

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28年10月27日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：レインボーはうす	種別：生活介護、就労移行支援、 就労継続支援B型	
代表者氏名：長坂 宏	定員（利用人数）：40名	
所在地：愛知県新城市矢部字本並48番地		
TEL：0536-24-1313		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成16年10月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 新城福祉会		
職員数	常勤職員：50名	
専門職員	（管理者）1名	（サービス管理責任者）2名
	（生活支援員）27名	（職業指導員）3名
	（就労支援員）4名	（事務員）4名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等） 食堂 厨房 医務室
		休養室 洗面所 便所 更衣室
		相談室 事務所 会議室
		浴室（介護用入浴リフト）

③理念・基本方針

<p>法人理念 【ともに働き、ともに学び、ともに生きる】</p> <p>施設・事業所理念 ○「他人を思いやり、お互いを支え、助け合おう」とする互助精神を基本とします。 ○共に生きるという共生理念に立って、地域においてさまざまな形で福祉を支えあう文化の形成に貢献します。 ○ハンディキャップのある人もない人も平等かつ普通に生活できる社会（ノーマライゼーション）の実現を目指します。 ○利用者の自己決定、自己実現を尊重した自立支援、生活支援、社会参加を基本とします。 ○利用者、職員、保護者、地域の人々と協働、連携した法人の運営に努めます。</p>
--

基本方針

- ①中長期計画に基づき日中活動における西部福祉会館との機能分化を意識して、レインボーはうすの役割(生活介護、就労移行、就労継続支援B型)をより明確にして行く。
- ②12年が経過したレインボーはうすの建物、設備、備品の維持管理に努める。
- ③専用ソフトを活用し、フェイスシート、アセスメントシートのデータ化を進め、個人記録の更新と安全な保存管理等を実施する。
- ④生活介護において所得保障を意識した仕事開拓を行い、生産活動を活発にする。
- ⑤困難ケースに対しては事例検討会と個別支援会議を併用して対応していく。
- ⑥サービス等利用計画に基づく新規利用者並びに大幅な計画変更のある利用者の個別支援計画作成に当たっては個別支援会議を開催する。定期的なモニタリングと見直しを行い、利用者本人並びに保護者・後見人等の同意を取る。
- ⑦サービス管理責任者会議を中心に(福)新城福祉会中長期計画の進捗状況の管理、計画の見直しを行う。なお、サービス管理責任者会議は月1回定例化。
- ⑧業務分担表に基づき、日常業務を遂行する。また、新しく職員が入った場合は更新する。
- ⑨法人としてジョブコーチ2名体制を堅持することに協力し、東三河北部障害者就業・生活支援センターウィル並びに外部の関連機関と連携する。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①就労移行支援事業(東三河北部障害者就業・生活支援センター、ジョブコーチと連携)における障害者雇用の促進と定着支援。
- ②新たな日中活動の場である西部福祉会館と連携、協力して生活介護事業にて医療ケアを必要とされる重度心身障害者の受け入れと日常生活の支援。
- ③就労継続支援事業B型における目標工賃達成指導員の配置と高工賃の確保。H27年度実績としては時給274円で愛知県の最低賃金の3分の1をクリア。
- ④就労継続支援事業B型に1名の第1号ジョブコーチを配置。
- ⑤新城市地域自立支援協議会定例会並びに日中活動部会への参画。
- ⑥相談支援事業をはじめ、共同生活援助、居宅介護事業等、他の地域生活支援事業との連携。
- ⑦新城市商工会の会員としてレインボーのお菓子やさんで地域の活性化、産業振興に貢献。
- ⑧障害者優先調達法を活用した新城市からの役務(こども園、市民病院からの清掃作業等)の受注。
- ⑨地域ニーズに基づく日中活動系社会資源の創出(新たな施設外就労先の開拓)。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 6月22日(契約日) ~ 平成29年 2月 7日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3回 (平成25年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆継続した地域貢献活動「市民福祉フォーラム」

地域の障害者理解や地域福祉の啓発・増進を目的として開催される「市民福祉フォーラム」が、今年度の開催で10回目を迎えた。当該法人が主催し、市の共催、市の教育委員会や社会福祉協議会、民生委員児童委員連絡協議会等々の後援を得ての開催である。1部では、福祉関係の著名人を基調講演の講師に迎え、2部では、多彩なパネリストを揃えてのシンポジウムが開かれる。定員400名の会場は熱気に包まれ、地域の社会福祉は一段と深みを増している。継続した活動ゆえに、地域への貢献度は計り知れない。

