

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：メビウス	種別：生活介護	
代表者氏名：石川 みどり	定員（利用人数）：50名（53名）	
所在地：愛知県半田市椎ノ木町一丁目8番の1		
TEL：0569-20-7755		
ホームページ： http://whj.sakura.ne.jp/hp/honbu/service.html		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成10年 7月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 ダブルエッチジェー		
職員数	常勤職員： 16名	非常勤職員： 17名
専門職員	（管理者）児童発達支援管理責任者 1名	（看護師） 2名
	（サービス管理責任者） 1名	（理学療法士） 1名
	（生活支援員） 27名	（医師） 1名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）作業室、相談室、食堂
		多目的室、訓練室、洗面所
		トイレ、浴室、ロッカー室
		医務室、エレベーター、厨房

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
「お互いを大切に、尊重し合い、慈しみ合い、支え合い、人として人間らしく生きていけることを目指します」

★基本方針

障害者が自立した日常生活または、社会生活を営む事ができるよう支援します。事業所通所により、給食、介護サービスや訓練、創作活動などを行い、心のリフレッシュを図ると共に自らの精神的パワーを向上できるための支援を行います。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・法人の理念の下、重度障害者、障害の種別を問わず受け入れている。
- ・開かれた施設を目指し、家族会ボランティアルームを設けて開放したり、家族も集い一緒に楽しめる行事を年間3回以上行っている。
- ・地域交流のため、地域の行事には積極的に参加している。
- ・利用者、家族の必要な要望にはできる限り応えている。
- ・重度障害者が多く、医療ケアの対応やリスク管理を重視し、身体拘束を限りなくゼロに近づけるなどの取り組みに力を入れている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元 5月21日（契約日）～ 令和 2年 3月30日（評価決定日） 【令和元年12月10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

◆在宅障害者のニーズに応える

障害の軽重に拘わらず、地域の在宅者を受け入れて日中活動を提供するとともに、全員の送迎を実施している。また、通所施設ではあるが、ショートステイ（短期入所事業）や放課後等デイサービス事業を併設するなど、多様な地域ニーズに応えている。

◆機能を発揮する業務改善委員会

業務改善委員会では、業務の効率化・適正化や環境改善に加え、サービス内容に関しても検討がなされ、サービス内容の自己評価を実施できる仕組みを整えている。組織的にサービス向上を図る仕組みとして機能している。

◆安心、安全な支援環境

リスクマネジメント委員会では、定期的にヒヤリハットやアクシデントに関する集計や話し合いが行われている。委員会では、「いつ?」「どこで?」「どのような内容で?」「どれだけ?」起きたのか、非常に細かい内容で分析し、その対応策についても提言している。内容は職員会議で周知され、支援に反映させている。

◇改善を求められる点

◆利用者の意向把握

業務改善委員会では、支援する立場でのサービス向上を検討しているが、利用者自身の意向を考慮に入れることも重要である。利用者に対する満足度調査の実施や自治会の組織化など、利用者によるサービスチェックと、意向を吸上げて支援にフィードバックする仕組みを整えられたい。

◆利用者説明と合意

事業所の理念や基本方針、事業計画、契約内容等々について、支援の主体である利用者が理解し、合意を得てサービスを提供することが必要である。様々な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求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

受審を重ねるたびに改善・向上へのきっかけとなり、少しずつではありますが、事業所の成長に繋がっていると思います。ここ数年は、重度の障害者が多く集う事業所として、利用者に寄り添う支援に繋げるための、仕組み作りに力を入れてきました。職員教育の一環として、リスクマネジメント・身体拘束管理・業務改善のそれぞれ委員会活動をより一層機能させ、職員の考える力、改善案・解決策を導き出す力、協調性、自主性など人材育成を行う事で、利用者へのサービスの向上に繋がるものと信じ、継続して行っています。当事業所としては3回目の第三者評価受審となりましたが、まだまだ足りない部分が多いため、改善すべき点を整理し、職員全員で取り組んでいきたいと思っています。

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・⑥・c
<コメント> 理念については、ホームページやパンフレットに掲載し、掲示等でも周知している。家族へは、事業計画と共に家族会総会にて説明し、「メビウス便り」にて周知を図っている。基本方針は、事業計画等に記載され、同様に周知している。利用者への説明については、設定された機会は無く、また分かりやすくした資料等も作成されていない。理解促進にむけた工夫や配慮が望まれる。			

