

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： 銀河 | 種別：生活介護 | |
| 代表者氏名： 川崎 高子 | 定員（利用人数）： 40名（43名） | |
| 所在地： 愛知県小牧市大字大山字岩次208-3 | | |
| TEL： (0568) 47-2555 | | |
| ホームページ： www.aichi-seikokai.or.jp | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日： 平成19年 4月 1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人あいち清光会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 16名 | 非常勤職員： 19名 |
| 専門職員 | （管理者） 1名 | （社会福祉士） 3名 |
| | （サービス管理責任者） 1名 | （介護福祉士） 6名 |
| | （看護師） 1名 | （精神福祉士） 1名 |
| | （事務員） 1名 | （支援員） 21名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等） 作業室、所長室 |
| | | 事務室、医務室、食堂、厨房 |

③理念・基本方針

★理念

「“この子、わが子なりせば”の親の愛を忘れることなかれ」を大切にその人なりの生き甲斐のある生活と自己実現に向けて、一人ひとりの豊かな地域生活支援を目指します。

★基本方針

利用者が主体となり、何事にも自己選択・自己決定出来るように配慮し、基本的な生活習慣を身に付けるとともに、働く喜びや生き甲斐を見つけ、地域により豊かな生活を目指した支援を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①自主製品のレベルアップ、売り上げアップをめざしていく。
 - ②コメット弁当は障害者理解及び地域貢献として小牧市高齢者配食サービスを受託している。
 - ③衛生委員会、感染症対策委員会、防災委員会、虐待防止委員会、強度行動障害対策委員会等、各委員会をより実践で生かせるものにするとともに、人材育成、専門性を高める努力をしていく。
 - ④作業以外に文化芸術活動（絵画、音楽、陶芸、ダンス等）に力を入れ取り組んでいる。具体的には地域の展覧会などに出展し、参加することで利用者の生きがいを見つける事で生活の質の向上を図っている。又、障害者アートを地域に広めている。
 - ⑤防災の強化を図り、災害時に備え準備を進めていく。
 - ⑥強度行動障害の方への支援強化を図り、研修などに積極的に参加し職員のスキルアップに努めている。
- ※社会生活力を高めるための体験・学習を目的とした地域生活体験やシリアスのパンを地域で販売し地域交流等行う取り組みはコロナウイルス流行のため中止しているが、状況を見ながら再開予定。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|--|
| 評価実施期間 | 令和 4年 1月 5日（契約日）～ 令和 4年 4月 18日（評価決定日） 【令和 4年 3月29日(訪問調査日)】 |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 4 回 （平成30年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者不在時の権限の委任先

近年、全国各地で大きな自然災害が発生している。被災した福祉施設の中には、指揮命令系統が機能せざる確な判断がなかったために、人的被害が拡大してしまった例も少なくない。当該事業所では、「職務分掌」によって管理者を含む職員の業務分担を明確に規定し、さらに「施設長不在時における権限委任」を策定し、多様な管理者の職務の一つひとつについて、権限の委任先を明確にしている。災害時に限らず、平時においても職務権限の委任先を定めている点で、秀逸な取組みと評価したい。

◆送迎サービスに見る理念の実践

「利用者の高齢化への対応」が喫緊の課題であるが、それ以上に深刻なのは「キーパーソンの高齢化」である。家族の高齢化によって、利用者の送り迎えに支障が出てきている。家族の窮状を察した職員から「送迎サービス」の提案があり、検討の結果今年度から実施に移されている。理念の一節に謳う「一人ひとりの豊かな地域生活支援」の延長線上の取組みである。

◆新たな公益的な活動：独居高齢者の安否確認

手作り弁当の販売から、市との委託契約により、独居高齢者への弁当の宅配サービスへと進展がみられる。さらに、弁当配達時に安否確認をするサービスを付加しており、市の福祉事業への大きな貢献となっている。弁当の配達時に独居高齢者本人からサインをもらう作業は、本人の不在等もあって必ずしも簡単な業務とは思えない。コストを度外視して公益的な活動に積極的に取り組んでおり、社会福祉法人としての使命感を感じさせる活動である。

