

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

一般社団法人 福祉サービス評価センター

②施設・事業所情報

| | | |
|--------------------------------|--------------|------------|
| 名称： さくら | 種別： 生活介護 | |
| 代表者氏名： 知久 能之 | 定員： 55 名 | |
| 所在地： 愛知県東海市荒尾町油田48番地の7 | | |
| TEL： 052-603-8552 | | |
| ホームページ： | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日： 平成6年4月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 さつき福祉会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 15 名 | 非常勤職員： 8 名 |
| 専門職員 | | 医師 1 名 |
| | | 看護師 2 名 |
| 施設・設備の概要 | 作業室・相談室・多目的室 | 医務室 |
| | 食堂・浴室・便所・更衣室 | |

③理念・基本方針

【 法人の経営理念 「安心と笑顔」 】

1. 利用者の意思や人権を尊重し、利用者とその家族が笑顔に満ち、地域で安心した生活ができるよう支援します。
2. 地域の皆様とともに、心のバリアフリーに向けた取り組みを行います。
3. 職員に対しスキルアップを図る機会を提供するとともに、安心して働き続けることができる環境をつくります。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 「さつき福祉会」は、愛知県の知多半島西北部に位置する東海市において、知的障害者通所施設、児童発達支援センター、知的障害者グループホーム、放課後等ディサービス等の事業を行い、知的障害児者が地域の中で安心して生活を送ることができるよう、一貫した支援体制づくりを進めている。「さくら」は平成6年4月に法人最初の施設として開設され、地域の福祉ニーズも受け入れサービスの提供を行っており、法人内の施設間では連携も取れており良好な協力体制にある。

2. 社会参加を促進するため、利用者が地域社会の一員としていきいきと安心した生活を送ることができるよう、意思の疎通を目的とした利用者個々におけるコミュニケーション手段の確立と充実に努めている。

また、地域で生活していくためには、ライフステージの変化に左右されることなく、住み慣れた地域で日常生活を送り、社会参加できるよう、一人ひとりの利用者に合わせた活動プログラムを提供し、できるだけ個別のニーズに応じた福祉サービスの充実に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|--|
| 評価実施期間 | 令和元年6月14日（契約日）～ 令和元年11月20日（評価決定日） 【令和元年8月20日(訪問調査日)】 |
| 受審回数 (前回の受審時期) | 初回 (平成 年度) |

⑥総評

| |
|--|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <p>1. 利用者の意向優先の考え方は理念において示されており、職員会議等で周知し確認されている。作業・日常活動や行事も、利用者・家族の意向が尊重され「個々のニーズに合わせたプログラム」による支援が行われており、“利用者ファースト”が徹底されている。また、今年度の取組みとして、利用者一人ひとりが占有できる場所が確保できるよう工夫し、他人の目を気にせず食事ができる“コの字型の囲い”を設けるなど「安心できる空間作り」など、共通の理解と支援に取り組んでいる。</p> <p>2. 施設長は、法人の理念・方針をよく理解しており、自らの役割や責任について明確にしている。職員に対し改善につなげるため解決すべき課題を把握し、周知・理解を促すことに前向きに取り組んでいる。職員の意向を踏まえつつ常に主導的役割を果たし、職員を牽引し事業運営を進めている。職員からの信頼も厚く、施設長を中心に職員のみまもりも良好であり、リーダーシップを発揮している。</p> |
| <p>◇改善を求められる点</p> <p>1. 中・長期計画の策定 について、事業運営の指針となる中長期のビジョンを明確にすることで、見通しを持った事業展開と達成度の確認及び改善が期待できる。単年度の事業計画策定に“枠組み”を示すためにも、中長期の計画策定を急がれたい。また、事業計画は、ポイントを絞った項目としているが、事業全般の方向性を示す指標となる具体性と実効性の高い事業計画の策定が望まれる。</p> <p>2. 標準的なサービスの実施において、全般的にマニュアル・手順書の作成が行き届いていないところがある。マニュアル・手順書は利用者サービスの安定はもちろん、新人職員への教育資料になるもので早急な整備が求められる。また、リスクマネジメントの面でヒヤリハット・事故報告書の役割は大きいものがあり、再発防止や未然防止の観点から、職員への意識づけと周知をお願いしたい。事故の回避・軽減を図ることができるようヒヤリハット等の事例に対し、PDCAサイクルの手法を取入れ、利用者支援の向上につなげていただきたい。</p> |

