

## 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：生活介護 Masa夢	種別：生活介護	
代表者氏名：加治屋 聡美	定員（利用人数）：38名（66名）	
所在地：愛知県春日井市前並町字東屋敷9-2		
TEL：0568-35-5514		
ホームページ： <a href="http://yumenoie.or.jp/masayume/">http://yumenoie.or.jp/masayume/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成26年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 明知会		
職員数	常勤職員：9名	非常勤職員：33名
専門職員	（管理者）1名	（理学療法士）2名
	（サービス管理責任者）1名	（看護師）4名
	（介護福祉士）10名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）食堂・相談室・WC
		浴室・厨房・事務室
		訓練作業室1・2

### ③理念・基本方針

#### ★理念

1. 個人の尊厳を大切にし、未来に大きな夢のある楽しい生活ができる施設を目指します。
2. 職員は温もりのある心で援助にあたり、皆が和やかに過ごせる施設を目指します。
3. 明知会は、地域に開かれた福祉の拠点として親しまれる施設を目指します。

#### ★基本方針

- ・利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、常時介護を要する利用者に対して、入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとする。
- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって生活介護を提供するよう努める。
- ・居宅に近い環境の中で、地域及び家族との結びつきを重視した運営を行うことを旨とし、市町村、指定障害者支援施設、指定障害福祉サービス事業を行う者その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。
- ・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号）及び指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年愛知県条例第72号）その他関係法令を遵守し、事業を実施する。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

1. 在宅の重度障害者に活動の場を提供し、自立した日常生活や社会生活を営む事ができるよう支援を行い、居宅に近い環境の中で地域及び家族との結びつきを重視した施設運営を行っている。
2. 地域社会で幸せな生活が送れるよう支援することを目的とするとともに、利用者の意思及び人格を尊重しつつ、常に利用者の立場に立って生活介護を提供し、職員配置において指定基準を上回る職員体制で、より質の高いサービスを提供している、創作的活動や生産活動では、地域の実情やサービスの需要状況を考慮しつつ、利用者の移行、その他の事情を踏まえ支援を行っている。
3. 地域交流を重点項目として施設運営に取り組んでおり、地域住民の参加を得ながら法人内の入所施設と共同でイベントを行うとともに、日常的には施設内の喫茶店にて交流を深めつつ、在宅生活者にどんな支援が必要かを検討し日頃の支援に取り組んでいる、利用者の特性に応じた個別ケアにも積極的に取り組んでおり、重度化対応などについて医療機関や家族と緊密な連携に力を注いでいる。
4. コロナウイルス感染防止防止策コロナ感染対応施設として「安全・安心宣言施設」届け出を行っている。
5. 職員の有給取得がしやすいよう取得を呼び掛け、環境整備を行っている。
6. 個々の事情に応じた雇用形態で、働き方を選択し職員の定着向上を図っている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2年12月 7日（契約日）～ 令和 3年 3月24日（評価決定日）  【令和 3年 2月25日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （平成29年度）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆「働きやすい職場」の実現

管理者の目指す「働きやすい職場づくり」が着々と進行している。パソコンで有給休暇が管理され、職位や職種による偏りはなく、自由度の高い有給休暇の消化が進んでいる。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、子ども帯同の勤務を認めている。安定した職員雇用が継続しており、正規職員9名は全員が5年以上の勤務経験を持つ。その9名の平均勤続年数は13.5年である。

##### ◆子どもの集う事業所

「地域に開かれた施設づくり」は、法人理念にも掲げられている命題である。喫茶やカラオケルーム、駐車場等を地域に開放し、様々な用途で有効活用されている。それらを利用して、各種の文化的な講座や移動販売等も行われている。職員に対して子どもを帯同した勤務を認めていることから、子どもの自由に入出入りする姿がある。母親（職員）と昼食を共にして帰宅する子ども、利用者と友達となった子ども、掃除を手伝う子ども、友人を連れてくる子ども等々、事業所を舞台に子どもたちの様々な関わりがある。

##### ◆個々のニーズに応える

利用者個々が選択できる日中活動をはじめ、支援内容は家族や本人の意向を重視した個人ごとの「個別情報」に沿って提供されている。利用者それぞれのニーズに合致したサービス内容となっている。

