

## 愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

一般社団法人 福祉サービス評価センター

### ②施設・事業所情報

名称： 夢の家	種別： 施設入所支援・生活介護	
代表者氏名： 足立 智成	定員（利用人数）： 80 名	
所在地： 愛知県春日井市明知町字西追分1030-1		
TEL： 0568-93-9101		
ホームページ：		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
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： 57 名	非常勤職員： 17 名
専門職員	看護師： 5 名	医師： 4 名
	理学療法士： 1 名	
	管理栄養士： 1 名	
施設・設備の概要	居室 66 室	相談室・集会所
	食堂・浴室・洗面所・便所	医務室・静養室・機能訓練室

### ③理念・基本方針

個人の尊厳を大切にし、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。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

1. 夢の家は法人設立に併せて平成9年4月に開所し、同年7月には地域のニーズが高い身体障害者デイサービスの事業を開始した。その後、平成15年には重度心身障害者を中心に受け入れる身体障害者通所療護を開設し積極的に受け入れるとともに、短期入所事業や日中一時支援事業など、在宅の重度障害者に活動の場を提供している。
2. 平成22年10月に新体系へ移行し、障害者支援施設（夜間：施設入所支援80名 日中：生活介護111名 短期入所8名）として運営されている。生活介護の多くの利用者は施設入所支援を利用しているものの、春日井市を中心に地域の相談や要望に応ずるとともに、近隣市町村からも多くの通所利用希望者を受け入れ、施設運営に取り組んできた経緯がある。
3. 痰の吸引や経管栄養など医療的ケアが必要な利用者を積極的に受け入れ、医師の指示書に基づき家族と協力しつつ看護師が支援を行っている。また、利用者の特性に応じた個別ケアに取り組んでおり、重度化等の対応について医療機関や家族と緊密な連携に力を注いでいる。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年9月20日(契約日)～ 平成30年1月31日(評価決定日)  【平成29年11月2日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	1回 (平成26年度)

### ⑥総評

#### ◇特に評価の高い点

1. 職員に対する理念・基本方針の周知、外部・内部環境を把握した課題の設定など、一連の流れが施設長のリーダーシップのもと組織的に行われている。

また、利用者一人ひとりの障害の特性や健康状態、身体状況等に応じ個別支援計画を策定している。利用者の個人記録にも反映しており、利用者支援の基本である権利擁護への姿勢を明確にしサービスが提供されており、利用者や家族への説明は丁寧に行われ、意見や苦情には迅速に対応している。個別支援計画の作成・実施・評価・見直しと記録の作成及び個人情報管理などを適切に行っている。

2. 施設において安定した生活を営むため、入浴、排せつ、食事等の支援及び生活等に関する相談や助言、必要な日常生活上の支援、創作的活動の機会の提供、身体機能、生活能力の向上のために、個別支援計画のもと必要な支援を行っている。特に、浴室の改修に合わせ新しくミスト浴を取り入れるなど、きめ細かい支援を行っている。

#### ◇改善を求められる点

1. 中・長期目標については、支援制度そのものやその内容の変更により難しい面があると思われる。理念に基づいた事業計画や目標設定を期待するとともに、サービスの提供にあたっては支援の気付きまでは導かれているが、課題や改善策を明確にし職員一人ひとりがPDCAサイクルを意識していくことが、次につながるシステム確立に必要であると思われるので、組織として検討されることに期待する。

2. 職員のサービスの改善への意欲は高いものがあり、マニュアルの作成、職員研修等を通じて個々の職員が業務改善や運営に参加する活動を組織化していくことで、職員の意欲もサービス提供の質もさらに向上すると思われる。職員のさらなる意欲と能力向上に向けて、職員一人ひとりの能力開発目標に落とし込み、それを定期的に確認・評価する仕組みの構築が望まれる。施設長のリーダーシップのもと、福祉サービスの質の向上と働きやすい職場環境の整備について期待する。

### 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評価の高いところは継続、向上に取り組んでいきたいと思えます。改善を求められるところについては、全職員で改善内容を共有し、検討、改善できるよう努めてまいります。

### 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（65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

#### 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、基本方針が事業計画、ホームページに記載され、事務室などにも掲示されている。 ・職員には年度初めの職員会議で説明し、新入社員には入社式で説明し周知を図るとともに、朝礼でも唱和を行い周知している。 ・利用者、家族には、座談会、家族会などで説明しているが充分でなく、わかり易い資料の作成など工夫を期待する。		