◆利用者中心の支援

アセスメントで作業の種類やクラブ活動などの希望を聞き取り、可能な限り利用者自身がやりたい活動に参加できるようにしている。作業やクラブ活動に限らず、おやつやドリンクなどに関しても選択する機会を設け、少しでも意思決定できるような環境づくりを心がけている。「施設外に買い物に行きたい」など、利用者から時を定めずに意向が示されることも少なくない。そのような個別の対応が求められる要望に関しても、職員で協議して可能な限り対応している。常に、利用者の思いや意向を中心に据えて支援している。

◇改善を求められる点

◆適切な情報公開

法人のホームページが充実しており、法人の情報とともに各事業所の情報も盛り込まれている。「情報公開」のページを設け、法人の主要な情報（「現況報告書」、「定款」、財務諸表等）を掲載し、「第三者評価結果」や「苦情対応」のページもある。ただ、「苦情対応」のページには、苦情解決の仕組みを説明するに留まり、苦情に対応した記録（苦情の内容、解決策等）は掲載されていない。「苦情解決規程」との整合も考慮し、適切な情報公開が望まれる。

◆災害時の地域連携

定期的に防災委員会を開催し、マニュアルの見直しや備蓄品のチェックと管理を行っている。また、定期的に法人内の各事業所と地域の福祉施設からなる日中活動連絡会で、災害時の対策等の情報交換をしている。しかし、具体的には災害時の地域連携の仕組みが構築されていない。今後は、周辺の福祉施設とのネットワーク化を図り、災害時に周辺施設や地元自治会、近隣住民と連携が取れるような仕組みづくりを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成24年の初回受審から4回目の受審となりました。
毎回多くの気付きがあり、少しずつですが求められるレベルを理解し改善してきました。
第三者評価受審の継続の大切さを感じています。

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（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 | ①・b・c |
| <コメント> 基本理念は、ホームページやパンフレットに明記されている。また、職員の行動規範となる「支援者心得12条」についても、朝礼や毎月の職員会議で唱和して周知を図っている。家族に対しては、事業計画等の説明とともに家族会にて伝えられ、利用者に対しては、日頃の支援の中で丁寧に伝えられている。 | | |

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 | ①・b・c |
| <コメント> 理事長が県・知的障害者福祉協会の会長を務め、いち早く様々な情報が入手できる環境にある。コロナ禍によって対面での情報収集は限られているが、インターネットを駆使しての情報収集が日常的となり、事業運営に関する情報はかえって増加している。経営状況に関しては、外部の専門的な会計会社と契約し、財務管理やコスト分析などを行っている。 | | |
| 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 | ①・b・c |
| <コメント> 「適正な職員配置を可能とする人材確保」、「パン工房シリウスの再開」、「重度化・高齢化対策」の3点を経営課題として捉えている。人材確保は、休業中のパン工房の職員を現場支援員に配転することで充足された。パン工房の再開は、1年間の再開計画を立て、まずは法人内対応から開始する計画である。重度化・高齢化対策として、法人内に高齢化対策委員会を設置して検討を進めており、キーパーソンの高齢化にも着眼している。 | | |

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 | ①・b・c |
| <コメント> 2019～2023年にわたる5ヶ年の中・長期計画（「あいち清光会第5次5ヶ年計画」）が策定されている。予期せぬコロナ禍によって、計画の一部は変更（遅れ）を余儀なくされているが、都度、必要な見直しを実施されている。計画に合わせて、綿密に収支予算を組んでいる。 | | |
| 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・②・c |
| <コメント> 単年度の事業計画は、法人の中・長期計画を受けて策定されている。事業内容の全般を網羅した年度計画となっているものの、中・長期計画が期限管理に重きを置いているため、事業計画に取り上げられた5点の「今年度の重点施策」には数値目標の設定がない。期中での進捗管理や年度末の最終評価を曖昧にしないためにも、可能な範囲で数値目標を設定して取り組むことが望ましい。 | | |

