

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

一般社団法人 福祉サービス評価センター

②施設・事業所情報

名称： はさま	種別： 生活介護事業	
代表者氏名： 森 博一	定員（契約者人数）： 30（39）名	
所在地： 愛知県春日井市廻間町字神屋洞703番地1		
TEL： 0568-88-0363		
ホームページ： https://youwasou.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成13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 はさま		
職員数	常勤職員： 8 名	非常勤職員 14 名
専門職員	（管理者） 1 名 ※兼務	（医師） 1 名
	（看護師） 1 名	（生活支援員） 13 名
	（生活支援員） 6 名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等） 食堂・浴室・洗面所
		便所・相談所・静養室・機能訓練室

③理念・基本方針

<選ばれる事業所・親しまれる事業所>

- 1 障害のある人達が、人としての尊厳が守られその人らしく豊かな生活を実現できるよう支援します。
- 2 福祉サービスの充実に向けて、職員は専門職としての資質の向上に努めます。
- 3 障害の有無に関わらず、人々が相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現を目指して、地域の関係者とともに取り組んでいきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 重度の知的障害者の方で常時身体介護を必要とする方、加齢・疾病等による身体機能の維持や低下への対応を必要とする方を利用対象者として、当法人2か所の生活介護事業所と差別化している。
- ・入浴設備を保有し、午後活動は入浴サービスを実施。家族の負担軽減や安心・安全な入浴を提供。
 - ・身体機能維持・低下の対応として、午前午後には歩行の活動を行っている。嘱託医（整形外科）の指導にて個別プログラムを実施。
 - ・ボランティア講師による文化的活動を実施している。（書道、抹茶、煎茶、お手玉）新型コロナウイルス感染拡大防止のため状況に応じて実施。（昨年度は11月～1月初旬のみ）
 - ・新型コロナウイルス感染拡大防止対策を行ない小グループの外出・外食機会の提供。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 7月 25日（契約日）～ 令和 5年 2月 24日（評価決定日） 【令和 4年 12月 7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

- ・ ISO9001（平成19年）認証取得実績があり管理レベルは高い、令和3年度から令和7年度までの「養楽福祉会中期計画」ではPDCAサイクルを着実に回すため3つの委員会を設置して運営委員会で進行管理している。委員会では中期計画の課題をさらに分析し事業所レベルに落とし込み事業所から改善計画を提出させ、改善計画に対しては委員会及び事業所双方にて管理している。事業所では必ず職員全員から意見を聞き改善計画を立てることが定着している。また、行動指針に対する自己チェックについて会議前に全員がチェックをして理念の浸透及び是正を図っている。情報の共有として連絡ノートを活用、確認のサインを入れ伝達漏れをなくす取り組みがなされPDCAを回わしている。職員と上司、施設長との風通しは良く日常的に困りごとの相談に応じている。
- ・ 愛知県コロニー養楽荘保護者が法人設立に寄与しており、愛知県・春日井市とのパイプは太く福祉計画立案や情報交換の機会が多くあり、福祉ニーズはきめ細かく掴んでいる。このような背景もあり運営の透明性は高く、財務諸表から新着情報、事業報告、事業計画、第三者評価結果、苦情に対する取組などことごとく公表している。
- ・ コロナ感染を想定したBCPにおいて、保護者の意見を充分聞き込み医療関係者の指導を得ながら事業所内で感染が確認された場合、事業を停止するのではなく希望される利用者を少数に絞り込み対応することに変更をしたことにより、今回のコロナ発生時、事業を止めず利用者へのサービス提供が継続できた。その結果家族への負担も低減でき、短い期間で収束に向かったことは家族・職員・関係者の福祉サービスの質向上への表れと高く評価したい。
- ・ 特徴的な取組に書かれているように生活介護では広い場所に浴槽があり脱衣所から洗い場が設けられ快適に入浴支援がおこなわれている。日常の歩行支援では広大なグラウンドが隣にあり長い廊下を歩けばグラウンドに出られる、丘陵地でもあり周りは木々など自然が豊かで快適に利用者職員が1対1で利用者に合わせて散歩が楽しめる。また、看護師が常勤しており身体観察、健康チェック、声掛け、見守りなど個々の利用者の特性に合ったきめ細かな支援が出来ている。

