

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： 希望の家 | 種別： 就労移行支援、就労継続支援B型 | |
| 代表者氏名： 杉浦 荘太郎 | 定員（利用人数）： 30名（30名） | |
| 所在地： 愛知県岡崎市欠町字上ノ山1-29 | | |
| TEL： 0564-21-8076 | | |
| ホームページ： https://www.okazaki-fukushi.or.jp/ | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日 昭和55年 月 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： 8名 | |
| 専門職員 | (社会福祉士) 1名 | |
| | (介護福祉士) 6名 | |
| | | |
| 施設・設備の概要 | (居室数) | (設備等) 事務室、作業室 |
| | | 食堂、会議室 |
| | | |

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

・就労移行支援：

就労準備に加え、生活面での支援を個々に合わせて対応している。

・就労継続支援B型：

工賃で得た収入で地域での社会参加を促進し、自立した生活の支援を行っている。

④施設・事業所の特徴的な取組

・就労移行支援:就労をゴールとして捉えず、新たなスタートと考えている。そのため、事業所を退所してからも就職先の企業訪問や個別の相談に応じている。

・就労継続支援B型:全国平均と比較して高い工賃を支払っている。企業からの請負業務が工賃収入の大半を占めているが、幅の広い作業を提供することで利用者の可能性を拓け、自主製品の制作・販売にも取り組んでいる。

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28日(訪問調査)】 |
| 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

◆管理者のリーダーシップ

管理者は、事業の適正化や改革に意欲をもって取り組んでおり、状況分析を踏まえて改善への提案や新規事業の検討を行うなど、率先して組織を牽引している。事業所の理解促進のため、保護者に向けてメールマガジンを発信するなど、保護者との良好な関係の継続を図っている。

◆組織重点目標による目標管理

設定された組織重点目標に沿った業務評価と、個人目標による評価により、職員個々が明確な業務目標をもって取り組んでいる。個人目標の達成や、課題を改善につなげることで、職員個々の育成を図っている。

◆“働きたい”というニーズに応える

たとえ障害を持っていても、働いて自己実現したいというニーズに応え、就労系の2事業(就労移行支援事業、就労継続支援B型事業)を展開している。特に、就労移行支援事業は、事業収支を重視するのではなく、少ない希望者の意向を重んじ、就労ニーズに対する様々な支援を行っている。

◇改善を求められる点

◆適正な人事管理を

人事考課制度が導入され、能力評価による人事管理が運用されている。しかし、異動・昇級・昇格といった人事面の基準が不明瞭で、開示もされていない。職員が業務上の自己目標や見通しを持った支援を進める上で、またキャリア設計や将来設計が立てやすくなるよう、制度の透明化と適正化を期待したい。

◆計画的な研修を

法人では、階級、階層別、テーマ別研修など、人材育成に向けた様々な研修を用意しているが、事業所の研修計画が明確でないため、職員個々が自己研鑽の予定を立てづらい。また、OJTが組織的に取り組まれておらず、新任職員のレベルアップが図りにくい。計画性のある研修設定をなされたい。

◆標準的な支援方法の明文化

サービスの標準的な実施方法が明文化されていないため、職員の経験や慣例に頼ってしまう可能性がある。サービスの実施方法の統一から向上へ向けて、最低限押さえておくべく支援方法やポイントを文書化し、職員が共有しておく必要がある。その観点から、業務手順や確実に実行すべき事項を示したマニュアル整備は必須である。これにより、一定のサービス水準を担保できるとともに、支援上のリスクマネジメントの対策にもなりうる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回第三者評価を受けたことで、自分たちの事業内容や運営について、客観的に見つめ直すことができました。指摘を受けた点については改善し、良い評価を得た点については伸ばしていくことで、利用者の方やご家族、地域から必要とされる事業運営を行っていきたいと感じています。

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 | | | |
| 事業所の方針は、ミーティングなどで職員に周知、確認されている。しかし、法人の理念、基本方針に関しては、ホームページやパンフレットに明示されているものの、改めて説明する機会等は設定されていない。会議での確認や事業所内に掲示するなど、何らかの取り組みが欲しい。利用者、家族についても周知されているとは言えず、特に主体である利用者への周知に関しては、分かり易く工夫するなどの配慮が望まれる。 | | | |

