

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 ひまわりの風	種別：施設入所支援・生活介護	
代表者氏名： 杉本 都	定員（利用人数）：40名（39名）	
所在地： 愛知県名古屋市長区梅森坂三丁目3607番地		
TEL： 052-709-3811		
ホームページ： https://www.kidoairaku.org/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 平成11年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 ひまわり福祉会		
職員数	常勤職員： 36名	非常勤職員： 6名
専門職員	（管理者） 1名	（理学療法士） 1名
	（生活支援員） 27名	（看護師） 1名
	（事務員） 3名	（管理栄養士） 1名
	（調理員） 7名	（その他） 1名
施設・設備の概要	（居室数） 47室	（設備等） 食堂・作業室・相談室
		生活訓練室・医務室・静養室
		ホール・浴室・脱衣場・リネン室

③理念・基本方針

★理念

・法人

利用者ひとりひとりがのぞむその人らしい生活を支援し、利用者から信頼され、地域に貢献できる法人を旨とし、全て人に開かれた、透明で健全かつ活力のある法人作りを行います。

・施設・事業所

ひとりの人間として地域社会の一員として自信を持って生きられるように「できないことをそっと支え」ながら「豊かに生きる」支援を行います。

★基本方針

・私たちは利用者の人権及び自己選択・自己決定を尊重した福祉サービス提供の実現を目指します。
 ・私たちは、相談支援や地域自立支援協議会を通じ、地域における福祉ニーズを知り、地域福祉増進の為に積極的に対応していきます。・私たちは、健全な法人経営を行う為、透明性を確保し、相互に情報を共有しネットワーク機能を向上していきます。

- ・私たちは、福祉サービスの質の向上のために、経験に応じた研修を計画的に行い、専門性を向上していきます。
- ・私たちは、笑顔あふれる人間関係を構築し職員ひとりひとりが生き生きと働きがいのある職場づくりを目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・令和4年度の新しい運営規程に、地域移行について明文化し、ひとりひとりが望む暮らしをさらに実現していくことができるようにしている。
- ・運営規程基づく組織再編を行い、委員会活動を職員主導で行っている。
- ・利用者個々の意思を大切に支援を行うために、職員がアイデアを出し合い、理念を踏まえた実践に結びつけていくための検討を行っている。
- ・利用者の意思決定、意見や要望を聞く機会として、毎月利用者会議を開催している。
- ・利用者、家族のニーズにより、全個室化を図るために、令和3年9月に入所定員を50名から40名とした。個室化後の、生活環境について見直しを行っている。
- ・コロナ禍における年間行事について検討し、年間を通して、季節感や参加する楽しみ等を感じられる行事を実施している。
- ・個別支援計画に基づき、リハビリの実施、クラブ活動の実施など個別支援の充実を図っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 6月27日（契約日）～ 令和 5年 8月16日（評価決定日） 【令和 4年12月26日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3 回 （平成30年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆働きやすい職場

衛生委員会により、職場環境や就業環境について常に検討されている。休暇取得に大きな支障が無い調整や、適正な勤怠管理により超過勤務も限られている。また「キャリアシート」による就業の意向調査、相談窓口の設置、福利厚生クラブ加入など、働きやすい職場づくりへの様々な取組みがある。

◆研修による人材育成

職員個々の研修履歴の作成により、外部研修への有効な参加を実現させている。また、新任研修、スキルアップ研修、フォローアップ研修などのキャリアごとの研修や、縦割りで事例発表会、虐待防止研修など、法人内研修は充実している。OJTに関しては、資格のある3名の職員が進捗確認をしながら新任職員の指導、評価を実施して育成を図っている。

◆個を尊重する姿勢

法人理念の中に「個を尊重する、個々のペースで」と明示されている。その法人理念を通じて事業所・職員がその実現に向けての環境整備に努め、利用者を尊重した支援を実践しようとの姿勢が見られる。

◇改善を求められる点

◆説明と同意

支援の主体である利用者に対し、入所契約や重要事項、また運営方針や事業計画など、自らが受けるサービスに関して説明を受ける権利があり、事業所には説明責任がある。少しでも理解を得られる配慮や工夫をもって説明を尽くし、利用者の同意を得られるインフォームドコンセントを果たすことが求められる。

