

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 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： 障害者支援施設サンフレンド	種別： 生活介護、施設入所支援	
代表者氏名： 川崎純夫	定員（利用人数）： 40名（40名）	
所在地： 愛知県小牧市大字大山字岩次208-3		
TEL： 0568-47-1181		
ホームページ： <a href="http://www.aichi-seikokai.or.jp">http://www.aichi-seikokai.or.jp</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成11年11月11日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 あいち清光会		
職員数	常勤職員： 24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) 29名	(看護師) 1名
	(栄養士) 1名 (調理員) 6名	(事務員) 4名
施設・設備の概要	(居室数) 35室	(設備等) 静養室、食堂、医務室
		相談室、階段、廊下、浴槽、玄関
		指導員室、ホール、事務室、
		宿直室、調理実習室、洗濯作業室
		トイレ、湯沸し室、作業指導室、
		生活指導室、調理室など

### ③理念・基本方針

#### ★理念

「この子我が子なりせばの親の愛を忘れる事なかれ」(支援者心得12条)を大切に、能力に応じた生きがいのある生活と自己実現の達成によって一人ひとりの豊かな地域生活支援を目指す。

#### ★基本方針

利用者が主体となり、何事にも自己選択、自己決定できるよう配慮し、作業活動を通し働く喜びや生きがいを見つけ、家庭的な雰囲気の中から、基本的生活習慣を体得し、施設から地域生活に移行できるよう支援する。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- 1.基本理念であるサンフレンド支援者心得12条の1条である「この子我が子なりせばの親の愛を忘れる事なかれ」を常に心得、利用者の一人一人の人生が豊かな生になるよう努めている。
- 2.食事の際の選択メニュー、レクリエーション、クラブ活動、PMのカルチャー活動、休日のビデオ鑑賞の内容、購買の実施など利用者本人に選んで頂く機会をできるだけ提供している。
- 3.食事を出来るだけ楽しくおいしく食べて頂くために厨房調理職員は元調理職人でありイタリアン、和食、洋食などバリエーション豊かに食事を提供できるように努めている。
- 4.入浴は毎日行うことはもちろんであるが、職員も一緒に入り事故のないよう努めると同時に入浴しながら話をするなど裸のつきあいを行っている。
- 5.学習(音楽、造形活動)は外部より先生を招き音楽は月に1回、造形活動は月2回行っている。展覧会にも積極的に出展し多くの賞をいただくことが出来、利用者の創力の向上につなげることが出来ている。
- 6.AMの作業の時間では、利用者個々の特性にあった作業内容を本人ニーズ、個別支援計画やモニタリング、作業会議などで検討し作業時間に何も行わない利用者がないよう努めている。
- 7.各利用者の望む生活の提供として地域移行をめざし生涯入所施設での生活にならないよう努めている。また入所施設では本人ニーズの実現として誕生日支援を行っている。内容は利用者の誕生日月に本人の行きたい場所、したい事、食べたいものなどの希望を聞き取り、職員と個別に外出支援を行っている。
- 8.権利擁護支援の実施(虐待防止委員会の設置及び定期的な委員会の開催)がある。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 6月27日(契約日) ~ 平成31年 3月 4日(評価結果確定日) 【平成30年11月 5日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	4 回 (平成27年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆家族の理解と協力

管理者(理事長)は、常に利用者及び家族の満足度を高めることに腐心しており、その満足度の高まりを“サービスの質の向上”と捉えている。その意味においては、完璧なまでに利用者・家族の信頼を得ており、事前の家族アンケートにおいても、家族の側からは微塵の不協和音も聞かれない。夫唱婦隨の管理者夫妻に対する賛辞を惜しまない。そのような良き理解者である家族がボランティアとして事業所を支援し、イベントの芋掘りを手伝ったり、バザー委員会のメンバーとして活躍している。管理者の牽引によって、事業所全体に、“サービスの質の向上”に取り組んでいく意識が満ちている。

##### ◆綿密な職員研修の管理

事業計画に、今年度の教育・研修の基本的な方針が記され、階層別の研修やプリセプターによる新人職員に対するOJT、他法人事業所との定期的な意見交換会等が詳細に計画されている。「キャリアデザインシート」には、職員それぞれが履修すべき研修内容がすべて網羅されている。「研修履歴一覧」には、全ての職員のこれまでの研修の参加履歴が記録されている。

