

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

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成30年 9月 3日（月）
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称： 障害者支援施設 春日苑	種別： 施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名： 夏目 文夫	定員（利用人数）： 88名（84名）	
所在地： 愛知県春日井市廻間町703-1		
TEL： 0568-88-5593		
ホームページ： https://douen.or.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 3年 4月12日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会		
職員数	常勤職員： 51名	
専門職員	(施設長) 1名	(看護職員) 4名
	(副施設長) 1名	(作業療法士) 1名
	(サービス管理責任者) 2名	(生活支援員) 38名
	(管理栄養士) 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 41室	(設備等) 居室・食堂・浴室
		医務室・更衣室・調理室・洗濯室
		便所・相談室・多目的室・事務室
		会議室・宿直室

③理念・基本方針

★理念	<p>ア 最も援助を必要とする最後の一人の尊重</p> <p>イ 可能性の限りない追及</p> <p>ウ 共に生きる社会づくり</p> <p style="text-align: center;">※社会福祉法人全国社会福祉協議会全国身体障害者施設協議会 基本理念より</p>
-----	--

★基本方針

・施設管理運営指針

- ア 基本的人権を尊重し、利用者一人ひとりのその人らしい生活の支援に努めます。
 - イ 日々の実践を検証し、利用者に安全、安心、快適なサービスの提供に努めます。
 - ウ 自己研鑽に努め、専門的な知識と技術と価値観をもって、良質なサービスの提供を目指します。
 - エ 利用者に必要な情報をわかりやすい方法で提供し、要望にはすみやかに対応するよう心掛けます。
 - オ 広く重度の障害のある方々のためのサービス開発、提供に努めます。
 - カ 重度の障害のある方々をとりまく環境の改善と福祉文化の醸成に努めます。
 - キ 関連機関・団体、地域住民等とともに、事業を展開するよう心掛けます。
 - ク 透明性を堅持し、健全かつ活力ある経営にあたります。
- ※社会福祉法人全国社会福祉協議会全国身体障害者施設協議会 施設管理運営指針より

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・個々に合わせた個別支援計画の作成。
- ・地域の行事に参加する。
- ・喫茶外出、バスハイク等の外出行事。
- ・利用者主体の活動。(陶芸教室、クッキングクラブ、生花教室等)
- ・職員の育成体制。研修等への積極的参加。
- ・環境美化。働きやすい職場づくりの推進。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 5月16日(契約日) ~ 平成30年 11月27日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成27年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆事業所運営における管理者の指導力

管理者は、自身の役割や責任についてよく理解しており、リーダーシップを発揮して適正な事業所運営に努めている。毎年、「管理運営指針」を策定して年度の目標を明確にし、職員に対して周知・理解を図るために取り組んでいる。提供するサービスの質の向上に向け、年度毎に研修計画を策定し、職員のスキルアップのために内部・外部研修の機会を提供している。さらに、管理者の方針を理解した職員によって提供されるサービスは、全国身体障害者施設協議会の指針である「ケアガイドライン」に基づいて検討され、実践されている。

◆利用者の安全に対する職員の高い意識

利用者が施設で暮らす上で、保護者等が望むことの中で“安全面”については外せない項目である。安全面に関しては、「介護事故防止・安全委員会」が設置され、事故やヒヤリハットの情報収集や対策等の検討がなされている。事故発生に備えたマニュアルも整備され、保護者等の安心に繋がっている。医療面では、「感染症マニュアル」が充実しており、看護師が主体となった研修会も時期に合わせて開催されている。毎月避難訓練を実施しており、昨年度より夜間想定訓練も行っている。地震を想定した「一斉送信メール」を実際に行い、その後職員が何分で施設に来ることができるのかという本番さながらの取り組みを行う等、災害に対する意識が高い。

◆利用者の自主性と意見の尊重

利用者の生活支援については、「利用者の出来ることは利用者で」の方針の下、利用者の自力で行う行動を尊重した支援を行っている。全員が対象ではないが、文化的な活動(計算ドリルを使った学習、陶芸教室、パソコン教室、各種展覧会への出展等)も取り入れられている。利用者に対する支援体制が、昨年度までの「担当制」から今年度は「グループ制」に変更された。利用者に対して、複数の窓口を設けることで、意見や相談する機会を失わないように配慮している。職員にとっては、多くの利用者の心身の状態を常に把握していなければならないという負担はあるが、利用者側からすれば、適時に意見や相談が出来る体制が整ったといえる。居室のレイアウトは利用者が自由に変更でき、一人部屋を希望すれば、1年単位のローテーションで可能となる。居室の移動を伴うが、交替利用により多くの利用者が個室で過ごすことができるよう配慮している。

