

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：生活介護 Masa夢	種別：生活介護	
代表者氏名：加治屋 聡美	定員（利用人数）：38名（64名）	
所在地：愛知県春日井市前並町字東屋敷9-2		
TEL：0568-35-5514		
ホームページ： http://yumenoie.or.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成26年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 明知会		
職員数	常勤職員：7名	非常勤職員：27名
専門職員	（管理者）1名	（介護福祉士）11名
	（事務職員）1名	（看護師）4名
	（サービス管理責任者）1名	（理学療法士）2名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）食堂 相談室 WC
		浴室 厨房 事務室
		訓練作業室1・2

③理念・基本方針

★理念

1. 個人の尊厳を大切に、未来に大きな夢のある楽しい生活ができる施設を目指します。
2. 職員は温もりのある心で援助にあたり、皆が和やかに過ごせる施設を目指します。
3. 明知会は地域に開かれた福祉の拠点として親しまれる施設を目指します。

★基本方針

- ・利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、常時介護を要する利用者に対して、入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとする。
- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって生活介護を提供するよう努める。
- ・居宅に近い環境の中で、地域及び家族との結びつきを重視した運営を行うことを旨とし、市町村、指定障害者支援施設、指定障害福祉サービス事業を行う者その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。
- ・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者福祉サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号）及び指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年愛知県条例第72号）その他関係法令を遵守し、事業を実施する。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・法人理念、基本方針を基に、利用者・保護者の声に真摯に向き合い、信用と信頼を得られるよう取り組んでいる。
- ・創作的活動プログラムを提供し利用者が自己決定・自己選択にて参加できる体制を整えている。生産活動では働くことを通じて社会の一員であることを実感していただく機会を提供している。また、イベント外出において、社会と関わる機会を設けている。
- ・併設の喫茶、カラオケルームは地域住民の集いの場となり、福祉の輪が広がるようサロンの開催や手作り品の販売等を行っている。また、福祉機器の貸出、外部からの訪問販売者に敷地の提供を行っている。
- ・ご利用者の健康と衛生面の管理を行い、平時からの感染症対策を行っている。
- ・職員の有給取得を促し、労働環境整備を行っている。
- ・個々の事情に応じた多様な雇用形態で働き方を選択し職員の定着向上を図っている。また、法人において実務者研修を行い資格を取得しやすい環境を整えている。
- ・法人季刊誌や事業所通信、ホームページを活用して活動内容を保護者や地域の方々へ向け発信を行っている。
- ・ノーリフティングケアの導入を行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 6月26日(契約日) ~ 令和 6年 4月24日(評価決定日) 【令和 6年 1月12日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (令和 2年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆地域に根付いた事業所

地域に開けた事業所を目指し、併設した喫茶店を活用したワークショップの開催や敷地内に販売車両を招くなどの地域交流を図っている。また、地域のパン屋からの協力を得て、地域のデイサービスにパンの提供を行うなど、幅の広い活動を行っている。経営においては、利用率などの分析のほか、自立支援協議会などから地域の福祉ニーズを集めるなどの取組みが見られる。

◆ワーク・ライフ・バランスへの配慮

労働環境については、育児休業や有給休暇の消化、また子どもの長期休暇時に職場に子どもを同伴して勤務を行える環境を整えるなど、職員の状態に合わせた働きやすい環境づくりを行っている。ワーク・ライフ・バランスへの配慮が行き届いている。

◆利用者の意向の尊重

利用者のニーズに対して、直接対話をしながらニーズの聞き取りを行うほか、日々のサービスの実施状況について管理者と職員が密に連絡を取り合い、利用者個々に焦点を充てた支援が実施されている。利用者一人ひとりの意向を尊重した支援に関しては、高く評価したい。

◇改善を求められる点

◆

中・長期計画の策定はあるが、計画に伴う予算との連動があると、計画がより具体的になる。また、単年度の事業計画について、年度の振返りについては具体的な取組みの評価がされていたが、計画の内容については具体性に欠けた表記になっている。事業計画に数値目標や具体的な到達点等を設定して取組み、年度末の最終評価に具体性を加えられたい。

