

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30年9月 20日（木）
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称： チャレンジサポートたかはま	種別：生活介護事業・就労継続支援事業B型	
代表者氏名： 石川昌弘	定員（利用人数）：40名（41名）	
所在地：愛知県高浜市沢渡町四丁目6番地26		
TEL：0566-53-1713		
ホームページ： http://www.douzen.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成19年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 同善福祉会		
職員数	常勤職員：8名	
専門職員	管理者（社会福祉士）1名	生活支援員 8名
	生活支援員（社会福祉士1名・ 介護福祉士1名）5名	目標工賃達成指導員 2名
	職業指導員 1名	看護職員 1名
	サービス管理責任者 1名	嘱託医 1名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) サポートルーム・食堂
		多目的トイレ・浴室・相談室
		会議室・エレベーター

③理念・基本方針

<p>★理念 「笑顔」「ともに」「輪」</p> <p>★基本方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「地域の中で働き、地域の中で暮らす」を実現します。 ・地域共生を目指します。 ・ひとりの社会人としての自立を目指します。 ・希望や目標をもっていきいきと活動できる場とします。 ・障害種別にとらわれない支援を実施します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者が本来持っている潜在能力を引き出し、自信をもって生活できるよう支援している。
- ・利用者の自己選択、自己決定を尊重し、職員は黒子としてアドバイスと自己決定を実現するための支援をしている。
- ・安心、安全な環境を整えた上で、今まで経験したことのないことに挑戦する機会を設け、「失敗すると怖いからやらない」ではなく「失敗してもいいからやってみよう」というチャレンジ精神を育成するよう支援している。
- ・自分の得意なことで他の利用者や施設に役立つ経験を「自分が人の役に立った」という自信をつけ、施設外の地域社会でも自信をもって生活できるように支援している。
- ・利用者間の問題は、いきなり職員が解決へと導くのではなく、当事者同士での話し合いの場をもち、まずは利用者間で解決の道を探るように支援している。
- ・障害で利用者を判断するのではなく、性格、生い立ち、家族のことなどを踏まえて一人の社会人として支援している。
- ・利用者の成長に合わせて一般就労や他施設への移行を積極的に行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年4月16日（契約日）～ 平成30年12月10日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	0回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆様々な障害者の受入れ

障害の種別や軽重に拘わらず、利用ニーズを優先した受入れを基本的な方針とし、個々に合った生産活動や日中活動を提供することで、それぞれの自立への気持ちを支えている。また、事業所内に留まらず、企業内就労等の様々な作業機会を提供し、利用者工賃の向上と個々に合った作業種目選択を可能としている。事業所は、地域の貴重な社会資源として位置づけられている。

◆地域や行政との関係性

ボランティア、福祉体験学習の受入れ、地域街づくりへの参画、企業実習や作業活動等々を通じ、地域住民や社会と接点を持ち、利用者の社会性向上や障害者理解の促進に寄与している。また、行政とも深い連携関係にあり、利用者の就労移行や防災面等、相互の協力体制がある。

◆利用者個々に合ったサービス

携帯端末を活用する等、利用者のスキルに応じた手段を用いてコミュニケーションや情報収集に活かしている。また、事前アンケートからは、利用者の個別の相談への丁寧な対応がうかがえる。畳のスペースや簡易ベッドの設置等、利用者の体調や障害特性に応じた対応がとられており、安心して作業や活動ができるよう配慮されている。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の策定

理念に基づいた目標と目的を持った事業遂行のため、また職員のキャリア設計と業務意欲向上の点でも、是非とも中・長期計画を策定されたい。中・長期計画の枠組を示すことにより、単年度の事業計画が筋の通ったものとなる。

◆マニュアル整備と支援の振り返り

各種マニュアルの作成・見直しのルールが明確になっていないことから、職員間での統一した支援に支障が出ている。必要な手順を文書化し、マニュアルの内容も常に最新のものに更新されていることが望まれる。また、職員間で周知される仕組みづくりも課題である。さらに、提供する支援内容についてチェックする機会が明確でなく、よって改善に結びつきにくくなっている。PDCAサイクルを意識し、職員のセルフチェック(自己評価)の実施、また会議等で項目毎に検討する等、支援を振り返ることによってサービス向上と改善を図られたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて第三者評価を受審しました。これまで当法人の監事より、受審の薦めがありました。しかしながら時期尚早と考え、受審を見合わせていました。

