

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 社会福祉法人 福成会 あいあい

(生活介護事業)

評価実施期間 2024 年 7 月 2 日 ～ 2025 年 3 月 4 日

実地（訪問）調査日 2024 年 9 月 17 日

2025 年 3 月 4 日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称：あいあい		種別：生活介護	
代表者氏名：加藤泰子		定員（利用人数）：	40 名
所在地：〒660-0814 兵庫県尼崎市杭瀬本町3丁目5-17			
TEL：06-6481-9815		ホームページ： http://www.fukuseikai.or.jp/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：2001 年 4 月 1 日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 福成会			
職員数	常勤職員：	10 名	非常勤職員：
			12 名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を明示	施設長	1 名	看護師
	サービス管理責任者	1 名	1（1）名
	生活支援員	19（11）名	
施設・設備の概要	本園		分場
	食堂		食堂
	作業室	3 室	作業室
	更衣室	2 室	更衣室
	シャワー室		シャワー室
	相談室		トイレ
	医務室		2 カ所
	会議室		
	トイレ	3 カ所	

③理念・基本方針

【理念】

いつも笑顔でいたい 安心して暮らしたい みんなと共にこのまちで そんな願いを支えたい

【運営方針】

私たちは 一人ひとりの思いを尊重し 利用者から信頼される支援を行います

私たちは 誰もが地域で自分らしく 暮らすために必要な支援を行います

私たちは 地域の人たちと共に考え、協力しながら計画的で安定した事業運営を行います

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者の「やりたい」を実現できるような意思決定支援の実施。
ただ選択するのではなく、一緒に考えて想いを汲み取る場所から支援を行っています。
作業は主に製菓作業と下請け作業があります。製菓作業としては、クッキー作業をしており、毎日製作をしています。下請け作業としては、ボルトの組み立て作業があり、引き取りから納品まで利用者と一緒に取り組んでいます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 7 月 2 日（契約日）～ 令和 7 年 3 月 4 日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（令和 年度）

⑥総評

- ◇特に評価の高い点
- **法人の中期事業計画を踏まえた年度事業計画を具体的に策定され、計画的な組織運営に取り組まれています。**
内部環境の分析（強み・弱みなど）や外部環境の分析（機会・脅威など）が行われ、法人の基本理念や中期経営ビジョン、中期事業目標の実現に向けた「第7期マスタープラン（2024～2026年度）」が策定されています。中期事業計画は、年度ごとに、実施状況の評価が行える内容となっており、半期ごとに評価、見直しも行われています。また、年度事業計画での具体的な取り組みとして「経営の改善や業務の実行性を高める取り組み」「総合的な人事管理」「教育研修制度の取り組み」「地域交流や関係機関などとの連携」「福祉ニーズにもとづく公益的事業活動」「リスクマネジメントやBCP（業務継続計画）での取り組み」などを掲げられ、計画的な組織運営に取り組まれています。
 - **利用者が意見等を述べやすい体制が確立され、利用者考えや思いを施設サービスに取り入れる仕組みが構築されています。**
日常的な支援や終わりの会等を通して、利用者の思いを担当者がくみ取り、利用者考えや思いを施設サービスに取り入れています。また、余暇活動に関して絵カード（アート活動、リンクゼーション、映画鑑賞等）を活用し、利用者の主体性を重視し、自己決定の機会を多く持てるよう支援されています。出された意見については、サービス向上カードなどを活用し、会議で検討され、できることから施設サービスに取り入れる仕組みが構築されています。
 - **利用者一人ひとりの「やりたい」思いを大切に、幅広い利用者の特性に応じた支援を組み立てています。**
利用者一人ひとりの「やりたい」思いを大切に、出来るだけ多岐に亘った作業や活動の獲得を心掛け、利用者に応じて多様な活動メニューを用意し、一人ひとりのペースに合わせた支援が展開されています。また、新人研修に自閉症支援などの内容を取り入れたり、強度行動障害や他の障害について研修を受講し、スーパーバイザーからの意見も取り入れ、障害に関する専門知識の習得と支援の向上を図るとともに、障害特性に合わせた個別スペースの設置など、利用者の障害特性に合わせ構造化が図られています。