◆専門性を持った支援のために

様々な障害を持った利用者に対応するため、研修計画を立てて実施しているが、専門的なスキルの習得や意思決定支援などが、今後の課題となっている。また、現場支援に必要なマニュアルについて、見直しの時期の設定や手順について明確になっていない点がある。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受講し、今回もたくさんの気づきを頂きました。課題については、特に単年度の事業計画においての具体的な数値的目標を策定し早急に取り組んで参ります。また、高い評価を頂いた点についても、引き続きサービスの向上と継続となるよう努めて参ります。

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> ホームページに理念や基本方針を記載している。また月1回発行している「MASA夢だより」にも年に1度理念などを載せている。職人に対しては、毎年4月に理念の確認を行うほか、毎日の朝礼時に基本方針の唱和を行っている。利用者に対しては、帰りの会を活用して伝え、保護者に対しては、月末に手紙を配布するなどの対応を取っている。			

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> 社会福祉事業の動向については、自立支援協議会への参加のほか、身体障害者施設協議会の会員となり、研修や会議に参加をすることで、情報を得ている。この情報は代表者会議にて共有を行い、分析が行われている。経営環境については、会計監査の結果などを法人と確認するほか、利用者の利用状況を毎月分析している。			
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	①・b・c
<コメント> 経営状況や改善すべき課題について、請求一覧や会計監査の結果から課題の分析を行っている。課長・施設長会議では、利用者の利用率の確認を行っている。利用者や職員の情報について共有し、利用率を高めるための対応について協議している。職員に対してはUP会議やケア会議を通じて情報の共有化を図っている。利用者活動アンケートなどの満足度調査を行っている。			

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	a・①・c
<コメント> 中・長期計画について作成はされている。この計画に対する予算などの連動性や、進捗の状況確認などの面で弱い点がある。			
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・①・c
<コメント> 中・長期計画に基づいて、単年度の事業計画が作成されている。単年度の事業計画は、支援内容を基に作成されている。計画に対しての評価については具体的に記されているが、評価を踏まえた計画の説明についても、具体的な表現にすることが望ましい。			

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>事業計画の策定については、日々の連絡の欄に職員に記入してもらっているものを参考にするほか、会議で出された内容も参考にしている。利用者からの意見については、帰りの会で出た意見や年に1度行うアンケートの内容を反映させている。事業計画の内容については、4月の職員会議を通して行われているが、作成の時期や手順について、課題が残る。</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	⑦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画の内容については、利用者の帰りの会を通じて確認を行っている。また家族に対しては、コロナ感染症が発生する前には、報告会を通じて行っていた。現在は感染のリスク軽減の観点から、月間便りを通じて周知を図っている。</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	a ・ ⑧ ・ c
<p><コメント></p> <p>職員に対して年に1度、自己評価の実施のほか、第三者評価も定期的に受審している。これらの結果は、代表者会議などで分析されている。自己評価及び第三者評価の結果を参考にして、支援や対応の見直しを行っている。また、支援やケアの実施について、複数の職員で確認も行っているが、組織的なPDCAサイクルによる確認方法については、検討の余地がある。</p>		
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 ・ ⑨ ・ c
<p><コメント></p> <p>第三者評価や自己評価の結果については、職員会議などを通じて確認されている。結果内容から支援について見直しを行うほか、実施にあたっては職員が立ち合い確認を行っている。また事業計画にこれらの内容を盛り込んでいる。今後、分析結果から導き出された課題の記述や、事業計画への具体的な記述について整理することが望まれる。</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	a	ⓑ	c
<コメント> 年間目標や月間目標は事務所に掲示がされている。また、職員の朝礼時にも目標の確認がされている。管理者の役割と責任については「職務権限規程」に示している。職務権限の職員への周知については、弱い部分がある。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 取引先の事業者などの関係機関に対して、法人の「法令順守規程」に則り、適正に対応をしている。虐待防止に関する法令や防災、雇用関連などについては、研修への参加や動画の視聴などによって、知識の習得に努めている。職員に対しては、職員会議を通じて必要な情報を提供している。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 満足度調査の実施や利用者や保護者から直接聞いた内容から、サービスの質の現状把握を行っている。管理者は各種会議に参加し、必要に応じて助言を行っている。また、職員の自己評価についても振り返りを行い、直接的に指導・助言を行っている。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 経営状況の把握に関しては、利用率の確認や収入見込みの確認を行い、毎月分析を行っている。また、会計監査も毎月行っている。労働環境については、タブレットを活用することでケアカルテの見直しを円滑に行えるようにしたほか、介護リフトの導入を行うことで、改善を図っている。職員会議を通じ、人員配置や環境整備について協議がされている。				