##### 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> ・社会福祉協議会主催の経営者会議、施設長会議などの会議から経営環境等の情報を収集し分析している。 ・地域福祉計画の動向などは、春日井市、特別支援学校、父母の会、育英会などから課題を把握し分析している。 ・事業所の利用率を毎月算出したうえで、成長性・安定性・収益性などを分析し改善に取り組んでいる。		
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> ・経営環境と経営状況の把握分析に基づき課題を明確にし、役員などで共有するとともに、職員にはリーダー会議、職員会議などで周知している。 ・利用者の高齢化、重度化を見据えた人員配置や施設の現況等を確認し、業務改善を進めるとともに職員の質の向上などに取り組んでいる。		

##### 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> ・中長期的な法人のビジョンは、組織が目指す姿として運営理念により表明されており、福祉サービスの方向性が明確にされている。 ・中長期計画は、安定した施設運営を目指し検討中であるが、文書化に至っていないので早急に作成されることを期待する。		
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> ・事業計画は、法人のビジョンを反映し目標とする数値を始め、サービスの提供内容について具体的に記述されている。 ・中長期の経営目標を見据えた収支計画、年度目標、達成度など、数値が含まれた事業計画の作成を期待する。		
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・b・c
<コメント> ・事業計画は中長期に亘る法人のビジョン・理念を基に、代表者会議や職員会議などで意見を取り入れながら作成し、事業報告と併せ職員に配付し周知している。 ・事業計画の実施状況の把握、評価は行われているが、次年度に向け課題の点検、見直しについて文書化するとともに組織的な検討をされたい。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・利用者には月1回開催の座談会など、家族には家族会などを通じて必要な事項を説明している。 ・事業計画でサービス内容を具体的に説明しているが、わかりやすい資料など工夫して理解を促すように期待したい。		

#### 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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・毎年、評価基準に基づき自己評価を行うとともに、3年ごとには第三者評価を受審している。 ・毎年、第三者評価から見えた課題も含め自己評価の改善状況をフォローし、組織的な取り組みとしてサービスの質の向上のための見直しや検討を行う仕組みがあり機能している。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・自己評価や第三者評価の結果を職員会議で報告し、取り組むべき課題を明確にして各委員会で改善に向けた取り組みを行っている。 ・評価結果の課題は時系列に纏められ、課題を共有する中で改善への取り組みを計画的に行っている。		

### 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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・施設長の決裁専決事項に職掌分担が記載され、管理職員登用規程にも役割と責任が明確に示されており理解を図っている。 ・災害など有事の際の管理責任については、消防計画等へ明確に記されており、施設長不在時は職務分掌規程により課長が役割を担うとされている。 ・施設長は職員会議に指示事項や注意喚起を促す資料を配布し説明を行っており、欠席した職員にも同じ様に周知し情報の共有を図るとともに責任を果たしている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・施設長は遵守すべき法令等を正しく理解するとともに、労働、虐待、コンプライアンスなどの研修に参加し知識を深めている。 ・施設長は虐待抑制防止委員会をはじめ各委員会に出席し、法令の遵守については具体的な取組を行っている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・施設長は職員に対し、障がい者虐待防止チェックやセルフチェックにより自己点検させるとともに、未達成項目については学習会を行い質の向上を図っている。 ・施設長は週1回開催するケア会議、支援員会議、看護師会議に積極的に参加するとともに、毎朝の朝礼において情報を把握し職員に対し必要な指示等を行い、サービスの質の向上に指導力を発揮している。		
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障13	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・施設長は毎月、経営改善や業務の実効性を高めるために経営状況の確認を行うとともに、各種会議で業務効率、改善を指示するなど指導力を発揮している。 ・支援員、看護師の情報がタブレット端末に入力され、リアルタイムで指示が即決でき業務改善と効率化に繋がっている。		