◇改善を求められる点

- **福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを組織として構築していくことが重要です。**
福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、サービス向上カードなどを活用し、支援員会議などでサービスの見直しなどを行い、PDCA サイクル（改善のためのサイクル）にもとづく、取り組みを構築していますが、自己評価の仕組みが構築されていません。今後は、福祉サービスの質の向上に向けた評価基準にもとづいて、毎年自己評価を行うとともに、振り返りや検討会議を行う仕組みの構築と第三者評価や自己評価などで明らかになった課題に対して、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、実施状況の評価を行うとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行う仕組みが重要です。
- **利用者の生活意欲の動機付けや意思決定について支援していくことで、利用者の権利を高める取り組みが望めます。**
定期的に虐待防止や身体拘束廃止の委員会を開催するとともに、標準化マニュアルに利用者のプライバシー保護について姿勢が明示するなど、権利侵害の防止についての取り組みは充実していますが、意思決定支援や合理的配慮など、利用者の権利を高めていく取り組みは具体的ではありません。今後は、障害者権利条約の批准をはじめ、障害者基本法や障害者差別解消法などの理解とともに、利用者の生活意欲の動機付けや意思決定について支援していくことで、利用者の権利を高める具体的な取り組みが望めます。
- **利用者の重度化や高齢化にともなう支援が増えてくることが予測されるため、健康管理の方法や生活環境の整備について検討していくことが望めます。**
利用者一人ひとりに対する支援等をまとめ、利用者の個別支援を行う手順を明確にされています。一方で福祉サービスの標準的な支援マニュアルは整備に向けて取り組まれています。利用者の重度化や高齢化にともなう支援についての具体化には至っていません。今後は、健康管理の方法や生活環境の整備について明確にすることにより、施設として利用者の重度化や高齢化に向けた支援を確立していくことが重要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価項目が膨大で自己評価の作業には時間をかなり要したが、評価結果を踏まえた事後セミナーを受講することで、事業所の長所や課題、具体的な改善策や考え方を丁寧にフィードバックして頂けた。また、評価内容のコメントだけでなく数値化（円グラフ）されていることもわかりやすくなっていた。事業所の取り組みや進め方を客観的に振り返る機会となった。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3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。

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。		
①	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。	b
〈コメント〉 ○ 基本理念、運営方針（基本方針）が、法人のホームページに明文化され、事業所内にも掲示されています。基本理念は事業所の使命や目指す方向性、運営方針は整合性や職員の行動規範となるように定められています。基本理念や運営方針は年度初めの事業所内研修で周知がなされ、家族会でも説明されています。 ○ 今後は、基本理念や運営方針（基本方針）を、わかりやすく説明した資料を作成するなど工夫がなされ、利用者や家族へ周知していくことが望まれます。		

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。		
②	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。	a
〈コメント〉 ○ 社会福祉事業全体の動向や尼崎市の福祉計画の把握・分析などは法人で年４回行われ、管理職会議でも周知がうかがえます。また、事業所の経営状況などは、４半期ごとに財務報告書で把握・分析され、サービス利用者の推移や利用率の分析も行われています。		
③	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。	a
〈コメント〉 ○ 管理職会議で具体的な経営課題や問題点を明らかにし、財務状況などの確認や今後の方向性など話し合われています。法人内で定期的に財務報告会があり、理事会（役員）でも共有されています。また、事業所内では、スタッフ会議にて経営状況を共有されて、経営課題の解決・改善に向けては、管理者（所長）、サービス管理責任者、主任などの会議（SSK会議）を通じて、具体的な解決への取り組みを進めてられています。		

