

愛知県福祉サービス第三評価事業 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	訪問調査日：平成29年 2月22日（木）
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称： にじの家	種別：生活介護	
代表者氏名： 三輪 拓子	定員（利用人数）：20名（39名）	
所在地：愛知県岡崎市欠町字清水田6番地2		
TEL：0564（87）3911		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成13年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 岡崎市福祉事業団		
職員数	常勤職員：15名	
専門職員	管理者（看護師） 1名	保育士 2名
	理学療法士 1名	介護福祉士 9名
	看護師・准看護師 6名	社会福祉士 1名
	調理員 3名	生活支援員 2名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 食堂兼介護室、着衣室
		浴室、車いす用トイレ6室、厨房
		ホール、検収室、事務室、休養室
		機械室、廊下、倉庫、その他

③理念・基本方針

★理念	
・法人	福祉のこころを育み、選ばれ、信頼される地域に根ざした主体性のある事業団として確立します。
・施設・事業所	岡崎市福祉事業団は、今後の福祉社会づくりに先駆的先導的役割を担い、岡崎市及び福祉関係機関と連携し、福祉を支える人を育てるなど、地域福祉に貢献する事業を展開します。 そして、専門職としてのノウハウを活かした質の高いサービスの提供、利用者が望む多様な福祉サービスの個別ニーズへの対応、地域における福祉サービスの中核的役割を担うため経営の自立性と透明性を図り安定した事業経営を目指します。

★基本方針

常時介護を要する利用者に対し、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、日常生活の自立援助、社会生活参加促進に向けた支援を総合的に適切かつ効果的に行ないます。

④施設・事業所の特徴的な取組

○人員配置…有資格者を多く配置し(人員配置加算1.7:1)、手厚い支援を行っている。
○看護師配置…常勤、非常勤合わせて6人の(准)看護師を配置しており、医療的ケアの必要な利用者も安心して利用頂けるような体制を整えている。
○常勤の理学療法士が配置されており、多職種協働により、利用者ごとにリハビリテーション実施計画を作成、計画に基づいたリハビリの提供を行っている。
○重い障害を持った利用者に対して、車いすやベッドに寝かせきりにするのではなく、フロアに降りて休憩する時間、車いすに乗り活動する時間と、メリハリをつけた支援を行っている。また、社会生活参加の促進として、年1回の市外への遠足の他、花見や鯉のぼり見学、ボウリング、喫茶体験等、月1回程度は外出できるよう行事計画を立て、実行している。
○重介護の利用者が安全に安心して入浴が出来るように機械浴槽を2台整備し、複数人介助にて入浴の支援を行っている。また、入浴のない利用者に対しては、その間、リハビリを実施している。
○食事について…管理栄養士が立てた献立を事業所内の厨房で調理し、出来たての美味しい食事を提供している。普通食の他、きざみ食、ミキサー食など利用者の嚥下機能に合わせた食事を提供している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年10月1日(契約日)～ 平成30年5月29日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	0回(平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆重度障害者の受入れ

医療的ケアの必要な重症心身障害者を受入れ、日中活動、入浴、リハビリ等の個々のニーズに沿ったプログラムを実施している。さらに、今年度からは、人工呼吸器を常時必要とする利用者を受け入れており、利用対象を拡大する等、地域での障害者福祉の貴重な社会資源となっている。

◆働きやすい職場づくり

休暇取得やメンタルヘルスケア、腰痛対策等々、適切な労務管理と福利厚生施策により、ワーク・ライフ・バランスが取れ、働く側の視点を重視した職場環境への配慮がなされている。

◆安心安全と快適性を重視した支援環境

浴室やトイレ、ホールのリラックススペース等のハード面、PT(理学療法士)による個別に配慮したり、リハビリ支援や本人意向を重視した日中プログラム等のソフト面と、双方の環境設定により、個々の利用者にとって適正且つ快適な支援を行っている。

◇改善を求められる点

◆職員の将来設計

法人や事業者側としての「期待する職員像」が示されていないため、職員がキャリア設計や自身の生活設計が立て辛く、将来展望を描きにくい。モチベーションの維持高揚と人材定着という点からも、キャリアパスの構築等による職員の将来の姿の“見える化”を図られたい。

