

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： ひまわり	種別： 生活介護・就労継続支援B型	
代表者氏名： 中上晋一	定員（利用人数）： 50名（53名）	
所在地： 愛知県尾張旭市上の山町間口2584-2589-2		
TEL： 0561-53-9500		
ホームページ： www.kidoairaku.org		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 4年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 ひまわり福祉会		
職員数	常勤職員： 13名	
専門職員	(管理者) 1名	(事務職員) 1名
	(生活支援員) 12名	(サービス管理責任者) 1名
	(就労支援員) 1名	(調理職員) 2名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 厨房設備・製菓設備
		木工設備

③理念・基本方針

★理念

・法人

ひまわり福祉会は、利用者ひとりひとりが望むその人らしい生活を支援し、利用者から信頼され、地域に貢献できる法人をめざし、全ての人々に対し開かれた、透明で健全かつ活力のある法人作りを行います。

・施設・事業所

地域で暮らすことをトータルでサポートしながら、一人一人の生きることを一緒に考えます。

★基本方針

- ・どんな方でも社会参加できるように、専門性の高い支援を行います。
- ・地域福祉の増進のために努力します。
- ・やり甲斐をもって働ける職場にします。

④施設・事業所の特徴的な取組

・障害関係の事業所としては尾張旭市で最も古く、長く支援してきた自負がある。どのような障害を持った利用者であっても、働くことを通じて社会参加できるように、また、安心して毎日を過ごすことができる場所になるように支援している。

・自主製品として木工製品、クッキーやケーキなどの焼き菓子、ひまわり弁当を製造している。それぞれの製品が地域の人達の手元に届けられるように、利用者と共に作業している。尾張旭市と密接な関係にあり、市内の保育園にはおやつとしてクッキーを納品するほか、尾張旭市で出生した子に対しては、木工で作成した「あさぴーがらがら」を配布している。

・事業所の立ち上げに関わった母親たちは、働く場を作っていくことを目指していたと思われる。そのため、事業所は作業を中心におき、少しずつでも仕事に携われるように支援している。

・就労継続支援B型事業の工賃支払い実績は20,000円(平成29年度実績)で、比較的重度の利用者を多く受け入れている事業所としては、高いレベルの工賃を支払っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 6月 4日(契約日) ~ 平成31年 4月18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

◆管理者による事業経営の適正化

管理者の改善・改革の動きが加速している。事務室のレイアウトを変更したことにより、乱雑だった室内が整理整頓され、機能性を増してきた。福利厚生にも目を向け、福利厚生クラブの活用が図られている。火災報知機の設置、社有車へのドライブレコーダーの設置は、共に利用者の安全・安心への配慮である。最大の改善は、事業収支の「加算要件」を分析・研究した上での事業所経営の黒字化であろう。裏を返せば、この黒字化があって、様々な改善の原資が生まれたとも考えられる。

◆働きやすい職場の実現

働きやすい職場づくりの実現を目的として、「ワーク・ライフ・バランスの向上」を重点項目に取り上げ、「事業計画工程表」に展開して取り組んでいる。子育て中の職員に対して、勤務時間を考慮して他事業所への異動を行ったり、短時間勤務に切り替えたりしている。毎月1回、「ノー残業デー」を設け、時間外労働時間の短縮に取り組んでいる。年次有給休暇に関しても、徐々にではあるが消化が進んでおり、職位や職種による取りづらさは感じられない。

◆利用者の意識改革

今年度から、生活介護事業の3ユニットと就労継続支援B型事業の1ユニット、計4ユニット全てに目標管理のシステムを導入した。当初は職員の意識の改革を狙ったものであったが、目標設定から目標達成までの一連の流れの中で、利用者の関心が高まってきて利用者自身にも目的意識が出てきた。利用者が意志決定する機会は少ないが、利用者自ら「ひらがなを学びたい」との要望があり、日中活動に組み込んで利用者の期待に応えている。

◇改善を求められる点

◆「事業計画工程表」に数値目標の設定を

事業計画は、前年度の事業計画の評価を反映させ、さらに職員から出された意見や提案を加味して策定されている。事業計画の中で重点的に取り組むことを決めた項目を、「事業計画工程表」に展開して取り組んでいる。しかし、「事業計画工程表」のそれぞれの項目に、目標や到達点と言った具体的な数値が示されていない。その結果、中間評価等の計画見直し時に期限管理や進捗の把握が難しい状況である。さらに、事業報告書での最終評価が、曖昧なものとなっている。

