

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： ひがしうらの家	種別： 施設入所支援・生活介護	
代表者氏名： 村山誠治	定員（利用人数）： 60名（52名）	
所在地： 愛知県知多郡東浦町大字藤江字カガリ118		
TEL： 0562-84-3400		
ホームページ： https://r.goope.jp/higashiuranoie		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 4年 7月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 相和福祉会		
職員数	常勤職員： 29名	
専門職員	(施設長) 1名	(サービス管理責任者) 1名
	(看護師) 3名	(生活支援員) 38名
	(栄養士) 1名	(事務員) 5名
	(調理員) 5名	
施設・設備の概要	(居室数) 32室	(設備等) 談話室、事務室、静養室
		医務室・調理室、浴室、作業室、
		食堂、多目的室、応接室、活動棟

③理念・基本方針

★理念

すべての人にとって 今日一日が充実し 満足できるものであり 明日への希望が豊かなものであるよう努めます

★基本方針

- ・権利擁護に取り組む
- ・良質な環境を用意し良質なサービスを実現する
- ・企画力を高めサービスの差別化を図る
- ・顧客満足を高める
- ・全ての事業活動は迅速に行い常にPDCAを意識する
- ・福祉サービスの基本は人材でありその専門性を高度に位置づける
- ・コンプライアンス・ガバナンスを有効にする

④施設・事業所の特徴的な取組

・地域との関わりを重視している。盆踊りや清掃活動等に参加し、地域の一員として活動を行っている。施設所在地近くの小学校と交流し、相互理解を深める活動を10年以上にわたり継続している。

・保護者との連携を強固にしている。利用者を通じた普段の関わりや満足度調査アンケートから家族ならではの意見をもらい、施設環境整備、支援に活かしている。施設行事にも家族の参加がある。

・利用者が施設生活での楽しみや生きがいをつくりだすための活動・余暇・レクリエーションを提供している。例として、一年に一度利用者のしたいことを職員が個別に付き添って行うスペシャルデイの企画がある。

・将来を見据え、安定的な施設運営を継続するため人材確保に力を入れている。職員の定着率向上を目指し、業務効率化を図り時間内に業務を終えられるようにすること、衛生委員会を通しての職場環境改善、繰り越し有給休暇100%取得などの取り組みを行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 7月31日（契約日）～ 平成31年 4月12日（評価結果確定日） 【平成30年11月30日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3回（平成27年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆人材の育成と人事管理

法人での研修規定があり、事業所には研修計画が作成されている。職員が保有する資格が把握されており、経験や力量に合わせた研修機会を提供している。人事考課制度があり評価基準は規定等により明確になっている。非常勤職員に対するの評価基準の見直しに向けた取り組みもある。職員の就業状況への配慮もあり、働きやすい職場づくりへの取り組みがある。

◆地域との交流

事業所は地域との関わりを大切にしており、長年に渡り継続的な取り組みに努めている。小学生との交流会や地域のイベントには積極的に参加し、地域の法人4事業所合同の秋祭りの開催により、地域と交流を図る取り組みがある。地域からのボランティアの受け入れについてはマニュアルが作成されており、受け入れに関する事業所の姿勢を明確にしている。

◆福祉サービスの質の向上に向けた取り組み

個別支援計画に基づき利用者の状況に応じた対応に努めている。嗜好調査や自治会での意向・要望を聞き、計画（献立等）に反映させている。事業所のサービス計画が作成され、事業所としての姿勢を明確にして取り組んでおり、年度末に評価を行い、次年度のサービス計画に繋げている。

◇改善を求められる点

◆大規模災害発生時への対応

一般的な非常時や緊急時の対応についてはマニュアルが作成され、職員に対して周知する取り組みがある。一方で大規模災害が発生した場合の対応については更なる検討が必要である。様々なケースを想定した対応プランや大規模災害発生時の職員確保についての検討が望まれる。

◆職員の育成

職員には「次期までに克服すべき課題」が与えられており、達成に向けて管理者がフォローしていく仕組みがある。職員を育成していくためには、職員自らの意欲を引き出すことが欠かせない要件であり、職員自身が適切な「目標設定」できる仕組みが必要である。既に管理者はその認識を持っており、次年度以降、職員自身で目標設定できる仕組みづくりへの取り組みに期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

