

福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

① 第三者評価機関名

静岡県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：富士清心園		種別：障害者支援施設	
代表者氏名：鈴木克之		定員（利用人数）：40名（39名）	
所在地：静岡県富士宮市山宮 3666 番地の 232			
TEL：0544-58-2682		ホームページ： https://fujiasahidegakuen.com/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 昭和 50 年 4 月			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人富士旭出学園			
職員数	常勤職員：24名	非常勤職員	2名
専門職員	（専門職の名称）	医師	1名
	看護師1名		
	栄養士1名		
	サービス管理責任者1名		
施設・設備 の概要	（居室数）作業棟 2棟、	（設備等）	
	食堂 1室、談話室 1室、 居室（個室24室、2人部屋8室）、 相談室・園長室 1室、	浴室 1室、洗面所 4か所、 便所（男性用4か所、女性用3か所） 医務室 1室、運動場 1か所	

③ 理念・基本方針

【理念】

- 1) 主体性の確立
- 2) 統合と共生
- 3) 地域に根ざしたハビリテーション

【基本方針】

- 1) 一人一人の障害の特性や身体の状態、年齢等に応じて、活動や生活の支援をします
- 2) 意思決定支援を軸に、利用者が個々に豊かな生活ができるよう支援します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 法人として、『次世代育成支援対策推進法』に基づき、一般事業主行動計画を公表しています。次世代育成支援に関する取組みの一環として、「子ども参観日」を設け、職員の子どもが施設見学や利用者の日中活動を体験し、親の職場の理解を深める機会としています。
- 2) 利用者の文化的活動の一環として、茶道裏千家淡交会に学校茶道の講師を依頼し、茶道教室を開催しています。

3) ふじのくに健康づくり推進ブロンズ事業所として、職員一丸となって健康づくりに取り組んでいます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 5 月 28 日（契約日） ～ 令和元年 12 月 22 日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1 回（平成 18 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- * 管理職は、常に改善の視点で、サービスの質の向上に向けた取組みを実践しています。
- * 多くの人が入手しやすい場所にパンフレットを配布するとともに、ホームページに福祉サービスの内容や特徴等を紹介し、一日利用を受け入れるなど福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供しています。
- * 苦情解決のための体制を整備し、苦情等を受け入れやすい環境を整えています。さらに、苦情を福祉サービスの向上につなげ、改善結果等を広報誌やホームページで公表し、利用者や家族にフィードバックしています。
- * 事故発生時の対応マニュアルが策定され、リスクマネジメント委員会を設置し、ヒヤリハットで得た情報を、再発防止・改善に繋げています。小さな擦過傷程度も「事故」にカウントして、保護者へ発生経緯等を記載した事故報告書を作成しています。
- * 標準的な福祉サービスは、半年ごとに各層の職員からなる処遇検討委員会において検討・見直しを行うとともに、アセスメントを基に、個別支援計画を策定するための体制を整備しています。
- * 利用者の状況や福祉サービスの実施状況は、パソコンを用いて記録し、施設内で情報が共有できる体制を整え、利用者に関する記録の管理体制が出来ています。
- * 「権利擁護マニュアル」を整備し、緊急やむを得ない身体拘束について、手続と実施方法等を明確に定め、行政への届出手順等を明確にしています。権利侵害の防止について、年二回の虐待防止委員会において検討して、「虐待防止チェックシート」を活用しながら権利擁護に努めています。

◇改善を求められる点

- * 人材確保・育成、将来の管理職養成や職員待遇改善のための総合的な人事管理制度の構築が望まれます。
- * 中・長期事業計画の作成が職員参画のもと策定され、計画的な採用計画による事業の持続可能な体制整備が望まれます。
- * 職員の委員会活動等を通じた組織運営が望まれます。
- * 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組みが望まれます。
- * 福祉施設の変更に当たり、福祉サービスの継続性に配慮した対応が求められます。
- * 利用者の満足度を把握するための仕組みが整備されておらず、相談や意見への「対応マニュアル」の整備等が求められます。

- * 事業計画に「意思決定支援」をする姿勢を明記していますが、意思決定支援及び相談についての基本的考え方や仕組み等を明確にした文書がなく、相談内容の個別支援計画書への反映が十分ではありません。
- * 家族支援に関して、基本的な考え方を明記した文書がなく、家族等のニーズを把握する配慮が必要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福祉サービス第三者評価を受審し、当施設の提供している福祉サービスについて、専門的かつ客観的な立場から評価をいただきました。

施設の運営や支援全般について、職員全員で振り返る時間を持つことで、改めて良さや課題が明確になりました。

施設として「できている」「やっている」と思っていた事項も、不足している点を的確に指摘していただいたので、内容を皆で確認し、今後に繋げていこうと思います。特に、中・長期の事業計画を組織的に改善するようにとの指摘には、真摯に受け止め、利用者、家族、地域から信頼される施設であるよう改善を図りたいと思います。

今後、第三者評価を受審したことで、職員一人ひとりが、使命と役割を再認識し、より質の高い、利用者本位の福祉サービスを提供していく良いきっかけとなりました。

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〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態

c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

障害者・児福祉サービス版共通評価基準

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。	
1 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。	b
<コメント>明文化された理念・基本方針がパンフレットやホームページ上で、周知されている。職員は朝礼等で唱和しているが、利用者や家族向けに分かりやすく工夫した資料作成等利用者向けの周知が十分でない。	

