

福祉サービス第三者評価の結果

令和 5 年 3 月 13 日提出（評価機関→推進委員会）



1 施設・事業所情報

(1) 事業所概況

| | | | | | |
|----------------|---|------------|--------------|------|----------------------------|
| 事業所名称 (施設名) | サポートセンター虹（生活介護） | 種 別 | 生活介護 | | |
| 代表者氏名 (管理者) | 管理者 山田 千賀子 | 開 設 年月日 | 平成 28 年 8 月 | | |
| 設置主体 (法人名称) | 社会福祉法人サポートセンター虹 | 定 員 | 20 名 | 利用人数 | 23 名 (令和 4 年 4 月 1 日現在) |
| 所在地 | 〒039-1112 青森県八戸市南白山台 3-17-14 | | | | |
| 連絡先電話 | 0178-51-6557 | F A X 電話 | 0178-51-6558 | | |
| ホームページアドレス | https://supportcenterniji.jimdofree.com/ | | | | |
| 第三者評価の受審状況 | これまでの受審回数 0 回 | (受審履歴) | | | |

(2) 基本情報 ※必要に応じて写真等追加可能

| | |
|---------|---|
| 理念・基本方針 | <p>【法人の基本理念】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ノーマライゼーションの理念の下、障がいのある方々が、住み慣れた地域で暮らし続けられる地域社会の実現を目指します。 2. 利用者の基本的人権を守り、個人としての尊厳を重視した利用者本位の福祉サービスや必要な支援を提供します。 3. 福祉事業の担い手として、経営の基盤強化を図るとともに、その提供するサービスの質の向上及び事業経営の透明性を図ります。 <p>【施設の基本理念】</p> <p>私達は利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営む事が出来るよう支援する。私達は利用者の意思、人格を尊重し、常に利用者の立場に立って支援する。私達は専門性を高めるために常に研鑽に努めると共に、望ましい社会人としての言動や身だしなみに配慮する。</p> |
|---------|---|

| サービス内容（事業内容） | | 施設の主な行事 | | | | | | | |
|--|---|---|---|-----|-----|-----|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・相談及び援助 ・訓練 ・介護 ・健康管理 ・創作活動 ・レクリエーション活動 ・外出活動 ・送迎サービス | | <ul style="list-style-type: none"> ・お花見ドライブ ・ショッピング ・防災訓練 ・さくらんぼ狩り ・納涼会 ・スイカ割り ・紅葉ドライブ ・調理実習 ・クリスマス会 ・新年会 ・豆まき ・お楽しみ会 | | | | | | | |
| その他特徴的な取組 | <ul style="list-style-type: none"> ●新興住宅街に立地し、日常の散歩や行事等を通して、地域住民と自然に触れ合える環境があります。 ●行動障害や自分のペースで落ち着いて過ごしたい利用者に対応するため、個室を5室設け、一人ひとりのニーズに対応した環境を整備しています。 ●排泄や入浴等の介助は、同性介助を基本として、利用者のプライバシーに配慮しています。職員の勤務体制等により、やむを得ず異性介助になる場合に備えて、事前に利用者・家族と異性介助の同意書を交わしています。 | | | | | | | | |
| 居室概要 | | 居室以外の施設整備の概要 | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ホールが2つあり1つのホールには個室（全5部屋 計6名が利用可能）が完備されている。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・浴室 ・ホール ・事務室 ・トイレ | | | | | | | |
| 職員の配置（令和4年4月1日現在） 14名 | | | | | | | | | |
| 職 種 | 人 数 | | | | 職 種 | 人 数 | | | |
| 施設長 | 1 | 常 勤 | 0 | 非常勤 | | | | | |
| サービス管理責任者 | 1 | 常 勤 | 0 | 非常勤 | | | | | |
| 看護職員 | 2 | 常 勤 | 0 | 非常勤 | | | | | |
| 生活支援員 | 10 | 常 勤 | 0 | 非常勤 | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

