

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：障害者支援施設 養和荘		種別：施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名：山田 理佳		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：5名
専門職員	（管理者）1名		（サービス管理責任者）2名
	（生活支援員）48名		（看護師）3名
	（管理栄養士）1名		（事務）1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・浴室
			洗濯室・トイレ

③理念・基本方針

★理念

選ばれる事業所・親しまれる事業所

- ・障害のある人たち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電できるよう支援します。
- ・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。
- ・障害の有無にかかわらず、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、地域の関係者と共に取り組んでいきます。

★基本方針

選ばれる事業所・親しまれる事業所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向けて日々努力しています。それに近づくために、「利用者の安全・安心」「利用者のための支援、説明できる支援」「養和荘というチーム支援」「法人職員として他事業所との連携」を考える軸とするようにしています。

④施設・事業所の特徴的な取組

日中活動で運動班・療育班・スヌーズレン班・創作班に分かれて行っています。利用者特性に合わせた活動を行うことで、表情が穏やかになり、利用者の方にとって楽しみな時間の一つになっています。

ヒップホップ班は、外部講師を招き、チーム一体となり演技を披露できるよう練習をしています。地域のお祭り等で発表をしています。
地域の方に対して、緊急短期の受け入れ等も実施しています。

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 6年 4月15日(評価決定日) 【令和 6年 1月17(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

◆管理者のコーチング

管理者は、支援現場と管理職の双方の経験と知見を有しており、それを活かして支援向上に意欲的に取り組んでいる。様々な支援場面や会議、面談の際に適切な方向性の提示を行い、目的を明確に示している。その上で、目的に向けての実施方法は職員の主体性に委ねるといったコーチングの手法を用い、職員自身のレベルアップによる育成と、サービス水準の向上との双方を目指している。

◆日常的な意思決定支援

毎年、満足度調査や「利用者のつぶやき」という取組みを実施し、日頃から声を拾うことが習慣化されている。その結果は毎月の会議で集約され、実現可能なことから実践している。重度障害者支援加算の対象者が多いことから、自己決定が困難なケースが多い中ではあるが、普段の行動、言動、表情などから本人の意向をチームで推察したり、写真、イラスト、タブレット等を用いて、本人の意思表出支援を実践している。その日に着る衣服やおやつなど、日常生活の些末な場面でも「決める場面」や「選ぶ場面」を多く設け、自己選択の機会を意図的に提供している。事業所が利用者主体の生活を指向し、常に意思決定支援を念頭に支援が行われている。

◆毎日入浴の実施

利用者の地域移行が進んだ結果、現在は利用者の殆どが強度行動障害や高齢の方である。障害支援区分も平均5以上であり、重度・高齢化が進む事業所にあって、通常の介助だけでも大変な中、最も介護負担の大きい入浴支援を、ほぼ毎日実施している。一般的な生活スタイルを追求する管理者の意向の下、職員が支援体制や安全管理に関する話を繰り返し、辿り着いた結果であり成果である。

◇改善を求められる点

◆実効性のある事業計画

事業計画は事業全般をカバーする内容となっているが、具体的な数値目標等がないため、明確な目標になりにくく達成度の評価もしづらい。職員参画の下、事業所の実情に応じた実効性のある計画策定が求められる。

◆目標管理の導入

目標管理に相当する業務評価は主任以上が実施し、管理者面談による目標設定、評価によりステップアップを図っている。目標管理の実施目的や効果は特定の階層に限定されるものでなく、主任以下の職員にとっても、目標を持った業務遂行と成果に対する評価は有効な育成手段である。全職員への目標管理制度導入が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回４回目の受審となります。今回も事業所の支援内容を俯瞰的に見ていただき、気づきが多くありました。

現場で行っていることを評価していただき、支援員たちの励みにもなりました。結果を受けまして、全体的に計画の立て方に対する仕組みづくりの弱さを感じました。改善していきたいという職員のやる気を活かしていくためにも、意見の取り入れた計画の実施を行っていけるよう善処していきたいと思います。

