

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 養楽荘	種別：施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名：林 幸児	定員（利用人数）：40名（40名）	
所在地：愛知県春日井市高森台5丁目6-5		
TEL：0568-41-9880		
ホームページ：http://youwasou.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成28年 6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： 31名	非常勤職員： 4名
専門職員	（管理者） 1名	（事務員） 1名
	（看護師） 1名	（生活支援員） 31名
	（管理栄養士） 1名	
施設・設備の概要	（居室数） 47室	（設備等）浴室、トイレ、休憩室
		ボランティアルーム、居室
		訓練作業室、事務所、洗濯室

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 選ばれる施設 親しまれる施設
- ・施設・事業所 与える支援

★基本方針

【生活介護・施設入所支援】

各々の特性に応じて、ニーズを把握し、落ち着いた生活を送れるよう支援する。

【短期入所】

地域の実情・ニーズを的確に捉え、利用しやすいサービス体制とする。

【共通】

安心・安全なサービス提供となるよう、看護師・医師・管理栄養士・相談支援専門員等の専門職との連携を図っている。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者支援において、制限、拘束に繋がるような対応はせず、本人のニーズに寄り添い、希望に沿った対応、自立課題を提供している。
- ・1年を通して安定した職員を配置し活動等、スケジュールを変えることなく、安定した日課を提供している。
- ・利用者が満足して生活ができるよう、生活改善業務を行っている。
- ・どのような障害でも短期利用については面談、見学を行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3年 5月21日(契約日) ~ 令和 4年 6月 8日(評価決定日) 【令和 4年 1月14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

◇特に評価の高い点

◆権利擁護の視点

法人の基本理念の根底にある「尊厳の遵守」は「行動規範」にも反映され、毎朝の意向確認や満足度調査の実施など、常に利用者主体の支援を確認して実践している。国民の権利である参政権に関しては、実際の参加者は少ないものの、選挙ごとに全ての利用者に意向を聞いて参加を促している。虐待防止に関しては、法人と事業所双方に委員会が設置され、体制が整っている。職員セルフチェックの集計・分析や、支援に関する職員意見箱による課題共有なども実施している。身体拘束も禁止体制が整い、事例もほとんどない。

◆業務マニュアルの有効性

職員全員に配付される「業務マニュアル」は、理念に基づく「行動規範」や業務への姿勢、基本的な支援方法、業務上のポイントまでまとめられている。業務や支援のレベルを一定に維持し、リスクを回避する上での有効なツールとなっている。

◆PDCAサイクルに沿った支援

サービスの質の向上のため、第三者評価基準を使って毎年自己評価を実施している。利用者に対しても満足度調査を毎年実施し、また職員のチェックリストを活用して、それぞれ集計・分析するなど、提供しているサービスの評価を重視し、PDCAサイクルに基づく質の向上・改善に取り組んでいる。

◆働きやすい職場環境

年2回の個別面談の機会があり、各種の休暇取得への工夫がなされ、ハラスメント等の相談窓口も事業所内に設置されている。福利厚生としては、ソウエルクラブへの加入、クラブ活動、研修の充実や資格取得へのサポートなど、働きやすい職場へ向けての様々な取組みがある。

◇改善を求められる点

◆事業計画の内容と理解促進

事業計画については、数値目標や具体的な成果設定がなく、進捗評価や達成度測定が不明瞭になりかねない。可能な範囲での数値目標の設定や実施行程を明確にするなど、期中や年度末の評価を可能とする仕組みに改められたい。また、計画の利用者周知については、より分かりやすい配慮や工夫を用い、さらに可能な限りの説明責任を果たし、インフォームドコンセントを得ておくことが求められる。

◆リスク管理の再検討

リスクマネジメント委員会が組織され、ヒヤリハットや事故の分析から再発防止まで組織的に対応している。一方で、事業所に関わる事故件数は減少傾向にない。障害の重度化や行動障害の多様化、職員不足等々の要因はあるものの、これらを踏まえて事故やリスクを減らせる環境対策や支援策について再検討が求められる。

