

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書
【障がい福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	守口市立わかたけ園	
運営法人名称	社会福祉法人 守口市社会福祉協議会	
福祉サービスの種別	生活介護・自立訓練	
代表者氏名	園長 東 直樹	
	管理者（副園長） 北西 康伸	
定員（利用人数）	生活介護 44名（44名） / 自立訓練 6名（5名）	
事業所所在地	〒 570-0032 守口市菊水通2丁目8-17	
電話番号	06 - 6997 - 4748	
FAX番号	06 - 6997 - 4745	
ホームページアドレス	http://moriguchishi-syakyola.coocan.jp/wakatake.html	
電子メールアドレス	wakatake@galaxy.ocn.ne.jp	
事業開始年月日	平成20年4月1日	
職員・従業員数※	正規 6名	非正規 13名
専門職員※	障害者支援区分認定調査員：9名 社会福祉士：3名 認定特定行為業務従事者：6名 介護福祉士：1名 精神保健福祉士：1名 ヘルパー2級：3名 社会福祉主事：1名 保育士：3名 相談支援専門員：2名 看護師：1名 介護支援専門員：1名 ガイドヘルパー：3名	
施設・設備の概要※	[居室]	
	[設備等]	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	1回
前回の受審時期	平成24年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

本法人は、「みんなで参加、誰もが安心して暮らせるもりぐちのまちづくり」を基本理念に掲げ、さまざまな福祉活動に取り組んでいます。」

●運営方針

1. 利用者のかかえる生活上の困難、課題を明らかにし解決のため支援を行うことを目的とします。
2. 障がいのある人の権利を擁護し、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者本位で利用者の立場にたった支援を行います。
3. 地域との結びつきを重視した運営を行い、家庭をはじめ、近隣、保健・医療、福祉機関、福祉サービス事業者などと連携に努めます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 評価対象事業は、生活介護（定員44名）、自立訓練（生活訓練、定員6名）の多機能型事業所です。重度・重複障がい者を積極的に受け入れており、療養手帳の総合判定A（重度）の人が81%を占めます。
また、医療的ケアの必要な人のために医療機関とも連携し、現在は2名利用しています。

2. 利用者、ご家族との日常的なコミュニケーションを大切にしています。利用者との何気ない話や表情、振る舞いなどからも「思い」を汲み取り、安心して満足いただけるよう職員一同で支援に取り組んでいます。

3. 利用者に満足いただけるよう利用者の幅広いニーズに合わせた取り組みを行っています。生活介護は、軽作業、創作活動（手織り、絵画、色塗り、陶芸、皮細工等）、運動（体操、ダンス、散歩、3B体操）、余暇運動（ゲーム、音楽・映画鑑賞、カラオケ、ドライブ、調理、パソコン）、また社会資源（温水プールや図書館、コミュニティーセンター、野外活動センター、ショッピングセンター等）も活用し、社会へ参加する機会も設けています。主な年間行事としては、春と秋、年度末の行楽行事、もちつき大会、年末パーティー等です。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	有限会社リファレンス 評価事業部
大阪府認証番号	270030
評価実施期間	平成28年12月20日～平成29年3月28日
評価決定年月日	平成29年3月28日
評価調査者（役割）	0501B009（運営管理・専門職委員） 0501B073（運営管理委員） ()

【総評】

◆評価機関総合コメント

「守口市立わかたけ園」は、地域の福祉活動の拠点である守口市社会福祉協議会の運営で、昭和57年知的障害者福祉法に基づく知的障害者通所更生施設として開設された歴史ある施設です。守口市より平成26年度から平成30年度末まで5年間の指定管理者として受託しています。（平成18年度から継続管理運営）

わかたけ園は京阪「西三荘駅」から徒歩10分の場所にあり、近くには大型ショッピングセンターやスーパーマーケット、また自然豊かな鶴見緑地公園や淀川の堤防も近い場所にあり、日課の散歩やレクリエーションでよく利用されています。

現在、定員が充足しており、支援学校卒業予定者等の希望に添えない状況ですが、支援学校との連携を図りながら利用を必要とされている人の情報交換に努めています。

今後もこれまで法人が築きあげてきた運営のノウハウとマンパワーを活用し、様々な関係機関との連携を図りながら、障がいのある人の支援が途切れることなく、福祉サービスを提供し続ける拠点施設としての役割を果たしていくことを期待します。

◆特に評価の高い点

●社会的使命を果たしている

他の事業所での対応が困難なケース（強度行動障がい、難治性てんかん、重複障がい）や医療的なケアが必要な人等を積極的に受入れており、高度な専門知識・技術を有した経験豊富な職員（喀痰吸引等業務従事者等）によるサービスの提供に努めています。