他の指摘事項も精査し、今後も「選ばれる事業所・親しまれる事業所」の理念の基、利用者支援を行っていきます。

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

		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	b	a ・ ㉔ ・ c
＜コメント＞ 基本理念がパンフレット、ホームページに記載されており、ホールにも掲示されている。職員には、職員会議や人事考課の際に周知が図られている。利用者への周知の機会はないが、説明責任に応えるには資料の工夫を始め、理解促進へのあらゆる配慮が求められる。				

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	a	①・b・c	
＜コメント＞ 福祉動向等については、主に行政通知や愛知県知的障害者福祉協会からの情報により把握している。また、法人の経営状況については、会計関係がクラウドで管理され、公認会計士が月次監査を行って分析している。市の福祉計画には自立支援協議会を通じて関わっており、利用定員の増減は当面考えていない。				
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	①・b・c	
＜コメント＞ 毎年運営全般に関する職員アンケートを実施し、課題を含め結果を運営会議に報告している。法人には運営会議の他、入所4施設による入所局会議が毎月開催され、人材育成や職員体制等の情報共有や運営上の課題の協議がなされ、具体的な実践に向けられる。				

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 ・ ⑥ ・ c	
＜コメント＞ 2025年度までの中期計画が策定されており、現在見直しが進められている。基本理念と方針を掲げ、経営診断による現況分析から課題を4項目にまとめている。項目ごとに研究チームを構成して検討しており、管理者も人材育成部門に参画している。課題ごとに達成目標を定め、「行程表」に沿って取り組んでいる。事業所独自の中・長期計画の策定が待たれる。				
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	b	a ・ ⑥ ・ c	
＜コメント＞ 年度事業計画は、事業の全般をカバーする内容となっているものの、必ずしも中期計画の内容を反映しているとは言えず、項目建ても異なっているため、中期計画の達成度を事業計画から推し量ることは難しい。数値目標等もないため、計画自体の進捗評価にも正確性を欠く。法人の統一様式であるため、事業所の実情に応じた独自のものを用意したい。				

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	b	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> 各業務担当が年度総括を行い、スタッフ会議に挙げて検討し、評価と反省を踏まえて事業計画の策定に至る。職員の参画という視点では、十分とはいえない面がある。			
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> 事業計画について、保護者には書面で配付して理解を得ている。一方、利用者に対しては、以前実施していた動画による説明といった周知への対策は見られない。支援の主体である利用者は、自らが受けるサービスの内容を知る権利があり、事業者には説明責任がある。障害が重くコミュニケーションが難しい利用者も多い現状ではあるが、最大限の配慮と工夫を求めたい。			

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 職員に対して「虐待防止アンケート」を実施し、集計して不適切支援防止に取り組んでいる。利用者へは、満足度調査を担当職員の間取りにより実施し、集計してスタッフ会議で対応を共有している。事業全般では、第三者評価を定期的に受審し、受審の無い年も同じ評価基準を用いて自己評価を行っている。そこから課題を抽出し、改善に向けている。			
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 ・ ㉠ ・ c
<コメント> 各業務担当や男女各棟からの課題や問題点は、毎月の副主任会議やスタッフ会議で検討されている。第三者評価結果については、スタッフ会議で共有して取り組んでいる。ただ、明確な改善計画や改善の取組み状況に対する評価などは確認できなかった。			

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	①・b・c
<コメント> 管理者は、棟会議や副主任会議、スタッフ会議の際に自らの方針や方向性を表明している。ただ、目的に向けての具体的な実施方法までは言及せず、職員の合意による方法と主体的な取組みに任せている。職務分掌に関しては、業務担当が明確に定められ、管理者を含む各職員の職責が明らかになっている。			
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> 関係法令等は、行政通知の他、管理者セミナー等に参加して把握し、得た情報はスタッフ会議で職員に周知している。リスクマネジメント担当を置き、特に虐待防止や身体拘束についての検討や情報の周知を行っている。虐待案件では、発見者による通報が徹底しており、その実績から、「虐待防止法」の周知が行き渡届いている証左が見て取れる。			
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> 職員の定期面談を年2回行い、聞き取った意見を支援に反映させる手立てを施している。また、毎年保護者アンケート、利用者アンケートを実施し、集計分析して業務上の参考としている。各会議の前段部分は管理者が方針や支援の方向性を示す時間にあてられ、強いリーダーシップと理念に基づく信念のもと支援業務全般を先導している。			
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> 管理者は、法人の中期計画の作成委員として参画している。また、労働環境を整えるための勤務調整や業務配分の適正化を図っている。ストレスチェックによる高ストレス者への面談を通して、メンタル支援や個別の配慮も手掛けている。			