◇改善を求められる点

- ・ 必要と思われる標準がないところが、所どころにある。作業指導はベテラン職員のスキルに頼っているところが見られるが、指導の精度を上げるためにもP（標準）・D・C・Aを回した指導（OJT）に心がけたい。標準を基に指導し、指導後の習熟度についても評価基準を明確にして評価し、標準・指導のレベルを上げられたい。
- ・ 中期計画の分析が法人レベルで有り、中期計画から事業計画への結びつきが分かりにくい。また、中期計画、事業計画に成果目標（数値目標）が設定されていないところが見られる。言語情報などについても数値化して分析できるようにすることにより、年度ごとの振り返りから重点を決め、それを職員が共有して次年度の取組みに繋がっていくようにされたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所の新型コロナ対応BCPや特徴的な取組のサービスが、利用者及び家族支援について評価していただいたことは、励みとして更なるサービスの質の向上を目指していきたい。また、指摘された事柄については、今後の課題として、中期計画の各委員会を通して検討し改善できるように努めていきたい。

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。

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	⑥	c
<p><コメント></p> <p>・理念「選ばれる事業所・親しまれる事業所」、基本方針がホームページやパンフレットなどに記載されており、玄関にははさま事業目的・目標が額に入れ掲示されている。理念・基本方針のダイジェスト版で読み合わせを行うこともある。</p> <p>・職員に対してはスタッフ会議にて説明している。毎月のスタッフ会議開始時に、職員全員が行動指針を簡素化した自己評価票(20項目)で理念の理解状況を確認している。保護者会は年4~5回開催され、年度初めには理念・基本方針の説明を行っているが、保護者に分かりやすくする工夫が求められる。</p>				

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
<p><コメント></p> <p>・養楽福祉会は春日井市にある愛知県コロニー養楽荘の利用者環流問題に伴い、当時の保護者会が母体となって設立された。この関係で愛知県・春日井市とのパイプも太く、愛知県障害者福祉計画や春日井市障害者総合福祉計画などの策定にも関わっている。このことから、地域のニーズを十分汲み取ることが出来ていることが分かる。法人事務局と各事業所の管理者及び推薦者で構成する運営会議にて社会福祉事業全体の動向及び地域の情報を把握・分析して、職員に周知している。</p>				
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	⑥	c
<p><コメント></p> <p>・内部環境や外部環境の分析から課題をまとめ、重点事項については施設の整備、サービスの質向上、地域貢献、人材育成、健全で透明性の高い運営を課題として3つの委員会と事務局等に振り分け、具体的な取り組みを行い運営会議にてフォローしている。「施設・事業所個別事項」は必要に応じて計画的な取り組みを行うことになっているが具体的な取り組みがどうなっているか明確になっていない。</p>				

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	⑥	c
<p><コメント></p> <p>・中期計画は令和3年度から令和7年度の期間で作成されている。法人内の関係施設、事業所間の一層の連携を図るために、入所支援局及び通所支援局を新たに設置している。重点目標を掲げ3つの委員会及び事務局が推進状況を取りまとめているが、設定されている目標は成果についての目標ではなく、方策に関する目標が多い。また、運営会議で実施状況の確認とフォローを行っている。</p> <p>・中期計画における事業所の重点課題については委員会や事務局で分析を行ない、各事業所に改善計画を提出させて取り組んでいるが、分析期間の短縮及び事業所での中・長期的視点での改善計画の策定を期待したい。</p>				

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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>・中期計画にある重点実施事項については委員会や事務局において事業所ごとの課題を事業所レベルまで分析して実行可能な内容で事業所と連携し進行管理しているが事業所の事業計画に反映されていない。一方、事業所個別事項については事業所の事業計画と関連がよく分からない上、成果に対する数値目標が見られない。年度ごとの振り返りについては事業所で行っているため、次年度の事業計画・中期計画に反映させるような仕組みづくりに期待したい。</p>		

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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>・事業計画は前年度の振り返りをスタッフ会議にて纏めて次年度の事業計画に反映している。事業計画はスタッフ会議にて説明して組織規定及び運営規程に従い、職員に振り分け計画的に進めている。但し、成果目標に対する分析が見られないので取り組みの重点が絞れない、重点実施項目については反省から次年度の方策を決めて実施の可能性、目標達成時期など予測して、着実に成果が上がるような組織的活動に期待したい。</p>		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>・利用者に配慮して、必要な時に関係する内容を伝えている。また、保護者へは保護者会が年4～5回あり、必要な時及び保護者会にて説明を行っているが分かりやすい資料と言う点では改善の余地がある。事業計画のコロナ感染を想定したBCPにおいて、保護者と意見調整され、コロナ発生時、事業を止めず利用者へのサービス提供を継続し点は事業所と利用者・家族との連携の良さが感じ取れる。</p>		