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	ⓑ	c
<コメント> 事業計画に、人員配置について記されている。人材の育成については研修の実施のほか、介護福祉士の取得を後押しするために実務者研修を事業所で行うなどの取組みが行ある。人材確保については、管理者が事業所の職員配置の状況を見て、法人と連携して採用を行っている。人材育成についての具体的な取組みがあるが、計画については見直しが必要となる。				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ	c
<コメント> 法人理念や事業の目的に、職員の支援に対する考えが示されている。昇給については、「給与規程」に示されている。人事評価については、OJTで確認し、基準を充たしてから次の段階に進むなど、丁寧な対応がなされている。また、事業所への貢献度については、行った実績を吸い上げて評価をしている。キャリアパスについて、検討することが望ましい。				
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り組んでいる。	障16	Ⓐ	b	c
<コメント> 管理者が有給休暇や時間外労働を把握し、労務管理責任者である法人常務と情報を共有している。職員の心身の健康と安全の確保については、ストレスチェックを実施し、必要に応じて産業医に受診が可能である。職員のライフスタイルに応じた働きができるよう、育児休業や勤務時間を短縮して働くことができる。子どもが長期休暇の場合には、同伴の出勤を認めている。				

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	① ・ b ・ c
<コメント> 職員の個人目標については、面談を通じて確認をしている。また、朝礼にて月間の目標について確認するなど、定期的な確認が行われている。		
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
<コメント> 年間の研修計画が立てられている。研修は動画を見て受講するため、職員のタイミングで参加できるようになっている。見た内容については、所感を記述して提出をさせている。研修後に職員の支援に不足を感じる場合には、再確認をしてもらっている。また、研修内容に修正などがあれば、適宜修正を行っている。見直しの基準や時期などは定められていない。		
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
<コメント> 職員の知識や資格取得の状況の把握については、査定と連動させて管理しており、法人及び事業所（管理者）は把握している。新人職員に対しては、業務内容をいくつかに分け、段階的にステップアップが図れるよう、OJTを実施している。外部研修については、職員に県・社会福祉協議会などからの研修案内の情報を提供し、周知を図っている。		
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	a ・ ① ・ c
<コメント> 実習生の受入れに関して、対応マニュアルは整備されている。実習プログラムについては、実習依頼先と確認の上で作成されている。実習は現場職員の協力も必要となるため、実習の指導ポイントを現場の職員も一緒に確認するなどの対応をしている。課題としては、受入れに対する基本姿勢やマニュアルの内容の弱さ、指導者に対する教育等が挙げられる。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 理念や基本方針、提供するサービスの内容がホームページで公開されている。またパンフレットや機関誌が、学校や福祉事業所、社会福祉協議会等に配布されている。事業所内にある喫茶店にも理念が掲示され、地域への周知に工夫が見られる。第三者評価については、受審結果を愛知県福祉サービス第三者評価推進センターのホームページ上で公開している。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 「経理規程」に、事務や経理、取引きについてのルールが示されている。「職務分掌規程」には、権限や責任について規定されている。内部監査については、会計士などと毎月行っており、監査を通じて経営の課題などに対しアドバイスをもらい、会議を通じて確認を行っている。外部監査法人による外部監査の導入に関しては、今後の課題となる。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 地域との関わりについては、法人の理念の中にも示されている。地域の情報が事業所内に掲示され、地域イベントのチラシもある。ボランティアについては、中部善意銀行から募っているほか、地域の協力の下、ワークショップを開催している。また喫茶店を併設し、住民との交流が図られている。		

