

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	訪問調査日：平成29年 1月26日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称 豊橋にしぐち学園	種別：生活介護	
代表者氏名：木本 隆宏	定員（利用人数）：40名（41名）	
所在地：愛知県豊橋市高師町字北原1-103		
TEL：（0532）64-3596		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 3年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 豊橋市福祉事業会		
職員数	常勤職員：27名	
専門職員	(管理者) 1名	(看護師) 2名
	(生活支援員等) 21名	(歯科衛生士) 1名
	(事務職員) 2名	(社会福祉士) 2名 再掲
		(介護福祉士) 5名 再掲
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 活動室、訓練・作業室
		医務室、会議室、相談室、
		事務指導員室等

③理念・基本方針

★理念	
・法人	地域の中でいきいきと生活するために
・施設・事業所	利用者が地域の中で、少しでも自立した日常生活ができるように支援します。
★基本方針	
利用者とは対等な関係を基本として、自己選択、自己決定の機会を最も大切にし、個別面談を通じて利用者の意向、適性、障害の特性を踏まえた「個別支援計画」を作成し、それに基づいて支援します。	

④施設・事業所の特徴的な取組

「自分らしく いつも いきいきと」

①利用者が健康で快適な生活を送ることができるように支援します。

・看護師、歯科衛生士などの専門職の配置、保護者との緊密な連携により、疾病や虫歯の早期発見や予防に努めています。

②自立した日常生活を送ることができるように専門的な支援に努めます。

・さまざまな経験や体験を積み重ねる機会、日常的に自己選択及び自己決定の機会を大切に一人ひとりの長所や強みを活かすようにしています。

・自立支援活動等において、日常生活関連動作が獲得できるようにしています。

③地域の方々とのふれあいを大切にしています。

・各種行事や作品展、展示即売会の実施、近隣の清掃活動などを通して、地域の方々とのふれあいを大切にしています。

④日常生活を送るうえで、必要な機能の維持、向上を図ります。

・他施設の専門職によるアドバイスを受けて、理学・作業療法、言語訓練を行っています。

⑤重点目標

・多機能型事業所等への実習

・利用者研修の充実

・地域の歯科に通院

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 8月23日（契約日）～ 平成29年 3月24日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回 （平成25年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆福祉サービスの質の向上に向けた取り組み

定められた評価基準に基づいて年1回全職員による自己評価を行い、定期的に第三者評価を受審することで福祉サービスの質の向上に努めている。定期的に利用者、保護者、職員へのアンケートを行い、浮かび上がった課題を改善することで福祉サービスの質の向上を図っている。職員は虐待防止のチェックリストにより自己評価を行い、虐待や不適切な対応の防止に取り組んでいる。アクシデントレポート・インシデントレポートの提出を受け、サービス向上委員会や虐待防止・リスクマネジメント委員会において評価・分析を行い、事故等の防止に積極的に取り組んでいる。

◆利用者支援に対する保護者の信頼

利用者の意向や状況に応じて関係機関と連携を図り、専門的な療法を取り入れることにより、保護者からは利用者の能力が著しく向上したとの評価を得ており、利用者支援に対する高い信頼を得ている。

◆地域との交流

「地域の中でいきいきと生活するために」という法人の理念に基づき、法人主催の「福祉まつり」や「にしぐちまつり」等を開催し、地域との交流を深める取り組みを行っている。その他にも、利用者が作成した製品を販売するためライオンズクラブのバザーや企業のバザーへの出店、地域のハーモニカクラブへの参加、市民ギャラリー等の作品展への出展、地域の清掃活動や買い物外出等を行い、積極的に地域との交流を図っている。

◇改善を求められる点

◆職員研修の充実

職員アンケートや個別面接等で研修に対するニーズを把握し、階層別、職種別、テーマ別の研修機会を提供し、外部研修にも積極的に参加できるように配慮している。課題としては、パート職員の研修内容の充実を図ることや、業務マニュアルや支援マニュアル通りに支援が行われているのかどうかをチェックリスト等で確認し、必要に応じてOJT研修を行う等、より一層職員研修の充実を図ることが望まれる。