この度、第三者評価を受けることにより、具体的な課題が見えてきたこと、職員が自らコメントを考えたことにより、障害福祉サービスを見つめ直すとても良い機会になりました。

よくない評価については、真摯に受け止め、早急に改善していきたいと思います。良い評価については当法人のストレングスと捉え地域の皆様方とともに共存していきたいと考えております。

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。

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(64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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
理念は、ホームページやパンフレットに明示されている。理念の作成に当たっては、職員間の話し合いによって決められた過程があり、分かり易く、利用者が生き生きと活動できる内容となっている。この理念を基に、実効性のある基本方針を作成すること、また職員としての支援の在り方を示す事項も盛り込まれたい。理念の周知については、主体である利用者へ是非とも理解が浸透するよう工夫されたい。			

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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は高浜市の障害福祉計画策定に参画しており、地域の福祉状況に対して十分な理解と使命を持っている。経営状況に関しては、利用率を始め様々なデータを分析しており、現状や課題は役員、職員間で共有されている。			
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
評価機関のコメント			
経営分析を実施して課題は明らかとなっており、職員間で共有されている。支援に直結する課題に関しては、全体会議で検討して改善へ向けての方策が練られ実行に移されるが、財務や職員体制等の経営上の課題に関しては組織的な取り組みに欠けている。			

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 ・ b ・ ③
評価機関のコメント			
将来的な展望や事業所の進むべき方向性を内外に示すために、また単年度の事業計画の策定に枠組みを示すために、中・長期計画を策定し、目的・目標を持った事業所運営を進められたい。まず、策定へ向けての手順を決めることから始められたい。			

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
評価機関のコメント			
事業計画そのものは、支援や活動内容全般を網羅するものであり、数値目標を含め具体性のあるもので評価できる。しかしながら、中・長期計画が策定されていないため、事業の方向性が曖昧となり、計画そのものの妥当性が判断し辛い状況である。			
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			
生活介護、就労継続支援B型の各部門で話し合い、集約して全体会議にて検討の上計画となる。また、計画は全体会議にて中間評価、最終評価がなされ、次年度の事業計画策定に反映される形をとる。			
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 ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
事業計画は利用者、家族に周知されていない。理解しやすい工夫をもって、周知を図られたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事例検討やヒヤリハット検証、さらには事業計画の中間評価等、サービス向上への取り組みはみられるが、各職員の自己評価がなされていないことを始め一連の手順が組織的に行われていない。PDCAのサイクルを意識したサービス提供を望みたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
現状では各会議での検討、実行に留まるが、まずは正確なサービス評価から始め、課題の抽出と職員間の共有から改善策、さらには改善状況に応じて改善計画の見直しまで、文章化し計画的に実施することが望まれる。			

