

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： Masa夢	種別： 生活介護
代表者氏名： 古田幸仁	定員（利用人数）： 36 名
所在地： 愛知県春日井市前並町字東屋敷9-2	
TEL： 0568-35-5514	
ホームページ：	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 平成26年4月2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： 7 名 非常勤職員： 29 名
専門職員	
施設・設備の概要	食堂・浴室・洗面所・便所
	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。
Masa夢は、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. Masa夢は平成26年4月2日に開所し、在宅の重度障害者に活動の場を提供し自立した日常生活や社会生活を営むことができるよう支援するために開所したものであり、居宅に近い環境の中で地域及び家族との結びつきを重視した施設運営を行っている。
2. 地域社会で幸せな生活が送れるよう支援することを目的とするとともに、利用者の意思及び人格を尊重しつつ、常に利用者の立場に立って生活介護を提供し、職員配置において指定基準を上回る職員体制で、より質の高いサービスを提供している。創作的活動や生産活動では、地域の実情やサービスの需給状況を考慮しつつ、利用者の意向、その他の事情を踏まえ支援を行っている。
3. 地域交流を重点項目として施設運営に取り組んでおり、地域住民の参加を得ながら法人内の入所施設と共同でイベントを行うとともに、日常的には施設内の喫茶店にて交流を深めつつ、在宅生活者にどんな支援が必要かを検討し日頃の支援に取り組んでいる。利用者の特性に応じた個別ケアにも積極的に取り組んでおり、重度化対応など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16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. 施設長のリーダーシップのもと、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、生産活動の機会の提供及び身体機能、生活能力の向上のために必要な支援を行っている。特に、入浴支援については、隣接地にある身体障害者グループホーム利用者にも利用を促すなどのきめ細かい支援を行っている。

2. 年2回の避難訓練について、利用者全員の参加を目標に月曜日から土曜日までの1週間を通して実施し、危機管理意識の周知を図るとともに利用者の安全・安心に対する取り組みに配慮した、施設運営を行っている。

3. 地域に根ざした施設を目指し、施設内のカラオケルームや喫茶室を開放するとともに、地域の行事や清掃活動にも協力し、さらには駐車場の貸出しなど地域に対する交流を深める取り組みも行っている。また、地元の学区とも連携し民生委員児童委員の見学など協力関係を維持するとともに、ボランティアの受入など学校とも連携を取りつつ施設運営にあたっている。

◇改善を求められる点

1. 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、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、支援の向上につながる取り組みとして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。

前回の課題であった文書化、マニュアル化については、評価、見直しが十分といえず、今後においても、引き続き検討されるとともに、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を目標に取り組む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

今回の受審で書式化、マニュアル化が重要であること改めて認識させて頂きました。また、PDCAサイクルを意識して職員全体で意見を出し合い、改善に繋げていかなければならないと思いました。今後も利用者さんが安全、安心、楽しく過ごせる施設。職員は働きやすい職場を目指して参ろうと思います。訪問調査では参考になるアドバイスや調査票には無い相談などの確なご指導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（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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 理念、基本方針、行動指針はパンフレット、ホームページに記載されている。 ・ 職員には採用した時に配付し説明しており、職員の心得も１０項目あるが説明している。朝礼などでも繰り返し説明し周知を図っている。 ・ 家族・利用者には、年度初めに事業所の取り組みを説明し、協力を要請している。		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 身体障害者施設協議会の会員となり、研修や会議に参加することで福祉事業の動向を把握し、スタッフ会議に報告し共有している。 ・ 地域福祉計画の動向などは、自立支援協議会の日中活動部会を通じて、重度障害者対策など福祉サービスのニーズを把握している。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 把握した福祉ニーズから経営課題を抽出するとともに、スタッフ会議などで検討し事業計画に反映し、理事会で承認を得ている。 ・ 課題は職員ミーティングで共有し、２９年度は重度化対応としてミスト浴槽の導入など、サービスの質の向上に取り組んでいる。 ・ 経営課題として人材確保があり、非常勤職員が働きやすい工夫を行い、大勢の職員を雇用し２：１の支援体制の維持に努めている。		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 法人の中長期的なビジョンは、組織が目指す姿として表明されており、福祉サービスの方向性は明確にされている。 ・ 中長期計画は検討中であるとのことであるが、計画期間、内容等に資金計画、収支計画も含め策定し文書化することを期待する。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 法人のビジョンと経営課題を捕えた単年度の事業計画は作成されており、主要な項目について実施状況の評価が可能な計画となっている。 ・ 中長期の経営目標を見据えた単年度の収支計画、年度目標、達成度などの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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・事業計画作成にあたっては職員の意見を取り入れているが、実施事項と結果目標の結び付きがやや不明確である。 ・事業計画は職員間に回覧、会議で説明し周知されており、進捗状況は中間・期末に確認しているが、見直し方法について文書化するとともに組織的な取り組みを検討されたい。			
	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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・利用者に対しては、主だった事業計画の内容は重要事項説明会や行事で説明しているが、わかりやすい資料が配付されておらず、周知方法について工夫されたい。 ・家族に対しては、重要事項説明書の改訂があった時に説明会を開催するので、その時に事業計画も渡したうえで具体的に説明している。			

