

## 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：田原授産所  | 種別：生活介護・日中一時支援    |                |
| 代表者氏名：鎌田 博幸   | 定員（利用人数）：60名（68名） |                |
| 所在地：愛知県田原市田原町石取1-9  |                   |                |
| TEL：0531-23-7513  |                   |                |
| ホームページ： <a href="http://www.seisyunkan.jp/taharajyusanjyo.php">http://www.seisyunkan.jp/taharajyusanjyo.php</a> |                   |                |
| 【施設・事業所の概要】   |                   |                |
| 開設年月日：平成15年 4月 1日   |                   |                |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人成春館   |                   |                |
| 職員数   | 常勤職員：18名          | 非常勤職員：11名      |
| 専門職員  | （管理者） 1名          | （事務員） 1名       |
|   | （サービス管理責任者） 1名    | （生活支援員） 16名    |
|   | （看護師） 1名          | （栄養士） 1名       |
|   | （医師） 1名           | （調理師） 7名       |
| 施設・設備の概要  | （居室数）             | （設備等） 作業室・多目的室 |
|   |                   | 相談室・洗面所・トイレ    |

### ③理念・基本方針

#### ★理念

法人 「あなたにより添います 愛と 心と 手のひらで」

施設・事業所 「のんき こんき げんきで がんばりましょう」

#### ★基本方針

- （1）利用者の基本的人権の尊重を運営の柱とし、利用者一人ひとりの自己実現に必要な援助をします。
- （2）家族との連携を密にして、安らぎと、くつろぎと、うるおいと生き甲斐に満ちた施設を目指します。
- （3）職員の資質の向上を常に図り、安全と、安心と、安定した気配りと笑顔の溢れる施設を目指します。
- （4）社会連帯の理念に基づいて、福祉啓発活動を推進し、地域に開かれた愛される施設を目指します。
- （5）あらゆる機会を通して、環境と機能の向上に努力するいきいきとした施設を目指します。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- (1) 毎月1回クラブ活動、誕生会を取り入れて、作業以外の楽しめる活動を行っている。
- (2) コロナ禍でもできる作業班活動(お好み焼きづくり等)を随時行っている。
- (3) 法人行事の代替行事を行っている。
- (4) 田原市の自立支援協議会等に積極的に関わり、関係機関の連携を密にしている。
- (5) 事業所の持っている専門性を地域に活かしている。(渥美相談会、講義等)
- (6) 外部講師を招いた内部研修会を毎月実施している。
- (7) 行動障害者に対するケース検討を実施している。
- (8) 虐待防止・権利擁護研修を積極的行っている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

|                   |  |
|-------------------|--|
| 評価実施期間            | 令和 4年 4月19日(契約日) ~<br>令和 4年12月 1日(評価決定日) |
| 受審回数<br>(前回の受審時期) | 5回 (令和元年度)                               |

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆働きやすい職場環境

職員の業務上の応援体制が構築され、誰もが休暇が取りやすい職場環境を生んでいる。このことは、所属部署のチーム力を高め、結果としてサービスの質の向上に繋がるものとなっている。サービス残業の解消や相談体制も整備され、働きやすい職場として職員評価も高い。

##### ◆管理者の権利擁護対策

全国的に依然虐待案件が絶えない状況下にあって、管理者は人権擁護と虐待防止の取組みに力を注いでいる。特に、虐待要因に深く関わる「アンガーマネジメント」に関しては、類まれな専門性を活かして事業所内外の研修や講演会で講師を務め、役職員の資質向上に努めている。障害福祉事業において、その重要度から大変価値ある存在である。

##### ◆相談機会の設定

利用者からの相談に関し、毎月「田原授産相談会」を開催するほか、利用者の求めがあれば随時職員が対応している。このほか地域相談として「渥美相談会」を開催するが、こちらも利用者が参加可能であり、利用者が意見を述べる機会を多く設けられている。利用者にとって生活上の困りごとや将来について、信頼できる職員からの助言は大変価値がある。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆利用者への説明責任

支援の主体である利用者にとって、自らが受ける支援への同意や納得は欠かせない。事業者には事業所の姿勢や事業内容、契約条項などを丁寧に説明し、利用者側の同意を得ることは必須要件であり、このインフォームドコンセントは権利擁護にも繋がってくる。そのためには、利用者の一人ひとりが少しでも多くの理解を得るための様々な配慮や工夫が求められる。

