

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：ひかりのさとファーム	種別：生活介護・就労継続支援B型	
代表者氏名： 東 悟	定員（利用人数）： 40名（48名）	
所在地： 愛知県知多郡東浦町緒川下米田37-4		
TEL： 0562-84-4151		
ホームページ： http://www.aikouen.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 平成20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： 13名	非常勤職員： 10名
専門職員	（管理者） 1名	（職業指導員） 2名
	（サービス管理責任者） 1名	（目標工賃達成指導員） 1名
	（生活支援員） 18名	（事務員） 1名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等） 食堂・洗面所・トイレ
		医務室・更衣室・事務室・相談室
		作業室・誘導灯・自動火災報知器
		非常火災通報装置など

③理念・基本方針

★理念

・法人

『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。』

1. 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。
2. 私たちは、誰もが、必要な時に必要なサービスを利用できるように取り組みます。
3. 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

1. 私たちは、利用者の自立を尊重して豊かな地域生活が送り続けられるための就労支援及び生活支援を行います。
2. 私たちは、利用者の様々な支援ニーズに対応できる仕組みを構築し、地域社会に貢献します。
3. 私たちは、就労支援事業及び情報発信・地域交流を通して地域社会と法人を結ぶ窓口としての役割をはたしていきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 事業所内に虐待防止委員会を立ち上げ、虐待防止体制の整備を進めている。
- ・ 利用者の日常生活を持続していくため、働き方も含めた新型コロナウイルス感染症対策に取り組んでいる。
- ・ 施設外就労を取り入れ、地域社会に貢献していくと共に、利用者の働きがい向上に取り組んでいる。
- ・ 利用者の重度化・高齢化及び地域のニーズがあることから、生活介護棟の建替えを行う、余暇プログラムの充実等、生活介護のプログラム再編に取り組んでいる。
- ・ 就労継続支援B型事業においては、新型コロナウイルスの影響で落ち込んだ工賃をまずは昨年度並みの平均工賃2万5千円以上になるよう経費の削減を中心に取り組んでいる。
- ・ 虐待防止や権利擁護意識を高める研修を中心に事業所内研修（年10回）を行っている。
- ・ 事業所内の風通しを良くするため、担当部署以外の職員部署間交換研修を行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3年 4月20日（契約日）～ 令和 4年 3月30日（評価決定日） 【令和 3年12月10日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3 回 （平成28年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆地域との密接な交流

レストラン経営や養鶏事業により、利用者と地域との深い関わりがある。製品を通じた交流（販売、配達、イベントへの出店）の機会があり、地域に根付いた施設であることが見受けられる。また、施設外就労として、農福連携の取組みの中でも地域と密接に交流をしている。

◆利用者の権利擁護への取組み

「職員倫理行動マニュアル」、「虐待発見・通報までのフローチャート」、「虐待防止・身体拘束防止マニュアル」が整備されている。ハラスメント防止のため、産業医が毎月1回訪問して職員との面談や聞き取りを行っている、また、弁護士への相談もできるようになっている。年間10回の権利擁護のための研修を実施する等、法人をあげて利用者の権利擁護に関する取組みを行っている。

◆自己決定の尊重

利用者自らが、活動の種類（部署）の変更を申し出ることができ、他部署の体験を行うことができる仕組みがある。他の利用者と一緒に活動を行うことが困難な利用者に対しては、建物を替えてスペースを確保したり、送迎車の助手席に誰が座るのかといった話し合いを、利用者を含めて行っている。

◇改善を求められる点

◆利用者にわかりやすい理念・基本方針

家族へは、定期的開催される家族会において理念・基本方針を周知しているが、利用者向けにわかりやすく説明した資料の作成が望まれる。

◆達成基準の明確化

法人の中・長期計画（2020年～2022年）があり、現状としては次期中・長期計画を策定するため、事業所の課題を提出し見直す段階に入っている。現在の中・長期計画には数値目標が掲げられていないため、次期の計画には、達成の度合いを評価・判定することができる数値目標や具体的な到達点を設定することが望ましい。