#### ◆自己決定の支援

自治会が組織されており、利用者同士で構成された役員会もある。また、誕生月の食事の希望メニュー導入は利用者に評判が良い。日中活動(レク、外出活動、映画上映会、各種クラブ活動等)に関しては幅広い選択枝が用意されており、“自己決定の大切さ”を重視したサービスを提供している。特筆すべき取り組みの1つに「好子・嫌子ファイルの整備」があり、利用者個々の「好きなこと」と「嫌いなこと」を幅広い分野でまとめたファイルを作成し、選択する際の支援に活用している。

#### ◇改善を求められる点

#### ◆“働きやすい職場づくり”は実現したが・・・

事業計画に、「・・・すでに働いている職員の離職を防ぐ人材定着が重要・・・ 不安なく働けるよう・・・」と、安定的な職員雇用と“働きやすい職場づくり”を目指す方針を示している。給与支給日には、管理者(理事長)と施設長補佐(理事長夫人)が給与明細を手渡しする。その際にも、二人から職員への感謝とねぎらいの言葉かけを忘れない。ワーク・ライフ・バランスに配慮した短時間勤務者もいる。課題は、職位・職種等による有給休暇の取りづらさである。“働きやすい職場づくり”は実現したが、その裏で一部職員の犠牲的精神に頼った部分が見え隠れしている。

#### ◆苦情情報の公開を

苦情解決の仕組みは整っており、その仕組みに従って適切に処理されている。苦情内容(事務分野、医療分野、支援分野等)によって担当者が決まっており、速やかに処理する仕組みがある。課題としては、公表が保護者に留まり、ホームページに掲載がないことである。事業運営の透明性を担保する観点からも、苦情情報の公開を望みたい。また、苦情なのか否かについて、事業所側が判断することとなっているが、その仕組みについても検討の余地を残している。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

定期的に第三者評価を受審しているため、法人の課題は理解していましたが、なかなか全て改善出来ず問題をかかえていました。  
今回の受審で、より課題が明確になったため、さっそく改善に取り組んでいます。  
ありがとうございました。

#### 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(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			
基本理念は、ホームページや「事業概要」、パンフレット等に明記され、職員や家族に周知が図られている。さらに、職員の行動規範となる「支援者心得12条」についても同様に周知されている。特に家族に対しては、毎月開催される家族会にて詳しく伝えられている。利用者に対しては、障害特性に配慮した分かりやすい説明資料等の用意を望みたい。			

### 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(理事長)が県の知的障害福祉協会の会長職にあり、様々な情報がいち早く入手できる環境である。経営環境を的確に把握することができている。経営面では、外部の専門機関と契約して、財務管理やコスト分析などを実施しており、地域の在宅者の状況等については、市の自立支援協議会や相談支援事業所から情報を得て、事業運営に活かしている。			
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			
現状の課題を、「人材育成の仕組みづくり」、「変則勤務による連絡体制」、「職員の確保」、「強度行動障害者への対応」、「利用者の高齢化対策」、「設備、建物の老朽化」と捉えている。それぞれの課題に対して委員会を立ち上げたり、他法人施設との連携を図ったりして、課題の早期解決・解消を目指している。「職員の確保」に関しては、職員不足から同法人のグループホームの開設が遅れているだけに、特に力を入れて取り組んでいる。			

### 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			
第5次「あいち清光会5カ年計画(2014~2018)」が策定されており、中・長期の収支計画も並行して策定されている。福祉充実残高を持つことから、福祉充実計画を策定し、“入所定員を50名から40名に減じて、居室の個室化のための改修”を計画に盛り込んでいる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
第5次「あいち清光会5カ年計画(2014～2018)」を基に、前年度の事業報告を反映する形で「平成30年度サンフレンド事業計画」が策定されている。しかし、「今年度の重点施策」や事業計画に取り上げた主要な活動等に、数値目標の設定が無く、事業報告での評価が曖昧さを残す結果となっている。可能なものに関しては、適切な数値目標を設定して取り組むことを望みたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「棟会議」で意見集約し、班長が参加する「企画会議」から、主任以上とサービス管理責任者による「運営会議」を経て事業計画が策定されている。理事会に於いて事業計画が承認され、「職員会議」にて全職員に周知される。期中での事業計画の見直しや期末の最終評価(事業報告)の結果に関しても、「職員会議」で職員に周知されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月開催される家族会で主要な取り組みが報告・説明されるが、特に年度初めの家族会では、事業計画が家族会総会資料として配付され説明されている。また利用者に対しては、口頭で伝えるだけでなく、絵や写真、ポスター等を使って説明されている。			