●利用者、家族の信頼が厚い

ご利用者満足度アンケートではとても高い評価です。

「このまま続けて現在のサービスを利用したいと思えますか」100%

「あなたの意見や思いは、尊重されていると思えますか」91.4%

「職員は、あなたが困ったときや悩んだとき、いつも相談にのってくれますか」88.6%

日頃から利用者や家族に寄り添い、地域からも信頼が得られるように地道に取り組んでこられた結果であると考えられます。

●チームワークにおける人間関係の良好

職員アンケートでは高い評価です。

「職場は雰囲気が良いと思えますか」91点/100点

「職場は他職員と連携がスムーズですか」81点/100点

「職場は自由な提案ができると思えますか」86点/100点

職員に守ってもらいたい「法令遵守」「説明責任」「報告・連絡・相談」の周知徹底が図られており、終礼や会議その他適時話し合いの場を設けていること。また、職員に職務権限を与え、その仕事の成果が正当に評価されている結果だと考えられます。

●福祉サービスの継続性に配慮した対応

施設・事業所の変更や移行にあたり、施設等の事前見学や体験に同行し利用者が不安なくサービスを受けられるよう配慮されています。退所後も必要に応じてご家族等の相談にも応じています。

◆改善を求められる点

●職員一人ひとりの育成に向けた取り組み

職員アンケートの評価です。

「仕事を通して自分自身が成長していると思いますか」79点/100点

「今の仕事が自分の能力に合っていますか」80点/100点

職員自身が目標・水準・期限を立て、それに対する自己評価と目標達成度を確認する機会などを設けて、一人ひとりの育成に向けた取り組みを期待します。

●施設設備の充実

ご利用者満足度アンケートでの評価です。

「施設の設備は充実していますか」54.3%

利用者や家族、職員から要望も聞きながら、現在の環境課題の改善が望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価は二度目の受審となります。

客観的な基準での評価により、振り返りができ、本施設の現状レベルも把握することができました。見直しや改善の必要性をご指摘いただきました点については、真摯に受止め改善に努めていきたいと考えております。

今後も利用者さん、ご家族、地域の皆さんに信頼される施設運営に努め、質の高いサービスを提供していきたいと思っております。

ありがとうございました。

◆第三者評価結果

- ・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

評価結果	
I - 1 理念・基本方針	
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。 a
(コメント)	<p>理念は法人のホームページに、運営方針はわかたけ園のホームページやパンフレットに明確に示されています。また、利用者や家族にも目に触れるよう、園の玄関に掲示され、周知を図っています。</p> <p>日々の会議などで、理念や方針に基づいた事例をあげながら説明し、職員の意見及び利用者の意向を尊重して運営に当たっています。</p> <p>◎職員アンケートでは、「法人は、理念に沿った経営をしていると思うか」85点/100点と評価されています。</p>

評価結果	
I - 2 経営状況の把握	
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。 a
(コメント)	<p>本法人の社会福祉協議会をはじめ、障害福祉課、支援学校、市の自立支援協議会や通所サービス部会での情報を基に、福祉事業全体の動向について情報を収集し分析しています。</p> <p>また、併設の相談支援事業所と連携を図り、利用者の解決すべき課題やニーズの把握に努め、地域において必要な福祉サービスの改善に努めています。</p>
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)	<p>事業計画から財務、職員体制、設備の整備などの課題の解決、改善に向けて取り組まれていることが見て取れます。</p> <p>定員はほぼ毎年充足していますが、他の事業所で適応が困難なケース、強度行動障がい、難治性てんかん、重複障がい、医療的なケアが必要な人を積極的に受け入れています。</p>

評価結果

I-3 事業計画の策定

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。 **a**

(コメント)

本法人において「第3次もりぐち地域福祉活動計画（平成28年度～32年度）」が策定されています。
第1次（平成18年度～22年度）、第2次（平成23年度～27年度）の計画で実践してきた方策を検証し、地域の福祉関係の委員をはじめ、「住民意識アンケート調査」を行い、3つの基本目標を掲げ、5カ年の実践方針を定めています。年度ごとに計画の進捗状況を検証し、必要な見直しを行っています。

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。 **a**

(コメント)

事業計画では、利用者の福祉の向上を図るための運営方針を掲げ、提供サービス内容、利用料、活動内容やプログラムの体制、業務分担を明示した内容となっています。

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。 **b**

(コメント)

事業計画などの運営に関する重要な事項は、職員会議などで周知を図っています。事業計画の策定・見直しは、活動内容やプログラムの体制、業務分担などは職員会議などで意見や提案を取り入れ改善を図っていますが、全ての計画において理解を促す取り組みはなされていません。

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)

事業計画の主な内容は、重要事項説明時、保護者会、役員会などで説明し、配布されています。今後は、ホームページや機関紙「わかたけだより」に掲載するなど、利用者や家族に理解を深める取り組みを期待します。

評価結果

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。 **a**

(コメント)