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	a ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のビジョンを実現するため職員を手厚く配置する考え方に基づいて、専門職や人員に関する配置計画が確立しており、それに基づいた取組みが行われている。</li> <li>・法人が進めている人材育成や確保については、施設の支援職員数においては障害者支援施設運営基準以上に配置しており、定着率はほぼ100%と安定している。</li> </ul>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・期待する職員像は規程等にある、法人の理念・行動指針・職員の心得から汲み取ることはできるが、総合的な人事管理に関する取組みは十分ではない。</li> <li>・人事基準は明確なものはないが、職員のキャリアパス制度、目標評価制度などの人事考課制度について、職員参加のもと構築し導入されることを期待したい。</li> </ul>		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の健康を維持促進する目的として衛生委員会を持っており、毎年ストレスチェックを実施し職員の「心身の健康と安全の確保」に配慮している。</li> <li>・毎月開催される衛生委員会で就業状況の実態を把握し、有給休暇の可視化を行うとともに職員全体で協力し取得を促している。</li> </ul>		
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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は年度はじめに施設長と面談し、それぞれの職員が目標を立てスタッフ室に1年間掲示し、年度末に進捗状況を発表し結果を確認している。</li> </ul>		
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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・明確な研修計画はなく事業計画に項目が列挙されているのみで、職場内を中心に研修が行われており、研修全体を総合的に管理するセクションの設置が望まれる。</li> <li>・組織として必要とする職員の知識習得のために、体系化された研修計画の樹立を期待する。</li> </ul>		
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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・常勤職員は年1回はキャリアアップ研修に参加するようにしており、職場内の研修は各委員会で計画を立ててOJTを主体に知識と技術向上を図っている。</li> <li>・新人職員には、1年を通じて行っているプリセプター制度により人材育成に取り組んでいる。</li> <li>・研修参加者は「研修報告書」を作成したうえで職員会議で発表し、他の職員にも周知している。</li> </ul>		
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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実習生の受入を担当する職員を配置し、実習生マニュアルやプログラムに基づいて積極的に受け入れている。</li> <li>・実習生の大部分は大学生であり、当法人への就職希望を掌握したりボランティア登録を薦めるなど、職員確保への繋がりを構築している。</li> </ul>		

## 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	ⓑ	c
<コメント> ・法人のホームページに法人理念、行動指針、法人の沿革、施設の概要、職員の心得を掲載しており、機関紙「ゆめ」に施設の情報を公表している。 ・機関「ゆめ」は、利用者、家族、地域、関係機関、ボランティアセンター、実習生受入学校などに配布している。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・毎月、法人が契約している税理士事務所に財政状況等の確認を依頼し、適正な経営・運営のための取り組みが行われており、透明性を維持している。 ・経理に関する規程に沿って事務処理は適切に行われており、毎月出納整理を中心に経理面における検査を受け、問題の発生を未然に防いでいる。				

## 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	a	ⓑ	c
<コメント> ・今年の「夢祭2017」は台風で中止となり「ミニ夢祭」に変更したが、例年は約600人の参加者があり地域との交流を図っている。他にもスーパーやコンビニなどの買い物などを通して、地域の方々と交流を拓いている。 ・春日井市社会福祉協議会主催の「福祉のつどい」へ参加し、地域の方々と交流する機会を作っている。 ・法人の代表者は地元出身で地域との繋がりが強く、多数の方々からボランティアとしてクラブ活動等にも協力を得ている。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> ・ボランティア受入の基本姿勢は明示されていないが、事実上沢山のボランティアを受け入れており、書道、音楽、パソコンなどのクラブ活動を支えている。 ・小学生・中学生の福祉体験や高等学校からのボランティア受入も積極的に行っているが、受け入れについてのマニュアルの整備を望む。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> ・春日井市社会福祉協議会、相談支援事業所、利用者が関わる市町村などの関係機関や団体等の機能や連絡方法を体系的に把握しており、連携が適切に行われている。 ・利用者が必要とする関係機関、団体は個人のカルテに記載し、その他の社会資源は必要時に検索し提示している。				
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障26	a	ⓑ	c
<コメント> ・災害時には、春日井市との協定により要援護者の避難所に指定されており、地域住民との連携も取れている。 ・地域の福祉まつりに職員を派遣し専門的な相談を受ける体制を整え、地域福祉の推進に努めている。 ・施設の専門性を活かし相談支援事業所と連携し、地域の方々の相談を受ける体制を整えている。				
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障27	a	ⓑ	c
<コメント> ・地域住民に施設を開放・提供する取り組みとして、地域交流スペースを町内会、書道教室などに貸出しをして地域住民と交流を図っている。 ・民生委員児童委員と会議などで福祉ニーズの把握に努めているが、地域貢献に関わる公益的な事業としては十分とは言えない。				

