

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：第二養和荘		種別：生活介護・施設入所支援・短期入所	
代表者氏名：服部 暢宏		定員（利用人数）：40名(40名)	
所在地：愛知県春日井市廻間町字神屋洞703番1			
TEL：0568-93-9071			
ホームページ： https://youwasou.jp/			
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成24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：24名	非常勤職員：3名
専門職員	（荘長）1名		（管理栄養士）1名
	（サービス管理責任者）1名		（看護師）1名
	（生活支援員）27名（内 社会福祉士1 介護福祉士4）		（事務員）1名
施設・設備の概要	（居室数）入所施設 18室		（設備等）浴室・機械浴・EV
	（間仕切り使用し42室）		トイレ・居室・食事スペース
			家族室・デイルーム・医務室

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

安心・安全・快適に暮らせるよう整った環境で支援する。

★基本方針

地域社会における福祉の充実に貢献するために、一貫性のある処遇、支援を具現することを法人の方針としている。そのために、利用者が快適な生活ができる環境を提供する。

第二養和荘としては、そのために、

①健康に配慮した支援

②過ごしやすい居住環境を整える支援を行っていく。

④施設・事業所の特徴的な取組

法人の設立経緯から、知的に障害のある方たちが高齢化に対応できる施設という位置づけで、開所以来運営してきました。そのため、健康的に過ごすことができるよう日々支援にあたっています。

具体的には、月に1回の往診で医師より定期的な診察を受け、嘱託医からは身体的機能の相談、また、月2回の訪問リハビリを通じて日々の身体能力の維持につなげられるようにしています。また、月1回の訪問歯科を通じ、口腔内の状態を確認し、口から食事を摂ることについて支援をしています。また、食事形態についても管理栄養士とともに本人にとって最適なものになるよう検討しています。高齢化に避けては通れない「看取り」についても本人・保護者・後見人等とカンファレンスを行いながら、模索しているところです。

日々の生活での楽しみとして、外食や外出等個々の希望を反映させて計画をしています。ボランティアを通しての地域交流、創作活動や社会参加に力を入れ、取り組んでいます。

また、利用者さんが快適に過ごすことができるよう施設整備のメンテナンスを行っています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5 年 10 月 6 日 (契約日) ~ 令和 年 月 日 (評価決定日) 【令和 6 年 1 月 24 日 (訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (令和 2 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆4 施設長会（入所局）の機能

法人内の入所系 4 事業所の施設長が定期的に会議を行い、それぞれの事業所の課題やニーズを共有して法人の課題として捉え、総合的な判断の下に事業運営を行っている。法人の方針もあり、当事業所（第二養和荘）が最重度の利用者の受け皿になることのコンセンサスも得られている。実際に、前年度（令和 4 年度）に受け入れた新規利用者 5 名のうち、4 名は法人内の入所施設からである。事業所単体の課題を、法人レベルで思考する仕組みは高く評価できる。

◆事業運営の透明性確保

法人のホームページを使い、様々な情報を公開している。苦情処理の結果を、法人の事業報告書の中に記載し、その事業計画書をホームページで公開している。事業報告者には、事業所ごとの受付け件数や苦情の内容等が分かりやすく記されている。事業所の取組みや利用者の様子を、ホームページのブログで配信している。定期的に第三者評価を受審しており、今回が 4 回目の受審となる。昨今の報道によって、障害者施設を運営する法人の不適切な管理状態（透明性の欠如）が明らかにされているが、当法人、当事業所においては、事業運営の透明性を確保する取組みは手厚い。

◆自然災害への防備

近年、全国各地で予想をはるかに超える規模の自然災害が発生している。その事態に備え、災害 B C P（事業継続計画）が整備されており、月に 1 回の防災訓練も実施されている。実施後の報告書に、参加した職員がそれぞれ反省点を挙げ、その内容を職員会議で共有している。職員研修では、災害時に発生しうる様々なトラブルに対応するための実践シミュレーションが行われている。また、日常業務の中で災害備品を使用することで有事の際の対応力も高められている。

