

# 第三者評価結果

## <生活介護>

施設名：豊橋にしぐち学園

令和元年度

福祉サービス第三者評価機関  
株式会社 スニックス

## 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

株式会社スニックス

### 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：鈴木隆朗	定員（利用人数）：40名（38名）
所在地：豊橋市高師町字北原1番地103	
TEL：（0532）64-3596	
ホームページ： <a href="http://www.tf-jigyokai.org/nishiguchi/">http://www.tf-jigyokai.org/nishiguchi/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
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： 15名 非常勤職員： 10名
専門職員	(専門職の名称) (名) 看護師： 1名
	社会福祉士： 1名 歯科衛生士： 1名
	介護福祉士： 8名 栄養士： 1名
施設・設備の概要	(居室数) 5室 (設備等) 活動室、訓練・作業室
	事務指導員室、ロッカー室 医務室、会議室、相談室

### 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】

「成人期の障害のある方が望んでいる、個人としての尊厳にふさわしい日常生活、社会生活を地域で送ることができるように支援します」

#### ◆基本方針

##### 【法人】

1. 社会福祉の環境変化や地域の福祉ニーズに対応した、活力ある法人経営
2. 利用者本位の良質な福祉サービスの提供
3. 社会福祉法人の特色、長所を十分に発揮し、健全かつ透明性の高い永続的な経営

##### 【施設】

「自分らしく いつも いきいきと」～あなたをサポート  
・生活全般を見渡した、本人中心の個別支援計画に基づき、地域とのつながりを意識した日中活動支援及び本人の長所、強みを活かして、主体的に活動できるように必要な支援を行って自己実現を図る。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

利用者の意思を丁寧にくみとり、自分のことを自分で決める経験を積み上げるといった意思決定支援を基本とする。

- ①本人の長所や可能性に着目した日常生活支援。
- ②地域とのつながりを意識した日中活動支援。
- ③看護師、歯科衛生士など専門職による保健医療支援。
- ④地域のなかで主体的に活動ができるようになるための社会生活支援。
- ⑤ニーズや自立度に応じて、さまざまな体験や経験を積む自立支援活動。
- ⑥利用者研修を4回、利用者実習を多機能型事業所などで行い、作業習慣及び作業能力を身につける。また、他事業所などの見学も行う。
- ⑦福祉サービス第三者評価を受審、サービスの改善に向けた取り組み。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年5月1日（契約日）～ 令和元年11月18日（評価決定日）  【令和元年9月13日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3回（平成28年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

【組織的に整備された法人運営】  
歴史ある法人として組織運営が確立されており、法人事務局を中心に規程や要綱の整備、各種委員会の設置、研修体制の整備など利用者処遇だけでなく、職員処遇面においても専門性の向上を図りながら、法や制度に準じた先進的な取り組みがされている。また、法人内各施設の連携体制も図られており、横のつながりによる専門性が享受されている。にしぐち学園においても、マニュアルや仕組みが整備され、理念に沿った組織運営に努めている。

【理念・基本方針に基づく支援体制】  
職員一人ひとりが理念・基本方針を具現化するために、常に確認できるよう名札ケースの中に理念や基本方針が記されたカードを携帯している。今年度の重点項目として「利用者への尊重した支援」が挙げられ利用者の意思をくみとり、自分のことを自分で決める経験を積み上げると言った意思決定支援を基本とした組織づくりに取り組まれている。個別支援計画は、本人の意向や家族の要望に基づく到達目標が設定され、その到達目標を達成できるように支援計画が作成されている。

【改善に向けた取り組み】  
「利用者支援マニュアル」は毎年見直され、改善された項目は赤字で表記されるなど職員への周知がわかりやすい形に工夫されている。また、昨年度まではABCなどアルファベットで班分けされていたのを、色にちなんだ名前に変更するなど利用者や家族の目線に立った改善がされている。

