

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

株式会社 中部評価センター

②施設・事業所情報

名称：みのりの家	種別： 障がい者自立生活訓練事業	
代表者氏名： 畔柳 典政	定員（利用人数）： 5名 （60名）	
所在地：愛知県岡崎市欠町字清水田6番地2		
TEL： 0564-26-3399		
ホームページ： http://www.fukushi-jigyodan-okazaki.or.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 9 年 7月18日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人岡崎市福祉事業団		
職員数	常勤職員： 6名	
専門職員	(館長) 1名	(社会福祉士) 1名
	(副館長) 1名	(介護福祉士) 2名
	(生活支援員) 4名	(保育士) 2名
	(支援員) 1名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)

③理念・基本方針

★理念

「福祉のこころを育み、選ばれ、信頼される、地域に根ざした主体性のある事業団として確立します」

★基本方針

- ・事業所の職員は、利用者等の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、排泄及び食事の介助その他の必要な保護を適切かつ効果的に行うものとする。
- ・事業所の職員は、利用者等の意思及び人格を尊重し、常に利用者等の立場に立ってサービスの提供を行う。
- ・事業の実施に当たっては、地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、他の障がい福祉サービス事業者、地域の保護・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努める。
- ・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び岡崎市の定める地域生活支援事業に関する要綱等に規定する内容のほか関係法令を遵守し、事業を実施する。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・定員に対して手厚い人員を配置し、やさしく笑顔の専門職員が支援を行っている。
- ・有資格者による質の高いサービスを行っている。
- ・個人の特性にあわせた充実した支援を心掛けている。
- ・家庭でも役立つ、歯磨きや布団敷きなど日常生活における習慣を身に付けられるように支援している。
- ・家庭で保護者がしているような、調理や買い物などを利用者が行うことで生活の中の経験を増やし、社会生活が豊かになるように支援している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 4月 1日（契約日）～ 平成31年 1月29日（評価結果確定日） 【平成30年 9月 6日（訪問調査日）】
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

◆目標管理制度による人材育成

職員は年度目標を定め、評価・検証を行い、業務の質の向上を図っている。管理者は、面談を通して目標設定から中間・最終評価までをサポートしている。このシステムによって、職員の支援力の向上と個々の育成を図っている。

◆障害の重い利用者の受け入れ

利用に関しては、障害の種類や軽重に拘らず、ニーズに応じた受け入れを行っている。職員配置等の支援体制も考慮されており、障害の程度が重い利用者でも安心して利用できる。また、他の事業所では受け入れが困難な行動障害を併せ持つ利用者でも、日中一時支援事業で受け入れが可能となっている。対人関係が苦手な利用者は、相性の悪い利用者との利用が重ならないように予定を組むなど、十分な配慮がある。

◆個別支援計画の策定

支援にあたっては、一時的な利用ではあるが、インテーク（初期面談）と共に個々に支援計画を策定し、個別目標をもった支援を行って成果をあげている。更に一歩進んで、「サービス等利用計画」との関連性を深められたい。

◇改善を求められる点

◆研修体制の見直し

法人内外の研修参加がなされるが、事業所としての研修計画や職員個々の研修計画が策定されていないため、職員は自己研鑽や研修目標が立てにくく、評価や改善に結びつかない状況である。職員ごとの年齢や経験、保有資格、意識・モチベーション等、支援の力量に差異がある。統一された均一で高いレベルの支援を可能とするためにも、計画的な研修体制の構築を検討されたい。

◆標準的な実施方法の明文化

サービスの標準的な実施方法が整備されておらず、職員のサービス提供に差異が生ずる可能性がある。また、リスク回避の観点からも、最低限押さえておくべき必要事項は是非ともマニュアル化して備えられたい。

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け、自施設の評価を客観的に知る事ができました。評価の高い点は継続、改善を求められる点は改善し、利用者がより利用し易く、成長の一翼を担える施設になれるよう努力していきます。

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。

(別添)

