

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： サンビレッジ	種別： 就労継続支援B型・生活介護	
代表者氏名： 川崎将宏	定員（利用人数）： 34名（20名）	
所在地： 愛知県小牧市大字岩崎字山浦1432-10		
TEL： 0568-54-1111		
ホームページ： http://www.aichi-seikokai.or.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成29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： 14名	
専門職員	(管理者) 1名	(社会福祉士) 6名
	(サービス管理責任者) 1名	(介護福祉士) 3名
	(事務職員) 1名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 作業室4・所長室1
		浴室1・喫茶室1・食堂1
		厨房1 医務室1・事務室1
		会議室1・多目的室2

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 一人ひとりの豊かな生活をめざして・・・
- ・施設・事業所 個々の得意な事を活かし、苦手な事は互いに補い合おう！！

★基本方針

事業所が地域の中に位置する為、地域に開かれたサービス展開に努めています。就労移行支援・就労継続支援B型は、働く意味を体験して頂くために事業所内において農作業を主として生産・加工・販売等を行うことで、一人ひとりが役割を自覚し就労への意欲を高め、利用者の望む生活に向けた支援を行います。また、生活介護は、一人ひとりの能力や特性に合わせた生産活動や創作活動等の提供をし、併せて身体機能や生活能力向上の為の必要な支援を行います。

④施設・事業所の特徴的な取組

<今年度重点施策>

- ①各作業班の効率化・生産性向上及び差別化
- ②イタリアンカフェレスト「アトリア」の利用促進
- ③備蓄品の充実及び地域被災時の一時避難所計画
- ④職員及び利用者の増員
- ⑤地域交流懇談会の開催
- ⑥一人ひとりの個人の特性を活かした事業計画及び展開

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）～ 平成31年 3月20日（評価結果確定日） 【平成30年11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

◆親の愛を持って一人ひとりに寄り添う支援

事業所の開設から2年目という新しい事業所であるが、「親の愛を持って利用者への支援に臨む」との理念・基本方針の職員への周知が徹底して図られており、現場での福祉サービスの提供に活かされている。利用者の豊かな生活を実現するため、利用者の好き嫌いをまとめた「好子、嫌子ファイル」を作成するなどして、一人ひとりに寄り添った支援を目指して取り組んでいる。

◆地域の福祉拠点として

中・長期計画の中で、社会貢献活動の一環として「こども食堂」の開設や、地域被災時の一時避難所の開設等を検討している。地域で暮らす障害者の仲間づくりのための「本人の会」の開催や、地域の人との交流の場として活用が期待されているカフェレストラン「アトリア」を今年オープンしている。また、区長との地区懇談会を定期的に行っており、その会場として会議室の開放を検討している。事業所としての歴史は浅いが、今から地域の福祉拠点としての歴史を作ろうとしている。

◆農福連携事業

各作業班の効率化や生産性の向上を図る取り組みを行っており、特に農作業班においては他の事業所との差別化を図るため、芋焼酎づくりに挑戦している。そのための野菜（さつま芋）作りにも余念がない。また、農業用ハウスの創設を計画する等、積極的に農福連携事業を展開している。

◇改善を求められる点

◆就労継続支援B型事業の振興

就労継続支援B型事業の定員が埋まらない。市内では、就労継続支援A型事業所が林立し、そちらへの流入も就労継続支援B型事業所への利用希望者の減少につながっている可能性もある。地域の福祉ニーズを正しく把握し、就労継続支援B型の利用者の充足率を高めるため、充足率改善の取り組み強化や、定員減などの措置を講じる等で定員と実利用者数との格差是正を図ることが望まれる。

◆マニュアルの整備

数ある業務について、標準的な実施方法の整備が遅れている。医療に関するマニュアルは整備されていたが、それ以外の業務全般については、法人作成の共通的なマニュアルも多く、事業所の個別事情に対応が難しいものも散見された。今後、日々の業務を見直す機会として、また職員教育のためのツールとして、さらには支援(作業)の統一を図る必要からも、各種マニュアルの整備に期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所は開所から2年目なので、今回初めての受審でしたが、とても丁寧かつ適切に評価して下さったおかげで、自らの事業所が提供するサービスの質について、客観的・専門的に分析できました。明らかになった課題に向かって、積極的に取り組んでいきます。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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「親の愛を持って利用者への支援に臨む」というシンプルで本質的な理念や、「支援者心得12条」と呼ばれる支援方針が明文化されており、朝礼や会議等において職員に周知を図っている。利用者に関わる職員の姿に、理念・基本方針が職員に浸透している状況が確認できた。			