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 | ①a ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 収支状況や稼働率等については毎月本部に報告され、集約、分析の上、施設長会議にて法人全体の状況を把握し、課題を共有している。また、市の事業所説明会にて地域福祉の動向を確認している。管理者の知り得た情報は、職員会議にて職員に周知されている。 | | | |
| 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 | | | |
| 経営課題は事業所内で分析され、事業計画の重点項目として取り上げられている。課題解決に向けては、本部との調整も含め管理者が取り組んでいるが、組織的に取り組まれている状況ではない。ただ、手立てとして、管理者は解決へのプランニングを職員に示し、個々の意見聴取を行う予定である。 | | | |

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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 長期10ヵ年計画が策定され、経営の指標となっている。この計画には予定期間は示されるものの、予算的措置に触れられていないため実効性が問われるが、市の外郭組織としての実態を考えれば内容的には優れたものと思われる。計画の見直し、評価、見直しといった点で課題は残る。 | | | |

| | | | |
|---|---|-----|-----------|
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 事業計画は、項目を絞った2つの重点課題となっているが、事業内容全般が網羅されていない。特に、サービス内容に関する事項に関しては重点課題として加えることが望ましい。一方で、職員向けの「組織重点目標設定票」の中には、新規事業や支援内容の取組状況が含まれており、業務上の指針となっている。 | | | |
| 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 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 事業計画策定にあたっては、管理者が素案を作成し、副館長とすり合わせの上で職員会議の場で検討して決定事項となる。計画の評価、見直しに関しても同様に行われている。基本的に、年度途中の見直しはなされていない。 | | | |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 支援内容や行事計画等に関しては、保護者会では説明がなされているが、事業計画に関しては説明がなされておらず、ホームページでの公開に留まっている。支援の主体である利用者への周知については、少しでも理解できるような工夫や配慮がなされることが望まれる。 | | | |

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。 | | | |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 事業全体のサービス評価に関しては、随時職員会議にて検討されるが、計画立てて行われていない。組織的な評価体制を整え、PDCAサイクルに沿ったサービスを考えられたい。職員個々の評価としては、組織重点目標について中間評価と最終評価を行い、職員個々のサービス達成状況と課題について確認している。 | | | |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 家族によるCSアンケート(利用者満足度調査)を実施し、これをモニターとして捉え、結果を分析してフィードバックし、職員間で共有した上で、職員会議で改善への取り組みを確認している。ただ、改善計画書は作成されず、改善に関しては管理者主導で進められている。一連の過程が不明瞭な部分もあり、検討の余地を残している。サービスの提供者である職員によるサービス評価についても、実施することが望ましい。 | | | |

