

## 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：養和荘	種別：施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名：渋谷 聖実	定員（利用人数）：75名（75名）	
所在地：愛知県春日井市廻間町字神屋洞703番1		
TEL：0568-88-0322		
ホームページ：http://www.youwasou.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：昭和62年 4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：50名	非常勤職員：8名
専門職員	（管理者）1名	（サービス管理責任者）2名
	（支援員）52名	（管理栄養士）1名
	（事務員）3名	
施設・設備の概要	（居室数）80室	（設備等）医務室、多目的室、
		静養室、相談室、食堂、
		洗濯室、トイレ、浴室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

・法人・施設の基本理念 選ばれる事業所・親しまれる事業所

- ・地域社会における福祉の充実に貢献するため、一貫性のある処遇・支援を具現する。
- ・各事業者は、利用者が快適に生活できる環境を提供するとともに、地域の拠点事業所としても負託にこたえる資質の充実に図り、選ばれる事業所、親しまれる事業所づくりを目指す。
- ・思いやりの心を持つ、忍耐と奉仕の精神を養う、専門職としての資質の向上に努めることに職員の心構えとする。

#### ★基本方針

選ばれる施設・親しまれる施設を目標に私たちは施設で暮らす人、そして地域に暮らす人から常に必要とされる存在でありたいと願っています。より良い生活環境と地域福祉の実現を目指し、福祉サービスの充実にむけて日々努力しています。それに近づくために今年度の目標として「不適切な支援をなくす」「薬の事故をなくす」こととし、邁進しております。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・第三者評価受審結果を活かし、支援の改善、向上、虐待防止に取り組んでいる。
- ・防災訓練を毎月実施することで、利用者・職員に防災意識を定着している。
- ・利用者・保護者に満足度アンケートを毎年取り組み、アンケート結果に基づき、サービスの向上を図っている。
- ・HIPHOPダンスやアート活動を通じて、地域資源の活用、社会参加の支援を行っている。
- ・職員に対して、健康相談日を衛生管理者が主体となり毎月実施している。  
年1回のストレスチェックも行っている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2年 5月22日（契約日）～ 令和 3年 3月31日（評価決定日）  【令和 2年12月22日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成28年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆理念の実現と実効性

法人・事業所の理念である「選ばれる事業所・親しまれる事業所」の実現のため、行政や地域で開催される会議等から地域ニーズを抽出して分析を行い、中長期計画に落とし込んでいる。単年度の事業計画についても、中長期計画の内容を反映させるほか、現場職員に対してヒアリングを行うなど、広く意見を求めて具体性のある事業計画を策定している。

##### ◆利用者を尊重した支援

利用者に対しては、日々の支援についてパソコンの共有ファイルを活用し、当該事業所のみならず、法人が運営している他の事業所ともネットワークで結び、情報の共有を図っている。支援の谷間が生じないための工夫である。また、権利擁護に関する委員会が設置され、そこで課題となった対応についても職員に周知される仕組みがあり、利用者を主体とした支援が行われている。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆人事管理について

理念に「期待する職員像」が明確に記されていることで、利用者を尊重した支援を行うことや職員教育について高い意識を持って取り組んでいる事がうかがえる。しかし、職員が自身の支援レベルや福祉に関する必要な知識を把握するためのシステムについては、弱い部分がある。この点について、検討、改善の余地がある。

##### ◆各種の文書について

以前にISO9001（品質マネジメントシステム）の認証を取得していたことで、事業運営の文書（各種マニュアル等）に関しては整備が進んでいる。利用者主体の支援を考えるにあたり、ISOから第三者評価へシフトしており、福祉サービスに対する高い意識がうかがえる。しかし、この利用者主体を意識したことで、今まで備えていた各種の文書に不足部分が散見され、そこを補う必要性が生じている。部分的な改定や追記、また新たに作成が必要なマニュアル類を精査し、優先順位をつけて整備を進めることで、より質の高い支援の実現を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者ヒアリング、訪問調査ありがとうございました。  
今回の第三者評価受審結果を活かし、改善点については職員自身の支援レベルや福祉に関する必要な知識を把握するためのシステムづくり、各種文書のマニュアル類の精査、優先順位をつけて整備を進め、より質の高い支援の実現に取り組んでいきます。