◇改善を求められる点

◆地域との交流・連携

地域との係わりに関しては、その重要性が「管理運営指針」の中に謳われているが、実際の取り組みや支援としては不足感がある。利用者と地域との交流とその活性化については、利用者の生活をより豊かなものとするための取り組みとして具体的な検討が望まれる。利用者の障害特性の違いによって、均一的なサービスを提供することは難しいが、個別支援としての充実を期待したい。

◆包括的な利用者満足度の把握を

年に1～2回開催される利用者懇談会や嗜好調査、アセスメント時におけるヒアリング等、利用者の声やニーズを把握する機会はいくつか用意されている。ただ、サービス全体をカバーした包括的な利用者満足度調査の実施がない。利用者の声やニーズを把握する機会とは別に、定常的に(定期的かつ方向性の定まった)利用者満足度を把握する仕組み作りの構築を提案したい。包括的な利用者満足度の調査結果は、サービスの質の向上を測る指標ともなりうる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価におきましては、従前より取り組んで参りました「利用者の安全に対する職員の高い意識」や「利用者の自主性と意見の尊重」に対しまして高い評価をいただきましたことは、施設職員にとりまして大きな励みになります。今後一層さらなる向上を目指し取り組んで参ります。また、改善点としてご指摘いただきました点につきましても真摯に受け止め、地域共生社会づくりを担う拠点施設としての役割を発揮し、同時に利用者満足度を把握する仕組みを構築し、社会資源としての事業運営を推進して参ります。

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。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(64項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念や運営方針は毎年策定される「管理運営要項」に記載し、職員全員に配布することで周知を図っている。また、法人のホームページに記載することで、外部にも表明している。事業所入口に中・長期計画とともに掲示することで、来訪者が見ることができるように配慮している。保護者への周知・理解を得ることの重要性も認識しており、鋭意取り組んでいく姿勢も確認できた。			

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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業経営を取り巻く環境や経営状況の把握のための取り組みとして、行政の方針の把握や入所待機者調査を行い、事業運営に活かすよう取り組んでいる。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内の施設長会議に於いて、法人全体の経営状況や各施設の課題について検討している。職員に対しても課題や経営収支について説明があり、改善のための取り組みについての意見交換を行っている。			

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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所の将来のあるべき姿について検討され、実現に向けた計画が策定されている。達成度を把握するための数値目標を掲げており、達成に向けた取り組みがある。法人として「社会福祉充実残高」を有することから、5ヶ年にわたる「社会福祉充実計画」を策定しており、ICTの活用等による福祉サービスの向上を目指している。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画に沿った単年度の計画が策定されている。「管理運営要項」に記載され、職員に周知することで実現に向けた具体的な取り組みとなっている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員には会議で説明しており、計画の内容や達成状況について検討している。計画の評価・見直しについては法人本部がスケジュール管理しており、組織的な取り組みとなっている。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
単年度事業計画や月間予定表の事業所内への掲示をしており、保護者への閲覧用に「管理運営要項」を作成している。保護者会開催時等の行事に合わせ、事業計画に関する詳細な説明会を実施している。利用者の理解を得るための取り組みは、継続的に必要であろう。			

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
評価機関のコメント			
各種委員会を設置し、提供されるサービスについてチェックする仕組みがある。支援の各場面に関し、身体障害者施設協議会の指針である「ケアガイドライン」に基づいて検討し、サービスの質の向上に向けた取り組みに励んでいる。			
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
評価機関のコメント			
各種委員会や様々な会議の場で検討して課題を明確にしており、職員とともに検討し、改善につなげている。改善策は評価・検討され、計画的な改善活動につなげている。			