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	⑥・b・c
<コメント> 法人の管理者会議、地区会議にて、利用率などを含めた事業報告や月次収支を確認し、把握・分析している。また、市の事業所連絡会等でサービスニーズ等の情報や市の福祉計画の動向等を把握している。			
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	⑥・b・c
<コメント> 経営課題に関しては、管理者を含む業務改善委員会で集約し、様々な問題について検討して改善に向けての方策が示されている。ここで出た事項は、職員会議で周知を図り、非常勤職員についてはプリント配付にて周知している。			

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・⑥・c
<コメント> 5年を期間とした中期計画表が作成されている。内容としては、各年度毎に四半期に分け、運営・整備・利用者の項目に沿った計画となっている。しかしながら、数値目標や成果測定の可能な具体性の点で不明瞭な部分が多く、改善が望まれる。			
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・⑥・c
<コメント> 単年度の事業計画は、中期計画を受けた形で作成され、中期計画同様に項目毎に毎月の実施事項が記載されている。中間評価と年度評価を実施しているが、計画に数値目標などが明記されておらず、具体性に欠けるため、評価の基準が曖昧になる危険は否めない。			
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・⑥・c
<コメント> 前年度の事業報告を基に、主任が全般の評価を行い、それを受けて管理者が次年度計画の原案を作成している。事業計画案は管理者会議で確認され、理事会にあげられる。職員には職員会議で配付されるが、職員意見などが反映される機会が設けられておらず、検討を要す点である。			

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> 家族会総会にて事業計画が配付され、詳しく説明されている。一方で、支援の主体である利用者への周知については、分かりやすい資料の用意や説明機会も無いため、具体的な工夫と合理的配慮を持って説明責任を果たされたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 今年度立ち上げた業務改善委員会では、業務や環境改善に加えサービス内容についても検討がなされ、サービス内容の自己評価を実施できる仕組みを整えている。「サービスマニュアル」については、委員会で分析・検討し、改善していく形となっている。</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> 業務改善委員会で評価・分析した課題については、委員会議事録で確認できる。これを職員会議へ下ろすことで、職員共有している。改善へ向けては、委員会の中で方策が示されるが、改善計画を策定するには至っていない。より計画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	⑥ · c
<コメント> 管理者は職員会議にて、年度初めに事業計画の方向性を伝えている。「職務分掌規程」が整備され、職責は明確になっているものの、周知が図られているかは定かでない。管理者不在時の職務権限は、副管理者に委任されている。			
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	①	· b · c
<コメント> 「業務管理体制整備規程」が整備され、法令遵守や責任者体制、相談窓口などが定められている。また、「法令遵守に関する留意事項」には、具体的な留意点が記されている。「公正な取引先選定」が文書化され、業者等との適正な関係保持の指針となっている。			
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
<コメント> サービス向上に向け、年2回の面談にて職員意見を徴し参考としている。体制としては、業務改善委員会での評価と方向性の提示、また全職員への研修機会の提供など、管理者主導による組織的な取組みとして実施している。			
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	①	· b · c
<コメント> 人事に関しては、異動希望聴取や求人活動、パート採用など、労務対策としては職員面談の実施、財務としては、毎月の会計チェックと委託会計事務所によるアドバイスなどを受けている。業務改善委員会にも参画し、委員会メンバーを主導している。業務の効率化・適正化と、環境改善に積極的に取り組んでいる。			

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	· ⑥ · c
<コメント> 医療ニーズの増大により、中期計画の中に看護師の求人に関する計画が示されている。また、強度行動障害や相談支援専門員の養成についても、同様に記されている。求人に関してはハローワークやWEB、その他様々な媒体を使った求人活動が法人、事業所共になされている。一方で、人材育成に関しては、より体系的な取組みを組織として考えられたい。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	· ⑥ · c
<コメント> 現行では、職員意向を聞きながら「就業規則」を基に管理がなされている。来年度以降に向け、キャリアパスや人事考課を含む総合的な管理制度を構築中である。職員が将来設計を描きやすく、法人の事業運営やサービスレベルが向上するような、また労使双方に分かりやすい人事管理制度となるような仕組みづくりが求められる。			