##### ◆事業所の中期計画

法人は3年スパンの中期計画を策定し、プロセスに沿って予定事業が定められている。事業所の単年度計画は一定の実効性があるのだが、法人の方向性に沿って事業を進めるためには、中期計画を具体的に落とし込む事業所独自の指標や行程表が必要となる。事業所の中期計画策定を検討された。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

客観的に正しく評価されている。  
毎年度、利用者の権利擁護に取り組んでいるが、ご指摘のとおり利用者への説明の配慮不足が認められる。  
4月、10月の個別支援計画説明前のモニタリングや計画説明は丁寧に行えているが、事業所の事業計画等に関して説明が不足している。事業所の中・長期計画策定にあわせて、利用者に対しわかりやすく事業内容や計画を説明できるようにしたい。

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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>理念、事業方針は法人の姿勢や職員の在り方を示しており、ホームページやパンフレット、事業計画にも明記されている。家族には直接配付して理解を得ているが、利用者周知に関しては十分とは言えず、分かりやすくした資料や説明機会の設定など、特別な配慮はなされていない。 |                         |         |           |

##### 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 |
| <コメント><br>管理者が、市の自立支援協議会の責任者として福祉動向や県・市の福祉計画などを把握した上で職務に就いている。また、法人の経営運営検討会に参画する中で経営状況の分析が行われ、問題検討を行っている。利用率やコスト分析は毎月実施し、これを施設長連絡会に報告している。                                |                                 |         |           |
| 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 |
| <コメント><br>毎月の施設長連絡会では、それぞれの利用者状況や経営課題を報告し、協議している。重要課題に関しては、経営運営検討会に上程して協議・検討を行い、具体的な取組みの方策や方向性を出している。決定事項は支援会議にて職員に報告し、十分な周知が図られている。「作業収入減」や「行動障害への対応力」などを現実的な課題として挙げている。 |                                 |         |           |

##### 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>法人が3年間の中期計画を定め、4つの基本方針の下に「経営戦略ポイント」の中で現状と課題を明確にしている。計画は来年度より開始される人事管理制度の円滑な実施に向けての指標として、行程スケジュールに沿って進められているが、これを受ける形での事業所として事業の指針となる中期計画の策定を急ぎたい。 |   |         |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>中期計画の方針、方向性に基づいて単年度計画が策定されている。単年度計画は、一部数値目標を定めるなど事業全般に亘り具体的な内容となっているが、達成度の測定や実施状況の評価の際の正確性という点では、更なる明確な目標値の設定が求められる。                              |   |         |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>事業の中核となる作業活動を中心とした支援内容に関しては、各班からの提案や意向を集約して事業計画に反映させている。ただ、前年度の総括から計画立案、作成までが管理者中心に行われており、また見直しの手順等も定められていない点などは課題となる。                            |   |         |           |

|  |    |           |
|--|----|-----------|
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>事業計画の内、月間予定は家族にも配付され、利用者が理解を得る機会となっている。しかし、事業計画全体の利用者周知については充分とは言えず、分かりやすい説明の機会や資料の工夫など、一層の配慮をもって説明責任を果たしたい。 |    |           |

