

## 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： 銀河   | 種別： 生活介護           |               |
| 代表者氏名： 川崎 高子   | 定員（利用人数）： 40名（42名） |               |
| 所在地： 愛知県小牧市大字大山字岩次208-3  |                    |               |
| TEL： 0568-47-2555  |                    |               |
| ホームページ： <a href="http://www.aichi-seikokai.or.jp">www.aichi-seikokai.or.jp</a> |                    |               |
| 【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）： 社会福祉法人あいち清光会  |                    |               |
| 職員数  | 常勤職員： 21名          |               |
| 専門職員   | (管理者) 1名           | (社会福祉士) 2名    |
|  | (サービス管理責任者) 1名     | (介護福祉士) 3名    |
|  | (看護師) 1名           | (精神保健福祉士) 1名  |
|  | (事務員) 1名           |               |
| 施設・設備の概要   | (居室数)              | (設備等) 作業室・所長室 |
|  |                    | 事務室・医務室・食堂・厨房 |
|  |                    |               |

### ③理念・基本方針

#### ★理念

「“この子、わが子なりせば”の親の愛を忘れることなかれ」を大切にその人なりの生き甲斐のある生活と自己実現に向けて、一人ひとりの豊かな地域生活支援を目指します。

#### ★基本方針

利用者が主体となり、何事にも自己選択・自己決定できるように配慮し、基本的な生活習慣を身につけるとともに、働く喜びや生き甲斐を見つけ、より豊かな地域生活を営むことを目指した支援を行う。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ①自主製品のレベルアップ、売り上げアップをめざしている。
- ②コメット弁当やシリウスのパンは地域での販売経路を開拓し、地域交流、地域貢献(小牧市高齢者は配食サービス)、障害者理解を広めている。
- ③衛生委員会、感染症対策委員会、防災委員会、虐待防止委員会、強度行動障害対策委員会等、各委員会をより実践で生かせるものにするとともに、人材育成、専門性を高める努力をしている。
- ④作業以外に創作活動(絵画、音楽、陶芸、ダンス等)やレクリエーションを取り入れ、メリハリのある日課の提供に努め、障害者の各種展覧会やイベントに出店・参加している。
- ⑤社会生活力を高めるための体験・学習を目的として、地域生活体験を行っている。地域に出て、買い物や喫茶店等、お金の使い方の経験や巡回バスに乗り移動する等、実際に地域の中で試みを行い、貴重な経験を積んでいる。
- ⑥防災の強化を図り、災害時に備えて準備を進めている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

|                   |  |
|-------------------|--|
| 評価実施期間            | 平成30年 6月27日(契約日) ~<br>平成31年 3月 4日(評価結果確定日)<br><br>【平成30年11月 5日(訪問調査日)】 |
| 受審回数<br>(前回の受審時期) | 3 回 (平成27年度)   |

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆組織活動によるメリット

各会議や委員会を通して部門毎の課題検討や改善を行い、サービスの質の向上を図っている。全ての職員が何らかの部門に属して事業運営に参画し、結果として業務意欲の向上に結びついている。

##### ◆地域の中での役割

喫茶・パン事業、弁当事業、高齢者の安否確認を兼ねた配食サービス事業など、事業所(利用者)と地域とが数多くの接点を持っている。地域での貴重な社会資源としての存在価値を示すとともに、利用者の地域生活を支えている。

##### ◆利用者の主体性重視

利用者全員のコミュニケーションの状況や障害特性についてアセスメントを行い、それを基に自己決定を尊重するためのアプローチをとっている。主体的な活動を尊重するエンパワメントを重視し、合理的配慮のある支援を行っている。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆適正な人事管理

異動、昇進、昇格などの人事対策の面で明確な基準が無く、また人事考課がなされないため、成果や貢献度を測ることができていない。職員のキャリア設計を可能とし、業務意欲の向上を図る意味でも、透明性のある適正な人事制度の構築を考えられたい。