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。			
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、広報誌「チャレサポ通信」でのコメントや全体会議での指示等で意見表明している。課題としては、職務分掌をはじめ自らの役割を明確にし、事業所の進むべき方向性を示すことを心がけられたい。それにより、職員が各自の職務を再認識でき、それぞれの職責が明確となる筈である。</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>管理者がセミナー等に参加し、得た法令やコンプライアンスの知識は、全体会議で報告され共有されている。また、管理者は行政や関連団体と連携を図っており、事業所の状況も周囲に理解されている。今後も様々な分野にアンテナを張り、関連知識を深めて業務に活かされたい。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>現場に入ることによってサービスの現状や利用者状況を直接把握し、課題を明確に理解している。しかし、サービス向上委員会といったようなサービス向上・改善への具体的な体制や取り組みが無いため、一考されたい。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>人事・労務・財務に関しては、事務長との幹部会議で検討し、改善への指針を定めている。配置転換や職場環境の整備等は、職員との面談を通して随時手掛けている。一方で、経営改善に特化した体制は無く、管理者の独断での対処あるいは打開されない事項もあり、課題を残す。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>ハローワークや求人広告等の様々な手段で求人活動を行っているが、具体的な採用計画による人材確保ではなく、退職による補充の確保に留まっている。職員の定着へ向けても、効果的な対策を検討されたい。</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>キャリアパスの評価を用い人事管理を行っている。階層毎の職務職階に沿っての自己評価と上司評価を行い、人事考課の制度を運用している。しかしながら、“法人が期待する職員像”が明確でなく、職員が将来設計を立て辛い。また、昇進・昇格の基準も不明瞭であり、職員から見て人事管理上に透明性を欠く点は否めない。これらの点に改善の余地を残す。</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り組んでいる。	障 16	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
有休・時間外のデータ管理、産休・育休の取得、ノー残業デー、祝金制度、セクハラ防止規則等、働きやすい職場へ向けての数々の取り組みが見られる。さらなる環境づくりとして、相談窓口設置やメンタルケア、定期面談等の未実施な対策を検討されたい。			
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
キャリアパス制度により職員個々の階層に応じた職務課題に取り組んでいる。しかしながら、自己目標の設定、評価等の目標管理の形が取れないため、個人レベルでなく画一的な人材育成になりかねない。独自の目標管理制度の導入等、有効的な方策の検討を望みたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の研修計画が策定されており、計画以外にも必要な外部研修へ参加している。階層別とスキルアップ研修を基本に、職員からの希望も取り入れた研修実績となっている。研修計画の評価、見直しの実施等、次年度につながる職員育成を進められたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員全員に何らかの研修機会を提供している。また、職員個々がそれぞれに必要な研修受講を心掛けている。各リーダーが新任育成を手掛けているが、OJT(現場訓練)に関しては目標設定、定期面接、評価等が体系的には行われておらず、改善が望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
社会福祉士、介護福祉士等、地元の学校を中心に実習生を積極的に受入れており、プログラムに沿った指導を行っている。受入れから育成方法の手順まで、体系的且つ効果的に行うためのマニュアルを整備されたい。			

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。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページで様々な情報を仔細に公開している。地域に向けての広報誌配布等、さらなる理解促進と風通しの良い事業所運営を目指されたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>経理規程により事務関係の事項がルール化されている。一方で、この点の職員周知は不十分である。監事による内部監査、また税理士法人と顧問契約をし、財務上のアドバイスを得ている。さらなる適正運営に向け、外部監査の導入を検討されたい。</p>			

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			
<p>「地域共生を目指す」という運営方針の下、利用者の地域行事への参加を支援している。また事業所イベントでの交流や製品販売、外出プログラム等、地域との接点を大切にしている姿勢がうかがえる。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業計画の方針により積極的にボランティア受入れを行っている。イベントボランティア、高校生ボランティア、中学生の福祉体験ボランティア等、その数も多い。事前オリエンテーションを実施し、手続書を基に受入れを実施する等、受入れ手順も明確になっている。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者に必要な資源の情報は、連絡帳を通す等して個別に伝えている。自立支援協議会や社会福祉協議会と連携し、課題検討や情報収集を行い、また様々な機関による担当者会議やケア会議への参画等、利用者支援でも機関連携を有効手段として活用している。</p>			
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			
<p>市の地域問題会議に管理者が参画し、地域福祉と街づくりに貢献している。また、福祉避難所の指定を受け、災害時での地域障害者支援を担っている。今後は、事業所の専門性を活かした相談事業や講演会等、さらなる地域還元を考えられたい。</p>			
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。	障 27	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>地域ニーズに応え、障害の種類や軽重に拘わらず様々な障害者を受入れている。今後も地域ニーズの正確な把握に努め、事業の内容充実や拡充も視野に入れた取り組みを期待したい。また、提供事業に留まらない地域貢献活動についても、公益法人の使命と捉えて実施の可能性を探られたい。</p>			

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。	障 28	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者を尊重した福祉サービスの実施についての考え方は、運営規定や重要事項説明書、パンフレット等へ記載され、個別支援計画への反映もある。さらに、それが全体への周知に到るような取り組みへとつながることが望ましい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
プライバシーの保護については、必要とする利用者個々の対応が個別支援計画にあり、実際のサービスの中でも行われている。支援者個々のスキルにより差が出ることも想定されるので、標準化されたマニュアルを整備して活用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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
公共施設等、利用希望者が手に取ることが想定される場所への設置はなされている。また見学や体験入所、一日利用については施設長をはじめ、関係部署の支援者が詳しく説明して対応している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「契約書」や「重要事項説明書」等での説明と併せて必要に応じて写真を使用したり、実際の活動・作業現場で説明を行っている。それらの手順を踏み、同意を得たうえで署名、押印をもらっている。ただし、その一連の流れを書面として記録に残しておらず、検討の余地を残す。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
就労した利用者については、市の就労支援部門への引継ぎがなされている。またサービス終了後は、相談支援事業所との連携で情報共有がなされている。直接的に関与した一部の職員だけでなく、担当が変わっても滞りなく対応できるよう、手順のマニュアル化を望みたい。			
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			
家庭からの要望等は、個別面談や送迎時での会話の中で情報を収集している。しかし、利用者満足度を調査する目的でのアンケートやヒアリングは行われていない。利用者の意見や要望の対応については、普段の会話や相談から希望を把握し、事業所行事等のサービスに反映させている。			

