

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：櫛の木園	種別：生活介護	
代表者氏名：加藤 栄治	定員（利用人数）：40名（41名）	
所在地：愛知県一宮市富田字若宮前17番地		
TEL：0586-62-8202		
ホームページ： http://kasinoki.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成 元年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 櫛の木福祉会		
職員数	常勤職員：9名	非常勤職員：17名
専門職員	(管理者/サービス管理責任者) 1名	(生活支援員) 21名
	(看護師) 1名	(機能訓練士) 1名
	(医師) 1名	(調理員) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 5室	(設備等) 相談室・医務室・食堂
		休憩室・トイレなど

③理念・基本方針

★理念

・法人

「ひとりひとりひかる」

・施設・事業所

「楽しく優しく元気よく 心身ともに健康に」

★基本方針

1. 主人公は利用者である
2. 利用者の自立と自己選択を第一に
3. 利用者の自立的な地域生活を支える
4. 利用者の同伴者としての責務
5. 事業所として地域との共生を育む
6. 事業所全体の管理運営体制を向上させる
7. 事業所として自己研鑽に努める

④施設・事業所の特徴的な取組

・健康や運動に重点を置いた活動
 管理者変更後、理念を変更し、活動内容を健康に繋がる運動や体験活動を重点に置き、楽しめる内容を増やした。運動器具を導入し、室内で無理なく運動に取り組んだり、外出活動や行事の内容や回数を増やし、楽しみながら体を動かす機会や見聞を広げる活動の提供を実施している。
 支援度の高い方々にも、できる活動や体験を検討し、提案、実施している。
 コロナ禍でも、施設でできる行事を、精度を上げての実施。（運動会・盆踊り・BBQ・フェスなど）
 主な体験活動（各種運動器具・山登り・ロング散歩・美術館・名所巡りなど）

・喫茶店での地域交流
 施設とは少し離れた場所で、喫茶店を運営している。地域の中にある普通の喫茶店として、地域の方々とそこで働く障害のある方の交流の場となっている。新メニュー等も定期的に出し、集客アップやお客様に喜んでいただけるよう努めている。イベントも定期的の実施することで、普段の固定客から、新規のお客様確保にも努めている。今回実施したイベントでは、モノづくり体験を行い、多くの家族連れで賑わった。
 朝市として、地元の野菜の販売を行い、生産者様にもお客様にも喜んでいただけるイベントであった。
 喫茶店を運営し、たくさんの集客をすることにより、地域の方々に障害福祉を知るきっかけとなるため、共生社会のきっかけとして、喫茶店に来店頂くことをはじめの一步であると考え、価値のあるものと感じる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 5月25日（契約日）～ 令和 5年 3月31日（評価決定日） 【令和 5年 3月 7日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	4 回 （平成30年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆適切な事業計画の策定
 事業計画を毎年定期的に策定しており、前年度の状況を踏まえて職員の意見を反映した実現可能な内容の計画となっている。新しく策定した令和5年度の事業計画には、具体的な目標や成果等が分かりやすく記載されており、これまでの事業計画にはない斬新な内容が網羅されたものとなっている。

◆個別支援の充実
 「支援マニュアル」が整備されており、個々に合わせた写真やカード、タイムスケジュール等を活用して、利用者が活動を選択することができるように工夫している。月に1回の行事では、利用者の希望を聞き取り、それを反映させた利用者が楽しめる行事を企画しており、非常に高い満足感が得られている。

◆利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援
 利用者に合わせた作業の量・時間・内容で取り組んでいる。生産活動だけに限定せず、一定の時間に何かに取り組むことも利用者の仕事として捉えた就労支援を行っている。喫茶店では地域の方との接客等を通して、働く意欲の向上と働くための能力の向上に努めている。

◇改善が求められる点

◆質の向上に向けた組織的な取り組み

定期的に第三者評価を受審しており、受審のない年には評価項目に沿って自己評価を行っている。管理者と主任が中心になって自己評価を実施しているが、より多くの職員が関わるができるような体制を構築して、組織的な取り組みを充実させることが望まれる。

◆マニュアル等の最新版管理

マニュアルがいつ改定されたかが分かるように、更新時期を記載しておくことが望まれる。各種規程やマニュアル等の文書は、統一、均一的な支援を提供するために、確実な「最新版管理」が求められる。制定日や改定日を必ず記載し、日付の最も新しいものを「最新版」として運用するという「最新版管理の原則」を徹底されたい。因みに、「最新版」の運用に合わせ、日付の古い「旧版」は廃棄することが原則である。