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。	
2 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。	a
<コメント>各種会議や情報誌購読による情報把握、情報分析や情報提供等に努め、社会保険労務士等との勉強会で内容をさらに深め、法人全体の共通認識に努めている。	
3 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。	a
<コメント>経営環境と経営状況の把握・分析に基づき経営課題を明確にし、人事管理制度準備、給与体系の見直し、処遇改善加算の上位取得等に取り組んでいる。	

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。	
4 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。	c
<コメント>中・長期の事業計画及び収支計画のどちらも策定していない。	
5 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。	c
<コメント>単年度の計画は充実しているが、中・長期計画が未策定のため内容の反映ができない。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	a
＜コメント＞事業計画の策定と実施状況の把握や評価見直しは職員参画のもと、組織的に作成され全職員に配布し、進捗状況は、毎月の支援部会議で報告され改善している。		
7	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。	b
＜コメント＞家族に配布し、個別支援計画説明の本人立ち合い時に説明されているが、分かりやすい資料作成に工夫を要する。		

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。		
8	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。	b
＜コメント＞法人の各種委員会や研修を通じた取組みや、年3回の園長面談時に目標確認や中間総括を行っているが、自己評価や結果分析に対する取組みが十分でない。		
9	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。	b
＜コメント＞自己評価や第三者評価の取組みは十分ではないが、年度計画作成時、課題の分析を行い、課題解決に向けた取組みを事業計画に取り入れている。		

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。		
10	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。	b
＜コメント＞管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしているが、広報誌等には未掲載であり、有事の際の管理職不在時の権限移譲等についても明確な文書化がされていない。		
11	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。	a
＜コメント＞必要な法令等の書類は、事務部門から、係長、園長へ回覧決裁された後に、掲示することで職員に周知されるとともに、各種会議体でも説明し周知されている。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	b
＜コメント＞第三者評価の受審等積極的に取り組んでいるが、通常の会議体等の取り組みであり、具体的な体制の構築等十分ではない。		

13	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。	a
<コメント>法人の会議体で経営改善に向けて検討する場を設け、各事業者に情報発信と改善への取り組み示唆を行っている。事業者内において、各種会議体で常に改善の視点での取り組みを職員に求めている。		

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。		
14	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。	b
<コメント>法人としての必要な人材確保に努めているが、採用は具体的な計画の中で計画的に行われていない。処遇改善加算等を取得し職員待遇改善に努めている。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c
<コメント>総合的な人事管理を実施していない。準備段階である。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	b
<コメント>年3回の園長面談から、希望による就業形態や有給休暇取得の支援が行われているが、改善するための仕組みづくりは十分でない。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	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。	b
<コメント>年3回の園長面談等で個々の職員支援は十分行われているが、組織的体制整備の中での目標管理は行われていない。		
18	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。	c
<コメント>個々の面談の中での取り組みは行われているが、組織としての職員教育・研修に対する基本方針や計画の策定がされていない。		
19	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。	b
<コメント>各職員の資格取得履歴や研修履歴は把握され、経験・熟練度に応じて研修参加の機会は設けられているが、組織的な体制ではなく、研修成果の評価や分析が次回に反映されていない。		
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。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<コメント>実習の受け入れで基本姿勢はマニュアル化されているが、内容は十分でなく、実習種別ごとのプログラムが用意されていない。組織的な取組みとしては十分ではない。		

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。		
21	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。	b
＜コメント＞関連情報はホームページ上で公開されている。地域に向けた事業所の理念や取り組みを説明した印刷物や広報誌等は配布していない。		
22	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。	b
＜コメント＞内部的には、社会保険労務士の活用や内部監査の公認会計士が関わっているが、外部監査の導入等は今後の検討課題となっている。		

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。		
23	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。	b
＜コメント＞基本理念に地域に根差した施設であることを明示し、散髪、買い物や食事等で地域に出て、交流が図れる機会を設けるとともに、ふれあい祭りに地域の人を招いて交流を図っている。しかし、施設が住宅地から離れていることもあり、地域の情報収集や行事への参加は取組まれていない。		
24	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。	b
＜コメント＞マニュアルに受入れの意義が示され、担当者も明らかにされている。しかし、地域の学校教育等への協力については明示されておらず、受入れ時のプログラムも定められていないなど、受入れについての体制が整っていない。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	b
＜コメント＞地域の関係団体の定期的な会議に出席し、関係機関・団体の機能や連絡方法の把握に努めている。しかし、職員間での情報の共有化が図られていない。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	c
＜コメント＞地域の具体的な福祉ニーズや生活課題等を把握するための取組みが行われていない。		

27	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。	b
<コメント>日中一時受け入れや短期入所を行うとともに、災害時における福祉避難所として指定を受け、住民の安全・安心のための備えを行っている。また、犯罪者の更生のため活動の一環として、支援団体に除草作業の場を提供するなどの協力を行っているが、事業計画等に明示されていない。		

