

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 ふじの木園	種別： 施設入所支援・生活介護	
代表者氏名： 春日井昌市	定員（利用人数）： 50名（47名）	
所在地： 愛知県江南市河野町五十間88番地		
TEL： 0587-57-7551		
ホームページ： http://www.tokiwakai-konan.or.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成14年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 ときわ会		
職員数	常勤職員： 26名	
専門職員	(管理者/社会福祉士・介護支援専門員) 2名	(事務職員) 2名
	(サービス管理責任者/介護福祉士) 1名	(看護師) 1名
	(支援員/社会福祉士1、介護福祉士9) 17名	(栄養士) 2名
	(相談支援員/介護福祉士) 1名	(支援員補助) 7名
施設・設備の概要	(居室数) 33室	(設備等) 作業室・食堂・相談室
		医務室・洗面所・便所
		日常生活訓練室

③理念・基本方針

★理念

・法人 ～ 明るく 楽しく のびのびと ～

・施設・事業所

社会福祉法人ときわ会は、“障害者の働く場”を“親亡き後の生活の場”をという障害のある人を持つ親の熱意と地域の方々の篤いご支援により昭和55年12月に設立された法人です。

障害のある人にとって、法人はその意向を尊重して多様な福祉サービスを総合的に提供できるように創意工夫し、その有する能力に応じて自立した日常生活を地域社会において営むことができるよう支援するところではなければならないと考えています。

本法人では、長年にわたる障害者の施設福祉の経験を通して常に時代のニーズに応じた障害者福祉サービスの提供にあたっています。障害福祉サービスを提供する法人として、障害のある人があたり前の暮らしができる社会の実現を目指して邁進します。

★基本方針

「～明るく 楽しく のびのびと～ 地域の中で障害をもったありのままの姿で、そしてあたり前に暮らしていくこと」を目標に、利用者の意思及び人格を尊重し、心身の状況やその有する能力に応じて、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な介護、支援及び創作的活動又は生産活動の機会の提供、その他の生活能力の向上のために必要な援助を適切かつ効果的に行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

・個々の個性を尊重した支援の調査研究について

衣服や理美容については共用スペースでのファッション誌の閲覧、食事については選択制メニューの提供が定期的な支援として行えるよう調査研究を進めている。

・生活環境について

利用者の重度・高齢化に伴い、より安心安全な介助に努めている。(安全面に配慮された装備の入浴用介助椅子を使用したリフト浴の実施や、着替え介助の際に立位補助具を活用する。)

・地域との関わりについて

班活動の取り組みの一つとして、地域清掃活動と題し、施設周辺の清掃に取り組んでいる。4月から6月及び9月、10月の5回の月1回を計画し、施設周辺を清掃することは地域のみなさんにも役立っていることを参加利用者へ伝え、その後の生活の自信となるよう支援している。

江南市社協主催の福祉実践教室では地域の中学校へ訪問し、ポッチャ(軽スポーツ)を通して学生との交流を図っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 7月26日(契約日) ~ 平成31年 4月26日(評価結果確定日) 【平成30年12月14日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成27年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆保護者との連携・交流

毎月保護者会が開催され、多くの保護者・家族が事業所に来訪している。具体的には事業所での様子を伝えたり事務連絡を行うなど、事業所側から情報提供を行うことはもとより、保護者からの意見や相談にも丁寧に対応している。職員は、法人の成り立ちが“障害児・者の保護者”を中心に創成されたことを理解しており、保護者との良好な関係を継続しつつ、適切で十分な連携や交流を行っている。保護者も事業所の運営に協力的で、バザー等のイベントにはボランティアとして献身的な協力がある。

◆会議の充実

職員会議はもとより、管理会議、支援員会議、ケース会議、給食会議、保護者会議、入所検討委員会等々、様々な会議を設定し、各課題や分野毎に民主的、客観的に検討を重ねることで、安全・安心かつ適正な支援を図っている。

