

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：障害福祉サービス事業所しろがね	種別：生活介護・日中一時支援	
代表者氏名：住吉 学	定員（利用人数）：40名（53名）	
所在地：愛知県豊橋市野依町字山中19-12		
TEL：0532-48-1032		
ホームページ： https://www.sawarabikai.or.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成 8年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人さわらび会		
職員数	常勤職員： 18名	非常勤職員： 15名
専門職員	（管理者兼サービス提供責任者）1名	（看護師） 4名
	（生活支援員） 19名	（介護福祉士） 11名
	（事務員） 2名	（社会福祉士） 1名
	（運転士） 4名	（理学療法士） 3名
	（調理員） 1名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）浴室（寝浴、座浴）
		静養室、日常生活訓練室、食堂
		相談室、リハビリ室、事務室

③理念・基本方針

★理念

「みんなの力でみんなの幸せを」を基本理念とする

★基本方針

さわらび会の理念、「みんなの力で みんなの幸せを」に基づいて、地域で生活する障がい者の人たちが、「生き生きとした生活を送っていただく」ために、個々のニーズに合わせた、通所系及び訪問系サービスを一体的に提供していくことによって、自己決定と在宅での継続的な活力のある充実した生活をおくっていただくための支援を行っていきます

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 重度の医療的ケアが必要な利用者の受け入れ
現在登録者52名中13名の方が何らかの医療的ケアが必要な方であり、そのために4名の看護職員を配置している。
2. 重度支援（強度行動障害者）の受入
現在登録者62名中16名の方が、重度支援に認定されており、そのために6名の行動援護従事者養成研修修了者を中心に支援を行っている。
3. 機能訓練の実施
すみれと兼務で3名の理学療法士を中心に個々の訓練計画を立て実施している。
4. 音楽療法、陶芸、油絵、絵画、さわらび織り、リトミック等の教室活動の実施
個々の能力を伸ばすために、ニーズにあった専門的な外部指導者による、教室活動を実施している。
5. 居宅介護、行動援護、移動支援等の施設外支援の実施
6. 70才まで働ける環境を目標に介護機器等の導入をし、ノーリフティングケアを目指している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年11月30日（契約日）～ 令和 6年 4月 8日（評価決定日） 【令和 6年 2月 1日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	1 回 （令和 元年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆報連相の徹底

日々の報告事項や課題対応等に関しては、朝礼や夕礼、主任会議、支援会議等にて周知し、さらに書面で職員室に掲示する等、職員間の情報共有の仕組みは手厚い。また、ラインワークスでも閲覧可能とするなど、報連相を徹底することで共通理解を深め、連絡ミスや理解不足による支援低下を防止している。

◆地域の福祉拠点

さわらび大学、安否確認を兼ねた給食サービス、福祉キャラバン隊、夏休み福祉体験、出前講座、福祉避難所登録等々、法人内で協働して地域に向けた様々な活動を展開している。「福祉村」と呼ばれる法人は、障害者福祉・高齢者福祉施設に加え、医療施設を備え、地域に欠かせない社会資源として位置付けられている。

◆確実な情報伝達と管理

利用者の様子や行動をチェックし、記録システム「SHIP」やラインワークスへ状況を記録し、情報共有している。朝礼や夕礼時にも前日や当日の様子が報告され、支援会議の内容や支援方法の変更なども確実に情報伝達されている。これら文書の取扱いについては規程で定められ、記録管理は管理者およびIT担当者が行っている。SHIPやラインワークスにはセキュリティを確保するための個人パスワードが設定され、情報漏洩を防いでいる。SHIPに記録された情報は、数日後には管理者かIT担当者しか編集できない設定となっており、情報の正確性と信頼性が担保されている。

◇改善を求められる点

◆中長期計画の策定

「目標設定シート」が作成され、事業所の課題に沿った月次計画により、順次取組みが進められている。ただ、目標設定の基となる中長期的な方向性を示す指標がないため、設定された目標そのものの正当性が疑問視されかねない。明確な中長期計画の策定が望まれる。