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者は自らの役割や責任についてよく理解しており、その役割は書面に明示されている。職員に対しては、役員会議をはじめとする各会議体にて方針等を説明して周知・理解を図っている。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者は、遵守すべき法令に関して理解するための取組を行っている。研修や勉強会には積極的に参加し、理解を深めるように努めている。職員に対しても、委員会や職員の勉強会でコンプライアンスについて話し合う機会を作り、周知できるように取り組んでいる。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事故防止委員会等の会議に参加し、職員の育成指導に努めている。サービスの質を向上させることが大切なことを職員に伝え、研修への参加の必要性を伝えるとともに、適切な支援方法について話し合う等、積極的に取り組んでいる。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者は職員とのコミュニケーションをとることに前向きで、働きやすい職場づくりに努めている。職場の問題点や改善策を衛生委員会等で検討し、実践することで指導力を発揮している。		

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
人材の育成及び確保については、事業計画に方針が明示されている。人材の育成のための研修計画や定着に関する具体的な取り組みが見られる。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人による総合的な人事管理システムが運用されている。職員との面談もあり、「勤務評定実施要綱」により明確な判断基準が示されている。職員の意向や要望等の把握にも努めている。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
有給休暇の取得状況等の就業状況は把握されており、職員一人ひとりがおかれている状況にも配慮した勤務となっている。年に一回の面談時にストレスチェックを行い、夜勤では仮眠時間を延長する等の身体的・精神的な健康維持への配慮もなされている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員の指導・育成に関しては、法人の方針も明確に示されており、「目標管理シート」を使用して面談時に達成度を確認しながら次年度の目標設定を行っている。資格取得を推奨しており、報奨金の支給制度も確立している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
各年度の運営方針に人材育成に関しての方針の記述があり、年間の研修予定が策定されている。研修内容は見直しがなされており、職員のスキルアップを目指して法人として取り組んでいる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
新人研修や階層別の研修が実施されており、職員のスキルに合わせた内容の研修が受けられるよう配慮している。外部研修への参加を呼び掛ける取り組みとともに、資格取得のための研修機会も確保している。研修の時間が取りにくい状況や、介護職員の多さにより希望の研修が受けにくいといった問題点も法人として認識しており、その改善に向けた今後の取り組みに期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
各年度の運営指針に、実習生の受け入れについて明示している。実習生の受け入れマニュアルも整備され、3名の実習担当者を擁している。様々な機関より実習生の受け入れ実績がある。			

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
ホームページでは、「法人概要」や「中長期計画」、「事業計画」等を掲載しており、容易に見ることができる。しかし、ホームページ上で公開されている財務諸表は「財産目録」のみとなっており、「貸借対照表」、「資金収支計算書」、「事業活動計算書」等の公開も検討されたい。また、受け付けた苦情については公開の手段が限定的となっており、ホームページ上での公開が望まれる。			

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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
経営・運営に関しては年に一度、法人による監事監査を受けている。ガバナンスの強化を目的に機構を改革し、さらに社会福祉法の定めに従って平成29年度の評議員会にて会計監査人が選定されたことにより、より事業運営の透明性が担保されることとなった。			

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	利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	障 23	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域との係わりが事業所の各年度の運営指針に明記され、地域との交流に努めている。利用者が外部との交流の機会を持つために、職員が支援しながら地域の行事に参加している。また、外部サービスの積極的な利用にも取り組んでいる。			
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 ・ ① b ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの受け入れのマニュアルがあり、マニュアルに沿って受け入れている。利用者と多くのボランティアとの交流機会を確保していくためには、新しいボランティア団体の受け入れが必要であることを事業所は理解しており、今後の取り組みに期待したい。			
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 ・ ① b ・ c
評価機関のコメント			
利用者地域や関係機関との交流機会を確保していくうえで、事業所周辺の連携は欠かせないことである。関係機関との情報交換の場として、県社協や身体障害者施設長会議等に参加している。障害特性によって、利用者が必要とする社会資源には同一とは限らない。その意味においても、社会資源の必要性について、職員に対しての周知・理解を図っていくことが期待される。			
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 ・ ① b ・ c
評価機関のコメント			
月に1回、生活支援センターで開催される会議の中での研修で講師を努めている。また、行政からの相談支援事業を受託している。行政や地域との共同による多彩な支援活動の提供への取り組みに期待したい。			
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 27	a ・ ① b ・ c
評価機関のコメント			
事業所設立より、行政や地域の福祉ニーズに沿った複数の取り組みがあり、継続されている。これまでも、度重なる法改正に伴う制度の変更や「コロニー解体」等、様々な社会環境の変化に対応してきた。今後も、適時・的確に地域の福祉ニーズを把握して、事業所を取り巻く社会環境が変化していく中での前向きな取り組みに期待したい。			

