

(様式1)

香川県福祉サービス第三者評価の結果(障害者・児施設)

◎評価機関

名 称	社会福祉法人 香川県社会福祉協議会
所 在 地	高松市番町一丁目10番35号
評価実施期間	平成26年3月18日 ~ 平成26年5月30日
評価調査者	① 奥田 紀久子
	② 池田 信子

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者の概要

事業所名称: 朝日平成園 (施設長) (菅谷 拓)	種別: 障害福祉サービス事業所 (就労継続支援B型、生活介護)
代表者氏名: 壺井 邦子 (管理者)	開設年月日: 平成5年 4月 1日
設置主体: 社会福祉法人 朝日園 経営主体: 社会福祉法人 朝日園	定員 40名 (利用人数)
所在地: 〒761-0322 高松市前田東町585-21	
連絡先電話番号: 087-847-3322	FAX番号: 087-847-3023
ホームページアドレス	http://www.asahien.or.jp/asahi-heisei/index.html

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
利用者が自立した日常生活又は社会生活を過ごすことができるよう、就労の機会や生産活動の場を提供し、自立訓練や社会訓練の促進を図る。	お花見、研修旅行、ショッピング、誕生会、忘年会、平成バンド、ボウリング大会、絵手紙教室、調理教室
居室概要	居室以外の施設設備の概要
該当なし	訓練・作業室、活動室(多目的ホール)、食堂、洗面所、トイレ、相談室、事務室、会議室

職員の配置

()内は非常勤

職種	人数	職種	人数
施設長	1	OT/PT	(1)
事務員	(1)	医師	(1)
サービス管理責任者	1		
職業指導員	3		
生活支援員	3		
看護師	1(1)		

2 評価結果総評(利用者調査結果を含む)

◇特に評価の高い点

朝日平成園が属する社会福祉法人朝日園は、人が働くことの意義を追求した創設者の強い意志を受け継ぎ、「福祉サービスの質の向上」、「人権尊重、障害者の自立と社会参加」、「報恩感謝」を理念として、障害者の就労支援に取り組んでいる。当施設は、仕事に通い、働いて工賃を得るといふ、人としての当たり前の営みを大切にし、就労による社会参加と自立、生きがいの創生、社会の中での居場所づくりの実現に向けた支援に取り組んでいる点が高く評価できる。また、当施設は法人が有する複数の事業所と連携し、利用者満足や質の向上に向けた、職員主体のAIP(アサヒ・インディペンデント・プラン)活動を推進しており、その活動の成果が諸処にうかがえる。施設長はリーダーとしてのビジョンを持ちつつ、職員の意向を尊重し、側面的な支援を心がけていることが、これらの活動の充実につながっており、今後の施設全体の質の向上に期待できる。

◇特に改善を求められる点

当施設は、一貫して職員一人ひとりの主体的で積極的な姿勢を尊重し、職員の教育・研修や将来の資格取得に向けた支援を実施し、働きやすい職場を目指している。今後、社会福祉制度の改正や、社会経済的背景の大きな変化の中で障害者の就労支援を推進するにあたり、当施設が職員に求める資質能力や資格を明確に示し、職員の役割意識や意欲の向上を図ることが重要で、施設が目指す将来の方向性と、職員自身が望む専門性や資質能力のあり方を融合させた、職員一人ひとりの教育・研修計画の立案が望まれる。また、福祉サービス第三者評価や定期的な自己評価により明確化された課題に対して、その改善策の検討及び解決の過程を記録、蓄積することにより、さらなる障害者支援の質の向上につながることを期待する。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価結果を真摯に受け止め、評価の高い低いにかかわらず改善するという姿勢で、サービスの向上をさせ、選ばれる施設を目指していきます。ありがとうございました。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 I 1 理念・基本方針</p>	<p>当法人は「福祉サービスの質の向上」「人権尊重、障害者の自立と社会参加を支援」「報恩感謝」の3点を理念に掲げ、地域における障害者の就労を支援する役割を担っている。この理念はパンフレットや機関誌に明記され、職員や利用者、家族に広く浸透していると判断できる。これらの理念に基づき、人権尊重、社会参加、地域交流の促進が基本方針として掲げられ、当施設での就労支援や生活介護の基盤となっている。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>中長期計画や単年度事業計画は、職員の参画のもとで立案されている。利用者支援や施設運営に必要な委員会が設置され、それぞれの担当範囲で計画立案、実施、モニタリング、計画の修正等のプロセスが円滑に実践されている。策定された中長期計画や事業計画は、職員会議や利用者の自治会等において、職員や利用者及び家族に周知されている。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>管理者は常に笑顔で心掛け、利用者が意見や要望を言いやすい環境や、職員にとって明るく働きやすい職場環境にすることを目指している。管理者は、地域の福祉ニーズや社会福祉制度の動向を適切に把握し、社会の変化に即した経営や効率化を図っている。また、当施設の管理者が法人の有する複数の施設の管理者を兼務することにより、利用者の福祉ニーズに合った総合的な支援や、必要な人材の配置、育成等に貢献できている。</p>

