

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つむぎ	種別：生活介護	
代表者氏名：白木 雄一郎	定員（利用人数）：20名（21名）	
所在地：愛知県瀬戸市穴田町837番地1		
TEL：0561-56-5885		
ホームページ： https://tsumugi3.wixsite.com/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：令和 2年 3月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人くわの実福社会		
職員数	常勤職員： 8名	非常勤職員： 6名
専門職員	（管理者） 1名	（看護師） 1名
	（介護福祉士） 3名	（調理員） 2名
	（生活支援員） 6名	（清掃） 1名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）

③理念・基本方針

★理念

・法人

個人の尊厳を大切に、利用者さん自らが思い描く生き方ができるよう支援するとともに、誰もが自信を持ち、当たり前に参加できる地域づくりを目指します

・施設・事業所

たくさんの仲間と経験を積み重ね上を向いていっぱい笑おう 後ろで支えてくれる人がいる やれることから一歩ずつ自分のペースで自分の道をつくろう

★基本方針

1. 否定的な言葉や態度は使わずに、肯定的なかかわりと環境を提供しよう
2. 利用者さんの表現や意思を尊重しよう
3. 決めつけではなく、利用者さんの想いを探り、汲み取る姿勢を大切にしよう
4. 支援者の気持ちは控えめに、利用者さんの「こうしたい」「ああしたい」を引き出そう

④施設・事業所の特徴的な取組

特に力を入れていることは、利用者さんとの関わりの部分です。支援において、常に利用者さん第一を大前提に置いています。利用者さん一人一人の特性や個性に合わせながら、生活を組み立て、将来にわたって必要な関りを考えています。一人一人の表現をしっかりと受け止め、肯定的な環境を提供することで、安心して自分の意思を出してもらえるように努力しています。

これらのことを職員全体で取り組んでいけるようにするために、施設内外研修や施設長面談を年に1回以上実施し、その中で事業所の方針の確認や、自己の振り返り、スキルアップを行います。また、毎日夕方方の時間を使って、その日の利用者さんのことを話し合うことで、利用者さんの情報の共有や、職員同士の悩みの相談などに繋げています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 6月22日(契約日) ~ 令和 6年 4月10日(評価決定日) 【令和 6年 2月 7日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	初 回 (平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆利用者個々の主体性の尊重

日中活動では、利用者個々の特性に応じて自分のやりたいこと、得意なこと、興味のあることに焦点を当て、メニューを自己選択あるいは提案し、それぞれのペースに合わせた活動を支援している。一見勝手に活動しているようにも見えるが、それぞれに課題を設定し、達成に向けて取り組んでいる。自主性を最大限尊重し、またこの自己表現を他の活動にも波及させることで、自信をもって自らが思い描く生き方を具現化している。これは、一般人が職業選択し、自らの人生を進んでいく姿に相違ない。また、利用者の意向を汲み取るため、心身の状況に合わせたコミュニケーション手段を用い、職員への意思伝達に加え、利用者同士でもコミュニケーションが取りやすいように支援している。個々の意思決定を優先する中で、文字や写真などを使って自ら意思表示をすることもあれば、それが困難な場合には、1日のスケジュールを写真で示し、活動が終わったものから1つずつ剥して行動確認をするという工夫もするなど、利用者が少しでも理解が得られるような配慮を心掛けている。

◆管理者の職員サポート

管理者は、支援の方法などに関する職員への支援を的確に行っている。時にはスーパービジョンを明確に示し、あるいはヒントを与えて、職員自らが方策を考えて実践を促すコーチングの手法をとるなど、職員の力量や対応するケースの状況に応じて使い分けている。また、各会議の場でもサービス検討の機会を設け、管理者のアドバイスの下、最適な支援を皆で導き出している。

◇改善を求められる点

◆目標管理の導入

「振り返りシート」により、職員個々の目標を設定して達成度の確認を行っている。しかし、上司の期待する目標や自身の職責を前提とした目標設定を行い、その目標に対して面談による評価や修正を行う形の目標管理とは程遠い。体系的な目標管理制度の導入を検討されたい。

