

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 夢の家	種別：施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名：足立 智成	定員（利用人数）：100名（113名）	
所在地：愛知県春日井市明知町1030-1		
TEL：0568-93-9101		
ホームページ： https://yumenoie.or.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成 9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：63名	非常勤職員：27名
専門職員	（管理者）1名	（サービス管理責任者）1名
	（管理栄養士）1名	（看護師）7名
	（理学療法士）1名	（支援員）75名
	（事務員）4名	
施設・設備の概要	（居室数）88室	（設備等）浴室・食堂・厨房
		トイレ・医務室・整容室・洗濯室
		リハビリ室・会議室・相談室

③理念・基本方針

★理念

・法人

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。
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。
夢の家は、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。

・事業所

あたたかいこえかけと、丁寧な介護で利用者主体の支援をします。

★基本方針

利用者の夢を職員の和やかな心と明るい笑顔でサポートします。

④施設・事業所の特徴的な取組

重度の障害者方に利用して頂いております。障害支援区分の平均が5.9と高く、また全利用者の4割が何らかの医療行為を必要としています。

利用者個々にあった福祉機器を使用して介助を行っており、利用者に安心して頂けるよう努めています。

障害者の方を障害者として見るのではなく、まず1人の人としてサービスを提供しております。そのうえで、個人個人の障害に対し支援しています。

利用者の生活に関わることは利用者を選択して頂いています。業務変更したいときは月1回の行っている座談会で夢の家の現状を説明し、そのうえでどのように改善したほうが良いか意見を頂き、改善しております。

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 3月18日(評価決定日) 【令和 6年 1月11日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	4 回 (令和 2年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆利用者の意向重視

日課のプログラムやクラブ活動、外出、行事など、生活のあらゆる場面において利用者本人の意向を最優先に置いている。利用者の尊厳を尊重することを基本とした「ケアガイドライン」があり、個別支援計画に関しても、本人の意向に沿って支援を組み立てて提供している。「健常者がやらないことを障害者に強要してはならない」という管理者の見解は、障害者支援の本質に迫るものである。

◆サービス向上への取組み

各種の委員会組織が機能しており、事業の多くの部分をカバーしている。管理者は委員会活動を統括し、チーム内での活発な議論を肯定して積極的な活動に繋げている。委員会活動を有機的に結びつけることにより、支援内容の改善とサービス水準の向上を目指している。また、「ベットコントロール会議」の開催、独自の「クオリティメンテナンス」の作成等により、効率的で安全かつ質の高い介護の提供を実現している。

◆チーム支援の実践

個別支援計画と「個別支援マニュアル」を基に、利用者一人ひとりの状況に合わせた支援を提供している。支援員だけでなく、看護師や理学療法士、栄養士、通院受診時の送迎を担うドライバーも、チームの一員として利用者一人ひとりを支えている。

◇改善を求められる点

◆人事制度の構築

人事管理の面では、人事考課や目標管理が十分でなく、キャリアパスや人事基準も不明瞭である。これらの目的はいずれも人材育成であり、「職員のキャリア設計を可能とする」「職員のモチベーションの向上」「職務職階による職責の明確化」といった点で、役割は重要である。ただ、導入することで管理者、職員ともに事務量が増し、業務に支障が生ずる可能性も否定できない。まず、キャリアパスを有効に活用して目指すべき仕事の道筋と意欲につなげ、そして、分かりやすく適正な人事制度を職員の意見も聞きながら築いていくことが望ましい。

◆BCP（事業継続計画）の策定

期せずして起こった能登半島地震では、被災地域の災害対策の不備が露呈した。公共施設にあっては防災用品や備蓄・食料などが十分でなく、また避難生活への備えも足りていたとは言い難い。言うまでもなく当施設のような入所施設にあっては、24時間の介護を要するため、継続的な支援を続けるには、災害が起きる前に十分な対策を立てておくことが事業継続には必須である。BCPの策定を急がれたい。