◆「働きやすい職場」の実現

法人挙げての「働きやすい職場づくり」が成果として現れており、安定した職員雇用が継続している。産休・育休の制度を利用して女性職員は職場復帰を果たし、介護休暇や介護休業の制度を利用した介護(家庭)と仕事(職場)の両立も図られている。結婚記念日や誕生日に自由に休める「記念日休暇」の制度もある。職員の異動を伴う事業拡大(新規事業)も、職員の安定雇用があって成り立っている。

◆万全な感染症対策

感染症の予防と発生時の対応マニュアルが整備されており、マニュアルに従った感染症の予防策が適切に講じられ、発生した場合には適切な対応が取られている。感染症が流行する時期にマニュアルを配布して研修を行っており、職員・利用者への周知徹底が図られている。

◇改善を求められる点

◆サービスの質の向上を測る“指標”を

サービスの質の向上＝利用者の満足度の上昇と置き換えて考えると、利用者の満足度調査を継続して実施することによって事業所のサービスの質の向上、下降が客観的に見えてくる。現在、利用者の満足度調査は実施されていないが、その方法や内容を検討し、継続して追い求める“指標”を定めて実効性のある満足度調査を実施すれば、福祉サービスの質の向上につなげていくことが可能となる。

◆喫煙場所の再検討と利用者への指導

現在、喫煙場所は「玄関先」と定められている。職員や利用者の喫煙場所について、一般的には施設外とすることが求められており、適切な喫煙場所に変更する必要がある。また、喫煙による健康被害や副流煙による受動喫煙の弊害等の指導も併せて行うことが望まれる。事業所に於いては飲酒の機会はないものの、アルコール中毒や依存症についての注意喚起も実施されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この間PDCAサイクルを強く意識しながら実践を進めている当事業所としては、第三者評価を受けることによって、できていることへの評価、励ましと改善すべき点への気づきをもたらるので、とても有益である。今回は苦情解決のための体制は整備できているものの、苦情の解決結果がホームページ等で公表されていないという指摘があった。これは当事業所だけでなく法人全体で取り組むべきとても重要な課題として受け止め、平成28年度分の解決結果公表へ向けてホームページの更新に取り組むこととした。並びに利用者満足度調査に関しては(株)中部評価センター様が実施した利用者(家族)アンケート等を参考に、その方法と内容を検討して平成29年度よりまずは取り組むという年度計画を立てることとする。また、喫煙場所の改善提案については健康増進法並びに愛知県の受動喫煙防止対策事業について新城保健所より説明を受け、喫煙される利用者さんへの健康講話等を予定すると同時に、喫煙者(利用者)の権利擁護と火元管理の視点から一足飛びに敷地内禁煙まで行けないので、まずは出入り口(玄関)から7m離して喫煙場所を設置する(日本禁煙学会の推奨基準)方向で改善提案を受け止めて行きたい。

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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針は、パンフレットや事業計画書等に記載されている。意思疎通に制限のある利用者に対し、全員の周知・理解は難しいが、一人でも多くの利用者の周知・理解を求めるためのツールの作成を望みたい。			

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			
管理者が市や地域(東三河地区)の関係団体の要職に在り、豊富な情報取得によって適切な事業運営につなげている。市との連携も強固であり、協働してのフォーラム開催が定着している。			
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
評価機関のコメント			
大きな経営課題として、「慢性的な定員超過」、「工賃の保障と仕事の確保」、「職人的業務の伝承、ノウハウの蓄積」を挙げ、組織全体で取り組んでいる。市の指定管理者制度によって業務委託を受けた「西部福祉会館」の開設により、改善の方向に向かっている部分も多い。			

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			
経営コンサルの力を借り「新城福祉会 中・長期計画」が策定されている。中期3年、長期10年のビジョンが示され、3年ごとの見直しによって、現在は平成28年度～37年度の長期計画が動いている。資金計画についても可能な限り盛り込まれている。			

