

## 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：障害者支援施設 春日苑	種別：生活介護・施設入所・短期入所	
代表者氏名：粕谷 泰浩	定員（利用人数）：80名（79名）	
所在地：愛知県春日井市廻間町字神屋洞703番地1		
TEL： 0568-88-5593		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成 3年 4月12日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 恩賜財団愛知県同胞援護会		
職員数	常勤職員： 51名	非常勤職員： 9名
専門職員	（管理者） 1名	（サービス管理責任者）2名
	（看護師） 5名	（理学療法士） 1名
	（生活支援員） 45名	（事務員） 2名
施設・設備の概要	（居室数） 44室	（設備等）居室・食堂・浴室
		医務室・更衣室・洗濯室・便所
		相談室・多目的室・事務室
		会議室・宿直室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

利用者の立場に立った良質な福祉サービスを提供するとともに、地域住民との交流・連携を図り、開かれた法人運営に努めます。

##### ・施設・事業所

1. 最も支援を必要とする最後の一人の尊重

2. 可能性の限りない追求

3. 共に生きる社会づくり（ケアコミュニティの創造）

（社福）全国社会福祉協議会全国身体障害者施設協議会基本理念より

★基本方針

1. 基本的人権を尊重し、自己決定支援を含め、利用者一人ひとりの思いに沿ったその人らしい生活の支援に努めます。
2. 日々の実践を検証し、利用者に安全、安心、快適な支援の提供に努めます。
3. 自己研鑽に努め、専門的な知識と技術と価値観をもって、個別支援を基礎として、良質な支援の提供と自己実現支援を目指します。
4. 利用者に必要な情報をわかりやすい方法で提供し、要望にはすみやかに対応するように心掛けます。
5. 広く多くの支援を必要とする障害のある方々のための支援を開発、提供に努めます。
6. 多くの支援を必要とする障害のある方々をとりまく環境の改善と福祉文化の醸成に努めます。
7. 関連機関・団体、地域住民等とともに、地域を拠点として事業を展開するように心掛けます。
8. 透明性を堅持し、健全かつ活力ある経営にあたります。

※社会福祉法人全国社会福祉協議会全国身体障害者施設協議会 施設管理運営指針より

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 障がい者グループホームの設置
2. 保護者及び地域に対する新たな情報発信ツールの確立
3. 地域との結びつきの強化
4. 施設の認知度アップ
5. 介護ロボットの活用
6. ICT活用・ペーパーレス化の促進
7. 職員間交流の向上
8. 各種委員会の推進

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 6月18日(契約日) ~ 令和 7年 2月14日(評価決定日)  【令和 6年11月29日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (令和 3年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の指導力

管理者は事業所内を毎朝巡回し、利用者の声を聞いている。聴取した情報の中でも、利用者に関わることはインカムですぐに伝えたり、「ミーティングノート」に記載して職員周知を図っている。さらには、「ケアカルテ」の「掲示板」の書き込みをして、支援力の向上につなげている。

◆公益的な事業・活動

愛知県のDCAT(災害派遣福祉チーム)に職員1名を登録している。また、愛知県と覚書を取り交わし、大規模災害に備えて近隣の社会福祉施設相互の応援体制を構築している。災害時には被災要配慮者の受入れも可能となっている。被災時のライフライン確保の一環として井戸を設置し、災害時に生活用水の提供ができるようにしている。

◆利用者本位の個別支援計画

サービス管理責任者を中心に、他職種協働でアセスメントやモニタリングに取り組んでいる。当然、サービス管理責任者が中心となるが、必要に応じて管理者や看護師、管理栄養士、機能訓練指導員等の他職種の職員が参加している。多くの職種の職員が参加することで、小さな変化にも気づきやすい仕組みとなっている。この小さな気づきが、利用者本位の個別支援計画の作成につながっている。

◇改善を求められる点

◆有給休暇の消化率の改善

働き方改革の趣旨に則り、時間外労働は少なく、職員一人当たり毎月数時間となっている。ただ、年次有給休暇の取得に関しては、すべての職員が年間5日間は取得できているが、職員全体の有給休暇消化率は極めて低い。職位、職種による有給休暇の取りづらさや偏りを是正し、有給休暇の消化率が向上するような施策を期待したい。

◆情報公開

ホームページで、基本理念や事業運営方針、事業の内容、事業計画、事業報告、予算、決算等が公開されている。また、広報誌「DOUEN」が年4回発行され、ホームページからも閲覧できる仕組みになっている。さらに事業運営の透明性を確保するために、ホームページでの第三者評価の結果の公表や、苦情の受付・解決状況を公開することが求められる。