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
理念、基本方針は、事業計画や法人のクレドカードに明記され、また所内に掲示されて周知が図られている。利用者、家族に対しては、分かり易く工夫した資料などは用意されておらず、支援内容以外の理解については、徹底されていないため、周知方法の検討が望まれる。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人本部へは、毎月事業の内容および収支状況の報告をし、コスト分析等により法人と事業所の課題を共有している。それらの課題等は、定期的で開催される施設長会議で検討がなされている。地域福祉計画の分析、また福祉全般の動向などについては、特別な対応はされていない。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
収支状況については、利用料のみでは運営できないが、稼働率を上限まで引き上げて対応している状況である。この点については、法人側また職員側も理解しており、制度上改善は難しいものとなっている。人員体制については、管理者より本部へ要望が出され、本部で集約されて計画が立てられている。管理者は、「環境分析シート」により外部環境・内部環境の分析を行い、事業所としての重点目標を明確にしている。		

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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人で10か年の中・長期計画が策定され、経営の指標となっている。内容的には、現在の法人や事業所の現状と課題を的確に捉えた上で、実行案や改善策が示されており、法人の特性から予算的な数値に触れられていないものの、優れた計画となっている。経営状況に応じて見直しを図られている。		

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
評価機関のコメント			
単年度の事業計画は、中・長期計画を受けて策定されている。重点課題への取り組みが示されているが、事業内容全般が網羅されておらず、特にサービスの中身についての必要項目については取り上げられたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の策定にあたっては、日々や面談時の職員意見や家族意見(利用者満足度調査)を踏まえ、管理者が素案を作成して事業計画が完成させている。事業計画の実施状況や評価・見直しに関しては、年度評価を行って次年度へつなげているが、検討会議などは設定されていない。より実効性のある事業計画の策定やその実施に向け、対策を再考されたい。			
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			
利用時、契約時に支援内容の説明はなされているが、事業計画に関しては周知が図られていない。利用者や家族が、事業所の進もうとしている方向性を正しく理解することの必要性を認識し、利用者等への事業計画の周知・理解のための方策を講じられたい。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービス向上に向けて、家族への利用者満足度調査を実施し、集計と分析を行って支援に活かしている。また、利用者個々に個別支援計画を策定し、目的を持った支援を展開している。支援の振り返りに関しては、毎月の職員会議で検討しており、職員個々の目標管理にて自己の目標と支援課題を明確にし、改善に向けて取り組んでいる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足度調査の結果を集計・分析し、職員間で共有している。しかしながら、改善事項について改善計画書等は無く、また改善過程も不明瞭な部分がある。改善活動の実施に当たっては、取り組みの一つひとつに対し、“責任者(誰が?)”、“期限(いつまでに?)”、“実施方法(何を?)”を明確にした改善計画を作成して取り組むことを望みたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員に向けては、ミーティングや職員会議にて随時意見や方針を示し、個々の職員の役割を明確にしている。管理者の職務分掌については、「定款」や「運営規程」に定められており、特に広報誌等で意見表明することは無い。緊急時や有事での管理者不在時の権限委任は、副館長に委任されている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
市が開催する事業所説明会に参加し、法令や基準改正などの情報を得ている。加えて法人の管理者研修にて事業に必要な規則等の情報を入手し、職員に周知している。また、「事業所ハンドブック」を参考にして、法令遵守に心がけている。更なる徹底に向け、研修等で職員全員の意識向上を図りたい。			
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			
職員の意見に関しては、日々のミーティングや毎月の職員会議、また人事考課の面談などにて聴取し、サービス向上に結び付けている。サービス向上に特化した会議の設定や、職員アンケートの実施など、更なる有効な対策を考えられたい。			
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			
管理者は、毎月収支分析や労務対策を行っている。労務の面では、勤務シフトの管理を行っており、利用者の状況に応じて職員を配置している。一方で、事業所内の業務改善に向けては組織的には取り組まれておらず、検討の余地を残している。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
人材確保に関しては、求人から選考、採用まで法人が採用計画の下に一括管理している。管理者は、事業所の「人員配置要望書」を提出している。育成については、法人の職位別研修等で対処しているが、今以上に実効性と計画性を加味した育成方法を検討されたい。			
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			
人事評価制度が導入されて運用されているが、異動・昇格等の人事基準が不明確であり、更なる制度の成熟を図ることが望まれる。法人の経営方針の中に、人材育成の項目として「期待する職員像」が示されているが、これを基に職員が将来設計できるトータルなシステムにしていくことが望ましい。			

