

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：あけび苑	種別：生活介護・就労継続支援B型	
代表者氏名：平林 政明	定員（利用人数）： 40名（43名）	
所在地： 愛知県大府市江端町六丁目9番地		
TEL： 0562-48-3023		
ホームページ： http://www.obufukushikai.com/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 昭和60年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 大府福祉会		
職員数	常勤職員：12名	非常勤職員：12名
専門職員	（管理者） 1名	（サービス管理責任者）1名
	（看護師） 1名	（社会福祉士） 4名
	（介護福祉士） 10名	（生活支援員） 12名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）作業室・多目的ホール
		静養室、和室、相談室、更衣室
		個別療育室、食堂、厨房
		事務所、トイレ、多目的トイレ

③理念・基本方針

★理念

「聴き、寄り添い、動く」

私たちは、利用者・家族・地域などの「声」に耳を傾け、誰もが安心して暮らしていけるように、様々な福祉サービスを行います。そして、一人ひとりの想いに寄り添い、望む暮らしや生き方の実現に向けて必要な支援を行います。

★基本方針

利用者の障がい特性を理解するとともにニーズや個性を尊重し、一人ひとりに応じた環境の中で効果的なプログラムを提供します。すべての利用者が自己実現に向けて可能性を伸ばすように利用者・家族と共に手立てを考え、職員の連携のもとで、質の高い支援を実施します。また、開かれた地域環境の中で地域の一員であることを意識して関わり続けます。

④施設・事業所の特徴的な取組

(生活介護)

利用者一人ひとりの障がい特性と個性を配慮し、ニーズを大切に、個々に応じた環境の中で適したプログラムを提供している。

特に、音楽療法、運動系活動、創作活動など様々な療育活動を提供するとともに、個別対応が必要な利用者には個々の特性に応じた支援を心がけている。さらに、利用者の得意なことが周囲から認められるような過ごし方や活動となるように、アート活動など新たな取組みを始めている。

(就労継続B型)

利用者の個性やニーズを大切に、一人ひとりに応じた環境の中で、労働を通して自己の力を発揮し、やりがいを持って働けるように支援している。

特に、様々な作業を用意して利用者の希望に応じた作業を提供できるようにしている。しかし、近年授産収益が下がってきており、作業の新規開拓や自主製品の開発などにも着手し始めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2年 6月12日(契約日) ~ 令和 2年10月26日(評価決定日) 【令和 2年10月 6日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	1 回 (平成19年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の質の向上に取り組む姿勢

第三者評価の受審は2度目となるが、前回の受審から10年以上の間隔があき、ほとんどの職員が初めての経験となった。毎年自己評価を行ってはいるものの、評価項目自体の理解が進んでいない部分もあり、「今回の受審が事業所運営に有益であった」というのが素直な管理者の言である。管理者が中心となり、事業所内に留まらず法人内の他事業所を巻き込み、これまで行ってきた自己評価に加え、法人内の事業所をまたぐ相互評価と外部機関による第三者評価を組合せた仕組みの構築を進めている。法人を挙げての取組みとなることから、サービスの質の向上に大きく寄与することとなる。

◆地域の福祉ニーズに応えて

近年、地域の福祉ニーズに応えるため、新規事業所の開設が続いている。従来からの生活介護事業と就労継続支援B型事業を主体に、高齢化した障害者のための事業所(2002年開設)、就労意欲の高い障害者のための事業所(2012年開設)、重度化した障害者のための事業所(2016年開設)等が運営されている。多彩な事業所形態のラインナップで、新規利用だけでなく既存利用者の適切な事業所間移行も行われている。また、市の緊急一時預かり制度(大府市居室確保支援事業)を受託し、福祉避難所としての登録もある。

◆家族との信頼関係

家族との信頼関係の構築の重要性について、組織内で共有が図られている。その実践として家族会が毎月開催されており、毎回60~70%の家族が参加している。欠席した家族には、資料を送付して情報が伝わらないことがないように配慮している。家族に対しての「報・連・相」を重視し、送迎時には必要に応じて相談や助言の家族支援を行っている。また、利用者の体調不良時の家族への報告や連絡のルールは確立している。