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。		
28	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。	b
<コメント>利用者を尊重した福祉サービスを理念や基本方針に明示し、倫理綱領を策定するとともに事業計画等に反映されているが、職員に対し共通理解を図るための取組みが行われていない。		
29	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。	b
<コメント>利用者のプライバシー保護に関するマニュアルが策定されている。また、設備面では建物の構造上、カーテンによりプライバシーの保護に努めている。しかし、利用者や家族にプライバシーの保護と権利擁護に関する取組みの周知が行われていない。		
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。		
30	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。	a
<コメント>理念や基本方針及び福祉サービスの内容や施設の特徴を紹介した資料をハローワークや市社協にパンフレットを配布するとともに、ホームページに掲載し多くの人が知ることが出来る環境を整えている。また、利用希望者の一日利用にも対応するなど、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。		
31	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。	b
<コメント>重要事項説明書にルビを振り、福祉サービスの開始や変更にあたっては、利用者に分かりやすいように工夫された資料を用いて説明し、書類で同意を得ている。しかし、意思決定が困難な利用者の代理人に関するルール化は行われていない。		

32	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。	c
＜コメント＞利用者の機能低下に合わせて、他の福祉施設に移行しているが、福祉サービスの継続に関する書類が保存していないなど、福祉サービスの継続性に配慮していない。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	c
＜コメント＞個人支援計画は、検討委員会で半年に一度検討しているが、利用者満足を把握するための仕組みが整備されてしていない。		
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。		
34	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。	a
＜コメント＞苦情解決のための体制を整備し、掲示により利用者に周知するとともに、苦情受付箱を設置し、苦情を申し出やすい環境を整えている。また、苦情対応については施設内の委員会で検討し、福祉サービスの質の向上につなげ、広報紙やホームページで利用者や家族にフィードバックしている。		
35	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。	b
＜コメント＞各利用者に3名が相談窓口となり、相談相手を自由に選べる体制であるが、相談を園長室で受けるなど、常設の相談スペースを確保していない。		
36	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。	c
＜コメント＞相談や意見に対するマニュアルを整備しておらず、利用者からの意見の把握が行われていない。		
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。		
37	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。	a
＜コメント＞事故発生時の対応マニュアルが策定され、リスクマネジメント委員会が設置されまた、ヒヤリハットで得た情報をもとに、再発防止・改善策に取り組んでいる。		
38	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。	b
＜コメント＞感染症の予防や発生時の対応マニュアルを策定し、感染症対策委員会を設置し、発生時における感染症対策委員会の記録を保存していない。		

39	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やっている。	b
＜コメント＞災害時における対応体制等がマニュアルで定め、利用者等の安否確認の方法等を定めている。また、食料等の備蓄リストを作成し、管理者を決めている。消防署の協力を得て、避難訓練等が行われている。しかし、事業継続計画を策定していない。		

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。		
40	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。	b
＜コメント＞提供する福祉サービスの標準的な実施方法が、文書で定めており、利用者を尊重している。しかし、職員に周知徹底するための取組みが十分でない。		
41	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。	a
＜コメント＞標準的な福祉サービスの実施方法は、半年ごとに、各層の職員による処遇検討委員会において、職員等の報告・意見をもとに検証・見直し等が行われている。		
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。		
42	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。	a
＜コメント＞各担当支援員からの意見等をもとに、サービス管理責任者が個別支援計画を策定している。また、行動制限が必要な利用者への対応は、支援部会議で検討するなどアセスメントに基づく個別支援計画を策定するための体制が確立している。		
43	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。	b
＜コメント＞個別支援計画の見直しは半年ごとに行われ、緊急に変更が必要な場合には、ケース検討会議で話し合われて、組織として実施状況の評価と見直しに関する手順を定めて実施しているが、その結果を職員へ周知しておらず十分でない。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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。	a
＜コメント＞利用者の身体状況や生活状況及びに個別支援計画に基づくサービスの実施状況等は、パソコンを用いて記録内容が職員で差異が生じないよう整備し、施設内で情報が共有できている。		

45	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。	a
<コメント>利用者に関する記録の管理は、マニュアルを整備し施設長を個人情報保護管理者と定めて対応している。また、個人情報の取り扱いは、ルビを振った文章を用いて、利用者及び保護者等に説明を行い、同意を得ている。		

障害者・児福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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		
A①	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。	b
＜コメント＞事業計画に「意思決定支援」が明記され、人権擁護権利委員会で研修報告等をもとに職員の理解を深めているが、生活に関わるルール等について利用者と話し合う機会を設けておらず、個別支援計画は本人主体の計画になっていない。		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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。	a
＜コメント＞「権利擁護マニュアル」を整備し、緊急やむを得ない身体拘束について、手続きと実施方法等を明確に定め、行政への届出手順等を明確にしている。また、権利侵害の防止等について、年二回の虐待防止委員会において検討し、「虐待防止チェックシート」を活用し権利擁護に努めている。発生した場合の再発防止策等についても、仕組みを明確にしている。		

評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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。	b
＜コメント＞事業計画で意思決定支援の姿勢を明確にして、個別支援計画書にも「見守り」の姿勢を記載しているが、自立生活のための動機付けや生活の自己管理支援が不十分である。行政手続等の利用も支援していない。		
A④	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。	b
＜コメント＞接遇マニュアルに、「話し方、聞き方を工夫する」との記述があり、個別支援計画の中で、「コミュニケーション」が課題のひとつになっているが、コミュニケーション機器等の活用がなく、簡単なジェスチャーを使用している程度で、支援内容が十分でない。		
A⑤	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。	c
＜コメント＞事業計画の基本方針に、「意思決定支援」をする姿勢を明記しているが、意思決定支援及び相談についての基本的考え方や仕組み等を明確にした文書がなく、相談内容が個別支援計画に反映していない。		