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> 理念や基本方針をホームページやパンフレットに掲げ、食堂やエレベーターホールにも掲示をしている。職員のみならず、利用者や来訪者も目にする事が出来る。内容についても、職員には会議を通して確認している。利用者については、日々の関わり中の言葉を拾い、関連づけて内容を伝えている。保護者にたいしては、懇親会を通じて伝えている。			

##### 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> 市の福祉計画や地域の会議で得た内容を基に地域ニーズを分析し、事業計画を中長期計画に落とし込んでいる。また、法人施設整備の資金運用計画についても中長期計画と連動させている。コスト分析や利用率の分析に関しては、会計についてはクラウドで管理され、管理者及び事務員が把握できるようになっている。利用率については、国保連の請求を行う段階で確認している。			
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	①・b・c
<コメント> 運営会議にて、経営状況などについて話し合いを行っている。また、法人全職員の中から、年齢や性別、職責を問わず構成した人材による経営会議を設置し、法人運営などの検討を行っている。これらの会議の内容については、職員会議を通して周知している。毎年ではないが、理事長が事業所間をまたいで作るグループとの面談を行い、現場からの課題を積極的に集めている。			

##### 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	①・b・c
<コメント> 理念や基本方針と中長期計画の内容は、リンクして立てられている。地域ニーズの内容と、今後実施する事業計画の内容については、実際の事業内容や人員の配置、また運営に対する経営的視点について具体的な数値を上げている。			
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	①・b・c
<コメント> 単年度の事業計画については、中長期の内容を反映したものとなっている。具体的には、次年度の生活介護事業所開設にあたり、人員の確保などの内容を事業所の計画にも網羅し、連動させている。また、計画の実行・実現のため、職員に事業計画を配付し、会議にて確認をとっている。			

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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 事業計画については、各種会議や面接を通して職員の意見を聞き取り、それを集約して作成している。事業計画の実施状況の確認や評価、見直しの時期についてはあらかじめ定めておらず、この点については今後の改善を期待したい。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 保護者や利用者への事業計画の周知については、今までは書面の配付を行っていた。昨年より、活動などの様子を写した動画を作成して報告会で見てもらい、具体的にイメージを持ってもらう取組みを行った。また、この動画を利用者にも見てもらうことで、実際の計画に則ったものであることの理解が得られた。		

#### 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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ヒヤリハットや事故報告で挙げた内容については、副荘長が内容を確認して会議に投げかけ、他の職員も加わってこの内容の確認を行っている。また、会議で確認した内容に関しては、パート職員にも知ってもらうために「連絡ノート」に記載している。このほか、定期的な第三者評価の受審と年に一度の自己評価を実施している。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 自己評価の結果、ヒヤリハットや事故報告の内容、施設満足度調査の結果等をまとめ、分析を行って課題を抽出している。これらの内容については職員間で周知を図り、課題となった部分についての見直しや改善のための対応方法等について検討を行っている。		

## 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	a	ⓑ	c
<コメント> 4月のスタッフ会議にて管理者としての役割と責任について表明し、職員から理解を得ている。また、管理者不在時の権限委任については、法人組織の規程に記載されるとともに周知されている。しかし、管理者の職務分掌等については文書化されていないため、この点についての改善が望まれる。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 遵守すべき法令等の理解について、管理者は研修への参加を通じ理解を深めている。また各種法令遵守の内容については、法人の「法令規程集」によって整備されている。職員に対しては、会議を通じて周知を図っている。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> サービスの質の現状把握について、毎年利用者及び保護者に対してアンケートを実施し、分析を行っている。日々の業務に関しては、記録や申し送りによる報告からアドバイスをを行っているほか、個別支援計画についても助言や指導を行っている。年2回面談を行い、職員の意見を聞く機会を作っている。それらを通じ、強いリーダーシップを発揮している。				
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> 利用者の生活環境などに直結する施設の修繕など、財務状況と照らし合わせて調整し、迅速に対応している。人事や労務に関して「働きやすい環境作り」を目指し、勤務時間の管理と職責の分散を図っている。職員に対してストレスチェックを実施し、個別のフォローを行っている。				