◆職員面談の実施

運営管理上、また労務管理上、さらには支援提供にあたっては、職員の意見や要望を聞き取り、職場環境の改善や支援向上に繋げていくことが肝要である。全ての職員との個別面談を行い、労働者・支援者の立場からの意見を聞き、働きやすい事業所へのマネジメントを手掛けられたい。

◆虐待通報のルール

虐待防止委員会が設置され、毎月の主任会議でも身体拘束適正化等の検討を行っている。セルフチェックを年3回、虐待防止研修を年2回実施し、朝礼時には虐待防止標語の読合わせをするなどの取組みもある。しかし、虐待の通報手順が十分に周知されていない。虐待防止法の通報義務は重く、基本的に発見者は、第一に管理者に報告するのではなく、行政に通報しなければならない。また、事業所内で調査や吟味の後に通報するのでもない。虐待認定をするのは行政であり、管理者ではないからである。その基本的なルールを職員に周知するために、フローチャートを掲示するなど、更なる取組みが求められる。（管理者への報告が先になった場合、管理者は速やかに行政に通報しなければならない）

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回4年前の評価から改善を図るところで、新型コロナウイルス感染症の蔓延によりできること、できないこと、新たにすべきことなど、様々な面で大きな変化がありました。今回の評価でいただいたアドバイス課題とし、「みんなの力で みんなの幸せを」守るため、より良い施設づくり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＞ 法人理念がパンフレットやホームページ、事業所内掲示、さらにはスマートフォンの手帳アプリの中にも示され、職員、家族はじめ広く地域に浸透している。アプリには、理念の他に「倫理綱領」や「行動規範」、安全衛生やメンタルヘルス等々、業務上の指針となる事項が掲載され、職員の教科書になっている。利用者への周知については表立った取組みは無く、課題となる。			

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	⑥ ・ b ・ c
＜コメント＞ 厚労省ホームページなど、主にインターネットからの情報により福祉動向を把握し、また市からの情報により福祉ニーズ等を把握・分析している。毎月の利用率や収支等を法人内の障害福祉部会に提出し、データを共有して意見交換を行っている。			
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	障3	⑥ ・ b ・ c
＜コメント＞ 毎月の主任会議では、各職種の代表が集まり、運営や支援に関する課題を協議、検討している。また、「目標設定シート」に課題をまとめ、「月次行程表」に沿って取組みを進めている。			

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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 経営課題に対して目標を設定して取り組んでいる。月次スケジュールに沿い、具体的な取組みを記した「目標設定シート」を作成して経営改善に繋げている。進捗評価、成果測定のできる具体的内容となっており、必要に応じて修正をかけている。このシートの基となる中長期的な展望を示すプランを、明確にすることが望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 「目標設定シート」の項目の中から重点項目を抜粋した形をとり、必要な箇所は数値目標を示したり具体的な取組事項を記載し、達成度の評価を可能にしている。ただ、「目標設定シート」と内容が重複する点、中長期の目標達成に向けての一環かどうか定かでない点など、計画の信憑性には疑問符がつく。			

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
<コメント> 主任会議において各担当者からの年度評価と課題を集約し、管理者が事業計画を作成している。全ての職員の意見が反映されているとは言い難い面がある。「目標設定シート」の方が計画性、具体性ともに優れ、実効性も感じられることから、これを年度計画と捉えたほうが妥当であろう。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 保護者に対し、定期的に連絡事項を配付したり、半期に一度支援計画のモニタリング時に事業計画に関連する事項の説明を実施している。またフェイスブックで活動報告などを実施し、理解を得ている。利用者個々へは、説明に対する特別な配慮はなされておらず、また特定の機会が設定されていない。利用者は支援の主体であり、更なる理解促進への取組みが求められる。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 法人内の組織である障害福祉部会、利用者に寄り添う調整会などでは、サービス向上への検討が定期的になされている。サービスチェックとして満足度調査を実施して集計し、障害福祉部会で課題を検討している。第三者評価を定期的に見直し、実施の無い年も同様の評価表を用いて自己評価し、課題を明らかにして取り組んでいる。		
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> 満足度調査では、結果に対して改善サマリーを作成している。これを障害福祉部会に提出して共有し、経営企画会議へも報告している。これらを含め日常的な課題対応等に関しては、朝礼や夕礼、主任会議、支援会議等の場で職員に周知を徹底しており、ラインワークスでも閲覧可能としている。目標→実践→課題抽出⇒再取組み⇒評価といった流れが構築されている。		