◆マニュアルの整備

マニュアルの整備が遅れている。正規職員の比率が高く、パート職員を含めて勤続年数の長い職員が多い。それ故、日々の支援においては、慣習に倣いルーティンとして業務が進んでいる。その時点では、定められた手順に立ち帰ることもなく確かな支援が実践されており、マニュアルの必要性は論じられない。しかし、予期せぬ事態が起きたり、事故が起きたりした場合に、適切な対応をしたり、再発の防止に取り組んだりするためにはマニュアルが必要となる。また、マニュアルは新たな職員の教育用のツールともなりうる。マニュアルの必要性を認識し、必要と思われるマニュアルの整備を急がれたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めての第三者評価受審となりましたが、良い機会を得られたと考えています。日常の業務ではなかなか得られない視点で事業の評価をして頂けたことが一番の収穫であったと思われれます。また、ご家族からも忌憚ない意見を聞かせて頂いたこともありがたいことです。良い評価は励みになりますし、ご指摘いただいた点は今後の事業改善のヒントとして活用していきたいと思えます。総じて、自分たちが行っている事業運営に対し客観的な視点を得られたことが収穫でした。今後の事業運営を行う上で必ず活用し、よりよい施設作りを目指していきたいと考えています。

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。

(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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
管理者は、着任以来毎日の朝礼や夕礼で理念や基本方針に根差した支援について語っている。2ヶ月に1度の家族会でも、家族に対して事業所の運営方針を熱心に説明している。正規職員、パート職員共に勤続年数が長く、理念等の理解は十分であるが、実際の業務に関してはこれまでの慣習に流れる面があり、言行不一致の感はぬぐいきれない。		

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		
法人の施設長会が定期的で開催されており、そのメンバーに日本知的障害者福祉協会や名古屋市知的障害者福祉施設連絡協議会の役員を務める者がいる。その会議での情報共有が、事業所運営に大いに役立っている。インターネットからの情報も取得し、事業所運営に活かしている。		
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		
初めての第三者評価受審であるが、法人の他事業所の受審結果を横展開し、事業所の課題を抽出して改善につなげ、成果を挙げている。特に大きな改善としては、これまで続いていた事業所経営の赤字を、黒字化に転換させたことである。適切な支援を行い、その結果としての「加算」申請を的確に行なって収支を好転させた。		

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 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の中・長期計画(平成26年度～30年度)があり、この中に事業所の中・長期計画が含まれている。途中で見直しを実施されたが、大きな変更はなかった。現在、法人内に「中長期計画実施検討委員会」が組織され、最終評価が行われている。間もなく新たな中・長期計画(平成31年度～35年度)が打ち出される。		

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			
中・長期計画を踏まえた事業計画を策定し、「事業計画工程表」に展開して取り組んでいる。しかし、「事業計画工程表」のそれぞれの項目に、目標や到達点と言った具体的な数値が示されていない。その結果、事業報告書での最終評価が曖昧なものとなっている。			
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			
事業計画は前年度の事業計画の評価を反映させ、さらに職員から出された意見や提案を加味して策定されている。しかし、評価・見直しのプロセスに課題が残っている。事業計画(「事業計画工程表」)に明確な目標数値が示されていないことから、期限管理や進捗把握が難しい状況である。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
2ヶ月に1度の家族会が開催され、その場で事業計画の詳細を家族に説明している。しかし、分かりやすい資料を用意する等の取り組みは無く、口頭での説明である。また、利用者に関しては、理解力や判断能力に個人差が大きい。分かりやすい資料を作成する等、一人でも多くの利用者が事業計画を理解できるよう工夫されたい。			

