

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：季楽ショートステイ春風豊田店	種別：短期入所・日中一時支援	
代表者氏名：佐々木 芳香	定員（利用人数）：19名（103名）	
所在地：愛知県豊田市下市場町6-57		
TEL：0565-42-8711		
ホームページ： https://n-fukushi.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成25年 8月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：一般社団法人日本福祉協議機構		
職員数	常勤職員：3名	非常勤職員：7名
専門職員	（管理者）1名	
	（生活支援員）9名	
施設・設備の概要	（居室数）4室	（設備等）風呂・トイレ・洗面所

③理念・基本方針

- ★理念
- ・法人 「福祉をアップグレードする」
 - ・施設・事業所 「自立の春風」
- ★基本方針
- 全ての利用者様に住みよい住環境を提供する事

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・個々の好み、栄養バランスを考えた食事提供
- ・個々の能力に合った自立に向けた訓練の提供
- ・運動不足解消の為の外出レクリエーションの提供（近くの公園への散歩等）

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3年12月15日(契約日) ~ 令和 4年 8月25日(評価決定日) 【令和4年2月22日、4月26日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	0 回 (平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆地域コミュニティの活性化と事業展開

法人の幹部職員(本部長等)が「おたがいさま会議とよた」に参画し、地域コミュニティの活性化に取り組んでいる。行政や市の社会福祉協議会が後ろ盾となり、JC(青年会議所)が事務局を務める異業種参加による活動であり、今後の事業展開にも資する情報の収集が可能となっている。これらの情報により、短期入所事業への地域ニーズの高まりを認識している。日中一次支援事業に関しても同様である。それらの地域ニーズに応えるため、事業所移転を行っての定員増加や、新規事業所の立ち上げ等が検討されている。

◆コロナ対応としてのスマートフォンの活用

正規職員全員に法人のスマートフォンが貸与されており、LINE機能を使って情報共有が行われている。特に新型コロナウイルス感染症については、発生時に情報伝達を速やかに行う必要があるため、LINEを使って周知及び対策を講じている。

◆自立支援の手法

事業所理念は「自立の春風」であり、基本方針として「全ての利用者様に住みよい住環境を提供する」を掲げている。しかし、単発的に利用する130名の利用者に対し、それぞれの利用者が望む生活を正確に把握し、個々に配慮した自立支援を実施することは難しい。それ故、自立生活のための動機付けとして、全ての活動に利用者自身が関わってもらう手法を導入している。具体的には、入浴や排泄、睡眠、食事、掃除、洗濯等々、生活の全てにおいて、「利用者自身でできることはやらせよう」ことを明確にして支援している。

◇改善を求められる点

◆改善活動の記録(改善計画の作成)

事業所内で問題が発生すると、「なぜなぜ分析」を行って解決を図っている。実際の改善例も多く、この取組み自体は高く評価できる。今後の課題としては、それらの改善例を記憶に留めるのではなく、記録に残すことを期待したい。改善活動に際しても口頭説明ではなく、責任者(誰が?)、期限(いつまでに?)、目標・実施方法(何をやる?)を明確にして取り組むことが望まれる。

◆ボランティアの有効活用

コロナ下、感染防止の観点もあってボランティアの受入れはほとんどない。大学へのインターン募集を行う際に、併せてボランティアの募集を呼び掛けているが実績は出ていない。職員の業務負担軽減のためにも、ボランティアの有効活用を期待したい。まずは、受入れのためのマニュアル整備が求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

丁寧な説明をしてくれ、事業所の改善点もアドバイスいただき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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 「全ての利用者様に住みよい住環境を提供する」との事業所方針の下、一般住宅を改装した環境でサービスを提供している。「短期入所」の利用定員4名に対し、約130名の登録者があり、それぞれの障害特性に合わせたサービス提供には困難が付きまとう。2階の居室への移動には、急な階段を昇らなくてはならず、一部の利用者は1階で過ごすことになっている。			

