

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：ふれあい福祉園ガイア	種別：生活介護、短期入所、日中一時支援	
代表者氏名：水谷 公治	定員（利用人数）：40名（48名）	
所在地：愛知県碧南市中山町1-7		
TEL：0566-48-3980		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成16年 7月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人ダブルエッチジェー		
職員数	常勤職員： 9名	非常勤職員： 13名
専門職員	（管理者） 1名	（看護師） 2名
	（社会福祉士） 1名	（強度行動障害実践） 4名
	（介護福祉士） 7名	（強度行動障害基礎） 4名
施設・設備の概要	（居室数） 1室	（設備等） 機械浴槽

③理念・基本方針

★理念

「共にいき、共につくる」（経営理念）
 「すべての障害者が人間らしく生きていくために」（法人理念）
 「地域とともに」。事業所や利用者を地域とつなぐ役割を担っていく。

★基本方針

- ・地域に根付いた活動をしていく
- ・新規利用者を増やしていく
- ・強度行動障害の知識を身に着け、中身のある支援を行う
- ・クリーン活動・あいさつ運動
- ・事業所内研修を継続
- ・健康増進のため「運動プログラム」を提供していく

④施設・事業所の特徴的な取組

ここ数年、ガイアと地域をどう結んでいくかを考えてきました。どんな障害があっても暮らしやすくするために、地域へガイアからアプローチをしていき、理解を深めてもらえるよう取り組んでいます。そうすることで逆に地域からのアプローチが増えてきました。

事業所の売りでもあるガイアお菓子や自主製品の販売先を増やしたり、施設開放の目的でコロナで休止していた祭（わらふえす）も復活させました。今年度は20周年記念イベントも開催し、事業所のアピールを行っています。

昨年から活動を始めた中山町内にある「福祉の会」にも積極的に協力して利用者と地域の園児や学生との繋がりも持つようにしています。幼少期から障害者と接することで障害に対する理解を深められる機会の場ともなっています。

事業所内では5つの班に分かれて活動しています。個々の障害特性に合った支援を取り入れ生活そのものにメリハリを付けていただき、人生を豊かに過ごしていただくことがガイアの目指す支援です。

班別のプログラムだけでなくクラブ活動や運動プログラム、創作活動や季節のイベント等を行い、余暇プログラムにも力を入れることで、生活の充実も目指しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 7月18日（契約日）～ 令和 7年 1月14日（評価決定日） 【令和 6年11月18日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （令和 元年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆職員が作り上げる事業計画

事業計画は半期ごとに会議で実施状況を確認し、分析評価し、その結果に対し職員で意見を出し合って次年度計画を作り上げている。かねてからの理事長の意向でもあり、職員自ら事業計画の作成に参画することで、目標達成への意欲と熱意が生まれ、好循環となっている。

◆地域との関係強化

「地域に根付いた活動をしていく」と、運営方針が示す通り、地域との関係性を重視した事業運営を行っている。地域の「福祉の会」に参画し、職員が会合へ参加して関係を深め、利用者が幼稚園児や中学生との交流を図るなど、積極的に活動している。また、地域の祭りやイベントでは、キッチンカーによる販売や地区の清掃活動などでも、利用者と社会との接点を得ている。このほか、地区の防災会議に参加して災害時の協力体制を検討する等々、利用者の地域共生と事業所の地域での存在価値を高めている。

◇改善を求められる点

◆研修のモニタリング

職員の専門性の獲得と資質の向上を目的に、研修参加に力を入れている。ただ、研修内容が業務にどれだけ活かされているのかを知るため、研修参加による効果を正確にモニタリングする必要がある。多くの場合、研修履修後の「復命書」や「研修報告書」には、「所感」として、研修で得た学びや気づきとともに「アクションプラン」が記載されている。このアクションプランが支援の現場で実践されたか否か、参加より一定期間を経ての効果測定を実施することが望ましい。

◆標準的な実施方法の策定と実施検証

標準的サービスである健康管理についての記録や、個別支援が必要な利用者の対応マニュアルはある程度整備されているが、まだ未整備で文書化されていないものもある。支援方法の差異や支援上のリスクを無くすために、標準的な実施マニュアルの再点検を求めたい。また、新人職員を含む職員の習熟度具合や、支援や作業手順を変更した場合に、マニュアル通りに実施できているか等を検証する仕組みを構築されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度はとてもご丁寧に評価をいただきありがとうございました。
ご指摘、ご指導いただいたことも、分かりやすく理解することができました。
良いものはさらに良くしていき、課題は一つ一つ解決していきます。
今回の結果を全職員で共有し参考にして、良い事業所を作っていきたいです。