地域の中に溶け込んだ施設を目指してサービス提供を行っておりますが、その点について高い評価をいただいたことは職員にとって一層の励みとなりました。現状に満足せず更なるサービス向上に努めていきたいと思っております。また、働きやすい職場作りを目指して様々な取り組みを行っていることにも目を向けていただき、受審の中で「人材の大切さ」を改めて認識することができました。

自己評価で「A」と判断していた項目の一部で「B評価」をいただくこととなりました。評価を受ける中で自分たちの「認識の甘さ」や「今ある課題」「今後の方向性」が見えてきたように思います。評価結果を真摯に受け止め、課題を克服していくことで「すべての人にとって今日一日が充実し満足できるものであり明日への希望が豊かなものであるよう努めます」という理念を実現させてサービスの質的向上を図っていきたいと思っております。

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。

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員は経営理念・基本理念が記載されたカードをいつも携帯しており、事業所内にも掲示されている。法人ホームページにも記載があり、いつでも見ることができる。利用者に対しては毎月行われる自治会にて説明するよう努めており、保護者に対しては書面が配布されている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者が、町の地域福祉計画推進委員として会議に参加しており、事業所を取り巻く環境等について情報を得ることが出来ている。経営状況については、毎月人件費や利用者の利用状況を確認しており、的確に把握・分析して事業所運営に資する情報としている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
適切な支援への取り組みとして夜勤3名体制の実施や、人材の確保、職員教育の推進など、課題を明確にして改善に取り組んでいる。設備面では、利用者の高齢化や障害の重度化が進行しており、早急な対応を迫られているものもある。手すりの設置やトイレの改修、エレベータの設置、入浴設備の改修等、対応の遅れが目立つが、法人と連携して今後の施設改修計画に組み込む考えである。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の中・長期計画に沿って、「ひがしうらの家中・長期計画」を策定している。計画は事業所のビジョンを明確にし、数値が設定された明確な目標が盛り込まれたものとなっている。			

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・長期計画を基に、単年度事業計画が策定されている。品質目標として項目が掲げられており、目標は数値化され進捗管理がしやすい仕組みが構築されている。毎月開催される法人の幹部会にて進捗を報告し、実践状況を確認している。			
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			
事業計画は管理者が原案を作成し、職員の意見を集約して策定している。事業計画の進捗は毎月確認され、毎月開催される法人の幹部会で報告されており、事業所では月に2回の職員会で報告・確認し、職員への周知を図っている。進捗状況により見直しを行い、達成に向け取り組んでいる。			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページに事業計画・サービス計画を掲載するとともに、毎年6月に保護者向けの事業報告会を開催して説明を行っている。利用者には、毎月開催する自治会開催時に事業計画を説明する機会があり、周知に向け取り組んでいる。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ISO9001(品質マネジメントシステム国際規格)の認証を受けた事業所であり、日常的にサービスの質の向上に向けた取り組みがある。課題の解決のための仕組みが構築されており、前向きな取り組みがある。第三者評価の受審や満足度調査の実施などにより、課題の把握にも努めている。			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
把握された課題については、改善目標を明確にし、改善計画を立てたうえで改善活動(是正処置、予防処置)に繋げている。改善のための手順が定められており組織的な取り組みとなっている。			

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
評価機関のコメント			
<p>管理者の役割や権限については、「運営規定」の職務分担表等に明記されている。管理者不在時や非常時の役割についても明確にされている。管理者は役割や権限についての周知や表明について、職員に対して十分な理解を得ていないと考えており、今後の課題としている。</p>			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>遵守すべき法令に関しては、法人の各種会議や外部の様々な研修に参加する機会に、必要な知識や情報を得ることに留意しており、職員に対しても周知を図っている。法人が、時間外労働時間の短縮や年次有給休暇の取得促進を重要な施策として打ち出しており、「労働基準法」をはじめ労働関係法に関しても鋭意研鑽に励んでいる。</p>			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>サービスの質の向上についての取り組みとして、満足度調査などを実施し、課題を明確にして改善に繋げるよう取り組んでいる。サービスの質の向上には職員のスキルアップが不可欠であるとし、そのためにOJTを含む教育・研修による職員育成に取り組んでいる。正規職員に比較して情報量の乏しい非常勤職員とのコミュニケーションにも配慮している。</p>			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は、事業所の経営状況や職員の就業状況を把握し、職員が働きやすい環境を整えている。希望する勤務形態や勤務シフトの要望に応え、有給休暇の取得や時間外労働時間の短縮に取り組んでいる。管理者は主要な幹部職員との連携を深め、連携して職員の指導に当たっている。</p>			

