

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：西部福祉会館	種別：生活介護	
代表者氏名：小林 隆幸	定員（利用人数）：30名（45名）	
所在地：愛知県新城市野田字上市場26-2		
TEL：0536-24-0505		
ホームページ：http://nijidete.com		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成27年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 新城福祉会		
職員数	常勤職員：12名	非常勤職員：15名
専門職員	(管理者) 1名 <small>社会福祉士・介護福祉士</small>	(サービス管理責任者) 1名 <small>介護福祉士</small>
	(生活支援員) 18名 <small>社会福祉士2 介護福祉士6</small>	(看護師) 4名
	(調理師) 2名	(理学療法士) 1名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 訓練・作業室、医務室
		厨房、多目的室（食堂）、洗面所
		便所、更衣室、相談室、事務所
		会議室、浴室

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 ともに働き、ともに学び、ともに生きる
- ・施設・事業所 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って生活介護を提供する。

★基本方針

1. 事業所は、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。
2. 事業所は、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。
3. 事業所は、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健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。
4. 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者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

西部福社会館生活介護事業所は、平成27年4月から新城市地域自立支援協議会から新城市内の相談事例から見えてきた課題を解決するために、新城市から指定管理事業として運営しています。

市内障害福祉サービス事業所が「仕事」に視点を置いたサービス提供に対して、西部福社会館では重度の障害の方に対する快適で安寧な介護サービス提供に心掛けていることが特徴です。高齢化による心身機能低下防止、医療と連携した介護提供。専任講師による各種教室活動、健康バランスの良い楽しくおいしい食事サービス。市内であれば自宅までドアツードアの送迎体制確保等。

以上のサービス提供の展開から、平成29年度から新たにリハビリテーションサービスを提供開始、平成30年度からは定員を20名から30名に増員、さらに医療行為を伴う利用者の受入れも環境整備を整えています。

常に利用者の皆様の希望する暮らしを目標に掲げ、改めて仕事に意欲を示し始め就労に繋がった方、自宅生活中心から日中は家から出る生活リズムに変化した方など、ご本人、家族、相談支援事業所はじめ関係機関と連携しながら、希望する暮らしを共に考え、支えています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2年 6月24日(契約日) ~ 令和 3年 3月23日(評価決定日) 【令和 2年12月 3日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	1 回 (平成29年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆様々な障害に対応した支援

障害の種別や重症に拘わらず、広く在宅者を受け入れている。障害を持った利用者一人ひとりのニーズに応じて、入浴等の身体介護や作業活動、創作活動などを提供している。地域の貴重な社会資源として、存在価値をアピールしている。

◆明確な方向性を持った運営

向う3年間の中期計画、10年間の長期計画を受け、年度の重点項目を示した事業計画に沿って計画的な事業を実施している。計画の達成状況を評価しながら事業を進め、年度末に総括して次年度事業計画につなげていくといった、軸のぶれない事業運営がなされている。また、地域との共生を強く打ち出し、地域ニーズを受けての様々な地域活動や地域貢献を行い、理念を具現化している。

◆人材育成への取組み

研修委員会を設置し、研修計画に沿って多様な法人内研修や外部研修への参加を促進している。また、「チャレンジカード」による目標管理を導入し、目標を持って業務を進め、さらに評価することで達成感の醸成と職員個々のレベルアップを図っている。特別有給休暇制度や表彰制度を設けて働きやすい職場づくりを推進し、人材育成への重層的な取組みを行っている。

◆利用者モニターの実施

満足度調査を毎年行っている。サービス管理責任者が集計を行い、改善すべき点を洗い出し、常勤職員が全て出席する職員会議で報告検討し、改善提案を出し適正な支援につなげている。また、匿名のアンケートも実施し、満足度を調査している。

◇改善を求められる点

◆利用者への説明と同意

契約行為や重要事項の説明、法人理念、事業計画などについて、支援の主体である利用者に対して十分な説明責任を果たす必要がある。理解を得るための様々な工夫や配慮によって、できる限りのインフォームドコンセントを得た上で支援を進めることが望ましい。