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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	障 28	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎年、その年度の「管理運営要綱」という製本された冊子を事業所ごとに作成しており、全職員に配付・周知を図っている。その中に「法人理念」や「基本方針」が記載されており、その内容については必要かつ十分なものとなっている。また、利用者尊重を遵守する一環として、全身協が出している「ケアガイドライン」を活用する取り組みが見られる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」の整備のみならず、「介護マニュアル」と呼ばれる現場支援員向けの業務マニュアルの中にも、適宜「プライバシー保護」に関する記述がある。その冊子(マニュアル)は、必要とする職員がいつでも見られる場所に設置してあると共に、新人職員への周知を目的とした教材としても活用されている。利用者・保護者アンケートにおいても、「しっかり守られている」とのコメントが多く得られている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
パンフレットやホームページ等を活用して情報発信を行っている。パンフレットについては、市役所や施設内にある相談支援事業所に設置する等、可能な限り情報提供に努めている。見学についても職員が懇切丁寧に説明し、必要に応じてトイレの使用具合等の実際の設備を体験できる機会を用意する等、適切に説明している。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
「契約書」や「重要事項説明書」については、細かい内容で記載されており、保護者向け(健常者向け)で考えると全く問題はないと思われる。内容が難しい箇所については、かみ砕いて説明を行っているが、あくまで口頭での説明に留まっている。書面においても、ルビを振ったり、平易な文章の注釈を付ける等、誰に対しても分かりやすい工夫があるとのお褒め、改善の余地があるものと思われる。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
施設退所後の窓口は、基本的には「サービス管理責任者」及び「相談支援事業所の相談員」となっており、その周知は利用者及び保護者に行われている。サービスの継続性に配慮した手順や引き継ぎ文書の整備、及び、サービス終了後における説明等を行った際の文書については整備されておらず、課題を残している。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
年に1~2回開催される利用者懇談会や嗜好調査、アセスメント時におけるヒアリング等、利用者の声やニーズを把握する機会はいくつか用意されている。ただ、サービス全体をカバーした「利用者の満足度(満足しているのか否か)」を把握する手段が特別に設けられてはいない。定常的に(定期的かつ方向性の定まった)利用者満足度を把握する仕組み作りについては検討の余地がある。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
苦情処理体制や責任者が明確にされており、掲示物等で周知を図っている。意見箱を事務所前に設置し、いつでも誰でも意見・苦情等を記載した紙を入れることができ、実際に定期的かつ継続的な活用実績がある。受け付けた苦情は利用者・保護者にフィードバックを行っているが、課題としては対外的な公表について今のところなされていない。ホームページでの公開等、今後の取り組みに期待したい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者に対する支援体制が、昨年度までの「担当制」から今年度は「グループ制」に変更された。これまでは担当者が休みの場合、次回の出勤日まで意見や相談をすることが出来なかったが、この変更によって問題は解消されている。職員にとっては、多くの利用者の心身の状態を常に把握していなければならないという負担はあるが、利用者側からすれば、適時に意見や相談が出来る体制が整ったといえる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
施設内を8つのグループに分け、それぞれ連絡ノートを用意し、利用者からの相談や意見が伝達しやすい仕組みができています。課題としては、相談や意見等を受けてから対応するまでの一連の流れについて記載された「対応マニュアル」がないことであり、組織的な対応とするためにもその整備が求められる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「介護事故防止・安全委員会」が組織されており、施設長や主任を含め7名程度で構成されている。月に2回の会議が開催されており、事故やヒヤリハットの情報収集はもとより、対策等についても検討されている。事故発生に備えた対応マニュアルも整備されており、リスクマネジメントに対する意識が高い。職員への周知等も全体会議と呼ばれる全職員が参加する定例会議や、回覧文書にして周知する等の仕組みも備わっている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「感染症マニュアル」が充実しており、看護師主催の研修会も時期に合わせて行っている。感染症に特化した研修会としては「インフルエンザ研修」がある。感染症については障害特性上(うがいやマスク着用等ができない等)、完全に罹患しない体制を整えることができず、毎年何名かが罹患している。ただし、可能な限りの予防策が行われていることから、それだけの人数に留まっているという見方もできる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
毎月避難訓練を実施しており、昨年度より夜間想定訓練も行っている。その記録も適切に取られており、内容についても細かく記載されている。備蓄リストも整備されており、不測の事態に備えた体制も整っている。地震を想定した「一斉送信メール」を実際に行い、その後職員が何分で施設に来ることができるのかという本番さながらの取り組みを行う等、災害に対する意識が高い。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「介護マニュアル」と呼ばれる支援員が活用するマニュアルが用意されており、食事や排泄、入浴、掃除、事故対応等、14のカテゴリーに分けられている。入浴や排泄等についてはプライバシー等に配慮した内容となっている。マニュアル冊子には目次はあるがインデックスがないため、ピンポイントでの検索がややしにくかったり、多くの情報量が文字中心で記載されているため内容の把握にコツがいる等の課題はある。これらの点を除けば、適切なマニュアルとなっている。		