◆機能訓練の取組み

月に1回、利用者の通院先の理学療法士と連携し、介助方法や機能訓練の助言を受けている。自立支援を行う上で、機能訓練や生活訓練は重要な取組みとして評価できる。しかし、この取組みに関しては個別支援計画に記載がない。目標や実施方法等を個別支援計画に記載した上で、モニタリング等を行う必要がある。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受審したことで、マニュアルの不備や職員全体への周知に特に課題があることがわかりました。次年度の年間計画にできることから落とし込み、意識的に職員全体を巻き込みながら課題を改善していこうと思います。

また、現場の支援を高く評価して下さったことは、職員の励みになったのではないかと思います。今後も積極的に第三者からの評価の視点を取り入れ、今よりも良い施設になるよう改善していきたいと思っています。

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	ⓑ・c
<コメント> 理念・基本方針は明文化され、ホームページやパンフレットに掲載されている。職員へは基本理念、職員としての信条等が盛り込まれたクレド（職員の行動規範）を携帯の上、毎日読み合わせをすることで、周知徹底している。家族へは、定期的に開催される家族会において周知しているが、利用者向けに分かりやすく説明した資料の作成が望まれる。			

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> 地域の情報については、自立支援協議会や特別支援学校との話し合いの中で、地域ニーズを把握している。法人内においては、職員会議で収支や利用率の確認をし、法人内の施設長（管理者）が参加して毎月開催される経営会議で施設ごとの状況を把握・分析している。それらの情報を共有し、課題解決に取り組んでいる。			
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	Ⓐ	b・c
<コメント> 施設内で課題を検討する場が設け、現在は利用者の高齢化に向けた取組みとして、認知症に関する勉強会や障害特性に関する研修会を開催し、職員の専門性を高めている。また、人材確保の取組みとして、Zoomを活用したセミナーや面接等を導入することで、コロナ下にあっても参加しやすい工夫が見られる。			

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	ⓑ・c
<コメント> 法人の中・長期計画（2020年～2022年）があり、現状としては次期中・長期計画を策定するため、事業所の課題を提出し見直す段階に入っている。現在の中・長期計画には数値目標が掲げられていないため、次期の計画には、達成の度合いを評価・判定することができる数値目標や具体的な到達点を設定することが望ましい。			
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	Ⓐ	b・c
<コメント> 中・長期計画の重点目標を踏まえ、単年度の計画が策定されている。重点目標については、施設の事業計画内において具体化され、スケジュール・目標・方法・評価基準を設けて実施状況の評価ができるよう工夫されている。			
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	Ⓐ	b・c
<コメント> 事業計画については、各部署の計画は担当者が策定し、管理者が取りまとめ、施設全体の計画を策定している。事業計画と事業報告は評価後、結果が分かりやすいよう工夫されている。評価結果は、次年度の事業計画策定時に反映させている。職員へは、全員参加で3月に資料を配付し、方針を伝える機会を設けている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 毎年春に開催される家族会において、事業計画のあらましを説明し理解を促している。全体の3分の2が参加し、不参加であった家族へは資料を送付している。利用者に対しては、部分的に必要なに応じて説明を行っている。施設から配布している機関紙では、文字にルビを振り、分かりやすい資料作成の工夫をしている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 第三者評価を定期的に受審しており、今回が4回目となる。法人全体では、サービス管理責任者会議においてサービスの質の向上について話し合い、施設へフィードバックをしている。施設においては、職員全員が接遇のチェックリストを使った自己点検を行い、傾向を分析して全体へ報告している。利用者に対しては、「現状把握アンケート」を実施している。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 第三者評価の定期的な受審に加え、毎年実施する自己評価の結果分析から、施設としての課題は明確になっている。課題を顕在化するだけに留めず、組織的に改善の取組みがなされるよう、誰が（責任者）、いつまでに（期限）、何をするのか（実施方法・結果）という具体的な計画の策定が望まれる。		