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。		
4	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。	a
〈コメント〉 ○ 中期経営ビジョンや中期事業目標が「第7期マスタープラン（2024～2026年度）」で明確化されています。また、重点実施項目、実行計画、目標値など具体的な成果などを設定され、実施状況の評価が行える内容となっています。マスタープランは半期ごとに評価、見直しが行われています。		
5	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。	b
〈コメント〉 ○ 「第7期マスタープラン（2024～2026年度）」を基に、単年度計画が作成されています。重点実施項目、実行計画、目標値など具体的な成果などが設定されて、方法、担当者も明確にされています。また、半期ごとに進捗状況の評価や見直しが行われています。 ○ 今後は、単年度計画書の中の数値化をより具体的にされ、評価しやすい計画づくりが期待されます。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	a
〈コメント〉 ○ 事業計画の策定は、職員面談の意見を集約して反映されています。毎月の管理職会議や支援員会議にて進捗状況の確認などを行い、年2回の評価、見直しもされています。また、年3回スタッフ会議などで事業計画の周知・進捗報告も行われています。		
7	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。	b
〈コメント〉 ○ 事業計画は、利用者やご家族への説明や配布などは行われていません。年4回の「家族会」で、事業計画の進捗報告が行われています。 ○ 今後は、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなど、利用者・家族がより理解しやすいような周知の工夫が望まれます。		

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。		
8	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。	b
〈コメント〉 ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、サービス向上カードなどを活用して、支援員会議などでサービスの見直しなどを行い、PDCAサイクル（改善のためのサイクル）にもとづく、取り組みを構築しています。また、各種委員会や管理職会議にて福祉サービスの内容についても検討されています。 ○ 今後は、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上、自己評価を行うとともに、第三者評価など、評価結果を分析・検討する場（会議・委員会など）を、組織として明確に位置づけていく必要があります。		

9	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。	c
〈コメント〉 ○ 評価結果にもとづく課題の明確化や改善計画の策定の取り組みには至っていません。今後は、福祉サービスの質の向上に向けた自己評価の仕組みづくりや評価結果にもとづく課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みづくりが望まれます。		

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。		
10	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。	b
〈コメント〉 ○ 年度はじめのスタッフ会議で、事業計画などの方針や取り組みについて周知されるとともに自らの役割と責任を含む職務基準書について説明されています。また、平常時のみならず、有事（災害、事故など）における管理者（所長）の役割と責任について、不在時の権限委任などを含め、職務基準書やBCP（業務継続計画など）に明確化されています。 ○ 今後は、広報誌やホームページなどに、管理者（所長）として事業に取り組む考え（役割と責任など）について表明していくことが望まれます。		
11	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。	b
〈コメント〉 ○ 管理者（所長）は、経理規定など遵守すべき法令などを十分に理解され、利害関係者（取引事業者、行政関係者など）との適正な関係が保持されています。また、必要に応じた法令に関する研修会（労務管理に関する研修など）にも参加され、スタッフ会議などで遵守すべき法令など周知されています。 ○ 今後は、福祉分野に限らず、消費者契約法や消費者関連法令、雇用・労働や防災、施設周辺の環境など、幅広い法令等についての把握していくことが望まれます。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	b
〈コメント〉 ○ 管理者（所長）は、福祉サービスの質の向上に関して、日々の活動の中で具体的な取り組みを明示して指導力を発揮されています。法人の虐待防止委員会や事業所の管理職会議に参加して、会議内容の報告などをスタッフ会議で周知されています。また、福祉サービスの質の向上に向けた研修年間計画にもとづき、法人研修、内部研修、外部研修などに取り組まれています。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上に向けた自己評価の仕組みづくりや評価結果から明確な課題について、定期的に把握・分析が望まれます。		
13	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。	a
〈コメント〉 ○ 事業所の経営状況は、4半期ごとに財務報告書で把握・分析され、法人の財務報告会、管理職会議などに報告されています。経営の改善や業務の実効性を高めるために、事業所内のスタッフ会議などで意見形成に努められ、人員配置や職員の働きやすい環境整備などにも具体的に取り組まれています。		