◆適正支援のための職員理解

利用者の自立、意思決定支援、権利擁護など、支援を進めていく上でのポイントとなる事項に関して、職員によって理解度や判断基準に開きがある。これらを踏まえた上で利用者主体の支援を進めるために、テーマ研修の実施など、さらなる対策を講じられたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

受審2回目となり、前回指摘いただいた人材育成を中心とした取組み、特にOJT、研修委員会について評価を得た事は、この間の職員の取組み姿勢が認められ、今後に向けてさらなる向上と励みになった。

また、地域の特性にあった、求められる施設運営状況を評価され、心強く感じた。

改善を求められた、インフォームドコンセントの視点、研修内容を職員全体に浸透できる仕組みについても再考課題としていきたい。

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。

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	a ・ ① ・ c
＜コメント＞ 理念、基本方針は、ホームページや事業計画で確認できる。家族会において、年度の事業計画とともに説明がなされている。利用者周知の点では、年度初めに箇条書きにした重点目標が提示されるが、理解がしやすいような資料などは無く、さらなる理解促進への配慮が望まれる。			

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＞ 法人の経営会議や運営委員会により経営状況を把握し、また自立支援協議会等の外部団体や相談支援などから、福祉動向や地域ニーズの情報を得ている。毎月、税理士による経営分析を受け、客観的な見地からも経営状況を把握している。			
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＞ 毎月、法人の経営会議で財務状況や組織体制、サービス提供状況等について現状を共有している。それらを分析して課題を抽出し、事業所の運営会議に下ろして具体的に検討し、職員会議で周知している。			

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＞ 10年スパンの法人長期計画が策定され、3年の中期期間は特に具体性ある内容となっている。事業活動・人事・整備・研修・社会貢献など、項目ごとに数値目標や収支計画を伴った具体的な計画で、3年ごとに見直しをかけている。事業所は指定管理期間に合わせた5ヶ年事業計画を別途作成し、事業活動の指針としている。			
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＞ 中長期計画に沿って単年度計画が策定されている。重点目標を定め、具体性のある計画となっており、進捗状況の評価や成果測定が可能な形となっている。			

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 各部署ごとに評価した内容を2月と3月の事業総括会議で検討し、管理者が中期計画との整合性を図りながら原案を作成、再度全体会議で確認して策定に至っている。毎月の全体会議で運営状況を確認を行っているが、計画の執行状況の評価時期、見直しに関しては不明瞭である。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者には利用者重点目標を文書化したものが配付されるが、理解がされているか否かは定かでない。少しでも理解が得やすい工夫と配慮をもって、支援の主体である利用者へのインフォームドコンセントを図ることが望ましい。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者、家族それぞれに満足度調査が実施され、集計した上でフィードバックされている。また、全体会議で周知され、改善に向けた取組みがなされている。職員に関しては、虐待の自己チェックを行って集計・評価しているが、サービス全般に亘ったチェック機能がない点は検討の余地を残す。		
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	⑨ ・ b ・ c
<コメント> 毎月の全体会議に、各部署から出た課題から導かれた「改善提案」が提出され、検討の上で実践に移される仕組みとなっている。また、第三者評価で課題に挙げられた事項は、既に改善されて事業として展開されている。		

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	① ・ b ・ c	
<コメント> 管理者は、法人理念に沿った事業所に関する自らの方針を運営会議や全体会議、また日々の会議で表明し、明確にしている。「運営規程」や組織図に職責と組織体制が示され、周知されている。管理者不在時は、サービス管理責任者が職務を代行する。			
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 ・ ② ・ c	
<コメント> 「法令遵守規程」が整備されており、管理者は行政の集団指導や法人の経営会議等で、コンプライアンスに関する理解を深めている。管理者から全体会議で説明がなされるが、職員の理解が進んでいるかは定かでない、さらなる周知の徹底が求められる。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 管理者は法人の研修委員、権利擁護委員を担い、職員研修を通じた支援の質の向上と権利擁護を伴う適正支援を指導している。また、運営会議で支援上の課題を検討し、「改善提案」として全体会議で確認してサービス向上へつなげている。さらに、職員面談で聴取した意見を集約し、サービス提供上の参考としている。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 法人の経営会議を通じて経営状況を把握し、事業所を含めた法人運営に参画している。人事・労務対策としては、人員配置の管理や面談による職員意見を参考とした環境改善、業務省力化など、働きやすい職場作りと業務の実効性向上の両面について常に前向きに取り組んでいる。			