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	a	a・②・c
<コメント> 法人の基本方針の中に人材育成の項目を設け、研修制度の充実などによる育成、職場環境整備による定着を目指している。有資格者の配置など、具体的な人員配置等の計画は定められていない。社会的な採用困難期であるが故の、更なる対策が求められる。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	①・b・c
<コメント> 「人事評価実施要領」に基づいて人事考課が実施され、昇格等人事基準に関しても規程化されている。また、面談を通して異動希望等を含めた業務への意向を確認し、運用している。「キャリアパス規程」によって階層毎の職責が明確にされており、階層別研修も実施されている。			

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り組んでいる。	障16	a	①・b・c
<コメント> ストレスチェックが実施され、高ストレス者に対しては本人の希望により衛生管理者（看護師）・管理者・嘱託医の何れかと面談が設定され支援を得ている。ハラスメント窓口は、パワハラ・セクハラ・マタハラと3ヶ所設定され、相談体制が整っている。育児休業、介護休暇を含め休暇取得率は高く、産休制度の利用や勤務配慮も通例となっており、働きやすい職場を指向している。			
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・②・c
<コメント> 目標管理に相当する業務評価は主任以上が実施し、管理者面談による目標設定、評価によりステップアップを図っている。ただ目標管理の実施目的や効果は、特定の階層に限定されることはなく、よって主任以下の職員への導入を急がれたい。			
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	b	a・③・c
<コメント> 法人研修計画及び事業所研修計画に基づき、研修が実施されている。研修計画は年度ごとに評価、改訂されている。理念の中にある「専門職としての資質の向上に努める」の部分が期待する職員像に該当するのであれば、方針の中にも専門技術や資格への言及が欲しい。また、頻度の多い人事異動の目的と必要性等についても、分かりやすく示す必要がある。			
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	a	a・④・c
<コメント> 新任から管理者までの階層別研修が法人内で実施されている。事業所内でもテーマを決め、毎月内部研修を実施している。職員個々の研修履歴がデータ化されており、個々の履歴を基に経験や力量に応じた研修参加を実現している。OJTに関しては、目標や期間を設定し、自他評価を経て育成を図るといった形の体系的な実施方法を組織的に実施されたい。			
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	b	a・⑤・c
<コメント> 実習マニュアルに沿って、保育実習や教員等の実習を受け入れている。総括評価、学校側との調整などは実習担当者が実施している。指導者育成のための研修など、受入れ体制の強化とレベルアップが課題となっている。			

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	b	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人のホームページを使い、理念、基本方針の他、広報関係、中期計画、事業報告、第三者評価結果などの情報公開が行われている。苦情や虐待に関する内容、処理等の情報について公表することで、更なる透明性向上を図られたい。			
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＞ 公認会計士による月次指導を受け、法人監事による年2回の内部監査も実施されており、経営のチェック体制は整っている。また、社労士による労務面の指導も入り、経営環境全般の健全化が図られている。			