◆マニュアルの整備と周知

マニュアル・規程等については、整備されているものは多かったが、全職員への周知については不十分であった。支援方針については定められているが、そのサービスを標準的に提供するためのマニュアル整備をして頂きたい。マニュアルが通常化することで、さらなる改善やブラッシュアップに繋がっていく。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価結果について職員間で共有した上で、利用者への説明がわかりやすくなるように工夫したり、マニュアル等の周知や充実など、明らかになった課題への対策を進めます。
そして、質の高いサービス提供を行うことで、共生社会の実現に向けて努めていきたいと思っております。

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	a・b・c
<コメント> 理念・基本方針はパンフレット、ホームページに掲載され、中・長期計画にも記載されている。基本方針は職員の行動規範を示す内容であり、法人内研修で周知がなされている。利用者に対しては、利用者会議の中で説明されるが、分かりやすい資料の提供ではなく、理解促進への配慮が求められる。			

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・b・c
<コメント> 総括管理者が関連団体の責任者を務める関係で、障害福祉に関する様々な情報を取得する立場にあり、情報収集には事欠かない。事業所関連の報酬改定等の情報や利用率などを分析し、その都度収支見直しを立てている。			
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・b・c
<コメント> 施設長会議と各事業所の代表職員による中長期委員会が連携し、経営課題の抽出と検討を実施し、決定事項は理事会にあげて計画に反映させている。職員に対しては、職員会議で周知を図っており、各委員会を中心に必要な対応を進めている。			

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・b・c
<コメント> 中長期計画では、これまでの成果と課題を整理した上で、法人としての方向性を示している。内容としては、本部事業から各事業所の計画までが詳細に記され、また行程表や収支計画も示されていることから、事業の指標となるものである。計画は年度ごとに見直し、必要な変更がなされている。			
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・b・c
<コメント> 年次の事業計画は中長期計画を受け、重点事項を6項目に絞り、目標と実施内容、担当者・担当部署を指定した形となっている。個別の事業に関しても、全般を網羅したものとなっている。しかし、数値目標等の設定は少なく、進捗確認や最終評価の際に不明確な部分が残る可能性がある点は課題となる。			
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・b・c
<コメント> 委員会毎に半期で事業計画の評価を行い、年度末に総括を実施している。そこで部門ごとにまとめたものを職員会議で検討し、策定に至る仕組みである。各職員が計画作成に関わることで担当事業への責任を持ち、業務に対するモチベーションを高めている。			

