

## 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：障がい者活動センター 愛光園	種別：生活介護
代表者氏名： 松澤 賢治	定員（利用人数）：36名（47名）
所在地： 愛知県知多郡東浦町大字緒川字下米田37-8	
TEL： (0562) 84-8307	
ホームページ： <a href="http://www.aikouen.jp/">http://www.aikouen.jp/</a>	

#### 【施設・事業所の概要】

開設年月日： 平成 1年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 愛光園		
職員数	常勤職員： 17名	非常勤職員： 16名
専門職員	(管理者) 1名	(生活支援員) 25名 ※内介護福祉士12名・社会福祉士5名
	(看護師) 2名	(理学療法士) 1名
	(その他) 4名	(介護福祉士) 12名
		(社会福祉士) 5名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 走行用リフト2台
		ストレッチャー2台、入浴室
		特殊浴槽・チェアリフト

### ③理念・基本方針

#### ★理念

- 私たちは、誰もが人間としての尊厳が保たれ、安心して共に生きる社会をめざします。
- 私たちは、誰もがまず人として受け止められ、地域の中で自分らしく暮らすための支援サービスを提供します。
  - 私たちは、誰もが必要なときに、必要なサービスを利用できるように取り組みます。
  - 私たちは、誰もが安心して暮らすために、地域の輪の中で、共に生きる実践と運動を進めます。

#### ★基本方針

- 愛光園は、様々な重い障がいを有する人たちの地域生活支援の核となる場所です。
- 私たちは、通所者一人ひとりが自己実現に向かって可能性を追求していけるよう支援します。
  - 私たちは、通所者一人ひとりが生活主体者としての社会参画活動を実現し、地域の方との相互理解を築き、共に生きる社会を目指します。
  - 私たちは、職員一人ひとりが権利擁護に対する意識を強く持ち、職員・通所者それぞれお互いが思いの伝えやすい風通しの良い環境を創っていけるように努めています。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・多彩な活動を実施し、多くの体験・経験ができるように工夫をしている。
- ・園に来て頂いたり、地域に出かけたりすることで、地域の方との関わりを広め、深めていけるような活動を意識して取り組んでいる。
- ・言葉によるコミュニケーションの難しい利用者が多いので、表情の変化・身振り手振り・目の動きなどのコミュニケーションサインを見逃さず、大切にしている。
- ・権利擁護を意識した取り組み。職員のチェックリストの実施など。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3年 9月 7日（契約日）～ 令和 4年 3月 17日（評価決定日） 【令和 4年 1月 19日（訪問調査日）】
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成 30 年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

###### ◆P D C A サイクルに沿った事業展開

半期に一度、活動グループごとに支援の評価を行い、活動内容の検討・見直しを実施している。総括的には「事業計画表」で毎月事業内容の評価を行い、課題を共有している。グループではグループ会議、事業所全体では職員会議で評価を分析・検討して改善しており、P D C A サイクルが機能している。

###### ◆活動分断阻止への取組み

「コロナ下でも途切れるこのない交流」を目指している。直接的な交流活動が制限される中でも、オンラインで地域の方やボランティアとの交流を図り、関係継続を保つなど、法人理念を基に地域性に重点を置いた活動を続けている。

###### ◆権利擁護対策

利用者主体の支援が徹底され、様々なコミュニケーションツールによる意思確認や選択により、利用者の意向や希望を把握し、また障害特性や健康状態を踏まえた上で支援を展開している。権利侵害や虐待防止についての規程・マニュアルを整備し、職員へも周知されており、定期的な虐待防止のためのチェックリストによる自己点検も実施している。法人内の過去の虐待案件を契機に、権利擁護への取組み体制は厚みを増し、再発防止へ職員の意識も高い。一点、監視や確認を強化することで、支援する職員が委縮（支援の低下）したり、利用者の自由を制限することが無いよう配慮願いたい。

##### ◇改善を求められる点

###### ◆職務分掌の必要性

職員個々の職務内容や職責を明らかにすることは、チーム支援を進めていく上でも、また人事管理やキャリアパス構築の上でも必要となる。さらには、リスクマネジメントの側面からも必要不可欠である。職務分掌を整備し、職員周知を図ることが求められる。