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	①・b・c
＜コメント＞ 法人中期計画の基本方針として地域貢献を掲げ、地域共生社会の実現を目指している。事業計画にも地域開放を挙げ、地域に対する前向きな姿勢を示している。ただ、コロナ禍により交流自体は縮小しており、徐々に再開の方針である。ふれあいまつりなどの地域交流行事は開催目的を変更し、利用者主体の施設行事とした。			
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・②・c
＜コメント＞ 管理者が社会福祉協議会のボランティア運営委員を務める関係で、ボランティアとの関わりは多く、利用者支援や読み聞かせ、手芸などのボランティアが定期的に訪れている。近隣の高校や警察学校からも学生ボランティアの来所がある。ただ、ボランティアの位置付けが明確になっていない。ボランティアは利用者と社会との接点として貴重な資源であり、事業の一環と捉えられたい。			
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	a	③・b・c
＜コメント＞ 市の自立支援協議会や社会福祉協議会、愛知県知的障害者福祉協会とは良好な関係が保たれ、多くの情報の提供を受けている。また、相談支援事業所を通して在宅障害者の情報を把握している。利用者に供する社会資源の情報は、事務室に掲示して共有している。			
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	a	④・b・c
＜コメント＞ 主に自立支援協議会や相談支援事業所を通して、地域の在宅者ニーズ等を把握している。法人の運営会議の中でも、様々な事業所からの情報を得ている。コロナ禍で地域活動そのものが停滞して行事等の開催が無く、地域のニーズが拾いにくい面もあるが、今後も広くアンテナを張って、地域の期待に応えられたい。			
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	a・⑤・c
＜コメント＞ 法人の重点目標である地域貢献事業の一環として地域生活支援拠点事業を実施し、緊急受入れや体験宿泊、相談支援等を行っている。また、災害時支援として要援護者受入れの協定を市と締結し、体制を整えている。ただ、BCP（事業継続計画）の策定は至っておらず、早急に対応して、事業継続に支障のないよう備えられたい。			

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＞ 法人パンフレットに、利用者尊重についての明示がある。事業計画、運営規程等には利用者尊重の文言が散りばめられている。施設フロアにも掲示され、全体への周知を図っている。組織内での勉強会において、人権尊重の内容にさらなる充実を求める声もあるが、eラーニングの導入や同じ内容の研修を複数回に分けて実施するなど、様々な工夫がみられる。			
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	a・②・c
＜コメント＞ プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、職員間で毎月読み合わせて内容の確認を行っている。居室はすべて個室であり、プライバシーが確保されている。職員が入室する際は、必ずノックや声かけをして本人に確認をとっている。課題として、ニヤリホットの掲示において、利用者の個人名が入る場合は、必ず本人・家族の承諾を得るよう配慮されたい。			
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＞ グループホームへの移行が、利用者にとって良いと思われるケースでは、積極的な情報提供をした上で実際に現地に同行し、一緒に見学するなどしている。また、見学や体験利用を積極的に受け入れている。事業所のホームページでは、運営する施設入所、生活介護、短期入所の各事業を写真を用いて紹介している。			
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	①・b・c
＜コメント＞ 利用開始時には、見学も含めて丁寧な説明がされている。対象利用者は重度知的障害者がほとんどのため、保護者への説明が中心になりがちだが、体験利用や視覚に訴える手法を用い、正確に伝える工夫をして同意を得ている。			
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	b	①・b・c
＜コメント＞ グループホームに移行した元利用者には、長期間にわたって元担当職員がアフターフォローを行い、その後、徐々にフェイドアウトしていき、地域生活に定着できるようきめ細かい支援を行っている。相談支援専門員との連携も取りながら、家族の理解も得つつ主体的に伴走支援ができています。			
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、満足度調査のアンケートを実施している。「利用者のつぶやき」という取組を実施し、日頃から声を拾うことが習慣化している。そのつぶやき（ニーズとデマンド）を毎月の会議で集約し、実現可能なことから希望を叶える取組が行われている。普段から「意思決定支援」を念頭に置いた支援が行われ、おやつ提供時には「決める場面」や「選ぶ場面」を設けている。			
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	a・①・c
＜コメント＞ 苦情解決の仕組みは確立されており、その仕組みが見やすい場所に掲示されている。重度の利用者が多いことと、コロナ禍により家族の訪問が減っていたこともあり、苦情・要望の件数は数件に留まっている。個人情報に配慮しつつ、苦情の内容や件数がホームページ等で公表されるとさらに望ましい形になる。			