◆地域移行への取組み

できる限り地域生活の状況に近い環境を提供し、地域生活をイメージしてもらう工夫をしている。地域移行を希望する利用者には、生活力が高まるように自分で考えて行動できるよう目標設定し、家族の意向も確認しながら支援している。ただ、移行した事例は少なく、動機づけへの取組み効果が低調である。施設での集団生活に慣れてしまい、利用者が不自由さを感じないことは様々な支援が行き届いている証ではあるが、利用者・職員ともそこに満足せず、ごく普通の社会生活へのインセンティブ獲得に向け、意思形成支援を続けることが重要であると捉えたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審させて頂き、この先数年の取り組みの方向性が明確になりました。今後より一層利用者の意思決定の支援を推進する必要性があることを再認識しました。利用者の特性に応じた説明方法を用いて施設の取組等を説明したうえで、利用者の希望に応じたサービス利用を支援します。また、本人の意向に反する異性介助がなされないよう本人の意向を把握し、サービス提供体制を確保するよう努めていきます。また、本人に確認した事項を個別支援計画に記載し、本人同意の上で支援を行って行きたいです。

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。

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・b・c
＜コメント＞ 理念や基本方針は、ホームページや事業計画に掲載され、事業所内にも掲示されている。また、ホームページには職員心得や行動指針も示されており、新任職員の入社式にて、職員には年度当初の職員会議にて管理者より説明されている。利用者へは、座談会にて事業所の目指すところを分かりやすく説明している。		

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 a・b・c
＜コメント＞ 主に身障協（全国身体障害者施設協議会）からの情報により福祉動向や関連施策、制度の状況を把握している。自立支援協議会を通して市の障害福祉計画策定に参画しており、地域福祉の現況を理解している。在宅障害児者の状況については、基幹相談支援事業所や特別支援学校と連絡を密にしている。利用率に関しては月ごとにデータ管理し、職員配置との相関分析を行っている。		
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 a・b・c
＜コメント＞ 各委員会毎に所轄業務の課題を明確にし、年間計画に課題解消を掲げて取り組んでいる。課題に関しては、焦点を絞って重点的に取り組むことで成果を挙げている。事業所全体の課題に関しては、ベッドコントロールミーティングや幹部会議にて検討し、職員会議で共有している。これらの実践内容を、毎月法人に報告している。		

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・b・c
＜コメント＞ 「5ヶ年最低達成目標」が策定されている。目標値、取組み内容を具体的に定めており、現在中間評価を行い、一部見直しをかけている。内容としては、利用目標、介護内容、人材育成、職員・チームといった全ての面において運営理念との関連性が見られ、方向性を一にしている。建物整備や修繕等の予定、さらには収支等財源に関しても数値目標の設定が求められる。		
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・b・c
＜コメント＞ 事業計画には、冒頭に運営理念を記載し、事業実施目的を明確にしている。必要な項目には数値目標を示し、極めて具体的な内容となっており、中間評価や成果測定を可能としている。中期計画はその項目の多くが経営上の視点から見た目標設定であるのに対し、事業計画はサービス向上に力点を置いた内容となっており、関係性としては希薄な点が多い。		

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
<コメント> 事業の進捗状況により、委員会毎に反省と評価を行い、これを基に主任・課長・管理者が検討し、職員会議で原案を協議の上策定に至る。ただ、事業計画には支援内容や行事、地域関連など必ずしも委員会業務によらない項目も多く、別途事業全般の評価が必要である。また、作成時期が早く、事業継続中のため、年度を通じた正確な評価ができにくい点は課題となる。		
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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 利用者には座談会の際に分かりやすく説明し、一部の利用者にはメールで送信している。また、活動予定などは掲示し、利用者周知を図っている。ただ、全ての利用者に内容が行き届いているかは不明瞭であり、障害特性に応じた説明方法の工夫が求められる。		

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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> 定期的に第三者評価を受審し、受審の無い年は評価基準を用いて自己評価を実施している。評価結果から得た課題に対しては、担当部署に戻して具体的に取り組んでいる。職員のセルフチェックを年2回実施し、結果を集計して不適切支援防止に取り組む他、利用者からの意見や要望は記録システムに残し、ケース会議で確認・検討の上、個別支援計画に反映させている。		
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
<コメント> 評価結果を基に項目毎に改善計画を立てている。これを職員会議で共有し、委員会を中心とした各部署で改善に取り組んでいる。改善事項の実施状況に関するモニタリングを行う手順が確立されていない点は課題として挙げたい。		

