

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 : JJヒマワリ	種別 : 生活介護	
代表者氏名 : 矢谷知恵子	定員 (利用人数) : 40名 (43名)	
所在地 : 愛知県半田市吉田町四丁目175番地		
TEL : 0569-27-8833		
ホームページ : http://whj.sakura.ne.jp/hp/JJ/index.html		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 : 平成22年10月 1日		
経営法人・設置主体 (法人名等) : 社会福祉法人ダブルエッヂェー		
職員数	常勤職員 : 9名	非常勤職員 : 10名
専門職員	(管理者) 1名	(介護福祉士) 2名
	(社会福祉士) 3名	(看護師) 2名
	(精神保健福祉士) 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 13室	(設備等) 消火・入浴・宿泊
		調理・給食

③理念・基本方針

★理念

・法人

「すべての障害者が人として人間らしく生きていくために」

・施設・事業所

「たとえ障害をもっていても一人ひとりが楽しみ、生きがい、目標を持ち社会の一員として自立した生活ができるようになる」

★基本方針

- ・安心安全でみんなが楽しく一日を過ごすことが出来る場所として提供する。
- ・作業や余暇活動を通して社会参加、働く喜び、生きる楽しみ、自立に向けた練習、実践の場として提供する。
- ・地域に開かれた施設をめざしていく。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・40名定員のところ多い日は1日38名、平均すると1日34名程の利用がある。その中には、てんかんの発作や強度行動障害で、他の利用者や職員に対して他害行為に及ぶ恐れのある利用者が10名ほどいる。他害行為に及びそうな場合、障害特性を熟知した職員がマンツーマンで対応している。いつ起こるか読めない状況の中で、個々の障害の特性を理解し、利用者本人や他の利用者の安全を第一に考えて支援を行っている。
- ・作業が終わった後、給食までの40分を音楽会として毎日提供し、歌あり踊りありで好評を得ている。また、月に1回はステージを設置してJ.J.のカラオケ大会を行っている。
- ・平成30年の12月から看護師2名体制をとり、毎日1名を必ず配置することで利用者の健康面、薬の管理、病院への付き添い等、手厚い支援が可能となっている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成31年 4月26日（契約日）～ 令和元年12月 4日（評価決定日） 【令和元年 8月27日（訪問調査日）】
受審回数 (前回の受審時期)	3回 (平成28年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆多様な障害を持つ利用者の受け入れ

知的から精神、身体障害の利用者まで、幅広く障害者を受け入れ、個々の障害の状況に応じた日中プログラムを提供している。行動障害の利用者については、手順書を作成して個別に対応している。個々の利用者が、自らの役割をもって活動することを支援している。

◆就業中の子育て支援

職員の子どもを事業所で預かり、働きながらの子育てができるようにサポートをしている。ワークライフバランスに向けての事業であり、高く評価できる。

◆支援マニュアルの充実

標準的な支援方法や行動障害の注意点などが一覧でまとめられ、見直しや改善もなされ支援に反映されている。ヒヤリハット対応も組織的に行われており、適正なサービス提供に結びつけている。

◇改善を求められる点

◆事業計画の実効性

中期計画、年度計画とも項目ごとに目標が立てられ、工程も示されてはいるが、数値目標や収支予定が明示されていない。そのため進捗状況や成果測定がしづらい状況である。事業の実効性を高める意味で、改善の余地を残している。

◆サービスのモニタリング

支援内容を振り返り、サービスの質の向上を図るためのチェック機能が弱い。支援者である職員自身のサービスチェックや、利用者や保護者を対象とした満足度調査の実施など、モニタリングにより評価・改善していく仕組み作りが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・今回、高い評価をいただいた強度行動障害のかたの支援について、今まで初めてというくらい他害がひどかったので、本人や他の利用者さんの安全を考え、法人の身体拘束マニュアルを作成したり、問題行動においては家族、医療、相談支援センター、市の福祉課、学校の担任等関係機関を巻き込み話し合いを重ねて支援を行ってきた取り組みが評価をいただきました。

また、職員が働きながら子育てが出来るサポートについては、

①職員は家で子どもを見る人がいないという点、

②事業所は確実な人員確保という点の相互利益がこのような働き方に繋がりました。

・改善が求められる点では、毎回指摘される3年後、5年後を見据えた中期計画を明確に示していくこと、年度計画の実行具合の数値化等具体的に取り組んでいきたい。サービスのモニタリングは第三者評価を受審した後すぐにチェックが出来るように改善を行いました。次回の第三者評価では同じ指摘がなくなるよう日々努力を重ねていきたいと思います。