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・㉔・c
<コメント> 理念、基本方針はホームページやパンフレットに明示され、事業所内にも掲示されている。「行動規範」や「倫理綱領」は別に定められ、職員からのパソコンからも閲覧が可能となっている。利用者へは掲示物以外の資料や説明の機会はないため、周知への課題を残す。			

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	㉔・b・c
<コメント> 市の自立支援協議会や福祉推進会議に参画し、福祉に関する行政の動向や福祉計画に関連する数値等を把握している。法人では毎月管理者会議を開き、経営状況、財務状況を共有し、経営課題に関して検討している。			
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	㉔・b・c
<コメント> 経理担当者は毎月経理会議を行い、会計士より財務状況や分析結果の報告を受けている。法人全体の経営課題については毎月の運営会議で、事業所独自の課題に関しては幹部会議でそれぞれ協議、検討されている。それぞれの会議の決定事項は、職員会議で周知されている。			

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・㉔・c
<コメント> 事業所の5ヶ年計画が策定され、これを年度毎の事業計画に盛り込んで目標としている。事業計画と同様に、5ヶ年計画も半期ごとに評価し、毎年アップデートしている。内容に関し、実行に向けた更なる具体性を求めたい。			
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	㉔・b・c
<コメント> 前年度の事業計画の振り返り結果を受け、さらに5ヶ年計画を踏まえた上で、重点項目ごとに具体的な目標設定があり、分かりやすい内容となっている。職員への周知は職員会議で行っている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 半期ごとに、事業計画の実施状況の進捗を確認し、分析、評価し、職員で意見を出し合って年度末に次年度計画を作成している。職員が事業計画の作成に参画して作り上げる点に関しては、理事長からの指示事項である。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 単年度の事業計画は、事業所内に簡単な説明図と共に掲示されている。ただ、支援を受ける主体である利用者向けの説明は無いため、少しでも理解ができるような工夫や配慮の余地は残る。事業所としては、サービスの主体である利用者に対して、事業計画の内容に関しての説明責任があると考えられたい。		

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 ・ ① ・ c
<コメント> サービス内容については、厚労省の基準を用い、特定の職員によるモニタリングを行っている。これを全員あるいは複数の職員によるチェックとしたい。一方、利用者へは毎年満足度調査を実施し、集計の上で法人の権利擁護委員会へ提出し、分析結果がフィードバックされている。これを職員会議で共有し、支援に繋げている。		
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 事業計画は半期で評価し、職員会議で検討されている。第三者評価結果についても同様で、サービス課題そのものは明らかになるが、改善計画を立てて取り組むまでには至っていない。改善活動にあたっては、責任者（誰が？）、期限（いつまでに？）、実施方法（何を？）を明確に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> 管理者を含む職員の職責は、「運営規程」や「職員業務分担表」に明記されている。管理者は主に職員会議の場で自らの方針や方向性を明らかにしている。平時、非常時の別なく、管理者不在の時の職務権限は、主任に委任される。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 「業務管理体制整備規程」には、法令の遵守と原則、責任者、違反した場合の扱いなどが明記されている。管理者は、法人契約の経営コンサルタントによる助言や研修でのレクチャー等により、適正運営を意識した業務管理を手掛けている。			
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> 管理者は、決してトップダウンではなく、面談や会議等で職員からの意見を十分に聞き、合意の下で業務を進めており、この体制や姿勢が事業所に定着している。また、自ら積極的な研修参加を手掛け、専門性の向上を図っている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 管理者は、法人の人事担当として適正な人員・人材配置を目指し、人事会議で協議を重ねている。労務改善委員会での職場環境の向上・改善に向けての提言を受け、職員面談での意見を参考に働きやすい職場づくりを目指している。さらに、事業所の幹部会議で話し合った業務の実効性に関する改善案を職員会議に提示し、職員の合意を得ながら改善を進めている。			