◆居住への意思確認

利用者の入所理由は様々であるが、本人が望んで入所されたケースはどれほどだろうか。居住選択の自由は誰にも保障される権利であり、意思確認の難しい利用者に対しても可能な限りの工夫や配慮をもって臨むことが求められる。意思形成支援から意思決定支援へと繋げる取組みに期待したい。施設から出る理由より、むしろ施設に残る理由を明確にすることが、法人理念に謳う「選ばれる施設 親しまれる施設」の実践となろう。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成30年度以来、2度目の受審となりました。当時と比較すると、利用者の平均年齢や支援区分等も上がってきており、本結果を受けて、状況に応じた適切なサービスを提供する重要性を再認識することができました。特に改善が求められている点については、全スタッフとまずはスタッフ会議等で情報共有すると共に、改善策を見出していくこととします。なお、a評価をいただいた項目については、更なるサービスの質の向上に努めていきます。ありがとうございました。

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＞ 理念、基本方針は明文化され、ホームページやパンフレットに掲載されている。職員へは「行動規範」を配付し、職員会議時に毎回読み合わせをすることで、定着に向け継続的に取り組んでいる。利用者への周知については、玄関にイラスト入りで分かりやすく工夫した資料を掲示し、入所時や朝礼時に周知をしている。			

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	a ・ Ⓑ ・ c
＜コメント＞ 法人内の管理者で構成される運営会議において、各事業所の経営状況の報告をすることで情報共有し、分析を行っている。各種専門団体への加入により、必要な情報を得ている。経営面については、公認会計士による経営分析に基づいた助言を得ている。地域の障害者ニーズについては、今後相談支援事業所と連携し、情報収集を図ることが望まれる。			
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＞ 現在の事業所の課題は、人材育成とリスクマネジメントである。人材育成については、令和3年より法人内で人材育成委員会がスタートし、研修制度の評価を実施し始めている。リスクマネジメントについては、「事故報告書」を発生直後に作成し、即座に情報を共有し、施設内のリスクマネジメント委員会で検討して事故防止に取り組んでいる。中期計画に組み入れる等、更なる取組みの強化を図られたい。			

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（2021年度～2025年度）が策定されている。今まで計画内で不足していた人材育成やサービスの質の向上、地域貢献についても盛り込まれた。一方で、事業所としての中期計画の策定がないため、策定に向けての検討が望まれる。			
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＞ 単年度計画については、数値目標や具体的な成果等の設定がないため、期中での進捗評価や年度末の最終評価が曖昧になることは否めない。可能な範囲で数値目標を設定する等、評価を可能とする仕組みづくりを期待したい。			

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 事業計画については、中期計画、職員への聞き取り等に基づいて管理者が策定している。策定された事業計画について、職員へは職員会議において周知をしている。計画の評価基準が明確に定められてはいないため、評価しやすい数値目標等の検討が望まれる。		
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
<コメント> 事業計画は、通常であれば利用者へは朝礼で、保護者に対しては保護者会において説明、周知がなされている。今年度はコロナ禍で保護者会の開催がないため、保護者へは郵送等の対応である。利用者、保護者向けの分かりやすい資料作成が期待される。		

