

## 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29年 1月 19日(木)
---------------	-----------------------

### ②施設・事業所情報

名称 くすの樹	種別：生活介護・就労継続支援B型	
代表者氏名：村山 誠治	定員（利用人数）：40名（53名）	
所在地：愛知県知多郡東浦町大字藤江字カガリ119		
TEL：0562-82-4980		
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	(生活支援員)19名 兼務含む
	(看護師) 1名	(職業指導員) 2名 兼務含む
	(事務員) 2名	(目標工賃達成指導員) 2名
	(調理員) 3名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)多目的トイレ2カ所
		作業室(3カ所)・エレベーター
		多目的ホール(食堂)・ケーキ室
		和室・梱包室・応接室
		入所施設との連絡通路など

### ③理念・基本方針

★基本理念	<p>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>
-------	--

## ★基本方針

- ①すべての人が人を大切にし 人に大切にされていることを実感できるよう努めます
- ②すべての人の 希望を実現するため 豊かな環境を実現し 智慧を共有します
- ③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
- ④ご利用者さまの要望に 迅速 的確にお応えします
- ⑤専門性を陶冶し 支援技術の高度化 均質化を追求します
- ⑥安心で 安定した 法人・施設運営を目指します

## ④施設・事業所の特徴的な取組

「どんなに障がいが重くても働く力があればその能力を少しでも発揮してほしい」という思いから、生活介護事業でも積極的に「仕事(軽作業)」を導入している。作業の種類も「選べる環境」を用意して、どの利用者にも従事できるよう配慮している。どうしても作業が難しい方でも施設内で活動を完結させることはなく、地域とのつながりを大切にする目的で配達や販売、納品などの機会を十分に確保している。

B型事業では毎年工賃の向上を実現させており、わずかではあるが工賃向上を実現させている。愛知県の平均が16,000円となっているが、くすの樹では平均で23,000円の支払いをしており、上位から数えて350事業所中56位となっている。さらに上を目指せるよう日々授産活動に取り組んでいる。

ここ最近の大きな特徴としては、新たにグループホームを好立地条件(イオンモール東浦の目の前)にオープンし、そこを利用する利用者がくすの樹に通っている。担当職員はくすの樹とホームを一元的に対応しており、通所施設と言えども生活に関してしっかりとサポート体制が整っているのが特徴。

またくすの樹の横には渡り廊下1本でつながっている「ひがしうらの家(障害者支援施設)」があり、ひがしうらの家が提供する「ショートステイ」「日中一時支援」を利用する方が年々増えており、その連携を強化することで利用者さまにとって安心できる体制を整えている。

平成27年10月より「土曜日全日開所」を行い、平成28年10月からは「360日開所(=年末年始の5日間以外は全日営業)」を実施。日曜・祝日も開所することで、くすの樹を利用される方はどの日でも利用できるよになっていることは、通所施設でも珍しい取り組みなのではと思われる。

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年10月 1日(契約日) ~ 平成29年 4月25日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	4回 (平成25年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

### ◆課題に対する適切な処置

様々な場面から抽出された課題に対しては、事業計画に取り上げて取り組むものや、是正処置の対象として即座に改善活動に入るものがある。事業計画に取り上げたものは当然であるが、即座に対処する是正処置に関しても計画性を持って取り組んでおり、現状把握—原因分析—処置の決定—改善活動—活動の検証(再発防止の確認)の一連の流れが確定している。

#### ◆積極的な地域との交流・連携

利用者の地域生活を豊かにするため、そして地域の障害者理解を深める取り組みの一環として、事業所として積極的に地域と関わりを持っている。自主製品(シフォンケーキ等)の販売を通して地域とは密接な関係が構築されている。社会福祉協議会主催の「ケーキ作り」のイベントには、シフォンケーキのメンバーが講師を引き受けた。地域で活動する「藤江コミュニティ」の青少年部会のメンバーとして職員が活動している。地域のイベントであるスタンプラリーでは、中継地点として場所を提供した。