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			
当法人の理事長は愛知県知的障害者福祉協会の会長職を歴任していることから、社会福祉事業全体の情報がいち早く入る状況にあり、経営環境の変化等に適切に対応できる態勢となっている。また、当事業所は地域の福祉ニーズに応じて新しく創設されたものであり、行政機関や地域からの情報・意見を積極的に取り入れる等して、常に行政と連携を図りながら事業を展開している。			
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			
TKC(法人の経営改善を支援するコンサルタント集団)による財務管理やコスト分析を定期的に行っており、改善すべき経営課題を明確にして理事会等で検討している。中長期計画や事業計画の中で改善目標を明確にしており、具体的な取り組みを進めている。その取り組みの内容は職員にも周知している。			

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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画として「あいち清光会5カ年計画」が作成されており、その中で中・長期的なビジョンが明確にされている。収支計画が策定されているが、利用者の増減や人件費率の分析等が十分に反映されておらず、定期的に見直しを図ることを期待したい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「あいち清光会5カ年計画」を踏まえて、単年度毎の事業計画を策定している。しかし、数値目標や具体的な成果の設定が十分ではなく、実施状況の評価・検証も含めて改善を期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は職員の総意により策定されており、理事会にて承認を得た後に実施している。単年度毎に重点目標(今年度については、5つの目標)を掲げて事業を実施している。目標に対する評価や見直しについて、数値目標や具体的な評価基準により達成度を評価して文書化することで、次年度への計画作成につなげていくことが望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画については、事業概要や家族会総会の資料等により保護者に説明し、理解を図っている。利用者には、分かりやすいように絵や写真を入れた資料やポスターを作成し、丁寧に説明している。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
開設2年目であるが、今回初めて第三者評価を受審する等、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを組織的に行っており、利用者にとって満足度の高い支援を提供している。引き続き、第三者評価の評価結果や利用者の満足度調査の結果等を精査するなどして、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを継続して行っていくことに期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所内に権利擁護や虐待防止、コンプライアンス、リスクマネジメント、強度行動障害等に関する各委員会を設置し、それぞれの委員会において福祉サービスの質の向上に向けた具体的な取り組みを行っている。第三者評価を定期的に受審するとともに、評価結果から明確になった課題を計画的に検討し、改善を図る予定をしている。それらの成果は、次年度以降の評価・検証に委ねることとなる。			

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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業概要や職員組織図、非常災害対策計画、消防計画等において、管理者としての役割と責任を明確に文書化しており、職員会議等で職員全員に周知を図っている。災害時や事故等の有事においての役割や、不在時の権限委任についても明確に規定している。		
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		
職員が法令を遵守して職務に当たるように、朝礼や会議等において法令遵守を徹底している。また、コンプライアンス委員会を設置して、法令等の適正な運用を図るようにしている。管理者自らも経営者セミナーに参加する等、遵守すべき法令等を学んでいる。労務関係については、社会保険労務士と契約し、就業規則の改正や賃金規定の見直しを定期的に行っている。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者一人ひとりの豊かな生活を実現するため、福祉サービスの質の向上を目指して意欲的に取り組んでいる。また、利用者一人ひとりに寄り添った支援の実施に向けて職員の指導を行っている。		
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		
経営の改善や業務の実効性を高めるため、社会保険労務士やTKC(法人の経営改善を支援するコンサルタント集団)と契約している。衛生委員会での産業医による職員の健康管理等の取り組みを積極的に進めている。		

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		
法人全体で人材確保や定着を図る計画を立てており、具体的な取り組みを行っているが、より実効性のある計画や取り組みを行うことが期待される。		
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		
「期待する職員像」を明示しており、職務遂行に必要なキャリアを「キャリアデザインシート」に落とし込み、職員の育成及び人事管理に活用している。職員が個人目標を定め、その達成度を主観的且つ客観的に評価し、組織への貢献度を評価する人事考課制度を導入予定であり、その動向を見守りたい。		