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> 管理者は自らの方針や対応策の提示を幹部の集まる主任会議の場で表明し、職員間の方向性を一にしている。職務分掌は職員室に掲示され、職員周知がなされている。有事や管理者不在時の職務権限は、上席の職員に委任される。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> インターネットでの情報を中心に関係法令を把握しており、また経営セミナー等に参加して労務の適正化等を学んでいる。周知に関しては、ラインワークスや所内掲示により行い、さらにチェック表にて閲覧の有無を確認している。法人の実施するコンプライアンス研修、虐待防止研修、管理者向けのリスクマネジメント研修に関しては、必ず参加している。			
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	a ・ ① ・ c
<コメント> 管理者はサービス管理責任者を兼ねており、支援計画の作成とサービス全般を管理している。主任会議やケース会議での意見集約と調整を行い、具体的な方向性を提示している。職員個々の意見反映の機会としては、個別の面談やアンケートによる意見聴取などを実施することが望ましい。			
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 ・ ① ・ c
<コメント> 経営企画会議では、経営課題の検討やサービス向上、システム改革など業務の実効性や効率を高めるための協議を行っている。財務に関しては、会計士による月次指導を受け経費削減や効率化へ向け取組んでいる。事業所では主任会議で運営改善を話し合い、周知している。労務対策では、職員面談は欠かせず、この点に課題を残す。			

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> 人材対策に関しては、「目標達成シート」の課題として、資格取得の促進と専門職配置、資質向上への研修の充実が掲げられており、取組みを具体化して実施している。人材確保への方針等は確認できなかったが、専門学校からの採用確保、外国人技能実習生の活用など、法人として採用困難期における対策も取られている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ① ・ c
<コメント> 昇格・昇給の際の資料として、出勤状況や保有資格、貢献度を上司が評価している。ただ、職員本人にはフィードバックされず、あくまで参考資料にとどまっている。一方、人事基準は公開されておらず、経験年数の長い職員が主任業務を担う実態など、改善の余地は多い。			
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組んでいる。	障16	① ・ b ・ c
<コメント> ハラスメント対策、労務改善、有給休暇の取得など、労働環境の改善が年間目標に挙げられている。出勤、休暇取得、時間外労働などはデータ管理されており、問題は見られなかった。ハラスメントなどの相談窓口が設置され、職員には「ハラスメント防止チェックリスト」も実施されている。働きやすい職場を指向する取組みが徹底している。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 「個人目標シート」を用いた目標管理が今年度スタートした。手順としては、個別目標を設定し、中間振り返りを行い、総評（最終評価）となる。評価は上席の職員が分担して行い、目標は職員との面談により設定している。課題としては、キャリアに応じた適正目標の設定と、適正評価のための評価者研修の実施などが挙げられる。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人に研修委員会が設置され、研修計画が策定されている。事業計画は、法人内研修と施設内研修では法人職員としての専門性の向上と利用者支援の向上を、外部研修では専門性や介護スキルの向上を目的としている。ただ、事業所としての研修計画はなく、また研修参加者による研修成果のモニタリングがなされていない点は改善が求められる。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人では、階層別研修、職種別研修、テーマ研修などが計画に沿って実施されている。また、研究発表会や交流研修など、法人のスケールメリットを活かした取組みもなされている。外部研修についても、適時参加しているが、職員個々の研修履歴を管理することで、より確実に必要な研修参加に結びつくことが可能となる。		
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> 介護福祉士実習を中心に実習生を受け入れている。実習指導者用のマニュアルが整備されており、また法人内で指導者が集まる事例検討会なども実施されており、実習の質の向上を目指している。		

