

## 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 夢の家	種別：施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名：足立 智成	定員（利用人数）：100名（129名）	
所在地：愛知県春日井市明知町西追分1030-1		
TEL：0568-93-9101		
ホームページ： <a href="http://yumenoie.or.jp">http://yumenoie.or.jp</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成 9年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 明知会		
職員数	常勤職員：56名	非常勤職員：30名
専門職員	（管理者） 1名	（サービス管理責任者） 2名
	（管理栄養士） 1名	（看護師） 7名
	（理学療法士） 1名	（支援員） 70名
	（事務員） 4名	
施設・設備の概要	（居室数） 88室	（設備等）浴室・食堂・洗面所
		トイレ・医務室・静養室
		機能訓練室・集会所・洗濯室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

個人の尊厳を大切にし、未来に大きな夢のある楽しい生活ができる施設を目指します。  
職員は温もりのある心で援助にあたり、皆が和やかに過ごせる施設を目指します。  
夢の家は、地域に開かれた福祉の拠点として親しまれる施設を目指します。

##### ・施設・事業所

思いやりを大切にします！

#### ★基本方針

利用者の夢を、職員の和やかな心と明るい笑顔でサポートします。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

1. 重度の障害者の利用が多い。障害支援区分5、9と高く、また、全利用者の4割の方が何らかの医療行為を必要としている。
2. 利用者個々にあった福祉機器を活用して介助・支援を行い、利用者に安全安心してもらえるよう努めている。
3. 利用者を障害者として見るのではなく、まず1人の人間としてサービスを提供している。時には、利用者にとっては聞きたくない事等も、利用者の今後必要になってくることは、伝えるようにしている。また、夢の家は社会の一部のため、他人に対して行ってはいけないことを、利用者に理解してもらえるよう支援している。
4. 月に1度「座談会」を行い、支援員の配置箇所や時間等を伝えたり、配置変更する際も利用者に意見を求め、利用者が夢の家での生活を選択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 2年12月 7日(契約日) ~ 令和 3年 3月 6日(評価決定日)  【令和 3年 2月18日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (平成29年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆利用者主体の支援への回帰

管理者は「利用者主体の支援」への回帰を目指し、職員目線、職員都合に陥りやすい職員意識を改革しようとしている。今年度は、新型コロナウイルス感染症との闘いの1年となったが、事業所内への感染を防止するため「コロナ対策会議」を組織し、毎月対策会議を行っている。その結果として、利用者の楽しみであった「買い物外出」に替え、職員が様々な食品を購入してきて、事務所内で「施設内販売」を行った。面会中止は、代替えのLine面会で対応している。

##### ◆働きやすい職場の実現

職員の離職、異動が少なく、安定した職員雇用が継続している。希望休や有給休暇を含む勤務シフトがパソコン管理され、可視化されている。有給休暇に関しては、職位、職種による取りづらさや偏りはなく、年間付与日数の100%消化を目標としている。子育て中の職員には時短勤務を認め、ワーク・ライフ・バランスにも配慮している。

##### ◆個々のニーズに対応

個別の支援マニュアル「入所者個別状況」が整備され、介護項目全般にわたる支援方法が明記されている。これはパソコン上と紙ベースの両方で示され、職員周知が図られている。個別支援計画とともに利用者個々のニーズに応じた支援がなされており、リスク管理の面でも配慮されている。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆PDCAサイクルに沿った事業計画の策定

事業計画で重点的に取り上げた課題を、事業報告で評価する仕組みがない。P(事業計画)→D(実践の記録)→C(事業報告)→A(次年度事業計画=P2)のサイクルを意識されたい。主要な取組みのほとんどが各種委員会に委ねられていることから、事業計画や事業報告に各委員会活動の詳細(計画と報告)を記載することが望ましい。それにより、事業計画策定への職員の参画ともなる。