◆満足度調査の実施

重度の利用者が多いという特性上、本人の意思表示やそれを汲み取ることは容易ではない。そのため、利用者の代弁者である家族を対象とした「定期的な満足度調査」を実施することを望みたい。その満足度調査の結果が、事業運営の適切性や利用者支援の質を評価する指標となる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回3回目の第三者評価を受審しました。第三者評価を受けるにあたり、全職員それぞれが自己評価チェックに参加することで、施設の取り組み状況と施設運営に対する職員の理解度を確認する良い機会を得ることができました。また、調査員による客観的・率直な評価から、現状での「強み」と「課題・改善点」が明確化されたことで、更なるサービス向上へ取り組むべき課題を再認識することができました。

評価結果で受けた良い評価については、今後も慢心することなく継続的に取り組みを進めていきます。また改善が求められる点については、次回受審時へ向けて職員全員で課題に取り組み、法人の基本理念である「利用者の立場に立った良質な福祉サービスを提供するとともに、地域住民との交流・連携を図り、開かれた法人運営に努めます」に基づき改善を進め、今後もサービスの質の向上に努めていきます。

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	①・b・c
＜コメント＞ 法人の基本理念と事業運営方針が、ホームページに明記されている。また、利用者にも分かりやすく伝えるために玄関先にルビを振って掲示している。職員には「管理運営要綱」という冊子を配付し、パソコン上で閲覧もできる。年度初めの全体会議では、管理者が理念に関わる話をしている。			

##### 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	①・b・c
＜コメント＞ 社会福祉事業全体の動向は、全国身体障害者施設協議会や県・障害福祉課から情報を得ている。また、月1回行われる法人の施設長会で月ごとの収益分析を行い、経営状況を法人全体で共有している。入所希望の待機者数、実入院者数、稼働率等を確認し、分析を行なっている。			
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＞ 経営課題としては、「高齢化・重度化への対応」や「居室の個室化」、「職員の育成」、「地域交流」などが挙げられている。全職員参加の全体会議で、経営課題は周知されている。介護ロボットの導入、業務内容の簡素化、食事介助の時間の工夫など、改善に向けての取組みも行われている。			

##### 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	①・b・c
＜コメント＞ 3年ごとに中期事業計画が策定されている。年度初めに全職員に「2024-2026中期事業計画」を配付し、職員周知を図っている。役職者による運営会議や全体会議で、年度ごとに進捗状況や取組みの結果の目安をパーセンテージで表記し、見直しを図っている。			
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
＜コメント＞ 3年間の中期事業計画（2024-2026年度）が作成され、単年度の事業計画も記載されている。「必要な取組み」、「アクションプラン」、「取組事項」が明記されていることに加え、事業計画には「重点取組事項」として、より具体的な成果（到達目標）が設定されている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 全体会議で毎月、事業計画について進捗状況の確認や意見交換が行われている。各部署でも進捗状況が確認され、事業計画に対しての意見を役職者が集約している。1月の時点で、それまでの取組みの成果を集約したものが報告され、次年度の事業計画の策定につなげている。		
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> 年度初めに行われる保護者会で利用者や家族に事業計画の説明をしており、参加者から要望があった場合は、内容を検討した上で事業計画に反映させている。利用者にはルビやイラストをつけたものを配付し、年2回行われている利用者懇談会で事、業計画を分かりやすい言葉で説明している。		

#### 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> 定期的（3年に1回）に、第三者評価を受審している。事故防止・虐待防止・健康管理・日中活動等の各委員会で、毎月サービスの達成度の確認を行なっている。また、介護課の「ミーティングノート」や記録アプリである「ケアカルテ」の「掲示板」のコーナーで、サービスの質の向上に向けた対策について共有し、組織的な取組みとなっている。		
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
<コメント> 毎年職員による自己評価を行い、評価結果を職員にフィードバックしている。評価結果を基に、事故防止・虐待防止・健康管理・日中活動等の各委員会で改善策を検討し、計画的な改善の取組みを行っている。地域交流やボランティアの受入れ、ヘルパー外出など、改善例も多い。改善の取組みは、PDCAサイクルに沿って行われている。		

