

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 ひまわりの風	種別：施設入所支援・生活介護・就労移行支援	
代表者氏名： 榎本博文	定員（利用人数）： 50名（50名）	
所在地： 愛知県名古屋市名東区梅森坂3丁目3607		
TEL： 052-709-3811		
ホームページ： http://www.kidoairaku.org/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成11年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人ひまわり福祉会		
職員数	常勤職員： 33名	
専門職員	(管理者) 1名	(社会福祉士) 4名
	(介護福祉士) 4名	(看護師) 1名
	(理学療法士) 1名	(管理栄養士) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 47室	(設備等) 食堂・サロン・作業室
		相談室・医務室・静養室・ホール
		生活訓練室・浴室・脱衣場
		リネン室

③理念・基本方針

★理念

・法人

利用者ひとりひとりがのぞむその人らしい生活を支援し、利用者から信頼され、地域に貢献できる法人を目ざし、全て人に開かれた、透明で健全かつ活力のある法人作りを行います。

・施設・事業所

ひとりの人間として地域社会の一員として自信を持って生きられるように「できないことをそっと支え」ながら「豊かに生きる」支援を行います。

★基本方針

- ・私たちは利用者の人権及び自己選択・自己決定を尊重した福祉サービス提供の実現を目指します。
- ・私たちは、相談支援や地域自立支援協議会を通じ、地域における福祉ニーズを知り、地域福祉増進の為に積極的に対応していきます。
- ・私たちは、健全な法人経営を行う為、透明性を確保し、相互に情報を共有しネットワーク機能を向上していきます。
- ・私たちは、福祉サービスの質の向上のために、経験に応じた研修を計画的に行い、専門性を向上していきます。
- ・私たちは、笑顔あふれる人間関係を構築し職員ひとりひとりが生き生きと働きがいのある職場づくりを目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者一人ひとりが望む、その人らしい暮らしを実現できるよう支援を行っている。地域生活移行、高齢者サービスへの移行、一般就労や他事業所への通所など、個々が望む生活を実現し、それを継続できるようサービス管理責任者、主任支援員、看護師、理学療法士、栄養士、調理師が参加する支援連携会議を毎月開催し、連携・調整を図っている。
- ・利用者の加齢に伴う体力や筋力の低下を防ぎ、健康を維持するため理学療法士による個別のリハビリを行っている。
- ・地域で暮らす障害のある人が、家族から離れて過ごす宿泊経験としての短期入所利用や、常に家庭で障害者の介護をしている家族のレスパイトを目的としての短期入所利用の希望もあり、短期入所事業はできるだけ多くの人の利用を可能としている。
- ・地域住民に参加を呼び掛ける「風まつり」の開催やボランティアの受け入れ、中高生の福祉体験から社会福祉士実習まで幅広く実習を受け入れたり、地域の独居高齢者との「ふれあい給食」の実施や地域避難所として地域福祉の推進に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 6月 4日（契約日）～ 平成31年 4月26日（評価結果確定日） 【平成30年 9月26日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	1 回 (平成27年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆総括管理者(施設長)と管理者代行(次長)との連携

総括管理者(施設長)が、日本知的障害者福祉協会をはじめ、いくつかの団体の要職を務めることから事業所を離れる機会が多い。その穴を管理者代行の次長が埋め、日々の事業所業務が円滑に運営されている。両者の職務分掌も明確に区分されており、事業所の方針決定や計画の作成、組織管理面を総括管理者が受け持ち、日々の業務の統括や委員会活動は管理者代行が受け持っている。総括管理者－管理者代行－サービス管理責任者－主任－職員の指揮命令系統が機能している。

◆地域の隠れたニーズを拾う

他法人、他事業所等で受け入れが困難な利用希望者について、“社会福祉法人の使命”との方針を持って、積極的な受け入れをしている。市の緊急一時の受け入れ定員を増枠したり、他法人で受け入れを拒否された強度行動障害のある利用希望者を受け入れたりと、対応が難しい地域の福祉ニーズを確実に拾っている。ともすれば、社会福祉制度の狭間で見捨てられてしまうかもしれない“弱者”の声を拾う姿勢は、地域の強力な社会資源としての光を放っている。