◆利用者意向のサービス反映

利用者に対する生活全般の満足度調査、意見箱の設置といったサービスモニター機能が不十分で、サービス評価を実施するうえでも、支援の主体となる利用者の意向が反映されることが望ましい。この点を踏まえ、サービスチェック体制の再検討を願いたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福祉サービス第三者評価を受審し、当事業所の提供しているサービスの質について、客観的な立場かつ専門的な評価を頂きました。

評価を頂いたことにより、当事業所の強みや改善が必要なサービスを知ることが出来ました。その結果をもとに、より一層利用者主体のサービスが提供できるよう、利用者の声を聴き、また職員参画のもと事業の目標設定や評価反省を行い、より良い生活の場と職場にしていけるよう取り組んでいきます。

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（64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	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 運営理念がホームページや事業計画の冒頭に記載され、会議室には運営理念に加えて行動指針（基本方針）も掲示されている。年度初めの4月度職員会議では、管理者から運営理念に関する説明がある。職員は行動指針に因んだ個人目標を設定をしており、運営理念や行動指針の理解は深い。口頭ではあるが、利用者にも座談会を通して周知を図っている。			

##### 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	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 業界団体である「身障協」の全国、東海北陸、県の会議や研修会に参加し、事業運営に必要な情報を取得している。今年度はコロナ禍によってほとんどの会議、研修が中止となっているが、Zoomによるリモート会議や研修には積極的に参加している。「身障協」を通じての地道な活動が奏功して、念願の加算要求が認められた。			
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・Ⓑ・c
＜コメント＞ 新規採用者に有資格者が少なく、職員の育成に時間的なロス（無資格者は、入職後1年間個別支援計画の作成に携われない）が出ている。そのことと相関するのか、「利用者主体」であるはずの支援の本質が見失われ、職員目線の支援が目につくようになってきた。それらを改善するため、全般的な業務見直しが始まっている。			

##### 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・Ⓑ・c
＜コメント＞ 中・長期計画ともとれる「夢の家5か年最低限達成目標」が策定されており、2020～2022年度までの3年間は、主要な項目についての取組み目標が明文化されている。目標に関しての数値化を意識して計画立てているが、まだ具体性に欠ける部分が散見される。			
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・Ⓑ・c
＜コメント＞ 単年度の事業計画は、前年度の事業計画を見直す形で策定されており、「夢の家5か年最低限達成目標」を意識したものとはなっていない。事業所の将来のあるべき姿を中・長期ビジョンとして明確にし、それに整合させた事業計画の策定が望まれる。			

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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画で重点的に取り上げた課題を、事業報告で評価する仕組みがない。P（事業計画）－D（実践の記録）－C（事業報告）－A（次年度事業計画＝P2）のサイクルを意識されたい。主要な取組みのほとんどが各種の委員会に委ねられていることから、事業計画や事業報告に委員会活動の詳細を記載することが望ましい。それにより、事業計画策定への職員の参画ともなる。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の周知に関し、分かりやすい資料等の作成はないが、利用者には毎月の座談会で、家族には年間3回開催される家族会で説明している。しかし今年度は、コロナ禍によって家族会は中止となっており、文書配付のみで説明の機会を失っている。利用者に関しては、障害特性をも考慮した分かりやすい資料の作成を期待したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>3年ごとに第三者評価を受審し、毎年自己評価を実施している。事業所における自己評価には、集計・分析によって事業所全体の課題を洗い出そうとする意図・目的がある。その観点からすれば、一般職員を含まない現行の主任以上での自己評価の実施は疑問が残る。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>まだ完全とは言い切れないものの、前回の第三者評価で指摘された「数値目標を含んだ事業計画」の策定に取り組んでいる。ホームページを一新し、苦情情報等の公開画面を拡充した。また、委員会による改善活動が実効を挙げており、どの委員会にも属さない新たな課題が出た場合には、新たな委員会を発足させて対処することもある。</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> 「職務分掌規程」や「職務権限規程」、「経理規程」等から、管理者の職責が明確になっており、管理者不在時の職務権限の委任は課長が担うこととなっている。ただし、「職務分掌規程」や「職務権限規程」は平成29年の制定時から見直し・改訂が実施されておらず、現行制度との合致に欠ける部分がある。早期の改訂が望まれる。				
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> 事業運営に係る諸法令の制定や改定の都度、管理者は必要な研修等に参加して正しい知識を学んでいる。内容に応じて、課長や主任、関与する委員会へと情報を下ろし、研修等を通して職員周知を図っている。また、必要に応じて、職員の理解や周知の度合いをチェックしている。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 今年度は、新型コロナウイルス感染症との闘いの1年となった。事業所内への感染を防止するため「コロナ対策会議」を組織し、毎月対策会議を行っている。その結果として、利用者の楽しみであった「買い物外出」ができなくなったので、代替えとして職員が様々な食品を購入してきて、事務所で「施設内販売」を行った。面会中止は、代替えのLine面会で対応している。				
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> 各種委員会が機能しており、職員目線の支援を廃して「利用者本位」の支援に立ち返るべく、業務の見直しに取り組んでいる。費用対効果を常に意識し、マッスルスーツやリフトを先鋭的に導入した。今期、リフト2基が浴室に導入された。管理者の高いコスト意識が、一般の職員にまで浸透していないところに課題を残している。				