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> 管理者の役割と責任については、「職制規程」及び「経理規程」により明文化されている。年に4回発行される施設の広報誌「かきどおし」の4月号において、事業所（管理者）の方針を公表している。「職制規程」において、施設長（管理者）が不在の場合については、副施設長が代理をすると明示している。			
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	a	② · c
<コメント> 遵守すべき法令等について、法人全体における共通情報の内容は本部から周知があるため、職員会議において改正事項を伝達している。事業所として関係のある「食品衛生法」の改正等については、漏れなく情報収集する工夫が求められる。			
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	① · c
<コメント> 現状の課題については、職員会議や部署ごとのミーティングにおいて検討している。しかし、福祉サービスの質の現状について、全職員参画の下で定期的に評価をしたり、職員の意見を反映させるための具体的な取組みについては確認できなかった。定期的かつ組織的に評価・分析できる仕組みづくりの検討を期待する。			
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	② · c
<コメント> 事業所の売上、利用状況（加算状況）、経営状況については資料を作成し、毎月専門グループにおいて検討している。職員の人員配置については施設ごとに検討し、質の向上を図るために加配を検討する場合は、本部へ掛け合っているが、人材の確保が困難な状況であるため、課題となっている。			

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	①	b · c
<コメント> 人材確保については、法人で採用人数の目標値を定めて実施している。セミナーや面接については、Webを使用し、コロナ下でも参加しやすい工夫をしている。非常勤職員については、施設ごとに人材確保をしている。新入職員をリクルーターとして活用したり、新入職員の教育にメンター制度を導入して定着面にも配慮をしている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	② · c
<コメント> 法人の「人事考課規程」に基づき、人事管理が行われている。「期待する職員像」は職員が携帯しているクレドに明記されている。人事考課については、フィードバック面接を実施しているが、職員が自ら将来の姿を描くことができる総合的な人事管理の仕組みの構築が望まれる。			
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> 管理者との個人面談の機会を、年に2回設けている。新入職員については、法人内でメンター制度を導入し、相談しやすい工夫がある。希望者には、産業医による保健相談を受けることができる。有給休暇の取得率や時間外勤務（残業）については、管理者が勤怠管理の一環として把握している。			

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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の人事考課制度の中で、「目標取組申告書」を用いて個人の目標を設定し、職員を育成する取組を実施している。年に2回（目標設定時と中間面接時）実施される個人面談において、目標の設定、達成度の進捗確認をしており、人材育成を目的とした目標管理の仕組みが構築されている。</p>		
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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されており、キャリアパスを意識した研修を実施している。受講後には報告書を作成し、職員会議で報告して情報共有に努めている。研修受講後の意識変化（教育効果）について、確認する仕組みづくりを検討されたい。</p>		
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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の研修計画において、階層別、職種別、テーマ別の研修の機会を設けている。外部研修についてはオンライン研修を活用し、参加しやすい工夫をしている。研修の受講歴については、毎月の事業報告には載せているが、年度ごとの把握に留まらず、法人に入職後からの受講履歴が分かる仕組みづくりが望まれる。</p>		
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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>実習生の受入れについては、受入れマニュアルと実習生別プログラムを整備し、年間2～3名の社会福祉士実習生を受け入れている。事業所に在籍している社会福祉士実習指導者研修の修了者2名を中心に、積極的な実習生の受入れが見られる。</p>		

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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページにおいて、法人理念、基本方針、サービス内容、事業計画、事業報告、予算・決算情報等を公開している。第三者評価の受審を定期的実施し、その結果は公開されており、苦情の対応については、広報誌「愛光園だより」に掲載している。</p>		
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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人としての、事務、経理、取引等のルールは定められている。また、公認会計士事務所による巡回指導を定期的に受けている。法人監事による監事監査、行政による監査により、公正で透明性の高い経営・運営の取組みである。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>就労支援B型事業で取り組んでいるレストラン経営や養鶏事業により、利用者と地域との深い関わりがある。製品を通じての交流（販売、配達、イベントへの出店）の機会があり、地域に根付いた施設であることが見受けられる。また、施設外就労として、農福連携の取組の中でも地域と密接に交流をしている。</p>		