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者へは4月の利用者会議で活動予定などの事項が説明されるが、事業内容を分かりやすくした資料などは作成されていない。分かりやすい利用者版事業計画を作成していく予定もある。家族へは、家族会にて配付され説明がなされている。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 第三者評価受審の際には、業務全般の評価を実施し、自己評価による反省や改善事項の是正に向け取り組んでいる。事業計画の実施に関するPDCAサイクルは機能しているが、個々の事業に関する具体的な実施予定である事業計画と第三者評価とは視点が異なる部分が多いため、受審が無い年も第三者評価基準を用いた自己評価を実施することが望ましい。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 第三者評価による評価結果を受け、改善の跡が随所にうかがえる。事業計画への採択や、新たな委員会設置、規程やマニュアルの整備などが進み、業務の質が確実に向上している。		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、職員会議や運営会議の場で自らの方針を示している。「業務分担表」には、管理者の所轄する業務や委員会などが明示されている。委員会の責任者は管理者以外の職員が務めるケースも多く、分業化による権限移譲によって業務への責任感やチーム力を重視した業務推進を目指している。</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>法改正等の内容の周知には最大限の努力を行い、事業所内掲示や朝礼・職員会議での説明など、丁寧に周知を図ることを心がけている。特に虐待防止関連等の利用者の権利侵害については、委員会による周知や研修会の開催など、徹底した対策を行った。</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>管理者はサービス評価委員会の責任者として、第三者評価結果によるサービス改善の他、支援上の課題解決に向けて取り組んでいる。また、個別面談による職員からのアイデアや意向を吸い上げ、支援に活かすための調整を手掛けている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、総括施設長との協働により、様々な経営改善を手掛けてきた。特に各委員会による事業の明確化を行い、活動の活性化を図った。また、職場環境の改善に向け、職員の意見を聞き衛生委員会の活動を先導するなど、名実ともに中心的役割を果たしている。</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>法人としての計画「人材確保戦略2022」が策定され、これまでの評価と現状課題や達成目標を定め、求める職員像を明確にしている。また、就職説明会の開催や仲介業者の活用など、積極的な採用活動を行っている。職員の定着の向けには、ワーク・ライフ・バランスを念頭に置き、賃金改善とキャリアパス制度による職員育成を進めている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度を採用し「人事考課実施規程」に基づいたキャリアパスに沿った目標設定を行い、考課を実施している。考課結果は昇進基準となり、人事上の明確な指標となっている。適正な処遇という点に加え、職員個々のキャリア設計を描く上での分かりやすく公平な仕組みとして評価できる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>衛生委員会が毎月開催され、職場環境や就業環境について協議・検討している。有給休暇の取得では、希望アンケートが行われており、休暇の取りづらさはない。勤怠の時間管理もソフトを導入し、適正化を図っている。また「キャリアシート」による就業の意向調査、事業所以外の相談窓口の設置、福利厚生クラブ加入など、働きやすい職場を目指した取組みは数多い。</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>「CUPシート」を用いて目標管理を実施している。職員個々のキャリアに対して、適切な目標の設定、進捗管理の中間評価、終了時評価の総括と進む中で、中間面談と最終面談を通して上司がサポートしている。目標をクリアしていくことでの達成感や、キャリアアップによる育成のための的確なツールと言える。</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>研修委員会による計画に基づき、職員研修を実施している。明確化された職員像を目指し、また基本方針や中長期計画・事業計画にも挙げられる専門性の向上を図るため、職員に対して積極的な研修への参加と資格取得を奨励している。</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>職員個々の研修履歴を管理し、外部研修に参加させている。法人内研修では、新任研修、スキルアップ研修、フォローアップ研修などのキャリアごとの研修や、事例発表会、虐待防止研修など縦割りの研修を実施している。OJTに関しては、新人職員に対して資格のある3名の職員が、進捗確認をしながら指導、評価を実施している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年間2～3名の社会福祉士実習を受け入れている。「受入れ手順書」に則り、実習指導者資格を持った実習担当職員2名が、プログラムを作成して指導に当たっている。プログラムには「ひまわりの風」として習得してほしい事項を必ず盛り込み、学校側と連携を取りながら実習を進めている。指導者は、大学のフォローアップ研修を受講している。</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>ホームページには事業内容、財務状況、利用者の様子など、様々な情報が開示されている。理事会の報告を家族に対しても行い理解を得ている。また、広報誌が年3回刊行され、家族や関係機関に配布されている。地域に向けても、広報誌を配布することが望ましい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「経理規程」はじめ事務的な規程や要綱が整備され、監事による内部監査や公認会計士による毎月の財務チェックも含め内部牽制がなされ、一定の透明性が担保されている。会計監査法人による外部監査は実施されていないが、法人監事による内部監査や行政による監査においては、特段の指導・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>コロナ禍による外出制限や、交流の場であった夏まつりは開催が中止となり、まつりは施設内行事に切り替えて実施した。地域の清掃活動は継続しており、利用者の姿を地域に示す機会となっている。事業所としてはコンプライアンスの範囲で、できる限り地域との接点を持って交流を進めたい意向を持っている。</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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ボランティアに関しては、コロナ禍で受入れ実績がない。事業計画には「地域福祉増進のための事業」として、中高生体験実習やボランティアの受入れが明記され、マニュアルも整備されている。ボランティアは、利用者の社会性伸長や地域の障害者理解、普及の意味でも重要な人的資源であり、今後は積極的な受入れ促進のための呼びかけを進めていくことが求められる。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 区の自立支援協議会や県の知的障害者福祉協会などの関連団体とは、情報共有や研修会などの協働活動を行い、連携が図られている。事業所に必要な関係資源はリスト化され連絡に支障はないが、利用者個々に対応する社会資源がリスト化されていない。的確な活用を図るためのリスト作成が望まれる。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人内の会議でも地域の動向を見極め、また、自立支援協議会や基幹相談支援事業所から情報を得て、事業展開を検討している。しかし、一般の地域住民の持つ福祉的なニーズを把握する手立ては乏しく、行政からの情報に頼っているのが現状である。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 「障害児者かけこみ相談」での相談事業や「名古屋市よりどころ事業」に参画し、就労体験を実施している。その他、福祉避難所登録を行い、集団生活に特別な配慮を必要とする人たちの、災害時の受入れを準備している。まちづくりへの参画や、地域の要望を受けて実施する事業といった点では検討の余地を残す。		