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の新規採用は、法人全体の課題としての取り組みがある。ポータルサイトの活用や、事業所での体験・見学を企画するなどの具体的な活動がある。職員の所有する資格については一覧表が作成されており、資格所持者を確保・増員していく取り組みとなっている。資格の新規取得に対する支援体制を確立しており、法人・事業所の職員育成に向けた意気込みが感じられる。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>人事考課制度があり、具体的な人事基準は「成績評価規定」等により明確になっており、適切に運用されている。職員とは個別面談が行われており、意見や意向を聞く機会となっている。評価や給与の仕組みの見直し、非常勤職員に対する評価基準の見直しが行われており、より適切・公正な仕組みづくりへの取り組みが進行している。</p>			

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		
職員の就業状況やワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みがある。福利厚生では資格取得補助や職員交流会補助金の支給や休暇取得に対しての配慮がなされている。ストレスチェックの取り組みから、実際に検診へ繋がった事例もあり、有効性のある前向きな取り組みとなっている。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
職員の保有する資格は一覧表にし、必要な研修受講や資格取得に役立てている。年に2回の個別面談の機会があり、職員個々の課題について明確にしていくと共に、個人目標の達成度を確認している。現状では職員自らが目標設定するまでには至っておらず、職員自らが目標設定できる仕組みを構築するための取り組みに期待したい。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
職員の育成のために研修計画が作成されており、外部研修や内部研修が行われている。資格の取得に関しても費用の補助などの支援がある。品質目標として教育時間が事業計画に掲げられており、事業所としての取り組みとなっている。管理者は非常勤職員の教育について課題を認識しており、今後の改善に向けた取り組みに期待したい。		
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
評価機関のコメント		
職員一人ひとりの経験や保有する資格が把握されており、職員の力量に見合った研修機会が提供されている。新規採用者の教育・指導は教育係が決められており、OJTによる指導が実施されている。事業計画には、職員の教育が重点課題として掲げられており、目標として具体的な教育時間が設定されている。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
実習生の受け入れの為に、実習指導者養成研修を受講した職員を配置している。実習生の受け入れについてのマニュアルが作成されており、事業所として次世代の福祉人材の育成に取り組んでいる。管理者は今後の取り組みについて課題を把握しており、改善に向けた取り組みに期待したい。		