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

| |
|--|
| <p>事業所に対しての客観的評価を基に課題の共有と改善を図る目的で、事業所として初めて第三者評価の受審をしました。設立25年を迎える当事業所は、それまでの慣例に縛られる傾向が強く、自ら改善すべき課題に気づき変えていく意識の強化が必要と感じていました。</p> <p>今回、具体的な改善課題の提示を受けることにより、社会福祉事業所に求められている運営の質のレベルについて再確認することができ、今後の改善に関する着眼ポイントも整理することができました。</p> <p>指摘いただいた改善項目については、優先順位を整理した上で計画的に改善対応を図り、質の向上につなげて参ります。</p> |
|--|

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。

第三者評価結果公表様式（障害）

※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 a・ ⑥ ・c |
| <コメント> ・経営理念、基本方針は5年前に見直しを行い、事業所としての使命や目指す方向を明示したうえで、ホームページに掲載するとともに、職員室、作業室に掲示している。職員へは初任者研修や年度初めの職員会議などで説明するとともに、いつでも見れるよう職員室の扉に掲示し周知を行っている。 ・利用者への伝達は行事中心ではあるが視覚による伝達方法など工夫しており、家族へはパンフレットを配付するとともに年3回の家族会にて説明し、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 a・ ⑥ ・c |
| <コメント> ・東海市の障害福祉計画のもと、東海市社会福祉課など関係機関と連携を図りニーズ等を把握・分析しており、東海市障害者自立支援協議会本部及びおとな分科会へそれぞれ担当職員を派遣し情報収集を図っている。 ・法人内の相談事業部との意見交換会などから経営環境の把握を行うとともに、法人本部の部長会議等にて分析・検討され、事業部会、職員会議へと展開されている。 | |
| 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・ ⑥ ・c |
| <コメント> ・法人本部の部長会や事業部会で現状の把握と課題が共有化され、課題として生活支援員不足、定員数不足などを掲げ求人活動や床面積拡張などの取り組みを行っている。 ・職員の意識改革の位置付けとして収支問題について理解を求めるとともに、職員間の協力体制や職員から提案を引き出すなど、新たな取り組みを進めている。 | |

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 |
| <コメント> ・中・長期計画については設備改善が中心の収支計画で、中・長期的なビジョンはあるものの目標時期が不明確である。中・長期計画の策定や事業計画として実施可能な目標を立てるためには、使命・目標・価値観や課題などの見直し及び検討が望まれる。 | |
| 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 a・ ⑥ ・c |
| <コメント> ・単年度計画は本部の事業部会や職員会議などで話し合いのうえ策定されているものの、中・長期計画との結びつきが弱いところが見受けられる。単年度計画は、実施状況について評価が可能でかつ具体的なものが求められ、事業所として具体的に実現可能で達成が見込める計画を期待したい。 | |

| | | |
|---|----|-------|
| 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・㉑・c |
| <コメント> ・事業計画の策定にあたり、今年度から職員の意識改革として職員からの提案について職員会議へ持ち上げ話し合いを持ったうえで、部長会で実施可否を判断する方法を取り入れたことで改善に向けた意識が芽生え、職員の意見等について、より反映した事業計画が策定されるよう改善した。 | | |
| 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 |
| <コメント> ・利用者への周知は行事中心ではあるが、イベントや月間行事について写真等を活用しスケジュール表に掲示するなど伝達方法を工夫しているところである。 ・家族へはパンフレットを配付するとともに年3回の家族会にて説明し周知を図るとともに、欠席者へは資料を配付し周知に努めている。 | | |