◆サービス向上委員会等の活性化

サービス向上委員会や虐待防止委員会等の会議を開催し、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを行っているが、本部組織としてのサービス向上委員会等と事業所との連動が希薄な部分が見られる。自己評価にもあるように、本部委員会と各事業所との風通しを良くし、サービス向上委員会等の活性化を図ることが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

本園のサービス内容を見直し、良さと課題をあらためて認識する機会となりました。日頃のサービスについて、思っていた以上の高い評価をいただき、職員一同、これまでの取り組みに対して自信を深めることができました。その一方で、見落としていたところや、新たに取組まなければならないところも明確になり、順次PDCAサイクルを意識して改善に取り組んでいきます。引き続き、本園のサービス及び地域福祉の向上のため、職員一同一層鋭意努力致します。

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(72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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念・基本方針が明文化されており、法人の広報誌、パンフレット、ホームページ等に記載されている。職員には年度初めの職員会議にて周知を図り、利用者や家族には利用者会や保護者会、個人面談時等で資料を配布して周知を図っている。利用者には、写真等を入れた分かりやすい資料を作成・配布して説明している。			

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
評価機関のコメント			
厚生労働省、全国組織、福祉新聞、市の障害福祉課等の通知文から社会福祉事業全体の情報を把握し、経営環境をとりまく動向を分析するように努めている。定期的に利用者の推移や利用率を分析して収支を把握しており、地域の福祉ニーズに応じた事業所の福祉サービスに反映させるように努めている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業所の環境改善、福祉サービスの質の向上、職員の人材育成が経営課題として挙げられており、個人面接や職員アンケートを通して具体的な課題や問題点を抽出し、事業計画策定に反映させている。引き続き、経営課題の分析を行い、具体的な取り組みを充実させることが望まれる。			

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			
理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にした中・長期計画が立てられており、平成33年度までの具体的な収支計画と環境改善計画が策定されている。中・長期計画には数値目標や具体的な成果等を設定しており、年度末には実施状況の評価を改善実施評価という形で行っている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
単年度の計画は、「事業計画書」や「運営のしおり」に具体的な内容を記載しており、出来る限り数値目標や具体的な成果を設定した内容となるよう努めている。「事業計画書」や「運営のしおり」は各年度で見直されている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の作成にあたっては、職員アンケート、職員面接、各委員会での意見交換を基に作成しており、年度初めの職員会議において配布して周知を図っている。定期的実施状況の評価・見直しを行っているが、今後は日中活動支援の効果測定、クラブ活動の効果測定という形で、より具体的に評価・見直しを図る予定をしており、その取り組みに期待したい。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	障 7	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
年度初めの保護者会や個人面談時に資料を配布して説明をするともに、事業所内に掲示して周知を図るようにしている。資料は写真や絵などを使い、分かりやすい内容となるよう配慮している。毎年、保護者アンケートにより、分かりやすい内容であったかどうかを確認するようにしている。利用者への周知については、更に分かりやすく伝えるための工夫や、理解度の確認をどのようにするのが課題となっている。			