◆目標管理による人材育成

職員が目標を持って業務を遂行することで、支援の質の向上と職員個々のモチベーションに結びつく。業務を通じた人材育成のために、職員の力量に合わせて目標を設定し、その目標達成に向けての活動を評価することで次目標につなげていく“目標管理制度”の検討を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受けるたび、法人の弱みや、まだまだだと気づかされる事があり、改善に向けてとても参考になりました。  
ありがとうございました。

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 ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント   |                         |         |           |
| 基本理念は、ホームページや「事業概要」、パンフレットに明記されている。また、職員の行動規範となる「支援者心得12条」についても同様に、毎週月曜の朝礼や毎月の職員会議で唱和し、周知されている。家族に対しては家族会にて伝えられている。利用者に対しては、丁寧に伝えられるが、分かり易く説明するための資料などを用意し、更なる理解促進を図られたい。 |                         |         |           |

### 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     | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                 |         |           |
| 理事長が障害福祉関係の多くの役員をされている関係で、様々な情報が入手でき、経営環境を的確に把握することができている。経営状況に関しては、会計会社と契約し、財務管理やコスト分析などを実施している。在宅者の状況等についても、自立支援協議会や相談支援からの情報を得ることができている。 |                                 |         |           |
| 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     | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                 |         |           |
| 監事や会計会社、また社会保険労務士の意見も踏まえて経営分析し、組織をあげて取り組んでいる。個別事案は委員会や各会議で検討され、改善に結びつけている。職員には職員会議を通し、具体的に説明がなされている。  |                                 |         |           |

### 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 ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント  |                             |         |           |
| 5ヶ年の中期計画が策定され、年度見直しが行われている。計画に合わせ、収支予定も組まれている。計画の内容としては、現事業の修正や新規事業の展開予定など、法人としての方向性が示される一方、項目によっては不確定要素も多く、実効性・具体性といった点で改善の余地を残す。 |                             |         |           |

|  |   |     |           |
|--|---|-----|-----------|
| 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。                | 障 5 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |     |           |
| 単年度の事業計画は、中期計画を受け、事業内容の全般を網羅した年度計画となっている。設定可能な部分の数値目標もあり、評価や改善が可能な形となっている。   |   |     |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |     |           |
| 各作業グループや各部門での意見集約から、「企画会議」、「運営会議」を経て評価、反省が行われ、事業計画が策定されている。承認された事業計画は、職員会議にて全員に周知されている。事業計画の策定や見直しに関するプロセスも、職員参画の形ですすめられている。 |   |     |           |
| 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 ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |     |           |
| 毎月家族会が開催されており、年度初めの家族会では、事業計画が資料として配付され説明がなされている。利用者に関しては、支援の主体であることも踏まえ、専用の説明資料を用意するなど、さらなる理解促進に努められたい。                     |   |     |           |

#### 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     | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 利用者への最適なサービス提供に向け、個別支援計画のモニタリングを毎月実施している。また、職員は毎年自己評価を実施するとともに、コンプライアンス、権利擁護、リスクマネジメント等の委員会を通して、サービス内容の検証と評価、改善を組織的に行っている。            |  |         |           |
| 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 ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 各委員会での評価、分析を基に、「企画会議」、「運営会議」を経て改善への取り組みがなされている。一方で、改善計画の策定や計画の評価、見直しといった点について、手順の文書化がなされておらず、PDCAサイクルに沿った取り組みとして十分に機能しているか否かの判断がしづらい。 |  |         |           |