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> ホームページ上で多くの情報が公開され、事業内容や運営理念を知ることができる。また、法人機関紙が刊行され、事業所のトピックスが掲載されている。フェイスブックにも活動状況を掲載し、スマホでの閲覧が可能となっている。事業の透明性向上のため、苦情についても内容の情報開示を期待したい。		
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> 会計監査人である公認会計士が月次監査を行い、適正な財務管理がなされている。決算状況も毎回公開され、経営の透明性も担保されている。職務分掌が作成され、各職員の職責と業務ごとの責任者が明確になっており、業務内容と職務権限が明瞭化されている。		

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> 「地域との関りが福祉である」との基本方針の下、「さわらび文化祭」を始めとする様々な地域関連イベントを開催し、地域との交流を進めている。これらの事業を通し、障害者及び認知症高齢者の理解促進を進め、法人レベルで多くの実績を残している。		

<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。</p>	障24	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 音楽サークルや学生ボランティアなど、定期ボランティアの受入れをはじめ、社会福祉協議会等を通して随時ボランティアを受け入れている。ボランティア担当職員を置き、利用者の社会性伸長と地域開放という目的に沿って対応している。今後は、受入れ手順等を記したマニュアルを整備し、受入れ体制の更なる強化を図りたい。</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><コメント> 利用者に必要な社会資源、事業所の関係機関のリストが掲示されており、必要な時にはいつでも連絡がとれる体制となっている。市が主催する事業所連絡会にも必ず参加し、同種事業所との連携を深めている。</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><コメント> しの事業所連絡会や肢体不自由児父母の会に参加、また法人の障害福祉部会などから地域の福祉ニーズをはじめ様々な情報を得ている。また、法人が主催する様々な地域交流イベントにより、地域住民の様々な声を聞き、運営上の参考としている。</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><コメント> 福祉体験学習の受入れ、安否確認を兼ねた給食サービス、福祉キャラバン隊、夏休み福祉体験、出前講座等々、法人の中では様々な地域向けの活動を展開している。また、福祉避難所として登録し、災害時の支援を手掛けている。医療施設を備えた法人は「福祉村」と呼ばれ、地域に欠かせない福祉資源として位置付けられている。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 「さわらび手帳」という法人オリジナルのアプリがあり、アプリ内には基本理念や倫理綱領などが記載されている。職員はアプリのダウンロードをして、いつでも閲覧できるようになっており、法人内で研修、効果測定が行われ、理解度を図る取組が行われている。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 規程や虐待防止の取組みの中にもプライバシー保護に関する明記があり、研修にて職員教育が行われている。排泄や入浴に関するマニュアルもプライバシーに配慮した内容となっている。マニュアルの理解度については、チェックリストを用いて確認している。			
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> 事業所を紹介するパンフレットが作成されており、写真などを用いて見やすいものとなっている。福祉センターや相談支援事業所にも資料を設置してもらったり、Facebookで施設の様子などを発信したりしている。利用希望があれば、見学や体験利用の対応もしている。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> サービスの開始や見直しの際には、利用者や保護者へ丁寧に説明し、同意を得てサインをもらっている。内容は、看護師や理学療法士、職員などから意見を収集して作成されている。説明時には、写真を使用したりして、利用者や保護者に分かりやすいように工夫している。			
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	・ Ⓑ ・ c
<コメント> サービス内容の変更がある場合には、利用者、保護者に説明して同意を得ている。他事業所への移行は相談支援事業所と連携して行われているが、現在、引き継ぎ文書や移行マニュアルが整備されていない。この点で改善の余地がある。			
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	a	・ Ⓑ ・ c
<コメント> 半年ごとに利用者、保護者との面談が実施されており、年2回の満足度調査アンケートを通じて意見を集めている。また、管理者が父母の会の会合に参加し、直接意見を聞いている。しかし、受け取った意見に対する具体的な改善措置や対応内容については記録が残されていない。今後は、改善の仕組みの整備などを検討されたい。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 苦情解決体制については事業所内に掲示がされており、契約時にも説明されている。意見や苦情については、法人独自の記録システム「SHIP」やラインワークスで共有され、迅速な対応が行われている。それらの詳細については、記録が残されている。			

