

## 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： 名身連第二ワークス・第二デイサービス                | 種別： 就労継続支援B型・生活介護  |                  |
| 代表者氏名： 谷川 陽美                          | 定員（利用人数）： 60名（89名） |                  |
| 所在地： 愛知県名古屋市中村区中村町七丁目84番地の1           |                    |                  |
| TEL： 052-413-5811                     |                    |                  |
| ホームページ：                               |                    |                  |
| 【施設・事業所の概要】                           |                    |                  |
| 開設年月日 平成23年 4月 1日                     |                    |                  |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人名古屋市身体障害者福祉連合会 |                    |                  |
| 職員数                                   | 常勤職員： 9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        | (看護師) 3名         |
|                                       | (職業指導員) 2名         | (目標工賃達成指導員) 3名   |
| 施設・設備の概要                              | (居室数) 室            | (設備等) 訓練・作業室、相談室 |
|                                       |                    | 洗面所、便所、食堂/多目的室   |
|                                       |                    | エレベーター、浴室、静養室    |

### ③理念・基本方針

#### ★理念

一人ひとりを大切に、誰もが地域で安心して暮らせる社会をめざす  
～地域でつながり、ともに歩む名身連～

#### ★基本方針

・障害の有無にかかわらず、誰もが安心して暮らせる社会福祉、地域福祉に貢献し取り組みます  
・自己決定と選択を尊重するとともにニーズの把握に努め、より良い福祉サービスの提供に努めます  
・高い専門性と豊かな人間性を兼ね備えた実践力のある人材となるよう主体性を高め、互いにサポートし合える環境づくりをめざします

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

利用者支援の柱として、ソーシャルインクルージョン、自立支援、社会参加、個別支援を大切にしている。

- ・社会全体には多様な問題があり、障害の有無に関わらず弱い立場の人が生きにくさを抱えている現状がある。そういった社会にも目を向け、社会全体をよくする活動に参加することが、利用者の健康で文化的な生活に繋がっていくと考え、フェアトレードやエコ活動、地域とのつながりづくりに利用者とともに積極的に参加している。
- ・社会生活力プログラムを通してエンパワメントに向けた取り組みを行い、自己決定と自己選択を基礎とした生活の向上を目指して自立支援を行っている。
- ・その人らしい地域生活支援、自立と尊厳の確保を意識しながら、文化、芸術、スポーツなどの面での社会参加を推進している。
- ・利用者のストレングスに着目し、ニーズを掘り下げて個別支援計画を作成している。また生活介護では支援のプログラムを充実させるため、「プログラムカタログ」を作成している。
- ・就労継続B型事業においては、利用者のニーズに従って「働く」、「学ぶ」、「経験する」、「余暇を楽しむ」といった要素のうち、「働く」ことを見つめ直し、地域での自立した生活を継続的・安定的に支えるため、工賃の向上を目指した取り組みを行っている。
- ・質の高いサービス提供ができるよう、職員のスキルアップ(研修参加と内容共有)と地域の他専門職との連携に取り組んでいる。
- ・地域でつながることを大切にしながら様々な取り組みを行っている。(九の市、宮宿会、小ざくらや一清さんとのコラボによる商品開発、中村区介護保険事業所連絡会との連携等)
- ・地域への発信をし、啓発や理解者を求める活動(ホームページの取り組み、賛助会員)に取り組んでいる。

#### ⑤第三者評価の受審状況

|                   |   |
|-------------------|---|
| 評価実施期間            | 平成30年11月29日(契約日) ~<br>令和元年5月21日(評価結果確定日)<br><br>【平成31年3月15日(訪問調査日)】 |
| 受審回数<br>(前回の受審時期) | 0回 (平成 年度)  |

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆重層な運営組織

本部会議、管理者会議、支援力・経営力向上会議を始め、プロジェクト・チーム会議、機能別会議、職員会議まで、重要度や事案に応じて幾重にも検討組織があり、体系的且つ組織的に事業運営がなされている。管理者は全ての会議に参画することで、諸課題の関連性を見極めつつ運営に当たることができる。会議決定事項等の職員周知も、組織的に行なわれている。