## 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  |                                   |         |           |
| 管理者の役割りについて、「キャリアデザインシート」に職責が記されているが、仕事の内容や責任の範囲という点では具体性に乏しい。管理者は朝礼や職員会議等において、自らの役割りや方針等について毎回説明している。不在時の職務権限については、副施設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    | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |           |
| 管理者は、経営セミナー等に参加して情報を得たり、自立支援協議会等で法改正の内容等を確認し、会議等で職員に周知している。また、法人内に「コンプライアンス委員会」が設置され、法令遵守の徹底と、問題発生時の対応等について具体的に取り組んでいる。  |                                   |         |           |
| 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  |                                   |         |           |
| サービス向上に特化した組織は無いものの、管理者自らが各委員会や会議に参画し、それぞれの分野の現状把握と分析、検討を行い、質の向上・改善に向け取り組んでいる。   |                                   |         |           |
| 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    | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |           |
| 人事・労務に関しては、職員面談により現状把握を踏まえて分析し、法人として必要な措置を講じている。財務に関しては、会計会社や社会保険労務士と相談し、経営の安定と改善に向けて取り組んでいる。組織としては、事業所での会議、「企画会議」、「運営会議」という体制の下に集約、検討され、いずれも管理者はその構成員として積極的に活動している。 |                                   |         |           |

### 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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |         |           |
| 人材の確保に関しては、ハローワークや雑誌、広告、各種フェアでの求人等、可能な限りの採用活動を展開している。本年度より2:1の職員配置へと増員し、マンパワー強化を図っている。育成に関しては、外部研修やOJTを含む内部研修で研修計画を基に実施されている。一方で、指針となる具体的な採用計画や育成計画といったものは策定されていない。    |  |         |           |
| 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  |  |         |           |
| 個人面談による聞き取り事項や、事業所ごとの事業全般を勘案し、人事対策が取られている。しかしながら、異動・昇進・昇格等の基準が不明瞭である点、また職務の成果や貢献度が評価されない点など、職員のモチベーション低下や将来設計（キャリア設計）へのマイナス材料になる危険性も否定できない。透明性があり、且つ適正な人事管理の構築を検討されたい。 |  |         |           |

|  |   |      |           |
|--|---|------|-----------|
| 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  |   |      |           |
| 有給休暇や時間外労働等のデータ管理、産休・育休の取得、産業医によるメンタルチェック、管理者による面談など、働きやすい職場を目指した取り組みが見られる。相談窓口の設置や福利厚生の充実など、全ての職員にとっての魅力ある職場、また家庭との両立をさらに追及した対策を講じられたい。                     |   |      |           |
| 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  |   |      |           |
| 研修参加による個人目標の設定がなされるが、シートには成果の評価や上司アドバイスなどは含まれておらず、また全ての職員が対象となっていない。職員個々が目標を持って業務遂行をするため、また業務を通じた人材育成のために、組織的な目標管理の導入が望まれる。                                  |   |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 法人としての理念や行動規範は定められているが、個々がどのような職員を目指すべきなのか？また、法人としてどのような人材になってほしいのか？といった「期待する職員像」やそれに向けての明確な育成計画は見られない。一方、研修としては、研修台帳により個々の研修予定が立てられ、計画的な研修参加が進められている。       |   |      |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 法人内外での階層別、テーマ別、職種別研修への参加、資格取得の奨励、また個別担当や目標設定、評価を含むOJTなど、職員個々に応じた研修の機会が確保されている。   |   |      |           |
| 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  |   |      |           |
| 実習受入れのマニュアルが整備され、実習担当職員も配置され保育実習を中心に介護体験なども受け入れている。調査当日も多くの実習生が活動していた。一方で、社会福祉士や介護福祉士の実習受入れがなされていない現状である。実習施設としての登録を行い、事業所の専門性を活かした実習生の育成、専門職の養成を積極的に進められたい。 |   |      |           |