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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>管理者は、職員会議や保護者会にて方針や方向性を示し、意見表明している。職務分掌については、定款に定められているが、事業所に見合った管理者の役割を文書化し、職員に周知することが望まれる。緊急時や有事での管理者不在時の権限は、副館長に委任されている。</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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>市の事業所説明会、法人の管理者研修などで法令やコンプライアンスの情報を得ている。事業所の運営に必要な通知等に関しては、職員会議等で職員に周知している。コンプライアンスの徹底に向けて、事業所内研修や事例検討の実施など、一層の取り組みを検討されたい。</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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>組織重点目標の達成に向け、職員個々に面談と評価を実施し、自らも目標管理を進めている。また、保護者CSアンケート調査(利用者満足度調査)を参考に、分析、評価、改善を進めている。一方で、サービス向上への委員会設置など、組織的な取り組みは見られない。職員の意見が反映される有効な対策を考え、さらなるサービス向上を目指されたい。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>人事、財務に関しては、法人主体で行われているため、本部と関係を密にして対応している。労務対策としては、面談を通して職員の意見・意向を吸い上げている。管理者は、業務改革や新規事業へ向けた調査や提案、また事業所の理解促進のためメールマガジン発信など、経営改善や事業の活性化に向けた取り組みを先導的に行うなど、指導力を発揮している。</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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>求人から採用まで、人材確保については法人サイドで行われる。管理者は、人員体制等について「人員配置要望書」を提出し、事業所の人材確保に努めている。人材育成の面では、法人の職域・階層別研修、テーマ別研修が実施され、新任から管理者までを対象とした資質向上を図っている。中長期計画に沿って、計画性をもった人材の確保・育成を進められたい。</p> | | | |
| Ⅱ-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | 障 15 | a ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>人事考課制度が導入され、能力評価が実施されている。一方で、異動・昇進・昇格などの人事基準に関しては不明瞭で、今後の制度の透明化、適正化が望まれる。「期待する職員像」としては、経営方針の中に示されるものの職員周知が徹底されていないため、これを浸透させ、職員個々のキャリア設計やモチベーション向上に結びつけることが望まれる。</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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 法人の行動計画には、年次有給休暇の取得促進やハラスメント防止、育休・時短の取得目標が掲げられ、法人をあげてワーク・ライフ・バランスの取れた職場環境を目指している。また、互助会への加入、産業医によるメンタルヘルスの対応など、福利厚生の整った働きやすい職場環境の構築に努めている。職員聞き取りの中でも、不満や問題点は見当たらなかった。 | | | |
| 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 ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 組織重点目標に沿った業務評価を行うとともに、個人目標を設定して自己評価、管理者による面談を伴った上司評価を行っている。個人目標の達成や、課題を改善につなげることで、職員個々の育成を図っている。ただ、実態としては、職員個々が通年に亘って、設定されている個人目標を意識した業務遂行がなされているとは言い難い面が見られ、運用上の課題を残している。 | | | |
| 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 ・ ③ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 職員は法人主催の職域別、階層別研修やテーマ別研修、外部研修、外部施設訪問に参加し、スキルアップを図っている。しかしながら、予算上の関係から研修計画が策定されておらず、研修の効果測定や評価が出来ない状況が課題としてある。また、研修内容を支援に如何に反映させるかといった課題も残る。 | | | |
| 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 ・ ④ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 経験や習熟度、また職域に合わせ、必要な研修への参加を心がけている。一方で、研修計画が策定されないため、職員が自己研鑽の見通しが立て辛い現状もある。加えて、OJTに関しては担当者の選定から目標設定、実施、評価までを体系的に行うシステムが構築されていない。新任職員の支援力向上、育成という面で組織的な取り組みが望まれる。 | | | |
| 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 ・ ⑤ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 実習に関する基本姿勢が明文化されておらず、受け入れの是非、可否が曖昧である。介護福祉士、社会福祉士の実習指導者は配置されているものの、実際の受け入れは無い。特別支援学校生の実習、教員実習、地元高校の福祉学科の体験実習などを受け入れている。事業所の専門性習得を実習項目に加えるなど、実習生受け入れのマニュアルやプログラムを作成し、積極的に福祉教育と将来の支援者養成に貢献されたい。 | | | |

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 | | | |
| ホームページによる様々な情報開示、法人広報誌や事業所だよりの発行、またメールマガジン配信など、様々な情報提供を行っている。事業所の理念や事業内容、さらには苦情内容の公表を含めた透明性などが地域に幅広く広報され、理解を得られるよう、様々な機会やツールを通じての働きかけを強化されたい。 | | | |