##### ◆利用者主体の支援姿勢

サービス利用や変更の説明時には、利用者・家族だけではなく、相談支援事業所の担当者なども同席している。「利用契約書」、「重要事項説明書」には、ルビが振られ、文面も理解しやすい内容になっている。意志決定が困難な利用者には、障害特性に合わせた説明を行っている。常に、利用者を主体として考える支援する体制が構築されている。

◆地域社会の質的向上に向けて

事業所や利用者も社会の一構成員と捉え、社会そのものを良くしていくことを使命と考え、利用者とともにエコ活動やフェアトレード、その他の地域活動等を展開している。利用者が区民祭りや神社の市に参加し、地域住民向けの講習会・研修会の実施もある。また、利用者は外出や外食などで地域資源を利用し、日常的に地域との接点を持っている。地域と多くの交流や連携の機会を持つことで、地域の障害者理解が進み、結果として地域社会の質的向上に繋げている。

◇改善を求められる点

◆目標のある人材育成

職員それぞれの職務職階や職責を明らかにし、個々が明確な将来目標や年度目標を持った職務遂行を行う仕組みづくりを望みたい。については、法人が“期待する職員像”を明確に示し、キャリアパスの整備と目標管理を導入することが育成の観点からも望ましい。運用されていない人事考課制度との連動をも考慮し、拙速でなく、慎重に制度導入を検討されたい。

◆研修内容の整備

研修計画を策定し、評価することで事業所全体の研修効果を測ることができる。その意味で、職員研修に力点が置かれ、管理職から一般職、新任職員まで、内外の様々な研修機会が確保されている。また、研修参加には本人希望も加味され、配慮されている。OJTに関しては、後進育成に極めて有効な手段と思われる。指導に当たる担当職員や到達目標、研修効果の評価などが設定された実効性の高いOJTを検討されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価結果に基づいて、改善ポイントを自己評価により計画的に見直し、積みあげて行きます。機会をみて、再度第三者評価を実施します。

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。

(別添)

# 評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(64項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

## 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。   |                         |               |
| 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 ㉓ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                         |               |
| 理念、基本方針は法人パンフレットやホームページに公開され、事業所内にも掲示されている。内容的には、理念、ビジョン、ミッション、基本方針と分かり易く示され、理念を具現化していく筋道が明らかにされている。一方で、支援の主体である利用者への周知の点で、障害が重い利用者に対して理念等の理解が浸透しているかは定かではないものの、かな入り文書を用意する等、より多くの利用者に理解を促す取り組みがある。 |                         |               |

### 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 ㉓ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                 |               |
| 市の施策推進会議や自立支援協議会等を通し、福祉動向等の情報を把握し、また基幹相談事業所からも潜在ニーズのデータを入手している。それらから得た情報を基に、プロジェクト・チーム会議や職場会議で共有し、分析・検討している。事業所の利用状況やコスト分析もなされている。 |                                 |               |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                 |               |
| 課題に関しては、職員会議から管理者会議、法人本部会議、理事会という形で段階的に検討され、内容や部門、重要度に応じて改善・解決されている。一方で、経営課題に関して職員に周知、理解が徹底されていない部分もあり、対策を講じられたい。                  |                                 |               |

### 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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント   |                             |               |
| 5年の中・長期計画が策定され、法人の役割・使命、ビジョン、課題、事業、方策、経営目標といった形で整理され、事業所ごとに取り組みがなされている。計画は年度毎に見直しが行われるが、やや具体性に欠け、数値目標や成果到達度が測りにくい部分もあるため、若干の改善を含め明確にしていきたい。 |                             |               |