##### ◆権利擁護への取組み

虐待抑制委員会での事例検討や関連研修を実施している。身体拘束に関しては、個別支援計画の作成時に、やむを得ず行う場合の同意書を取っている。また、支援を行う中でのグレーな事例は、日々のミーティングで検討している。権利侵害防止に向けて職員セルフチェックを実施し、集計、フィードバックして注意喚起するなど、権利擁護への多面的取組みを実施している。

◇改善を求められる点

◆主体的な実習生の受入れを

事業計画には、「年間10名以上の実習生を受け入れる」ことを目標数値として掲げている。しかしコロナ禍によって、今年度の実習生受入れは行われていない。昨年度までの実習生の受入れは、法人の入所施設で受け入れた実習生が、実習期間中の1日だけ事業所を訪問する形で進められてきた経緯がある。実習生の指導は、担当した職員自らの振り返りや学びの機会ともなり、職員育成面でも有益である。今後は、主体的な立場での実習生の受入れを計画されたい。

◆利用者満足度の把握

利用者が意見を述べる機会が多々あるが、支援内容に関し項目を定めた満足度調査は実施されておらず、支援内容ごとの満足度や課題が把握しにくくなっている。PDCAサイクルの中のチェック機能の一つとして、利用者の声を取り入れてサービスの適正化を図られたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受審し、各評価項目により何を求められているのかを理解し、事業所の現状が明確化された事により、これから取り組むべき課題を認識することができました。課題については、全職員で共有し今後のサービスの質の向上に役立て、ご利用者、ご家族、地域の皆様より信頼を得て和やかで親しまれる施設となるよう努めて参ります。

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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 利用者の尊厳の尊重、職員による温もりのある援助、地域に開かれた施設、の3点を理念に掲げ、理念に沿った支援を実践している。職員に対しては、昼礼や夕方の申し送り時に、関連する事例に絡めて理念に触れた話をしている。今年度から発行されている月刊の「M a s a 夢だより」では、年始の号で理念について説明し、家族への周知を図っている。			

##### 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	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 会員となっている同業団体の会議や研修が中止となり、毎月開催される法人内の定期会議（リモート会議）からの情報を事業運営に反映させている。多くの情報は法人内の入所事業所（夢の家）から取得しており、積極的に事業経営を取り巻く外部環境の情報を取得しようとする姿勢は弱い。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 利用者の高齢化に伴い、身体介護の必要度が増している。職員の体調不良（特に腰痛）の軽減化を図る。この2つの課題を解決する手段として、「ノーリフティング化」に取り組んでいる。予算に応じて各種のノーリフティング機器が導入され、効果を発揮している。非正規の職員には、「機器の操作をマスターする」ことを個人目標として掲げさせる等、計画的な取り組みとなっている。			

##### 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	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 「経営戦略検討シート」に3年後の到達点が示され、「ノーリフティング化」も取り上げられている。この「経営戦略検討シート」に取り上げる項目を検討すること、取り上げた項目や内容を職員に周知すること等、課題が残る。			
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> 中期計画ともいえる「経営戦略検討シート」と単年度の事業計画との連動性に欠ける。事業所としての最重要課題として取り組んでいる「ノーリフティング化」に関しては、事業計画の中では触れられていない。主要な経営指標（年間稼働率等）や各種の事業活動（研修参加、ボランティアの受入れ等）に関しては、事業計画に数値目標を設定して取り組んでいる。			

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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 事業計画は職員会議やパートミーティングで周知され、事業報告書は職員が作成している。その事業報告書をたたき台として次年度の事業計画が作成されている。事業計画の策定、見直しに職員の関与は認められる。しかし、事業計画と事業報告との関連性が薄い。事業計画で取り上げて重点的に取り組んだ項目を、事業報告で詳細に説明することが望ましい。		
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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> 利用者に対する「重要事項説明会」が年度当初に開催され、「帰りの会」でも分かりやすく説明している。家族に対しては、今年度から発行されている「M a s a 夢だより」（月刊）で事業計画の内容を伝えている。		

#### 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 ・ ㉓ ・ c
<コメント> 3年ごとに第三者評価を受審し、毎年自己評価も実施している。利用者の高齢化対策と職員の負担軽減を目的とした「ノーリフティング化」の推進が、サービスの質の向上に大きく貢献している。ただ、「ノーリフティング化」の取組みが事業計画に挙げられていない点は、組織的な取組みとは言い難い。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 3年前の第三者評価での要改善点を課題として捉え、具体的な取組みとして実践している。その一つは「職員への理念の周知」であり、年間計画に取り入れて取り組んでいる。また、「事業計画に数値目標の設定」に関しては、主要な経営指標や各種の事業活動を、事業計画の中に数値目標を設定して取り組んでいる。		