<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	① ・ b ・ c
<p><コメント> ボランティア受入れの基本姿勢については、「受入マニュアル」の中に明示されている。コロナ禍以前は社会福祉協議会からの受入れなど、様々なボランティアを受け入れていたが、現在は庭の手入れのボランティアのみ受け入れている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント> 行政が編纂した地域の「社会資源マップ」を活用し、必要な情報を把握して情報共有をしている。自立支援協議会を通じ、地域と連携して課題の共有をしている。連絡先の一覧表を事務所の見えるところに掲示すると、利用者が電話を架けてしまうという問題がある。そのため、個々の連絡先は電話機に登録し、職員がすぐに確認できる資料（リスト）の作成と保管方法の工夫が望まれる。</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	a ・ ③ ・ c
<p><コメント> 地域の大型商業施設内にある福祉の店「フクシア」の運営委員会や特別支援学校の連携会議において、地域の福祉ニーズの把握に努めている。「フクシア」が2022年5月で閉店となるため、今後さらなる地域のネットワーク化を推進する取組みに期待したい。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント> 地域の福祉ニーズに基づき、NPO法人が開催する行動援護養成研修の講師役として協力したり、療育施設を訪問して家族に話をする活動を積極的に実施したりしている。また、商工会議所の集まりにも参加し、お祭りの商品の提供や出店を行ったり、施設外就労として地域のいちご農家の掃除を担っている。</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>利用者を尊重したサービスについては、クレド（職員の行動規範）で示され、「職員倫理行動マニュアル」も策定されている。職員一人ひとりについて、理解しているか否かの把握や評価には至っておらず、課題が残る。</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>「個人情報保護規程運用ガイドライン」をはじめ、プライバシー保護や権利擁護に関するマニュアルは整備されている。しかし、個人情報である利用者個々のファイルが事務室入口に置かれ、保管されている書棚も鍵がかけていない状態である。職員の意識を含め、改善が求められる。</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	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>法人のホームページは充実している。事業所のパンフレットも写真付きで、事業所の雰囲気が分かりやすく紹介されている。利用希望者への資料は図や写真、ルビを使用する等、分かりやすく工夫されており、見学対応も行っている。また、年4回発行される広報誌「かきどおし」は、地域・公共施設にも配布されている。</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>サービス利用開始にあたっては、体験等を通して利用者本人の意思を確認している。利用の説明は、基本的に家族と利用者を変えて行い、利用者本人が理解できるように文字を書いたり図で示すなどの配慮をしている。意思決定が困難な利用者への配慮について、ルール化されることを期待したい。</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>福祉サービスの内容の変更にあたっては、継続性に配慮した手順で行っている。相談窓口は、それまで担当していた職員が対応しており、電話連絡を含め口頭でも伝えている。引継ぎ文書を作成した上で、関係機関とのケア会議等を実施し、引継ぎを行っている。</p>				
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	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>家族会や第三者委員と家族会の代表が参加する法人の虐待防止委員会に参加し、利用者の満足度について話をする機会がある。年1回のアセスメントと年2回のモニタリングの時に、満足度の確認を行っている。法人の運営協議会は年1回、利用者本人も参加して開催されている。それぞれの会議で出された意見は、分析、検討されている。</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>「意見・要望に関する対応マニュアル」が整備され、苦情解決の仕組みや体制は整っている。「ご意見BOX」を設置し、意見を出しやすい工夫もしている。苦情内容や解決結果等については、法人の機関誌「愛光園だより」に掲載している。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者からの相談は、必要に応じて個室等を用意し、本人が話しやすい環境を整えている。また、「ご意見BOX」を設置したり、日常的に声をかけたりしており、「○」・「×」のカードや写真を示しながら聞き取る等、意見を言いやすい工夫をしている。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 相談や意見を受けた際の記録や報告の手順は定められている。傾聴の姿勢は行動規範に記載され、すぐに対応が可能なものについては、迅速に対応している。検討に時間がかかる場合には、申し出た本人に伝えるなど適切に対応している。送迎時の座席の位置について、利用者間で話し合いの場を持ち、曜日で助手席に座る人を決めた事例もある。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 「危機管理マニュアル」が整備され、虐待防止委員会や権利擁護委員会も設置されており、組織的な取組が行われている。「事故報告書」や「ヒヤリハット報告書」が提出されると、その都度各部署で話し合い、改善へと繋げている。</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 ・ ㉠ ・ c