◇改善を求められる点

◆ゆとりある職員配置を

強度行動障害等、利用者の障害特性もあり、職員の基準配置を充たした状態であっても、実際の支援現場では職員の不足感がぬぐえない。職員の急な休みがあると、勤務シフトの調整も難しい状況である。法人内のコンセンサスを得て、事業収益に関係なくゆとりある職員配置を実現することが必要と思われる。一方で、変形労働時間制を導入することによって、見かけの時間外勤務は多くはない。また、育児休業から復帰した職員には、夜勤の免除や時短勤務を認める等、ワークライフ・バランスへの配慮もある。

◆目標管理のあり方

研修とともに、職員育成の一翼を担う目標管理が行われているが、対象が主任以上に限定され、課題となっている中間層の職員育成に寄与していない。目標管理の目的を人材育成とするのであれば、より多くの職員を対象とすることが望ましく、非正規職員を含め、より広い階層に拡大していくことが期待される。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

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

	自己評価	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 ㉖・b・c
<コメント> 法人、事業所共通の基本理念「選ばれる事業所 親しまれる事業所」がホームページやパンフレットに記載されている。職員だけでなく、利用者や家族に対しても周知を図っており、家族に対するアンケートからも、「親しまれる事業所」としての実践や存在感が感じ取れる。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

	自己評価	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	b ㉖・b・c
<コメント> 県や市からの情報に加え、愛知県知的障害者福祉協会（入所支援部会）の会議や研修に参加し、情報を取得している。法人内においては、理事長以下施設長までが参加する運営会議が3ヶ月ごとに開催され、また入所系の4事業所の施設長会議でも情報の共有が図られている。適切な事業を運営する上での情報量に不足はない。		
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	a a・㉖・c
<コメント> 職員の育成を喫緊の課題として捉えており、特に中間層の職員の手薄さが浮き彫りになっている。そのため、職員間に意識の格差が生じており、権利擁護やBCP（事業継続計画）の理解度、利用者に対する個別対応等で同一の意識の形成ができていない。一朝一夕に解決・改善が図られる課題ではなく、中・長期計画に挙げて取り組むことが望ましい。		

Ⅰ-3 事業計画の策定

	自己評価	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 a・㉖・c
<コメント> 法人の中期計画は示されているが、事業所としての中・長期的な計画は策定されていない。当事業所は、法人の中でも最重度の利用者を支援する事業所として特異な存在であり、他の事業所の利用者の家族にとっては、事業所の将来的な方向性を注視していることは想像に難くない。事業所としての中・長期計画を明文化されたい。		
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	a a・㉖・c
<コメント> 事業所としての中・長期計画が示されていないことから、前年度の事業計画を振り返って事業報告書を作成し、それを反映させる形で次年度の事業計画を作成している。事業報告書は、細かい数字を挙げて詳細に報告されているが、事業計画に数値目標や具体的な到達点の記載がないため、取り組んだ1年間の成果や努力の跡が見えてこない。		

1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
1-3-(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	①・b・c
<コメント> 毎月のスタッフ会議が機能しており、事業計画の作成時、期中の進捗確認、年度末の最終評価（事業報告書の作成）に職員の意見が反映されている。事業計画の各項目に具体的な数値目標等はないが、スタッフ会議では細部にわたって検討や討議が行われている。			
1-3-(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	b	a・②・c
<コメント> コロナ期間中、全保護者を対象とした保護者会は実施できず、役員会のみで開催であった。事業計画等の周知も開催目的の一つとし、次年度（令和6年度）は保護者会の開催を計画している。久しぶりの「祭り」が、法人の他事業所と合同で再開され、100名ほどの家族の参加があった。ただ、利用者に対しては、事業計画の周知に関する特段の取組みはない。			

1-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		自己評価	第三者評価結果	
1-4-(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。				
1-4-(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・b・c	
＜コメント＞ 重度の利用者が多い中であっても、利用者の満足度を上げることがサービスの質の向上につながるとし、コロナ感染症の5類移行を機に様々な取組みを再開させている。コロナ禍によって制限していた家族面会を再開し、久しぶりの「祭り」の開催やボランティアの受入れも再開している。これらの取組みは、家族アンケートにおいても評価が高い。				
1-4-(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	a・②・c	
＜コメント＞ 法人全体としての最重要課題を「利用者の高齢化・重度化」とし、入所系4事業所の施設長が定期的に会議を開いている。4施設長が問題意識を共有し、同じ方向を向いて事業を進めている点は高く評価できる。しかし、この4施設長会議の議事録は作成されておらず、メモとしてパソコン内に残ってはいるものの、書面による職員周知は図られていない。				