#### 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			
毎年、定期的に家族アンケートを実施し、常に利用者等の満足度を測っている。利用者のアセスメントでも、調査項目を設けて「支援に対する利用者の満足の度合い」をチェックしている。毎年実施の職員による自己評価や、3年に一度の第三者評価受審で明らかになった気づきや指摘事項については、早期に改善のための取り組みを始めることとしている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
現状の課題として7項目を抽出しているが、そのほとんどが委員会を立ち上げて取り組まれている。ただし、「利用者の高齢化対策」に関しては、入所基準から外れた対象者がいた時点で高齢者施設等への移行(住み替え)を行っている。今後、この課題は更に深刻さを増すことが想定されることから、他の課題同様に委員会を立ち上げて取り組むことも検討の一つであろう。			

## 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			
「職員組織図」にて法人の全容が明らかになっており、管理者(理事長)の役割や責任の大きさが分かる。県の知的障害福祉協会の会長職を務めるだけに、管理者が事業所を離れる機会は多く、不在時の権限は施設長補佐に委ねている。しかし、施設長補佐も併設の通所事業所「銀河」の管理者を務めるだけに、常に当該事業所に関わってられる訳ではない。第3、第4順位の権限委任者の選定を検討されたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は、経営者セミナー等に参加し、各種法令に関する自らの知識の増幅を図り、コンプライアンス意識を確かなものとしている。法人内に「コンプライアンス委員会」が組織され、法令遵守の徹底を図っている。特に、職員に対する法令遵守の周知・徹底は「コンプライアンス委員会」の役割となっている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は、常に利用者及び家族の満足度を高めることに腐心しており、その満足度の高まりを“サービスの質の向上”と捉えている。その意味においては、完璧なまでに利用者・家族の信頼を得ており、事前の家族アンケートにおいても、家族の側からは微塵の不協和音も聞かれない。管理者の牽引によって、事業所全体に、“サービスの質の向上”に取り組んでいく意識が満ちている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は、経営に関する専門性の高い部分を外部専門家に任せ、有効な助言やアドバイスを得て事業運営に活かしている。労務に関しては社会保険労務士と契約し、財務・経理に関しては専門性の高い会計会社(TKC)と契約している。また、法人の「衛生委員会」には産業医がメンバーとして加わり、職員の健康管理や環境整備に力を発揮している。			

### 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「平成30年度事業計画」の中で、職員の新規採用や既存職員の安定雇用に関する方針を掲げている。しかし、人事に関する社会情勢は思いのほか厳しく、思い通りの職員確保には至っていない。様々な採用ツールを駆使して職員集めを行っているが、法人のグループホーム事業では、職員の確保ができずに新規オープンが遅れている。			
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			
キャリアパスを構築し、その延長線上の「キャリアデザインシート」を使った人事管理を行っている。「キャリアデザインシート」には、職員の年齢や経験年数によって、必要な力量や履修すべき研修が定められている。この仕組みは一種の目標管理制度ともとれるが、人事考課制度の運用が図られていないことから、取り組みの成果や貢献度が評価されない。新たな人事制度の導入に関しては、功を急がず、時間をかけての検討を望みたい。			

