

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：養楽荘	種別：施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名：豊留 賢二郎	定員（利用人数）：40名（40名）	
所在地：愛知県春日井市高森台5-6-5		
TEL：0568-41-9880		
ホームページ： https://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：28名	非常勤職員：4名
専門職員	（管理者） 1名	（事務職員） 1名
	（看護師） 1名	（管理栄養士） 1名
	（支援員） 28名	
施設・設備の概要	（居室数） 45室	（設備等）作業訓練室・相談室
		浴室・事務室・衣類保管庫・
		洗濯室・荘長室・医務室・
		会議室・ボランティア室・
		リネン室・スタッフルーム

③理念・基本方針

★理念

- ・法人
〈選ばれる事業所・親しまれる事業所〉
- ・施設・事業所
〈選ばれる事業所・親しまれる事業所〉

★基本方針

- ・暮らしの場として、安心・安全で、かつ快適な住環境の中、健康的に過ごすことが出来るよう支援し、各々の特性に応じたニーズを把握し、落ち着いた生活を送れるようにする。
- ・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

- ・個別外出
外出を個別化することで、個人の希望に沿った外出先に出かけることが可能になり、外出の幅が広がった。
- ・施設連携
入所4施設で、施設長会、看護師会、栄養士会を定期的を開催し、課題についての対応を図っている。また、虐待防止・身体拘束適正化委員会などの各委員会も継続的な取り組みを進め、施設間での情報共有、相談、検討等を行っている。
- ・地域移行
利用者、保護者・後見人へ地域移行への選択肢の提示や希望を調査をおこない、相談支援員、地域サポートセンターへ共有し、グループホームの体験利用等を進めている。
- ・アニマルセラピー
荘内でインコを飼育しており、鑑賞だけでなく、餌やりや水の交換などを通して生き物を育てる経験を持っていただく。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 6月25日(契約日) ~ 令和 7年 1月10日(評価決定日) 【令和 6年10月24日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (令和 3年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆理念実現への組織的な取組み

基本理念、基本方針、職員行動規範、中期計画などが連動して取組めるよう、視覚的にも分かりやすく示され周知されている。また、今年度より職員一人ひとりの目標管理制度を導入したことにより、一層職員個々のキャリアにおける職責が明確となり、基本理念実現へ向けての支援体制が組織として強化されている。

◆個別支援の適正化

各ケースの支援においては、職員一人ひとりが「支援手順書」の内容を理解した上で、個別支援計画に基づく支援を実施している。個々のケースに対して週1回のサービスチェックによる点検を実施し、月1回のモニタリングで実施評価を行っている。さらに、必要な場合にはケース検討を行い、支援方法の見直しを行っている。このPDCAサイクルに沿った手順を踏むことで、サービスの質の向上と提供する上でのリスク回避を可能としている。

◇改善を求められる点

◆空虚な居住環境

施設内の居住空間は十分な広さや清潔感があり、また居室は全て個室となっている。プライバシーが保たれ、必要に応じ転倒防止用マットを配備するなど、安全面でも配慮されている。一方、ユニット内は一切物が排除され、生活用品や活動の道具などが利用者の手の届かない状況にあった。破壊行動や誤飲・誤食の危険のある利用者に配慮した結果であろうが、空虚で特殊な印象は免れない。一般家庭同様に、装飾や家具の配置などが可能な範囲で施され、利用者が必要なものを自由に手に取れるような環境が整うことが好ましい。そのための、検討や工夫を望みたい。

◆入浴の在り方

今回の第三者評価受審に伴う家族のアンケートの回答に、入浴に関する家族の意向が複数みられた。職員の人員配置や安全面の問題などに難しい点もあるが、利用者にとって昼間の時間帯や一日おきの入浴が、施設生活の弊害であることは明白である。入浴によって一日の汗を落とし疲れを取るといった極く普通の生活を目指すためにも、実現可能な範囲で検討していただきたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