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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 管理者は、幹部会議や職員会議の場で協議された事項に対し、管理者としての方向性を加えて最終判断をしている。職務分掌に関しては「職務権限規程」及び「職務分掌規程」によるが、現状に合わせた業務内容と責任の所在が明確にされた業務分担の作成が望ましい。管理者不在時の職務権限は、常務理事が担うことになっている。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 行政からの通知や集団指導等により法令や制度改正の詳細を把握し、必要な指示を出している。特に虐待防止に関しては年2回のセルフチェックの他、動画を用いて不適切ケアの実態を研修させるなど、委員会と協働し対策を徹底している。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 各委員会の協議に参加して活動状況を常に把握するとともに、職員の意見を反映する一方で目標達成へのアドバイスや指示を行うなど、委員会活動を統括することでサービス水準の向上を目指している。事業所の現状を捉え、長年実施してきた地域を招いての交流行事を利用者主体の内容に変更した。独自の「クオリティメンテナンス」を作成し、業務の改善見直しを検討し実践している。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 毎月、介護全般に関する「ベッドコントロール会議」を開催し、安全で質の高い、また効率的な介護提供に向けた検討を重ねており、介護機器なども積極的に導入している。また、衛生管理者として危険個所の改善や安全な動線の確保といった働きやすい労働環境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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 人材の確保と育成を年度目標に掲げ、外国人実習生の受入れを含む職員確保のためのネットワーク構築を目指している。また、専門性の向上に向けた介護福祉士育成については、実務研修の実施など法人をあげて取り組んでおり、今年度は6名が受験した。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 職員心得、行動指針に、法人が期待する職員像が明示されている。人事の基準については、検討の向きもあるが、未だ年功序列の硬直した形に留まっている。また、人事考課は実施されておらず、業務成果や貢献度を評価する制度は導入されていない。先ず、キャリアパスを明確にし、階級に応じた職責を明らかにすることで、個々の職員がキャリア設計ができるような環境を整えたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 就労管理システムの導入により、出退勤や勤務状況がデータ管理されている。休暇取得率も高く残業時間も低く推移している。タブレット端末による事務負担軽減や、介護機器の導入などの業務改善も進み、勤務シフトの配慮等々、働きやすさワーク・ライフ・バランスの取れた職場環境である。			

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>職員全員が委員会に所属し、各委員会の目標達成に向けて取り組んでおり、委員会というチームとしての成果が確認できる。ただ、目標管理のような各々の業務目標に対する達成度や貢献度を評価する制度は導入されていない。目標管理は、業務上のモチベーションや責任感構築の面でも効果が実証されており、実施に要する労力や事務量を考慮しても導入の検討が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画に明示された研修計画に沿い、各種研修に参加している。期待する職員像は職員心得の中に示され、利用者主体の理念に根差している。OJTに関しては、メンター制度を導入し、新任職員に対し先輩職員2名体制で育成に当たっている。研修計画は年度末にモニタリングを行い、次年度に向けて改善が図られる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>未資格者に対し介護福祉士資格の取得を奨励し、実務研修を実施するなどの策を講じて専門性とサービスの向上を目指している。内外の研修をうまく組み合わせ、施設内研修では毎回2時間かけて介護スキルの向上を中心に知見のある職員によるレクチャーを行っている。一方、データ管理された職員毎の研修履歴を基に、社会福祉協議会や身障協等による外部研修にも積極的に参加している。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>保育実習を中心に看護実習、教員実習を受け入れている。受入れマニュアルに受入れ手順や指導法など、基本事項が記載されている。また、実習委員会が機能しており、オリエンテーションからプログラムの割振りなどを担当している。指導担当者は外部研修に参加し、養成校等との実習懇談会にも参加して連携をとっている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページで様々な情報を開示しており、ワムネットでは財務状況などをネット公開している。法人機関紙が刊行されているが、年1回の発行であり配布先も限定されている。広報ツールとしての役割は充分とは言えず、効果的な活用法の検討を要す。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>「経理規程」等のルールは整備され、法人監事による内部監査、会計士・税理士による定期的な財務チェックもなされており、一定水準の健全化と透明性が図られている。外部監査法人による外部監査導入に関して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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「地域に開かれた福祉拠点」を掲げる運営理念の下、ボランティアを通しての交流、地域行事への参加、外出を通しての交流など、多くの交流機会を持つ。特に、美術や茶道、習字、音楽療法等々のクラブ活動のボランティアは、地域との貴重な接点となっている。事業計画には「地域との関わり」の項目を設け、活動目標を設定している。</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
<コメント> 新型コロナの影響でボランティアの受入れ実績は減ったが、今年度は回復傾向にある。クラブ活動指導のボランティアを中心に、教育機関や地域団体などから幅広く受け入れている。ホームページには「地域福祉の拠点となるようボランティアを積極的に受け入れる」との記載もあり、貴重な社会資源と捉えて事業の一環として受入れを進めている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者に関係する団体や資源については、インターネットによる情報提供を進め、その他「福祉医療マップ」の活用や掲示板での周知も行っている。自立支援協議会や身障協などの関係団体とは定期的な会合を持ち、情報の共有や共通課題の協議を行って連携を深めている。		
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 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。	障26	a ・ ② ・ c
<コメント> 基幹相談支援事業所や自立支援協議会などからの情報により、地域の在宅者ニーズの把握に努めている。地域の生活課題や住民としてのニーズ等についても、地域の社会資源である事業所の役割として捉えておく必要があり、様々な機会を通じた情報把握が求められる。		
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。	障27	① ・ b ・ c
<コメント> 昨年度実績で、短期入所事業は一日平均11.3人、年間521人、日中一時支援事業は年間347人の利用があり、地域の在宅障害者ニーズに大きく応えている。また、福祉避難所として登録し、非常用食料等の備蓄など、災害時の受入れ準備がある。		