## 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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、「管理運営要綱」に役割と年度目標を記載し、職員に周知している。また、朝礼や各委員会、職員会議でも事業所の方向性を示している。災害や事故等による管理者不在時の権限委任は非常災害対策計画やBCP（事業継続計画）に記載され、代行者が明確になっている。			
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
<コメント> 管理者は身体障害者施設協議会や愛知県社会福祉協議会の心身障害者ホーム部会において、遵守すべき法令等の最新情報を取得している。また、法令等や必須の職員研修に関しては、全体会議を活用して勉強会を行い、参加できなかった職員に対しては、資料を配付する等により周知に努めている。			
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
<コメント> 管理者は各種委員会に参加し、自らの考えや事業所方針を伝えている。施設内を毎朝巡回し、利用者の声を聞いている。聴取した情報の中でも、特に利用者に関わることはインカムで直ぐに伝え、「ミーティングノート」に記載している。必要に応じて「ケアカルテ」の「掲示板」に書き込み、支援力の向上につなげている。チューター研修や交流研修など、研修の充実を図っている。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、「収益分析表」を毎月作成して経営状況を分析すると共に、職員の全体会議でも経営状況を伝えている。毎朝、事業所内を巡回しながら、利用者対応等を観察し、職員自身が困っていることや改善したいことなどを聴き取っている。職員意見から、職員休憩室を増設したり、イスラムのお祈りの場を設置するなど、働きやすい環境整備につなげている。			

### 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> 職員の採用に関しては、正規職員は法人が確保し、非正規職員は事業所で採用活動を行っている。事業所主管の非正規職員はハローワークを通じて求人し、急を要する中途採用職員や外国人労働者は人材派遣会社や職業紹介会社も活用している。新規採用職員や中途採用職員等に対しては、OJTや動画視聴研修を行っている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	① ・ b ・ c
<コメント> 「勤務姿勢（行動要件）」や「期待する職務遂行内容」、「習得技能要件」といった項目に分け、「期待する職員像」として「評価基準」が明記されている。SからDまでの5段階で評価され、昇給や昇格、賞与と連動している。パートタイマー等の非正規職員も人事評価が実施され、評価結果は賞与に上乘せされる。			
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	a ・ ① ・ c
<コメント> 職員の悩み相談窓口は産業医や上司となっている。総合的な福利厚生としては、ソウエルクラブの加入やボウリング大会といった交流会、冠婚葬祭に対応する仕組みがある。また、時間外労働は、職員一人当たり毎月数時間となっている。有給休暇の取得に関しては、全職員が年間5日は取得できているが、さらに、有給休暇の取得が進むような施策を期待したい。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 人事評価やキャリアパス制度、職員育成のための研修が行われ、一人ひとりの育成に向けた取組みが行われている。しかし、目標管理は実施されていない。目標管理は理念・基本方針をはじめとする事業所の全体目標と職員一人ひとりの目標の統合を目指す取組みであり、目標管理制度の構築を検討されたい。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 「年間計画研修」が策定され、その計画に沿って研修が実施されている。また、障害者支援者向けのオンライン研修サービス「Lean on Me」を活用し、新人教育プログラムが運用されている。研修内容については、1年ごとに評価と見直しが行われている。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 「交流研修」という法人内での意見交換会を3ヶ月に1回行い、法人職員としての意識の向上を図っている。研修後は、研修に参加した職員の報告や会議の際の勉強会など、伝達研修にも取り組んでいる。「復命書」が作成され、PDCAサイクルを活用してサービスの質の向上に反映させている。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 実習生の受入れにあたっては、基本姿勢が明文化されている。マニュアルやプログラムが作成されており、それらに沿って社会福祉士などの実習生の受入れがある。将来の職業選択や福祉の理解の一助となるよう、職員全体で取組を行っている。		

### 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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ホームページで、基本理念や事業運営方針、事業の内容、事業計画、事業報告、予算、決算等が公開されている。また、広報誌「DOUEN」が年に4回発行され、ホームページからも閲覧できるようになっている。ホームページで、第三者評価の結果や苦情情報に関しても公開することが望ましい。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 法人監事による内部監査は、報酬や切手、経理、人事、労務について実施されている。改善指摘事項は法人本部に報告され、職員にも会議等でフィードバックされている。また、外部の専門家である会計監査人による外部監査も行われている。		

### 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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 中期事業計画に、地域との関わりについての基本的な考え方が明記されている。地域との結びつきの強化や、地域交流の場とする生活介護棟の活用方法の検討がアクションプランにあげられている。市の「福祉のつどい」や「合同クリスマス会」に利用者が参加し、地域との交流を図っている。		