◆職員個々の研修計画の作成

職員個々についての年間の研修計画が策定されていないため、職員が自己研鑽の見通しが立て辛く、支援技術等の向上意識の低下も懸念される。人事考課の結果から職員個々の教育ニーズを把握し、法人や事業所が策定した研修計画に沿って、職員個々の研修計画の作成が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回このような評価を受けるにあたり、60項目にわたる業務内容を振り返るいい機会となりました。

総評の「特に評価の高い点」にありました「重度障害者の受入れ」については職員自身も高い自己評価をしているので、今後もその強みを活かしていきたいと考えています。

逆に「改善を求められる点」にありました「職員の将来設計」や「職員個々の研修計画の作成」については、評価内容を基に改善に努めたいです。

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 a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
理念、基本方針は、法人のクレドカードと共に毎日のミーティングで読み込まれ、また所内に掲示されて周知されている。利用者、家族に対しては、「重要事項説明書」に基本方針が明示されているが、分かり易く工夫した資料等は用意されておらず、特に利用者への周知に関しては課題を残す。		

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。		
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
評価機関のコメント		
毎月2回の施設長会議にて事業経営の状況を把握し、経営協の機関紙や福祉新聞の供覧により社会福祉の動向や制度等も理解している。本部へは毎月事業の状況や稼働率を報告し、コスト分析等により法人と事業所の課題を明確にしている。		
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 a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
収支状況や利用率等の経営指標は、毎月本部(総務課)へ報告され集計されている。また、人員体制についても管理者より本部へ要望が出され、集約されている。管理者は「組織重点目標」を作成する上で、「環境分析シート」により外部環境・内部環境の分析を行い、経営課題を抽出している。一方で、職員周知という点では、経営上の問題については十分とは言えない面がある。		

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 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
数値データを伴う5ヶ年、10ヶ年の中・長期計画が策定され、経営の指標となっている。基本方針を受けた内容となっており、経営状況に応じて見直しが行われている。		