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> 法人の人事会議での協議による方向性に基づき、年度ごとの採用方針を決め、求人および採用活動を行っている。職員不足の中ではあるが、非正規のパート職員に関しては、事業所の実情に応じた時間パートを採用している。また、今年度よりインドネシアからの技能実習生を採用し、育成している。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	①	・ b ・ c
<コメント> 職位に応じた評価シートによる業績評価として、自己評価と管理者面談による上司評価を実施している。人事基準としてのキャリアパスは7段階の階層からなり、各階層に必要な要件と責務が示され、業務上の目標となっている。これが昇格への目安となっている。			
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組んでいる。	障16	①	・ b ・ c
<コメント> 時間外労働や有給休暇の取得など、就業状況はデータ化して管理している。ハラスメントを含む相談窓口があり、面接、電話、メール、手紙など、方法を問わず受け付けて処理している。異動希望調査による勤務地の配慮があり、独自の福利厚生制度なども整い、働きやすい職場に向けての様々な取組みがある。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 目標管理制度を取り入れている。人事考課基準の25項目を参考にして、目標設定面談での上司との協議の上で適正な目標を設定している。半期の中間面談で進捗状況を評価し、年度末に最終評価を行って総括し、次のステップに繋げている。		
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
<コメント> 職員ごとに年間研修計画が策定され、これを基に研修参加がなされている。また、一般職と主任級以上の職員に関しては、研修目的と参加研修が事業計画に挙げられ、事業所をあげて取り組む姿勢がうかがえる。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> 職員は、研修計画に沿って研修に参加している。法人研修では、研修委員会の企画する階層別研修や交換研修などがある。また、事業所内では虐待防止研修等のテーマ別研修の他、外部研修にも積極的に参加するなど、研修機会は確保されている。課題としては、研修実施後のモニタリングと評価（効果確認）を正確に行う点にある。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> 福祉専攻の高校生を実習生として受け入れている。実習生の受入れマニュアルは完成したが、実習に関する事業所の方針が明確でない点、また実習指導者の養成といった点で課題が残る。		

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 ・ ① ・ c
<コメント> インスタグラムを中心に、事業所情報の公開を行っている。ホームページは更新中であり、今後もインターネットを通して発信していく方針である。ただ、関係機関や地域、利用者家庭などへの広報という点では、読み慣れた紙媒体での発信も今一度検討の余地がある。		
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	a ・ ① ・ c
<コメント> 法人経理部門との連携を密にし、会計士の助言を得ながら、経営コンサルタントの分析を会議で共有するなど、事業所の現状と課題の把握に努め、財務の適正化を進めている。また、監事による内部監査を実施することで内部牽制し、一定の透明性を担保している。外部の会計監査法人等による外部監査は今後の課題となる。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業計画に「地域に根付いた活動」を取り上げ、地域との関係を重視している。特に、地域の「福祉の会」に参画し、会合に参加したり利用者や幼稚園児や中学生との交流を図るなど、積極的に活動している。地域の祭りやイベントではキッチンカーによる販売を行い、企業の食堂での販売も行っている。利用者や社会との接点を大切に、活動に取り入れている。		

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 ・ ㉓ ・ c
<コメント> 学生を中心にボランティアを受け入れている。受入れの意義・目的として、今後社会を担う子どもたち（ボランティア）に、利用者との交流によって正しい障害者観を得てもらうことを第一義としている。ボランティアへの研修などを行う事で、さらなる受入れ体制の強化を図りたい。		
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 ・ ㉓ ・ c
<コメント> 市の自立支援協議会や地区の定期会合などで、それぞれの共通の課題について検討を行っている。また、事業運営上、あるいは利用者支援上で必要となる社会資源をできるだけ活用し、社会との接点を広げている。個々の利用者ごとや、活動分野ごとの社会資源リストの作成を望みたい。		
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	㉓ ・ b ・ c
<コメント> 市の自立支援協議会や相談支援事業所、さらには地区や町内会の関係者との話し合いの中で福祉ニーズや生活課題を把握し、運営上の参考としている。また、地域では「福祉の会」に参画して主体的に活動する中で、地域のニーズや課題を拾っている。		
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	㉓ ・ b ・ c
<コメント> 通所事業所としては珍しいショートステイ事業により、在宅障害者の受入れを行っている。利用者をグループに分け、地域の清掃活動に参加したり、マルシェなどのイベントで地域住民との交流を図っている。また、防災意識の高まりを受け、地区の防災会議に参加して災害時の協力体制の検討を開始した。		