◆エンパワメントの理念に沿って

事業所の理念にあるように、「できないことをそっと支え、豊かな人生」になるようなサポートを可能な限り実践している。利用者会議の中で、本人の「やりたいこと」や「行きたい場所」、「食べたいもの」を聞き取り、職員と一緒に出かけたり、食事メニューに反映させたりしている。また、「経験の幅を広げることが選択の幅を広げる」という考えから、未経験のことも「まずは経験」することをサポートしている。旅行の行き先の希望を取らず、あえて“くじ引き”で選ぶ試みもある。結果として、本人にマッチするものであれば今後の選択肢を広げることになり、マッチしないものは選択肢から外すなど、有効に意思決定支援につながっている。エンパワメントの理念にも合致する取り組みである。

◇改善を求められる点

◆更なる事業経営の透明化を

法人のホームページの情報公開のコーナーに、「定款」や「役員名簿」、各年度の「現況報告書」を始め、中・長期計画や財務諸表が掲載されている。社会福祉法人の財務体質や経営姿勢が取りだたされる昨今であり、事業経営の透明性を内外に示すためにも、苦情情報のホームページ上での公開を望みたい。また、「苦情解決規程」に関しても、情報公開の項目を追記する等、適切な見直し・改定を実施されたい。

◆規程、マニュアルの総点検

標準的な実施方法が定められ、質の高いサービス提供が実施されているが、その根拠となる手順が明文化されていないもの(実習生、ボランティアの受け入れ等)が散見された。また、手順が規程やマニュアルとして文書化してはあっても、適切な見直しが実施されていないものも多く見られた。規程、マニュアルについて、責任者(誰が?)、頻度(いつ?)、実施方法(どのように?)を明確にした見直しの手順を定め、総点検を望みたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

法人の理念でもある「利用者ひとりひとりが望むその人らしい生活」を支援していることに評価をいただき、職員の励みになりました。また、改善点をご指摘をいただいたことで当方に不足している部分が明確になりました。さっそく現在の「マニュアル」や「手順書」について、点検と改善に取り組みます。さらに事業経営の透明化が図れるよう苦情解決規定については法人内で見直しを行います。

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。

(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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の理念に沿い、「利用者が地域社会の一員として豊かに生きていける」ように、「そっと支える」主旨の事業所理念を掲げている。これを5項目の基本方針に展開し、具体的な行動規範としている。職員には法人総会屋全体会議、新人研修等で周知を図り、利用者には「利用者会議」で、家族には「家族会」で説明し、周知・理解が図られている。		

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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
総括管理者(施設長)が、日本知的障害者福祉協会の役員を務め、さらに名古屋市知的障害者福祉施設連絡協議会の要職にもあることから、全国レベルの情報や地域社会の情報取得が可能となっている。事業運営に関連する法改正等に関し、研修や会議に参加・出席して広く情報を集めている。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
3年前、経営課題として挙げた「法人本部機能の強化」、「利用者の高齢化対策」、「キャリアパス制度の構築と職員育成」については、3年間の取り組みによって、相応の効果をもたらしている。「法人本部機能の強化」は、本部中枢の人事異動という形となった。「利用者の高齢化対策」は、さらに家族の高齢化をも抱合して考える時代となった。「キャリアパス制度の構築と職員育成」は、キャリアパスの再構築という新たな局面を迎えている。		

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の中・長期計画(平成26年度～30年度)があり、この中に事業所の中・長期計画が含まれている。この中・長期計画を、「中長期計画実施検討委員会」を立ち上げて最終評価を実施中であり、間もなく新たな中・長期計画(平成31年度～35年度)が打ち出される予定である。この委員会には設計士も名を連ねており、具体的な施設整備や設備拡充政策が盛り込まれることが予想される。		