◆マニュアルの見直し

標準的な実施方法、個別支援の手順書、感染症対応、相談対応など、様々なマニュアルが整備されているが、利用者個々や実情に合った内容に適宜見直しをしていくことで、マニュアルの有効性が増していく。見直す方法やタイミングなどの仕組みを整えることが必要であり、最適なマニュアルを活用することでサービスの向上とリスクの軽減を図られたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、事業所設立後の初受審となりました。これまで、私たちが大切にしてきた部分が、しっかりと評価していただいたことに大変うれしく思うとともに、厳しくも的確なご指摘をいただいたことも大変ありがたく思います。いただいたご意見は、事業所運営に落とし込み、改善をしていきます。今後も定期的な受審をさせていただくことで、自事業所の運営の振り返り・改善につなげていき、利用者様のより良い生活の向上に尽力していけたらと思っております。

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＞ 理念や運営方針は、所内の掲示板に掲示され、またパンフレットやホームページにも明記されている。職員には面談の際に管理者が確認をしている。行動規範に関しては、職員が話し合っまとめたものであり、権利擁護の指針にもなっており周知は行き届いている。利用者への周知に関しては、充分とは言えず、配慮と工夫が求められる。		

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 ④・b・c
＜コメント＞ 福祉動向や地域の状況については、自立支援協議会や日中活動部会などで共有されており、検討議題にもなっている。利用希望者等の現況についても把握している。利用率や収支の状況に関しては、毎月法人の施設長会議に提出され、現状分析がなされている。		
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・⑥・c
＜コメント＞ 人材育成、ディスカッション時間の確保、といった運営上の課題について、主任会議で話し合い、職員会議にて結果に対しての共有、あるいは再討議を行っている。計画性のある取組みかどうかという点では、課題が残る。		

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＞ 3年スパンの中期計画を策定しており、目標に対して到達点を決め、行程表に沿って取組みを具体化している。必要な数値目標も定められ、進捗評価が可能な形となっている。期間途中での見直し・修正といった点では柔軟性を欠き、立て直しによる計画の適正化と実効性の向上が望まれる。		
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 ④・b・c
＜コメント＞ 単年度の事業計画は、中期計画の内容に対しての整合性が図られており、責任者を定め、「月次行程表」に沿って進められている。内容的にも具体性を有し、実効性の高い中身となっている。		

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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 事業計画の見直しは、項目ごとのモニタリングが必要であり、職員の参画による定期的な評価と内容の見直しが求められる。また、事業計画の策定に当たっても職員からの意見聴取や立案が望ましく、参画を含め十分な理解を得るための取組みは必須である。		
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、家族へは書面による事業計画の配布がなされ、年2回の支援計画モニタリング時に説明している。ただ、利用者に対しては分かりやすい資料などが用意されておらず、少しでも理解が得られるような配慮と工夫が求められる。		

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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 利用者満足度調査を毎年実施し、集計した上で管理者が方向性や方策を示し、改善に向けている。職員へは「虐待チェックリスト」により不適切支援の早期発見を目指し、こちらも集計して職員全員で共有している。運営全般に関し、第三者評価の受審の無い年度も、同じ評価基準を用いた自己評価の実施が望まれる。また、支援推進会議が機能するよう取り組まれない。		
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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> 利用者に対して実施した満足度調査を集計・分析し、課題を抽出した上で順次改善に向けて取り組んでいる。改善計画の策定、評価、見直しなどといった点で取組みは不十分であり、改善の余地がある。		

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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、事業所の運営方針や自身の方向性について、事業所内の主任会議や職員会議で示している。管理者を含む職員の職責については、「つむぎ業務分掌」に明示されている。管理者不在時の職務権限は、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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 管理者セミナーや法人の施設長会議などで法令や制度改正などの情報を得ており、職員会議にて周知し、必要に応じて事業所内に掲示している。虐待防止や身体拘束適正化等の権利擁護の関係は、このような対策の他、研修にて全職員に周知徹底がなされている。			
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> 支援方法や手順などに関する助言を、事業運営の中で随時に行っている。時にはスーパービジョンを明確に示し、ある時はヒントを与えて職員自らが方策を考えて実践を促すコーチングの手法をとり、職員の力量や対応するケースの状況に応じて使い分けている。また、各会議の場でも、サービスについての検討の機会を設け、最適な支援を考えている。			
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 法人と協働し、人事、財務の分析を行っている。労務関係では、労働環境の改善に向けて、安全推進者を置くことを求めたい。また、形骸化している支援推進会議に関しても、実際の動き出しを期待したい。			