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			
中・長期計画に基づいた単年度の事業計画を策定している。事業所全体の「重点目標」と「継続的目標」とに分けて取り組み、「事務経理」、「生活介護事業」、「就労継続支援B型事業」、「就労移行支援事業」等の部門別に実行計画を作成している。実行計画の多くに数値目標を掲げ、職員に対しては責任性を、利用者に対しては就業意欲の醸成を図っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の策定にあたっては、前年度の評価・分析の結果に基づき、各部門の中のそれぞれのグループが実行計画を作り、それを集約して全体の事業計画にまとめ上げている。実行計画の作成には、正規職員だけでなく非正規職員も加わっており、事業計画の周知は事業所全体に行きわたっている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者も参加する「家族会総会」で事業計画を説明している。利用者用には分かりやすい言葉に作り替え、ルビをふった資料を配布する等の合理的配慮も見られる。			

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
評価機関のコメント			
定期的に第三者評価を受審し、サービスの質の向上を確認する機会としている。しかし、利用者や家族の満足度を調査する取り組みがない。サービスの質の向上(利用者・家族の満足度の上昇)を測る指標を定め、定常的な満足度調査を実施することが望まれる。			
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
評価機関のコメント			
前回の第三者評価受審で得た気づきや課題の多くが改善の方向で対処されていた。しかし、改善内容や責任者(担当者)、改善期限等の改善計画を立てて取り組む等の対応はなく、組織的な取り組みとはなっていなかった。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は法人の中核を担う存在として自らの役割と責任を自覚している。しかし、職務権限や職務分掌に関する規程の整備が遅れ、組織全体の意識として、「果たすべき役割・責任」と、それを実現させるために「与えられた権限」が一体のものとして考えられていない。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の権利擁護に関する研修に重きを置き、発達障害のある利用者への適切な支援のための研修を年間4回実施した。今年度より施行された「障害者差別解消法」に関しては、市と連携して開催したフォーラムの中では取り上げたものの、法人及び事業所としての研修の実施はない。研修や会議等を通して、改めて利用者に対する「合理的配慮とは何か」を、職員に問う機会としてほしい。</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
評価機関のコメント			
<p>サービスの質の向上には職員の資質向上が必須であるとの思いがあり、職員研修の充実を図り、加えて様々な事例検討を行い、柔軟で対応力のある現場に強い職員の育成を図っている。訪問調査当日、主要な職員の一人が急遽の介護休業に入っていたが、第三者評価の受審については何らの問題はなく、職員の層の厚さや質の高さを感じ取ることが出来た。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>顧問契約のある会計士や社会保険労務士等、専門家の力を借り、事業経営への適切なアドバイスをもらっている。管理者は、法人の主要なメンバーで構成する経営会議の中心的な存在であり、会議における人事、労務、財務面等の検討の成果として「職員の安定的な雇用」を実現させている。</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
評価機関のコメント			
<p>法人の中・長期計画の中に人事計画が盛り込まれており、それを踏まえた研修計画が作成されている。非正規職員の中から優秀な職員を正規職員へ登用する制度(正規職員登用選考会)を設け、効果的な職員配置につなげている。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人としての人事考課制度やキャリアパスの構築がなく、体系的な人事管理体制の一角が欠如している。職員自らが、自身の将来の姿を想定し、高いモチベーションを持って職務に就ける体制の構築が待たれる。</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
評価機関のコメント		
働きやすい職場づくりが進み、職員の安定的な雇用が実現している。平成27年に市の指定管理者制度で「西部福祉会館」の業務を受託したが、当該事業所からの5名の職員異動は円滑に行われ、業務に支障をきたすことはなかった。産前産後休暇、育児休暇、介護休暇、介護休業の制度利用があり、記念日休暇(特別休暇)の制度も有効に使われている。		
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		
法人主導の研修体制は整っているが、人事考課制度を持たないことから、職員個々の教育ニーズを把握することが出来ていない。職員の育成を狙った目標管理や個別面談も制度化されていない。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
研修委員会があり、法人レベルの階層別研修計画を作成している。計画に沿って研修が実施され、受講後には「研修受講後の所感」の提出を求めている。職員に対する研修の効果測定の様子が未構築であり、課題として残っている。		
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		
研修委員会が主導する階層別研修として、新人職員研修、新人職員実践研修、初級研修、中級研修、常勤職員研修、法人職員全体研修等のラインナップを揃えている。研修の課題としては、就業継続B型事業に携わる職員に対する専門的な(職人的な)技能や知識を如何に伝承していくかである。		
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
社会福祉士を目指す実習生の受け入れはなく、地域の高校の介護実習を受け入れている。実習生の受け入れに関するマニュアルは作成されているが、実習生受け入れの意義や目的が明文化されておらず、実習終了後の効果の検証のプロセスにおいて、的確なポイントを絞ることが出来ない状態である。		