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 福祉サービスの質の向上のため、第三者評価の評価基準を使って自己評価を毎年実施している。利用者に対しては、満足度調査を毎年実施することで、改善につなげている。業務については、チェックリストを活用し、PDCAサイクルに基づく質の向上に取り組んでいる。		
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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 提供するサービスの質の向上のため、評価結果を分析して課題を顕在化させる仕組みはある。また、実際に改善された事例も幾多ある。しかし、改善活動が組織的・計画的に実施されたとは言い難い部分もある。改善に取り組むにあたっては、誰が（責任者）、いつまでに（期限）、何をするのか（実施方法）を明確にし、具体的な計画を作成して取り組むことが望ましい。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者の役割と責任については、「運営規程」や「組織図」により明文化されており、自らの役割や方針について、6月開催の職員会議において伝えている。「職務分担表」については、毎年変更して3月に配付しており、有事や管理者不在時は勤務リーダーが指揮を執る体制が明確になっている。			
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 ・ ② ・ c
<コメント> 遵守すべき法令等の把握については、法人全体における情報共有や専門組織及び有識者に確認することで対応している。必要な情報については、掲示板において職員向けに周知をしている。専門分野に限らず、幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、改正等の情報を職員間で共有することができる仕組みづくりが望まれる。			
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> 福祉サービスの質の向上のため、現在は利用者スケジュールを安定させる取組を実施している。職員の意見収集は、職員会議の場だけでなく、職員との個別面談においても機会を設け、発言しやすい工夫をしている。また、職員会議において、課題研究の発表会を実施することで、事業所全体でサービスの向上を目指す意識づけができています。			
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
<コメント> 経営状況等の確認は、毎月の運営会議で実施している。運営会議の内容は、必要に応じてスタッフ会議で報告し、情報共有をしている。新入職員に対しても、強度行動障害の基礎研修を積極的に受講させることで、加算を取ることができている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 職員及び非常勤職員の採用・確保については、法人本部が主管部署となって実施している。事業所としては、事業所内研修を計画・実施して専門性を向上させ、職員のモチベーションを高める取組をしている。新入職員に対して中堅職員がOJTを担当することで研修効果を上げており、新入職員向け定着対策の一助ともなっている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ② ・ c
<コメント> 「行動規範」や「服務規程」、「就業規則」、「評価表」等において、職員のあるべき姿を明示している。人事考課制度を導入し、年2回の自己評価及び上司評価と面談を通じ、人事管理を実施している。一方、職員の処遇に関して検討する場が明確になっておらず、検討が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 年2回職員全員に個別面談の機会を設けている。有給休暇については取得のしやすさの工夫があり、ハラスメントに関する相談窓口が事業所内にある。福利厚生としては、ソウエルクラブの加入、クラブ活動、資格取得に向けた補助や特別休暇があり、働きやすい職場づくりへの工夫が認められる。			

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> 人事考課制度の中で個人面談を実施している。その面談時に職員ごとの目標を設定しているが、目標管理制度として明確に運用されていない。すべての職員が「期待する職員像」を目指すための目標管理の制度設計と、その導入を期待したい。		
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
<コメント> 法人主催の階層別研修や外部研修だけでなく、事業所独自の研修計画を策定し、研修の機会を設けている。受講後には、「復命書」を作成し、情報共有に努めている。しかし、研修受講による意識変化について確認したり、研修での学びや気づきが実際の支援の現場で活用されたか否かを検証する仕組みはない。		
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> 法人主催の研修において、新任研修や階層別の研修が実施され、事業所独自の研修も実施されている。研修の受講履歴については、年度ごとの把握に留まらず、入職後からの受講履歴が分かる仕組みづくりが望まれる。		
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> 実習生の受入れに関しては、コロナ禍以前は、保育実習、美容学校実習を受け入れている。社会福祉士の実習については、受入れは可能であるが、これまでに実績はない。実習生を受け入れるためのマニュアルはあるが、実習生の分野別のプログラムは未整備であるため、早期の作成を期待したい。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ホームページや発行している機関紙を活用し、さまざまな情報を公開している。苦情解決体制が整備されており、法人のホームページの「事業報告」の中で苦情内容を公開し、事業運営の透明性の確保に努めている。		
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> 法人として、事務、経理、取引のルールは定められている。また、公認会計士事務所による巡回指導を定期的に受けている。さらに法人監事による監事監査、行政による監査により、公正で透明性の高い経営・運営を担保している。		

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> コロナ禍以前は、事業所行事の際にはボランティアや地域の方を招いて交流を行っていた。現在は「はなももの会」に入会して、地域のはなももの整備を行っている。活用できる社会資源や地域の情報を利用者に提供しておらず、今後の取組みに期待したい。		