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	① ・ b ・ c	
<コメント> 中長期計画には、人材・人事に関する事項も掲げられ、専門職配置や必要職員数などについて計画的な体制整備を進めている。また、各種研修やOJT、「チャレンジカード」と呼ばれる目標管理による職員育成を手掛けている。さらに、特別休暇取得や表彰制度など、定着に向けての取組みも充実している。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ② ・ c	
<コメント> 人事考課制度が導入され、キャリアパスと連動した人事管理を行っている。一方で、異動、昇進などの人事基準について、若干不明瞭な点もあるため、明確な基準を設けて職員に公表することで、キャリア設計を描きやすく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	① ・ b ・ c	
<コメント> 休暇や労働時間などの就業状況はデータ管理され、安全衛生委員会による労働環境の改善がなされている。また、ストレスチェックの実施や福利厚生制度への加入など、働きやすい職場に向けての取組みが導入され、ワーク・ライフ・バランスに配慮した姿勢がうかがえる。			

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
<コメント> 「チャレンジカード」と呼ばれる目標管理制度は、職員が目標をもって業務を行うことにより、職員個々の育成を目指したものである。適切な目標設定のための面談から、中間評価、最終面談により達成度を評価し、次目標につなげている。		
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 「職員研修要綱」に基づいて年間研修計画が作成され、研修委員会が企画する法人の階層別研修やテーマ別研修、また外部研修への参加を計画的に実施している。また、毎月一度テーマを決めて職員全体研修を実施し、スキルアップを図るなど多くの研修機会を確保している。定期的なカリキュラムの評価などは実施されていない。		
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	③ ・ b ・ c
<コメント> 法人内の各種研修、毎月の事業所内研修、またOJTに関しては工程表を作成し、体系的に組織として取り組んでいる。これらを通して職員全体のレベルアップと、個々の水準や経験、階層に対応した研修参加を可能としている。		
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 ・ ④ ・ c
<コメント> 実習生の受入れに関するマニュアルが整備され、指導者も配置するなど受入れ体制は整っているが、実際に専門実習の受入れ実績は無い状況である。障害の専門施設として、専門職育成を機能の一つと認識し、積極的な受入れを図りたい。		

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
<コメント> ホームページにて事業や財務、苦情内容などの様々な情報が公開されている。また、法人機関紙が刊行され、後援会や行政などの関係団体に配布されているが、地域への配布はなされていない。対象範囲を広げ、情報公開を一層進めることが望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 「経理規程」に基づき、事務や取引などが執行され、税理士による毎月の経営分析を指針にして財務管理がなされている。また、定期的な監事監査が実施され、一定の公正な運営が保たれている。これら事務的なルールの職員周知や、外部監査の導入などが今後の課題となる。		

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	⑦ ・ b ・ c
<コメント> 「新城の地にふさわしい共生のあり方の実現」という法人の地域志向を受け、地元小学校との交流事業やイベントの実施などが進められてきたが、今年度は新型コロナウイルスへの感染防止のため未実施となっている。日常的には、地域への買い物や清掃活動などにより、交流機会をもっている。		