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	①・b・c
<コメント> 写真やタブレットの活用で、意思決定支援のプロセスである「意思表出支援」を実践している。利用者が最も落ち着くであろう「本人の居室」において、マンツーマンで本人の思いを聴くなど、環境に配慮した支援が行われている。相談に関するポスターも掲示してある。			
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	①・b・c
<コメント> 毎月の会議で集積された「利用者のつぶやき」が共有され、改善への取組みが迅速に行われている。職員数が多いが、リーダー層中心に情報の共有が図られている。施設規模が大きいと、利用者の意見や要望が反映されるのに時間がかかりがちだが、「買い物したい」「出かけたい」というニーズに応え、「近日中に服の移動販売車を呼ぶ」など、可能な限り速やかにというスピード感がある。			
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	b	①・b・c
<コメント> ヒヤリハットは「事故を未然に防ぐため」という本来の目的が職員全体に浸透しているため、件数が多く年間130件を超える。一部の職員が偏ってヒヤリハットを上げているわけではなく、多くの職員に習慣化されている。これが奏功し、重大な事故に至ることはほぼない。リスクマネジメント研修も毎年実施されている。			
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	b	①・b・c
<コメント> 施設の特性上、感染症が発生すると拡がりやすいが、看護師と支援員の連携によって迅速な体制が取られ、感染拡大を最小限に留めている。基本的には「感染症マニュアル」による対応だが、利用者の普段の体調や情緒が職員間で共有されていることから、画一的でない個々に合わせた柔軟な対応ができています。感染予防や衛生に関する研修も行われ、法人内事業所間の協力体制もある。			
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	b	①・b・c
<コメント> 毎月実際の災害を想定した防災訓練が実施され、元旦に起こった実際の地震の際にも、利用者は訓練通りの避難行動ができていた。災害備蓄品も十分確保されている。「災害時対応マニュアル」が策定され、防災訓練には地域住民も参加するなど、地域を視野に入れて取り組んでいる。			

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	b	a ・ ㉞ ・ c	
支援に関して網羅された標準的な「支援マニュアル」が整備され、年度初めに全職員に配付される。また、日々の動きについては「業務シート」により、出勤時に確認できる。ただ、マニュアルは更新されているが、その日付が記載されていない。更新日が明確に分かるよう改善を図られたい。				
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	b	a ・ ㉞ ・ c	
＜コメント＞ 定期的に個別支援計画の見直しが行われている。利用者には複数の担当職員が個別支援計画の原案を作成し、偏らないように複数の職員で協議し、最終的にはサービス管理責任者が作成する仕組みが確立している。協議にかかる時間が不十分だと感じている職員もいることから、時間的な工夫を期待したい。				

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	①・b・c
<コメント> きめ細かなアセスメントを毎年実施しており、更新日も記載されている。これに基づいて個別支援計画が作成されている。意思表示が困難な利用者が多いことからニーズを汲み取ることは容易ではないが、複数の職員が関わることで、利用者の最善の利益をチームで考えるという姿勢がある。利用者の情報は「福祉見聞録」というITシステムで共有されている。			
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	①・b・c
<コメント> 毎月利用者ごとにまとめを作成し、これを基にモニタリングを行い、個別支援計画の見直しが実施されている。半年に一度にこだわらず、必要に応じて短いスパンで見直しが行われることで、適宜個別支援計画が修正されている。PDCAサイクルが本来の形で回っており、事業所の強みと言える。			
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	b	a・②・c
<コメント> パソコンソフトの活用で日々適切な記録が行われ、全職員がネットワーク上で共有できている。ただし、記載方法の統一化の課題や、職員による精度の差異を感じている職員もいる。事業所内で豊富な内容の研修が実施されているので、「記録の質」についても、研修に盛り込むなどの工夫が期待される。			
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	a・②・c
<コメント> 利用者の記録に関しては、「文書管理規程」に基づいた管理が行われている。保管期間の過ぎた文書については、専門業者によるシュレッダー車を手配し、適切な方法で廃棄している。掲示物に個人名が入っている場合は、たとえそれが良い内容であっても、本人・家族に承諾を得たり、個人が特定されないよう名前部分を黒く塗りつぶすなどの配慮が欲しい。			

【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	b	②・b・c
＜コメント＞ 重度障害者支援加算の対象になる利用者がほとんどであることから、自己決定が困難なケースが多い。その中で、普段の行動、言動、表情などから、本人の望んでいることをチームで推察したり、写真、イラスト、タブレット等を用いて本人の意思表出支援を実践している。その日着る服やおやつなど、日常生活の些末な場面でも「自己選択」の機会を意図的に提供している。				

