

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

②施設・事業所情報

名称： そだちの家	種別： 生活介護	
代表者氏名： 木俣 善統	定員（利用人数）： 60名 （62名）	
所在地： 愛知県岡崎市欠町字清水田6番地2		
TEL： 0564 - 25 - 3322		
ホームページ： http://www.fukushijigyodan-okazaki.or.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和61年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人岡崎市福祉事業団		
職員数	常勤職員： 13名	
専門職員	（管理者） 1名	（生活支援員） 20名
	（サービス管理責任者） 1名	（社会福祉士） 4名
	（介護福祉士） 7名	（保育士） 7名
施設・設備の概要	（居室数） 5室	（設備等）

③理念・基本方針

★理念

- ・法人：福祉のこころを育み、選ばれ、信頼される、地域に根ざした主体性のある事業団として確立します。
- ・事業所：利用者の意思を尊重し、一人ひとりに合わせた支援をしていきます。

★基本方針

- ・一人ひとりの障がいの特性に合わせた支援をしていきます。
- ・相談支援事業所及び他の事業所と連携し、個々に合った施設利用や家族の介護負担軽減を考えていきます。
- ・強度行動障がいを持つ方の受け入れを行い、地域のセーフティネットとしての役割を担っています。
- ・利用者の方に不便が生じないよう、設備の更新や改修などの環境整備を行っていきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・午前は施設周辺にウォーキングに出掛け、運動不足及びストレスの解消を行っている。
- ・午後からはグループ別活動を行っている。
 - 【創作活動班】
おやつ作り、工作などを行い、楽しみながら創造性を養っている。
 - 【生産活動班】
糸の選別、アルミ缶回収などの作業をしている。
 - 【機能向上班】
理学療法士等による指導の下、ストレッチやスヌーズレンを実施し、身体の機能を高めると共にリラックスできる活動を行っています。
- ・年間を通して冷涼祭り、野立て、クリスマス会、節分会など四季を感じることもできる行事を行っている。
- ・8月を除く5月から10月まで水泳訓練を月2回実施し、体力の向上に努めている。
- ・栄養バランスの良い給食を提供しており、食育にも力を入れている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 4月 1日（契約日）～ 平成31年 1月23日（評価結果確定日）
	【平成30年9月21日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	0 回 （平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆障害の重い利用者のニーズに応える

障害の軽重に拘わらず、個々のニーズに沿った受け入れを行い、地域のセーフティネットとしての使命感をもって地域福祉に貢献している。相談支援事業所との綿密な連携を図り、他の事業所で断られた利用希望者の相談や受け入れにも応じている。

◆目標管理による人材育成

業務評価を用いた目標管理制度を導入し、職員個々が目的を持った業務達成に向けて取り組むことで、職員の人材育成を図っている。

◆利用者に応じた活動体制

利用者の障害特性に合わせたグループ分けと日中活動を実施している。さらには、自閉症の利用者に対応するための個室スペースやスヌーズレンの実施、個々に応じた食事時間の配慮等々、利用者が安心して活動できる環境設定がなされている。

◆安全、安心な支援環境

法人のリスクマネジメント会議で様々な対応が協議され、事業所内ではヒヤリハットや事故の報告が詳細に実施されている。また、これらの情報共有と危険回避への改善も図られるなど、利用者を取り巻く支援環境が整えられている。

◇改善を求められる点

◆サービス向上へのPDCAサイクルの活用

サービス提供のサイクルの中で、特にサービスチェックについて、保護者アンケートをモニターとして活用しているものの、提供側の支援の振り返りの意味においても、職員によるサービス評価を確実に実施して改善へ向けていくという過程を経ることが必須であり、PDCAサイクルに沿ったサービスの向上を進められたい。

◆事業計画の具体性

事業計画は、ポイントを絞った重点項目としているが、支援内容に関する項目が無い。事業全般の方向性を示す指標となる具体性と実効性の高い事業計画の策定が望まれる。

◆研修計画の策定

研修計画に沿った研修を進めることで、職員個々が自己研鑽の見通しが立ち、また計画の評価から改善が可能となり、効果的な人材育成が期待できる。是非とも、事業所としての研修計画と職員個々の研修計画の策定を図られたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