###### ◆標準的な実施方法の策定

個々に質の高いサービスを継続して提供していくために、また支援上のリスク回避のためにも、標準的な実施方法を明確に文書化しておくことが必須である。利用者個々に対しても、これを踏まえて個別支援を実施していくことが望ましい。標準的な実施方法を整備の上、全職員へ周知・徹底することが急務である。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の第三者評価を受審したことにより、当事業所のまだまだ整備していかなければならない課題が明確になりました。

来年度に向けて、明確になった課題に優先順位をつけて取り組んで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。

### 第三者評価結果

※すべての評価細目（64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	a · (b) · c
<b>＜コメント＞</b> 職員全員に配付されるクレドカードには、法人理念や行動指針が明示され、これを読み合わせするなどして周知している。パンフレットやホームページにも理念や基本方針が記載されている。家族会や利用者へのオリエンテーションで毎年説明がなされるが、分かりやすくした資料などは用意されていない。特に、利用者へは周知のための配慮ある対応が必要である。		

###### 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	(a) · b · c
<b>＜コメント＞</b> 知的障害者福祉協会や自立支援協議会など関係団体との会合や連絡通知で、福祉動向や地域の情報等を把握している。事業の詳しい実績と月次決算を法人の経営小委員会に毎月報告し、事業所の課題を明確にしている。これらの必要な情報は、職員会議で共有されている。		
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) · b · c
<b>＜コメント＞</b> 毎月の法人の経営小委員会で、経営上の課題は明確にされており、運営会議や事業部会議でも重要課題は検討されている。役員は定期の理事会で現状確認している。職員への周知に関して、特に事業計画に落とし込んである事項については、行程表に沿って対応がなされている。虐待事件などの偶発的な事項についても、法人内で迅速に対応されている。		

###### 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 · (b) · c
<b>＜コメント＞</b> 法人としての経営上の課題は中期計画に挙げられている。ただ、内容としては課題項目と論点、取組み方法までであり、具体的な行程や数値目標などは無い。そのため、進捗評価や成果測定は難しくなっている。事業所としては4年の中期計画を独自に策定し、人件費や職員配置計画を年度ごとに数値化している。		
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 · (b) · c
<b>＜コメント＞</b> 事業計画の内容を基に「事業計画表」を作成し、月ごとの進捗状況を確認している。法人の中期計画の考え方と事業計画の方向性に違いはないが、双方の目標や設定項目との相関関係は明確ではない。今後の運営上の課題と捉えたい。		

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
---	----	-------

〈コメント〉

事業計画は、「行程表」に沿って中間総括で評価し、最終評価で達成度の再評価と反省を行い、結果を職員会議にあげて職員意見を集約の後に策定されている。計画は基本的には年度で策定し、重大な要因がない限り年度途中での見直しは実施していない。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
-------------------------------------	----	-------

〈コメント〉

利用者に対しては、年度初めにオリエンテーションを実施し、年間の全体活動やグループの取組みなどを説明し、活動内容は掲示される。しかし、分かりやすくした資料などは用意されておらず、周知への工夫や配慮が十分とは言い難い。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
---	----	-------

〈コメント〉

半期に一度各活動グループごとに総括を行い、活動内容の検討・見直しを実施している。また、「事業計画表」で毎月事業内容の評価を行い、課題を共有している。グループではグループ会議、事業所全体では職員会議で評価を分析・検討し、次の活動の改善につなげている。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
--	----	-------

〈コメント〉

グループでの月次評価、事業計画の半期評価にて課題が明確にされ、目標に対しての支援内容の改善や修正を図っている。ただ、改善計画策定は必須事項ではなく、あくまで目標達成に必要な場合であり、改善の実施状況は確認されるが、計画の見直しまでには至っていない。

## 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	・ b	・ c
＜コメント＞					
管理者は会議の場で自らの方針や役割を表明している。一方で、職責の明らかとなる職務分掌は確認できなかった。職員個々の業務上の役割や裁量（権限）については、明確にしておく必要がある。管理者不在時の職務権限に関しては、主任が代行することになっている。					
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	a	・ b	・ c
＜コメント＞					
管理者は関係機関や法人内の会議などで関係法令を把握し、日々のミーティング、職員会議、スタッフ会議で共有を図っている。喫緊の対策として、権利擁護や虐待防止の研修を実施した。虐待防止関連としては、委員会を設置し、「運営要綱」に沿って対応している。リスクマネジメントに関する規程を整備し、組織的な法令遵守を進めることが課題である。					
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	・ b	・ c
＜コメント＞					
「職員チェックリスト」の実施を不適切支援を改善する機会と捉え、課題を抽出して職員で検証してきた。法人内の身障グループでの交換研修、また神奈川県や兵庫県の同種施設との合同研修をスキルアップやサービス向上への手立てとし、例年実施している。職員からの意見聴取の機会として、年2回の面談を設定している。					
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		障13	a	・ b	・ c
＜コメント＞					
管理者は経営状況を正確に把握し、経営小委員会、運営会議の場で課題検討を重ねている。利用者の支援向上とリスク管理を優先し、人員配置を基準より厚く設定している。また、職場環境や労務対策にも力点を置き、職員の定着につなげている。					