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	④ ・ b ・ c
<コメント> 市の福祉行政の情報を常に注視し、統括責任者である本部長の個人的ネットワークからも有益な情報を収集している。それらの情報の分析から、地域における「短期入所、日中一時支援のニーズは高い」と認識している。実際に、短期入所事業に関しては、利用定員4名に対して約130名の利用者の登録がある。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 24時間対応の事業形態であり、常に「人員不足」が課題となっている。また、130名の利用者それぞれの障害特性を踏まえた支援に関して、職員の専門知識や支援スキルが不足しているとの認識もある。それらの改善には職員の安定雇用と支援の習熟が不可欠として取り組んでいるが、道半ばの感がある。			

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> 事業展開が急であり、法人内での「経営企画会議」等では中・長期ビジョンが常に議題に挙がっている。しかし、法人に関しても事業所単独でも、中・長期ビジョンを明文化したものは作成されていない。事業所移転等、本部長や管理者の頭の中にあるプランを整理し、将来的に目指す方向性や事業所のあるべき姿を中・長期計画にまとめることが求められる。			
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 ・ b ・ ③
<コメント> 中・長期計画が文書化されていないことから、それを受けた単年度の事業計画は作成されていない。施設整備や支援内容、行事計画、採用・研修等の人事計画、地域との交流・連携、防災・安全管理、家族（保護者）対応等の項目を立て、それらを事業計画まとめて事業所の進む方向を職員、利用者、家族に示すことが求められる。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 職員に文書としての事業計画が示されておらず、期中の進捗評価や年度末の最終評価が全て口頭で行われている。事業計画を明文化し、その中の重要な項目には数値目標や具体的な到達点を設定し、進捗状況が的確に把握できる形で進めることが望ましい。			

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
<コメント> 事業所と家族との接点は対面での会話や「利用表」、広報誌等であるが、事業計画を詳細に伝えるには至っていない。明文化した事業計画の内容について、利用者、家族の必要度に応じて、分かりやすい資料を作成して説明することが望ましい。		

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
<コメント> より良いサービスを提供するために職員間では常に話し合いが行われている。しかし、開設から現在に至るまで、支援を振り返って検証するための自己評価は実施されていない。また、支援の適切性を客観的に判断するための利用者(家族)満足度調査も実施されていない。		
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 ・ b ・ ⑦
<コメント> 第三者評価の受審は今回が初回であり、過去に自己評価の実施もないことから、組織的な課題抽出はされておらず、本部長や管理者の意向が強く反映された課題の把握と言わざるを得ない。改善活動に際しても口頭説明ではなく、責任者(誰が?)、期限(いつまでに?)、目標・実施方法(何をやる?)を明確にして取り組むことが望まれる。		

