

## 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 はるひ荘	種別：施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名：猿子 雅子	定員（利用人数）：40名（38名）	
所在地：愛知県春日井市高森台五丁目6-5		
TEL：0568-29-5247		
ホームページ： <a href="https://youwasou.jp/">https://youwasou.jp/</a>		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成27年 7月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 養楽福祉会		
職員数	常勤職員：30名	非常勤職員：4名
専門職員	（管理者） 1名	（生活支援員） 29名
	（看護師） 1名	（事務員） 1名
	（管理栄養士） 1名	（嘱託医） 1名
施設・設備の概要	（居室数） 45室	（設備等）浴室・食堂・共同生活室
		多目的室・ボランティア室
		カームダウンルーム・機能訓練室
		スヌーズレン他

### ③理念・基本方針

#### ★理念

選ばれる事業所・親しまれる事業所

#### ★基本方針

令和5年度目標

- ・利用者の人生の選択を豊かにするために、日中活動を充実させていきます
- ・支援員一人ひとりの支援力向上を目指します

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・強度行動障害を抱えた利用者に対する支援において、利用者の特性に合った支援を心がけており、利用者の特性で受け入れを断ることはしないこと。
- ・地域交流のための、喫茶室の運営やスヌーズレンの地域開放。
- ・外出や外食支援は、利用者の希望を聞き検討・実施している点。
- ・職員同士の風通しがよく、話し合いが活発に行われている点。
- ・利用者・保護者が困っているときに、手を差し伸べる体制が整っている点。
- ・生活支援員一人ひとりが、チャレンジングで、そのチャレンジ精神を支える先輩たちがいること。
- ・先輩支援員が、後輩の気持ちを傾聴でき、後輩も先輩を尊敬できている点。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 7月26日(契約日) ~ 令和 6年 4月22日(評価決定日) 【令和 6年 2月13日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (令和 2年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆職員育成へのマネジメント

管理者は、法人理念と基本方針を念頭に、自ら作成した「期待する職員像の目安」と「キャリアパス」を基に、これに沿って目標管理を行っている。年数回の職員面談や日頃の面接等の中で、職員個々にスーパーバイズやコーチングを手掛け、職員が方向性を見失わぬよう、また職員自らキャリア設計が可能となるよう支援している。

##### ◆質の高い研修体系

職員個々の研修履歴がデータ化され、研修計画を基に最適な研修参加を実現している。また、OJTは、「職務評価表」を用いて基礎力・専門性・研究心・責任感などを自己評価と上司評価する形でシステム化され、組織的にスキルアップと業務力アップが図られる形になっている。職員育成に向け、組織として充実した研修体系が構築されている。

##### ◆重層的なサービス評価の取組み

サービスの質を客観的に評価するために、定期的に第三者評価を受審し、職員の自己評価としては年間2回のスキルチェックを行っている。加えて、毎年度末に家族アンケートを実施し、集計結果は全職員に周知している。職員の聞き取りによる利用者アンケートも行っており、外食に行きたい、買い物に行きたいなど、余暇活動の充実を望む声には、可能な限り希望を叶えられるよう努めている。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆中・長期計画の策定

法人の中期計画を基にした事業所としての中・長期計画の策定が望まれる。法人の方向性を踏まえ、事業所の具体的な中・長期展望と事業の実行程を明確にすることにより、年度事業計画がより有効なものとなる。法人本部との協議・同意の上、早期に対応することを求めたい。

##### ◆意思決定支援の大切さ

個別支援を進める中で、利用者とのコミュニケーションを図ってニーズを引き出し、利用者の思いを実現するよう努めている。ただ、意思の表出が難しい利用者のニーズの引き出しがうまく行えていない。意思形成⇒意思表示⇒意思実現までの意思決定支援プロセスを踏まえ、特に難易なケースには必ずチームとして取り組み、少しでも利用者本位の生活、利用者意向の実現につなげられたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所のことを振り返る良い機会となりました。  
前回の結果を受けて特に取り組んできた人材育成や利用者本位のサービスについて、前回よりaが増えたことで取り組みの成果を確認できたことは良かったと感じています。  
また、中・長期的な計画の策定や意思決定支援について指摘をいただいたが、現在のはるひ荘においても改善の必要があると感じていた部分であるため、具体的な取り組みを進めていきます。  
この結果を法人・事業所内でも共有し、より良い事業運営とサービス提供に努めてまいります。