◆医療的な支援

年に2回の健康診断があり、嘱託医の毎月の訪問に合わせて健康相談等を受けることもできる。また、看護師が「健康カレンダー」と呼ばれる健康にまつわるテーマを毎月設定して、職員と利用者には有益な情報を提供する取り組みがある。医療的な支援が必要とされる利用者は投薬支援及びアレルギー対応が主であるが、いずれも看護師の責任の下に支援している。薬については鍵のかかる部屋で適切に管理されており、誤投薬を防ぐためになるべく薬の一包化を進めたり、チェックリストを活用する等、できる限りの対策をとっている。夜間についても、看護師専用の携帯電話を常に持っていることで、医務的な指示がいつでも受けられる体制が整っている。

◇改善を求められる点

◆苦情対応

ホームページや法人機関誌等により、事業内容や収支状況など様々な情報が開示されている。また、事業所内の掲示板にも「重要事項説明書」をはじめ多くの情報掲示がなされていた。第三者評価に関しても過去複数回の受審をしている。また、苦情に関しては規程が整備され、公表についても定められているが、実際には苦情の受付は皆無であり、サービス内容や職員対応が真に適正であるのか又は苦情のシステムが機能していないのかは定かでない。後者とすれば、再点検を要す。これらを含め、更なる透明性の向上と、地域発信により、事業所や障害者の理解促進を図られたい。

◆地域移行について

個別支援計画作成時やアセスメントの見直しを行う際、地域移行に関するニーズを聴取しているが、今のところ希望する利用者はいない。しかし、能力的に地域で生活することが可能と思われる利用者は何名か登録しており、体験する機会の提供や地域移行がイメージできるような情報の提供を積極的に行うことが望ましい。見学や体験利用によって、利用者の考え方が変わったり、結果としてその人自身の人生の転機となる可能性も秘めている。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回H27年度に受審した第三者評価の結果を振り返り、当時より改善ができていないか、という点に注目して自己評価を行ないました。高く評価をいただいた「保護者との連携・交流」や「会議の充実」、「医療的な支援」については施設としても意識して取り組んできたものであるため、嬉しく思います。

改善を求められる点で出された「苦情対応」は今後も利用者・保護者へそのシステムについての情報提供を継続して行っていくとともに、職員の対応についても適正であったかを申し送りや会議等で確認していきたいと考えています。また、「地域移行について」は、今後も利用者・保護者のニーズを確認していった上で、必要に応じ、利用者がイメージしやすい情報の提供方法についてを考えていきたいと思っています。

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(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、基本方針はホームページやパンフレット、事業計画等に記載され、全職員に配布し、職員会議の中で周知を図っている。利用者へは、利用者月例会で説明がなされるが、利用者用に理解しやすい工夫など更なる配慮が望まれる。保護者には年度当初の保護者会にて説明がされている。また、「行動規範」については、法人独自のものに加え「職員の接遇」がマニュアル化されており、指針となっている。			

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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
研修参加から得られる情報や、市など関係機関との連絡、更には法人の会議や相談支援事業所からの情報により、地域の福祉動向を把握している。また、市の障害福祉計画にも注視している。利用率や収支については、法人本部へ月次報告しており、結果分析している。利用ニーズに対しては、将来的にも定員を削減していく方向であるので、当面新たな利用者は受け入れない方針である。			
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内の「事務局会議」や「連絡調整会議」、「事業推進部会」の中で法人全体の課題を抽出、検討し、改善へ向けての事項を明らかにしている。事業所内では、主に「管理会議」にて課題検討を行い、重点事項については事業計画の中に落とし込み課題解決にあたっている。			

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			
3年毎の中期計画が策定され、これを指針として運営がなされている。この計画を半期ごとに評価し、年度毎に見直しが行われている。課題としては、計画には数値目標や予算的措置などが無く、達成度の確認がづらい点である。実効性のある計画になるべく、より具体性のある内容を検討されたい。			

