

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

一般社団法人 福祉サービス評価センター

②施設・事業所情報

名称： みずほ	種別： 生活介護	
代表者氏名： 西尾 千里	定員（利用人数）： 20 名	
所在地： 愛知県春日井市瑞穂通1丁目45番地		
TEL： 0568-84-5123		
ホームページ： https://youwasou.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 平成28年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 養楽福祉会		
職員数	常勤職員： 10 名	非常勤職員： 10 名
専門職員	管理者 1名	医師 1名
	支援員 8名	看護師 1名
	事務員 1名	支援員 5名 調理員 3名
施設・設備の概要	食堂・浴室・便所・相談室	
	医務室・機能訓練室	

③理念・基本方針

理念

- ・選ばれる事業所・親しまれる事業所

基本方針

1. 障がいのある人達が、人としての尊厳が守られその人らしく豊かな生活を実現できるように支援します。
2. 福祉サービスの充実に向けて、職員は専門職としての資質の向上に努めます。
3. 障がいの有無に関わらず、人々が相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現を目指して、地域の関係者とともに取り組んでいきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・職員は利用者一人ひとりの個性、障がい特性（身体機能、行動特性、精神面等）と立場を考慮して、自立を促す支援を行っている。
- ・事業所通所により生活リズムを整えるとともに、日中活動として作業と運動、リクリエーション等を組み合わせたメリハリのあるプログラムを取り入れ、日々の生活に喜びと充実感が得られるよう支援している。
- ・安心して通える施設として送迎、給食のサービスも行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3年 6月 1日（契約日）～ 令和 3年 12月 13日（評価決定日） 【令和 3年 10月 8日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （平成30年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>1. 職員の就業状況に配慮がなされている 定期的な個別面談や日頃の活動状況等から、超過勤務の減少や有給休暇取得に取り組んでいる。育児、介護休暇や子育て中の職員の転勤等、ワークライフバランスに配慮している。正規職員、非正規職員分け隔てなくチームワークが良くお互い協力しあう体制ができている。セクハラ、パワハラ等の悩み相談窓口も設けている。</p> <p>2. 利用者に配慮した生活環境 限られたスペースの中で、居室、食堂、作業室、トイレ等は明るく清潔に保たれている。備品類は整理整頓され、利用者のニーズや障がいの状況に応じた配慮や工夫をしてサービス提供を行っている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>1. 職員の教育、研修に関する基本方針 正規職員については、体系的に計画、実施されているが非正規職員については研修計画に含まれていない、研修の目的は必要な知識や能力を効率的に仕事に活かすのが主な目的のため効率化、福祉サービスの質の向上のためにも、平等に受講できるよう研修計画の策定を期待したい。</p> <p>2. マニュアルの充実 標準的なサービスの実施においてマニュアル（手順書）の配備は不可欠であるが充分とは言えず、整備が必要である。適正なサービス提供につながるような、見直しや改善も含めたマニュアルの整備が望まれる。</p>
--

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>第三者評価を受審し、事業所の取組みについて、改善点・努力点を見直す良い機会となりました。マニュアルについては、現状のものでは不十分であることを認識しており、今後、実践の場で活用できるよう整備していきます。職員研修について、非正規職員についても、事業所内研修はもちろん、法人内の他事業所と足並みをそろえて研修計画を作成し、職員全体の力量向上に努めたいと思います。みずほは活動スペースが限られていますが、地域資源も活用して活動の枠を広げるとともに、地域とのつながりが感じられる能動的な活動の工夫も意識していきたいと思います。利用者サービスの向上を目指すために、今後も利用者・保護者等の思いを真摯に受け止める姿勢をもって支援にあたる所存です。</p>

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	a	ⓑ	c
<コメント> ・理念に「選ばれる事業所・親しまれる事業所」を掲げ、「利用者の尊厳を守る」、「職員の資質向上に努める」、「共生社会の実現を目指す」との基本方針が明文化されている。 ・理念、基本方針はホームページ、パンフレットに記載、玄関等にも掲示されている。 ・職員には会議等で周知し利用者、家族等には送迎、保護者会等で周知していたが今年度はコロナ禍で保護者会が開催できていない。				