<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。</p>	障24	① ・ ② ・ ③
<p><コメント> ボランティアの積極的受入れの方針が事業計画に明示され、作業奉仕やレクリエーションなど、様々な定期的なボランティアを受け入れている。受入要綱や対応マニュアルも整備され、ボランティア受入れに関する前向きな姿勢がうかがえる。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント> 利用者個々に対応する社会資源については、サービス等利用計画を基に職員共有が図られている。市の自立支援協議会での定期的な会合に参加し、関係事業所と情報を共有し、共通課題の検討を行っている。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント> 主に相談支援事業所を通して地域情報やニーズを把握し、自立支援協議会等の関係団体を通して関連情報を把握している。また、法人内の日中活動の課題を日中活動部会で集約し、市・自立支援協議会へ課題提起している。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント> 把握した地域ニーズを受け、会館の開放や職員の講師派遣、また子ども食堂への協力や市民フォーラムの開催など、様々な事業活動を通して地域貢献を行っている。地域の社会資源としての役割を果たし、存在価値を示している。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>毎年4月に、「行動規範」を正規・非正規を問わず全職員に手渡している。新規の入職者には、入職時研修の中で「利用者本位」の姿勢を説明している。年に1回、利用者のいない日に半日かけて虐待防止研修を行い、併せてチェックリストも実施している。虐待防止についての切り口や視点などに注目することができている。</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><コメント></p> <p>全ての介護支援マニュアルに、プライバシー保護が明記されている。入浴や排泄に関するマニュアルには、特にプライバシーに配慮するよう特記されている。マニュアルを各部署の各部屋に置き、現場にも掲示している。利用者や家族には契約時にプライバシー保護に関する取組みを説明し、確認してもらっている。同時に、写真の利用についても確認を取っている。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>ホームページやブログにも、事業所やグループ毎に情報を上げている。パンフレットは本部で更新して作成されている。新城市役所だけでなく、隣接する豊川市役所や相談支援事業所などにも情報を提供し、利用しやすくしている。高齢者の地域包括支援センターやケアマネジャーからも相談や紹介を受けている。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>アセスメントの実施や個別支援計画の作成、モニタリング等は契約時に実物の資料を使って説明している。家族の同席の下、利用者本人の反応を確認しながら、本人の認識状態を共有している。個別支援計画には、本人の意思決定について明文化されている。</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><コメント></p> <p>市内から通う利用者については、ドアからドアへ移動できるよう送迎しており、時間についても利用者側の希望に合わせている。過去5年間、他事業所へ移るケースが少なく経験値が乏しく、個別の対応を強いられている。個別支援計画や支援記録、リハビリ提供情報等については、書面で引き継ぎを行うこととしている。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>毎年、利用者家族に対して満足度調査を行い、改善すべき項目は即時検討している。方法としては、調査後にサービス管理責任者が集計を行い、改善すべき点を洗い出し、正規職員が全て出席する職員会議で検討し、改善提案を出している。匿名のアンケートも実施し、満足度を調査している。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>苦情の有無に拘わらず、「何でも相談日」と銘打ち、月に1回の意見や相談を聞く日を設けている。苦情を受け付けた場合は「苦情受付書」を回覧周知し、職員全体会議で取り上げ、改善策を実施している。毎日のグループミーティングでも、月に1～2回は別室で1時間を割いて行う日を設け、意見や相談について検討している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月の相談日や連絡ノートを活用し、家族との意見交換を積極的に行っている。個別に話をする場合には、相談室が活用されている。朝・夕の送迎時にも、家族と直接対話するようにしている。連絡ノートは全員に対して用意しており、重度の障害を持つ利用者には分かりやすいノートを個別に作成している。職員が代わっても対応できるようになっている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>意見箱や相談日などで得た利用者の意見は、毎日終礼やグループミーティングで取り上げ、サービス管理責任者が決裁できる内容であれば即時実施している。