日々の終礼、毎週水曜日の午後に様々な会議が行なわれ、サービスの内容の計画、実施、状況の確認、検討、見直しが行われています。
年1回の自己評価を行なうとともに、第三者評価も2回目の受審であり、常により良い支援を目指すために定期的な受審を心がけています。

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。 **a**

(コメント)

建物が建てってから34年が経過しており、事業実施のため設備の改修が必要な場合は、守口市と協議しながら設備の改修を実施しています。
職員の処遇や配置計画などは、改善が図られるよう取り組んでいます。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
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。	a
(コメント)	施設長は、年度初めの機関紙「わかたけだより」で事業所で取り組むべきことを明示しています。 管理者の役割や権限は、「職員行動規範」「組織体制」「職員分掌」「職員業務内容」「職員勤務表」に記載しており、職員には会議や研修などで理解を図っています。	
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)	新任職員は、「倫理綱領」「職員行動規範」「就業規則」など、職務に専念することや守秘義務等、その他法令に関する研修を行っています。 管理者は、園外の研修に参加し幅広い分野の知識を深める取組を行っています。	
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。	a
(コメント)	管理者2人体制で、お互い話し合いながら意思疎通を図り、責任者として指導力を発揮しています。職員に守ってもらいたい「法令遵守」「説明責任」「報告・連絡・相談」の3項目を職員室に掲示し、周知徹底を図っています。 ◎職員アンケートでは、「上司を信頼しているか」83点/100点と評価されています。	
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。	a
(コメント)	職員処遇、人員配置計画などの明確なデータを提示し、本法人の主任会議で要望、提言しています。 ◎職員アンケートでは、「業務に関して上司から一貫した指示を受けているか」81点/100点、「職員に重要な情報を知らせてくれているか」80点/100点、「職場は、職務遂行に相応しい環境になっていますか」83点/100点と評価されています。	

評価結果

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

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。	a
(コメント)	各業務ごとの正規職員、非正規職員の「職員推移配置計画（平成23年度～33年度）」が作成され、計画に基づいた人材の確保、業務継承が実施されています。平成29年度から契約職員（5年経過後）も引き続き勤務することができます。	

Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<p>「人事考課制度実施要綱」「考課項目表」が整備されています。一次考課、二次考課、三次考課（検討会議）のスケジュールが立てられ、公正な人事考課が年2回実施されています。個別に面談を行い、考課内容を説明しています。</p> <p>◎職員アンケートでは、「仕事の成果が正当に評価されていると思いますか」83点/100点、「上司は成果をフィードバックしてくれていますか」81点/100点と評価されていますが、「現在の報酬に満足だと思えますか」67点/100点とやや低い評価となっています。賃金の水準など他の事業所などと比較・検討を行い改善されることを期待します。</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組んでいる。	a
(コメント)	<p>職員の表情などから心理状況を汲み取り、積極的に声をかけてコミュニケーションを図り、ストレスの少ない働きやすい職場づくりに取り組んでいます。有給休暇は、労働基準法に基づき取得でき、15分単位で利用することも就業規則に記載されています。有給休暇の取得状況など把握できるよう休暇表が作成され確認しています。</p> <p>◎職員アンケートでは、「職場は雰囲気が良いと思えますか」91点/100点、「職場は自由な提案ができると思えますか」86点/100点と評価されています。</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。	b
(コメント)	<p>資格が取得ができるように、スキルアップ計画（平成25年度～30年度）が立てられています。個別面談での考課はされていますが、職員自身が目標・水準・期限を立ててそれに対する自己評価と目標達成度を確認する機会が設けられていません。今後は、一人ひとりの育成に向けた取り組みを期待します。</p> <p>◎職員アンケートでは、「仕事を通して自分自身が成長していると思えますか」79点/100点と評価されています。</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。	a
<p>(コメント) 「職員行動規範」に自己研磨に努めることが定められており、積極的に学習する機会を持ち研修会に参加することや常に自分の言動を振り返り、支援者間相互においても支援のありかたを点検し日々の支援に活かすなどが明記されています。研修担当者が職員研修の立案・実施、記録の作成をしており、「園研修計画（年間計画）（個別研修）」に沿って研修を実施しています。</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。	a
<p>(コメント) 正規・非正規職員とも学習する機会を設け、園内・園外研修を実施しています。新任職員は、「研修マニュアル」に沿って実施しています。園外研修の場合は、“感想”と“園で活用できること”を記入した研修報告書を提出し、全職員に回覧し情報の共有を図っています。</p> <p>◎職員アンケートでは、「職場はあなたの能力向上を支援してくれていますか」83点/100点と評価されています。</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。	a
<p>(コメント) 職員の誰でも担当できるように「実習生受け入れマニュアル」が整備されています。実習生・ボランティアの担当者が受け入れの計画作成と実施を行い、社会福祉実習、教育実習、福祉体験学習、介護職員初任者研修等を受け入れ、地域に開かれた研修機関としての機能を果たしています。</p>	