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> ・経営環境については、中期計画における外部環境分析(人口、障がい者数等)及び内部環境分析(利用者数、財務分析等)で明確にするとともに、「春日井市障がい者総合福祉計画」や会議、研修を通じても把握分析している。 ・経営状況については施設長等の幹部職員による経営会議等で把握し分析している。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・法人本部、当事業所は経営課題(サービスの質向上、地域連携、人材の育成、健全で透明性の高い運営)を明確にしている。また、役職員参加を義務づけたサービスの質向上委員会、地域貢献委員会、人材育成委員会を設け着実な推進を図っている。 ・経営課題は事業所の幹部職員だけでなく全職員に周知されるよう期待したい。				

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> ・法人の中期計画(令和3年～7年度)は基本理念の実現に向けて現状の課題を踏まえ、達成目標や推進スケジュール等を明示の上策定している。 ・法人の中期計画に事業所別個別事項が含まれているが、出来れば事業所単独の中・長期計画の策定が望まれる。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・事業所の単年度計画は法人の中期計画を踏まえ、環境面整備事業、防災・防犯体制構築、利用者や家族からの要望が多い延長サービスの検討、施設利用率向上への取り組み等で策定されている。 ・中期計画、収支計画の内容が単年度の計画に反映されるよう検討されたい。				

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は次年度予算策定期間までに、職員会議で意見、要望を聞き、集約して法人本部に提出している。 ・事業計画は理事会承認後に職員会議や研修で周知し、効率よく実施出来るように業務分担を行い、進捗状況の確認や、評価、見直し等適宜行っている。また、年度末には実施状況をまとめて報告している。 ・事業計画の策定、評価、見直しが一部の職員だけでなく組織的に行われるよう期待したい。 				
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	⑥	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は例年、利用者、家族等に保護者会で周知していたが、今年度はコロナ禍のため、やむなく配付のみで終わった。ただし、送迎時に機会を捉えて伝達している。 ・家族等に周知が不十分なため、事業内容を月間予定表に分かりやすく表現して配布した。 ・利用者が理解をより深めるためにはイラスト、写真等の視覚に訴える等の工夫が求められる。 				

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	⑥	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの自己評価を全職員が毎年実施し、第三者評価も法人の基本方針(健全で透明性の高い運営)で定期的に受審するよう義務付けている。 ・「利用者、保護者アンケート」を毎年実施し、その結果を職員会議等で検討のうえサービス向上に活かしている。 ・福祉サービスの質の向上に向けて評価、見直し等を組織的に実行されるよう期待したい。 				
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	⑥	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の中期計画策定時に、この4年間、各事業所で実施した福祉サービス第三者評価において改善を求められた主な事項を取りまとめ、未解決事項について中期計画の課題に取り入れている。 ・自己評価の結果を文章化するとともに会議等で課題を明確にしているが、改善点や見直し結果を次年度取組計画として具体化されるよう期待したい。 				

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	⑥	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の組織規程に施設長の役割と責任が明示されており、職員会議、研修等を通じて職員への周知を図っているが、組織内に十分に伝えられているとは言えず、より理解を図られるよう期待したい。 ・施設長が有事等で不在時の権限委任も、法人の規程に明示され職員に周知している。 				
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	a	⑥	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は障害者総合支援法等、遵守すべき法令等を理解し職員会議、研修を通じて周知を図っている。 ・厚生労働省、知的障害者福祉協会等より最新情報の入手に努め、特に働く立場に関する法令も職員に分かりやすく説明している。 ・非正規職員についても法令遵守は重要事項で研修、勉強会の参加を望みたい。 				

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> ・法人は中期計画の課題に「サービスの質向上」を掲げ、サービス向上委員会、で課題を討議検討している。会議内容は公表され情報の共有がされている。 ・事業所では毎月の職員会議で利用者支援、業務改善等の検討を行っている。 ・施設長は保護者アンケートや利用者からのサービスに関する要望等の聴き取りも積極的に実施して実現に努めている。また、ニコリホット(ニコリと笑顔になった出来事)報告等も活用し指導力を発揮している。		
II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ㉒ ・ c
<コメント> ・施設長は人事、労務、財務等について、経営の改善や実効性向上に向けて法人本部と常に情報交換を行っている。 ・事業所では業務の実効性を高める取り組みとして、業務の効率化を考え、職員研修や資格取得を推進しレベルアップを目指している。また施設長は稼働率や人員配置等、目標達成に努力しているが、組織内にも同様の意識を形成されるよう期待したい。		