<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 ・ b ・ c
<p><コメント> ボランティアを受け入れるためのマニュアルは整備されており、ボランティア担当者を定めて受入れをしている。コロナ禍以前は利用者支援、縫物、はなももの会、生け花、染め物などのボランティアが多数来訪していたが、現在はほとんどが中断を余儀なくされている。コロナ収束後の受入れ再開に向け、関係を断ち切らないよう留意している。</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	a ・ b ・ c
<p><コメント> ケース会議、モニタリング、社会福祉協議会との連携などにより、地域の社会資源の把握はできている。個々の連絡先は名刺で管理されており、連携を計る上での組織的な対応とは言い難い。関係先を種別ごと（行政、医療、教育、施設整備・メンテナンス、他法人事業所、取引先等）にリスト化する等の対応が望まれる。</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 ・ b ・ c
<p><コメント> 所属している障害者福祉協会の会合や相談支援事業所等より、地域課題の情報収集をしている。地域からの情報が、事業所経由ではなく、直接法人へ届くケースが多く、事業所より積極的に地域のネットワーク化を図る取組みに期待したい。</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	a ・ b ・ c
<p><コメント> 地域のイベント時に、主催者に駐車スペースの貸し出しをすることもあるが、県の所有地であるため利用に制限を設けている。地域より、講師依頼が来るケースもある。今後は、社会福祉事業に留まらない地域貢献について、より多くの職員が意識して取り組むことを期待したい。</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	①	b · c
<p><コメント></p> <p>理念については、毎日の職員ミーティングで読み合わせを行い、意識した支援を心がけている。職員全員に配付されている「業務マニュアル」の中に「職員行動規範」が示されており、業務上の指針となっている。利用者を尊重したサービス提供か否かに関しては、セルフチェックに反映されている。</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	①	b · c
<p><コメント></p> <p>「職員行動規範」の中の基本姿勢の項目の一つとして、プライバシー保護の遵守が明記されている。設備についても、居室やトイレなどは十分にプライバシーが配慮された環境となっている。支援の上でも、利用者一人ひとりへの配慮がうかがえる内容が確認できた。</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	② · c
<p><コメント></p> <p>事業所を紹介する資料として法人パンフレットがあるが、公共施設等への配付はなされておらず、関係者や見学者への配付のみとなっている。内容に関しても、誰にでも理解できるような工夫はなく、改善の余地を残す。利用希望者に対しては、事業所でホームページを見てもらい、対面にて丁寧な説明を実施している。</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	①	b · c
<p><コメント></p> <p>サービス開始にあたっては、本人が納得できるよう写真を用いて分かりやすく説明を行い、契約時の面談で再度説明を行っている。「契約書」や「重要事項説明書」にはルビを振って配慮している。意思決定が難しい利用希望者に対しては、アセスメントを丁寧に行っている。サービス変更に関しても同様に、本人と家族の同意を得て進めている。</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	a	② · c
<p><コメント></p> <p>法人内への事業所変更については、連携をもって詳細なケース移管を行っている。殆どの利用者は、入所時の経緯から家庭や地域への移行の検討の余地は少ないが、移行時には少しでも不利益にならないような配慮をもって引継ぎを行っている。対応する職員によって差異が生じないよう、移行マニュアルや引継ぎ書の整備が望まれる。</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	② · c
<p><コメント></p> <p>毎朝の朝礼で利用者から希望や要望の聞き取りを行い、サービス提供への参考としている。また、利用者満足度調査を実施し、集計・分析の後に改善案を職員共有し、実践に移している。しかし、満足度調査実施後の対応の決定に関して、利用者の参画はなされていない。</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	② · c