◇改善を求められる点

◆研修制度の盲点

法人主導の階層別や職種別研修、事業所単位の内部研修、専門性やスキルアップを求めている外部研修等が計画され、実施されている。しかし、課題として改善を求められるものがいくつかある。先ず、研修履修後に「復命書」やレポートが提出されているが、研修がここで完結してしまっている。支援の現場でいかに活用されたかの研修効果の検証が実施されておらず、教育・研修の必要性評価に至っていない。また、法人研修においては、研修が実施された後に受講した職員はレポートを法人の研修部会に提出しており、その内容が事業所に降りて来ていない。職員育成を本分とする研修体制としては、大きな盲点ともいえる。

◆マニュアルの整備

法人内で最初に開設された事業所であり、長い歴史とこれまでの試行錯誤があつての現在の充実した支援に至っている。その充実した現場支援に比較すると、管理面での脆弱さが浮き彫りになる。「慣れた業務」ゆえに、必要と思われるマニュアル等の整備が遅れている。マニュアルはあっても、長く見直しが実施されていないものも散見される。一部の管理層と一般職員、正規職員と非正規職員との間に、意識や研修参加の機会等の差異が生じている。支援の質の向上を目指す意識を統一し、質の高い支援を標準的に実践するためにも、マニュアルの整備とそれを活用した研修の実施が求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回 第三者評価を受審して、自己評価の取り組みと訪問調査の聞き取りを通じて、自施設の課題と改善点について多くの気づきがありました。特に支援の質に関する部分と利用者本位の福祉サービスの実施についての項目は、早急に対応を検討したいと思いました。また、人材育成に関しても、研修の実施だけではなく効果の検証の必要性と、人事評価についても自己評価の必要性など、現在の人事制度をさらに改善していくことも必要と感じました。今回、A評価をつけて頂いた項目についても慢心することなく、さらなるサービスの質の向上に向けて、次回の第三者評価時には、B評価がA評価になるように改善に努めてまいりたいと思います。

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。

第三者評価結果

※すべての評価細目（65項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

【共通評価基準】

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	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 利用者一人ひとりの主体性を尊重することを「聴き、寄り添い、動く」との法人の基本理念に込め、支援の柱としている。この基本理念を7項目の基本方針として具体的な支援の方向性を示している。法人パンフレットには、それぞれの事業所の考え方（支援の方針）が記載されている。利用者には利用者勉強会で、家族には毎月開催される家族会で説明されている。			

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	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 関連法規の改正や新情報等は、厚労省や県のホームページから情報を取得し、管理者が役員を務める県・知的障害者福祉協会からも情報が入る。それらの情報は月に2回開催される法人の管理者会議に持ち寄られ、必要に応じて討議されている。この会議には理事長と7事業所の管理者、事務責任者が参加しており、法人経営の中核を担う会議と言える。			
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・Ⓑ・c
＜コメント＞ 現状の課題として「人材育成」「マニュアル未整備とICT化の遅れ」「危機管理体制の未整備」を挙げしており、これらは事業所の課題であるとともに法人全体の課題ともなっている。短期間で改善できるものもあるが、長期の取組みの必要なものもある。「人材育成」の一部分は外部専門家の力を借りて取り組んでいるが、制度設計等で未着手の部分も多い。			

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・Ⓑ・c
＜コメント＞ 法人の「第4期中長期総合計画」（平成30年度～令和5年度）の中に「あけび苑」の中・長期計画が含まれている。「第4期中長期総合計画」は毎年見直しが行われているが、事業所の課題として認識されている「人材育成」等が「今年度重点事項」に含まれていない。計画の見直しでは、単年度では解決できない重要な課題を、「重点事項」に盛り込むことが望ましい。			
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・Ⓑ・c
＜コメント＞ 法人の「第4期中長期総合計画」で示された方針に沿って事業所の事業計画が策定されている。また、単年度事業計画の策定の過程で、前年度の計画の評価（事業報告書）が考慮されている。課題は、事業計画の実施項目に明確な数値目標の設定がないことである。最重点事項である「授産活動の見直し・収入改善」には、活動ごとの売上目標を掲げることが望ましい。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 法人主導で中・長期計画が毎年見直され、それに整合させるべく、事業所においても年度末に事業計画の評価が実施されている。事業計画の策定にあたっては、管理者の作成した素案を職員会議で検討して策定されており、事業計画の進捗管理も毎週開催される職員会議で行われている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 毎週開催される職員会議を利用して、事業計画の詳細や変更等の説明が行われている。利用者・家族に事業計画を配付し、家族には家族会を通して説明が加えられている。利用者に関しては、就労班（就労継続B型）には説明されるものの、生活班（生活介護）には説明がない。分かりやすい資料を用意する等、一人でも多くの利用者の理解を得る取り組みに期待したい。		

