

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：障害福祉サービス事業所 みずほ	種別：生活介護	
代表者氏名：竹ノ内 敏彦	定員（利用人数）：20名（21名）	
所在地：愛知県春日井市瑞穂通1丁目45番地		
TEL：0568-84-5123		
ホームページ： https://youwasou.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成28年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 養楽福祉会		
職員数	常勤職員： 8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
	（生活支援員） 15名	（事務員） 1名
	（医師） 1名	（看護師） 1名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）多目的室・作業室
		厨房・相談室・医務室・洗濯室
		シャワー室・ロッカー室
		事務室・所長室

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 選ばれる事業所・親しまれる事業所
- ・施設・事業所 人としての尊厳遵守・専門職としての資質向上・共生社会の実現

★基本方針

- ・利用者に対して、その自立と社会経済活動への参加を促進する観点から、個別の支援計画に基づいた適切な支援を行う。
- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定生活介護を提供する。
- ・出来る限り居住に近い環境の中で、地域や家族の結びつきを重視した運営を行い、関係諸機関等との密接な連携に努める。
- ・関係法令を遵守し、事業の実施を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者の安全安心（健康管理、防災・防犯対策）
- ・利用者の自発的・自主的な活動
- ・生産活動（内職等）、身体活動（歩行・軽運動等）、レクリエーション活動の充実
- ・社会参加活動（公共施設の利用、社会見学、買い物、外出等）の充実
- ・おいしく温かい食事の提供
- ・家庭やグループホーム等との共通理解・密な連携

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 6月25日（契約日）～ 令和 6年11月25日（評価決定日） 【令和 6年10月18日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （令和 3年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆保護者との信頼関係

管理者の前職は特別支援学校勤務であり、当法人に入職して相談支援事業に携わった後、昨年4月に当事業所の管理者として着任した。特別支援学校勤務が長く、在籍する利用者や保護者のほとんどと面識があり、信頼関係が築かれている。保護者のよき理解者、相談相手であり、障害のある子どもを持つ親にとっては頼もしい存在である。

◆閉塞感の打破

コロナ感染症の5類移行に伴って外出支援を積極的に行い、利用者にはコロナ期のような閉塞感は見られない。利用者の意向も考慮し、ミニ遠足や外食、買い物、公園、図書館、大型商業施設、テーマパーク等々、外出先は多様である。1日のうちの午前中を事業所内での生産活動、午後を外出支援としており、利用者の満足度の向上とともに保護者の好評も得ている。評価当日の午後、ニコニコした笑顔の利用者が元気に外出先から帰ってきた。

◆非常時の看護師の存在

新型コロナウイルス感染症の脅威が完全に払拭されたとは言えないが、事業所の活動も徐々に平常に戻りつつある。長かったコロナ期を通して、専門職としての看護師の存在が大きかった。職員にとっての精神的な拠り所となっており、さらに研修講師として職員研修に携わり、職員の知識や技術の向上が図られた。「感染症マニュアル」の更新が行われた際には、その都度職員研修を行っている。現在も、週に2日、看護師が巡回して利用者の健康状態を確認している。

◆利用者の意向や能力に応じた活動の提供

利用者の障害特性は多様であり、作業適性や能力にも力量差がある。そのような中で、一人でも多くの利用者に活動・作業の参加機会を持ってもらおうとの工夫がある。一つの作業をいくつかの工程に分けることで、利用者の意向や能力に応じた取組みが可能となっている。日中活動も同様に、利用者の能力や意向に基づいて提供しており、単に歩行活動を行うのではなく、外出を通じて自然に歩く機会を設けるなど、利用者が楽しみながら取り組めるよう工夫している。作業や活動の様子を毎回記録し、職員間で利用者の状況を共有している。

◇改善を求められる点

◆時間の有効活用

適正配置に適った職員数は足りているが、マンツーマンでの対応が必要な利用者が在籍することや、外出支援を積極的に行うことで、常に職員の不足感が漂っている。スタッフ会議は毎月開催できているが、職員間で様々な課題について話し合うための時間が十分とは言い難い。そのため、幹部職員（管理者、主任、副主任等）が認識している問題意識を、他の職員が共有できていない現状がある。また、働きやすい職場づくりに取り組んでいるが、職位職階による有給休暇の取りづらさや時間外勤務の偏り等が見られる。時間の有効活用が課題として残る。