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			
今年度から、生活介護事業の3ユニットと就労継続支援B型事業の1ユニット、計4ユニット全てに目標管理のシステムを導入した。当初は職員の意識の改革を狙ったものであったが、目標設定から目標達成までの一連の流れの中で、利用者の関心が高まってきて利用者自身にも目標意識が出てきた。			
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			
自己評価を実施して、その結果を分析して改善計画を作成し、計画に沿って改善活動を実施するという仕組みが無く、「事業計画工程表」に沿った取り組みで改善を図ってきた。今後は、今回の第三者評価受審で得た気づきや毎年実施する自己評価の分析によって課題を抽出し、それを事業計画や「事業計画工程表」に反映させ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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>「平成30年度ひまわり組織図」には、役職名だけでなく職務分掌の詳細が記載されており、管理者(施設長)を始め職員全員の役割と責任が明確になっている。管理者は、朝礼や事業所内の会議を使って職員に自らの考えを伝えるだけでなく、法人の広報誌や「手をつなぐ親の会」の会報でも、自らの所信を表明している。</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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>法改正や制度変更に際しては、管理者が率先して説明会や研修に参加し、正確な情報を取得している。それを分かりやすい資料としてまとめ、職員会議で説明して職員の理解につなげている。特に、「障害者虐待の防止」や「障害者差別の解消」に関しては、マスコミで取り上げられたケースを引用して職員を指導している。</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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>各ユニットに目標設定を行ったことにより、職員だけでなく利用者自身にも“作業”や“活動”に対する意欲、目的意識が出てきた。この意識改革を、次のステップ(“就労意欲”)につなげるため、継続的に取り組んで行くことを期待したい。そのためにも、利用者、家族に対するの満足度調査の実施が望まれる。</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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>着任以来、管理者の改善・改革の動きが加速している。事務室のレイアウトを変更したことにより、乱雑だった室内が機能的に改造された。福利厚生にも目を向け、福利厚生クラブの活用が図られている。火災報知機の設置、社有車へのドライブレコーダーの設置は、共に利用者の安全・安心への配慮である。最大の改善は、「加算要件」を分析・研究した上での事業所経営の黒字化であろう。</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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>2020年の新規事業開設が計画されており、それに備えて職員育成が各事業所で行われている。新規に職員を採用して育成を図っていくのは当然であるが、既存の職員についてもその資質の向上を目指した施策が講じられている。将来に備え、サービス管理責任者や社会福祉士、介護福祉士等の資格取得を奨励し、利用者への直接的な支援だけでなく事務管理能力の向上にも目を向けている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>職員個々が自らの将来の姿を描くことができるようにキャリアパスが構築されているが、昇進の基準等、一部の人事基準が明確になっていない。事業所では「Do-capシート」を使った人事管理システム(人事考課と目標管理)が運用されているが、現在法人本部においてシステムの見直しが行われている。</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			
働きやすい職場づくりの実現を目的として、「ワーク・ライフ・バランスの向上」を重点項目に取り上げ、「事業計画工程表」に展開して取り組んでいる。子育て中の職員に対して、勤務時間を考慮して他事業所への異動を行ったり、短時間勤務に切り替えたりしている。毎月1回、「ノー残業デー」を設け、時間外労働時間の短縮に取り組んでいる。年次有給休暇に関しても、職位や職種による取りづらさは感じられない。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
人材育成の切り札的な仕組みである「Do-capシート」が運用されているが、職員の異動があると定期的に機能しない場合があり、現在システムの見直しが行われている。早期に、「Do-capシート」の完全な形での運用を期待したい。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
「質の高い人材育成」を事業計画の重点項目に取り上げ、事業所内研修、法人内研修、外部研修と、それぞれに目標を立てて「事業計画工程表」に展開している。法人研修については年間の階層別研修が計画されているが、事業所で実施する研修に関しては計画が作成されていない。法人の階層別研修を基本に、事業所として補完すべき研修を計画されたい。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
全ての職員が研修に参加できるように配慮している。研修の履修後には「研修報告書」の提出を求めているが、研修がこの「研修報告書」で完結している。管理者等の研修受講を命じた者が、「研修報告書」から受講した職員の学びや理解度を把握し、研修で得た知識や技術が支援の現場で有効に使われたか否かの“教育効果の検証”を実施することを望みたい。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
社会福祉士を目指す学生、介護体験実習の教員、短時間実習の看護学生、成年後見人の体験学習等、様々な実習の受け入れがある。しかし、受け入れのためのマニュアルが未整備であり、PDCAサイクルに則った取り組みとなっていない。それぞれの実習制度に合致した受け入れマニュアルの整備を望みたい。			

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
法人のホームページ(情報公開のコーナー)に、「定款」や「役員名簿」、「現況報告書」等を掲載している。しかし、苦情情報に関しては、受付けた苦情等を記録する「受付簿」の備え付けが無く、ホームページへの掲載も無かった。事業経営の透明性を内外に示すために、苦情情報のホームページへの掲載を望みたい。			