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			
法人の行動計画の中に、育休、時短、有給休暇取得、セクハラ対策などが示されており、また共済会への加入、健康診断受診等々、福利厚生も実施しており、働きやすい職場作りに努めている。ただ、職員配置の関係で年次有給休暇が取得し辛い状況もあり、今後の工夫と対策が望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
目標管理による個人目標設定と評価を実施し、管理者面談を実施して職員個々の育成を図っている。一方で、正規職員以外の職員に関しては育成に関する対策がとられていない。非正規職員についても、育成の取り組みが欲しい。			
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			
職員は法人の階層別研修、外部研修に参加の機会がある。研修後は、事業所内で発表したり資料回覧をしたりしている。一方で、研修計画が策定されておらず、研修の効果測定や計画の評価、見直しが出来ていない。より計画性と目的を持って、職員の資質向上に取り組むことが望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員個々の研修計画が策定されておらず、各自が研修、研鑽の見通しが立てづらい状況である。また、新任職員のOJTが組織的、計画的に行われていないため、日常業務を通しての育成に確実性を欠いている。必要な知識と技術の習得、更には指導力向上に向けての対策の強化を図られたい。			
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 ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
これまでに、実習生を受け入れた経験はない。事業所の形態として、職員数も限られ、また利用者が日々替わることで実習の受け入れがづらい状況であるが、そのような事業所でも、実習生がその特徴や専門性に学ぶべき事項はある筈である。マニュアルやプログラムの整備、指導者養成など、実習生の受入れに向けて前向きな対応を期待したい。			

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			
ホームページや法人広報誌、事業所だよりにて様々な情報公開を行っている。苦情解決システムも整備されているが、第三者委員にまで届くような事案の前例がない。在宅障害者に必要度の高い事業所として、地域に向け、事業内容を一層知っていただくような工夫を考えられたい。			