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
定められた評価基準に基づいて年1回全職員による自己評価を行い、定期的に第三者評価を受審して福祉サービスの質の向上に努めている。定期的に利用者、保護者、職員へのアンケートを行い、浮かび上がった課題を改善することで福祉サービスの質の向上を図っている。サービス向上委員会や虐待防止委員会において、福祉サービスの内容の評価・分析を行っているが、サービス向上委員会等の活性化が課題となっており、活性化を図ることが望まれる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
アンケート結果や評価結果を基に課題を整理し、サービス向上委員会等で改善策を検討して改善を図っており、取り組むべき課題は一覧表にして職員間で共有化を図っている。改善策の実施状況の評価について、事業計画の実施状況の見直しと同様に、定期的・具体的に評価・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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者の役割と責任を含む職務分掌については「運営のしおり」に明文化されており、災害時等の有事における役割と責任については、非常災害対策計画書等に明記して職員会議等で職員に周知している。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
管理者は遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者との適正な関係保持に努めている。建物管理や環境への配慮を含んだ幅広い分野の法令等を把握しており、一部リスト化して資料として整理をしている。引き続き、体系的に理解を深められるようにリスト化を図り、職員に対しても遵守すべき法令等を周知するとともに、遵守するための具体的な取り組みを行うことが望まれる。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
サービスの質の向上を図るため、利用者、保護者には満足度調査、職員には業務アンケートを実施し、課題を抽出して改善につなげている。サービス向上委員会や虐待防止・リスクマネジメント委員会に参加して必要な助言を行い、職員には虐待防止のチェックリスト(パート1、パート2)による自己評価を行い、虐待や不適切な対応防止に取り組んでいる。アクシデントレポート・インシデントレポートの提出を推進しており、事故等の防止に積極的に取り組んでいる。		
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 a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
毎月の試算表により経営状況を把握・分析し、業務の効率化、実効性の向上、経営資源の有効活用を図っている。基本方針の実現に向けて、人員配置や職員の働きやすい職場環境の整備に努めているが、職員個々の改善意識を育む取り組みの充実が望まれる。		

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		
必要な福祉人材や人員体制に関する人事構想について中・長期計画に提示しており、法人本部にも事業所に必要な人材を申告している。福祉人材の確保に向けて、福祉の仕事の魅力を実習生や地域に向けて発信しているが、引き続き継続して情報発信していくことが望まれる。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人主導の総合的な人事管理制度を導入しており、職員が自ら将来の姿を描くことができるような人事基準が定められている。特に昇進・昇格に関しては論文試験・面接試験を行う等、客観的な基準に基づいた人事管理が行われている。年度当初に職員から自己申告書を提出してもらい、年度終わりに職員自身の自己評価と上司による一次・二次人事考課を行っている。今年度から、人事考課による期末手当への賃金反映は廃止になっている。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認し、就業状況を把握している。勤務シフトの変更や育児に配慮した短時間勤務の希望を把握し、働きやすい職場環境となるよう努めている。法人で独自の福利厚生事業を実施しており、今年度から、特別休暇に新たに「健康保持休暇」が導入され、取得の推進を図っている。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
法人として「期待する職員像」を明確にしており、中堅職員(3級以上)からは、職務遂行能力のレベルアップを図るため目標管理による人事管理を行っている。パート職員や2級以下の職員については、施設長が個々の業務上の目標を把握して育成に向けて取り組んでいる。		
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		
単年度毎の事業計画に「職員研修計画」を明文化しており、研修計画に基づいて職員の教育・研修を実施している。研修後は「研修受講報告書」及び「復命書」の提出を求め、研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
職員アンケートや個別面接等で研修に対するニーズを把握し、一人ひとりに研修の機会が得られるように配慮している。階層別、職種別、テーマ別の研修機会を確保しており、外部研修へも積極的に参加できるように配慮している。パート職員の研修機会の充実を図ることや、業務マニュアルや支援マニュアルの理解度に応じたOJTの充実(チェックリストを利用した)を図ることが望まれる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
実習生の受け入れに関する基本姿勢を明文化しており、受け入れマニュアルを作成している。実習生の専門職種の特性に配慮したプログラムを作成しており、実習指導者研修を受講している。学校と連携して実習内容、プログラム、アドバイスの内容等を確認している。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ホームページ上で、法人の理念・基本方針、財務諸表、事業報告、苦情受付、第三者評価の受審結果等を公表しており、広報誌、パンフレット等を配布して情報公開を積極的に行っている。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人で定めた経理規程に基づいて事務、経理、取引等を行っており、毎年外部監査や内部監査を定期的に行い、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営に努めている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「地域の中でいきいきと生活するために」という法人の理念に基づき、法人主催の「福祉まつり」や「にしぐちまつり」等を開催し、地域との交流を深められるような取り組みを行っている。その他にも、ライオンズクラブのバザーや企業のバザーに出店して製品販売したり、地域の中学校のコンサートへの参加、市民ギャラリー等での作品展への参加、地域の清掃活動や買い物外出等を行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ボランティア受け入れの基本姿勢や受入れマニュアルを策定しており、積極的にボランティアを受け入れている。受け入れ時にはオリエンテーションを行い、利用者への配慮や障害特性による関わり方への理解を深めるようにしている。クラブ活動講師のボランティア活動については、受け入れに対する効果等の評価・検証が行われている。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
地域内の関係機関や団体等の社会資源について、事業所内に一覧表を掲示したり共通ファイルに綴じる等して、職員間での情報の共有を図っている。関係機関等と共に定期的に開催される連絡会に参加し、課題の共有や解決に向けて協働して取り組んでいる。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人単位では災害時の福祉避難所の設置や相談支援事業を行っているが、事業所としては行事等でスペースを活用して地域住民との交流を図ったり、地域内の清掃活動を通して地域の活性化や「まちづくり」に貢献している。事業所が有する専門性を活かした取り組みや、地域のニーズに応じた住民参加の多様な支援活動については課題となっている。			
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ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
評価機関のコメント			
法人の相談支援事業所との情報の共有に心掛けており、地域の福祉ニーズの把握に努めている。地域の福祉ニーズに基づき日中活動支援事業を行っているが、社会福祉事業に留まらない地域貢献活動の取り組みが期待される。			