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。		
14	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。	a
＜コメント＞ ○ 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方が「第７期マスタープラン（2024～2026年度）」や事業計画に明文化されています。福祉サービスの提供に関わる専門職の配置や必要な人員体制について具体的な計画（職務基準書）が整備されて、管理職用年間スケジュール表に沿って、計画的な育成、採用などに取り組まれています。採用に関しては、正規職員は法人一元化（人材確保チーム）で行われ、非正規職員などは事業所に対応されています。		
15	Ⅱ－２－(１)－② 総合的な人事管理が行われている。	b
＜コメント＞ ○ 人事基準は「キャリアパス人事制度」に明記され、周知がなされています。職務に関する成果や貢献度などは「人事考課制度（共通要素、専門要素、目標設定）」で評価がなされ、職員へのフィードバックも実施されており、職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。 ○ 「期待する職員像等」は、基本理念や運営方針で読み取れますが明確ではありません。今後は、理念・基本方針にもとづき「期待する職員像」を明確にしていくことが期待されます。		
Ⅱ－２－(２) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	a
＜コメント＞ ○ 総務部と連携しながら労務管理が行われています。職員の心身の健康と安全の確保では、腰痛予防やメンタルヘルス研修、虐待防止チェックリスト、ストレスチェックも実施されています。また、年度初めや中間に面接を実施されて、法人内に相談窓口も設置されています。福利厚生では、法人でソウェルクラブへ加入し、ワーク・ライフ・バランスにも配慮されています。働きやすい職場づくりに関する取り組みとして、ホームページに「一般事業主行動計画」を公開されています。		
Ⅱ－２－(３) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	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。	a
＜コメント＞ ○ 「期待する職員像等」は、「キャリアパス人事制度」に明記されて、職員一人ひとりの目標管理が行われています。人事考課制度の中で目標設定を個人で作成して、評価（8月末～9月初旬に中間面接）、フィードバック面談（2月）が行われています。目標設定申請書において、「目標項目、目標水準、目標期限など」が明確に設定されています。		

18	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。	b
〈コメント〉 ○ 組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格は「職務基準書」などに明記がされ、教育研修制度や研修年間計画により、必要な専門知識や資格をわかりやすく表にまとめて伝えておられます。また、法人で定めている研修委員会などで、研修計画やカリキュラムの評価・見直しが定期的に行われています。 ○ 「期待する職員像等」は、基本理念や運営方針で読み取れますが明確ではありません。今後は、「期待する職員像等」の定義付けが期待されます。		
19	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。	a
〈コメント〉 ○ 職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況などは、「職務基準書」の中で個別に明記されています。教育研修制度やOJT計画書により、新任職員などのOJT（職務を通じた研修）が行われています。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修などは、法人の研修年間計画や外部研修で機会を確保し実施されています。		
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。		
20	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。	a
〈コメント〉 ○ 「実習受け入れマニュアル」の中で、専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化されており、オリエンテーション資料などを準備して、実習生（保育士・後見人など）への指導をプログラム（日程表など）により実施されています。また、実習担当（指導者）には、主任よりOJT（職務を通じた研修）が行われ、学校との実習生受け入れについて、実習内容やプログラムなど連携した取り組みが行われています。		

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。		
21	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。	b
〈コメント〉 ○ 法人のホームページなどの活用により、法人、福祉施設・事業所の基本理念や運営方針、提供する福祉サービスの内容、事業報告、決算情報、権利擁護実績（苦情・相談など）、一般事業主行動計画などを公開されています。また、地域へ向けて、事業所で行っている活動などを説明した広報誌（ふふふ）が配布されています。 ○ 今後は、事業計画や第三者評価の受審結果及び自己評価による改善・対応状況などの公開が望まれます。		
22	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。	a
〈コメント〉 ○ 事務処理規定、経理規定による取引のルールや職務基準書に権限・責任などが職員に周知されています。内部監査が定期的に監事監査として行われホームページでも公開されています。また、外部の専門家に委託して、定期的に外部監査（会計チェックと指導など）を行われ、経営改善に努められています。		