地域のセーフティーネットとしての役割を担い重度の利用者の方のニーズに応えている点、利用者の障がい特性に合わせた活動を実施している点について高評価をいただいたき、これまでの活動の成果を実感したと共に、今後も利用者ニーズに敏感に対応したサービスを提供していきたいと感じました。一方、改善を求められる点として事業計画の具体性、研修計画の策定が挙げられました。事業計画については支援内容に関する項目を加えていき、研修計画については職員にとって見通しが立てやすいよう、具体的に策定していきたいと思えます。

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(64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			
理念、基本方針は、パンフレットやホームページに掲載されているが、周知という点では職員に対しても、また利用者に関しても徹底されていると言い難い。特に主体である利用者、家族への周知に関しては、分かり易く工夫するなどの配慮を要す。行動規範という面では、法人のクレドカードがあり、配布されたり館内に掲示されるなど周知が図られている。			

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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
収支状況や稼働率等については毎月本部に報告され、施設長会議にて法人全体の事業経営の状況を把握し、課題を共有している。また、市の事業者説明会に参加して地域福祉の動向を把握し、職員に周知を図っている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
毎月本部へ報告する収支状況、稼働率等については、職員に回覧して周知を図っている。経営状況のデータ分析もなされているが、経営課題の解決に向けては、事業計画の重点事項として取り上げて取り組んでいる。事業所単独での対策では及ばない事項もあり、継続課題となっている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
10ヵ年の中・長期計画が策定され、経営の指標となっている。計画の実効性の面では収支との関連性が問われるが、法人の性格上、また指定管理という経営形態を考慮すれば、妥当な内容と思われる。中・長期計画の評価、見直しが課題となっている。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
単年度の事業計画の中に、項目を絞った2つの重点課題を取り上げている。しかし、事業内容全般が網羅されておらず、特にサービス内容に関する事項に関しては、重点課題の項目として加えることを望みたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画策定にあたっては、各クラスの会議等から挙がってきた事項を基に管理者が素案を作成し、職員会議の場で検討して決定事項となる。事業計画の評価、見直しに関しても同様の過程で行われている。事業計画は年度毎に策定され、基本的に年度途中の見直しはなされない。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障 7	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
支援内容に関しては、保護者会にて説明がなされ周知されているが、事業計画に関してはホームページで公開されているものの、説明の機会としては設定されていない。何より、支援の主体である利用者への周知について、個々の障害を踏まえた上で、少しでも理解される工夫や配慮をもって実行されることが望まれる。			

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	・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント				
家族へのアンケート調査を実施し、結果分析した上でフィードバックし、職員サイドは内容を共有して支援に活かしている。サービス向上に向けたPDCAサイクルの中のチェック(C)の部分で、何らかの形で支援の振り返りを行うことが重要であり、職員個々の自己評価や会議での洗い出しなど、実効性のあるチェック体制を考えられたい。				
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	・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント				
家族アンケートを貴重なモニターとして捉え、結果分析し、職員間で共有した上で、職員会議で改善への取り組みを確認している。ただ、改善計画書は作成されず、改善過程に不明瞭な部分もあり、検討の余地を残す。職員個々については、業務評価を通して自らの課題項目に対して評価し、改善へ向けての取り組みを行っている。				

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント				
管理者は、職員会議や保護者会の中で自らの方針や方向性を示し、理解を得ている。職務分掌については、「定款」や「運営規定」に定められている。管理者の具体的な職務内容に関しても、文書化して職員に周知されることが望ましい。緊急時や有事での管理者不在時の権限は、副館長に委任されている。				
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント				
市の行政説明、管理者セミナー、事業所ハンドブックなどで法令やコンプライアンスの情報を得て、必要な通知等に関しては、職員会議等で職員周知している。更なるコンプライアンス徹底のため、事業所内研修や事例検討の実施など、一層の取り組みを検討されたい。				
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント				
保護者へのアンケート調査を参考に、分析、評価、改善を進めている。一方で、「サービス向上委員会」のような組織的な取り組みはなされておらず、職員の意見が反映される更なる有効な対策を考えられ、サービス向上を目指されたい。				
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				
人事、財務に関しては法人主体で行われ、本部と関係を密にして対応している。労務対策としては、管理者は個人面談を通して勤務上または支援上の要望や提案を聞き取り、待遇改善や業務改善に取り組んでいる。また、必要な事項に関しては本部へ具申している。一方で、業務改善に向けての委員会等の体制は無く、組織的に業務の実効性を高めるといった形には至っていない。				