◆積極的な実習生の受入れ

実習生受入れの必要性を認識しているが、法人本部から要請がないとの理由で受入れを行っていない。受け入れるためのマニュアルやカリキュラムの整備も遅れている。実習生の受入れは、次代の福祉職を養成するという本来目的に留まらず、実習性を指導する職員の育成も大きな目的となる。実習生が職員として採用につながる例も多い。管理者の前職の経験や人脈を活用する等、積極的な取組みを期待したい。

◆取組みに対する効果確認の仕組みづくり

職員が様々な研修に参加しているが、「復命書」の未提出が散見される。「復命書」が提出されている場合でも、研修効果の確認は行われていない。理念や基本方針、職員行動規範についてはスタッフ会議で読み合わせを行っている。利用者の権利擁護に関しては社会的な関心事となっており、権利侵害を起こさないための研修や伝達は、必要に応じて行われている。それらの取組み（研修、読み合わせ、伝達等）に関して、職員個々の理解度に差異があることは認識している。限られた時間の中での取組みであるからこそ、理解度の差異を放置することなく、効果を確認（測定）する仕組みづくりが求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の第三者評価の受審は、当事業所の様々な事柄を客観的な視点で捉えることが出来、「強み」「弱み」を改めて知ることが出来た良い機会となった。
今後は、評価結果を謙虚に受け止め、事業運営に反映していきたいと考える。

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＞ 法人理念を事業所内に掲示し、「職員行動規範」を職員に配付してスタッフ会議時に読み合わせている。方針として掲げる共生型社会の実現に向け、地域との交流を図るために積極的に外出支援に取り組んでいる。保護者へは、春の保護者会時に管理者が説明して周知を図っている。保護者会の欠席者や利用者に対しての説明に関し、一層の工夫が求められる。			

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	⑥ ・ b ・ c
＜コメント＞ 法人の理事会や評議員会、運営会議（役員、本部職員、管理者が参加）、通所局所長会議（法人内管理者が参加）等々が定期、不定期に開催され、事業経営に関する情報を共有する機会が多い。管理者等の幹部職員が日本知的障害者施設協会の研修に参加し、福祉動向の把握に努めている。職員周知が必要な事項や情報は、毎月のスタッフ会議で職員に伝達される。			
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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 適正配置に適った職員数は足りているが、マンツーマンでの対応が必要な利用者が在籍することや、外出支援を積極的に行うことで、常に職員の不足感が漂う。毎月、スタッフ会議は開催できているが、職員間で様々な課題について話し合うための時間が十分とはいえない。幹部職員（管理者、主任、副主任等）が認識している問題意識を、他の職員が共有できていない現状がある。			

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＞ 法人の「中期計画（令和3～7年度）」が作成され、ホームページでも公開されている。重点的に取り組む主要な項目を4項目に絞り、各事業所に向けた指針を示している。しかし、それを受けた事業所の中・長期計画は明文化されていない。法人の「中期計画」に整合させ、管理者の目指す〇年後の事業所のあるべき姿を文書（「中・長期計画」）として示されたい。			
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＞ 事業所独自の「中・長期計画」が策定されていないことから、単年度事業計画の作成にあたっては、前年度の事業計画を振り返り、評価して事業報告書にまとめ、その内容を反映させて次年度の事業計画を作成している。事業計画には、数値目標や具体的な到達点の設定がない。			

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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画に具体的な数値目標や到達点が示されていないことから、期中の進捗確認や年度末の最終評価が曖昧さを隠せない。職員の支援が同じ方向性を持つように、また職員の努力や汗を可視化するためにも、事業計画の主要な項目には数値目標や具体的な到達点を設定して取り組むことが望ましい。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>事業計画の概要は春の保護者会で管理者が説明しているが、毎回出席者は約半数である。今回の第三者評価受審にあたって実施した家族アンケートの回答率は40%であった。事業運営に興味を示さない無関心の保護者が半数いると断じることができないが、その存在を放置することはできない。何らかの方策を講じ、より多くの保護者が事業運営に目を向けることを期待したい。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>第三者評価を3年ごとに受審し、受審しない年は自己評価を行っている。新型コロナウイルス感染症が5類に移行して以降、特に外出支援に力点を置いて支援している。基本方針として掲げる「共生型社会の実現」に向け、外出支援ー地域交流ー地域貢献 へと展開する計画である。この取組に関し、保護者の共感や満足度はすこぶる高い。</p>		
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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 ・ ⑨ ・ c
<p><コメント></p> <p>前回（令和3年度）の第三者評価受審で明確になった課題について、可能な範囲で取組みを行った。課題の一つ「マニュアル整備」に関しては総点検・見直しを行い、未整備であったマニュアルが制定されたり、改訂が行われたりした。ただ、「一部の職員の関与」や「計画性（責任者、期限、実施方法の明示）」といった点で課題が残っており、組織的・計画的な取組みを目指されたい。</p>		

