

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： 障害者支援施設里山の家 | 種別： 施設入所支援・生活介護 |
| 代表者氏名： 永田伸広 | 定員（利用人数）： 50名（50名） |
| 所在地： 愛知県西尾市家武町深篠 1 1 5 - 1 | |
| TEL： 0563-52-2600 | |
| ホームページ： http://kurumikai.jp/ | |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日 平成14年 4月 1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人くるみ会 | |
| 職員数 | 常勤職員： 29名 |
| 専門職員 | (管理者) 1名 (栄養士) 1名 |
| | (サービス管理責任者) 1名 |
| | (准看護師) 1名 |
| 施設・設備の概要 | (居室数) 55室 (設備等) 個室・二人部屋 |
| | 支援員室・談話室・トイレ |
| | お風呂・全室エアコン完備 |

③理念・基本方針

| |
|--|
| <p>★理念</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人 一人ひとりの一生が有意義になるように、ノーマライゼーションの理念に沿って活動します。 一人ひとりの一生を地域でお互い助け合えるシステムづくりをし、その活動を広げていきます。 ・施設・事業所 ゆたかな暮らしを目指し、より質の高い、分かりやすい生活、日中活動を提供します。 <p>★基本方針</p> <p>小グループで家庭的な生活を送り、障害や個々の特性に応じた活動を行い、より良い生活習慣や成長を支えています。また、里山の家での生活支援を通し、将来、地域での自立した生活（グループホームや単独生活）に移行できるように支援していきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集団生活の中でも個別ニーズ、個別支援の充実を図りよりよい生活の提供をします。 ・個々の特性に合わせて分かりやすい生活の提供をします。 ・自己実現の場の提供とサポートをします。 ・専門的な支援を自覚し研鑽を重ね、支援をします。 |
|--|

④施設・事業所の特徴的な取組

・個別支援計画と支援計画に沿った支援の実践に力を入れています。個別支援計画に基づき支援手順書を作成し、利用者毎に合った生活支援、作業活動、機能訓練、自立課題作業を提供し、日々の利用者の様子・変化に注目しながら支援と記録を行い、その都度支援内容の見直しを行っています。

・職員間の情報交換、ヒヤリハット、カイゼンが支援に活かされるように記録を残し、個別支援計画に沿った支援の見直しを行っている。

・キャリアパスに沿った職員の育成に力を入れている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|--|
| 評価実施期間 | 平成30年 6月20日(契約日) ~ 平成31年 3月22日(評価決定日) 【平成30年10月12日(訪問調査日)】 |
| 受審回数 (前回の受審時期) | 4回 (平成27年度) |

⑥総評

◇特に評価の高い点

今回で5回目の第三者評価受審となる。毎年度の自己評価結果、受審年度には第三者評価結果を併せ、抽出した課題を事業計画に位置付け、確実に改善をして行く仕組みが見事である。

今回特に着目したのは「石川組」の活躍である。地域の作業ボランティアとして、建設業経験者の職員をリーダーに組織している。地域整備の作業を仕事にして地域貢献を果たし、玄人はだしの腕前であるとの呼び声も高く、活動記録の写真には生き生きと活動する利用者の姿がある。

継続して、利用者一人ひとりの特性を活かした個別支援計画策定と支援実施の手順書作成、確実なサービス提供に取り組み、サービス提供の入り口は利用者であること、さらに、「やらなければ意味がない」という職員の実行力で、前記の石川組をはじめとする新しい取り組みが始まり、結果を出し、成果を上げている。

発案・実行・検証・改善のPDCAサイクルを確実に回し、常に向上を目指す仕組みを評価したい。熱心に取り組む人材育成においても、職員一人ひとりに目標を持たせ、達成し、評価・検証を行った上で次の目標を考える流れは、確実に職員のレベルとスキルアップにつながっている。「施設で育成した職員が、法人内他施設へ移動した時、『里山の家でやって良かった』と本人が思える努力をさせてやりたい」と語る施設長は、そう思う一人であることは言うまでもない。

◇改善を求められる点

第Ⅱ章の「運営の透明性の確保」に関して、水準以上を目指すのであれば、という観点での検討が期待される。法人の方針や施設運営の方向性等も鑑み、苦情・相談内容の公表のあり方の検討が望まれ、外部監査に至っては、社会福祉法が求めるレベルに対する施設の考え方の検討が望まれる。