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の採用計画の下、求人から採用までの人材確保がなされる。管理者は、事前に「人員配置要望書」を提出し、事業所の人材確保に努めている。育成について、法人の階層別研修、テーマ別研修が実施され、新任職員から管理者までをカバーしている。また、目標管理を実施し、個々の育成を図っている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
人事制度が導入され、能力評価が運用されている。異動・昇進・昇格などの人事基準に関しては開示されておらず、今後の制度の透明化、適正化が望まれる。また、法人の「期待する職員像」としては、経営方針の中に示されているが、職員周知が徹底されていないことに加え、目指すべき将来像という点では若干抽象的な内容であるため、職員個々のキャリア設計やモチベーション向上といった面では不安を残す。			

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			
法人の行動計画には、年次有給休暇の取得促進やハラスメント防止、育休・時短の取得目標も掲げられ、法人をあげてワーク・ライフ・バランスの取れた職場環境を目指している。また、有給休暇や時間外労働のデータ管理、互助会への加入、産業医によるメンタルヘルス、相談窓口設置など、福利厚生の整った働きやすい職場環境設定に努めている。ただ、人員確保や人員体制など、労務対策の部分では若干の課題を残す。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
目標管理制度を導入し、「業務評価票」を用い、個人目標を設定して自己評価を実施している。その上で上司評価を実施し、管理者による中間面談・終了面談を経て業務評価を行い、個々の育成を図っている。			
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			
今年度の事業計画に「職員の資質の向上」を掲げ、職員は法人主催の階層別研修やテーマ別研修、外部研修、外部施設訪問に参加している。しかしながら、研修計画が策定されておらず、研修の効果測定や評価が出来ない状況である。研修計画の策定について前向きに検討されたい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
経験や習熟度に合わせ、職員個々に必要と思われる研修に参加できるよう、法人内外の研修を選んで参加している。しかしながら、研修計画が策定されないため、職員にとって自己研鑽の見通しが立て辛い。加えて、OJTに関しては担当職員を決め、目標設定から実施、評価を行うといった体系的な形が取られていない。新任職員の支援力向上、育成という面で、組織的に取り組むことを期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
実習に関する基本姿勢は明文化されていない。しかし、実習に際しての注意事項やオリエンテーション用のマニュアルが整備されており、実習指導者も配置され、社会福祉士や教員実習等の受け入れを実施している。プログラムに関しては、実習生側の指定した項目を用い、実習目的を遂行できるよう支援している。事業所の専門性の習得を必ず実習項目に加えるなど、独自のプログラムを用意されたい。			

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			
ホームページによる様々な情報開示、地域へ向けての法人広報誌の発行、関係者向けの事業所だより等、様々な情報提供ツールがある。事業所の理念や事業内容が地域にさらに広報されるよう、様々な機会やツールを通じて働きかけるよう努められたい。			

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			
事務、経理、取引等に関しては、「経理規程」や「経理マニュアル」に沿って行われている。また、監事の税理士による内部監査が年2回行われている。会計事務所と契約し、毎月公認会計士が財務チェックを行っている。今後は、専門的な外部機関による外部監査の導入による、一層の透明性確保が望まれる。			