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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
法人のホームページを使い、事業内容や事業計画、事業報告、財務諸表等を公表している。併せて第三者評価を定期的に受審し、事業運営の透明性の担保としている。課題は、苦情等の内容の公表の仕組み作り。「社会福祉法」の改正により、社会福祉法人の事業運営の透明性の確保が、より一層色濃くなってきた。関連する規程やマニュアルを見直し、その中に苦情情報等の公表の仕組みや手順を盛り込み、ホームページ等を利用した積極的な情報開示を期待したい。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人監事による監事監査や行政監査にとどまらず、顧問契約する会計士や社会保険労務士によるチェックも受けている。法人の事業規模的には「社会福祉法」が求める外部監査の義務の対象から外れるが、任意受審に向けての積極的な姿勢が求められる。			

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			
市と連携して毎年「市民福祉フォーラム」を開催し、地域の障害者理解や社会福祉の増進に積極的に取り組んでいる。物品販売を目的とする軽トラックが約50台集結する「軽トラ市」に参加し、「お菓子屋さん」を出店する等、地域行事にも積極的に加わっている。恒例となった地域の小学校との交流活動も継続して実施されている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティア受け入れのマニュアルがあり、その手順に沿って様々なボランティアの訪問を受け入れている。「ボラ予定表」を使って管理しており、ボランティアの活動状況は「事業日誌」に記録されている。受け入れのマニュアルに意義や目的の記載がなく、適切な評価が実施されていない。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
関係機関との良好な関係が構築されていることもあってか、必要な社会資源のリスタップが行われていなかった。職員個々が把握している関係機関や諸団体等を精査し、事業所としての必要な社会資源を明確・明文化することを望みたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
市との連携による「市民福祉フォーラム」を主催し、地域の社会福祉の増進に寄与している。法人として、市の指定管理者制度による「西部福祉会館」の事業運営を受託し、基幹相談支援事業所を開設している。市からは福祉避難所の指定を受けているが、大規模災害の発生時に、受け入れるべき対象者の要件や対象となるニーズ(受入れ人数等)が把握されていない。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
市内に唯一の社会福祉法人という立ち位置にあり、市の福祉政策を主体的に受け入れている。既に基幹相談支援事業や西部福祉会館の運営、短期入所事業、市の地域活動支援事業や日中一時支援事業等については実施済みであり、緊急時の一時受け入れやグループホームの増設、放課後等デイサービス事業等も検討段階であり、中・長期計画に盛り込まれているものもある。			

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			
理念や基本方針の中に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示しており、職員が理解して取り組んでいる。利用者の尊重や基本的人権への配慮に関する各種の規程を整備しており、職員の教育・研修を行う等の必要な対応が図られている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護ため、「職員行動規範」、「就業規則」、「個人情報保護規程」、「権利擁護規程」等の規程を整備し、権利擁護委員会を開催する等で虐待防止に取り組んでいる。さらに、プライバシー保護や虐待防止に関するマニュアルを整備し、職員の理解を得るようにすることが望まれる。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者が事業所の特性を把握できるよう、様々なツールを利用して必要な情報を提供している。より幅広い分野で情報提供をするため、公共施設にパンフレットを置く等を検討することが望まれる。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始・変更にあたっては、利用者や保護者が理解しやすいように重要事項説明書や利用契約書等を工夫して説明しており、利用者や保護者から文書で同意を得るようにしている。意思決定の困難な利用者への配慮として、説明と同意に至る経過を記録として残す等のルール化を検討している。			
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	a ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの変更にあたっては、相談支援事業所と「生活応援会議」を開く等、継続性に配慮した支援を心掛けている。引き継ぎ資料や申し送り様式の統一を図るとともに、利用終了後にも対応する担当者の氏名や相談方法を明示した文書を策定しておくことが望まれる。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者との個別面接を行って要望を聞いたり、家族会へ出席して家族の要望を聞く等により、満足度を把握しようとしている。しかし、定期的な満足度調査は実施されていない。その方法や内容を検討して実効性のある満足度調査を実施することで、福祉サービスの質の向上につなげていくことが望まれる。			