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> 利用者の尊厳・尊重を基本とした「ケアガイドライン」があり、職員研修などでも用いられ、共通認識の下で利用者支援を行っている。虐待セルフチェックを定期的の実施し、その都度見えてきた課題に対し、振り返りを行うことで、改善に努めている。			
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	・ ② ・ c
<コメント> プライバシー保護のマニュアルがあり、浴室やトイレ等にはプライバシーに関する掲示をして、全職員に対して徹底した支援の実施を促している。利用者から苦情はないものの、構造上の問題によりトイレや居室の隙間などから生活音が漏れてしまったり、職員の配置の関係で同性介助ができない時もあることを課題として捉えられたい。			
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> ホームページで事業所紹介をしている他、市の福祉の集いなどにも参加し、事業所の活動の様子を伝えている。特別支援学校での説明会では、事業所の取組みを伝えるだけでなく、保護者からの個別相談にも応じている。見学や体験を受け入れ、実際に雰囲気を感じてもらい、利用者に選ばれる事業所となるために様々な工夫をしている。			
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	・ ② ・ c
<コメント> サービスに関する説明は、利用者と家族に分かりやすく伝えている。職員が直接伝えることでパニックになる利用者については、家族から伝えてもらうなどの配慮をしている。もともと身体障害の利用者が多いこともあり、知的障害や精神障害のある利用者への説明対応がまだ追いついていない点などは、今後の改善が求められる。			
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	a	・ ③ ・ c
<コメント> 他法人の事業所への変更や家庭への復帰の事例は少ない。同じ法人内のグループホームへの移行の希望はあるため、移行後にも自己決定ができるよう個別支援計画に盛り込んで支援している。現状、個別対応になっており、手順や引継ぎ方法が明確に文書化されていないため、今後は様々な事例に対応できる手順書等の整備をしていく必要がある。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 月1回の座談会を行い、生活面でのルールなどを話し合う機会を設けている。そこで出された意見を、生活の質充実委員会で検討し、利用者の満足度向上に繋がるよう取り組んでいる。利用者からの直接吸い上げた意見を聞くことで、コミュニケーションも取れるようになり、様々な気づきが生まれている。			
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	・ ① ・ c
<コメント> 苦情に関する担当者を配置し、苦情解決体制を整えている。申し出の方法などは口頭やメールなど、様々な手段や職員の誰もが苦情を受け付けることができることを周知した結果、利用者から色々と意見が出るようになった。苦情や意見が出された場合は、定められた手順で改善に向けて取り組んでいるが、外部への公表が未整備のため、改善が求められる。			