◆回覧の共有の確認

職員間の情報共有の手段として、様々なものが回覧されている。しかし、回覧物を閲覧したか否かが不明のものが散見される。閲覧した証拠として回覧物に押印する等、確実に情報共有できていることが分かるようにしておくことが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受け、様々な点で勉強になりました。事業所としての強みや改善点を知ることができました。

良かった点は自信を持ち、改善点については今後検証を図り、良い方向にしていきたいと思えます。いくつか意外な評価もありましたが、それについては立ち合いスタッフの伝え方と認識し、情報を伝える力を育成していきたいと思えます。

この結果を職員間でも共有し、スタッフ一同良い事業所作りを図っていきます。

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。

第三者評価結果

※すべての評価細目（64項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

【共通評価基準】

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
<コメント> 法人や事業所の理念や基本方針は「絵に描いた餅」ではなく、常日頃から実践している福祉サービスを象徴する分かりやすいものになっている。事業所内やホームページ、パンフレット等に記載して周知を図っている。分かりやすく説明した資料を作成し、職員や利用者・保護者に配付して周知を図っている。		

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	①・b・c
<コメント> 市の自立支援協議会や日中支援連絡会等に管理者が参加し、地域の福祉政策の動向や福祉事業全体の動向を把握するように努めている。法人内の管理者が定期的に集まり、各事業所毎の福祉サービスのコスト分析や経営状況の数値を把握し分析している。		
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
<コメント> 事業所は築30年以上が経過しているため、施設や設備の改修という大きな経営課題が明確となっている。施設の改修については法人経営においても重要な課題であり、中長期的な改修計画が必要とされている。課題に対する事業所の具体的な取組みとして、トイレの改修をすることが検討されている。		

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
<コメント> 法人では、中・長期委員会を開催して中長期的なビジョンの議論を積み重ねており、令和3年から令和8年までの中・長期計画を策定して冊子にしている。中長期計画の中で明らかになった経営課題に対しては、改善のための取組みを行っているが、計画の見直しは現時点では実施されていない。時期を見計らい、見直しを実施することが望まれる。		
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
<コメント> 単年度の事業計画は、毎年度定期的に策定しており、現状を踏まえた実現可能な内容の計画となっている。新しく策定された令和5年度の事業計画は、具体的な目標や成果等が分かりやすく記載されたものとなっており、これまでの事業計画にはない斬新な内容が網羅されたものとなっている。		
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	a・①・c
<コメント> 事業計画は前年度の状況を踏まえ、会議等で職員の意見を集約して作成しており、年度始めに職員に説明し周知を図っている。事業計画の実施状況の評価や見直しを、あらかじめ定めた時期と手順により行うことが望まれる。		

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
<コメント> 事業計画は、年度始めの保護者会において保護者に説明している。保護者会に欠席した保護者には、資料を郵送して周知を図っている。保護者会や事業所内のイベント等で、年間の行事の写真をスライドショーで観覧する機会を作っている。また、事業所内に多数の写真を展示しており、利用者や保護者に好評を得ている。		