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			
ワーク・ライフ・バランスに配慮した“働きやすい職場づくり”を推進しているが、職員の意向や意見を把握するための個人面談が十分に機能していない。人事考課制度での職員面談の実施と併せて、個別面談を充実することが望まれる。			
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			
今年度から、職員が個人目標を定め、その達成度を主観的且つ客観的に評価する取り組みを始めたが、進捗状況を把握するための中間面接が未実施の状況である。中間面接を実施して、目標管理による職員の育成に向けた取り組みを充実することが望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職務遂行に必要なキャリアを「キャリアデザインシート」で明確にしており、職員の教育・研修計画に反映させるようにしている。教育・研修の実施後の評価と見直しが適切に行われており、専門的な資格や技術取得のため細かな配慮がなされている。			
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			
教育・研修計画を基に、一人ひとりの職員に対して教育・研修が実施されている。OJTは新人職員から中堅職員、ベテラン職員に至るまで常時行われており、新人に対しては教育係や人材育成部が定期的に面談をして、教育・研修の効果測定を行っている。			
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 ・ b ・ ③
評価機関のコメント			
現在、実習生を受け入れておらず、仕組みが未構築である。実習生受け入れの意義や目的を明確にし、対応するマニュアルやカリキュラムを定める等、今後の積極的な取り組みに期待したい。			

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			
事業内容は広報誌や家族会資料、ホームページ等で公開しており、予算書・決算書はインターネットで公表している。第三者評価の受審結果については、社協のホームページで公表される。苦情の受付から改善に至る結果については、ホームページを活用する等、公表する体制を検討して頂きたい。			

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・取引等に関するルールが明確にされ、職員への周知が図られている。TKC(法人の経営改善を支援するコンサルタント集団)に財務・経理面を依頼して経営・運営の適正化を図っている。また、内部監査や外部監査を定期的に受けている。引き続き、公正で透明性の高い運営のための取り組みに期待したい。さらに法人の対応として、社会福祉法が求めるレベルの、外部専門家による監査の実施を計画されたい。</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>事業所の周辺は大型集合住宅や商業施設、福祉施設等が点在しており、自然な形で地域との交流が図られる条件が整っている。特徴的な取り組みとして、地域で暮らす障害者の仲間づくりのための「本人の会」の開催や、地域の人との交流の場として活用が期待されているカフェレストラン「アトリア」を今年オープンしている。また、区長との地区懇談会を定期的に開いており、その会場として会議室の開放を検討している。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>地元の小学校との交流や納涼祭等でボランティアを受け入れているが、積極的な活用には至っておらず、市・社会福祉協議会のボランティアセンターを利用する等、積極的な受け入れと活用を期待したい。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>地域内で活用できる社会資源を整理して文書化しており、関係機関や関係団体と定期的に連絡会を開催し、常に連携を図っている。また、近隣の福祉施設と協力して地域懇談会を開いたり、地区の区長との懇談会を開くなどの特徴的な取り組みを行っている。</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>パンや焼き菓子の販売、バザーでの自主製品の販売、レストラン、納涼祭等、事業所の特徴を活かして地域の人々との交流を図っている。また、相談支援事業の委託を受けており、地域からの相談を受けている。災害時に対応するため備蓄品を備蓄しており、災害時における福祉避難所としての役割を検討している。備蓄品に関しては、消費期限を記載する等、適切な管理体制が望まれる。</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>地域の福祉ニーズに基づいて立ち上げられた施設であり、常に地域の声を意識しながら事業を展開している。イタリアンレストラン「アトリア」の開業や、休耕地を利用した農作業事業、中学生との交流学習、地域で暮らす障害者の仲間づくりの場である「本人の会」の開催等、地域に根差した事業を積極的に展開している。</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			
「支援者心得12条」と呼ばれる支援方針を大切に、毎週月曜日の朝礼時に職員で読み合わせを行うなど、機会あるごとに触れる仕組みがある。法人内で横断的に行っている虐待防止委員会から得られた情報を職員会等で周知し、虐待防止に関する教育を行っている。外部研修では全職員の研修参加一覧が作成されており、「誰が、いつ、どの研修に行ったのか」を把握して、偏りなく職員が研修に行ける工夫がある。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
「虐待防止マニュアル」等、法人共通の資料は用意されているが、自施設独自のマニュアルは作成されておらず、よりイメージしやすい具体的なマニュアルを用意する必要性を感じており、現在作成中である。また、現在は行われていない「身体拘束」についても、その手順について作成している最中であり、今後の完成とその効果的な運用に期待したい。			
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、法人全ての事業所が記載されたシンプルで分かりやすい冊子として用意されている。ただ、それだけでは表面的な概要しか分からないため、より具体的な情報を提供する目的で、製本された冊子である「事業概要」を配付し、説明資料として活用している。外部のみならず、保護者会でも配付するなど、十分な情報提供が行われている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業所内にはルビのついた「重要事項説明書」等が掲示されており、利用者が読める工夫がされている。説明にあたっては、紙面だけに頼らず口頭にてかみ砕いて行い、その内容は保護者等にも十分に理解されている。今後、内容を簡潔かつかみ砕いたものに置き換えた新たな文書があると、さらなる理解が深まるものと思われる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
他のサービスに変更する際、その継続性に配慮した資料として「引き継ぎ書」を作成し、保護者了解の下、新しい事業所に伝達する仕組みがある。開設されたばかりの事業所であるため、新たに退所し引き継ぐような場面はほとんどないが、様式等は用意されており、いつでも使える態勢になっている。担当窓口は担当職員やサービス管理責任者、相談支援事業所の相談支援専門員等、その利用者に応じて明確に伝えている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
保護者向けの満足度調査を毎年実施し、外出や日常生活、職員の対応、食事、入浴、排泄支援等、あらゆる項目を網羅した内容となっている。今年度よりその内容(項目)を見直し、より保護者の満足度が収集できるよう変更されている。フィードバックは原則個々に回答を行い、内容により保護者会(毎月実施)にて報告することもある。利用者についてはアセスメントを見直す際、満足度を把握して記録する仕組みが用意されている。			