【メニューが豊富な支援活動】  
日中活動は、曜日ごとに、歩行などの軽運動、プール、音楽、料理、芸術、外出活動など様々なプログラムがあり、利用者の希望に添えるような活動メニューが用意されている。また、生活機能訓練として、野菜作りや木工製品作りをはじめ利用者の意向に応じた様々な選択肢があり、さらにコンビニ等へ出かけお金の支払いまでを経験するなど、日常生活に必要な自立に向けた支援活動もある。

◇改善が求められる点

【年齢に応じたプログラムの検討】  
築30年近い建物については、中長期計画等で整備が予定されているが、併せて長年通所されている利用者の年齢や身体状況に即した支援プログラムや日課等についてもさらなる検討により、ハード・ソフトの両面について整備され、生活介護事業所の充実に努められたい。

【福祉サービスの共通認識の検討】  
標準的な福祉サービスの実施方法はマニュアルに記載されており、採用時や異動時の研修で職員に周知を図り、確認はチェックシートで行っているが、職員間での認識度には温度差がみられる。今後は、共通認識に向けた検討をされ、利用者支援の質の向上に期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

本園の利用者支援に対する評価の高い点（強み）を再認識できたことはとても良かったと思います。また、新たな課題点も明確になりましたので、改善に向けての取り組みを行い、今後の利用者支援に十分に活かしていきたいと思っております。引き続き、本園のサービス、利用者本位の支援、地域福祉の向上のため、職員一同努力してまいります。

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（65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＞ 理念、基本方針は職員の行動規範となり、事務所内や、広報媒体(パンフレット、ホームページ等)に記載されており、「運営のしおり」にて明文化されている。職員には年度初めの職員会議にて周知を図り、継続的な取り組みとして職員一人ひとりが名札のケースに理念・基本方針が記されたカードを携帯している。利用者の特性上、理念等の理解が困難な事例も見られるが、絵と写真を入れたパンフレットを使い丁寧に説明されている。		

##### 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	①・b・c
＜コメント＞ 法人、市の障害福祉課との連携が図られ、経営環境の把握・分析に取り組んでいる。また、事業所として定期的に利用者の入所、退所人数から平均利用率を把握して、入所経緯、退所経緯、在籍期間、年齢別、障害支援区分ごとの比率統計を分析し収支を把握するなどして経営環境の変化にも対応している。		
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＞ 職員との個別面談やアンケートを実施し、ボトムアップで経営課題を抽出してサービス向上委員会と共に改善に取り組み、年度初めの職員会議で単年度計画、運営のしおりを配布して職員に周知している。また、事業計画の重点施策として、高齢化、重度化する利用者への支援の取り組みを具現化するためエレベーター設置などの計画が進められている。		

##### 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＞ 理念、基本方針を具現化するため、法人としての施設整備等をベースにした令和26年度までの長期計画と、事業所としての令和5年までの中期計画が策定されている。事業所の中・長期計画には、事業活動費、施設整備費、人員配置等が収支計画と共に策定されている。今後は、ソフト面である人材育成や利用者の高齢化に向けた支援体制も検討され、計画に反映させられることを望みたい。		
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	①・b・c
＜コメント＞ 中・長期計画の内容を反映した単年度計画が策定されており、事業の概要となる「事業計画書」と計画の詳細が記された「運営のしおり」の二つが策定されている。「運営のしおり」には単年度における具体的な取り組みや支援方法、その年度の新たな取り組み、行事などが記載されており、新任職員や異動職員の説明にも使用され詳しい内容となっている。		
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、職員の個別面談、アンケートの実施により把握され運営会議で策定されている。職員への周知は年度初めに書面にて配布し説明をしている。ただ、どこまでが具現化されたかの中間での見直しが不十分であるため、今後は、中間での評価を書面化して単年度計画目標がどこまで達成したのか数値化するなどして、次年度の事業計画に反映することにも期待したい。		