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 理念、基本方針はパンフレットやホームページに記載され、また中期計画にも記載されており、事業所では会議の中でも取り上げて確認している。行動規範は「はるひ荘 私たちの信条」として作成され、事業所内にも掲示されて周知がなされている。しかし、利用者への周知に関しての取組みはなく、説明資料の工夫などもなされていない。少しでも理解が得られるような配慮が望まれる。			

##### 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> 福祉動向や制度改正の情報は、行政や愛知県知的障害者福祉協会などからの通知によりタイムリーに把握している。また、福祉計画の内容に関しても、相談支援事業所が関わる自立支援協議会を通して取得している。法人内では、常に入所局4施設で利用者動向などの情報交換がなされており、利用率や収支状況は本部と共有している。会計士による経営分析も、事業運営の参考にしてしている。			
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> 法人の運営会議では、利用率や予算執行率など、経営状況を管理者間で共有・分析し、経営会議を通して役員に伝えている。重要課題に関しては、各局長の参加する経営会議にて協議され、運営会議で各管理者に伝達される。一般的な課題については運営会議で検討され、事業所ではスタッフ会議で職員に周知している。事業所の運営課題は主任・副主任会議で協議し、スタッフ会議で共有となる。			

##### 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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 法人の中期計画が策定され、4つの基本方針を設け、それぞれに委員会を設置し、行程表に沿って取り組んでいる。ただ、これは事業所固有の課題ではなく、法人内事業所の共通課題であるため、必ずしも全てが当てはまるものではない。その点を考慮し、事業所独自の中・長期計画の策定が求められる。見直しに関しては、進捗状況や社会情勢に応じ、現在作業が進んでいる。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 単年度の事業計画は、事業内容の全般を項目として挙げ、運営上の指針となっているが、数値目標などは少なく、「～努める」、「～図る」などの抽象表現もあり、やや具体性に欠ける点は否めない。また、中期計画との関係性も不明瞭であり、課題が残る。			

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各棟ごとに副主任が職員の意見をまとめ、主任・副主任会議で総括を行って課題を抽出している。さらには管理者が次年度計画の素案に目標として盛り込み、スタッフ会議で最終確認をしている。職員全員の意見が反映される形をとっており、事業計画の内容の理解・周知に関しては問題ない。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>保護者に関しては、保護者会総会で説明がなされ資料も配付されている。一方、利用者に対しては周知への主だった取組みはなされていない。利用者向けの資料の用意や、映像などでの分かりやすい説明といった配慮により説明責任を果たし、可能であれば同意も得たい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員のスキルチェックを年2回実施しており、排泄支援や入浴支援といった支援項目毎に自己点検を行っている。それを副主任が評価して習熟度合いを判定することで、スキルアップを目指している。利用者満足度調査、保護者満足度調査を実施し、集計結果から課題を抽出してスタッフ会議で取組みを検討している。職員個々および事業所全体共に、PDCAサイクルに沿った取組みがある。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の結果を課題としてまとめ、改善計画を策定して取り組んでいる。第三者評価を受審しない年度も、同じ評価基準を用いて自己評価し、同様に改善計画を策定している。ただ、計画の見直し、修正といった点では、不十分な面もある。</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 · b · c	
<コメント> 管理者は、主任・副主任会議や委員会の中で自らの方針を表明している。事業所の「職務分担表」が作成され、管理者以下職員全員の職責が明白になっている。管理者不在時の職務権限は、副荘長職が空席のため主任に委任される。			
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	a · b · c	
<コメント> 行政からの通知や関係団体からの情報などにより、法令や制度改正の内容を把握している。管理者セミナー等に参加したりネット情報等により、経営や職場環境へのマネジメントの参考としている。身体拘束や虐待防止等の権利擁護関連には力を入れ、委員会が開催する研修会への参加や関連動画の視聴、感想文の提出など、職員全体の意識を高めている。			
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	a · b · c	
<コメント> 職員のセルフチェックを実施し、倫理観から支援内容、健康管理、情報管理、リーダーシップ、人材育成などの支援向上に直結するチェック項目を再点検している。それにより、職員個々のサービス向上への障壁を明確白にしている。また、職員との面談を年5回実施し、スーパーバイズやコーチングなどを実施するとともに、様々な意見を聴取して事業運営に反映させている。			
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	a · b · c	
<コメント> 法人の経営会議に参画し、経営分析を行っている。事業運営面では、年5回の職員面談での意見を踏まえ、職場環境の改善に努めている。また、業務改善委員会が組織され、各階層からの代表と共に業務の省力化や実効性向上に向けて取り組んでいる。			