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> ・事業所に必要な「福祉人材の確保」「人員体制整備」は中期計画や事業所の必要職員数に基づき法人本部で対応している。また、事業所でも就職フェアや学校訪問等、積極的に関わり情報提供している。 ・人材育成、職員定着は事業所で計画実施している。 ・定着については体系的研修、資格取得の優遇制度、永年勤続表彰等があり、また昇格、昇進の体制も確立している。		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉒ ・ c
<コメント> ・人事管理は、法人本部で行われ職員の処遇改善が図られている、また令和 3 年度より中期計画に基づき人事評価制度の見直しが行われる。 ・事業所での人事管理は夏期、冬季に施設長と職員が面談し課題を双方で認識して意向等汲み取り、キャリアパスに繋がるようにしている。 ・人事基準は定められているが職員に十分周知されているとは言えない。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> ・就業規則、給与規程により労務管理の責任体制を明確にしている。 ・出退勤はタイムカード、福利厚生制度は充実している。 ・職員とは定期的な勤務評価以外でも面談を行い就業状況等の意向を把握して、ワークライフバランスに配慮している。・就業環境の悪化防止のため、ハラスメントの相談窓口を明示して受付体制を整えている。 ・法人が職員の「事務業務負担軽減」を掲げ、ICT の活用、WEB 会議、記録システムの導入、アナログからデジタルへの変更に取り組んでいる。		
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 ・ ㉒ ・ c
<コメント> ・施設長は半年毎の勤務評価時に職員と個別面談を実施し、目標の経過や達成状況を確認している。 ・資格取得やスキルアップ等についても話し合いをしている。 ・職員一人ひとりの目標管理は十分でなく、成果や達成度等が分かるような取組を期待したい。		

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部の年間研修計画は、外部研修、内部研修、自己啓発(修学資金等貸付、通信教育の受講)OJT 等に基づき体系的に策定されている。 ・事業所もテーマを設け必要な研修計画(虐待防止、感染症予防等)を策定しており、研修も計画に沿って実施されているが、計画の評価と見直しも定期的に図られるよう期待したい。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員一人ひとり研修が受けられるように、個人面談時に希望を確認。受講すべき研修は経験年数、資格保有等により参加者を指名している。 ・研修受講後は「復命書」に受講が業務にどのように役立つかを記入して職員会議にて詳細報告し受講者以外でも分かるようにしている。 ・非正規職員等、すべての職員に教育、研修の機会が確保されるよう望みたい。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「実習生受け入れマニュアル」は作成されており、担当窓口、実習指導等の体制は整備されている。 ・事業所のスペースの問題で積極的には受け入れてないが、相手先との人数等の条件があれば可能である。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の中期計画(令和3年～7年)に「透明性の高い法人運営」を掲げ、事業所の情報をホームページ、事業案内、季刊誌等に掲載している。また、ワムネットで事業報告、収支報告等を掲載して情報公開している。 ・ホームページに理念、事業報告等掲載されているが、苦情相談等についても情報公開を期待したい。 		
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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の組織規程、経理規程等にルール、責任体制が明確にされ職員に周知している、また事務室の規程綴りで閲覧が可能である。 ・会計事務所による月次監査、法人監事による内部監査等が実施され、透明性の高い取組が行われている。 ・事業所では、定期的に報告会を開催し、日々の業務の見直しや改善を進めている。 		

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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の中期計画に「地域貢献」その細目に「地域との交流」が明示され職員も周知している。 ・利用者等は、近隣の挨拶や公園清掃、また公民館での作品展出展等で地域の方々との良好な関係を築くように努めている。 ・交流を広げるためにグループホーム等で行っている運営推進会議(町内会長、民生委員等が出席)等も参考にされたい。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアの受け入れはマニュアル等に詳細に手順が示され体制が確立している。 ・受け入れは、市民活動センター等より行っているが、コロナ禍のため休止中である。 ・コロナ収束後には、利用者のリクリエーションの充実や地域コミュニティとの交流にもなるので積極的な受け入れを期待したい。 		