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>希望があれば、個別で相談できるスペースを利用して対応している。事業所内に意見箱は設置されているが、十分に機能しているとは言い難い。利用者へ相談方法を周知するための文書の作成や、視覚障害の利用者へのアナウンス方法など、改善の余地がある。</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><コメント></p> <p>相談等あればラインワークスで周知し、情報共有している。職員には「利用者報告体制マニュアル」を用いて教育が行われている。相談内容への対応方法については周知しているが、ラインワークスではコメントが埋もれていってしまうため、対応結果までを記録として残していくことを検討されたい。</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>ヒヤリハットの事例などは、毎月看護師や理学療法士を含めて対応方法を検討し、対応内容は報告書やラインワークスで周知している。毎年、介護技術向上のため、理学療法士による研修が行われており、理解が不十分であれば、法人の研修に参加するというフォローアップ体制がとられている。</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>「感染症マニュアル」が整備されており、看護師によって適宜マニュアルの見直しが行われている。毎月主任会議内で感染予防の取組みについて話し合われているが、職員への定期的な研修を行い、最新の情報の共有やさらなる知識向上の取組みが求められる。</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行っている。	障39	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>BCP（事業継続計画）が整備されており、毎月火災、地震想定避難訓練や、安否確認の災害ダイヤル訓練が実施されている。災害備品もリスト化されており、年に1度確認している。また地域の自治体とも、大規模災害時における協力体制に関する協定を結んでいる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>各業務にマニュアルが作成されている。職員はマニュアルに基づいて業務を行い、実際の業務の様子を見て、マニュアルに沿って適切に業務が行われているか効果測定がされている。また介護技術研修が実施され、職員の力量の底上げが行われている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>各業務マニュアルは、年に1回、マニュアルを管理している職員によって確認、修正が行われている。変更点は職員へ周知され、再度業務が適切に行われているか効果測定がされているが、マニュアルに改訂の記録など、変更が分かりやすく明記されることが望まれる。</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>個別支援計画はサービス管理責任者の指導の下、担当職員が利用者本人の意向や保護者の要望に加え、看護師、理学療法士などからの意見も取り入れて作成している。計画内容は作成後に利用者本人や保護者へ説明し、同意を得てサインをもらっている。</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><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しは半年に1回行われており、計画の策定時同様に本人、家族、職員からの意見を集約して行っている。内容に変更があれば朝礼などで読み合わせ、職員周知を図って支援へ反映させている。また、利用者の状況に変化があったり保護者から要望があれば、SHIPに記録し、ラインワークスなどで対応を協議して迅速に見直しを行っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>日々の活動の中で利用者の様子や行動をチェックし、SHIPやラインワークスへ利用者の状況を記録し、情報を共有している。朝礼や夕礼時にも、前日の様子や当日の連絡事項、送迎の様子が報告されており、支援会議の内容や支援方法の変更なども対面で確実に情報伝達が行われている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>文書の取扱いについて定めた規程があり、記録の管理は管理者およびIT担当者が行っている。SHIPやラインワークスには、セキュリティのために個人パスワードが設定されており、必要に応じてIT担当者が職員教育を行っている。SHIPは、記録して数日経つと管理権限のある職員でしか編集できない設定となっており、情報の正確性と信頼性が担保されている。</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> 個別支援計画に基づいて支援が行われている。常に利用者の行動や表情を見ながらニーズを汲み取っている。時には、保護者に話を聞いたりして利用者の意思や希望を尊重した支援が行われている。また、権利擁護などの外部研修へも参加しており、研修内容を職員間で共有することで、職員のスキルアップと理解を深める取組みとなっている。		

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> 法人内に虐待防止委員会が設置され、毎月の主任会議でも身体拘束適正化を検討している。身体拘束が必要な場合には、保護者へ説明し同意を得ている。セルフチェックを年3回、虐待防止研修を年2回実施しており、朝礼時には虐待防止標語の読合わせも行っている。しかし、虐待通報の手順が十分に周知されておらず、フローチャートを掲示するなどの取組みを検討されたい。		