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

		自己評価	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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 管理者の責務は「運営規程」に記載されており、年度初めの会議において自らの考えや運営方針を職員に伝えている。しかし、常時、非常時を問わず、管理者不在時の権限の委任先が明確になっていない。全国的に予想をはるかに超える自然災害の発生がある。「管理規程」等で、職務代行者を明確にしておくことが求められる。			
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	a	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 機会あるごとに、職員は「行動規範」の読み合わせを行い、コンプライアンス意識を高めている。特に身体拘束の廃止や障害者虐待の防止等、権利擁護に関する案件については、関連するチェックリストによる自己点検を行って意識付けを行っている。研修の実施状況から見ても、事業所全体に高いコンプライアンス意識が感じられる。			
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	a	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 法人内の入所系4事業所（入所局）が、同じ方向を向いて（同じ方針で）事業を展開するため、定期的に4施設長による会議を行っている。取引業者から講師を呼んで「おむつ着用研修」を実施したり、感染症委員会による「感染症研修」等を行っている。入所局4事業所の足並みを揃える意味もあり、合同研修の開催を呼び掛けている。			
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	a	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 重度の利用者が多いこともあり、基準の職員配置は充たしていても、支援現場の職員の数が充足しているとは言いがたい。それを、変形労働時間制をとることにより、若干なりとも緩和させている。業務が大変な時には職員自ら申し出るよう指導し、常に考えながら働くことのできる職員の育成を目指している。			

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		自己評価	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	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 正規職員の採用に関しては法人本部で計画的に採用を行っており、事業所では、非正規職員の採用を受け持っている。非正規職員に関しては、計画的な採用活動はなく、欠員等が生じたときに柔軟な職員採用を行っている。離職率を低減させるための定着対策として、管理者による個人面談を行っている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 総合的な人事管理の主要な要素である「キャリアパス」、「人事考課」、「目標管理」が、相互に連動した制度となっていない。人事考課は、新たなシステムの試行段階である。目標管理は、主任以上が対象となっており、一般職員や非正規職員には運用されていない。目標管理の目的を人材育成とするのであれば、より多くの職員を対象とすることが望ましい。			

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	b	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 強度行動障害等、利用者の障害特性もあり、職員の基準配置を充たした状態であっても、実際の支援現場では職員の不足感がぬぐえない。職員の急な休みがあると、勤務シフトの調整も難しい状況である。法人内のコンセンサスを得て、事業収益に関係なくゆとりある職員配置を実現することが必要と思われる。一方で、育児休業から復帰した職員には、夜勤の免除や時短勤務が認められている。			
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	b	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 研修とともに、職員育成の一翼を担う目標管理が行われているが、対象が主任以上に限定され、課題となっている中間層の職員育成に寄与していない。目標管理制度を、より広い階層に拡大していくことが望ましい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 法人としての明確な研修体系が構築されていない。概ね、新人研修等の階層別研修は法人が主導し、虐待防止や身体拘束適正化等の権利擁護に関するテーマ別研修は事業所が担当し、看護師や栄養士等を対象とした職種別研修は外部研修に委ねている。研修の履修後には「復命書」の提出を求めているが、所感欄に記載されたアクションプランについては、実施の有無が検証されていない。			
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	b	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ゆとりのない勤務シフトであるが、職員間で勤務調整を行って研修参加を果たしている。新規採用の職員や異動による職員に対し、即戦力化を図るためのOJTが実施されている。実施にあたっては、指導する職員を決め、到達目標やOJTの実施期間を明確にしたOJT計画を作成して臨むことが求められる。期間中の進捗評価や終了時の最終評価も、OJT計画に盛り込まれたい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 前年度（令和4年度）の事業報告書には、コロナ禍によって中止や延期があったものの、5大学から13名の保育実習生を受け入れたことが記載されている。しかし、今年度（令和5年度）の事業計画には、実習生受入れに関する計画が記載されていない。また、受入れに関するマニュアル（「学生指導」）についても、整備状態は十分とは言えない。			