<p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p>	<p>当法人が中心的な役割を果たす香川県社会就労センター協議会では、就労支援に関する情報提供や交換、具体的な就労の場の開発を行っており、協議会と連携することにより、利用者の就労の機会を増やし、就労意欲や社会参加、地域交流を推進している。また、年に4回、税理士による外部監査を受け、その結果から経営や施設運営のあり方を検討し、健全な事業経営に取り組んでいる。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>中長期計画の中に法人全体としての人材確保、育成のプランが提示されている。当施設では人材確保とともに、現職員を大切に育てるという姿勢に基づき、職員の主体性や自主性を尊重した研修や資格取得に向けた支援を行っている。今後、施設や法人が目指す方針に沿った人材育成のために、一人ひとりの職員に対し、本人の意向と施設として期待する目標の調整を行い、個別の研修計画に沿った取り組みが求められる。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>利用者が通所して就労している期間及び行事参加において、緊急時の対応マニュアルを整備している。マニュアルは、利用者の急病やけが、天災、火災、交通事故等、予測されるリスクごとに作成され、消防や地元地域と連携した研修や防災・避難訓練を実施する等、適切な危機管理が行われている。また、ヒヤリハット事例は報告書を作成し、担当部署で検討した結果を職員が共有することにより、事故の未然防止に役立っている。</p>
<p>4 地域の交流と連携</p>	<p>法人理念には障害者の自立と社会参加が謳われており、通所時の地域の人々との触れ合いやボランティアとの関わり、また、行事等を通して常に地域との交流を心がけている。これらの取り組みは利用者の地域交流や社会参加につながるだけでなく、地域の人々や次世代を担う若い世代への啓発活動も兼ねており、当施設が社会的役割と責任を果たすための取り組みとして高く評価できる。</p>
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>利用者の障害特性や性格等をふまえ、提案箱や苦情処理の仕組みだけでなく、利用者満足に向けて、職員が積極的に利用者の意見や要望を引き出せるような関わりを実践している。毎朝の朝礼や就労時、休憩時間、食事の時間等に、職員から声をかけ利用者とは会話することを心がけている。これらの関わりにより利用者から出た要望や意見は、提案委員会が内容を検討し、担当部署において改善策を講じている。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>利用者への就労支援や生活介護における様々な場面ごとに必要な対応マニュアルを用意し、適切な支援が実施できる仕組みを整えている。利用者の支援に関しては、法人独自のコンピューターネットワークを利用し、個別支援計画や日々の支援の記録により、職員が利用者の情報を常に共有、把握できる工夫がなされている。また、福祉サービス第三者評価を受審することにより、施設の課題を明確化し、職員のコンセンサスのもと、担当部署による改善が行われており、その過程の記録や取り組みの評価をさらに充実させることが、質の向上につながるものと期待できる。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>理念や福祉サービス等の情報をホームページやパンフレット等を活用して、公的機関や関係機関に情報を発信するとともに、見学や体験利用を受け入れたり、養護学校等に出向いて施設紹介を行うなどしている。また、利用者が必要な情報を自由に入手できるように、社会資源の一覧をファイル化している。パンフレット等に関しては、字体や大きさ、イラスト等を広報部会で検討し、誰にでも理解できるように工夫している。サービス利用にあたっては、利用者や家族に説明し、同意を得て契約を行っている。今後、サービスの継続性の観点から、事業所等への移行時の対応について体制の整備を期待したい。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>身体的・精神的状況や生活状況、就労の希望、目標、支援状況、見直し、課題等の情報を、施設で定めた様式を活用して、サービス実施計画を策定している。PDC Aサイクルに基づいて、6か月に1回及び、必要に応じて随時見直しを行っている。計画の策定・見直しの際には、担当職員や関係者、利用者、家族の意向を反映するとともに、会議には利用者や家族も参加し、意見を述べられる機会を設けている。</p>