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 利用者を尊重する法人の運営規程に、介護・食事・健康管理等福祉サービスの提供にかかわる基本姿勢が明示されている。 ・ 福祉サービス提供の規程やマニュアルは冊子になっており、各部署や事務所に保管しいつでも閲覧できるようにしてあるが、組織内で共通の理解を得られる工夫が望まれる。		
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障29	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 年に2回、利用者本位の福祉サービスを提供するため、職員がチェックリストに基づき虐待防止のマニュアルを確認する取り組みがある。 ・ 権利擁護に関する規程は共通の書類棚に管理しいつでも閲覧でき、技術向上委員会及び新人育成委員会において事例が提出され検討する仕組みがある。 ・ 利用者の感情の起伏に関する環境アンケートも年2回実施し、利用者本位の福祉サービス向上を目指している。		
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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 近隣市町村の窓口年に1回ではあるが、写真でわかりやすい法人の広報誌を送付し情報提供を図るとともに、ホームページで情報を公開している。 ・ 利用希望者には、施設の見学案内により、入浴設備等の特徴などを説明し理解を得ながら情報の提供に努めている。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 利用希望者、家族等に対しては面接の時間等を充分とり利用動機を確認しつつ、できるだけわかりやすく説明している。 ・ 福祉サービスの変更に際し、日常生活の支援、リハビリ計画等についてわかりやすいように、利用者、家族等に説明し承諾の署名をいただいている。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ サービスの変更・終了は、利用者の死亡や病状の悪化に伴う入院が多く、社会的自立に向けた家庭復帰の移行ケースは稀であり、ケアホームへの移行があったのみである。 ・ 死亡、入院等により退所された利用者について、手順書に従い預り金を含む物品等について適切な事務処理が行われたうえで関係者に渡されている。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 利用者満足度の調査は行っていないが、個別要望には意向に沿えるよう日々の日誌に記入し把握するように努めている。 ・ 毎月1回、利用者全員による座談会を開催し利用者満足度の向上に取り組んでおり、年2回のモニタリングにより個別支援計画に反映させている。 ・ 投書箱を各所に用意し発言のできない方や、年3回の家族会の場で保護者等の要望等を引き出すよう努めている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> ・施設長を苦情解決責任者として、受付担当者、第三者委員を各2名配置した仕組みが確立しており、重要事項説明書にも明記し利用者等に周知している。 ・施設内にも意見を述べやすいように掲示されており、意見があった際は日々の朝礼等で共有するとともに記録し対応している。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> ・利用者に対し、施設長以下全職員が利用者の相談等受付担当者としての心構えを持ち、苦情を意見と捉えるような環境づくりに努めている。 ・利用者には時間外でもメールによる相談、意見を受け付けており、意見について改善に努めるとともに記録し今後の対策に備えている。		
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 ・ ③ ・ c
<コメント> ・苦情対応マニュアルはないが、相談や意見はサービスの質を向上させるため職員会議の場で報告し、その結果について公表する取り組みが行われている。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> ・事故対策委員会を立ち上げ、常に安心・安全な福祉サービスの提供に努めており、内容について技術向上委員会で検討を行い、日々の朝礼等で報告している。 ・事故報告書は一覧表となっているが、ヒヤリハット報告を含め職員全体に公表し、再発防止の観点から協議検討する仕組みの確立を期待したい。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> ・感染症マニュアルは作成されており、冬季には感染対応委員会が随時開催されている。 ・感染症流行期においては、全員が毎朝検温を実施するとともに情報を共有し、外出後の手洗い、うがいの励行等、利用者の健康管理を行っている。 ・インフルエンザ感染予防対策等を含めた職員研修を実施し、その中でノロウイルスに有効な薬品の使用法等も学んでいる。		
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 ・ ③ ・ c
<コメント> ・年間5回の避難訓練を実施するとともに、防災・防犯訓練や発電機操作訓練などを年12回行い、利用者の安全確保に努めている。 ・緊急時対応訓練として、心肺蘇生法の職場内研修にも取り組んでいる。 ・災害時には地域の避難所として春日井市と協定を結ぶとともに、利用者、職員等7日分の災害に備えた水及び備蓄品を保管している。		