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>規程やマニュアル類等の標準的な実施方法に関しては、作成担当者や作成時期(見直し時期)が明確に記載されている。見直しする時期は年度末が基本となっており、見直し後は全体会議等の会議を通じて周知が図られる等、仕組みが確立している。</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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>非常に細かい内容が記載されたアセスメント用紙を活用して実施している。単に「できる」や「できない」等を記載するだけでなく、利用者や保護者のニーズや留意点等を記載する欄も用意されており、適宜活用されている。全体的に丁寧なアセスメント及び「個別支援計画」の作成がなされている。</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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>年度単位ではなく個々で「個別支援計画」の開始時期が異なっているが、相談支援事業所が作成した「サービス等利用計画」を意識した内容となっている。6ヶ月後にモニタリングを行っているが、急遽支援内容を大幅に変更する必要がある場合は6ヶ月を待たずに適宜見直しを行っている。モニタリングでは達成度を3段階評価し、職員のコメントも職種ごとに分けられた内容とする等、アセスメント同様に丁寧に作成されている。</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)-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、職員間で共有化している。	障 44	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>各種記録物が用意されており、パソコンで入力する「ケース記録」や「活動日誌」(誰が、いつ、何をを行ったのか)、医務室の記録としての「カルテ」等様々である。特に「活動記録」については、「個別支援計画」を意識した内容となっており、実際に取り組んだことが分かるような仕組みがある。情報共有についてはグループごとに分かれた申し送りノートの活用やミーティングノート、パソコンの入力システムを活用した伝達、各種会議等における情報共有など、仕組みは十分である。</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
評価機関のコメント			
<p>「個人情報保護規程」があり、責任者等も明確に決められている。何かあれば、ミーティングに議題として取り上げて話し合っている。個人情報に関する同意書についても適切に処理されており、十分な説明がなされている。ただし、規程は用意されているが、個人情報に特化した対応マニュアルは用意されていないため、今後の作成に期待したい。</p>			

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			
A①	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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>意思決定が困難な利用者が多い中、言葉だけに頼らず、イラストを用意して自己決定を促したり、かみ砕いた質問を行ったり、家族からヒアリングを行う等、極力利用者の意志をくみ取る努力をしている。また、アセスメントにて情報収集した「○○したい」という利用者の思いを、「個別支援計画」に反映させていることも確認できた。</p>			