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

	自己評価	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 ・ b ・ c
<コメント> 法人のホームページを使い、様々な情報を公開している。苦情処理の結果を、法人の事業報告書の中に記載し、その事業計画書をホームページで公開している。事業報告者には、事業所ごとの受付け件数や苦情の内容等が分かりやすく記されている。定期的に第三者評価を受審しており、今回が4回目の受審となる。		
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 ・ b ・ c
<コメント> 事業所の現金出納は、5万円を限度とする小口現金制で管理している。購買等の決裁権を管理者が有し、実際の現金の出し入れは事務員が担っている。決裁者と出納責任者を2名に分かつことにより、内部牽制が働く仕組みを構築している。法人監事による内部監査が行われており、行政監査においても特段の指摘事項はない。		

II-4 地域との交流、地域貢献

		自己評価	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	b	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 3年間にわたったコロナ禍によって地域との交流のほとんどが途絶え、5類移行後も元には戻っていない。地域の行事等は再開されだしており、次年度（令和6年度）からは積極的な地域交流を図りたいとしている。ただ、今年度の事業計画には、地域との関わりに関する記述がない。事業計画に地域との関わりについての基本的な考え方を示し、具体的な取組みへと進められたい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ ボランティアの受入れが徐々に再開されだしたが、受入れの基本となるマニュアルの存在が確認できなかった。ボランティアは、利用者と地域とを結ぶ懸け橋であり、地域の障害者理解の推進役ともなる。ボランティア受入れの意義や目的を明確にしたマニュアルの作成を期待したい。			
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	b	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 強度行動障害の利用者や、障害の程度が重度化して他事業所から移行してきた利用者等、利用者の多くは医療機関を最重要社会資源として考えてもおかしくはない。事業所の嘱託医や利用者個々が関わる専門医とは、必要に応じて話し合いを持ち、また、円滑な通院受診ができるように情報提供をしている。			
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	b	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 入所局4事業所の施設長会議に地域の情報を持ち寄り、福祉ニーズを共有している。当事業所は、法人内の各事業所から重度化した利用者を受け入れるケースが多く、それらの情報は、法人内の会議や相談支援事業所を通じて取得している。在宅障害者の情報も、相談支援事業所から得ている。			
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	b	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 当事業所への入所を希望する利用者が、待期期間にショートステイ事業（定員2名）を利用するケースがある。1日平均0.44名と、コロナ禍によって前年度（令和4年度）の利用率は低いが、利用する側にとってはなくてはならない事業となっている。大規模災害が発生した際には、隣接事業所等と連携して地域に貢献する姿勢がある。			

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

		自己評価	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	①・b・c
<コメント> 理念や基本方針、職員行動規範について毎月の会議で読合わせを行っている。経験の浅い職員にも、より理解が深められるように、業務と読合わせの内容をリンクさせながら教育を行い、意識定着が図られている。			
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	①・b・c
<コメント> 規程にプライバシー保護について明記しており、それを基に職員へ毎月の会議にて読合わせを行い、理解が図られている。また、利用者や家族へも契約時、個別支援計画作成時など、プライバシー保護に関して適宜説明する機会を設けている。			
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	①・b・c
<コメント> 法人のパンフレットやホームページで情報提供を行っており、事業所内の日々の様子はブログにて発信がされている。機関紙も年3回発行し、ボランティアへの配布や同法人内の窓口に設置している。相談支援事業所とも連携し、見学や体験希望があれば随時対応している。			
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	b	a・②・c
<コメント> サービス開始、変更にあたっては、利用者、保護者また後見人へ説明し、サインにて同意を得た上で文書を残している。説明時には利用者に分かりやすい言葉や写真を用いて説明するなどの配慮がある。しかし、意思決定が困難な利用者については、職員の力量によって説明、理解度に差異が出ており、統一した対応ができる仕組み作りを検討されたい。			
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	b	a・②・c
<コメント> サービス利用終了の理由が医療的ケアが必要になるなど、利用者自身の意思ではないケースがほとんどとなっている。移行時には相談支援事業所と連携して進めており、利用者情報については事業所にある資料を引き継ぐ形となっている。現在対応マニュアル等の整備がされていないため、移行時の仕組みを整えておくなど、改善の余地が残っている。			
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	b	①・b・c
<コメント> 毎年利用者へ満足度調査を実施しており、集まった意見は会議等で職員へ周知し、改善に繋げている。また、意見箱の設置やイベント後のアンケートの実施など、日常の中で出てくる意見に対しても会議で職員に周知し、日々改善に取り組んでいる。			
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・b・c
<コメント> 直近で、事業所への苦情はない。苦情解決の仕組みも整備されており、内容についても保護者との懇談会で利用者、保護者等へ説明し、施設内にも苦情解決についての文書を掲示して周知を図っている。意見箱や利用者、保護者等からの要望についても、苦情に発展しないように早期に対応している。			