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	ⓑ	c
<コメント> ・食事・入浴・排泄・着脱衣・整容に関する日常生活の支援を中心とした医療・健康管理や社会的活動の支援や、日常生活における問題、地域移行に関する相談援助を行う標準的な福祉サービスの実施方法は文書化されており、サービスの提供が行われている。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・利用者・家族には重要事項説明書や契約書で内容を説明し、施設では権利委員会を設置しサービスの向上に努めるとともに、定期的あるいは必要に応じて見直し仕組みも整っている。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・的確なアセスメントに基づき、サービス管理責任者、看護職員、生活支援員、管理栄養士等により個別支援計画を策定している。 ・個別支援計画には利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示され、定例の連絡会議で確認する仕組みが構築され機能している。 ・朝食の和洋食選択制やミスト浴の導入など、施設独自の福祉サービスの質の向上に努めている。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・モニタリングは年2回行い、個別支援計画は6か月ごとに見直しを行う仕組みが機能している。 ・評価、見直しはサービス管理責任者、看護職員、生活支援員等により組織的に行われており、ケア会議、看護師会議が毎週開催され個別支援計画の評価等に反映されている。				
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)-① 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	ⓑ	c
<コメント> ・利用者一人ひとりの状況は、統一された記録システムに生活支援員、看護職員が日勤帯・夜勤帯別の日誌に記載し、日常的に朝夕の連絡会議で共有化を図っている。 ・個別支援計画に沿った記録としては「利用者個人別情報収集表兼ケース会議録」として、関係職員間での情報の共有化が図られている。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・個人情報保護の観点から、利用者に関する記録、カルテの持ち出し等は原則禁止であり、職員が記録等を持ち出す場合は、許可・返却報告記録を保管し管理体制を一元化している。 ・個人情報の取り扱いは契約書、重要事項説明書で説明し、利用者や家族の理解を得ているが、情報開示の許諾についてはその都度確認することとなっている。				

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> ・ 個別支援計画作成時に利用者のニーズを尊重し十分な聞き取りを行い、自立支援を含めた計画や環境づくりに努めている。 ・ 自己決定の尊重やエンパワメントの理念に基づき、利用者の主体性を重んじる支援方針のもとに、個別の具体的支援内容を達成するよう取り組んでいる。 ・ 毎月行われている利用者全員による座談会で、種々の意見を受け個別支援に反映している。			

A-1-(2) 権利侵害の防止等

A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障47	① ・ ・ c
<コメント> ・ サービス管理責任者等が参加する権利抑制防止委員会を設置し、権利侵害を防止するためのセルフチェックを行っている。 ・ 定期的に権利侵害等を見直すとともに、技術向上委員会で抑制介助の防止方法について自己研鑽を促している。 ・ 身体抑制は利用者の同意に基づき虐待防止を図っているが、身体拘束に該当するケースは個別支援計画書に経緯を記載し決裁報告している。			

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	a ・ ① ・ c
<コメント> ・ 利用者一人ひとりが自律・自立した生活を実現するため、排泄、食事、移動、入浴等の介助に配慮している。 ・ コミュニケーションや情報収集等自己管理できる場面では部分的な支援にとどめ、自立への動機付けに努めている。 ・ 一部利用者が自立支援の意味を十分理解していないため、食事の介助等において改善の余地がある。			
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> ・ コミュニケーションの手段として、利用者の心身の状況に応じて、文字盤、パソコン、メール等の活用や質問方法の工夫など、一人ひとりに合わせた意向確認の方法をとっている。 ・ 個別支援計画作成時には、特にコミュニケーションの項目を重視して毎回聞き取り支援に生かしている。			

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	a ・ ① ・ c
<コメント> ・ 6か月ごとの個別支援計画の更新時には、利用者が相談したり話しをする機会を設けているが、利用者の意向の把握とよりよい支援の提供ができるよう、毎月開催する利用者全員による座談会を重視している。 ・ 相談室を設け個別の面談に不応することにより、利用者の意思決定の支援をサービス管理責任者等へ適切に報告し、情報共有する体制となっている。			
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> ・ 毎年4月、家族会で事業計画や事業報告について内容を説明しているが、日中活動として中庭での夢祭、盆踊りなど各種季節イベントを企画し実施している。 ・ 日中は、陶芸、書道、茶華道等の文化活動や音楽、ゴロバレー、よさこい等の運動を取り入れたクラブ活動の多様化を図るとともに、個々の意向を尊重したパソコンなどの活動に取り組んでいる。 ・ 利用者の意思を重視して、地域で開催されるスポーツ大会にも参加できる機会を提供している。			