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			
法人の中・長期計画を踏まえた事業計画を策定しており、主要な項目は「事業計画工程表」を作成して取り組んでいる。それぞれの項目には責任者(担当者)が明示されており、可能なものには数値目標が設定してある。			
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			
事業計画の策定は、各部門で素案が作成され、施設長(管理者)、次長(管理者代行)、主任、事務部門で構成される運営会議で討議のうえ決定となる。定期的に行われる運営会議で、事業計画のそれぞれの実施項目(「事業計画工程表」)の進捗状況をチェックしている。実施状況と「事業計画工程表」とに相違があれば、是正をしたり、計画変更をしたりすることとなる。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
家族会が毎月開催され、6月の家族会では家族代表である法人理事が事業計画の詳細を家族に説明している。家族に対する事業説明は十分と思われるが、利用者に対する取り組みは弱い。理解力や判断能力に個人差が大きく、全ての利用者に等しく周知を図ることは不可能であるが、分かりやすい資料を作成する等、一人でも多くの利用者が事業計画を理解できるような工夫が欲しい。			

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価を定期的に受審し、事業所の提供するサービスの適切性を客観的に検証しようとしている。前回(3年前)の受審時と比較すると、当時指摘した要改善事項や課題の多くが改善されるか、あるいは改善に向けての取り組み中である。課題は、第三者評価を受審しない年に、効果的な自己評価が実施されていないことである。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
前回の第三者評価受審で得た改善課題を分析し、主要なものは事業計画に取り上げ、「事業計画工程表」を作成して改善を図ってきた。これによって、規定やマニュアル等の手順書の整備が進み、業務の標準化を推進する原動力となった。			