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		
苦情解決の仕組みは十分整っている。苦情内容(事務分野、医療分野、支援分野等)によって担当者が決まっており、速やかに処理する仕組みがある。課題としては、公表が保護者に留まっており、ホームページに掲載(もしくはそのコーナー)がないこと、苦情なのか否かについては苦情申立人が判断するのではなく、あくまで施設側が判断することになっており、その仕組みについて改善の余地がある。		
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		
利用者にとって身近な存在の「担当職員」が中心となって相談相手となっているが、それ以外の職員でもすぐに対応するよう心がけている。ヒアリングする場所は、「医務室」や「静養室」が使われることが多く、他者に聞かれず安心して話ができる環境である。		
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		
対応マニュアル等は特に用意されていないが、「サンビレッジ会議」と呼ばれる会議(管理者・サビ管・現場支援員等で構成され、毎月開催)にて利用者の意見や要望等を集約して検討する機会がある。その後職員会議にて報告する等、仕組みは十分整っている。しかし、相談や意見を受け付けた際の決められた記録用紙がない。「誰が、いつ、どのような対応(回答)をしたのか」が分かるような仕組みの構築が期待される。		
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		
「事故報告書」は適切に作成・管理されている。事故発生から終結まで「フローチャート形式」で示されており、その流れも分かりやすい。リスク管理委員会が組織されており、事故分析や対応方法の検討等を実施している。課題は、事例の収集方法及び情報量の不足である。既存の業務日誌システムを上手く活用することで手軽に情報の集約が行えることから、その仕組み作りを改善することでさらなる向上が期待できる。		
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		
通常のマニュアル冊子とは別に「医療に関するマニュアル」が用意されており、感染症をはじめ医療的な対応や留意点等について詳細に記載されている。アルコール消毒はもちろんのこと、次亜塩素酸水の機械を導入したり、感染防止に有効とされる手洗い等を確実に行うことで予防を行っている。昨年度はインフルエンザ罹患者がゼロであったことから、感染予防が確実に行われていたと判断できる。		
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		
利用者及び職員を含めた3日分の食料を備蓄しており、リストも整備されている。小牧市が主催する福祉施設を対象とした会議(日中活動連絡会)にて防災に関する話し合いがなされるなど、防災に対する関心は高い。地域ぐるみで防災に関する連携や具体的な対策等についてはこれからの課題と認識しており、今後の取り組みに期待したい。		