引き続き受審し、荘としてさらに向上できる部分を知ることが出来ました。
特に保護者さん、地域の方との連携、質の高いサービスを維持していくために必要な人材の育成がますます必要と感じております。
今後とも社会から必要とされる「選ばれる事業所」「親しまれる事業所」を目指し改善していきます。

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＞ 事業所の理念、基本方針が明文化され、パンフレットやホームページ等に掲載されており、職員への周知も図られている。来訪者等の目にも触れるよう、施設内に掲示されている。職員会議では、理念、基本方針の実現を目指すため、具体的な内容で示された「行動規範」の読み合わせが行われており、職員の理解も深まっている。		

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	①・b・c
＜コメント＞ 社会福祉事業全体の動向については、市の福祉計画を適切に把握しており、愛知県知的障害者福祉協会等にも加盟し、情報収集が行われている。その他にも、様々な媒体を駆使して情報を収集する機会がある。また、人件費率や利用率、職員の勤続年数別の割合など、経営に関する分析も適切に行われている。		
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＞ 経営課題については精査されており、課題解決のため4つの委員会が法人全体で立ち上がっている。また、人事評価制度においては、従来の評価方法に加えて、職員自らが具体的な行動目標を掲げ、その結果について評価を行う仕組みが構築され、今年度より全職員が行う体制となっている。		

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＞ 中期的なビジョンを明確にした「中期計画」（令和3年度～7年度）が策定されている。計画は毎年見直されており、必要に応じて修正されている。「理念実現シート」により「中期計画」の具体的な行動目標がまとめられており、基本理念や基本方針との関連性が分かりやすく示されている。		
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・②・c
＜コメント＞ 「中期計画」を踏まえた単年度の事業計画が策定されている。内容については利用者、保護者、職員の意見が吸い上げられたものとなっており、内容も理解しやすい。福祉事業の成果を数値で表すことは難しい面もあるが、サービスの向上の視点において、可能な範囲で数値目標を設定することによって、より具体性のある計画となる。一考を願いたい。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業計画の内容は半期ごとに見直されており、年度末に事業報告として適切に評価されている。職員会議等を利用し、職員への周知も適切に行われている。		
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 以前は保護者会にて事業計画が周知されていたが、コロナ禍によって保護者会が実施されなくなり、それ以降は郵送で対応している。利用者への周知については、イベントの告知などを視覚的に理解できるよう工夫しているが、情報量が十分とは言い難い。より分かりやすく周知できるよう工夫が求められる。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 第三者評価を3年に1度受審しており、受審しない年は自己評価を行っている。また、利用者と保護者には定期的に満足度調査を実施している。第三者評価、満足度調査ともに調査結果について分析・検討している。施設に対して、保護者が様々な意見や要望を出しやすい良好な関係性も見受けられる。		
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> 職員一人ひとりが具体性のある目標を立て、目標達成に向けて業務にあたっている。その目標の中には、第三者評価や自己評価から得られた課題に関連した目標も見られ、評価の結果に基づいて改善される仕組みが確認できた。職員一人ひとりに対し、自身の目標達成が施設の課題の改善に繋がっているという認識を醸成させることが今後の課題となる。		