<p>内容評価基準 1 利用者の尊重</p>	<p>利用者自治会や日頃の会話等から意向を把握し、利用者が主体的に活動できる機会を設けている。現在、利用者は、平成バンド活動やクッキングクラブ、全国障害者スポーツ大会の参加等に主体的に活動している。個別支援計画に基づき、見守りや支援の方針等を職員間で共有し、利用者の主体性を尊重した支援に努めている。管理者を中心に、常に利用者にとって必要なサービスか、利用者のニーズに responding か、利用者のやりがいになっているかを考えながら支援を行っている。</p>
<p>2 日常生活支援</p>	<p>健康管理や食事介助、排泄介助等の日常生活に関するマニュアルが整備されており、個別支援計画に基づき、個人の意向や力を尊重するとともに、プライバシーへの配慮や安全性も考慮した細やかなサービスを提供している。通所の施設であるため、家庭や地域との連携や交流も大切にし、よりよい地域生活を過ごせるように支援を行っている。</p>

5 第三者評価結果(別添)

第三者評価結果(障害者・児施設版(共通))

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
I 福祉サービスの基本方針と組織				
I-1 理念・基本方針				
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。				
1 I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	○a	b	c	当法人は「福祉サービスの質の向上」「人権尊重、障害者の自立と社会参加を支援」「報恩感謝」の3点を理念に掲げ、施設内や事業計画、機関誌等に明記している。これらの理念は、地域における障害者の就労支援の推進を担う施設としての役割を反映している。
2 I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○a	b	c	上記の理念をもとに、中長期計画では「障害者が一人の人間として生き生きとその人らしい生活ができるよう、福祉の心をもって障がい者に希望の光を灯し続ける」ことを基本方針として明記している。
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。				
3 I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	○a	b	c	理念や基本方針は、年度初めの職員会議にて施設長から説明され、必要に応じてその他の委員会や研修会にて周知されている。
4 I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	○a	b	c	携帯用理念カードを利用者に配付し、入所時や利用者の代表者会にて周知を図っている。また、パンフレット及び機関誌あさひに理念等を記載するとともに、家族会において説明し、家族の理解を得るよう工夫している。
I-2 計画の策定				
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。				
5 I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	○a	—	c	当法人では平成24年度から28年度までの中・長期計画が策定され、法人内の各施設の具体的事業方針や目標が盛り込まれている。地域の障害者福祉の中核として、信頼される法人を目指している。
6 I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	○a	—	c	法人全体の中・長期計画に基づいて、当施設の事業計画が策定されている。特に就労支援施設として、生きがいにつながる就労の場となるよう工賃水準の向上を図ることに尽力している。
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。				
7 I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	○a	b	c	施設の計画は、就労部会、広報部会、イベント部会、総務部会がそれぞれの担当部門に関して前年度の評価に基づいて原案を立案し、経営者会議及び責任者会議等で策定されている。
8 I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	○a	b	c	年に一度、方針説明会を持ち、職員に対して計画案を提示している。決定された計画は職員会議等で説明するとともに、担当部署には関連資料を配付し周知を徹底している。利用者には毎月開催される代表者会議で、関連の計画をわかりやすく説明している。
I-3 管理者の責任とリーダーシップ				
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。				