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画については、入所・生活介護、医療、給食、地域移行、防犯対策まで、さらに中期計画の評価を基に重点課題も項目として挙げられている。ただ、中期計画と同様に数値目標の設定などが無く、成果測定の点で、より具体性のある内容が望まれる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画策定にあたっては、策定期間を設け、支援員・栄養士等各職種や行事担当などが前年度評価を基に改善した内容を「管理会議」にかけ、作成していく手順を踏んでいる。評価、見直しは年1回行われ、職員会議にて全職員に周知が図られている。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者に対しては、年度末の利用者説明会や月例会で説明を行っている。漢字にルビを振るなどの配慮は見られるが、内容そのものを分かり易く、理解しやすくした資料の用意を望みたい。支援の主体は家族ではなく利用者であり、出来る限りのインフォームドコンセントを目指されたい。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年に一度、職員のサービス評価である「施設評価」を実施し、日常生活や支援プログラム、人権配慮、地域連携等々支援内容全般についてチェックし、集計・分析し、職員会議に挙げて改善につなげている。日常的な課題に関しては、生活・作業支援は支援員会議、医療・給食については職員会議にて検討し、改善への手立てを実行している。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
サービス評価として行う「施設評価」をデータ化し分析している。分析結果から、具体的に改善に向けて取り組んでいる。一方で、改善への工程や方法を示す改善計画が策定されないため、実施状況の評価が難しい。計画性のある改善策により、実効性を高められたい。			

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		
管理者の職責は、職務分掌、キャリアパスフォームにより明らかにされている。また、職員会議等で自らの方針を示し理解を得ている。管理者不在時は、副施設長が職務を代行する。		
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		
管理者は、経営協のセミナーやフォーラム、行政説明会等で、遵守すべき法令を把握し、必要事項を職員周知し、運営にリンクさせている。法令遵守に関しては、「法令遵守要領」が法人で定められ、指針となっている。適正運営に向け、職員のコンプライアンス意識を更に高めるための方策を考えられたい。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
職員自己評価の実施、各種会議でのリーダーシップ、利用者月例会や保護者会での意向表明など、サービス向上への指導力を発揮している。一方、職員面談による意見やアイデア聴取、研修機会の充実などの課題もあり、解決に向け取り組まれたい。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
人事、労務、財務に関しては、法人の事務局長として本部と連携し対策にあたっている。会議体としては、「事務局会議」、「連絡調整会議」、「処遇改善部会」が検討の場となっている。事業所での労務対策としては、各部門の主幹・主任が職員意向を聴取し、管理者参加のもと「管理会議」にて調整にあたり職員処遇向上を図っている。		

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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
法人として様々な媒体を使って採用活動を行い、人材確保に努めている。また、契約職員の正規登用を進めている。事業所としては、職員配置の加配に向けた検討と、定着へのヒアリングなどを検討している。専門職の計画的な人材確保という面では、社会的な人手不足の影響もあり、明白な見通しが立て辛い状況である。		
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		
人事管理については、職務分掌やキャリアパスフォームを活用して運用されているが、人事考課制度は導入されていない。キャリアパスフォームは職務職階として昇給・昇格の基準となるが、異動・昇進に関しては明確な基準は無く、職員の意向や勤務状況を踏まえ管理者と法人サイドで決定している。また、年齢を軸とした年収のシュミレーションが示されており、職員が自らの将来設計を考える上での判断材料となっている。		

