

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：障がい者センター あいさんハウス	種別：生活介護・施設入所支援・短期入所	
代表者氏名：今井恵美	定員（利用人数）：80名（80名）	
所在地：愛知県津島市上新田町2丁目200番地		
TEL：0567-24-3725		
ホームページ： http://aisankai.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成20年12月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 愛燦会		
職員数	常勤職員：45名	非常勤職員：64名
専門職員	（管理者）1名	（管理栄養士）1名
	（サービス管理責任者）3名	（生活支援員）95名
	（看護職員）3名	（事務員）6名
施設・設備の概要	（居室数）50室	（設備等）居室・食堂・作業場
		トイレ・浴室・医務室・厨房
		事務室

③理念・基本方針

★理念

「あなたが楽しいと わたしは嬉しい」

★基本方針

全ての人が笑顔こぼれるアミューズメントになる

みんなが光り輝くエンターテイメントに！

①私たちは全ての人の長所を徹底的に応援します

②私たちは家族の様に結束して地域福祉に貢献します

④施設・事業所の特徴的な取組

生活介護・短期入所・施設入所支援

- ①生活のリズムを大切にするため、毎晩の入浴、毎日の着替え等、当たり前の事を徹底している。
- ②イベントが多い。家族と一緒に昼食会を開く等、各フロア各ワーク共に必ず月一回はイベントを行い、特に外出の機会を増やしている。
- ③生活介護は6つのカテゴリーに分け、利用者の特性に合わせて小グループにて過ごしている。

就労移行支援

- ①カフェやパン工房等、直にお客様と触れ合い、社会性を身に付けるための実践訓練を繰り返している。
- ②就職率や移行先での定着率が共に高い。又、就職が困難な場合でも、就労継続支援A型事業所、B型事業所等と連携し、生活リズムを崩すことなく支援が継続できるようにしている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 6月25日(契約日) ~ 令和 2年 1月20日(評価決定日) 【令和元年 9月24日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成28年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆利用者ニーズへの多面的対応

利用者の意向やニーズに応えるため6つの日中活動を展開し、個々に合ったサービスを提供している。また、カフェによる地域住民との交流やパン工房でのパン作り・販売を通し、地域で生活して働くという地域の一員としての利用者の存在を明確にしている。

◆管理者の支援向上へのバイタリティ

管理者が全職員と面談することによって、職員の意向を提供するサービスに反映させている。また、日々直接利用者とのコミュニケーションを持つことで、利用者のニーズを把握してサービス改善につなげている。更には、コンプライアンス等の職員向け研修の講師を務め、自立支援協議会の地域アドバイザーを務めるなど、地域福祉の向上にも貢献している。

◆地域交流の推進

カフェの営業や事業所まつり、地域行事等への参加、また外出時のふれあい等々、利用者と地域住民との交流機会が多い。結果的に、地域の障害者理解を促進し、事業所の地域資源としての価値を大きくアピールすることとなっている。

◆安全・安心な生活の提供

事故防止委員会を設置し、事故やヒヤリハットなどの情報の集約と対策を検討して職員に周知している。また、障害特性に配慮した空間づくりなど、安全・安心な生活へのリスク管理がなされている。

◇改善を求められる点

◆利用者説明と合意への配慮

支援の主体である利用者に対しては、支援の目的や支援計画・サービス内容を説明し、理解と合意を得る必要がある。特に基本方針や年度計画、重要事項説明書等については、少しでも理解が得られる工夫と配慮をもって説明責任を果たし、インフォームドコンセントを得ることが望ましい。

◆適切な中・長期計画の策定

事業を進めるに当たっては、明確な目標に向かっての具体的・計画的事業展開が望ましい。年度計画は、中・長期の計画達成に向けての当該年度の事業計画である。明確な方向性を持ち、成果測定が可能な実効性のある中・長期計画の基に事業運営を進めていくことが求められる。