評価結果	
II-3 運営の透明性の確保	
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。	a
<p>(コメント) 本法人のホームページに、「現状報告書」「資金収支計算書」「事業活動収支計画書」「貸借対照表」が公開されています。ホームページをリニューアルする予定があり、利用者や家族からの意見や苦情内容も公開し、より透明性の確保に努められることを期待します。</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。	a
<p>(コメント) 本法人の社会福祉協議会は公共性の高い非営利法人なので、より透明性の高いルールが設けられています。年2回及び適時、本法人の三役会、理事会、評議員会による審議、決議があり、第三者の会計監査、監事による監査・調査を経て、透明性の高い経営・運営を行っています。</p>	

II-4 地域との交流、地域貢献

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。

a

(コメント)

「みんなで参加、誰もが安心して暮らせるもりぐちのまちづくり」を基本理念に掲げており、事業計画書にも「近隣地域との連携」について明文化しています。本法人主催の「ボランティアフェア」「守口市民まつり」には利用者とともバザー係で参加しています。市主催の「守口市民スポーツ大会」には市民の方や他の事業所等の交流を図る機会を設けています。

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。

a

(コメント)

「ボランティア受け入れマニュアル」が整備されています。ボランティアの方に配布する「ボランティアをしていただく方」には、行動規範がわかりやすい内容で作成されています。各行事のお手伝いやクラブ活動、くみひもを指導される先生など、元職員やお友達、本法人のボランティアセンターなど、多くのボランティアを受け入れています。学生にも参加してもらえるように、サマーボランティアなどの機会を設けています。

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。

a

(コメント)

「守口市障害者自立支援協議会」には施設長が委員として参加し、各専門部会の「就労支援部会」「相談支援・権利部会」「通所サービス部会」等には相談支援専門員やサービス管理責任者が参加しています。各関係機関と連携を図りながら地域のニーズや課題を共有し、諸問題の解決に向けた方策について検討しています。個々の利用者の状況に対応できるよう、短期入所施設やグループホームなどのパンフレットを集めるなど、社会資源リストを作成しています。

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。

a

(コメント)

夏に開催している「わかたけ祭り」では、園内に展示している利用者の手作り作品を見てもらうなど、地域の方々との交流を深めています。2年前から市からの依頼を受け、就労されている当事者のサークル「働く仲間の集いの会」の支援を行っています。

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。

a

(コメント)

現在、わかたけ園では「障害者支援区分認定調査員」が9名おり、守口市障害程度区分認定調査事業の委託を受け、公正な認定調査を行っています。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
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。	a
(コメント)	<p>利用者権利擁護についての研修（倫理綱領・行動規範・虐待防止）、各リスクマネジメントについての研修会の計画が立てられ、適宜実施しています。利用者の尊厳と人権を守り、支援者としての職務を自覚し、適切な支援ができています。「職員自己チェック表」を用いて、研修時に年2回、自己の点検を行っています。</p> <p>◎利用者アンケートでは、「あなたの意見や思いは尊重されていると思いますか」91.4%と高く評価されています。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>利用者のプライバシー保護等は「職員行動規範」内の“遵守事項”に記載されています。また、「ケアマニュアル」の排泄支援において、言動やケアについて配慮する内容が明示されています。</p> <p>「虐待防止対応規程」「虐待防止対応マニュアル」が整備されています。</p> <p>◎利用者アンケートでは、「職員の言葉遣いや態度は心地よいものですか」80%、「プライバシーは守られていますか」80%と評価されています。</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。	a
(コメント)	<p>園の概要やサービス内容は、ホームページやパンフレットで情報を提供しています。利用を始める際には、事前に利用者や家族に対して見学や面談を行い、福祉サービスの内容、支援の基本方針などの説明を十分に行っています。今後はホームページ等で、さまざまな計画とその報告内容が充実し、利用者および家族だけでなく、地域社会に広く公開されることを期待します。</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。	a
(コメント)	<p>利用者に「園のしおり」「利用される方に」を配布し、わかりやすいように口頭による朗読や代替コミュニケーション手段を用いるなど工夫しています。同じように「重要事項説明書」も丁寧に説明を行い、契約の締結をしています。</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。	a
(コメント)	<p>申請から利用契約、退所の手順が記載された「入退所マニュアル」が整備されています。</p> <p>施設・事業所の変更や移行にあたり、サービスの継続性に配慮した対応を行っています。施設等の事前見学や体験に同行し、利用者が不安なくサービスを受けられるよう配慮されています。サービス利用手続きがスムーズにいくようサービス事業者に対して、利用者の同意のもとに情報の提供を行っており、退所後も必要に応じてご家族等の相談にも応じています。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
(コメント)	利用者の満足度調査を年1回実施し、結果やご意見に対して、サービスの見直し、改善を図っています。 月1回開催の保護者役員会と適宜開催の保護者会には施設長が参加し、日頃のサービスについての説明を行い、理解と協力が得られるようにしています。 気になることがあればサービス記録や送迎のときに家族に伝え、利用者の生活状況や健康面の把握に努めています。また、モニタリングや懇談会、家庭訪問による相談も実施しています。	
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。	a
(コメント)	苦情解決のために、本法人に第三者委員が設置されています。 「苦情解決に関する規定」「苦情解決フローチャート」が整備されています。 利用者や家族からの苦情の申し出は、口頭、サービス記録、電話等あらゆる手段で受け付け、その内容は速やかに終礼や支援会議、職員会議で報告され、支援の内容や生活環境等の改善に努めています。	
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。	a
(コメント)	「思いの箱」を設置し、利用者や家族からのさまざまな苦情や意見を投函しやすい環境を整備しています。相談内容によっては、静かな相談室でじっくりお話を聞くよう配慮しています。 ◎利用者アンケートでは、「職員はあなたが困ったときにいつも相談にのってくれますか」88.6%、「職員は不満や意見に対してきちんと対応してくれていますか」74.3%と評価されています。今以上に話しやすい環境づくりを目指し、取り組まれることを期待します。	
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	a
(コメント)	わかたけ園では、職員間の「報告・連絡・相談」を徹底しており、利用者との日常的な支援やコミュニケーションにおける「気づき」にも、苦情に至らないようすぐに対応することを心がけています。 サービス記録や電話等での家族からの意見にも耳を傾け、必要であればご家庭へ訪問し、家族に寄り添いながら利用者の生活支援の向上に努めています。	
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。	a
(コメント)	本法人にリスクマネジメント（安全管理）検討会があり、事故及びヒヤリハット事例のデータ収集を行い、今後発生が予想されるリスクの把握・分析を行い、事故を未然に防ぐためのマニュアル策定、職員への周知を図っています。 毎日の終礼で、事故に至らなかったヒヤリハット報告を行い、その日のうちに再発防止の対策を職員間で検討しています。 利用者や職員への危害を未然に防ぐための「不審者対応マニュアル」や「施設内事故・事故対応マニュアル」「施設利用者の行方不明等事故対応マニュアル」「送迎車の交通事故対応マニュアル」が整備され、安全管理に取り組んでいます。	