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	②・b・c
<コメント> 月に2回、「虐待防止委員会」と「身体拘束適正化検討委員会」が一体的に開催され、少しでも「不適切かも？」の支援を適切な方向へシフトするための協議が行われている。スタッフ会議においては「これは不適切か？」という具体例をクイズ形式で出題するなど、全職員の「気づき力」を高める取組みがある。虐待疑い通報の重要性についても、研修を通じて周知している。				

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・㉞・c
＜コメント＞ 利用者本人にできることには、可能な限り職員が手を出さずに見守り支援に徹することが、明文化され周知されている。事業所の規模の大きさから、利用者個々の外出希望に応えることは容易ではないが、有償のサービスを活用して可能な限り応えている。外出をはじめとする社会参加の機会が、さらに多く提供されることを期待する。				
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	b	㉠・b・c
＜コメント＞ タブレットやイラスト、写真、ジェスチャーなど、要支援度の高い利用者にも伝わりやすい伝え方の工夫がある。また、これらの方法がきめ細かなアセスメントに裏付けされるものであるとの共通理解から、日々の観察や傾聴を重視した支援が行われている。				

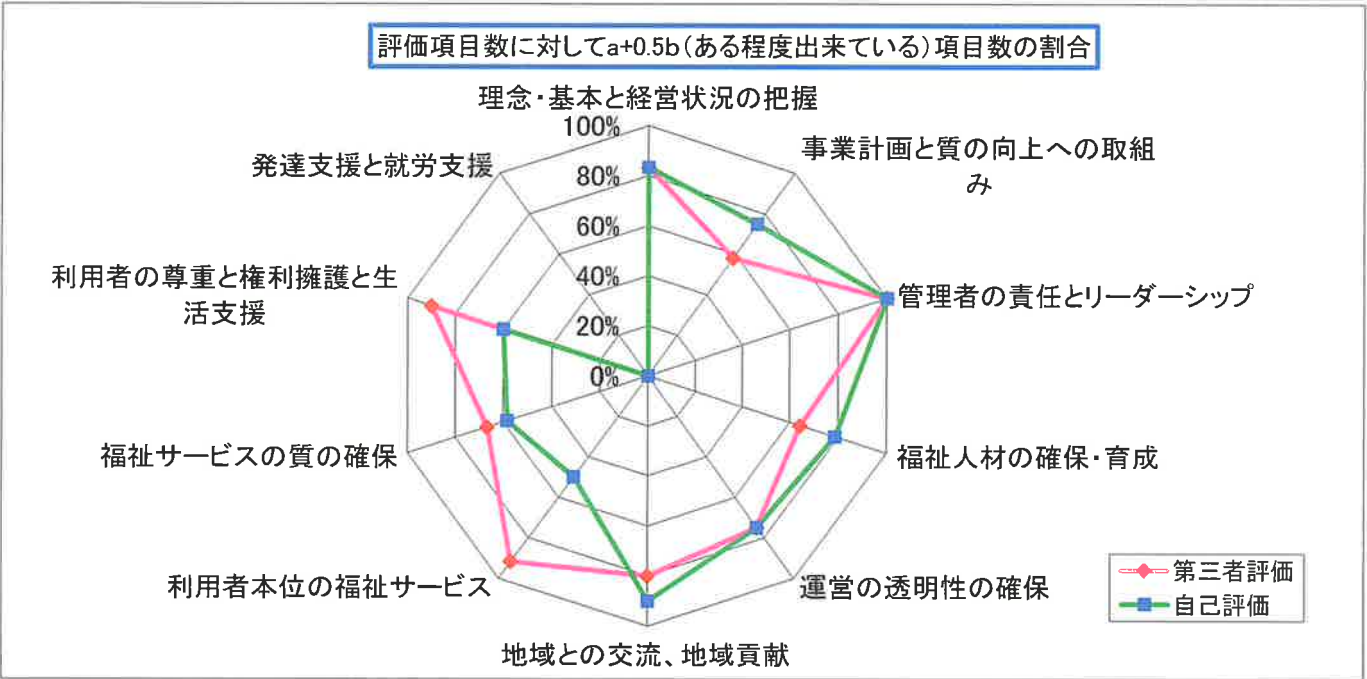
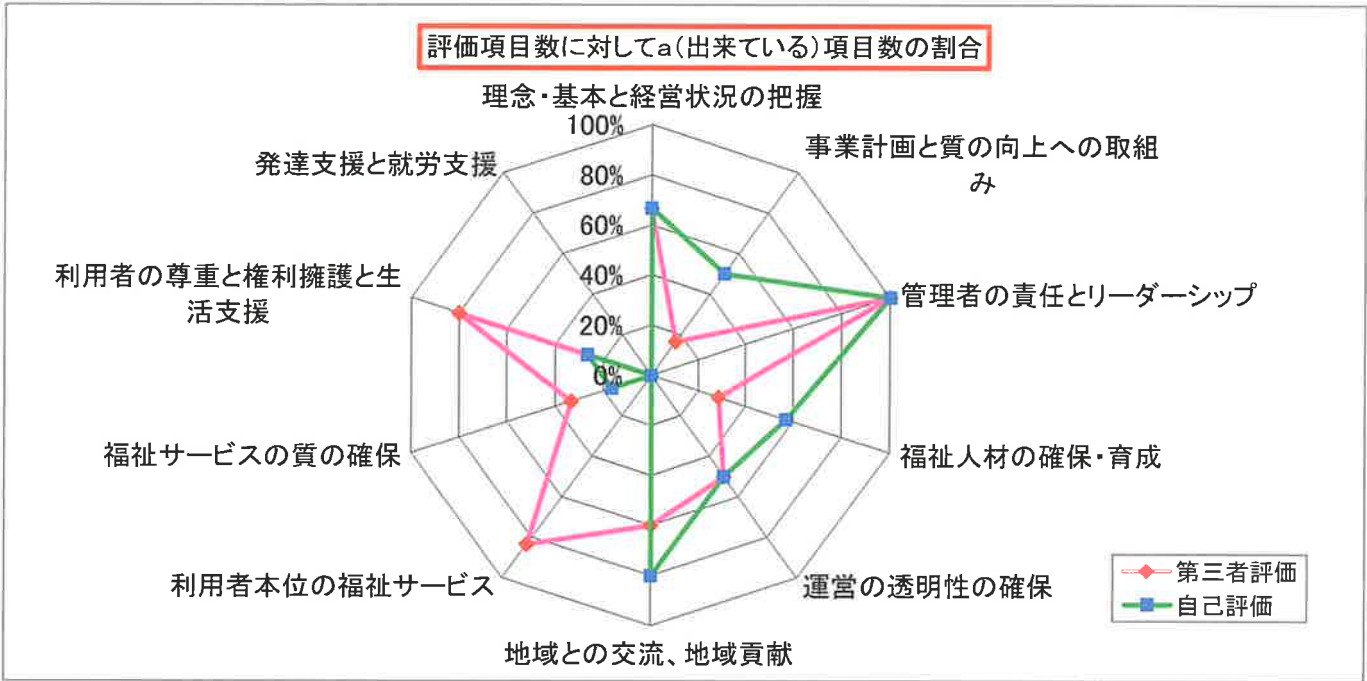
A-2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	a	②・b・c
<コメント> 利用者本人が思いを表出しやすいよう、相談室だけでなく居室など、利用者の希望や状態に合わせた環境で傾聴している。家族に対しては、年2回の個別面談によりニーズを把握する機会を設けている。夜間の時間帯も各フロアに複数の職員が配置されており、巡回時等に利用者の声を聴くことができる点は事業所の強みである。				
A-2-(1)-④	個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障51	b	a・②・c
<コメント> 個別支援計画に基づいた日中活動や支援が行われている。ヒップホップに象徴されるように、多様な活動内容を利用者は選ぶことができる。さらなる多様化の必要性を感じている職員もいることから、活動内容を今一度検討し、利用者の人生がより彩り豊かになるサポートができると、さらに魅力的な施設となり得る。				