2 評価結果総評

◎特に評価の高い点

【第三者の視点を取り入れた利用者の権利擁護】

苦情解決第三者委員が月1回訪問し、利用者とのコミュニケーションをとったり、職員の対応を観察したりする等して支援環境を確認し、管理者やサービス管理責任者と面談する機会を設けています。また、虐待防止委員会にも第三者委員が参加し、虐待チェックに対する第三者の視点を確保しています。

【虐待防止・早期発見に向けた取り組み】

虐待防止チェックリストを活用した自己チェックに年4回取り組み、虐待防止のための対策を検討する委員会として「虐待防止委員会」を設置し、検証・見直しに取り組んでいます。

【通院への同行支援を通じた家族支援】

家族だけでは通院の付き添いが難しいケースや、医師に日頃の状況を伝えることが難しい場合等は、必要に応じて家族と一緒に利用者の通院に付き添い、医療的支援が必要な利用者に配慮するとともに、家族支援にも取り組んでいます。

◎改善を求められる点

【職員参画による事業計画の策定と周知】

中長期計画及び単年度事業計画の策定方法について、策定期間、評価、見直しの手順等について定め、手順に基づいて、職員の参画や意見の集約・反映のもと策定されることが望まれます。また、計画は、実施状況の把握や評価見直しにつながる内容で策定され、職員に周知することが望まれます。

【福祉サービスの向上に向けた組織全体での取り組み】

提供する福祉サービスについて、利用者・家族への満足度調査や職員の自己評価等を定期的実施する等して評価し、結果の分析をもとに、組織全体で具体的な方策の検討やステップアップを図るための体制づくりが望まれます。

【標準的な実施方法（マニュアル）の定期的な見直しと周知】

職員による福祉サービスの水準や内容の差異を極力なくすためにも、職員全体で、標準的な実施方法について共通理解をし、実践を通して定期的に見直しを行い、有効活用できるマニュアルとすることが望まれます。

【職員一人ひとりの育成に向けた総合的な人事管理】

職員自らが将来を描くことができるよう、階層別の「期待される職員像」を明確にし、目標管理制度、処遇の水準、人事考課制度等の人事制度の整備に取り組むことが望まれます。

3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審について、管理者の立場では初めてであり、様々な点でのご指導ありがとうございました。課題については全職員で共有し改善に向けて取り組んでいきたいと思っております。

| | | |
|------|--------------|-----------------------------------|
| 評価機関 | 名 称 | 社会福祉法人青森県社会福祉協議会 |
| | 所 在 地 | 〒030-0822 青森市中央 3 - 20 - 30 |
| | 事業所との契約日 | 令和 4 年 5 月 10 日 |
| | 評価実施期間 | 令和 4 年 9 月 12 日 / 令和 4 年 9 月 26 日 |
| | 事業所への調査結果の報告 | 令和 5 年 2 月 8 日 |

第三評価結果

※すべての評価細目（65項目）について、判断基準（a・b・cの3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。