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>有給休暇や時間外労働等々の就業状況の把握はもとより、職員向け託児事業の実施、面談の実施、相談窓口の設置、退職共済加入、ソエルクラブ加入等々、働きやすい職場に向けた様々な取り組みを実施している。人員確保をはじめ、職場環境の改善への更なる取り組みが望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「業務管理シート」を用いた目標管理を実施している。シートには、目標、自己評価、処置、課題が記載され、年2回の面談を受けて評価を行っている。PDCAサイクルに沿った育成方法として、効果が期待できる。</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>中期計画、年度事業計画双方に研修の項目を設けて職員育成を目指しているが、明確な研修計画が策定されておらず、研修実施の評価や見直し、改善ができていない。より計画性をもった育成方法が望まれる。</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>法人では、年2回の全体研修（テーマ別）を始め、新任研修、管理者研修などが実施されている。また、事業所内でも年3回のテーマ別研修を実施している。職種別研修は外部の研修会を利用している。OJTは最も実践的な育成手段であるが、体系的には実施されず、先輩職員の指導に委ねられている現状であり、システムの整備が望まれる。</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>教職員の初任研修の受け入れを行っており、専門職実習は要請があれば受け入れている。社会福祉士実習生の受け入れなど、専門職育成に関する方針は確認できなかった。マニュアルも整備されていない。事業所の専門性の社会への還元の意味で、次世代育成への責任を果たすべく、積極的受け入れへ向けての取り組みが求められる。</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>ホームページに様々な情報が公開されている。収支状況はWAMNET（独立行政法人福祉医療機構）に公開され、所内にも掲示されている。また、年2回の事業所だよりにて、活動状況を広報している。法人パンフレットや事業所パンフレットでも理念や事業内容が確認できる。苦情受付や相談の状況などについても、ホームページなどを通して公開することが望ましい。</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」には事務や取引等に関する事項が、「職務分掌規程」には各職責が記されているが、職員に周知がなされているかは定かでない。内部監査は決算前に実施、会計事務所が定期的に経理チェックを実施している。外部監査の実施に関しては、今後の検討事項となる。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>町内会に加入し、回覧板や地域のゴミ出しを利用するなどの関わりを持っている。地域の文化祭には準備の段階から参加し、利用者の作品を出展している。事業所の祭りの際は、新聞折込や戸別配布にて広報し、地域からの参加を促している。活動の中でも、地域での買い物や外食などの際に交流を図っている。一方で、地域との関わりについての方針が明文化されておらず、課題を残す。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>家族会のボランティアやレクリエーションのボランティアなどが活動しているが、受け入れに関するマニュアルやボランティアに対する基本姿勢が文書化されていない。明確な方針をもって、組織的な受け入れを行うことが望まれる。</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	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>個々の利用者に関する必要な社会資源のデータは、アセスメント表に記載されて管理されている。関係機関との連携としては、市の通所事業所の連絡会、市の基幹相談センターでの検討会などに参加し、共通課題の検討や情報共有を行っている。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>法人内に地区別の事業所会議（地区会議）が毎月あり、相談支援事業所からの情報とともに、地域での福祉ニーズの把握に努めている。町内会からの情報も収集している。地域に向けては、さらにアンテナを張り巡らし、また交流の機会を増やすことで、さらなるニーズや課題の把握に努められたい。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>障害の重い在宅者の受け入れ、通所施設でありながらショートステイ事業の実施、放課後デイサービスの実施、福祉避難所の登録など、地域の福祉ニーズを受けての事業展開がなされている。今後は福祉事業にとらわれない地域貢献の取組み、また活動計画の策定など、地域福祉向上に向けてさらに前向きに取り組まされたい。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針が記載された資料が事業所内に掲示してあり、誰の目にも触れるようになっている。共通理解を図るための勉強会については、外部研修を受けた職員による復命書の作成、及びその報告を職員会で行う仕組みになっているが、内部で行われる研修についてはやや希薄となっている。人権への配慮がなされているかの把握や評価についても、仕組みが十分に整っていない。</p>				
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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>肖像権に関する同意は、全利用者・家族より取得している。実際に使用する媒体は広報誌やホームページのブログであり、使用する都度担当部署の職員が確認するようになっている。掲載の可否に関する一覧表も用意されている。全体的に丁寧な対応がなされている。</p>				
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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>情報提供の媒体はパンフレットとホームページがメインとなっている。パンフレットには、限られた情報ではあるが必要最低限の記載がある。課題としては、多くの人の目に触れる場所にパンフレットが用意されていないこと、送迎内容や利用料など知りたい情報がパンフレットに記載されていないこと、ホームページではサービスの詳細が分からないこと、などがある。</p>				
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