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
<コメント> 第三者評価の受審は今回が2回目であるが、今後、法人内の他事業所でも第三者評価の計画受審が検討されている。また、これまで事業所レベルで実施していた自己評価に加え、法人内の事業所をまたぐ相互評価と外部機関による第三者評価を組合せた仕組みの構築が進んでいる。法人を挙げての取組みとなることから、サービスの質の向上に大きく寄与することとなる。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 毎年実施している自己評価で「b」評価となった項目に関し、「a」にするための改善を図っている。職員会議でいくつかの課題が明確にされ、改善された事例も多い。しかし、計画的な改善が実施されたとは言い難い。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が望まれる。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 「あけび苑の体制」や「等級説明書」、「業務一覧表」により、管理者の責務が明確になっており、自らの所信を機関誌等で表明している。有事における管理者不在時の権限委任は、「防災規程」によってサービス管理責任者がその任に当たることとなっており、サービス管理責任者自身も事業所ナンバー2としての自覚を持っている。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業運営に関する法令等については、新規制定や改正の都度、職員会議等で職員に伝達されている。職員会議に出席しない非正規職員に対しては文書（議事録等）の回覧となるが、詳細な説明が必要な場合は、年に2回開催されるパート会議や班会が活用されている。特に、利用者の権利擁護に関するコンプライアンスに重きを置き、研修等を実施している。			
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 管理者のサービスの質の向上を目指す意識は高く、利用者の満足度を向上させる様々な改善施策を実行してきた。第三者評価の受審に関しても、確固たる信念を持って推進している。しかし、それらの取組みが、利用者にとどのように評価されているかの検証が甘い。利用者満足度調査の結果を分析したり、家族アンケートを実施する等、直接的な評価・検証の仕組みづくりが望まれる。			
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 有給休暇の取得促進や時間外労働時間の減少等、働きやすい職場作りは着々と効果を出している。遅れていたICT化に関しても、労務管理システムの導入が計画的に進められている。課題は、経営改善や業務の実効性に関しての、一部の幹部職員と一般職員との意識の格差である。意識の格差を埋める取組みが求められる。			

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 ・ ② ・ c
<コメント> 人材確保（採用）は法人本部が担い、非正規職員に関しては事業所（管理者）に採用権限がある。人材確保・育成に関する基本的な方針は法人の中・長期計画に示されているが、法人の事業展開に見合った人材の確保と育成が間に合っていない。喫緊の課題として「幹部職員の育成」が挙げられており、具体性のある計画的な取組みが期待される。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ② ・ c
<コメント> 総合的な人事管理の必須事項として、キャリアパス、人事考課制度、目標管理制度の3要素が挙げられる。法人主導でこれらの制度が運用されているが、3つの制度の相互の関連性が薄い。「等級説明書」や「資格等級制度」、「着眼点シート・チェック表」等々、個々の制度運用に必要なツールは揃っているが、それらを効果的に結び付ける制度設計が求められる。			
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組んでいる。	障16	① ・ b ・ c
<コメント> 有給休暇の取得率は80%を超え、職種・職階による偏りや取りづらさも感じられない。時間外労働時間も減少傾向にある。産休・育休明けの職員や子育て中の職員に対しては、勤務時間を調整する等のワーク・ライフ・バランスへの配慮もある。年間2回の管理者との個別面談も効果的に実施されており、働きやすい職場づくりが着々と進行している。			