第Ⅲ章以降に関しては、どの項目に対しても、常に改善策を考え、次の目標を策定して行く考え方がある中で、現在の目標に対する達成度でb評価となった項目も少なくない。今後も目標値を下げることなく、サービスの向上を目指した運営に期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価、ありがとうございました。
里山の家では毎月2～3項目ずつ第三者評価項目の自己チェックを行い、全てA評価の取り組みが出来たと事業所内で確認が取れた段階で第三者評価を受審し、専門的かつ客観的な立場の方から評価を頂いています。
第三者評価を受審し、自分達では気が付けない問題やサービス向上の助言を頂きました。
この結果を受け、今後も毎月2～3項目ずつ第三者評価項目の自己チェックを行い、全てA評価の取り組みが出来たと事業所内で確認が取れたら、再度第三者評価を受審したいと思います。

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。

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 (a) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 施設理念である「ゆたかな暮らし」を支える4本柱について、パンフレットやホームページ等に分かりやすく具体的に記載し、広く周知を図っている。年1回の総会、年3回の保護者会、職員に対しては年2回の面談等の機会に、理念と基本方針に則った施設運営と支援提供になっているかを振り返り、その都度周知状況を確認し、周知の工夫と改善を継続している。 | | |

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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 愛知県知的障害者施設福祉協会の障害者支援施設部会、西尾市自立支援協議会に参加し、社会福祉事業全体の動向把握に努めている。施設運営においては、法人内で事業計画に基づき、法人内施設管理者会議で毎月の収支報告を行い、予算管理表で毎月の検証を行っている。常に地域ニーズに目を凝らし、施設が貢献できることを検討している。 | | |
| 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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 法人管理者会議、施設管理者会議等で、経営環境や実施する福祉サービスに関連する身体的な課題や問題点を明らかにするとともに、課題解決方法を明確にし、是正を実践している。施設整備においては、中長期の施設設備計画を策定し、補助金の申請を併せて計画的に整備を推進している。また、人材育成においても、計画的に職員の育成を進め、充足した職員配置を実現している。 | | |

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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 中長期計画に沿って、施設整備の補助金申請を含めた計画的改修を実行したり、計画的な人材育成を実践している。計画はできる限り見える化を図り、グラフ化や図表・作表を取り入れ、より身近に考えられるように工夫している。また、計画の見直しを毎月行い、計画表を修正更新している。 | | |

| | | | |
|--|---|-----|-----------|
| | 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 ・ ② ・ ③ |
| 評価機関のコメント | | | |
| 中長期計画に沿った単年度事業計画が策定されている。補助金申請も含め、実行しやすい内容に配慮し、何のために何が必要か、あるいは、何をすることで何ができるか等の記述を工夫している。事業計画は各部門ごとに分けられ、達成度の検証を行っている。力を入れる人材育成では、職員に目標を持たせて自主的にスキルアップができるように、計画に盛り込んでいる。 | | | |
| 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・見直しが行われ、職員が理解している。 | 障 6 | ① ・ ② ・ ③ |
| 評価機関のコメント | | | |
| 各部門の事業計画は、職員意見や提案を反映させている。職員間でやりたいことを話し合い、計画に反映させ、実現に取り組むことでやる気の支援につなげている。毎月の職員会議では、計画の実施状況を検証し、評価と見直しを実施している。 | | | |
| | 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 | ① ・ ② ・ ③ |
| 評価機関のコメント | | | |
| 保護者に対しては、年一回の総会での説明の他、保護者会や保護者面談の開催等で、理解をしていただけるまでの説明に努めている。利用者に対しては、単年度計画全体の説明の他、計画実行の都度の説明を行い、とすれば生活環境や時間帯に影響する事項も考え、本人に関係する人に分かりやすく説明をもらっている。 | | | |