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。		
23	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。	a
〈コメント〉 ○ 地域との関わり方について基本的な考え方が、事業計画などに明文化されています。活用できる社会資源や地域の情報などは、利用者の特性から提示はされていませんが、利用者・家族にチラシなどの配布をされています。地域行事やバザーなどは、職員が支援され参加しています。また、利用者の買い物などの要望は、個別支援計画に明記して支援されています。		
24	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。	b
〈コメント〉 ○ 実習年間受け入れ計画により、学校への講話や実習ボランティアの受け入れなどを定期的に行われています。 ○ 今後は、事業所は社会福祉に関する知識と専門性を有する地域の社会資源として、ボランティアの受け入れや地域の学校教育への協力について、事業計画などに基本姿勢を明文化し、受け入れのマニュアルを整備していくことが望まれます。		
Ⅱ－４－(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	a
〈コメント〉 ○ BCP（業務継続計画）の中で、地域の関係機関・団体など社会資源を明示したリストを作成され、スタッフ会議で職員に周知されています。地域の小田地区協議会コアメンバー会議や自立支援協議会（あまのしごと部会）などと連携され、共通した問題などに協働して取り組まれています。		
Ⅱ－４－(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	a
〈コメント〉 ○ 関係機関・団体との連携や地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題などの把握に努められています。また、法人としては、特別支援学校の評議員に就任、関西保育専門学校OB会や自立支援協議会などにも参加して、地域の福祉ニーズなどを把握するための取り組みが行われています。		

27	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。	a
〈コメント〉 ○ 公益的な事業・活動について、「第7期マスタープラン（2024～2026年度）」や事業計画に「地域共生社会の実現に向けた事業の面的整備」として明文化され、地域の清掃活動、バザー参加や講話などが行われています。また、尼崎市地域自立支援協議会の部会（あまのしごと部会）が主催する物品販売（尼うえるフェア）への参加も新たに行われています。地域の防災対策では、隣接する保育園と合同で避難計画の作成や訓練が実施されています。11月には地域の高校と合同訓練も予定されています。今後は、把握した福祉ニーズなどにもとづいた具体的な事業・活動を、事業計画などに明示されていることが期待されます。		

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。		
28	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。	a
<コメント> ○ 福成会倫理綱領やサービス支援マニュアルに利用者を尊重する姿勢を明示し、職員に周知が図られています。また、毎月、自身の言動を振り返るアンケートを実施し、振り返りを行うとともに、利用者の尊重や基本的人権への配慮についての研修が行われています。		
29	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が行われている。	b
<コメント> ○ 毎月虐待防止チェックリストで全スタッフ、自身の行動の確認を行うとともに、標準化マニュアルに利用者のプライバシー保護について姿勢が明示されており、新任研修や法人内研修を通じて職員に周知が図られています。 ○ 今後は、利用者や家族に施設での活動におけるプライバシー保護についての考え方を明示し、具体的な取り組みを明確にしていくことが望まれます。		
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。		
30	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。	b
<コメント> ○ 施設利用希望者に対しては、法人ホームページやインスタグラム、施設パンフレットの配布をはじめ、施設見学や体験利用などを通して、福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供していることがうかがえます。 ○ 今後は、動画やイラストを活用するなど、より多くの方に福祉サービスの情報をより分かりやすく伝える工夫が望まれます。		
31	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。	b
<コメント> ○ 福祉サービスの開始・変更にあたり、必要書類の説明をインスタグラムやホームページの画像を活用して丁寧な説明をされており、利用者の自己決定を尊重し、同意を得ていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者や家族等がさらに理解しやすいような工夫や配慮を進めていくとともに、意思決定が困難な利用者へのルール化を図っていくことが望まれます。		