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>総括管理者(施設長)は、年に2回発行される事業所の機関紙「風新聞」に、自らの所信を表明している。しかし、自らが日本知的障害者福祉協会をはじめ各種団体の要職を務める関係で、事業所を留守にすることが多い。管理者としての実務は、管理者を代行する次長以下に委ね、自らは事業所方針の策定や組織管理業務に専念している。</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>総括管理者(施設長)自らは、関連する研修や勉強会に積極的に参加し、正しい理解につなげている。前回の第三者評価では、「コンプライアンスに関する職員間の意識の差」が改善指摘の対象となった。その後、「職員に対するコンプライアンス研修の必要性」を事業計画の重点目標に取り上げて取り組み、成果を挙げている。</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>事業所内に「サービス評価委員会」を立ち上げ、委員長には管理者代行の次長を任じている。第三者評価の受審結果に限らず、日々の事業活動の中で課題が浮き彫りになった時点で、速やかに改善活動を実施する体制ができている。また、大きな課題や改善に時間を要する課題に関しては、事業計画の重点項目に取り上げて取り組む、高い意識がある。</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>利用者のグループ編成を見直し、個別支援計画書の様式を変更し、PT(理学療法士)を新規に採用して利用者の歩行訓練を充実させた。これらの改革・改善は、総括管理者(施設長)と管理者(次長)との強固な協力体制の下で実施された。</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>職員採用は法人本部の職務分掌となっており、大きな予算を付けた「人事戦略2018」を展開中である。既に効果が出てきており、来春の入職予定者は多数を数える。現在策定中の中・長期計画(2019～2024年)では、新規事業も盛り込まれる予定になっており、今後も職員の確保・定着対策は法人の重要な施策となる。</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>「Do-capシート」を使った人事管理(人事考課と目標管理)が行われていたが、より良いシステム構築を目指して「Do-capシート」の見直しを行っている。人事考課や面談等では、旧の「Do-capシート」を使って、これまで通りの仕組みを動かしている。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「衛生委員会」が機能し、働きやすい職場作りが進んでいる。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、時短勤務の適用を受けている職員もいる。年次有給休暇の取得促進や時間外労働時間の減少等によって、職員雇用は安定性を増してきているが、一方で、一部の職位・職階(次長、主任等)による有給休暇の取りづらさは残っている。職員に犠牲を強いらぬ制度の構築を目指されたい。		
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		
職員の育成は、法人の「研修委員会」が“専門性の追求”をテーマとして取り組んでいる。人材育成の柱として運用されていた「Do-capシート」が見直しに入ったが、目標管理のシステムは、階層別の研修を柱としてこれまで通りに動いている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
中・長期計画や単年度の事業計画に、教育・研修に関する方針を載せている。「研修委員会 平成30年度計画」があり、それに沿って職員は研修に参加している。履修後には、「研修報告書」の提出を求め、研修で得た知識や技術の確認を行っている。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
階層別の研修では、同じ階層の職員が同一日に同一の研修に参加することは難しい。そこで、同じ内容の研修を複数回開催して職員に便宜を図っている。履修後には「研修報告書」の提出を求めているが、研修がこの「研修報告書」で完結してしまっており、研修で得た知識や技術が支援の現場で有効に使われたか否かの“教育効果の検証”が行われていない。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
実習生の受け入れを積極的に行ない、社会福祉士実習生や介護体験の教師等が訪れている。しかし、実習生受け入れ事業所としてのマニュアルを持たず、教育機関や養成校が作成した実施要綱等を基に実習を行っている。受け入れの意義・目的や一連の流れを明確にするマニュアル、カリキュラムを整備し、実習生への配布文書等を作成することを期待したい。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
法人のホームページ(情報公開のコーナー)に、「定款」や「役員名簿」、各年度の「現況報告書」を始め、中・長期計画や財務諸表を掲載している。さらに事業経営の透明性を内外に示すために、苦情情報の掲載を望みたい。また、「苦情解決規程」に関しても、情報公開の項目を追記する等、適切な見直しを実施されたい。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の事務、経理、取引に関しては、社内の各規程やマニュアルによって内部牽制が図られ、適切に運営されている。法人監事による内部監査や行政の監査によって指摘事項があれば、即座に改善活動を起している。また、契約する公認会計士が毎月財務・会計面のチェックを行っている。現在策定中の中・長期計画には、「社会福祉法」が求めるレベルの外部専門家による外部監査の計画を盛り込むことを望みたい。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「利用者と地域社会との関わり的重要性」を事業所の理念にも謳い、積極的な取り組みがある。夏祭りを地域に案内し、地域から500名を超える参加者があった。毎年、地域の一人暮らしの高齢者に食事をプレゼントする「ふれあい給食」を実施しており、「共生型社会」への足掛かりとして、今後の展開が注目される。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
夏祭りに合わせて、踊りの先生がボランティアで指導に訪れ、当日は利用者が踊りの輪の中に入って祭りを楽しんだ。大学の教育学部の学生の介護体験の受け入れもある。ボランティアとして事業所を訪れる人たちは、その目的や職種、年齢、期間、活動内容等が異なっている。それぞれについての共通する部分や異なる部分に適切に対応するための受け入れマニュアルの整備が求められる。			
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			
利用者個々の生活を豊かにするためには、地域の社会資源の活用が必須であるが、それらを明確にするリスト等は作成されていない。他法人の就労継続支援B型事業所や生活介護事業所、利用者の移動を担う移動支援事業所等と、連携を強化して利用者支援の充実を図っている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
夏祭りを地域に開放しており、地域からの500名を超える来場者が利用者とともに祭りを楽しんだ。地域の独居高齢者約50名に対し、毎年「ふれあい給食」を実施して食事を届けている。AEDの設置を地域に広報し、福祉避難所としての機能を地域にアピールしており、「福祉見学会」のコースにも入っている。市社協の「なごやよりどころ事業」に参画し、様々な課題を抱えた人の社会参加の第一歩の受け皿として寄与している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
他法人、他事業所等で受け入れが困難な利用希望者について、「社会福祉法人の使命」との方針を持って、積極的な受け入れをしている。市の緊急一時の受け入れ定員を増枠したり、他法人で拒否された強度行動障害者を受け入れたりと、対応が難しい地域の福祉ニーズを確実に拾っている。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
総括管理者が常に「本人中心(主体)を貫く」というメッセージを発信しており、それがサービス管理責任者、常勤職員、さらに非常勤職員にも周知されている。呼称についても施設内各所に「〇〇さんって呼んでますか?」といったオリジナル啓発ポスターが掲示しており、職員が「利用者を尊重」する振り返りの機会になっている。非常勤職員に対しても、個別支援計画を熟読するための時間が設けられている。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
プライバシー保護については規程集に明示してある。また、法人全体の虐待防止委員会とは別に、事業所内にも虐待防止委員会が設置してある。ここでは虐待防止のことだけでなく、権利擁護全般について協議されており、「居室には本人の許可を得てから入る」などの周知徹底が行われている。入浴、トイレでの介助においては100%「同性介助」が実現されている。プライバシー保護に関するマニュアルについて、全職員による見直しの機会が欲しい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントに基づいたニーズ把握により、それに応じた情報提供が積極的に行われている。利用者によっては介護保険への移行が必要な場合も有る。これに関しても十分な情報提供の上、スムーズに移行した実績がある。グループホーム利用に際しても、体験利用を実施することで事業所とホームとの連携が十分できており、スムーズな移行を可能にしている。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
利用者本人に合わせた分かりやすい説明に努めている。自己評価において、「実物や写真を用意して」など、工夫の余地があることにはすでに気づいている。利用者が目にする「重要事項説明書」等にはルビを振るなど、可能な限り伝わりやすい伝え方を職員間でアイデアを出し合って実行することが望まれる。			
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			
介護保険の施設やグループホームへの移行した後も、アフターフォローをサービス管理責任者を中心に行っている。現サービス管理責任者は相談支援専門員としてのキャリアが長く、「本人の人生(生活)」という入所施設に留まらない全体的な視点をもって支援にあたっている。サービス管理責任者と相談支援専門員の連携も取りやすい環境にある。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
毎月一度の家族会が開催されており、職員も必ず出席してニーズの汲み取りに努めている。ただ、家族会には出席できない保護者もあり、将来的には高齢化により出席率は下がっていくことが懸念される。満足度の向上にはまずは意向を把握することが必要であり、家族会では言いにくい隠れたニーズにも視点を向けてほしい。利用者や家族を対象とした満足度調査(アンケート)を実施するなどの検討が望まれる。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決に関するマニュアルはあるが、更新はされておらず、見直しが求められる。苦情受付窓口や苦情解決責任者、第三者委員が設置されて仕組みとして確立しているが、苦情内容や件数を法人ホームページ等で公表することが求められる。記録に残っている苦情件数は少ない。苦情をネガティブに捉えず、要望も含め小さなものも記録に残し、満足度向上につなげることが望まれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
職員が利用者にマンツーマンで膝つき合わせ、向き合う時間を毎日持つよう努めている。マンツーマンでなければ汲み取れないニーズも多く、この意味からもこの取り組みは評価に値する。ぜひ継続していただきたい。さらに、すべての職員がすべての利用者に対して「向き合う時間」を一定期間に持つようなキャンペーンを行ったり、向き合う時間を延ばしたり、向き合う場所を変えてみたりという工夫を望みたい。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
月に一度、利用者会議を実施して利用者本人から意見や要望を汲み取っている。要望に対しては、各ユニットに持ち帰ってからの対応となるため、迅速性を欠くことは否めない。ただ、事業所の規模を考えると最善を尽くしていると思われる。また、居室以外に相談室等で利用者の話を傾聴するなど、「利用者本位」の姿勢がみられる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
法人の虐待防止委員会のみならず事業所内にも委員会があり、積極的に虐待防止に取り組んでいる。マニュアルもあり、職員全体に周知されている。マニュアルが活用されているが更新されていない。毎年、定期的に見直しを行うことが望まれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
昨年度はインフルエンザが流行し、事業所内は一時混乱したが看護師や医療機関と連携し乗り切った。そのようなときにも、関係部署が協力し合っただけで対応できるチームワークが確認できた。そのための「感染症対策マニュアル」があるが、マニュアル周知の取り組みと定期的な見直しがなされていない。		
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		
圏域の消防署との連携が密に取れている。頻回に行われる防災訓練においては、消防署にも必ず報告が行われる。利用者も防災(避難)訓練を理解し、全員が取るべき行動を落ち着いて取ることができている。自動火災通報装置の非常ボタンを平時に押してしまう利用者もいるが、消防署の理解もありトラブルにはなっていない。災害対策等のマニュアルを職員に周知し、定期的な見直しの実施を望みたい。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
規程集ファイルの中の「行動規範」の中に、標準的な実施方法が明示されており、職員が容易に閲覧できる環境にある。全職員にそれが周知され理解されるよう、別にマニュアルを作成して配布するなどの工夫が望まれる。ただ、最も大切な「本人中心」というメッセージは、総括管理者、管理者代行(次長)、サービス管理責任者から常に発信され、全員に届いている。		