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
<p><コメント></p> <p>管理者の職責は「運営規程」に明記されているが、事業所運営に深く関わる本部長との役割分担や責任の所在が不明確である。また、管理者不在時の災害発生時等における権限委任先も明文化されたものがない。責任者のみならず職員に関しても、「担当すべき業務分担」、「業務上の責任の範囲」、「責任を全うするための権限」を明確にすることが望ましい。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>法人内のすべての管理者が参加する会議が月2回開催され、関係法令等の改廃が伝えられている。職員にはその議事録が回覧され、周知が図られている。コンプライアンス委員会が組織され、虐待や安全運転等の啓蒙を行っている。事業所に関する法令をリスト化し、法令の制定や改廃に合わせ、関係する規程やマニュアル類の見直し・改訂を実施することが望ましい。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍により、日中一時支援事業は室内中心の活動を行い、レクリエーションの充実を図っている。管理者が年間2回職員との面談を行い、改善が必要な案件があれば「なぜなぜ分析」を行って改善に取り組んでいる。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>職員の労務管理は法人が行い、勤怠管理もICT化が遅れている。利用者への支援に関しては、標準的な実施方法が文書化されておらず、職員が経験を活かして業務にあたっている。24時間対応の変則勤務となっており、常勤、非常勤の職員をやりくりして勤務シフトを回している。職員間の協力体制は構築されており、業務に支障を及ぼすことはない。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>職員の採用は法人の人事部が主管しているが、中・長期計画が作成されていないことから、将来を見据えた人員計画は明確になっていない。24時間の変則勤務であり、勤務時間に応じた職員の確保には苦労が多い。事業展開と連動させた、将来を見据えた人事計画(採用計画、定着対策等)を明確にすることが望まれる。</p>				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>総合的な人事管理の主要な要素である「キャリアパス」、「人事考課」、「目標管理」のいずれもが、完成形の形になっていない。年に2回、面談によって業務の査定(人事考課)や個人目標の設定(目標管理)を行っているが、核となるキャリアパスが未整備のため、それらが連動して効果を挙げるに至っていない。</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組んでいる。	障16	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>職員相互の信頼関係が構築されており、24時間の変則勤務も職員の協力と調整によって、業務を円滑に回している。慢性的な職員不足から、非常勤職員への負担が過重となるケースもあり、メンタル面を含め、職員の健康管理に留意している。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>職員個々に、毎月目標を設定して月末に振り返り、半期に1度の面談で目標(課題)の達成度を評価している。今後の課題として、事業所の目標と職員個々に設定された目標が連動していないこと、また取り上げた個人目標が妥当であるか否かの検証が曖昧であること等が挙げられる。</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>法人主導で階層別の研修が実施されているが、事業所縦断的な研修体系(階層別、職種別、テーマ別研修等)は構築されていない。4名の利用定員に対して130名の登録者を有するという事業の特殊性があり、130名それぞれの障害特性を把握して適切な支援に結びつけるためには、職員個々が相応の力量を備えることが求められている。専門的な知識、技術習得のための研修の実施が望まれる。</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>本部主導で作成された「階層別研修計画」は、スマートフォンによって職員全員が閲覧可能となっている。しかし、本部が行う研修を補完すべき事業所の研修計画が作成されていない。事業所の必要度に応じ、年間の研修計画(事業計画に含める)を作成して、職員の資質向上と事業所のサービスの質の向上を図ることが望ましい。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>非該当 ※当該事業における実習が、専門資格取得のための実習単位に認定されないため。</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>法人内に担当者がおり、ホームページを使って情報を公開している。一般社団法人としての必要最低限の内容は公開されているが、法人、事業所ともに公開されている情報量は少ない。社会福祉法人への移行も視野に入れていることから、情報公開の内容に関しての再検討を期待したい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者が責任者となり、事業所の現金出納は小口現金制で管理されている。物品の購入にあたっては、「経費予算申請書」を介して本部から現金が送金され、購買後に「出納帳」に記録してレシートを本部に送付している。法人本部が現金出納を管理(チェック)することで、内部牽制は働いている。契約する税理士の毎月のチェックも受けている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>短期入所事業、日中一時支援事業ともに、利用者もしくは家族の生活上の都合による「預かり」的な要素が強く、継続的、計画的に地域と関わるための時間はさほど多くはない。特に前年度以降、コロナの影響もあって地域イベントがほとんどなく、地域に出ていく機会を失っている。コロナ収束を前提に、当該事業における地域交流・連携の在り方を再考されたい。</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。	障24	a ・ b ・ ㉔
<コメント> コロナ下、感染防止の観点もあってボランティアの受入れはほとんどない。大学へのインターン募集を行う際に、併せてボランティアの募集を呼び掛けているが実績は出ていない。職員の業務負担軽減のためにも、ボランティアの有効活用を期待したい。まずは、受入れのためのマニュアル整備が求められる。		
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 ・ ㉕ ・ c
<コメント> 利用者130名に関与する社会資源は把握可能な域を超え、事業所としての必要な社会資源のリスト化は難しい。ほとんどの利用者が単発利用となるため、社会資源を活用する機会も少ない。法人の幹部職員(本部長等)が、JC(青年会議所)が事務局を務める「おたがいさま会議とよた」に参画し、福祉の枠を超えた人脈を作っている。		
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	㉖ ・ b ・ c
<コメント> 法人の幹部職員(本部長等)が「おたがいさま会議とよた」に参画し、地域コミュニティの活性化に取り組んでいる。この取組みの中で、福祉ニーズに留まらない地域の課題を収集している。行政や市の社会福祉協議会が後ろ盾となり、JCが事務局を務める異業種参加による活動であり、今後の事業展開にも資する情報の収集が可能となっている。		
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 ・ ㉗ ・ c
<コメント> 「おたがいさま会議とよた」への参画や特別支援学校等からの情報により、短期入所事業への地域ニーズの高まりを認識している。日中一時支援事業に関しても同様である。それらの地域ニーズに応えるために、事業所移転を行っての定員増加や、新規事業所の立ち上げ等が検討されている。災害時における地域との連携は今後の課題である。		