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		
数ある業務について標準的な実施方法を個別に定めていく中、医療に関するマニュアルは整備されていた。ただ、それ以外の業務全般については、まばらに存在するものもあるが、全体的に整備が遅れている。今後、日々の業務を見直す機会として、また職員教育のためのツールとして、支援(作業)の統一化を図る必要があり、各種マニュアルの整備に期待したい。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
見直しされたマニュアルは日付が記載されており、いつ改訂されたのかが分かる仕組みとなっている。また、見直しをした際は会議等を通じて全職員に周知する仕組みがある。課題は、見直し時期が「随時」である点である。現在のボリュームでは十分対応可能であるが、今後マニュアルが増えた際、その管理を確実にするためには「誰が、いつ、何を見直すのか？」というルールが必要で、その仕組み作りを望みたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎年細かなアセスメントを行った上で、個別支援計画を作成している。特に、アセスメント内に「利用者の満足度」に関する項目が用意され、「これまで支援した結果、利用者の満足が得られたか？否か？」もヒアリングしたのち、次の個別支援計画に反映させるなど、丁寧な取り組みを行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本的に半年に1回のサイクルで見直しを行っているが、対象利用者の状態やその計画内容によっては3ヶ月に1回のサイクルにするなど、個別に見直し時期を設定している。これとは別に毎月モニタリングを行い、その記録を作成するなど、日々の取り組み状況及び結果が分かる仕組みができています。計画変更やモニタリング結果は各種会議にて伝達し、全職員が情報共有できる仕組みがある。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
業務日誌入力ソフトを活用してデータにて管理する記録方法や、手書きにて記録する書類等、使いやすさや目的に応じて使い分けており、適切な記録が整っている。しかし、職員個々の記録スキルに差異があり、表現方法の違いや文章の構成力、偏見や間違った見方による記録等が散見されることから、これら記録に関する教育の必要性が課題として挙げられる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
採用時に個人情報の漏洩に関する「誓約書」を取り、その後教育(データの持ち出し禁止等)を行っている。パソコンについてはパスワード設定による不正ログイン防止を行っている。ノートパソコンについては、盗難防止も含めて勤務終了後は鍵のかかる棚にしまうなど、可能な限りの対策を実施している。ネット上での情報漏洩を防ぐため、近日中に業者によるセキュリティ強化を行う予定であり、全体的に記録に関する危機意識の高さがうかがえる。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自治会が組織されており、その規約も掲示してある。役員は立候補により選出し、その役員が中心となり職員と協議していく仕組みである。自治会のみならず個々の利用者からも様々な要望が出され、忘年会企画やフライングディスク活動等、いくつか導入した実績もある。「好子・嫌子ファイル」を作成し、利用者個々の好き嫌いを把握した上で、コミュニケーションが難しい利用者の意向も可能な限り尊重する取り組みを行っている。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
虐待防止委員会により虐待防止アンケートを実施して情報集約を行い、現在作成している「(サンビレッジ)独自の虐待防止マニュアル」に反映させようとしている。身体拘束に関しては、発生から終結までの一連の手順について明確なものがないため、マニュアルと併せて作成中である。課題としては、虐待に関する線引きが曖昧であり、組織として明確に示していくことの必要性和、それに伴う職員教育の実施等が残されている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
買い物外出によるお金の使い方の習得はもとより、平日における日中活動では活動の一環として「洗濯」や「掃除」を意図的に導入している。土曜日・日曜日・祝日における開所日では、「わくわく活動」と称して洗濯や清掃活動、調理等を職員と一緒にやり、自立生活に向けた取り組みを行っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の好き嫌いをまとめた「好子・嫌子ファイル」の情報を活用し、利用者に合わせてコミュニケーションを取ったり、絵カードや写真等を使って適宜コミュニケーションを行っている。また、コミュニケーションが難しい利用者でも、「完成したらベルを鳴らす」という訓練を行った結果、できるようになった利用者もおり、障害特性を把握した上での適切な対応が成果を上げているケースが見られる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
相談があればその都度対応するのはもちろんのこと、必要に応じて会議等にて話し合いもなされている。特に担当職員は利用者にとって一番の理解者であることから、積極的に関与するような風土がある。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者からヒアリングを行った結果を基に、希望の活動に取り組んでもらう仕組みとなっている。具体的な活動としては造形活動や音楽活動などのカルチャー活動やバランスボール運動、ダンス活動など、外部講師の協力を得ながら多彩な日中活動を提供している。作業活動も利用者を選んで進めていくことを基本とし、個別支援計画に沿ってサービス提供を行っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の状況に応じた支援を行うため、内部及び外部研修にて必要な知識を習得しているが、その中でも特筆すべきは、A3用紙に全職員の氏名が記載された表の中に、「いつ」「誰が」「どの研修に参加したか」が一目見て分かる管理表が作成されていることにある。この管理表と合わせて「キャリアデザインシート」と呼ばれる経験年数に応じた取得すべきスキルや資格等が明記されており、これらを活用して適切な支援に繋げている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
入り口に暖簾があり、温泉のような雰囲気のある入浴設備が用意されており、入浴を必要とする利用者には、毎日サービス提供を行っている。課題としては、厨房設備があるものの調理する人材が確保できず、弁当を提供していることである。どんなに美味しい弁当でも、目の前で作る温かい料理に勝るものはない。人材確保はどの事業所も苦慮しているところではあるが、1日でも早い給食提供の実現に期待したい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所の建物には様々な工夫が盛り込まれており、使い勝手は申し分なさそうである。そのような中でも、暗かった昼白色の照明を昼光色にして明るくする改善を行ったり、「冬は廊下が寒い」とのことで廊下の保温対策について検討するなど、新しい建物ではあるが利用者が快適に過ごせる環境改善について積極的に取り組んでいる。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>明確なプログラムが用意されているわけではないが、作業活動等を通じて、洗濯物を干してもらう活動やいろいろな物を運んでもらうなど、自然と活動の中で機能訓練等が行える工夫がある。手洗いや排泄等が、少しでも利用者自身でできるような支援も意識して行っている。それらを必要に応じて個別支援計画に盛り込み、間雲に行わずに計画立てて実施するような仕組みが整っている。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>車で20～30分圏内に複数の病院があり、体調不良時における通院等には十分に対応が可能である。グループホーム利用者が多いこともあり、日中に通院する機会がある。その場合には、看護師指示の下、支援員もチームとなって協力し、利用者の健康維持に努めている。急変時の対応や通院先リスト、連絡先等もファイリングされており、不測の事態に備えて速やかに対応できる環境が整っている。</p>			
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			
<p>医療的な支援については、「投薬支援」及び「アレルギー対応」が主であるが、いずれも看護師及び医師の指示の下で適切に対応されている。業務に大きな支障は見られないが、他施設(入所施設等)の看護師との連携が希薄となりがちなため、横のつながりや連携について更なる工夫が望まれる。</p>			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>外部ボランティアによるバンスボール活動やダンス活動、その他造形活動等がある。それらを通して、社会参加の一環としての交流はあるものの、学習面においては具体的な取り組みが十分であるとは言い難い。利用者のニーズによっては、その取り組み頻度や内容等が変わってくると思われるが、明確なプログラムを用意して利用者が選べる環境を作られたい。</p>			
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			
<p>利用者の多くが法人内のグループホームの利用者であり、両者の連携がしっかりと取れていることで、利用者・家族が安心して地域生活を送ることができている。また、入所施設やグループホームと地域生活に関する情報共有を行い、保護者にも適宜その情報を提供している。今後は、グループホームとの連携の下に「一人暮らし」への移行を進められたい。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>毎月1回開催される保護者会(法人内入所施設等と合同開催)には、事業所として積極的に関与し、情報共有の良い機会となっている。保護者会には数名の保護者が参加し、参加できない方へは書面の郵送にて情報が行き渡るようになっていく。また、保護者会後には「二者懇談」を行い、担当職員等と直接話をする機会が設けられ、家族への支援にも力を入れている。</p>			