### 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 · b · c	
<コメント> 法人の中期計画の重点事項に人材の育成を掲げ、方策として体系的な研修制度を示している。人材の確保に関しても、計画の中で奨学金制度やリクルーター制度など、様々な方法を用いて専門職の確保を手掛けている。事業所では、主任・副主任による手順を踏んだジョブトレーニングが行われている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a · b · c	
<コメント> 管理者は、「期待する職員像」として階級に応じた職責を設定し、面談時に職員に提示している。また人事の基準として、独自のキャリアパスに適合した人材の登用を本部に具申している。人事考課に関しては、法人で統一した制度を持ち、評価項目に応じて自己評価と上司評価により能力や貢献度を評価している。			
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り組んでいる。	障16	a · b · c	
<コメント> ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務体制をとり、平均残業時間も微小である。ストレスチェックの実施、ハラスメント対応、福利厚生制度など、働きやすい職場を意識した取組みが見られる。管理者は、複数回の職員面談を通して勤務状況や就労意向を把握し、職場環境の改善に努めている。			

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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中期計画には、キャリアパスを意識した目標管理制度が謳われており、管理者が示すキャリアマップを参考に、事業所目標を踏まえた個人目標を設定し、さらに具体的な活動についての期間を定め、達成率と成果を面談により明確にしている。適正な目標設定から実践、評価という適切な手順に沿った目標管理がなされている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外部研修、内部研修双方の計画が作成され、また職員個々に研修履歴がデータ化され、それぞれに適した研修参加がなされている。課題としては、コロナ禍で十分な研修が実施できなかった点、計画自体の評価について、明確な手順が定められていない点などが挙げられる。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「研修履歴表」により、個々の資格保有や研修受講の状況を把握している。OJTに関しては、「職務評価表」を用い、基礎力・専門性・研究心・責任感などについて自己評価と上司評価が実施され、スキルアップと業務力アップが図られている。</p>		
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 ・ ④ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習指導者を配置し、受入れのためのマニュアルも整備されているが、実際の受入れは行われていない。事業所の現況として、障害が重く行動障害のある利用者の入所が多いことにより、利用者と接するための専門性が要求される点が、実習先として選ばれるための障壁となっている可能性は否めない。</p>		

### 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 ・ ⑤ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページには、必要かつ十分な情報が開示されている。苦情に関しても「苦情解決体制の整備」の項目で、個人情報に配慮した上で仔細に公開している。広報誌もホームページに掲載されており、誰もが閲覧可能ではあるが、目に触れる機会としては未だ紙媒体が勝ることから、配布範囲を地域中心に一層拡大して行くことが望ましい。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「経理規程」等の関連規程が整備され、職務分掌に関しては管理者面談での周知により理解が進んでいる。財務面では公認会計士による財務チェックや、法人監事による内部監査も実施されている。外部の監査法人等による外部監査の導入は今後の課題となる。</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	⑦ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の中には、地域移行や地域交流の項目を設け、地域との関わりの重要性が記載されている。高齢者施設の喫茶室を使用している喫茶店の運営では、利用者と地域住民との交流が図られている。日常的には、近隣での買い物や通院などでも住民との接点を持つ。従来から実施されていた事業所主催のイベント（祭りなど）は、利用者主体の行事に変更している。</p>		