32	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。	b
〈コメント〉 ○ 契約終了時には、「退所のしおり」を用いて説明されるとともに、法人内の相談支援事業所と連携し、支援の内容について情報提供が行われ、サービスの継続性に配慮していることがうかがえます。 ○ 今後は、退所後に相談できる窓口や担当者などを明文化するとともに、退所時の引き継ぎ手順や様式を明確にしていくことが望まれます。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	b
〈コメント〉 ○ 年に1回、家族会で、利用者満足に関する聞き取りが行われ、記録を残されていますが、利用者による利用者満足のアナケートは実施されておりません。 ○ 今後は、利用者満足に関する記録を組織的に分析するような検討会議を行うなどの仕組みづくりが望まれます。		
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。		
34	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。	a
〈コメント〉 ○ 苦情相談に関するポスターを掲示され、サービス向上カードを活用して、苦情に関する記録の整備と苦情に対するフィードバックが、利用者や家族に必ず行われる仕組みが整備されています。また、相談・要望・苦情・その他の項目に分類し、全てホームページに開示されており、苦情の結果にもとづいて、検証されていることがうかがえました。		
35	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。	a
〈コメント〉 ○ 重要事項説明書の中に苦情相談窓口の記載や「苦情相談のご案内」ポスター掲示がされています。また、法人内の「相談支援事業所ことは」のチラシ配布や掲示もされています。事業所内に会議室や相談室を設置して、相談しやすい、意見を述べやすい環境を整備されています。		
36	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。	a
〈コメント〉 ○ 日々支援を行なう中で話を傾聴し、意見をお聞きするよう努められています。相談や意見を受けた際は、その日の状況報告や事務日誌・週間記録・サービス向上カードなどに記載して、サービス向上マニュアルに沿って迅速に対応されています。サービス管理責任者委員会や虐待防止委員会などで、情報共有されて改善策や定期的な「サービス向上マニュアル」の見直しも行われています。		

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。		
37	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。	a
〈コメント〉 ○ リスクマネジメント体制として、危機管理担当が設置されています。また、「事故防止及び発生時対応マニュアル」があり、職員に周知されています。事故報告やヒヤリハットが提出された際に、その日もしくは翌日の状況報告や朝礼で全体周知が行われて、発生要因の分析と再発防止策の検討は班会議やケース会議などで行われています。事故報告やヒヤリハット集計と分析については、年に2回法人内の「サービス管理責任者委員会」で、事故防止策や安全確保策の実施状況や実効性について、評価・見直しが行われています。また、安全管理(事故防止)に関する事業所内研修(4月)も実施されています。		
38	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。	a
〈コメント〉 ○ 感染症版BCP(業務継続計画)の策定や感染対策委員会も設置されて、管理体制が整備されています。また、感染症対応マニュアル(汚物処理など)も作成されており、年2回以上職場内研修で周知がされています。事業所内で感染症が発生した際には、家族へ向けて周知を行ない、検温・消毒・換気・ソーシャルディスタンスなどを徹底して感染拡大予防が行われています。感染症対応マニュアルの見直しは、感染対策委員会で年1回行われています。		
39	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している。	a
〈コメント〉 ○ 自然災害版BCP(業務継続計画)が策定されて、対応体制が決められています。利用者及び職員の安否確認の方法では、「緊急時対応連絡カード」で緊急連絡先を把握されており、「あいあい家族会連絡網」や「職員LINE連絡網」を整備されています。消防計画や避難確保計画により、年2回以上火災避難訓練や風水害、地震を想定した訓練を行うとともに、消防署立ち合いでの訓練実施や地域の学校や保育所と協力して合同訓練も行われています。		

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。		
40	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。	b
〈コメント〉 ○ 提供する福祉サービスについて、サービス支援マニュアル・支援実施書を作成し、標準的な実施方法を文書化しています。また、サービス支援マニュアル(赤ファイル)は、職員全員が持ち、新人研修において標準的な支援方法が説明されていることが確認できました。 ○ 今後は、標準的な実施方法の周知や継続的に標準的な実施方法を実施されているかを検証する仕組みの構築が望まれます。		