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>採用時に行われる法人の全体研修で、利用者尊重の方針を説明している。具体的な活動については、法人横断で構成された虐待防止委員会において、毎月1回話し合いが行われている。会議の結果については、正規職員に配付しているスマートフォンにPDFデータをアップしており、いつでも閲覧できる仕組みがある。非常勤職員については紙面にて周知を行っている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護について、日頃よりベテラン職員による教育や伝達が行われ、全職員が遵守するよう努めている。入社時に研修を行い、利用者や家族等にも説明を行っている。ただ、プライバシーを遵守するための具体的なマニュアル等がなく、口頭による伝達が主となっていることから、書面で確実に周知できるような仕組みづくりが望まれる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所のパンフレットやホームページ等で、必要な情報を得ることができる。法人の機関誌を2ヶ月に1回発行しているが、そのボリュームはかなりのもので、利用者や家族を始め、行政や関係機関等にも広く配布し、積極的な情報発信を行っている。内容もフルカラーで、非常に手の込んだ作りである。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用開始時は、パンフレットによる説明はもとより、施設内の案内や実際に体験利用を勧めるなど、安心して利用してもらえるような配慮がある。短期入所については緊急時を除いては1泊2日から始め、徐々に宿泊日数増やすなど、利用者及び家族の意向も適宜確認しながら行っている。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>提供するサービスの特性上、サービス変更については入所施設やグループホームへの入居が決まったり、遠方に引っ越しをするなどの理由が多く、基本的に管理者が窓口となって対応している。課題としては、文書による引き継ぎができておらず、口頭ベースとなっているため、サービス利用終了後の窓口等を書面で明確に示すことが望まれる。</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 ・ ④ ・ c
<p><コメント></p> <p>家族とのコミュニケーションの中で満足度を把握する機会はあるが、組織的に決められた様式や手順等はない。利用者についても、日々の支援の中で得られた情報はLINE等にて情報共有しているが、積極的な把握までには至っていない。家族の満足度と併せて、利用者についてもサービス全般の満足度を把握するための仕組みを構築し、さらなるサービス向上に繋がりたい。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見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 ・ ⑤ ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情はここ数年起きていないが、苦情発生時における窓口や手順等については整備されている。窓口は「重要事項説明書」にも記載があり、家族等に周知されている。ただ、施設内に苦情対応に関する掲示物はなく、苦情を申し出しやすい工夫については具体的な取組みが求められる。苦情に関する基準について、対応職員の判断基準に委ねられているため、組織的な基準の設定が望まれる。</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>利用者が相談しやすい空間や時間はサービス利用中用意されており、個々の要望に合わせて対応している。課題としては、相談の受付等に関する利用者への説明文書がなく、その掲示ができていないことである。掲示することが全てではないものの、様々な手段で利用者にも周知することで、更なる相談受付の可能性が増えるものと期待される。</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>利用者からの相談や要望、意見については受け付けた職員がLINEを通じて報告し、具体的な対応が必要な事案については、管理者を含め主要な職員が対応する仕組みとなっている。ただ、要望の出るのを待つのではなく、それ以前に積極的に職員側から働きかけを行うことを期待したい。</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	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>予測されるヒヤリハットについては、あらかじめ家族等から情報を入手し、できる限りの対策を行っている。予測できないヒヤリハットや事故が起きた場合は、LINEを活用して情報発信を行い、その内容に基づく対策の検討が行われている。</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	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>インフルエンザはもとより、新型コロナウイルスについても感染の発生時に対応するフローチャートが作成され、掲示もされている。職員周知については入社時に行い、定期的に行われる会議においても議題として上されている。特に新型コロナウイルスについては、発生時に情報伝達を速やかに行う必要があるため、LINEを使って周知及び対策を講じている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>避難訓練については、年に数回避難場所である小学校までの避難経路を確認するため、散歩を実施している。備蓄品についてはα米や缶詰など、長期保存可能な食材を備蓄している。備蓄量は定員×3日×3食分となっている。備蓄品の消費期限等を管理するための管理表は作成されていない。消費期限や数量を正確に把握し、消費及び補充を行うためにも関連資料の作成が望まれる。</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>標準的な実施方法について、事務部門のマニュアルは用意されているが、利用者に関わる支援のマニュアルは意図的に作成していない。マニュアルに捉われることなく、職員の直接的なOJTやOff-JTを大切にしている。とは言え、新人を教育するための教材として活用したり、業務内容の正誤を確認するためにも、支援に関わる標準的な実施方法の文書化が望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者に関与しない業務手順については、法人内の横断的な資料として捉えられて作成されている。見直しについても年に1回行い、改訂が必要であれば適宜行っている。利用者支援に関わる標準的なマニュアルはないが、今後作成する機会があれば、実際行われているサービスとの乖離についての確認・把握を行い、マニュアルの見直し・改訂を図ることが望ましい。</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
<p><コメント></p> <p>「フェイスシート」が用意されており、利用者個々の必要な情報が盛り込まれている。利用開始前に作成し、毎年家族等に加筆修正を依頼し、適宜新しい情報を得ている。相談支援事業所が作成した「サービス等利用計画」を入手し、サービス提供に役立てている。他職種が参加するアセスメントの必要性を認識しており、今後の改善に期待したい。※個別支援計画の作成義務なし</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
<コメント> 非該当 ※個別支援計画の作成義務なし		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 記録物については、原則複写式の専用用紙を活用し、毎回のサービス提供終了時に食事量やバイタル、施設内での様子等を記載した上で家族に渡している。複写式であるため、同じ用紙が事業所にも保管され、月毎にファイリングされている。出勤時に職員が見ることとなり、特別に情報共有すべきことがあれば、写真に撮ってLINEで速やかに伝達する等の仕組みも構築されている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 個人情報に関する書類は鍵のかかる場所にて保管されている。入社時に個人情報の取扱いに関する研修があり、万一情報漏洩等があった場合は厳しい罰則があることも伝えている。現在、紙ベースの資料のみならず、LINEを使った情報共有が積極的に行われているが、その取扱いも同様である。紛失に備え、全てのスマートフォンにパスワードロックがかかるようになっている。		