	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	①・b・c
<コメント> 重度障害者支援加算対象の利用者がほとんどであることから、職員も強度行動障害の研修を受講している。これを活かし、事例検討会議においては「氷山モデル」の考え方で意見交換をしている。それ故、利用者はそれぞれが落ち着く環境で過ごすことができている。強度行動障害の研修の受講が実践に活かされている。				
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	a	①・b・c
<コメント> 共通の標準的な支援方法については「支援マニュアル」で共有されている。利用者個々の障害特性に応じた支援に関しては、アセスメントに基づいた個別支援計画に則り生活支援が行われている。				
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	c	①・b・c
<コメント> 建物が新しく清潔感があり、清掃も行き届いている。居室はすべてが個室であり、プライバシーも護られている。特定の利用者が使用することでトイレが汚れることがあるが、都度速やかに清掃が行われている。入浴支援は、利用者全員にほぼ毎日行われていることも強みである。				
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	①・b・c
<コメント> 個別支援計画や「支援マニュアル」により、訓練的なプログラムも必要に応じて行われている。また、リハビリ分野に長けている医師からのアドバイスを取り入れ、利用者一人ひとりに合わせた支援に活かしている。				
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	a	①・b・c
<コメント> 複数の看護師が常駐しており、健康状態の把握や体調変化への対応が速やかに行われている。体調に関しては、その日に勤務する職員に配付される「勤務シート」とITの活用により、職員間でリアルタイムで詳細に共有されている。看護師は、毎日の巡回により利用者の様子を把握している。通院受診には看護師が同行し、嘱託医との連携も取れている。				
	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	b	①・b・c
<コメント> 「感染症予防マニュアル」や「服薬マニュアル」のほか、緊急時すぐに持ち出せるよう個別の「医療情報ファイル」が整備されている。薬に関しては、看護師が一括して医務室で管理しているが、誤薬がないよう、翌日のケースの引き出しにマグネットとヒモを施して開かないようにするなど、管理のための創意工夫もある。				
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	①・b・c
<コメント> ふれあいまつり、アート、ヒップホップやマラソン大会に参加するなど、利用者それぞれに合わせた社会参加活動を提供し、実際に利用者・家族に喜ばれている。日々の活動の成果を感じられる機会があることで、利用者の満足につながっている。				

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 一人住まいはおろか、グループホームへの移行を希望する利用者も殆どいない現状ではあるが、可能性のある利用者に対しては積極的にアプローチし、家族の理解を求めながら進めている。ただ、法人内のグループホームとの連携や情報共有、情報交換が不足していることが垣間見られる。利用者の暮らしの選択肢を増やすためにも、積極的な連携を期待したい。			
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 ・ b ・ c
<コメント> 年2回の家族との面談により、施設での様子を伝えたり家族のニーズを聴き取ったりしている。保護者も高齢化していることから、利用者が年末年始に帰省する機会は減ってきているが、少しでも希望が叶うようサポートしている。保護者会は出席できる人数は減ってきているものの、連携・交流の貴重な機会となっている。			
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			



	第三者評価								自己評価						
	評価 項目数	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	1	5	0	17%	83%	0%	58%	3	3	0	50%	50%	0%	75%
管理者の責任とリーダーシップ	4	4	0	0	100%	0%	0%	100%	4	0	0	100%	0%	0%	100%
福祉人材の確保・育成	7	2	5	0	29%	71%	0%	64%	4	3	0	57%	43%	0%	79%
運営の透明性の確保	2	1	1	0	50%	50%	0%	75%	1	1	0	50%	50%	0%	75%
地域との交流、地域貢献	5	3	2	0	60%	40%	0%	80%	4	1	0	80%	20%	0%	90%
利用者本位の福祉サービス	12	10	2	0	83%	17%	0%	92%	0	12	0	0%	100%	0%	50%
福祉サービスの質の確保	6	2	4	0	33%	67%	0%	67%	1	5	0	17%	83%	0%	58%
利用者の尊重と権利擁護と生活支援	15	12	3	0	80%	20%	0%	90%	4	10	1	27%	67%	7%	60%
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	37	23	0	62%	38%	0%	81%	23	36	1	38%	60%	2%	68%