

## 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：さくら	種別：生活介護	
代表者氏名：岩木 直之	定員（利用人数）：55名（43名）	
所在地：愛知県東海市荒尾町油田48番地の7		
TEL：052-603-8552		
ホームページ： <a href="http://satsuki-swc.org/">http://satsuki-swc.org/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成 5年 5月13日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人さつき福祉会		
職員数	常勤職員：15名	非常勤職員：13名
専門職員	（管理者）1名	（看護師）2名
	（サービス管理責任者）1名	（嘱託医）1名
	（生活支援員）23名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### 『安心と笑顔』

- ・さつき福祉会は、利用者の意思や人権を尊重し、利用者とその家族が笑顔に満ち、地域で安心した生活が安心した生活ができるように支援します。
- ・さつき福祉会は、地域のみなさまとともに、心のバリアフリーに向けた取り組みを行います。
- ・さつき福祉会は、職員に対しスキルアップの機会を提供するとともに、安心して働き続けることができる環境を作ります。

#### ★基本方針

##### 『他人に決められる生活から自分で決める生活へ』

- 生活介護事業所が担う役割の一つに、「日中の居場所の提供」があげられます。
- しかし、日中活動の場が保障されても、その活動内容が本人の望むものでなければ、充実した時間にはなり得ません。さくらは、この「本人の思い」を大切に、提供サービスに反映していきます。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

##### ◎個々に合ったコミュニケーションツールの活用

意思決定支援を進めるにあたって、お互いのコミュニケーションの確立は必要不可欠です。「ことば」によるコミュニケーションだけに頼らず、対象者にあったコミュニケーション手段を用い、思いのキャッチボールが図れるよう努めていきます。

##### ◎スケジュール提示

見通しが持てない生活は、不安を生む大きな要因となります。先の予定をわかりやすい形でお伝えし、不安の解消に努めます。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 5月15日（契約日）～ 令和 6年 4月12日（評価決定日）  【令和5年12月20日・令和6年2月5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

##### ◆働きやすい職場づくり

昨年度、多くの職員の離職を経験し、管理者は職員間のコミュニケーションの重要性を身をもって経験している。その轍を踏むことなく、職員への「声掛け」、また職員同士の「声掛け」を具体的な改善策として実践している。法人の各種休暇制度も整っており、今年度は安定した職員雇用が継続している。管理者の目指す働きやすい職場づくりが着々と進んでいる。

##### ◆地域の障害者理解

事業計画の「事業所の目的」の冒頭に、「地域とのふれあい」を謳っている。その目的は、地域の障害者理解を深めることにある。市・社会福祉協議会に協賛して、大学生の車いす体験を実施し、事業所の集会室を地域の子供会や楽器の演奏グループの練習会場として開放している。更生保護女性会との地域清掃や小学校を訪問しての交流等、地域を意識した活動は数多い。これらがすべて、地域の障害者理解につながっている。

##### ◆職員によるリハビリテーション

自律・自立生活のための支援を、職員が同じレベルで実施できるように、利用者全員の「支援手順書」が作成されている。また、心身の状況改善への対策として、訪問リハビリを取り入れている。理学療法士の指導による「支援手順書」を活用して職員によるリハビリテーションを行い、残存機能の維持と向上を目指している。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆事業所独自の中・長期計画の策定

法人が策定した「中期基本計画（2020～2025年度）」はあるが、事業所としての中・長期計画は策定されていない。法人の「中期基本計画」に沿い、管理者の思い描く3年後、5年後の「事業所のあるべき姿」を明文化し、単年度の事業計画作成のための枠組みを示すことが望ましい。様々な取組みの中から出てくる課題に関しても、改善活動が長期化するもの、資金計画を必要とするもの等は、事業所の中・長期計画に挙げて取り組むことが妥当である。

#### ◆文書化の遅れ

実際の支援の充実と比較し、文書化(規程、マニュアルの整備)の遅れが目立つ。手慣れた職員が業務や支援を担当することにより、支援の現場は円滑に回っている。職員自身はマニュアルの必要性を感じていないと思われるが、職員誰もが同じレベルの業務を遂行するための標準化や、新しい職員の教育用として、マニュアルは意義・目的を持つ。例示すれば、実習生の受入れ、ボランティアの受入れ、個別支援計画の作成や見直し、利用者意見への対応、地域移行の支援、医療的支援、服薬支援等々である。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は、当法人が運営するさくら(生活介護)において、第三者評価を実施して頂き、ありがとうございました。