### 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	Ⓐ	b	c
<コメント> 「夢の家5か年最低限達成目標」に採用計画の記載がある。管理者がキャリアパスの原型ともいえるべき「組織表」を作成しており、階層別、職種別に職員名が記載されている。配置基準以上の職員を確保しており、現時点で職員の不足は生じていない。現在外国出身者（日本国籍を取得）1名の雇用があり、今後も外国籍の職員採用を視野に入れている。				
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> 総合的な人事管理の主要な3要素であるキャリアパスの構築、人事考課制度、目標管理制度ともに完成形ではなく、各要素間の連動もない。法人の基本的な方針として「年功序列型」の人事管理を志向しており、昇進や昇格に関する人事基準は公表されていない。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 職員雇用は安定しており、職員にとっての働きやすい職場が実現している。希望休や有給休暇を含む勤務シフトがパソコン管理され、可視化されている。有給休暇に関しては、職位、職種による取りづらさや偏りはなく、年間付与日数の100%消化を目標としている。子育て中の職員には時短勤務を認め、ワーク・ライフ・バランスにも配慮している。				

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 新規採用者のほとんどが無資格者であることもあって、職員の育成が大きな経営課題となっている。試行錯誤を繰り返しながら、手探りで最適な人材育成の仕組みを構築しようとしており、現在は「自己目標・評価・反省」のシートを使用した目標管理を行っている。職員は縦糸として行動指針に合致した自己目標を設定しており、横糸は管理者や課長との面談である。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 明確な職員研修の体系はなく、事業計画に「職場内研修（OJT）」の項目を設けて主要な研修を羅列している。今年度は、コロナ禍によってほとんどの研修計画が中止や延期を余儀なくされている。職員は、研修履修後に「出張・研修報告書」を作成し、「この研修について」の欄に所感を記している。研修をここで完結させず、研修効果を測定・検証する仕組みづくりを期待したい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> パソコンによって、職員の研修履歴が管理されている。しかし、階層別や職種別、テーマ別の研修体系が構築されていないことから、職員個々についての研修計画の作成には至っていない。		
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
<コメント> 今年度はコロナ禍によって実習生の受入れを行っていないが、例年保育実習生を中心に60名前後を受け入れている。マニュアルとしては「実習生受け入れ手順」や「保育科実習生の指導について」があり、それに沿って実習を行っている。ただ、実習生受入れの全体を評価し、振り返るプロセスが欠落しており、PDCAサイクルを意識した仕組みづくりが望まれる。		