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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・春日井市が発行する「障がい福祉サービスガイド」には各種関係機関・団体が掲載されている。事業所には常備されており常時閲覧可能で職員間の共有も図られている。 ・市福祉課、地域サポートセンター、総合支援センター等との連携を行っているが、関係機関等と定期的な連絡会の開催を期待したい。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は「地域貢献」を課題に掲げ、その推進組織として地域貢献委員会を設置し取り組んでいる。 ・「春日井市の福祉関連部署」「自立支援協議会の日中支援部会」「総合支援センター」また「特別支援学校進路指導」教員等から地域の福祉ニーズ等を把握しているが、町内会長、民生委員等の地域役員とも連携されるよう期待したい。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部は専門性を発揮した「地域貢献、公益的な取り組み」の推進として事業所の地域開放、障がいの理解促進、福祉の仕事の啓発、福祉出前講座、市民福祉講座等を行っている。 ・法人としては、災害時における要援護者の受入れを市と協定を結んでいる。 ・事業所内だけでなく地域の防災対策や住民の安全・安心ための備え等の取り組みも期待したい。 		

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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念「選ばれる事業所・親しまれる事業所」が法人パンフレットや職員行動規範に明記され玄関にも掲示されている。スタッフ会議では行動規範の読み合わせをしている。 ・利用者を尊重した福祉サービスの提供について定期的にセルフチェックを実施し理解に努めているが、チェック表の集計だけでなく次の計画に活かせるような取り組みを期待したい。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のプライバシー保護のマニュアルは整備されている。利用者の荷物は内部が見えないように工夫をして各々ロッカーに収納している。 ・余暇の時間はラジカセやパズル、長椅子に横になっている等、利用者一人ひとりが自由に過ごしている。 ・プライバシー保護に関する規定はあるので今後は、職員に対して理解を図るための研修を期待したい。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者の見学は施設長が対応し、丁寧な説明に心がけパンフレットを渡し情報収集に努め、見学者受け入れ用紙に記入し保存している。 ・法人パンフレットは法人内外のセンターや、事業所に配備している。 ・利用者にとってわかりやすい工夫をした事業所独自のパンフレットを作成し、利用者が情報を簡単に入手できるような取り組みを期待したい。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約書や重要事項説明書は、すべてルビが振ってあり、利用者や家族等にわかりやすいように工夫した内容となっている。 ・福祉サービスの開始、変更の内容については個別支援計画を基に、利用者や家族等に説明している。 ・説明内容が具体的に記録された書面、同意を得るまでの記録等の保管を検討されたい。 		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の事業所に「相談支援センター」があり、福祉施設・事業所の変更に関して利用者や家族の要望があれば連絡して支援する体制はできている。 ・意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化や、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書の作成を期待したい。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年1回の利用者調査及び利用者の日常会話や送迎時の家族等との会話を通して情報を入手し、利用者の満足上向上に努めている。 ・利用者の満足度調査の結果を職員で協議し、福祉サービスに生かす仕組みの構築が望まれる。 		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の体制は重要事項説明書に記載され、玄関にも掲示されている。 ・苦情に関する利用者アンケートは年1回実施、集計、検討し対応策を利用者、家族等にフィードバックし記録を保管している。 ・今後は苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表できる仕組みの検討を期待したい。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が意見を述べやすい個室の相談室が整備され、職員は相談や意見が述べやすいような雰囲気作りに努めている。送迎時の情報交換や電話相談等は、随時受け付けている。 ・相談内容は相談記録簿に記載し施設長が管理している。 ・利用者や家族等に分かりやすい相談窓口の案内掲示や、意見箱設置等の検討を期待したい。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・相談を受けた場合は、利用者からの相談職員の指名等に配慮し適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ・相談内容及び対応について相談記録簿に記載し職員には連絡ノートで周知している。 ・利用者の意見、要望に対し迅速に対応できるマニュアルの充実を期待したい。 		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・提出されたヒヤリハット報告や事故報告について、スタッフ会議で要因分析や対応策を話し合い再発防止に努めている。 ・リスクマネジメント委員は指名しているが、委員会の開催はなく体制が機能していない。 ・事故発生時の対応や安全確保について責任を明確にしてマニュアルを作成し、職員に対して研修会の開催等を期待したい。 		