| | | | |
|---|----------------------------------|------|-----------|
| 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>事務、経理、取引等に関しては「経理規程」に沿って行われている。監事の税理士による内部監査が年2回行われると共に、会計事務所と契約し、毎月公認会計士が財務チェックを行い、適正化に努めている。外部専門機関による外部監査の導入による、一層の透明性確保が望まれる。</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 a ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>長期計画には、「地域との双方向の交流」と「地域福祉活動の推進」が明示され、この方針の下に夏祭りやクリスマス会、餅つき大会などで交流を図っている。また、地域小学校との交流や、買物や外出、日帰り旅行、さらには作業を通じた地元企業との関わりなどを通じ、日常的に地域と交流を持っている。今後も、地域の社会資源を活用して地域とのつながりを大切にする中で、事業所の理解促進、延いては利用者の自立と社会性拡大に結びつくの期待したい。</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 ・ b ・ ② c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>ボランティアの受け入れに関する基本姿勢の明示がなく、受け入れのための手順書なども作成されていない。利用者和社会との接点であるボランティアを重要なアイテムとして認識し、積極的に受け入れを進めるべく、受け入れ態勢の整備を図りたい。</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 ・ ② b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>自立支援協議会の就労部会、ハローワークや職業センター、就業支援センターとの連絡会などにおいて、情報交換や事例検討を行って連携を図っている。また、同種事業所の見学を行って情報を得ている。利用者の地域生活支援のための情報提供や、関連機関とのさらなる連携の強化により、事業所の利用者に留まらず、在宅障害者の福祉向上をも図られたい。</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 ・ ② b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>法人の経営方針には「地域福祉のニーズに応える事業活動の展開」、「地域における公益的な活動を推進する」といった地域福祉への貢献が示されている。夏祭りやクリスマス会などの法人行事を通して地域住民との交流を図っている。災害関係では、福祉避難所の指定を受けて地域障害者の受け入れを想定しているが、受け入れ手順など、市との調整がなされていない。専門性を活かした一層の地域還元を行い、地域活性化に貢献されたい。</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 ・ ② b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>地域の清掃や街頭監視活動などの職員の取り組みが見られる。地域障害者の「働きたい」というニーズに応じて事業展開していることで、地域の貴重な社会資源としての存在価値を果たしている。法人内の同種事業所との役割の棲み分けを明確にし、地域の正確な福祉ニーズを捉え、今後の事業展開と事業所の方向性のバランスを保たれたい。</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 | | | |
| 法人の理念が職員に十分に周知されておらず、利用者を尊重する基本姿勢や権利擁護についての研修も十分ではない。長く従事している職員の経験に頼っている面があり、共通理解をもつための取り組みに至っていない点も課題である。 | | | |
| 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 | | | |
| 更衣室のロッカーは利用者自身で管理できるようにするなど、障害特性に応じたプライバシー保護を行っている。権利擁護に配慮した福祉サービスについては、マニュアルが作成されていない。作業をする上で、利用者に対して過度の指導的な接し方をすることがあるが、利用者の権利擁護に十分配慮した支援内容となっているか否かの検証をしていく必要がある。 | | | |
| 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 | ①a ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| ほとんどの利用者が特別支援学校の卒業生であることから、定期的に特別支援学校への訪問を行い、必要な情報を提供している。その結果、就労移行支援事業と就労継続支援B型事業のいずれかを選択する際には、学校の進路指導担当者が適切に助言できるほどになっている。 | | | |
| 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 | | | |
| 説明者は館長(管理者)もしくはサービス管理責任者に限定されているため、分かりづらかったり、個人差が生じることはない。しかし、マニュアルなどがなく、組織的なルール化が求められる。 | | | |
| 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 | | | |
| 保護者による送迎が難しくなって、自力で通える施設への移行例がある。移行先からの問い合わせに対してはその都度対応しているが、その際の個人情報の取り扱いについて、保護者の同意が確認できていない。また、引き継ぎについての説明文書がない。 | | | |
| 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 | | | |
| 定期的に満足度調査を行っており、回収率も高く、概ね良好な結果を得ることができている。しかし、結果を回覧するのみで、課題抽出や改善活動にまでは至っていない。 | | | |

| | | |
|---|------|-----------|
| 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。 | | |
| 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 | | |
| 法人の「苦情解決規程」に基づき、体制を整えている。また、法人の苦情解決、クレーム対応研修に参加し、初期対応については職員間で共有、徹底されている。ただし、苦情解決および、公表に至るまでのプロセスは実際に苦情が発生していないため、いざというときに機能するか否かが定かではない。 | | |
| 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 | | |
| 会議室や事務室など、利用者や保護者が相談したい時に対応するスペースは整っている。また、就職が決まって退所した利用者からの相談も受け付けている。利用者や保護者に対する案内の文書や掲示などは行っていない。 | | |
| 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 | | |
| 利用者からの訴えや相談があった際には、館長やサービス管理責任者に報告したり、その日のミーティングで周知されており、概ね迅速に対応できている。しかし、対応すべきマニュアルが整備されておらず、組織的な対応が十分できているとは言い難い。 | | |
| 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「リスクマネジメント委員会」に衛生委員が参加し、事故報告やヒヤリハットについての情報共有を行っている。施設内では「ヒヤリハットレポート」を提出しやすい体制を整えているものの、実際の報告が少なく、個人差がある。提出されたヒヤリハット情報については、夕方のミーティングなどで周知され、未然防止、再発防止策がとられている。 | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 法人の「感染症対策マニュアル」があり、それに基づいて対策キットも配備されている。研修等での周知や習熟が十分ではなく、実際の発生時にその場に居合わせた職員が適切に対応できるとは必ずしも言い切れない。 | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 毎月の防災訓練のほか、災害発生時の体制についての手順書が全職員に配布されており、有事の際はどのように動けばよいか分かるようになっている。利用者の安否確認の方法が確立されておらず、職員をも含めた安否確認の方法を確立されたい。 | | |