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の中・長期計画の方針には、「地域との双方向の交流」と「地域福祉活動の推進」が明示され、夏祭りやクリスマス会、餅つき大会などで地域交流を図っている。また、地域小学校との交流や、グループ活動での買物や外出時の外食などを通して日常的に地域と関わりを持ち、地域の社会資源を活用するなど、地域との接点を大切にしている状況がうかがえる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの受け入れマニュアルが整備され、ボランティア担当を定めて積極的な受け入れをしている。ボランティアセンターを通じた受け入れ、また高校生の福祉体験の受け入れ、小学校との交流など、学校教育への協力も行っている。加えて、事前のオリエンテーションの実施や、ボランティア保険に加入することを条件に受け入れるなど、受け入れ体制が整えられている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
相談支援事業所や自立支援協議会、また地域の同種事業所などと連携・連絡を密にし、情報の共有や共通課題の協議を行っている。また、関係機関が集まった担当者会議に参画し、利用者の地域生活を支援している。さらなる連携の強化により、在宅障害者の福祉向上を図られたい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
災害時の福祉避難所指定を受け、地域障害者の受け入れを想定している。また、夏まつり等の行事による地域住民との交流や高校生の福祉体験の場として事業所機能の還元を行っている。事業所の専門性を活かした一層の地域還元を行うことで、地域活性化への貢献を目指されたい。			
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 27	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の清掃や街頭監視活動などの地域活動を行っている。加えて、何より地域障害者のセーフティーネットとして、障害の軽重に拘わらず利用ニーズに応えている点は、地域の貴重な社会資源としての存在価値を果たしている。			

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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	障 28	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
年度初めに全員参加の内部研修を行い、人権、虐待防止、重度利用者の支援等について共通理解を持つ取り組みを行っている。年2回、虐待防止セルフチェックを実施しているが、職員個々の積極的な意識向上という点では十分とは言い難い。			
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			
トイレが古く、十分なプライバシー保護ができていない。来年度予算にて改修を計画しており、改善を期待したい。屋外で下半身を露出してしまう利用者への対応として、柵に目隠しの布をかけるなどの工夫が見られる。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
稼働率向上のため、特別支援学校への訪問などを積極的に行っている。市内のセーフティネットとしての存在が広く認知されており、他の事業所で断られた利用希望者の相談や受け入れにも応じている。また、「福祉の村」内の施設と連携し、個々の特性に合った施設を利用できるよう配慮している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
意思決定が困難な重度利用者に対しての分かりやすい資料ではなく、サービス変更等の説明が困難となっている。その一方、1日体験利用などを実施し、実際に事業所を利用することで理解できるよう配慮している。また、「重要事項説明書」については、保護者に対しての丁寧な説明が行われ、十分な理解を得られている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「福祉の村」の強みを活かし、てんかんの発作が重い利用者に対してより専門性が高い同法人の「にじの家」への移行を進めるとともに、事業所間で連携して継続的なサービスを行っている。入所施設への移行については、相談支援事業所も交えて会議を開き、移行先との情報共有に努めている。しかし、引き継ぎの手順等は明確になっておらず、その都度対応している。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
年に1度、保護者向けのアンケートを実施している。結果を集計・分析し、課題を明確にしている。また、祝日の開所や4クラスから5クラスへのクラス分けなど、アンケートによって得られた要望・提言を実現している。挙げられた要望に対してはその都度取り組んでいるものの、継続的な満足度向上への取り組みに関しては改善の余地がある。			

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			
法人の苦情解決に関する規程に基づいて、解決責任者、受付担当者、第三者委員の設置はされているが、申出者の同意を得て苦情解決の結果を公表する仕組みが整っていない。また、ここ2年は苦情が発生していないが、利用者および保護者が、事業所に遠慮せずに苦情やクレームを出しやすい環境にあるか否かを確認できていない。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
言葉で意思表示ができる利用者はほとんどいない。相談を受ける機会が少ないものの、一人で静かに過ごしたい時などに誰にも干渉されずに落ち着ける場所を各クラスに設定している。さらに、静養室も整備されており、利用者は自由に使うことができる。家族からは、「通えるだけでありがたい」という声がほとんどで、それ以上の踏み込んだ意見や相談はほとんど出てこない。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
相談や意見があった日には、夕方のミーティングで報告し、情報共有できる仕組みがある。また、業務改善提案制度を活用し、相談の内容によっては組織的に取り組めるようになっている。しかし、保護者等からの相談を多く拾うことができておらず、仕組みを十分活かし切れていない。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
月に一度、衛生委員が「福祉の村」のリスクマネジメント会議に出席し、対応を協議している。また、ヒヤリハットと事故の区別が明確になっており、職員にとっても分かりやすく報告しやすい環境が整っている。特に、利用者の“けが”については、過去に職員による虐待の疑いで苦情が出た反省を活かして、こまめに報告す仕組みがあり、情報共有ができています。			
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			
昨冬は職員も含めて3分の1がインフルエンザに罹患した。疑わしい時点で静養室に隔離するなどの対応をしたものの、感染拡大を防ぐことができなかった。保護者だけで通院することが難しく、また、十分なワクチンを確保することが困難であるなど、感染予防には多くの課題がある。B型肝炎の感染者への対応について内部研修を行い、適切に対応できている。また、胃腸風邪の時期に嘔吐があった場合の処理方法なども、内部研修で周知されている。			
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やっている。	障 39	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
毎月行っている防災訓練は、火災や地震を想定した避難訓練だけでなく、帰宅困難者の対応や不審者対応など多岐にわたっており、あらゆる非常事態を想定している。また、福祉避難所の登録も受けており、実際受け入れるときのシミュレーションも行っている。課題として、利用者、職員の安否確認の方法が十分周知されていないことが挙げられる。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント				
利用者の行動障害や支援における注意点などが、一覧表になってまとめられている。また、日常の生活支援においても標準的な実施方法が文書化されている。しかし、それについての研修などがなされておらず、十分周知されては言い難い。				