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>管理者の役割と責任については「キャリアパス規程」に明記されており、いつでも閲覧可能となっている。管理者不在時は誰に権限を委任するか、役割が明確になっている。災害時など有事の際、管理者が不在時の権限等については災害BCP（業務継続計画）に示されている。</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>管理者自らが積極的に研修等に参加し、幅広い分野について学びを深めている。施設内では、虐待防止（身体拘束含む）研修やBCPなどの必要な研修が適切に行われており、職員一人ひとりが外部研修で学べる機会も確保されている。</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>福祉サービスの向上に向けて、法人全体で「サービス向上」、「人材育成」、「地域貢献」、「健全で透明性の高い運営」について、委員会が立ち上がっている。それぞれの委員会において、重点事項や施設・事業所個別事項が設定されており、組織的にサービスの向上が期待できる体制となっている。</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>職員配置については、十分な職員を配置することができており、職員が安心して働ける環境が整っている。個別面談の実施や時間外勤務、有給休暇の管理も適切に行われ、働きやすい環境が整っている。業務の無駄を積極的に排除する姿勢もうかがえる。「健全で透明性の高い運営」に関する委員会に管理者が関与しており、事業所においても必要に応じて改善が図られている。</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>採用については法人主導で、毎年十分な職員数を確保できている。事業所でもSNSを駆使して支援の様子を配信するなど、時代に合わせた採用活動を展開している。今後、動画の配信も計画している。人材育成の委員会を立ち上げ、法人全体で階層別の内部研修を実施している。法人内での異動はあるが、離職率は低く、職員が定着する体制が整っている。</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>期待する職員像は、「職員行動規範」に示されている。人事基準は、「キャリアパス規程」に記載されている。人事評価では、従来の行動評価に加え、職員自らが目標を設定して達成に向けて取り組む制度の2本柱で評価を行っている。行動評価はまず職員自身が自己評価を行い、仕事を振り返る機会が設けられ、成果とともにフィードバックする仕組みも確立している。</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り組んでいる。	障16	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>職員配置は適正であり、職員が安心して働ける環境が整っている。管理者に限らず、次席なども定期的に職員面談を実施しており、職員の意向を吸い上げる体制が整っている。時間外勤務も少なく、有給休暇も取りやすい雰囲気、職員のライフ・ワーク・バランスも配慮されている。年2回の健康診断に加え、ストレスチェックも実施され、職員の心身の健康にも配慮している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>期待する職員像を明確にし、職員一人ひとりの目標が定められ、目標の達成度を評価する仕組みがある。目標は具体的な行動目標となっており、期限も定められている。新人のOJTでは、従来の漠然としたものから、期間を定め具体的に重点ポイントが記載された計画に改善されている。指導する職員の力量アップも期待できる。</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>事業所内で年間の「内部研修計画」が策定され、計画に沿って研修が実施されている。研修計画は定期的に見直し、修正されている。また、研修内容については、現在、各事業所で行っている内容を法人本部で精査し、より効率性かつ実行性の高い研修を実施できるよう取り組んでいる。</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>内部研修に加え、法人主体の階層ごとの研修も行われている。外部研修も職員が積極的に参加できる体制が整っており、研修参加の要望も多い。法人内の事業所ごとに、受け入れる利用者に特色がある。高齢に特化した事業所や、強度行動障害などの高度な支援が必要な利用者を多数受け入れている事業所があり、それらの事業所へ支援方法を学びに行ける体制も整っている。</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>コロナ禍によって実習生の受け入れが難しい時期もあったが、可能な範囲で保育実習や警察学校を対象とした実習生を受け入れ、依頼先の期待に配慮した取組が行われている。今後は、受け入れの目的として、実習指導者（職員）の資質向上、利用者の社会経験、実習生からの事業所評価など、事業所にとっても有益となるような取組みとなることを期待したい。</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>必要な情報についてはホームページで公開されているが、事業所ごとの事業計画や事業報告については記載されている箇所が分かりやすく、改善が求められる。第三者評価の結果や決算情報等は適切に公開されており、直近では苦情となる案件はないものの、苦情があった場合にはその内容を公開する体制が整っている。機関紙については、法人全体で年3回の発行である。</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>事業所の経理・会計に関わる業務は「経理規程」に沿って対応している。経営面・運営面ともに年1回、法人監事による監事監査を行っている。経理業務については複数確認を行った上で、公認会計士によるチェックが行われている。その結果に基づき、必要に応じて経営者会議等にて検討する仕組みがある。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>従来より地元の「ハナモモ桃源郷の会」との関わりが深く、ハナモモ育樹祭では、毎年法人のスペースの提供やボランティアとして職員の派遣がある。その祭りには利用者も参加し、親しく交流する場となっている。近年は近くの高齢者施設との交流も盛んで、お互いのイベントに参加する関係である。さらに地域の社会資源を有効活用するため、積極的に開拓を行っている。</p>		