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 第三者評価基準による自己評価の結果や、職員面談で聞き出したサービス提供上の課題について年度の事業計画に反映させ、サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。 ・ 組織的な仕組みで動いているというよりは、施設長のリーダーシップにより運営されている感が強いので、組織としてサービス向上に取り組む仕組みづくりを期待したい。			
	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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 課題を共有化するために目標を設け取り組んでいるが、定期的に進捗状況を確認し必要な対策を行う「PDCAサイクル」の推進を期待する。			

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> ・職員配置上の2：1の管理を徹底しており、施設長として、職員に対する管理監督と指導を行っている。 ・施設長の役割りと責任については、分掌事務・専決事項に明記されており理解を図っている。 ・事業計画の遂行について、施設長として目標達成に向けて指導力を発揮している。			
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> ・施設長は経営者協議会、身体障害者協議会などが開催する研修に参加して情報を収集し、職員に指導している。 ・施設長は、虐待抑制防止委員会などに出席し、法令遵守の取り組みを推進している。具体的な例を使って職員に指示している。			

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 ・ ㉞ ・ c	
<コメント> ・施設長は、生活支援員は正職員5名、非常勤職員24名のリーダーであり、毎朝の朝礼において的確な情報を把握するとともに必要な指示を行い、サービスの質の向上に指導力を発揮している。 ・全職員を対象に虐待に関する研修を行い、年1回セルフチェックシートにより自覚を促すとともに未達成項目を解消するよう指導を行っている。			
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。			
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 ・ ㉞ ・ c	
<コメント> ・施設長は経営状況の確認を行うとともに、職場環境の整備、業務の効率、支援サービスの水準などを分析し、具体的な改善方法について指導力を発揮している。 ・パソコンの増設、タブレット端末による入力など業務の効率化を図ることで、業務改善を進めている。			

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	
<コメント> ・職員配置を充実する法人のビジョンにより、職員体制及び配置基準が決められ取り組まれている ・人材確保策として大学、高校に求人を出すとともに、職員が自分の卒業した学校を訪問し就職の斡旋を依頼している。 ・職場においては、非常勤職員の比率が多いので勤務時間など働きやすい環境を整えることに重点を置いており、職員の定着率として高いものがある。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉞ ・ c	
<コメント> ・職員の心得10項目を定め、期待する職員像は明確にしているが、人事評価制度がないため施設長の意見に基づき代表者会議で評価が行われている。 ・総合的な人事管理制度は、目標評価、人事評価など働く職員の将来に関わることであり、新たな人事考課の仕組みを職員の意見も聴き構築され導入されることを期待する。			
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組んでいる。	障16	a ・ ㉞ ・ c	
<コメント> ・年1回の個人面談では、施設長が時間を掛けて職員の要望や希望、体調に至るまで確認して、次年度の取組みに反映させている。 ・有給休暇は業務に支障がない限り取得が可能であり、職員全体で協力し取得を促しており、非常勤職員には短時間労働の利用を推奨するなど、仕事と生活の両立に対する取り組みを行っている。 ・福利厚生を目的に「職員会」があり、旅行、新・忘年会などを企画し職員の交流を図っており、法人からの補助と会費で運営されている。			
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 ・ ㉞ ・ c	
<コメント> ・職員は年度初めに施設長と面談し、一人ひとりの職員が施設の方針に沿った目標を立て事務所に掲示し、年度末に確認している。 ・目標の達成度については、施設長が面談や、その時々会話の中で確認しているが、目標管理と人事評価の両面についての取り組みが望まれる。			