<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>&lt;コメント&gt; 法人の中期計画の中には、地域貢献としてボランティアの受入れ推進が示されている。実際は、警察学校や中学生のボランティアを受け入れ、清掃奉仕などを実施している。マニュアルも整備されているが、行動障害のある利用者が多く、利用者との交流という大きな目的が果たせていない点は課題である。</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>&lt;コメント&gt; 相談支援事業所を通し、地域の様々な関係機関とつながっている。また、法人内の入所局、県内の入所支援施設部会などで共通課題の検討や研修会の開催、情報の共有などがなされている。社会資源との関係について、利用者に関する医療・福祉関係のリストは個々に整備されており、事業所の関係機関などもリスト化されている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 相談支援事業所からの情報を基に、在宅障害者のニーズを把握しており、法人内の入所局で共有している。ただ、地域住民の福祉的なニーズや課題を具体的、直接的に把握する機会が無く、受動的な関わりとなっている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 地域の福祉ニーズに応える形として、在宅障害者のショートステイを受け入れている。特に、受入れ先の限定される強度行動障害者の受入れでは、有力な地域資源となっている。障害者施設としての専門性の地域還元という点での目立った取組みは無く、その他の地域貢献という面でもアピールに乏しい。様々な方向に向けてアンテナを張り、地域福祉向上のために情報を収集されたい。</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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所全体と各棟ごとに年度目標を設定し、定例会議においてサービスの実施状況を確認して見直しを行っている。職員が足並みを揃え、利用者の尊重や基本的人権に配慮した支援をしていくためにスーパービジョンを取り入れ、それを継続している。職員は、チームとして利用者支援を行う姿勢がある。</p>			
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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページや機関誌への写真掲載は、掲載したものが事業所内だけのものなのか、外部の目に触れるものなのかも説明し、事前に利用者や家族への承諾を得てから使用している。プライバシー保護に関することが記載されている「契約書」や「重要事項説明書」にはルビを振っており、分かりやすいように工夫している。</p>			
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	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パンフレットを刷新し、1日のスケジュールや活動内容などを分かりやすく伝えるようにしている。見学者には法人内の他の事業所も紹介し、初めて福祉サービスを利用する人がイメージしやすいよう、当該事業所以外にも、どのようなサービスがあるのかを知ってもらうきっかけとしている。</p>			
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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの開始や変更にあたり、利用者が目を通す書類すべてにルビが振ってある。説明するときには指で示して、理解しやすい言葉を使ったり、ゆっくり話したりするなど、伝わりやすい工夫をしている。意思表示のできない利用者は、職員が意向を汲み取って家族に伝えている。提供するサービスに変更点がある場合には、保護者会等でも説明している。</p>			
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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>他法人事業所への移行に関しては、利用者に見学に行ってもらい、利用者本人の意向を尊重した上で、家族や相談支援事業所の担当職員とも連携して対応している。利用者の年齢によっては、介護保険サービスへ移行することもあり、移行先で利用者が混乱しないよう、事前に移行先に必要な情報を提供して、日常の過ごし方や食事形態のことなどを伝えている。</p>			
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	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年度末に家族アンケートを実施し、集計結果は全職員に周知している。保護者会で家族にも開示し、改善すべき点は次年度の事業計画等に反映させている。職員の聞き取りによる利用者アンケートも行っており、外食に行きたい、買い物に行きたいなど、余暇活動の充実を望む声が多く出ている。可能な限り希望を叶えられるよう努めている。</p>			
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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者や家族にも苦情解決の仕組みが分かるよう、説明文書を玄関へ掲示し、意見箱の設置も行っている。「業務マニュアル」にも記載されており、苦情を受けてからの処理の流れがフローチャートで示され、対応方法が分かりやすくなっている。ただ、法人内で苦情内容を共有する仕組みが機能しておらず、今後の課題となっている。</p>			