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
単年度の事業計画は、中・長期計画を受けて策定されている。項目を絞り、重点課題への取り組みを中心とした内容となっているが、事業内容全般を網羅したものではない。特に、サービスの中身について、必要項目の洗い出しを検討されたい。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画策定にあたっては、PT(理学療法士)やサービス管理責任者の参画の下で管理者が素案を作成し、リーダーや職員個々の意見を参考に修正されている。しかしながら、計画の実施状況や評価、見直しに関して、これに特化した検討会議等は設定されていないため、実効性のある計画実施に向け、対策を再考されたい。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページでの公開や、年2回のモニタリングにて必要に応じて家族に説明がなされるが、一層の理解浸透への取り組みが望まれる。また、支援の主体である利用者への周知については、資料の工夫等、理解への一層の配慮をされたい。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービス向上に向けては、利用者・家族への満足度調査を実施し、集計と分析を行って支援に活かしている。また、職員へは支援内容全般について「指定管理モニタリング」を年2回行っている。ここでの職員意見を基に項目の適否を、さらに「施設目標チェックシート」により目標に対する評価、改善を行っている。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者・家族の満足度調査の結果を分析し、職員間で共有している。また、「施設目標チェックシート」による評価に関しても改善に取り組んでいる。しかしながら、課題の解決や改善に関し、改善計画書は無く、また改善過程も不明瞭な部分がある。それぞれの取り組みについて、責任者(誰が?)、期限(いつまでに?)、具体的な実施方法(何を?)を明確にして取り組むことを望みたい。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者(館長)は、「組織重点目標」の中に目標や対処方法を明記している。また、利用者・家族に向けては、管理者名で各種通知を行っている。管理者自らの職務分掌については、定款や運営規定に定められており、緊急時や有事での管理者不在時の権限委任は副館長に委任されている。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>市が開催する事業所説明会に参加し、法律や基準改正等の情報を得て、職員に周知している。また、「障害者差別解消法」や虐待防止等、喫緊の事項等に関する研修会に参加したり、福祉新聞で情報収集する等、コンプライアンス遵守に向けての幾重もの取り組みを行っている。「就業規則」のサービスの禁止事項には、「職務に関し供応、贈与を受け取る行為」が明記されている。</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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>「指定管理モニタリング」にて年2回の評価・分析を実施し、提出するとともに改善に向けて取り組んでいる。職員の意見に関しては、毎日のミーティングや年1回のフォローアップ面接で聴取しているが、サービス向上に特化したものではない。また、「サービス向上委員会」のような組織的な取り組みもなされていないため、サービス向上に向けた有効な対策を考えられたい。</p>			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は、毎月収支分析や労務対策を行っている。主査級以上の職員は、個々の経営改善目標を定めて取り組んでいる。法人には、総務課の中に「財務企画班」を置き、財務改善に取り組んでいるが、事業所内の業務改善に向けては組織的に取り組まれておらず、検討の余地を残す。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>求人から採用までの人材確保に関しては、法人が策定した採用計画の下に一括管理している。管理者は、職務分掌に沿い、人員配置要望書を提出している。また、育成については、職位別研修を実施し対処している。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>人事評価制度を導入し、人事考課から目標管理、昇給・昇格基準等が定められ、運用されている。法人の方針の中に、「期待する職員像」といった職員が目指すべき将来像が示されていない点は、将来設計への不安要素であり、職員個々のモチベーション維持の側面からも、前向きな検討が期待される。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
有給休暇や時間外労働のデータ管理、産休・育休の取得、共済会への加入、メンタルチェックや健康診断受診等々、ワーク・ライフ・バランスに配慮した労務管理や福利厚生施策を実施し、働きやすい職場作りに努めている。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
目標管理による個人目標設定と評価を実施し、さらに中間面談を含む管理者面談を実施して職員の育成を図っている。一方で、「組織が期待する職員像」が明確でないため、長期を見通した人材育成という視点からは、若干後退する感は否めない。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
職員は法人内研修、外部研修に参加するものの、研修計画が策定されていないため、研修の効果測定や計画の評価、見直しが出来ない。また、既に有資格者が多いこともあり、専門技術や資格取得に対しての支援は消極的である。研修を含め、資質向上に関する方針の再検討を期待する。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
職員全員の研修機会は確保されている。しかしながら、職員個々の研修計画が策定されていないため、職員が研修、研鑽の見通しが立て辛く、自己向上の意欲低下を招きかねない。是非とも計画的な研修実施を図られたい。		
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		
実習生の受入れマニュアルが整備され、方針や手順が明記されている。介護福祉士に関しては、指導者が指定プログラムに沿った実習指導を行っている。		