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	a ・ ① ・ c
<コメント> 定期的に第三者評価を受審しており、毎年評価項目に沿って自己評価を行っている。管理者と主任が中心になって自己評価を実施しているが、より多くの職員が関わるような体制作りをし、サービスの質の向上に向けた組織的な取組みを充実させることが望まれる。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> 評価結果については、職員に回覧したり、職員会議において評価時の内容等をフィードバックしたりして周知を図っている。評価結果から明確になった課題については、職員が参画して改善策を検討し、改善計画を策定することや、改善計画の見直しを図ることが望まれる。		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、自らの役割と責任を含む職務権限を事業計画の中に明確に文書化している。会議や研修を通して経営面や管理面の現況や課題等を説明し、職員の理解を図る努力を重ねている。災害や事故等の、有事における管理者不在時の権限委任についても明確化されている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、法人内の会議や外部の連絡会等で遵守すべき法令等を把握するように努めており、職員に対しても周知を図っている。BCP（事業継続計画）の策定や身体拘束の禁止、虐待防止委員会の開催、ハラスメント防止等を記載した「運営規程」の変更が適切に行われている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、提供するサービスの現状分析を定期的・継続的に行い、課題の整理や改善のための取組を積極的に行っており、熱意を持って取り組んでいる。定期的に職員と面談する等、職員とのコミュニケーションを大切にし、職員意見を吸い上げるように努めている。また、職員の教育・研修の充実に注力している。</p>		
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	障13	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上を図るため、定期的で開催されている管理者会議において、人事、労務、財務等を踏まえた分析を行っている。経営改善に繋がる人員体制の確保や働きやすい職場づくり等の課題に対して、指導力を発揮して積極的に取り組んでいる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人においては、職員の採用方針や人材育成方針が確立されており、OJTやOff-JTの仕組みが事業所に定着している。新規採用職員には新人研修やキャリアパス研修を行っており、キャリアパス研修では職員の将来像を意識したキャリアデザインが描ける研修が実施されている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の理念・基本方針に基づき「期待する職員像」が明確にされており、異動や昇格等に関する人事基準が「給与規程」等で定められている。職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度の評価については、管理者が職員との定期的な面談を通して評価する仕組みが構築されているが、透明性を確保した人事基準等の整備が望まれる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向を確認した上で「勤務表」を作成しており、有給休暇も適宜組み込むようにして積極的な取得を推奨している。時間外勤務も、イベント時以外は行われていない。定期的に職員との個別面談を行い、職員が相談しやすく働きやすい職場づくりに努めている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>職員との個別面談時には、事前に職員が「面談シート」を記入している。「面談シート」の中に記載された個人目標を確認するように努めているが、目標に対する進捗状況の把握や達成度評価の仕組みが構築されておらず、職員の育成に向けた取組みの充実に期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人が年間の研修計画を策定しており、本人の希望や管理者の推薦で研修に参加する仕組みとなっている。法人の研修計画を補完する形で、事業所でも研修計画を策定している。事業所独自の研修（勉強会）を毎月行い、職員に学ぶ機会を提供している。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍によって外部研修の機会は減少しているが、法人内研修や事業所内研修（月1回程度）の充実に向けて取り組んでいる。事業所内研修（勉強会）では、職員それぞれが得意とする分野で講師となり、自分の思いや情報を他の職員に対して正確に伝えることを目指して取り組んでいる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人全体では多くの実習生を受け入れており、当事業所でも年間数名の専門職の実習生を受け入れている。年度初めに事業所の実習担当者が集まり、「指導マニュアル」や「実習プログラム」の確認を行い、情報共有して受入れ体制を整えている。学校側の担当職員の巡回訪問等を通して連携した取組を行っている。実習担当者に対する研修機会の提供が望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページや定期的に発行している広報誌を通して、事業計画、事業報告、予算、決算報告等が適切に公開されている。第三者評価の受審結果や苦情受付・苦情処理状況についても、ホームページ等での公表が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のため、「経理規程」をはじめ取引等に関するルールを定めたマニュアルが策定されており、「職務分掌」により職務権限等を明確にしている。専門家による外部監査を定期的に受けており、指摘事項に基づいて経営改善に努めている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人内に地域交流スペースを設置したり、従たる事業所の喫茶店を開業する等して、地域との交流を図るように努めている。コロナ感染症の影響で数年実施できていないが、地域交流を目的とした「かしの木フェスティバル」を実施しており、多数の地域住民が参加するイベントとなっている。事業所単独でも喫茶店でのイベントの開催や、プチボランティアでの清掃活動を実施している。</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
<コメント> 法人内にボランティア委員会が設置されており、ボランティア情報や受入れに関する課題や問題点の整理を行っている。ボランティア受入れの基本姿勢を明文化した「ボランティア受入れマニュアル」が策定されている。イベントの開催時には、学校を含めた地域に対してボランティアを広く募集している。		
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
<コメント> 事業所として必要な社会資源を明示したリストや資料を作成しており、職員への情報共有が図られている。市・自立支援協議会等の関係団体との連絡会に積極的に参加し、協働して具体的な取組を行っている。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	障26	a ・ ① ・ c
<コメント> 地域のニーズにより事業所が開設されており、その後もニーズに合わせた事業展開を図ってきた。イベント等の行事を実施する際には、地域住民を招くようにしており、利用者や職員との交流を積極的に図ってきた。しかし現在では、コロナ禍によって地域との接点も少なく、積極的に地域の福祉ニーズを把握する取組は実施していない。		
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障27	a ・ ① ・ c
<コメント> 法人では相談支援事業所や就業生活支援センターを運営しており、地域ニーズの集約を図るように努めている。今後、多様な機関等と連携して社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなど、公益的な取組みの充実に期待したい。		