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われ、機能している。 | 障 8 | ① ・ ② ・ ③ |
| 評価機関のコメント | | | |
| 施設として、利用者に対する適切なサービス提供の要は個別支援計画であると位置付け、毎月の支援計画会議において検証と評価を行い、支援手順書の更新を実施している。また、施設運営からサービス提供全般については、愛知県福祉サービス第三者評価を活用し、定期的な受審と、毎年の自己評価実施を継続し、振り返りの中から改善課題を見出している。 | | | |
| | 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 | ① ・ ② ・ ③ |
| 評価機関のコメント | | | |
| 第三者評価受審と毎年の自己評価実施において、改善課題の抽出と具体的取り組み方法の検討を行い、中長期計画や単年度事業計画に盛り込んで改善を推進している。また、利用者に対するサービス提供については、毎日の記録を積み上げ、毎月の支援計画会議で評価を行い、支援手順書の更新を繰り返している。事故報告の減少は目覚ましく、取り組みの成果を感じている。 | | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 自らの役割と責任については法人の職務等級表に明示があり、職員に配布している。全体会議では、組織図を用いて説明を行い、責任の所在を明らかにしている。また、施設内においては、いかなる場合も自信が最高責任者であることを表明し、万が一の有事の際の権限委任に関しても、防災マニュアルに明示し、会議等でも説明して周知を図っている。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 適切な施設運営に必要な法令については、積極的に外部研修に参加し、見識を広めるとともに、正しい理解を深めている。また、職員に対しても、毎月施設独自の「里山の家テスト」を実施し、最低限知り得るべき事項の正しい理解を周知している。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 施設内において、施設サービスの入り口を利用者(個別支援計画)に位置付け、様々な改革を行っている。サービス管理責任者の負担軽減を考え、「サービス管理者」を配置したり、個別支援計画が確実に支援サービスとして提供されるように、毎月開催の支援会議で、検証と評価を継続したりと、精力的に指導力を発揮し、現在の仕組みを構築している。また、計画的な人材育成についても成果を上げている。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 広く職員意見を取り入れ、「計画は実行しなければ意味がない」の信念で、様々な部門の取り組みに指導力を発揮している。人材育成、施設整備、工賃収入の工夫等、施設経営に関わる事項を話し合うため、委員会の設置や役割の振り分け等、組織体制を構築し、活発な定例会議で改善の糸口を見つけ、実行に移している。 | | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 年間人材採用計画、人材育成計画に沿って、人材の確保・定着を推進している。新卒対象の人材フェアには積極的に参加し、求職者には分かりやすい給与条件や仕事内容を記載したパンフレットを準備している。また、中途採用に関しては、求人媒体を活用した求人を行い、現場職員に採用担当者を配置して、いつでも見学や説明に対応できるようにしている。人材育成に関しては、各種研修受講、資格取得補助等、仕組みを構築している。 | | | |
| Ⅱ-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | 障 15 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 主に年2回の職員面談時に、キャリアパス等級表を基に本人の貢献度を評価し、次のステップを話し合っている。個人の「なりたい職員像」を目標として具体化し、本人の得意分野で能力を発揮できる職種と業務に就けるように推進している。面談時には達成度を検証し、やりがいのある環境で仕事ができるように、人事管理を行っている。 | | | |

| | | | |
|--|---|------|-----------|
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 個人面談では、貢献度の評価ばかりではなく、職務に関する意向や希望を聴取し、就業事項に限らず、職場環境や福利厚生、個人的な悩みや問題等を聴き取っている。個人情報に配慮しながら、施設として解決できる事項は、施設の管理職会議で話し合い、課題解決に取り組んでいる。リーダーや主任等の中間職の役割も大きく、相談しやすい環境整備がある。職員定着率の数値も向上している。 | | | |
| 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 | ㉗ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 「なりたい職員像」を、アンケートで施設内で活躍している職員から複数選び、年2回の個人面談の際に、自身が目指せる職員像と一緒に検討している。個人の目指すところが明らかになり、目標を具体化することで、やる気にもつながっている。キャリアパスの等級表を基に、次の目標を設定し、期限の設定を明確にした上で評価を行っている。「やること・やれること・やらなければいけないこと」が明確で、やりがいになっているとの職員意見がある。 | | | |
| 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 | ㉘ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 法人研修改革、施設研修計画を策定し、自身が目指す職員像を基に個別の研修計画を作成している。専門性の求められる職種であるため、まずは支援員としての専門性の自覚を指導している。研修内容・開催方法等は毎年アンケートを取り、内容や参加対象の見直しを行い、更新している。 | | | |
| 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 | ㉙ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 一人ひとりのフェイスシート(資格・能力表)と育成計画を作成し、必要な資格と知識習得を推進している。初任者・中堅・管理職層に分け、経験に基づく熱心なOJT教育を行っている。外部研修参加の場合は、個人の参加・報告で終わらせず、フィードバック研修の機会を作っている。 | | | |
| 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 | ㉚ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 実習生受け入れマニュアルを整備し、研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。実習目的に沿って担当者を任命し、毎朝のその日の実習目標確認から、毎夕の一日の振り返りまで、一日の達成度を実習生と話し合い、達成度に応じて実習日程の変更等を検討する仕組みを作っている。指導者に対しては、誰でも対応できるようにマニュアルを整備し、対応方法の指導を行っている。保育士、看護師等、年間数名の実習受け入れを行っている。 | | | |