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>以前は利用者から「相談したいことがあっても、職員がいつも忙しいそうで声がかげづらい」という意見があり、それを受けて業務の見直しを行うきっかけとなった。担当職員が誰なのかということを利用者には伝えず、どの職員でも話を聞ける体制として、話を聞く時間を作ることで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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>出された意見等は、電子システム（ケアカルテ）に記録し、職員が共有できる仕組みとなっている。内容によっては利用者名や職員名を伏せて記録し、改善が必要なものについては職員会議で検討し、必要に応じ家族とも共有して対応している。ケアカルテに入力する際、検索しやすいよう分類しているが、職員によって選択項目にばらつきがあるため、統一化が求められる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>リスク危機管理委員会を設置し、安心・安全なサービスが提供できる体制を整えている。事故報告は文章だけでなく写真も載せ、状況が的確に伝わるよう工夫しており、改善に関して職員から意見が聞きやすくなっている。事故報告やヒヤリハットで多く挙げた事例を基にKYT（危険予知トレーニング）も実施し、職員の意識向上に取り組んでいる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症対策委員会を設置し、看護職員中心に安全確保のための体制を整備している。座学の研修だけでなく、感染症が発生したことを想定し、実際に対応の流れをシュミレーションで職員が体験し、感染症対策への意識を高めている。ナース室に感染症処理用品を用意し、緊急時にすぐに対応できるようにしている、</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月、様々な災害を想定した防災訓練を実施し、職員の災害に対する意識の向上に取り組んでいる。実際に地震があった際にも訓練の効果が活かされ、迅速に利用者の安全確保や設備のチェックを行うことができた。今後は、消防署の協力を得て消火器の使い方など、適切な扱い方法を学ぶ機会を増やしていくことが望まれる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>どの職員が見ても分かりやすいよう、曖昧な表現を用いず、捉え方が個々で異なるよう、標準的な実施方法を文書化している。写真や動画を用いて、初めて支援に入る職員にも分かりやすくしている。標準的な実施方法を基にして、利用者の障害特性に合わせた介助マニュアルを作成し、入院時には病院にも情報提供し、医療機関でも同様の介助をしてもらうように努めている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>モニタリングを行う際の見直しの他に、ケース担当職員が標準的な実施方法を検討し、マニュアル改定時には会議や申し送り等で職員間で共有している。マニュアルは、職員以外の家族等が見ても分かるよう、適切な表現が用いられているかどうかの確認も定期的に行っている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>丁寧なアセスメントに加え、日中の支援の中から利用者自身が気づいた「自分でできること」を拾っている。利用者のニーズと支援者側の思いに差が生じていないか擦り合わせ、個別支援計画を策定している。これまでと違い、知的障害や精神障害の利用者が増え、職員が模索しながら利用者に関わることが多くなり、アセスメントに時間がかかっているという現状がある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画は半年ごとのモニタリングの他、毎月中間評価を行っている。日々の記録を確認することで、日々の支援を振り返り、計画に沿った支援ができているのか、支援内容が利用者の意向に沿っているのかを確認し、様々な支援に対応するために時間を作って行っている。モニタリングの結果は家族にも説明し、個別支援計画の見直しを適切に行っている。</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)-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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>サービスの実施状況は、電子記録システムに入力することにより行っている。書式・記載方法が決められているため、各職員が日々の記録を適宜入力している。現状、利用者支援に力を入れていることもあり、記録を入力する時間の確保が難しくなっている。記録を適切にかつ迅速な入力に対応できるよう業務上の工夫が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員は入職時に取り扱う利用者の個人情報の管理に関する説明を受けており、日々の記録も含め利用者の個人情報は責任者の管理の下、適切な取扱いがされている。入院時などやむを得ない事情があるときには、医療機関に必要な範囲で情報提供を行うことも家族に説明している。実習生を受け入れる際にも、利用者の個人情報取扱いに関しての説明をしている。</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
<p><コメント></p> <p>利用者が生活上のルールや活動内容を決める座談会を開催し、職員の取組みも利用者へ伝え、職員主導ではなく、利用者同士が話し合っ決めていく仕組みがある。日中の困りごとをどのように解決したらよいか、日中活動でどのようなことがやりたいのかなどを自己決定し、それを職員が尊重して支援している。</p>			

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	①・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の権利擁護に関しては、研修や年2回行うセルフチェックにより、職員が定期的に振り返りを行う機会がある。やむを得ず身体拘束をしなければならない場合には、対象者の個別支援計画に記載し、本人と家族に説明して同意を得た上で実施している。身体拘束をしない取組みや虐待の通報義務について、職員は十分理解した上で日常の支援を行っている。</p>			