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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>事業所の廊下に理念を大きく掲載しており、基本姿勢も明示している。法人として新人研修、フォローアップ研修、スキルアップ研修、役職者研修と段階を踏まえた階層別研修を実施し、事業所ごとに研修内容を展開して共通理解を図っている。標準的な実施方法についても個別支援計画に反映し、役職者が活動中に確認を行って、必要に応じて協議を行っている。</p>			
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障29	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護についてのマニュアルが整備されている。法人内の虐待防止委員会で不適切な対応等の協議を行い、各施設でフィードバックを行っている。全職員が集まる会議を年に2回開催して共通理解を図っている。プライバシー保護のため、トイレの入口にのれんを設置したり、席の配置を変えるなどの工夫を行っている。</p>			
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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>事業所を紹介するホームページを開設している。パンフレットは写真を多く取り入れ、文章を短くするなど分かりやすい内容となっている。市の社会福祉協議会や信用金庫、経営する喫茶店など、多くの人が手にしやすい場所にパンフレットや広報誌を設置している。利用希望者に対しては、個別に見学や体験利用を行い、同法人の他事業所なども案内している。</p>			
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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>サービス開始・変更時には、相談支援専門員と一緒に見学や体験を行っている。利用者等には個別に口頭でわかりやすく「利用契約書」や「重要事項説明書」に基づいて説明を行い、同意を得ている。生活介護事業のみにサービス内容を変更した際には、2年をかけて保護者会にて説明を行い、十分な理解を得てから事業変更を行うなどの対応を取っている。</p>			
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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>事業所の変更がある際には、事業所間で見学・体験を実施し、利用者の特徴や生活歴が分かる「サポートブック」を基に引継ぎが行われている。サービスが終了した後も管理者が窓口となり、いつでも相談できる体制を整備している。法人内で様々なサービスを提供しており、利用者の要望や適性に合わせて見学したり、事業所を変更することが可能となっている。</p>			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障33	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>年に2回利用者の慰労会を開催し、満足度向上に向けた調査と企画の話し合いを行っている。この会は、法人が運営する喫茶店（就労継続支援B型事業所）にて実施している。その企画に基づき、担当の職員が花見や流しそうめんなどのイベントを計画して実施している。保護者会を年に3回実施しており、管理者が参加し、意見や要望などを聞き取っている。</p>			
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 ・ ① ・ c	
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制が整備され、廊下に掲示している。年に2回第三者委員会を開催して各事業所で共有・改善を行い、内容について記録している。苦情解決の仕組みが「重要事項説明書」に明記されており、利用開始時に説明を行い、保護者会でも説明を行っている。意見箱を設置しているが活用されていないため、改善を期待したい。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>掲示板に、相談等の案内を掲示して周知している。送迎時や電話、面談時に確認を行っている。意思表示の難しい方利用者は、普段の活動の様子から推測して職員会議で検討を行っている。相談がある時は相談室にて行き、利用者が相談相手を自由に選んで行うことができることも伝えている。匿名を希望する場合には、意見箱を介して意見や要望を受けるようになっている。</p>		
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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>意見や相談があった場合は、管理者に報告して対応する仕組みができています。相談支援専門員とは面談時に共有しており、ヘルパーとは会議に参加した時に共有を図っている。口頭で伝えられることが多く、また、意見箱は活用されていない。記録の方法や対応について定めたマニュアルがないため、手順書の整備を期待したい。</p>		
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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>月に1回各事業所の担当者と看護師で構成される安全衛生委員会を開催し、法人内での感染対策やリスクマネジメントを話し合っている。事故発生時のマニュアルが整備され、廊下に掲示している。ヒヤリハット「はっとしてグッド」の報告が月に1、2回あり、会議にて対応策を検討している。ヒヤリハットと事故報告が同じ書式となっているため、別々の書式にすることが望まれる。</p>		
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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>安全衛生委員会が組織されており、感染症予防のマニュアルが整備され、廊下に掲示されている。予防策として、マスクを付ける練習を行っている。また、1日に3回の検温を実施し、手指消毒の機器をトイレや食堂に追加で設置するなどの対策を講じている。感染者が発生した場合は医務室に隔離し、通院の同行やグループホームでの見守りを行うなど、感染拡大を阻止する対応を行っている。</p>		
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している。	障39	⑤ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>BCP（事業継続計画）を策定し、月に1回防災訓練を実施している。川が近くにあることから、ハザードマップや避難経路を事業所内に掲示している。安否確認もメールや電話で行う方法が確立されており、マニュアルも整備されている。喫茶店では町内会とも合同で訓練を行うなど、連携が図られている。食料や備蓄リストも法人内で整備している。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>サービスの標準的な実施方法を個別支援計画に記載し、食事や排泄などのマニュアルも整備されている。標準的な実施方法を入職時に指導しているが、職員によって理解度に差異があり、標準的なサービスが徹底できているとは言い難い。新人職員に対するOJTを効果的に実施するためには、指導する担当職員、期限、到達目標等を明確にして、計画的に実施することが望ましい。</p>		
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	⑦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法の見直しは、半期に1度、4・9月に時期を定めて実施しており、個別面談を通して実施する仕組みが確立している。個別支援計画の作成においては、グループ会議にて、より良い支援に向けた検討を行うなど情報共有や検討が図られている。</p>		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>面談時に、「調査表」を基に詳細にアセスメントを実施しており、個別支援計画作成のための基礎資料となっている。個別支援計画の作成においては、サービス管理責任者を中心にグループ会議にて検討が行われ、必要に応じて看護師や理学療法士等の他職種職員も参加している。個別支援計画通りに支援が行われているか、管理者や主任が点検し、必要に応じて指導を行っている。</p>		
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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しを、4月と9月に実施している。事前にグループ会議にて意見を出し合って検討を行い、サービス管理責任者が作成した後に確認を行う仕組みが構築されている。ここ数年、個別支援計画を緊急に変更するケースはないが、必要があれば実施する仕組みは構築されている。</p>		
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)-② 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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づいて実施された支援の記録は、毎日決められた様式に記録している。「トイレ表」や「検温表」等があり、個人ごとの支援の状況を、決められた様式に記録している。月に1回担当者会議を開催し、情報の共有を図っている。記録の方法や内容の精度が、職員間で差異が生じないように努めている。</p>		
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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の個人情報の管理は、管理者が責任者となって管理している。「個人情報保護規程」も整備されており、適切に管理されている。保存の必要がなくなった個人情報の入った書類は、シュレッダーにて裁断処理している。利用者や家族には、契約書に基づいて説明を行っている。新入職員は入職時の研修で学んでいるが、その後も定期的に研修を実施し、職員の意識統一を図りたい。</p>		