### 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	・ b	・ c
＜コメント＞					
必要な専門職等の人員確保に関しては、事業所の中期計画に数値化している。求人は法人、事業所共に様々な媒体を使って実施している。育成の点では、新任職員へのOJTにも力を入れている。					
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		障15	a	・ b	・ c
＜コメント＞					
期待する職員像はクレドカードに明記され、周知されている。人事管理では、キャリアパスに基づく人事考課を実施し、業務達成度を評価することで育成を図っている。また、昇格などの人事要件も明確である。「職員自己申告書」は、人事管理の一環として処遇改善の資料となっている。					
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	a	・ b	・ c
＜コメント＞					
計画有休、産休・育休の取得、時間外勤務のデータ管理、定期面談の実施、法人の相談窓口設置と顧問弁護士配置、産業医によるメンタル支援など、働きやすい職場に向けての様々な取組みがなされている。ワーク・ライフ・バランスにも、十分な配慮がある。					

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 · b · c
------------------------------------	-----	-----------

〈コメント〉

「目標取組申告書」で業務目標を設定し、行動計画と達成状況を自ら明らかにする目標管理の一環として実施している。しかし、指導面接や評価のシステムはなく、進捗確認や達成度に客観性を欠く点は課題となる。

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

事業計画の中の重点目標として人材育成による支援向上が掲げられ、研修計画となる具体的な研修内容と実施方法が明記されている。実施状況に関しても月次で確認でき、最終評価を実施している。

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	a · b · c
--------------------------------------	-----	-----------

〈コメント〉

施設内研修、法人研修、外部研修、OJT、資格取得のための研修が「事業計画表」に記載され、研修機会確保の根拠となっている。階層別では、新任研修やOJTなどの初任者向けは充実しているが、中堅から管理職対象のキャリアアップ研修も実施することが望まれる。

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

社会福祉士、保育士、看護師、介護体験などの実習を受け入れている。それぞれの実習の目的、職種の特性を考慮し、学校側と連携して実習を進めている。しかし、実習に対する基本方針や育成マニュアルなどは整備されていない点は課題である。

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 · b · c
〈コメント〉		
広報誌やホームページに事業内容や決算情報、求人情報など、様々な情報を掲載している。また、SNSを使って活動の様子なども公開している。運営の透明性を一層アピールするため、苦情の内容なども可能な範囲で公開することが望まれる。		
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 · b · c
〈コメント〉		
事務的なルールは「経理規程」に定められ、取り扱いがなされる。会計士、弁護士と顧問契約し、財務チェックや労務対策の支援を受けている。一方、法人内での内部牽制である内部監査の実施はなく、自浄作用が機能しているとは言い難い。監査機関による外部監査も今後の課題となる。		

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	a · b · c
〈コメント〉		
「コロナ下でも途切れることのない交流」を目指し、コロナ禍で多くの事業所が交流を控える中、Zōmを用いて地域の住民やボランティアとの交流を図り、関係を継続している点は特筆したい。社会資源の情報などは、個別に提供することができている。		

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 · ⑤ · c
---	-----	-----------

〈コメント〉

ボランティアに関しては、受入れに関する基本方針などは示されていないが、活動を支援する継続的なボランティアとは良好な関係が保たれ、利用者と社会との接点になっている。学生の福祉体験など学校教育への協力も惜しまない。

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 · ⑤ · c
---	-----	-----------

〈コメント〉

自立支援協議会などの所属団体とは、共通課題の共有など緊密な連携がなされている。事業所や利用者に関係する社会資源に関しての情報は、職員間で共有されている。利用者に関する資源の情報は掲示されるが、個々の利用者に必要な社会資源のリスト化はなされていない。

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 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。	障26	a · ⑤ · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