<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	① ・ b ・ c
<p><コメント> マニュアルに沿ってボランティアを積極的に受け入れていたが、コロナ禍で受入れができない時期があり、改めて今年度より受入れを再開した。オカリナ演奏や歌のボランティア、衣類補修等を受け入れている。地元中学生を福祉体験の一環として受け入れ、利用者にとっての良い交流の機会となっている。ボランティアの募集を、SNSでも試みていく計画がある。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント> 地元の施設を、社会資源として有効活用できないか検討している。社会資源を一覧化してまとめたリストがないことから、今年度より社会資源をリスト化して活用していく方針があり、今後の社会資源の活用に期待したい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 愛知県知的障害者福祉協会等に所属し、障害者福祉に関する様々なニーズを把握するため、管理者が多くの会合に参加している。また、短期入所事業を行うことで、将来的に入所を希望するであろう潜在的なニーズの把握を行っている。在宅障害者のニーズは、相談支援事業所から得ている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 「ハナモモ桃源郷の会」との関わりでは、社会福祉分野の枠を超えて地域コミュニティの活性化の一翼を担っている。地域の防災対策としては、法人内の通所施設やグループホーム利用者の通所する施設と連携し、福祉避難所として地域防災を担当する施設としての役割を分担している。法人全体で、地域防災を支える体制を構築している。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員会議やミーティングの中で、「職員行動規範」の読み合わせを行い、支援に対する共通の理念を確認している。「業務マニュアル」には、「職員行動規範」とこれを踏まえた支援方法が示されている。職員は、虐待セルフチェックを行って不適切支援の有無を確認している。</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」の中にプライバシーの保護が明記され、定期的読み合わせを行うことで理解を深めている。居室はすべて個室となっており、外からも内側からも施錠、解錠ができ、不審者の侵入を回避できる。トイレにおいてもプライバシーが確保されているなど、生活環境全般に配慮がなされている。</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>ホームページ上で、事業所の最新の情報が開示されている。インスタグラムでも、施設での生活や活動の様子が写真で確認できる。利用希望者は、見学やショートステイを体験することで、施設生活のイメージを得ることができる。現在、事業所案内用の動画を作成中である。</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	a	・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス開始にあたっては、絵や写真を用いて活動内容を丁寧に説明し、少しでも理解が得られるようにしている。「利用契約書」や「重要事項説明書」にはルビがふられている。課題としては、支援内容そのものをわかりやすく表現した利用者用の説明資料の用意がないことである。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所変更は、ほとんどの場合が法人内での移行であり、4ヶ所の入所施設を中心に、様々な形で情報が共有されている。移行先事業所とも利用者本人のニーズや状況に関して情報共有し、環境が変わっても支援の継続性が保たれるよう配慮している。</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	・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>満足度調査を年1回実施し、集計・分析の上、課題を職員会議で検討して支援に反映させている。職員は、担当利用者とのコミュニケーションを工夫し、意向の把握に努めている。一方で、利用者自治会は無く、また利用者との個別面談や意見聴取の機会も具体的に設定されていない。必要に応じて意見聴取を行っているが、利用者の意向がこぼれ落ちないような仕組みや配慮が求められる。</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	・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みが整備されている。「業務マニュアル」に記載するとともに、家族へも通知しており、システムとして機能している。家族へは毎年アンケート調査が行われ、集計・分析して支援に活かしている。