### 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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ホームページが一新され、様々な情報が公開されている。苦情解決に関する情報もホームページ上で確認できる。ホームページが、事業運営の透明性を示すに十分な機能を発揮しているが、管理面に課題を残す。平成15年に制定された「苦情解決規程」が改訂されておらず、苦情情報の公表手順が定められていない。現行の運用と規程との整合を図りたい。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 事業所の事務、経理、契約、取引、購買等に関しては、規程やルールに従った業務執行である。現金出納に関しては、決裁者を管理者とし、出納責任者を課長として内部牽制を図っている。財務内容は契約税理士事務所のチェックを受けている。2年前の行政監査（指導監査）において「定員超過」の指導を受け、以降は適正人員を順守している。		

### 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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 運営理念に「地域に開かれた福祉の拠点として・・・」と謳い、地域行事への参加、ボランティアの受入れ、学校教育への協力等々、積極的な地域交流を行っている。しかし、事業計画を見る限り、今年度の活動の方向性や具体的な取組みの詳細が見えてこない。事業計画の中に「地域交流」の項目を取り、活動の方針や取組みを示すことが望ましい。		

<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。</p>	障24	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  前年度の事業報告書によれば、年間のボランティア受入れは134名で、活動は延べ406人日となっている。年間で25名が新たなボランティアとして登録している。コロナ禍によって、今年度はボランティアの受入れを自粛している。1年間の受入れの中断が、今後のボランティア活動の衰退につながらないように、常に連絡、連携できる体制を整えることが望ましい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>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。</p>	障25	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  市の「医療マップ」や「福祉施設マップ」を活用し、地域の必要な社会資源との連携を図っている。新たな利用者の受入れについて、支援の継続性を確実にするため、相談支援事業所や特別支援学校との連携も大切にしている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>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。</p>	障26	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  市・社会福祉協議会や自立支援協議会等の会議、研修に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めていたが、今年度はほとんどが中止になって思うに任せない状況である。同法人の相談支援事業所からは、常に情報を取得することが可能である。</p>		
<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。</p>	障27	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  短期入所支援事業が地域の福祉ニーズを十分に受けとめている。年間の述べ受入れ数は3,453名であり、定員8名に対し、1日の平均受入れ人数は9.5名である。定員80名の施設入所支援の利用者の入れ替わりが少ないため、3ヶ月前の短期入所支援の申し込み利用者が集中している。春日井市とは、日中一次支援事業の提携もある。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本理念に個人の尊厳の尊重が掲げられ、事業所内に掲示されている。職員会議等での権利擁護の勉強会や権利抑制委員会での事例検討、また年2回の虐待セルフチェックなどの取組みがなされている。</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	a	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に関して、細則が定められている。ただ、職員意識が統一されているとは言い難く、プライバシー保護についての検証がなされていないのが現状である。居室等の生活環境に関しては、パーティションを用いるなどの配慮がなされている。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者に対しては、事前見学を実施している。施設の紹介パンフレットは写真を用いた分かりやすい内容となっている。利用希望者には生活介護（昼間）やショートステイ（夜間）を利用してもらい、施設の状態を理解してもらっている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所契約時には丁寧に説明を行い、家族・利用者双方の理解と同意を得ている。しかし、意思決定や意思確認が難しい利用者もしくは利用希望者への説明方法が定められておらず、また利用者用に配慮された資料等も準備されていない点は課題となる。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者本人にとって継続したサービスが受けられるよう「入所者個別状況」の資料を用い、細かい介助方法を引き継いでいる。また、アフターケアや相談の窓口としては、課長とケース担当が当たっている。</p>			