◆ボランティアや実習生の受入れ

利用者の社会性向上に向けての各種ボランティアの受け入れ、また事業所としての専門機能を社会に還元する実習生の受け入れについては、いずれも消極的である。ボランティアや実習生を、利用者和社会との重要な接点である人的資源として位置づけ、基本姿勢を明確にした上で受け入れ手順や体制を整備し、前向きに受け入れを進められたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自己評価よりも a の部分は減少しており、b になっている。C の評価はなかったものの改善する箇所はあるので再度確認し、修正していきたい。利用者説明について、年間の行事などは利用者にわかりやすく説明し同意を得るよう工夫しながらすすめていきたい。中、長期計画については明確なものを提示し分析していきたい。高校生の実習は受け入れてはいるが、大学生などの実習については、指導者終了者なども少なく現状では難しい。今後、人材を確保するためにも積極的に行う必要があるため検討していきたい。

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> 理念、基本方針はホームページやパンフレットで公開され、事業所内にも掲示されている。職員は、毎朝朝礼にて唱和し、周知が図られている。家族への周知に関しては、家族連絡会にて事業計画等とともに説明されている。一方で、利用者に対しては、理解を少しでも得られるような資料の準備等の配慮はなされていないため、支援の主体者への説明責任としては課題を残す。			

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> 稼働率については、毎週把握と分析を行い、毎月の運営会議で確認している。福祉動向等については、所属団体の施設長会などで情報収集している。地域の福祉計画や利用者ニーズに関しては、市の自立支援協議会への参加や相談支援事業所を通して把握している。			
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 ・b・c
<コメント> 経営課題に関しては、活動班ごとの会議やフロア会議で出された課題を運営会議で分析・検討し、改善へ向けての対策を決定、職員会議にて職員周知が図られている。事業所の重点課題に関しては、法人の施設長会議へ挙げられ、さらに重要項目については理事会議案として役員が共有している。			

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
<コメント> 中・長期の計画は、平成29年度に5ヶ年計画として策定され、事業の方向性が示されているが、内容として現時点で適応していない部分や具体性に欠ける箇所もある。実効性という点に加え成果測定や評価ができていくといった点で、大幅な見直しが求められる。			
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> 年度の事業計画については、前年度評価を基に策定されている。内容として具体性に乏しい項目も見られるものの、事業全般を網羅した分かりやすい形になっている。一方で、中・長期計画の妥当性はともかくとして、必ずしも中・長期計画を反映した形にはなっていない。			
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> 全職員から支援や事業内容に関するアンケートを取り、この意見を踏まえて管理者が素案を職員会議に提示し、策定に至っている。事業計画は、半期ごとにモニタリング、年度末に最終評価を行い事業報告となるが、基本的に年度途中での改訂や見直しはなされていない。必要に応じた方向修正といった柔軟な対応が望まれる。			

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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 家族に対しては、家族連絡会の場で説明がなされている。利用者に関しては、各活動や行事、イベントなどが事前説明されるが、事業計画全般の説明がなされる機会は無く、また分かりやすくした資料なども作成されていない。更なる理解促進に努めることが求められる。</p>		

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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> サービスの振り返りとして、第三者評価の受審の無い年度についても第三者評価の項目に沿った自己評価を実施している。また、職員のセルフチェックも実施され、集計されたものをフィードバックし改善への手立てとしている。可能であれば、利用者（家族）に対してサービスに関する満足度調査を実施することで、チェック機能を一層高められたい。</p>		
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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 事業計画に関しては、モニタリングによる分析・評価がなされるが、サービス課題の明確化と文書化がなされておらず、よって改善に向けた具体的計画が立て辛い状況となっている。課題改善に向けて、組織的な取り組みが望まれる。</p>		