今回は、令和元年以来、2回目の受審となります。前回同様、多岐にわたる調査項目の一つ一つを管理者、主任、現場職員で振り返りながら、改善できたこと、改善できていなかったことを再認識することができました。

私共が思っている以上に評価して頂いた部分については、運営管理や取り組んでいる支援に対して自信を持って継続していくこと、また、現状維持ではなく、より良い支援を提供できるように日々継続して努力していきます。

一方で足りない部分、改善できていなかった点をいくつか指摘していただきました。特に改善する必要がある項目のひとつとして、「事業所としての中長期計画がない」ことが挙げられました。今後は、単年の事業計画だけでなく、中長期計画を作成し、事業所としてのあるべき姿を明文化します。

また、利用者、職員、保護者、地域に発信していく機会を設けていきます。

今回の評価結果が、より良いサービスの提供につながるよう取り組んでいきます。ありがとうございました。

#### 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＞ 事業所としての理念を定めず、法人の理念である「安心と笑顔」を事業所の理念として取り組んでいる。理念をホームページやパンフレットに記載し、職員だけでなく、利用者やその家族にも周知を図っている。分かりやすい言葉で示された理念だけに、利用者調査（家族アンケート）の結果からも、利用者や家族へ浸透していることがうかがい知れる。		

##### 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＞ 管理者が、市の自立支援協議会（おとな部会）や県の知的障害者福祉協会のメンバーとして活動し、福祉動向や業界の持つ課題等を把握している。法人においては、理事長以下各施設長に至るまでの幹部職員による経営合同会議が月に2回開催されており、それぞれが持ち寄った情報の共有を図っている。会議では、事業の方向性や予算、収支の状況、今後の見通し等が討議されている。		
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・②・c
＜コメント＞ 経営課題を「利用者の漸減」とし、その原因の一つを、市内における同業事業所の増加（新規開設）と捉えている。さらに、重度障害者を受け入れるグループホームが市内には少なく、市外のグループホームへ移行することによって当該事業所（さくら）を退所するケースも増えている。対応策は検討されているが、決定的な改善策は打ち出せていない。		

##### 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＞ 法人策定の「中期基本計画（2020～2025年度）」があるが、事業所としての中・長期計画の策定はない。法人の「中期基本計画」に沿い、管理者の思い描く3年後、5年後の「事業所のあるべき姿」を明文化し、単年度の事業計画作成のための枠組みを示すことが望ましい。		
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・②・c
＜コメント＞ 事業所の中・長期計画が策定されていないことから、事業計画は、前年度の事業計画を評価した事業報告を作成し、その内容を反映させた次年度の事業計画を作成している。事業計画の主要な項目（事業所目標等）には、数値目標や具体的な到達点を設定し、期中の進捗確認や期末の最終評価（事業報告）を曖昧にしないことが求められる。		

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	
<コメント> 管理者が事業計画を総括し、特に行事に関しては詳細な実績を記載した資料を作成し、職員会議に諮って職員意見を求めている。職員会議で検討した上で、事業計画案として経営合同会議や理事会に付議される。成案となった事業計画は、職員会議で周知が図られ、実施へと移される。半期終了後には、事業計画の見直しが実施されている。			
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 ・ ② ・ c	
<コメント> サービスの主体である利用者、またその代弁者としての家族等に対して、サービスの提供者はその内容を詳しく説明して同意（インフォームドコンセント）を得る必要がある。その意味において、事業計画に関しての分かりやすい資料を作成し、機会を捉えて家族等に説明することが望ましい。保護者が解散したことにより、一つの有効な機会が失われたことになる。			

#### 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> 毎年の自己評価の実施、定期的な第三者評価の受審がある。前回の第三者評価受審での気づきとして、パーソナルスペース（利用者の落ち着ける空間）の必要性を認識し、事業計画に挙げて取り組んだ。			
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	
<コメント> 生活空間のいたるところにパーソナルスペースが設置されている。昼食後の休憩時間、ここで音楽を聴いたり、物思いにふけったり、午後の軽作業の準備をしたりと、利用者は思い思いに過ごしている。文字の理解が苦手な利用者が多いことから、様々な場面で写真やイラスト等が活用されている。これらの改善については、計画的に実施し、記録に残すことが望ましい。			