41	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。	b
〈コメント〉 ○ 標準的な実施方法の見直しについての仕組みは、口頭により確認しましたが、手順書等の文書化されたものは確認できませんでした。 ○ 今後は、標準的な実施方法(マニュアル等)の見直しについて、手順や方法を明確にしていくなことが必要です。		
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。		
42	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。	b
〈コメント〉 ○ サービス管理責任者及び担当職員が中心となり、法人共通のアセスメントシート、障害特性シート、日々の様子観察等により、アセスメントが実施されています。また、班会議・モニタリング会議等で利用者に関わる関係職員と支援内容について合議を行い、必要に応じて相談支援事業所や理学療法士・医師・看護師・栄養士・口腔衛生士とも情報共有をはかり支援計画を策定しています。 ○ 今後は、計画の策定から評価（モニタリング）に至る手順を明確にしていくなことが望まれます。		
43	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。	a・b・c
〈コメント〉 ○ 個別支援計画の見直しについては、6か月に1回、モニタリング会議での検討を経て、本人・ご家族へ説明を行ない、了承を得て、個別支援計画の評価・見直しを行っていることが確認できました。 ○ 今後は、個別支援計画を見直す仕組みについて、明確にしていくなことが望まれます。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 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。	b
〈コメント〉 ○ 支援記録システムを導入され、利用者の記録が一元化されています。また、朝礼や終礼などで記録を確認することやネットワークシステムにより園内で情報が閲覧出来るようになっています。 ○ 今後は、記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への研修を実施するとともに、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みづくりが望まれます。		
45	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。	b
〈コメント〉 ○ 法人の規定により文書に関する責任者と保管年限が示されており、個人情報管理規程に情報漏えいに関する条文が定められています。また、記録の保管状況についてチェックする仕組みが定められています。 ○ 今後は、個人情報の取り扱いについて、面談などを通じて利用者や家族に周知していく取り組みを明確にしていくなことが望まれます。		

評価対象A 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		
A①	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。	b
A-1-(2) 権利擁護		
A②	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。	b

特記事項

- 日常的な支援や終わりの会等を通して、利用者の思いを担当者がくみ取り、利用者考えや思いを施設サービスに取り入れています。また、余暇活動に関して絵カード(アート活動、リンクゼーション、映画鑑賞等)を活用し、利用者の主体性を重視し、活動での配慮や工夫がうかがえました。
- 権利侵害の防止については、身体拘束適正化委員会・虐待防止委員会を設置し、身体拘束適正化に関する指針や虐待防止マニュアルにより職員への周知を図っています。また、適切な支援が行えるように、虐待防止チェックリストを毎月全スタッフ対象で実施し、職員全員が認識統一したうえで、毎日の朝礼、終礼での報告の中で気になることについて共有しています。
- 今後は、利用者の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、明示していくとともに、障害者権利条約の批准をはじめ、障害者基本法や障害者差別解消法などの理解を利用者へ伝えることにより、利用者の権利を高める取り組みが望まれます。

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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。	a
A④	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。	a
A⑤	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。	b
A⑥	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。	b
A⑦	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。	a
A-2-(2) 日常的生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。	b
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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。	b

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	b
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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。	b
A⑫	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。	非該当
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	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。	b
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	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。	b
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	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。	b

特記事項

- 一人暮らしがしたいという利用者に対し、個別支援計画の中に明記され、支援実施書を作成し、より細かな支援の情報を共有し取り組んでいます。
- コミュニケーションブックを作成され、指差し、ジェスチャー、視覚化、支援ツールを用いた多様なコミュニケーション支援が行われています。
- 個別活動のスケジュールは、利用者自身がスケジュールを決められ、やりたい活動アンケートの実施や地域の行事の案内を玄関や家族に毎月の諸連絡(紙面)で紹介され、日中活動の多様性に努められています。
- 新人研修に自閉症支援などの内容を取り入れたり、強度行動障害や他の障害について研修を受講し、スーパーバイザーからの意見も取り入れ、障害に関する専門知識の習得と支援の向上を図っています。
- 障害特性に合わせた個別スペースの設置、事故防止に努めた作業室内レイアウトなど、利用者の障害特性に合わせ構造化が図られています。
- 理学療法士の指導の下で、利用者の可動域を広げる支援プログラムを実施しています。
- 相談支援事業所、関係機関との連携を図り、必要な情報や社会資源についての情報提供、体験の機会の提供に努めています。
- 家族支援として、事業所内で成功した支援内容をご家族に伝えたり、病院の紹介、ご家族の介護保険の利用やケアマネジャーの紹介などの事例が確認できました。
- 今後、利用者の重度化や高齢化にともなう、支援の必要性が増えてくることが予測されるため、健康管理の方法や生活環境の整備について検討していくことが望まれます。
- 今後は、利用者の生活意欲の動機付けや意思決定について支援していく具体的な取り組みが期待されます。