<p><コメント></p> <p>苦情解決のシステムは確立しており、「業務マニュアル」に記載されている。その仕組みを家族に告知しているが、利用者に対する周知、説明のさらなる配慮が望まれる。苦情はフローチャートに沿って適切に処理されており、結果は申立人にフィードバックされている。その内容は職員間で共有され、再発防止へ向けて取り組んでいる。</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>利用者の意見は、必ず毎朝の朝礼で聞き取りを行っている。意見箱も設置され、また日常生活の中でも相談を受けた際は、迅速な対応を行っている。一方で、相談する際の手順や方法は周知されておらず、個別の相談や聞き取りの機会も設定されていない点などは課題となる。</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>満足度調査、意見箱、朝礼時の聞き取りなど、意見聴取の機会はある。しかし、記録方法や手順、対応策の検討などについてのマニュアルは整備されていない。マニュアルを含め、相談内容や意見が確実に支援に反映されるための体制整備が求められる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>事故報告では、状況や原因、再発防止策までが記載され、周知されている。ヒヤリハットの事例報告をリスクマネジメント委員会で検討し、分析と対応策を導き出している。KYT（危険予知訓練）の実施など、職員教育をさらに徹底し、事故の未然防止を図りたい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>「業務マニュアル」とは別に「医務マニュアル」として感染症への対応が定められているが、職員周知は図られているとは言いがたい。感染症対策委員会が組織され、必要備品の整備や職員体制が検討されているが、感染症に対応するBCP（事業継続計画）の策定などを含め、実際の対応と業務継続への手順までを整備されたい。</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>防災体制は整備され、防災訓練や171訓練（非常用伝言ダイヤルテスト）などを実施し、災害時の出動基準も定められている。利用者個々に準備されている「緊急対応シート」は非常時に極めて有効である。非常時に備え、3日分の食糧備蓄を確保している。地域や法人内施設との横の連携について、合同訓練の実施等、緊密な体制を整えることが望まれる。</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>「支援マニュアル」に標準的な実施方法が支援項目別に定められ、職員に配付されている。内容は随時見直しながされている。課題としては、実施方法の周知徹底と、実施状況の明確な確認方法を定めておくことが挙げられる。</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>現在見直しを進めているとのことだが、実施方法の適否や見直しには、実施状況の評価が必要であり、これを含めPDCAサイクルに沿った対応を求めたい。また、個別支援計画の中の必要な内容も場合によっては反映し、標準化することが肝要である。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>項目に沿って丁寧なアセスメントを実施し、個別支援計画に反映させている。計画には本人の意向や家族の意向も記入され、これらのニーズに基づいて目標と実施方法が定められている。また、アセスメントを強化することで、困難ケースへの対応も図っている。看護師の示す医療ポイントや、栄養士による個別ケア計画も内容に反映されている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月モニタリングを実施し、検討会議により半期に1度個別支援計画の見直しを行っている。処遇困難事例として、特に強度行動障害の利用者に関しては、「支援手順書」との齟齬がないように対応し、支援の統一を図っている。入院していた利用者に関しては、退院後の個別支援計画を柔軟に変更している。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>日々の支援状況に関しては、記録ソフトを用い適切に記録しており、デイリーチェックや毎月の会議にて共有と検討が実施されている。記録方法の職員間の差異に関しては、主任やサービス管理責任者が個別に指導しているが、記載方法の標準化（マニュアル化）や研修などは実施されていない。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「個人情報保護規程」が整備され、これに沿った管理・運用がなされている。情報の漏洩や不正使用に関しては「就業規則」第18条で禁止が明記され、違反した場合には「懲戒規程」によって対処される。非常勤職員も含め職員全員から「同意書」をとり、牽制している。</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
<p><コメント></p> <p>「行動規範」に、利用者の主体性の尊重や人権擁護についての明記がある。食事や衣服、理美容など生活の多くの場面で、本人の意向に沿った支援が実践されている。国民の権利である参政権に関しては、実際の参加者は少ないものの、全利用者に意向を聞いて参加を促している。適切な意見を言える利用者があり、支援のモニター役として意見を尊重している。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>「業務マニュアル」には、根底に権利擁護の意識がある。虐待防止に関しては、法人と事業所双方に委員会を設置している。職員はセルフチェックを実施し、それを集計・分析するとともに、意見箱に他の職員の支援に関する疑問点などを記入し、出された課題を共有している。やむを得ず身体拘束を実施する場合には、保護者同意をとり、三原則の遵守と最小限に留める対応をとっている。</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	①・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所の理念である「与える支援」を踏まえ、見守りの姿勢をもって利用者のエンパワメントや自律・自立を支援している。生活の自己管理への支援や、身体や健康の維持を中心に、化粧や着物の着付けなど、その人らしい生活への支援も行っている。利用者自身が自立への意識を持つための動機づけとなる取組みとして評価したい。</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・②・c