A⑥	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。	b
<コメント>個別支援計画書作成時に利用者等の意向を聞き、計画に基づき日中活動の提供をしているが、選択や多様化の面で十分ではなく、個別支援計画書に「余暇」の記述があるのは一部利用者だけである。地域利用支援等も実施していない。		
A⑦	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。	a
<コメント>職員は専門知識を習得し、障害特性に応じた支援方法等の検討を行い、会議で情報を共有している。「支援手順書」に基づき適切な対応を実施し、人権擁護権利委員会で、支援方法の検討・見直し等を行い、利用者間の関係調整等を必要に応じて実施している。		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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。	b
<コメント>利用者の嗜好に考慮し、代替食を提供している。マニュアルに基づき、利用者の心身の状況に応じて、食事、入浴、排せつや移動の支援をしているが、支援内容の個別支援計画書への記載が一部の人だけで、選択メニュー等はない。全員が同じ時間に食堂で食事をしており、その食堂にはTVはなくBGM等も流れていないなど、場の雰囲気づくりが十分でない。		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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。	b
<コメント>居室・食堂・浴室・トイレ等は清潔であり、適温と明るい雰囲気を保っている。居室の多くは個室で2人部屋は8室あるが、プライバシー保護のため、カーテンで仕切られている。しかし、生活環境について、利用者の意向等を把握する取組みは行われていない。		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	c
<コメント>機能訓練等が必要な方は、対象者としていないため、支援の実施がない		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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。	a
<コメント>各支援の場を通じて、利用者の健康状態の把握に努め、嘱託医による年2回の定期健診や看護師による健康相談等を実施し、毎日バイタルチェックを行うことで、健康の維持に努めている。緊急時は、フローチャートに基づき医療との連携を適切に行い、毎年講師を招いて、健康に対する内部研修をしている。		

A12	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。	a
＜コメント＞「医務事業計画」に方針を明記し、管理者の責任を明確にしている。「服薬マニュアル」には、管理方法や留意事項が具体的に記載されている。医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制を構築し、アレルギー疾患等のある利用者に適切な支援を行っている。「衛生委員会」を産業医臨席のもと、月一回開催している。		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A13	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。	c
＜コメント＞社会参加や学習のための支援を行っていない。		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A14	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。	c
＜コメント＞地域移行に対し、利用者のニーズを把握していないなど、利用者への配慮・支援は行われていない。		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A15	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。	b
＜コメント＞「利用者急変時のフローチャート」に、健康面で変調が認められた場合、保護者への報告を明記し、小さな擦過傷程度も「事故」にカウントして、保護者への発生経緯を記載した事故報告書を作成している。しかし、家族支援に関しては基本的な考え方を明記した文書がなく、家族等のニーズの把握等もしていない。		

評価対象 A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A16	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。	非該当
＜コメント＞		

評価対象 A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		

A17	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。	非該当
＜コメント＞		
A18	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。	非該当
＜コメント＞		
A19	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。	非該当
＜コメント＞		

福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

①第三者評価機関名

(福) 静岡県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

名称：富士明成園		種別：障害者支援施設	
代表者氏名：岩山 俊秀		定員（利用人数）： 50名（ 47名）	
所在地：静岡県富士宮市山宮 3666 番地の 232			
TEL：0544-58-4858		ホームページ： https://fujiasahidegakuen.com/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成2年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人富士旭出学園			
職員数	常勤職員：	37 名	非常勤職員 2 名
専門職員	（専門職の名称）	名	
	医師	1 名	調理員 4 名
	看護師	1 名	サービス管理責任者 1 名
	生活支援員	28 名	管理者 1 名
	栄養士	1 名	事務員 3 名
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）	
	（個室） 14 室 （2人部屋） 21 室	活動棟 1 棟、食堂 2 室、浴室 2 室、 便所（男性用 4 か所、女性用 3 か所） 医務室 1 室、談話コーナー 3 室、 相談室・園長室 1 室、 洗面所 5 か所、運動場 1 か所	

③ 理念・基本方針

理念

- 1) 主体性の確立
- 2) 統合と共生
- 3) 地域に根差したリハビリテーション

基本方針

- 1) 利用者に「安心と安全」を提供できるように支援していく。
- 2) 「安心と安全」の体制づくりの強化を図る為、職員の利用者支援の向上と意識の高揚を図る。
- 3) 利用者の特性を考慮した快適な生活環境の構築を行う。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

1) 法人として『次世代育成支援対策推進法』に基づき、一般事業主行動を公表しています。また、次世代育成支援に関する取組の一環として、『子ども参観日』を設け、職員の子どもが施設見学や利用者の日中活動を体験し、親の職場への理解を深める機会としています。

2) 外部講師による音感療法（月4回）・陶芸活動（月1回）を通じて、利用者の特性を考慮した活動を行っています。また、音楽療法においては年度末に音感発表会を行い、陶芸活動の作品は富士宮市役所での作品展や愛護ギャラリーへ出品しています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和2年7月10日（契約日）～ 令和3年1月12日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1回（平成16年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・地域の事業所連絡会等に出席し、事業経営を取りまく動向等の把握に努めています。また、社会保険労務士からの助言や経営指標による経営分析をもとに課題を明らかにし、具体的な取組を進めています。