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>関連する規程やマニュアルに従って事務処理や経理処理、取引等が行われており、法人監事による監事監査(内部監査)や行政の監査では、大きな問題点は指摘されていない。法人レベルの動きとなるが、「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の実施を望みたい。</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>事業所の事業方針に、「地域福祉の増進に努める」ことを謳い、平成30年度の事業計画の重要項目に、「地域の中での役割、存在感を増す」ことを取り上げ、「事業計画工程表」に展開して取り組んでいる。地域を顧客としてクッキーやケーキ、弁当を販売し、地域の祭りや同業他法人が主催するイベントでも販売活動を行っている。地域における知名度が上がり、事業所主催の「ひまわり祭り」には200名の来客があった。</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>「来る者は拒まず」の基本姿勢でボランティアの受け入れを行っているが、ボランティアの数はさほど多くはない。最古参は、25年間継続している「理容ボラ」で、2ヶ月に一度の来訪である。毎回、約20名の利用者が「理容ボラ」のお世話になっている。ピアノの演奏ボランティアや、中学生の福祉体験学習は恒例になっている。秋の「ひまわり祭り」には、約10名のボランティアの協力がある。課題は、受け入れマニュアルの整備である。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>市・行政や地域の自立支援協議会、社会福祉協議会等と緊密な連携体制を構築し、他法人の事業所とも連携して利用者の事業所内外の生活を支えている。作業や活動に関係する取引先とも強固な連携体制がある。しかし、これらをリスト化したものは存在せず、事務所に連絡先の表が掲示してある。事業所や利用者に関与する社会資源を整理し、リストにまとめることが望まれる。</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>地域の環境保全活動に取り組み、毎年地域の公園に小鳥の巣箱を設置している。設置は、利用者がリフトカーのリフトに乗って行っている。災害時の福祉避難所登録はしていないが、市の防災課と協定を結び、優先的に救援物資の供給を受けることになっている。届けられた救援物資は、地域に再配分する方針である。</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>事業所単独では地域ニーズの調査を行っておらず、自立支援協議会や相談支援事業所から情報を得て地域のニーズを把握している。9時～16時の生活介護事業の利用者が、16時～17時45分まで、同じ事業所で、同じ職員による日中一時の支援(市の事業)を受けている。仕事を持つ親にとっては願っても無い制度と言えるが、市ごとに判断基準の差異があり、隣接の市から通所している利用者は恩恵にあずかれない。</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は行っており、特に法人内の勉強会に力を入れて実施している。しかし、業務都合上、一部の職員の参加になってしまっている。共通理解の向上のため、事業所内の会議などを通じていかに水平展開していくかが課題である。			
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			
「重要事項説明書」に、プライバシー保護について記載され、利用者に周知されている。規程やマニュアルについては、法人全体の委員会を通じて各事業所の委員がそれぞれ周知を行っている。但し、事業所内のマニュアル(手引き)がすぐに確認できる状態ではないため、改善の余地がある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所のパンフレットが、相談支援事業所や役所などに設置されている。また、ブログを通じて情報発信を行っている。ブログは画像が多く、一目で事業所での活動内容・取り組みが分かるように掲載されている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
説明用の資料を基に、分かりやすく口頭で説明して書面を残しているが、視覚から理解できるように、ふりがな付きの資料などの補助ツールがあるとより理解しやすくなる。意志決定が困難な利用者については個々では対応しているが、統一されたルールが無く、改善の余地を残している。			
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			
他事業所へ移行する時は、引き継ぎを行っているが、書面化はしていないため改善の余地がある。但し、市内の事業所の場合は相談支援事業所を通じて情報の引き継ぎを行っている。また、法人内事業所間の移行の場合は、データ化したものを提供している。退所者に対しても、イベントなどの案内を送付しており、実際に来訪するケースがある。			
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			
2ヶ月に1回の家族会に職員が出席しており、家族会で出た意見を事業運営の改善に活かしている。また、給食の嗜好調査を実施している。普段の利用者とのコミュニケーションからも利用者満足を把握しているが、向上を目的とする仕組み・取組については改善の余地がある。			