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		
苦情等の受け付け手順は掲示板に明示してある。苦情解決についての規程はあるが、記載されている様式が完全に揃っていない。その後の取り組みや改善結果等は、個別にケース記録に反映されているが、全体に周知できる仕組みづくりを望みたい。		
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		
利用者からの相談があった場合は、相談を受けた職員が内容を聞き取り、必要に応じて上司へ上申している。また、利用者アンケートの結果から見ても、職員が普段から利用者の声に良く耳を傾けていることがうかがえる。		
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		
現状としては、相談があった場合は個別に対応している。入浴サービスや宿泊体験、一泊旅行等の事業所イベントについては、利用者から出た要望の内容によっては、組織として取り組み、可能な限り具体化している。以前設置されていた意見箱が、様々な事情により撤去されたことで、それに代わる情報収集手段の検討が望まれる。		
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		
「ヒヤリハット報告書」、「事故報告書」は、それぞれが適切に記録されている。今後は、具体的なリスクマネジャーの配置や、県への事故報告がなされていくよう改善が求められる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
看護職員が不在時の対応が、誰からも見える形で明確化されるとよい。また、利用者個々への対応に加えて、法人としての標準的なマニュアルづくり、責任者の明確化が望まれる。		
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		
防災に関する行政を取り込んだ取り組みは高く評価できるが、災害が発生した時の利用者・職員の安否確認のマニュアルがない。その手順の文書化を早急に進めるとともに、ロッカー等の家具類の固定を徹底することも実施されたい。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
事業所ごとの大まかな方針は運営計画に記載があるが、さらに実際の支援において具体的に活用できる内容にすることが望まれる。また定期的な見直し等、バージョンアップしていく取り組みも求められる。		

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
評価機関のコメント			
必要に迫られた場合に標準的な実施方法を見直して改定しているが、基本的な見直しのルールが定められていない。標準的な実施方法を見直すための手順をマニュアル化し、それに沿って組織的、定期的に内容の検証・見直しを実施することを今後の課題とされたい。			
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。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
相談支援事業所との連携を密にして、サービス等利用計画に合致した個別支援計画を策定している。個別支援計画は、利用者個々の意向やニーズを考慮したものとなっている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービス等利用計画に基づき、個別の支援方針を組織的・定期的に見直し、必要な場合にはその都度計画の見直し・変更を行っている。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に即した記録が記載されている。また、記録はサーバーを經由して、職員が必要な時に誰でも閲覧・確認ができるシステムになっている。			
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			
記録の保管や開示、廃棄についての規程はある。しかし、それらを管理する責任者の明示がない。実際に記録や情報を管理する責任者を明確にすることが急務と言える。			

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。	障 46	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々のニーズを聞き取りし、通常の活動の他に事業所における宿泊や入浴等、対応が可能な範囲においてサービスに結びつけている。一泊旅行等の事業所イベントへの参加についても、利用者の意思が十分に尊重されている。			

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。	障 47	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
管理者をはじめ職員は、権利擁護に関する基本的な知識を持っている。しかし、権利擁護についての具体的な取り組みや、虐待事例があった場合にどのような形で周知・発信していくかを明確化していくことが課題である。			