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月1回の座談会では、施設長、課長も参加し、利用者の意見や要望を聞き取って記録し、必要に応じてリーダー会議や職員会議の場で分析・検討している。生活全般の満足度調査は実施されていないため、サービスチェックの一つと捉え実施を検討されたい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決のシステムは整備されているが、利用者や家族に浸透しているとは言い難く、サービスモニターとしては機能していない。利用者や家族等から苦情の申し出が容易になるよう、分かりやすくした説明方法の提示などの配慮が望まれる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者や家族に、全職員に相談や意見を述べることを掲げ、口頭でも周知を図っている。また、夜勤帯の職員が、勤務時間帯の中の1時間を利用者相談に充てるケースが多い。相談スペースとしては、相談室が確保されている。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの意見や相談事項については、必ずパソコン上に記録され、これを基に職員会議でサービス改善に向けての検討がなされている。相談があった際のフローチャートが定められている。メールを使って相談する利用者もいる。意見箱の設置、マニュアルの定期的見直しなどは課題となる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故に関しては、「事故統計」を作成し、集計した後、事故対策委員会で発生要因の分析を行い、場所や時間等の傾向をまとめて事故再発の防止に努めている。ヒヤリハットの集計はしていないが、ヒヤリハットに関しては事故同様に即日対応を原則とし、担当職員が対応策を「支援マニュアル」に反映させている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症ごとにマニュアルが整備されている。マニュアルは、新たな情報を基に見直しが図られている。新型コロナウイルス感染症対策に関しては、感染対策チームを中心に感染予防の取組を行っている。また、感染症に関する勉強会も実施されている。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>突発性の事故や心肺停止などの緊急時の対応訓練、災害時の避難訓練が毎月実施されている。職員の安否確認、福祉避難所としての備蓄品や衛星電話なども備えられている。事業継続へのBCP（事業継続計画）の整備、地域との防災連携などは課題である。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の「支援マニュアル」が整備され、介護項目全般にわたって細かく支援方法が明記されている。変更があった場合は即日改訂され、パソコン上と紙ベースの両方で職員に周知されている。どの利用者にも共通する支援のマニュアルは用意されていないが、内容的には基本項目を踏まえた上でのマニュアルであるため、支援低下やリスク管理の面でも支障はない。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>支援方法の見直しの仕組みは確立しており、個々に応じて柔軟且つ迅速に対応されている。見直しに際しては、利用者の身体状況やリスク危険度、職員意見が反映された形となっている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントの手法が確立しており、個々のニーズに沿った計画が策定されている。利用者個々の意向確認が難しいケースも多いが、コミュニケーションツールを使った方法や家族からの情報を活用するなど、様々な手法を使って工夫している。それでも意思確認ができないケースや、支援困難ケースへの支援方法の検証が十分とは言い難い面もある。</p>		
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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>6ヶ月をモニタリングのスパンとして見直しを行っている。個別支援計画を緊急に変更する場合は稀で、その際の見直しの手順は定められていない。医療機関からの退院時など身体状況に変化のあった際には、状態に合わせ柔軟に変更を行っている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録様式や方法、閲覧に関すること、また記載方法などもルール化されている。選択式の項目も増やしているが、記述内容に差異を生ずることがあり課題となっている。パソコンシステムでの共有が可能であるため、情報共有は迅速さと確実性が増している。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報の保護や不正使用の禁止は、就業規則の中に「情報管理」の項目として盛り込まれ、遵守されている。記録の保管は規程に基づいて行われており、開示や持ち出しは都度管理者の指示により行われている。一方で、肝心な記録管理責任者が設置されていない。</p>		