<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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ボランティアや学校教育等への協力について、基本姿勢を明文化したものは確認できなかった。しかし、特別支援学校の生徒を、3ヶ月（10日間）にわたって実習生として受け入れた。また、警察学校の学生をボランティアとして受け入れ、日中活動への参加や掃除等の取組みをプログラムに沿って行った。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 事業所や利用者が必要とする社会資源については、市が作成した「春日井ガイドブック」を活用している。関係機関については、春日井市地域自立支援協議会や春日井市肢体不自由児・者父母の会の会議に参加するなど、密な連携を図っている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 福祉ニーズを把握するための取組みの一つとして保護者会があり、保護者会の役員会から要望等が挙げられている。法人内の他事業所や他法人の事業所とも情報共有し、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。地域社会の福祉向上に向け、積極的な姿勢をもって役割を果たしている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 県のDCAT（災害派遣福祉チーム）に、職員1名を登録している。また、県と覚書を取り交わし、近隣の社会福祉事業所相互の応援体制を構築している。大規模災害時には、被災要配慮者の受入れも可能となっている。有事に備えて井戸を設置し、災害時に生活用水の提供ができるようにしている。</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	①	b · c
<コメント> 法人理念や基本方針の記載された「管理運営要綱」を毎年作成し、全職員に配付して周知している。法人理念が事業所内に掲示してあり、利用者・家族がいつでも確認できる。虐待防止委員会が毎月開催され、基本的な人権に関わる勉強会も開催されている。これらの取組みが奏功し、サービス管理責任者を中心に、お互いの支援を利用者目線でチェックし合える風土となっている。			
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	①	b · c
<コメント> 「個人情報保護規程」が整備されており、プライバシー保護に配慮した「介護マニュアル」をベースに支援が行われている。居室は2人部屋がほとんどであるが、間仕切りカーテンが設置してある。本人希望や利用者同士の相性を考慮して居室が決定され、合理的な配慮がある。新人職員には、入職時に「個人情報に関する文書等管理要綱」について学ぶ機会がある。			
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
<コメント> パンフレットやホームページ、広報誌等で法人・事業所の活動を公表している。ホームページは2024年9月にリニューアルされ、画像や動画により分かりやすくなっている。このホームページからパンフレットのPDFデータがダウンロードでき、ユーザーにとっては使いやすい。事業所内の掲示板にも掲示物が多く、利用希望者には個別に見学を実施して丁寧に説明している。			
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	a	② · c
<コメント> サービスの開始時や変更時に、「重要事項説明書」や「利用契約書」を用いて口頭で説明し、同意を得ている。利用者に対して、分かりやすく伝えることに試行錯誤の段階である。職員には、「文書にルビを振ったり、写真やイラストを使うことで、さらに分かりやすくなる」という認識があるが、現時点では未実施である。			
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
<コメント> 事例としては少ないが、当事業所からグループホーム等へ移行した利用者へのアフターフォローを行っている。サービス変更時には相談支援事業所とも密に連携し、他施設へ移行した利用者とは、その後も手紙や訪問を通じて交流が続いている。移行後の相談窓口等について「重要事項説明書」を用いて説明し、利用者に遠慮無く連絡や相談ができる旨を伝えている。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
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。	障33	a	② · c
<コメント> 誕生日にはリクエストメニューが実施され、利用者にとって楽しみな機会となっている。年2回、利用者の要望を聴く「懇談会」が実施されている。食事に関する嗜好調査を行い、メニューに反映させている。ただ、重度の利用者が多く、「本人の意思表出やそれを汲み取る」ことが容易ではないため、家族への定期的な満足度調査も併せて実施することを期待したい。			
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	② · c
<コメント> 法人内のエリアごとに、苦情解決委員会が年2回開催されており、透明性確保のために利用者家族の代表も参画している。定期的に職員に対して苦情解決体制の勉強会を開催し、積極的な取組みが見られる。受け付けた苦情を、必ず申立人や関係者にフィードバックしている。惜しむらくは、対外的な公表が未実施であり、改善点となる。			