|  |     |           |
|--|-----|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |     |           |
| 中・長期計画を受け、数値目標等具体性のある単年度の事業計画が策定され、項目毎に目標達成率の中間評価、期末評価がなされ、次年度目標につなげている。   |     |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |     |           |
| 事業計画の策定にあたっては、中・長期計画との関係で経営会議や管理者会議、プロジェクト・チーム会議等からあがってきた課題に加え、四半期ごとに行われる職員会議での事業検証を受け、管理者が素案を作って職員会議に提出し、意見聴取、検討の上、原案が作られる。その後、法人会議の場で決定するという過程を踏んでおり、組織的に行われている。 |     |           |
| 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 |
| 評価機関のコメント  |     |           |
| 利用者向けの会報である「名身連通信」が配付される他、利用者懇談会の折に計画が説明されている。意思疎通に特別な配慮の必要な利用者へは、事業の写真の提示を含め手話や点字などを使って分かり易く説明されている。家族には、懇談会等で説明して理解を得ている。  |     |           |

#### 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 |
| 評価機関のコメント  |         |           |
| サービスの質のチェック体制としては、利用者満足度調査や懇談会での意見を受け、各プロジェクト・チーム会議にて課題検討の上、改善に向け取り組んでいる。この内容は、毎月の職員会議で報告され、職員全員が共有する仕組みがある。サービス実施状況を検証する意味で、プロジェクト・チーム単位で支援の振り返りとしてのセルフチェックを実施している。 |         |           |
| 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     | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |         |           |
| 事業会議や各プロジェクト・チーム会議で評価、検討した課題や改善事項について、職員会議や機能別会議で確認し、改善へ向けて意見を出し合い、具体的な改善策を見出している。改善策実施後の見直しに関しては、月1回の職員会議、機能別会議で再検討している。  |         |           |

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    | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                   |         |           |
| 職務分担表が作成されているが、具体的な職責については十分な記載が見られない。一方、管理者は毎月の職員会議、機能別会議、各プロジェクト・チーム会議に参画し、事業方針等を明確に伝えている。不在時の職務権限については、副所長に委任されている。                      |                                   |         |           |
| 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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                   |         |           |
| 市主催の会議や経営者セミナー等で関係法令を把握し、職員には回覧や会議を通して報告をしている。職員に対しても、コンプライアンスに関する研修会への参加を奨励している。また、環境への配慮をもってフェアトレードやエコ活動を推奨し、取り組んでいる。                     |                                   |         |           |
| 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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                   |         |           |
| 管理者は、職員会議、支援力向上会議、機能別会議、プロジェクト・チーム会議など、事業所内の殆どの会議に参画し、サービス向上への取り組みを主導している。また、年4回職員面談を実施し、職員の意見をサービスに反映すべく取り組んでいる。                           |                                   |         |           |
| Ⅱ-1-(2)-②   | 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。    | 障 13    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                   |         |           |
| 管理者は、法人の事務局長を兼務していることから、人事、労務、財務等、経営全般について把握し、様々な分析をしている。また、業務の実効性向上と経営改善に向け、経営会議等で検討し、実践に繋げている。事業所内でも、面談や会議を通して職員の意向聴取や提案を踏まえて業務改善を指揮している。 |                                   |         |           |

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 |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 人材の育成に関しては、中・長期計画の中に方針が示されており、人材の確保についてはOT(作業療法士)等の専門職の採用に力を入れている。求人に関しては、福祉業界全体に職員の慢性的な不足感があることもあり、WEBやハローワークでの活動の他、インターシップや職場見学も受け入れるなど、積極的な採用活動を実施している。                                |  |         |           |
| Ⅱ-2-(1)-②   | 総合的な人事管理が行われている。                         | 障 15    | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 人事考課制度は導入されていないが、昇格に関しては昇格試験という明確な審査手順がある。しかしながら、業務の成果や貢献度を測る基準が無く、また期待する職員像が不明瞭で、職員がキャリア設計や将来設計する上で、目的意識やモチベーションを保ちづらいという懸念もある。キャリアパスを含め、透明性があり明瞭な人事基準を設定し、職員にとっにより分かり易く先に見える労務環境を築かれない。 |  |         |           |