### 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	Ⓐ	b	c
<コメント> 法人の採用担当者と調整して人員計画を立て、人材の採用を行っている。人材の育成については、研修計画に基づいた研修の実施により行われている。管理者と職員との個別面談の実施により、育成状況の確認や定着を図っている。				
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> 理念に「期待する職員像」が示され、人事基準については法人の規程に明記されている。考課基準に基づいた人事考課を行い、考課面談が設定されている。職員面談で職員の意向を汲み取り、異動や労働時間の調整を行っている。職員自ら将来ビジョンを立てられるよう、キャリアパスの研修を積極的に受講させている。キャリアパスのシステム構築が課題である。				
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> 定期的な職員との面談で悩みや職場の状況を把握し、ワーク・ライフ・バランスに配慮した調整を行っている。ハラスメントの内容に合わせて相談窓口を開設し、相談担当者には、男女の別や役職でない職員を充てるなどの配慮がある。有給休暇の取りやすい環境を整備し、取得率は90%となっている。育児、介護休暇の配慮や、職員のクラブ活動への助成も行っている。				

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 職員の育成について、一人ひとりの年間目標を設定し、関連する研修を受講させている。受講した内容については、面談の中で研修での学びの内容や目標の達成について確認している。その確認内容を基に、次年度の年間目標に反映させている。しかし、個別の目標を記した書面等、改善を必要とする部分がある。		
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> 年間の研修計画に基づき、新規採用者には年度初めと中間時期に研修を実施し、既存職員については、その職責などを加味して研修を組んでいる。今年度は、コロナ禍のために中止となった研修が多いが、外部講師を招いた研修やZ o o mによる研修などを行った。研修内容については、面談を通して振り返りを行った上で次年度の計画に反映させている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 職員一人ひとりの知識や支援水準を加味し、計画に基づいてO J Tや外部研修を受講している。また、専門資格の取得に対しては、スクーリング受講のための特別休暇の制度があり、法人として後押しをしている。事業所としても勤務調整などの協力をしている。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 実習について、保育実習生や教職の体験などを受け入れている。また、受入れにあたり、法人作成によるマニュアルがある。しかし、マニュアルの内容として、事業所に即した内容について弱い部分があり、この点について改善を要す。		

### 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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ホームページに理念や基本方針を示し、情報公開のページに事業報告や収支を掲載している。季刊誌を発行し、保護者や関係者に配付している。苦情については、内容を踏まえ必要であれば苦情委員会を通し、今後ホームページへの掲載についても視野に入れている。地域に向けた情報発信については、ホームページ以外の方法について工夫の余地がある。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 法人監事による内部監査を年2回実施している。加えて、公認会計士の指導を受ける事で、事業経営や運営におけるチェック体制の充実を図り、経営と事業運営に対しての改善も図っている。この内容については、書面及び会議にて職員への周知を行っている。		

### 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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 事業所主催の「ふれあいまつり」への参加を地域に呼びかけ、地域の祭りに利用者が参加するなど、地域との交流の機会を多く設けている。また地域資源については、職員が把握できるようスタッフルームに掲示されている。しかし、社会資源の情報を利用者に届ける点については弱いため、この部分について改善の余地がある。		