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		
苦情解決のための体制が整備されており、その仕組みをわかりやすく説明した掲示物を掲示して周知を図っている。利用契約時には、重要事項説明書等により詳細な説明を行っている。苦情内容等については受付と解決を図った記録文書を整備しており、解決結果については申し出者にフィードバックしている。解決結果の公表について、必要に応じてホームページ等への掲載を検討することが望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者や家族が相談や意見を述べやすいように、「なんでも相談日」を毎月設定し、積極的に相談に乗る体制を構築している。「なんでも相談日」の告知は、利用者や家族に配布している献立表の欄外に記載しており、事業所内にも掲示をしている。相談があった場合には、事業日誌やケース記録に内容を記載し、職員間で情報を共有している。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者から相談や意見を受けた時には、その内容を事業日誌やケース記録に記載している。相談を受けた時の対応を定めたマニュアルが整備されていないので、その整備が望まれる。意見箱が設置されているが充分には活用されておらず、活用について検討することが望まれる。		
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		
事故発生時の対応と安全確保に関するマニュアルが整備されており、職員への周知を図るとともに、安全確保・事故防止に関する研修が行われている。「事故報告書」や「ヒヤリハット報告書」の作成を徹底しており、報告書の中で発生要因を分析し、改善策・再発防止策を記載するようにしている。リスクマネジメント体制をより確実なものにするため、委員会等を設置して検討することが望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
感染症の予防と発生時の対応マニュアルが整備されており、マニュアルに従った感染症の予防策が適切に講じられ、発生した場合には適切な対応が取られている。感染症が流行する時期にマニュアルを配布して研修を行っており、職員・利用者への周知徹底が図られている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
災害時における利用者の安全確保を図るため、消防計画に基づく自衛消防組織による定期的な訓練を実施している。ハード面では、設備等の落下防止措置として「突っ張り棒」を設置したり、食料等の備蓄品を整備している。ソフト面では、フェイスシートの中に災害時における利用者の指定避難場所を記入している。災害時の組織としての対応体制やBCP(事業継続計画)については検討中である。		

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
福祉サービスの実施方法を標準化するために「支援マニュアル」を作成しており、マニュアルに従って支援が行われている。個々の職員のスキルが一定水準となるよう、職員会議や研修の場で周知徹底を図るとともに、必要に応じてOJTを活用した研修を行っている。		

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
個別支援における実施方法の見直しは定期的に行われているが、標準的な実施方法である「支援マニュアル」の見直しが充分ではないので、定期的な見直しが望まれる。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
福祉サービスの開始時には、定められたアセスメントシートにより利用者の特性や利用者・家族のニーズ等を把握したうえで、サービス実施計画を策定している。サービス実施計画の策定責任者を設置し、各部門の意見を集約・調整する支援会議を開催したり、実施計画どおりに福祉サービスが行われているかを確認するようにしている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
福祉サービス実施計画の実施状況の評価と、実施計画の見直しに関する手順が定められており、PDCAサイクルを意識した定期的な見直しが確実に行われている。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
フェイスシート、アセスメントシート、サービスの実施状況等の記録は、統一した様式を使用して記録している。記録する職員で書き方に差異が生じないように、統一した書き方を指導している。専門部会や全体会を定期的に行っているが、会議の不参加職員や嘱託職員への情報伝達を確実なものにする仕組みの整備が望まれる。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
「個人情報保護法」及び「個人情報保護規程」により、利用者の記録の管理についての規程が定められている。個人情報保護の観点から、写真やビデオ撮影等で個人情報を使用する際には、「同意書」による承諾を得るようにしている。重要事項説明書や契約書において、利用者や家族からの情報開示の請求についての説明をしているが、情報開示請求があった際のルールや手順を定めておくことが望まれる。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
地域生活に関する利用者や家族の意向を定期的に把握し、意向に基づいた支援計画を策定するようにしている。グループホームの不足により、すべてのニーズに対応できないという課題が残っている。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
絵カードや文字カード等を使用したコミュニケーション手段による支援を行う場合には、個別支援計画の中にその内容を記載している。意思伝達に制限がある利用者については、日常的な関わりを通してその人固有のコミュニケーション手段を把握し、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解するように努めている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者が主体的に活動に参加できるよう、希望に応じた日中活動や余暇活動の提供に心がけている。利用者が主体となって「余暇活動の内容」を計画しており、年間計画を立てて余暇活動支援を行っている。また、「余暇活動の内容」以外にも「欲しいもの」「給食の献立」等を話し合ために、「みんなの語り場」というプログラムを設けている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者が自力で行う日常生活上の行為に対しては、基本的には見守りの姿勢を保つようにしている。利用者が必要とする支援方法や内容については、各種の会議において話し合いをしたうえで、必要とする支援を統一して行っている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者の長所や得意なことに着目して個別支援計画を策定するよう心がけている。社会生活をするうえで重要となる他の人との係わり方を学ぶため、場面に応じた話し方や他人との接し方を学習するプログラムを持っている。さらに、地域の障害者理解を深め、地域社会の意識を変えて行くためのエンパワメントの理念に基づく支援プログラムの充実が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の体調や身体状況に応じた食事介助を行っており、個別支援計画の中にその内容を明示している。食事介助や支援方法に関するマニュアルを作成し、利用者の体調や身体状況に応じた食事を提供している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アンケートによる利用者の嗜好調査を定期的に行い、利用者主体の給食会議を実施したうえで献立表を作成している。献立表を家族に配布し、事業所内に掲示している。複数の調味料・香辛料を用意し、個々の好みに合った味付けができるよう工夫している。適温の食事を提供し、セレクトメニューやお楽しみメニューによる食事も定期的に提供している。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食堂は天井が高く開放的な雰囲気がある。温もりのある木の椅子やテーブルを整える等、喫食環境に配慮している。落ち着いてゆっくりと食事が摂れるように、個々に合わせた食事時間を設けている。			