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>事務、経理、取引等は、「経理規程」や「経理マニュアル」に沿って適正に行われている。法人監事による監事監査や行政の監査を受けているが、「社会福祉法」が求めるレベルの外部専門家による外部監査は実施されていない。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>基本方針の中に、双方向の交流と地域福祉活動の推進が謳われている。プログラムとして、外出や買い物などでの地域利用、また毎年の夏まつりやクリスマス会での交流活動がある。利用者は在宅障害者であるが、地域の一員としての意識や存在価値が増すよう、利用時にも地域との接点をより多く持つことを望みたい。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>窓ふきや清掃などの学生ボランティアを受け入れているが、直接利用者支援に係るボランティアはいない。受け入れ姿勢の明文化やマニュアル整備から始め、ボランティアとの交流方法の検討など、利用者とボランティア双方の福祉向上に向け、受け入れ体制が確立されることを期待したい。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>入所判定会議など、相談支援事業所を通して関係機関との連携を図っている。関連情報に関しては、職員間で共有して漏れが無いよう心掛けている。事業所としての必要性、また利用者個々に必要な社会資源については、常に明確にしておくことが望ましい。</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>法人としては、小・中学校や特別支援学校の体験学習、事業所の夏祭りへの地域招待、福祉避難所登録など、事業所機能の地域還元を行っている。今後は、避難所としての受け入れマニュアルの整備や事業所内容の広報拡充など、更なる機能還元に向けた取り組みを検討願いたい。</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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者受け入れでは、障害の軽重に拘らず地域ニーズに最大限応える形での事業運営を行い、地域の貴重な社会資源として機能している。また、法人内の利用者や家族が安心して生活するために利用できる重要な事業所となっている。今後も、この存在価値を認識し、事業継続を果たされたい。</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			
利用開始時の聞き取りや利用予定の組み合わせにおいて、個々の利用者を尊重した基本姿勢が反映された仕組みとなっている。職員間における共通理解については、研修等の教育が十分には行われていない。			
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			
ショートステイなどの宿泊を伴う利用の場合には、利用日を男女別に設定している。居室は扉で仕切られた個室となっており、プライバシーは保たれている。プライバシー保護について、職員の理解・認識にバラつきが見られる。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページに利用予定のカレンダーを掲示し、利用希望者にとって分かりやすくなっている。見学时や電話での問い合わせに対して「相談記録表」を起し、利用開始まで継続的に相談に応じている。また、施設玄関の掲示板を活用して必要な情報を明示している。一方、パンフレットはあるものの、事業所以外には設置されていない。			
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			
利用説明時に登録台帳を用いてアセスメントを実施し、利用ニーズを確認した上で契約内容の説明を行っている。正規職員が説明にあっているが、統一された方法はなく個人差が生じている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「福祉の村」から他法人のグループホームに、利用者複数名が移行する際に、集団生活の練習場所として利用できるよう調整した。引き継ぎ文書は定めていないものの、主に相談支援事業所からの問い合わせに応じている。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上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			
満足度調査を毎年1回行っているが、事業の特性上頻繁な利用は無く、アンケートの回収率が低い。また、アンケート結果の分析はしているものの、目立った改善には着手できていない。毎回の受け入れ時に問診表を作成し、その時点での課題を把握した上で支援している。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
最近苦情が1件発生し、法人内で定められた手順によって取り組みを進めている。しかし、苦情申出者が納得できるような解決策を提示できるか否かが不明である。また、結果の公表に結び付けられるか、現段階では分かっていない。苦情受付の様式には、結果の公表について明記されていない。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
食事の献立を決める際は、写真やお店のメニューを使って意見や希望を述べやすくしている。利用者や保護者が相談したい場合の分かりやすい説明文書等はない。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
睡眠時無呼吸症候群の利用者から睡眠中のCPAP(持続陽圧呼吸器)を使用したいとの申し出があり、職員間で使用方法、支援方法などを共有し、利用中の睡眠改善につなげた。利用者や家族から相談があった場合に適用する対応マニュアルなどの手順は定められていない。		
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。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
法人の定めた「ヒヤリハットレポート」があり、再発防止策までのプロセスが記録されている。職員個人によってヒヤリハットの認識に差があり、すべてをカバーできていない可能性が高い。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
市が作成したマニュアルを基に、事業所独自の対応マニュアルが分かりやすく作られている。また、マニュアルに基づき、嘔吐処理キットが用意されている。感染症発生時の利用中止の判断等について、責任体制が明確になっていない。責任者や判断基準等の明確化が求められる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「防災マニュアル」に基づいて避難訓練を行っており、年間の訓練計画もある。災害発生時に職員がどう動けばよいかをわかりやすく示すフローチャートや携帯カードが作成されている。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
調理の仕方など、業務の一部は分かりやすく文書化されているものの、ほとんどの業務について標準的な実施方法が文書化されていない。ただし、利用者支援においては十分な記録が残されており、次の利用につなげられる仕組みができています。職員間での情報の共有が十分ではなく、職員の技量によってサービスの質に差が生じている。		

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			
標準的な実施方法が文書化されていないため、見直しも行われていない。個々の利用者に対しての支援の見直しは、利用者本人や保護者の希望に応じて随時行われている。			
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。			
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
評価機関のコメント			
「登録台帳」にて保護者からの聞き取りを基にアセスメントを行っている。個別支援計画はショートステイの事業特性に沿った事業所独自のものを使用しており、利用者のニーズを反映させた目標が設定されている。しかし、相談支援事業所が作成した「サービス等利用計画」の写しがほとんどなく、個別支援計画がその内容を踏まえたものであるか否かは確認できない。			
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 ・ b ・ ㉒
評価機関のコメント			
利用者及び家族への聞き取りに基づいて随時見直しを行っているものの、定期的には行っていない。相談支援事業所によるモニタリングとの連携もない。			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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、職員間で共有化している。	障 44	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
『状態→対応・指導・支援→結果』という流れで記録するような仕組みがあり、職員には十分に周知されている。しかし、記録の内容については職員によって個人差があり、記録の仕方などについて教育不足が否めない。記録の作成方法を分かりやすく解説した「記録要覧」等の作成が望まれる。			
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			
法人の規定に基づいて記録の管理が行われている。個人情報の取り扱いについては家族への説明がなされ、同意を得ている。記録の保管場所や保管方法については、利用者の目に触れてしまうこともあり、早急な改善が必要である。			

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
余暇時間に音楽やDVDを楽しみたい時などは、職員が先回りして働きかけるのではなく、エンパワメントの考え方を重視し、利用者のやりたいことをしっかりと伝えられるまで待つことが徹底されている。さらなる自己決定支援についての理解を深めるための研修など、学習の機会を設けたい。			