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	ⓑ・c
<コメント> 管理者の責務は「運営規程」及び「職務分掌規程」で明確になっており、自らの所信を「さくらだより」に載せている。管理者不在時の権限の委任先として、多くの職員は、慣習でサービス管理責任者と認識しているが、「運営規程」等に明確に記載しておくことが望ましい。			
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> 法人の法令遵守責任者が選任されており、その名において「法令遵守に関する留意事項」が定められ、職員周知が図られている。また、権利擁護委員会が主導して、アンガーマネジメント研修が実施され、さらに権利擁護に関する研修が予定されている。管理者は、会議等の機会を捉えて遵法を職員に伝えており、法人全体に高いコンプライアンス意識が醸成されている。			
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> 3年余にわたったコロナ禍による制約、制限が徐々に解除され、管理者の意図する地域交流が再開されている。地域で開催されたポッチャの大会に利用者が参加し、地域交流を深めた。それ以降、ポッチャが事業所内でも活動の一つとなった。ボランティアとともに参加した地域清掃は、日刊紙の地方版に写真入りで紹介され、利用者のモチベーションの向上につながった。			
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> コロナ感染症の5類移行により、外出支援や事業所イベントが再開される等、職員の業務負担は大きくなっている。職員のストレスが懸念されるが、制約を受けずに思い通りに活動や支援ができることの高揚感もあって業務効率は良く、時間外労働等の増加とはなっていない。管理者は、職員間の良好なコミュニケーションの構築を運営方針の一つに掲げている。			

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	Ⓐ	b・c
<コメント> 職員の採用は法人の人事部主導で行われ、事業所では非正規職員に対する面接試験に関わっている。昨年度、職員の大量離職があり、その反省を活かして職員の定着対策に重点を置いている。最も重要視していることは職員間のコミュニケーションであり、常に「声掛け」することを心掛けている。その成果から、今年度は安定した職員雇用が続いている。			
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> 現在、人事コンサルタントと契約して、総合的な人事システムを構築中である。現行制度では、「個別スキルアップ計画書」を使用して目標管理を行っているが、個人目標と事業所の目標との連動が考慮されていない。また、目標の達成度や取り組んだことによって得られた成果が、人事考課（成績考課）に反映されていない。新制度では、これらが改善される仕組みとなる。			
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	Ⓐ	b・c
<コメント> 多くの職員が離職した昨年度の轍を踏まないよう、職員間のコミュニケーションを重視して働きやすい職場づくりを進めている。有給休暇の取りづらさはなく、介護休業や看護休暇の制度も活用されている。男性職員が看護休暇を取得したり、子育て中の女性職員に時短勤務を認めたりと、ワーク・ライフ・バランスに配慮した支援もある。			