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者や家族の要望により、自宅での入浴が困難な方について入浴支援を行っている。入浴マニュアルを作成しており、マニュアルに基づいて個々に応じた入浴支援を行っている。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
入浴の時間帯や入浴の週間回数について、利用者や家族と話し合っ決めていいる。失禁や汗をかいた場合は着替えで対応しており、入浴支援は行っていない。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
安全を考慮した浴室・脱衣室の設備や入浴器具を整えている。脱衣室には冷暖房を完備しており、浴室内にも暖房設備を設置している。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
「排泄介助マニュアル」を作成し、マニュアルに基づいた支援を行っている。排泄介助の結果は、必要に応じて所定の様式により記録している。毎日の清掃や消臭スプレーや芳香剤を設置する等の対応をしているが、排泄用具の使用法や、衛生や防臭に関するマニュアルは作成されていない。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
障害者用トイレは、身体状況に応じた設備や補助具を整えており、冷暖房設備を設置している。清掃は毎日行われ、採光や照明、換気が適切に行われている。従たる事業所の「グリーンファーム」のトイレについては、「狭い」という意見が出されている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者が着替えを希望した場合は、その意思を尊重して対応している。汚れや破損が生じた場合、速やかに対応しているが、業務手順としては用意されていない。		

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			
非該当			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
看護師2名を配置し、利用者の日常の健康管理を行うとともに、毎月嘱託医が来訪して健康相談ができる体制を整えている。利用者の健康維持・増進のため、日々の散歩や月2回健康体操の時間を設けている。インフルエンザの予防接種を毎年行っている。「健康管理マニュアル」や「健康管理票」という形では整備をしていないが、それに準ずるものは作成している。「健康管理マニュアル」や「健康管理票」という形で整備できるか検討してみることが望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
健康面に変調があった場合には、「発作時の対応マニュアル」等により対応を図っている。嘱託医や協力医療機関を確保し、迅速で適切な医療が受けられる体制を整備している。			
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 66	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の内服薬・外用薬等は薬品庫で保管・管理しており、使用時には確認をして投与している。薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等の情報は処方箋で確認しており、処方箋のコピーを個々のケース記録に綴り管理している。事業所にて保管している市販薬の使用状況は記録しているが、個人薬の使用状況についての記録は残されていない。管理マニュアル等を作成して管理することが望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者主体で話し合いが行われている「みんなの語り場」において、余暇活動や社会参加活動への参加希望を聴取し、年間スケジュールに落とし込んで実施している。余暇・レクリエーション活動には、必要に応じて外部講師やボランティアの受け入れをしている。			

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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
喫煙に関して、利用者の自治会である「みんなの会」で話し合いをして、決められた時間に喫煙する等、一定のルールを取り決めている。また、喫煙場所を設置する等の配慮をしているが、喫煙場所が玄関先となっていることについては、改善が望まれる。酒については該当者がいない。			