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	② ・ b ・ c
<コメント> 管理者の前職は特別支援学校勤務であり、入職して相談支援事業に携わった後、昨年4月に当事業所の管理者として着任した。特別支援学校勤務が長く、在籍する利用者や保護者のほとんどと面識があり、信頼感が築かれている。管理者の職責は「運営規程」に記載されており、「組織図」から管理者不在時の権限委任先は主任（サービス管理責任者）であることが読み取れる。		
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> 管理者は法人のサービス向上委員会の委員として活動し、リスクマネジメントやハラスメントの適法化の仕組み作りに深く関わっている。また主任が人材育成委員会に所属しており、管理者や主任が関わる部分の法令に関しては、スタッフ会議で周知を図っており、職員の理解度も高い。しかし、その他の法令順守に関しては周知・浸透が薄く、職員間の意識格差も見られる。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 外出支援を積極的に行い、利用者にもコロナ期のような閉塞感は見られない。利用者の意向も考慮し、ミニ遠足や外食、買い物、公園、図書館、大型商業施設、テーマパーク等々、外出先は多様である。1日のうちの午前中を事業所内での生産活動、午後を外出支援としており、利用者の満足度の向上とともに保護者の好評も得ている。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> ICT化が推進され、法人内の入所施設で運用されている支援ソフト「ケア・カルテ」が、今期から通所局の各事業所にも配備された。事業所の特徴や事情等を考慮したカスタマイズが可能なシステムであり、業務の効率化に寄与することとなる。管理者が支援員として支援の現場に入っており、職員との直接的に関わることで、意見や悩み等を迅速・的確に把握することが可能となっている。		

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	a ・ ② ・ c
<コメント> 人事管理に関しては、採用は法人本部が、育成は人材育成委員会が、また定着対策は各事業所が主導し、それぞれが役割を分けて活動している。潤沢な職員確保が困難な時期となり、職員育成もままならず、早期退職者やメンタル面での離脱者も出ている。法人の課題として、採用－育成－定着を包括して管理する仕組みづくりが求められる。		
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> 成果主義の考え方を取り入れたキャリアパスが構築され、人事支援ソフト「人事評価ナビゲーター」による人事評価制度と目標管理制度が運用されている。人事評価は業績評価と行動評価を実施し、最終評価の結果を処遇に反映させている。フィードバック面接等で職員個々の育成を図ろうとしているが、人事評価の結果の有効活用には未着手である。		
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り組んでいる。	障16	a ・ ② ・ c
<コメント> 管理者が現場支援に入ることで、管理する側と支援する側の距離が縮まり、風通しの良い職場が実現している。子育て中の職員の時短勤務や親の介護のための介護休業の取得者がおり、メンタル面での休業者が職場復帰に向けて取り組んでいる。ただ、職位職階による有給休暇の取りづらさや時間外勤務の偏り等が見られ、真の働きやすい職場環境とは言い難い。		