| | | |
|---|----|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 各作業グループや各部門で、担当者が意見を集約して素案を作成し、班長による「企画会議」、法人幹部による「運営会議」を経て事業計画が成案となる。理事会で承認された事業計画は、職員会議にて全員に周知されている。事業計画の作成プロセスが事業所内だけで進んでおらず、法人内の他事業所との調整やレベル合わせも行われている。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 事業運営に協力的な家族が多く、出席率の高い家族会で事業計画の内容を伝えている。新たな事業展開の拠点として、JAが撤退した建物を取得して改装し、広い多目的ホールを使って家族会を開催している。コロナ下にあっても、広い空間で2部制に分けて家族会を開く等、感染防止に配慮してこれまで通りの家族会が開催されている。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> これまでの家族アンケートに替えて、個別支援計画の説明時に家族意見を収集することとした。そこから出た家族の意見と職員意見とを調整し、今年度から利用者の送迎サービスを開始している。送迎サービスは、家族の高齢化に対応する施策でもある。コンプライアンス、権利擁護、リスクマネジメント、強度行動障害、高齢化対策等の委員会を通して、サービス内容の検証と評価、改善を進めている。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 定期的にあ受審している第三者評価の結果を検討し、また職員による自己評価の結果をも加味し、積極的な改善活動に取り組んでいる。改善にあたっては、常に利用者を主体的に捉えている。その典型例が「送迎サービス」であるが、家族の高齢化による送迎の困難さを解消し、利用者の利便が図られている。コロナ禍によって外出支援が減少し、職員に時間的な余裕ができたことも、「送迎サービス」の発想の契機となった。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>管理者の役割や責任の所在は、「運営規程」や「職務分掌」、組織図によって明らかになっている。毎月開催される職員会議の最後に、管理者が自らの所信を述べている。管理者の所信は議事録に記載され、回覧によって会議に参加できなかった職員にも周知が図られている。「職務分掌」や「施設長不在時における権限委任」によって、様々な職務権限が、それぞれ誰（どの職員）に委任されるか定められている。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>法人内にコンプライアンス委員会が設置されており、法令遵守の徹底と問題発生時の対応等について具体的に取り組んでいる。法人主導で権利擁護に関する職員研修を実施し、虐待の防止や個人情報の取扱いが不適切にならないよう留意している。労務関係は、契約する社会保険労務士から適切なアドバイスを得て、労働法の精神に合致し、時代に合った制度改正等を行っている。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>「利用者の高齢化への対応」が喫緊の課題であるが、それ以上に深刻なのは「キーパーソンの高齢化」である。家族の高齢化によって、利用者の送り迎えに支障が出てきている。家族の窮状を察した職員から「送迎サービス」の提案があり、今年度から実施に移されている。コロナ下ではあるが、グラウンドに模擬店を並べて「秋まつり」を開催したり、「カフェ」を実施したりしている。活動場所が確保され、「陶芸」（創作活動）が本格化の兆しである。</p> | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「適正な配置基準を満たす人材の確保」も大きな課題である。コロナ禍によって事業が止まっているパン工房（シリウス）の職員を支援の現場に転転し、当面の職員不足は解消している。ボトムアップの会議体が機能しており、各作業グループ等の担当者の意見を班長による「企画会議」に挙げ、さらに法人幹部による「運営会議」で検討する仕組みが構築されている。</p> | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>1. 7対1の職員配置を維持し、さらに新たな事業展開に向けての人材確保に取り組んでいる。人材確保（採用）は法人主導で行われており、「人材採用計画」及び「人材育成計画」に沿って実施されている。定着対策も法人の基本方針に沿って、法人主導で行われており、職員にとっての働きやすい職場づくりを、制度面や処遇面からアプローチしている。</p> | | |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | 障15 | a ・ ① ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「キャリアデザインシート」によって、職階や年齢に応じた必要な能力、受講すべき研修等が定められ、長年の課題であったキャリアパスが構築された。「目標管理シート」を活用した目標管理制度も導入されている。総合的な人事管理制度の完成は、人事考課制度の導入を待つこととなるが、性急に事を進めず、じっくり時間をかけて制度設計をすることが望ましい。</p> | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>法人を挙げて働きやすい職場づくりに取り組んでおり、職員の雇用は安定している。年間2回、管理者との定期的な面談があり、職員個々の就業に対する意向や要望が聞き取られている。ワーク・ライフ・バランスにも配慮し、子育て世代の職員の短縮勤務、家族を介護するための介護休業、家族の通院に付き添うための休暇等、家庭と業務とが両立するよう支援している。ハラスメントに対する相談窓口も設置されている。