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。

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

【共通評価基準】

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＞ 法人の理念と事業所の理念を共に事業所内の掲示板に掲示し、またホームページやパンフレットでも確認できる。理念は事業の目的として、また行動規範としても機能している。周知に関して、職員については毎日の打ち合わせで読み上げるなど浸透しているが、利用者に関しては説明する機会は無く、理解がしやすいような工夫もされていない。支援の主体者という認識をもった周知への対処が望まれる。		

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＞ 福祉動向は、行政の集団指導や所属団体の会議等にて情報を得ている。また、法人の管理者会議で様々な情報を共有するとともに、毎月の利用率やコストデータなどを会計士のアドバイスを交えて分析し、経営の状況把握をしている。		
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
＜コメント＞ 管理者会議で各部門より出された課題について検討し、改善事項について職員会議にて共有して支援に結び付けている。長期的な課題に関しては中期計画へ、近時の課題は年度計画に挙げて対応していく形をとっている。課題に関して、実際の取り組み方法が不明瞭な事項もあるため、具体的な改善方法を明確にすることが望まれる。		

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＞ 中期計画は5年のスパンで策定され、運営、施設整備、利用者といった項目に沿って示されている。計画は、モニタリングされ、年度毎に見直しが図られ新たな5年計画となる。内容に関しては数値目標や收支予測が不明確であり、成果測定や評価がしづらい面もあるため、実効性を高めるための改善が求められる。		
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＞ 年度の計画は、中期計画を受けた形で策定され、項目毎に月毎の進行表に沿って示されている。年度評価を受け達成度を%で表し、事業報告時に総括のうえ次年度計画につなげている。内容的には、数値目標や成果目標を示すなど異なる具体性が望まれる。		
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、年度末に職員会議で振り返り、評価を行い、これを管理者が事業報告としてまとめ次年度計画の土台としている。職員は一連の行程を会議にて理解している。計画は基本的に年度見直しであるため、年度途中の見直しなされないが、緊急事項に関しては会議で合意の上、修正・改善がなされている。		

	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 · ⑤ · c
<コメント>			
事業計画は事業所内の掲示板に掲示されているが、利用者が理解しやすいような工夫や配慮はなされていないため改善が求められる。一方で利用者に対しては、行事や余暇などの年度計画については説明がなされ、予定日が近づくと都度周知が図られている。			

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 · ⑤ · c	
<コメント>			
サービス内容の評価としては、事業計画のモニタリングがなされているが、職員のサービスチェックや利用者の満足度調査などは行われていない。評価基準による自己評価は第三者評価受審時に行われている。可能であれば日中活動全般のサービス評価、作業班毎の目標設定及び評価も実施し、P D C Aサイクルに沿って計画的に活動を進めることが望ましい。			
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 · ⑤ · c	
<コメント>			
評価結果としては事業報告書、改善計画が次年度計画に位置づけられて反映されている。全般的な事業計画ではなく、サービス毎の評価結果とこれに基づく改善計画の策定、さらに計画の見直し・修正といった取り組みを進め、サービス向上を図ることを期待したい。			