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>利用者を尊重する姿勢が、法人の倫理綱領や理念、基本方針等に記載され、明確化されている。さらに、今年度においては、事業所独自の倫理綱領を作成中であり、来年度に向けて完成予定とのことなので今後に期待ができる。</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>令和3年度に定員変更が行われ、全室個室化を行い、利用者個々のプライバシー保護が一段と進むこととなった。変則的な勤務シフトのため、出勤してきた職員への引継ぎもその都度行われ、状況報告等の際インシヤルを使うなど工夫をしている。行動規範等の規定や姿勢は明記されているが、全職員への周知が十分とは言い難い。</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>ホームページやパンフレットをなどで、事業所の概要や提供するサービスの内容等を詳しく紹介している。新規の利用希望者については、見学の受入れや案内を通して利用に繋げている。</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	・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者については、サービス内容の変更を一人ひとりに合わせて説明する等の配慮がされている。新規の利用者については、口頭でわかりやすく説明している。しかし、より理解が得られるような特別な工夫はされていない。事業所としても認識している部分でもあるため、今後の工夫に期待をしたい。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所の移行等には、法人内の相談支援事業所とサービス管理責任者が窓口として連携を図っている。サービスの利用時や利用後についても、利用者の意向や状況に応じて事業所間で連携し、スムーズに移行が出来ている。</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	・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>月に1回、利用者会議が行われており、できる限り利用者主体で行えるよう、担当職員も参加をしてフォローを行い、会議が円滑に行われるように援助している。会議録等も残されているが、決定したことについての周知や満足度を測るような取組みについては、改善の予知がある。</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	・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の案内板の設置、苦情関係の規程及びマニュアルの整備はされているが、職員全体への周知がされていない。苦情件数については少なく、相談や意見を聞く機会も積極的に取っている。職員研修等の機会を作り、規程及びマニュアルの再確認を行う事が必要である。</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><コメント></p> <p>毎月の利用者会議にて、困ったことや改善してほしいことなどを反映できるような体制を整えている。文字による意思伝達が苦手な利用者も多く、掲示物等での周知はしていないが、それを補うために、職員は常に利用者の意向を確認するよう努めている。毎日の朝の会の実施や、個別相談の内容によっては、会議室等で個別に話を聞く機会を作っている。</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><コメント></p> <p>利用者会議で出た意見や個々の相談内容については、記録等を残して共有している。必要によりケース会議等へのつながりもあり、個々に柔軟な対応ができています。その反面、対応マニュアル等は整備をされていない。利用者意見に迅速に対応するために、また職員によって対応に差異が生じないようにするためにも、早急にマニュアル整備が求められる。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>虐待防止委員会などの委員会設置により、リスクマネジメント体制が整備され、記録ソフト「ケアカルテ」などを使い、事故防止やヒヤリハットなどの周知及び共有をしている。次の事故に繋がらないための評価や見直しについて、その仕組み作りが今後の課題である。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症予防策としての研修が定期的に行われている。実際に防護服を装着するなど、より実践的な研修が職員全体で行われている。感染症が発生した際の、管理者、医務、厨房などの職種間連携の体制も整備されている。</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 ・ ⑤ ・ c
<p><コメント></p> <p>BCP委員会が設置され、非常食の確保、備品の管理、炊き出し訓練を行うなど、防災への取組みがされている。災害時におけるマニュアル等は整備されているが、実際に発生した際の職員の動き等については不十分な部分も見られる。より実践的な動きができるようにするために、マニュアルの整備と周知が必要となる。</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	⑥ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「事業概要」にて、理念や基本方針、重点項目、サービス提供の内容、提供方法等が明記されている。新人職員へは3ヶ月の育成期間を設け、その間にマニュアル等によって標準的な実施方法を学ぶ機会としている。会議や各種委員会によって、標準的な実施方法の適切性を確認できる仕組みになっている。</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	⑦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画や相談計画書などによってモニタリング時期が確認でき、その時期においてケース会議、中間会議、総会会議にて検討されている。また、急な変更については、その都度のケース会議、月1回の支援連携会議にて見直しの機会がある。</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	⑧ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者を中心に、看護師、理学療法士、管理栄養士など多職種連携を行い、利用者個々に合わせたアセスメントや個別支援計画を作成している。また、個別支援計画に付随して、利用者一人ひとりに必要なリハビリ計画等の作成をしている。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 定期的なモニタリングや必要に応じたケース会議、支援連携会議などが実施され、評価の見直し、対応はできている。しかし、個別支援計画を急遽変更をする際の手順に、不明確な部分もあった。今後、その仕組みの整備を期待したい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 記録支援ソフト「ケアカルト」を使い、日々の記録、個々の特記対応を含め記録の整備、共有はできている。記録ソフトを使うための指導はできているが、言い回し、記録の量や精度などは職員による差異が生じている。記録の精度を一定レベルに揃えるための基準作りと、その周知のための研修の実施を期待したい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 記録支援ソフト「ケアカルト」で管理されており、個人情報を開示する際には「開示申出書」の申請をした上で提供されている。持ち出しの際のルールも決められている。基本的な情報の扱い以外の、どのような行為が漏洩にあたるのか、そのための対策と対応方法が周知される機会を作る必要がある。</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
<コメント> 利用者会議は月に1回の開催機会があり、意見の聴取、取りまとめが行われている。事業所単位でなく、利用者個々に話が聞けるように、各担当職員が個別に話をするようにしている。		