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「キャリアデザインシート」によって期待する職員像が明文化されており、職員は自らの将来の姿を描くことができる。「キャリアデザインシート」に基づき、「目標管理シート」を使った目標管理が行われている。事業所の課題を改善するために、各グループが課題に沿った「目標」を設定し、それを職員一人ひとりの「個人目標」に展開している。上司との面談で目標を設定し、中間評価、期末評価も適切に行われている。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「キャリアデザインシート」を基に人材育成計画が作成されており、「職場研修体系」が構築されている。履修後に提出される「研修報告書」には、研修の目的・目標や受講後の自己評価が記載され、所感として研修での気づきやアクションプランも記載されている。研修受講の1年後には、アクションプランの成果を評価している。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「キャリアデザインシート」により、職員の職種や職階に応じて必要とされる研修が明示されており、職員はそれに沿って研修を受講している。「研修台帳」によって職員の研修履歴を管理しており、開催年度ごと、職員ごとに記録を残している。コロナ禍によってリモート研修が増え、勤務シフトの調整の必要性も少なく、研修に参加しやすい環境になっている。非正規職員（パート職員、嘱託職員）にも研修参加を呼び掛けている。</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 ・ ① ・ c |
| <p><コメント></p> <p>かつては保育実習生の受入れが中心であったが、近年では社会福祉士の実習生受入れも実績を出している。受入れにあたっては、担当職員がマニュアルに沿って実習を進めている。しかし、コロナ禍によって今年度の実習生受入れは中止を余儀なくされている。コロナ収束後には、積極的な実習生の受入れを期待したい。</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 ・ ① ・ c |
| <p><コメント></p> <p>法人のホームページが充実しており、法人の情報とともに各事業所の情報も盛り込まれている。「情報公開」のページを設け、法人の主要な情報（「現況報告書」、「定款」、財務諸表等）を掲載し、「第三者評価結果」や「苦情対応」のページもある。ただ、「苦情対応」のページには、苦情解決の仕組みを説明するに留まり、苦情に対応した記録は掲載されていない。「苦情解決規程」との整合も考慮し、適切な情報公開が望まれる。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事業所の事務や経理、契約、取引、購買等については、「経理規程」によってルール化が図られており、「職務分掌」によって責任者や担当者が明確になっている。さらには、会計専門の企業と契約して経理、財務のチェックを受けている。法人監事による内部監査や行政の監査においても、特段の指摘事項はない。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「令和3年度銀河事業計画」の中に、今年度の重要施策として、「地域交流・地域貢献」の方向性と具体的な取組みの内容を記載している。コロナ禍によってパン工房（シリウス）は活動を中止しているが、手作り弁当部門（コメット）は、毎日50食程度を地域に販売している。市の委託を受けて独居の高齢者へ弁当を届け、併せて安否確認を行っている。</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 ・ ② ・ c |
| <p><コメント></p> <p>新型コロナウイルスへの感染防止の観点から、原則ボランティアの受入れを見合わせている。唯一、有償ボランティアとして訪問理美容を毎月2回受け入れるに留まっている。コロナ収束後には、従来にも増してボランティアの受入れが実施されることを期待したい。</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 | a ・ ③ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>理事長が県・知的障害者福祉協会の会長を務めていることもあり、行政（県、市）とは適切な連携が図られている。事業運営に関わる関係先は、「事業者一覧」としてリスト化してある。課題としては、事業所が立地するエリアに他法人の福祉施設（高齢者施設、障害者施設等）が林立しているが、これまで交流・連携がなく、ネットワーク化が図られていない点である。</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 | ④ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>市の自立支援協議会に参加して地域の福祉ニーズの把握に努め、法人の相談支援事業所からも情報を得ている。特に相談支援事業に関しては、担当する相談支援専門員が10年、15年と長い勤続年数であり、地域の福祉事情を十分に理解した上で相談支援にあたり、適確な福祉ニーズを収集することが可能となっている。</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 | ⑤ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>手作り弁当の販売から、市との委託契約により、独居高齢者への弁当の宅配サービスへと進展がみられる。さらに、弁当配達時に安否確認をするサービスを付加しており、市の福祉事業への大きな貢献となっている。創作活動（陶芸等）の拠点となる施設（「月光」）が整備され、空きスペースを地域に貸し出している。既に、地域の文化活動（ダンス教室）の利用実績がある。