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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 中期計画に人材に関する項目を設けて取り組んでいる。具体的には、定員増に伴う職員の増員を計画している。人材の確保に関しては、法人本部主導の施設長会にて方針や具体策が検討され、採用に関しては法人本部が行っている。人材定着については、外部研修を中心に研修への参加を奨励しており、補助金の制度も設けている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 法人としての「期待する職員像」は必ずしも明確ではないが、障害福祉サービスの殆どの種別事業所を備え、これらを経験することで福祉の専門家・指導者を目指す、というのが管理者の期待するものである。一方、人事考課は実施しておらず、業務への貢献度を評価する仕組みは無い。また、昇進昇格等の基準も不明瞭である。職員のキャリア設計のためにも、適正な人事制度の構築を求めたい。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 休暇や時間外勤務などは管理者がデータ管理をしており、状況把握した上で必要な声掛けを行っている。また、「振り返りシート」を活用し、これを基に面談を実施し、課題の改善・解消を図っている。健康診断の実施やハラスメント窓口の設置など、働くことを阻害する要因は見当たらない。			

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> 「振り返りシート」により、職員自身の目標を設定して達成度の確認を行っているが、上司の期待する目標や自身の職責を前提とした目標設定に対して、面談による評価や修正を行う形の目標管理とは程遠い。体系的な目標管理制度の導入を検討されたい。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 研修計画は、施設内研修・施設外研修・その他の研修からなり、虐待防止研修や職員会議での伝達研修なども含まれる。法人が主催する研修は無く、外部研修が中心となる。ただ、計画の実施状況の評価や途中での見直しなど幾つかの課題もある。		
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> 研修機会として、正規職員には年1回の外部研修を必須とし、非常勤職員には施設内研修、動画研修への参加を可能としている。専門資格として、強度行動障害支援者研修は全員が受講しており、専門的対応が期待できる。人材育成の要となるOJTは、主任が担当してジョブトレーニングがなされるが、期間や目標設定、評価といった体系的な取組みとはなっていない。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 実習生の受入れを事業計画の項目として挙げ、看護学生の実習を受け入れている。また、介護福祉士の指導者資格を管理者が取得したことで、今後の受入れを予定している。ただ、実習生受入れに当たってのマニュアルや専門プログラムが整備されておらず、受入れ体制の強化が課題となっている。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ホームページでは法人概要や事業内容、財務状況などを公開し、事業所の広報誌「つむつむ通信」、法人機関紙「桑の実」では、主に活動状況などの情報を公開している。地域向けの広報としては、対象地域を拡大する余地はある。苦情に関する公表は無いため、内容や処理状況などを公表することで、更なる透明性の向上を求めたい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 「経理規程」などによって、財務基準が整備されている。会計士である監事による監事監査が決算前に実施されている。外部監査、あるいは外部の専門家による経営チェックの実施が望まれる。また、職務分掌は職員の業務上の職責を示すものであり、その点ではより明確な基準を検討されたい。		

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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 介護施設での移動販売や作業納品時での客先との交流、毎週行う散歩での地域住民との会話などで、地域との接点を持つ。ただ、中期や年度計画には、地域との交流に関する記述は見られない。また、地域資源の活用に関しても、方針等が明確になっておらず、また活用機会も無い。基本的な考え方を整理した上で、交流の輪を広げて行くことを期待したい。		