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	③ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>今年度より、人事支援ソフト「人事評価ナビゲーター」が本格的に運用され、このシステムを使って目標管理を行っている。職員一人ひとりが管理者との面談を実施して取り組むべき目標を設定し、1年間の取組みの結果が業績評価として人事評価に反映される仕組みである。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の年間予定表に記載された法人（総務部）主導の研修、人材育成委員会ははじめ各委員会が提案して開催される定期、不定期の専門的な研修、事業所独自の研修等々、相互が補完し合って研修体系をなしている。外部研修の履修後には「復命書」の提出をルール化しているが、未提出の事例が散見される。加えて、研修効果の測定や検証を行う仕組みもない。</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	③ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人主導の研修や各種委員会が提案する研修を補完する意味合いから、事業所のスタッフ会議の一部を勉強会（研修）として活用している。スタッフ会議は、非正規職員を含め全職員の参加を原則としており、毎月テーマを決めて実施している。正規職員と比較して圧倒的に研修機会の少ない非正規職員にとって、スタッフ会議が有効な研修機会となっている。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は実習生受入れの必要性を認識しているが、法人本部から要請がないとの理由で、受入れを行っていない。受け入れるためのマニュアルやカリキュラムの整備も遅れている。実習生の受入れは、次代の福祉職を養成するという本来目的に留まらず、実習性を指導する職員の育成も大きな目的となる。管理者の前職の経験や人脈を活用する等、積極的な取組みを期待したい。</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	③ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人のホームページに「情報公開」の枠を設けて様々な情報を開示している。法定の項目の他、過去の第三者評価の受審結果や苦情解決の情報も公開している。「福祉サービスに関する苦情解決規程」には、苦情を処理した後、事業報告書やホームページで公表する旨が記載されており、規程通りの対応となっている。</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	③ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所における現金出納は、5万円を限度とする小口現金制をとっている。購買等の決裁権は管理者が有し、現金出納の責任者は事務員が担っている。決裁者と出納責任者を2者に分かつことで、内部牽制が働く仕組みとなっている。法人監事による内部監査も適正に行われている。</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	a ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の「中期計画（令和3～7年度）」において、基本方針の4項目の一つに「地域貢献」を挙げ、事業所それぞれが地域拠点としての貢献を果たし、共生型社会の実現を目指すこととしている。しかし、事業所の事業計画では、「地域の社会資源を活かして、利用者の社会参加活動により生活力を養う」ことに留まり、「外出支援」の枠組みからの伸展が見えてこない。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 外出支援として地域に出ていく支援は秀でているが、一方で地域からの受入れに関しては取組みが薄い。目立ったボランティアとしては、地域から2名の横笛奏者が定期的に訪れている程度である。地域に出て行く「直流」の取組みから、地域からも受け入れる「交流」の取組みとするため、積極的なボランティアの活用が望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 関係する行政機関や医療機関をまとめたリストが、事務室に掲示してある。その他の社会資源として様々な外出支援の目的地があるが、一覧にまとめたものは確認できなかった。職員の記憶に留めず、職員の誰もが必要に応じて確認できるよう、社会資源のリスト化を期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者の前職が特別支援学校勤務であることから、事業エリア内の特別支援学校2校との連携を図り、在校生の情報（障害の種類や程度、卒業後の進路希望等）を得ている。相談支援事業所とも連携し、在宅障害者のニーズも把握している。法人の運営会議や管理者会議等で、それぞれの事業所が集めた情報を共有している。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 「地域貢献」は、法人、事業所ともに重要項目と捉えており、法人レベルの地域貢献委員会も組織されている。毎年、散歩先として利用している公園に出向き、利用者と職員が協力して公園の清掃活動を行っている。公共施設を活用したり、買い物や外食には地域の商店を使うなど、「地域」を意識して支援している。</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>理念や基本方針、職員行動規範について2ヶ月に1回、スタッフ会議で読み合わせを行っている。内容が利用者支援に反映されるように日々職員教育を行っているが、職員によって理解度に差異が感じられるため、個人の理解度を確保するために効果測定を行うなど、改善の余地がある。</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>プライバシー保護に関する規程が整備されており、利用者、家族への説明も行われている。また、スタッフ会議での行動規範の読み合わせや、日常支援においても同性介助を基本とすることで、利用者のプライバシーを守るよう職員を教育している。今後は職員の理解度を確保するための効果測定を行うなど、更なる取組みに期待したい。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>現在、見学希望者が多数おり、随時見学や体験を実施している。法人全体のパンフレットやホームページには当事業所の記載もあるが、情報は決して多くない。そのため、より詳しい情報を伝えるため、スケジュールや予定表を別紙で用意し、見学時に配布している。</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>サービス開始、変更にあたっては利用者、家族へ説明し、サインにて同意を得た上で文書を残している。ただ、説明時には書面や言葉での説明が大半となっており、利用者に分かりやすい言葉やイラスト等を用いて説明するなど、より利用者が理解しやすい工夫が求められる。