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	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回の懇談会が、利用者が自由に意見や要望を述べる機会となっている。ここで出た意見を、「コンビニ外出」等の活動や行事に反映させており、懇談会が有効に機能している。個別の相談には、状況に応じて相談室や応接室、居室などが使われ、障害が重度であっても意思を汲み取ろうとする姿勢があり、利用者の安心感につながっている。</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 ・ ㉡ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者を中心に、利用者からの相談・意見を集約し、それを活かし反映させるという風土がある。利用者にとっては意見や要望を出す甲斐があり、好循環となっている。ただ、相談や意見を受け付けてから対応するまでの、一連のフローが記載されたマニュアルが整備されていない。マニュアルを整備して活用することで、さらに組織的な対応が可能となる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントに関するマニュアルが整備され、職員に周知されている。毎月、事故防止委員会が開催され、事故の要因分析や改善策、再発防止策が検討されている。また、ヒヤリハットや写真を活用してKYT（危険予知トレーニング）が頻回に実施されており、積極的に事故防止に取り組んでいる。事業所全般に、リスクマネジメントに対する意識が高い。</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	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症等に対応するための「感染症マニュアル」が整備され、定期的に見直されている。また、感染症対策委員会が年4回開催され、勉強会も定期的に行われている。障害者支援施設の特性上、感染症が発生すると感染拡大が起こりやすいが、看護師と支援員が連携し、適切なゾーニング等により拡がりを最小限に留めている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>非常災害対策BCP（事業継続計画）が整備され、全職員に周知されている。毎月避難訓練を実施し、利用者もスムーズに動けるようになっている。訓練・勉強会の内容も「非常呼集訓練」や「連絡網を活用した配信訓練」、「防災グッズや消化物品の確認」など多岐にわたり、常に防災意識の向上に努めている。非常時には、近くの警察学校との連携を想定している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「介護マニュアル」に、標準的な支援方法が網羅されている。マニュアルには、利用者の尊重やプライバシー保護についても記されており、講習やOJTを通じて全職員に周知されている。入職時研修には教材として活用しており、支柱的な役割を果たしている。これとは別に、動画やチェックシートを活用して支援の標準化・統一化を図っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「介護マニュアル」は毎年度末に見直しが行われ、更新時期が記載されている。見直した内容は、全職員に周知される仕組みがある。「マニュアル作成」→「周知」→「支援実施」→「見直し・改善」というPDCAサイクルが確立して機能しており、職員の利便性だけでなく、マニュアルが利用者にとっても安心・安定な生活につながっている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者を中心に、看護師や栄養士など他職種協働でアセスメントを行っており、きめ細かな内容となっている。利用者のためのチームワークの良さが、事業所の大きな強みと言える。詳細なアセスメントを土台として、その人らしさが出た個別支援計画が作成されている。相談支援専門員と連携（サービス等利用計画との連動）し、本人の声を適宜汲み取っている。</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>基本的には、モニタリングは6ヶ月に1度の実施である。アセスメントと同様、サービス管理責任者を中心に管理者や生活支援員、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員等、他職種協働で見直しを実施しており、小さな変化にも気づきやすい仕組みとなっている。この小さな気づきが、基本の6ヶ月よりも短い頻度でのモニタリングにつながり、好循環になっている。</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)-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。	障44	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護記録ソフト「ケアカルテ」を導入し、きめ細かな記録が行われている。スマートフォンでも閲覧可能であり、情報が迅速に職員間で共有されている。「ケアカルテ」で不足する部分は、パソコンや文書等の別の方法が使われている。さらに、「眠りスキャン」という最新鋭の機器導入により、リアルタイムで眠りに関する状態がモニタリング・記録できて仕組みもある。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「文書管理規程」に沿い、利用者に関する記録類を適切に管理している。「ケアカルテ」においては、IDとパスワードが割り当てられた職員しか閲覧できないため、漏洩を防止する仕組みとなっている。規程により保管期限を経過して処分の対象となった文書類は、専門業者によって「シュレッダー処理」でなく、「溶解処理」というより安全な方法が取られている。</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	①・b・c
<コメント> 意思表示の難しい利用者が多い中、可能な限り自己選択・自己決定の機会を提供している。特に重度の利用者に関しては、家族や職員、別の利用者にも耳を傾け、日々関わる中での様子など「複数からの情報」を基に推定することで、本人の思いにより近づこうと努めている。汲み取った意向は「訪問衣類販売」や「選択メニュー」、「コンビニ外出」などの形で実現している。			

### 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	a・②・c
<コメント> 虐待防止委員会を毎月開催し、身体拘束についても実際の具体例を出して検討している。コロナ感染のため、やむを得ず居室を施設せざるを得なくなった場合も、家族の同意を得ている。虐待が疑われる場合の「自ら通報」の事例はこれまでにない。権利擁護意識が高い事業所だからこそ「虐待かも、と思ったら必ず通報」という意識を、職員間に徹底されたい。			