|  |   |      |           |
|--|---|------|-----------|
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 有給休暇や時間外労働(残業)などの就業状況を把握し、女性の活躍推進企業・ファミリーフレンドリー企業の指定を受けるなど、ワークライフバランスを意識した就業対策が見られ、離職者も少ない。“働きやすい職場づくり”は実現できているかに見えるが、産業医の設置や相談窓口の開設など、さらに働きやすい職場に向けての今一步進んだ対策を実行されたい。     |   |      |           |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 職員が目標をもった業務遂行を行うことで、人材育成を図られたい。については、キャリアパスに連動した目標管理を行うことが、有効な手立ての一つと思われる。職員個々の力量を評価し、不足力量を明確にする人事考課制度の導入についても、職員育成の一手段となろう。拙速でなく、慎重に制度導入を検討されたい。                          |   |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 「期待する職員像」は確認できなかった。職員の福祉人としての将来目標と、法人としての人材育成方針とを整合させた「期待する職員像」を示されたい。また、法人目標に「組織が活性化する人材の育成と確保」という事項が示され、取り組みがなされている点は一定評価できる。さらには、育成へ向けての計画的なプランが必要である。よって、研修計画の策定が望まれる。 |   |      |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 管理職から一般職、新任職員まで、内外の様々な研修機会が確保されている。また、研修参加には本人希望も加味され、配慮されている。OJTに関しては、後進育成に極めて有効な手段と思われる。指導に当たる担当職員や到達目標、研修効果の評価などが設定された実効性の高いOJTを検討されたい。                                 |   |      |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 社会福祉士養成を中心に、実習マニュアルに沿って対応がなされている。設定されたプログラムを基に、指導者が実習指導を行っており、期待される効果を出している。   |   |      |           |

## 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |                            |      |           |
| ホームページを通し、理念や事業方針、事業内容等様々な情報を発信している。また、利用者・家族向けの会報「名身連通信」を年4回、外部や会員向けの広報を年10回発行するなど、様々な情報公開を行っている。より事業運営の透明性を確保するため、苦情情報に関しても、発生の有無に係らず、ホームページ等への掲載を願いたい。 |                            |      |           |

|  |      |           |
|--|------|-----------|
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 「経理規程」はじめ諸規程については、職員には改正時に都度回覧して周知している。職務分掌についても、内容の分かる資料を作成し、職員周知を図っている。事業・財務に関して、監査法人による監査を実施して適正化を徹底している。 |      |           |

## 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 地域との関りは深く、区民祭りや神社の市への参加、地域住民向けの講習会・研修会の開催等々、多くの交流や連携の機会を持つ。また、利用者は外出や外食などで地域資源を利用し、日常的に地域との接点を持っている。  |      |           |
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 「ボランティア運営マニュアル」には、基本姿勢や受入れ手順等が明文化されている。実際には、お菓子作りボランティアや作業手伝いボランティア等々、様々なボランティアを受け入れている。受け入れに当たっては、事前オリエンテーションや反省会を実施し、ボランティア体験の有効性を高めている。学校教育への協力として、福祉体験学習の受け入れも実施している。 |      |           |
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 地域の「社会資源一覧表」が作成されており、利用者の直接・間接支援に役立てている。また、自立支援協議会、介護事業所連絡会、市の施策推進会議などの団体との定期的な会合を通し、情報の共有や諸問題の解決のための協議を行っている。  |      |           |
| 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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。  | 障 26 | a ・ ㉖ ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 事業所玄関の売店設置や、所内での様々な講習や研修会などを通し、事業所の専門性を地域住民の障害者理解に役立てている。災害時に関して、福祉避難所指定を受けているものの、地域の情報把握や連携といった点で、さらに一歩進んだ取り組みが望まれる。   |      |           |
| II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。  | 障 27 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 自立支援協議会や基幹相談センターなどを通し、地域の様々な福祉ニーズを把握している。また、社会貢献の一環としてフェアトレードの商品を手掛けるなど、幅広い社会活動を実施している。指定事業に留まらない事業展開により、事業所の存在価値を高めている。  |      |           |