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
標準的な実施方法について、職員が共通認識を持つための時間がとれていないため、見直しも十分行われていない。しかし、普段の業務の中で適宜サービスの改善は行われており、サービスの質に大きな影響を及ぼすことはない。			
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支援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			
アセスメントは年に1度更新され、それに基づいて「個別支援計画」も策定されている。また、相談支援事業所の「サービス等利用計画」との連携もとれている。他事業所との併用をしている利用者について、他事業所との意見交換の場がなく、他事業所の状況を踏まえた適切な「個別支援計画」となっているか否かの確認が取れていない。			
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障 43	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
半年ごとにモニタリングを行い、「個別支援計画」の見直しを行っている。しかし、見直しによる変更点は、関係する職員に十分には周知されていない。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
各クラスにケース記録のファイルが整備され、直近2週間の記録を閲覧できるようになっている。そのため、クラスの職員間では情報共有ができていますが、他のクラスを担当する職員には情報が行きわたらない。クラスをまたいで活動することも多く、広域での情報共有が課題となっている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の「記録管理規程」に基づいて記録を管理している。古い記録は差し替えて別の場所に保管するなど、整理状態も十分である。個人情報の保護については、利用者および家族に説明し、取り扱いについては同意書を得ているものの、職員に対する「個人情報保護規程」の教育が十分ではない。			

A-1 利用者の尊重と権利擁護

			第三者評価結果	
A-1-(1) 自己決定の尊重				
	A① A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。		障 46	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント				
言葉で表現することがほとんどない利用者に対して、写真を用いて外出時のケーキを選んでもらうなどの工夫をしている。作業に集中して取り組むことが得意な利用者には、エンパワメントとして「個別支援計画」に反映させている。しかし、一部の利用者にとどまり、利用者の自己決定を尊重した取り組みを推進するためにはさらなる工夫が求められる。				

A-1-(2) 権利侵害の防止等			
A② A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障 47	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
虐待防止についての外部研修には、積極的に参加している。研修履修後には、ミーティング等で報告を行っている。職員個々の権利擁護に関する意識は低くはなく、過去に虐待の疑いで苦情が発生したこともあって、小さな痣などでも報告が上がっている。また、定期的に虐待防止のセルフチェックを行っている。			