#### ◆地域の福祉ニーズに応えて

町・障害福祉係、自立支援協議会、特別支援学校等から地域の福祉ニーズの情報を取り、法人の相談支援事業所を通して在宅の福祉ニーズを把握している。毎年3～4名の特別支援学校卒業生を受け入れているが、ここにきてさすがに定員の枠にはまらなくなってきた。生活介護の利用定員を増やしたり、事業内容を見直したりして対応してきたが、それも限界に近い。法人として、新たな通所事業所の開設を計画する時期に入った。

#### ◇改善を求められる点

#### ◆働きやすい職場作りへの課題

職員の安定雇用を目指し、法人と連携した働きやすい職場づくりが進んでいる。法人主導で、同期会補助制度、職場内交流補助金制度、10日間のリフレッシュ休暇等々、福利厚生施策を打ち出している。しかし、職位や職種による職員ごとの有給休暇の取得の偏りや残業過多の課題は残っている。有給休暇の取得に関しては、個人的な考え(罪悪感)から有給休暇を取得しない職員の存在も考えられる。制度整備と並行して、職員の意識改革の実施が望まれる。

#### ◆サービス等利用計画と個別支援計画との時期的整合

個別支援計画の実施期間が全員4月開始になっている。受給者証の支給期間やサービス等利用計画の期間と合っていないため、中間評価の時期もずれている。サービス等利用計画を軸にした個別支援計画の作成や評価を行うためにも実施期間を合わせ、相談員や関係機関が同席して面談が行うことが望ましい。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

地域の中に溶け込んだ通所施設を目指してサービス提供を行っておりますが、その点について高い評価をいただいたことは職員にとって一層の励みとなりました。現状に満足せず更なるサービス向上に努めていきたいと思っております。逆に自己評価で「A」と判断していた項目の一部で「B評価」をいただくこととなりました。調査を受ける中で自分たちの「認識の甘さ」や「今ある課題」「今後の方向性」が見えてきました。評価結果を真摯に受け止め、課題を克服していくことで「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」という理念を実現させて、サービスの質的向上を図っていききたいと思います。

#### 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			
ISO9001(品質マネジメントシステム)の認証を取得している法人であり、利用者本位の「基本理念」と「品質方針」を定め、それらを記載したカードを職員は常に携帯している。利用者や家族に対しては、事業所での生活や作業が生きがいになるように支援している。			

### 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			
管理者は、県の知的障害者福祉協会や知多地区生産活動・就労支援部会等の役員を務め、事業運営に関する情報をいち早く取得することができる。地域(町)の福祉計画策定委員としても活躍している。収集した情報は、毎月開催される法人の幹部会(施設長会)で検討に付され、結果は事業運営に反映されている。			
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			
「利用定員と受け入れ利用者のバランス」と「職員育成」を大きな課題として取り組んでいる。毎年増え続ける受け入れ利用者の課題に関しては、支援内容を見直したり、日曜・祝日を営業日としたり、生活介護事業と就労継続支援B型事業のそれぞれの定員を変更したりして対処している。職員育成に関しては、採用活動を重視しながらも、職員研修の充実を図って対処している。			

### 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			
法人の中・長期計画(平成26~28年度、平成29~31年度、32年度~)が3年スパンで作成されており、それに合わせる形で事業所の中・長期計画を作成している。法人の中・長期計画との整合性は取れているが、事業計画と同様、可能なものに関しては数値目標を設定することが望ましい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画や法人の単年度の事業計画に整合させた「平成28年度 くすの樹事業計画(品質目標)」を作成している。事業計画の中で7点の重点課題(品質目標)を挙げ、それぞれに実行計画を作成して臨んでいる。実行計画には、責任者、スケジュール、実施内容が明確にしてあり、毎月の進捗管理が行われている。			
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			
事業計画の重点課題は、法人の主題(法人の事業計画の項目)、第三者評価や自己評価の結果、前年度の事業計画の反省等から抽出しており、それぞれの項目について数値目標を設定するとともに、毎月の進捗状況を管理している。自己評価の結果が事業計画に反映されることもあって、職員の関与も大きい。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
6月に家族を集めた事業報告会を開催し、パワーポイントを使って前年度の事業報告と新年度の事業計画を詳細に説明している。ただ、参加する家族が約半数であり、欠席した家族には資料を送付するに留まっている。欠席した家族に対する周知方法に改善の余地を残している。			