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。 | | |
| 1 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人の理念及び運営方針は法人のパンフレットに掲載され、施設の基本理念は施設のパンフレットに掲載されており、法人ホームページにも掲載されています。理念や運営方針は採用時研修や年度初めの会議で職員に周知するとともに、利用者には契約時に配布し、周知が図られていますが、継続的な周知の取り組みは十分ではありません。</p> <p>施設のパンフレットや事業計画にも、法人や施設の理念・基本方針を明記し、職員や利用者家族に継続的に周知するとともに、利用者家族にわかりやすく説明した資料の作成が望まれます。</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。 | | |
| 2 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>理事長は、業界団体に加盟する等して、障害者福祉の動向やニーズを把握し、グループホームの新設等について、中長期計画に反映させています。業務執行理事と管理者が参加する運営会議が隔月で開催され、理事長から運営方針等について説明がされていますが、管理者と一体的総合的に行われる事業環境・経営状況の把握・分析は十分ではありません。</p> <p>地域団体からの情報や情報誌等は、メール配信等で回覧する等、管理者と一体的総合的に行われる事業環境・経営状況の把握に期待します。運営会議では、周知内容や把握し分析した内容を可視化した資料の用意に期待します。また、定期的なコスト分析や利用率等の分析等を行い、管理職をはじめとする職員共通理解のもとに事業計画、中長期計画に反映されていくことを期待します。</p> | | |
| 3 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人全体の運営会議を隔月で開催し、法人全体の課題や各事業所毎の現状や課題などについて管理者及び役員と情報共有する機会を設けており、光熱水費や各種経費削減、業務体制の見直しに取り組んでいます。職員への周知や意見の反映が十分ではありません。</p> <p>経営上の課題や改善への取り組みについては、可視化された資料等の活用による職員への周知が望まれます。中長期計画に掲げた事業についての進捗状況などを管理者と共有するなど、組織的な経営課題の把握と改善に向けての仕組み作りについて検討されることを期待します。</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。 | | |
| 4 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>令和2年度から令和4年度までの第2期中期計画を策定しています。中期計画には、施設整備計画、職員配置計画、職員給与の適正化、人材育成と職場環境づくりについての計画が掲げられていますが、収支計画の策定には至っていません。また、進捗管理や計画の見直しの状況は確認できませんでした。</p> <p>第2期中期計画の6.重点目標と基本施策は、より具体的な取り組み内容を記載し、法人全体で取り組むことと各施設で取り組むことを整理した内容にすることが期待されます。また、中期計画には、財政面の裏付けとなるよう、収益と設備整備費用や人件費等の大枠の収支計画と合わせて策定されることが望まれます。また、計画策定や進捗管理への職員の参画が期待されます。</p> | | |
| 5 | 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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、事業方針、所在地、職員数、定員、サービス提供時間、簡略化された事業内容、一日の流れで構成されており、中期計画が反映された内容とはなっていません。</p> <p>施設の単年度の事業計画は、中長期計画を反映させたものとし、年度途中や年度末に実施状況の評価が可能となるような具体的な計画（重点項目含む）となることが望まれます。また、組織体制、生活支援、教育・研修体制、地域支援、保健衛生体制、安全管理、設備の整備等について担当者を決め、担当者が年間の計画や評価を作成し、職員全体で共有化を図るという手順での策定に期待します。</p> | | |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 6 | 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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>年間行事について、職員間で協議して作成していますが、事業計画の策定期間や手順、評価、見直しについて定めたものではありません。</p> <p>事業計画は、職員の参画や意見の集約・反映のもとに、実施状況の把握や評価見直しにつながる内容で作成されることが望まれます。事業計画の策定方法について、策定期間、評価、見直しの手順などについて定め、手順に基づいて策定することが期待されます。</p> | | |
| 7 | 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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>行事については、毎月のお便りに記載して利用者や家族に配布していますが、事業計画の配布、説明は行われていません。</p> <p>事業計画について、ホームページや広報誌に掲載して周知することが望まれます。また、事業計画の構成内容の見直しと利用者や家族にわかりやすい資料の作成に期待します。</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。 | | |
| 8 | 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。 | C |