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 ・ ㉛ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| ホームページでは、理念をはじめ、施設案内・事業報告を掲載するほか、提供するサービスの内容や活動の様子等を掲載している。ブログは頻繁な更新があり、新しい情報発信にも余念がなく、施設内の掲示板・里山通信発行・SNS等の活用もある。また、定期的な第三者評価受審、改善の検証にも積極的に取り組んでいる。しかし、苦情・相談の内容の公表について、対外的な公表を考えると、ホームページでの公表等の検討が望まれる。 | | | |

| | | | |
|---|----------------------------------|------|-----------|
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>予算管理表に基づき、毎月の検証を行い、適正な経営・運営に取り組んでいる。社会保険労務士、弁護士と契約し、必要に応じて助言を得ている。しかし、社会福祉法が求めるレベルの外部監査実施までには至っていない。</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 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>地域との関わりを事業計画に位置付け、毎月の報告会で達成度を検証している。施設夏祭り、地域防災訓練、収穫祭、クリスマスコンサート等、地域との交流に努めている。里山の敷地内ウォーキングコースの開放は地域住民に喜ばれ、作業ボランティア「石川組」の結成で、地域の環境整備を行う等、地域貢献を果たしている。地域への外出については、社会資源の一覧表やマップを作成し、外出や買い物等に活用している。</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。 | 障 24 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>ボランティア受け入れ手順書を整備し、ボランティア担当を配置している。ボランティアの活用を事業計画に位置付け、計画に基づいて、ホームページや掲示板で募集を行っている。中学校の職場体験受け入れでは、利用者との交流をきっかけに、ボランティアとして関わりを持ってくれる事例もある。手順書については、定期的に評価を行い、内容を更新している。</p> | | | |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>関係団体一覧表、社会資源一覧表やマップを作成し、職員間で情報を共有している。西尾市障害者連合会、自立支援協議会に参加し、連携と協働を図っている。地域団体の具体的な問題解決に関しては、緊急時の受け入れに関して検討し、市と協定書を交わした事例がある。</p> | | | |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>地域交流のためのスペース「風の谷」を有し、様々な交流の機会を企画・実行している。地域整備のために組織した作業ボランティアの「石川組」の活躍は目覚ましく、地域から当てにされる存在となっている。福祉避難所、緊急受け入れ等で施設機能を還元し、地域防災訓練参加、研修講師受託等、地域からのニーズにも応えている。法人内の相談支援事業所が開催する、相談会や勉強会にも参加し、支援を必要とする人や家族の不安に応えている。</p> | | | |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>地域行事に参加したり、地域の環境整備に参加する等、地域との関係を密にすることが、直接地域の福祉ニーズを把握するきっかけになっている。自立支援協議会をはじめとする団体には積極的に参加して情報共有と連携を図り、地域のニーズを把握するように努めている。把握した、施設が支援・貢献できる事項に関しては、事業計画に位置付け、具体的な事業・活動につなげている。</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 | | | |
| 常に適切なサービス提供のために、施設掲示板を使った検討会議を行う等工夫し、職員へ周知している。また、最低月に1回開催する施設内研修を中心に、定期的な虐待防止への試みとして、各自、虐待チェックシートを活用した支援の振り返りを行っている。上司が気になった職員へのヒアリングを行うことで虐待に繋がらないように配慮されている。 | | | |
| 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 | a ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| プライバシー保護や権利擁護のマニュアルを整備している。プライバシーや羞恥心への配慮が必要な支援に関しては、同姓介助を原則として支援体制を構築している。しかし、2人部屋においては、個人のテリトリーが侵されることもあったりと、職員からの問題提起もあるので、改善策の検討が望まれる。 | | | |
| 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 ・ ③ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用希望者に対して、サービス選択に必要な情報はホームページや、随時配布ができるパンフレットを通じて提供している。施設見学や体験入所等も希望に応じて対応している。今後は、より分かりやすい情報提供の為に、資料の漢字に読み仮名をうつ、写真やイラストを増やす等、利用希望者本人にも分かりやすい内容のパンフレット等の作成の検討に期待したい。 | | | |
| 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 ・ ④ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| サービスの開始や変更時には、個々のレベルに合わせた言葉遣いや、ユニットの図面を用いて説明する等、利用者の自己決定を尊重している。しかし、利用者が分かりやすい資料という観点では、まだ改善の余地がある。また、意思決定が困難な利用者への配慮については、職員が全体周知できる手順書等の作成が望まれる。 | | | |
| 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 | ⑤ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| サービス管理責任者や担当職員を中心に相談を受け、利用者の希望や意向に沿って、本人・家族と十分に協議し、関係機関との連携のもと、継続した支援が提供できるように配慮している。また、その為に必要となるフェイスシートの内容も充実している。 | | | |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者の意見は面談や意見箱等から把握し、その都度担当職員を中心に会議で協議・検討し、パソコン上の独自の掲示板を通して決定事項を周知している。また、年に1回の満足度アンケートや嗜好調査実施で、支援内容を確認するとともに、意向に沿って改善に繋げる仕組みを確立している。今後は、利用者参画の検討会議等が開催でき、さらなる満足度の上昇を目指す仕組みづくりが期待される。 | | | |