- ・事業計画の策定と実施状況の評価・見直しを組織的に行い、職員は理解しています。また、利用者に対しては、分かりやすく工夫した掲示物等を用いて周知しています。

- ・管理者は、遵守すべき法令等の正しい理解、福祉サービスの質の向上、並びに経営の改善や業務の実効性の向上のための取組に、指導力を発揮しています。

- ・管理者は、キャリアパス基準を設け、福祉人材の確保・育成等の具体的な計画を整備し、幅広く人材確保に努めています。また、社会保険労務士のアドバイスを受けて、人事基準を明確にし、職員自らが将来の姿を描くことが出来るよう、総合的な人事管理を行っています。

- ・事故発生時の対応マニュアルを策定し、定期的にリスクマネジメント委員会を開催しています。また、ヒヤリハット・事故報告を収集し、要因分析と改善策の検討・実施を行うことで、リスクマネジメント体制を構築しています。

- ・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に、責任と役割を明確にした管理体制を整備し、感染症の予防や発生時の対応マニュアルを策定しています。

- ・利用者の障害程度や健康状況に応じて、きめ細かな日中活動プログラム、機能訓練・生活訓練、健康状態の把握が行われており、基本方針の「利用者に『安心と安全』を提供できるように」に沿った福祉サービスが提供されています。

◇改善を求められる点

- ・施設の中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定、及び中・長期計画を踏まえた単年度計画の策定が望まれます。

- ・相談や意見に対するマニュアルが整備されていません。また、利用者からの意見等を把握するための取組が求められます。
- ・施設の立地的に地域住民や関係機関との連携・協働には工夫が必要ですが、情報収集や地域資源の開発、地域活動への参加支援といった取組により、利用者にとっての選択肢を増やしていくことが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福祉サービス第三者評価を受審した中で、事前準備として実施した職員全員による事業所の自己評価により、改めて自分たちが実践していることを振り返り、整理する時間を持ったことは、職員としての意識を向上させる機会としてたいへん有意義でした。また、受審結果において判断の理由や根拠について具体的な回答があり、施設としての今後の指標となりました。

指摘された課題をみんなで確認し、特に「利用者満足」の視点については、現状にとどまらず、さらに意識して情報の提供と周知、活動後の利用者の要望を把握する等具体的な取組みにつなげていきたいと思えます。

新型コロナウイルス感染症対策についてもご理解いただき、柔軟に対応していただき感謝致します。

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。

第三者評価結果〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組の余地がある状態

c 評価…b以上の取組となることを期待する状態

※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。

障害者・児福祉サービス版共通評価基準

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。	
1 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。	b
＜コメント＞ 法人及び施設の理念、基本方針を明文化し、パンフレットやホームページに掲載しており、施設内に掲示している。また、理事長通信では理念等を分かりやすく示すとともに、職員の朝礼では週に2回唱和している。しかし、利用者や家族に理解してもらうための工夫がなく、十分でない。	

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。	
2 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。	a
＜コメント＞ 地域の事業所連絡会や施設長会議等で、地域の特徴や経営環境の課題等を把握している。また、社会保険労務士からアドバイスを受け、経営指標を用いた経営分析を行っている。	
3 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。	a
＜コメント＞ 利用者の利用率や職員確保等の課題を明らかにし、理事会に報告し、役員間で課題を共有している。また、職員へは事業計画に掲載し、周知している。さらに、以前からの課題であった利用者のプライバシー確保に対しては、間仕切りのカーテンを設置するなど、改善の取組が行われている。	

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。	
4 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。	c

<コメント> 法人としての中・長期計画は策定しているが、施設の中・長期計画は策定していない。		
5	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。	c
<コメント> 中・長期計画が策定されておらず、新たに生じた課題に対しては、その都度、単年度計画で対応している。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	a
<コメント> 毎年、事業報告を作成する1月頃に、グループ毎に事業計画案を検討して策定している。また、事業計画は4月の職員会議で配布して、周知している。さらに、毎月、支援部会議で状況を把握し、見直し等が行われている。		
7	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。	a
<コメント> 毎年、利用者には個別面談で事業計画を説明し、また、分かりやすく工夫した掲示物等を用いて行事等の情報を周知している。		

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。		
8	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。	b
<コメント> 自己評価を年に2回行い、職員資質向上委員会でまとめ、職員に周知している。しかし、分析・検討が行われておらず、十分でない。		
9	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。	b
<コメント> 自己評価結果を文章化し、職員に配布して、課題を共有化している。しかし、改善に向けた取組が行われておらず、十分でない。		

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。		
10	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。	b