</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>他事業所を利用している利用者もいるため、他事業所と情報交換をしたり、相談支援事業所とも連携して適切に支援している。また、必要に応じてケース会議を実施して支援を検討しており、サービス管理責任者が窓口となって日々変わる利用者の様子にも随時対応している。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>年1回、利用者へ満足度を図るための調査が行われており、アンケート結果はスタッフ会議で周知し、改善に向けて取組みが行われている。今後はイベント後にアンケートを実施するなど、日常の中から出てくる意見に対してもフィードバックを行うことで、より利用者満足度の向上を図りたい。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みが整備されており、契約時に利用者、家族へ説明がされている。苦情内容については、受付から対応策まで記録しており、申出人へフィードバックもなされている。ただ、苦情内容の職員周知については不十分な部分もあり、今後周知方法の改善など検討の余地がある。</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><コメント></p> <p>事業所内に相談室が設置されており、利用者から相談の申し出があれば随時対応が可能である。言葉による意思の表出が困難で、自分から相談ができない利用者に対しても、職員が利用者の様子を観察し、必要に応じて声を掛けるなどのアプローチをしている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>当日の活動内容に関する意見への対応や、解決に時間を要する相談内容についても、状況を伝えながら利用者の理解を得つつ対応を進めている。ただ、相談内容の記録や対応方法についてのマニュアルや記録方法が定まっておらず、職員によって対応に差異が見られる。今後、対応の手順を明確にし、職員間の統一した対応が求められる。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>ヒヤリハット事例に関して、スタッフ会議で周知と内容に応じて要因分析を行い、対応策について話し合い、再発防止に努めている。緊急時の対応についてもマニュアルが整備され、研修を通じて職員へ教育が行われている。法人全体ではリスクマネジメント委員会としての活動はあるが、事業所としての取組みは弱い部分があるため、更なる取組みに期待したい。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「感染症マニュアル」を基に、看護師が研修を実施している。マニュアルは適宜見直しを行い、更新が行われた際には、その都度職員教育を行っている。週に2日、看護師が巡回して利用者の健康状態を確認している。日常的な感染症対策として、施設内の消毒や手洗いなどの基本的な感染症予防が実施されており、研修の効果がみられる。</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	⑤ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「BCP防災マニュアル」（事業継続計画）が整備されており、年に2回防災訓練を実施している。災害時の備蓄も管理されており、安否確認についても利用者へはメール、職員への連絡は電話での緊急連絡網やビジュエアプリを使用する等、有事の際の備えもできている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>基本的な「業務マニュアル」が策定されており、それに基づいてサービスが提供されている。また、利用者ごとの支援が記載された個人記録も作成されている。しかし、職員教育では口頭での引継ぎがほとんどであるため、マニュアルや個人記録を活用し、統一されたサービス提供の実施が図られることが望まれる。</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 ・ ⑦ ・ c
<p><コメント></p> <p>半年に1度、個人記録は必要に応じて更新され、スタッフ会議などで周知されている。ただ、基本的な「業務マニュアル」については口頭での引継ぎが主となっており、更新が実施されていない。定期的な見直し時期を設定し、現状の業務に適したサービス提供を行える仕組みを作るなど、改善の余地がある。</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><コメント></p> <p>利用者および家族への聞き取りを基に、アセスメントが作成されている。その後、現場職員や看護師などの意見も含め、サービス管理責任者によって利用者の意向や要望が反映された個別支援計画が作成されている。計画内容については、利用者本人および家族に説明し、同意を得た上でサインをもらっている。</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><コメント></p> <p>半年に1回、個別支援計画の見直しが行われており、計画の策定時同様に、本人、家族、職員から意見を集約して見直しと評価を行っている。変更内容は職員へ周知を行い、支援へ反映されるようになっている。また、利用者の状況に変化があれば、その都度スタッフ会議などで議題として挙げ、随時、支援や対応の見直しを行っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の内容に沿って記録ができるよう、個別の記録用紙が準備されており、記録が個別ファイルに保管されている。記録方法も選択肢を作ることで、職員によって内容に差異が出ない工夫も見られる。現在は電子記録のシステム（ケアカルテ）も導入され、併用しながらの運用であるが、職員間では十分な情報共有が図られている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>記録が保管されている事務所は施錠ができるようになっており、事業所内のパソコンにはパスワードが設定されている。文書の取扱いについては規程で定められており、行動規範にも個人情報保護について明記されている。それをスタッフ会議で読み合わせ、職員への意識定着を図っている。個人情報の取扱いについても利用者、家族へ説明し、同意を得ている。</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> 活動内容を複数用意することで、利用者が自ら選択できるようになっており、個別での対応も行っている。職員が利用者の特性や好みなどを考慮しながら、活動の提案や実施をしているが、利用者の意向を聞き取るなど、より主体的な活動が提供されることを望みたい。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 虐待防止についての教育や報告の手順は研修にて教育が行われており、スタッフ会議でも行動規範の読み合わせを通じて共通認識を持つ取組が行われている。ただ、職員によっては利用者への言葉がけなどの曖昧な部分で課題が残る。日々の支援の振り返りなど、問題の早期発見を目的とした新たな取組が求められる。		