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・㉑・c |
| <コメント> ・「安心できる空間作り」として、利用者ごとのパーソナルスペース確保の取組みについて実施している。 ・意思の表出や意思決定への支援に向けた取組みとして、絵や写真の活用を職員一丸となって取り組んでおり、この成果事例は職員会議で議論を重ねデータベース化し、個々の利用者に合ったプログラムを目指している。 | | |
| 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 |
| <コメント> ・法人内部における自己評価は実施してきたが思う様に改善が進まず、法人として昨年度第三者評価の受審を判断したところである。改善を求められる点で上げられた「中・長期計画」の策定などについては、新たに専門家の力を借り取組んでおり、本気度が伺えるところである。 ・評価結果は「広報誌さつき」にて“トビックス”で紹介されている。事業部会、職員会議などで検証し検討することとなるが、改善に向けての具体的な実施計画の策定が望まれるとともに、第三者評価における課題についても中・長期計画を反映させ、理念から一貫した方針展開となるよう期待したい。 | | |

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 | a・㉑・c |
| <コメント> ・「組織・職務分掌規程」に施設長の役割及び主任・専門職の職務が明記され、職員に周知されている。 ・職員との信頼関係のもとにリーダーシップを発揮し、事業計画等、重要な課題や方針を決定するときなど職員と協議を重ね事業展開を図っている。 | | |
| 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・㉑・c |
| <コメント> ・施設長は法令遵守責任者研修に出席し、職員会議や研修の機会を捉え職員へ伝えて、法令遵守の重要性・必要性の周知を図っている。 ・毎年、権利擁護や虐待防止の研修へ職員を出席させ、研修受講者は報告書を作成し職員会議で報告するなどフィードバックを実施し、職員へ周知する取組を行っている。 | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <コメント> ・ 施設長は、現状に満足しない組織風土づくりとして「利用者を預かる」から「サービスの質の向上」に主眼をおき、重点としては「安心できる空間作り」「個別ニーズに合わせた活動プログラムの提供」を実践している。 ・ 今年度から、職員からの提案について職員会議へ持ち上げ話し合いを持つことで、職員の提案を盛り込める仕組みにするなど指導力を発揮している。 | | |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| <コメント> ・ 理事長等が参加する法人の「部長会議」で財務等の状況把握や分析を行い、施設のさまざまな課題・問題点・要望について話し合いを持ち実施事項を決定している。 ・ 今年度から、施設長は理念や事業所目標の実現に向け職員へ経営や収支の状況を説明し、コスト意識の向上に役立てるとともに、経営の改善や業務の実効性の向上に向け指導力を発揮している。 | | |

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 ・ ㉑ ・ c |
| <コメント> ・ 人材確保は法人本部の主導のもとで行われており、愛知県社会福祉協議会求人コーナー・フリーペーパー・ハローワークなどを利用し人材確保に努めている。 ・ 法人としては人材確保が急務であり、例えば福祉系大学との連携など様々な方策を検討するとともに、職員の資質を高めるため必要に応じて法人内ローテーションを行うなど、職員充足に向けた検討を期待したい。 | | |
| II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | 障15 | a ・ ㉑ ・ c |
| <コメント> ・ 現在、人事評価規程について見直し中であるが、今年度から職員間の連携、やりがいを重視した「目標管理制度」を導入し「目標管理シート」を活用したうえで、年3回取組みの実施状況や結果を確認している。 ・ 評価結果は、やりがいをもって仕事をしてもらうため、なるべく良いところを評価することとし、今年度から従来の賞与に反映する制度は廃止した。 | | |
| 他 | | |
| 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組んでいる。 | 障16 | a ・ ㉑ ・ c |
| <コメント> ・ 「就業規則」は正規職員、継続雇用・嘱託職員、パート職員別に作成されており適切に運用している。職員の時間外勤務、有給休暇の取得などの就業状況を的確に把握するとともに、働きやすい職場づくりに取組んでいる。 ・ 職員の意向は、日頃から会議などを通じて確認しており、年3回の個別面談で転勤希望、ストレスなどの把握に努めている。 | | |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| <コメント> ・ 法人として「期待する職員像」を明確にしている。今年度より職員の育成の目的から「目標管理制度」を導入し、目標管理シートにて上司と面談をしながら目標の設定から改善実施と自己評価を行っている。また、自己評価結果は、主任始め上司が最低年2回確認・指導を実施している。 | | |