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> ボランティアに関するマニュアルについては、「業務マニュアル」に記載されている。地域のボランティアから手芸を教わる等、利用者との交流が図られている。しかし、ボランティア担当の職員以外については、受入れに対する心構えの部分の意識が弱く、この点について今後改善を図っていただきたい。		
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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> ボランティア連絡会議などを通して地域の関係機関と連携するほか、運営会議などで地域で行っている会議や催しの内容についての情報共有を図っている。また、相談支援事業所を通じ、各関係機関とケース検討や情報共有を行っている。社会資源については、スタッフルームにて掲示がされ、周知が図られている。		
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	㉓ ・ b ・ c
<コメント> 地域で開催される会議への参加のほか、運営会議でも地域から集まってきた情報を共有している。行政からも地域のニーズや要望などが伝えられ、意見交換と情報共有が図られている。イベントなどの地域交流の場からも、地域ニーズを拾う姿勢が見られる。今年度は、コロナウイルスの感染防止の観点から、SNSを活用した方法を模索している。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 地域ニーズに基づいて、事業所におけるショートステイの拡充や、中長期計画に基づいた新たな事業展開について、積極的な姿勢が見られる。地域の防災対策については、現在BCP（事業継続計画）を作成している段階である。近隣の他団体との防災訓練についても検討されている。BCPの策定や近隣と連携を図った訓練の実施が期待される。		