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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症マニュアルが整備され法人、事業所の責任者及び役割が明確で管理体制が整備されている。 ・感染予防策として手洗い、うがい、消毒、換気対策に努め、利用者は月一回のおやつ作りの前には、手洗いの動画を見ている ・利用者は全員新型コロナワクチンの接種が済んでいる。 ・今後は感染症マニュアルの見直しや、職員の研修を期待したい。 		
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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年二回利用者と職員による地震・火災を想定した避難訓練を実施している。 ・訓練は消防署から水消火器を借り消火訓練や利用者の避難場所への誘導等を実施しているが、更に消防署、警察、地域住民等と連携した訓練の実施などを期待したい。 ・備蓄一覧表には賞味期限を記入し定期的に点検補充している。備蓄は利用者や職員用として食料品や水など3日分を準備している。 		

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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な実施方法は一部明文化されているが、職員間では口頭引継ぎが多く標準的な実施方法の確認が十分行われていない。 ・スタッフ会議で個別支援計画の実施方法の説明は行われているが、PDCAサイクルに基づいての実施が十分とはいえない。 ・利用者に適正なサービス提供ができるような、マニュアルの整備や事業所内研修による職員への周知を期待したい。 		
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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な実施方法について検証、見直しが十分ではない。 ・個別支援計画に沿って実施した結果や職員・利用者からの意見を、標準的な実施方法の検証や見直しに反映する仕組みを構築されたい。 		
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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは利用者や家族等の意見・状況に基づいて行い、必要に応じて看護師等の参加を求め多職種の関係職員が参加する月例会で協議して、個別支援計画を策定している。 ・個別支援計画の見直し担当者・見直し時期はサービス等利用計画に表示しており、利用者毎に担当者が中心となって月例会で協議し策定している。 ・作成や見直しの手順に関してマニュアルを作成し職員に周知されたい。 		
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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の評価・見直しは担当者を決め年間予定表に組み込み、半年毎に実施している。 ・担当者は個人記録用紙、利用者や家族等からの情報を参考に個別支援計画の改定案を作成し、会議で評価・見直しを行っている。見直しをした個別支援計画書は利用者、家族に説明して同意を得ている。 ・個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備することが望まれる。 		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・毎日終了時に当日のリーダーがまとめをして利用者の個人記録用紙や職員連絡ノートに福祉サービスの実施状況を記入している。 ・職員は翌日出勤時に職員連絡ノート、医務連絡ノートを読みサインをすることで全職員が情報を共有したことが確認できる仕組みとなっている。 ・現在は紙が主であるが、法人が主導して PC ネットワークシステム利用による一元的な情報共有の仕組みを構築されることを期待する。		
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> ・法人の個人情報保護規定に記録の保管方法、保存期限と廃棄、開示請求等について記載されている。利用者や家族には重要事項説明書で説明している。 ・外部からの USB メモリーは持ち込み禁止で事業所では共有フォルダを使用して、定期的にウィルスチェックをして取り扱いや情報漏えい対策に努めている。 ・個人情報保護の観点から職員に対し教育や研修の充実が望まれる。		

【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> ・利用者の自己選択を尊重し、作業では職員と相談しながら利用者が選択できるように支援に努めている。 ・散歩、買い物、カラオケについても利用者の意向に沿った支援を行っている。 ・意向確認が困難な利用者に対しては、表情や動作を確認して家族と相談しながら個別支援に取り組んでいる。 ・利用者の権利(障害者の権利)について全職員が検討し理解共有する機会も設けられたい。		

A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	障 47	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・利用者の権利擁護、虐待防止マニュアルは整備され、みずほ運営規定にも明記されている。職員はセルフチェックシートを利用し理解度の確認している。 ・法人内に虐待防止委員会があり事業所の取組状況を確認している。虐待防止について玄関に掲示してある。 ・今年度から中期計画の中でサービス向上委員会を設置し、人権尊重と虐待防止対策の推進について検討中である。		

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> ・アセスメントにより利用者の状況を把握して個別支援計画書を作成し、一人ひとりの自律・自立に配慮した支援に努めている。 ・利用者の中から順番に当番を決め、当番になった利用者が朝の会・帰りの会での挨拶の声出しや、作業後の片づけ、清掃、買い物など自宅できない経験を通して、自律・自立生活のための経験を積むことが出来るように支援している。		