| | | |
|---|-----|-------|
| 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 | a・㉑・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修は法人本部と事業所別々に計画されており、研修会以外には法人外施設の見学なども行っている。外部研修を受講した職員は、研修成果をフィードバック研修の講師として、他職員へ伝えることで施設への還元としている。 ・国家試験受験者について、奨励手当を支給し資格取得を後押ししている。施設内研修として、個別支援計画立案・虐待防止・感染症研修などを開催している。 | | |
| 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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・資格取得の状況、職員研修受講履歴は適切に把握されており、施設内で行う研修は、パート職員を含め全職員が参加できるよう配慮している。また、施設外研修においても、全職員が参加できるよう研修の機会を提供している。 ・初任者研修は、3か月程度指導担当をつけてOJT教育を実施しているが、個人差を考慮したうえで習熟度を勘案した「OJT研修」の在り方について検討されたい。 | | |
| 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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・受け入れマニュアルはないが、以前からの登録票・スケジュール表などを活用して手順は確立している。 ・受け入れは学校別に担当者を決め実施しており、社会福祉士の中から指導者研修修了者が実習生の指導を受け持っている。研修プログラムは学校と調整し了承を得て受入計画を作成したうえで、注意事項などを説明し実習生を受け入れている。 | | |

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 | a・㉑・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・『WAMNET』へ財務諸表・現状報告を掲載し、法人ホームページに経営理念、基本方針、サービス内容、財務諸表などを情報公開している。 ・年3回、法人の広報誌「さつき」を活動内容を中心に記載し発行しており、行政機関、地域、関係機関、家族、利用者、取引先などへ配布している。 ・苦情対応については、第三者委員会が6か月ごとに来訪し報告・意見を打診しているが、苦情の概要や苦情解決委員会の指導内容等についてホームページや広報誌への掲載について検討されたい。 | | |
| 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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・財務については外部から会計士・監事による指導・監査を受けており、今年度から外部コンサルタントによる経営、運営の状況把握と指導を得ている。 ・経理規程について文書で明らかにしているが、職員に十分周知されているとは言い難いところがある。外部監査に頼りがちなので、経営改善も含め内部監査の体制づくりと強化を望む。 | | |

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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設行事としてイベントを企画する際には、東海市社会福祉協議会協力のもと地域のボランティアを出演者として招き交流を図っている。また、地域の行事、小中学生との交流活動などに利用者、職員が参加し、地域との交流を広げている。 ・法人の基本方針として「地域に開かれた運営を目指す」とある。法人の委員会に「地域貢献委員会」で、地域との関係について在り方を検討するとともに、過去に開催したことがある地域住民が参加する「秋まつり」の見直しと再開に向け協議されたい。 | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・受入れマニュアルはないものの、担当職員を決めてボランティア登録を始めボランティアの受入れ体制は整っている。 ・ボランティアへの注意事項など実施状況の記録はあるが、ボランティアの受入れは地域交流としても有用なことであるので、マニュアルの整備及びボランティアの確保に努められたい。 | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて、東海市社会福祉課・東海市社会福祉協議会や東海市自立支援協議会など関係機関との会議・連絡会へ出席するなど連携を図っている。 ・日常的に活用する社会資源については担当者ごとに管理しているが、必要な社会資源については一覧表を作成し、常に利用できるように事務所等に掲示するなど施設全体で共有することを検討されたい。 | | |
| 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 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・東海市手をつなぐ育成会を始めとした当事者団体や保護者会との情報交換、東海市社会福祉協議会や東海市自立支援協議会の「おとな部会」など関係機関との会議・連絡会へ出席し連携を図ることなどにより、地域福祉のニーズの把握に取り組んでいる。 ・法人内の他施設同様、近隣の中学生の「職場体験学習」の受入れや日本福祉大学へ出向いての「車椅子教室」の体験指導を行った。 | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・東海市と障害児者対応の福祉避難所として協定を結んでいるが、その役割や行政との連携・協力に関する事項について再確認するとともに周知されたい。また、災害時の対応も含め地域福祉のニーズの把握のために、民生委員と定期的な会合を持つことを検討されたい。 ・土・日曜日は地域の子供会や演奏会に集会室を貸し出しており、その関係からイベント開催時には、ボランティアとして協力を得ている。 | | |