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 ・ b ・ ㉔ |
| 評価機関のコメント | | |
| 職員の異動が少なく、長年の経験に基づいて支援にあたっている。そのため、標準的な実施方法の文書化が進められていない。新しい職員が入ったときに、十分なOJTの機会も確保できず、業務に支障をきたす恐れがある。 | | |

| | | | |
|---|--|------|-----------|
| 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 ・ b ・ ㉔ |
| 評価機関のコメント | | | |
| これまで習慣的に行ってきた実施方法を見直しする際には、ミーティングで周知したり、職員間での連絡帳を活用して変更に対応できるようにしている。しかし、標準的な実施方法として共有されていないため、仕組みとしては十分ではない。 | | | |
| 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。 | | | |
| 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 ・ ㉕ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| ニーズやアセスメントを基にして個別支援計画を策定しているが、職員間での情報共有が十分なされておらず、担当者のみの意見に基づく計画になりやすい。また、計画策定後も、直接支援に携わる職員に対しての周知が十分ではない。 | | | |
| 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 ・ ㉕ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 定期的に見直しは行っているものの、障害の軽い利用者の作業支援を主とする特性から、モニタリングにて計画を変更することがほとんどない。ケース検討の会議や保護者との面談が省略されることがある。 | | | |
| 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、職員間で共有化している。 | 障 44 | a ・ ㉕ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| ケース記録は1週間で1ページの記録様式となっている。記録は毎日実施されており、週末にはまとめの振り返りも記録されている。主に担当職員が記録し、1週間ごとにサービス管理責任者に提出しているが、他の職員が閲覧しやすい状況とは言い難く、情報共有が十分ではない。 | | | |
| 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 ・ ㉕ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 法人の「記録管理規程」に基づいて管理体制を整えている。職員に対する個人情報保護や記録管理についての教育が十分ではなく、情報開示請求などへの対応が適切に行われるかが定かではない。 | | | |

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 ・ ㉕ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 作業は利用者の適性などを基に提供している。利用者自ら希望する作業があった場合には、練習の機会を設けるなどして少しでも自己決定を尊重できるように配慮している。しかし、対応できる職員に個人差があり、個別支援計画に基づく統一した支援となっていない。生活面では給食の選択メニューや外出時の飲み物など、選択の機会を設けている。 | | | |

| | | | |
|---|-----------------------------|------|-----------|
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者に対する呼称が不適切であるなど、権利侵害の防止に関する職員への教育が十分ではない。また、就労移行支援における指導的な接し方についても、明確な基準が設けられていない。虐待防止に関する外部研修には定期的に参加し、参加者はミーティングなどで報告している。 | | | |

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 | a ・ ㉞ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 就労移行支援事業としては、作業において治具を活用するなど、自立支援に取り組んでいる。また、給料の一部を現金で支給し、報酬を得ることの喜びや金銭感覚を養う工夫をしている。しかし、個別支援においては、個々の自立ニーズについて十分検討されていない。 | | | |
| 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。 | 障 49 | a ・ ㉞ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 言葉によるコミュニケーションが困難な利用者に対しては、ジェスチャーなどでコミュニケーションをとっており、施設内での作業や生活においては不自由していない。しかし、就労移行支援という見地からは、一歩進んだコミュニケーション手段の確立が望ましい。 | | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 相談スペースの活用のみならず、随時利用者からの相談には耳を傾けている。また、朝夕の送迎時の保護者とのコミュニケーションも丁寧に行っている。受け付けた相談は、館長やサービス管理責任者に報告されるが、時には職員間での情報共有が十分なされていないこともある。 | | | |
| 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 | a ・ ㉞ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| ゴールデンウィークやお盆、年末年始など、取引先の企業が休みの時に余暇活動としてボウリングやカラオケに出かけている。利用者には好評の外出先だが、改めて外出先の希望をとっておらず、潜在的な余暇ニーズを拾えていない。 | | | |
| 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。 | 障 52 | a ・ ㉞ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者の障害特性に配慮し、作業環境に反映させるなど、適切に対応している。強度行動障害のある利用者がいないことから、専門職による助言等の必要性は高くないものの、支援記録を振り返っての検討が十分とは言えない。 | | | |
| 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 | ㉠ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 食事においては、アレルギーや嚥下、咀嚼能力などに配慮し、刻み食などを個別に用意している。また、早食いの傾向がある利用者に対しては見守りの体制を整えている。ほとんど自立している利用者が多いため、過剰な支援にならないようにしている。ご飯の量は利用者および家族の希望のほか、栄養士の意見も取り入れ、健康面に配慮したものとなっている。 | | | |