評価項目	第三者評価結果				
	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
9	I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	b	c	施設長は笑顔を大切に、職員が明るく働きやすい職場であることを心がけている。また、利用者や家族からの意見が出やすい雰囲気を目指しており、この基本的な考えは、職員会議や職員朝礼において折に触れ表明されている。
10	I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	b	c	施設として遵守すべき法令等について、施設長は積極的に研修会や会議に出席し、情報を得ている。また、法人全体の取り組みに参画し、障害者虐待防止マニュアルの作成、配付等、法令順守のために努力している。
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
11	I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a	b	c	AIP活動は当法人がサービスの質の向上を図るために職員を主体とする画期的な取り組みである。施設長は側面的に支援するとともに、その成果について、客観的に評価を行い、質の向上に施設一丸となって努めている。
12	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	b	c	経営や業務に関する事項は、主に経営者会議、責任者会議にて検討、決定されている。検討の際には職員で構成する提案委員会の意見を取り入れ、職員や利用者、家族の意向が反映される工夫がなされている。
II 組織の運営管理					
II-1 経営状況の把握					
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。					
13	II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	b	c	当法人が運営する生活支援センターあいの機能や当法人が中心的役割を果たす香川県社会就労センター協議会(香川県セルフ協)の機能を活用し、社会福祉制度の動向や地域の福祉ニーズの把握に努めている。
14	II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	b	c	経営状況の分析は主に経営者会議と責任者会議において行われている。ここでは、施設の方針である工賃アップや、障害者総合支援法の改正への対応等、施設の経営のみならず、利用者の利益の向上を目指し尽力している。
15	II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	b	c	第三者の税理士による外部監査を年4回実施し、その結果を経営者会議及び責任者会議にて検討し、合理的な経営改善につないでいる。
II-2 人材の確保・養成					
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。					
16	II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	b	c	中・長期計画に人材に関する方針が示されている。当施設が立地する前田地区内の事業所は施設長が兼任しており、全体としての人材プランがある。このプランの中には、人材確保に加え、現職員の資質能力の向上を含んでおり、職員を大切に育てる姿勢がうかがえる。
17	II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	b	c	当施設では職員が毎年度末に、人事考課表による自己評価を実施し、課長、施設長がさらに評価し、個別面談を実施している。今後は、上司による考課結果や結果のフィードバック方法を明確に示し、透明性、客観性の高い人事考課を実施することが望まれる。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。					

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
18 Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	(b)	c	年度末の人事考課の際に施設長による職員の個別面談を実施し、就業状況や研修等に関する本人の意向を把握し、職員の意向に沿った働きやすい職場環境づくりに努めている。有給休暇取得割合の集計や分析等により、さらに改善できる可能性がある。
19 Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a)	b	c	職員は福利厚生センターに加入している。職員の運営による朝友会では、総会や歓迎会、親睦旅行、クラブ活動等の活動が活発に行われている。また、法人として健康診断等への補助を行っている。
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。				
20 Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	(a)	b	c	職員の質の向上を図るため、研修会等に積極的に職員を派遣し、研修成果の共有に取り組んでいる。また、職員の主体性を尊重し、研修会参加や資格取得に向けた支援を行っている。さらに、法人全体で実施する新人研修により、新人教育に取り組んでいる。
21 Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a	b	(c)	当施設では、職員の主体的で積極的な研修参加や資格取得への意向を尊重し、支援している。今後、施設の将来像に鑑み、施設が職員に求める資質や能力を明示したうえで、職員の能力や意向を踏まえつつ、個別の職員研修計画を策定する必要がある。
22 Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	b	(c)	職員個々の教育・研修計画に沿った現任教育の推進は、サービスの質の向上や、将来の施設のあり様に影響を及ぼすと考えられる。従って、現在実施されている報告書の提出や報告会等に加え、教育・研修の定期的な評価と見直しの仕組みの構築が望まれる。
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。				
23 Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	(a)	b	c	当施設は平成24年度に介護等の体験実習生を約60名受け入れている。実習内容別の受け入れマニュアルを整備し、事前の説明会と反省会を実施し、学生にとって効果的な実習になるよう取り組んでいる。
24 Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	(a)	b	c	実習中の実習生への支援や助言は、実習生とのノート交換を活用している。実習担当者が事前に実習生や学校教員と協議し、計画的に学べるよう調整している。
Ⅱ-3 安全管理				
Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。				
25 Ⅱ-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	(a)	b	c	緊急時に備え、利用者が通所している時間帯には看護師を配置し、医療機関とも連携している。また、事故や災害発生時のマニュアルが種別ごとに整っており、利用者の安全確保のための取り組みがなされている。
26 Ⅱ-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	(a)	b	c	事故につながるおそれのあるヒヤリハット事例は、速やかに報告書として回覧している。また、年に2～3回、経営者会議、責任者会議のメンバーが施設全体をパトロールし、リスクの事前把握と早期対策に努めている。
Ⅱ-4 地域との交流と連携				
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。				