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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「目標管理シート」を使って職員育成を図っているが、目標管理制度の対象は正規職員に限定され、非正規の嘱託職員やパート職員には適用されていない。個人目標と事業計画に掲げる事業所目標とのリンクや、人事考課制度との連動等の課題の改善は、令和7年度から運用される新人事制度を待つこととなる。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人主導で研修計画が作成され、階層別、職種別、テーマ別の研修が行われている。法人の実施する研修を補完する形で事業所研修を組み、年間3日ある「半日営業の日」の午後に研修時間にあてている。研修履修後に報告書の提出や会議での伝達研修を行っているが、研修で得た気づきや現場支援への落とし込みが検証されておらず、研修効果を確認する仕組みづくりが求められる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間3日の「半日営業の日」を有効に使い、全職員が一堂に会して研修を行っている。動画配信のサポートも、時間の制約がなく受講でき、テーマ別の研修として効果が得られている。新人職員に対する研修としてメンター制をとっており、一定期間、先輩職員をメンターとするOJTが実施されている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ感染症の5類移行もあり、今年度は社会福祉士実習3名、看護学生18名の実習生を受け入れている。養成機関、学校別に担当職員を決めており、円滑な受入れを行っている。一方、慣れた職員が継続して担当することで、マニュアルの必要性が論じられていない。実習生受入れの意義や目的を明記したマニュアルを整備し、事業所にとってメリットのある実習とされたい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページが充実しており、幅広く情報を公開している。「お客様の声」として、苦情の受け付けや解決した内容もホームページに載せている。法人の機関誌を年間2回発行しており、利用者家族を始め、関係機関や関係者に配布されている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の現金出納は、10万円を限度とする小口現金制で管理されている。購買等の決裁権は管理者が有し、現金出納の実務は事務員が担っている。決裁権者と出納責任者を2名に分かつことにより、内部牽制を働かせている。法人監事による内部監査も適切、適正に実施されており、外部の専門家（会計士、コンサルタント等）からも有益な指導や助言を得ている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍によって中断していた地域との交流が徐々に再開されている。市・社会福祉協議会とともに地域の障害者理解を進める取組み（学生の車いす体験等）を展開しており、事業計画の「事業所の目的」の冒頭にも、「地域とのふれあい」を謳っている。更生保護女性会との地域清掃や小学校を訪問しての交流等、地域を意識した活動は数多い。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ボランティア受入れの担当職員を決め、多彩なボランティアを受け入れている。多くのボランティアを受け入れているが、その基となるマニュアルが存在しない。ボランティアの受入れを、地域の障害者理解を進めるための主要な活動と位置づけ、意義や目的を明記したマニュアルを作成することを期待したい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 市の作成した「福祉ガイドブック」を、社会資源のリストとして活用している。その他、社会資源としての必要な情報は、市の自立支援協議会や社会福祉協議会、相談支援事業所等との連携によって得られている。家族向けに障害者対応が可能な歯科医のリストを作成し、配付している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 市の自立支援協議会の「おとな部会」に所属し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。法人の相談支援事業所と連携し、在宅障害者の情報も得ている。法人内の経営合同会議（月に2回）や施設長会議（月に1回）に参加し、地域の福祉ニーズに関する情報を共有している。</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	② ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 「地域とのふれあい」を事業計画に挙げ、様々な関わりの中で地域の障害者理解を深めようとしている。社会福祉協議会に協賛して大学生の車いす体験を行い、小学校を訪問して子どもたちとゲームを楽しみ、事業所の集会室を地域の子供会や楽器の演奏グループの練習会場として開放している。市と協定を結び、福祉避難所としての登録もある。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>組織の基本姿勢は、理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示されており、日中活動においては、利用者意向を尊重した選択の中での生活の質に配慮している。組織全体の職員理解、意識向上、実践するための取組み方、周知徹底方法には課題が見られ、改善を望みたい。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシー保護をはじめ、虐待防止といった利用者の権利擁護に関する規程やマニュアル等は整備されているが、職員への周知と取組みには課題が残る。利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した支援や工夫は数多く見られるが、トイレに設置してあるカーテンが外れたままの状態であったりと、職員意識の喚起が必要である。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者には、サービス内容を資料とパワーポイントを使用して分かりやすく説明している。また言葉や文字だけでなく、写真を多く活用することで視覚的に分かりやすくする配慮がある。しかし、様々な障害特性に合わせて対応できるよう、資料の漢字に読み仮名を打つ、写真やイラストを工夫する等、利用希望者本人にも分かりやすい内容の資料等の作成を期待したい。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始や変更時には、利用者本人の自己決定を意識しながらアセスメントをとり、説明にはパワーポイントを用いる等の工夫をしている。手順書やマニュアルがあるわけではなく、慣習的に実施されているが、視覚的に共有するためにも、また多くの職員が同じように実施できるよう、マニュアルの作成が望まれる。