#### 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			
年間5回に分けて満足度調査を行って、サービスの質の向上を客観的に測定している。調査の視点を多角化するために、調査対象を1年ごとに利用者と家族とを交互にして実施しており、平成27年度は利用者ヒアリング、平成28年度は家族アンケートを実施した。			
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			
課題に対する取り組みは、事業計画に取り上げて取り組むものや、是正処置の対象として即座に改善活動に入るものがある。即座に対処する是正処置に関しても計画性を持って取り組んでおり、現状把握－原因分析－処置の決定－改善活動－活動の検証(再発防止の確認)の一連の流れが確定している。			

## 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		
「責任と権限一覧表」が作成されており、管理者の役割や責任の所在は明確になっている。自らの所信や考え方を「職員会」で表明し、非常勤職員に対しては「職員伝達会」を使って伝えている。		
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		
管理者のコンプライアンス意識は高く、関連する研修にも積極的に参加している。新たな法令の施行や法改正があった場合には、職員会や職員伝達会等を通して職員への周知を図っている。課題として、職員の理解度が検証されていないこと、現場支援に活かされているか否かの確認方法が明確になっていないこと等が挙げられる。		
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		
試行錯誤を繰り返しながらではあるが、満足度調査が徐々に精度を高めている。調査の結果として洗い出された課題に関しては、その影響の大きさによって、事業計画(品質目標)に取り上げて取り組むこともある。		
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 a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの意見の把握を目的の一つとし、利用者の自主性を重んじる考え方から、利用者の自治会を3グループに編成し直した。自治会は毎月開催であるが、1グループずつ順次の開催となる。集団の構成人数が少なくなったことで、利用者からの意見や要望が出やすくなった。職員の業務改善に取り組むも、就業状況はさしたる改善が見られず、課題として残っている。		

### 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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
福祉業界全体の傾向ではあるが、当該事業所においても職員の不足感はぬぐえない。法人本部と連携を取って、採用と育成の両面で計画的に人事管理を進めており、法で定められた人員配置基準をクリアするよう努めている。		
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		
人事考課制度の運用とキャリアパスの構築によって、理論上では職員が自らの将来の姿を描くことが可能となった。この人事管理の制度は整備されたが、職員への周知に課題を残している。情報量の少ない非正規職員に対しても、詳細かつ丁寧な制度説明が求められる。		

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		
職員の安定雇用を目指し、法人と連携した働きやすい職場づくりが進んでいる。法人主導で、同期会補助制度、職場内交流補助金制度、10日間のリフレッシュ休暇等々、福利厚生施策を打ち出している。しかし、職員ごとの有給休暇の取得の偏りや残業過多の課題は残っている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「適正報告書」、「自己申告書」、「フィードバックノート」等を使い、職員個々に個人目標を設定して取り組んでおり、中間期に進捗の評価も実施されている。これまで人材育成面で関与が薄かった非常勤職員に対しても、新たな職員育成の枠組みに加えられることとなった。		
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		
キャリアパスに連動する形で法人主導の研修体系が構築されており、正規の職員に対しては充実した内容である。しかし、これらの枠組みに入らない非常勤職員の資質の向上が課題である。今後、非常勤職員をも含んだ研修体系の導入が予定されており、その効果に期待したい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「資格一覧表」や「研修実施結果表」を使って、職員の保有資格や研修履歴を管理している。法人の研修体系には組み込まれていない非常勤職員に対しても、外部研修等への参加は認められており、全ての職員に適切な研修機会は確保されている。専門資格の取得を目的とした研修にも積極的な参加がある。		
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		
地域の大学から社会福祉士実習生の受け入れを行っており、今年度は3名の受け入れである。「実習メニュー一覧」や「プログラム一覧」が用意されており、実習生は自らの希望でコースを選んでいる。受け入れのマニュアルとプログラムに沿った実習が行われているが、実習の終了後に、適切な評価・振り返りが実施されたことが確認できなかった。		