【内容評価基準】

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		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 合理的配慮では、「個別支援において職員都合になっていないか」、「集団生活で可能かどうか」等の検討を行い、家庭に近い形での環境を整えるように工夫している。「珈琲を飲みたい」と希望する利用者のために、「珈琲の日」が設定してあり、休憩時間に広告を自由に見られるなど、自己決定を尊重した取組を行っている。慰労会等を通して、ルール等を話し合っていて決めている。		

A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	障47	a ・ ② ・ c
<コメント> 法人の虐待防止委員会を3ヶ月に1回開催し、各事業所で共有を図っている。早期発見のため、会議にて支援方法の検討と管理者による確認を行っている。身体拘束については、「運営規程」に基づいて個別支援計画に記載するようにしているが、大まかに記載されているため、具体的に記載することが望ましい。		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 利用者の自律・自立に向けた取組みとして、散歩や買い物などの体験活動を多く取り入れている。活動の選択肢を多く取り入れ、作業において目的を持って取り組めるように配慮している。重度の利用者も多く、一人で歩行できるが事故の防止のために手をつないだり、時間がかかってしまう場合には着脱を手伝ってしまいうこともある。適切な介助と見守りにより、自律・自立支援を実践されたい。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 利用者個々に合わせて、写真や文字、タイムスケジュール等を活用したコミュニケーションを図っている。意思表示の難しい利用者へは、表情や行動から推測して支援している。コミュニケーション能力を高めるために、職員の側から積極的に話しかけ、活動を通して意思を伝える機会の提供を行うなど、コミュニケーション手段の確保を図っている。		

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	② ・ b ・ c
<コメント> 利用者の希望があれば、相談を随時行っており、利用者個々に合わせて場所や時間などを調整して対応している。日ごろのコミュニケーションの中でも聞き取りを行っており、意思表示の難しい利用者へは複数の情報を提供して選択を促している。活動の中の様々な場面で、利用者が選択できるように支援している。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画に沿って支援を行っている。慰労会等で話し合った企画や季節に合わせた行事、日々の活動の中でアセスメントを行った企画等を毎月実施しており、満足度の向上に繋がっている。参加したくない場合には、別のグループの活動に参加するなど、利用者の意思を大切に柔軟に対応している。花見、パーベキュー、流しそうめん、ハイキングなどイベントの多様化を図っている。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 月に1回職員間の勉強会を実施し、グループホームの仕組みやてんかん発作など、テーマを決めて全職員で学習する機会を作っている。行動障害の利用者については、活動に慣れるまでは伝える方法を模索しながら、可能な限り個別に対応している。情緒の落ち着かない利用者へは、不安になる前に安心できる環境を提供するよう心掛けている。		