</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 | a . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>利用者主体の基本姿勢を謳った「法人理念」や「支援者の心得12条」、「倫理綱領」等は、入社時の研修で理事長や管理者が説明をしている。非常勤職員も参加する銀河会議（職員会議）や日々の夕礼の場で、「法人理念」や「支援者の心得12条」などを折に触れ話をしている。事例検討など、共通理解を持つための取組みも行っている。</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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>「職員行動規範」や「法令順守規程」は、定期的かつ緊急的に周知徹底を図っている。個別支援計画作成時には、作業面や食事などの配慮が必要なことを確認している。虐待防止委員会を定期的に開催しており、毎月チェックシートを活用して、困っていることや他の職員の良いことを記入するなどの工夫がある。</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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>法人パンフレットは写真が多く使用され、見やすく分かりやすく作成されている。行政が発行している「サービス事業者一覧」に情報提供したり、関係機関にはパンフレットを配置している。ホームページの更新は、担当職員を決めて出来るだけリアルタイムな情報を載せるようにしており、職員採用に繋がったこともある。</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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>支援の開始や変更にあたり、本人の能力に合わせて写真やイラストを入れ、日常生活や作業内容等を分かりやすく伝えている。利用者の平均支援区分が高いため、保護者の意見が優先されることもあり、利用者本人の意思を表出するための工夫を期待したい。</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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>福祉サービスの内容や事業所の変更、地域、家庭への移行については、法人内の相談支援事業所や関係機関と連携をしている。今後は、必要に応じて退所後のフォローを継続的に行えるような仕組みづくりを期待したい。</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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>毎月の家族会や二者懇談、モニタリング時に、意見や要望を聞く機会を設けて満足度を確認している。利用者から出された要望はホームルール、銀河会議（職員会議）で検討し、スピード感を持って対応している。要望事項や取り組んだ結果などを、利用者や保護者に周知する仕組みの検討を期待したい。</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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みや体制は整備され、掲示物も掲示されている。その他にも玄関に意見箱を設置して申し出しやすいように取り組んでいる。今年度は苦情はなかったが、苦情があればホームページで公開することとしている。苦情がなかった場合には、「苦情がなかった」ことをホームページに掲載することが望ましい。</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><コメント></p> <p>苦情や相談については、施設内に張り出してある掲示物、玄関に意見箱の設置、連絡ノートなど、申し出しやすいように複数用意している。相談は担当者以外でも聞き取れることを伝え、希望される場所に対応できるように配慮をしている。これらのことは「重要事項説明書」にも明記され、周知が図られている。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見を受け付けた際の記録や手順はマニュアルがあり、まずはグループ内で周知・検討し、解決できないことは夕礼や職員会議で取り上げ、可能な限り迅速に対応するよう心掛けている。個人的な要望や困りごと、積極的に受け付けて対応している。</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><コメント></p> <p>法人のリスク管理委員会のメンバーは、理事長、施設長、事務局長、看護師、サービス管理責任者で構成され、ヒヤリハットや事故報告書を分析し、原因究明と未然防止策、再発防止策を検討している。また、全職員を対象に、保険会社から講師を招いて専門的なKYT（危険予知訓練）の研修を行っている。</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><コメント></p> <p>法人内に産業医を含む衛生委員会、感染症対策委員会、感染症対策チームが組織化され、感染症の予防と対応の体制を整備している。定期的に感染症予防の勉強会を開催したり、看護師が中心となって対応マニュアルの見直しを行っている。委員によるLINEグループを作っており、感染症等が発生した場合に素早く情報共有できるようにしている。</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 ・ ① ・ c |