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	㉫ ・ ㉬ ・ ㉭
評価機関のコメント			
標準的な実施方法については、全職員で定期的な見直しが実施されている。チーム支援に不可欠なチームワークが醸成されている。事業所の強みとして、PDCAサイクルを意識した取り組みが各所に見られることである。			
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支援計画を適切に策定している。	障 42	㉫ ・ ㉬ ・ ㉭
評価機関のコメント			
アセスメントの重要性を職員が理解し、アセスメントに基づいた個別支援計画が策定されている。支援員のみならず、栄養士や看護師の視点も反映されており、「本人中心」の個別支援計画がより鮮明になっている。			
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	㉫ ・ ㉬ ・ ㉭
評価機関のコメント			
半期に一度、モニタリングを実施して個別支援計画の評価・見直しを行っている。相談支援専門員との連携が取りやすい環境にあるという強みを活かして、「サービス等利用計画」との連動、整合性が図られ、「本人中心」を意識した個別支援計画となっている。			
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、職員間で共有化している。	障 44	㉫ ・ ㉬ ・ ㉭
評価機関のコメント			
日々の支援の記録が個別支援計画を十分に意識したものとなっており、適切であるといえる。また「本人中心」の視点から利用者のストレングスに着目したものとなっており、これも適切である。全職員が各所に設置してあるパソコンを活用し、情報の共有を図っている。			
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	㉫ ・ ㉬ ・ ㉭
評価機関のコメント			
個人情報の保護については規程に定められているが、利用者に関する記録は職員が施設内の各パソコンで効率的に閲覧できる。ただし、パソコンにはパスワードがかかっているため、外部の者はアクセスできない。またUSBメモリの使用は禁止となっている。個人情報の使用については、家族からの同意書を取っており、万全が期されている。			