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>&lt;コメント&gt;  それぞれの利用者にケース担当を決め、年度初めに顔写真付きの挨拶文を家族あてに送っている。ケース担当者は利用者に寄り添い、じっくり話を聞く時間を作るようにしている。意思表示の難しい利用者の場合には、絵カードなどを用いることもあるが、それでも難しい場合に、別の方法を探ることが現在の課題となっている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  直接話してもらう相談や意見だけでなく、利用者の何気ないつぶやきを拾ったり、行動から汲み取ることもある。現状、職員によって、利用者の声を拾うスキルにばらつきが生じていることや、相談内容の共有が十分でなかったことで、利用者から「相談したのに対応が遅い」との意見をもらうことがある。迅速な対応に向けた改善が必要となっている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  毎月、事故防止委員会を開催し、事故報告やヒヤリハットで挙がってきたことを分析し、未然防止や再発防止を検討している。委員会で話し合ったことは、全職員に報告して共有している。「事故報告書」等の書き方についての研修を行った結果、的確に伝わる表現を用いて記入することができる職員が増え、事故防止に対する意識向上に繋がった。</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>&lt;コメント&gt;  看護師を中心とした感染症委員会が組織され、感染症対応・対策に向けた取組みを行っている。法人で作成したマニュアルの他に、事業所独自のものを作成している。写真付きで具体的な対応が明確にされ、利用者の状況に合わせた対応も盛り込んでいる。定期的な見直しを実施し、職員が感染症対策を再認識するような機会を設けることを期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  毎月、利用者も参加した防災訓練を実施し、何度も繰り返し行うことで、様々な気づきや課題が見えてきた。それらの課題をどのように改善すべきか、検討しながら対策を練っている。職員の通勤経路にも目を向け、災害発生時にどのような勤務体制を取ることができるのかを想定した話し合いを行っている。</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>&lt;コメント&gt;  「支援マニュアル」があり、新しく入った職員の教育用にも用いている。サービスが適切に実施できているかどうかのスキルチェックを行い、それを集計した結果から見えてきた弱い部分を重点的に取り組んでいる。「支援マニュアル」は文書での記載が多いため、表現が難しいことに関しては、写真や動画なども活用していくことを検討している。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  「支援マニュアル」が整備されており、検証・見直しが定期的に行われる仕組みがある。個別対応が必要な利用者には「個別支援マニュアル」があり、個別支援計画の内容とも連動している。すべての職員が同じ対応、同じ支援ができるようにしている。利用者の意見や要望に寄り添い、より良い支援が提供できるよう努めている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画策定から見直しまでの流れを定め、それに沿って行っている。利用者とのコミュニケーションを図ってニーズを引き出し、利用者の思いを盛り込んだ個別支援計画を作成している。しかし、意思の表出が難しい利用者に関して、ニーズの引き出しが十分に行えていないことが課題となっている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケース会議等で職員の意見を聞き、個別支援計画の内容の検討を行っている。「月間まとめ」では進捗状況の確認を行い、その評価も実施している。入院後に状態の変化があり、退院後に見直しをするケースもあるが、個別支援計画の変更が必要な場合の仕組みの整備が不十分であるため、今後改善が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>電子化されたシステムに、日々のサービスの実施状況や利用者の様子等を入力し、毎日、夜勤帯の職員が記録漏れが無いかを確認し、翌日には確実に入力する仕組みがある。毎月行っている全体会議にて利用者対応の変更などを周知し、電子版連絡ノートも活用して職員間で情報共有している。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の定めた記録に関する管理規程があり、それに従って管理している。利用者の記録は電子化されており、外部からのアクセスができないようになっている。電子媒体を用いて情報を持ち出すこともできないようになり、管理体制は徹底している。個人情報の取扱いに関する研修は、情報漏洩が生じた場合に限らず、定期的実施して行くことが望ましい。</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> 看護師や栄養士などの専門職とも連携して、利用者の様々なニーズを実現するために、運動や食事、買い物などの個別支援を行っている。エンパワメントを引き出すために始めた近隣の福祉施設での喫茶実習から、ウエイトレスの仕事につきたいという気持ちが生まれ、モチベーションアップにつながった事例がある。		

### 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> 会議にて、定期的に虐待に繋がりそうな不適切ケアなどの課題を挙げ、職員間で話し合うことで虐待防止に繋げている。事業所独自の「虐待防止マニュアル」を作成し、半年毎に全職員を対象とした「虐待セルフチェック」を実施している。その結果を分析し、課題となっている項目については改善に努めている。		

### 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	② ・ b ・ c
<コメント> 朝礼を館内放送で流し、その日の活動内容や行事を伝え、利用者が1日の流れを把握することで、自主的に動けるように配慮している。施設外で日中活動を行う利用者には、出かける準備を自分でしてもらい、職員は見守りに徹している。施設外の人との関わりを持つことで、自律・自立に向けた動機づけにもなっている。		
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 利用者の障害特性に合わせ、職員がイラストや写真、文字を使ったカードを用意し、利用者がコミュニケーションを取りやすいよう工夫している。意思疎通が困難な利用者は、表情やしぐさなどからも思いを汲み取っている。しかし、意思疎通が困難な利用者とのコミュニケーションに関しては、十分とは言えないケースもあり、新たなツールの開発等、更なる配慮が必要となっている。		