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	
コメント				
	管理者は、職員会議や日々の打ち合わせの際に、自らの方針や支援方法などを伝えている。管理者は、適正な事業所運営に向け、規則や運営管理、経営状況についての正確な把握と理解が望まれる。職務分掌に関しては、「職務分掌規程」に明記されている。管理者不在時の職務権限については、主任が代行することになっている。	障11	a · b · c	
コメント				
	管理者はセミナー等でコンプライアンスの研修を受け、遵守事項や禁止事項など重要項目については職員室に掲示しており、また職員会議でも周知を図っている。管理者は、遵守すべき法令等について、更なる把握と理解が必要である。	障12	a · b · c	
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發揮している。	障13	a · b · c	
コメント				
	サービスの評価、分析については、月2回の職員会議にて、サービス全体の評価に加えそれぞれのサービスが個々の利用者に合うかどうかの検証を行っている。また、自立支援協議会に参加し、困難事例検討や情報共有により様々な知識を得ている。年2回の職員面談では、目標管理のアドバイスに加えサービス内容についても意見を聴取し、改善につなげている。	障14	a · b · c	
	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15	a · b · c	
コメント				
	運営に関しては、管理者会議で各事業所の業務状況を検証し、改善への取り組みを進めている。労務対策は、面談や日常的な職員との話し合いを通じ、業務上の問題点を探ると共にメンタルケアを含めた対応を行っている。財務については、毎月会計士の分析を受けて状況を把握している。業務の実効性を高めるための組織を事業所内に設け、事業所全体で業務改善に取り組む体制をとっていくことが望まれる。			
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	
コメント				
	人材確保に関しては、中期計画、年度計画ともに採用計画が盛り込まれている。採用活動は、各学校、コンサル、ハローワークなど様々な方法がとられている。一方で、明確な人員計画は作られていない。現在は、充分な人員配置がなされている。育成という面では、明確な育成計画を策定した上での取組が求められる。			
	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a · b · c	
コメント				
	期待する職員像に関して、理念や方針からは利用者目線での法人の在り方がうかがえるが、職員が将来像を描ける内容とは若干の相違がある。人事基準に関して、階層毎のキャリアパスが定められているほか、昇進・昇格については就業規則に定められているが、一部不明確な部分もみられた。異動や配置替えについては、明確な基準を確認できなかった。人事基準は、職員誰もが理解できる形で整えることが望ましい。			

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

有給休暇は誰もが取得可能な体制となっており、時間外についても働き方改革を意識しており、合理性を欠く極端なケースは無かった。福利厚生では退職共済加入、また職員の子どもを事業所で預かるといった子育て支援を行っている。メンタルケアとしては、管理者が職員面談時に聞き取りを行って対応している。

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	a · b · c
------------------------------------	-----	-----------

〈コメント〉

「業務管理シート」には、目標、取り組み内容、自己評価が記載され、年2回の面談を受けて上司評価や今後の方向が示される。目標水準と設定に関しては、普段の業務内容に加えキャリアパスをリンクさせた形がより望ましい。また、過去の取り組みから、面談回数を増やすことでより丁寧な指導を行いたいという反省もあり、実施方法の再検討が望まれる。

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

事業所の課題には、職員のスキルアップが挙げられ、また中期計画、年度計画にも職員研修の項目が設けられており、法人・事業所をあげて職員育成を目指している。一方で、研修計画が策定されていないため、研修実施の評価や改善ができない状況である。計画性をもった研修実施による育成が求められる。

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 · b · c
--------------------------------------	-----	-----------

〈コメント〉

職員個々には、必ず研修機会が確保され、様々な研修に参加している。法人では、初任者研修、テーマ別研修を実施し、外部の階層別やテーマ別研修にも参加者を送っている。OJTに関しては、教育的支援員と主任が新任職員に対して実地指導を行っているが、目標設定・面談・評価・反省といった体系的な形では行われておらず課題を残す。

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

専門職育成に関する基本姿勢は確認できなかった。実習に関するマニュアルは無く、実施校の手順などを利用している。社会福祉士に関しては、日本福祉大の実習指定を受け、実習指導者が事業所独自のプログラムを作成し指導に当たっている。

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 · b · c
---------------------------------------	-----	-----------

〈コメント〉

ホームページやパンフレットにて、様々な情報を公開しており、社会福祉協議会や教育機関にもパンフレット配布の実績がある。ホームページの公表内容について、苦情や相談に関する事項が含まれていないため掲載を検討したい。また、事業所の活動を紹介する広報誌などは作成されていないため、ホームページの充実を図るなど、事業内容の公表と透明性を一層高める対策を期待したい。

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 · b · c
---	-----	-----------

〈コメント〉

契約した会計士、社労士により経理や財務、労務チェックが毎月実施され、監事による内部監査も加え経営の透明性が保たれている。事務、経理、取引については「経理規程」に基づいて処理され、「職務分掌規程」により職務や責任も明確になっている。