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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  保護者や利用者への事業計画の周知は、保護者会等の場で説明をし、事業所内の掲示板にて周知を図っている。近年、保護者会への出席率が悪いこともあり、出席されない方には個別面談にて説明を行うようにしている。今後の課題として、言葉による意思疎通が難しい利用者が全体の半数以上見受けられるため、保護者を通しての説明や利用者の理解、判断能力に合わせた工夫が望まれる。</p>		

#### 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
<p>&lt;コメント&gt;  事業所は三年毎に第三者評価を受審して、毎年、全職員による自己評価に取り組んでいる。また、サービス向上委員会は第三者評価結果を分析し、課題等を検討し、利用者へのサービスの提供状況把握に努めている。虐待防止リスクマネジメント委員会は虐待防止に取り組み、ヒヤリハット事例を検証し、リスクマネジメントとしてアクシデント、インシデントの原因の分析をして検証を行うなど組織としての体制が整備されている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;  サービス向上委員会が第三者評価結果を分析し、それに基づく課題作成までを担っているが、全項目での改善に向けた取り組み、振り返りまでは至っていない。今後は、改善に向けた取り組みに対してのチェックシートを作成するなど、改善がどこまで進んだのか段階的に解決へ向かう取り組みに努められたい。</p>		

## 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>&lt;コメント&gt;  管理者は「運営のしおり」に自らの役割と責任を含む職務分掌を明文化している。また、年度初めの職員会議で職員に表明し周知を図っている。有事(災害、事故等)における役割と責任については、地震防災規程に細かく記載されており、管理者不在時の権限委任等を含め明確化されている。</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>&lt;コメント&gt;  法人として、法令遵守についての基本方針が策定されており、施設長は、遵守すべき法令等を十分に理解し職員への周知に努めている。また、法人事務局より様々な法令に関する情報が事業所に発信されており、法人全体での情報の共有化が図られている。さらに、年度途中での法令変更時には職員会議等で周知を図っている。</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>&lt;コメント&gt;  管理者は、定められた評価基準にもとづいて年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。また、定期的に利用者、保護者、職員へのアンケートを行い、課題を把握して改善へと取り組んでいる。事業所にはサービス向上委員会と虐待防止リスクマネジメント委員会があり、管理者は積極的に会議に参画し助言に努めている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、職員との個別面談と利用者、保護者アンケートから、業務改善、人員配置等の課題を抽出し、働きやすい環境整備に取り組んでいる。また、利用者の月別の平均利用率、年齢別、障害支援区分等を分析し、利用者に対しての環境改善にも取り組んでいる。今後は、組織として同様の意識を形成するためにも、職員間で認識を共有・協同した体制構築に努められたい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部により、正規職員、専門職員などの新卒者採用の人事管理体制が整備されており、事業所では、非正規職員採用の人事体制が整備されている。また、中・長期計画に事業所として必要な人員体制等も数値化しており、法人内での職員異動もあり、人材の確保・育成が行われている。さらに、職員アンケートを行いワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境にも努めている。</p>		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事管理に関する仕組みは法人で策定されており、詳細は「人事制度運用の手引き」に明文化され職員に周知されている。また、等級や役職ごとに法人として期待される役割が明記され、総合的な人事考課の仕組みが定まっている。年度後半には、自己申告にもとづいた職員の意向も把握され、法人として総合的な人事管理が行われている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員が年に一回の自己申告を通して意見や異動希望等を申告できる体制が整備されており、管理者は、職員との個別面談、職員アンケートを行い意向・把握に努め、有給休暇消化率の把握・分析等も実施している。また、法人としてセクハラ・パワハラ委員会が設けられており、施設外での相談窓口も整備されている。