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> 利用者との定期的な面談の時間を設定し、ケース担当職員以外とも話をする機会を設け、相談しやすい環境を提供している。相談を受けた際には、記録システムの「利用者からの話」という項目に入力し、要望や思いを職員が共有している。内容によっては、個別支援計画に反映させて適切に対応できるようにしている。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 利用者のニーズに応じた日中活動を提供するにあたり、おやつ作りや買い物など、それぞれの活動に目的を持たせ、利用者自身がレベルアップできるように工夫している。活動予定を早く伝えすぎると、眠れなくなって体調を崩す利用者もいることから、利用者の状況を見ながら日中活動や余暇活動の支援を行っている。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 支援内容が変わったときには、すぐに伝わる方法と、記録に残して過去に遡って確認できる方法を併用し、適切に支援できるようにしている。法人内の他事業所で行われる研修に参加したり、手袋を二重にして折り紙を折るなど、疑似体験を通して学ぶことで、様々な障害への理解を深め、その後の支援に活かしている。		

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「個別支援マニュアル」に沿い、利用者個々の状況に合わせた支援を行っている。入浴時のこだわりや外出時の支援など、利用者の意向に沿いながら対応している。外出支援は、個別だけでなくグループで実施することもある。食事に関しては、栄養士が利用者の満足度を聞き取り、好みのものを把握してメニューに反映させている。</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>床に直接座ってしまう利用者があり、室内を常に清潔に保つために清掃を丁寧に行っている。利用者の身体機能や障害特性に合わせ、室内の空間づくりは安全に配慮し、落ち着いて生活できる環境を提供している。スヌーズレン室は、照明を落とした静かな場所であり、落ち着かない時には気持ちをリセットするために活用している。</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	a ・ ① ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>整形外科医からストレッチのアドバイスをもらい、看護師の意見を踏まえて個別支援計画に盛り込み、身体機能の低下防止のための活動を取り入れている。ただ、事故防止のために、機能訓練を行う器具を常設配置しておらず、利用者の目に触れる機会が少ないため、自主的に機能訓練に向き合うための動機づけがしづらい環境となっている。</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	a ・ ① ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常的に体重測定や必要に応じてバイタルチェックを行い、入浴時には身体確認を行っている。急な体調変化には、医師や看護師に連絡して指示を仰いでいる。年2回の健康診断の結果は、家族に報告しているが、医師や看護師による健康相談の機会は設けられておらず、今後の検討を期待したい。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アレルギー対応や発作対応時のマニュアルが整備され、研修を実施して具体的な対応方法を学んでいる。薬は看護師が管理し、医務研修を受けた職員が服薬を行っている。医療的な支援に関しては、看護師に伝達する際に、適切に伝えることを意識しており、医務研修において医療の基礎知識を学び支援に活かしている。</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>近隣の福祉施設や地域のイベントに参加し、地域交流の機会を設けている。お盆や年末年始には外泊する利用者もいる。社会参加の機会の情報提供を行い、様々なことを経験してもらい、利用者が自主的に「社会参加したい」という気持ちを引き出そうとしているが、十分な利用者の意識の変革には至っていない。</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>地域のイベントに出向いたり、地域の情報などを伝えることで、地域生活に興味を持ってもらえるよう努めている。グループホームへの移行に向けて支援した中での失敗事例もあり、必ずしも利用者の意向が叶っているとは言い難い。利用者が地域生活に向けて前進できるよう、地域の関係機関と連携を図りながら、地域生活への移行のための環境を整えている。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 家族とは密に連絡を取っており、支援に関することだけでなく、運営面の不明点などに関しても気軽に問い合わせてもらえる関係を築いている。家族会においても多くの質問が出ており、それに答えつつ、改善が必要なものについては職員で共有している。家族の悩みも多岐にわたるため、それぞれの家族の事情も配慮しながら対応している。			
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			