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 | ⑧ ・ b ・ c |
| <コメント><br>必ずしも工賃を上げるのではなく、個々の利用者の支援の質を上げる取組みに重きを置いている。キャリアごとの内部研修を中心に研修機会を多く設定することや、事例検討会議での考察・検討を経て個々のケースへの最適な支援提供を目指している。第三者評価基準を用いた事業全般のモニタリングも行われ、アンケート結果からも利用者の満足度は高い。 |    |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>管理者、作業班長、主任、副主任による毎月の代表者会議にて、それぞれの部署からの課題を検討し、結果を支援会議に挙げて職員全体で共有している。系統立てた改善計画（誰が、いつ、何を）の策定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 |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、年度当初に当該年度事業の方針と内容説明を行い、毎月の支援会議や代表者会議の場で自らの方針や役割を表明している。特に、利用者の人権・権利擁護については、支援の最重要ポイントと捉え、様々な対策を講じている。職務分掌に関して、職責は「職制規程」に明記され、組織図で担当者が示されている。</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 | a · b · c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、法人の管理者研修や外部の管理セミナー等を受講しており、また職員には自らが講師となって法令等の説明を行い、対策を強化している。特に、人権、虐待防止、身体拘束などについては徹底して取り組み、また依頼されて他法人・他事業所の外部講師を務めるなど、コンプライアンスに対する意識は非常に高い。</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 · b · c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者個々へのサービス向上に関しては、事例検討会にて最善の支援方法を導き出し、実践につなげている。また、管理者面談で出た職員個々の意見を業務に反映するよう取り組んでいる。さらに、職員の資質向上に向けて内外研修への参加を促進し、サービス全体のレベルアップを目指している。</p>             |     |           |  |
| 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 |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事、労務、財務については、法人の顧問である公認会計士と社会保険労務士によるアドバイスの下、管理者が自らの意向を経営運営検討会の場で示し、協議の上で実務にあたっている。休暇取得に対する応援体制などの日常的な職員管理や労務対策は管理者主導で実施されており、職員からも信頼を得ている。</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 | a · b · c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材確保については、求人から採用までを法人本部が一括して行っている。採用に関しては、欠員補充が中心であり、計画的な採用対策は講じていない。職員の定着については、法人・事業所とも人材育成の充実を方向性として持ち、加えて職場環境の改善・適正化についても職員意見を聞きながら取り組んでいる。</p>            |     |           |  |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。   | 障15 | a · b · c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>来年度からの人事管理制度導入に向けて、顧問である社会保険労務士の指導の下、様々な準備に入っている段階である。評価基準の作成から評価者の養成、キャリアに応じた研修など、検討チームを組織して様々な視点から取組みを進めている。キャリアパスを職員間に浸透させ、働き甲斐のある、分かりやすい仕組みづくりを期待したい。</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 | a · b · c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別面談で職員の意向をつかみ、悩み事は所属上司へ、ハラスメントに関しては窓口を定めており相談が可能となっている。職場では、職員同士が互いの職務と生活を理解し尊重することで応援体制が構築され、休暇が取りやすく働きやすい職場環境を生んでいる。</p>                                   |     |           |  |