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 明確な研修計画はなく職場内を中心に研修が行われており、研修全体を総括的に管理するセクションの設置が望まれる。 ・ 事業計画に介護技術・支援技術向上のため研修に取り組むとあるが、組織として体系化された研修計画の樹立を期待する。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 施設の内外で行う研修に職員が参加した時は、必ず研修報告書を提出することとなっており、結果を他の職員にも報告し周知している。 ・ 法人及び施設の方針により、新入職員向け研修、中堅職員向け研修など研修の機会は確保されている。		
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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 実習生受入れのためのマニュアル、プログラムは法人本部で作成しており、受入目標として、2職種、10人以上を掲げ協力している。 ・ 主たる実習先としては当法人の入所施設である「夢の家」であり、実習期間のうち1週間程度を当施設で受け入れている。		

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 ・ ㉞ ・ c	
<コメント> ・ 法人のホームページに、法人の理念、行動指針、施設概要、職員の心得を登載しており、機関紙「ゆめ」にも施設行事など情報を公表している。 ・ 機関紙「ゆめ」、パンフレット「Masa夢」に、施設の概要・行事を登載し、利用者や家族、地域のスーパー、関係機関、ボランティアセンターなどに配付して情報を発信している。			
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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 地域に開かれた施設を基本概念としており、施設内にあるカフェやカラオケルームを開放することにより利用者と地域住民との交流の場としている。 ・ 春日井市社会福祉協議会主催の「福祉のつどい」への参加、手をつなぐ育成会の行事に参加、買い物外出などにより、地域の方々と交流する機会を作っている。 ・ 施設駐車場の空きスペースについて、地域の「移動スーパー」に貸し出し、利用者と地域住民が一緒に買い物を楽しめるよう工夫している。			

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 ・ ㉔ ・ 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、担当者を決めて精力的にボランティアの誘致を行っている。 ・ ボランティア希望者の登録票はあるものの、受け入れマニュアルがない状態につき早急に作成することを期待する。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 春日井市社会福祉協議会、相談支援事業所、関係する地方公共団体など関係機関、団体等必要な社会資源は把握されており、日頃の連携も適切に行われている。 ・ 利用者が関係する団体等は個人台帳に記録しており、社会資源が記載された一覧表はパソコンで見えることはできるが掲示するなどして、利用したい時にいつでも見ることができるよう工夫がほしい。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 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。 ・ 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、地域の中学校からの依頼で職場体験を受け入れているなど、地域住民との連携も取れている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 地域に開かれた施設を基本的な概念としており、自立支援協議会日中活動部会、相談支援連絡会に参加しニーズの把握に努めている。 ・ 地域の民生委員・児童委員協議会と協調を図り、ニーズの把握に努めている。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ・ 法人の運営規程に利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示され、介護・福祉のサービスの提供に関わる基本姿勢が明らかにされ、実施方法に反映されている。 ・ 規程集は冊子形式のもので事務所で保管しており、朝礼時に読み合わせを行っているほか管理者が説明し、サービス提供時に実践するための取組みがされている。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ・ 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程は事務所にあり、朝礼時に読み合わせを行うほか、年1回虐待に関するセルフチェックを行い職員研修も開催している。 ・ 利用者や家族に対しては重要事項説明書に基づく説明、わかり易くした資料を作成した説明が行われている。 ・ 風呂場やトイレなどは、プライバシーに配慮した取り組みがあり、利用者本位の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> ・ 利用希望者のサービス選択に必要な情報は法人の広報誌を年1回発行し、地域のスーパーにも施設照会のパンフレットを置いており、ホームページで情報を提供している。 ・ 利用希望者には、施設見学を通してサービス内容をわかり易く説明しており、見学や体験利用の希望にも随時対応している。			
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	・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 利用契約書、重要事項説明書により説明し、利用者・家族の同意を得て利用決定する仕組みが構築されている。 ・ 法改正など大幅にサービス内容を変更する場合は、家族向けに重要事項の説明会を開催のうえわかり易く説明し、理解していただくとともに同意を得る仕組みができています。 ・ 利用者には利用開始後も随時説明しているが、年1回の家族向け重要事項説明会を開催し、理解を深めるべく取り組みを行っている。			
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> ・ 事業所の変更等によるサービス利用終了時は、その後の相談窓口の案内等について退所者や家族に説明が行われている。 ・ サービスの継続性の観点から、退所者や家族に対し継続性に配慮した書面を作成する仕組みを検討されたい。			
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	・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 年2回の個別支援計画の改訂時に、意見・要望を聞くなどして利用者満足の上昇に努めており、個別支援計画に反映している。 ・ 年1回の家族を対象とした重要事項説明会で意見・要望を聞くなど、利用者満足の上昇に努めている。			
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	a	・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 施設長を苦情解決責任者とし、受付担当者、第三者委員の設置について定められており、仕組みとして機能している。 ・ 苦情解決に関しては重要事項説明書に記載されており、事業所の玄関に仕組みを説明したものが掲示されている。			
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	・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 利用者が相談や意見を述べやすくするために、いつでも利用できる相談室を設けるなど環境を整えているが、十分に機能するための工夫を期待する。 ・ サービスの質の上昇について意見箱を設置するなど、利用者・家族から広く意見や要望を聴き取ることで改善に向け検討する仕組みの構築を望む。			
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	・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 利用者からの意見や要望、提案を受けた際の対応は「意見に対する手順マニュアル」に規定されており、個別面談、意見箱等に寄せられた意見等については、マニュアルに基づいて事業所では主任が取りまとめて、改善対策等について職員会議で協議するなど、迅速に対応する体制が整備されています。			