<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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> ボランティアに関しては、職務分掌の中に対外事務班を設置し、ボランティア担当を置いている。実際には、縫製ボラなどの定期的ボランティアを受け入れている。今後は、受入れ手順等のマニュアルを整備するなど、受入れ体制の強化を図りたい。</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	㉒ ・ b ・ c
<p><コメント> 行政機関や医療機関、学校関係、同業種事業所など、関係機関や団体とは連携が図られ、必要な情報なども得られている。自立支援協議会に参加し、共通課題の検討や情報共有を行った実績もある。地域では、町内会に加入しており、コロナ禍によって町内活動が中止になっていた期間は長かったが、次年度（令和6年度）からは積極的な交流・連携を予定している。</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	㉓ ・ b ・ c
<p><コメント> 法人の施設長会議で、地域の福祉ニーズが共有されている。相談支援事業所や日中活動部会、自立支援協議会、特別支援学校などから地域の在宅者ニーズを入手して把握している。更なる関係強化を図り、アンテナを広げることで正確且つタイムリーなニーズ把握に繋げようとしている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 地域のニーズに応え、重度の障害者を受け入れている。また、通所事業所ではあるが、要望を受けて入浴支援を実施している。例えば出前講座や障害相談といった専門施設としてのノウハウの地域提供、災害時の被災者支援など、事業所の機能を活用した地域貢献を検討されたい。また、地域貢献を実施することで、地域での存在価値をアピールすることを期待したい。</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	①	b · c
<コメント> 理念や基本方針を職員間で共有し、サービス提供や基本的人権への配慮について共通の理解を持っている。利用者の思いをしっかりと受け止め、それを基に関わり方を考えている。職員は「振り返りチェックシート」や研修等で、改めて利用者尊重を考える機会がある。			
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> プライバシー保護に関しては法人全体で取り組んでおり、規程やマニュアルの整備、研修等により理解を深めている。職員同士でも支援の場でプライバシー配慮について話し合い、知恵を出し合って対応している。利用者や家族に関し、プライバシー保護に関する周知が十分でないため、個別的な配慮等についても今後周知を図っていくことが望ましい。			
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> 提供するサービスを理解してもらうために、事業所案内や言葉の説明だけでなく、利用希望者に見学や体験をしてもらい、雰囲気を感じてもらいながら必要な情報を提供している。特別支援学校の生徒は、小中学生の頃から見学や長期休暇中の体験をすることもあり、経験してもらうことが大切であるという考えの下、積極的な受入れをしている。			
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	①	b · c
<コメント> サービスの開始・変更にあたっては、利用者・家族へ説明し、同意を得た上で実施している。意思決定が困難な利用者場合には、家族や相談支援事業所との連携を取りながら丁寧に説明している。利用者の年齢層が低いだけに、家族の意向（都合）が強くなりすぎないように注意している。			
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	③ · c
<コメント> 家族や相談支援事業所と情報共有し、円滑にサービス移行ができるように配慮している。他の事業所への変更がある場合には、移行先の事業所へ引継ぎを行い、サービスが途切れないようにしている。現状は職員の裁量で対応していることが多いが、引継ぎの手順をルール化し、さらに文書化することが望まれる。			
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	①	b · c
<コメント> 利用者で組織する自治会にて職員との意見交換を行い、利用者の満足度を確認している。年1回のアンケート調査においても、要望や改善点を挙げてもらい、それを集計した結果や改善方法を家族にフィードバックしている。利用者の満足度を把握する目的で個別面談を実施し、サービスの質の上昇を図る計画もある。			
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> 法人として苦情解決の体制が整備されており、それに沿って対応している。フローチャートで処理の流れを定め、利用者・家族にも仕組みを説明している、利用者の連絡ノートに書かれた内容からも苦情に繋がりを拾い、改善に努めている。苦情や要望の公表が不十分であるため、公表の方法等を関連規程に定められたい。			