<p><コメント></p> <p>利用者同席の下で家族に説明するのはもちろんのこと、利用者の要望にて家族が同席しない中で説明するなど、利用者の要望に応じて個別に対応している。課題としては、ルビが振ってある資料やかみ砕いた分かりやすい利用者向けの資料が用意されていないため、これらの資料を作成することが望ましい。</p>				
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
<p><コメント></p> <p>管理者が担当窓口となって、移行した利用者の対応を行っている。実際にグループホームへの移行について、短期入所利用時の情報や支援方法の引き継ぎを、書面だけでなく実際にホーム担当職員に来てもらうなどの取組みも見られる。ただ、これらを実施したり引き継ぎ文書を渡すなど、その根幹となるルールが明確になっていない。</p>				
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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>嗜好調査は毎年行われており、利用者や家族のみならず、実際に食事を食べている職員にも調査を行い、満足度を高める取組みがある。しかし、その他のサービス全般（送迎・職員対応・作業内容・余暇支援・各種介助に関する支援など）に対する満足度を知るための仕組みがない。利用者が受けているサービスに対して、一つひとつ丁寧に調査する手段が欲しい。</p>				
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
<p><コメント></p> <p>苦情解決制度の仕組みはあり、使用する様式も決められている。また、苦情解決責任者や受付担当職員も掲示物にて確認できる。ただ、苦情については受け身の姿勢であること、苦情受付～改善活動～結果報告～公表までの一連の流れが一部で滞っていることから、最後まで適切な処理をされることが望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>常に利用者の話や意見に耳を傾ける体制は整っており、個別に対応している。意見を述べやすい場所の提供についても、利用者の意向を尊重して個々に対応している。ただ、自由に意見を述べることが担保されていることが分かる資料がなく、利用者への周知も十分とは言えない。</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>日頃から利用者の要望は受け付けており、意見を述べやすい雰囲気作りにも努めている。家族向けの「意見箱」を用意するなど、事業所としても前向きな取組みが見られる。ただ、意見箱はほとんど機能しておらず、利用者の相談や意見を確実に吸い上げて検討したり、フィードバックする仕組みが構築されておらず、今後の整備に期待したい。</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>リスクマネジメント委員会が組織され、定期的にヒヤリハットやアクシデントに関する集計や話し合いが行われている。ヒヤリハットやアクシデントについては、毎月「いつ」「どこで」「どのような内容で」「どれだけ」起きたのか、非常に細かい内容で分析し、その対応策についても記載があるなど、丁寧な取組みが行われている。</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>マニュアルについては、様々な感染症を想定したものが用意されている。細かな内容であり、作成日付も記されているなど、管理も適切に行われている。勉強会については、発生時期に合わせて実施しており、看護師がオブザーバーとして、実際の現場にて対応方法を伝える仕組みがある。昨年度も、多くの利用者が感染症にかかることはなかった。</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>備蓄品の確保やそのリストも用意されている。短期入所や放課後等デイサービス利用時における訓練を行うなど、各種事業の利用者を想定した訓練が行われている。緊急連絡についても試行錯誤の末、家族・利用者にはショートメールにて対応する仕組みがある。しかし、送迎等の外出時における連絡体制や安否確認等が弱く、改善の余地がある。</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>標準的な実施方法については整備されているものの、サービス全体に対する実施方法が文書化されておらず、全体的にマニュアルの整備が十分とは言えない。プライバシー保護についてはマニュアルにて記載されていることも確認できた。課題としては、職員への周知が十分でないこと、マニュアル通りに業務が行われているか、確認ができていない点である。</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>マニュアルによっては、作成日付が記載されていないものが散見された。加えて、改訂年月日等の記載もなく、「いつ見直しをしたのか」が不明確となっている。マニュアルは業務改善委員会が策定し、年度末に見直すというルールができあがったばかりであるため、今後はその運用と実際の取組みに期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> アセスメントは、細かい内容が様式として用意されている。毎年作成日も決められており、適切に管理されている。利用者ニーズも明記されており、個々の課題や支援すべき内容等も記載されている。課題としては、個別支援計画通りにサービスが提供されているか否かを確認する仕組みが整っていないことである。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 見直しする時期は毎年9月と3月になっており、利用者及び家族を交えて、モニタリング等を行って計画の見直しや評価を行っている。モニタリングについては、サービス管理責任者や担当職員、相談支援専門員等も交えるなど、複数職員で対応している。計画の見直し等については、職員会議等で周知するなどの仕組みも整っている。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> エクセルを活用して決められた様式にて、日々記載されている。内容については、利用日は必ず些細なことでも記載しており、記録を確認した上で十分対応されている。入力したデータについてはネットワークシステムを使って適宜見ることが可能であり、情報共有の体制は整っている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 個人情報保護法に関する規程や、その漏洩への対応方法は明確に定められている。利用者や家族に対しても説明し、同意を得ている。これらの情報等を取り扱う職員自身に対する研修や教育が十分とは言えず、折に触れて個人情報保護の重要性について周知・徹底する仕組みの構築が望まれる。		