【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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> 各種の活動プログラムを行う際は、利用者の意向を確認して実施している。意向を確認せずに支援することはせず、拒否があれば時間をあけたり、違う活動を提供する等の配慮している。施設サービスを利用する上でのルール決めについては、利用者自身が参加する仕組みがないため、利用者にも参加を求め、共に利用に関するルール等を決めることが望ましい。		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> 虐待防止委員会を組織し、定期的に虐待に関する定義をはじめ、虐待が起きないための周知を行っている。同様に身体拘束についても、規程や記録用紙を整えて適切に対応している。課題としては、職員向けの研修や周知は行われているが、権利侵害を受ける側（利用者・家族等）への周知が弱いことにある。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 提供するサービスの特性上、利用者が望む生活を正確に把握し、個々に配慮した自立支援を実施することは難しい。それ故、自立生活のための動機付けとして、全ての活動に利用者自身が関わってもらう手法を導入している。具体的には、入浴や排泄、睡眠、食事、掃除、洗濯等々、生活の全てにおいて、「利用者自身でできることはやってもらう」ことを明確にしている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 言語によるコミュニケーションを基本としつつ、絵カードや写真、文字等を使って意思疎通を図る工夫がある。コミュニケーション機器等の活用は現時点では不要であり、現在できることは行っている。「利用者自身の更なるコミュニケーション能力の向上」を目指しており、今後の取組みに注目したい。		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> 利用者の意思を聞く機会はその都度個別に用意されており、その結果（相談内容等）についてはLINEにて情報共有されている。LINEで共有された情報については、会話形式でやりとりをしていることも多々ある。支援方針や相談記録等、後日に振り返る際に確認するための、まとめたもの（記録物）を残すことが望ましい。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> 土曜日と日曜日に実施しているレクリエーション活動が充実しており、利用者の満足度が高い。ただ、平日については障害の重度化が顕著であり、週末ほど多様なプログラムが提供できていない。また、利用者に対する情報発信についても課題として認識しており、今後の改善に期待したい。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 障害全般に関する理解を深めるため、月2回行われる会議の中で勉強会を行っている。具体的には、統括責任者である本部長が毎回職員を指名し、あるテーマを基に意見や考え方を発表してもらう取り組みがある。その内容は、「自閉症について」や「受給者証取得について」、「インクルーシブとは」等、多岐にわたる。		