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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>・福祉サービスの質向上に向けた取り組みとしては月1回のスタッフ会議にて職員へ問題提起、報告、話し合いをおこない、実施方法については職員が意見を出し合い決めることを基本とし、決定事項は連絡ノートに記載、共有しチェック・フォローし組織的にPDCAを回している。また、会議の始めに時間を取り、行動規範に対して20項目のはさま自己評価を活用して行動の方向性を正している。通常業務の中でも日常的に顔を合わせていることが多いので自己評価結果の問題点や困りごとに対して必要に応じ個別指導も行い福祉サービスの質向上に取り組んでいる。</p>		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>・第三者評価等の結果を法人が中心となり事業所から集まったデータを事務局と委員会にて分析し、その結果を基に事業所が改善策を改善計画に纏めて双方で進捗管理をしている。事務局と委員会で作成された結果は運営会議で事業所に説明し計画的に改善を進めている。事業所に於いては全職員で年度毎の振り返りを協議し課題に対する取り組み事項を決めて、次年度の改善計画に反映するような、PDCAを回わした計画にされたい。</p>		

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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>・事業計画及び委員会からの改善計画についてスタッフ会議にて説明をしている。事業計画を遂行する為「はさま自己評価」を全職員にチェックさせることにより意識の向上を図っている。法人基本理念、事業所事業目的、年度の事業所目標について記載し額に入れ玄関に掲示されている。また、自らの役割については事業計画内容及び職務分掌に文書化し、職員にも周知させ困りごとについては日常的に助言している。緊急連絡についても明確になっており緊急時の権限委任についても分かるようになっている。</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	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>・例規集などの法令等についてはファイリングされ、いつでも取り出せるようになっており、職員も見ることが出来る。管理者は管理者研修に積極的に参加し法令遵守規程について充分理解し、全体の法令、規則、ルールなどの中から重要なコンプライアンスについて職員の教育に取り組んでいる。現在は虐待防止研修、自己決定支援などの研修に参加をさせている。知的障害者福祉協議会や行政からの法令遵守に関する案内などはその都度職員に説明し必要に応じて研修会に参加させている。</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	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>・管理者はサービス向上委員会の委員でもあり、法人の運営会議にてサービスの質向上に関する情報を入手すると共に「サービス向上委員会」取り決め内容を、スタッフ会議で職員に説明して、皆で考える改善の取り組みを行っている。また、年2回の面談では職員に自己評価をしてもらい、全員で自己評価結果の確認及び意見交換を行い意識向上にも努めている。管理者は職員と顔を合わせる機会が多いので日常的にサービスの大切さを職員へ周知させている。</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	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>・業務改善としては「人材育成委員会」にて取り組んでいる事務業務のICT化を進めているところである。今までは皆にいろいろな仕事を体験してもらうという考えで業務分担していたものを、それぞれの得手・不得手を見だし、専門の業務に配置することなどによる、業務効率の向上に向けた取り組みを試行中である。また、職員へは様々な機会に収支について数字でもって説明したり、障がい者施設として利用者へのサービスの質向上が大切であることを話して、意識の向上を図っている。</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	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>・採用については法人本部の総務課で行っている。現在は人材確保専任職員の配置を行なって、採用に繋げている。求人活動としてはインターネットの求人が主体で、求人にも効果をあげている。定着については職員とのコミュニケーションを大切にしていることが特に効果を上げている。福利厚生面ではクラブ活動助成金制度、奨学金償還助成金制度があり、メンタルヘルスに関しては専門家により対応できるようにしている。人手不足を解消するため継続的な取り組みに期待したい。</p>			

Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>・期待する職員像は明確になっている。勤務評価制度があり、面談を年・2回おこない基礎力、判断力、解決力、方針遵守、責任感など15項目及び勤務状況表などを基に評価している。給与規程については法人としては見直しが必要と判断しており、コンサルタントの力を借りて法人事務局にて見直しを図っているところである。キャリアパス制度を職員配置の参考にしているが、内規レベルであり人事基準をより明確にされたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>・職員は概ね残業はなく、有給休暇や産休及び育休は希望通り取得出来ている。職員個人面談を年2回おこなっているが、その中の1回だけは本人の希望により面談を行わないことも可能である。管理者と職員とは日常的に対面する機会が多く相談は都度受けて応えている。メンタルヘルスについては産業医が対応できるようになっており、悩みの相談室も設置している。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>・従来は一つの業務を全員が出来るようにしていたが、専門性に合わせ業務を振り分けることにより業務の出来ばえが分かるので、職員の意見も聴きながら個人を対象に目標(業務の遂行)を持たせ評価するよう変更した。全員がする業務についてはチームでの目標を決め、協力性を主にした評価項目にしており、個人面談にて実績を評価している。今後は一人ひとりの目標設定をして出来栄を評価して職員の育成に結びつけられたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>・職員に対しては法人企画の年度研修計画があり、事業所企画の年度研修計画としては日本知的障害者福祉協会関係の研修がある。内部研修はスタッフ会議後に全員が参加できるように企画し参加させている。専門資格や専門技術についてはスクーリング・通信教育を含めて受講を進めている。また希望があれば参加費用は法人で負担して研修会への参加を認めている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>・内部研修については習熟度を上げるため本年度からは受講者に年齢に近い副主任が対応し、研修に親近感が出来るよう配慮している。OJT 教育については教える人が研修終了確認して習熟度を評価しているが、評価基準を明確にされたい。また、事業所企画の内部研修は契約社員が出勤する日程に合わせて研修計画を企画し全員が研修に参加できるよう配慮をしている。外部研修については受講後、復命書にて受講内容を記載して提出させると共に必要に応じてスタッフ会議にて職員の前で発表させ、出席できなかった職員へのスキルアップに役だてている。</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	①・b・c
<p><コメント></p> <p>・大学生の実習を制限することなく継続的に多数受け入れている。この中から事業所を気に入ってもらい就職する人も多数ある。実習生受け入れマニュアルは整備されており。また、研修の担当者は経験知識が豊富な副主任を充てている。学校側とは電話で話をしたり、直接来訪され面会したりして実習内容や、実習期間等詳細について打ち合わせし実習に反映させている。実習の始まりに話を聞き親密感が得られるよう配慮し、実習の終わりに実習で気づいたことを実習生に聞くようにしている。また、良い提案があれば事業に反映するようにしている。</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	①・b・c
<p><コメント></p> <p>・養楽福祉会後援会、愛知県、春日井市との連携も強く、従来から透明性の高い運営を基本方針として決め、現在も中期計画基本方針において「健全で透明性の高い運営」が掲げられている。ホームページには事業報告、中期計画、現況報告書、財務諸表、役員報酬規程、第三者評価結果、苦情の対応について公表されている。また、虐待や苦情など発生した場合は法人ホームページに新着情報として対応内容を公表している。</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>・経理規定に従い経理業務がなされている。内部監査は監事により事業、財務についてそれぞれ年・2回実施されている。公認会計士2名が財務会計に関する内部統制の向上に対する支援をおこない、指摘事項については本部で管理推進している。事業所へは指摘事項に対して改善計画を纏め、改善を実施させ法人としてはそのフォローを行っている。</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	a・①・c
<p><コメント></p> <p>・コロナ禍以前はボランティアも、行事に参加してもらっていたが、コロナ禍に於いて回数が減り職員が年・数回ではあるが外出支援をおこなっている。春日井市「福祉の里」など社会資源を利用して食事会を開催している。事業所では近隣の高齢者施設の利用者を招きボランティアにも参加してもらい、お茶のみ会やお手玉など楽しんでいる。また、近隣の花桃の会へも参加して植樹会に参加している。施設の広場やステージを開放して行事やイベントを開催して交流を図っている。現在はコロナ感染収束を願い、以前のような行事再会を待ちわびている。</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。	障24	①・b・c
<p><コメント></p> <p>・事業所として現在は数名に絞ってボランティアを受け入れ趣味(書道、手芸)などの活動に参加してもらっている。また、保育、警察、歯科学生が体験実習を終えた後にボランティアとして歯磨きや趣味の活動支援を行っている。ボランティアマニュアルを整備して担当を副主任が受け持っている。法人としてもボランティア会議を開催して意見交換をおこない、今後のボランティア活動の活発化に役だっている。</p>		