【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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> カラオケや外食など、利用者の要望を取り入れた活動は実施されている。「主体的に活動しているか」、「自己決定を尊重しているか」と問われると、まだ課題が残る。個別に利用者からの相談は受け付けているが、自治会が組織されておらず、あくまで「利用者個人」対「事業所」という構図である。		

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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 身体拘束については、詳細な対応マニュアルを用意し、事例も多数掲載するなど、イメージを共有するための工夫が見られる。身体拘束については丁寧に対応している反面、その他の権利侵害については、発生予防策や早期発見する仕組みが弱く、「起きる前の具体的な取組み」が必要である。		

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>見守りの行為を前提としているものの、職員個々の支援方法に相違が見られ、徹底されているかについては疑問が残る。自己管理については、金銭管理及び洗濯に関する一連の取組みが用意されているが、さらなる幅広いプログラム等の導入が待たれる。</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>縦割りの職員体制になっているため、他の部署に職員が応援で入った際、慣れた職員と比べるとコミュニケーションに不安はあるようだが、それを除けば、写真カードや文字、身振りなど、今できる範囲で取り組めることを実施しており、体制は整っている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>担当制の縦割り支援であるため、日々支援する職員はほぼ固定化している。相談等については、利用者が希望する職員とコミュニケーションを図ることができる。ただ、相談等を受け付けた際の決められたルールや記録用紙はなく、職員の判断に委ねられている。さらなる情報共有の強化を図るために、内部情報処理の仕組み作りを期待したい。</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>作業を中心とした活動の中、レクリエーション的な活動も行い、充実した日中活動に努めている。課題としては、利用者の意向が反映されたレクリエーション活動を積極的に取り入れたり、利用者が自ら活動を自由に選べる仕組みがあれば、さらなる充実につながる。</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>強度行動障害支援者養成研修に参加し、資格取得者を確保するよう努めている。利用者の支援について、写真付きで解説した資料を用意するなど、周知に関する工夫も見られる。一方で、職員間での情報共有の弱さが見られ、今回の家族アンケートでもその傾向がうかがえた。</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>嗜好調査は利用者のみならず、職員にも実施しており、両者の意見が給食に反映される仕組みがある。障害の重いグループでは、職員がほぼマンツーマンで対応し、利用者のペースに合わせて適切な支援がなされていた。入浴については、利用者や家族のニーズに必ずしも満足いく回数等のサービス提供ができていない。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>掃除に力を入れており、清潔な館内の維持に努めている。車椅子の利用者が多い中、スペース的にも不自由なく移動できるよう配慮されている。しかし、事業所内の環境について利用者から意見を集約し、検討・改善する仕組みがない。満足度調査や自治会等、何らかの機会を通じて意向を把握する仕組み作りが望まれる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者が個人契約しているマッサージ師が来訪して施術する等、個別対応できる環境を用意している。外部からPT（理学療法士）を招いて、機能訓練を必要とする利用者にサービス提供している。個別支援計画にも必要に応じてリハビリに関する記載を行い、計画的に実施している。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>毎朝、検温実施や血圧測定を必要とする利用者には個別に対応するなど、日頃からバイタルチェックを行う体制が整っている。ただ、体調不良時における対応が明確に定められていないことや、職員への健康に関する個別指導が十分でないなど、いくつか改善すべき課題がある。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>内服薬や外用薬の管理は適切に行われている。しかし、医師や看護師からの指示や助言が十分に伝わっていなかったことがあり、事業所内の連絡体制の整備が望まれる。医療的な支援に関する研修会や勉強会についても、内容や頻度に課題を要する。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>希望者を対象に小遣い帳を付けたり、日記を通じて文字を書く練習を行うなど、個別の取組みが行われている。課題としては、対象者が限られていること、その支援頻度について利用者が満足いくまでになっていないことが挙げられる。社会参加への支援についても、買い物を中心となっているため、多様な支援プログラムの工夫が望まれる。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所の「短期入所サービス」を利用しながら、親元から離れた暮らしを支援する取組みがある。単に利用者に短期利用してもらうだけでなく、親元から離れた支援やグループホーム等における集団生活についても可能となるよう支援している。ただ、具体的な学習支援や体験の機会等については、決して十分とは言えない状態である。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>家族等との連携・交流は、連絡帳等を通じて行われている。年に1回家族会総会が行われ、管理者が参加して必要な情報を提供している。課題としては、体調不良時における報告基準が曖昧であり、事業所としてのルールを明確にし、職員だけでなく利用者・家族にも周知することが求められる。</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			