上申が必要であれば、施設長や相談支援事業所、担当のケアマネジャーへ検討を依頼し、改善していく仕組みができています。しかし、これらの手順の文書化はできていない。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ヒヤリハットを毎月の職員全体会議で読み合わせ、月ごとのグループミーティングでも同様の読み合わせをしている。解決策については、「ヒヤリハット報告書」の書式内でとりまとめをしている。事故時の対応マニュアルは、法人全体のものが整備されている。安全衛生委員会において労務事故対策などを検討し、法人運営委員会においても内容を共有している。</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><コメント></p> <p>「感染症マニュアル」は、看護師により医療従事者の視点で作成され、周知徹底されている。産業医の巡回が月に1回行われている。感染症が発生した際は、マニュアルに沿って適切に対応している。嘔吐物処理キットや消毒物品の整備も適切である。看護師によるナースレクでは、感染症対策や健康チェックを周知徹底している。歯科衛生士も週に4回口腔ケアに来ている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>「年間消防計画」を毎年作成し、見直しも行っている。非常時の飲食料や備品は、備蓄リストにより更新・管理されている。作業環境を変えることが多く、災害等の対応策への対応が遅れてしまうことがある。また、家具や備品の転倒落下防止策に関しても、改善の余地がある。</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><コメント></p> <p>標準的な支援内容が「支援日課表」を使って共有されており、個別支援内容も書面に落としの上で、見やすい工夫をしている。これらは入職時研修において指導されている。周知徹底するために、OJTを適切に行っている。巡回とケース記録を利用者個別に作成し、誰でも利用者の記録を理解しやすくなっている。支援方法は可能な限り、現場に掲示し見える化を行っている。</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><コメント></p> <p>標準的な実施方法や個別支援計画の変更は、モニタリングに限らず、必要に応じて変更している。変更した場合には職員会議や職員全体会議、グループミーティングで情報共有している。さらに、介護技術統一のために実技研修を実施することもある。</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
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者と担当支援員とで、個別支援計画を作成している。強度行動障害など行動援護の必要な利用者には、手順とチェックシートを作成して支援している。若年性認知症の利用者を初めて受け入れるに際して、専門ドクターを呼んでレクチャーを受け、関わり方などを学習して個別支援計画へも結びつけている。</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><コメント></p> <p>サービス管理責任者を中心に定期的にモニタリングを行っており、見直し更新ができています。支援状況の見直しについては、現場からケース担当者へ、ケース担当者からサービス管理責任者へと上申され、新しい個別支援計画が立てられる。利用者、家族の同意は書面にて行っている。</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><コメント></p> <p>各グループで職員間の記録の閲覧を行っており、名簿にチェックして周知を確認している。更に重要な事項については、職員会議やグループミーティングを通じて周知し、記録の書き方についても入職時研修の中で指導している。記録様式を利用者個別にすることで、目的別に時間的な効率化を図っている。職員に記録するのに十分な時間を作り、適切な記録へと結びつけている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>記録の管理は、法人の「個人情報保護規程」により統一的に管理している。入職時に、プライバシー保護の観点から教育研修が行われている。記録の管理として、日中の記録類の置き場所が不適切なときがあり、検討の余地がある。職員だけがいる場所に、記録類を置くようにすることを検討している。</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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 個別支援計画の支援方法などに手法や行うべきことが盛り込まれており、自己決定を尊重した支援の姿勢が見えている。権利擁護研修において、虐待と最善の利益について学ぶ中で、意思決定支援として取り組むことが伝えられている。意思決定支援のコンセンサスの醸成に加え、どのような方法で行っていくのか、一層の確立が待たれる。			