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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者が話しやすいような雰囲気・環境づくりに取り組み、他者に聞かれたくない話の時には相談室などの個室で聞くようにしている。言葉での表現が難しい利用者には、写真や絵カードなどを用いて伝えやすく工夫している。職員側が、利用者からのサインを拾うだけでなく、利用者からの発信がしやすいような工夫が望まれる。</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>利用者自治会や個別で受けた相談、意見に対しては、迅速に対応するよう努めている。解決までに時間がかかる案件については、進捗状況をその都度説明して理解を得ている。相談等を受けてから対応するまでの流れを記したマニュアルの整備が不十分であるため、定期的な見直しをすることでサービスの質の向上に繋がりたい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人としてリスクマネジメント体制が構築されており、事業所内でも責任者を定め、リスクマネジメント会議にて事故やヒヤリハットを分析し、再発防止や未然防止に取り組んでいる。リスクマネジメントに関する職員の意識向上のため、研修や再発防止策の評価を定期的に設けることを期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者と看護師を中心に、感染症に対応する体制を整えている。日々の感染症対策として、利用者職員は手指消毒を徹底し、感染症発生時にはマニュアルに沿って対応することで拡大を防いでいる。時季に応じて、発生しやすい感染症に関する勉強会を実施している。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>災害時の対応マニュアルやBCP（事業継続計画）を整備し、非常用の備蓄も確保している。ハザードマップには入っていない地域ではあるが、定期敵に防災訓練を実施し、避難経路や緊急連絡網の確認などを行っている。自治会に加入しているものの、地域との関係が希薄になっているため、災害時の協力体制の確立を急がりたい。</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>標準的な実施方法が記された手順書が文書化され、職員が閲覧しやすいようファイリングされている。個別支援計画は職員間で共有する仕組みがあるが、標準的な実施方法に関しては、周知徹底するための取組みが弱いため、標準的な実施方法に沿った支援が実施されているかどうかを、検証する仕組みづくりが求められる。</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>半年ごとのモニタリングのタイミングで、手順書等の見直しを行い、会議にて検討して改定を行っている。常勤・非常勤に関わらず、職員によるサービスの水準や内容の差異をなくすため、利用者の障害特性等を踏まえた標準的な実施方法を見直す仕組みを明確に定め、全職員に周知の上、日常的に活用することが望まれる。</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>個別支援計画に関しては、「個別支援計画・個別面談マニュアル」に沿い、必要に応じて看護職員の意見も参考にして策定している。利用者のニーズ把握のための面談は、家族も交えて行っているが、職員と一対一で話したいという利用者もいるため、利用者の意向を尊重して対応している。</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 ・ ② ・ 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結果を基に見直しを行い、検討会議にて職員に周知する流れを定めている。定期的な見直しの他に、状況変化があった場合には、適宜、個別支援計画の変更を行っているが、その手続き等の手順を示した文書がない。また、個別支援計画を緊急に変更する場合の、仕組みの整備が望まれる。</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	③ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況を把握するためのチェックシートに、サービスの実施状況を記録する仕組みとなっており、記録方法に差異が生じないように申し送り等で伝えている。利用者の連絡ノートに細かな状況を記したり、伝達シートを活用して職員間で共有している。現状、タイムラグは生じるが、紙媒体で確実に情報伝達を行っている。</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 ・ ④ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人で定めている個人情報保護に関する規程に従って、記録の保管・管理を行っている。記録の内容に応じて担当責任者を置き、適切に管理できる体制を整えている。不要になった記録は破棄しているが、不適切な利用や漏洩に関する職員の理解を深めるための取組みは不十分である。研修等により、学ぶ機会を設けることを検討されたい。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 日中活動は、大まかなスケジュールは決まっているものの、利用者の自己決定を尊重し、いくつかの選択肢を用意して活動の幅を広げている。夕礼で利用者からその日の活動内容の感想を聞き、職員はそれを受けて翌日以降の支援の組み立てを行っている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 定期的に行う「振り返りチェックシート」で、権利擁護についての意識の確認を行っている。行動障害により、やむを得ず身体拘束をしなければならないことがある場合には、個別支援計画に盛り込み、具体的な手順と実施方法を明確にし、家族とも十分話し合った上で適切に対応している。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 手を貸し過ぎない支援を意識し、利用者が自分で行えることは自力で行えるよう支援し、困っている時や介助が必要な時は、本人と相談しながら対応している。自律・自立生活を意識している利用者が少ないため、職員が情報共有しながら、支援の意味・目的を考えて動機づけに取り組んでいる。			
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> 心身の状況に合わせた手段を用い、職員への意思伝達のためだけでなく、利用者同士でもコミュニケーションが取りやすいようフォローしている。文字や写真などを使い、自ら意思表示をすることもあれば、それが困難な場合には、1日のスケジュールを写真で示し、活動が終わったものから1つずつ剥して行動確認をするという工夫もしている。			