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	ⓑ	c
<コメント> 年2回の管理者との面談を通して、職員個々に目標を設定して次の半期の面談時に振り返りを行っている。しかし、個人目標の設定に人事評価制度の結果分析が活用されていない。個人目標の設定に際しては、人事評価の結果と連動させるだけでなく、組織（事業所）の目標（重点事項）とのリンクも考慮されたい。				
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	ⓑ	c
<コメント> 事業計画の中に職員教育・研修の基本的な方針を記載し、「あけび苑職員研修計画」が作成されている。研修履修後には「復命書」や研修レポートを提出させているが、研修がここで完結してしまっている。研修の実施から一定期間を置いて、研修効果の検証・評価を期待したい。法人研修のレポートが法人の研修部会保管となっており、事業所には存在しない。一考を要する。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 階層別、職種別の法人研修に加え、事業所内の内部研修、外部研修がラインナップされている。より多くの職員の参加を可能とするため、法人研修は午後5時からの夕方開催であり、参加者には時間外手当を支給している。前年度の研修には、法人研修に10件参加、内部研修を6回開催（2回は未実施）、外部研修に18名が参加する等、積極的に取り組んでいる。				
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	ⓑ	c
<コメント> 次代の教育・福祉職の養成を法人の使命とし、社会福祉士実習生、看護科実習生、教員免許特例法による実習生等を受け入れている。前年度は約20名の実習生を受け入れたが、受け入れるためのマニュアルがなく、組織的、効果的な運用が図られていない。早急に、PDCAサイクルに沿ったマニュアルの整備が求められる。				

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	ⓑ	c
<コメント> ホームページで法人の概要及び各事業所の事業内容を公開している。法人一括のパンフレットがあり、各事業所の基本的な情報と特徴（支援の方向性）が記載されている。苦情・クレームの対応に関しては「苦情解決規程」に沿った取組が行われているが、「事業報告書等により公表する」と規程に定められた苦情情報の公表が実施されていない。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 事業所の事務、経理、契約、取引等は「事務・経理規程」に従って執行されており、内部牽制の機能も働いている。法人監事による内部監査、行政による監査共に特段の指摘・指導事項はない。				

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	Ⓐ	b	c
<コメント> 7項目からなる法人の基本方針の一つに「地域とのつながり」を掲げ、法人の「第4期中長期総合計画」の中でも地域貢献と地域交流の具体的な活動を明示している。事業所としても、地域の障害者理解を促進するため、「福祉健康フェア」や「石ヶ瀬コミリンピック」への利用者の参加、市民向け勉強会の開催等を計画している。				