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 権利侵害の防止のためにチェックリストを実施し、権利擁護委員会を組織して取り組んでいる。権利擁護研修は全職員が参加対象だが、なかなか全員の参加に至らない。また、利用者に対しても、権利擁護に関する取組みが周知徹底されていない。全職員に研修への参加を促し、権利擁護、権利侵害防止に努めることを徹底されたい。			

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> 利用者の状況や意向を理解し、自律した生活を営めるように個別支援計画に沿って支援している。見守りの姿勢を基本に、「個別支援マニュアル」も作成している。迷った時はグループミーティングでサービス管理責任者や管理者に判断を仰いでいる。マニュアルはあるが、職員による実施状況に差異があるので、一層の均一化を図ることが望まれる。			
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> 利用者によって、オープンクエストとクローズドクエストを効果的に使っている。作業グループでは、社会性を高める言葉遣いを意識するように支援している。スケジュールを立てたり、絵カード等を使って本人のコミュニケーション力を上げられるようにサポートしている。			

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> 担当職員に限らず、話しやすい職員に話をできるようになっている。個別活動が月に2、3回あり、本人に聞き取りをして、希望を確認した上で実施している。毎年度、グループ毎のやりたいことを活動に反映させるようにしている。全体をグループ化することで、利用者の声を拾いやすくなった。			
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> コロナ禍においても、できる範囲で外出をしている。感染状況を把握しながら、危険を避けてドライブスルーを利用する等、接触を避けた外出を行っている。ヘルパーの利用も難しい折に、ストレスが溜まっているという声もある。午後の活動時間の中で、日を設けてグループで話を出してもらおう時間を作っている。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の障害特性に合わせたグループ支援を行っている。利用者のパーソナルスペースに合わせたパーテーションの設置を行い、安全性に配慮している。今年度から、身体機能に応じたグループ化を行い、ダイレクトに利用者の意見が拾えている。強度行動障害対応加算対象の支援を行っており、入職時の研修には発達障害の研修も入っている。			

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>嗜好調査を年に1回行って献立に反映させ、代替食の提供も行っている。職員は、利用者の楽しみの一つとしての食事を心がけている。食事に関する課題が出れば、職員から自前の厨房に直接意見が反映されるよう連携できている。入浴時には看護師が必ず付くので、独居の利用者や身体の滞りが気になる利用者のメディカルチェックがしやすくなった。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の活動の場は間隔をとり、危険のないよう配慮している。今年度は休憩場所に電動可動式ベッドを増やし、プレイマットも敷いて休憩場所を増やしている。プレイマットは、車椅子から降りて動きがとれるよう配慮したものである。日常的にリラックスできる状態を利用者に提供し、それが会話しやすい状況を生み出し、本人の意向が汲み取りやすくなっている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者1名に月に2度の専門的なリハビリ施術時間を設け、支援員や看護師が日常的功能訓練や生活訓練を行っている。PT(理学療法士)を中心に作成したリハビリ箋を基に、リハビリを提供している。3ヶ月に1回、PTと支援員に利用者本人を加えてカンファレンスを行っている。職員毎のリハビリへの理解度に差異がある点を、課題と捉えている。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>看護師等が日常的に支援に関わっており、健康状態の把握ができている。変化があった際には早急に家族と連絡ができる体制になっている。嘱託医になっている巡回ドクターが一人おり、必要があれば指示を仰ぐことができる体制になっている。リハビリを実施することで、日常動作の維持増進につながっている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>医療的支援については、胃瘻や尿カテーテルなどの個別の医療的手順を踏まえ、適切かつ安全な管理体制を整えている。利用者への医療関連業務は看護師が担っており、健康相談をはじめ利用者から信頼と安心感を得ている。医療ケアのマニュアルや手順書も看護師を中心に現在整備中であり、看護師以外でも理解できるものが仕上がりにつつある。</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><コメント></p> <p>作業グループでは、仕事上の関係会社の人との業務折衝にも参加してもらっている。地域の病院に、事業所の状況を展示してもらっている。新型コロナウイルスを避けるための三密回避として、ドライブスルーなどを利用しているが、現在のコロナ禍では、全ての希望に添うことは難しい。地域の小学校の5年生が、会館で1日過ごすという企画を毎年行っている。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の生活環境に課題がある場合等には、相談支援事業所やケアマネジャー等も含めて情報交換を行い、連携を密にして課題の解決に取り組んでいる。地域移行の一環として、サテライト型のグループホームを立ち上げていけるのか、法人の運営会議でも検討し、さらに市の自立支援協議会にもあげて、地域共通の課題として取り組んでいる。</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	① ・ b ・ c
<コメント> ドアツードアで、家族との対話を基本にしながら支援しており、個別支援計画に意見や要望などが適切に反映されている。全利用者に連絡ノートを使用し、情報交換も漏れない。家族もしくは事業所側からの伝達事項は、「特記カード」を用意して連絡ノートに見やすく添付し、情報の漏れないよう工夫している。体調急変時などは、「緊急連絡表」により連絡を行う仕組みがある。		
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		