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	ⓑ	c
<コメント> 管理者は職員会議で自らの方針を説明している。役職者の職務内容が、新たに明確化され掲示版に掲示されている。また、キャリアパスに沿った職務分掌が定められ、「運営規程」には職務内容が定められているが、職員周知が図られているとは言い難い。管理者不在時の職務権限は課長に委任されている。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 管理者は、関連団体のセミナーや行政担当者等との懇談などを通して関係法令等の情報を収集し、管理者自身が講師となって職員に説明を行っている。また、「コンプライアンス規程」に基づき、目標から施策、評価までを示す「コンプライアンス体制改善計画シート」を用いた取り組みも行われている。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 毎月職員会議の場で、サービス向上に向けたテーマごとの研修会を実施している。また、年2回全職員に対して面談を実施し、職員の意見をサービス向上・改善への参考としている。サービス向上委員会は管理者主導の下、新たに権利擁護委員会として形を変え、利用者の意向に沿ったサービス検討機関として機能している。				
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	ⓑ	c
<コメント> 管理者は、業務改善や環境改善に向けて常にアンテナを張り、意欲的に取り組む姿勢が感じられた。財務に関しては、会計士のサポートの下、毎月分析を行って状況を把握している。労務対策としては、職員面談を通して収集、解決している。しかしながら、人員確保や休憩室整備といった大きな課題も残っている。				

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	ⓑ	c
<コメント> 様々な求人媒体を使った求人对策がなされているものの、人材確保に関する明確な指針や計画はない。また、育成や定着に関しては、研修や人事制度の実施により取り組まれているが、中・長期的な展望や方針などは確認できなかった。				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ	c
<コメント> 期待する職員像としては、階層毎の基準像が示されており、キャリアパス構築の基になっている。人事考課制度が実施されており、2回の面談を通して業務成果や貢献度の評定を行っている。一方で、異動や昇進に関しては一部不明瞭な点もあり、職員個々が将来設計できる分かりやすい制度設計が求められる。				

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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>計画有休の実施や産休・育休の取得、各種休暇や時間外労働のデータ確認、ストレスチェックの実施、法人の相談窓口設置、退職共済加入等々、働きやすい職場に向けての様々な取り組みが見られる。一方で、労働組合が組織されていないこともあり、就業環境の改善や人材の確保・定着等を検討、提案、改善するシステムが確立されておらず、法人としての課題である。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>職員階層毎の基準像に基づき、人事評価表の中で年間目標を設定して評価するシステムがある。自己評価と管理者面談を通じた評価がなされるが、中間面談などで進捗状況を把握する形にはなっていない。制度を有効に機能させるための、改善に向けた取り組みが望まれる。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画には、職員のスキルアップが掲げられており、研修計画に沿って研修が実施されている。研修計画は、月毎の研修予定が記載されているが、研修目標の設定や計画が評価できる形がとられていないため、改善の余地を残す。具体的には、専門職の位置付けや、専門技術の必要性、更には職種や階層毎に必要なとされる内容の明示など、実効性の高い計画が求められる。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人内では、新任・リーダー等の階層別研修があり、職種別研修は主に外部機関のものを受講し、テーマ別研修は事業所内でテーマを決め管理者や外部講師により実施されている。重要な育成方法であるOJTに関しては、フロアリーダーが主となり実施されているが、目標設定や定期面接による評価という形での体系化はなされていない。OJTの仕組みを構築して取り組む必要がある。</p>		

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>現在、看護学校の実習生、教員の職場体験実習、高校生の職業体験等を受け入れているが、専門実習の受け入れは行われていない。また、実習受け入れのマニュアル等も用意されておらず、実習生に対する基本姿勢も明確でない。事業所側の受け入れ体制という点でも、今後課題を残す。</p>		