## 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	a	ⓑ	c
<コメント> 管理者は、自らの責務を「働きやすい職場づくり」による職員の安定、その延長線上での事業運営の基盤確立と捉えている。その所信は「Mas a 夢だより」でも表明している。課題としては、管理者はじめ各職員の職務分担が整理されていないこと、管理者不在時の権限移譲に関する明文化がなされていないこと等である。				
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	ⓑ	c
<コメント> 管理者は高いコンプライアンス意識を持ち、常に順法の精神をもって業務にあたっている。しかし、法人本部や法人内の入所事業所からの情報を得て動くことが常であり、職員への周知に関して法人の指示により実施している。規程やマニュアル類に関しては、法人任せではなく、事業所の特性に合った独自の規則やルールを盛り込んで策定することを期待したい。				
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
<コメント> 2年前から取り組んでいる「ノーリフティング化」の推進が軌道に乗り、高齢化によって身体機能の低下した利用者に対して効果を上げている。また、週に1度の移動販売の実施も、独居生活の利用者にとっての大きな便宜が図られている。これらの施策に対する利用者の満足度は高い。				
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮してい る。	障13	ⓐ	b	c
<コメント> 「ノーリフティング化」による職員の腰痛対策が進み、職員の勤怠管理（出退勤、給与明細等）も電子化が図られた。非正規職員の時間管理も可視化され、効率化が図られている。日本語の不得意な外国籍の職員に対し、様々な文書を英語表記にして対応している。				

### 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	a	ⓑ	c
<コメント> 職員の採用は法人本部が所管し、事業所では定着のための施策を講じている。管理者が目指す「働きやすい職場づくり」が着々と進み、安定した職員雇用が継続している。正規職員9名は全員が5年以上の勤務経験を持ち、その平均勤続年数は13.5年である。法人の将来的な事業展開を明確にした上で、事業所としての人事計画を策定することが求められる。				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ	c
<コメント> 法人としての方針が「成果主義」的な人事制度を志向しておらず、キャリアパスや人事考課制度、目標管理制度が連動して機能する仕組みとはなっていない。「期待する職員像」は明確になっているが、そこに到達するためのキャリアパスの構築が未完成であり、職員にとって将来の姿を自ら描くことは難しい状況である。				
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	ⓐ	b	c
<コメント> 管理者が目指す「働きやすい職場づくり」が実現している。パソコンで有給休暇が管理され、職位や職種による偏りはなく、自由度の高い有給休暇の消化が進んでいる。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、子ども帯同の勤務を認めている。母親と昼食を共にして帰宅する子ども、利用者と友達となった子ども、掃除を手伝う子ども、友人を連れてくる子ども等々、子どもたちの様々な関わりがある。				