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		
事業計画に、「…すでに働いている職員の離職を防ぐ人材定着が重要… 不安なく働けるよう…」と、安定的な職員雇用と“働きやすい職場づくり”を目指す方針を示している。給与支給日には、管理者(理事長)と施設長補佐(理事長夫人)が給与明細を手渡しする。その際にも、二人から職員への感謝とねぎらいの言葉かけを忘れない。ワーク・ライフ・バランスに配慮した短時間勤務者もいる。課題は、職位・職種等による有給休暇の取りづらさである。		
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		
職員育成を目的とした目標管理システムの運用が始まった。しかし、人事考課が行われていないことから、職員個々と上司との“査定ギャップ”が把握できず、研修ニーズや目標とすべき課題が見えにくい。現行の制度では、職員が個々に目標を設定しており、その個人目標が、事業計画で掲げた「今年度の重点施策」とリンクするように設定されているか否か疑問が残る。目標管理の狙いは、“人材育成”と“組織の命題の実現”の二面性を持つ。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業計画に、今年度の教育・研修の基本的な方針が記され、階層別の研修やプリセプターによる新人職員に対するOJT、他法人事業所との定期的な意見交換会等が詳細に計画されている。「キャリアデザインシート」には、職員それぞれが履修すべき研修内容がすべて網羅されている。「研修履歴一覧」には、全ての職員のこれまでの研修の参加履歴が記録されている。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「キャリアデザインシート」によって、職員一人ひとりが履修すべき研修が示されている。特に新人研修を重要視しており、新人職員一人ひとりに教育係としてプリセプターが付き、一年間にわたってのOJTが実施されている。研修の履修後には「研修報告書」を作成し、今後に向けての目標設定や、一定期間の後に研修効果を検証できるような仕組みが構築されている。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
事業計画の中で実習生の受け入れに関し、「…教える立場につくことで、自身の利用者支援の振り返りと支援者としてのスキル向上を…」と、その目的の一つを示している。「人材育成部マニュアル」に沿って、年間30名ほどの保育実習生と20名ほどの教員介護等体験を受け入れている。実習の終了時に実習生を含んだ反省会を行っているが、その時の記録が残っていなかった。		

### 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
事業運営の透明性を担保する目的で、法的に求められるものや利用希望者の施設選択に資する情報は、ホームページ上でほとんど公開されている。残されたものは、苦情の受け付けに関する情報だけであるが、既に公開に向けて公開用のフォーマットを検討中である。公開にあたっては、苦情申立人に対する配慮や公表同意の取り付けの手順を、「苦情解決規程」に追記されたい。		

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			
<p>事務・経理・取引等については、「経理規程」に則って適切に対応・処理されている。会計会社(TKC)との契約により、経理、財務のチェックを受けており、法人監事による内部監査、行政機関による行政監査を受けている。今後は、「社会福祉法」が求める外部専門家による外部監査の実施を、中・長期計画や事業計画に取り上げられたい。</p>			

## 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			
<p>地域交流の基本方針を事業計画に示し、積極的に利用者と地域との関わりを広げる取り組みを行っている。利用者と職員とで構成されるバンドチームやダンスチームが、地域のイベントに出かけてバンド演奏やダンスを披露している。地域住民を招待して開催される「夏祭り」は、今年は台風のために中止となったが、「ふれあいカーニバル」は、約500名の来場者を集めて実施された。</p>			
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			
<p>ボランティアの受け入れが積極的に行われており、理容ボランティア、美容ボランティア、農業指導ボランティア等が定期、非定期に来訪している。中・高校生の福祉体験学習の受け入れも、継続して実施されている。家族も、家族ボランティアとして積極的に関わり、事業所イベントの芋掘りを手伝ったり、バザー委員会にメンバーとして加わったりする協力がある。</p>			
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			
<p>社会資源に関するリストを作って、関係する部署に掲示してある。行政機関や防災関係、インフラ関係は事務室に、医療機関や医療関係は支援室と医務室(看護師室)に掲示がされている。管理者が県・知的障害者福祉協会の会長職を務めていることから、その関係で縦や横のネットワークが広がっており、利用者の幅広い社会参加の助けとなっている。</p>			
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			
<p>地域で開催される福祉関係の講演会や研修会、勉強会に、職員が講師やパネラーとして参加している。利用者の潜在的な芸術性を発掘するために導入した2基の陶芸設備(電気窯)を、地域に開放している。課題として残っているのは、福祉避難所としての登録と、BCP(災害時事業継続計画)の作成である。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人の相談支援事業所からの情報のほか、市の福祉課や連絡協議会、自立支援協議会、尾張北部圏域協議会、社会福祉協議会等への会議出席を通し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。短期入所事業や日中一時支援事業の実績分析から、地域の福祉施設利用待機者が相当数いることが確認されており、今後の事業計画への取り込みを検討している。</p>			