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	b	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 意見箱設置の周知や、相談室など個別で話を聞く場所が整備されている。利用者から相談があれば都度対応し、職員から利用者へ困りごとなどはないか聞き取りも行っている。しかし、自ら意思表示が難しい利用者や、文章で伝えることが難しい利用者への周知に関しては課題も残っており、それらの利用者へ向けて相談方法をより分かりやすく伝えることを検討されたい。			
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	b	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 利用者から出た意見等は、記録に残して会議などで検討して対応している。現在対応の手順やマニュアルの整備がされていないため、対応策の決定から実施完了までが確認できる仕組みを作るなど、今後の取組みに期待したい。			
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 安全衛生委員会でヒヤリハットや事故分析を行い、職員会議で報告して対策を検討している。会議の内容やヒヤリハット等の内容についてはファイリングし、全職員が記録を閲覧することで周知が図られている。また事業所内に注意喚起を働きかける掲示もあり、職員への意識定着が図られている。			
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 「感染症マニュアル」を基に、看護師や教育を受けた職員を講師として、職員会議で感染症予防についての研修を実施している。マニュアルは適宜見直し、更新がされており、都度職員に周知している。日常的な感染症対策として、施設内の消毒や職員が事業所内にウイルスを持ち込まないような対策が取られており、研修の効果が表れている。			
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している。	障39	a	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 災害BCP（事業継続計画）が整備されており、月に1回の防災訓練も実施されている。報告書には参加者がそれぞれ反省点を挙げ、その内容を職員会議で共有している。職員研修では、災害時に発生しうる様々なトラブルに対応するための実践シミュレーションが行われている。また、日常業務の中で災害備品を使用することで有事の際の対応力も高められている。			

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		自己評価	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	㉑ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 「業務マニュアル」が整備されており、利用者への配慮が明記された内容となっている。職員へは、「業務マニュアル」を基に、実際に支援の現場でOJTが行われている。また、「入浴支援マニュアル」など、場面ごとに必要な場所で手順が確認できるよう、文書が用意がされている。				
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	b	a ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 「業務マニュアル」の見直しは、更新担当者が適宜行っている。変更点があれば手書きで分かるようにマニュアルに追記し、リアルタイムで更新がされている。しかし、マニュアルの更新や見直しの時期が決まっておらず、実際の業務内容とマニュアルに差異が生じているケースもある。今後は、それらに差異が出ないように、定期的な見直しと更新、また更新された情報の周知が望まれる。				

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	a	㉖ ・ b ・ c
<コメント> アセスメントや個別支援計画はサービス管理責任者によって作成されており、利用者の意向や要望に加え、看護師や栄養士などの他職種の職員の意見が反映された内容となっている。計画内容は作成後に利用者本人や保護者へ説明し、同意を得てサインをもらっている。			
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	b	㉖ ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画の見直しについては半年に1回行われており、計画の策定時同様に、利用者本人、家族、職員からの意見を集約し、見直しと評価を行っている。変更内容は職員へ周知し、支援へ反映されるようになっている。また、利用者の状況に変化があればその都度会議などで議題として挙げ、随時対応の見直しも行っている。			
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	㉖ ・ b ・ c
<コメント> 「見聞録」という記録管理システムや「申し送りノート」を活用し、利用者の状況を記録して情報共有している。また、タイムリーな出来事や注意喚起などは、各フロア内にあるホワイトボードに記載し、リアルタイムで情報が職員へ周知されるようになっている。			
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	a	a ・ ㉖ ・ c
<コメント> 法人が定めた規程で、文書の取扱いについて定められている。職員規範に個人情報保護について記載があり、毎月会議で読合わせをすることで、職員への意識定着を図っている。SNS利用の際にも利用者へ説明し、写真の掲載などの同意を得て使用している。しかし、事業所内のパソコンにパスワードが設定されておらず、管理体制に改善の余地がある。			

【内容評価基準】

A-1 利用者の尊重と権利擁護

			自己評価	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	①・b・c
<コメント> 利用者の特性やストレングスに焦点を当て、ニーズや支援計画に沿った支援を行っている。絵画作品の展示会やファッションショーの開催など、利用者の活動や趣味を広く紹介する取組みも行われており、より多くの人に見てもらえる機会が作られている。				