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の目標を職員一人ひとりに展開し、「一年間の目標」として明文化している。それを毎月「取り組む目標」として具体的な活動を掲げ、月末には「実施した目標」として成果を記載している。その一覧表が事務室に掲示されており、職員の育成が図られるとともに、活動の「見える化」ともなっている。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画に職員研修に関する基本的な方針は掲げているが、具体的な計画作成には至っていない。また、キャリアパスが未完成であることから、階層別や職種別、テーマ別等の研修体系の構築には至っていない。事業所の様々な活動や取組みが「職員担当制」で実施されているが、研修担当は設置されていない。研修効果を確認・検証するためにも研修担当の設置を期待したい。</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	③ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修体系こそ構築されていないが、事業計画に目標数値を掲げて職員研修への積極的な参加を計画している。コロナ禍によって研修の実施が延期されたり中止になったりもしているが、外部研修へ年間3回以上の参加、外部講師を招聘しての全体研修を年間4回以上開催、事業所内での内部研修が年間3回以上計画されている。</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 ・ ④ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画には、年間10名以上の実習生を受け入れることを目標数値として掲げている。しかしコロナ禍によって、今年度の実習生受入れは行われていない。これまでの実習生の受入れは、法人の入所施設で受け入れた実習生が、実習期間中の1日だけ事業所を訪問する形で進められてきた経緯がある。今後は主体的な立場での実習生の受入れを計画されたい。</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 ・ ⑤ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページが一新される予定であったが、計画が中止となった。そのため、現在公開されている情報は古いまま更新されていない。事業運営の透明性を担保するためにも、早期にホームページを正常化することが望まれる。</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	⑥ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の事務、経理、契約、取引、購買等は法人のルールに従って執行されている。事務、経理業務は法人本部の職員が兼務しており、一定の内部牽制作用が働いている。小口現金は最大10万円までを事業所で管理しているが、決済者と出納責任者を別けて管理し、公正な金銭管理を行っている。</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	⑦ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念の一節に「地域に開かれた福祉の拠点として親しまれる施設を目指す」と謳い、様々な取組みを展開している。喫茶店やカラオケルーム、駐車場敷地等を必要とする地域住民のために開放している。ここでは、茶道教室やフラワーアレンジメントの教室、移動販売等々が行われ、地域住民と利用者との多様な交流が展開されている。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ボランティアの受入れに関するマニュアルの整備が遅れているが、積極的な受入れがある。書道や茶道、合唱、ストレッチポール等の講師がボランティアとして訪れている。ティンパニーの演奏ボラは、本物の音を聞かせてくれる。コロナ禍による中断がボランティア活動の消滅につながらないよう、利用者がメッセージカードを贈って関係継続を図っている。</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	㉒ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 事業所のエントランスや喫茶には地域の福祉マップが掲示しており、利用者や職員だけでなく、訪れる人すべてに情報を提供している。利用者の後見制度に関しては市・社会福祉協議会と密な連携を図り、法人内外の相談支援事業所とも連携を強化している。社会資源のリストは、パソコンで管理されている。</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 ・ ㉓ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 相談支援事業所や事業所に見学に来た民生委員児童委員から地域の情報を取得し、事業に関連する各種会議等への参加の際にも地域の福祉ニーズの把握に努めている。しかし、法人本部や入所事業所への依存度が大きく、福祉ニーズの把握に関しての事業所独自の取組みは少ない。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 地域に開かれた施設とすべく、来る者を拒まない開放感がある。認定区分の会場となったり、地域の会議のために会場を貸したりしている。車いすの無料貸し出しを行い、AEDの設置を地域に案内している。大規模災害時の福祉避難所としての機能を備えているが、BCP（事業継続計画）が未整備である。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営理念には「個人の尊厳を大切に」と記され、法人の「職員心得」にも利用者の生活を守る姿勢が貫かれている。新任職員には入職時の研修にて徹底し、管理者が職員全員に年度始めに年度目標を周知している。これらの理解が行き届いているか否かについては、職員のセルフチェックにて把握している。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に関しては、事業計画の中に支援内容の基本事項として示され、職員への周知徹底が図られている。また、利用者の個人情報については、職員に対して守秘義務の誓約をとる一方、利用者に対しては、「重要事項説明書」の中に一部使用の同意を取って了承を得ているなど、取扱いに細心の注意を払っている。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>希望者には、ホームページによる情報提供や、写真を多用したパンフレットにより説明するとともに、事業所の見学や体験利用によって環境や活動内容を知っていただくことで理解を得ている。