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 ① a · b · c
＜コメント＞ 事業計画には、「地域社会の一員として道路や公園の清掃活動を続ける」と明記され、地域の清掃活動を実施している。日中活動としては、外出や買い物などで地域施設を利用し、またパンの販売も人的交流の一環となっている。事業所内には、バスの時刻表や地域イベントの案内が掲示され、利用者の地域活動を支援している。		
	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 · ② b · c
＜コメント＞ パンの製造には有償ボランティアを受け入れ、中学生の体験ボランティア、夏休みの学生ボランティア、夏祭りには踊りボランティアなど、様々なボランティアが活躍している。社会との貴重な接点であるボランティアの一層の受け入れを図るため、受け入れマニュアルの整備が望まれる。		
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 ① a · b · c
＜コメント＞ 相談支援センター、社会福祉協議会、自立支援協議会とは常に緊密に連携し、情報共有と共に様々な活動に参加している。社会福祉協議会の井戸端会議は、地域の代表である参加者に事業所を知ってもらう場となっており、また自立支援協議会では勉強会や事例検討などを定期的に行って連携を深めている。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	障26 ① a · b · c
＜コメント＞ 地域の商工会に参加し、会社や団体の情報を得ている。また、基幹相談センターを通し地域障害者のニーズなどを把握している。社会福祉協議会の井戸端会議では、地域情報を得るとともに事業所活動をアピールする機会となっている等々、地域へのアンテナを常に張って取り組んでいる。		
	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障27 a · ② b · c
＜コメント＞ 地域貢献の一環として、地域清掃活動に月1回参加する取り組みがある。また、福祉避難所として市と協定を結び、備蓄品などの機能を備えるとともに防災訓練も実施している。事業所の専門性をさらに地域に還元するために、障害福祉の講演・講習の開催など、実施可能な事業や活動を増やしていくことが望まれる。		

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	a · (b) · c
<コメント> 理念、目的は明示されているが、職員の理解を深めることにおいては工夫する余地がある。月2回JJ会議を開催し、利用者支援における課題を協議している。職員研修は法人以外が実施する研修が中心であるが、多くの研修に参加し、会議時に研修報告も行われ、職員間で共有を図っている。		
III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障29	a · (b) · c
<コメント> 玄関からすぐに見えないように写真を掲示をしたり、ブログの顔写真には特定できないように顔にハートマークを付けるなどの配慮がされていた。また、作業室には利用者の状況に合わせてカーテンなどで仕切りをし、個室の空間を作る配慮もされていた。マニュアルに不十分な点があると認識しており、その部分の整備が早急に必要である。		
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) · b · c
<コメント> 事業所見学、体験は隨時受け入れを行っている。月予定カレンダーには行う内容が写真、絵で記載されており、見学者にも分かりやすく配慮されている。パンフレットは公共施設等に置いていないが、自立支援協議会、まんまるサポートネットなどで案内しており、必要な時には配布している。		
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 · (b) · c
<コメント> サービス内容は重要事項説明書、利用契約書に漏れがないように記載され、丁寧に利用者、保護者に説明を行っている。意思決定の困難な方へは保護者、後見人に確認しながら決定しているが、統一した配慮方法が確立していない。		
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 · (b) · c
<コメント> 事業所等の変更の際に必要なフェイスシート、利用者の特性が記入されて書類は整備されていた。相談窓口は管理者になっているが、サービス終了後の相談方法についての内容を記載された文書の整備が必要である。		
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 · (b) · c
<コメント> アンケート用紙、回収箱が用意されており、利用者や家族は何時でも意見や要望を記入できる。レクリエーション、日帰り旅行、イベントなどの意見を聞く手段が確立している。給食の嗜好調査、個別支援計画作成前には保護者から要望等を聞く用紙が用意されている。年に1度程度、支援内容や職員の資質などを問う満足度アンケートの実施が望ましい。		
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	a · (b) · c
<コメント> 「ご意見をお寄せください」の用紙を用意し、意見箱が設置してある。法人の苦情解決に関する規程に基づいて、解決責任者、受付担当者、第三者委員の設置はされているが、申出者の同意を得て苦情解決の内容等を公表する仕組みが整っていない。「重要事項説明書」に解決責任者名の記載がなかった。		

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

利用者と個別に話せる相談室が用意されている。保護者とは送迎時やイベント時などの機会にコミュニケーションを取るように努力している。相談相手を自由に選べることを分かりやすく説明した文書の作成と掲示が不十分である。

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 · b · c
---	-----	-----------

〈コメント〉

身支度に時間がかかる利用者の迎えの際には、その時間に合わせて行くようにドライブをしながら待機する配慮をしている。意見箱が設置されており、相談や意見があった際には、すぐに情報共有できる仕組みはできている。手順、対応策の検討等についてのマニュアルの整備が必要である。