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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>・社会資源については関係機関ごとファイリングして、機能や連絡先等が見られるよう共有化が図られている。また、コロナ感染を想定したBCPの準備としても社会資源の一覧表にまとめて記載している。新しい社会資源についてはスタッフ会議で紹介すると共に連絡ノート(確認チェック有り)にも記述して職員に伝えられるよう考慮している。ボランティア団体、医療機関、福祉施設、民生委員、児童委員、社会福祉協議会なども定期的な連携を継続・進化されたい。</p>		
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 ・ c
<p><コメント></p> <p>・春日井市自立支援協議会からの情報などから地域の福祉ニーズを掴んでいる。</p> <p>・事業所内に地域活動支援センターがあり、他法人からの問い合わせや情報交換等から情報を得ている。また、「春日井市障害者総合福祉計画」策定での得た情報及び春日井市、愛知県から幅広く情報を掴んでいる。地域生活支援拠点の運用、重層的包括的な相談支援体制の構築などの取り組みの中からも情報を入手し地域サポートセンターの運営に役立てている。</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。	障 27	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>・法人としては地域における公益的な取り組みとして、福祉避難所の登録、地域生活拠点事業、専門性を発揮した地域貢献、災害時等における地域への貢献について地域貢献委員会が進行管理している。自立支援協議会、春日井市福祉センターからの講演依頼についても、事業所に関係する内容であれば対応している。施設のグラウンドやステージ貸し出し、地域活動支援センターにおける他法人相談員からの相談への対応も行っている。今後についても更なる地域貢献に向けた取組に期待したい。</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	a · b · c	
<コメント> ・法人として選ばれる事業所、親しまれる事業所の基本理念を掲示し、はさま事業目的を定め、「気配り、目配り、全力支援」の今年度目標を明示して職員共通の認識としている。 職員行動規範に利用者尊重が明記され、全員参加のスタッフ会議で「はさま職員自己チェック表」を活用し、利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取り組みを行っている。			
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	a · b · c	
<コメント> ・職員行動規範にプライバシー保護について明記され、プライバシーに配慮した排泄誘導や排泄介助、男女の時間割に沿った入浴介助、身体障害を考慮した食事介助等、利用者に応じた個別支援を行っている。 2 階はワンフロアの為、個室確保は困難だが、パーテーション等を利用し、利用者の過ごしやすい環境の工夫をしている。			
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	a · b · c	
<コメント> ・ホームページで施設を紹介し、法人パンフレットは事業所内に常置されている。利用者、家族の事業所の見学、問い合わせには所長、課長が対応して、丁寧な説明を行っている。 ・事業所独自のパンフレットは準備されていない為、今後は障がいのある利用者、家族等に応じたわかりやすい写真、絵、図入りのパンフレットの作成、事業所独自の情報の提供等について検討されたい。			
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 · b · c	
<コメント> ・福祉サービスの開始時は、所長、課長よりルビを振った大きな文字の重要事項説明書で事業所の内容をわかりやすく説明し、利用者、家族等の同意を得ている。通所日の変更時は利用者、家族等の意見を尊重し、変更に関する内容を丁寧に説明している。			
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 · b · c	
<コメント> ・常時、相談可能な窓口が設置されている。福祉施設、事業所の変更、移行時は所長、課長から利用者、家族等に丁寧な説明を行ない、各事業所へ情報提供している。利用者がショートステイを繰り返しグループホームに入所し、地域活動支援を受けている例も有る。 ・今後は効果的なサービス継続の為、変更・移行引き継ぎ手順書、申し送り手順書等の作成も検討されたい。			
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 · b · c	
<コメント> ・管理者を責任者として、家族、利用者の満足度調査「送迎・給食・入浴・活動の内容」を年に 1 回実施して、内容をまとめスタッフ会議で情報共有している。満足度調査時の家族の意見と事業所の対応は、はさま事業報告、はさま保護者会、保護者会に出席できなかった場合は文書の郵送等で報告をしている。送迎時の利用者の安全を図るための駐車場所に関する要望を受け、職員間で情報共有して解決するなど、日頃から利用者満足の上昇の為に事業所として取り組みを行っている。			