＜コメント＞ 管理者は基本方針で、施設の経営・管理に関する方針を明らかにし、自らの役割と責任については、事務分掌で明示している。また、事故対応マニュアル・フローチャートで管理者不在時の権限委任を明らかにしている。しかし、広報誌等を用いた表明が行われておらず、十分でない。		
11	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。	a
＜コメント＞ 遵守すべき法令等を一冊にまとめ、管理者はいつでも確認できる状況を整備するとともに、食糧は数社と取引するなど利害関係者との適正な関係を保持している。また、監事監査研修に参加する、施設の法令遵守規定を定める、職員にコンプライアンス研修を受講させる、職員会議で周知を図るなど、法令等を正しく理解するための取組を行っている。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	a
＜コメント＞ 職員と年に2回面接し、福祉サービスの課題等を把握し、処遇検討委員会で改善の取組を行っている。課題となったシャワー浴のみの利用者の処遇改善を図るために、特殊浴槽の設置を進めるなど、指導力を発揮している。さらに、アンガーマネジメントの研修を行うなど、福祉サービスの向上に向けて指導力を発揮している。		
13	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。	b
＜コメント＞ 管理者は、毎月法人の運営委員会に出席し、社会保険労務士が分析した労務・財務等の資料をもとに、組織の基本方針等の実現に向けて、取組んでいる。特に有給休暇の取得については各自の目標を定め、計画的に取得するように指導している。さらに、処遇改善加算を取得するために、職員を増員するなど経営の改善に積極的に取組んでいる。しかし、定員の充足に向けた取組が十分でない。		

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。		
14	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。	a
＜コメント＞ 職員のキャリアパス基準を設け、必要な福祉人材の確保や育成等の具体的な計画を整備している。また、マイナビや福祉医療情報サイトを利用して、新卒者だけでなく中途採用者を含む人材確保に努めている。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
＜コメント＞		

基本方針等にもとづく「期待する職員像」を就業規則の中に職員の心得として明示している。また、今年度からキャリアパス制度を導入し、社会保険労務士のアドバイスをもとに、人事基準を明確にし、職員自らが将来の姿を描くことが出来るように改善した。さらに、自己評価アンケートと年2回の面接から、職員の処遇水準の改善策等を検討している。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	b
<コメント> 職員の面接により就業状況や意向を把握するとともに、時間外勤務を毎月チェックしている。また、産休明け職員を日勤勤務に当てるなど、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。さらに、職員の心身の健康確保については、年に1回のストレスチェックを行うほか、有給休暇の取得を積極的に進めている。それに加え、ソウエルクラブに加入して総合的な福利厚生を実施している。しかし、職員の悩み相談窓口が設置されておらず、十分でない。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	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。	b
<コメント> キャリアパス制度の導入により、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築し、年に2回の面接でキャリアパス基準に沿って目標を設定している。しかし、進捗状況及び目標達成度の確認において十分でない。		
18	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。	b
<コメント> キャリアパス制度をもとに、専門資格等を明示し、教育・研修を行っている。また、新型コロナウイルスやパワーハラスメントについての研修を行うなど、必要に応じて研修内容の見直しを行っているが、定期的な見直しはなく、十分でない。		
19	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。	a
<コメント> 職員の専門資格の取得状況等を把握しており、外部研修に関する情報を開示し、キャリアパス制度を用いて職員の職務に必要な知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。また、新規職員にはベテラン職員をつけるなど、OJTが適切に行われている。		
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。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<コメント> 実習生の受入れについてはマニュアルを整備し、専門職の研修・育成に関する基本姿勢が明文化されている。また、指導者は研修を受け、学校と連携を密に取っている。しかし、専門職種の特性に配慮したプログラムがなく、十分でない。		

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。		
21	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。	a
〈コメント〉 理念や運営状況、苦情の情報をホームページで公開し、広報誌を小中学校・高校などに配布し、富士旭出作品展にてパンフレット・旭出だよりを配布するなど、情報公開が適切に行われている。		
22	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。	b
〈コメント〉 経理規定上に取引に関するルール等の明記があり、権限・責任が明確にされ、職員等にも周知している。社会保険労務士によるコンサルティングと定期的な内部監査も実施しているが、外部の専門家による監査支援等の実施はない。		

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。		
23	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。	b
〈コメント〉 基本理念に地域に根差した施設を明示し、散髪や買い物、食事などで地域に出て、交流の機会を設けるとともに、ふれあい祭りに地域の人を招いて交流を図っているが、施設が住宅地から離れていることを踏まえた、地域の情報の収集や行事参加などの支援が十分でない。		
24	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。	b
〈コメント〉 マニュアルに受入れの意義が示され、担当者も明らかにされているが、地域の学校教育等への協力については明示されておらず、受入れ時のプログラムも定められていないなど、受入れについての体制が十分でない。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	b
〈コメント〉 地域の関係団体の定期的な会議に出席し、関係機関・団体の機能や連絡方法を把握しているが、関係機関等を網羅したリストを作成していないなど、職員間での情報の共有化が十分でない。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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	c

	ている。	
<コメント> 社協や相談事業所から相談があった場合に対応するなど受け身の姿勢であり、地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための積極的な取組が行われていない。		
27	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。	b
<コメント> 地域のニーズに対応して日中一時受け入れや短期入所を行うとともに、災害時における福祉避難所として指定を受け、住民の安全・安心のための備えを行うほか、犯罪者の更生のための活動の一環として、支援団体に除草作業の場を提供するなどの協力を行っているが、計画等に明示されていないなど十分でない。また、福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組も積極的に行っていない。		