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	㉫ ・ ㉬ ・ ㉭
評価機関のコメント			
事業所の理念にあるように、「できないことをそっと支え、豊かな人生」になるようなサポートを可能な限り実践している。利用者会議の中で、本人の「やりたいこと」や「行きたい場所」、「食べたいもの」を聞き取り、職員と一緒に出かけたり、食事メニューに反映させている。また、「経験の幅を広げることが選択の幅を広げる」という考えから、未経験のことも「まずは経験」することをサポートしている。			

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
毎月、法人および事業所内で虐待防止委員会が開催され、事業所全体にポスター、チラシ等で啓発も行われている。身体拘束に関しても意識が高く、家族へ十分な説明をするとともに、個別支援計画へも記載されている。過剰な安全重視による行動制限に対しても意識が高く、エンパワメントの理念にもつながっている。		

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業所の理念である「できないことをそっと支える」ことが自立・自律につながっている。常勤の理学療法士が配置されており、リハビリプログラムを活動の中で実施している。また、アート創作活動の中で、質の高い作品を作ることが結果的に経済的、社会的な自立(自己決定と社会参加)につながっている事例もある。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
筆談、絵カードやイラスト、写真など、利用者一人ひとりに合わせて、最も理解しやすい伝え方を工夫している。しかし、利用者の障害特性から、特定の職員にしか理解できないコミュニケーションもあり、より多くの職員が利用者とのコミュニケーションを図ることができるよう、コミュニケーション手法の共有が求められる。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
相談は別室や居室で行うなど、本人に合わせて可能な限り意思を尊重する工夫がなされている。特に意思決定の前段階として、意思形成を支援するために未経験なことを経験してもらうという考え方の下、旅行の行き先をあえてくじ引きで選んだりしている。結果として、本人にマッチするものであれば今後の選択肢を広げることとなり、マッチしないものは選択肢から外すなど、有効に意思決定支援につながっている。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
個別支援計画に基づいた日中活動(創作活動、軽作業等)が行われている。また、PDCAサイクルの中で計画や活動の見直しが行われ、本人の状況にあったプログラムが実施されている。自己評価にもあるように、利用者が主体となって企画、運営できるようなプログラムを取り入れれば、さらに豊かな日中活動が期待できる。		
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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
職員は強度行動障害の研修を受講し、模索しながらよりよい支援を目指している。利用者の高齢化、重度化により支援度が高くなっており、高い支援スキルが必要になってきている。そのような中、利用者が歩行中施設内で転倒する頻度が増えている。転倒の原因は単一ではなく、理学療法士や外部の識者からのスーパーバイズが望まれる。事業所の強みであるチームワークにより、本人を点でなく面で支える方策の検討も同時に望まれる。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業所の規模の大きさからして、すべてにおいて細やかな対応は難しい中ではあるが、入浴支援は毎日行われている。また、食事については栄養士、医師、看護師と連携をとりながら、本人の希望も可能な限り反映されるよう工夫している。必要な利用者には、嚥下機能検査も実施し、本人に合った食事が提供されている。		