<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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 高校生のボランティアの受入れを行っている。また、慰問については問い合わせも多く、コロナ感染症の流行前には積極的に受け入れていた。事業所に併設をしている喫茶店を活用し、地域住民の協力の下、ワークショップを開催し、積極的に交流を図っている。しかし、マニュアル整備など、弱い部分がある。</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	㉕ ・ b ・ c
<p><コメント> 地域の関係機関や団体に関する資料がファイリングされており、閲覧可能な状態になっている。自立支援協議会へも参加しており、地域の関係機関とも連携が取れる体制が構築されている。地域の課題としての高齢化に伴う重層的支援について、協議会を通じ、関係機関や相談支援事業所と連携して取り組んでいる。</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	a ・ ㉖ ・ c
<p><コメント> 自立支援協議会には、法人を代表して相談支援専門員が参加している。協議会の内容については、報告書による情報の共有のほか、事業所の会議でも必要な内容については共有されている。しかし、ニーズの把握においては、相談員からの情報が主となっているためか、情報の共有に対する意識が弱い。この点について改善の余地がある。</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	a ・ ㉗ ・ c
<p><コメント> SDGsの観点から、地域のパン屋より廃棄になるパンを提供してもらい、近隣の児童デイサービスに配布を行い、資源及び不用品の回収も行っている。併設の喫茶店や、敷地内に移動販売業者を招き、それらが地域住民の交流の場となっている。災害時における福祉避難所として市と協定し、避難物資の備蓄を行うなどの対応もしている。BCPについては弱い点がある。</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
<コメント> 朝礼や必要に応じて実施する夕礼にて、職員間の支援に対する意識の統一を図っている。利用者の自己決定を尊重するために、説明と同意が必要であることは常に話している。利用者の将来の生活を支え、自己決定ができるよう、職員からの働きかけを行う体制作りが課題となっている。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 毎月、虐待抑制委員会を開催し、セルフチェックを行った結果の振り返りなどを検討を行い、今後の取り組みについて話し合っている。職員会議では、不適切ケアやプライバシー保護に関することを、事例を交えて話し合い、疑問に思うことなどを出してもらい、考える機会を設けている。今後は、利用者や家族へも事業所の取組みを周知していくことが望まれる。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 相談支援事業所や馴染みの事業所にパンフレットを配布したり、特別支援学校の説明会に参加するなどしている。特別支援学校との連携においては、学校でどのような支援を受けてきたかを知るきっかけとなり、見学や体験の希望があったときの参考にしている。見学等の際には、事業所の特徴を丁寧に説明し、受入れが難しい場合には他の事業所を紹介することもある。				
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	ⓑ	c
<コメント> サービスの利用開始や変更時には、利用者の不安が無くなるよう配慮している。意思表示が難しい利用者には家族への説明も行い、相談支援事業所と連携しながら適切な対応がとれるような体制を整えている。利用者の高齢化に伴い、介護保険への制度の切り替えもあることから、職員の意識の向上を図っていくことが課題となる。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> サービスが終了した後も相談などの対応ができるよう、担当者を決めて利用者や家族に周知している。サービスの継続性は、担当職員だけの理解で充足されるものではないため、法人内の相談支援事業所の職員を講師に迎え、様々なサービス種別に関することや、利用者のこの先のサービスの継続性などについての研修を行っている。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 半年ごとに「情報収集書」を用い、事業所を利用するにあたっての「好きなこと」や「嫌いなこと」を聞き取り調査し、職員とのコミュニケーションを図りながら、満足度の把握をしている。利用者から出された意見は職員で共有し、満足度向上に向けた改善に努めている。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 法人として苦情解決の仕組みが確立しており、それに沿って対応している。苦情にならない意見は改善のチャンスと捉え、ヒヤリハットなどからも苦情に繋がる可能性があるという意識で分析し、改善するよう努めている。職員間で、意見を受けた時の捉え方に温度差が生じていることもあり、職員の意識の統一、向上が望まれる。				