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	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。	非該当

特記事項

--

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	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。	非該当
A⑱	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。	非該当
A⑲	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。	非該当

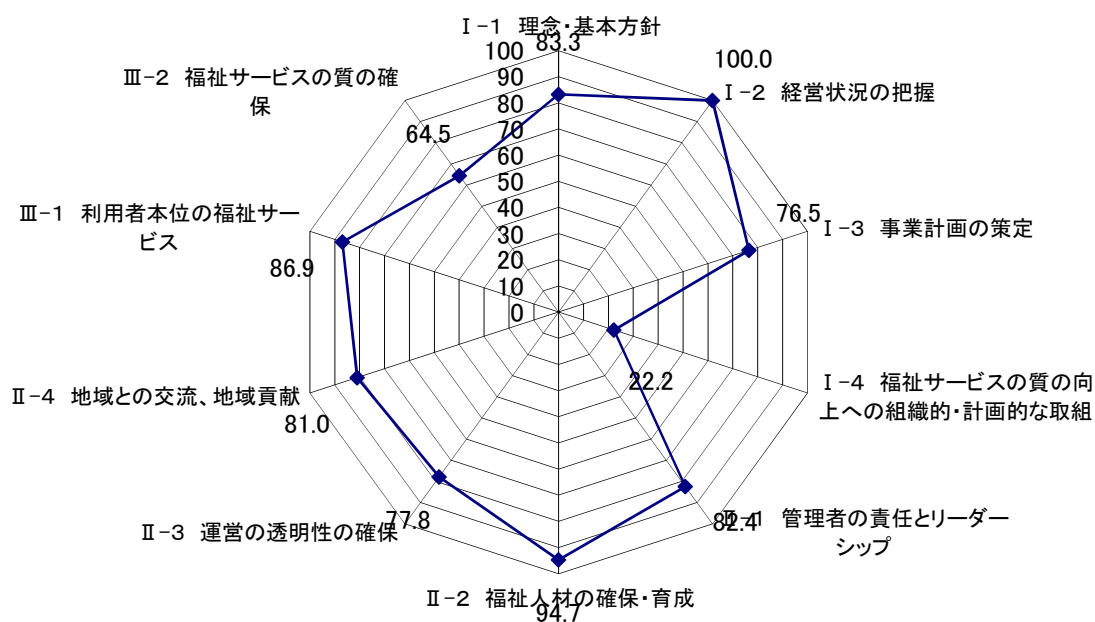
特記事項

--

I ～ III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	13	76.5
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	2	22.2
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	14	82.4
II-2 福祉人材の確保・育成	38	36	94.7
II-3 運営の透明性の確保	9	7	77.8
II-4 地域との交流、地域貢献	21	17	81.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	61	53	86.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	20	64.5
合 計	217	175	80.6

I ～ III 達成度



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1－(1) 自己決定の尊重	6	4	66.7
1－(2) 権利擁護	7	4	57.1
2－(1) 支援の基本	26	24	92.3
2－(2) 日常的な生活支援	5	4	80.0
2－(3) 生活環境	5	4	80.0
2－(4) 機能訓練・生活訓練	5	3	60.0
2－(5) 健康管理・医療的な支援	5	2	40.0
2－(6) 社会参加、学習支援	4	1	25.0
2－(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	4	80.0
2－(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	5	83.3
合 計	74	55	74.3

総合計(Ⅰ～Ⅲ＋A)	291	230	79.0
------------	-----	-----	------

A 達成度