## 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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「支援者心得12条」と呼ばれる支援方針があり、その内容をOJTで伝えたり、毎週月曜日の朝礼時に職員で読み合わせを行う等、機会あるごとに触れる仕組みがある。人権尊重への取り組みの一つに、「全職員が勤務後自分自身を振り返る仕組み」がある。具体的には虐待に関する意識すべきテーマを事務所内に掲示し、その内容に沿ってその日意識して支援できたかどうかを5段階表記で自己申告するもので、職員意識の向上に役立っている。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
「〇〇さんが不適切な対応をしていた」等のネガティブな情報集約をやめ、「いいことキャンペーン」と称し、他の職員の「良いところ」や「見習うべきところ」を積極的に集約し職員に伝えている。組織風土をポジティブに変えていこうとする意図がある。「虐待防止マニュアル」等は法人共通のものが用意されているものの、事業所独自のマニュアルは用意されていない。現在、よりイメージしやすい具体的なマニュアルを作成中である。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
パンフレットは、法人全ての事業所が記載されたシンプルで分かりやすい冊子である。ただ、それだけでは表面的な概要しか分からないため、より具体的な情報を提供する目的で、製本された冊子である「事業概要」を作成している。外部への配布に留まらず、保護者会でも配付するなど、十分な情報提供が行われている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「重要事項説明書」や「契約書」等の内容を正確に理解してもらうため、分かりやすく説明するよう心がけている。また、事業所内には若干噛みくだいた内容に作り直した上でルビが振ってある「重要事項説明書」等が掲示されており、利用者にも少しも理解してもらえるような工夫がなされている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
他のサービスに変更する際、その継続性に配慮した資料として「引き継ぎ書」を作成し、保護者了解の下、移行先の事業所に伝達する仕組みがある。「引き継ぎ書」は非常に細かい内容となっており、利用者の留意点等がまとめられた資料となっている。担当窓口は担当職員とするなど、明確に決められている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
保護者を対象とした満足度調査は毎年年度末に実施され、外出や日常生活、職員の対応、食事、入浴、排泄支援など、あらゆる項目を網羅した内容となっている。その内容に関するフィードバックは、原則個々に回答しているが、内容によっては毎月開催される保護者会にて報告されている。利用者については、年度末にアセスメントを見直す際に、満足度を把握して記録する項目及び仕組みが用意されている。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の仕組みは整っており、その仕組みに従って適切に処理されている。苦情内容(事務分野、医療分野、支援分野等)によって担当者が決まっており、速やかに処理する仕組みがある。課題としては、公表が保護者に留まり、ホームページに掲載がないことである。また、苦情なのか否かについて、事業所側が判断することとなっており、その仕組みについては検討の余地を残している。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者にとって最も身近な存在である“担当職員”が主たる相談役となっているが、それ以外の職員でもすぐに対応するよう心がけている。保護者アンケートにおいても、「しっかり対応してもらっている」とのコメントが多く見られ、多くの利用者、保護者が満足感を感じている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
対応マニュアル等は無く、「サンフレンド会議」と呼ばれる会議(班長・サビ管・現場支援員等で構成され、毎月開催)があり、利用者の意見や要望等を集約して検討する機会としている。その内容を踏まえ、企画会議(主要職員にて構成される上位会議)にて検討し、その結果を職員会議(非常勤職員を含めた周知目的の会議)で報告している。意見や相談に対応するそれらの手順を明文化することを望みたい。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「事故報告書」は適切に作成・管理されている。事故発生から終結まで「フローチャート形式」で示され、その流れも分かりやすい。「リスク管理委員会」が組織され、事故分析や対応方法の検討を行っている。記録用紙も見直し、これまでの「ひやりはっと」という表記から「インシデントレポート」に改められた。より具体的に記載する仕組みに変更することで、リスクマネジメントへの意識の高さが感じられる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
通常のマニュアル冊子とは別に「医療に関するマニュアル」が用意されており、感染症をはじめ医療的な対応や留意点等について細かな記載がある。アルコール消毒はもちろんのこと、プラズマクラスターを使用したり、インフルエンザが流行する時期は乾燥防止のため、洗濯した衣類の水分を利用する目的で洗濯干し場を室内に設ける等の工夫をしている。感染予防の取り組みの成果で、昨年度はインフルエンザ罹患者が0であった。		
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		
利用者及び職員を含めた3日分の食料が備蓄されており、リストも整備されている。保護者と一緒に炊き出し訓練を行ったり、市が主催する福祉施設を対象とした会議(日中活動連絡会)にて防災に関する話し合いがなされるなど、内外において防災に対する関心は高い。地域を巻きこんだ防災に関する連携や具体的な対策等はこれからの課題と認識しており、今後の取り組みに期待したい。		