| | | |
|---|------|-----------|
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 法人として、苦情解決の体制や仕組み、苦情受付書、苦情受付報告書、苦情解決結果報告書等の関係書類を整備している。改善に向けた協議は職員会議等で行い、パソコン上の独自の掲示板で職員へ周知している。保護者への説明も保護者会の機会を利用する等、適切に実施されている。しかし、「公表」を考えると、ホームページ等での公表には至っていない。 | | |
| 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 |
| 評価機関のコメント | | |
| 様々な機会を利用者・保護者へのアンケートを実施し、意見や要望を聴き取る体制がある。事務所内への出入りは自由で、職員へ相談しやすい環境となっている。しかし、意見箱の設置場所が事務所内となっている為、カードを入れにくいことも考え得ることから、設置場所の検討が必要であると思われる。 | | |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 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を整備し、体制を確立している。利用者・保護者からの意見要望に対しては、内容を真摯に受け止め、迅速に対応している。改善・対応の内容は職員周知を徹底している。 | | |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 事故発生時の対応マニュアルを整備し、手順を明確にしている。事故発生の場合は、速やかにパソコン上にある独自の掲示板で職員周知を行っている。また、法人勉強会や施設独自で月1回は実施している研修の場を利用し、AEDの使い方や心臓マッサージ等の救命講習、事故防止に関する研修を実施している。 | | |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 感染症予防・対応のマニュアルを整備し、看護師が中心になり、感染症予防や対応を具体的に周知している。有事の際は、毎朝のミーティングの際に、看護師から該当する感染症に対する配慮すべき事項等のアドバイスや対応の指示を出し、職員が統一した対応ができるように配慮している。また、月1回の研修・勉強会の機会を活用し、感染症予防や安全確保に関する勉強会を開催し、情報共有を行っている。 | | |
| 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 |
| 評価機関のコメント | | |
| 避難経路マップや土砂災害マップを廊下の壁面の見やすい場所に掲示している。棚と天井の間には、転倒防止のつっぱり棒を設置する等、実効性の高い取り組みを行っている。また、地域と連携した防災訓練にも積極的に参加している。 | | |