### 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  |                            |      |           |
| ホームページや法人の広報紙を活用し、様々な情報を公開している。市の事業所一覧にも記載され、事業内容を開示している。今後は、苦情受付情報の公表など、さらなる透明性確保に向けての取り組みを期待したい。 |                            |      |           |

|  |                                  |      |           |
|--|----------------------------------|------|-----------|
| 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・取引等について、また内部監査の実施については「経理規程」によりルール化されている。さらには、会計会社との契約により経理、財務のチェックを受けている。義務化の対象とはなっていないが、「社会福祉法」が求める外部監査の実施により、公正かつ適正な経営の徹底を図られたい。</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>利用者、職員合同によるダンスチームやバンドによる地域のイベント参加などを通じた交流を行っている。また、パンや弁当の製造販売や喫茶を通して地域住民と関り、地域の高齢者への配食サービスを実施するなど、様々な取り組みによって地域との数多くの接点を持っており、住民からも十分な理解を得ている。</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>ボランティアの受け入れにあたってのマニュアルが整備され、人材育成部のボランティア担当を中心に対応にあたっている。音楽、美容、理容、演芸、作業補助等々、定期で数多くのボランティアが活動している。また、中学生の交流学习や体験学習の場としても事業所を提供している。</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>自立支援協議会や福祉施設の連絡会など、関係機関との連携により、ケース会議や事例検討の実施、また情報の共有化やネットワーク化が図られている。利用者へは、地域生活体験事業を通し、公共交通機関や買物体験など、利用者個々に必要な社会資源の活用を支援している。</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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| <p>喫茶・パン事業、弁当事業、バザー販売、講演・研修での講師派遣など、事業所独自の機能を地域に向け発信・提供している。今後の展開として、福祉避難所としての登録や、陶芸活動の場の地域開放などを検討しており、既に陶芸用の装置・機材は調達済みである。</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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| <p>招かれての民生委員の会合での講演・助言や、地域高齢者への安否確認を含めた配食サービスなど、地域の福祉ニーズに合致した事業を展開している。関係機関との連携や各種販売等の地域活動を通して一層のニーズ把握に努め、引き続き地域福祉に貢献されたい。</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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 就職面接の段階で「支援者心得12条」を説明し、理解を得た上で入職してもらい、また入職後も毎週月曜日に唱和するなど、福祉サービスにおける基本姿勢が徹底されている。また、権利擁護、虐待防止、強度行動障害等について法人の委員会が中心となって啓発活動を行い、日常的に課題を抽出し、改善へとつなげている。   |   |         |           |
| 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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 権利擁護に対するアンケートを実施し、虐待が起こりうる場面等を共有している。毎日業務終了後の自己評価は、職員間で評価内容を共有できる仕組みとなっている。また、いいことキャンペーンによって良い接し方を職員間で褒めあうなど、職場全体で権利擁護について意識を高めあう風土がある。トイレ介助が必要な利用者がほとんどおらず、プライバシー保護について特別な配慮の必要性は高くはないものの、マニュアルの整備と意識啓発を進めている。 |   |         |           |
| 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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| パンフレットは写真を多く使用し、分かりやすく工夫されている。また、相談支援事業所とも連携し、事業所の情報を提供している。施設見学には随時対応しているほか、特別支援学校からの実習も積極的に受け入れている。   |   |         |           |
| 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 ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 写真を用いて説明するなど、本人、家族に対して個別に分かりやすい方法で説明している。コミュニケーション方法についてアセスメントをし、それに基づいて意思表示が困難な利用者にもそれぞれに合った説明方法をとっている。困難ケースについては、まだ工夫、改善の余地がある。   |   |         |           |
| 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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 法人内のサンビレッジに移行するケースが多く、他法人の施設への移行や一般就労などはほとんど例がない。従って、相談支援員を通じてサービスの継続性に配慮した引き継ぎがスムーズに行えている。   |   |         |           |
| 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 ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 年度初めの満足度調査や、毎月開催される家族会の二者懇談で意見・要望を把握し、職員会議にて検討改善を行っている。パニックが多い利用者の要望に対して、離れの活動場所に移動し、少人数のグループで落ち着いて活動できるよう改善した。また、グループホームの利用や日中一時、ショートステイなどの要望もあり、適宜施設間での連絡を取り合う体制を整えている。人材確保の面などから満足度向上に結びつかないこともあり、更なる改善を要する。 |   |         |           |