## 【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	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>様々なクラブ活動が用意され、利用者は希望のクラブを選択して自由に参加している。衣服や嗜好品は個人のお好みで購入可能であり、所内販売やネット販売も利用されている。利用者の主体的活動としては、スポーツ大会の運営や猫の世話、所内清掃などがあり、職員は活動を見守っている。利用者への個別支援にも、自己決定や意向を尊重した姿勢がうかがえる。</p>			

### 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 ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待防止に関しての勉強会を開催し、年2回のセルフチェック、委員会での事例検討と多面的に取り組んでいる。身体拘束については3原則を徹底し、やむを得ず実施する場合は支援計画策定時に本人と家族の同意を得ている。虐待案件発生時の届け出手順や、虐待か否かのグレーゾーンの捉え方などが課題となっている。</p>			

### A-2 生活支援

		第三者評価結果	
A-2-(1) 支援の基本			
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 ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自律・自立生活に向けては、利用者の意向を優先し、ニーズのある利用者に対しては具体的にメニューを決めて支援している。利用者全体に向けては、事業所としての積極的な働きかけや動機付けなどは行っていない。アンケート調査や資料提供など、今一歩進んだ取組みによるニーズの掘り起こしが望まれる。</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	a ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個々の利用者の障害状況に応じ、トーキングエイドや50音表、点字、メールなどのコミュニケーションツールを使用し、意思疎通を図っている。それでも意思確認が難しい利用者に関しては、生活歴や家族からの情報などを支援の判断材料にしている。コミュニケーション能力を高めるための働きかけや、特別な支援はなされていない。</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 ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>特に、利用者の相談や意見を聞く機会は設定されていないが、夜勤者が勤務時間帯の中で時間を確保し、利用者とは話し合っている。相談の内容は即時記録され、相談事項はサービス管理責任者と協議の上処理され、さらに検討すべき事項であれば職員会議へ提出される。ただ、相談機会の設定も含め、対応が職員個々のスキルに委ねられており、十分機能しているかは定かでない。</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 ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が参加する主な活動は、個別支援計画に記載されている。日中活動は、文化系からスポーツ系までクラブ活動として様々な選択肢が用意され、本人の希望で自由に参加ができる。クラブ活動は、主にボランティアによって成り立っている。地域での活動やイベント参加については、特段の支援がなされていないが、利用者＝社会の一員として捉え、参加のサポートが望まれる。</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 ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員ミーティングや職員会議にて、利用者の障害の程度や状況に応じた事例検討を実施し、障害特性の理解に努めている。実際に車イスの体験や食事介助を受ける体験などを通し、支援時のポイントや支援を受ける側の快適さ・不便さなどを体感している。しかし、専門知識やスキルが十分でないと思われる職員も少なからずおり、課題を残す。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画および「入所者個別状況」により、個々に応じた支援の提供に努めている。また、利用者本人の健康状態などを考慮し、看護師と相談しながら無理のない支援にあたっている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室や共有スペースは清掃が行き届き、明るく清潔感が保たれている。騒音など利用者間のトラブルには、当事者の意見を聞きながら調整を図り、必要に応じ居室変更などを行っている。※施設内見学を実施しておらず、通路等から見える範囲でのコメント</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>機能訓練は、PT（理学療法士）が利用者全員のリハビリテーション計画を作成し、PT自身が直接行う場合と指導した職員によって行われる場合がある。いずれも生活リハビリを中心に行われ、日常生活動作の改善を図っている。リハビリテーション計画は、3ヶ月をスパンにモニタリングを行い見直しを行っている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師による日々のバイタルチェックや職員による排泄チェック、また医師の定期往診、年2回の健康診断などにより健康状態の把握に努めている。体調急変など緊急時の対応については手順化され、周知されている。健康増進としては、歩行訓練やポッチャなど障害の状況に応じて支援している。職員は喀痰吸引研修やAED救急救命訓練なども受講している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>服薬に関しては、管理から服用までのマニュアルが整備されて運用されている。また、「食札」には利用者個々の食事形態とともに服薬に関する事項も記載され、介助者が換わっても支障なく支援ができる形となっている。ストマやカテーテル処理、喀痰吸引等の医療ケアは、医師の指示の下に的確に行われている。</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	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者個々の希望による外出支援を行っている。一方、社会参加という面では学習支援、各種体験支援などの提供機会は少なく、社会人としての社会参加への意欲を高める支援は十分とは言い難い。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域移行のニーズのある利用者に対しては、各種情報提供や金銭管理の支援、福祉サービスの利用方法等々、地域生活のため必要な支援を行っている。しかし、利用者全員に対しての地域生活へのニーズ調査や自立生活への動機づけなどに関しては、積極的な働きかけはなされていない。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 年3回の家族会は、面会や行事を兼ねて実施され、利用者と共に過ごす機会となっている。また、家族からの意見聴取や相談にも応じている。年々保護者（キーパーソン）の高齢化が進み、後見人に託されるケースも増えている。家族への利用者状況の報告は、モニタリング時に実施されるが、コロナ禍にあってはオンライン面会やメールを用いた近況報告を実施している。		
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		