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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・経営理念のキャッチフレーズに「安心と笑顔」を掲げ『利用者の意思や人権を尊重し、利用者とその家族が笑顔に満ち地域で安心した生活ができるよう支援する』とありホームページで公表している。 ・職員会議等を通じて利用者尊重に関する話し合いや情報共有を行い、福祉サービスの提供について共通の理解を深めるとともに実践できるような取組みの強化が望まれる。 | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー保護に関するマニュアルや手順書を早急に整備するとともに、不適切な事案が発生した場合の対応方法等について職員への周知や研修が望まれる。 ・入浴、排泄等の生活場面におけるプライバシーに関する留意点などでは、こだわりのある利用者や干渉されたくない利用者には仕切りを設置するなど、設備ハード面での工夫が見られている。 | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・市役所、公民館等に施設の特性を照会する資料を配布し情報の提供に努めている。利用希望者には施設の資料やパンフレット等による説明・見学を行い、面談のうえ丁寧な対応を心がけている。 ・特別支援学校生徒の利用希望者に対しては体験実習に参加する機会を設けるなど、積極的に情報の提供を行っており、写真等で丁寧な対応に取り組んでいる。 | | |
| 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 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの開始・変更にあたっては、利用者・家族に対し重要事項説明書等により詳しく説明している。利用者には重要事項説明書の概要版なども含め、言葉遣い、写真・図・絵の使用等により判りやすい説明と内容の資料の作成を検討されたい。また、福祉サービスの変更にあっても、図示等の表現方法などの工夫が望まれる。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内の施設等への移行は、法人内の相談支援事業所と連携し安心して移行できるよう、利用者本人や家族等に対し情報提供を行っている。 ・他の福祉施設への変更・移行等の際には、担当窓口を定め福祉サービスの継続性を確保する取組みを実施するとともに、利用終了時には利用者・家族等に対し、その後の相談方法や担当者を記載した文書を渡すことが望まれる。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成29年1月に利用者満足調査を行ったが、検証及び対応はできていないうえに定期的な検討会議の仕組みが十分とはいえない。利用者や家族の意見・要望を聴き取ったうえで議論する機会を設け、改善へ取り組む組織として「サービス向上委員会」等の設置の検討を期待する。 ・日常的な支援においては利用者満足度の把握に努めているものの、さらなるサービスの質の上昇に結び付けるような取組みに期待したい。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情の受付について、重要事項説明書及び契約書に記載したうえで利用者や家族には説明し周知している。第三者委員を複数の人に依頼しており、苦情解決体制、運営適正化委員会の連絡先も明示している。 ・意見箱を兼ねた「受付ボックス」を事務所前に設置しているが、苦情等について利用者や家族が述べやすい窓口や環境づくりの工夫を期待する。 | | |
| 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 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談室や一人ひとりのスペースを設けるなど利用者が相談しやすい環境は整っており、相談したり意見を述べたりする仕組みも周知されている。相談、意見の申し出について方法や相手を自由に選べることは説明しているが、選択肢の一つとして「受付ボックス」について利用しやすい場所への設置及び利用方法について検討するとともに周知されたい。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日頃から意見や要望を聞き出そうとする姿勢で臨んでおり、家族等からの相談にもその都度応じている。相談や意見を受けた際に統一した対応ができる組織的な仕組みと対応マニュアルの作成を望むとともに、仕組みを効果的にする観点から適宜マニュアル等の見直しを期待する。 | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「安全衛生防災小委員会」を月に2回開き、KY活動・4S活動を実施している。リスクマネジメントの体制面では、施設長や管理者のリーダーシップのもと職員全体を通じた組織的な取組みについて再検討されたい。 ・事故発生時の対応や安全確保及び事故の要因分析・再発防止について、早急に対応マニュアルを作り上げたうえで全ての職員に周知されることが望まれる。 | | |
| 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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症の予防については朝礼・終礼等で注意喚起し連絡帳で家族へも周知するなどの対応を行っている。感染症発生に関する情報の共有を図り対応しているが、決して十分とは言えるものではないのでさらに充実されたい。 ・感染症マニュアルは一部の事例に限られており、定期的な見直しも行われていない。感染症対策について責任や役割を明確にしたマニュアルを整備し、予防対策について適切な対応が実施し得る職員研修や勉強会を実施されたい。 | | |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「消防計画」「地震防災規定」「非常災害対策計画」等を整え、災害発生時の対応について明文化しているが職員へ周知について改善の余地がある。施設として避難訓練を年2回行っているが、車椅子利用者の対応や災害発生時のヘルメット着用、備蓄リスト等の確認など職員全員で共有されたい。 ・東海市と障害児者対応の福祉避難所として協定を結んでおり敷地内には備蓄倉庫がある。福祉避難所としての役割等について再確認するとともに職員にも周知されたい。 | | |