<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。</p>	障24	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> ボランティア受入れの意義と目的を明確にしたマニュアルがあり、それに沿って受入れを行っている。しかし、事業計画においてボランティアに関する記述（計画等）がなく、事業報告にも受け入れたボランティアの実績が報告されていない。マニュアルの見直しを行う際には、「ボランティアに対する守秘義務の徹底」の手順を追記することが求められる。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>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。</p>	障25	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 「関係機関一覧表」や「取引先一覧表」があるが、主要な関係先は電話機の短縮ダイヤルに登録されており、円滑な連携関係が構築されている。市内の他法人福祉施設とも良好な関係であり、合同で研修を組むこともある。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>	障26	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 事業所が独自で地域の福祉ニーズを探る取組みはないが、法人の相談支援事業所（特定、児童）からの情報や特別支援学校との交流の中から福祉ニーズを把握している。それらの情報は法人の「新事業部会」に挙げられ、検討の上、中・長期計画の見直し等に反映される。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	障27	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 地域のニーズに応えるために、近年新規事業所の開設が続いている。生活介護事業と就労継続支援B型事業を主体に、高齢化した障害者のための事業所（2002年）、就労意欲の高い障害者のための事業所（2012年）、重度化した障害者のための事業所（2016年）等が運営されている。市の緊急一時預かり制度（大府市居室確保支援事業）を受託し、福祉避難所としての登録もある。</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 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	障28	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>月に1回、職員会議にて「倫理綱領」を読み合わせ、組織として利用者を尊重した福祉サービスについて共通理解を図っている。「倫理綱領」には、多岐にわたり利用者を尊重する姿勢が明示されている。しかし、基本姿勢を振り返る機会が一部職員に限定されており、組織的に勉強会、研修会を実施するなど、確実な周知・理解を深めるための取組を期待したい。</p>				
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障29	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>「倫理綱領」にプライバシー保護についての記載があり、入職時に全職員に対して「倫理綱領」の読み合わせを行っている。しかし入職後は、正規職員と非正規職員との研修参加の頻度に差が出ている。プライバシー保護についての組織全体の理解と確実な実施のため、非正規職員においても定期的な取組を期待したい。</p>				
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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>利用希望者に対しては、個別に丁寧な説明をしている。事業所の内容を説明するパンフレットに関して、法人全体のパンフレットは確認できたが、事業所独自のものは作成されていない。サービス選択に必要な情報を提供することは、事業所としての責務であることから、パンフレットやホームページの充実を図り、利用希望者にも分かりやすい情報提供の手段を工夫されたい。</p>				
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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>サービス開始時、変更時の説明と同意には、利用者の自己決定を尊重している。「重要事項説明書」や「契約書」では記述が確認できるが、より分かりやすく工夫した資料の作成が望まれる。さらには、意思決定が困難な利用者への配慮についても、事業所としての対応の標準化が望まれる。</p>				
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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>法人が複数の事業所を運営し、事業所ごとに様々な支援プログラムを用意している。事業所変更に関しては法人内での異動がほとんどであり、情報を的確に伝達して福祉サービスの継続性を担保している。他法人への移行事例の有無に限らず、手順やマニュアルは整備され、担当者も定められており組織として機能している。</p>				
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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>利用者・家族との面談でニーズを把握し、利用者の満足度の聞き取りを年1回実施している。また、苦情解決第三者委員に面談する機会を定期的に設けており、この取組はぜひ継続してもらいたい。しかし、調査を基にした検討結果が示されておらず、改善の有無も明確になっていない。課題として認識するだけでなく、PDCAサイクルの仕組みを活かした改善の取組に期待したい。</p>				
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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みを分かりやすく説明した掲示物があり、職員だけでなく来訪する者の目に留まる。また、法人として苦情解決のマニュアル、仕組みがあり、苦情に至らない要望等の記録も残されている。事業所全体で丁寧に捉えている様子がうかがえる。</p>				

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者からの意見や相談を受けた時の対応に関しては、「重要事項説明書」や「契約書」に記述はあるが手順を示すマニュアルはない。掲示物としても、簡易なものしか確認できなかった。対応の手順を文書化するとともに、できる限り分かりやすい掲示物を作成し、利用者・家族に周知することが望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>適切な相談対応と意見の聴取に努め、意見を述べやすい環境づくりの意識は職員一人ひとりが持っている。手順やマニュアルは、苦情解決の仕組みと一体的に運用されているが、要望の把握はしていても、その反映には課題が残る。将来にわたり必要とされるサービスを継続するためにも、組織的にマニュアル等の整備が望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>事故発生時の対応と安全確保についての手順は明確にされ、職員に共有されている。加えて、ヒヤリハットや事故報告書等が職員参画の下に発生要因を分析し、改善策を検討・実施するための取組みが組織的に行われている。課題としては、非正規職員に対しても正規職員と同様な研修等を実施し、リスクマネジメント体制のさらなる充実を期待したい。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症対策についてのマニュアルは整備されているが、新型コロナウイルス感染症に対応したものにはなっておらず、職員一人ひとりへの周知も不十分なところがある。愛知県のを参考に等、事業所の特性を取り入れたマニュアルの見直し・改定を図り、職員への周知を組織的に取り組むことが望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>災害時の対応体制は消防計画に定められ、規定どおりに避難訓練も実施されている。しかし、福祉避難所に指定されているにもかかわらず、備蓄品等がリスト化されていない。有事の際の適切な対応のために、職員の危機意識の醸成と対応策の周知・徹底が望まれる。また、事業継続のための取り組みとしてのBCP（事業継続計画）の策定を、行政との連携の中で検討されたい。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>サービスの実施方法は個別的な実施方法に近く、より標準的な実施方法への見直しが必要である。質の高いサービスを継続して提供していくためには、標準的な実施方法を文書化することが必須であることを理解し、職員へ周知・徹底することが望まれる。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>年に1～2度モニタリング、見直しを行う機会を設け、個別支援計画の内容を確認しているが、組織として、その実効性について課題と認識されている。検証、見直しにあたり、個別支援計画との整合性が不十分などがあるため、必要に応じて反映されるよう留意されたい。</p>		