利用者からの苦情を拾う機会や方策を、仕組みとして取り入れることが望ましい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 意見を表出することが難しい利用者が大半を占める状況にあって、どのように意思確認をしていくかがポイントとなる。利用者や家族からの多くの相談や意見に対応しているが、その手順が確立しているとは言い難く、今後の課題となる。</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> 年1回のアンケート調査や毎月の嗜好調査では、利用者の意見・要望を集約して分析し、支援方法や食事内容に活かすなどの工夫がなされている。相談や意見に関しては、聴取方法に加え、相談を受けた時点から改善に至るフローチャートなどを作成し、職員ごとに差異が生じないよう組織的に対応することが望ましい。</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> ヒヤリハットや事故に関するデータはリスクマネジメント委員会で集約し、分析、検討してリスク改善を提言している。「事故報告書」の中には、原因と再発防止に関する項目もあり、これがデータとして共有ファイルに挙げられ、職員会議でも周知されている。事故防止や安全に関する研修等への参加を進め、事故の未然防止や再発防止を図りたい。</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	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント> 「医務マニュアル」の中に、感染症対策のマニュアルが整備され、感染予防から発生時の一連の対応が示されている。マニュアルは随時見直しがなされている。新型コロナウイルス感染症や感染性胃腸炎の蔓延を経験したが、その都度内容を見直し、対策の強化を図っている。</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> 定期的な防災訓練を実施し、BCP（事業継続計画）も策定している、職員の安否確認は、アプリを用いて一斉メールで実施している。大規模災害の際、利用者は地域の避難所に避難するのでなく、事業所内の安全な場所へ移動することになっている。課題としては、利用者の安全確保のために地域の協力を得る形を整えておくこと、応援体制を意識した訓練を実施することである。</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	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント> 「業務マニュアル」に、サービスごとの支援方法が詳しく明記されている。毎年見直しがかけられ、必要に応じて改訂されている。同時に、「職員行動規範」で人権やプライバシーに関する姿勢を明確にしており、リスクが少なく、全ての利用者に均一的なサービスが提供可能となっている。</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	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント> 年に1度、「業務マニュアル」の振返りと見直しを行い、必要部分の修正をしている。職員会議の中で、課題を洗い出して改善していく仕組みができています。</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> 個別支援計画の前段階として「設計計画書」があり、医師や看護師、栄養士など各専門職と管理者がチェックし、意見を述べる形を踏んでいる。利用者個々の「支援手順書」に関しては、毎週チェックをしており、各サービス提供時の利用者本人の様子や動きに対する支援の適合性について詳しく検証している。		
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> 半期に1度、本人同席の下にモニタリングを実施している。利用者本人の急激な変化や、障害支援区分が変更になるような状況、あるいは入院・地域移行などの環境変化といったケースでは、計画の見直しを行うことが運用として可能であり、実績もある。個人レベルでは、「個別支援計画意見検討表」、「個別支援計画妥当性確認表」を用い、男女のケースごとに検討している。		
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	a ・ ① ・ c
<コメント> 利用者に対するサービス提供の記録は、支援ソフトを用いて適切に記録している。個別支援計画をベースに、日々の確認と「支援手順書」によるチェックと評価を行い、適切か否かを確認している。職員ごとの記録方法や精度の差異に関しては改善の余地を残す。		
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」が整備されており、記録の保管や廃棄、情報漏洩などについて運用されている。また、データ管理、ウイルス対策にも万全を期している。個人情報保護の重要性に関し、研修等でさらに徹底することが肝要である。		