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> アセスメント、個別支援計画に基づいて支援が行われている。要支援度が高い利用者が多いが、利用者のできること、できないことを把握し、場面に応じて自立生活を送るための支援を行い、見守りや直接的な支援を実施している。またリハビリ用具や車椅子の申請など、行政手続きの補助や代行も適宜行っている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 言語コミュニケーション以外にも絵カードや筆談、その他にも文字盤やIpadなど、多様な視覚的コミュニケーション手段を使用し、利用者に合わせて支援している。日頃から利用者の様子を観察し、言葉だけでなく行動や表情、シチュエーションなどを考慮して利用者が伝えたいことを汲み取り、支援に繋げている。		

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> モニタリング時など、定期的に利用者とは面談する機会が設けられているが、利用者から個別に相談希望があれば、都度話を聞いている。相談スペースはいくつか用意されており、利用者の希望に応じて話を聞いている。利用者から受けた相談内容はSHIPやラインワークスで情報共有し、迅速に対応している。		
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> 個別支援計画は利用者の要望などが反映されており、その内容に基づいて日中活動が提供されている。音楽や陶芸、絵画活動では、外部講師を招いて活動が行われている。また月ごとに外出イベントがあり、運動会やクリスマス会などの季節イベントも提供されている。		
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 利用者の行動障害の対応や支援方法について、職員間で情報を共有し、対応の都度記録を残している。また、外部研修に参加した職員は、内部研修の講師として学んだ内容を職員に伝え、支援へ反映させている。しかし、参加する職員や研修内容が限られているため、今後は多様な研修への参加を通じて、職員全体の知識を深める取組みに期待したい。		

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>アセスメントに基づいて、利用者の生活支援が行われている。食事は外部に委託しているが、利用者が食べやすい食事形態にカットして提供している。また、入浴支援には複数の機械浴を用意しており、排泄支援も利用者の障害特性に合わせて支援している。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望や障害特性に合わせて、落ち着いて過ごせるスペースの提供や、気分転換のための個別散歩などの支援が行われている。過ごしやすい環境を維持するため、都度修繕を行っており、感染予防として換気をするなどの配慮もされている。課題としては、室温管理にも注意を払うなど、より快適な環境となるように改善を図りたい。</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>利用者の状態に合わせてリハビリ計画の立案、見直しがされており、その内容は理学療法士、看護師の意見が反映されたものとなっている。週1回の理学療法士のリハビリ以外にも、指導を受けた職員が適宜訓練を実施し、機能維持に努めている。</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><コメント></p> <p>利用者には1日3回のバイタルチェックを実施している。入浴時には皮膚の状態を確認しており、利用者の体調に異変があれば、看護師への報告や家族への連絡が迅速に行われるようになっている。また、利用者ごとに体調不良時の対応や緊急時の搬送先などがまとめてあり、有事の際に迅速な対応が可能となっている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>「発作時対応マニュアル」が必要な利用者ごとに用意され、職員へ周知されている。医療的ケアが必要な利用者の支援に変更等あれば、支援会議や毎日の申し送りを通じて情報共有を図っている。投薬については、誤薬防止のために様々な工夫がされているが、適切な手順を定めたマニュアルが整備されていない。誤薬は人命にも関わる可能性があり、早急なマニュアル作成が求められる。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>様々な外部講師を招いた活動の実施や作品展への応募などを通じて、利用者の活動意欲が高められている。公共機関を使用したバス外出や買い物外出など、地域での生活支援も行われている。一方で、自らの要望を伝えることが難しい利用者も多いため、利用者一人ひとりの希望や意向を把握し、今後さらなる社会参加の機会を広げる取組みに期待したい。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者や保護者から地域移行の相談等があった際には、法人内の施設を紹介したり、相談支援事業所や地域の関連機関と連携し、迅速に対応できる体制が整っている。しかし、利用者の意向調査や移行希望時の課題の把握については、体制の構築が十分とはいえず、利用者のニーズに適切に対応できるように仕組みを整備されたい。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 毎日の送迎時や来訪時に、家族と情報交換を行っている。また、モニタリング時など、定期的に面談の機会が設けられており、要望や相談事などを聞き取って対応している。利用者の体調不良時の連絡方法も明確になっており、何かあれば迅速に連絡、対応できる体制が整っている。		
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> 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		