| | | | |
|--|--|------|-----------|
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 窓にはガラス飛散防止フィルムを貼っている。また、納品先で荷物を抱えて歩く時に足元が見えずにつまずいて転倒したというヒヤリハット事例を活かして、作業スペースでは動線に障害物がないように徹底されている。施設の建物自体が老朽化しており、随時快適性を高めるための改修・改善が求められる。 | | | |
| 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 | | | |
| 利用者の障害特性から、機能訓練や生活訓練の必要性は高くない。就労移行支援において、挨拶や適切な言葉で報告することについての支援は重要視しているものの、職業訓練の専門職による助言や指導は行われていない。 | | | |
| 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 | ⑦ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 年に一度の健康診断および、半年に一度の内科検診を行っているほか、毎月体重と血圧測定を実施し、健康状態の管理をしている。また、日課にストレッチの時間を入れ、健康な身体作りも行っている。体調急変時は保護者とすぐに連絡を取っている。グループホーム利用者についても、保護者に対応してもらえるように事前に同意を得ている。 | | | |
| 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 | ⑦ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 服薬は原則として利用者本人による自己管理になっており、ほとんど問題なく服薬できている。風邪薬などの臨時薬は、連絡帳にて午前中のうちに確認できるようになっている。誤薬事故等の報告はない。 | | | |
| 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 | | | |
| 就職後も役に立つテーブルマナーなど、社会参加を見据えたプログラムを提供している。また、お茶の淹れ方や電子レンジでの調理など、将来的な自立生活に向けた学習の機会もある。ただし、これらは施設側で発案したもので、利用者の希望や意向を反映させたプログラムとしては改善の余地がある。 | | | |
| 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 ・ b ・ ⑧ |
| 評価機関のコメント | | | |
| グループホームへの移行ニーズが高いものの、法人として着手できていない。一方、送迎サービスのニーズも非常に高く、福祉の村において合同でサービスを始めていく予定である。ニーズの多さに対応するために、公共交通機関の活用と併せて、法人及び事業所主体のサービスの充実を図りたい。 | | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 偶数月に保護者会を開き、3分の2程度の保護者が参加している。施設からは館長が出席し、日常の報告や意見交換などを行っている。保護者向けに館長がメールマガジンを配信しているが、高齢の保護者にとっては取り扱いが難しく、登録者数は伸び悩んでいる。保護者会には、館長以外の職員も出席して意見交換等を行い、幅広くニーズを拾うことが望ましい。 | | | |

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 | | | |
| 就労移行支援においては、作業一辺倒ではなく、挨拶や報告の練習、体力づくりとして体幹トレーニングなども実施している。「福祉の村」内の子ども発達支援センターの掃除や近隣の大型商業施設、作業所などに施設外就労の機会を設けている。夏の暑さが厳しい時期の施設外での作業を通して、“就労の厳しさ”を体験できるようにしている。エンパワメントの理念（潜在能力の発揮）に沿った就労移行支援の観点からは、更なる工夫の余地がある。 | | | |
| 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 | ⑦ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 個々の作業能力を見極め、“適材適所”を心掛けている。また利用者それぞれに合った治具を活用することで、作業の幅を広げられるようにしている。ただし、作業の頻閑によって、やむを得ず業務都合での作業配置をすることがある。その際には、利用者本人の了承を得るとともに、能力向上の視点に基づいて支援にあたっている。 | | | |
| 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 | ⑧ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 関係機関や取引先と連携して職場開拓を行っている。また、定期的にハローワークでの情報収集も行っている。就労後も本人からの相談に応じるなど、就労定着を目的として十分なフォローアップ体制をとっている。 | | | |