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         現在、研修に力点を置いた職員育成に取り組んでいる。目標管理に関しては、現在まで実績は無いが、人事管理の一環として来年度より制度化する見込みである。職員個々の業務意欲向上と利用者サービス向上の両面で期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         事業計画に職員研修の項目を設け、計画的に取り組んでいる。ただ、研修計画の評価や内容の直しといった点では取組みがされておらず、研修効果が正確につかめていない点は今後の課題と捉えたい。</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 ・ ㉔ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         法人の中堅、リーダーといった階層別研修や、事業所でのテーマを定めた研修、また同種団体である東三セルプ（愛知県セルプセンター・東三河支部）が開催する管理者研修や支援技法の研修など、内外の研修に幅広く参加している。一方で、新任職員育成の基本となるOJTに関しては、体系的に実施されているとは言えず、十分な検討が望まれる。</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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         実習生の受入れに関しては、実施施設の指定を受けておらず、法人の他事業所の実習生を週1回程度受け入れている状況である。今後、マニュアルの整備や指導者養成などの受入れ体制を整備し、障害者支援の専門施設として後進育成の役割を果たしたい。</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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         ホームページには、事業の紹介や収支報告など様々なデータが掲載されている。それらと併せて、苦情対応についても公開が望まれる。機関誌は法人誌として年3回刊行されており、保護者を中心に配布されている。事業所の社会性を高めるためにも、広報対象をより地域に寄せることを検討されたい。</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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         公認会計士や社会保険労務士の指導の下、健全経営に努めている。監事による内部監査も実施されている。事務的なルールや規則は「経理規程」を始めそれぞれ整備され、職務権限や責任者についても明確になっている。これら規程等の職員周知と、第三者機関による外部監査の実施については今後の検討課題となる。</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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         地域との交流を事業計画の一つに位置付けており、様々な事業に取り組んでいる。法人は、地域の区長や警察、社会福祉協議会などで構成される「地域懇談会」を主催し、事業の説明や協力依頼、また地域からの要望を聴取するなど連携を深めている。現在コロナ下ではあるが、日常的には作業班活動や行事などで地域との接点を持っている。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         作業補助を中心に様々なボランティアの受入れや、体験事業の学生の支援、他事業所の出前講座への講師派遣など、協力実績は数多い。受入れマニュアルの整備、ボランティア研修の実施など、体制の整備が望まれる。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         自立支援協議会や東三セルフなど、関係機関との連携体制が図られている。特に前者では、地域の共通課題を共有・検討し、協働して取り組み、後者では運営上・支援上の共通課題を情報共有して協議する場になっている。地域社会資源については、マップを掲示して活用している。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         管理者が自立支援協議会や東三セルフ、知的障害者福祉協会の役職を務めており、地域に対しての貢献度は高い。また、相談支援事業所を通じても在宅者の情報を含む様々な福祉情報や地域ニーズを随時把握している。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         毎月「渥美相談会」として地域の障害者相談を実施しており、地域ニーズに応じている。また、管理者が障害者虐待防止やアンガーマネジメントの講師として、主に県内の福祉施設職員向けに活動しており、同分野では欠かせない存在となっている点は大変貴重である。</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 | ①       | ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度当初に配る事業計画の中に、法人の理念が書かれている。また朝礼に参加している職員で理念を唱和をしていることから、理念の定着が図られている。利用者を尊重したサービスの実現に向け、「人権擁護・虐待防止委員会」が設置されており、内容については非正規職員も含め周知されている。</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       | ・ ② ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報の取扱いについては「生活支援マニュアル」に記載されているほか、利用者や家族に対して個人情報の取扱いに関しての承諾書を得ている。しかし、利用者の連絡先が書かれた書面の管理方法については弱い部分があるほか、「生活支援マニュアル」についても記載方法に工夫可能な部分が残っている。</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 | a       | ・ ③ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の情報については、ホームページが作られ、最新の活動内容が記されている。機関誌の「きずな」を発行し、市役所や福祉センターなどの公共施設に置いている。利用希望者に対しては、説明する時間帯に配慮するほか、必要に応じ作業活動に触れてもらうこともある。配布資料については、絵や図などの分かりやすい内容への工夫の余地がある。</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       | ・ ④ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始や変更については、相談支援員や関係機関と連携し、利用者や家族の意向を丁寧に聞き取っている。利用者や家族が説明内容の理解が難しいようであれば、表現や言葉の置き換えをしている。言葉以外の方法も用いる工夫や、意思決定が困難な利用者への対応方法は職員個々に任されている部分が多く、対応方法のルール化等について検討を要す。</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 | a       | ・ ⑤ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所変更や地域移行をする場合には、相談員と連携して利用者本人が不利益にならないよう配慮している。