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
評価機関のコメント			
「基本方針」、「利用者支援マニュアル」に利用者尊重の姿勢が明示されている。理念が明記されたカードを職員が携帯し、周知徹底を図っている。事業所研修や各種委員会、職員会議等で権利擁護についての共有理解を形成している。また、職員がチェックリストによる自己点検やアンケート、意見箱の設置等により利用者の意向を積極的に取り入れる体制が確立されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
プライバシー保護についての規程・マニュアルが整備され、事業所内の委員会で年に一度は内容の見直しを行って点検をしている。また、プライバシー保護や権利擁護に関する研修に参加した時には、書面や研修報告を通して職員に伝達されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレット等を通して、事業所の情報発信が行われている。カラー写真や図などを用いて、利用希望者がイメージしやすい工夫がなされている。また、来園者や各行事等の機会を通して、事業所のパンフレットを手渡す等、積極的な取り組みを行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
重要事項説明書や利用契約書による説明はもとより、利用者にも分かりやすいように、文書の内容を可能な限りイラスト化した案内を別途用意し、視覚的にもイメージがしやすいような工夫がある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
退所する利用者については、相談支援事業所と連携を密にしている。退所後の支援のための引き継ぎ書が用意されており、環境変化へのフォローアップ体制が整っている。サービス終了後の事業所相談窓口は副園長、もしくは園長が受け付けており、利用者の意向に寄り添う体制がある。			
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
評価機関のコメント			
毎年行われている利用者満足度調査や嗜好調査、個別面談、利用者による自治会のサポート等を通して利用者ニーズが把握されており、満足度調査から出た課題をサービスに反映させる仕組みができています。さらに、意見箱の設置等、意見が述べやすい環境作りにも努めています。			