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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な福祉サービスの伝達については、OJTによる指導が行われているが、マニュアルの整備が急務である。サービスの内容として、標準化できる内容・個別的に提供する利用者の特性による必要な支援内容の双方を組み合わせたサービスの提供が望まれる。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な福祉サービスの実施については、現場の確認を踏まえた内容の支援マニュアルを作成し必要に応じ見直すとともに、職員がいつでも閲覧できる体制を整えるよう期待する。また、PDCAのサイクルによる福祉サービスの質の向上に関する共通認識の検討が、組織として継続されることが望まれる。 | | |
| 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支援計画を適切に策定している。 | 障42 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス管理責任者は、生活支援員等が実施したアセスメントをもとに、個別支援計画の策定・モニタリングを行っている。利用者の意向をくみ取り明示され、特性に合わせた具体的な内容となっており、内容を変更する必要があるときは関係職員と協議を行い、支援内容を決定している。 | | |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりのモニタリングの時期に合わせて評価・見直しを実施している。個別支援計画の評価、見直しは手順が決められ実施しているが、利用者や家族の意向や要望の把握及び計画変更の手順について職員への周知が望まれる。 | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| 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 | a ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・ 日常的なサービスの実施記録はあるが、情報共有の観点では不十分なところが見受けられる。引き継ぎや申し送り、回覧等で情報提供しているが的確に届くような仕組みを整備し、職員によって記録内容や書き方に差異が生じないように工夫するとともに、事務所等でいつでも閲覧できるようにされたい。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・ 「文書管理規程」「個人情報保護規程」に文書の保存年限や廃棄、情報開示の手続き等を定めており、個人情報使用の同意については契約時に説明が行われ理解を求めている。また、利用者の個人の記録管理については、鍵付き倉庫において適切に保管されている。 | | |

【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 | a ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・ 自己決定の難しい利用者が多い中で意思の確認方法や選択肢を増やすなど、利用者の意思決定を尊重した個別支援を行っている。職員間の意思疎通が十分とはいえない面もあり、利用者とは話す場面などで意見や要望を聴き取るなど、個別支援内容に反映する取組みの検討が望まれる。 | | |

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 | a ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・ 法人として虐待防止等の研修に取組み、マニュアルが整備されている。やむをえず身体拘束を行う場合は、必要となる状況、態様、時間等について家族等に説明し同意を得たうえで実施し個別支援計画にも記録している。緊急やむを得ない場合の身体拘束対応に関しては契約時に説明している。 | | |