## 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   | 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。        | 障 28    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 理念・基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの実施を謳い、それに沿って倫理綱領や各種規程、マニュアルを策定し、新人研修や階層別研修、職員会議を通じて共有を図っている。また、周知の効果測定も実施し、理解度を確認する取り組みもある。  |   |         |           |
| Ⅲ-1-(1)-②   | 利用者のプライバシー保護等の権利擁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 |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 「重要事項説明書」に、プライバシー保護について明記し、利用者等に周知を図っている。利用者個々に配慮したマニュアルが整備されており、事業所内もゆったりとした構造であり、快適な環境を提供している。また、不適切事案発生時の対応方法は、「個人情報保護規程」に明示されている。しかし、全体的なプライバシー保護のマニュアルについては改善の余地がある。                       |   |         |           |
| 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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 事業所パンフレットは、手に取りやすい大きさに変更しており、内容も分かりやすい。利用希望者に対しての支援マニュアルも整備され、見学からオリエンテーション、実習に至るまで、個別に丁寧な説明を行い、希望に応じている。事業所のパンフレットや通信を、関係機関100ヶ所以上に送付している。さらに、立地条件を活かして、近隣だけではなく地下鉄沿線の区役所や関係機関にもパンフレットを設置している。 |   |         |           |
| 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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| サービス利用や変更の説明時には、利用者・家族だけではなく、相談支援事業所の担当者なども同席している。「利用契約書」、「重要事項説明書」には、ルビが振られ、文面も理解しやすい内容になっている。意志決定が困難な利用者には、障害特性に合わせた説明を行っている。   |   |         |           |
| 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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 福祉サービス変更の際は、利用者本人及び家族と共に十分に話し合い、双方が納得の上で移行支援をしている。利用者・家族に対して、福祉サービスを継続するための情報(退所後の、支援の窓口や連絡先、連絡方法等)を記載した文書を渡すと共に、依頼があれば関係機関に情報を提供している。  |   |         |           |
| 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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |         |           |
| 年1回、利用者満足度アンケートを実施し、結果をホームページに掲載している。また、利用者懇親会を定期的を実施し、利用者からの意見を聞く時間を設けている。調査後は、集計して分析・検討し、改善につなげている。この調査の一連の取り組みには利用者も参画しており、役割分担を行って取り組んでいる。  |   |         |           |

|  |      |           |
|--|------|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 苦情解決の仕組みや苦情記入用紙は整備されており、満足度調査においても意見収集できるようになっている。苦情解決の仕組みを施設内に掲示し、言葉では伝えにくいことも考慮し、「ご意見箱」を設置している。また、常に“利用者は、苦情を言いにくいかもしれない”を念頭に置き、利用者の表情やしぐさ、様子に注意を払い、苦情になる前にフォローするなどの取り組みを行っている。          |      |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 「重要事項説明書」で説明すると共に、利用者が相談したり、意見を述べたりする際の方法について分かりやすく説明した文書を作成し、掲示している。個人的な相談に対しては、各階に相談室を設置し、プライバシーに配慮した相談しやすい空間を設けている。年1回の満足度調査や家族会、給食会、家族懇親会、利用者懇親会などを開催し、希望や相談を聞き取る機会が多い。                |      |           |
| 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 |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 利用者懇親会では、毎月数件の相談や意見があがっており、都度適切な回答を行って改善に取り組んでいる。対応マニュアルは整備されているが、定期的な見直しや活用が不十分なため、改善の余地がある。  |      |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 月1回リスクマネジメント委員会が開催され、討議された内容については全職員へ回覧している。ガイドラインも整備されている。また、職員が学んだKYT(危険予知トレーニング)研修を基に、利用者に向けたKYT研修も実施している。各事業所や部署ごとに「事故対策防止シート」にまとめ、事故発生状況や起こりうるリスクなどを分かりやすく記載し周知している。                  |      |           |
| 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 ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 感染症対策のマニュアルは整備されており、職員に周知徹底されている。また、夏の食中毒や冬季のインフルエンザ等の感染症流行期には、来客や利用者への呼びかけや文書配布などを行い、感染症に対する注意喚起を行っている。しかし、対応マニュアルの見直しが実施されておらず、研修や勉強会が不十分なこともあり、改善の余地を残している。                             |      |           |
| 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 ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| 福祉避難所に指定されており、立地条件からの災害状況の想定や食料の備蓄・備品の整備はできている。防災計画も策定されており、事業所内の防災訓練に留まらず、地域での合同防災訓練に参加している。しかし、大規模災害時の利用者・職員の安否確認方法やサービスを継続するための具体的な対策が不十分であり、職員の出退勤基準等を盛り込んだ法人レベルでのBCP(事業継続計画)の策定が待たれる。 |      |           |