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			
<p>年次有給休暇や時間外労働時間のデータ管理、産休・育休・時短取得、全職種への処遇改善手当支給、互助会制度等々、働きやすい職場に向けた様々な制度や取り組みを実施している。人材定着や処遇向上の面から、職員面談等による全職員の意向把握と分析など、更なる職場環境の向上に努められたい。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>キャリアパスフォームは職務職階を明示し、階級による業務目標として機能している。しかし、目標設定し、評価・反省して次なる目標に繋げていく形の目標管理はなされていない。職員個々が目標をもった業務遂行により人材育成を図る手立てとして、目標管理制度導入を検討されたい。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員教育や研修に関しては、中期計画を受けた今年度の事業計画の中の重点項目に挙げられ、利用者の柔軟な支援に向けた研修の充実が示されている。しかしながら、具体的な研修計画は策定されておらず、効果測定は図りづらい。資格取得の助成に関する要綱が整備され、全員参加で虐待防止研修や救急救命研修などが実施されるなど、高く評価できる取り組みもある。より計画性を持った職員育成を検討されたい。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所内外での研修を含め、全職員に何らかの研修機会が提供されている。外部研修としては、階層別、職種別、テーマ別研修を受講している。新任職員の育成としては、サービス管理責任者等の経験者が付添勤務等により育成に努めているが、目標設定、担当固定、面談、評価といった組織的なOJT体制は無く、検討を要す事項である。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>実習生の説明用マニュアルは整備されているが、実習生育成に関する方針等は確認できなかった。社会福祉士や介護福祉士はじめ様々な実習を受入れており、実習プログラムが作成され、指導者養成研修にも参加している。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>ホームページや法人機関誌等により、事業内容や収支状況など様々な情報が開示されている。第三者評価に関しても過去複数回の受審をしている。苦情に関しては規程が整備され、公表についても定められているが、実際には苦情の受付は皆無であった。サービス内容や職員対応が真に適正であるのか、あるいは苦情のシステムが機能していないのかは定かでない。後者とすれば再点検を要す。これらを含め、更なる透明性の向上を図りたい。</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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
「経理規程」には経理や取引、契約等に関する事項が定められており、事務遂行上の指針となっている。また、外部会計士による毎月の会計指導や監事による内部監査も実施されている。運営の適正化と透明性の担保に向け、「社会福祉法」が求めるレベルの外部監査の活用も検討されたい。			

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			
行事を通しての地域交流については、事業計画の項目に挙げられている。取り組みとしては、バザーや納涼大会、運動会では地域住民との交流機会を持つ。また、お茶会や文化祭など地域の行事への参加に加え、活動支援として買物や外食、通院などで地域資源を利用し、更には地域の清掃活動などにも参加し、日常的に地域との関りを大切にしている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者と学生とのポッチャ大会や、行事に関わるボランティアを通して知的障害者への地域理解を深めている。一方で、日常的なボランティアの受入れは無い状況である。また、ボランティア受入れに関しての方針などは明文化されておらず、受入れマニュアルも整備されていない。地域社会との接点でもあるボランティアについて、体制を整えて受入れを促進することで利用者の社会性向上を図られたい。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
市の自立支援協議会との連携では、連絡会や情報共有、また課題検討などを行っている。利用者への自立支援の視点から、社会資源の情報提供や関連機関との更なる相互連携を進められたい。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
バザーは、地域住民との交流の場として定着している。また、地域交流スペースも交流の場として位置づけている。更には、福祉避難所として市と協定を結び、大規模災害時に備えている。事業所の専門性を活用した講演会や事業体験会、ふれあいの機会など、事業所機能の一層の地域還元を進められたい。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
相談支援事業所や市の自立支援協議会を通して、地域のニーズ把握を行っている。また、地域ニーズへの対応として、短期入所、日中一時支援を提供している。福祉事業にとどまらない地域貢献など、社会福祉法人の使命としても可能な地域支援を考えられたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
虐待防止に関する研修は、全職員を対象に年2回(主に7～9月の間)実施しており、正しい理解の下に周知を図っている。内容については介護技術に関するDVDを見たり、グループワークを行ったりと工夫した取り組みが見られる。課題としては、日頃より人権尊重等に触れる機会が少ないことから、その仕組みがあるとさらに職員の意識が高まるものと思われる。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
プライバシーや虐待防止に関するマニュアルが用意され、遵守する体制が整っている。ハード面では定員減に伴う個室化の推進や、カーテンや仕切りを使うなど、今できることは可能な限り取り組んでいる。希望する利用者には自室の鍵を渡して、本人がプライベート空間を確保する工夫もしている。ホームページ等における写真掲載の同意を取っており、利用者の人権(肖像権)の擁護にも取り組んでいる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人全体を紹介するパンフレットが用意されており、その中に当該事業所が掲載されている。追加の情報として伝えるためにA4サイズのカラー刷りの印刷物と、ルビが付いた文書(事業所に関する説明文)が用意されている。ただ、事業所の情報を伝える上で細かな活動や特徴、日課等については記載がない。口頭での説明がなくても、ある程度事業所の情報が伝わるような資料の用意を望みたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「契約書」および「重要事項説明書」は整備されており、事業所内に掲示等も行われている。説明については、そのままの内容を伝えると複雑で難しいため、噛み砕いて説明し、理解してもらうための工夫を行っている。ただ、資料として分かりやすいものが用意されているわけではないため、今後の整備に期待したい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所内に相談支援事業所が併設されており、退所等における継続性は確実にされている。移行時の記録も適切に残されており、体制が十分に整っている。課題としては、そのルールが明確にされていないこと、窓口はサービス管理責任者と決まっているが、他の職員まで一連の流れが周知されていないため、一部の職員しか「移行に関する窓口」を把握できていないことが挙げられる。引き継ぎ文書や手順について、整備されることが望ましい。			
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			
食事に関する嗜好調査を丁寧に行ったり、個別相談(毎月1名の利用者から直接ヒアリングする時間を設け、年間で延べ12名から話を聞く機会)を行うなどの仕組みがある。また、保護者会が毎月開催されており、保護者から話を聞く機会は十分に用意されている。ただ、サービス全体に対する満足度を、多くの利用者や保護者から情報収集する仕組みはない。今後、「対象者」及び「ヒアリング項目」を広げての調査を望みたい。			