### 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		
3年ごとに第三者評価を受審し、事業所のホームページ(ブログ)で事業所の取り組みを紹介し、事業運営の透明性を示している。さらにその透明性を高いものとするために、苦情情報等の外部コミュニケーションに関しても公表することが望まれる。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人のホームページ上に現況報告書(法人概要・財産目録・貸借対照表・資金収支計算書等)を公開し、法人監事による監事監査や行政監査の実施がある。これにより一定レベルの事業会計の透明性は担保出来ているが、社会福祉法が求めるレベルでの外部監査は実施されていない。			

## 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			
利用者の地域生活を豊かにするため、事業所としても積極的に地域と関わりを持っている。自主製品(シフォンケーキ等)の販売を通して地域とは密接な関係がある。社会福祉協議会主催の「ケーキ作り」のイベントには、シフォンケーキのメンバーが講師を引き受けた。地域で活動する「藤江コミュニティー」の青少年部会のメンバーとして職員が活動している。地域のイベントであるスタンプラリーでは、中継点として場所を提供した。			
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			
ボランティアの受け入れのためのマニュアルやパンフレットを整備している。ボランティア用のパンフレットは、「大人用」と「子ども用」とに分けて作成されており、初めて経験するボランティアにとっても分かりやすい配慮である。地元の小学生や中学生の職場体験学習の受け入れは継続した取り組みとなっている。			
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			
地域の社会資源を網羅した「連絡先一覧ファイル」、「各種連絡先名刺ファイル」があり、利用者の様々な状況に対応できる体制が確立している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
地元の小学生や中学生の職場体験学習の受け入れを通して、学校教育(福祉教育)に協力し、周辺に位置する同法人の4事業所合同の夏祭りでは、地域に参加を呼び掛け、地域から多数の来場者がある。災害時の福祉避難所としての登録はあるが、さらにBCP(事業継続計画)の作成が期待される。			
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			
町・障害福祉係、自立支援協議会、特別支援学校等から地域の福祉ニーズの情報を取り、法人の相談支援事業所を通して在宅の福祉ニーズを把握している。毎年3~4名の特別支援学校卒業生を受け入れており、定員の枠にはまらなくなってきた。生活介護の利用定員を増やしたり、事業内容を見直したりして対応してきたが、それも限界に近い。法人として、新たな通所事業所の開設を計画する時期に入った。			



## 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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者尊重の精神は、法人理念及び基本方針に明記されており、それが記載された名刺サイズのカードを全職員が携帯し、法人理念は毎日、基本方針は一日1項目ずつ朝礼で唱和をすることで、周知徹底を図っている。理念及び基本方針についての内容は、入社時に丁寧に説明されている。			
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 ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント			
排泄に関する手引きには、プライバシー保護についての留意点が明記されている。また、一人になりたい時の空間も複数の場所が用意されている。排泄時に限らず利用者情報を他の職員に伝える際の方法を工夫されることを望みたい。			
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	㉘ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
パンフレットは町の福祉課や社会福祉協議会等に設置されている。その他バザー等の販売会でも施設紹介のチラシを配布する等、工夫がされている。また、毎月発行している会報は、写真を多く取り入れことで分かりやすく、興味が持てるような工夫がされている。管理者が定期的にホームページの更新を行っている。			
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	㉙ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者等への説明は、サービス管理責任者を兼務している管理者が対応している。サービス開始前には必ず管理者が施設内を案内し、作業風景等の様子を見学した上で、サービスを開始している。管理者が対応できない場合は、職員でも対応できるように必要な書類がセットされている。また、利用者向けにルビがついた重要事項説明書も準備されている。			
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	㉚ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所と同じ建物内に相談支援事業所「ハーネス」があり、必要に応じて連携できる体制が整えられている。今までにサービスを他事業所に変更された利用者はいないが、退所後の支援のマニュアルも整備されている。			
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	㉛ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年5回に分けて満足度調査を実施しており、回答しやすいように項目を絞って本質を探る工夫がされている。また、毎月開催される自治会活動を通して、外出行事の行き先等に利用者の希望を取り入れるように配慮している。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「苦情解決規程」が整備され、仕組みが重要事項説明書に記載され、施設内の掲示板にも苦情解決についての案内が掲示、周知されている。しかし、苦情の公表について、毎月発行される会報で知らせていると記載されているが、実際には苦情を申し出た本人のみにフィードバックしている。会報やホームページ等を活用した苦情情報の公表を望みたい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業所内に相談窓口に関する案内が掲示されている。毎月開催される自治会では、利用者が意見を言える場があり、また、相談できる場所も複数確保されている。さらに、職員に言いづらい場合は、施設内にある相談支援事業所の相談員が聞ける体制にある。		
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		
利用者からの要望や意見に対しては、手引きが整備され、速やかに対応するようになっている。非常勤職員に対しても、検討事項及び決定事項の周知に関し、迅速に伝達できるように検討を期待したい。		
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		
ヒヤリハットや事故報告等についての記録や対策、報告等のマニュアルが整備されている。リスクマネジメントに関する委員会の設置はされていない。法人内に複数の事業所を有しているため、例えば、他事業所の事例を取り上げて法人全体で情報共有したり、ヒヤリハットが出しやすい体制作りに取り組むためにも、リスクマネジメントに関する委員会の設置を期待したい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「感染症予防マニュアル」が整備されており、インフルエンザシーズンには1日2回の検温を行ったり、看護師が講師となって内部研修を実施するなど、予防面についても積極的に取り組まれている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
隣接する「ひがしうらの家」とともに、毎月避難訓練を実施し、災害時の医薬品や食料品の備蓄もひがしうらの家と共同で確保されている。災害時を想定して、「災害伝言ダイヤルの体験利用」の取り組みを保護者も交えて行う等の工夫がある。		

### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
ISO9001(品質マネジメントシステム)が導入されており、レビュー・検証・妥当性確認の手順を経て手引きが作成されていることから、膨大な量となっている。そのため、内容の理解、手順の徹底並びに非常勤職員が手引きを確認する機会があまりないことなどに課題があり、検討を期待したい。		

	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
見直しをする仕組みや手順は確立されており、変更等がある場合は稟議書で理事長が最終決裁をしている。見直しについての改定記録や検討会議録等もファイリングされている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントは毎年更新され、個別支援計画に利用者のニーズと複数の職種の職員の意見も必要に応じて反映される仕組みが確立している。個別支援計画は、サービス等利用計画に沿った計画になっているか、また、これらの計画書の作成及び中間評価の時期が合わせられるよう検討されることを期待したい。			
	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			
個別支援計画は、中間評価は6ヶ月後に、終了時評価は1年後に評価及び見直しが行われ、次年度の計画に反映される仕組みができています。非常勤職員へ見直し後の個別支援計画の内容を周知する方法も職員伝達会や「ほうれんそうノート」を利用して対応されている。			
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			
福祉サービスの実施状況の様子は、業務システム「愛ちゃん」に適切に記録され、班長及び管理者が内容を確認している。毎朝の朝礼や職員会議、職員伝達会等が情報共有の場となっている。			
	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			
「個人情報保護規程」が整備され、記録の保管や責任者が定められている。また、個人情報の取扱いについては、契約時に書面をもって説明され、書類については鍵のかかる場所で適切に保管されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者及び家族との面談時に、地域移行への意向を確認する機会を設けている。また、グループホームの紹介等を積極的に行っている。隣接する入所施設や相談支援事業所と連携をして地域移行を積極的に推進している。			