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
ホームページや法人広報誌、事業所だよりにて、様々な情報公開を行っている。苦情解決に関しては、システムとしては確立しているが、公表に至っていない。苦情解決に関する規程やマニュアルに、苦情情報等を公表するプロセスを追記し、適切な公表をすることが望まれる。事業所パンフレットは、市役所に設置されている。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>経理、取引等は「経理規程」、「経理マニュアル」に沿った対応がなされている。また、内部監査としては、法人監事の税理士が半期ごとに実施している。今後は、「社会福祉法」が求めるレベルの外部監査の導入により、一層の透明性確保に努めたい。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>基本方針の中に、双方向の交流が謳われ、また「運営規程」には社会参加の提供が明記されている。プログラムとして、月1回程度の外出支援、毎年の夏まつり開催、小学校との交流等、積極的な交流活動を実施している。</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。	障 24	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>「ボランティア活動要綱」、「ボランティアマニュアル」が整備され、組織的な対応がなされている。音楽、介助、清掃等の定期的ボランティアも多く、初めての方にはオリエンテーションを実施している。小・中学生の学校教育への協力、夏休みの大学生等々、積極的な受け入れを行っている。</p>			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
<p>自立支援協議会の生活介護事業所部会では定期的な会合が持たれ、情報共有や共通課題の対応を協議している。職員へは、ミーティングにて周知を図っている。事業所、利用者に必要な社会資源については、常に明確にしておきたい。</p>			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
<p>小・中学校や特別支援学校の体験学習、法人夏祭り、福祉避難所登録等、事業所機能の地域還元を行っている。今後は、専門性を活かした地域向けの講演会や相談活動、また他団体との連携による地域の活性化事業等、更なる機能還元を図ることが望まれる。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>在宅の重度障害者受け入れという地域ニーズに、最大限応える形で事業運営を行っている。また、小・中学校の職場体験、家裁の触法少年の受け入れ、ヘルパー研修の低額実施等、地域貢献事業も実施し、地域福祉向上に努めている。</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			
朝のミーティングで法人の理念を読み合わせ、職員の理解を深めている。また、人権や権利擁護に関する研修にも定期的に参加し、報告会にて全職員に周知している。法人としての取り組みで権利擁護についてのセルフチェックを年2回実施し、集計・分析してサービスの改善に向けての意識を高めている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者家族に「個人情報使用同意書」にて確認を取り、どのような時に個人情報を使用するかを明確にしている。権利擁護に関する研修に参加し、報告会にて全職員に周知を図っている。また、マニュアルの関連する部分には、権利擁護について明記されている。利用者アンケートでも、利用者のプライバシーが保護されているとの多数の回答があった。			
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			
重度身体障害者を受け入れる施設として認知されており、随時他の施設では受け入れが難しい方からの電話での相談に応じている。見学や体験利用も実施している。市役所に設置しているパンフレット等の情報は適宜見直しをしている。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始にあたって、契約内容や重要事項等は書面を用いて説明しているが、専門用語等について分かりやすくする等の工夫は十分ではない。また、障害の特性等により、説明時に利用者本人が同席しないことがこれまでであった。お互いの顔を見ながら説明することが今後の関係づくりにおいて大切なことと捉え、今後は利用者、家族両者の同席をルール化されたい。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
近隣に重度身体障害者を受け入れる入所施設ができたことで数名が移行しており、今後も数名の移行が予定されている。移行先への情報提供については、退所時に利用者及び家族より同意書を取っている。また、利用者本人のみならず、家族の気持ちにも寄り添い、不安を解消できるように相談に応じている。退所手続きの手順は明確化されておらず、マニュアルの整備が求められる。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
半年ごとのモニタリング、施設利用者の家族が半数ほど参加している肢体不自由者父母の会への参加等で、利用者及び保護者等の意見を汲み取る機会を持っている。また、年に1度の満足度調査では、施設長が中心となって分析し、改善に向けた取り組みを実施している。しかし、これまでに利用者参画での満足度向上の機会はなく、今後、小グループでの活動を通して意見交換の場を設けられたい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の体制は整備されており、「重要事項説明書」にも明記されている。また、分かりやすい「苦情受付マニュアル」もある。今年度は一般の方から公用車の運転についての苦情を受け付け、マニュアルに沿って解決した。利用者に対しては苦情の言いづらさを少しでも解消するために「苦情記入カード」を配布しているものの、苦情はあがってきていない。苦情のホームページ等への公表については実施されていない。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者一人ひとりの障害特性に合わせて意思伝達装置、絵カード、口頭、指差し、実物の提示等の工夫をして意見を述べやすくしている。また、選択肢を2つに絞り、どちらかを選ぶという分かりやすい方法でコミュニケーションを取っている。必要に応じて相談室を使用し、相談時のプライバシーにも配慮している。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの意見があった場合、その日の午後のミーティングで情報を共有し、対応策を検討している。また、アセスメントに追記することでのちに担当者が替わっても相談や要望が分かるようにしている。重度の利用者に対して複数の職員で支援することが多く、相談が発生した時の情報共有はしやすい環境にあるものの、マニュアルが整備されていないため手順が明確になっていない。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人内でリスクマネジメントを担う組織が構成されており、にじの家からも担当者が参加している。利用者の障害特性から職員のリスクマネジメントへの意識が高く、法人内のどの施設よりもヒヤリハットの件数が多い。施設におけるヒヤリハットを集計分析し、職員教育に生かしている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
感染症に対応するためのマニュアルを整備し、看護師による支援員への周知もなされている。毎朝の登園時に検温等のバイタルチェックを実施し、連絡帳等で家族と連携して健康状態の把握に努めている。家族の健康状態への意識が高く、体調に少しでも異常を感じたら無理せず休ませることが多い。また、利用中の体調不良時には別室で過ごしてもらう等、万が一への備えもある。その結果、これまで施設内において感染症の発生はない。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
計画的に避難訓練を実施している。建物は平屋で車椅子などが移動しやすい造りとなっており、避難誘導に支障をきたすものはない。備品も整理整頓されており、窓ガラスも強化ガラスを使用している。災害発生時の連絡先や対応方法を明記した「災害時対応カード」を全職員が携帯している。施設利用中に災害が発生しても対応できるよう、利用者は予備薬を3日分持参している。病院との連携もあり、不足分の薬を処方してもらうこともできる。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
サービスの標準的な実施方法についてのマニュアルが整備されており、毎日のミーティングやOJTによって周知徹底されている。		