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。		
28	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。	a
<コメント> 利用者を尊重した福祉サービスを理念や基本方針に明示し、権利擁護マニュアル・接遇マニュアル・倫理綱領等を策定するとともに、その姿勢が事業計画等に反映されている。職員に対し共通理解を図るための取組として、朝の打ち合わせ時（火・水）に倫理綱領を唱和し、打ち合わせを行う部屋の白板に倫理綱領を掲示している。また、支援部会議やモニタリングおよび職員チェック表で、状況の把握・評価等を行っている。		
29	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。	b
<コメント> プライバシー保護マニュアルには姿勢や責務等が明記されていないが、支援マニュアルにはプライバシーの保護に関する留意事項を記載し、虐待防止、権利擁護の研修にも毎年参加している。2人部屋の場合、カーテンを用いてプライバシーの保護に努めている。しかし、利用者や家族にプライバシーの保護と権利擁護に関する取組の周知を行っていない。		
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。		
30	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。	a
<コメント> 理念や基本方針、福祉サービスの内容や施設の特性を紹介したパンフレットをハローワークや市社協等に配布し、ホームページに掲載し多くの人が知ることが出来る環境を整えている。また、利用希望者の一日利用にも対応するなど、福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供しており、パンフレットの見直しも適宜行われている。		

31	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。	b
<コメント> 福祉サービスの開始・変更にあたり、重要事項説明書にルビを振るなど、利用者に分かりやすいように工夫された資料を用いて説明し同意を得ている。しかし、意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化されておらず、十分ではない。		
32	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。	c
<コメント> 利用者の機能低下に合わせ他の福祉施設に移行する取組が行われているが、福祉サービスの継続に配慮した手順と引継ぎ文書を定めておらず、担当者や窓口の設置もない。また、終了時における説明内容を記載した文書がない。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	c
<コメント> 利用者の担当職員が個別に話を聞いたり、行事後に保護者の話を聞いたりして、サービス改善に努めているが、利用者満足を把握するための仕組みの整備がなく、アンケート等も実施していない。		
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。		
34	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。	b
<コメント> 苦情解決のための体制を整備し、掲示物により利用者に周知している。また、苦情に関する法人本部苦情解決班や資質向上委員会で検討し記録も整備している。さらに、広報紙やホームページで利用者や家族にフィードバックしている。しかし、苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施していないなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫の面で不十分である。		
35	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。	c
<コメント> 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選ぶことのできる体制が整備されていない。また、常設の相談スペースも確保されていない。		
36	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。	c
<コメント> 相談や意見への対応マニュアルを整備しておらず、利用者からの意見の把握が行われていない。		
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。		
37	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	a

	マネジメント体制が構築されている。	
<コメント> 事故発生時の対応マニュアルを策定し、定期的にはリスクマネジメント委員会を開催している。職員には、「事故対応フローチャート」により周知を図っている。また、ヒヤリハット・事故報告を収集し、要因分析と改善策の検討・実施をしている。		
38	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。	a
<コメント> 責任と役割を明確にした管理体制を整備し、感染症の予防や発生時の対応マニュアルを策定している。会議等で職員周知を図り、定期的な見直しもしている。職員が「社会福祉施設等における感染症対策研修会」に参加し、会議で報告している。また、感染症対策委員会を設置し、発生時、速やかな対応を行っている。		
39	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。	b
<コメント> 災害時における対応体制等をマニュアルで定め、消防署の協力を得て、避難訓練等を行っている。また、食料等の備蓄リストを作成し、管理者を決めている。しかし、利用者等の安否確認の方法等を定めておらず、事業継続計画の策定もないなど、十分でない。		

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。		
40	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。	a
<コメント> 「プライバシーの保護マニュアル」や「サービス提供マニュアル」に、提供する福祉サービスについての標準的な実施方法及び利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護に関わる姿勢が明記されており、職員室に配架し、職員が日常的に閲覧できる体制になっている。また、内容については研修で周知している。		
41	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。	b
<コメント> 6ヶ月毎に処遇検討委員会を実施し、個別支援計画等の実施方法・内容について、適切であったかどうか職員間で話し合い検証・見直しを行っているが、サービス提供マニュアルの見直しについて、検討・実施までには至っていない。		
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。		
42	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。	b
<コメント> 支援計画を作成する際に利用者、家族の意向を確認しアセスメントを行い、職員間で連携し		

総合的な視点から個別支援計画が作成されているが、施設外の職種や関係機関と連携した個別支援計画の作成までには至っていない。		
43	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。	a
<コメント> 定期的な個別支援計画の見直しの会議のほか、毎月必要に応じて支援部会議を行い、支援内容の微調整が必要なケースについては、本人の特性の把握に努めて個別支援計画の見直しに反映させている。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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。	a
<コメント> 利用者に関する福祉サービスの実施状況について、パソコンのネットワークシステムを活用し、ケース記録とともに夜勤日誌、活動日誌など日々の記録の共有や供覧によって共有化が行われている。記録については法人内研修で指導が行われており、さらに、個別計画書等についてはケース会議等で定期的に情報共有が図られている。		
45	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。	a
<コメント> 個人情報保護規程によって利用者に関する記録の管理体制が定められており、取扱いについては毎年4月1日に利用者や家族に、確認書によって同意を取っている。主任が記録管理責任者として取扱いの周知を行っている。		