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所間の移行の際には、担当職員を中心に、いつでも相談を受け入れる体制が整備されている。相談支援専門員を中心に、関係スタッフとの連携はできている。事業所の変更や地域、家庭への移行のための生活や福祉サービスの継続については、窓口が相談支援専門員と決められている。事業所にも相談窓口を設けるとともに、引き継ぎ文書やそれに関係する手順書の準備が望まれる。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ感染に配慮しつつ、保護者会を年に2回実施している。その際に出た意見を、同席している管理者を中心として、職員で検討する機会を設けている。日々の連絡帳や送迎時の保護者への報告を通して、情報共有はできているが、家族や利用者を対象とした満足度調査が実施されていない。今後は、定期的な満足度調査の実施を望みたい。</p>				
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内には仕組みとして、理事長と管理者を含む職務上位者で構成される苦情解決委員会があり、年に2回開催されている。また、苦情解決に向けての仕組みはあるが、利用者等に知ってもらうための周知や理解の促進方法には課題があり、対応が望まれる。また、苦情解決記録の周知徹底の為に、職員への回覧方法を改善することを望みたい。</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;</p> <p>対象は必要な利用者に限られるが、帰り際に個別スペースにて、職員の顔写真を選んで気軽に話す時間を設けている。しかし、普段の生活の中においては、いくつかの改善点がある。いつでも誰に対しても気軽に相談ができることの周知、更には相談方法を分かりやすく明確に説明した文書の作成と掲示方法等、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見箱は設置されているが、現状は普段の利用者とのコミュニケーションから要望を拾い上げ、即時対応していることもあり、改まったの要望受けにまでは至っていない。相談や意見を受けた際の記録の方法、報告、手順、対応策の検討等について定めたマニュアルが整備されていない。早急に記録方法や手順、対応等を定めたマニュアルの作成を望みたい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントについて、手順書とマニュアルは整備されているが、マニュアルの存在については職員に周知されていない。リスクマネジメントに関する委員会は設置されておらず、環境の中での危険箇所を洗い出す等、検討、改善する仕組みが必要である。事故報告書の再発防止策の実施状況の確認や、ヒヤリハットの対応策の周知の仕組みが構築されておらず、これらの改善を要す。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染予防・対応のマニュアル、コロナ感染症のBCP（事業継続計画）を整備している。看護師が中心となり、感染症予防や対応方法を内部研修を実施し、全職員へ周知徹底されている。研修計画に基づき、インフルエンザや食中毒、嘔吐物の処理方法等、外部の栄養士が講師となり、毎年12月に研修が実施されている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に2回、施設独自の避難訓練を実施している。災害時の対応体制の取り決めや、災害備蓄品を1週間分蓄える等の準備が進む一方で、まだ災害用のBCPは未作成である。早急な作成が求められる。行政等との連携による避難訓練ができていない現状であり、今後は関係団体への工夫あるアプローチが望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事、排泄、衣服の着脱に関する日常生活の支援やプライバシーへの配慮等、提供するサービスが「支援手順書」として文書化され、必要な場所に常設されている。「支援手順書」は定期的に見直されており、日頃の支援への意識づけがされている。新人職員に対しては、メンターによるOJTがされている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「支援手順書」はあるが、組織として見直しの時期は決まっていない。標準的な実施方法の見直しは、毎日の夕方に行うグループミーティングの際に、職員や利用者等からの意見や提案に基づき、また、個別支援計画の状況を踏まえつつ行っている。今後は、より良い支援の質を担保するために、見直し時期やその方法の取り決めを整備することを望みたい。</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>アセスメントと個別支援計画書の作成は、年2回の個別面談の際に行っている。担当職員を中心に、必要に応じて相談支援専門員やサービス管理責任者等の他職種の関係職員への間取りや会議参加がある。それにより、利用者の意向が反映された個別支援計画書が策定されている。アセスメントは個別面談の際に見直しているが、その方法に関して手順書やマニュアル等での定めはない。</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>個別支援計画書は、半年ごとの個別面談時のモニタリングとアセスメントを基に新たに作成している。新たな情報は、毎日の夕方に行うミーティングで、担当職員を中心に共有している。しかし、利用者の意向把握と同意を得るための手順や、関係職員全員への周知の手順が定められていない。これらの手順書の作成が望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録に関しては毎日、組織が定めた統一した様式で「ケース記録」を残している。しかし、職員によって文章の精度に差異が生じており、研修の活用や手順書を用意する等の工夫を望む。また、職員間での情報共有の仕組み作りに関し、まずは文書化することが望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録の管理体制は、新人研修の際に個人情報の取扱いについて説明する等、管理体制が確立されている。「文書管理規程」や「個人情報保護規程」により、利用者の記録の保管や保存、廃棄、情報提供に関して規定されている。大切な書類は事務所内の施錠ができる棚で保管している。しかし、これらの事実を知らない職員も多く、職員の認識不足を補うための対策を講じられたい。</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> エンパワメントアプローチにより、絵カードや視覚支援ツールを用い、意思決定支援に配慮している。食事の場面や帰りの余暇時間等を利用して、利用者の意見をこまめに聞くなど、ニーズの把握に努めている。他の利用者の影響で不穏になってしまう利用者に対しては、相性を考えて活動場所を分離する等の工夫をしている。		