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	㉑・ b・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・言葉で理解できない利用者には指差し、ジェスチャー、筆談等に対応している。下膳が理解できない利用者には下膳の状態を写真に撮りファイルにして示すなど工夫して、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に努めている。 		
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	㉒・ b・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活の中で利用者が自由に相談できるように、また申し出があったときは相談室で話を聞くなど雰囲気づくりや傾聴に努め、相談内容は相談記録簿に記入している。 ・相談内容により職員会議で検討し必要に応じて個別支援計画や支援内容の変更を行っている。 ・意思疎通に困難がある利用者に対しては、一日の活動予定は口頭やジェスチャーなどで説明している。 ・作業やティータイムの飲み物選択や、散歩の目的地選択等を通して利用者の意思を尊重する支援に繋げている。 		
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・ ㉓・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中活動は利用者で当番を決め予定をボードに記入している。 ・現状は事業所が準備した活動に対し利用者が選択し、選択困難な場合はアセスメント状況や家族等と相談しながら対応している。 ・「きずなコンサート」や利用者・家族・職員との「福祉の里での会食」はコロナ禍により中止している。 ・利用者に地域のイベント等の情報を提供することにより、地域との交流を深めるような支援を期待したい。 		
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	㉔・ b・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は障害特性の理解を深めるため外部研修(強度行動障害支援者養成研修、知的障害者を理解する講座、知的障害援助専門員通信教育)に参加し、専門知識の習得と支援の向上に努めている。研修後は資料を配布して、スタッフ会議や職員会議で報告している。 ・不適応障害の利用者に対して個別のかつ適切な対応をすることで、パニック状態の利用者も落ち着くなど実践の支援に活かされている。 		
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・ ㉕・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事は委託業者から材料が届き業者の献立に沿って調理師が事業所で準備しているため、温かいもの、冷たいものに対応できている。 ・食後の口腔ケアは歯磨き終了後、職員がチェックするなど個別支援計画に基づく日常的な生活支援をおこなっている。 ・食事に対する利用者の意見は記録しているが、献立への反映には至っていない。今後は委託業者との検討会等を通して、利用者がおいしく、楽しく食べられるような支援の工夫を検討されたい。 		
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・ ㉖・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中の作業は1階2階の限られたスペースで、特に安心・安全に配慮しながら対応している。 ・休憩中はヘッドホンでラジカセを聞いたりパズルをしたり、利用者が思い思いに過ごせるような生活環境の工夫に努めているが、更に利用者の意向を把握する取り組みが求められる。 		

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	㉗・ b・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者は月1回嘱託医(整形外科医)の診察を受け、医師の指示記録に基づいて看護師が中心になり機能訓練、生活訓練を実施している。 ・定期的にモニタリングを行い、機能訓練、生活訓練プログラムの検討見直しをし生活能力の向上に繋げている。 ・おしぼりたたみ、配膳、食器片づけなど利用者の障害の状況に応じて、自発性の促進に向けた支援をしている。 		

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
<コメント> ・利用者には年1回の健康診断、月1回の血圧、体重等のバイタルチェックを行い健康状態と体調変化の把握に努めている。 ・送迎時に家族から得た情報や前日の健康状態の変化等の記録は、朝のミーティングで報告し職員間での情報共有に努めている。 ・緊急時の対応については全職員に対する研修を期待したい。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・服薬等の管理は医務マニュアルに沿って医師の指示通り行っている。内服薬は処方箋を確認してロッカーで保管し、内服介助は看護師や正職員で対応している。 ・今後は医療的な支援の研修やマニュアルの見直しなどが望まれる。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> ・ティータイムの飲み物選択や外出時の目的地選択は事前に情報提供し、利用者の希望と意向を尊重した対応に努めている。 ・外出は複数の中から選択している。買い物ツアーもグループでコンビニへ出かけ、又計算を学びたい利用者にはタブレットで計算アプリの指導をするなど、社会参加や学習の支援に繋げている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・買い物ツアーで近くのコンビニエンスストアへ行き欲しいものを買うなど、利用者の意向を尊重した地域生活のための支援に努めている。 ・高齢化に伴う地域生活継続への支援に関しては利用者・家族等の意向を尊重し、法人内の総合相談支援センターや地域サポートセンターと連携の準備を進めているがまだ十分ではない。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> ・利用者の家族とは送迎時の会話や連絡ノートで相互の情報交換を行っている。また電話相談も随時受け付け、必要に応じて助言等の支援を行っている。 ・体調不良や緊急時の家族への報告・連絡は「緊急対応確認シート」を利用し適切に行われている。 ・「みずほだより」を発行し事業所や利用者の情報を伝え、家族の相談にも随時応じている		

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		