自立支援協議会や相談支援などを通し、地域の福祉ニーズを把握している。しかし、地域住民としての暮らしに関わるニーズや地域問題の把握に関しては、把握や調整の機会が乏しい。地域の事業所として、住民同様の意識を持って臨まれたい。

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。	障27	① · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

地域の作品展に参加したり、和紙の作製を通じた地域小学校との交流、育てた野菜を保育園に届ける活動など、地域との関わりを大切にした活動を続けている。地域の在宅重度障害者を受入れるという社会的責任は、職員のモチベーションにもつながっている。

### 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 · (b) · c
＜コメント＞ 利用者尊重の姿勢で支援するための法人理念があり、職員間に浸透している。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に自己チェックをする仕組みがあるが、取組みだけに留まっている感は否めない。組織的に検討する仕組みを確立し、職員全体で共通の理解を深めるように求めたい。		
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 · (b) · c
＜コメント＞ プライバシー保護については、入職時に説明し一定の理解が得られている。しかし、入職後は研修の機会が限定的であり、職員個々の捉え方に差異が出ている。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、マニュアルに基づいた定期的な取組みを期待したい。		
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	a · (b) · c
＜コメント＞ 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、パンフレットにルビをふるなど、利用者にも分かりやすい情報提供の手段を工夫されたい。		
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 · (b) · c
＜コメント＞ サービス開始時、変更時の説明と同意には、一人の利用者に対して複数の担当者が聞き取りを行うなど、利用者の自己決定を尊重している。動画の活用など、より分かりやすく工夫した資料の作成を検討している。意思決定が困難な利用者への配慮については、成功例を蓄積する等、事業所としての対応のルール化が望まれる。		
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 · (b) · c
＜コメント＞ 事業所変更に関しては、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。福祉サービスが終了した際の説明、文書化については課題が残る。		
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 · (b) · c
＜コメント＞ 利用者への聞き取り、家族との面談でニーズを把握しており、主任がとりまとめて文書化し、改善につなげている。しかし、個別（一部の利用者）の聞き取りに留まっている、意見が十分に取り入れられない可能性もある。全員を対象とした利用者満足度調査を実施し、様々なニーズの把握に努めるような取組みを期待したい。		
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) · b · c
＜コメント＞ 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、仕組みが確認できた。事例として、第三者委員までいったケースがあったが、申立て者も納得しており、組織的な取組みとして機能している。		

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 · (b) · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

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。

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 · (b) · c
---	-----	-------------

〈コメント〉

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へ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。

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 · (b) · c
---	-----	-------------

〈コメント〉

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が、リスクマネジメントに関する規程、マニュアルの確認ができなかった。組織的に安全確保、事故の発生要因の追求・分析、改善策の検討・実施等の取組みにはマニュアルの整備が必要不可欠であり、早急な取組みを期待したい。

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 · (b) · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

感染症対策についてのマニュアルは整備され、新型コロナウイルス感染症に対応したものになっている。職員にはフローチャート形式で分かりやすく周知している。さらには、事業所の特性を取り入れた職員研修も実施されている。しかし、マニュアルの定期的な見直しが実施されておらず、新たな脅威に対する予防策として組織的な取組みが望まれる。

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 · (b) · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

災害時の対応体制は消防計画に定められ、規定された通りに避難訓練も実施されている。福祉避難所に指定されており、備蓄品等も適切に管理されているが、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。

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) · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

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。

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) · c
---	-----	-------------

〈コメント〉

標準的な実施方法を見直すためのルールがない。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は課題があると認識している。検証、見直しにあたり、個別支援計画の内容の中の必要なものを、標準的な実施方法へ反映させることも考慮されたい。

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	a · (b) · c
--	--	-----	-------------

〈コメント〉

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。アセスメントも年1回定期的に行っている。しかし、個別支援計画どおりにサービスが行われているか否かを確認する仕組みはあるものの、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。

	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 · (b) · c
--	--------------------------------------	-----	-------------

〈コメント〉

個別支援計画の評価・見直しの手順が定まっており、半年に一度面談を行って評価・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・徹底が望まれる。

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)-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 · (b) · c
--	---	-----	-------------

〈コメント〉

アセスメントシート、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、回覧、ミーティング、パソコンのネットワーク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、職員により個別支援計画を意識した記録に差異がある。記録作成のための手順を明文化し、記録作成の標準化を図られたい。