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	ⓑ	c
<コメント> 法人理念と基本方針は事業所の玄関に掲示してあり、年度初めの職員会議で説明する機会を設けている。基本的人権への配慮について、正規職員は年1回動画を視聴して勉強会を開催しているが、非正規職員の周知・理解への取組みがない。				
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	ⓑ	c
<コメント> プライバシー保護に関する取組みは、風呂の使用中にはカーテンや入浴中の看板を掲示し、必要に応じてトイレにも衝立を使用するなど、個々の状況に配慮している。プライバシー保護に関する項目について、利用者支援の場面ごとのマニュアルの見直しと改善を期待したい。				
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	ⓑ	c
<コメント> 最近ではInstagramを主として活用し、パンフレットはカラー印刷で、写真を入れるなど目を引くように工夫し、活動内容も分かりやすい。しかし、ホームページは2年以上にわたって更新されておらず、現在見直しを行っている状況である。				
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	ⓑ	c
<コメント> 福祉サービスの開始や変更の際の説明は、専門用語や行政用語をなるべく使わないようにしている。利用者への口頭での説明は、管理者がゆっくりとした口調で対応している。説明手順は定められているが、管理者以外の職員でも対応できるよう工夫されたい。				
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	ⓑ	c
<コメント> 直近では、就労移行に1名、介護保険の施設へ1名が移行している。移行にあたっては、関係機関を集めて調整会議を開き、スムーズに移行できるように連携が取られている。しかし、調整会議の記録が確認できなかった。この点の改善が望まれる。				
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	ⓑ	c
<コメント> 毎年1回、権利擁護委員会主導で「サービス満足度アンケート」を行っている。また、個別面談時にも意見を聞く機会があり、利用者の希望を叶えられるように配慮している。要望を受付けて改善課題への対応は取られているが、対応策が適切であったか否かを評価（効果を確認）する仕組みがない。				
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	ⓑ	c
<コメント> 苦情に関する文書が事業所内に掲示され、苦情解決の仕組みやマニュアル等についても整備されている。直近5年間は苦情の受付はない。以前は玄関に投函箱を設置していたが、現在は撤去されている。苦情の無いことを善しとせず、苦情の基となる不満足感が、利用者および家族の心に内包されることが無いよう、苦情を申しやすい環境を工夫されたい。				

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> <p>利用者から意見や相談等がある場合は、利用者の希望する場所（相談室や医務室など）で対応するように配慮している。利用者や家族等に周知するためのポスターを、玄関先等に掲示するなどの取組みを期待したい。</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>利用者から聞き取った意見や相談の内容については、その日の終礼で報告した後に「業務日誌」にパソコン入力し、職員間で情報を共有している。ただ、利用者から相談や意見があった場合の手順が定められていない。マニュアルの見直しを定期的実施されたい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>職員は全員、法人内セミナーと事業所内研修で「虐待防止・権利擁護研修」を受講している。事故報告やヒヤリハット報告は書面で確認ができたが、事故報告は主に車両事故が挙げられていた。いずれも定期的なモニタリングは実施されておらず、要因分析や改善策が適切であったかなど、組織的な仕組みの整備を期待したい。</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>「BCP（業務継続計画）感染症編」が作成されており、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。今後は、分かりやすいフローチャートなどを作成して、感染症発生時に誰でもスムーズに対応できるよう、職員への教育・研修の強化が望まれる。</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>定期的にマニュアルの見直しを行い、備蓄品をチェックして管理している。防災・避難訓練は関係施設との連携を含め、定期的実施されている。今後は、地域の合同防災訓練に参加することで、実際の罹災時に連携できるよう、近隣住民との協力関係を構築することを期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的サービスについてのマニュアルや、個別支援が必要な利用者への対応マニュアルはある程度整備されている。しかし、口頭で行われているものも残っており、文書化する事が望ましい。また、職員による支援の差異を平準化する取組み、新人職員の習熟度、支援の手順を変更した場合のマニュアルとの整合性等々を、効果測定する仕組みの構築を望みたい。</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>個別支援計画の作成時期と受給者証の期間との整合性がなく、全ての利用者について年度末と10月に行われている。計画変更や追加等があれば変更を行っているとのことであるが、標準的な実施方法の改定記録や検討会議の記録等の整備を早急に検討することを望みたい。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 「アセスメントシート」を使い、年2回の面談時に個別支援計画の見直しをしている。個別支援計画は、「アセスメントシート」を基本に、担当職員とサービス管理責任者、その他必要と思われる関係職員と連携を取って作成している。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 「業務日誌」には、個別支援計画に掲げられた目標に対して行った支援の内容が記録されている。半期に一度のモニタリングや、必要に応じて個別支援計画の見直しが行われている。個別支援会議に参加できなかった職員は、i P a dで確認して情報を共有できる仕組みがある。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 記録作成の手順については、入職時に研修が行われ、法人内で統一された様式で入力している。毎週月曜日に職員会議があり、その内容はi P a dで翌日には確認できるようになっている。i P a dは写真を添付することが可能であり、より分かりやすく情報共有するための工夫がある。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> 「個人情報保護規程」により、利用者の記録等の管理について定められている。個人情報の記載された書類は、鍵のかかるロッカーで管理されている。パソコンの管理については、職員個々にパスワードを設定しているが、定期的にパスワードを変更するなど、セキュリティー対策と管理体制強化の検討を期待する。		