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 · b · c
---	-----	-----------

〈コメント〉

何かあったら、ヒヤリハットでの報告を常に心掛けている。ヒヤリハット、事故報告があった際には、改善会議を行って対応を協議し、職員間の共有もできている。事故処理のフローチャートも整備されている。

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

インフルエンザ警報が出た際には文書で周知しており、感染者が出た際には送迎時に直ちに口頭で伝えている。感染症の予防に関しては、看護師が文書で発信している。嘔吐時の汚物の処理方法などの対応マニュアルが整備されている。

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	a · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

火災、地震の月例避難訓練を交互に実施しており、報告書には写真を掲載して詳しく周知している。年に一度、市の消防署に訪問してもらい消火訓練を行っている。安否確認ができるように連絡網が整備されており、担当割もできている。消防計画の中に、BCP（災害時の事業継続計画）に関する計画の記載がなかった。

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 · b · c
---	-----	-----------

〈コメント〉

利用者の行動障害や支援における注意点などが一覧になってまとめられている。教育的支援員を任命し、支援方法の統一を目指して努力している。教育的支援員が研修を立案して実行している。

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	a · b · c
---	-----	-----------

〈コメント〉

問題や改善点があれば月2回のJJ会議時に検討され、職員は共有している。個別面談は年2回実施しており、それ以外で見直しが必要になった時には直ぐに対応し、個別支援計画に反映させている。また、毎日の終礼時に職員の意見で見直しが必要と感じた場合には、すぐに検討会議も行っている。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<コメント>			
アセスメントは面談時に確認し、内容に変更があれば更新している。個別支援計画の見直し時には、利用者への聞き取りを実施し、保護者へはアンケートを実施してその意見も踏まえて個別支援計画を策定している。支援困難ケースに関しては、ケース会議を行って迅速に対応している。			
	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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<コメント>			
誕生日月とその半年後にモニタリング、支援計画の見直しを行っている。新たな支援計画は月2回のJ-J会議と個人日報にファイルして周知しているが、非常勤職員へ周知できているかのチェック機能がなかった。			
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)-② 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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<コメント>			
サービス提供の記録としては、手書きの個人日報が活用されている。個別支援計画に基づいたサービスが実施されている記録について、直ぐに確認できる状況ではなかった。個別支援計画の作成やモニタリングは、パソコンを利用している。保存はパソコン上で共有できるが、日々の記録は手書きの個人日報での共有であった。			
	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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<コメント>			
「記録管理規程」に基づいて記録を管理しており、鍵付きの書庫で保管されている。個人情報の取り扱いには契約時に利用者、保護者に説明して同意書を得ているが、職員に対する「個人情報保護法」の教育が十分ではない。			

【内容評価基準】

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
<コメント>		
定時排泄ではなく、本人の訴えを尊重しての支援に心掛けている。また、「内職仕事がしたい」との希望には治具を用意して行えるように工夫している。喫煙に関しては、本人が納得する時間を決めて対応している。イベント等の内容を利用者同士が話し合う際には、職員は見守りの姿勢で立ち会っている。様々な機会に、自己決定を尊重した取り組みを推進している。		

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
<コメント>		
身体拘束につながると考えられる時には、共通様式にて記録を残しており、保護者への同意書も得られている。やむを得ず身体拘束の対象となる利用者には、個別の支援手順書が用意されている。職員に対し、定期的に虐待防止のセルフチェックを実施することが望ましい。		