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			
個別支援計画だけでなく、評価表を用いて利用者一人ひとりの可能性を引き出す取り組みを行っている。しかし、能力(作業スキル)の引き上げだけでなく、「意欲(モチベーション)」の引き上げに苦慮しており、まだ思うような結果が出ていない。「失敗しても大丈夫！」という作業方針の下、利用者には可能な限り様々なことに関わってもらい取り組みをしており、利用者の経験につながる支援を行っている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
開設して間もないということもあり、工賃アップが大きな課題となっている。レストラン経営や芋焼酎の製造・販売、そのための野菜作りなど、短期間の中で積極的な仕事の開拓を行っており、その前向きな姿勢が事業所内に行き渡っている。利用者との個別面談を毎月行い、評価結果を伝えて課題や目標の確認を行っており、利用者個々と向き合う仕組みがある。仕事の内容の充実度は発展途上であり、今後の拡大及び質的な向上に期待したい。			
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			
対象者は現在1名であるが、就労希望があり、ハローワークとの連携を取りながら就労支援を行っている。しかし、結果には結びついておらず、就労の実現に求められる組織としてのノウハウが十分に整っていないことに課題がある。就労移行支援事業を新たに始める計画があることを踏まえ、先進的な取り組みや結果を出している事業所からの情報収集をしていくことも必要かと思われる。			