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)	<p>感染症・食中毒の発生やまん延防止、衛生管理と感染症予防対策のため、食事前、トイレ後の手洗いの徹底、毎日使用する机やイス、手すり、トイレ、コップ、歯ブラシの消毒を行っています。</p> <p>「食中毒・感染症等対応マニュアル」が整備され、園内のリスクマネジメント研修（感染症対策）や必要に応じてマニュアルを用いた研修が行われています。</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。	b
(コメント)	<p>防災対策では定期的に防災・避難訓練を行い、災害備蓄品（食料と飲料水2日分）を備えています。</p> <p>日常の予防管理として、各所火元責任者の分担が決まっています。また、非常時における体制が構築されています。</p> <p>災害発生時には、緊急連絡先等の書類を一式にまとめた非常時持ち出し袋が用意されています。</p> <p>「防災計画（防災対策マニュアル）」が整備されています。</p> <p>①火災時対応マニュアルには、火災報知設備・非常警報設備の復旧のしかた、消火器の設置場所など一目で理解できるよう写真で掲載しています。</p> <p>②地震対応マニュアルには、通所前、通所後、発生から30分、2時間後、1-2日後の行動手順がまとめられています。</p> <p>今後は「事業継続計画（BCP）」の策定に向けた取り組みに期待します。</p>	

評価結果

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。	a
(コメント)	「ケアマニュアル」に標準的な支援手順が文書化されています。「日常支援マニュアル」には、時系列での支援内容、「職員業務内容（ローテーション）」には、日々担当する業務内容と利用者個々に対応する支援が記載されています。	
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)	日々の終礼での申し送り事項（気づき・ヒヤリハット報告・確認事項）だけでなく、毎週水曜日午後からは様々な会議が行なわれています。「業務担当者会議（第1週）」「支援会議（第2週）」「モニタリング・ケース会議（第3週）」「職員会議（第4週 全職員参加）」では、サービスの内容・検討・見直しが行われています。	

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。	a
(コメント)	個別支援計画の作成やサービス提供プロセスの管理、各関係機関との運営に関する連絡調整は、サービス管理責任者が行っています。対応困難なケースや関係機関との連絡調整が急がれる事例について、必要に応じてケース会議を行っています。	
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。	a
(コメント)	モニタリングの実施月が個別に記載された「モニタリング年間予定」が作成されています。常に利用者の解決すべき課題とニーズを把握し、短期・中期で個別支援計画を作成するとともに、生活介護事業は6カ月、自立訓練事業は3ヶ月ごとに、モニタリングを行い、利用者、家族の同意を得たうえで実施しています。「個別支援計画・検討会議」で、サービス管理責任者を中心に、全生活支援員、看護師と共にモニターに映し出された支援計画についての見直し、変更が行われています。	