<p><コメント> 法人として、「感染症BCP」（感染症に関する事業継続計画）を作成している。「衛生管理マニュアル」が作成され、看護師による感染症の研修も行われている。マニュアルについては、衛生用品がマニュアルに記載された場所に保管されていない等、見直しが必要な箇所が見受けられる。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 防災関係の「地震防災対応マニュアル」、「火災避難マニュアル」が整備されている。避難訓練が実施され、備蓄品は3日分が準備されている。法人内で「防災フェア」が行われ、炊き出しの訓練には地域からの参加もある。また、法人内の井戸は緊急時に地域の方の利用も可能となっている。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 標準的な実施方法についてのマニュアルが整備されている。マニュアルを基に新規職員にOJTを行っているが、指導職員の支援方法を再確認して、OJTに取組むようにしている。また、支援手順を勉強会や会議で定期的確認・見直しをしている。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 標準的な実施方法は、各担当者が年度末に見直し、施設長（管理者）、副施設長が確認している。それを職員会議で確認・周知している。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 個別支援計画策定の手順が示され、責任者も明確になっている。毎年の個別支援会議は、サービス管理責任者、正規職員、準職員、役職者が参加し、利用者の意向の把握と、同意を含んだ手順を定めて実施している。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 誕生月を中心に、半年ごとの個別支援計画の評価と見直しが図られている。サービス会議は月1回開催され、個別支援計画の進捗等が検討されている。個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みが整備されておらず、改善の余地がある。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 利用者に関する記録はパソコンで管理され、いつでも閲覧できる。また、記録の書き方についてもマニュアルがある。個別支援計画に沿った記録という点では改善の余地が残されている。「ナレッジスイート」というネットワークシステムで、全職員が「朝の会の記録」「ミーティングの記録」に記載された情報を共有する仕組みもある。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 「個人情報保護規程等運用ガイドライン」が全職員に配付されている。利用者の記録や情報等については、規程やマニュアルが定められている。しかし、職員個々の個人情報に対する意識や取扱い方法に関しては改善が求められる部分があり、職員に対する教育や研修が求められる。</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
<コメント> 利用者自らが、活動の種類（部署）の変更を申し出ることができ、他部署の体験を行うことができる仕組みがある。他の利用者と一緒に活動を行うことが困難な利用者に対しては、建物を替えてスペースを確保したり、送迎車の助手席に誰が座るのかといった話し合いを利用者を含めて行っている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 「職員倫理行動マニュアル」、「虐待発見・通報までのフローチャート」、「虐待防止・身体拘束防止マニュアル」が整備されている。ハラスメント防止のため、産業医が毎月1回訪問して聞き取りを行い、弁護士への相談も可能である。年間10回の権利擁護のための研修を実施する等、法人をあげて利用者の権利擁護に関しての取組みを行っている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の希望を聞き取り、面談等で話し合って支援を決定している。就労移行の支援としては3名の利用者が就職し、法人内のグループホーム「なないろの家」には、2名の利用者が入居した。重度の知的障害と自閉症を伴った利用者には、「なんじゃ棟」を建て替えて個別の空間を確保した。絵カードを使ったコミュニケーションも活用されている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 自閉症スペクトラム支援士が週に1回訪問し、助言を受けている。個々の障害の状態に合わせ、絵カードや「トーキングエイド」等のコミュニケーションツールを使用している。利用者の障害特性は多様であり、常に、より確実に意思の疎通が図れるコミュニケーションの方法を考察している。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設け、落ちついて話ができるように相談室を利用するなど、利用者本人が話しやすい環境に配慮している。相談内容は管理者やサービス管理責任者、関係職員等と、朝の会やミーティングで共有され、反映できるものは速やかに取り入れている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画に基づき、利用者の希望やニーズにより選択できる活動の多様化を図っており、絵画、食堂の壁面装飾、散歩、買い物等が用意されている。運動会は2日間にわたって開催された。また、販売先のイベントは、各部署の朝の会で周知している。新型コロナウイルスへの感染防止を優先し、現在は外部イベントの情報提供を控えている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 職員が講師となり、テーマ別の勉強会（ファーム内勉強会）を年10回ほど開催している。インシデントプロセス法の勉強会も開催された。強度行動障害のある利用者には構造化等で、支援方法や環境整備などについて検討をしている。		