ホームページの事業所情報は適宜見直しがされている。</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	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始にあたっては、利用者の自宅を訪問し、「重要事項説明書」を基に丁寧に説明して同意を得ている。利用者用の分かりやすく理解のし易い資料の用意や、意思確認が難しい利用者への説明マニュアルなどの作成が待たれる。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの変更等の際には、担当者会議を開催し、事業所の相談員が窓口となって引継ぎがなされている。引継ぎ文書は、個々の支援内容を項目ごとに詳しく記した「個別情報」を用意している。退所後は、主任が窓口となって相談などの必要な支援を行っている。</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	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の帰りの会や個別支援計画作成のアセスメント時に、利用者の意見や意向を聞いて支援に反映させている。しかし、項目を定めた満足度調査などは実施されておらず、仕組みも整っていないため、支援内容ごとの満足度や課題が把握できない点は課題である。</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	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決のシステムは整備されており、利用者へは「重要事項説明書」に記載され説明もなされている。苦情受付担当職員を設置し、苦情があった際には解決手順に沿って処理を図り、解決内容を申し出者にフィードバックしている。苦情が申し出やすい記入カードの配付など、さらなる対策を望みたい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が相談や意見を述べやすくするよう、直接意見を聞き取るほかにもメールやLineなどを使った取得方法などにより内容を把握している。また、相談室や施設内の喫茶を利用し、気軽に話を聞く環境を設けている。相談内容は記録に残し、改善に向けて取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は、利用者との日々の関わりを通じて個々の意見や要望を聞いたり、反応をうかがい、サービス提供上の参考としている。しかし、意見箱の設置や定例のアンケートの実施など、積極的に意見を拾う取り組みはなされていない。相談を受けてからサービスの変更・改善に至るまでが手順化されておらず、組織としての体制の整備が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ヒヤリハット集計や事故報告を行い、リスクマネジメント意識を高めている。事故発生時は、「事故報告書」の項目に沿って対応を進め、要因の分析から再発防止策までを会議の中で検討している。課題は、リスクマネージャーの未設置と、ヒヤリハットの事例分析による傾向把握が弱く、事故の未然防止体制の未整備である。</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	a ・ ④ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症ごとのマニュアルに沿った対応がなされている。発生時や発生の危険のある時期には職員会議にて対応の再確認を行い、勉強会も実施している。マニュアルは新たな情報を基に随時見直されている。新型コロナウイルス感染症についてもマニュアルに加え、可能であればBCP（事業継続計画）の作成も検討課題とされた。</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	⑤ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回、1週間を通した防災訓練を実施し、職員の役割分担も明確になっている。大規模災害等の非常時には、職員へは一斉メールによる安否確認を兼ねた連絡方法が取られる。また、福祉避難所として登録し、備蓄品、発電機、衛星電話を備え、災害時の地域支援も想定している。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者個々に対応する支援マニュアル「個別情報」に沿った対応が基本となっている。標準的な実施方法は、市販の介護の手引きを使用しており、職員個々に配付されるものではなく、周知方法も曖昧である。また、標準的なレベルで支援が実施されているか否かを確認する仕組みもなく、課題は多い。</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 ・ ⑦ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の支援マニュアルに関しては、変更の必要性があればケア会議で都度更新されている。更新内容は個別支援計画とリンクするものである。見直し手順のマニュアル化、利用者意見の反映といった点は検討の余地がある。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者個々に「情報収集シート」を用いアセスメントを実施し、それぞれの固有ニーズを再点検し、看護師等の他職種職員も参加したケース会議により個別支援計画を作成している。支援が難しいケースや計画の適合状況は会議にて確認している。		
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> 計画のモニタリングは年2回行われており、これ以外にも特別な事項や緊急事項があれば随時会議やミーティングにて見直し、変更している。個々の個別支援計画とサービス等利用計画との整合性についても配慮されている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> サービス提供の記録は、パソコンの記録用ソフトを用いて対応している。内容に関しては、記入例を示して職員ごとの差異が生じないように配慮している。パソコンはネットワークでつながり、情報共有が滞ることなく行われている。		
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> 「就業規則」の中に個人情報保護の定めがあり、不正使用を禁じている。職員には、入職・退職時に漏洩禁止の同意書を徴している。一方、利用者には「重要事項説明書」に記録保管の方法が示され、また個人情報使用に関する同意を入所時に行うなど、情報管理が徹底している。		