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 · b · c	
コメント			
自立を目指す利用者に、短期入所サービスの利用を勧めている。短期入所利用時には洗濯、寝具準備などを行ってもらっている。入浴時には、洗身洗髪方法を伝えている。アイコンタクトでのコミュニケーション中心の利用者に対して、言葉で意思を伝えてもらえるように支援をしている。常に先回りしない支援を心掛けているが、自律、自立生活に向けての動機づけに工夫の余地がある。			
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	a · b · c	
コメント			
文字盤、絵カード、トーキングエイド、携帯電話の文字入力機能を利用するなど、個々の障害特性に合わせた支援を行っている。意思表示や伝達が困難な利用者の意思は、最終的には保護者に確認している。しかし、全職員が心身の状況に合わせた支援ができているかは把握できていない。			
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	
コメント			
相談室があり、相談の申し入れには個別に対応できている。利用者への情報提供はインターネット、スマートホンなどを活用して提供し、説明を行っている。訴えのない人へは限定的な内容になる可能性があり、全職員の意見を交えて総合的に意思を探っていく取り組みが必要となる。			
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 · b · c	
コメント			
余暇やレクリエーションは利用者の意向に沿って計画、実行されている。活動に参加するかしないかの意思を、まず最初に確認してから提供している。地域のクリーンアップ大作戦に参加して清掃活動をしている。余暇及びスポーツ等に関する情報提供には工夫の余地がある。			
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 · b · c	
コメント			
障害特性に応じた適切な支援のために、月2回開催のJ.J会議や職員ノートを活用して検討し、情報共有を行っている。行動障害においては、支援手順書を作成して個別に対応している。刺激を少なくするためにパーテーションを利用したり、食事を撮る際には時間をずらしてトラブルが起きないように配慮している。			
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 · b · c	
コメント			
個別支援計画やアセスメントを基に、食事の形態など適切な状態で提供している。嗜好調査が行われており、メニューに反映されている。入浴サービスを勧めたり、理容師に訪問してもらい散髪サービスも行っている。車椅子利用者には自力で移乗してもらえるように、日常の生活の中で訓練の機会を設け、見守りながら支援を行っている。			
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 · b · c	
コメント			
活動室内に畳が敷かれている場所があり、カーテンで仕切ることもでき、また横になって休息できる場所としても有効に活用されている。男性用小便器下には新聞紙を敷き、汚れたたらすぐに交換できるような工夫がある。利用者が不穏な状態になった時には、緊急退避室として相談室を一時的に利用できるようにしてある。			

A-2-（4）機能訓練・生活訓練

A-2-（4）-① 利用者的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 · b · c
---	-----	-----------

＜コメント＞

車椅子利用者の方に、足を動かしてもらうためにペダルを漕ぐ器具を用意して活用している。また、手摺りを持ちながら歩行する、食事の際には椅子に移動してもらうなど、個別支援計画に支援内容として入れて実行している。PT（機能療法士）やOT（作業療法士）等の専門職の助言、指導を取り入れることが望ましい。

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 · b · c
--	-----	-----------

＜コメント＞

毎日、家庭との連絡ノートや口頭にて健康状態を把握しており、通所後には検温を行っている。看護師が常駐しており、健康状態や体調不良に関していつでも相談できる体制はとれている。健康の維持・増進には、歌の練習や歩行などを取り入れている。緊急時の対応は、個別に対応マニュアルが整備されている。

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 · b · c
---	-----	-----------

＜コメント＞

年1回の健康診断と毎月1回の内科検診を行っており、看護師が常駐して医療的な支援も行われている。服薬管理や慢性的な疾患、アレルギー疾患などの情報は、利用者個々に対応している。薬を入れたケースがあり、服薬後には服薬済みのカードを活用しているが、服薬を誰が最終確認しているか責任の所在を確認するチェック機能を持つことが望ましい。

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 · b · c
--	-----	-----------

＜コメント＞

利用者の話し合いで、日帰りの旅行先やイベント内容を決めている。地域での買い物ツアーを企画し、チラシを提示しながら購買意欲を高め、買い物をする機会を設けている。地域の情報は、イベントのポスター掲示のみになっている。普段の活動においての、学習支援のプログラムはない。

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 · b · c
--	-----	-----------

＜コメント＞

地域の方にボランティアとして来所してもらい、話し相手やレクリエーションなどのイベントを通して交流し、障害者と直接関わる体験をしてもらっている。地域生活への移行の希望があれば、体験をしてもらう機会を設けている。市内事業所間での連携は会議等で取れている。ただ、地域生活への意欲を高める支援に工夫の余地がある。

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 · b · c
--------------------------------------	-----	-----------

＜コメント＞

日々の連絡ノート、送迎時での報告、個別支援計画の作成にあたってのアンケートを通して連携を図っている。夏祭りを企画し交流をしており、その際に写真や動画を活用して施設での様子を伝えている。定期的に行う保護者会がなく、大きな変更等があった場合には、その都度集まってもらっている。家庭での状況把握や意見交換をする機会を増やす工夫が望まれる。

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		