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。	障 47	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
虐待防止の文書は事務室に掲示されているものの、虐待防止の職員研修等は法人で行われたもののみである。事業所内で具体的な権利侵害の事例などを引用した学習の機会は設けられておらず、虐待防止や不適切な事案が発生した場合に対応するためのマニュアルも整備されていない。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用前の聞き取りや「登録台帳」などを基に、自律・自立のための支援を行っている。排泄、入浴支援などでは必要最低限の支援以外は見守りに留め、過度な支援は控えている。利用後に「福祉の村」内の通所施設に移動する場合は、特別な申し送り以外は利用者本人が伝えられるように配慮している。しかし、個々の利用者の自立度の違いを十分把握できておらず、職員の力量によって、支援方法が適切ではないこともある。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
言葉でのコミュニケーションが難しい利用者には写真などを用いており、外食の行き先などは写真によって多くの選択肢を設けている。但し、画一的な支援に留まり、利用者個々のコミュニケーション能力に合わせた十分な支援には至っていない。			
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。	障 50	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
保護者アンケートに、「職員がよく話を聞いてくれる」との意見があるように、利用者からの言葉に丁寧に耳を傾ける姿勢がある。言葉を話さない利用者に対しては、潜在的なニーズを拾い上げるための具体的な取り組みがない。			
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。	障 51	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
サービスの特性上、日中活動が充実しているとは言い難い。しかし、リビングに雑誌を置いたり、豊富なDVDライブラリーを備えるなど、余暇をくつろぐための環境は整備されている。調理体験や買い物などの生活訓練においては個別支援計画を反映させた活動を行っている。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
他の事業所では受け入れ困難な行動障害を併せ持つ利用者を、日中一時支援で受け入れている。対人関係が苦手な利用者は、相性の悪い利用者との利用が重ならないように予定を組むなど、十分な配慮がある。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画や受け入れ時の問診票にある目標を基に生活支援を行っている。食事は嗜好に配慮するだけでなく、目標に沿って苦手なものも食べられるような工夫をしている。「サービス等利用計画」を反映させることができおらず、他の利用サービスとの連携が十分ではない。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
居室は個室になっており、エアコンが完備している。また、木材を多く使った家庭的な雰囲気のある内装でありながら、スプリンクラーを設置したり、IHヒーターにしてガスを使わないなど、安全面にも十分配慮している。トイレや浴室も清潔に保たれているが、汚れてしまったときに、職員の業務の都合によっては、すぐに対応できないこともある。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
調理においては、みそ汁の作り方の写真を用いた分かりやすいマニュアルを作るなど、生活訓練に力を入れている。専門職を交えた個々の障害の状況に応じた機能訓練などは行っていない。また、利用者個々の自立度に合わせた支援について、職員の認識が統一されておらず、改善の余地を残している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の健康管理については、保護者からの情報を基に行っており、医療機関との連携はない。日常のバイタルの把握や食事面での配慮などはしているが、体調急変時の対応など、適切なマニュアルがない。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
服薬支援やCPAP(持続陽圧呼吸器)の使用など、保護者からの依頼を受けて実施している。稀に薬の飲み忘れが発生することもあり、服薬の手順に漏れがある。また、看護師がいないこともあって、医療面における職員の研修や勉強会の機会がなく、職員教育は十分とは言い難い。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
近隣のスーパーマーケットやコンビニエンスストアで食材の買い出しを行い、商品の選択やお金の支払いなどを支援している。また、外食の際は食べたいものを注文するなど、社会との関わりを多く持てるようにしている。個々の能力に応じた支援において、職員間の認識が統一されていないため、支援内容に個人差が生じている。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
グループホームや入所施設への移行を希望する利用者が多いものの、法人内には受け入れ施設が整備されていない。その対処として他法人施設への移行を考えている。他法人のグループホームへの移行を予定している利用者に対して共同生活のシミュレーションをするなど、限られた資源の中でも地域移行についてのニーズには対応している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
契約時や受け入れ時、送り出し時など、保護者との情報交換の機会は多く、ニーズや状況把握、結果の報告などが適切に行われている。複数の連絡先を登録しているものの、体調急変時の連絡方法などが明確になっていない。また、家族が事業所での生活を見る機会は、ほとんどない。			

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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			