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	b	①・b・c
<コメント> 問題の早期発見を目的としたチェックリストが実施されており、身体拘束についても職員間で話し合っている。判断が難しい場合には、虐待防止センターなどの第三者機関に相談し、適切な対応を取っている。また、行政への届け出や報告手順等についても整備されている。内部研修では、グループワークを通じて、職員間で共通認識を培う取組みが行われている。				

A-2 生活支援

			自己評価	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	b	a・②・c
<コメント> 利用者の既存の能力を維持する取組みやストレングスを活かせるよう、多職種の職員が連携しながら支援が行われている。個別支援計画に基づき、利用者自身ができることを見極めて支援が行われているが、職員によって対応に差異を生じており、今後の差異解消の取組みに期待したい。				
	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	①・b・c
<コメント> 言語コミュニケーション以外にも、絵カードを使用した視覚的支援や筆談など、利用者の障害特性に合わせた多様なコミュニケーション手段で対応している。また、利用者の訴えを深く理解するために、職員間での情報共有や保護者からの情報収集に努めている。				

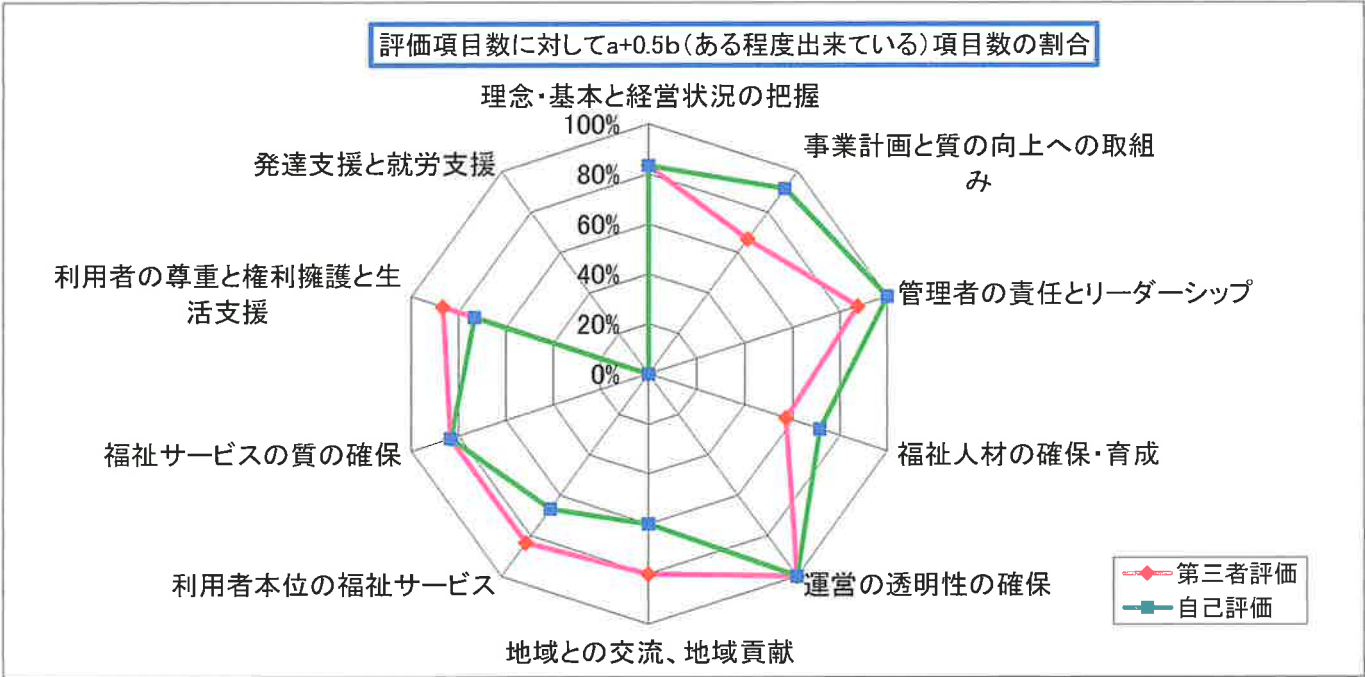
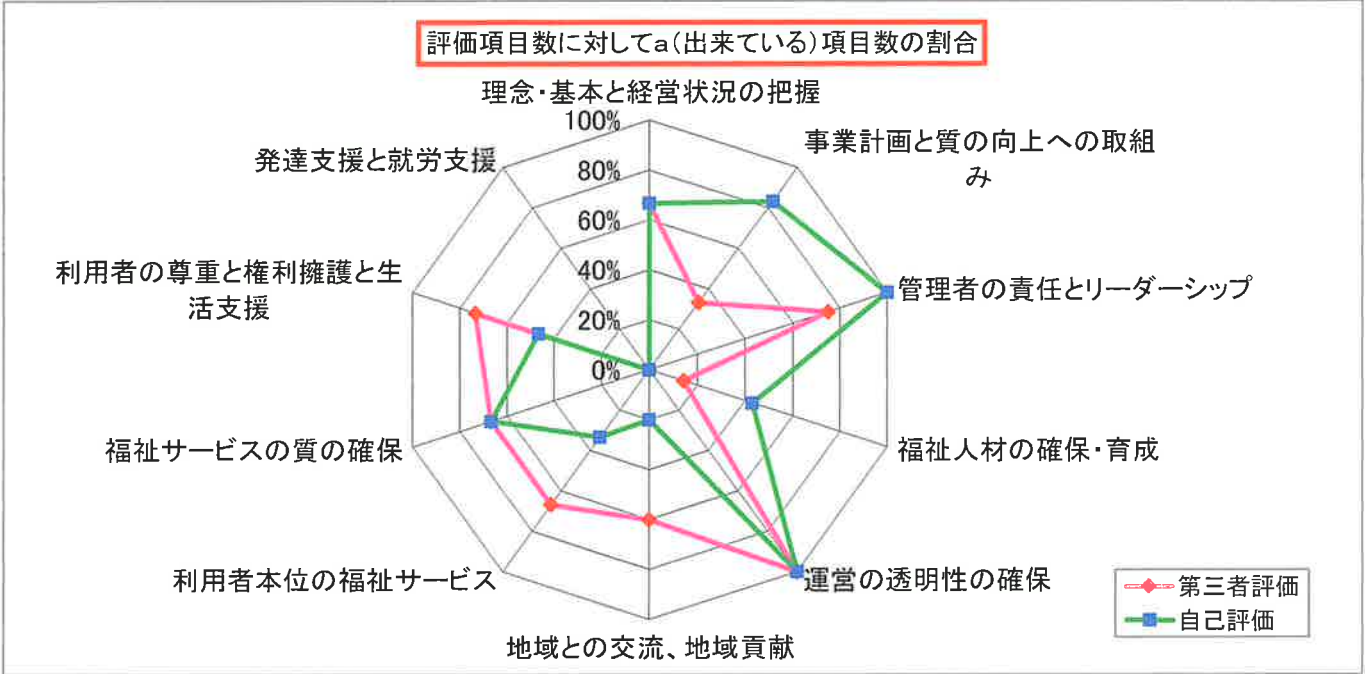
	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	b	①・b・c
<コメント> 半年に1回、利用者と面談する機会が設けられているが、それ以外にも相談希望があれば、随時相談室等を使用して話を聞いている。利用者から受けた相談事に関しては、サービス管理者責任者へ報告し、内容によっては会議で検討して対応している。また、日々の利用者の様子も見聞録などで職員へ情報提供され、迅速な対応が可能となっている。				
	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障51	a	①・b・c
<コメント> 利用者一人ひとりに合わせた週間スケジュールが作成されており、その計画に基づいて活動が提供されている。カラオケ、ダンス、創作活動やスノーレン設備の使用など、活動内容は利用者の要望を反映し、さらに障害特性を考慮したものとなっている。				