A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A② 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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「虐待防止防止委員会」が組織されており、施設長を含めた7名ほどのメンバーが中心となって月に1～2回の会議を実施している。身体拘束に関する検討や、勉強会の資料作り等を行っている。虐待関係のマニュアルが整備されており、その周知も図られている。身体拘束については、車いすからの転落防止のためにベルトを着用する利用者が多く、同意書をはじめ会議録や日々の記録等、適切な管理が徹底した体制の下に行われている。		
A-2 生活支援		
		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③ 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「利用者でできることは利用者で」という方針の下、利用者の自力で行う行動を尊重している。「個別支援計画」でもその記載があり、利用者のニーズに合わせた対応を実施している。自立に向けた動機付けについては、障害の重さによりなかなか難しい面があるものの、可能な限り利用者の意向を把握するよう努めている。		
A④ 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
言葉によるコミュニケーションのみに頼らず、筆談やイラスト、身振り・手振りを使った意思疎通を試みたり、文字盤やトーキングエイド等の機器を活用する等、可能な限りのあらゆる手段を駆使している。		
A⑤ 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者が職員と個別に話をする時間を適宜設けている。特に今年度からは「担当制」から「グループ制」に変更したことから、「〇〇職員がいないから相談ができない」ということも解消され、複数の職員を窓口とすることで速やかな対応が可能となる等、変更による効果がみられる。		
A⑥ 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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
利用者が何もすることなく一日を終えることがないよう、「何時」、「誰が」、「何のサービス(プログラム)を提供したのか」を日々記録しており、画期的な取り組みがなされている。内容も「個別支援計画」と連動し、利用者のニーズを意識したものとなっている。ただ、事業所として「日中活動の充実」が課題と認識していること、利用者アンケートでは複数の利用者より更なる日中活動の充実を希望している声が複数より出ていることを考えると、まだ改善の余地は残されている。		
A⑦ 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員は、グループごとに分かれた申し送りノートで情報共有を図っている。ケース会議や全体会議等の各種会議において利用者支援に関する話し合いがなされている等、適切な支援が行える体制を整えたうえでサービス提供を行っている。		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧ 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
アセスメントに細かなニーズや配慮すべき事柄を盛り込んだ「利用者個別の支援マニュアル」を整備し、サービス提供を行っている。栄養ケア計画やリハビリテーション計画等を作成し、利用者の心身の状況に応じたサービス提供が行われている。		

A-2-(3) 生活環境			
A ^⑨ 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>部屋のレイアウトを自由に行うことができ、一人部屋を希望すれば、1年単位のローテーションで可能となる。居室の移動を伴うが、交替利用により多くの利用者が個室で過ごすことができるよう配慮している。課題として、車椅子の大型化(座位ではなくストレッチャータイプ)が顕著になってきており、移動する際に大きなスペースが必要となっている。また、エレベーターが1基しかないために縦移動にも相当の時間を要し、安心・安全な生活環境という視点では検討・改善する余地がある。</p>			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A ^⑩ 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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>「個別支援計画」と合わせて「リハビリテーション実施計画書」も作成されており、適切に対応している。館内に「リハビリコーナー」を用意しており、協力病院から派遣にて3名の理学療法士が来所し、「リハビリテーション実施計画書」に沿ってリハビリ活動を支援している。</p>			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A ^⑪ 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	⑧ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>年2回、健康診断を実施しており、健康に関する記録についても適切に処理されている。健康維持に関する取り組みについては、まだ発展途上ではあるものの、外部ボランティアの協力の下、手先を使った活動や口腔体操等を積極的に導入している。体調の変化による通院等についても、職員の支援によって適切に支援されている。</p>			
A ^⑫ 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	⑨ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>定期的に嘱託医が来訪し、利用者の健康管理を行っている。アレルギー対策も万全であり、花粉症や食物アレルギーにも適宜対応している。看護師が主体となって、年3回程度職員向けの研修会を実施している。</p>			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A ^⑬ 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
評価機関のコメント			
<p>全ての利用者向けではないが、外部ボランティアを導入して、「計算ドリルを使った学習」や「陶芸教室」、「パソコン教室」、「各種展示会への出展」等、複数の文化的な活動が用意されている。課題としては、障害の重度化により対象者が限られていることや、活動の提供頻度が決して十分ではないことが挙げられる。</p>			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A ^⑭ 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
評価機関のコメント			
<p>地域移行に関する希望は折に触れて確認しているが、現時点ではその対象者(希望者)がいないのが現状である。法人としても、中長期計画に「グループホームの立ち上げ」を掲げる等、地域移行への考えを持っている。地域移行を意識した取り組みとしては、「小遣い管理」や「体力維持」に関する活動の実施がある。課題としては、その実施頻度と本格的な取り組み姿勢かと思われる。</p>			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A ^⑮ 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	⑩ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>保護者が組織されており、年2回会議が開催され、事業所とのコミュニケーションの場となっている。また、施設行事にも参加を積極的に呼びかけ、利用者の良き協力者として十分な関わりを持ってもらっている。利用者の生活状況の報告や意見交換、相談等についても、様々な機会を捉えて適宜行われている。</p>			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A ¹⁶ 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
評価機関のコメント			
非該当			

A-4 就労支援

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
A ¹⁷ 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
評価機関のコメント			
非該当			
A ¹⁸ 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
評価機関のコメント			
非該当			
A ¹⁹ 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
評価機関のコメント			
非該当			