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページでは、財務データ、事業報告、第三者評価結果などを含む様々な情報を開示している。法人の広報誌が四半期毎に発行され、家族や関係機関、また併設のカフェなどに配布している。公開情報の中には苦情に関する事項が無いが、運営の透明性という点では、苦情情報の内容等の公表が望ましい。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>「経理規程」には、事務や会計、契約等が定められているが、事務職員以外への周知という点では不明瞭である。監事による内部監査が実施され、また契約した会計士による財務チェックがなされている。外部監査の導入による法人経営全般の透明性向上についても、今後検討の余地がある。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>地域のフェスティバルや夏祭り、ライオンズクラブのイベントなど、外部行事への参加や「あいさんフェスティバル」を通して交流がなされている。日常的にもカフェの営業や利用者の買物、外食などの機会では地域との交流がある。一方で、文書化した地域との関わり方に関する方針は見当たらず、目的や方向性は不明瞭である。社会資源や地域のイベント情報などが利用者に提供されない点も課題である。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>ボランティアに関しては、マジックや人形劇など有償ボラの受け入れを実施し、中・高生の職場体験ボランティアに協力している。しかしながら、ボランティアに対する基本姿勢は不明確であり、受け入れマニュアル等も作成されていない。</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
<p><コメント></p> <p>市の自立支援協議会に参画し、情報共有や共通課題の検討を行っている。その他の所属団体からの情報も含め、必要な情報は職員会議で周知している。利用者に関係する社会資源に関しては、ケース毎に利用者のフェイスシートに記載されている。</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	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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>カフェの営業を通して住民とのコンタクトが図られ、様々な情報も得ている。事業所の祭りの開催前には、地域への挨拶回りを行っている。また、管理者が自立支援協議会の地域アドバイザーを務めており、地域のニーズや諸問題を把握している。在宅障害者のニーズ等については、相談支援事業所を通して情報収集して対処している。</p>			
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>福祉避難所の指定を受け、災害時の拠点となっている。地域貢献活動としては、子ども食堂への食材提供を行っている。課題としては、防災関係ではBCP（事業継続計画）の策定による大規模災害時の事業再開手順を明確にすることである。また、事業所の有する専門性を地域還元する意味で、障害に関する講演会などを実施することにより、地域での存在価値を高められたい。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 利用者を尊重した福祉サービス提供についての共通の理解の取り組みとして、職員研修を行うとともに、各フロア単位で確認を行っている。その他、権利擁護委員会等を定期的に開催し、その内容についても回覧によって職員理解を図っている。			
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	・ Ⓑ ・ c
<コメント> 利用者のプライバシーに対し、活動スペースについては、利用者個々に合わせた環境の工夫を行っており、十分に配慮されている。また、プライバシーに関する規程等についても整備されている。しかし、マニュアルについては不十分な部分が残っており、この点について改善することが望ましい。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> ホームページでは、理念や活動内容を紹介している他、定期的に事業所に関する広告やSNS（インターネットを使った交流システム）を通じ情報を提供している。広報誌についても行政機関や公共の場に置くなど、不特定多数の多くの人にも情報が行き渡る取り組みがある。			
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	・ Ⓑ ・ c
<コメント> サービス利用開始にあたり、事前の見学や体験利用など、本人が利用に対してのイメージが持てるよう配慮がされている。また、契約時には内容の確認を十分に行っている。ただし、説明時に障害者の特性に合わせた説明に対し、工夫ができる点もあるため、その方法について検討されたい。			
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	・ Ⓑ ・ c
<コメント> 利用者や家族との面談を通じ、サービス利用の継続や変更について確認し、丁寧に対応している。しかし、サービスの変更や継続についての手順書や引き継ぎに関する文書については作成されていないため、現在対応している内容を書面に落とし込んでいくことが望まれる。			
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	・ Ⓑ ・ c
<コメント> 利用者やその家族に対し、定期的に面談を行っている。また、家族に対しては、家族会を実施しており、意見や要望を聞く機会を設けている。しかし、アンケートなどにより深くニーズを探る部分については、弱い部分がある。また、利用者参画の検討会など、改善が可能な点があるため、この点についても検討されたい。			
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	・ Ⓑ ・ c
<コメント> 苦情解決の体制については、整備されている。また、苦情が上がった際には記録を取り、その内容については、事業所内で情報の共有を図り、かつ対応についても検討されている。しかし、意見を積極的に収集する工夫など、改善が可能な点がある。			