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	㊦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>・苦情受付マニュアルが有り、苦情受付窓口、責任者、第三者委員の設置等が明記され、重要事項説明書で利用者、家族等に説明し、同意を得ている。</p> <p>苦情解決体制が整備され、苦情受付時は内容を記録し、その対応を家族等に説明している。また、毎月1回のスタッフ会議、連絡ノートで職員間の情報共有、周知を行っている。</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	㊦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>・生活介護、地域活動支援センター事業利用者には自由に意見、相談が述べられない利用者も多く、利用者の表情、動作から利用者の思いを受け取り、職員が共有して対応している。</p> <p>日頃から、利用者が相談、意見が述べやすい環境作りを心がけ、声かけ等を行なっている。</p> <p>担当者以外への相談を希望する利用者もあり、時間、場所の設定をして、いつでも誰とでも自由に相談し、意見が述べられることを利用者にも周知している。</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	㊦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>・利用者からの意見、相談は個人記録ファイル、連絡ノートに記載して、職員間で情報共有し、その都度、又は協議後に利用者へ返答する仕組みができています。</p> <p>又、重要な相談、意見については、管理者、関係する職員と検討し、迅速に対応している。</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 ・ ㊦ ・ c
<p><コメント></p> <p>・リスクマネジメントの責任者は決められており、事業所独自のチェック用紙でヒヤリハット事例、事故の報告が行われている。報告書は保管され、内容を分類・集計して役職者で回覧し、全職員で連絡ノートによる情報共有をして対策を検討している。生活介護サービス提供時に使用する「ペグ」の誤飲防止、紛失防止対策、紙の裁断機使用時の職員立ち会いなど、利用者にも安全なサービスを提供する仕組みがあり、安全管理体制も整っている。</p> <p>・今後はリスクマネジメント体制として、リスクマネジメントマニュアル作成、事故やヒヤリハットを集計した結果の可視化と分析、リスクマネジメント教育、研修等も考慮され、より質の高い福祉サービスに繋がられることを期待する。</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	㊦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>・感染症マニュアル、コロナ対応マニュアルが作成され、毎年見直し、差し替えができています。</p> <p>体温測定、手の消毒は徹底され、感染予防対策を行ない、コロナ発症時も事業は継続し、感染拡大に至らなかった。感染症研修も担当者が受講後、職員全員に報告されている。</p> <p>看護師による利用者の身体観察、対応により、早期の感染予防の対策・周知がスタッフ会議で行われている。</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やっている。	障 39	a ・ ㊦ ・ c
<p><コメント></p> <p>・災害対策委員会を設置し、防災・防犯マニュアルを作成している。災害時の送迎についても重要事項説明書に明記され、利用者、家族等に周知されている。年に2回の防災、風水害に対する訓練が実施され、職員の防災ヘルメット、利用者の防災頭巾が常備され、非常食も45人の3日間分は責任者を決め、点検もされて備蓄されている。</p> <p>・今後も障がいのある利用者の避難誘導時、送迎時、活動時、入浴時等あらゆる場面設定のシミュレーションをして、災害発生時の安全確保やマニュアルの見直し等に取り組まれることを期待する。</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	◎ ・ c
<コメント> ・利用者支援マニュアルに送迎、給食、入浴、排泄、移動、日中活動マニュアルがあり、標準的な実施方法が明記され、日常的な支援だけでなく、新人教育、異動職員の職場教育に活用されている。 ・今後は、実際に手順通りにサービスが提供されるよう、職員研修等を検討されたい。			
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	◎ ・ c
<コメント> ・標準的な実施方法は年度末に見直し、その内容は差し替え、必要箇所は、赤字で訂正しており、見直しの仕組みとしては機能している。 ・今後は、「標準的な実施方法の見直しのための手順書」の作成を期待する。なお当該手順書には、実際にマニュアル通りの方法で支援出来ているか、事故・ヒヤリハット事例の分析結果や利用者等の意向が反映されているか等の評価も含まれると良い。			
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	◎	・ b ・ c
<コメント> ・個別支援計画はサービス開始時のアセスメントに基づきサービス管理責任者、担当職員によって策定し、サービス管理責任者から利用者、家族等に説明して同意を得ている。策定後は個別支援計画ファイルとして、定位置に保管され、職員全体で共有し利用者支援が行われている。			
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	a	◎ ・ c
<コメント> ・個別支援計画の策定後、評価時期、サービス管理責任者、担当職員が記載された書面が作成され、個別支援計画は 6 ヶ月に 1 回、評価される仕組みになっている。担当者により特記事項が記載されたモニタリング表、個人記録ファイル等を参考に評価、見直しがされ、利用者、家族等に説明され、同意を得ている。個別支援計画書は、利用者個人ファイル、スタッフ会議等で職員全体に情報提供される。 ・評価、見直しにあたっては、担当職員以外の職員も含めた幅広い取り組みが望ましい。			
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	◎	・ b ・ c
<コメント> ・アセスメントに基づきチェックする項目、特記事項の記載等、利用者ごとに個別の記録用紙が作成され、日々の支援内容は個人記録ファイルに綴じられている。 個別支援計画ファイル、個人記録ファイル、モニタリング表等の利用者に関するファイルが分類され、保管されている。利用者数人ずつの職員担当制で、毎日の支援状況に応じて記録され、利用者に関する検討課題は連絡ノートにより、職員全員で共有されている。			
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	◎	・ b ・ c
<コメント> ・法人の文書管理規程・個人情報保護規定を基に事業所の文書、記録の管理体制についても文書化されている。記録の開示については重要事項説明書で利用者、家族に説明、周知している。文書保存期間は 1 年、5 年、永年等があり、今年度から破棄は、事業所内で計画的にシュレッダーにより行われている。利用者の個人ファイル、個別支援計画書等や種々のファイル類は書類棚にそれぞれ整理整頓され、保管されている。 情報機器に対しては使用者ごとにパスワードを設定し、建物に対してはセコムと契約して、セキュリティ対策、防犯対策に取り組んでいる。			