【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	ⓑ・c
<コメント> 利用者の意向や選択を重視した支援が、様々な場面で実践されていた。日中活動への参加や食事の選択などをはじめ行事や私物など、写真やビデオを使って理解しやすい工夫がなされている。集団生活の中で、担当職員との関係以外の仲間づくりや、生活を楽しむ余暇や趣味などについてもより多くの情報や選択肢を増やし、個々に応える暮らしの充実を図られたい。			

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	ⓑ・c
<コメント> 「職員行動規範」等に、権利擁護の必要性が明記されている。実際には、権利を主張しにくい利用者に対してのアドボケートと、ひとりの人として、大人として相応しくないことを看過したり、誰とも上下関係を作らないことなどを再確認されたい。身体拘束に関し、半期ごとに家族の同意書をとっている。拘束ゼロに向けて、委員会でのあらゆる角度からの検討を期待したい。			

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	a	ⓑ・c
<コメント> 自律・自立を目指し、エンパワメントを最大限引き出す支援、過介助の無い支援は利用者本人にとっても重要なことである。ただ、場面によって能力以上の行為の強要や必要以上の見守り・代行などには支援する側の見極めが大切である。これらを考慮し、個別支援計画作成時には十分な検討を期待したい。			
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	ⓑ・c
<コメント> イラストカードやパソコン画面、筆談、ジェスチャーなど、個々に応じた様々なコミュニケーションツールを用いて支援している。マッサージをしながら意思疎通を深めるなどの工夫も行われている。代行決定は簡単だが、あらゆる手段を用いて少しでも意思確認できる、あるいはサインを読み取る取組みを望みたい。必要であれば、コミュニケーションを取るための練習も行いたい。			

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	ⓑ・c
<コメント> 利用者が自らの意思を訴えたり、選択する機会を様々な生活場面で設けている。一方で、利用者が意思表示したり相談するなど、主体的な行動に出ることは少ないことから、意思表示するための意思形成への支援が重要となる。様々な情報を提示し、個々のサインを読み取り受容することで各々の意思が確認できるよう、成果の少ない作業だとしても可能性を前提に取組みたい。			
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	Ⓐ	b・c
<コメント> 利用者個々のニーズを勘案した個別支援計画に基づく支援を行っている。活動は大きく3つのグループに分かれ、情緒の安定、個別課題への取組み、働くことまで、幅広い内容になっている。職員サイドでは、全てのニーズに応えていくためにはさらに個別化する必要があると考えており、鋭意検討が始まっている。			
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	Ⓐ	b・c
<コメント> それぞれのケースに、「支援手順書」に基づく個別支援を実施し、週1回のサービスチェックで成果や不具合を点検している。月1回のモニタリングでは、実施評価を実施し、必要に応じてケース検討して見直しをかけている。			

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>全ての利用者に共通する支援方法を踏まえた上で、「支援手順書」により、個別支援計画に沿って支援している。よって支援上のリスクが回避され、生活場面ごとにニーズに応じて対応している。支援を行う上での課題は、ケース検討を通して改善・解決している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>居室は全て個室である。プライバシーが保たれ、必要に応じ転倒防止用マットも備えられ、安全への配慮がある。ユニット内は余分なものが排除され、清掃が施されている。ただ、破壊行動のある利用者への配慮した結果であろう空虚な印象は免れず、快適性という点では課題となる。一般家庭同様に、装飾や家具の配備などが可能な範囲で施されると、より環境としては好ましい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>PT（理学療法士）の資格を持つ職員が手順書を作成し、これを職員間で共有し、指導を受けながら機能訓練を実施している。本来であれば専門職として配置し、利用者個々にリハビリ計画を策定した上で訓練を行い、モニタリングを重ねて個々の身体機能に応じた支援を行うことが望ましい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>排泄のチェックや入浴時の観察などは適切になされ、記録されている。バイタルチェックに関しては、利用者の高齢化に伴って必要度も増していることから、日々の検温の他に、少なくとも血圧、血中酸素濃度などの基本バイタルは毎週チェックするなど、実施頻度を検討する必要がある。</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	a	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>服薬管理に関しては、厳重なチェック体制が敷かれている。調剤・配薬については指定の薬局が一括して行い、連携が保たれている。また、事業所内での薬剤管理も厳正になされている。職員の知識習得も含め、医療的支援全般について手順あるいは項目を整理したマニュアル等の整備が望まれる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>閉鎖的な入所生活の中であって、利用者個々がどのように社会と接点を持つか、またそのためにどのような支援を行うべきかが問われている。利用者本人の希望に沿った社会学習、またその支援のための様々な情報提示を、少しでも本人に分かりやすい形で進めていくことが求められる。</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	①	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域移行の可能性のある利用者に関しては、希望を調査し、グループホームの見学や体験利用を行って移行に繋げている。特に、法人内では移行への連携が図られており、スムーズな移行を実現している。意思形成の段階で、よりイメージしやすくなるような情報を提供し、支援の中でも優先事項に位置付けて取り組んでいる。</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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> コロナ禍にあっても、電話等で家族等との関係継続に心がけていたが、不定期ではあるが保護者会も再開されている。より確実な連携に向けては、家族対応に関する目的や指針を明確にし、利用者支援とともに高齢化する家族への支援も視野に入れた対応が望まれる。		
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		