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		
苦情の窓口や体制等を分かりやすく説明した掲示物を掲示している。苦情があった場合の取り組み・解決結果等は法人のホームページに公開している。苦情とまではいかないレベルのものは、日常の連絡帳を通して受け付けている。意見箱を玄関事務所に設置しているがあまり投函されていない。さらに受け付けやすい工夫をし、潜在的な苦情や要望を掴まれない。		
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
重要事項説明書だけではなく、実際に利用者にとって分かりやすいように写真やイラストを用いた案内文書が用意されている。相談スペースは事務室や医務室等であるが、可能な限りその時々を利用者の要望に応じて相談できるように相談スペースを確保している。		
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
アンケートや日常の連絡帳でのやり取りだけでなく、送迎時には保護者とのコミュニケーションを通じて直接要望等を受け付けるようにしている。必要に応じて、職員会議や法人の委員会等で検討する仕組みがある。検討に時間を要する場合は、その旨を利用者・保護者に伝えている。		
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
リスクマネジメントについての委員会を法人としても毎月開催しており、アクシデント、インシデントの原因分析やその対策を検討している。これらは所定の様式にて記録され、全職員に周知されている。事業所内においては危険を予知する訓練を行う等、安全確保の体制が確立している。		
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者支援マニュアル中の感染症対策では、その防止対策として配膳をする者等、食品に携わる職員の毎月の検便が実施されている。また、感染症の種類ごとにその予防と対策が詳細に決められて実施されている。園内における感染症発生防止策が整えられている。		
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地震や火災等、毎月テーマを定めて防災訓練を実施している。法人としても年1回の防災訓練が行われ、保護者への一斉メール配信で情報の発信や引き取り訓練の実施等、より実践に備えた訓練が行われている。備蓄品については種類ごとに消費期限を掌握し、グラフ化して管理している。		

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		
「利用者支援マニュアル」に個人情報の保護、記録の作成・管理の他、権利擁護やプライバシーの保護等の方針が明示されている。非常勤職員にも常勤職員と同等な研修に参加する機会が確保されており好評を得ている。しかし、標準的な実施方法通りに支援の現場で実践されているかどうかをチェックリスト等で確認し、職員個々の理解度を把握しておくことを望みたい。		

	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	① ・ ② ・ ③
評価機関のコメント			
「利用者支援マニュアル」は毎年定期的な見直しを実施され、常に最新の状態が維持されている。			
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	障 42	① ・ ② ・ ③
評価機関のコメント			
アセスメント、個別支援計画の作成は、担当職員だけでなく看護職員や栄養士、歯科衛生士等、必要に応じて他法人の関係者も交えて意見を交換し、組織を超えた広い範囲の意見が反映されるよう工夫している。事業所全体への周知は、職員会議等を通じて(計画の進捗状況も含めて)報告されており、必要に応じて計画の変更も行っている。			
	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 43	① ・ ② ・ ③
評価機関のコメント			
個別支援計画については基本的に年2回のモニタリングを行い、定期的な見直しを行っている。利用者の状況により、随時面談を行ってニーズを聞き取り、計画の変更・見直しが行われている。			
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	① ・ ② ・ ③
評価機関のコメント			
サービスの実施状況については、所定の様式により適切に記録されている。また、情報の共有化については、事業所内のネットワークシステムを活用して職員間での情報の共有化ができています。その他の情報共有に関しては、基本的に朝礼時や回覧によって周知されている。			
	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	① ・ ② ・ ③
評価機関のコメント			
記録の管理は責任者が決められており、施錠できる場所に保管がされている。また、事業所のパソコンにはパスワードが設定されており、定期的に変更もされ、情報の漏洩対策がなされている。			
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。			
	Ⅲ-2-(4)-① 利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 46	① ・ ② ・ ③
評価機関のコメント			
法人内の相談支援事業所と連携し、年2回の個別面談等で地域生活への移行ニーズの聞き取りを行っている。利用者の障害特性をも考慮し、性急に事を進めることなく、取り組みが無理なくできるよう配慮されている。			

Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。		
Ⅲ-3-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	障 47 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
コミュニケーションを図るための工夫として、絵、写真、文字等を活用し、さらに専門職である言語聴覚士のアドバイスを受けながら適切に支援している。個人差があるものの、利用者の言葉がはっきりとしてきたり、ジェスチャーによる意思表示ができるようになる等、一定の成果が見られる。		
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の主体的な活動については、月に1度の自治会活動を職員が側面的に支援しており、利用者の意向を尊重する仕組みができています。利用者それぞれが自分の名前前の付いたマグネットを好みの活動ボードに貼り付け、主体的に活動を選択できる仕組みになっている。		
Ⅲ-3-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が、整備されている。	障 49 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
見守りか一部支援か、又は全支援を要するのを見極め、それを個別支援計画に盛り込んで適切に支援している。可能な限り利用者自身の能力が活かされるよう、側面的な支援体制がある。		
Ⅲ-3-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 50 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
支援の基本的な考え方の中に、エンパワメントについての取り組みが明記されている。毎週末に行われている「自立支援活動」では利用者の希望に沿って、例えば公共交通機関を活用してのプログラムもあり、地域の中でエンパワメントを養っている。		
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 51 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
食事の提供については、「利用者支援マニュアル」の他にもより詳細な個別対応のマニュアルが用意され、職員に周知されて実施されている。		
Ⅲ-3-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 52 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
食事については、法人内の事業所(就労継続支援B型事業)の配食弁当であり、選択肢が少ない状況であるが、嗜好調査、残食調査を行い、その結果を栄養士に伝えることで、できる限り利用者の希望に応えようとしている。また、活動で収穫された野菜を使ったみそ汁等は別途調理・提供しており、常に豊かな食事環境の提供に努めている。		
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
食事の提供時間は、配食された食事ができるだけ温かいうちに食べていただけるような時間に設定されている。しかし、配食弁当であることから、常に適温での提供は難しい。また、利用者同士の相性を考慮して席を決めており、グループや利用者の状況に応じて柔軟に対応できている。組織的にも保健給食委員会等で食に関する見直しがされている。		

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(3)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 54	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	Ⅲ-3-(3)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 57	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
支援マニュアルにおいてプライバシーに配慮した適切な排泄介助が示されるとともに、利用者個々の特性に合わせた細かい支援体制がある。			
	Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント			
トイレは清潔に保たれている。防臭対策が施され不快感はない。夏季は温度の上昇によって利用者の健康が害される恐れがある。今後、冷房設備の導入の検討を期待したい。			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 59	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	Ⅲ-3-(5)-② 衣服の着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 60	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
衣服の着脱については基本的な考え方、具体的な支援方法が支援マニュアルに明示されており、利用者の意向を大事にした支援が行われている。			

Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(6)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 61 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
理容・美容は基本的には各家庭で対応されているが、利用者の要望に応じて整髪を支援している。また、自立支援活動を通してファッション誌の購入等の情報収集を行い、利用者の興味を広げる取り組みとしている。		
Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 63 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 64 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
健康管理についての体制が整備されている。昼食後の歯科衛生士による歯磨き指導は丁寧に行われている。また、歩行等の体を動かす運動を積極的に取り入れて健康増進に努めている。		
Ⅲ-3-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
嘱託医のほか、近隣に協力医療機関も確保されており、不測の事態には迅速な対応ができるようになっている。緊急時のマニュアルも整備されている。		
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
薬の管理は看護師が主に行っている。服薬の変更等があった場合は、その都度必要な書類を提出してもらっている。投薬に際しては飲み終わりを看護師や保健担当が目視し、チェック表により確認している。薬の取り違え等、使用に誤りがあった場合の対応マニュアルを作成中である。		
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-3-(9)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 67 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
自治会の側面的な支援やボランティアの受け入れ、文化活動の講師等、近隣との関係を活かした活動が取り入れられている。近隣との交流が増えることにより余暇活動も幅が広がっている。		

Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の意向や地域交流という狙いも含め、ほぼ毎日利用者の外出する機会がある。外出を希望されない利用者は、事業所内での活動ができるようサポート体制がとられている。		
Ⅲ-3-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 69	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 70	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 71	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
自治会で要望があった備品については、可能な限り事業所が用意している。テレビやラジオの個人所有はないが、複数台あるテレビのチャンネルは利用が重ならないように配慮されている。		
Ⅲ-3-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 72	a ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント		
飲酒は健康上の影響があるということで、活動中は摂取しないことが過去に決められた。それ以降は現時点まで議題に上がることはない。今後も嗜好についての事案があれば、自治会を通して利用者の意向が反映される仕組みがある。飲酒や喫煙を常習とする利用者はいないが、一般的な常識として、飲酒による弊害(アルコール中毒や依存症)やたばこの副流煙による受動喫煙の弊害を学ぶ機会の提供が望まれる。		