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。	障 48	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の要望に応じて、宿泊体験や販売活動等を通して利用者自身の自立心の醸成を支援している。また、タブレット端末等を利用できる利用者には、その機能を活用して、移動支援の予約等を利用者自身が行えるようレクチャーしている。それを使って、実際にサービスを利用している利用者もあり、利用者の自信につながっている。			
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。	障 49	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の障害特性に合わせ、写真やイラスト、スマートフォン等を活用し、最適と思われる手段を通してコミュニケーションを図っている。また、家族等との連携により、できるだけ細かなコミュニケーション方法を確認している。			
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。	障 50	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者からの相談については、随時受け付けている。環境に関しても、その都度利用者や家族と相談し、落ち着いて安心できるスペースを提供している。相談内容は職員会議等で共有され、必要に応じて相談支援とも連携をしている。また、利用者のアンケートにおいては、高い割合で良い評価を得ている。			
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。	障 51	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
日課表等で活動の計画、見通しを示して支援している。現在は活動種目は少ないものの、希望のある利用者には主体的に練習の計画を組んでもらう等、可能な限り主体的に取り組めるよう側面的な支援をしている。			
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。	障 52	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
新たに利用する利用者には、これまでの学校や事業所と連携をして利用者の情報を収集している。また、研修参加者からは内容のフィードバックが行われている。今後は専門家の講師を招く等して、より多くのスタッフが効率よく学べる機会を設ける等の取り組みが望まれる。			
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。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事の摂り方や入浴支援では、個別支援計画により必要な補助具等を活用して行っている。昼食は、外部業者への注文や自宅からの弁当持参等、好みの形態が選択できる。外部業者には当該事業所の開所以来、価格の据え置き等の交渉をしており、費用面で利用者負担の軽減を図っている。			

A-2-(3) 生活環境			
A ^⑨ 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
活動の場や作業スペース、トイレ、食堂等は清潔が保たれている。事業内容の変更により、一部スペースが当初の目的にそぐわない間取りになったものの、畳の間や簡易ベッド等が用意され、利用者の心身の状況に応じて適切に利用ができるようになっている。			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A ^⑩ 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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当（機能訓練や生活訓練は行われていない）			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A ^⑪ 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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
家庭との情報共有、日々のバイタルチェック、嘱託医による月1回の回診、年1回の健診が行われ、排泄や入浴時等に異常を確認した場合は看護師に引き継いで対応している。看護師が不在の時間帯での緊急な対応については、明確なマニュアルの整備が急務と思われる。			
A ^⑫ 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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
喀痰吸引、経管栄養などの医療的ケアは行われていない。服薬管理は看護職員を主担当として適切に支援しているが、看護職員が在籍していない時にも同等の支援が出来る体制の整備が求められる。			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A ^⑬ 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々の要望により、外出する機会を設けている。利用者によっては携帯端末を活用して情報を収集したり、事業所からの情報提供により外出等の活動に活かしたりしている。			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A ^⑭ 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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者・家族の将来への不安解決に向けては、相談支援事業所との連携を密にして情報共有している。利用者の意向を具現化するため、現在グループホームの設立に取り組んでいる。可能な限りで宿泊体験等を行っているが、社会資源の情報提供の機会は乏しい。			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A ^⑮ 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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
保護者会等の組織がないので、個別面談時や送迎時に意見・要望を受け付けている。緊急時の家族対応は担当職員が理解しているが、担当者以外でもすぐに対応できるようなマニュアルを策定する等、手順を「見える化」してよりスムーズな対応につなげられたい。			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A ¹⁶ 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
評価機関のコメント			
非該当			

A-4 就労支援

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
A ¹⁷ 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
過去の就労移行支援の事業所であった経験や、複数のジョブコーチを擁していることにより、これまでも多数の利用者を就労に結び付けてきた実績がある。行政の就労支援部門とのパイプも強い。現在は就労希望者が不在とのことで、具体的な就労支援の動きは見えにくいですが、就労継続B型事業を通して、今後も就労支援に向けての取り組みを継続されたい。			
A ¹⁸ 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の障害特性や要望、得意な能力が活かされる作業内容が全員に保証されているわけではないが、それによって個々の工賃に不利益が出ないような仕組みになっている。自助具の工夫・開発やモチベーションアップの取り組み等で、作業範囲が広がる仕組みづくりを期待したい。			
A ¹⁹ 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
現在、就労希望者が不在とのことで具体的な取り組みはない。しかし、これまでの就労移行事業所としてのノウハウや企業とのパイプを活かし、またハローワーク等からの定期的な求人情報を提供する機会を設ける等の取り組みを継続することが望まれる。			