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	
<コメント> ・ リスクマネジメントは、施設長・主任が対応しており、事故発生時の対応として、原因、対策について明確にし職員に周知している。 ・ 利用者の安全と安心を脅かす事例は、ヒヤリハット報告書にまとめ発生要因の分析・再発防止策を検討する取組が行われ情報を共有している。			
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	
<コメント> ・ 感染症マニュアルをもとに研修を行うとともに、感染症の対策に対する責任と役割について主任と施設長で対応している。 ・ 感染症の予防と発生時の対応等については、感染症マニュアルをもとに職員会議開催時に研修会を開催し職員に周知している。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> ・ 火災・地震・風水害への対応については、施設としての対策を決め「非常災害対策計画」に取りまとめられている。 ・ 避難訓練は年2回実施しており1週間の期間中は毎日訓練を行い、できるだけ多くの利用者の参加を促している。消火器を使った初期消火の訓練も行っており、災害など有事の際に備え、食料や飲料水の備蓄も行っている。			

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 ・ ㉔ ・ c	
<コメント> ・福祉サービスの標準的な実施方法は、支援者マニュアルが整備され、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢が明示され、いつでも確認できるようになっている。 ・標準的な実施方法は、職員に対しては研修や朝礼・職員会議での伝達により周知が図られており、新人職員にはOJT研修として指導されている。			
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 ・ ㉔ ・ c	
<コメント> ・利用者支援の実施に関しては、年2回の個別支援計画見直し時において職員等の意見や提案を受けて、検証、見直しをする仕組みがあり個別支援計画に反映している。 ・マニュアルを見直す際は、ヒヤリハットなどの個別案件から派生した課題などについて、組織的に検証、見直しをする仕組みになっている。			
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 ・ ㉔ ・ c	
<コメント> ・個別支援計画は担当支援員が中心になり、施設長、理学療法士も参加し協議のうえ策定されている。 ・アセスメントは、実施されるケース会議で現状の把握と見直しについて検討され、利用者の意向や要望を尊重したうえで適切に行われている。 ・特別に配慮を必要とするケースや支援困難ケースについては、ケース会議で協議するとともに個別的な対応策が取られている。			

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 個別支援計画の見直しは6か月ごとに行われており、見直しによって変更した個別支援情報は、全職員へ申し送りにより周知する仕組みになっている。 ・ 利用者と家族の意向は、個別支援計画策定時の同意書に加え、変更の際にも説明し同意を得ている。 ・ 緊急時や状況変化の際の個別支援計画の見直しについても適切に行われている。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 利用者一人ひとりの個別支援計画にはアセスメントの結果が記載され、フェイスシートに個別の身体・生活状況を記録し共有化を図っている。 ・ 日々の記録は、職員による差異が生じないよう個別に指導を行い、新人職員に対してはサービス管理責任者、施設長による指導が実施されている。 ・ 利用者情報は、朝礼で確認、全職員が確認することにより職員間で共有できる仕組みになっており、昼礼でも再確認している。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 職員は研修等により個人情報保護について理解しており、利用者に関する記録は個人情報保護の観点から施設外への持ち出しは原則禁止である。 ・ 施設利用開始時に、施設内の活動やホームページへの登載など個人の氏名・写真等の情報については、事前に承諾を得たものに限ることとしている。		