## 【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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 個別支援計画作成時の調査にて、利用者個々のニーズを隈なく聞き取り、それに応じて支援している。利用者の活動なども本人の意向を尊重し、必要に応じ合理的配慮を伴う支援を行っている。利用者同士が話し合う機会は設けられていないが、日々のミーティング時に様々な意見や希望を聞き支援に反映させている。利用者主体の話し合いの場が欲しい。			

### A-1-(2) 権利侵害の防止等

A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障47	① ・ b ・ c
<コメント> 虐待抑制委員会が毎月会合を持ち、事例検討や関連研修を実施している。身体拘束に関しては、個別支援計画作成時に同意書を取っている。毎回記録を取り、虐待が疑われる事例などは日々のミーティングでも話題として取り上げている。職員は権利侵害防止に向けたセルフチェックを毎年実施し、結果を集計、フィードバックする中で注意喚起している。			

### 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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者個々のニーズを把握し、個別支援計画に沿った自立支援を行っている。自立生活に向けての必要な情報提供を行い、生活の自己管理に向けた生活リハビリについて、リハ計画に盛り込んで実施している。自立へのニーズが確認できない利用者に対し、動機付けとなるような聞き取りや情報提供などは実施されていない。少なくとも意向確認の機会を提供されたい。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の障害の種類や状況に応じ、様々なコミュニケーションツールを用いて意思疎通を図っている。意思確認が難しい方へは、生活の様子や家族からの情報を判断材料としている。コミュニケーション力を高めるために、文字盤やパソコンの練習、また視線入力可能な機器の検討などの取組を行っている。			

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> 日々の朝礼・夕礼時は、利用者の意向をうかがう機会として設定され、即日対応を基本に調整するとともに支援の参考材料としている。年2回のモニタリング時には支援内容についての意向を聞き取り、計画に反映させている。これらとは別に利用者から相談を受けた際は、ケース会議にて職員共有の上、検討を行って支援の調整を図っている。			
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> 日中活動は様々なプログラムが用意され、本人の希望によりリハビリや入浴も含め週案の中に組み込んでいる。プログラムの内容は、月間予定の掲示と「お便り」にて事前案内され、そのほか地域の活動情報等も所内掲示や連絡がなされている。月案で進められた年間計画は年度見直しがされている。			
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> 移乗などの介護スキル研修、口腔ケアや心肺蘇生法など非常時対応研修は、内部でのものから外部講師を招いてのものまで、幅広く実施されている。これに加え、個別の支援マニュアル「個別情報」の共有、またケース会議による支援方法の確認などにより、個々の適切な支援に努めている。			

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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画を基に「個別情報」に沿った支援を心がけている。食事に関するアンケートを実施し、栄養士が改善事項を食材や献立に反映させている。食事形態や提供方法を食札に記載し、間違いがないよう配慮している。入浴に関しては心身の状況に合わせた機器の使用を、排泄に関しては排泄記録による情報管理等を実施し、個々に必要な支援を提供している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内の殆どの場所の消毒を実施し、清潔と衛生が保たれている。また、空調による室温管理と換気に努めている。休憩室、静養室も設置され、体調不調時に利用可能となっている。一方で、個室が必要という利用者に対応するスペースの確保が難しい状況である。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リハビリが必要な利用者に対して、医師の処方に基づいてPT8（理学療法士）がリハビリ計画を作成し、これに沿って訓練を実施している。マッサージや歩行訓練、作業療法的なプログラムまで、様々なメニューが用意されているが、主に日常生活に直結する「生活リハ」を特徴としている。モニタリングは、3ヶ月に1度の実施である。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>検温、血圧などの日々のバイタルチェックの他、一部の利用者は排泄チェック表を活用している。体調変化は看護師へ報告し、家族と連絡を取って必要に応じ医療機関につないでいる。発作に対しては対応マニュアルにより手順化されており、職員は緊急対応研修を受講している。健康増進の目的で、日々のラジオ体操、嚙下体操、縄跳びなどを行っている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>5名の看護師により日常的な医療支援を行っている。服薬に関しては必ず処方箋を取り寄せ、チェック表によって管理している。食札にも服薬に関する事項が記載され、誤薬防止を徹底している。アレルギー等の除去食や特別食にも対応している。介護福祉士資格を持つ職員は外部の喀痰吸引研修を受け、PT（理学療法士）による日常動作支援の研修なども受けている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の情報は、掲示されたり連絡事項として伝えられたりしている。利用者に対して、アセスメント時の希望調査や本人アンケートも実施され、施設外活動のニーズにも可能な範囲で対応している。買物外出、書道体験、友人との交流など、利用者個々に応じて支援している。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域生活移行への積極的な働きかけはないが、ニーズや希望のある利用者に対しては、情報提供を中心に買物訓練や住宅改修のアドバイスのほか、関連機関の紹介などを行っている。希望調査の実施や、動機付けも兼ねたSST（社会生活技能訓練）の導入など、一歩踏み込んだ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	① ・ b ・ c
<コメント> 日々の連絡ノートや送迎時の連絡・報告にて、家族の意向を把握している。家族アンケートを実施して活動の希望などを聞き取り、重要事項説明会では支援内容の説明と共に利用者本人に合った支援方法の確認を行っている。体調急変時の連絡方法などについても確認している。		
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	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		