| <p><コメント></p> <p>自己評価等、福祉サービスの向上に向けた組織的な体制が整備されていません。</p> <p>今回の第三者評価の受審を契機とし、今後、年1回の自己評価に取り組み、福祉サービスの質の向上に組織的に取り組む体制を整備することが期待されます。</p> | | |
| 9 | 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。 | C |
| <p><コメント></p> <p>今回初めての受審のため、自己評価、第三者評価の結果から明らかになった課題に対する改善策の策定には至っていません。</p> <p>職員参画のもと評価結果を分析し、課題や必要な取り組みを組織的に検討する仕組み作りが望まれます。</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。 | | |
| 10 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>管理者は自らの役割と責任について業務分担表に明記し、事業所の福祉サービスをリードしています。毎月の支援者会議においては、自らの役割とその責任、考え等を職員に周知し、事業の円滑な遂行、職員の意見集約にも努めていますが、有事における管理者の役割と責任、不在時の権限委任が明確になっていません。</p> <p>管理者は、施設の運営方針について広報誌に掲載し、表明することが望まれます。有事における管理者の役割と責任、不在時の権限委任を明確化し、緊急災害時や事故防止のマニュアルに明記されることに期待します。また、管理者の役割と責任について、職員が理解できるように運営管理全般を構成する各項目を業務分担表に具体的に明記してはいかがでしょうか。(例：全職員の育成・指導・助言、苦情解決責任者、関係機関・団体・地域社会との連絡調整責任者、労務管理、会計責任者等)</p> | | |
| 11 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法令遵守規程、個人情報保護規程が整備がされ、虐待防止に関しては、年4回のセルフチェックと研修を行っています。隔月で開催される法人の運営会議において、労務に関する情報の周知がなされていますが、社会福祉や障害福祉、倫理、消防、食品衛生、感染症その他福祉サービスを提供するために必要な法令への理解を促す為の取り組みが十分ではありません。</p> <p>令和4年度から事業所のハラスメント対策が義務化されましたので、ハラスメント（パワハラ、セクハラ、マタハラ）規程等について職員への周知が望まれます。また、運営会議等で福祉サービスを提供するために必要な関係法令の把握と定期的な周知、職員全体の理解の推進に期待します。プライバシーへの配慮に関しては、就業規則や実習生受け入れマニュアル等に盛り込むことが望まれます。小口現金の取り扱いは、規程に沿った取り扱いとすることが必要です。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| 12 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>管理者は、支援者会議を月1回開催して、実施する福祉サービスの状況についての把握に努めています。また、虐待防止委員として、年4回虐待防止のためのセルフチェックに取り組んでいます。しかし、福祉サービスの質の向上に向けた定期的な評価・分析、課題の把握と改善への組織的な取り組みには至っていません。</p> <p>管理者は、法人や施設の理念や基本方針の実現に向けて、福祉サービスの質に関する課題を把握するための体制を整備し、職員の意見を反映させた改善策に取り組むことが望まれます。職員の質の向上には、スーパービジョン体制やOJT担当のチューター制度等の取り組みにも期待します。</p> | | |
| 13 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>人事、労務、財務面については、法人本部が担っており、経営方針や課題については、法人全体の運営会議において管理者に伝達され、管理者は会議録を職員に回覧し周知しています。福利厚生として男性職員の育児休業取得推進やコロナの休業補償等に取り組んでいます。管理者は、主に経費節減について職員全体で取り組んでいますが、法人の中期計画や単年度事業計画の内容を理解し、計画に沿って効果的な事業運営を目指すための体制は十分ではありません。</p> <p>管理者自らが、施設経営の視点から経営状況を分析し、施設の職員全体で効果的な事業運営を目指すための取り組みが望まれます。法人内または法人内の複数の施設内において各種の委員会を組織する等、業務の実効性を高めるための体制を整備することが望まれます。</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。 | | |
| 14 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>第2次中期計画に、必要な福祉人材や人員体制に関する方針が示されていますが、専門職の配置や必要な人員体制についての具体的な計画の策定には至っていません。福祉人材確保については、派遣会社を活用しており、派遣職員が正規職員に登用される場合もあります。</p> <p>事業計画を実現するために必要な職員（職種・資格・職位・常勤非常勤の比率等）の構成内容と人数、人材確保と育成に関する方針を明確にした人事計画を作成し、職員に周知することが望まれます。</p> | | |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | c |