	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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の心身の状況に応じた支援が理学療法士等専門職員との連携により行われており、支援内容が記録されている。</li> <li>・利用者にとって機能回復訓練室における必要な訓練について、専門職員の支援や種々の研修参加職員や支援員との連携のもと行われている。</li> <li>・利用者の高齢化、障害の重度化に伴い、機能回復訓練室での訓練から居室での個別訓練が増加している。</li> </ul>			
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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・週3回の入浴支援として、機械浴、ミスト浴を中心に個々の心身の状況に合う適切な支援を行っている。</li> <li>・食事は利用者の嗜好を考慮し選択できる週間献立表に基づき、施設内で一部刻み食等に調理し、配膳板・自助具の工夫もしている。</li> <li>・メニューは施設廊下に掲出されて摂取カロリーが記入されている。</li> </ul>			
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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全ての居室にはエアコンが設置、緊急用呼び出し器具も備えているが、一部の4人部屋はカーテンでの仕切りであり生活環境上の工夫を望む。</li> <li>・居室内の入り口に利用者ごとの諸注意事項がファイリングされ、いつでも誰でも見ることができ支援する際の確認事項等について配慮されている。</li> <li>・利用者の快適性に沿った部屋の配置、居室にはテレビを備えてあり、トイレや浴室は清潔に保たれており、必要な箇所には手すりも設置されている。</li> <li>・安全に配慮した避難口やスロープはあるが、2階からのローラー階段は安全上から利用者には使用させることができないので対策を検討されたい。</li> </ul>			
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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的な機能訓練は、個別支援計画に基づき、整形外科医の指導のもと理学療法士がリハビリ計画を作成し訓練を行っている。</li> <li>・年2回のモニタリングを通し、また連絡会議等の折に利用者の心身の状況把握に努めるとともに、機能訓練や生活訓練の経過等をケース会議、リハビリ会議で検討し見直しを図っている。</li> </ul>			
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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的な健康管理等は、夜間介護日誌等による申し送りにより看護師等が把握している。</li> <li>・利用者の日々の検温等をもとにした健康状態や体調変化を把握し、看護師室にあるカルテを基に意思決定の調整に努めている。</li> </ul>			
	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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・往診医師の指示や看護師と連携し、服薬の管理、皮膚病等の慢性疾患への対応など医療的支援は適切に提供されている。</li> <li>・服薬は看護師が直接支援し、落薬等を防止している。</li> <li>・喀痰吸引や経管栄養等医療的ケアが必要な利用者に対しては、医務室に届け出るとともに看護師の指導のもと適切なケアが行われている。</li> </ul>			

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 指定生活介護事業所として、利用者の意向や心身の状況を踏まえた個別支援計画に沿いつつ、買い物などの社会適応訓練や工作、料理等の創作活動を支援している。 ・ 障害者支援施設としては、利用者の希望と意向を尊重し、ファミリーレストラン等の喫茶食事や買い物、理美容店への整髪外出、外泊を自由に行うことができる。 ・ 学習支援に必要な直接的なサービスはないが、職員の研鑽やボランティア等を通して、高齢化・重度化傾向の障害者の支援技術の検討が望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 利用者が希望する生活に近づけられるよう、地域生活への移行支援に取り組んでいるが短期の宿泊に留まっている。 ・ 相談支援事業所との連携のもと、デイサービス施設などと共同の取り組みにより具体的な課題について、意欲を高める工夫をする余地がある。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 年2回、家族会を開催し支援内容などについて意見交換を行い、年末年始を中心に外泊等を行っている。 ・ 個別支援計画の更新時に家族の意向を再確認するとともに、評価と実績を伝え同意をいただいている。 ・ 施設行事においても家族と意見交換する機会を設けているが、交流期間に外泊等できない方が増加しており、支援について工夫が望まれる。		
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		