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 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 食事・入浴・排泄・着脱等に関する日常生活の支援や、社会的活動の支援、日常生活における問題、地域移行に関する事など、施設が提供するサービスに関する標準的な実施方法を手順書として文書化している。また、職員周知は、パソコン上にある独自の掲示板の活用や必要な場合は職員ごとに個別指導を徹底している。 | | |

| | | | |
|---|--|------|-----------|
| | 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 標準的な実施方法の手順書などを定期的に見直し、その都度、最新の更新日を記載する仕組みになっている。パソコン上にある独自の掲示板にて職員周知を図っている。個別の支援計画については、利用者や保護者の意向や要望を土台とし、基本的に半年毎に見直しを行い、必要あれば適宜の見直しも行っている。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| ニーズの事例整理表をもとに、的確詳細なアセスメントを実施している。そのアセスメントをもとに、サービス管理責任者を中心に現場スタッフとアセスメント等に関する協議を行い、それに基づく個別支援計画を適切に策定している。また、個別支援計画書どおりにサービス提供がされているか確認するための場として、年に2回の個別面談が設けられている。 | | | |
| | 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 時期を定めたモニタリングを年2回実施し、個別支援計画はそのタイミングに合わせて6ヶ月毎に見直しを行う仕組みが機能している。さらに、毎月、現場リーダーがサービスに対する取り組み内容の報告を行い、全職員に取り組み状況を周知させている。モニタリングによって、新たな支援方法や改善点がある場合は、パソコン上にある独自の掲示板で情報発信をする仕組みができています。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| ケース記録、個別支援計画のモニタリング、サービス提供状況は、施設独自の書式に細かく適切に記録している。また、記録の書き方も職員で差異が生じないように、月1回以上実施する新人研修の機会を活用して指導する等、仕組みを構築している。 | | | |
| | 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 ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 記録の保管期間、方法、取り扱い等の記録の管理体制を法人規定で整備している。利用者に関する記録は、ドアに施錠ができる事務所内にて保管している。しかし、徹底した個人情報保護のためにも、施錠ができる棚やロッカー内での保管の検討が望まれる。 | | | |

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 | | | |
| | 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者のニーズ整理、ストレンクス整理をもとにした自己決定や、利用者意向を尊重した個別支援を大切に、新聞の定期購読、移動喫茶への参加、買い物等様々な取り組みを行っている。毎日の作業等の活動時においては、選択の機会があり、本人のペースで活動参加ができるように配慮している。 | | | |

| | | |
|---|--|------------------|
| 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 | | |
| <p>エントランスの壁面に倫理綱領を掲示している。各部署で定期的に虐待チェックシートを活用し、自分と他者の支援のあり方を見直している。異常があった場合には、上司とヒアリングを行い、改善するように働きかけたり、職員間で話し合いの機会を設け、見直しを行っている。</p> | | |
| 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 | | |
| <p>本人を地域生活へ繋げるため、家庭との連携を密にし、家族へのアドバイス、フォローを大切に支援を行っている。見守りの支援を意識しながら、支援計画書に位置付けた自己決定、意思決定を重要視した支援を実践している。また、自宅帰省時も、他サービスとの連携を取りつつ、自立生活が送れるように配慮している。</p> | | |
| 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 | | |
| <p>独自の手話を使用する利用者に対しては、コミュニケーションツールとして、専用の手話説明書を作成している。また、言葉カードを本人が持ち歩いて使用していたり、絵カードの用意があったりといった様子からも、本人の障害特性に配慮し、工夫した支援の提供がうかがえる。</p> | | |
| 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 | | |
| <p>いつでも事務所に相談に来ることができるように、自由に出入りができるように開放している。また、要望があればいつでも1対1での相談や面談にも応じている。年に2回ある個別面談の際には様々な相談が寄せられている。基本的に毎日の活動や行事等の参加は、選択制で意思決定の場を設けている。</p> | | |
| 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 | | |
| <p>個別支援計画書に基づき、地域行事への参加、地域資源の活用、地域との交流も含め、本人の意思に沿って活動を選択できる仕組みを確立し、意思を大切に、無理なく参加できるように配慮している。また、個別支援計画に基づいた支援手順書を用意し、内容は状態や状況変化の都度見直しをしている。</p> | | |
| 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 | | |
| <p>強度行動障害の利用者数が増加する中で、職員は強度行動障害支援者養成研修に積極的に参加したり、定期的に法人のインシデントプロセス法研修にも参加し、知識を得ている。研修で得た知識を活用し、個別支援手順書を作成し、支援手順書に基づき支援を行い、問題等があればケース検討会議を設け、パソコン上にある独自の掲示板や朝のミーティングで共有し、常に状況に合った支援提供ができるように仕組みを作っている。</p> | | |
| A-2-(2) 日常生活支援 | | |
| A⑧ A-2-(2)-① | 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。 | 障 53 (a) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| <p>食事は、毎月の厨房会議で利用者や現場の意見を伝え、その都度内容改善を行っている。食事の形態も、きざみ、ミキサー、おかゆ等、心身の状況や本人の要望に合わせて提供している。入浴や排泄支援等、日常生活支援は個別支援計画から作成した支援手順書に基づいて実践している。</p> | | |