ただ、有給休暇取得の状況に関しては個人差があり、組織としての対応が十分とは言えない点も見られるため、今後も、ワーク・ライフ・バランスに配慮した体制や環境の整備に期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「人事制度運用の手引き」に職階層、等級、役職別に「期待する職員像」が明確にされている。また、職員一人ひとりに目標管理シートが策定されており、年度初めに管理者が職員との個別面談時に目標の確認・調整を行い、翌年一月に結果報告を踏まえ目標達成についての確認がされている。今後は、中間での達成度の振り返りを行い、進捗状況の確認や助言等の機会についても検討されたい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されており、職員の実務経験や経験年数を考慮した計画となっており、研修後は、内容の報告等の復命が行われている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修リストにもとづき、階層別研修や専門分野研修、テーマ別研修が充実しており、非常勤職員にもテーマ別の園内研修が確保されている。他方で、利用者の支援について職員一人ひとりの取り組みの違いも見られるため、職員の経験や習熟度に配慮したOJTの充実にも期待したい。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の研修・育成に関する基本姿勢が明文化されており、マニュアルも整備されている。実習生に合わせたプログラムが用意され、実習指導者についてのマニュアルも策定されている。今後は、実習指導者研修の充実を図り、実習生の受け入れを通して職員の資質の向上にも繋げることに期待したい。</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	㉒ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人広報誌や事業所だより等で、様々な情報公開を行っている。ホームページには、法人や事業所の事業内容や理念・基本方針、提供するサービスの内容、事業計画・実績、決算等の情報や苦情、第三者評価受審結果等が公表されている。</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	㉓ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で定められている経理規程に基づいて事務、経理、取引を行っており、定期的に内部監査、外部監査、実地指導を行い、公正かつ透明性の高い適切な経営・運営に努めている。市の実地指導時の指摘事項に対しても、速やかな改善が図られている。また、これらを職員会議等を通じて職員に周知している。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の中に地域との関わりが明文化され、職員へ周知されている。また、法人内の各事業所が持っている機能・資源を活用し連携を図り、年1回法人主催の「福祉まつり」を開催し、地域との交流を深める取り組みを行っている。事業所としても、地域に出向き田植え、稲刈り、筍掘り等の活動に参加する取り組みを行っている。今後は、利用者がより積極的に参加したくなるようなイベントや地域の情報を収集し、事業所内に掲示したりするなど情報提供の工夫に期待したい。</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	㉕ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアの受入れは、マニュアルを策定し、窓口担当者を配置して対応する体制が確立している。オリエンテーションでは、利用者への配慮や障害に対する先入観を持たない形ということを心掛けた説明を行い、障害特性によるかかわり方、留意点を伝えている。また、ボランティアに対して次に繋げていくためのアンケートも実施し評価、検証が行われている。</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	a ・ ㉖ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談支援事業所と定期的に情報共有や困難事例の検討、解決に向けての情報交換が行われている。個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストを作成し、事務所やフロアでの掲示等により、職員・利用者間で情報を共有化し、地域のネットワークを有効活用することが望まれる。</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 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 ・ ㉗ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。事業所としては行事等において地域住民との交流を図っている。今後は、地域経済や生活環境の変化に伴う福祉ニーズを把握し、事業所が有する専門性を活かした更なる積極的な取り組みが望まれる。</p>		