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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>障害の程度に応じた食事提供や、入浴支援、排泄支援等が行われている。食事については、利用者個々の好き嫌い等を把握し、利用状況に応じて献立を決めることもあるが、原則「前日と同じメニューにしない」というルールで提供している。「好き嫌いがなくなって欲しい」という思いで、嗜好調査等はあえて実施していない。食事の質や量の適否を把握するための取組みを工夫されたい。</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	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>部屋の装飾等は利用者と共に取り組んでおり、季節毎に変更している箇所もある。利用者が不穏になり、独りで過ごしたい時の場所が別途用意されており、状況に応じていつでも利用できる。2階に居室が用意されているが、民家改造の施設ため急な階段を利用しなければならず、利用者の障害の程度によっては、1階で過ごしてもらうなどの配慮をしている。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>機能訓練や生活訓練という制度上の活動ではないが、日常生活全般における自立度を高めるために、日々の生活動作の中で支援を行っている。計画的な実施ができていないこと、専門職の意見を適宜取り入れる仕組みがないことが課題となっており、今後の改善に期待したい。</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	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>毎日夕方に、法人職員である看護師が事業所を訪れ、利用者の様子を把握したり、バイタルチェックや健康面に関する情報共有を行っている。協力医療機関は車で10分程度の場所にあり、半年に1回ではあるが、受診・相談する機会が用意されている。体調変化への対応についても、あらかじめ家族から得ている情報を基に対応する体制が整っている。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>服薬管理については適切に行われており、投薬ミスも見られない。慢性疾患等の情報については、医師の指示を家族経由で入手している。看護師が毎日巡回訪問しており、適宜情報共有等がなされている。課題としては、医療的な支援についての職員研修が定期的実施できていないことである。事業所としての研修体制の構築が望まれる。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>事業の特性上、地域に出向いて社会参加する機会はほとんどない。学習支援に関しては、個々のニーズに合わせて一部の利用者を実施している。社会参加に対する利用者の希望や意向を把握し、一人ひとりに合った社会資源やサービスに関する情報収集を行い、利用者、家族等に案内することが期待される。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>事業の特性上、地域生活への移行についての具体的な取組みはない。しかし、自立支援の観点から、「利用者自身で行えることはやらせよう」との方針の下、地域生活に向けた意欲を高める取組みを行っている。課題としては、利用者の意向を尊重した取組みが弱いことが挙げられる。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 毎日の送迎時において、家族とコミュニケーションを取る機会がある。また、利用時の様子については複写式の報告書を活用しており、その日の様子を簡潔に記載して配付し、情報を共有している。家族との意見交換等は個別で行うことが主であり、利用者に変った様子があつたり相談したい事案があれば、事業所側から積極的に声をかけている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 個別支援に関する具体的な計画はないが、アセスメントから得られた情報や子どもとの日々の関わりの中で、一人ひとり取り組みたいことを個別に提供する場面が用意されている。また、曜日毎に複数の子どもが参加できるプログラムがあり、パズルや計算、ドリル等の他に、時計の見方の練習などの生活に関わる支援プログラムも用意されている。		

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		