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。	a
(コメント)	「個人情報保護規程」「個人情報同意書」に基づき慎重にかつ厳重に取り扱うための「記録書類管理マニュアル」が整備されています。各書類の保護・保管責任、保管期間、廃棄、パソコンデータ、ネット・メール使用についても明文化され、情報の保護には細心の注意を払っています。利用者のアセスメント、個別支援計画、個別記録等はパソコンを使用して記載し、共有サーバーで管理しているので、事業所内ならいつでも記録・閲覧ができる仕組みとなっています。	
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」に基づき、利用者や家族の情報の保管・管理を適切に行っています。利用者との契約締結時に、「個人情報保護方針」を提示し、説明の上「個人情報使用同意書」をいただき、個人情報管理を実施しています。	

障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重		
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(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。	a
(コメント)	<p>「日中活動共通確認事項」に、対人関係（コミュニケーション）の状況が記載され、個別支援計画で具体的な手段・手法が記載されています。</p> <p>職員は利用者の言語、そぶり、シグナルなどの表現方法や対人との関係性を把握しながら利用者のニーズを汲み取り、一人ひとりに合った対応をしています。絵カードで意志表示を確認したり、静かな場所でゆっくり、短的にわかりやすく話すようにしています。</p>	
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	b
(コメント)	<p>利用者から聞き取った意向を、生活・作業・オプション活動の枠組みに振り分けて、特に意向が強い、あるいは関心が高いことを実現できるよう個別支援計画に反映しています。</p> <p>日中活動を行うにあたって、利用者の状況や集団形成に留意し、職員を配置しています。随時、利用者の意見を反映し、課外活動やレクリエーション活動を行っています。</p> <p>日々の活動の中で、利用者の意向を把握するよう努めていますが、日常生活で困っていることや、行事や活動について話し合える自治会（利用者の会）などをつくられることを期待します。</p>	
A-1-(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。	a
(コメント)	<p>利用者の能力を維持・向上するために、できるかぎり本人にやっていただく見守りと支援を行っています。</p> <p>活動ごとの支援方法や創作活動、レクリエーション活動の支援内容・計画について「支援会議」で検討しています。また、自立訓練のプログラムについても見直し検討を行っています。</p> <p>行事については「業務会議（行事担当者会議）」で、各担当者が年間・月間・週間予定を計画し、具体的な各業務内容の検討と遂行状況の点検確認を行い、各行事担当者は、行事予定に基づき、行事計画を企画・立案し検討しています。</p>	
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a
(コメント)	<p>より多くの人と交流し、充実した生活を送れるよう必要な知識や技術の習得、社会ルールやマナーを学び、余暇の過ごし方を学習するプログラムが用意されています。</p> <p>利用者のニーズとして園外活動が多くあり、大型ショッピングモールやスーパーマーケットでの買い物、公民館での調理実習や温水プールの利用などで顔なじみになり、自然な交流ができるようになっています。</p>	

A-1-(1)-⑤	体罰や虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）の人権侵害の防止策や、万々に備えての取組が徹底されている。	a
(コメント)	<p>「虐待防止対応規程」「虐待防止対応マニュアル」が整備されています。管理者、サービス管理責任者、生活支援員、総務職員、看護師で構成された「虐待防止委員会」を年2回以上開催しています。人権・虐待防止研修でも虐待の防止と職員への啓発、周知を図っています。必要あるごとに「虐待の判断にあたってのポイント」や「虐待発見チェックリスト」を用いて調査を実施する虐待防止対応の体制が出来ています。</p>	
A-1-(1)-⑥	利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
(コメント)	<p>個別支援計画の作成にあたっては、利用者の希望や家族の意向をもとに日々の生活でのニーズを明確にし、生活課題を明らかにしながら目標・活動内容を利用者、家族に理解しやすいように説明し、同意のもと決定しています。</p>	
A-1-(1)-⑦	利用者が地域内での自立生活へと移行することについて、情報提供や個別計画の作成など、適切な支援が行われている。	a
(コメント)	<p>「サービス調整会議」などで関係機関との連携を図り、利用者や家族の希望に沿って移行支援を行っています。併設の相談支援事業と協力しながら、短期入所サービスを使いながらグループホームへスムーズに移行できるよう支援しています。</p>	
A-1-(1)-⑧	家族とは日常的に情報提供、意見交換がなされるとともに、求めに応じてサービス記録を開示する等、サービス内容についての説明を十分に果たしている。	a
(コメント)	<p>毎月発行する機関紙「わかたけだより」では、翌月の行事予定や食事の献立、最近の出来事や行事などの写真を掲載し、ご利用者の普段の生活状況や様子を家族に伝えています。家族との連携を図るために、サービス記録の活用をはじめ家庭訪問、個別の相談に対応しています。その他、事業所の年間行事の市民スポーツ大会、もちつき大会、家族交流会などに参加し交流がもてるよう配慮しています。</p>	
A-1-(1)-⑨	自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	a
(コメント)	<p>自傷・他害の行動がみられた場合は、職員全体で話し合い終礼までに間に合わない場合は、その場で職員を集め対応策を話し合います。「身体拘束・行動制限マニュアル」が整備され、どのような行為が拘束・行動制限となるのか明示されています。</p>	