### 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 ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 標準的な支援についてのマニュアルがあり、それに沿った支援が実践されている。職員に向けては、新人研修や会議を通じて周知している。しかし、実際の支援が標準的なマニュアルに沿って行われているか否かの確認が不十分である。支援プロセスごとの手順書については、現在改訂を試みている。 |      |           |

|  |  |      |           |
|--|--|------|-----------|
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| 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おり、検証・見直しの結果は個別支援会議・職員会議などで情報共有されている。評価は、「作業チェック表」、標準化されている「アセスメントシート」を活用しており、現状把握に役立っている。   |  |      |           |
| 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 ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| アセスメント手法が確立しており、個別支援会議には様々な職種の職員が参加している。そこで適切なアセスメントが実施され、個別支援計画が作成されている。さらに、個別支援計画どおりに福祉サービスが実施されていることを確認する仕組みが構築され、機能している。しかし、評価の仕組みについては改善の余地がある。                             |  |      |           |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| 個別支援計画の見直しについては、個別支援会議を開催して定期的に見直しを行っている。見直しによって支援内容に変更が生じた場合は、議事録などを通じて関係職員に周知している。また、各種評価ツールを用いて再アセスメントを実施し、ニーズや課題の明確化を図っている。  |  |      |           |
| 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)-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、職員間で共有化している。 | 障 44 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| 福祉サービスの利用時には、「個別支援活動支援表」に行ったプログラムを分かりやすく記載している。すぐに記入できるように、当日利用予定の利用者の記録用紙は各活動場所に置かれている。個別支援計画に沿って実施されているか否かを確認する体制が整っており、情報の共有も図られている。  |  |      |           |
| 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 ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| 「個人情報保護規程」、「個人情報管理規程」が定められ、記録の管理体制が確立している。情報を管理しているパソコンにはパスワード設定がされている。「個人情報取り扱い一覧表」が各部署ごとに策定されており、不適切な利用や漏洩に対する対策がされている。職員に対しては、個人情報の保護に関する説明は行っているが、定期的な教育や研修が不十分なため、改善の余地がある。 |  |      |           |

#### 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。 | 障 46    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                       |         |           |
| 適切なアセスメントが実施され、利用者のストレングスに注目し、エンパワメントに基づいた個別支援計画が作成されている。生活に関するルールなどについても、利用者参加型の会議があり、内容を個別支援や活動に活かすように取り組んでいる。 |                                       |         |           |