### 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> 「できることは自分でやる」という方針の下、「待つこと」も大切にして、必要最小限の支援に留めている。「役に立ちたい」という利用者の気持ちから始まった食堂におけるおしぼりの準備は、利用者自らが主体的に行っており、エンパワメントの象徴的な例である。グループホームや一人暮らしを希望する利用者には、生活に必要な訓練を取り入れている。			
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> 多岐にわたる障害特性に応じたコミュニケーション方法を工夫している。その工夫は、職員間や他職種、法人外の支援機関とも共有されている。トーキングエイドなどの特殊な電子機器、筆談などはもちろんのこと、別の利用者からの情報や通訳も活用し、利用者本人の意思を汲み取ることに努めている。			

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> 職員は毎日、マンツーマンで利用者に関わる時間を必ずつくっている。1人の利用者に対して1人の職員が付く「担当制」ではなく、複数の支援員が複数の利用者を担当する「グループ制」を導入することで、利用者にとって「話しやすい職員」をつくりやすく、相談しやすい環境となっている。個別支援計画作成のプロセスには、必ず利用者本人が参画している。			
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> 利用者自身が参画して作成された個別支援計画に基づき、日々の支援が行われている。日中活動のバリエーションは、カラオケやポッチャ、活け花など10種類以上あり、最大で3つの活動に参加することができる。衣服の出張販売やコンビニ外出など、日常の活動の中に非日常を取り入れてメリハリをつけている。			
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> 身体障害に加えて知的障害を重複する利用者も多く、その状況は多岐に及ぶ。そのため、障害に関する勉強会を職員全体やグループで頻回に開催し、知識やスキルの向上に努めている。また、機能訓練の時間が設けてあり、理学療法士のプランに従って実施している。その際の訓練記録も作成されている。			

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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画とは別に、きめ細かなアセスメントに基づいて作成された栄養ケア計画、リハビリテーション計画があり、利用者の心身の状態に応じた生活支援が行われている。嗜好調査の結果を反映した食事を提供し、さらに管理栄養士は必要に応じてペースト食や補助食品についても助言し、様々な情報提供を行っている。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>腰痛予防のため、「ノーリフトケア」を推進している。移乗を補助するロボットやスライディングボードなどの最新機器を積極的に導入し、利用者、職員双方の安心・安全に寄与している。また、利用者のADLや好みに合わせたベッド、マット等を居室に備え、個室か2人部屋かの希望を調査するなど、少しでも快適な住環境を提供できるよう努めている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>機能訓練指導員によりリハビリテーション計画が実施され、さらに見直しもできている。また、生活支援員と機能訓練指導員は密に連携を取り、利用者一人ひとりに合った訓練プログラムを提供している。地域の総合病院から理学療法士を毎週迎えることで、利用者自身の訓練に対する動機付けにもなっている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>健康診断を年2回、歯科検診を年1回、すべての利用者が受診している。さらに、嘱託医や歯科医による定期受診も実施している。日常生活において、少しでも健康状態に変化があれば、すぐに関係部署と連絡を取り合って対応できている。在籍する看護師4名のうち3名が常勤であり、職員と看護師との連携が取りやすい環境である。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>健康管理委員会が毎月開催され、利用者の健康に関する情報共有と検討が行われている。また、看護師によって服薬管理は厳重かつ正確に行われている。電子カルテ（ケアカルテ）による情報共有の仕組みがある。心肺蘇生の研修開催など、看護師が中心となって職員に対して積極的に働きかけている。</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	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意向を尊重した支援ができるよう、常に意識して支援にあたっており、協力的なボランティアもいる。ただ、その活動が事業所内に留まって完結しているケースも多い。移動支援を利用して外出する利用者も一部いる。相談支援事業所をはじめ、他のサービスとの連携・役割分担し、利用可能な社会資源を活用して外出の機会を増えることを期待したい。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援会議にて地域移行への意思確認を行っているが、希望はほとんど無い。興味がある利用者に対しては、相談支援専門員と連携して見学・体験の機会を提供している。ただ、地域移行に関する具体的なイメージを持っていないと希望も生まれにくい。現在希望がない利用者にも見学の機会を提供するなど、意思決定支援、意思形成支援とも併せて支援されたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> コロナ禍以前より、家族が事業所に関わる機会が増えている。家族による居室への訪問が制限されていることも、家族の意見によるものであり、事業所としては悩ましいところである。しかし、今回の家族アンケートでは、複数の家族から「居室で本人と面会したい」との訴えがあることから、何らかの方法で対処することが望ましい。			
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			