A-2 日常生活支援

A-2-(1) 食事

A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。

a

(コメント)

「個別支援計画」の援助目標には食事への配慮について、サービス内容・頻度・時間には、食べ物の形状や水分補給の記載があります。偏食があって園の食事を食べない利用者には、本人が摂れる食事を摂ってもらうなど個別に対応しています。アセスメント時にもアレルギーについて確認はしますが、アレルギーの健康調査をしています。食事の意義・目的・援助形態・手順（食事に必要な食器の準備から手洗い、口腔内の確認、食事を取りやすい体勢、配膳・献立の説明、介助方法、服薬、下膳）までが記載したケアマニュアルが整備されています。「職員業務内容（ローテーション）」にも個別の対応や注意すべき事項を記載しています。

A-2-(1)-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。

a

(コメント)

食事は、「クックチル方式」による調理済み食品を納入し、園内で再加熱を行い食事提供をしています。咀嚼・嚥下の難しい人のために、献立の説明をしながらその場で食べやすい食事形状（きざみ、一口大、とろみ）にして提供しています。偏食のある方には栄養改善など、特別配慮が必要な方には個別に対応しています。利用者の残存能力を活かし、自分で食べられるようにスプーン、フォーク、ストローなどの自助具やすべり止めのついたカップ、マット等の工夫をしています。献立については、管理者等が検食を行い、味付けや分量、内容について確認をしています。献立内容は、毎月発行の機関紙「わかたけだより」に記載し、事前に利用者へお知らせしています。

A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。

a

(コメント)

食堂での食事を基本としていますが、利用者の希望や心身の状況によっては個室を利用しています。食事場所は、利用者が安心して食事ができる場所で食べてもらっています。自立できている利用者には自由な時間で、全介助の人に対しては十分な食事介助時間を確保しています。

A-2-(2) 入浴

A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。

—

(コメント)

A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。

—

(コメント)

A-1-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。

—

(コメント)

A-2-(3) 排泄	
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
(コメント) 排泄の意義・目的・原則・手順（準備・誘導・立位・座位・拭き取り・手洗い）までが記載したケアマニュアルが整備されています。 「職員業務内容（ローテーション）」には個別のトイレ誘導のタイミングを記載しています。	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
(コメント) 平成27年に快適な洋式トイレに改修されました。毎日掃除を行い、不快な臭いもなく清潔にしています。	
A-2-(4) 衣服	
A-2-(4)-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。	—
(コメント)	
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	—
(コメント)	
A-2-(5) 理容・美容	
A-2-(5)-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。	a
(コメント) 自分一人でするように髭剃りの練習をしたり、お化粧の仕方やおしゃれについて相談・支援をしています。	
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	—
(コメント)	
A-2-(6) 睡眠	
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	—
(コメント)	

A-2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。

a

(コメント)

看護師と保健担当者が中心となり、各利用者の健康状況の把握、健康情報の集約、各保険関係資料の作成及び記録と整理を行っています。
健康診断結果（検査結果・通院先・服薬・既往歴・歯科検診結果）が「保健一覧」一枚に見やすくまとめられています。
「保健記録」「保健日誌」に、日々の家と園での利用者の健康状況が分かるように記録されています。
月初めに体重測定、毎月1回嘱託医による内科検診と精神科検診、年度初めに歯科検診、身体測定、血液検査、胸部レントゲン検査、尿検査が実施されています。
たんの吸引、経管栄養が必要な利用者に喀痰吸引の業務を安全に実施するため、「喀痰吸引等業務安全委員会」が設置され、実施状況の報告、評価、検討を行い、業務が安全に行える仕組みが出来ています。
「喀痰吸引等業務実施要領書」「喀痰吸引等業務実施計画書」「喀痰吸引等業務の提供に係る同意書」も作成されています。

A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。

a

(コメント)

緊急医療対応マニュアルが整備されています。
「関係機関連絡先」には、関係機関、災害医療機関、利用者通院先の連絡先が一覧で作成されています。
利用者の健康に関する支援として、通院の付き添いを必要に応じて対応しています。通院が困難な利用者の支援や看護師・支援員が主治医に、生活や健康に関する情報提供を行い適切な健康管理を図るために連携しています。

A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にこなされている。

a

(コメント)

個別記録「日中活動共通確認事項」の健康欄（病気への配慮・通院・服薬等）に、配慮すべき事柄が記載されています。
利用者が服用している内服薬、点眼薬の薬品名、効能、預かり方、内服の方法がまとめられ、服薬は「保健記録」「保健日誌」に記録されています。