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	① a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>誕生日メニューを取り入れたり、ミーティングでは給食の意見交換を行い、利用者一人ひとりの嗜好にも配慮している。アレルギー食やとろみ、粥、刻み等の食事形態の対応を行っている。排泄の有無を確認して記録に残し、排泄の支援を行っている。車椅子の利用者への支援も、適切に行われている。</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	① a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者間の相性等により、パーティションを使用したり、転倒防止のための手すりの付いた椅子で作業や食事をしている。また、利用者が思い思いに過ごせるよう、生活環境の工夫を行っている。他の利用者に影響を及ぼすような場合、相談室や「ラスク部屋」を使用する等、対応と支援を行っている。</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	a ・ ② b ・ c
<p><コメント></p> <p>月に1回、利用者の通院先の理学療法士と連携し、介助方法や機能訓練の助言を受けている。この取組みに関しては個別支援計画に記載がない。目標や実施方法等を個別支援計画に記載した上で、モニタリング等を行う必要がある。</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	① a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年2回の健康診断と年1回の歯科検診を実施している。てんかん発作時の対応は、かかりつけ医から助言を得て「てんかん発作時対応表」を作成している。「ご利用者負傷時マニュアル」を作成し、対応している。また、夜間の支援をしているグループホームや家族からも、健康状態の情報を得ている。</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 ・ ② b ・ c
<p><コメント></p> <p>薬の取扱いについては、処方箋のコピーを定期的に取り寄せ、職員周知を図っている。また、年に1回アレルギー状況を確認している。昼食時の服薬確認は、「服薬表」でチェックを行っている。しかし、「ラスク部屋」で昼食を摂っている利用者の薬が落ちていたことがあった。誤薬防止のシステムについて、改善が求められる。</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	① a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>お金を計算する訓練に継続的に取り組んでいる。何時間働いたからいくらになるか等の、仕事の目標をこづかいのアップ等に設定し、目標達成度のチェックを行っている。利用者の身近な課題を学習に繋げている。また、商品を配達することによって、地域との交流を行ったり、施設外就労も社会参加の一助となっている。</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	① a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域移行に関しては、アセスメント面談時に利用者の意向を聞いている。利用者の希望を実現できるよう、グループホームの体験利用を関係者と調整している。社会資源に関する情報を収集し、相談支援事業所などの関係機関と連携して地域移行を推進している。</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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 家族等の連携は連絡ノートを使用し、利用者の状況を共有している。年2～3回開催される家族会において意見交換を行っており、家族からの個別の相談は担当者やサービス管理責任者が対応している。利用者が体調不良になった時は、管理者に報告・相談後、家族に連絡している。家族支援に関する基本的な考え方が明確になっておらず、改善の余地を残す。		
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> 作業工程の視覚的配慮により、多くの作業へ携わることができている。また、治具を活用し、利用者一人ひとりに合わせた作業方法を取り入れている。施設外作業もあることから、社会的なマナー等を意識するよう支援している。さらに、施設外作業の見学やハローワークとの連携も行っている。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> レストラン、自家焙煎珈琲、養鶏、施設外就労等、多様な作業を提供している。工賃アップのためにも、安定した収入が得られるような新しい仕事の開拓や経費削減に努めている。労働安全衛生の関連法令に基づくマニュアルは未整備のため、今後の課題である。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 常に施設外就労先を開拓している。相談支援事業所や就業・生活支援センターと連携しながら、就労に関する情報を利用者や家族等に提供している。地域の企業等とのさらなる関係性の強化や、障害者が働く場における「合理的配慮」を促進する取組み等が求められる。		