障害者・児福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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		
A①	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。	b
<コメント> 意思決定や判断が難しい重度の利用者が多い中、嗜好品、外出、趣味の活動、理美容室等について、利用者が選択できるよう柔軟に対応しているが、利用者の主体的な活動や自己決定の支援について、ニーズを把握する取組が不十分である。		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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。	a
<コメント> 虐待防止マニュアルの整備や虐待防止委員会の設置により、虐待防止のための計画づくり、チェック体制の整備、発生した場合の検証と再発防止策の検討、通報窓口の明確化が行われている。また、行動制限を行っている利用者については、毎月委員会において職員で話し合いをして解除や緩和に向けて努めている。さらにコンプライアンス研修に参加し、職員間で共有している。		

評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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。	a
<コメント> 重度の利用者が多く、社会参加に向けた支援が難しい中、生活の自立を重視し、安心・安全な生活が送れるような見守りや介助の体制づくりとともに、必要に応じて行政手続や生活関連サービス等の利用を支援している。		
A④	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。	b
<コメント> 週1回の音楽療法によって、グループ別に楽器や手拍子によるコミュニケーション能力を高める取組や、イラストを活用して利用者の意思や希望の把握に努めているが、コミュニケーション機器の活用は行われていない。		
A⑤	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。	b
<コメント> 療育グループ、生き生きグループ、自助グループなど利用者の適正に応じたプログラムによ		

って支援が行われており、ケース会議や支援会議で支援状況について職員間の共有が図られている。また、利用者の外出希望に対しては、職員会議の中で話し合っている。嗜好についても可能な限り対応しているが、外出対応は施設として限界があり、重度のコミュニケーションが困難な利用者までは支援が十分ではない。		
A⑥	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。	b
＜コメント＞ 事業計画の中で療育グループ、生き生きグループ、自活グループ、陶芸活動、園芸活動を位置づけており、個別支援計画にもとづき、利用者に沿った活動やプログラムの支援や、本人の希望によって選挙の投票を支援している。また、ふれあいまつりで地域の関係者を招いて催し物を開催しているが、地域における日中活動の利用支援は十分でない。		
A⑦	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。	a
＜コメント＞ 行動障害の利用者に対しては、支援計画シートを作成した上で支援手順兼記録用紙によって、利用者の行動や生活の状況を把握し、職員間での共有が図られている。また、外部講師を招いて行動障害に関する研修を行い、質疑や感想の振り返りによって、専門知識の習得と向上が図られている。		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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。	a
＜コメント＞ 食事の支援については個人カルテで栄養・食事状況、身体状況調査を行っている。また、個別支援計画において、排せつ、入浴、移動支援が必要な利用者の状況が把握できる体制となっている。排せつについては、排便チェック表によって日々経過観察を行い、移動支援については、重度の方の転倒防止に向けて複数の職員で対応している。		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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。	b
＜コメント＞ 生活環境に係る利用者からの苦情受付書によって、利用者の特性、相性、機能面を配慮して複数の利用者の部屋を調整するなど、快適性に配慮している。生活環境については整備上、2人部屋が多くカーテンの設置をしているが、プライバシーの配慮や利用者の意向に沿った調整には限界も生じている。		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	a
＜コメント＞ 定期的に医療機関での医師の診断や理学療法士の筋力についての診察を受け、意見やメニューに沿ったリハビリの支援が行われている。リハビリメニューについては写真で確認できるよう工夫されている。また、個別支援計画書におけるリハビリの定期評価や、活動日誌によ		

って職員間の情報共有が図られている。		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A11	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。	a
<コメント> 毎朝の血圧測定、1日2回の体温測定（感染症流行時は3回）のほか腎機能障害に係る体重測定への対応など、利用者の健康状態に合わせたバイタルチェックの支援が行われており、必要に応じてすぐに対応ができるよう危機管理・緊急時の対応マニュアルが整備されている。また、年2回の医師の訪問診察時に健康相談が行われている。		
A12	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。	a
<コメント> 服薬については、薬の管理マニュアル、誤薬時の対応マニュアル、業務マニュアルに沿って適切に支援が行われている。また、定期診察一覧表で利用者ごとの疾患、かかりつけ医、診察月等が整理され、計画的に医療的な支援が行われている。さらに職員が感染症対策の研修に参加し、会議等で共有を図っている。		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A13	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。	b
<コメント> 利用者の食事や買い物ドライブの希望を把握し計画化しており、行事については日帰り旅行などを実施し、終了後には反省点を記録して振り返りを行っている。また、家族との外出、外泊を随時支援している。重度の利用者が多いためニーズ把握や社会参加、学習の機会の提供は十分ではない。		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A14	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。	c
<コメント> 地域で生活することが困難な方が入所するケースが大半であり、地域移行にはつながっていない。利用者も高齢化しており、グループホームから入所するケースもある。		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A15	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。	a
<コメント> 家族との連携が必要なケースは個別支援計画書に記載されており、計画の更新の際には家族に来所してもらい、説明して同意を得るとともに、相談があった際は助言を行っている。また、遠方の家族にはリモートでの面会ができるよう支援がなされている。さらに、重要事項説明書において緊急時の対応についての記載があり、対応の記録も行われている。		

評価対象 A－3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	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。	非該当
＜コメント＞		

評価対象 A－4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	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。	非該当
＜コメント＞		
A⑱	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。	非該当
＜コメント＞		
A⑲	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。	非該当
＜コメント＞		