【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	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>・利用者の障害により自己決定が困難な場合は、家族等の意向も確認して個別支援計画に基づき支援を行っている。日中活動の種類を提示し、利用者が選ぶことが出来るよう準備して見守りしている。利用者はそれぞれにペグ差し、紙のシュレッダー処理、ぬりえなどを選択して行っている。何もしないなど自己決定が難しい利用者には声かけし参加を促す等、職員参加型で個別支援の取組を行っている。又、入浴後は飲み物を準備し、利用者の意思で注文するよう、自己決定を尊重した取組を行っている。</p>			

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・c
<p><コメント></p> <p>・法人として虐待防止対応規定、身体拘束適正化検討委員会規程が策定され、スタッフ会議時に全職員が職員行動チェック表を提出し権利擁護について確認している。</p> <p>やむを得ず身体拘束を利用者に行った場合は家族等へ説明し、同意を得て文書を残している。利用者自身による自傷行為により、出血を起こし、救急搬送された事もあり、ミトン利用等、実施した内容は個人ファイルに記録を残し職員全員で情報共有している。</p> <p>又、身体拘束の具体的内容で研修を実施し、身体を支える行為、拘束行為の違いについて学び、日頃の支援に取組んでいる。</p>			

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	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>・個々の支援計画に基づいた自律、自立生活支援として、午前中のグループ分けした散歩、希望者による入浴、日中活動がある。毎日の入浴では、衣服着脱、更衣、洗体など利用者の能力に応じた自立生活のための支援を行っている。</p> <p>法人内にある他事業所利用者の歯ブラシへの名前貼り、行事毎の作品作り、ぬりえ、ペグ差し、紙のシュレッダー処理等、自力で行う喜びが感じられるよう、見守り支援を行っている。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>・強度行動障害、知的障害、聴力障害、視覚障害、発語困難、理解困難等の利用者の障害に応じて、アイコンタクト、手をつなぐ、肩に触れる、紙に書く、ボタンを押すと字が出る機器の利用等、利用者の状況に応じたコミュニケーションを行っている。会話が出来る利用者には、穏やかな対応で声かけし、楽しい一日となるよう、職員全員で取組んでいる。コミュニケーションに問題が生じたときは個人記録ファイルに記録し、連絡ノートでその状況を共有している。</p> <p>・今後は、職員のコミュニケーション能力向上の為の研修も検討課題と思われる。</p>			
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・c
<p><コメント></p> <p>・利用者が担当職員に相談があるからと意思表示をした場合は、その場で相談を受けている。</p> <p>又、他の職員に相談を希望する場合もあり、利用者の意思を尊重して支援をしている。</p> <p>利用者の相談内容は、その都度スタッフ会議、連絡ノートで情報共有を行っている。</p>			