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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ コミュニケーションに配慮が必要な方への支援として、筆談や文字盤を使用するなど、意思確認の工夫が行われている。 ・ 利用者のエンパワメントに基づく支援は「できることは各自でする」という基本的な方針のもと、社会生活能力の向上を目的に外出・洗濯・買い物などの活動が行われている。 ・ 今後は、利用者を尊重した支援について標準化を図るなど、利用者の権利を高める取組について明確にしていくことを期待する。		

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	㉠ ・ ・ c
<コメント> ・ 権利侵害の取組としては取扱規程は整備され、職員はセルフチェックにより状況の把握と評価確認を行い、利用者からは情報収集を行っている。 ・ 今後は権利擁護に配慮した支援に関し、職員研修などを通して虐待防止に対する知識を元に、さらに明確にしていくことが望まれる。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 利用者の自立支援を基本としており、自立生活が送れるよう生活リズムの習慣、身だしなみを整える訓練などの個別支援が行われている。 ・ 支援マニュアルに沿ってアセスメントを行い、自らが行う部分と支援する部分を明示し自立支援に結びつけている。 ・ 家族へは日常生活自立支援事業の情報提供や、相談支援事業所の手続指導などの支援が行われている。			
	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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 個別支援計画作成時には、必要に応じてコミュニケーションを重視したうえで、意思確認するなど工夫をしている。 ・ 発語で意思表示ができない利用者や視覚に支障がある方などには、写真、絵カード、パソコン、メールなどを活用し、一人ひとりに合った方法を取り入れている。			
	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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 利用者がいつでも相談しやすいように配慮されており、利用者の意思を尊重する支援を行っている。 ・ 個別相談は日常的な支援の中で意向をくみ取り、相談内容はケース会議で検討し記録することで情報を共有している。			
	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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 毎日の活動は、喫茶・カラオケ・生産活動と日中活動の多様化を図っている。 ・ 余暇活動の情報は、参加意欲を引き出すために掲示や連絡事項として案内しており、個々に楽しめる工夫も行われている。 ・ 日中活動の見直しは、個別支援計画の見直しに合わせて行っている。			
	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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 職員に対する個別指導は、研修で困難事例の対応方策や障害特性を配慮した訓練なども行っている。 ・ 支援については、ミーティングで個別の支援方法の検討が行われている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 食事支援は、業者の協力により週間献立表による選択食を提供するよう努めており、自助具や配膳版にも工夫を凝らしている。 ・ 入浴支援は、機械浴・ミスト浴と個々の心身の状況に合わせ適切な支援を行っている。 ・ 全般的には、個々のアセスメントに基づく生活支援を行っており、日々の変化は朝礼等で職員に周知し適切な支援の提供が行われている。			

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
<コメント> ・ 利用者の日中活動の場は、清潔で安心・安全に活動できるよう配慮されている。 ・ 食堂・トイレ・浴室は明るく清潔を保っており、利用者が思い思いに過ごせるよう静養室・カラオケルーム・喫茶室や相談室を設置している。			
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
<コメント> ・ リハビリテーション希望は、利用者中心に理学療法士の助言を得て取り組んでいる。 ・ 個別支援計画は、実施状況の報告を受けて、医師、理学療法士、担当支援員により定期的に見直される仕組みになっている。			
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
<コメント> ・ 施設でバイタルチェックを行い健康管理に努めるとともに、健康状態の把握や体調変化時の対応、服薬管理は看護師が行っている。 ・ 職員には、感染症予防や服薬管理等についての研修が行われている。			
	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
<コメント> ・ 医療的な支援は、服薬や感染症マニュアルにより判断基準などが示されており、サービスの提供については適切に行われている。			
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ ショッピングや公共施設の見学など、社会参加への支援を行っている。 ・ 本人の希望や家族の意向を受けて、買物訓練や地域行事にも参加している。			
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 自立した地域生活を目指して、公共交通機関の利用法など移動支援を紹介し体験する機会を提供している。 ・ 個々の利用者に応じた支援を進めるため、住宅改修などの支援も行っている。			
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 日々の送迎の中で家族との連絡を行っており、必要な場合は電話も利用している。 ・ 家族との意見交換については、重要事項説明会、利用者アンケートにより把握するとともに、情報共有に努めている。 ・ 個別面談では、生活状況や事業所の利用に関する報告や意見交換などが行われており、必要に応じた家族支援も実施している。			

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			