|   |  |                |
|---|--|----------------|
| A-1-(2) 権利侵害の防止等  |  |                |
| A②<br>A-1-(2)-①   | 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。              | 障 47 a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |                |
| 年4回定期発行している「名身連通信」の中で、合理的配慮についての利用者の体験談を分かりやすく記載している。また、「名古屋市障害者差別相談センター」に講師派遣を依頼し、権利侵害防止等に関する講習会を実施している。身体拘束を実施する際のマニュアル、所管行政への届出・報告のマニュアル、権利侵害が発生したときの対応マニュアルなど、文書整備が不十分のため改善の余地がある。                    |  |                |
| A-2 生活支援  |  |                |
|   |  | 第三者評価結果        |
| A-2-(1) 支援の基本   |  |                |
| A③<br>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 |
| 評価機関のコメント   |  |                |
| ICF(国際生活機能分類)やFIM(機能的自立度)評価、自己発見プログラム等を活用してアセスメントを行い、個々に合わせた自律・自立に配慮した計画を作成している。自律・自立生活のための動機付けとして、販売を活用し、施設内での販売や地域のイベントでの販売、店舗での販売など、徐々にステップアップする仕組みが構築されている。   |  |                |
| A④<br>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 |
| 評価機関のコメント   |  |                |
| 欠席の連絡や相談等、口頭や電話での意思伝達が難しい利用者については、メールにて連絡を取り合っている。意思疎通の困難な利用者については、表情の変化やしぐさなどを見逃さないように支援している。文字カードや筆談用タブレットの活用もある。過剰な支援にならないように配慮し、家族や相談支援事業所、医療機関等とも連携して支援している。   |  |                |
| A⑤<br>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 |
| 評価機関のコメント   |  |                |
| 定期的な聞き取り以外にも、利用者から申し出があった場合には、相談室など話しやすい環境を提供して対応し、記録を残している。コミュニケーションに配慮が必要な利用者については、個々に合わせた対応を行い、意志決定を尊重する仕組みが明確化されている。サービス管理責任者や相談員、担当職員などで情報共有し、検討会議「個別支援会議」を行っている。                                    |  |                |
| A⑥<br>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 |
| 評価機関のコメント   |  |                |
| ICF(国際生活機能分類)のイラストレーションライブラリーを活用したアセスメントに従い、7つの支援項目に基づいた活動メニューへの参加を促し、目標を持って活動に取り組めるように支援している。現在18のプログラムがあるが、分かりやすいメニューカタログが用意され、選びやすい環境となっている。また、利用者からの要望等も反映している。現在、運動系のプログラムの要望があり、新たな活動の開発に取り組んでいる。   |  |                |
| A⑦<br>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 |
| 評価機関のコメント   |  |                |
| 事業所内外の研修などで職員は積極的に自己研鑽に励み、学んだことを振り返り検証し、支援技術・知識を共有できる仕組みができています。利用者の行動障害についてもチェックシートを設け、家族とも連携して対応している。利用者間の関係については、折り合いの悪い利用者との関係性を把握し、トラブルに発展しないよう両者の接触機会を少なくし、適切な距離を保つように配慮している。                       |  |                |
| A-2-(2) 日常的な生活支援  |  |                |
| A⑧<br>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 ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |                |
| 食事については、「食事形態確認表」により、嗜好や食べやすさ(きざみ・ペースト・おかゆなど)を考慮して楽しく食べられるように配慮している。「個別の食事・入浴及び排せつ介助手順」により個別にマニュアル化されており、利用者の心身の状態に応じて生活支援を行っている。左右対称に配置された多目的トイレ、座ったまま利用できる特殊浴槽や入浴介助リフト付浴室など、状況に合わせて適切な支援が行えるように配慮されている。 |  |                |