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	㉖ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の公益的取組検討委員会が様々な事業を計画しており、近隣公園の清掃活動、移動動物園、子育て相談などの活動を行い地域コミュニティの活性化に貢献している。事業所フェアにも参加し、施設についての積極的なアピールなどにも取り組んでいる。また、BCP計画において被災時の福祉的な支援を必要とする人々、住民の安全のための支援や体制も整備されている。</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	a ・ ㉗ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供について、基本姿勢を理念・基本方針や運営基本方針に明示している。職員は、理念が明記されたカードを携帯し、周知徹底を図っている。定期的ではないがチェックリストの自己点検を導入し、利用者の基本的人権の配慮についての取り組みを始めた。今後は、状況把握、評価、マニュアルの更新に結びつく更なる取り組みにも期待したい。</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	a ・ ㉗ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護についてマニュアルが整備され、事業所内の委員会で年に一度見直しを行っている。利用者が安定できる空間として、医務室や空き部屋にスペースが確保されている。更衣室内にはシャワー設備も完備されているが、利用者のプライバシーに対する配慮は十分とは言えないため、設備面を含めた更なる工夫・検討が望まれる。</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	㉖ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>見学や体験等の要望にも希望に応じた日程を組み、積極的に対応している。また、福祉サービス選択に必要な情報はパンフレットやホームページで積極的に提供されており、パンフレットは、障害のある利用者にも配慮された資料となっている。新たにQRコードを入れるなど、適宜見直しも行われている。</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	㉖ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの開始にあたって、契約内容や重要事項説明書等は、利用者が見やすいようにルビを振ると共に、分かりやすい言葉遣いにするなど利用者の自己決定を尊重している。障害が重度化している中、資料やイラストを提示しながら同意が得られるような工夫もされている。</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	㉖ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が退所の際には、利用者・保護者だけでなく相談支援専門員と連携を密に取っている。サービス終了後の相談窓口は園長・副園長が担い、利用者・家族等に対してその後の相談方法や担当者について資料を基に説明する仕組みが整っており、積極的にアフターケア、フォローアップに努めている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足度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	㉖ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所として利用者満足度調査や、半期ごとの利用者・保護者個別面接を行っている。利用者自治会では嗜好調査を中心に満足度調査が行われており、意見を集めサービス向上委員会を中心に、改善に向けての取り組みが行われている。意思疎通が難しい利用者についてはコミュニケーション支援を行いながら、利用者のニーズを十分汲み取るようにしている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の受付担当者・解決責任者・第三者委員が明示され、苦情解決の体制は整備しており、利用者・家族等には重要事項説明書で説明している。苦情があった場合は法人のホームページに公開し、保護者にフィードバックしている。家庭からの問い合わせに関しても、苦情に限らず意見・要望・提案・相談などあらゆる要素が含まれるため、丁寧に意見を聞き、要望や改善案など会議を通して職員間で情報共有をしている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「相談事や意向はいつでも受け付けている」旨を、利用者にわかりやすいように写真やイラスト、ルビをふった案内文章を用意し説明している。日常的な言葉かけも積極的に行われている。自治会は、選挙を行ったうえで役員を決め、利用者が主体となるようにし、意見要望に対応している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者・家族等から寄せられた相談や意見は、可能な限り早期解決に努めている。