|  |      |           |
|--|------|-----------|
| 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  |      |           |
| 「苦情解決規程」に基づいて苦情解決の仕組みを整えているものの、解決結果は家族会での報告に留まっている。ほぼマンツーマンで対応している利用者の脇腹に痣があったという事例では、施設利用中に起きたものなのかも含め、はっきりとした原因にはたどり着かず、十分な再発防止策を構築できたとは言い難い。            |      |           |
| 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  |      |           |
| 「重要事項説明書」に明記しているほか、施設内に相談受付の案内を掲示している。また、意見箱を設置し、利用者および家族が相談しやすい環境を整えているものの、意見箱を介さずに直接相談を受けるケースがほとんどである。事務所において所長の席が窓際にあり、屋外からも気軽に声をかけやすくなっている。            |      |           |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 受け付けた相談は、所長および副所長に報告され、必要に応じて職員会議の議題となる。少人数での野球観戦や、パニックの多い利用者の配置転換など、相談から改善や実現につなげた事例も多い。  |      |           |
| 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 | ㉔ ・ b ・ 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」が中心となって、ヒヤリハットや事故の原因究明と再発防止策を検討している。特に嚙下については家庭で誤嚥による死亡事故が過去にあり、職員の意識が高い。内職の部品を口に含む利用者に対しては、作業場所を移動させるなど、個々の障害特性にも鑑み、起こりうるリスクを把握して共有している。 |      |           |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 「感染症対策委員会」が予防活動を推進し、毎日強酸性水で手すりなどを消毒している。また、会議や朝礼の場でも、マニュアルを使うなどして対策方法を周知徹底している。利用者および家族への啓発も十分できており、家族がインフルエンザなどに罹患した場合は自主的に休む利用者もいた。                      |      |           |
| 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  |      |           |
| 敷地内の入所施設と合同で、毎月避難訓練を実施し、新入職員に対しては水消火器での消火訓練も実施している。立地条件によって起こりうる災害を把握し、備蓄庫を設置して食糧や備品を随時整備している。最近の台風による停電を受けて、必要な備品の見直しを図った。近隣住民や自治会など、地域との連携はまだ十分ではない。     |      |           |

### 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  |      |           |
| 標準的な実施方法は概ね文書化されており、職員の教育にも活用されている。しかし、「防災マニュアル」については非常にボリュームがあり、実用的とは言い難い面もある。すべての情報を盛り込むだけでなく、使いやすさも踏まえたマニュアルを整備することで実用性が高まると思われる。 |      |           |

|  |   |      |           |
|--|---|------|-----------|
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| マニュアルの見直しは毎月の会議で確認され、必要に応じて関係者が集まり議論や意見の交換をして、改訂されている。改訂の際は日付も明記され、履歴が分かるようになっている。改訂されたマニュアルは関係者に配布されるほか、閲覧ファイルに綴じられ、すぐに周知される仕組みもできている。  |   |      |           |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 新年度に新しく入った職員でも適切な個別支援計画を策定できるように、1ヶ月間のモニタリング期間を設け、新しい個別支援計画が5月から始まるようにスケジュールされている。策定の際は、アセスメントを基に看護師、栄養士などの関係職員の意見も取り入れ、担当職員とサービス管理責任者で作成している。   |   |      |           |
| 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  |   |      |           |
| 半年ごとの定期的な個別支援計画の見直しのほか、毎月の職員会議において内容について確認し、必要に応じて見直しを図っている。目標が達成されたり、ニーズの変更があった場合には見直しがかげられ、関係職員への周知は会議の場において、また、議事録の回覧でも行われている。  |   |      |           |
| 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 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| パソコンのネットワークシステムにおいて毎日の記録が行われ、管理もされている。また、個別支援計画に関する記録は赤線を引くなど、記録のルールも明確になっており、周知徹底されている。そのほか、グループごとの連絡ノートや朝礼時に使用する施設全体に関するノートなど、職員間の連絡を密にするための記録も充実している。その分、管理を徹底することの必要性が高く、継続的な取り組みが求められる。 |   |      |           |
| 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  |   |      |           |
| 個人情報の取り扱いについては、「記録管理規程」を基にパソコンやUSB端末の取り扱いなどについて教育している。一方、利用者についての会話を本人の前ですることがあるなど、個人情報への配慮に欠けることもあり、職員の意識を高めていく必要がある。保護者から情報開示の要求を受けた際は個人情報に配慮し、連絡帳にてやり取りしている。                              |   |      |           |