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
マニュアルの見直しをした際に日付の記載がない。また、データが上書きされているため、古いものと新しいものが混在することはないが、改善点を確認することができない。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントには利用者のニーズが明記されており、個別支援計画にもそれが反映されている。また、個別支援計画策定時には看護師、栄養士等の関係職員の意見も盛り込まれている。計画から実施、評価の流れもスムーズであり、計画に関する利用者からの満足度も高い。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
半年に1度のモニタリングで見直しを図っている。利用者及び家族との面談で意向を把握し、全職員が集まる会議で評価、見直しが行われている。変更内容はミーティングで確実に周知されている。利用者の状況の変化等で不定期に見直しをする場合もあり、その際も同様の手順で行われている。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎日のミーティングで報告があり、職員間の連絡帳及び利用者個人のケースファイルにも記録として残されている。当日不参加だった職員はのちの出勤時に必ず記録を確認し、情報を共有している。また、グループごとにチームリーダーが周知の徹底を図っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」があり、全職員が法人内の入社時研修で守秘義務についての研修を受けている。利用者の情報は事務所内で一括管理されており、ケースファイル等が持ち出されることはない。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
重度身障者のエンパワメントとして、自己決定と選択による意思表示を重要視している。意思表示が難しい利用者に対しては選択肢を設け、個人に合ったコミュニケーションの手段によって選んでもらっている。自己決定が難しい利用者は、日常からの本人の思いや家族の意向を確認している。しかし、まだ利用者の意思の汲み取りが十分ではなく、今後小グループでの聞き取り等、さらなる利用者尊重の取り組みを検討している。			

A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A② 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
全職員が年2回セルフチェックを行っている。その結果を分析し、ミーティング等で課題の認識や改善点の検討を行っている。外部の虐待防止研修にも参加し、内容を周知している。利用者を守るための安全ベルトやサイドレール等が行動抑制になる可能性について職員間で議論し、起こりうる権利侵害の予防にも積極的に取り組んでいる。		