	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) · b · c
--	------------------------------------	-----	-------------

〈コメント〉

「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いる。職員へは入職時に情報の取扱いについて説明と毎年度末に再度の確認、退職時には守秘義務の説明を行っている。引き続き「個人情報保護規程」を職員に周知・徹底し、組織全体で理解、遵守に取組んでいってもらいたい。

## 【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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 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、定期的な聞き取りにより本人の意向を尊重して支援している。利用者一人ひとりへの合理的配慮についても、支援や取組みが全体会議により伝達され、職員への周知・徹底を図っている。		

### A-1- (2) 権利擁護

A-1- (2) -① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	障47	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 権利侵害や虐待防止については、規程・マニュアルが整備され、職員への周知を行っており、組織的な意識の高さがうかがわれる。定期的な虐待防止のためのチェックリストによる自己点検の取組みも評価できる。中途採用職員、非正規職員問わず職員全体への周知・徹底を図るなど、権利擁護の取組みが継続的に実施されている。		

### A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2- (1) 支援の基本		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 利用者の自律・自立生活について、勉強会などの機会を設けて動機付け、支援を行っている。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、相談支援事業所や他事業所につなげる等、利用者一人ひとりに適した支援を実施している。		
A-2- (1) -② 利用者的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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーションを、身振り・手振り、文字盤等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に關しても、同様に非言語コミュニケーション及び代弁者の協力を得て行っている。利用者が話しやすい環境づくりを行い、話しやすい相手とコミュニケーションが取れるよう工夫している。		

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 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している。毎週水曜日には「お話勉強会」を開き、利用者が自らの思いを話せる機会を個別に設けている。利用者の意思決定支援については、職員が投げかける形で行われている。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 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。アセスメントによって把握したニーズを個別支援計画で具現化し、利用者個々が可能な余暇活動を検討する取組みが実施されている。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。		

	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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
〈コメント〉 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。重度の利用者が多いことから、安全第一を最優先した視点で支援を実施している。今後の利用者の障害特性の変化にも適切に対応するため、職員は先を見据えた視点を持つことを心がけている。			
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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
〈コメント〉 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している。食事については、嗜好調査を実施していないため、年1回は嗜好調査、合わせて残食チェックを行い、利用者ニーズに合った食事環境の整備を求めたい。個別支援計画による支援の実施に対し、その基本となる生活支援のマニュアル整備が不十分であり、サービスの質を担保に課題が残る。			
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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
〈コメント〉 築20年が経過しているが、建物は整理整頓、清潔感を保っており、職員は利用者の快適性と安全に配慮して支援している。しかし、利用者満足度調査などから得られた利用者の声が反映されているとは言えず、利用者、家族の声を聞きながら、より良い環境づくりに努めてもらいたい。			
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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
〈コメント〉 必要とされる利用者に対し、専門職（医師・理学療法士など）と連携し、それらの協力の下に個別の機能訓練等を実施している。しかし、個別支援計画に基づいていない事例もあり、利用者が主体的、意欲的に参加できるよう、本人の意向も尊重しながら行うことが望ましい。			
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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
〈コメント〉 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、フローチャートで示されている。医療的なケアが必要な利用者が多いことから、看護師等による職員向けの研修が検討されている。			
	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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
〈コメント〉 医療的なケアが必要な利用者がいるが、事故はなく安全第一の支援が継続されている。しかし、医師や看護師の指導、助言のもと、安全管理体制が構築されていることが文書で確認できず、組織的な取組み、策定が急がれる。さらには医療的な支援の実施についての考え方を組織で共有し、それに伴う職員の研修体制の構築を検討されたい。			
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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
〈コメント〉 利用者の希望と意向を尊重した社会参加の機会として、社会見学の行事を取り入れている。家族の意向により、学習支援にも取り組んでいる。利用者の主体的な参加を実現させるため、活動や行事における動機付けを念頭において支援している。			
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	Ⓐ · Ⓑ · Ⓒ
〈コメント〉 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。そのことは、法人理念からも読み取ることができ、職員にも周知されている。引き続き、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を期待する。			

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	a · 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。しかし、家族への伝達方法に関しては職員間にバラツキがあり、家族に不安を与えない方策の検討が求められる。			
A-3 発達支援			
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			
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	a · b · c
<コメント> 非該当			
	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
<コメント> 非該当			
	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
<コメント> 非該当			