【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	①・b・c
<コメント> アセスメントや面談等で利用者の希望を聞き取り、可能な限り希望する活動に参加できるように、スタッフ会議で検討している。一例としては、大道芸の得意な利用者は地域のイベントに職員とともに出演したり、漢字に興味がある方には漢字検定を受験するなど、利用者の意向に沿って個別な取組を行っている。			

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> 権利擁護に関する規程があり、定期的に権利擁護や虐待防止等についての会議が開かれている。直近の職員への研修では「スピーチロック」を取り上げ、無意識に不適切な言葉を使わないよう、職員の意識を高めている。強度行動障害のある利用者には、専門医から「ペスク」（絵カード交換式コミュニケーション）を学んで支援に取り入れている。			

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> 利用者や家族も加わり、相談しながら目標を設定し、本人の状況に応じた声掛けをすることで動機づけを行っている。今まで母親に任せきりで何もできなかった利用者が、母を亡くしてからシェアハウスを利用することになり、職員の声掛けから手伝いをしたい気持ちが芽生え、意識が変わってきた実例がある。			
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> アセスメントしたコミュニケーション手段を参考にして、利用者にも最も伝わりやすい方法（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、必要に応じて家族と連絡を取って確認している。			

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	a・②・c
<コメント> 利用者から申し出があれば、希望する場所で、いつでも話を聞く体制を整えている。相談内容は職員会議などで報告し、情報共有を行っている。また、作業や活動などを選択する機会を設け、少しでも意思決定ができるような環境づくりを心がけている。しかし、意思の表明が困難な利用者への取組みは、遅れていると言わざるを得ない状況である。			
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> 個別支援計画に基づき、利用者は希望する作業や月1回のクラブ活動（体操、SDGsなど）を選択することが可能である。また、運動したい利用者が作業の合間に歩行に出かけたり、モルック（木製の棒を使ったゲーム）を取り入れるなど、出来る限り個別に対応出来るよう努めている。			
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> 強度行動障害の利用者が、どんな時に落ち着かないのか行動記録を取り、専門医に相談して適切な支援を行っている。利用者間でトラブルが続くような時は、活動場所が同じ空間にならないように距離を置き、落ち着いて過ごせるよう配慮している。職員には専門的な研修への参加を促し、スキルの向上を図っている。			

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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎年、嗜好調査を行い、改善出来る事から取り組んでいる。旬の食材を使ったり、季節に合ったメニューや行事食を提供するよう努めている。利用者の心身の状況に応じて、ペースト食やきざみ食などに形態を変え、事故なく食べやすいようにしている。入浴設備は、利用者にも職員にも過重な負担が掛からないよう、機械浴が導入されている。</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>施設内は適温で明るい雰囲気にとられ、転倒防止のために、頻りに床のふき取りを行うなど、事故防止に努めている。しかし、作業部品などの様々な物が乱雑に置かれていたため、整理整頓などの生活環境の整備、改善が望まれる。</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>保護者からリハビリ専門医に指導を受けた内容を聞き取り、手のマッサージや足をホットタオルで温めるなど、できる範囲で活動に取り入れている。今後は、PT（理学療法士）やOT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）等のリハビリ専門職との連携が取れるよう、積極的なアプローチを期待したい。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎日、利用者に対して検温や血圧測定を行い、健康チェックを行っている。情緒の不安定や体調の悪い利用者等の情報は、申し送りや携帯のアプリ（ケアズコネクト）を活用して共有できる仕組みがある。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>薬の管理・保管については、看護師資格を持つ職員が中心となって行っている。現在、食物アレルギーの利用者はいないが、今後アレルギー対応が必要になっても、厨房は自社で運営しているので対応できる体制はある。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域のイベントや福祉祭り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。休日のイベントに参加を希望する利用者には、移動支援事業所と連携を取り、希望が叶うように調整している。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の高齢化、重度化が進む中、地域生活への移行は、建物の構造など本人の条件にあった受け入れ先が簡単には見つからないケースも多い。相談支援事業所の職員等と連携を取って、迅速に対応できる体制は組まれている。また、服薬管理等は、訪問看護事業所との連携も行っている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 日々の家族との連絡は、基本的には「連絡ノート」や電話、または送迎時に口頭で伝えている。今後は、家族の心身の状態や物心両面の負担にも配慮し、家族支援をも含め、相談支援事業所と連携・協力体制を構築することを望みたい。		
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		