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
評価機関のコメント		
法人のホームページがあり、その中で事業所の事業計画やブログが公開されている。ブログは適時更新され、事業所の様子をうかがい知ることが出来る。苦情内容や対応についても掲載されており、真摯な取り組みとなっている。情報開示について契約書に明記し、利用者や家族等に説明している。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ISO9001(品質マネジメントシステム国際規格)の規定により、定期的な内部監査が行われている。毎年、審査機関の定期的な審査を受審し、構築した仕組みの適切性が認証されている。物品購入や経理処理は厳正に行われており、そのための仕組みが構築されている。財務状況は全国社会福祉経営者協議会のホームページで公開しており、透明性の高い運営・経営に努めている。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域との関わりについての手引きが作成されており、小学校との交流や地域のイベントへの参加、地域住民を招く法人4事業所共催の秋祭りの開催がある。利用者の意向を反映した外出機会を設けており、余暇支援にも地域を巻きこんだ取り組みがある。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所はボランティア受け入れについての姿勢を明確にしており、手引きが作成されている。小学生との交流会や東浦町社会福祉協議会が主催する「ちょボラ」など、多数のボランティアを受け入れている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
必要な関係機関や団体等が把握され、リスト化されている。使いやすいように見直しも実施している。同一法人内の他事業所との連携をはじめ、行政機関、医療機関、教育機関等の関係先との連携に努めている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
小・中学校との連携による福祉体験学習の受け入れや、利用者と地域の子どもの交流会が開催されている。事業所の一部を使用したイベントの開催、東浦地域福祉推進委員会の会議に応接室を提供するなどの取り組みがある。事業所の専門性(知的障害者の生活支援)を活かした地域還元の取り組みは少なく、今後の課題として残る。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の福祉ニーズの把握に向けての取り組みとしては、行政機関を交えた検討会議に参加して情報収集している。東浦町社会福祉協議会との協働による活動もある。町内で発足した社会貢献活動に関する部会に参加し、地域の福祉向上に貢献できるように取り組んでいる。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
理念及び基本方針については、職員が直ぐに確認できるよう理念や基本方針が書かれた携帯カードを持ち歩いており、理解をしている。基本的人権については、障害特性の学習やケース会議を通して、理解を深める努力がなされている。しかし、基本的人権に関する理解について評価するシステムについては、改善の余地があるため、今後の取り組みに期待したい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者のプライバシーの配慮について、マニュアルや規定を設けて取り組んでいる。虐待防止への取り組みとして、具体的な事案をイメージできるよう、業務連絡時に具体的な事例を記載し、またその内容を毎日変えるなどの工夫がある。ハード面において、パーソナルスペースの確保のため、仕切りやカーテンの工夫をしている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
昨年、ホームページの内容のバージョンアップを図り、アクセス数が増える成果が見られた。新規利用希望者に対し、事業所の説明の他、見学や利用体験を行うなど、具体的なイメージを持ってもらう取り組みを行っている。見学者や利用体験者への対応は、丁寧を旨としている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者に対し、見学や利用体験を行い、納得のうえで契約を交わしている。その際、言葉の説明については、保護者や利用希望者に対して丁寧に対応しているが、その契約条件等についてイメージが持てるような資料作成には至っていない。今後、具体的なイメージが持てる内容の書面を作成されることを期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
他の福祉事業者への移行にあたり、相談支援事業所と連携を図ると共に、受け入れ事業所に対しても申し送りを行っている。また退所後の利用者に対しても、継続した支援が行えるよう、相談対応者として担当スタッフの名前を書面に落とし記載しているなど、細やかな対応がある。しかし、引継ぎ等の手順書が作成されていないため、この細やかな対応の文書化を期待したい。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足度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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の満足度の向上を目指す取り組みとして、自治会で出た意見を要望受け付け書に落とし込んで対応している。また事業計画において、利用者満足度の数値目標が具体的に示され、要望に対する分析が適切に行われている。その結果、利用者の満足度は高い。			