送迎時の保護者とのコミュニケーションや意思疎通の困難な利用者については、連絡帳、電話等で家族からの意見要望を聞き取り、改善案を保護者にフィードバックしている。マニュアルはサービス向上委員会において定期的な見直しが行われている。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としてサービス向上委員会を設置している。事業所の取り組みとして虐待防止リスクマネジメント委員会を月に2回開催し、インシデント・アクシデント・ヒヤリハットのまとめ、原因分析を行い、園内研修のテーマにも取り上げるなど、職員への周知徹底を図っている。原因分析後の再発防止策の検討などにも力を入れ、支援に活用していく体制づくりに期待したい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症に対応するためのマニュアルを整備し、看護師による職員への周知もなされている。感染症予防対策として、日々の手洗いの大切さ等を、DVDや職員による寸劇等で利用者にもわかりやすい形で啓発している。また、感染症に対応する消毒液の使用により昨年度はインフルエンザ等の発生も少なく、感染症予防が適切に行われている。</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行っている。	障39	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、様々な災害を想定し防災避難訓練を行っている。また、年に1回消防署の立会いのもと、法人内の全職員・全利用者を対象にした総合防災訓練を実施しており、一斉メール配信で情報の発信や引き取り訓練も行っている。防災計画整備については、災害種類や状況も変化してきているため、より実践に備えた訓練及び計画の策定、また、地元の行政、地域を巻き込んだ訓練にも広げていくことが望まれる。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な福祉サービスの実施方法については、利用者の尊重やプライバシー保護も含めてマニュアルに記載され、採用時や異動時の研修で職員に周知されている。確認はチェックシートで行っているが、職員間での認識度には温度差がある。今後は、温度差が生じないように「職員会」や「ケース会議」等で話し合わせ共通認識について確認されることが望まれる。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者支援マニュアルは毎年見直しを行っており、変更部分を赤字にするなど見やすいマニュアルとなっている。今後は、利用者支援マニュアルの見直しの際には、職員が支援に対して共通意識が持っているかどうかも考慮し検討されることが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は、アセスメントに基づき各担当職員、サービス管理責任者が利用者・家族と面談で現況と今後の支援について意向を確認し、検討した上で、看護師、歯科衛生士などの専門職も交え、個別支援計画策定会議で策定している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>6か月に一度、個別支援計画の見直しを実施している。見直しの方法は、個別支援計画に基づく6か月間の様子を担当職員が記録から振り返り、個別支援計画の中間評価として実施している。利用者や家族の意向は見直しのタイミングで再度確認し、心身の状況の変化や意向等により個別支援計画の見直しが必要であれば中間評価時に変更し、説明と同意を得ている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者への福祉サービス実施状況は所定の様式に記録され、記録内容や書き方に差異が生じないよう、主任、副園長、園長が確認し、書き方についても統一している。また、ケース会議、個別支援計画会議等で職員間での情報共有がなされ、ネットワークシステムを活用した記録管理、情報共有も行われている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報保護」と「情報開示」について具体的な行動マニュアルが策定されており、その内容も十分なものとなっている。利用者や家族への周知については「重要事項説明書」を用いて入所時に説明されており、個人情報が必要な場合においては、その都度利用者、保護者の同意を得ている。また、職員への周知は、年度初めの職員会議で「利用者支援マニュアル」を用いて説明し、個人情報の扱いの大切さを伝えている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の活動や行事については、運動から芸術、体験行事まで幅広い選択肢が用意されている。利用者の多くが重度の障害のため、コミュニケーションが取りづらく「自己決定」が行えない中でも、可能な限り選択できるように写真や絵を多数活用し、動画も取り入れるなどして、利用者の「自己選択」を尊重した取り組みを大切にしている。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の権利侵害や虐待防止については、利用者研修を通じて伝える機会が設けられており、アンケートを通して早期発見と防止に努めている。また、虐待リスクマネジメント委員会がアクシデント・インシデントの原因を分析して、全職員への周知、振り返りを行い再発防止に努めている。</p>		