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		
苦情解決の窓口や受付体制は整備されている。最近では、利用者からの苦情は受けていないが、苦情を申し立てやすい環境作りに取り組んでほしい。また、地域住民から、配達・納品過程で苦情があったが、手順に沿って迅速・的確に対応し、解決した後に再発防止に取り組んでいる。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
グループ毎の活動が多く、何か相談や意見があれば担当グループの職員に伝える方法が構築されている。スペースの関係から、相談室が施設長室と同室になっており、相談時のスペースの確保など環境に配慮する必要がある。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの相談や意見を聞く時間の確保に苦慮しているが、活動中でも利用者が話しかけてきたら聞くようにしている。相談や意見については、必要に応じて業務記録に入力し情報共有している。また、「お便りノート」を通じて保護者から出た意見や相談については、利用者支援に役立つ情報として職員間で共有を図っている。課題としては、利用者からの相談や意見に適切に対応するためのマニュアルの整備である。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
リスクマネジメントに関する事象が発生したときは、終礼などを活用し、その日のうちに対応して職員周知を図っている。事故報告書も適切に作成されている。ヒヤリ・ハットに該当する事例の収集も行っているが、関連するマニュアル整備が不十分なため、改善の余地がある。		
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人内に「BCP委員会」を立ち上げ、各事業所が個々に行っていた感染症対策の対応基準を今年度から統一している。文書化され、分かりやすく記載されている。感染症発生時の対応キットも準備されている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
事業所が川の近くにあり、周辺が土砂災害警戒区域となっているため、「洪水及び土砂災害時の避難確保計画」を作成している。また、送迎車にはハザードマップを常備し、災害時には伝言ダイヤルや安否ダイヤルも活用できるように進めている。食料などの備蓄は、配食弁当用の食材はあるが、非常食としては不十分な部分がある。		

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		
標準的な実施方法のマニュアル化が遅れている。事業所内には、「利用者一人ひとりに個性があるため、標準的な実施方法をマニュアル化することは難しい」との考えがあるが、「マニュアル化することの難しい」部分は個別支援計画に任せ、「最大公約数」的な部分を手順(標準的な実施方法)としてマニュアル化してほしい。		

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			
標準的な実施方法についての見直しは、会議形式での実施が難しいことから、必要に応じて随時実施している。活動グループ毎では、日々実施方法について検討しているが、記録が不十分であり改善の余地がある。また、見直しのルール(実施者、頻度、実施方法等)を明文化し、確実な見直しを実施することが求められる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントを実施し、それを基に個別支援計画を作成し、中間評価→見直し→終了時評価を体系的に実施している。しかし、相談支援事業所が作成したサービス等利用計画と個別支援計画との内容の整合を確認する仕組みがない。常に、サービス等利用計画と個別支援計画との連動を考慮されたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の細かな部分は、朝礼や終礼などを活用して見直しを行っている。見直しによって変更した個別支援計画は、データで保存されているが、すぐに閲覧・確認できる環境ではないため、周知不足となっており、いかに周知していくかが課題である。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
実施記録についてはパソコンを活用して管理しているが、入力の確認(チェック)が不十分である。必要な情報は職員向けに発信するが、全職員が集まるのが難しいため、いかに周知していくかが課題である。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
文書・記録毎に基準を設けて管理している。パソコンサーバーで保管している文書・記録が多いが、パソコンにパスワードロックを掛けるなど、セキュリティ対策も講じている。電子データが多いため、不測の事態に備えてデータのバックアップも考慮されたい。個人情報の取り扱いの周知についても、定期的な意識喚起の機会を持つことを期待したい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のニーズに沿った個別支援が実施されている。スケジュールボードを活用したり、喫茶店外出では写真付きメニューを活用するなど、自己決定の支援を行っている。事業所内では、選択の機会が少ない中、工夫して個別支援を行っている。利用者自治会が組織され、利用者主体の活動が実施されると、個別支援の質がさらに向上すると思われる。			