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
評価機関のコメント		
<p>利用者の言葉や行動を職員が聴き取り、書面に落とし込んで情報の共有化を図っている。また、保護者に対しても、保護者会を通じて意見・要望等の情報を収集している。その結果、保護者、利用者共に事業所とは良好な関係を築いている。これらの内容については、第三者委員会において報告を行っている。この内容については職員会議で周知している他、ホームページでも公開を行っている。</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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者に対し、自治会において困りごとがあれば相談するよう、アナウンスしている。実際に相談があれば、その時の状況に応じた環境の確保などを配慮している。コミュニケーションをとる事が難しい利用者に対しては、普段の表情や行動から意向を汲み取って対応している。一方、利用者が相談したいタイミングに、業務との兼ね合いから即時対応が難しい場面がある事や、相談に対する仕組みについての説明文書がないなど、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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者からの意見については、満足度調査や個別支援計画書内の課題整理表からニーズを拾い出し、その結果を7段階に分類している。この内容については書面にまとめるとともに、家族に対しても公開し、ニーズに対応する努力をしている。その具体例の1つとして、利用者一人ひとりに対して、年に1度スペシャルデイを設け、希望を叶えている。</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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント		
<p>毎月、設備管理委員会にてリスクマネジメントの会議を行っている。業務記録からヒヤリ・ハットの事案を集約し、サービス向上委員会にて再発防止の会議も行っている。その会議で行われた情報については、職員に周知する取り組みがされている。職員の意識付けについては、研修を行うなど一定の成果が期待されている。但し、ヒヤリ・ハットの情報収集の方法に、更なる工夫が望まれる。</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	⑤ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>感染症予防及び発生の対応方法について、DVDの映像による学習の他、年に1度は少人数単位で看護師による学習会を行っており、知識や技術の習得に力を入れている。また、対応マニュアルについても、いつでも閲覧ができるよう、宿直室に保管されている。実践に即した仕組みづくりができている。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>「防災管理規定」の他、大規模災害に備えた災害対策計画を策定している。その際、地域との連携を図るための取り組みも行われている。職員の安否確認の方法について、一斉メールを確実にを行うための体制のイメージはあるものの、細かな点については現在検討中である。今後、具体的に形成されることを望む。</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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>サービス提供にあたり、手引きや手順書が適切に作成されている。また新人職員に対して新人職員向けの手引きを作成し、OJTを通じて確認を行っている。この他、実践の場面においても先輩職員が指導を行っているため、支援が定着している事がうかがえる。</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
評価機関のコメント			
標準的な支援方法の見直しについて、利用者からの意見や実際の支援の内容から職員の意見を拾い出し、これを基に現状に見合った内容に改正している。しかし、見直しの時期について明確なルールがない点や、見直しや改訂が実施された時期がマニュアル等に記載されていない。これらの点について検討され、より完成度の高いものにして頂きたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントについて、今年度からフォーマットを見直し、より精度の高い内容になっている。その結果、個別支援計画が個別性の高い内容となっている。また、個別支援計画の内容については、相談支援事業所とも連携して作成されている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の評価や見直しについて、上半期及び下半期毎に丁寧に行われている。またその内容を踏まえ、新たに個別支援計画が作成されている。見直しの方法として、他の職員との共有が図れるよう、社内メールやチャットを活用している。課題としては、非常勤職員との情報の共有が挙げられる。閲覧やその確認方法など、今後の工夫に期待したい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの実施状況について、利用者の情緒や身体的な変化などを記録し、職員がいつでも閲覧できるよう、業務記録がデータベースとして作成されている。このデータベースを個人別、月単位にまとめ、管理者に報告するとともに、法人の他事業所との調整会議にも活用している。記録の記載方法について、職員間で差異が生じている事が課題として挙げられる。記録記載の手引きを作成するなど工夫して頂きたい。			
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			
記録の管理体制について、鍵の掛かるロッカーを使って個人ファイルの管理を行っている。電子データについては、ログインのパスワード設定やウィルス対策を行っている。また、記録の廃棄や情報提供の規定についても定めている。職員に向けた個人情報の研修については、不十分な点があるため、今後の課題として取り組んで頂きたい。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に、利用者のニーズを落とし込んでいる。その際、本人の持っている力を把握したうえで、個別性の高い計画の作成を心がけている。自己決定については、自治会や状況に合わせてその都度聞き取りを行っている。その結果、満足度調査についても概ね高評価を得ている。職員会議で、利用者への合理的配慮を踏まえた支援方法などを検討しているが、その後の評価については不十分な点がある。			

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		
権利侵害の防止の取り組みとして、利用者への事例説明等を行っている。支援における身体拘束については、班毎の会議で検討を行っている。この内容は保護者に対しても説明を行い、実施した場合には記録をとる仕組みが作られている。職員への意識付けとして、今年度よりセルフチェックを行っており、権利侵害の防止に向けた取り組みとしてシステム化されている部分が多い。		

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		
利用者に対し、課題及びニーズの整理表を作成し、これを基に個別支援計画に反映させている。これにより本人の出来る事と苦しい事について把握ができるため、状況に合わせて見守りか、直接支援を行うか、職員間で支援の方向性が統一できている。利用者の状況について丁寧に把握し、職員の共通認識を基に支援を行っている。		

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		
利用者に対するコミュニケーションについて、言葉以外の手段としてジェスチャーや文字、絵カードといったツールを活用している。その際、反応についてもスタッフは意識を働かせ、深く理解するよう努めている。しかし、職員のこれまでの経験に基づいて対応している部分が多い。そのため、限られた職員しか対応できない利用者がいたり、利用者の真意を掴めない場合もある。職員間で、利用者毎のコミュニケーションの共有化を図りたい。		

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		
利用者が話したいことがある場合には個別に対応し、その内容については、職員間で共有するよう努めている。一方で、意思表示が困難な利用者に対するアプローチについて、職員のスキルに差異が生じている点や情報共有後の確認方法が弱い。スキル向上の研修やガイドラインの作成などを行い、改善を図りたい。		