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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常のあらゆる場面で、利用者の意思を丁寧に汲み取り、自分の事を自分で決める経験を積み上げるといった「意思決定支援」に全職員で取り組んでいる。例えば、着脱衣の支援では、利用者が自分で服のボタンをかけることができるように、さらには着る楽しみを享受できるように、時間をかけた丁寧な支援を心がけている。今後は、職員間で共通した支援ができていないかチェックする機会も検討されたい。</p>			
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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のコミュニケーション能力を少しでも高めるために、個別に機器の活用や技法を変えて、本人の「伝えたい」に応える工夫を施設全体で行う姿勢が見られる。時間的な制約はあるかと思われるが、コミュニケーションが十分でない利用者に対しては、別途コミュニケーション機会を設けるなどの個別的な配慮が望まれる。</p>			
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意思を尊重することができるよう、日々の支援の中で個々の意見が聞けるような取り組みをしており、支援マニュアルにも詳細に明記されている。また、利用者研修を通して、選択・決定と理解のための情報提供や説明が適切に行われている。相談内容によっては相談支援事業所や専門職との連携体制も整備されている。</p>			
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>選択できる日中活動は、曜日ごとに、軽運動（歩行）、プール、音楽、料理、芸術、外出活動など様々なプログラムが用意され、できる限り利用者の希望に添えるよう提供されている。また、スポーツフェスタ、田植え、筍掘り、作品展、芋掘り、稲刈り、福祉まつりなどの行事も用意され、一年を通して地域の一員としての実感がもてるように努めている。さらに、自治会（利用者）の意向が反映される仕組みも整備され、利用者の声を大事にしている。</p>			
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障害特性に応じた支援マニュアルが整備され、対応時の留意点が記載されており、新任職員に対しても分かり易い内容となっている。また、外部研修では専門知識の習得に努め、園内研修においてコミュニケーション方法等のスーパーバイズを行い、非常勤職員も参加するなど支援の質の向上に努めている。</p>			
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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事に関しては、外注弁当ではあるが、利用者で構成される自治会の意見を反映させ、嗜好調査やアンケートなどを基に複数の業者に発注するなどの取り組みがされている。介助については利用者一人ひとりの状況に合わせて、食材の大きさや保温状態などに配慮した上で個別に応じた支援に努めている。排泄や移動に関する支援についても、個々の自立に向けた支援を基本にしている。今後は、全職員が支援計画に基づいた支援を行っているのか、定期的なチェック体制について検討されたい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>限られた空間の中でも、利用者が休みたい時に休むことができるようにベッドを配置するなどのスペースが確保されている。また、利用者が心身不安定な状態に陥った時などは、個別で対応できるように個室を設けるなどの配慮も見られる。トイレに関しては清掃は実施されているが、臭いが気になるため消臭対策、防臭対策を施され快適な空間になるよう検討されたい。</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	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内施設の理学療法士等の専門職とは常に連絡が取れる体制があり、必要に応じてアドバイスが受けられるため、機能訓練的な要素をや日々の生活訓練に活かすことができおり、定期的な見直しも行われている。残存機能の維持・向上には継続が不可欠なため、施設や家庭内でも行える日常生活動作での簡単なメニューをさらに増やし、日々の生活や支援の中で取り入れられることに期待したい。</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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>その日の利用者の健康状態については、送迎時での会話や連絡帳を使い、保護者と職員間で情報伝達が行われている。また、定期的な嘱託医の健康相談や健康診断も実施されており、利用者の健康管理に配慮がなされ、体調変化時の対応については看護師が対応し支援マニュアルも整備されている。日頃より、利用者の健康状態を常に把握するように努めている。</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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療関係機関や看護師等の専門職との連携により、安全な管理体制のもとで適切な支援が行われている。服薬に関しても、依頼書の整備がされており、安全な服薬支援を行う体制にある。また、食後に歯科衛生士による口腔ケア指導が実施され、法人の医療委員会による研修と園内研修の取り組みが整備されている。</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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的な一日外出や体験行事(田植え、筍掘り、芋掘り、柿狩り、稲刈り)を大切な社会参加の機会と捉え、また、クラブ活動(創作、絵画、料理、音楽クラブ、芸術クラブ等)を学習の機会と捉えている。利用者の希望や意向を尊重し、家族の意向も踏まえ、無理のないペースでの参加を大切にしている。</p>				
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援				
A-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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域生活移行を希望する利用者には説明会を開き、法人内のグループホームの見学や体験ができるような取り組みを実施している。また、保護者会を利用して、将来を見据えた支援を行うための勉強会や講演会を行い、後日、アンケートを実施して、グループホーム等の地域生活や新規事業所の情報提供に努めている。</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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>保護者会を年6回開催し、事業所の現状等を知らせるとともに、家族からの要望等を把握している。また、連絡帳を活用して利用者の家庭での様子と施設での様子をやり取りし、家族と情報の共有に努めている。体調不良時の保護者への連絡体制は、支援マニュアルに記載され適切な対応が取られている。些細なことでも利用者の様子を家族に伝える体制が整っていることもあり、利用者はもちろん家族との関係も良好である。</p>				
A-3 発達支援		第三者評価結果		
A-3-(1) 発達支援				
A-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</p>				

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	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			
	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
<コメント> 非該当			
	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
<コメント> 非該当			