|   |  |      |           |
|---|--|------|-----------|
| A-2-(3) 生活環境  |  |      |           |
| A⑨<br>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 ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| <p>想定されるリスクや事例、対策を記載した「事故対策防止シート」を職員に配布し、安全・安心に生活できるように配慮している。体調不良時の静養室や情緒不安定時にクールダウンする場所を設けるなど、身体、精神の両面への配慮がある。利用者自身がKYT(危険予知トレーニング)研修に参加し、グループワークを行って安全に対する意識向上に努めている。</p>                                    |  |      |           |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練   |  |      |           |
| A⑩<br>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 ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| 非該当   |  |      |           |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援   |  |      |           |
| A⑪<br>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 ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| <p>毎朝の体温測定と入浴前のバイタルチェックを行っている。月1回血圧測定を行い、健康状態を把握している。自己管理の難しい利用者については、利用中の排泄・水分摂取・食事を記録し、連絡帳を通じて家族に状況を伝えている。年に1回、嘱託医との健康相談を実施し、必要に応じて家族と相談の上、書面にて主治医に連絡している。健康管理についての研修を定期的に行いたい、看護師業務の都合もあり、不定期での開催となっている。</p> |  |      |           |
| A⑫<br>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 ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| <p>医療的ケアは看護師が行っており、主治医よりの指示は個別支援計画に反映させている。服薬については、「お薬情報」のコピーを預かっている。てんかん発作時の対応について、「聞き取りシート」(主治医の署名あり)への記入を求め、適切に対応している。医療的な支援に関する職員研修を定期的に行いたい、看護師など有資格者しか行えないケアが多いため、不定期での実施となっている。</p>                      |  |      |           |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援   |  |      |           |
| A⑬<br>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 ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| <p>利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のために、外部からの情報を提供し、働く力・生活力を身につけられるように支援している。社会参加や学習の意欲を高める支援として、販売作業を通じて、お金の流れや仕組みを理解できるようにしている。販売については、事業所内販売・地域のイベントでの販売・店舗販売など、徐々にステップアップする仕組みがある。また、フェアトレード活動も行っている。</p>              |  |      |           |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援  |  |      |           |
| A⑭<br>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 ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| <p>定期的なアセスメントにて、利用者個々に地域生活への要望や現時点でのやりたいこと等の聞き取りはしているが、将来に向けてのアセスメントが不十分な部分がある。利用者が地域移行に興味や意欲を持つような働き掛けや、地域生活に必要なルールや生活習慣を学ぶためのプログラムを用意する等、積極的な地域移行の取り組みを期待したい。</p>   |  |      |           |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援   |  |      |           |
| A⑮<br>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 ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| <p>普段から、送迎時や個別支援計画の作成時などを通じて家族と連携を図っており、必要に応じて相談支援事業所とも協力・連携している。また、年2回家族懇親会を開催し、定期的な意見交換の場を設けている。利用者の体調不良や急変時については適切な対応がとられ、保護者へ連絡及び記録を行っているが、発生時ごとの対応となっているため、標準的な対応についての明文化が求められる。</p>                       |  |      |           |

A-3 発達支援

|                 |                                |         |           |
|-----------------|--------------------------------|---------|-----------|
|                 |                                | 第三者評価結果 |           |
| A-3-(1) 発達支援    |                                |         |           |
| A⑯<br>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 |
| 評価機関のコメント       |                                |         |           |
| 非該当             |                                |         |           |

A-4 就労支援

|  |                                   |         |           |
|--|-----------------------------------|---------|-----------|
|  |                                   | 第三者評価結果 |           |
| A-4-(1) 就労支援   |                                   |         |           |
| A⑰<br>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 |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |           |
| 利用者個々の強みを活かし、できることを増やす支援目標を設定し、支援方法をマニュアル化して支援を行っている。作業環境にも配慮し、道具を工夫して個々の力を最大限発揮できるようにしている。働く意欲の維持・向上のため、タイムカードを導入し、事業所への出勤時と退勤時に打刻する仕組みになっている。就労継続支援B型、就労移行支援、就労支援センターなどの法人内の機能を活かし、可能性を求めてサービスの選択もできる。 |                                   |         |           |
| A⑱<br>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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |           |
| 仕事については、利用者が選択できるように多様な内容や工程を提供している。印刷関係のパソコンの台数や、仕事量の関係で希望通りに行かない部分もあるが、利用者の意向に添って仕事ができるよう配慮している。「工賃規定」も分かりやすく、工賃向上の取り組みについては、地域イベントや地域の企業と協力し、新しい自主製品の販売に取り組んでいる。労働安全についても、利用者向けに研修(グループワーク)を実施している。   |                                   |         |           |
| A⑲<br>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    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |           |
| 各関係機関や企業との連携は、法人内の就労支援センター「めいしんれん」や名身連就労移行支援事業所と連携し、適切なサービスの提供や就職活動の支援を行っている。個別ケースへの対応は、利用者との面談において、担当者とスーパーバイザーが同席することにより、経験が浅い職員の指導育成にも取り組んでいる。また、事情により利用者や地域の障害者が離職した場合の、受け入れや支援体制も整っている。             |                                   |         |           |