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			
全体会議などを使い、権利侵害についての周知が図られているが、事業所全体への周知は不十分である。新入職員向けのマニュアルの活用など、既存のものを活用することでも、周知の効率化が図られる。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自立度の高い利用者については、作業以外でも見守り支援が中心となっており、当番制の食事当番、掃除、作業・活動後の後片付け、身だしなみなど、利用者に合わせて支援を行っている。また、家族が動くことができない状態のときは、相談支援事業所につないで、移動支援やホームヘルプ等、適切な支援が受けられるよう配慮している。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個々の利用者の独自のサインを把握し周知している。また、必要に応じて保護者との「連絡ノート」や送迎時の会話を参考に、支援に活かしている。しかし、新たなコミュニケーション手段を構築する取り組みについては不十分のため、改善の余地がある。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者が意志決定する機会が特段多いわけではないが、一日の活動の中で、利用者が話したいことを話し、常に意志を表出できる環境となっている。提案や相談を受けた場合、内容によっては職員間で共有して支援に役立てている。「ひらがなを学びたい」との利用者の要望は、日中活動に組み込まれた。また、状況に応じて、保護者に連絡ノートなどを通じて意志確認を行っている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に基づき、ユニット毎に様々な活動を提供している。スケジュールを作成し、普段の散歩等の日中活動とは別に、バス外出・創作・音楽療法などを実施している。自由参加ではあるが、参加を促す働きかけを行っている。利用者が地域の中で充実した日中活動を展開するためには、より多くの情報を収集する必要があり、利用者に対する情報提供について改善の余地がある。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別的な対応が必要な利用者への支援については、職員会議などを通じて情報共有されている。個別的な配慮が必要な利用者の過去の事例を考慮し、支援方法を検討し見直し、環境整備などを行い、適切に行っている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事は、利用者の嗜好に配慮した献立になっており、必要に応じて食べやすいサイズにカットするなど配慮している。排泄支援についても、個々の利用者に合わせて、時間を見て声かけしたり、トイレまで誘導する等の支援を行っている。また、送迎サービス時も乗降時の安全に配慮して適切に行われている。			

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			
<p>利用者が過ごしやすいように、ソファが各所に置かれており、ソファの柔らかさの要望にも対応している。トイレについても、開設から26年が経過して掃除にくい部分もあるが、和式便器から洋式便器(温水暖房便座)への交換など、生活習慣の変化に適応した改装を行って環境を整えている。利用者の情緒に応じて、不安定な場合には空いている部屋を使用して気持ちを落ち着かせている。</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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>日中活動内で、バランスボールを活用した運動や屋外散歩や室内ウォーキングを実施している。過去には、医師の指示でダイエットに取り組んでいた利用者もいた。関係職種が連携しての機能訓練や・生活訓練としては、改善の余地がある。法人他事業所のPT(理学療法士)やOT(作業療法士)等を講師に招き、事業所内研修等の実施が望まれる。</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>利用者の健康状態の把握に努め、連絡ノートなどを通じて家族に報告している。利用中の体調変化などの対応についても、協力医療機関などと連携している。発作時の対応や感染症発生時の対応も定められている。身体測定や健康診断(胸部X線)、歯科によるスケーリングと歯磨き指導を実施している。</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>家族からの依頼で服薬管理を行っており、薬は看護師が責任を持って準備している。また、アレルギー除去食、低残渣食を提供して適切な支援を行っている。医療的ケアは、該当者がいないため実施していない。関係するマニュアルの整備が不十分なこともあり、改善の余地がある。</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>月1回の休日開所日の外出や活動班ごとの外出では、日常会話からヒントを得て行き先を決めている。利用者の希望により、ひらがなの練習など学習支援を行っている。また、年1回日帰り旅行を実施している。しかし、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としては情報の提供が不十分なため、改善の余地がある。</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>将来を見据えた意向についてのアンケートを実施し、ニーズを把握している。法人内のグループホームを体験利用できる体制を整えている。活動の中で調理実習や掃除に取り組み、スムーズに地域生活に移行できるように支援しているが、地域生活への意欲を高める支援としては不十分である。</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>家族会や個別支援計画作成時の面談・連絡ノート・送迎時の会話・電話連絡などを通じて、連携・交流を図っている。今回の家族アンケートでも、「話をよく聞いてくれる」との、信頼関係の構築がうかがえる回答が多かった。</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			
就労希望の利用者は在籍していないが、様々な作業に“お試し”で携わることにより、個々の利用者の隠れた得意分野を発見しようと努力している。パン等の商品、加工品の販売や納品にも利用者が同行し、就労への意欲を高めている。エンパワメントの理念に沿い、利用者の隠された能力の発見・発揮とともに、それを受け入れる社会の意識改革にも取り組まれたい。			
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			
作業の内容は、利用者の意向や障害の状況に応じた内容、行程となっているが、選択肢を増やす余地はある。工賃については、規程を踏まえて月1回の会議を実施して決めている。また、オープン使用時のルール等を定め、火傷などの事故防止に努めている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
現在、一般就労の希望者はいないが、希望があれば法人内の障害者就労・生活支援センター「アクト」やハローワークとの連携を行っている。地域で離職した利用希望者を就労継続B型で受け入れた実績がある。通所事業所での作業に満足せず、自立して一般就労や一人暮らしを目指す、利用者への意識づけが求められる。			