### 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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者との関係が長いことから、意思疎通が取りやすい状況であり、これ以上の取り組みやコミュニケーションが向上する手段はないと判断している。現状に満足せず利用者のための創意工夫を期待したい。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
行事や日常活動、給食等、身近で興味を持てるようなテーマで自治会を開催している。意見が出やすいように3グループに分ける等、サポートする職員の工夫がみられる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメント票が基本となり、その人のエンパワメントを見極めて、介助が必要な部分を支援する体制が整えられている。これからも自力で行う行為が広がる工夫を期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本的には生活介護の利用者も「作業」が主体となっており、作業種目の選択も本人の希望が反映されている。余暇やクラブ活動もプログラムをたくさん用意している。また、通所方法についても、希望があれば町営公共バスを利用できる等、個別の対応も可能となっている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事サービスは、給食、配食、手弁当のいずれの方法も選択できるように配慮されている。食事についてのマニュアルも整備されており、アセスメントに基づき個別支援計画に記入され、おかず(一口カット、刻み、脂控え)やご飯の量(4種類)等、個別に対応されている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
自治会でのヒアリング調査の他、保護者に書面で食べ方等のアンケート調査を実施し、対応できる範囲で実施されている。しかし、個別対応者が多くなったことによって食事のセッティングに時間がかかり、食材が冷めてしまうことや、献立表が文字ばかりで分かりづらく、写真やイラストを入れる等の工夫されることを期待したい。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事を摂る時間は日課の中で決められているが、盛りつけ後2時間以内なら可能となっている。また、介助が必要な利用者や、集団の中では落ち着いて食べることができない利用者等には、時間をずらしたり別室を利用するなどの配慮をしている。			

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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当 (失禁や活動等で汚れた場合は、シャワーを利用できる)		
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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当 (希望があれば、時間の制限はあるが隣接する入所施設のお風呂を利用できる)		
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
排泄支援に関する手引きがあり、個別に支援が必要な利用者は、個別支援計画書に支援方法が記載されている。排泄状況もチェックリストで把握し、必要に応じて家族にも連絡帳で報告されている。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
支援員が交代で掃除を行っている。各フロアに失禁対応セットが用意され、汚れがあった場合には速やかに対応している。また、エアータオルやペーパータオルが設置されている。防臭対策も芳香剤等が置かれ、快適な空間となっている。		
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	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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
保護者に説明をした上で予備の着替えをロッカーに準備したり、毎日持って来てもらう等、利用者の希望を尊重して着替えが出来るように対応している。また、貸出し用の衣類も用意され、手引き書も整備されている。		

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	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 (毎月2回、隣接の入所施設に出張理容がある。希望があれば利用できる)			
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 ・ 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			
毎日通所時に検温(インフルエンザシーズンは2回)、毎月の体重測定、その他にも血圧の高い利用者は血圧を測定している。毎日ラジオ体操や散歩を行ったり、エアロビクスやスポーツレク等、身体を動かす活動を取り入れている。検温や血圧、体重等の数値結果を毎月保護者に報告する等、健康状態を共有できる方法の検討を期待したい。			
	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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
体調不良時には、看護師が対応する体制が確立されており、嘱託医も事業所の近くにある。看護師が不在時でも、隣接する入所施設「ひがしうらの家」の看護師との協力体制ができています。毎月「ひがしうらの家」には主治医の訪問があり、必要に応じて受診もできるようになっている。			
	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			
薬の受け取りから投薬までの一連の流れが手引き化され、確実に投薬支援が行われる仕組みができています。定期的に、薬の変更がないか処方箋の確認方法についての仕組み作りの取り組みを期待したい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
基本的には作業が中心であるが、クラブ活動は「音楽療法」「パソコン」「ドッグセラピー」「エアロビクス」「散歩」等から選択できるよう配慮されている。行事の行き先等は自治会で希望を取る等、利用者主体で決められているが、少しでも企画、準備段階から利用者が参画できるような工夫を期待したい。			

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
基本的に事業所は主に作業をする場所と位置づけられているため、行事や通院以外に利用時間帯に単独で外出することはない。外出時の不測の事態に備え、連絡先を記したカードの携帯を周知徹底している。		
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	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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
重要事項説明書内の留意事項に、貴重品の管理についての明記がある。預かり金はないが、必要に応じて事務所で一時的に預かったり、ロッカーの鍵を渡す等、管理できる体制が整えられている。		
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		
雑誌やラジカセについては、利用者が家庭から持ち込むことに制限はないが、聞く場所や保管場所を決める等の対応をしている。利用者同士のトラブルからテレビが撤去されているが、定期的に利用者の希望を確認して、雑誌の購読やテレビの設置等、利用者の希望が反映されることを期待したい。		
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
平成27年度途中より敷地内禁煙となっているため喫煙場所はない。利用者には自治会を通して周知している。		