A-2 生活支援

		第三者評価結果	
A-2-(1) 支援の基本			
A③ A-2-(1)-①	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	障 48	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントや利用者一人ひとりの障害特性などを一覧にしたものがあり、クラス単位では各利用者の自立度を把握し、それに合わせた支援を行っているものの、他のクラスの職員は把握ができておらず、適切な自立支援となっているとは言い難い。			
A④ A-2-(1)-②	利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	障 49	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
文字盤や写真を用いてコミュニケーションをとったり、一文字ずつ発語を練習するなど、個々の障害特性に合わせた支援を行っている。しかし、職員間で障害特性の理解に差があり、継続的にコミュニケーション能力の向上のための支援を進めることが難しい。			
A⑤ A-2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障 50	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意思をくみ取ることが困難で、実際には保護者と担当職員とで相談しながら意思決定とすることが多い。そのため、限定的な内容になる可能性もあり、より幅広い職員の意見を交えて総合的に意思を探っていく取り組みが求められる。			
A⑥ A-2-(1)-④	個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障 51	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
午前のウォーキングは、個々の歩行能力に合わせてグループが作られており、障害特性に配慮したコース設定もされている。午後のプログラムは、通常1つのみで選択肢がない。そのプログラムに参加したくない利用者に対しては、別の作業を提供したり、静養室を開放するなど思い思いの時間を過ごせるよう配慮している。			
A⑦ A-2-(1)-⑤	利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	障 52	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
強度行動障害の研修に参加し、成功事例集の回覧をして支援の参考にしている。利用者の行動障害についてはクラス担任の職員は十分理解できており、適切な対応ができています。しかし、他の職員がその支援を実際に見て学ぶことは物理的に難しく、文書での周知だけにとどまっている。			
A-2-(2) 日常的な生活支援			
A⑧ A-2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	障 53	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画やアセスメントを基に、食事の形態などは適切な状態で提供できている。また、食事中も職員の目が個々の利用者に行き届く配置となっており、不都合があればすぐに見直しができる体制となっている。			

A-2-(3) 生活環境			
	A ^⑨ A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	障 54	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所内は衛生委員が定期的に巡視し、危険箇所はその都度対策をとっている。建物の老朽化が進んでおり、トイレの扉が閉まらないが、来年度改修によって改善される予定となっている。			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
	A ^⑩ A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障 55	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ウォーキングの参加が難しい利用者など、一部の利用者に対してマッサージやリハビリテーションなどの機能訓練を行っている。しかし、専門職のカウンセリングを受けたプログラムではない。また、参加していない利用者の機能訓練に対するニーズが把握できていない。			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
	A ^⑪ A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	障 56	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
年に一度の健康診断と年に2度の内科検診を行っている。しかし、家族の付き添いで受診することが難しい利用者も多く、事業所と医療機関との連携を強化したり、必要に応じて事業所から通院するなどの対応ができる体制を整えることが求められる。てんかんのある利用者については、個々の発作の特徴を理解し、怪我の防止に努めている。			
	A ^⑫ A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	障 57	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
薬の扱いについては登園時に家族から薬を預かり、昼食後に投薬するまでの手順を定めている。投薬ミスを防ぐために2者で確認している。また、薬の情報についてのコピーをケースファイルに綴じ、必要なときはすぐに確認できるようになっている。看護師が常勤ではないため、緊急時の対応として、「福祉の村」で行われるAED操作を含む救命講習に参加している。看護師や救急車が来るまでの初期対応についてのマニュアルを整備し、職員研修の必要がある。			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
	A ^⑬ A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障 58	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
喫茶店や工場見学など、利用者が社会との関わりを持てる外出の機会を設けている。また、近隣のホテルでテーブルマナーを学ぶ機会もある。「福祉の村」内の「みのりの家」と連携し、宿泊体験の利用促進をしている。普段の活動においては、学習支援のプログラムがない。			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
	A ^⑭ A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	障 59	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
他法人のグループホームから2名通っており、相談支援事業所や関係機関と連携して地域生活支援を行っている。重度の利用者が多いことから、地域移行よりも家庭から入所施設への移行のニーズが高く、地域移行支援は進めづらい。			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
	A ^⑮ A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障 60	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
2か月に1度の保護者会に館長が出席し、意見交換の場としている。また、年度初めには新規職員も出席し、保護者との顔合わせを行っている。その他、秋には野立てを開催し、家族に事業所行事への参加を呼び掛けている。毎日の様子などのやり取りは連絡帳を介して行われているが、利用時間の延長や医療機関への付き添いなど、家族支援においては課題が残っている。			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
	A ^{①⑥} A-3-(1)-①	子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	障 61 a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

A-4 就労支援

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
	A ^{①⑦} A-4-(1)-①	利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	障 62 a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	A ^{①⑧} A-4-(1)-②	利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	障 63 a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	A ^{①⑨} A-4-(1)-③	職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	障 64 a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			