| <p><コメント></p> <p>定期的に防災委員会を開催し、マニュアルの見直しや備蓄品のチェックと管理を行っている。また、定期的に法人内の各事業所と地域の福祉施設からなる日中活動連絡会で、災害時の対策等の情報交換をしている。今後は、災害時における周辺の福祉施設や地元自治会、近隣住民との連携が取れるような取組を期待したい。</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 ・ ① ・ c |
| <p><コメント></p> <p>サービス提供についての標準的な実施方法のマニュアルは整備されている。新人職員の習熟度具合や支援、作業手順を変更した場合に、現場での支援がマニュアル通りに実施できているか等の効果を測定・検証する仕組みづくりが望まれる。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>マニュアルは必要に応じて更新され、最新の状態が維持されている。さらに、強度行動障害などの専門的な研修に参加した職員が中心になってマニュアルの見直しを行うなど、組織的に取り組んでいる。個別支援計画は毎月モニタリングが行われ、計画変更や追加等があれば、夕礼や毎月の銀河会議で協議して変更を行っている。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事業所独自の「アセスメントシート」に基づいて個別支援計画が作成され、半年に1度見直しを行っている。個別支援計画は、担当者とサービス管理責任者、関係職員（看護師や栄養士、グループホーム職員など）と連携を取って作成している。</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 ・ b ・ c |
| <p><コメント> 毎月行っているモニタリングで支援計画の進捗状況を確認し、必要に応じて変更している。目標達成であったり、計画の変更がある場合には、担当者とサービス管理責任者を中心に会議で検討している。会議に参加できなかった職員には、議事録を回覧して周知している。</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 ・ b ・ c |
| <p><コメント> 個別支援計画に掲げられた支援の内容や健康状態、それ以外の事なども毎日パソコン(「愛ちゃん」システム)に入力し、それを紙ベースでファイリングしている。個別支援計画や健康状態に関することは蛍光ペンでマーキングして分類しているが、より確実に確認できるように記録方法の改善を期待したい。</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 ・ b ・ c |
| <p><コメント> 「個人情報保護規程」等により、利用者に関する記録の管理等が定められている。職員に対しての注意喚起として、定期的に銀河会議でも話をする機会を設けている。パソコンの管理については、パスワードや指紋認証等のセキュリティ対策を検討して、管理体制を強化することが望ましい。</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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> アセスメントで作業やクラブ活動などの希望を聞き取り、可能な限り自分がやりたい活動に参加できるようにしている。また、一昨年自治会が発足し、毎月会議が行われており、利用者が自由に意見や希望、要望を発表できる場となっている。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 毎月虐待防止委員会を開催している。全職員にアンケートを行っており、委員会ではデータを基に振り返りや意見交換をしている。今のところ身体拘束が必要な利用者はないが、利用者が情緒不安定になった場合には、落ち着くまで別メニューで個別に対応している。職員は専門的な研修に参加して知識を高めており、疑問点があれば専門医に相談することもできる。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 施設内に留まらず、地域のお祭りや行事への参加等、社会資源を活用した活動も取り入れている。日々の活動において、身だしなみや歯磨き、お金の使い方など、利用者個々の能力に合わせて、少しでも出来ることを増やせ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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> アセスメントして把握したコミュニケーション手段を基に、利用者本人に伝わりやすい方法（写真やイラストなど）で対応している。利用者の意思や希望をより適切に理解するために、必要に応じて家族等と連絡を取り合って確認している。 | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 利用者から希望があれば、いつでも話を聞く体制を整えている。相談内容によりホームルームや銀河会議で報告することで、職員は情報共有している。また、作業やおやつ、ドリンクなど、選択する機会を設け、少しでも意思決定できるような環境づくりを心がけている。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 日中活動は個別支援計画に則り、基本的に利用者の希望に合わせて実現できるように取り組んでいる。施設外に買い物に行きたいなど、利用者から時を定めずに意向が示されることも少なくない。そのような個別の対応が求められる要望に関しても、職員で協議して可能な限り対応している。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 法人内の各事業所を縦断した強度行動障害対策委員会があり、困難事例や自閉症などの障害に関する専門的知識の習得と支援の向上に取り組んでいる。個別に配慮が必要な利用者に対し、不穏時に個室で特別なメニューを行うことで、行動も落ちついてきた事例がある。個別対応を実施する際は、銀河会議で支援方法を話し合い、共通理解をした上で実施に移している。 | | |