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者が何か相談したいことがある時には場所や空間に配慮し、対応している。また、すぐに対応できない状況であっても、後から話をする約束をするなどの対応も取っている。しかし、相談や意見を述べる場の提供の仕方に関する書面やその内容に関する掲示物については作成されていないため、課題が残る。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談に対して、速やかに対応している。また、相談内容についてはスタッフ間で情報の共有を図り、支援に反映させている。しかし、利用者や家族、地域に向けての意見箱の未設置やマニュアルの不足など、課題としている挙げられているので、今後の改善に期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事故防止委員会を設置し、情報の集約と対策、また委員会で話し合われた内容について、職員に回覧するなどの情報の共有化を図っている。対策内容についても、全ての職員が意識するよう働きかけている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>看護師を交えた感染予防委員会を設置し、この委員会で話し合われた内容については、職員会議で伝えられている。また、感染予防について学習会が行われ、各職員が対応できる体制が構築されており、対応するマニュアルについても準備されている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>防災委員会が設置され、災害時の対応や食料・備品類の準備、管理がされている。防災計画については、水災害について計画がされているが、その他の大規模災害時の計画や地元行政をはじめとする各機関との連携については、弱い部分がある。地域や関係機関との連携の必要性を再確認し、弱い部分を補うことを期待したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者に対するプライバシーや権利擁護の観点については、標準的な実施方法については確認ができた。しかし通常の支援方法の点については、基本を押さえたうえでの個別支援については記載されているものの、標準的な実施方法に関する書面については、確認ができなかった。今後標準的な支援方法に関する書面について、整えていくことが求められる。</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
<p><コメント></p> <p>プライバシーや権利擁護の点においては、委員会を通して再確認がされている。また、支援の部分については、モニタリングや担当者会を通し、支援の実施方法の見直しがされている。しかし、この見直しを踏まえ、標準的な支援の実施方法への反映については、確認ができなかった。この点について事業所でどのように行っていくのか、検討が望まれる。</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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> アセスメントに基づいて、個別の支援計画を作成している。この作成にあたり、相談支援事業所の他、困難ケースなどの事案によっては行政も交え、作成がされている。しかし、この個別支援計画に対する職員への理解については、弱いと感じている職員もいる。この点についての改善の余地が残る。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 家族や利用者本人との面談や担当者会を通して、支援の見直しや本人の意見を引き出せるよう配慮している。その際に挙げた内容をモニタリングに落とし込んでいる。この内容については、回覧を行う事で職員に把握をするよう努めている。		
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)-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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 支援の記録については、職員の誰もが閲覧できる環境となっており、必要に応じて記録を回覧をすることもある。記録のフォーマットについては、統一したものを活用している。記録の書き方や情報の共有方法には若干の課題が残る。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 個人情報管理の規程や記録の保管場所の設定など、対策が取られている。また職員に対しては、コンプライアンス研修の実施により、意識付けがされている。しかし支援を行う上で、記録の管理に関し現状を踏まえた対策方法について、今後検討を要す。		

【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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 権利擁護委員会で、利用者の自己決定に関する取り組みについて話し合われている。また、活動に対して、職員は利用者から話を聞くなどの対応や、言葉を介して意思疎通が難しい方についても、絵カードなど利用者本人に分かりやすいツールを活用し、意思確認を行っている。		

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 権利擁護委員会や身体拘束委員会を設置し、情報収集と対策について検討している。身体拘束についても、支援方法や記録を取るなどの対応をしている。職員に対して研修を行うことで、対応方法の理解についての取り組みがある。これらの取り組みは、利用者の安全面に配慮して対応している。		