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			
<p>全体的には清潔が保たれているが、トイレの近くなど場所により尿臭がある。汚れたらその都度清掃するという努力はされており、他の方法で改善を期待したい。事業所は生活の場であり、日中活動の場でもあるので、このことが改善されると快適性が格段にアップすることが期待できる。安心・安全についてはクッションの設置などの対策が講じられているが、転倒事故防止策をチームでさらに検討されたい。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>常勤の理学療法士と利用者との距離が近く、常に適切な助言の下で機能訓練等が行われている。個別支援計画にも理学療法士による機能訓練という位置づけで記載しており、訓練と活動が有機的に連動している。普段の活動についても、利用者にとって無理のないリハビリテーションになっている。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>高齢の利用者は、かかりつけの医療機関に緊急避難的に入院させてもらうことも有るなど、医療機関や看護師との連携により迅速に対応できている。看護師は、積極的に健康増進、感染予防のアナウンスを行っている。インフルエンザ等の感染者がでると、事業所の規模や特性から対応が難しい中で、利用者の安心・安全を第一に考えてチームで対応している。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者によっては、個別支援計画に医療的支援が盛り込まれている。内服薬は医務室で看護師が管理している。また感染症対策や救命救急研修が実施されている。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の意向を尊重した上で、可能な限り「外」へ出かけている。利用者の参加希望を取って、福祉まつりなどの地域のイベントやプール等へ職員と出かけている。計算や漢字の学習プリント等を使って、希望する利用者には学習支援をしている。</p>			
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			
<p>日々の活動や休日の余暇活動の中で、地域の社会資源を活用しながら利用者の希望と意向を尊重して支援している。さらに利用者の「豊かな生活」の幅を広げるために、あるいは利用者の地域移行の意識を喚起するために、職員が地域の社会資源の調査を行い、それらをリスト化して汎用性を高める取り組みを望みたい。グループホームの空室があるときには、積極的に体験利用を行っている。</p>			
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			
<p>毎月の家族会や定期的な面談において家族との交流を積極的に行い、日々の生活状況の報告や家族ニーズの把握に努めている。今後、利用者の高齢化とともに、家族の高齢化対策が深刻な課題となってくる。相談支援事業所や介護保険の居宅介護事業所(ケアマネジャー)との連携も視野に入れた取り組みに期待したい。家族会に参加できていない保護者に対する積極的なフォローアップも課題である。</p>			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
障害特性に応じた就労訓練が実施されている。利用者8名に対し4名のスタッフが配置されており、一人ひとりへの目配り、心配りが行き届いている。また、一般就労しているOBを頻繁に事業所に招き、利用者の前向きな就労意欲を引き出している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
就労継続支援でなく就労移行支援という事業特性上、利用者に応じて適切な仕事内容を見つけるというよりは、種々の作業内容に利用者が慣れてできることを増やしていくという支援が行われている。その中で、作業時間等、本人の意向を汲みながら無理のないプログラムで一般就労を目指している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービス管理責任者がジョブコーチの役割を担い、利用者が一般就労した後も積極的なフォローアップを行い、また段階を見てフェイディング(徐々に関わりを減らしていく)して企業との仲立ちをしている。また、サービス管理責任者は事業所の外に積極的に出かけ、企業との関係作りや強化を重要な業務と捉えて実践している。			