評価項目	第三者評価結果				
	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
27	II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	b	c	当施設は障害者の自立と社会参加を理念に掲げており、常時、社会とのかかわりを重要視した支援が行われている。施設の行事に地域の人々を招待したり、通所中の地域の人々との触れ合いを重視することで、障害者の理解に関する啓発につなげている。
28	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	b	c	児童の訪問を促進することにより、障害者の就労に関する地域への啓発活動に取り組んでいる。また、法人全体として、福祉や就労に関する相談窓口や、地域の障害者にデイサービスの活動の場を提供することで、地域に貢献している。
29	II-4-(1)-③ ボランティア受け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	b	c	平成24年度には30名のボランティアのほか、地域の小学生や高校生の訪問を受けている。ボランティアの受け入れマニュアルを整え、絵手紙教室や料理教室等のボランティアを定期的に受け入れている。
	II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。				
30	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	b	c	法人が有する障害者生活支援センターあい、福祉ホーム、地域活動センターとの連携を密にし、利用者が必要とする社会資源をわかりやすく明示している。必要に応じて職員に社会資源の活用に関する研修や伝達を行い、利用者にとって有益な社会資源の提供を心がけている。
31	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	b	c	自治会、特別支援学校、かがわ総合リハビリテーションセンター、自立支援協議会等、関係機関との連携に積極的に取り組んでいる。特に、当法人に事務局を置く香川県社会就労センター協議会は、障害者の就労支援において中心的で重要な役割を担っている。
	II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。				
32	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	b	c	法人内の障害者生活支援センターあいや、新卒者の把握のために特別支援学校と、また中途障害者の把握のためにかがわ総合リハビリテーションセンター等と連絡を取り、福祉ニーズの把握に努めている。また、提案箱を設置し、利用者のニーズ把握に努めている。
33	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	b	c	利用者の意向を尊重した研修旅行やショッピングを企画し、利用者の多くが参加している。また、法人として、地域の障害者の生活や就労支援ニーズに対し、福祉ホームや相談事業、ホームヘルプサービス等の事業に取り組んでいる。
	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				
	III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。				
34	III-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a	b	c	個別支援計画ソフトを利用し、パソコンのネットワーク上で、利用者のサービスに関する共通理解が得られるようにしている。また、就労や生活介護上の支援ごとにマニュアルを作成し、利用者の把握と支援に関して、職員のコンセンサスが得られるよう配慮している。
35	III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	b	c	利用者のプライバシー保護に関しては個人情報管理規定を整備し、施設長が責任者として運用されている。また、利用者の動線に配慮した事務所の配置換えを行い、個人情報の保護に努めている。職員に対しては個人情報保護に関する研修を実施している。
	III-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。				