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		
日中の活動について、利用者の希望に沿った「虹色活動」という個別の活動がある。余暇やレクリエーション等についても選択できるプログラムを整えているが、利用者の年齢や障害特性等、様々な状態の変化にも対応できるよう配慮している。地域のイベントの情報を提供しているが、その情報の整理をするのが苦手な利用者がある。理解しやすい情報提供の仕方について検討を望みたい。		

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		
利用者一人ひとりの障害特性に意識を向けており、利用者の行動や言動に対し職員間で情報の共有化を図る他、ケース会議など支援検討会も行い、個別性の高い支援を行っている。障害特性の理解については、職員間で差異が生じているため、特性に対する理解を深める事が課題となっている。この点を解消するような取り組みを期待したい。		

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		
利用者の状況に応じて柔軟に対応しているが、具体的には、食事については嗜好調査を行い、自治会等で要望を聞いて献立に反映させている。食堂の机に利用者が作った絵や作品を貼るなど、楽しく食事が摂れるよう工夫している。入浴については、衣類の選別がしやすい様、イラストなどを活用し、衣服着脱の自立を促す配慮をしている。排泄については、排便の記録をとるなど、健康維持と排泄パターンの把握に努めている。		

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			
生活環境については、建物の維持管理がしっかりしている。利用者についても、居室で穏やかに過ごしており、安心して落ち着ける環境である。利用者の高齢化により、障害の重度化や身体機能の低下が進行しつつある。この点については、対応するべく施設の設備改善が課題となっている。具体的な改善計画については、法人の設備改修計画に沿って進められる。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の身体機能の状況に合わせたマッサージを行う他、PT(理学療法士)を招いて機能維持に努めている。利用者自ら身体機能に意識を向けてもらうため、箱の中にブロックを入れたり紙を破いてもらうなど、主体的な動作を促す取り組みもしている。日常生活の食事の場面では食器の工夫を行い、洗濯についても本人の意欲を尊重しており、残存機能を活かすためのアプローチについてもしている。			
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	⑧ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入浴や排泄についてチェックリストを作成し、利用者の健康状態を把握している。毎日看護師が利用者の状態を把握し、職員との連携を図っている。発熱や創傷などの基本的な対応については、医務が監修した「スタンディングオーダー」(「対応集」)が作成され、活用されている。胃腸風邪などの感染症に関する研修など、看護師中心に定期的に職員研修を行い、迅速な対応が適切に行える体制が構築されている。			
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	⑨ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の薬は、施錠のできる薬品庫で管理されている。投薬時の誤薬を防止するために、既定のBOXに対象者の名前を記載し、容易に確認できるようセットされ、3段階の服薬チェックが行われている。安全管理体制については、医師や看護師との連携ができており、迅速に指導や助言を受ける事ができる体制が構築されている。医療的支援のための研修は、看護師主導で行っている。			
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	a ・ ⑩ ・ c
評価機関のコメント			
利用者や保護者に対し、希望や意向に応じて外出などの取り組みを実施している。この内容として、買い物を実習として位置づけている他、地域の「ゴミゼロ運動」にも参加している。これらの取り組みは、利用者個々にも焦点を充てた計画であるため、高く評価したい。ただし、職員間で取り組みの内容の捉え方に差がある。支援を行う視点の整理と、その職員周知を望みたい。			
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	⑪ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者のニーズを把握したうえで、地域移行に向けた取り組みを行っている。この地域移行に向けて、移行の受け入れ先となるグループホームの体験利用をサポートしたり、様々な体験ができる外出を支援するなど、相談支援事業所や関係機関と連携しながら学習や体験の機会を提供している。地域移行を希望する利用者の特徴や障害特性を加味したうえで、これらの企画を行っている。			
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	⑫ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
保護者と定期面談を行い、意見を交換している。保護者会では、総会や交流会の開催時に意見交換を行う機会を設けており、保護者とのつながりを大切にしている。その結果、家族としては思いを伝える機会が多く、アンケート結果においても高い評価を得ている。緊急時の対応については、迅速な対応がとれるよう連絡網などを整えている。			

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			