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス等利用計画の内容をふまえて、利用者のニーズが明確にされた個別支援計画を作成している。しかし、アセスメント用紙の更新が3年に1度となっており、必要に応じたこまめなアセスメントの実施を望みたい。また、個別支援計画どおりにサービスが行われているか確認する仕組みはあるが、職員一人ひとりへの周知が不十分であり、必要な取組みを検討されたい。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>手順が定まっており、半年に一度個別支援計画の評価・見直しを実施している。しかし、変更した個別支援計画の内容を職員に周知する手順や、個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みが周知されておらず、機能しているとは言い難い。良質なサービスを継続して提供していくためにも、早急に全職員への周知・徹底を望みたい。</p>		
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)-② 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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>アセスメントシートやフェイスシート、個別支援計画、ケース記録は適切に記録されている。職員間の情報共有の仕組みは、パソコンの共有フォルダーを介して行われている。ケース記録の記入はサービス管理責任者指導の下に行われているが、職員により記録の精度に差異がある。記録作成のための明確なマニュアルを作成し、差異の解消（記録作成の標準化）を図られたい。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>「個人情報保護規程」があり、利用者の個人情報の取扱いが定められてる。職員へは入職時に情報の取扱いについて説明し、退職時には守秘義務の説明を行っている。しかし、個人情報保護についての職員に対する教育や研修が不十分であり、遵守も職員のモラルに頼っている部分がある。「個人情報保護規程」を職員に周知・徹底し、組織全体で理解、遵守に取り組むことが望まれる。</p>		

【内容評価基準】

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			
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
<p><コメント></p> <p>法人理念に基づいて利用者の自己決定を尊重する支援を行っており、利用者の主体的な活動についても、生活介護の活動や就労活動は利用者の意向を尊重して支援されている。利用者一人ひとりへの合理的配慮についても、支援や取組みが「倫理綱領」に掲載されており、折にふれて読み合わせ等を行って職員への周知・徹底を図っている。</p>			

A-1-(2) 権利侵害の防止等

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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>権利侵害や虐待防止については「倫理綱領」に盛り込まれており、職員への周知を入職時に行っている。また、身体拘束の一時的な実施については、具体的な手続きと実施方法が確認できた。しかし、中途採用職員、非正規職員への周知・徹底が不十分であり、改善のための速やかな取組みが望まれる。</p>			

A-2 生活支援

		第三者評価結果	
A-2-(1) 支援の基本			
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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の自律・自立生活について、親身な支援を行っている。具体的な取組みとして、生活の自己管理として服薬管理や金銭管理の支援、行政手続の支援等が適切に実施されている。組織全体の取組みとして、利用者一人ひとりの特性を理解した上で職員で話し合い、それぞれに適した支援を実施している。</p>			
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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に応じたコミュニケーションを、絵や写真、文字等の手段を活用して行っている。意思の疎通が困難な利用者への個別的な配慮も、同様に非言語コミュニケーション及び代弁者を活用して行っている。コミュニケーションを高めるための手段として、適時にアセスメントをした上でニーズを把握し、個別支援計画へ反映させるよう望みたい。</p>			

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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>個別面談に限らず、日々の支援の場面での相談も折にふれて実施されている。利用者の意思決定支援についての組織的な取組みは十分とは言えず、職員に対して早急に利用者の意思決定支援のプロセスの周知・徹底が望まれる。さらに、相談内容を基にして、個別支援計画への反映と支援の調整を適切に行うよう期待したい。</p>			
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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画を作成し、その内容に沿って利用者の生活の幅が広がるよう支援している。アセスメントにより把握されたニーズを個別支援計画で具現化し、利用者個々ができる余暇活動を検討する取組みが実施されている。また、利用者ニーズの中の実施可能なことから支援し、個別支援計画の見直しに合わせて、日中活動、支援内容の再検討につなげている。</p>			
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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>必要な知識習得のため、外部研修や内部の勉強会が計画・実施されている。日常的な支援については、管理者とサービス管理責任者からスーパーバイズが適切に行われている。さらには、現在実施中の支援を考えるだけでなく、今後の利用者の障害特性の変化に対応した適切な支援が行えるよう、職場環境づくりも検討されたい。</p>			