### 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	① ・ b ・ c
<コメント> 規程やマニュアル、手順書の整備はもちろんのこと、毎月の権利擁護委員会を中心として、半期に一度実施する「虐待チェックリスト」の結果を分析し、次回のリスト案の検討や必要な研修を検討したりと、権利擁護やサービスの向上につなげている。常勤職員は、研修で学んだことを伝達研修として、職員全体へ周知徹底する仕組みもある。		

### 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> 自律・自立生活のための支援を、職員が同じレベルで実施できるように、利用者全員の「支援手順書」が作成されている。また、心身の状況改善への対策として、訪問リハビリを取り入れている。理学療法士の指導による「支援手順書」を活用して職員によるリハビリテーションを行い、残存機能の維持と向上を目指している。		
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> 意思疎通を図るために、写真やイラスト等のコミュニケーションツールを使用するほか、一人ひとりの行動に対してゆっくり寄り添うことで、真のニーズを探る姿勢で支援している。担当職員を中心に、相談支援専門員や家族と連携することにより、個別的な配慮も支援に生かしている。ただ、職員間で技量に差があることも事実であり、統一した認識と支援アプローチができる仕組み作りが望まれる。		

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	a ・ ③ ・ c
<コメント> 利用者の意思による自己決定ができるように、それぞれの利用者に対し、視覚的支援等の合理的配慮を行い、選択しやすい場面を提供している。また、利用者が発する言葉にも寄り添い、傾聴の姿勢を重視して個別の会話を大切にしている。課題としては、利用者の選択・決定と理解の為の情報提供の少なさが挙げられ、加えて、説明・周知に関しての工夫に改善の余地がある。		
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	④ ・ b ・ c
<コメント> 利用者ニーズに合わせ、トランポリン等の余暇支援やレクリエーション等を行い、本人の意思に寄り添って幅広い活動への選択・参加ができる仕組みが確立している。また、ニーズを基にした個別支援計画が用意され、内容はモニタリングと状況変化の都度、見直しがされている。		
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 ・ ⑤ ・ c
<コメント> 職員の、障害に関する専門知識の習得と支援の向上の為、上司やメンターによるOJTが実施されている。毎月のミーティングと手書きによる「ケース記録」で情報を共有している。しかし、ケース会議として改めて時間を設けることはできていない。今後は、会議としての時間を設けて記録を残すことや、専門技術向上のために計画的な研修を行うことを期待したい。		

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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事は利用者個々にあった形態で提供され、安全で美味しく摂取できるように配慮している。「検食日誌」を基にメニューへの反映もあり、満足度の高い食事提供に努めている。基本的には個別支援計画に基づき、一人ひとりに応じた日常生活を支援しているが、中には、個別支援計画とリンクしていないケースも見られる。この点は改善を要す。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>やや職員主体に流れるきらいはあるが、活動の場は、障害特性を考慮して施設内を区分けして活用している。また、全てにおいて清潔保持がされている。机の角には保護クッションを付けたり、手すりの設置をしたりと、安全面の配慮がある。不穏や不安定になった利用者には、落ち着くまで人のいない別室対応をする等、臨機応変に対応できる仕組みがある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の理学療法士の訪問支援により、対象となっている利用者は機能訓練を行っている。職員が誰でも同様に関わられるよう、運動メニューの手順書を基に実施している。職員は本人の特性に合わせた声掛けを行い、利用者が前向きな気持ちで訓練に参加できるよう工夫している。随時モニタリングを行い、機能の変化を観察して日々の状態を記録している。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の健康状態を把握するため、毎朝看護師によるバイタルチェックを実施している。検温や排泄チェックを視覚化して共有している。排泄や着替えの際には身体の観察を行い、怪我や痣の早期発見に努めている。しかし、体調変化時における対応手順のマニュアルがない。早急にマニュアルを作成し、職員と看護師とが連携して支援にあたる事が出来る体制を構築されたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療的な支援については、医療処置についての明確なマニュアルや手順書はない。服薬に関しては、担当職員が冷蔵庫で保管した後、チェック表に基づいて投薬し、完了の印を付けて事故の無いように配慮している。しかし、服薬に関するマニュアルはない。早急に、医療的な支援や服薬に関する対応方法を定めたマニュアルを作成することを期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの社会参加や学習のために、適切な情報提供する姿勢には改善を要する。利用者の意向と希望を把握し、年に一度、外出した上で食事を楽しむ機会を作っているが、実施頻度を増やしたり、より利用者の意向、要望に応えられるような仕組み作りを望みたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者本人はもちろんのこと、家族の希望と意向を聴取し、尊重した上で、地域社会への移行等を検討し、支援することができている。また、担当職員が家族や相談支援専門員との連携により、スムーズに安心感ある移行支援ができている。事例が少ないこともあって都度の対応となっているが、手順を明確にした仕組みづくりを期待したい。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 毎日の送迎時や家族による送迎時に、直接、情報や意見を交換し、引き継ぎ等を密に行っている。日々の活動の様子は、「連絡帳」を通して家庭との情報交換をしている。何かあれば、電話で連絡をとったり、相談を受ける仕組みもある。家族支援の一環ともいえる家族会の開催もあり、要望の集約や相談対応の場ともなっている。			
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			