事業所のサービスが終了した場合には、窓口になった職員がその後も必要に応じてサポートする旨を伝えている。この時の対応が口頭のみで留まっているため、引継ぎ書面の作成や変更や移行をする際の手順書の作成など、改善の余地がある。</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 | a       | ・ ⑥ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>保護者会や個別支援計画のモニタリングのタイミングで、利用者や保護者から話を聞いて意見をもらっている。利用者自治会においても、利用者の意見を収集している。この意見を「権利擁護・虐待防止委員会」で精査している。精査したものは事業計画に反映させるほか、保護者会や自治会に伝えている。匿名性のあるアンケートの実施はなく、改善の余地がある。</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 | a       | ・ ⑦ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みとして「権利擁護・虐待防止委員会」がある。この委員会は3か月に1度、定期に開催されている。苦情や意見については、保護者会や自治会などから上げられるほか、保護者や利用者から個別にも出される。内容は委員会に提出される際に書面化されているが、上げられた意見をどのような形で書面にするのかなど、事業所内でのルール化について検討の余地がある。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談について「田原授産相談会」を毎月第一金曜日に開催し、利用者の求めがあれば随時職員が対応している。地域相談に対応するための「渥美相談会」を開催しているが、こちらも利用者が利用している。以上のことから、利用者が意見を述べる機会は多い。</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 ・ ② ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に対する傾聴の姿勢は、倫理綱領や行動規範に示され、利用者から相談の希望があれば、その都度対応している。その内容については、日常の記録である「ケース記録」の中に記載されている。日常の支援と相談が一体となっており、視覚的な確認が容易である。しかし、相談を受けた後の報告手順や対応策の検討については弱い部分がある。</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 | a ・ ③ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ヒヤリハットの内容を「よつばレポート」に記載している。この内容は個人ファイルに綴じられ、職員会議で周知されている。事故については、「事故報告書」が作成されている。事故報告については管理者に報告後、管理者のコメントを加え回覧される。「よつばレポート」や「事故報告書」について情報共有はされるが、その後の検証については不十分な点がある。</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 ・ ④ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「生活支援マニュアル」に、感染予防と発生時の対応が記されている。また看護師と連携し、相談や対応ができる体制が取られている。改善点として、責任を明確にした体制やマニュアルの見直し時期の明記などが上げられる。</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 | a ・ ⑤ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内における合同避難訓練が計画立てられ、実施されている。その際、消火器を使った訓練も行われている。食料の備蓄については、栄養士と共に「備蓄リスト」を整備し、定期的に確認している。災害時における利用者や職員の安否については、「連絡一覧表」が作成されている。地域と連携した避難訓練や災害時のサービス提供維持対策について、今後の課題となっている。</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 | a ・ ① ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準化された福祉サービスの実施方法は、「生活支援マニュアル」に記載されている。マニュアルは職員に配付され、支援会議を行う際には必ず携帯させている。支援の理解度については、「チェックリスト」を使って確認している。しかし、マニュアルの内容理解や日常の支援時における活用については、職員間の格差が否めない。</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 ・ ② ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の内容を参考に、標準的な支援の実施方法について見直しや検証を行っている。職員に対して行っている支援の理解度のアンケートも参考に、見直しや検証について意見交換が行われている。見直しや検証についての評価や職員からの意見に基づき、マニュアルの変更がどのように実施されたのか、具体的に示す（記録に残す）必要がある。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は、利用者個々について具体的なニーズが示されている。個別支援計画の作成にあたり、多職種間連携が円滑に行えるよう、利用者や家族から同意書を得ている。アセスメントについても、利用者や家族、相談支援員から面接時に聞き取りを行っている。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は、半年毎に見直しを行っている。「個別支援マニュアル」にこの内容が記載されているほか、職員に対しての周知方法も記載されている。また、モニタリングの聞き取りの際には内容の精査がされている。緊急時のサービス内容の変更については、相談支援員と連携を図るほか、関係機関とも連携して対応している。</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 ・ ① ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス実施記録については、「生活支援マニュアル」に記載方法が示されている。情報の共有については、支援会議に挙げた情報を会議録としてまとめ、回覧している。課題として、記録の書き方について職員ごとで差異が生じているため、記述方法を統一（標準化）するためのマニュアルの内容の再確認を期待したい。</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 ・ ① ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報の取扱いについては、「生活支援マニュアル」の記載のほか、利用契約書にも「個人情報保護規程」が記載されている。個人情報に関する書類は、鍵のついた書庫に保管している。職員に対して、年度当初に「生活支援マニュアル」の確認を行い、個人情報の取扱いについての周知を図っているが、日常の業務（管理方法）において弱い部分が残っている。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>ケース会議で職員間で確認するほか、利用者本人や家族からの面談時の意見を根拠に支援を実施している。日中の活動を通し、利用者の言葉や行動からニーズを汲み取り、活動の提案をしている。しかし、職員によっては決められた支援方法とは別の対応方法が良いと捉え、個人の判断で支援を行うことが見受けられる。 |     |           |