A-2-(8) 余暇・レクリエーション

A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行なわれている。

a

(コメント)

余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿った内容となっています。
行楽行事、季節行事のもちつき大会や年末パーティー、家族交流会、月1回の3B体操など、利用者だけでなく家族の方々の交流をもてるように配慮しています。
各行事や様々な活動の手伝いをしてくれるボランティアを積極的に受入れています。

A-2-(9) 外出、外泊

A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。

—

(コメント)

A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。

—

(コメント)

A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等	
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a
<p>(コメント) 現在、預り金はしていないが「預り金手続規程」は整備されています。所持金については、自己管理か事務所預かりかが「個別財布管理一覧」でわかるようになっています。日課の活動時に使ったお金は、「サービス記録」に記載しています。</p>	
A-2-(10)-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。	—
(コメント)	
A-2-(10)-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。	—
(コメント)	
A-2-(11) 生活環境の整備	
A-2-(11)-① 一人になれる場所や部屋又は少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。	—
(コメント)	
A-2-(11)-② 心地よく生活できる環境への取組がなされている。	—
(コメント)	
A-2-(12) 日中活動支援	
A-2-(12)-① 個別支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている。	a
<p>(コメント) 個別支援計画に従い、さまざまなニーズに合った日課に取り組んでいます。事前に週間予定表を提供し、安心して通えるように工夫をしています。</p> <p>【日中活動プログラム】</p> <p>①生産活動（軽作業、さわり、陶芸） 生産活動で得られた収入は、工賃支払規程に基づき工賃として支払われています。</p> <p>②創作活動（ぬり絵、絵画、文字練習、作文） 創作活動を楽しんだり、学習の機会を設けています。</p> <p>③運動ニーズ（散歩・体操・プール） 利用者の運動能力に合わせた運動で体力の維持や向上に努めています。</p> <p>④余暇活動（ドライブ、カラオケ、音楽鑑賞、DVD、パソコン、ゲーム） 生活にゆとりや楽しみを持っていただく活動です。</p> <p>⑤生活学習（買い物、調理、交通機関利用、公共機関利用） 日常生活能力向上のための活動です。</p> <p>【クラブ活動】 毎週水曜日の午前中にクラブ活動を行います。 利用者の希望に基づき、球技、生活クラブ（調理・買物）、散歩、体操、プールの5つのクラブに分かれて活動しています。</p>	

障がい福祉分野の内容評価基準 –授産施設としての対応–

判 断 基 準 項 目		評価結果
A-3 授産施設としての対応		
A-3-(1) 授産施設としての対応		
A-3-(1)-①	就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な支援が行われている。	—
(コメント)		
A-3-(1)-②	働く場として、個々の障がい程度、特性に合わせた作業内容を用意している。	—
(コメント)		
A-3-(1)-③	働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	—
(コメント)		
A-3-(1)-④	工賃報酬を引き上げるため積極的な取り組みが行われ、工賃が適正に支払われている。	—
(コメント)		

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	利用者及び家族（わかたけ園の生活介護、自立訓練）
調査対象者数	49人
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

わかたけ園の生活介護、自立訓練を利用されている利用者及び家族を対象にアンケート調査を行いました。配付は49件、回収は35件ありました。（回収率71.4%）
全設問26問中、満足度70%以上が24問（内80%以上が14問）となっています。

▼特に満足度の高い項目（80%以上）

- 「サービスを利用する際、利用の方法について、わかりやすい説明がありましたか。」80%
- 「あなたの意見や思いは、尊重されていると思いますか。」91.4%
- 「職員の言葉使いや、態度は心地よいものですか。」80%
- 「職員は、あなたが困ったときや悩んだとき、いつも相談にのってくれますか。」88.6%
- 「サービスの内容について、職員はいっしょに考え、わかりやすく説明をしてくれますか。」80%
- 「レクリエーションは自由に選ぶことができていると思いますか。」85.7%
- 「自分の身体の動きに合った介護をしてもらっていますか。」85.7%
- 「他人に知られたくない秘密を守るなど、あなたのプライバシーは守られていますか。」80%
- 「施設は清潔にされていますか。」85.7%
- 「施設へのアクセス（行き方）、通所の方法は（送迎サービス）利用しやすいと思いますか。」85.7%
- 「利用料金（食事代金）の設定は、適切だと思いますか。」82.9%
- 「利用料金（食事代金）の支払方法は、適切だと思いますか。」91.4%
- 「利用時間（サービス提供時間）は、適切だと思いますか。」82.9%
- 「このまま続けて現在のサービスを利用したいと思いますか。」100%

▼満足度の低い項目

- 「これまでのサービスで、いやな思いをしたことはありますか。」62.9%
- 「施設の設備は充実していますか。」54.3%

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等