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者が自立した生活が送れるよう、行政手続きなどの支援を必要に応じて支援している。利用者の心身の状況や日常生活動作の把握に努め、その内容に基づいて支援計画に反映させている。しかし、現状の見立てと計画作成をするにあたり、職員間にズレが生じている可能性がある。この点についてどのように考えていくのが整理し、今後の改善につなげることが望まれる。</p>			
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>言葉によるコミュニケーションが図れる利用者については、会話をする機会を増やして対応している。言葉によるコミュニケーションが難しい利用者については、ジェスチャーや実物を見せたり、絵カードなどのツールの活用などで対応している。その他、家族や相談員などからも情報を得る等の協力を得ている。</p>			
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者が相談したいことがあれば、基本的には随時の対応をしている。利用者本人の状況や相談内容に合わせ、場所や空間を考慮し、利用者の特徴によっては時間を区切るなど、個別の配慮を行っている。この相談内容によっては、関係する職員や関係機関とも連携を図る他、職員の申し出によってはケース会議を開くなど、丁寧な対応をしている。</p>			
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づき、利用者の希望やニーズにより選択できる活動メニューを提案し、月に2回見直しをしており、丁寧な対応をしている。「チャレンジ・ド・フェス」などの地域のイベントについても、家族連絡会で情報提供している。しかし、利用者ニーズを把握するためのヒアリング方法や活動メニューについては課題を残している。</p>			
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>障害特性に合わせた支援方法については、ケース会議などを通じ、職員間で情報の共有を図っており、適切な支援を行っている。一方、障害特性に関する理解については、研修を行っているものの、職員間で理解についての差があるため、ケース会議と研修をどのように整理、運用していくのが課題となる。</p>			
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>食事の場面においては、嗜好調査を反映させたメニューを考えている。また、本人の機能に鑑み、食事形態を適切なものに変更している。年齢的な観点から、栄養士からの提案で海藻の粉末を食事に加えるなど、栄養管理についても注力している。排泄については、記録を取るなど、個別の状況を把握して対応している。</p>			
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>活動場面においては、利用者の安全面や障害特性、また利用者が思い思いに過ごせるよう配慮した空間作りがされている。トイレについては、使用頻度が多い場所については臭いや衛生面への意識が高く、1日何度も清掃するなどの対応をしている。建物については、11年目に入ったこともあり、必要に応じた修繕がされている。</p>			

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者本人の機能のアセスメント、PT（理学療法士）やOT（作業療法士）からの情報を基に支援計画を立てている。これらの計画を、日常の支援の中で実施している。ただ、職員からの意見として、職員が直接機能訓練に参加することが難しい部分がある事を課題として挙げており、今後どのような工夫・改善が出来るのか、検討を要す。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の健康を正確に把握するための研修が実施されている。排泄については記録を取るなどの工夫があり、看護師によるバイタルチェックも行われている。嘱託医による健康相談があり、看護師と連携して健康管理に努めている。しかし、直接支援を行う職員については、利用者の健康把握の捉え方に差が生じており、この点について、すり合わせの必要がある。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>医療的な支援が必要となった場合には、嘱託医や看護師が助言、アドバイスをすることができる体制が構築されている。医療的な支援を行うために必要となる手順書は整備されている。また、緊急時の対応方法についても一連の流れが来ている。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>外出などの活動を企画する際、利用者の特徴やニーズを踏まえて計画を立て、計画に沿って実施している。また、家族と一緒に出掛ける機会も設定しており、社会参加や体験などの状況を、職員とともに家族も確認することができるよう配慮している。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>家族会や面談を通じ、将来の生活場面について話す機会を設けている。また、相談支援員や関係機関とも連携を図り、利用者の状況を確認している。その確認した内容を基に、グループホームの体験利用を企画するなど、本人の意思を確認しながら段階的に地域移行のための支援を行っている。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者家族は、家族会に積極的に参加しており、支援員と意見交換や交流が図られている。その結果、支援の困難事例が解決されるなど、改善や工夫に至った事例が多くある。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		

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			