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
36 III-1-(2)-① 利用者満足の上を意図した仕組みを整備している。	a	b	c	利用者の満足は、当施設での仕事が生きがいとなり、当施設が利用者の居場所になることを目指し、利用者個人に合わせた就労や生活介護の実現に努めている。その一環として利用者の代表者会、提案箱を設置している。
37 III-1-(2)-② 利用者満足の上に向けた取り組みを行っている。	a	b	c	研修旅行や昼食等に関する各種アンケートを実施し、利用者や家族の意向に沿った運営を行っている。
III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。				
38 III-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	b	c	利用者の意見を尊重するために、代表者会での聞き取りや、提案箱を設置している。また、利用者からの意見を引き出すため、毎朝の朝礼時や、個別支援計画のアセスメント及びモニタリング時に、職員から個別に声をかけをし、意見を聴取するよう心がけている。
39 III-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	b	c	苦情解決マニュアルが整備され、重要事項説明書への記載、入所時の説明、施設玄関2か所の苦情箱設置等、苦情解決への取り組みがなされている。常日頃の利用者の意見の聞き取りにより、現在苦情処理が必要な事例はあがっていない。
40 III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	b	c	利用者からの意見や提案に関する対応マニュアルを整備し、様々な機会を通して得られる利用者声に対応できる仕組みを整えている。利用者からの提案は、担当部署で直ちに検討し、可能な限り対応するよう努めている。
III-2 サービスの質の確保				
III-2-(1) 質の上に向けた取り組みが組織的に行われている。				
41 III-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	b	c	平成20年度の福祉サービス第三者評価の結果を職員に周知し、業務改善を行っている。今後、毎年定期的、組織的に自己評価を行うとともに、明らかになった課題の改善策を事業計画に反映させる等、改善の実施と成果を検証する仕組みの構築が望まれる。
42 III-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a	b	c	福祉サービス第三者評価の結果から課題を明確にし、職員に周知するとともに、担当部署で検討して改善に努めている。
43 III-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	b	c	福祉サービス第三者評価により、評価の低かった項目について、担当部署で検討し改善を行っている。今後、事業計画や事業報告書に取り組みの過程と成果を記録し、成果の検証を行う仕組みの構築が望まれる。
III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。				
44 III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	b	c	就労支援、生活介護等における業務手順や食事、排泄支援に関するマニュアルを整備し、利用者に対する基本的な支援方法が文書化されている。また、支援マニュアルでは、利用者のプライバシー保護について配慮がなされている。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
45 Ⅲ-2-(2)-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	b	c	利用者の支援に関するマニュアルは、年に1回、定期的に、担当部署により妥当性が検証され、利用者の変化や職員の提案によって必要な修正が加えられている。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。				
46 Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	b	c	利用者に関する日々の支援記録は、朝日園個別支援記録システムを利用し、毎日16時に現場担当者が記録し、責任者がチェックしている。1か月に一度、プリントアウトし、ケース会議を持ち、支援と記録の妥当性について検討している。
47 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	b	c	個別支援記録はネットワーク上で管理されており、責任者がチェックしている。関連施設内限定のネットワークではあるが、パスワード設定等のセキュリティの強化が望まれる。
48 Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	b	c	個別支援記録はネットワーク上にあり、職員は必要な利用者の情報を常に共有することができている。また、法人内のグループウェアにより、重要な情報や報告が共有しやすい環境を整えている。
Ⅲ-3 サービスの開始・継続				
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。				
49 Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	b	c	理念や福祉サービス等の情報をホームページやパンフレットに掲載し、また、施設だより等を公共機関や関連機関に提供・設置するとともに、見学や体験等を通じてサービス選択に必要な情報を提供している。広報担当部会や経営者会議で、文書や字体、大きさ、イラスト等を検討し、誰もが理解しやすいように工夫している。
50 Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	b	c	利用施設の概況や提供するサービス内容及び利用料金、苦情の窓口等を記載した重要事項説明書に基づき、利用者や家族に説明し、同意を得ている。契約書や同意書等の書類も整備されている。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。				
51 Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	b	c	サービス終了時や地域生活への移行時にも、利用者や家族が自由に相談できる窓口を開設している。他施設からの受入れ時には、来園記録を受理している。今までに、他施設への移行がなかったとのことだが、サービスの継続性の観点から、引継ぎや申し送りの手順、文書の内容等について整備することを期待したい。
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定				
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。				
52 Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	b	c	個別支援計画マニュアル、作成手順に基づき、アセスメントを行っている。フェイスシートやアセスメントシートは事業所の統一した様式を活用している。また、半年に1回、及び必要に応じて見直しを行っている。
53 Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	b	c	利用者一人ひとりの課題やニーズを把握して、具体的な課題を明示した支援計画の作成・支援を行っており、記録も整備されている。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。				
54 Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	b	c	関係職員や利用者、家族の参加のもと、個別支援計画マニュアルに沿った手順で、利用者等の意向を踏まえた計画を策定している。策定の担当者と責任者を決めている。適宜、モニタリングを行い、目標、支援、見直し、課題、変更点を記載している。
55 Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	b	c	利用者の状況を詳細に観察し、日々の記録や利用者、職員の意見を参考に、利用者本位の視点でサービス実施計画の評価や見直しを行っている。

第三者評価結果(障害者・児施設版(内容))

評価項目	第三者評価結果				
	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
A-1 利用者の尊重					
1-(1) 利用者の尊重					
1	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	b	c	コミュニケーションの支援が必要な利用者には、個別支援計画に明記し、筆談やメール、ゆっくり聞き取る等、また、家族や福祉ホームと連携を図りながら、コミュニケーションの確保に努めている。
2	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	b	c	職員は担当制とし、利用者の自治会や家族会、職員会議から得た情報を活かして、利用者の主体的な活動を尊重した支援を行っている。現在は、平成バンド活動やクッキングクラブ、障害者スポーツ大会等への活動の支援を行っている。
3	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	b	c	利用者や家族の同意を得た個別支援計画に基づいて、常時、利用者の状況を把握しながら、日常生活上の行為を見守ったり、支援を行っている。
4	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	b	c	個別支援計画を基に、仕事に対する意欲を尊重するとともに、個人の力を発揮でき、成果に対する喜びが得られる場を提供している。施設外のカフェでの就労体験により、接遇やコミュニケーション能力を高めている。
A-2 日常生活支援					
2-(1) 食事					
5	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	b	c	利用者の身体的状態を配慮しつつ、個別支援計画や食事介助マニュアルに沿って、食事サービスを提供している。テーブルには個人の食事形態や自助具等を記載したカードを貼る等の工夫も行っている。利用者の希望により、弁当持参も可能である。
6	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	b	c	年1回の嗜好調査の結果は給食会議で検討し、法人全体で献立を作成している。栄養等を記載した献立表は、利用者の目に留まるよう玄関に掲示している。適温の食事を提供しているが、電子レンジの使用も可能である。花見や忘年会、施設外でのバイキング等の行事食も提供している。
7	A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	b	c	喫食時間は幅をもった基準を定め、利用者の状況に応じた時間を確保している。食堂の雰囲気作りは、利用者の意見を尊重しながら、内容や飾り付けを工夫している。
2-(2) 入浴					
8	A-2-(2)-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。	a	b	c	評価の対象としない
9	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	b	c	評価の対象としない