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 ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・ 生活支援員として、発達障害者支援、行動障害、強度行動障害等の研修や介護技術講習会に参加するとともに、利用者の得意な分野を活かした自律・自立生活のための個別支援を行うなど、利用者一人ひとりに即した支援が行われている。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・ コミュニケーションの確保と支援にあたっては、意思表示や伝達が困難な利用者に対し、コミュニケーション技法として写真や文字を利用した視覚支援を実施している。今後の目標として、利用者には個人差があり個々の能力や心身の状況に応じた適切な支援の強化を期待したい。 | | |
| 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 | a ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・ 利用者とは面談等で個別に相談できる機会を設け相談室等で要望等を聴き取り、その都度職員で協議し対応している。相談内容は、個別支援計画会議、ケース会議やサービス担当者会議で話し合いをする中で支援に活かしている。 | | |

| | | |
|---|-----|-------|
| 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 | a・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>・個別支援計画の作成においては可能な限り本人の希望や特性に沿うようにしており、日中活動の取り組みや余暇・レクリエーション等の提供を行うとともに、家庭での生活及び心身の状況等を連絡帳で把握したうえで、日中支援活動につなげている。支援員により差が生じているので、解消に向けた組織的な取組が望まれる。</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 | a・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>・専門的知識等の習得について内部研修や外部研修を通して支援の向上を図るとともに、スキルアップを目指した職員個々においても研修を受講している。組織的な取組として、職員の知識や支援技術の差を解消するために職場会議へ研修内容を報告し、還元する仕組みを作るなど適切な方策を検討されたい。</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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>・個別支援計画に準じた生活支援は基本的に実施されている。食事におけるテーブル席の配置や適温での食事及び利用者一人ひとりに即した食事の内容が決められ提供されている。入浴介助は原則的に同性で行うなど本人の希望や特性に沿うことなど、利用者満足度を高めるために日常的支援の見直しを行う仕組み作りを期待したい。</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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>・施設的环境としては快適性に配慮しており、生活空間の危険因子の除去についても定期的に確認し、見直し等の検討を行っている。作業室等においては、利用者の要望や障害の状況に合わせパーテーションを利用する等の工夫が見受けられ、安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。</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 | a・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>・機能訓練等の専門職は配置されていないが、看護師等が利用者と相談しながら保護者との連携等により、機能訓練や生活訓練の一部について行っているものの、医療機関との連携を含め改善の余地がある。機能訓練・生活訓練とも半年毎の個別支援計画の検証・見直しの参考にされたい。</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 | a・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>・定期的に嘱託医師による診察と健康診断を行い専門的な助言を得ている。看護師を配置し、常に身体や健康等の状況を把握するとともに希望により健康相談を行っている。</p> <p>・日常的には、登所時にバイタルチェックを実施するとともに連絡帳や家族との会話を通して健康状態を把握している。体調の急変時には看護師の判断により家族や主治医と連絡を取り、迅速かつ適切に対応している。</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 | a・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>・服薬等の管理については重要事項説明書で家族等にルールが説明されており、給食当番が処方箋を確認しながら服用させている。誤飲・誤薬防止に努めているもののマニュアルに基づいた、より安全な管理体制を確保されるよう望む。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> ・社会参加に向けた情報の提供は十分とは言えないが、日中の外出活動については利用者個々の希望に沿った対応を心掛けている。 | | |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> ・サービスの利用を希望される方の相談は、必要な支援やサービスが受けられるよう法人内の「ひまわり相談支援センター」始め関係機関と連携を図り、情報交換しながら支援を実施している。 | | |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> ・日常的には、送迎時等に連絡帳を通して家族の意見や要望について把握し共有に努めている。家族会が年3回あり、施設長が出席して交流に努めるとともに意見交換を行っている。 | | |

A-3 発達支援

| | | |
|--|-----|-----------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(1) 発達支援 | | |
| A-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 | 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 | | |