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> 利用者が相談しやすい職員を選ぶことができることを伝え、個別に話をする機会を設けている。相談内容は職員間で共有するが、利用者の希望に応じ、一部の職員のみで対応するなどの配慮もしている。必要に応じ、担当者会議を開き、個別支援計画に反映させる等、利用者の意思を尊重して支援している。			
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	a ・ ① ・ c
<コメント> 利用者の希望やニーズを把握し、日中活動の選択の幅を広げるよう取り組んでいる。バザーやマルシェなどに参加することを目標として活動に取り組んだり、特技を活かした刺激的な活動も取り入れてモチベーションアップにつなげている。活動がパターン化しないよう、活動の入替えや社会勉強も兼ねた活動を取り入れていくことを期待したい。			
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
<コメント> 利用者個々に「支援手順書」を作成し、特に配慮が必要な利用者へ適切な支援が行えるように配慮している。状況に合わせて支援方法を変更し、職員が共有する仕組みがある。職員全員が順次、強度行動障害の研究を受講しており、基礎知識を学び直し、日々の支援を振り返ることで事業所全体の支援の質の向上を図っている。			

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><コメント></p> <p>個別に配慮が必要な事項に関しては、支援手順を明確にしている。食事の提供方法など、個別の対応を一覧表にして、調理場に掲示することで、適切な状態で提供できている。常に同じ支援をするのではなく、利用者が自分でやれることが増えた時には、介助方法を変更し、職員が手を貸し過ぎないようにしている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の気持ちを汲み取り、安心して過ごせる場所を確保している。それぞれに合ったスペースを確保し、個室や衝立で仕切った場所で他者とは離れたところで過ごしてもらったり、また職員の傍で安心して過ごしてもらったりなど、その時の状況に合わせて対応方法を考え、適切な環境を提供している。</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><コメント></p> <p>歩行訓練を行ったり、日中活動の中での動作を機能訓練として位置付けて行ったりしている。機能訓練や生活訓練に関して、具体的なプログラムは作成していないが、日中活動の一つとして取り組んでいる。利用者本人の自立生活や社会参加を通じた自己実現に向けて、多様な訓練を実施することを期待したい。</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><コメント></p> <p>年1回の健康診断を実施しており、健診結果によっては看護師から配慮する必要があることなどの助言をもらっている。家族とも健康管理に関しての連絡を取り合い、体調に不安があるときには看護師が家族と話をして迅速な対応が取れる体制となっている。体調変化への対応が適切に行われるよう、看護師主導の健康管理の研修等を行うことが望まれる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>医療的な支援に関しては、看護師が中心となって適切な手順を定め、安全管理体制を整えている。服薬に関しては、日々家族から預かり、空の袋を返し、連絡ノートに服薬時間を記入して報告している。現在は、医療的ケアやアレルギー対応が必要な利用者はいない。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>日中活動の中で社会参加ができるよう、バザーへの参加や内職の納品の同行をすることで、外部の人との関りを持ち、意欲的に活動に取り組めるよう支援している。社会経験の少ない利用者が多く、社会参加がイメージできないこともあるため、情報提供をするとともに、外出先のバリエーションを増やして参加しやすい環境を整備することが望まれる。</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>利用者の意向を確認し、地域に出向いた活動（バザー参加や買い物支援）を取り入れ、地域生活を意識してもらえるよう支援している。利用者の経験値を増やすため、他事業所の見学にも行ってもらう、様々な地域生活を知ってもらう機会を提供している。しかし、事例が少ないためもあってか、地域生活への移行希望の熱は一向に高まってこない。</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> 連絡ノートで情報共有をし、家族とは密に連絡を取るようになっている。家族との面談で、悩みや相談を受けることもあり、事業所としてできる範囲での対応を行っている。休日の余暇の過ごし方やショートステイの利用に関して相談があるときには、相談支援事業所と連携して、家族への提案を行うようになっている。			
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			