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		
苦情解決の仕組みは整っており、窓口やその一連の流れ、使用する書類等も決められている。開所して16年が経過しているが、現在に至るまで1件の苦情も出ていない。保護者からの信頼が厚いことを考えると素晴らしい事業所と言える。一方、苦情が否か(苦情なのか要望なのか、愚痴なのかなど)の判断基準・考え方が曖昧であるという考えもできる。今回の第三者評価受審を機に、そのラインについての検討を期待したい。		
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		
「個別相談」を実施しており、毎月1回1名の利用者から直接ヒアリングする機会が用意されている。年間で延べ12名の利用者から相談や意見を聞くこととなる。それ以外の方についても適宜対応するよう心がけ、内容によっては「ケース記録」に入力している。保護者会が毎月開催されており、保護者からの相談や意見を聞く機会も保障されている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
相談等があった場合、「ケース記録」と呼ばれる記録媒体に入力しており、その取り組み状況も確認することができた。内容の周知については、毎日の朝礼時に伝達している等、仕組みはできている。ただ、これらの業務は口頭での伝達(教育)になっており、マニュアル等によって示されていない。仕組みや手順を文書化し、明確なルール化を図りたい。		
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		
管理者を筆頭に責任者が明確にされており、事故発生時における記録物の作成及び県・支給決定市町村への事故報告も適切に行われている。安全確保については、消防署の協力によるAED救急救命講習や介護技術に関するDVDの鑑賞、職員会議等での事故報告を行いながら周知を図っている。課題は、ヒヤリハットに関する情報の収集および分析する機会がないことであり、現在その整備を行っている。一刻も早い体制整備に期待したい。		
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		
11月～3月を毎年感染症に関する強化期間とし、徹底した感染予防対策を行っている。事業所館内の消毒はもとより、極力外出を自粛し、利用者・職員向けの手洗い講習会を実施する等、具体的な対策に加えて「教育」という部分にも力を入れている。「健康カレンダー」という取り組みでは、看護師が講師役となり毎月健康に関するテーマを設定し、利用者・職員に周知している。感染症に関するマニュアルも適切な内容で整備されている。		
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行っている。	障 39	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
毎月避難訓練を行い、夜間想定や昼間想定、火災・地震など様々なバリエーションを想定して実施している。備蓄は70人の食事3日分を確保しており、そのリストも作成されている。課題としては「非常災害対策計画」と呼ばれるような、あらゆる非常災害(地震・台風・河川氾濫・津波等)時において対応できるようなマニュアルが整備されていないことで、今後作成していく予定である。		

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		
「マニュアル集」と呼ばれるファイルが用意され、多岐にわたる内容で整備されている。利用者に関する尊重やプライバシー保護、権利擁護についても記載がある。ファイルの中に「基本マニュアル」なる別冊子があり、どこの事業所でも通用する基礎的な内容を踏まえたものとして整備されている。マニュアルを見直す機会が少なく、「マニュアル通りにサービス提供されているか、否か」を検証する機会は無いに等しい。その体制を構築することが課題である。		