## 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  |                                       |         |           |
| 一人ひとりのコミュニケーションの状況についてアセスメントし、それを基に自己決定を尊重するためのアプローチをとっている。主体的な活動を尊重するエンパワメントを重視し、障害者アート展では繰り返し表彰されることもあった。また、利用者同士の相性についても障害特性についてのアセスメントで把握し、合理的配慮のある支援を行っている。 |                                       |         |           |

|  |  |                  |
|--|--|------------------|
| A-1-(2) 権利侵害の防止等   |  |                  |
| A②<br>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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |                  |
| 全職員に対して虐待防止のアンケートを実施し、毎日自己評価をするなど、権利擁護への取り組みは充実している。身体拘束をやむを得ず実施せざるを得ない利用者については、個別支援計画に明記してあらかじめ家族の了承を得ている。障害特性や障害の重さによって理解の程度は違うが、利用者に対してはポスターを掲示するなど、事業所の基本姿勢を伝えている。                                 |  |                  |
| A-2 生活支援   |  |                  |
|  |  | 第三者評価結果          |
| A-2-(1) 支援の基本  |  |                  |
| A③<br>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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |                  |
| 地域生活支援事業として、地域における自立生活のための取り組みを始めた。自動販売機でジュースを買うことから、バスに乗って大型商業施設まで行くことまで、毎回目的を明確にして段階的に実施している。日常生活においては、財布など持ち物の自己管理を個々の能力に応じてできるように支援している。日中一時支援事業やショートステイ事業などの生活訓練においては、相談支援員と連携しながら実施に向けた支援をしている。  |  |                  |
| A④<br>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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |                  |
| 利用者一人ひとりのコミュニケーション手段をアセスメントし、できるだけ意思疎通ができるように配慮している。作業の内容や予定などは、分かりやすくするためにホワイトボードにイラスト付きのカードを貼って掲示している。   |  |                  |
| A⑤<br>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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |                  |
| アセスメントした一人ひとりのコミュニケーション手段によって、利用者個々の相談にも対応している。行事の参加申し込みなどの希望を聞き取る際にも、個別のコミュニケーション手段で対応している。利用者から受けた相談はグループごとの連絡ノートに記録され、職員間で共有されている。相談内容に関しては、必要に応じて会議に取り上げて議論している。                                   |  |                  |
| A⑥<br>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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |                  |
| 日中活動は事業所単体のものだけでなく、隣接する入所施設「サンフレンド」と連携して陶芸を行うなど、多様な活動を提供している。芸大卒の職員を採用して芸術的な専門性を高め、利用者個々のエンパワメントを実現している。外出のプログラムについても、利用者が主体性をもって参加できるように、ニーズに沿った計画を立てている。   |  |                  |
| A⑦<br>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 ・ (b) ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |                  |
| 職員が様々な研修に参加し、個々の障害特性に応じた適切な支援について知識を習得している。強度行動障害については、県の専門職に実際の現場を見てもらい、行動分析をしてもらっている。弄便が多かった利用者に対しては、行動分析を基に支援した結果、多少の減少傾向にあり、専門職の助言が活かされた。しかし、実際のところは直接支援する支援員一人ひとりの関わり方が重要であり、各職員のスキルアップがさらに求められる。 |  |                  |
| A-2-(2) 日常的な生活支援   |  |                  |
| A⑧<br>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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |                  |
| 誤嚥防止のために、必要に応じて刻みやとろみ食などを提供している。刻み方は個々の嚥下能力に合わせたものとなっている。また、利用者によっては落ち着いて食事できるように、個別の部屋で食事を摂れるように配慮している。   |  |                  |