A-2-(2) 日常的な生活支援		
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
<p><コメント></p> <p>食事については、年に1度嗜好調査を実施し、残食チェックも行って利用者ニーズに合った食事環境を整えている。日常的な生活支援については、個別のマニュアルに沿って支援されている。個別支援計画の作成と実施はされているものの、その基本となる生活支援マニュアルが不十分であり、サービスの質を担保できない可能性がある。生活支援マニュアルの整備を望みたい。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>感情の起伏が激しい利用者にとっても過ごしやすい環境となるよう、個室を利用したりパーティションを使用するなど、活動場所のレイアウトに工夫が見られる。職員の多く、もしくは職員の一部には、「建築年数が古いために食堂やトイレ等が快適でない」という意識があるが、清潔や安全を保とうとする姿勢が重要であり、職員全体で意識を共有することが求められる。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>必要とされる利用者に対し、専門職（PT：理学療法士）と連携し、協力の下に個別のストレッチメニューを実施している。定期的な巡回があり、必要に応じてメニューの見直しを行っている。アセスメントの際には、利用者の意向も確認している。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>日々の支援において、看護師に相談しながら利用者の健康状態の把握に努めている。嘱託医の定期的な検診が月1回実施され、家族への情報提供は適切に行われている。利用者の体調変化時の対応は、分かりやすいフローチャートで示されている。内科だけではなく、必要時には精神科医のアドバイスを受けられる仕組みがあり、高いレベルで医療的な支援体制が構築されている。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>医療的な支援の必要な利用者は少なく、服薬管理が主な支援になっている。その服薬管理に関してのマニュアルは個別に作成され、看護師等に相談の下適切に行われている。今後、必要となってくる医療的な支援の実施についての考え方を組織で共有し、それに伴う研修体制の構築を検討されたい。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望と意向を尊重した社会参加の機会として、社会見学や宿泊行事、外食等の行事を取り入れている。また、家族の意向により学習支援にも取り組んでいる。しかし、利用者の主体的な参加という点では課題を残す。今後は活動や行事における動機付けを適切に行えるような取組みに期待したい。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>地域生活への移行については、本人の意思を尊重し、利用者のニーズに応じて行っている。しかし、一般就労や一人暮らし等、利用者の地域生活への移行の意欲を高める支援の取組みが十分には機能していない。併せて、将来にわたり利用者が地域で安心して暮らせるような環境づくりを支援することが望まれる。</p>		

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
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
<コメント> 家族との信頼関係の構築の重要性については組織での共有があり、その実践として送迎時に必要に応じて相談や助言の家族支援を行っている。また、利用者の体調不良時の家族への報告、連絡ルールは確立している。現状に満足せず、日常的な家族との情報交換や相互理解を図るための取組みを更に深めることを、職員は肝に銘じて支援にあたっている。		
A-3 発達支援		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
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
<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-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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者個々の力量を把握するため、利用開始直後は簡単な作業に従事してもらい、集中力や持続性、協調性、手先の器用さ、パワーの大きさ・強さ等を見極めている。特別支援学校や特別支援学級からの新卒者にとっては、学校教育の60分単位の生活から事業所の90分単位の作業への切り替えが障壁となることがあり、円滑に事業所の生活に馴染めるよう配慮している。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者それぞれが複数の作業の実施が可能であり、当日担当する作業は本人希望が優先される仕組みがある。当日の朝に作業メニューが発表され、より多くの利用者に理解が得られるよう、ホワイトボードに作業内容の写真が掲示される。賃金に加算される作業を公表し、利用者が希望すればその作業を担当できる。本人希望と作業量を調整し、日々の作業が進められている。		
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 ・ ③ ・ c
<コメント> 利用者から就労移行の希望がほとんど無いことから、市場開拓のプロジェクトチーム（3名）は就労継続支援B型の仕事探しが主たる業務となっている。利用者に対して社会人としての意識を喚起し、就労意欲を高める取組みに期待したい。		