## 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者尊重の姿勢が、「理念」や「倫理綱領」、「支援者の基本姿勢」等に示され、事務所や活動室などにラミネートして掲示されている。利用者の声を拾う仕組みがあり、会議での報告・提案から半年ごとの点検、年度目標決定までのプロセスがある。会議、委員会を通しての報告検討の機会に留まらず、勉強会や研修が計画的に行われている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライベートに関する通信や面会のマニュアルが整備されている。電話連絡については、個室の用意や子機の活用等、プライバシーに配慮し、個人が安心して話のできるよう選択肢がある。入浴、排泄等の生活場面においても、「虐待防止要綱」及びマニュアルにて手順を示している。これらがスタッフルームに掲示されており、勤務前の確認を推奨している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページが充実している。事業所独自のものではないが、法人全体のパンフレットで事業所の紹介を行っている。パンフレットはボランティアセンター、相談支援事業所等に常置されている。作品展等を積極的に行い、事業所独自に発信の機会を作っている。一日体験利用の受入れでは、利用希望者個々の理解に合わせて体験できる仕組みがある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの利用開始や変更には、利用者本人はもとより、家族や複数の職員が関わる仕組みがある。IT化された仕組みにより、時系列での経過記録が日常記録と区別して残され、共有化するためのネットワークが構築されている。補足支援として、写真や縦書き横書き上下等、個人の理解に合わせた様式が採用されている。</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	① · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内にはIT化された連絡システムがあり、職員間の情報共有が図られている。利用者の障害特性に配慮した視覚化等にて、情報支援が行われている。相談の内容に応じた担当窓口が設置され、周知されている。引継ぎのマニュアルを整備し、移行手続きの手順や専用様式を具体的に示す仕組みがあると一層連携が取りやすくなる。</p>			
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	①	b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>1年に1回、利用者満足度調査が行われている。その範囲に留まらず、毎月「利用者のつぶやき」というニーズを汲み取る機会がある。利用者本人のことを最も良く知る保護者や、相談支援専門員からの意見を聞き取る機会が、定期的に設定されている。日々発信される意見の整理から検討の機会、月例の会議提案と、分析、検討の機会がある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みが利用者の見える場所に掲示され、苦情の受付から解決までの手順が示されている。利用者から直接発信されるものに限らず、行動から推測される意見についても、高いレベルで汲み取られている。事業所内の記録保管、周知、フィードバックも適切に行われている。外部への公表が行われると、さらに透明性が増すと思われる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「相談」に関するポスターを作成し、活動室等に掲示している。ポスターの色を塗る工程に利用者が参加するなど、利用者が関わる仕組みがあり、視覚化された情報伝達が行われている。「つぶやき」の仕組みが浸透しており、常にその場での表現を汲み取り、対応する環境がある。相談室や居室等、話しやすい場所での発信の環境作りが行われている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リーダーを中心に相談を受ける仕組みが組織化され、管理者やサービス管理責任者、主任等の情報共有の仕組みがある。そのため素早い対応や改善、説明が可能となっている。意見聴取から対応や改善を行い、日々の情報共有ファイルとして蓄積されるシステムがある。このほか、毎月の会議にて経過を検討し、改善が図られる仕組みがある。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ヒヤリハット、事故報告について定義され、マニュアルに則して個別に管理が行われている。毎月開催される事故防止委員会のほか、年1回リスクマネジメント研修が行われている。委員会作成の目標が各所に掲示され、安全に対する高い意識が保たれている。法人全体のBCP（事業継続計画）を策定中であり、早期の成案が待たれる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「業務マニュアル」の中に感染症の基本対応が記され、手順の周知や安全確保のための勉強会が行われている。基本知識の定着に向け、職員全員が穴埋めテスト形式で合格するまで繰り返し確認が行われている。近隣とのつながりや厚労省等の通知から情報を入手し、遅れを取ることがないように更新されている。衛生管理者による勉強会も行われている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「災害時対応マニュアル」が策定されており、毎月避難訓練に取り組み、火災や風水害等、具体的に想定した訓練が行われている。法人内の事業所協力だけではなく、地域の専門家にも依頼し、連携を取ることができるよう取り組んでいる。備蓄リストは、防火管理者と栄養士が責任を持って管理している。地域連携の範囲を広げていく計画を立てている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>具体的な標準的支援の手順を「支援マニュアル」の中で定めており、各職員に配布している。毎日の「業務シート」により、重要な事柄の確認と促しが行われている。その他の確認方法として、マニュアル更新や施行時に、職員は日付を記入するシステムが活用されている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員が偏らないように月ごとにチーム分けを行い、多数の職員が関って検討や修正、更新する仕組みが整えられている。支援の積み重ねによる現状把握と、確認の機会としての取組が行われている。それらの実践の証として、毎月の検討記録が残されている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全職員の参加は困難ではあるが、月例の全体会議の後に、個別支援の会議が開催されている。IT化された「連絡ノート」と合わせて、参加している職員からの直接意見を集約し、サービス管理責任者によりアセスメントの修正や個別支援計画に反映、修正される仕組みがある。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>半年に1回の個別支援計画の更新を基本としているが、状況に応じたケース検討会議等が開催されている。検討会議で支援の変更の必要性が確認されると、個別支援計画も修正される手順が示されている。形骸化することなく、適切な活用がみられる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パソコンの支援記録ソフトを使い、随時記録が行われている。支援記録の中で早急の周知の必要がある事柄は、日々職員に配付されるA4版のシフト表の中に記入され、当日の勤務職員に迅速・確実に伝わる仕組みがつけられている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録管理に関する取り扱いの規程がある。IT化に取り組む中で、現状が適切な状態なのかの疑問を持ち、データ流出に対する意識が高く保たれている。また、情報の取扱いの手順が示されており、印刷や複写、確認時には、必要な利用者以外の情報（他の利用者の氏名等）を黒く塗りつぶす等の手段がとられている。</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> 平均支援区分が5.69と、最重度6にあたる利用者が多い。利用者同士の話し合いは困難なことが多々ある中、タブレットや絵カード、写真、上下左右の並びなど、視覚化した情報提供を行い、利用者一人ひとりの表現や意思を汲み取る手法が取り入れられている。利用者の意見から、リビングにテレビを3台置くことが実行されている。			

### 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> 虐待通報等を行いやすい環境と手順がある。月目標を掲示し、利用者と職員が共に確認できる環境がつけられている。就寝前の時間帯に個別に話を聴く機会があり、意思表示しやすい職員に伝えることができるような体制がつけられている。通報があった情報を、職員周知に留まらず利用者にも伝え、正しい知識と行動を習得する機会がつけられている。			

### 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> 利用者や職員のみではなく、相談支援事業所や家族の意見を取り入れ、自立・自律が検討されている。その中で利用者本人が意識化できていたり、できそうな事柄を個別支援計画に取り上げ、実行している。困難な部分は職員が支援し、さらに有償の支援をも準備し、行政手続きなどをスムーズに行うことのできるサービス体制を構築している。			
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	①・b・c
<コメント> タブレットや絵カード、写真や上下左右の並びなど、視覚化した情報提供や表現手段が準備されている。家族や相談支援専門員に留まることなく、幼少期等に接していた人たちからの情報や話を聴く機会をつくり、利用者本人の発信の背景等にも注目できる支援が行われている。			