| | | | |
|--|-----|---|-----------|
| 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 | ① | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の自治会で食事メニューのリクエストを取りまとめ、献立に反映させる機会を設けている。また、個人の嗜好や量の増減などにも柔軟に対応しており、美味しく食べられるよう取り組んでいる。個別支援計画に従って排泄を支援しており、おしりを拭く補助や定時の声掛け・誘導などを行っている。</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 | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>新型コロナウイルスへの感染防止の観点から、施設内を十分に見学できなかったが、館内は清潔、適温で明るい雰囲気には保たれている。また、安全対策として扉の向きを変えたり、手すりを追加するなど、事故防止に配慮している。食堂は2階にあるが、必要に応じて1階で昼食を摂ることも可能である。</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 | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>現在、身体障害の利用者はおらず、機能訓練は特別には行っていない。年齢的に、体力の衰えが見られる利用者には、散歩や運動など体力維持の取り組みを行っている。また、一部の利用者ではあるが、保護者がリハビリ専門医に指導を受けたことを聞き取り、活動に取り入れている。</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 | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>施設では、毎日検温を行っている。連絡ノートで家庭での様子や健康状態を確認し、情緒不安定や体調不良等、何か変化があれば早期に対応できるように連携を取っている。常勤の看護師の配置があり、予期せぬケガや突然の体調不良に関しても、素早く対応できている。</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 | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>服薬の管理については、マニュアルに基づいて家族から各グループの職員が受け取り、看護師が確認をしている。現在は食品アレルギーの利用者はいないが、対応できる体制はある。マニュアル等は、嘱託医や看護師の助言を確認して見直しをしている。現在、医療的ケアを必要とする利用者はいない。</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 | ① | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>地域のイベントなどのチラシを施設内に掲示し、利用者に情報を提供している。特に創作活動には力を入れており、作品展に出展することで創作意欲が高まっている。また、習字や陶芸、ダンス以外の活動にも、利用者の希望があれば、極力意に添えるように対応している。</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 | a | ① · b · c |
| <p><コメント></p> <p>地域生活への移行は、毎月の二者懇談や連絡ノート等で意向を把握している。グループホームでの生活に関心がある利用者や家族には、情報を提供したり、チャレンジ事業(グループホームでの体験)を勧めている。現状の支援(当該事業所への通所)に対する保護者の満足度が高く、地域移行に関して保護者の理解が進まない現状がある。</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 | ② ・ b ・ c |
| <コメント> 今年度は、新型コロナウイルスの関係で毎月の家族会は開催されていないが、普段は7割ほどの保護者の参加がある。家族会の後で、家族と担当職員との二者懇談が行われ、情報の把握や確認をお行っている。ここでの情報共有から、利用者のコミュニケーション能力の向上に繋がった事例がある。欠席した家族には、連絡ノートを活用して情報共有を図っている。 | | |
| 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 | | |