### 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
食事や排泄、入浴支援、勤務種別に関する業務内容等、サービス全般に関するマニュアルが整備されている。マニュアル通りのサービス提供の確認については、各種会議や委員会を通じてチェックする体制がある。さらなる改善として、マニュアルファイルに「目次」の追記、他事業所のマニュアルの混在解消、見ようとしたときにクリアポケットから出さないと見られない等、活用する上での使いやすさの工夫を望みたい。		

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
各委員会や現場の班長等、見直しの担当者はある程度決められ、見直されたマニュアルには日付が記載されるなど、いつ改訂されたのかが分かる仕組みとなっている。また、見直しをした際は会議等を通じて全職員に周知する仕組みがある。ただ、見直し時期が毎月の会議であるとのことだが、その取り組みが確認できる書類(いつ、誰が、どのマニュアルを見直したか)及びマニュアル見直しの手順が確認できなかった。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎年細かなアセスメントを行い、個別支援計画を作成している。特に、アセスメント内に「利用者の満足度」に関する項目が用意され、これまで支援した結果、「利用者が満足したか?否か?」をヒアリングした上で、次の個別支援計画に反映させるなど、PDCAサイクルに沿った丁寧な取り組みを行っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本的に半年に1回のサイクルで個別支援計画の見直しを行い、対象利用者やその計画内容によっては3ヶ月に1回のサイクルにするなど、個別に見直し時期を設定している。これとは別に毎月モニタリングを行ってその結果を記録する等、日々の取り組み状況及び結果が見える仕組みができています。計画の変更やモニタリングの結果は、各種会議にて伝達し、全職員が情報共有できる仕組みがある。			
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			
業務日誌入力ソフトを活用してデータにて管理する記録方法や、手書きにて記録する書類等、使いやすさや目的に応じて使い分けており、適切な記録が整っている。一方で、職員個々の記録スキルに差異があり、表現方法の違いや文章の構成力、偏見や間違った見方による記録等が見られる。これら記録に関する教育・研修や、記録の作成方法を載せた「記録要録」の作成の必要性が課題として挙げられる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「支援者心得12条」の中に「公私の区別をわきまえ、良識ある行動と責任を軽んずることなかれ」とあるように、つい職員が利用者の話を仕事と関係のない場所で話さないよう、日頃より教育している。「虐待防止委員会」などの諸会議を通じ、個人情報の取り扱いについても周知している。採用時に個人情報に関する漏洩防止の「誓約書」を取り交わし、パソコンにパスワードを設定して部外者には情報が読み取れないようにしている。			

## 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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自治会が組織されており、利用者同士で構成された役員会もある。また、誕生月の食事の希望メニュー導入や、日中活動(レク、外出活動、映画上映会、各種クラブ活動等)の幅広い選択枝があり、“自己決定の大切さ”を重視したサービスを提供している。特筆すべき取り組みの1つに「好子・嫌子ファイルの整備」があり、利用者個々の「好きなこと」と「嫌いなこと」を幅広い分野でまとめたファイルを作成し、選択する際の支援に活用している。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「虐待防止委員会」が虐待防止アンケートを実施して情報集約を行い、現在作成している「(サンフレンド)独自の虐待防止マニュアル」に反映させる取り組みを行っている。一時的に身体拘束を行わなければならないケースについては、個別支援計画に盛り込んだ上で保護者に説明し、同意をもらう等一連の手順が決められている。課題は、虐待に関する線引きが曖昧であり、組織として明確化することの必要性和、それに伴う職員教育の実施である。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
買い物外出によるお金の使い方の習得はもとより、日中活動では活動の一環として「洗濯」や「掃除」を意図的に導入している。休日活動では「さんさん活動」と称し、洗濯や清掃活動、お風呂掃除などを職員と一緒にを行い、自立生活に向けた取り組みを行っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の好き嫌いをまとめた「好子・嫌子ファイル」の情報を活用し、利用者に合わせてコミュニケーションを取ったり、絵カードや写真等を使って適宜コミュニケーションを行っている。特に、食事メニューの選択については文字や写真ではなく、本物の食事を展示しており、利用者がよりイメージしやすく選びやすくするための工夫も行われている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
相談があればその都度対応しており、必要に応じて会議等にて話し合いもなされている。特に担当職員は利用者にとって一番の理解者であることから、積極的に関与するような風土がある。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者からヒアリングを行った結果を基に、希望の活動に参加してもらう仕組みとなっている。具体的な活動としては、造形活動や音楽活動等のカルチャー活動や各種クラブ活動(カメラ・書道・調理・ハイキング・クッキング等)があり、多彩な選択肢が用意されている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
内部及び外部研修に積極的に参加し、職員は必要な知識を習得している。全職員の名前が記載されたA3用紙の表の中に、「いつ」、「誰が」、「どの研修に参加したか」が一目見て分かる管理表が作成されている。この管理表とは別に、「キャリアデザインシート」には、経験年数に応じた習得すべきスキルや資格等が明記されており、これらを活用して偏りなくかつ適切な研修の履修が可能となっている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
誕生日もしくはその前後の日にちに、利用者の食べたい食事を提供する取り組みがある。パン食の時には好みのパンの選択ができ、食の楽しみを様々な工夫で見出ししている。提供する食事形態もバリエーションに富んでおり、個別対応を徹底している。その他、入浴支援や排泄支援等についても、標準的な手順や個別支援計画に沿って適切に支援を行っている。			