|  |  |      |           |
|--|--|------|-----------|
| A-2-(3) 生活環境   |  |      |           |
| A <sup>⑨</sup><br>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  |  |      |           |
| <p>手芸品の制作作業では、はさみや針などの管理を徹底している。環境面においては、扉に窓をつけて開けるときに反対側を確認しやすくしたり、トイレの扉を外開きから内開きにして、廊下での安全性を高める等の改善をしている。また、廊下にもエアコンを設置し、館内の快適性を高めることで利用者のストレス軽減につなげている。</p>   |  |      |           |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練  |  |      |           |
| A <sup>⑩</sup><br>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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| <p>散歩やストレッチに重きを置いて活動するグループは、保護者がリハビリの先生に指導を受けたものをニーズとして取り入れ、機能訓練として実施している。シュレッダー作業において、受注が少ない日にはスキルアップを目的として、個々のレベルにあわせた器具を使いこなせるよう訓練している。</p>   |  |      |           |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援  |  |      |           |
| A <sup>⑪</sup><br>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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| <p>毎日検温を行い、体調不良などの早期対応に配慮している。定期的な回診で医師の指導を受け、看護師や栄養士などの専門職と連携して健康状態の管理に努めている。利用中の発熱について、高熱の場合は直ちに家庭に連絡している。その際に、直ぐに連絡が取れなかったり、迎えにこられない時には、医務室で静養できる体制を整えている。グループホーム利用者の場合は、グループホーム担当職員と連携し、職員が通院に付き添っている。</p> |  |      |           |
| A <sup>⑫</sup><br>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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| <p>薬の管理についてのマニュアルを整備し、安全第一を徹底している。筋ジストロフィーの利用者に対しては、専門医の指導を受けて適切な支援を行っている。その他糖尿病対策の支援も看護師を通して医師の指示を受けるなど、利用者個々の健康状態に応じた適切な支援をしている。</p>   |  |      |           |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援  |  |      |           |
| A <sup>⑬</sup><br>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  |  |      |           |
| <p>パンや弁当の販売を通じて地域との繋がりを保ち、貴重な社会参加の機会となっている。また、利用者それぞれのレベルに合わせて地域生活体験を実施し、明確な目標を持って取り組んでいる。音楽や美術などの外部講師を招き、専門的な指導を受けている。美術では絵画作品が何度も賞を取るようになった。</p>   |  |      |           |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援   |  |      |           |
| A <sup>⑭</sup><br>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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| <p>毎月の家族会の開催に合わせて行われる「二者懇談会」や普段の連絡帳などでのやり取りで、地域生活についての意向は把握している。グループホームの利用者に対しては、地域での生活を維持していくためにホーム担当職員とこまめに連絡を取りあっている。</p>   |  |      |           |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援  |  |      |           |
| A <sup>⑮</sup><br>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 ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| <p>毎月家族会を開催し、半数程度の保護者が参加している。事業所からは毎回2～3名の職員が参加し、貴重な意見交換の場としている。その他、毎日の送迎時や連絡帳で頻繁に連絡を取り合っている。体調不良や急変時の対応については、家庭に連絡を入れる体制を整えているが、明確な判断基準がなく、改善の余地がある。</p>  |  |      |           |

A-3 発達支援

|                              |                                |         |           |
|------------------------------|--------------------------------|---------|-----------|
|                              |                                | 第三者評価結果 |           |
| A-3-(1) 発達支援                 |                                |         |           |
| A <sup>16</sup><br>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 <sup>17</sup><br>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 <sup>18</sup><br>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 <sup>19</sup><br>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                          |                                   |         |           |