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
10 A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	—	c	評価の対象としない
2-(3) 排泄				
11 A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	—	c	個別支援計画に基づき、利用者のプライバシーの確保等を記載した排泄マニュアルに沿って支援を行っている。排泄用具に関しては、利用者の状態や意向を尊重して用意している。
12 A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	—	c	カーテン、ドア式のトイレを自由に使用でき、プライバシーも確保されている。また、トイレの清掃を職員と利用者が協同で行っており、清潔で快適である。
2-(4) 衣服				
13 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。	a	b	c	作業服に関しては、ジャンパー、防水エプロン、手袋、帽子等を支給しているが、利用者の個性を尊重し、安全性も考慮してアドバイスをを行っている。
14 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。	a	b	c	利用者の着替えの意思を尊重するとともに、汚れや破損が生じた時は、衣服を着替え、下着やズボン、靴下等の汚れ物は洗濯して返すなど、臨機応変に対応している。
2-(5) 理容・美容				
15 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	b	c	理容・美容に関しては、利用者の意思を尊重し、障害の状態に応じて、セット等の支援や相談を行っている。また、理・美容のボランティアを利用する時もある。
16 A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a	—	c	評価の対象としない
2-(6) 睡眠				
17 A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a	—	c	評価の対象としない
2-(7) 健康管理				
18 A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	—	c	定期的に、嘱託医の健康診断を年2回、歯科衛生士の口腔ケアを年1回実施している。健康管理マニュアルに基づき、個人記録票に記載し、利用者や家族にも結果を説明している。必要に応じて、受診や相談できる体制も整備している。機能訓練やエアーマッサージ等を活用した健康の維持・増進にも努めている。

評価項目	第三者評価結果			判定の理由
	判定結果			
	a	b	c	
19 A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	b	c	事前に、緊急時の希望受診医療機関を確認しており、緊急連絡表や救急看護マニュアルを整備し、迅速かつ適切な医療が受けられるような体制が整っている。
20 A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	—	c	職員は、利用者が使用している薬物に関する情報を把握しており、適宜、支援を行っている。服薬・事故予防のマニュアルも整備されているが、更に、服薬確認の最終チェックの工夫を期待したい。
2-(8) 余暇・レクリエーション				
21 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われている。	a	b	c	利用者の自治会やアンケート調査で、利用者の希望を把握し、企画・立案にあたって、利用者の意見も反映されている。行事等に関しては、利用者が自由に選択できるように支援している。夏祭りや絵手紙等にボランティアの協力も得ている。
2-(9) 外出・外泊				
22 A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	b	c	地域の情報を提供し、利用者の希望を反映できるように支援している。行事实施マニュアルに基づき、外出時の注意事項の説明や緊急時の連絡、看護師の同行等により、安全確保や不測の事態に対する体制も整備されている。
23 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。	a	b	c	評価の対象としない
2-(10) 所持金・預かり金の管理等				
24 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	b	c	預り金は行っていない。所持金に関しては、必要に応じて、貴重品の自己管理法や外出先での買い物時に、お金の使用方法について説明している。
25 A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	—	c	共同で利用する新聞、テレビ、パソコン、CD等を設置している。利用者同士がお互いの希望を尊重しながら使用している。
26 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、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	—	c	禁煙・分煙施設として認定を受けており、館内は禁煙であるが、希望者は指定場所で喫煙できる。タバコに関する情報も提供している。当事業所は就労系の通所事業所であり、日中のアルコールの飲用は禁止しているが、忘年会等ではビールを飲用できる場を提供している。