### 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><br>日々の業務の出来事を記したケース記録などの情報を基に、「権利擁護委員会・虐待防止委員会」を中心に権利侵害がないか話し合われている。この情報は会議を通じて職員に周知される。身体拘束についても委員会にて確認するほか、定期的に見直されている。利用者や家族への周知方法は、自治会や連絡帳などを介して伝えている。 |     |           |

### 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>利用者の支援については、本人の能力を鑑み、見守りを主体とした支援が行えている。日々の利用者の様子のほか、面談時には本人や家族の意向を聞き取り、相談支援員からの情報も考慮したアセスメントを行っている。必要に応じ、行政手続きなどのサポートも行っている。しかし、自律・自立生活のための利用者への動機付けや見立て、根拠について再考の余地がある。 |     |           |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>利用者本人の心身の状況や特性に合わせ、表情や行動から意思を読み取る対応をしている。この対応について、日常関わっている職員や家族、相談支援員等と意見交換を行い、見立てのすり合わせを行っている。しかし、見立てた内容について、職員全体に浸透していないなどの課題がある。また、意思確認の方法についても工夫の余地がある。              |     |           |

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>利用者からの相談については、可能な限り本人が望むタイミングで行えるよう配慮している。「田原授産相談会」なども有効に活用されている。本人が望むニーズについては、家族や相談支援員と連携を図って対応している。相談時の対応方法について具体的に記した手順書や意思決定支援の手法を記した書面の作成など、点検、整備する必要がある。            |     |           |
| 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><br>日中の活動について、本人が希望する内容の作業に就けるよう、いくつもの種類を準備している。その他の活動についても何種類か提案し、多数決で決めるなど選択の機会を作っている。この内容は個別支援計画にも反映させている。ここ数年はコロナ禍によって提案する内容が制限されてはいるが、その中でも地域のイベントへの参加などに工夫を凝らしている。      |     |           |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>専門的な知識の習得については、外部講師による障害福祉基礎研修を実施している。今年度、現場職員からの要望を受けて行動障害の対応方法として、課題分析である「冰山モデル」の研修を行う予定となっている。日常の支援では、支援記録に基づいて情報共有されているが、対応方法について弱い部分もあるため、現在進行してる研修も含め改善されることを期待したい。 |     |           |

|  |     |   |   |   |
|--|-----|---|---|---|
| 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 | ⓑ | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常的な生活支援においては利用者一人ひとりに合わせ、トイレ介助や移動の支援を行っている。また食事場面については温かいものを提供できるよう、栄養士と協議したことにより実現しているほか、選択メニューも実施している。しかし内容によっては支援方法が統一できていない点や嗜好調査の未実施など、見直しが必要な部分がある。</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 | ⓐ | b | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>トイレについては水をまいて清掃をするため、利用者が足を滑らさないように時間帯を決めて行うなど、衛生と安全性に配慮して行われている。食事場面では、コロナ感染症対応のためにゾーニングや食事の提供形態を変えるなどの工夫がある。活動場面については、利用者が落ち着いて過ごせるよう、パーティションの配置などの個別の視点も含めて対応している。</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 | ⓑ | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意向や状況に合わせ、理学療法士と連携して支援している。具体的には、利用者の「歩きたい」とのニーズに対して、歩行に向けたプログラムを設定している。しかし、このプログラムの実現に関しては、支援する職員と利用者との活動時間の調整や進め方について難しい部分もあり、プログラムが計画通りに進んでいない。</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 | a | ⓑ | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の健康状態については、看護師と連携して確認を取っており、「生活介護マニュアル」に対応の手順等が定められている。職員間の情報の共有については、終礼を活用して行っている。発作などのイレギュラーなことが重なると、通常に対応できなくなってしまうことがある。イレギュラーな場面でのどのように対応をしていくのかなど、検討の余地がある。</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 | ⓑ | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の疾患などについては、医療と連携して指示をもらっているほか、看護師から必要に応じて助言をもらっている。服薬については、服薬時の対応方法や管理について弱い部分があるため、マニュアルと支援方法について再度点検していただきたい。</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 | ⓐ | b | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍で利用者のニーズを踏まえた活動が難しい状況であるが、地域にある動物園のイベントの案内を掲示するなど、可能な限りの情報提供をしている。また、地域イベントへの参加や、近隣にある福祉専門学校と連携してオープンカレッジの時に自主製品を販売するなど、積極的に社会参加や学習の機会を設けている。</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 | a | ⓑ | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域移行や地域生活のための支援については、利用者や家族からの申し出を踏まえ相談支援員と連携し、家庭の状況を鑑みて面談などの機会を通じニーズを探ることを行っている。その際、ショートステイの体験利用が可能な事業所やグループホームの空きの情報があれば伝えている。利用者や家族が、地域移行への意欲を高める点において工夫の余地がある。</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><br>利用者家族との連絡については連絡帳を介して行うほか、内容によっては電話で連絡を取るなどの対応をしている。また、個別支援計画やモニタリングの時に情報共有を行っている。現在は自粛中であるが、コロナ感染症が広がる以前は家族懇親会でも意見交換が行っていた。 |     |           |
| 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><br>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 | a ・ b ・ c |
| <コメント><br>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><br>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><br>非該当                               |     |           |