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 ・ ㊦ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画に基づき日中活動と利用者支援は計画的に実施されている。生活介護事業所として毎日の入浴は利用者、家族からも好評を得ている。 午前中はグループ毎の歩行が予定され、午後の活動として、お手玉、ストレッチ、ペグ差し、ラジオ体操、書道等や DVD 鑑賞があり、準備をするだけでなく職員は担当制で利用者につき添い、利用者に沿った支援を行っている。支援内容については個別記録ファイルに記載している。 ・今後は、職員全員でレクレーション内容の検討、計画を適時行ない、障害に応じたレクレーションに関する研修の受講等を検討されたい。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活介護、地域活動支援センター事業として利用者を支援する為、社外研修、スタッフ会議を利用した勉強会を行っている。強度行動障害に関する研修へ参加後に報告会を行ない、半数近い強度行動障害を持つ利用者の支援に役立っている。心身の状況で自傷行為がある、暴力的になる、相生が悪い等の利用者への対応等の個別記録も職員全員で共有し、個人個人に対して適切な支援を行っている。 		
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	㊦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活支援に係わるマニュアルは作成されており、個別支援計画に基づく日常支援が行われている。朝夕の送迎、散歩、入浴、排泄、食事、更衣、日中活動等利用者に応じて声かけ、部分介助、全介助を行って、穏やかに過ごせるよう支援している。 入浴時の更衣、洗体の介助や排泄誘導及び排泄時の下着の着脱、食事中の誘導や誤嚥防止等について声かけ等の日常的な支援を行っている。 		
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 ・ ㊦ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の過ごすフロアは明るく窓が広く清潔感があり開放的である。ワンフロアにテーブル、椅子があり、利用者は好みの場所で過ごしている。静養室は 1 カ所あり、状況に応じ利用可能である。 ・入浴後の好みの飲み物は 40 円で注文が出来、職員が安全に配慮して提供している。日中活動では職員が安全を重視して裁断機で紙を分断し、その後に利用者が行う手回しのシュレッダー作業は職員の見守りの下で行っている。 ・今後は、フロア内での安全な静養室確保が検討課題と思われる。 		
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	a ・ ㊦ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師による機能訓練の指示がある利用者は 5 名で歩行訓練を実施している。 ペグ版にペグを 1 本ずつ差していくペグ差しでは、指先や視覚感覚、集中力等が得られ、又、歯ブラシへの名前貼りでは誰かの役に立つという達成感が得られる等、活動の中で生活訓練を行っている。 ・今後は機能訓練・生活訓練について、専門家による研修等も検討されることを期待する。 		
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 ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急対応マニュアル、医務マニュアルが作成され、月に 1 回のバイタルチェック、体重測定、年に 1 回の健康診断も事業所で計画、実施され記録も保管されている。事業所には看護師が常勤し、利用者の健康把握が行われ、毎日の検温、入浴時のボディチェック、排泄管理、記録が行われ、体調変化時は家族、医師への連絡等、迅速な対応がされている。癲癇研修、ノロウィルス感染症に対する内外研修に参加して、報告勉強会も実施している 		

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 ・ ㊦ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医務マニュアルに医療の手順が記載されており、新任職員や異動職員に対しては、看護師による医務研修を行い、安全管理体制について説明している。利用者への医療的支援、状況については個別記録ファイルに記録され、連絡ノートで情報共有されている。昼食後の内服薬は、各自の袋に入れ、看護師と日勤リーダーの職員二人で内容を確認後、施錠した保管庫で管理している。昼食後与薬の手順は明確で誤薬防止につながっている。 ・今後は、服薬マニュアル作成の検討及び看護師不在時の安全管理体制の構築が望まれる。 		
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 ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ感染拡大時は、ミニ運動会、小グループ外出等、縮小した取り組みで社会参加の機会を設けている。小グループ外出について、管理者から家族、利用者へアンケートを事前配布して参加者を確認している。外出時は、昼食メニューについて利用者の希望をとったり、好みのお土産の購入を支援したりするなど、利用者の意向を尊重した取り組みを行っている。事業所内では利用者の希望を重視した七夕会の作品作り、ハロウィン会、クリスマス会等の行事に向け、利用者の意向を尊重した支援を行っている。 		
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 ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・希望の表明や意向の決定が困難な利用者にとっては、家族等の意向で地域生活への移行が決定されることが多い。家族等の高齢化により利用者の他施設への入所が必要なこともあり、移行時は利用者の希望を尊重した支援を行っている。 法人内の就労継続支援 B 型事業所に利用者の希望で移行した例があり、関係機関と連携して、スムーズな移行ができています。地域の家庭から通所が継続できるよう、朝夕の送迎、生活介護、地域活動支援センター事業を利用者の意向に沿って行っている。 		
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	㊦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族交流として、保護者会があり、10 人前後の参加だが、年に 1 回行なっている。出席できなかった家族等へは、文書郵送による報告を行っている。家族等には満足度調査を年に 1 回実施し、返答が必要な場合は速やかに検討して回答している。日頃は朝夕の送迎で家族と対面し、相談等への対応をしている。利用者がグループホームに入所している家族とは個別に連絡ノートで連携を行っている。 		

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
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		

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
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		
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
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		

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		