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	a	㉑・b・c
<コメント> 強度行動障害の利用者への支援など、事業所の課題となっている内容に合う研修に参加し、そこで学んだ知識は内部研修を行って職員が共有し、支援へ反映させている。また、支援に困ることがあれば外部研修の講師に相談し、そこで得られた専門的な意見を参考にして支援の検討と対応をしている。			
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	㉑・b・c
<コメント> 毎食後、数名の利用者に対して食事に関する感想を聞き、その内容は会議で話し合われ、食事の質の向上に努めている。入浴も機械個浴や大浴場があり、利用者の障害や特性に合わせて支援が行われている。排泄支援についても外部の講師を招いて講習会を実施し、職員の専門知識、技術の向上を図っている。			
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	㉑・b・c
<コメント> 利用者支援や車椅子の利用者が生活しやすいように、フロアや居室のスペースも十分に確保されている。環境整備については、利用者、職員からの声を聞きながら、過ごしやすい環境が保てるように都度修繕、維持が図られている。費用面や設計上、すぐに改善することが難しい部分もあるが、今後の課題として計画的に取組みが行われている。			
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	b	㉑・b・c
<コメント> 事業所内に自発的に運動をしたくなるような掲示物を配置し、利用者の自主的な運動を促す工夫をしている。利用者にはリハビリ計画が立てられ、半年に1回モニタリングが行われている。また、月に2回作業療法士から機能訓練について助言、指導があり、年に1回車椅子移乗やベッド支援の実技研修も行われている。			
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	b	a・㉑・c
<コメント> 利用者の健康状態は日々「見聞録」に記録されており、異変があれば看護師に報告して対応している。着替えや入浴時に外傷チェックを行い、利用者の心身の状態把握に努めている。現在、新人研修の一環で体調管理について教育が行われているが、定期的な教育の機会を作ること、専門的な知識や支援技術の向上を図りたい。			
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	b	a・㉑・c
<コメント> 看護師の不在に備えて、体調不良時の対応マニュアルが整備され、緊急時にはフローチャートに沿って対応ができるようになっている。また、医療機関とも連携しており、状況に応じて臨機応変に対応がされている。しかし、現在、定期的な医務研修は行われておらず、継続的な研修の実施など、今後の取組みに期待したい。			
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	b	㉑・b・c
<コメント> 利用者の絵画を作品展に応募したり、地域で絵画の個展を開催する機会も提供している。また、利用者の嗜好調査を通じて得た「パンをたべたい」という意見を基に、地域のパン屋さんに協力を依頼して提供した。音楽ボランティアの新規開拓など、積極的に地域との関わりを持つ取組みを行っている。			

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	b	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者から地域移行の希望があれば、相談支援事業所と連携し、見学や体験利用を行っているが事例は少ない。利用者への調査で移行の希望などを把握する取組みも行われているが、医療的なケアや高齢化に伴う課題の解消に向けた支援が今後の課題となっている。因みに、前年度の退所者4名は、2名が医療機関への移行であり、他の2名は死亡されている。			
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	⑦ ・ b ・ c
<コメント> 半年ごとに家族との意見交換の機会を設け、施設行事への招待も行っている。利用者に体調の変化などがあった場合は、都度家族への連絡や報告をしている。また、日常的な支援に関する家族からの相談を通じて利用者の情報を収集し、その情報を支援に反映させている。			
A-3 発達支援			
		自己評価	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

		自己評価	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			



	評価項目数	第三者評価							自己評価						
		結果数a	結果数b	結果数c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数	結果数a	結果数b	結果数c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数
理念・基本と経営状況の把握	3	2	1	0	67%	33%	0%	83%	2	1	0	67%	33%	0%	83%
事業計画と質の向上への取組み	6	2	4	0	33%	67%	0%	67%	5	1	0	83%	17%	0%	92%
管理者の責任とリーダーシップ	4	3	1	0	75%	25%	0%	88%	4	0	0	100%	0%	0%	100%
福祉人材の確保・育成	7	1	6	0	14%	86%	0%	57%	3	4	0	43%	57%	0%	71%
運営の透明性の確保	2	2	0	0	100%	0%	0%	100%	2	0	0	100%	0%	0%	100%
地域との交流、地域貢献	5	3	2	0	60%	40%	0%	80%	1	4	0	20%	80%	0%	60%
利用者本位の福祉サービス	12	8	4	0	67%	33%	0%	83%	4	8	0	33%	67%	0%	67%
福祉サービスの質の確保	6	4	2	0	67%	33%	0%	83%	4	2	0	67%	33%	0%	83%
利用者の尊重と権利擁護と生活支援	15	11	4	0	73%	27%	0%	87%	7	8	0	47%	53%	0%	73%
発達支援と就労支援	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0%	0%	0%	0%
合計	60	36	24	0	60%	40%	0%	80%	32	28	0	53%	47%	0%	77%