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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>「どの職員にも相談できる」ということを利用者に伝え、個別に話したいことがある時には相談室を使うなどの配慮をしている。帰りの会では、利用者からの生の声を聞く機会となっており、良い意見交換の場として活用している。利用者が相談する環境に関するルールはあるものの、利用者への説明が口頭のみとなっているため、文書等で伝えることも検討されたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者からの意見や相談を受けた内容は、事業所内で迅速に対応できるような体制は整っている。必要に応じ、改善策を検討して申し送り等で職員に周知している。対応手順や方法が、文書として整備されている。しかし、定期的な見直しや、相談内容等によって対応方法が異なる時のフローなどを見直すことを期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事故が発生した場合には迅速に対応し、その後の確認をすることで、適切に行っていたかどうかの振り返りを行っている。現状、リスクマネジメントに関する委員会の設置があるものの、職員がリスクマネジメントとは何かを再認識できるよう、研修等で学ぶ機会を設け、委員会での取組みが有効となるための改善を行っている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>看護職員を中心に、感染症予防や感染症発生時の安全確保に関する研修を行っている。様々な感染症があるため、厨房を担当する職員の会議でも議題に取り上げ、予防策を検討する取組みを行っている。「感染症マニュアル」があるものの、定期的な見直しが行われていないため、改善が望まれる。</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している。	障39	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者参加の防災訓練を年2回実施している。1週間かけて実施し、全ての利用者が1回以上参加できるようになっている。利用者の障害特性などを考慮して避難誘導を行うことで、職員も対応方法などの検討をすることができるよう工夫している。災害時は、法人内での連携は取れるものの、近隣の協力体制については課題となっている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法として「介助マニュアル」を整備し、それに沿って支援している。自己決定を基本とした支援や、プライバシーに関することも盛り込まれている。「介助マニュアル」に変更があった場合には、都度伝達して支援に支障が生じないようにしている。しかし、非常勤職員も多いため、確実に内容の把握ができているかの確認のため、定期的な点検の機会を設けられたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者からプライバシー保護に関する要望があったときなどは、マニュアルの見直しを行い、職員間で共有して支援方法を変更している。変更点をマニュアルに反映するタイミングにスピード感がなく、全体的な見直しの必要性の有無などを定期的に確認することも徹底されていないため、今度の課題として取り組んでいる。</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><コメント></p> <p>年2回、利用者からの聞き取りを行ってニーズの再確認をし、内容を会議にて検討して個別支援計画を策定している。利用者支援に重点を置き、アセスメントや日常の様子を記録を適切に行っている。より良い支援に繋がることを意識し、利用者のニーズをさらに引き出し、職員のスキルアップに取り組んでいる。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画策定の責任者の他にケース担当者を決め、その担当者を中心に評価や見直しに積極的に関わる仕組みとなっている。定期的な見直しは6ヶ月ごと、入院した時など大きく状態に変化があった場合には随時行い、会議等で変更点を共有している。モニタリングに関する研修を行い、支援の先の評価を適切に行えるよう、職員の質の向上が求められる。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>パソコンにてサービスの実施状況や利用者の様子を記録し、管理者と課長が必要に応じて特記事項を追記している。職員間では「引継ぎノート」を活用して利用者の状況を共有している。記録はキーワード検索をすることが可能で、過去の情報を抽出できる。記録を残すときのルールが、職員によって差異が生じないよう、研修等を実施して統一化を図ることを期待したい。</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>利用者の記録の管理に関しては、法人としてルール化されている。日常の業務の中でも記録の取扱いには十分配慮している。書面やパソコン上にある記録の管理者が決まっており、法人内での新人研修でも、記録の管理に関する研修がある。個人情報の取扱いに関しては、利用者と家族にも説明して理解を得ている。</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	② ・ b ・ c
<コメント> 日中活動は職員主導ではなく、利用者自身で選択してもらうよう努めている。利用者同士で使用するパソコンやカラオケを使う順番を決めたり、併設するカフェに自由に入出入りして好きな時にお茶を楽しみ、利用者自身が考えて行動することを基本としている。職員は、その自己決定のサポート役としての支援をしている。		

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	② ・ b ・ c
<コメント> 虐待抑制委員会を設置し、定期的な職員研修等によって基本的な姿勢を示し、改善につなげている。理解が不十分な職員については、個別に話をして気づいてもらうよう努めている。権利侵害が疑われる行為があった場合など、対応ルールが定められており、職員だけでなく利用者にも周知している。		

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	a ・ ② ・ c
<コメント> グループホームへの移行を考えている利用者がいれば、家族や相談支援事業所と連携し、日中活動での目標にも盛り込んで自立に向けた支援を行っている。ただ、現在の状況に満足し、グループホームや一般の生活への移行を希望する利用者は少ない。自律・自立についての動機づけが難しく、利用者自身に理解させるための職員の対応が求められる。		
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 文字盤やタブレットなどのコミュニケーションツールを用いたり、意思表示が難しいときにはジェスチャーや表情などから汲み取っている。利用者同士が自然とコミュニケーションがとれるようになる取組みや、状態変化に合わせたコミュニケーションツールの選定に関しては、職員のスキルアップが課題となっている。		