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			
作成されたマニュアルは、「誰が、いつ、どのように見直すのか」が明確になっていないため、その仕組みを作る必要がある。古いマニュアルについては作成日が記載されていないが、最近見直されたものについては改定日が記載されており、日付の重要性が組織として認識されている。あえて挙げるならば、「作成日」、「改定日」、「新旧対象表(どこが変わったのかが一目見て分かるもの)」を整えたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービス管理責任者を計画策定の責任者とし、毎年年度末にアセスメントの見直しを行い、個別支援計画を策定している。「アセスメントシート」は決められた様式があり、項目も詳細に設定されている。「ケース記録」と呼ばれる記録媒体に日々の様子を入力し、毎朝朝礼時に支援内容の確認及び1ヶ月の様子の取りまとめを行っている。個別支援計画と日頃の支援の整合性を確認する体制が整っている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
年に2回(9月と3月)、検討会議を実施し、個別支援計画のモニタリングを行っている。参加職員は施設長(管理者)・副施設長・看護主任・栄養主任・サービス管理責任者であり、それぞれの立場から意見を出して検討しており、組織としての仕組みができています。課題としては、個別支援計画の周知はもとより、変更した際の全職員(主に支援員)への周知が弱いことにある。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
あらゆる記録は最終的に記録媒体「福祉見聞録(ソフト)」の中の「ケース記録」に入力され、その記録を中心に職員間で情報共有を行っている。内容については多岐に渡るが、カテゴリーが設定されており、内容を把握する上でも見やすい工夫がある。職員によっては表現方法に課題があり、多少の教育が必要とのことだが、「共有」という点ではしっかりと機能している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」が定められていることは当然のこととして、契約時における保護者・利用者への同意や責任者の設置、ケースファイル(利用者の個人ファイル)の取り扱いなど、実務的な対応も適切に行われている。課題としては、全職員に対する周知と教育であり、今後の宿題として残されている。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「みるクラブ」、「つくるクラブ」、「えらべるクラブ」など、いくつかのクラブ活動が用意されていたり、食事面では利用者が選べる環境が用意されている。ただ、利用者が「〇〇をしたい」、「〇〇へ行きたい」といったニーズを汲み取る仕組みが機能しておらず、事業者側(職員)が主導して活動を提供する場面が多い。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
身体拘束に対する意識は高く、個別支援計画の作成や保護者への同意、身体拘束をやむを得ず行った場合の記録など、身体拘束に関する一連の法的な要求事項が全て満たされており、適切に処理されている。課題としてはこれら一連の流れについてのマニュアルがないことであり、組織として統一したルールを決めることに期待したい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自らお金(小遣い)を管理することが可能な利用者には、事業所内にある自動販売機を利用する機会を用意している。自室の鍵を自己管理できる利用者には、鍵を渡してプライバシーを確保した生活をしてもらっている。日常の生活や支援の中で、自律・自立に向けての基本的な営みを、利用者がごく自然に経験できている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
絵カードや写真、ジェスチャー、筆談などの様々な手段を用いて、可能な限りコミュニケーションに不自由がないよう取り組んでいる。特に重度の障害を持つ利用者など、コミュニケーションを取ることが難しい人に対しては、目の動きや表情の良し悪し、普段との違い、ちょっとした反応をも注意深く観察し、それらの動きの一つひとつが何を意味するのかを考え、職員会等で情報共有するよう努めている。			
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適切に行っている。	障 50	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が選択するための情報として、写真や実物などを示して選んでもらうよう取り組んでいる。ただ、日中活動や外出、イベント、余暇活動などの生活全体を通じて、「利用者が選ぶ」という機会はそれほど多くはない。また、「選ぶ対象」を、職員の間で「用意する」場合もあるが、できれば利用者の声(意思や希望)を聞いたうえで、「選ぶ対象」を提示することが望ましい。意思を尊重する支援は、利用者の声を聞くことから始まると理解されたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