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> 権利擁護委員会の設置もあり、規程・マニュアル等の整備、チェックリストの実施もされ、権利擁護を意識しながら業務遂行をしている。個別支援計画に付随する資料として、身体拘束等についても写真等を取り入れており、定期的に説明、見直しができる仕組みがある。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 地域支援のための訓練室が用意されている。利用者個々のニーズに合わせて対応し、プログラムを作っている。金銭管理や、事業所内に設置された自販機で実際にお金を使う訓練を行うなど、個別に支援を行っている。		
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> 利用者とのコミュニケーションについては個別的な配慮を行い、必要な利用者にはイラストや写真、筆談などを取り入れている。現時点では、新たにコミュニケーション機器の導入は必要ないが、常にコミュニケーション手段として新たな方法や取組みを考えている。		

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> 利用者個々の相談に対応できるような機会や場所が確保できる仕組みになっている。新たなニーズ等があった場合は、支援員会議等で話し合っ調整が行われている。アセスメントや個別支援計画への落とし込みも行われている。		
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> 利用者のニーズを把握し、できる限り意向に合った日中活動（作業・クラブ活動等）となるよう配慮している。レクリエーションについては、コロナ禍により外部へ行くことが難しくなりましたが、事業所内でできる事を工夫して実施している。より充実したレクリエーションとするため、希望調査等を実施する予定である。		
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> 支援の困難なケースは、強度行動障害養成研修を受講した職員を交えて検討している。行動制限をできるだけしない取組みを実践し、そのためにフリースペース等の確保をしている。利用者間の関係調整については、その都度の状況を見て対応方法を決めている。		

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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>食事の面では、希望のメニューや嗜好品等については、事業所内で給食の提供を行う中で可能な限り取り入れ、柔軟に対応している。食堂もオープンで、環境面でも良好である。入浴については、利用者個々に合わせた時間設定になっており、19時以降の入浴も可能である。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>日中活動場所については、事業所内のスペースも広くとられており、配置や環境を整えて集中して取り組めるよう工夫している。環境面で安全に配慮した設備があるが、見た目が悪くならないように工夫している。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>個別支援計画、リハビリテーション計画に基づいて、主に理学療法士が機能訓練や生活訓練を行っている。訓練の内容に関しては、支援者会議にて必要により見直しや変更がされる仕組みもあり、利用者からの満足度も高い。</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	a . b . c	
<p><コメント></p> <p>定期的に嘱託医に健康状態の報告を行い、看護師を中心に健康管理をしている。重度化・高齢化が進んでいることから個別の対応をしているが、通院受診の支援においては迅速に対応できないケースが課題となっている。高齢化については、高齢者施設への移行の経験もあり、必要に応じて連携を取っている。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>服薬の管理は、医務室にて看護師が主に担当しており、医薬品の関しては管理場面での工夫をしている。コロナ禍でもあり、職員を対象とした感染症関係の研修も定期的に行われている。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>コロナ禍によって活動機会は減っているが、その中でも地域活動委員会の設置や地域のゴミ拾いなど、できる範囲で積極的に活動をしている。利用者の社会活動や学習支援を推進するために、適切な情報提供や希望を聞き取る機会を増やすことが望ましい。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>地域移行推進委員会が設置されている。昨年度の定員変更時には、ニーズに合わせてスムーズに他事業所等への移行が行われた。グループホームの見学会等も行っているが、昨年度の定員変更時の移行で完結とすることなく、継続してニーズに合わせた情報発信やそれに向けての取組みを期待したい。</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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 月に1回家族会の開催があり、担当職員から連絡、報告ができる体制になっている。家族に向けて、法人・事業所から広報誌の配布をしている。利用者の体調不良時などの連絡については、現状では円滑に行われているが、連絡の基準、仕組みがマニュアル化されていないため、今後の改善が望まれる。		
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		