A-2-(3) 生活環境			
A <sup>⑨</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者にとって、暗くて不便を感じていた居室の電気を全室LEDに交換した。他者による居室への侵入を防ぐ目的で、「居室の扉に内鍵を付けて欲しい」という利用者ニーズに応えるため、希望者には鍵の取り付けを行った。相部屋にはプライバシー空間を少しでも広く確保する目的で、ロールスクリーンが設置してある。これらの工夫によって、利用者の生活環境を可能な限り改善している。			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A <sup>⑩</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
作業活動を通じて箸が使えるような訓練を行ったり、手洗いや排泄等を少しでも自分でできるような支援に意識して取り組んでいる。一部の利用者ではあるが、外部よりリハビリテーションの専門医を招いてリハビリ療法を実施している。これらに関する計画は、必要に応じて個別支援計画に盛り込み、計画的に実施する仕組みが整っている。			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A <sup>⑪</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
車で20～30分の圏内に複数の病院があり、体調不良時における通院等への対応は十分確保されている。健康状態の把握では、毎月1回行う血圧測定及び検温、月に2回行う体重測定等のバイタル関係から、毎日の食事量や排泄記録等も適宜行っており、健康に関する支援は十分に行き届いている。			
A <sup>⑫</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
医療的な支援では、「投薬支援」及び「アレルギー対応」が主となっているが、いずれも看護師及び医師の指示の下、適切に対応されている。投薬支援については、「声を出してから投薬すること」や「投薬業務に専念できる環境作りをした上で投薬を行う」等の対策を立てながら、ミスを未然に防止するよう努めており、その効果が発揮できている。			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A <sup>⑬</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
外部講師による造形活動(月2回)や音楽活動(月1回)を通じ、芸術スキルを高める取り組みを実施している。特に造形活動では、その素質がある利用者に参加させ、持っている能力を発揮してもらう活動に特化している。各種展覧会で賞がもらえるほどの成果を挙げている。個人レベルでは漢字ドリルや計算ドリルを行い、外部団体からの寄付物品に対する礼状を利用者にも書いてもらうなど、字を書く機会を設けている。			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A <sup>⑭</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域移行に関する希望は毎年行っている満足度調査にて把握している。入所利用者だけでなく、短期入所等を利用している利用者についても同様に把握している。施設入所支援からグループホームに移行する利用者がみえ、円滑な移行を支援した実績がある。現在、法人内のグループホームについては、世話人の確保ができず開設できない所があるものの、受け入れ体制が整った時点で、施設入所支援からの移行を実行することとしている。			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A <sup>⑮</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月開催される保護者会には、事業所として積極的に関与し、情報共有の良い機会となっている。保護者会には利用者の半数ほどの保護者が参加し、参加できない保護者には郵送にて情報が行き渡るようになってきている。また、保護者会後に行われる「二者懇談」が行われるなど、保護者との交流が適宜行われ、家族への支援にも力を入れている。			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A <sup>16</sup> 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 <sup>17</sup> 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 <sup>18</sup> 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 <sup>19</sup> 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			