| | | | |
|---|--|------|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 居室や活動の場は、施設内を区分けし、各部署のリーダーの指示で清潔保持を行う体制を作っている。障害特性を考慮し、転倒時の衝撃緩和マットを敷いたり、廊下、階段、トイレ、風呂場等に手すりを設置したりと安全面の配慮がある。共同生活の場においては、他者の生活を脅かすような状況に対し、臨機応変に、職員がマンツーマンで別室で落ち着くまで対応する等の仕組みがある。年に2回の面談の機会に、意向を重視した本人の過ごしやすい環境作りを話し合っている。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者が主体的に機能訓練や生活訓練が行えるように、関係職員が支援計画策定会議を行い、理学療法士の助言・指導をもとに本人のストレングスに着目した個別支援計画を策定している。また、職員は毎月1回ある理学療法研修に参加し、知識・技術を習得し、日々の利用者支援に活かしている。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者の健康状態の把握として、毎日、定時4回の検温を実施している。異常があれば看護師や嘱託医にいつでも相談できる環境がある。排泄面においては、排便コントロールが必要な利用者には、チェック表を活用して健康管理を行っている。また、日中2回と入浴時にはケガ等の身体チェックがあり、仮に痣等が見つかった場合は手順書に従い、迅速な対応を行う仕組みがある。毎月ある新人研修の機会を利用し、対応方法を指導している。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 医療的な支援については、医療処置の明確な手順書に沿って実施している。嘱託医の訪問時には全利用者の近況を報告し、何かあれば手順書どおりに通院を促したり、通院同行する等、医療と家庭との連携を密に取っている。また、歯科受診・治療専用の部屋を整備し、利用者が安心して落ち着いて受診できるように配慮している。服薬のセットについては、ミス無くするために工夫したツールを活用している。医療的な研修としては、口腔ケア研修を実施し、職員の歯磨き支援のスキルアップ等に役立っている。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 廊下壁面にある掲示板に地域行事の情報を掲示し、希望者に対し、安城七夕まつりや近隣の花火大会等の行事参加ができるように配慮している。また、パーソナル支援を実施し、本人・家族の意向と希望を尊重し、文字や計算練習等の学習支援も行っている。交流のある友人が短期入所を利用した場合には、リビングで話す機会を作る等、柔軟に対応している。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 本人の希望と意向に沿って、地域生活移行プランによる計画調整により、この1年で3名の利用者が法人内グループホームに移行している。また、移行前後の利用者・保護者支援のあり方は、地域生活前後プランに詳細に示している。家庭とも連携を深め、帰宅環境が整っている家庭に対しては、一時帰宅を推進する等の配慮を行っている。 | | | |
| 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 | a ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 年に2回ある面談の機会を利用し、本人の生活状況を詳細に伝えたり、生活面や支援についての報告・相談を交え、家族と情報・意見交換を行っている。家族も本人同様に高齢化が進む等、面談に参加できない保護者には、電話による報告・連絡・相談や、帰省予定表等を郵便でやり取りする等の現状があることから、緊急時の家庭へのアプローチも含め、現状に合ったマニュアルや手順書の作成が望まれる。 | | | |

A-3 発達支援

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|---------|-----------|
| | | 第三者評価結果 | |
| A-3-(1) 発達支援 | | | |
| A ^⑩ 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 ^⑪ 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 ^⑫ 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 ^⑬ 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 | | | |