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。	障 48 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個別支援計画には自律、自立生活に向けた内容が反映されており、個々の障害に合った介助方法が実行されている。また、利用者の状況の変化等により介助方法の変更をする場合は、専門職の意見も交えて本人及び家族に提案している。また、他事業所を併用している利用者については、相談支援事業所を通して連携を図っている。		
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。	障 49 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
絵カードやボード等、個々に合ったコミュニケーションの手段を用いている。また、家族との連絡帳等でのやり取りで本人の情報を把握し、表情の変化等にも気を配っている。利用者一人ひとりにリハビリ計画があり、それを基に口腔体操等でコミュニケーション能力の向上も目指している。		
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。	障 50 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの要望はその都度聞き取って対応し、ミーティング等で周知している。しかし、その場のみでの対応が多く、個別支援計画に関連付けていく仕組みが十分ではない。また、意思表示が難しい利用者の要望を聞き取る環境が十分ではない。		
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。	障 51 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
グループでの活動や選択活動を実施しているが、利用者のニーズを満たすには十分ではない。より小グループでの活動を定例化し、利用者の嗜好、ニーズを反映させた活動にしていくことを望みたい。		
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。	障 52 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
人工呼吸器を常時必要とする利用者が、新たに利用を開始した。これまでに支援の例がないことから、支援方法について、看護師が医療的ケアについての研修に参加し、各職員に伝達している。介助方法等は新人職員に対して経験豊富な職員がマンツーマンで対応し、OJTできめ細かく教育している。		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧ 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個別支援計画はリハビリ計画とは異なり、利用者のニーズに基づいた「やりたいこと」に重きが置かれている。食事については嗜好調査や食べやすい形態についての調査が定期的に行われている。入浴の利用は、利用者の希望を受けてスケジュールを調整している。排泄、移動、移乗は利用者の心身の状況に応じて行われており、随時見直しが行われている。		

A-2-(3) 生活環境			
A ^⑨ 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>利用者の快適性に配慮し、浴室やトイレは安全、清潔に保たれている。食事支援においては、マンツーマン対応にてゆったりとした雰囲気の中で安全に食べられる環境となっている。ホールには畳のリラックススペースがあり、車いすから降りてくつろぐことが出来る。車いすやストレッチャー等への移乗時にベルトの閉め忘れというヒヤリハットが数件挙がっているものの、職員間で注意すべきこととしての認識があり、事故の発生には至っていない。</p>			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A ^⑩ 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
評価機関のコメント			
<p>3ヶ月に1度リハビリ会議を開催し、リハビリ計画を策定、見直しをしている。そのリハビリ計画を基に毎日のリハビリを実施し、リハビリカードに記録している。また、近隣の専門医からのPT(理学療法士)巡回相談も行っている。エンパワメントの視点から、ロッカーを本人の手が届く位置に代えたり、トイレ等で自分でできることは見守りをする等、個別に対応している。</p>			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A ^⑪ 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>看護師による登所時のバイタルチェックの他、入浴時の全身チェック、排泄チェック等、健康状態には常に配慮している。障害の特性上、家庭で体調不良の兆候があった場合は、無理せず休ませることがほとんどであるため、施設利用時に急変することは少ない。障害によってバイタルの値が健常者と異なる場合があることや、家庭と施設との健康管理において認識が異なる部分もあり、ギャップが生じている。</p>			
A ^⑫ 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>医療的ケアを必要とする利用者が多く、保護者からの情報を基に看護師が対応している。「看護師申し送り簿」を活用し、看護師間の連携に努めている。しかしながら、非常勤の看護師に対する研修の機会が十分ではない。また、嘱託医が定期的に来ているが十分に活用できていない。</p>			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A ^⑬ 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>利用者の希望を基に、利用者それぞれに合った外出、喫茶体験、ボーリング等の企画を実施している。施設行事においても、自らの希望を表出できる利用者は企画段階から参画し、利用者の意見が色濃く反映された行事となっている。地域の高校生による吹奏楽の演奏会や、車椅子ダンス等のボランティア、特別支援学校との交流等、社会参加の機会が多い。</p>			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A ^⑭ 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>重度の身体障害者がほとんどであり、現在の家庭からの通所生活を維持することが課題となっている。長期入院中の利用者に対して、スムーズに復帰できるようにするための医療面等の体制作り等、病院、保護者と連携して行っている。法人内にグループホームがなく、地域移行支援のための環境が十分とはいえない。</p>			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A ^⑮ 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
評価機関のコメント			
<p>定期的開催される父母の会に職員が参加し、意見交換の場を持っている。また、利用者の健康状態の把握のため、こまめに連絡を取り合っている。入所施設移行後の家族の相談にも応じる等、家族との連携は十分に取れている。</p>			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A ^⑩ 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			
A ^⑪ 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
評価機関のコメント			
非該当			
A ^⑫ 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
評価機関のコメント			
非該当			
A ^⑬ 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
評価機関のコメント			
非該当			