外部から音楽療法士を招いて音楽療法を実施したり、理学療法士による機能訓練を行う等の活動がある。その他、レクリエーション活動として軽運動(ポッチャ)や各種クラブ活動などがあり、作業ができる利用者は縫製品の製作に携わるなど、様々なメニューが用意されている。また、これらの活動は、全てではないが利用者が選べる環境となっている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
外部研修に可能な限り参加できるよう配慮しており、内部研修においても、利用者の障害特性を理解するための勉強会が行われている。日々の支援内容や利用者の様子についてはケース記録に入力し、各種会議において利用者個々の障害特性に合わせた支援が行えるよう話し合いを行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎年丁寧な嗜好調査を行い、その結果を極力献立に反映させる仕組みがある。提供する食事も「ごく刻み」「刻み小」「刻み大」など、利用者の咀嚼や嚥下の能力に合わせた形態を用意している。誕生日の利用者には食べたいメニューがリクエストできる工夫もみられる。食堂のカーテンを変えたことで雰囲気が一変し、以前よりもずいぶん明るくなった。入浴は水曜日及び日曜日を除く曜日に入ることができ、夏のシャワー浴も好評である。。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
高齢化・重度化により車いす利用者が増えている中、4階建ての施設ではどうしても縦移動が多く、移動に時間と人手を要するという課題が出ている。車いすで入れるエレベータは1基しかなく、移動についての大きな課題となっている。ただ、直ぐに改善できる課題でないことから、今できることに着目してトイレや居室、お風呂等に手を加え、高齢化が進んでも利用者が安心して生活できるよう工夫している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
外部機関よりPT(理学療法士)を招いて機能訓練を実施している。実際に歩行がスムーズになった利用者もあり、その効果は十分得られている。保護者のニーズも踏まえながら計画に落とし込んで実際に訓練等を行っている。身辺自立をはじめ日常で必要となる生活訓練は、食事や入浴、外出、着替え等々の機会を捉え、普段の生活の中でも行っている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
年に2回の健康診断があり、嘱託医の毎月の訪問に合わせて健康相談等を受けることもできる。また、看護師が「健康カレンダー」と呼ばれる健康にまつわるテーマを毎月設定して、職員と利用者には有益な情報を提供する取り組みがある。健康の目安として検温をすることが多い中、普段の検温や入浴前の検温は行わず、いつもと様子が違った際に測る仕組みとなっている。自ら体調不良を伝えることが難しい利用者が多いことを踏まえ、一考を願いたい。			
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			
医療的な支援が必要とされる利用者は投薬支援及びアレルギー対応が主であるが、いずれも看護師の責任の下に支援している。薬については鍵のかかる部屋で適切に管理されており、誤投薬を防ぐためになるべく薬の一包化を進めたり、チェックリストを活用する等、できる限りの対策をとっている。夜間についても看護師専用の携帯電話を常に持っていることで、医療的な指示がいつでも受けられる体制が整っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所周辺の清掃活動を年間5回実施し、地域への貢献活動と位置付けるとともに、利用者の社会参加の意識を醸成することにもなっている。学習支援については、特に字を書くことを大切にしており、連絡ノートや私的な持ち物には自分で名前を書くようにするなど、生活の一部として自然に字を書く機会を用意している。また、外出や外泊はもとより、利用者の友人が事業所を訪れる等、柔軟な体制で交流を支援している。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画作成時やアセスメントの見直しを行う際、地域移行に関するニーズを聴取しているが、今のところ希望する利用者はいない。しかし、能力的に地域で生活することが可能と思われる利用者は何名かが在籍しており、体験する機会の提供や地域移行がイメージできるような情報の提供を積極的に行うことが望ましい。見学や体験利用によって、利用者の考え方が変わったり、結果としてその人自身の人生の転機となる可能性も秘めている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月保護者会が開催され、多くの保護者・家族が事業所に来訪している。具体的には事業所での様子を伝えたり事務連絡を行うなど、事業所側から情報提供を行うことはもとより、保護者からの意見や相談にも丁寧に対応している。職員は、法人の成り立ちが“障害児・者の保護者”を中心に創成されたことを理解しており、保護者との良好な関係を継続しつつ、適切で十分な連携や交流を行っている。			

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			