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・①・c
<p><コメント></p> <p>利用者の能力を活かす支援を検討するとともに、支援内容を決める際には、利用者にも理解してもらい、自律・自立に配慮して個別支援計画を策定している。職員のこれまでの経験等により、考え方に差が生じていることもあるため、足並みを揃えるために、利用者主体の自律・自律の支援がより浸透するよう取り組んでいる。</p>			
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・①・c
<p><コメント></p> <p>文字盤や音声機能付きの機器を使ったり、メールを使って意思表示をするなど、様々な方法を使ってコミュニケーションを図っている。心身の状態の変化により、これまでと異なる手段によるコミュニケーション手段を用いる場合には、様々な手法を職員が模索しながら行っており、適切な手段確保につながるまでに時間がかかることが課題となっている。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>利用者本人の意思を尊重することを基本とし、日中活動などで選択する機会を増やしたり、利用者から情報を求められた時には職員から提案することもある。利用者本人の意思を尊重することが、必ずしも良いことばかりではない時には丁寧に説明し、職員が決めつけるのではなく、利用者と一緒に話し合いながら支援内容を検討している。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>日中活動は、館内放送で案内して参加を促している。個別支援計画でクラブ活動に参加することを目標にしている利用者も多く、様々なクラブがある。利用者のニーズに沿い、職員の得意分野も活かしつつ、クラブ活動の選択肢を増やしている。利用者同士の助け合いの「しようぜクラブ」は、共助の場でもあり、生活の中での役割が生まれたという良い効果が出ている。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>実務者研修を事業所内で実施することで職員が参加しやすくなり、資格取得への意識が向上し、研修を通して得た知識が日常の利用者支援に活かされている。動画研修も取り入れ、事例検討も積極的にを行い、支援技術を共有している。これまでの利用者の経歴を基に適切な対応方法を検討し、多職種連携での支援も行っている。</p>			

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><コメント></p> <p>年2回の嗜好調査で、食事のリクエストなどを確認している。店屋物では、利用者が自分で選択し、食べたいものを選べるようにしている。個別支援計画と個別支援マニュアルを基に、個々の状況に合わせた支援を提供している。職員だけでなく、看護師や理学療法士、栄養士、受診時の送迎を行っているドライバーもチームとなって生活支援を行っている。</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><コメント></p> <p>居室に関しては、ベッドを使用せずにフロアマットを敷き、部屋の中を自由に動けるようにしたり、動線を妨げないように家具を配置したりするなど、個々の身体状況に合わせた環境を整備している。睡眠状態を確認できる眠りスキャンを導入しており、睡眠データを分析することにより、眠りの質の向上に取り組んでいる。</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><コメント></p> <p>整形外科医の指示の下、理学療法士が対象となる利用者のリハビリ計画を作成している。職員は理学療法士から助言をもらい、利用者が自主的に生活の中で行える機能訓練を支援している。移乗や体位交換について、利用者の負担にならないような方法のアドバイスをもらい、適切な支援が行えるよう取り組んでいる。</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><コメント></p> <p>看護師配置を手厚くし、利用者の健康状態の把握を適切に行うことで、体調変化があったときには早期に医療に繋げることができる体制となっている。インカムを導入することにより、職員間での伝達がリアルタイムで行えるようになった。今回のコロナ禍を例に取れば、感染症が発生した時の対応が迅速に行えるようになった。</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><コメント></p> <p>利用者の日中の服薬は看護師が管理し、看護師がいない時間帯の服薬は複数の職員で確認して対応している。看護職員が手薄になる時には、医師の指示の下、喀痰吸引の資格を持った職員が対応したり、オンコールにより看護師に相談しながら適切な対応ができる体制を整えている。入浴時の体調にも配慮し、安全に生活ができるよう努めている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>実習生との関わりが、社会参加の一つになっている。個別支援計画で自分史を作ること为目标としている利用者は、実習生にその内容をプレゼンテーションしている。家族との旅行で、いろいろな人との交流を経験したり、個別支援の外出で社会参加の機会を提供したりしている。コロナ感染症の5類移行により、さらに社会参加の機会が増えることが想定される。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>施設内でも地域で生活している状況に近い環境を提供し、利用者が地域生活をイメージしやすいよう工夫している。地域生活への移行を希望する利用者には、生活力を高めるために自分で考えて行動できるように目標設定して取り組み、家族の意向も確認して支援している。地域生活へ移行した事例が少ないため、利用者への動機づけが弱いことが課題となっている。</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> 家族会での意見交換や請求書の送付時に写真を添えることで、日常の様子を家族に伝えている。面会の時にも家族と話す機会があり、家族の高齢化に伴う利用者との関係の変化などの悩みや相談にも関わっている。感染症対策により面会制限があるときには、SNSを活用して家族との関係が途切れないように配慮し、連絡が取りやすい状況を作っている。		
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>		
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		