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> 集団での生活場面が多い中、個別の意思表示を汲み取ることのできる場所や機会をつくって支援している。具体的な対応として、就寝前の見回りにおいて、寄り添って話を聞いている。未経験や分かりにくい事柄は、体験を基に最終決定をしてもらうことが基本となっている。事業所内に留まらず、地域から講師等を招いて助言を受けることもある。			
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いた活動参加が組まれている。その時々状況に応じて、柔軟な参加方法や変更可能な代替案が準備されている。体験、参加を行う様子がモニタリングされ、個別支援会議にて検討されている。年間行事があり、個別支援計画の中で週間計画が具体的に策定されている。			
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> スタッフルーム等に、様々な障害やその特性、支援の方法等に関する書籍を揃え、必要に応じて知識を得られる環境がある。支援困難な利用者に対しての成功事例を公表し、誰もがそこから学ぶことのできる仕組みがある。研修参加や資格取得へのチャレンジを推奨し、助成する制度が設けられている。			

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「支援マニュアル」に標準的な支援が明示されている。その上で、アセスメントの下に個別の支援や配慮が行われている。衛生面にも重点が置かれており、事業所全体で「環境の時間」として清潔を意識する機会、実践する機会が設けられている。移動時間が不規則な利用者には食事時間を分散する等、環境配慮が行われている。</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	① a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新装なった事業所建物は、随所に人間工学的な装備が施され、清潔で快適な居住空間となっている。共有部分のリビングルームと個人の居室があり、利用者は自由な時間を思い思いの場所で過ごしている。適切な温度と湿度に調節され、トイレは自動点灯機能で明るさを保っている。日中の活動参加中には、自動掃除機「ルンバ」も活用している。</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	① a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に盛り込み、「楽しみながら取り組む」に趣を置き、意図的に訓練的な機会をつくっている。嘱託医、看護師と連携し、器具を購入して訓練の効果を数字で確認することができるものを取り入れている。</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 a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日課の中に看護師の巡回があり、利用者の体調に関して職員と情報共有を行い、「医務ファイル」に記録を残している。さらに、毎日全職員に配付される「勤務表」に周知情報を記入し、IT化された情報共有システムにも変化や変更点を赤文字で示し、共有漏れが起きないように工夫している。嘱託医との連携体制が整備されている。</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 a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「服薬マニュアル」や「感染症予防マニュアル」等が、フローチャート形式で分かりやすく作成されている。「医務ファイル」だけでなくフロアにも掲示されており、職員研修や医務研修の中で年に3回の確認の機会がある。職員全員がテスト形式で合格点に達するまで、再確認の機会が設けられている。</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	① a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アート活動やヒップホップダンスの活動がある。これらの活動については、外部講師等を招いて定期的に取り組んでいる。特にアート活動に力を入れ、展示等を通して地域への参加が増えることで、自然に外部からの情報が入るようになってきている。展示の依頼も増えて、利用者へ情報提供できる範囲も広がっている。</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	① a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>グループホームへの移行に留まらず、地域での自立した生活への移行を模索し、個別に希望を汲み取っている。過去にグループホームへ移行した利用者はあったが、現在も利用者本人からグループホームへの移行希望が出ている。移行に向けての計画を作成し、体験、話し合いを重ね、相談支援専門員等とも連携して進めている。</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> 家族との情報共有を図るため、月に1回の懇談会と年に2回の報告会がある。外泊や帰省の希望を受けて連絡調整を行い、健康状況や近況の情報を添えて送り出している。「帰省日誌」を活用し、継続した支援に取り組んでいる。しかし今年度は、コロナ禍によってそれらの活動や支援のほとんどが中断を余儀なくされている。		
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		