主体性を尊重した支援を目指しており、担当職員が個別支援計画を策定する時には必ず支援内容を記入するようにしている。自治会や利用者の会については組織化されておらず、必要性や有効性を考えた時に、果たして設置することが適切なのか検討中である。			
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			
サービス会議にて個別支援計画書の実施内容を検討し、自力で行う行為には職員は見守りをし、支援が必要な時に必要な支援をするという方針を確認している。自力で行う行為の巾を広げ安全を確保するために、玄関の出入り口に手すりを設置したり、安全に道路を渡れるように指導を繰り返し行っている。			
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
社会生活力を高めるための具体的なプログラムはないが、「あいさつチェックリスト」により自分でチェックをしてもらい、適切な挨拶ができるように支援している。自主製品の配達時にも、その場に合った適切な挨拶をして、「ありがとうございます」が言えるように支援している。			
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			
法人・事業所においては、「食」ということに重点を置いた取り組みをしている。食材については無添加・無農薬のものを使い、利用者の健康に配慮している。食事の介助や支援方法をマニュアルにしているが、個別支援計画に食事に関する支援を記入している事例は少ない。			
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			
定期的に嗜好調査を行い、その結果をもとに献立を作成し、月単位、週単位で知らせている。職員ミーティングで出された意見を給食会議に提出し、給食会議で出された結果を職員ミーティングで報告している。旬の食材を使ったり、季節感のあるメニューを用意しており、ふりかけやドレッシング等が選択できる。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
昼食の時間内であれば、好きな時に来て食べることができる。食事の設備や雰囲気については、利用者の意見を聞き取り、それを参考に改善を図っている。			

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
排泄介助のマニュアルに基づき、必要に応じた支援を行っている。利用者に応じて、個別支援計画や支援実施書に注意点や留意点を明記している。排泄介助の結果は、支援記録に記入している。			
	Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント			
毎日職員が清掃し、汚れた場合にはすぐに対応している。身体状況に応じた多目的トイレがあり、扇風機やパネルヒーターを設置しているが、冷暖房設備の設置を検討する必要がある。利用者の人数に比して、トイレの数が少ない。			
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 ・ b ・ c
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	a ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント			
衣類に汚れが生じた時は、事業所で用意した衣類に着替えるか、事前に準備している自前の衣類に着替えており、その状況を連絡帳に記入して保護者に伝えている。事業所で用意する衣類のサイズのバリエーションを増やすことと、管理方法を検討する必要がある。			

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		
<p>看護師が事業所に常駐しており、定期的に健康診断や歯科検診を行って健康を管理している。法人で定めた「衛生管理マニュアル」があるが、利用者の健康管理票は作成していない。毎月体重測定をしており、健康状態を把握している。グループホームの拠点である居住サポートセンターと連携して、予防接種や緊急時に対応するようにしている。</p>		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>地域内に嘱託医や協力医院があり、緊急の場合にはすぐに対応できる体制となっている。負傷時の対応マニュアルがあるが、体調不良時のマニュアルは作成していない。</p>		
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		
<p>利用者が服薬している薬の処方箋の写しを保管し、薬の内容を確認している。服薬する利用者が少ないため、マニュアルやルール等を作らなくても確実に服薬できているが、処方箋の管理方法の徹底とマニュアルの整備が望まれる。</p>		
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		
<p>事業所は「働く場所」という位置付けであるが、働き方と余暇の使い方については、連動して充実させる必要があると考えている。利用者からの要望に応じて、事業所内での余暇の活用やレクリエーションの機会を提供している。地域のイベント等の情報を伝えており、イベントに参加する利用者もいる。</p>		

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 ・ b ・ c
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	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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
喫煙者が2名おり、喫煙場所と時間を決めて喫煙している。たばこの弊害(常習性や副流煙による受動喫煙)については、個別にインターネットの情報を提供しているが、一般的な良識として、利用者全員を対象とした学ぶ機会の提供が望まれる。		