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	② ・ b ・ c
<コメント> 利用者に対し質の高い自己選択支援を行い、意思の尊重を重視している。新たな気づきから生まれる選択肢もあることから、職員は利用者の話を聞く時間を作り、そこで把握した意思等をケース会議で共有し、必要に応じて個別支援計画に反映している。さらに利用者の意思の尊重に取り組めるよう、職員研修等にも力を入れている。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 目標設定した活動に関しては、個別支援計画で支援内容を具体化し、それに基づいて実施している。外出などの余暇活動に関しても、利用者が選択できるように複数の提示をし、展示会に出展す作品を共同で作って活動での充実感を持ってもらうよう工夫している。利用者の意向から生まれる日中活動の選択肢をさらに増やすよう、取り組んでいる。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 職員は、障害特性に合わせた支援ができるよう、研修等で学ぶ機会がある。行動障害などの支援困難ケースがある場合には、適切な支援ができるよう利用者の状況に合わせ、個室での活動や対応する職員を固定化するなどの対応を行っている。職員がより一層、専門知識の習得ができるよう、継続的な支援の向上を図っていくことが望まれる。		

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	a ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に合わせた食事や入浴、排泄などの生活支援ができるよう、個別支援計画や「介助マニュアル」等に、特に注意を払う必要があることを細かく記載し、適切な対応を可能としている。利用者の日常の変化については記録に残しており、支援内容に変更が生じた場合には、随時検討して対応方法を検討している。</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	a ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>活動の場所であるフロアに遮蔽物はなく、職員の目が行き届く造りとなっている。利用者が個人活動をしている時でも、見守りしやすい環境となっている。身体的な機能が重度化した場合でも、トイレや入浴が安心して行えるような機器を導入している。オムツ交換の場所が限られているため、職員にはより一層のプライバシーへの配慮を持った対応が求められる。</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	a ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>理学療法士による機能訓練を実施しており、ケース会議において職員が機能訓練の実施状況を確認している。日常の活動の中で行う機能訓練は、利用者と相談して決めて実施している。日中活動の中では生活訓練に重点を置き、様々な活動が訓練に繋がるよう支援している。訓練の重要性を理解していない利用者もあり、職員が声をかけて、自発的に取り組む支援が求められる。</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	a ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>利用者の健康状態には常に配慮し、体調不良等の変化時には看護師に連絡して指示を仰いでいる。医療機関とも連携し、迅速な対応ができるよう努めている。医療的な知識に関して、職員間の意識にばらつきがあり、利用者の体調管理を看護師に任せっきりになっているケースがある。職員全体の知識や意識の向上を図り、小さな変化にも気づくような取組みを期待したい。</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 ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>服薬管理や発作時の対応については、家族との情報共有を行い、適切な手順で対応している。医療的ケアの実施は看護師が中心となって実施し、医師との連携により相談できる環境が整えられている。医療面で看護師に相談する際に、的確に状況を伝えられない職員もいる。服薬を含む医療面での安全管理に関する研修等で、職員の資質の向上を図られたい。</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	a ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>社会資源を活用して、作品作りの体験や買い物に地域に出向く機会を設けている。外出時には利用者が選択できるよう工夫し、事前に行先等を掲示して選ぶための材料を提供している。社会参加はただ楽しむだけでなく、生活訓練の一環として目的をもって参加してもらうよう利用者に働きかけ、社会生活への意欲が高まるよう支援している。</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	a ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>グループホームでの生活や一人暮らしを希望している利用者には、日中活動の中で生活力を上げるための支援をしている。既に地域生活へ移行した利用者の困りごとなどの相談にも対応し、生活状況を確認して、買い物支援や追加の入浴支援を行うこともある。事業所内の支援だけでなく、地域生活での生活力を身に付けることを、職員が意識して取り組むことを期待したい。</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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 家族とは、連絡ノートのやり取りや送迎時に相談を受けることがある。相談内容は管理者に報告し、必要に応じて家族支援も行っている。家族の高齢化に伴い、自宅での生活が困難になる事例が生じてきており、相談支援事業所と連携して対応している。家族との関係の構築を強化し、職員が家族の変化にも気づき、早期に関係機関との調整が図られるような取組みが望まれる。		
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		