<p><コメント></p> <p>利用者の障害特性を考慮し、必要に応じて、写真や絵カードを使ったコミュニケーションや意向確認を行っている。適切なコミュニケーションが図れない利用者に対しては個別の配慮を行っているが、コミュニケーション能力を高めるための支援は特に実施していない。</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・③・c
<p><コメント></p> <p>利用者の意向を尊重し、個別支援計画に反映させている。相談に関しては、日常生活の中で担当職員が行っているが、個別に面談等を設定して行うことはしていない。意思決定支援に関しては、取組み半ばであり、意思形成から決定に至る支援を利用者個々に取り組んでいくことが求められる。</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・④・c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法を踏まえ、個別支援計画の個人目標に沿った支援を行っている。利用者本人の意向やニーズにより選択できる5つの活動を柱に実施し、活動内容に関して内容評価を行って見直しを図っている。余暇活動に関しては、職員間にプログラムの充実が必要という意識があるが、職員配置等の関係で改善は課題となっている。</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・⑤・c
<p><コメント></p> <p>「支援手順書」と個別支援計画を基に、利用者個々に対応している。特に行動障害のある利用者への支援に関しては、個別支援計画の内容の適否の検証が不明瞭である点が課題となっている。行動原因の考察も含め、十分なケース検討機会の確保を期待したい。</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><コメント></p> <p>綿密なアセスメントを基に個別支援計画を作成し、利用者個々の障害や状況に応じた支援を行っている。食事に関しては、日々検食時に感想を聞くなど利用者の要望を聞きとめ、献立のリクエストも可能となっている。その他排泄や入浴の支援についても、手順書によって支援のポイントを押さえた上で、個別に支援している。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>個室によるプライバシーの確保と、明るく安心・安全な環境が保たれている。ユニット内は清潔に保たれており、不要なものも無く、災害時にも安全に避難ができる状態である。建物の構造上、内外から自由に出入りが可能な入り口もあり、開放性と防犯面の不安の両面で検討が必要となっている。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>PT（理学療法士）やOT（作業療法士）の資格を持つ職員の意見を参考にしつつ、機能訓練を一部プログラム化している。しかし、個々の訓練計画やカルテなどは無く、モニタリングも実施できていない。実際には訓練が必要な利用者もいるため、専門職による組織的な対応が求められる。</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 ・ ④ ・ c
<p><コメント></p> <p>日々の検温や排泄時・入浴時の健康チェックにより、健康状態の把握に努めている。ただ、自らの体調不良を訴えることができない利用者や高齢者も多数いるため、特にバイタルに関しては検温の他に血圧やSPO₂の測定など、念入りな実施が望ましい。</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 ・ ⑤ ・ c
<p><コメント></p> <p>「業務マニュアル」の中に「医療マニュアル」が含まれておらず、感染症用のもの以外は確認できなかった。健康状態の異常を確認した場合には、迅速に対応している。服薬に関しては、医師の指示で看護師が管理し実施しているが、投薬ミスは依然散見される状況である。事故を未然に防止するために、マニュアルの再検証が望まれる。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>主に外出を社会参加の機会としているが、行事や趣味活動の参加などを通じての社会学習の機会は乏しく、コロナ禍によって一層閉ざされた状況である。職員が講師となる活動やインターネットを活用するなど、施設内での実施が可能なプログラムを検討することが望まれる。</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 ・ ⑦ ・ c
<p><コメント></p> <p>地域移行への働きかけは十分とは言い難い。家族の意向もあるが、利用者本人のインセンティブを得るための支援を進める必要があり、事業者はその責任を担っている。関連情報の提供や見学などの意思形成の支援をはじめ、家族や関係者による話し合いなどを積極的に進めることが望ましい。居住選択の自由は、障害者であろうと保障されなければならない。</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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> すべての家族への定期的な状況報告がなされているわけではないが、年2回の個別支援計画更新時の他、体調不良時など必要に応じて連絡・連携がとられている。家族連携や家族支援に関して、より積極的に進めるために、対応マニュアルの整備や担当委員会の設置といった前向きな対策とともに、高齢化した家族への対応についても課題として取り組まれない。		
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		