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> アセスメントおよび個別支援計画に基づいて支援を行っており、見守りを基本として利用者のできること、できないことを把握し、場面に応じて自立生活を送るための支援を行っている。利用者のADLに変化があれば、スタッフ会議で支援内容を検討し、変更して日々の支援に反映されるよう周知している。		
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> 利用者それぞれのコミュニケーション方法に合わせて、言葉だけではなくジェスチャーや写真、イラストを使用している。その他にも、利用者の意思を汲み取りやすいように選択肢を提示して聞き取る工夫や、利用者のサインや共通言語を職員間で共有しながらコミュニケーションを図っている。		

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> 半年に1回は利用者との面談を行い、利用者から相談希望があれば随時相談室で話を聞く機会も設けている。利用者からの相談内容は記録され、職員へ周知されている。また、相談内容によってはスタッフ会議で検討し、対応が決まれば「連絡ノート」などで職員間の情報共有を図り、迅速に対応している。		
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> 一つの作業でもいくつかの工程に分けることで、利用者の能力に応じた取組が可能となっている。日中活動も同様に、利用者の能力や意向に基づいて提供しており、単に歩行活動を行うのではなく、外出を通じて自然に歩く機会を設けるなど、利用者が楽しみながら取り組めるよう工夫している。作業や活動の様子を毎回記録し、利用者の様子も把握されている。		
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> 外部研修への参加を通して、事業所内での課題に対して情報収集を行い、職員の知識向上や支援方法の共有などを行っている。利用者の障害特性や状況に応じ、現場での教育やスタッフ会議で支援方法の周知なども行われている。しかし、職員個々の捉え方にバラつきもあり、職員の理解度を測定するなど、更なる取組に期待したい。		

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><コメント></p> <p>個別支援計画やアセスメントに基づき、同性介助を基本として利用者一人ひとりに合わせた支援が行われている。食事は事業所内で調理して提供しており、食事形態やご飯の量の調整なども行われている。今後は食事の嗜好調査の実施など、より利用者の満足を得られる取組みが求められる。</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><コメント></p> <p>利用者数に対して、事業所が面積的に十分な広さがないという状況ではあるが、限られたスペースで利用者の関係性や障害特性を見極め、トラブルが起きないように配慮している。静養室もあり、利用者の状況に応じて休憩できる場も用意されている。事業所内は毎回利用者と共に清掃し、帰宅後には職員が掃除を行うことで、清潔が保たれている。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>嘱託医（整形外科）の指示に基づき、活動の中で機能訓練などを実施している。個別支援計画にも目標として掲げ、定期的にモニタリングを行って支援の見直しを行っている。季節によって屋外での散歩が難しい場合にも、公共施設や大型商業施設内を歩くなど、利用者が楽しみながら運動できるよう工夫している。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>送迎時に利用者の健康状態を家族と共有し、他の職員にも周知している。利用中に体調の変化があれば、リーダー職員や看護師に相談し、適切に対応している。また、利用者の体調不良時の対応手順も明確に定められており、利用者のかかりつけ医も把握している。様々な機関と連携し、緊急時には迅速に対応できるよう準備を整えている。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>内服薬は職員によって管理されており、服薬もマニュアルに沿って行われている。現在、定期的な医療的支援に関する研修は行われていない。利用者の体調不良や緊急時の対応について、看護師主体の研修の機会を導入するなど、医療的支援に関する職員の知識向上を期待したい。</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><コメント></p> <p>消防学校で防災体験をしたり、展示会や演奏会などに積極的に参加している。また、社会見学や歴史見学など、日本の文化に触れる機会も設けている。これらの体験を通じて、利用者の活動の幅が広がり、新たな一面が発見されることから、家族からも好評を得ている。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>2ヶ月に1回、買い物実習を行ったり、公共施設を使用することで、利用者が社会経験を積む機会を提供している。また、職員が地域の情報を収集し、利用者の活動に反映させている。半年ごとに相談支援事業所の職員同席の下、利用者へ地域生活に関する意向を確認し、必要に応じて対応している。</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	② ・ b ・ c
<コメント> 送迎時や「連絡ノート」を通じて、利用者の情報共有やコミュニケーションを図っている。年に1回、家族を招いてイベントを実施し、職員だけでなく保護者同士の交流の場も提供している。また、相談支援事業所とも連携して家族の情報を共有することで、間接的な家族支援も行っている。		
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	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		