A-2-(2) 日常的な生活支援			
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	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づいて、食事については刻み、一口大、アレルギー、量、食器等々、利用者個々に合わせて提供している。嗜好調査を定期的に行い、季節の行事に因んだメニューも提供しており、残食も少なく楽しみの一つとなっている。排泄に関しては、個室トイレやシャワー付きトイレもあり、利用者の希望や障害特性に合わせて使用することができる。</p>			
A-2-(3) 生活環境			
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	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>活動場所としては、利用者個々に合わせた椅子やスペースが用意されている。他の利用者に影響を及ぼす可能性のある場合には、活動スペースを広くしたり、事前に安心できる場所へ移動してもらうなど、安全面に配慮している。休憩時にはソファでくつろぐことができ、廊下には行事等の写真が掲載されており、楽しい思い出を振り返ることができるようになっている。</p>			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
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	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>理学療法士や嘱託医のアドバイスを基に、ストレッチやマッサージなどの機能維持に向けた取り組みを行っている。活動室の入口にペットボトルが吊るしてあり、腕を上げる訓練に使用している。マッサージ器などを使用した活動もあり、個別支援計画に基づいて支援している。</p>			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
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	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>月に1回の嘱託医の検診があり、利用者の健康状態をチェックするとともに、年に1回健康診断を行っている。嘱託医の検診では、健康相談も併せて実施している。日々の検温は毎日3回行い、排泄時に健康状態の確認をしたり、看護師によるバイタルチェックを行うなど、利用者の体調の変化を細かく把握している。</p>			
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	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>看護師の配置があり、薬の管理を薬品庫で行い、「チェック表」を基に飲み忘れの防止に努めている。薬の処方箋もコピーを取り、記録や個別支援計画に記載している。安全衛生委員会が組織されており、事業所においても看護師を講師とした勉強会や報告を行うなど、利用者の安全管理に努めている。</p>			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
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	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>様々な体験活動を実施しており、社会参加ではプチボランティアに参加する等、地域との交流を行う機会を設けている。図書館でCDや本を借りる機会を設けるなど、地域の社会資源も活用している。学習支援では、利用者の力量に合わせて買い物の支払い支援を行うなど、社会参加を図っている。</p>			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
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	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域生活の質を高めるための支援として、個別面談時に短期入所やグループホームなどの様々なサービスを提案している。希望のある利用者には、法人内のグループホームや入所施設（短期入所）と連携して見学等を行っている。利用者の要望に合わせて喫茶店の業務に携わる等、相談支援専門員とも連携を図りながら地域移行に向けて取り組んでいる。</p>			

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
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
<コメント> 必要な利用者、家族には「連絡ノート」を用いて連絡や情報共有を図っており、送迎時には口頭で事業所の様子を伝えるなど、家族との連携を図っている。また、保護者会の機会に、活動の様子をスライドショーで伝えたり、広報誌を発行する等で活動内容を伝えている。緊急時には、マニュアルに基づいて家族等に対応することとしている。		
A-3 発達支援		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
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
<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-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
<コメント> 個々に合わせた作業の量・時間・内容に取り組んでいる。生産活動だけに限定せず、一定の時間に何かに取り組むことも利用者の仕事として捉えた就労支援を行っている。喫茶店では、地域の方への接客等を通して、働く意欲の向上と働くための能力の向上に努めている。		
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
<コメント> 喫茶店では、利用者個々の体力に合わせて休憩時間を個別に設定したり、勤務時間を調整したりしている。作業を行いたくない時には作業量を減らしたり、散歩に行くなどの気分転換を行いながら、利用者に合わせてペースで作業に取り組めるようにしている。作業収入は工賃として支払い、支給額も徐々に増加している。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> 法人内に様々なサービスがあり、必要に応じてステップアップが図れる体制は整っているが、希望者は少ない。ステップアップに限らず、加齢等によってステップダウンしてしまう利用者への対応も行っている。比較的軽微な内職作業においては、現在2種類の作業しか提供できておらず、今後の内職作業の拡大とさらなる就労支援に期待したい。		