| <p><コメント></p> <p>「職員行動規範」を作成し、職員を目指す姿を示していますが、人事管理に基づいた「期待する職員像等」、人事考課制度、キャリアパス制度は確立されていませんでした。第2次中期計画にその計画の記載があり、今年度は中期計画の最終年度となっていますが、計画の進捗状況は確認できませんでした。</p> <p>職員自らが将来を描くことができるような仕組みとして、人事基準や目標管理制度、処遇の水準、人事考課制度等の整備に取り組むことが望まれます。また、法人本部が作成した令和2年度から4年度までの第2次中期計画に人事考課制度やキャリアパス制度の確立が記載されていますが、計画の内容と進捗状況について管理者への周知が望まれます。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| 16 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>管理者は、職員の希望を聞いてシフト表を作成しています。職員の有給休暇簿は、一人ずつ異なる起算日の更新後、更新前の分は法人本部に提出し見返すことができない状態でした。超過勤務記録も同様に法人本部に提出後、施設では確認できない状態です。福利厚生については、昼食代、インフルエンザ予防接種費用、忘年会参加費の補助、ジャンパー貸与を行っています。また、男性の育児休暇取得者もあり、ワーク・ライフ・バランスに配慮されています。職員数が多くないため、意向や意見は情報交換しやすい環境にあります。就業状況や職員の意見や意向を定期的に把握し分析・検討する仕組みは確立されていませんでした。</p> <p>有給休暇取得状況の把握のためには、起算日の更新後法人本部に提出し確認できない前年度分の記録の写しを綴る等、取得状況を管理者や担当者、職員本人が確認できる状態にしておくことが望まれます。超過勤務記録についても同様のことが望まれます。今後は、職員の就業状況や意見・意向を把握するための面談を行い、職場環境や処遇改善に向けて検討する機会を設けることが望まれます。</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。 | | |
| 17 | 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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>「職員行動規範」を明確にしていますが、その実現に向けた職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されていません。</p> <p>職員一人ひとりの育成に向け、法人の目標や方針の実現のための目標設定、管理者による目標設定への助言や指導、進捗状況の確認のための面接等、サポート体制も含めた組織体制整備が望まれます。施設の単年度目標や重点項目とチームや個人の目標設定と、それぞれの具体的計画、進捗状況の把握が施設の事業計画やサービスの質の向上につながり、管理者の指導力も発揮されていくものと考えます。</p> | | |
| 18 | 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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>新任職員研修や前年度の外部研修の開催状況を踏まえた研修についての年間計画を作成していますが、職員の育成に関する基本的な考え方を明確にした体系的な研修計画は策定されていません。</p> <p>職員の教育・研修に関する基本姿勢は、事業計画または中長期計画の中に、あるいは独自の研修計画等を作成して明示することが望まれます。「研修計画」は、具体的な目標、職員の専門性（知識・技術等）、資格・職種や職位等を踏まえた体系的な計画とし、組織として支援の質の向上を目指した内容にすることが望まれます。研修受講は、分野別に受講履歴を記載した個人カードを作成し、個人の研修履歴が組織として把握され、教育研修に生かされることが望まれます。また、受講した研修は、定期的に内容の評価と見直しが行われることにも期待します。</p> | | |
| 19 | II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修等の機会が確保されている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>新任研修や個別的な OJT に取り組んでおり、研修の機会は、パート職員にも与えられていますが、職員一人ひとりの研修機会の確保は十分ではありません。</p> <p>一人ひとりの研修機会が確保されるよう、外部研修に参加した内容は、職員会議等で伝達研修する機会を設けて職員へ周知し、職員の共通理解を図りながら施設の課題の点検、話し合う場の設定へつなげてみてはいかがでしょうか。</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。 | | |
| 20 | II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | C |
| <p><コメント></p> <p>社会福祉士の実習を受け入れています。施設には実習指導者がいないため、法人の実習担当者が施設に振り分けた日数に応じて受け入れています。実習生受け入れに関する担当者の事務的マニュアルはありますが、専門職の実習を受け入れるための組織としての基本姿勢や研修内容、育成内容についてのマニュアルは整備されていません。</p> <p>福祉サービスに係わる専門職の育成についての基本的な姿勢を明確にし、受け入れについての窓口、利用者や家族への事前説明、職員への事前説明、実習生のオリエンテーションの実施方法に関するマニュアルを策定し、実習の目的や職種に配慮した効果的なプログラムを用意することが望まれます。</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。 | | |
| 21 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人のホームページに理念、提供する福祉サービスの内容、第三者評価の受審結果が公表されていますが、事業計画・事業報告、予算書、苦情・相談体制や苦情内容にもとづく改善・対応の状況については公表されていません。</p> <p>法人のホームページに事業計画・事業報告、予算書、苦情・相談体制及び苦情内容にもとづく改善・対応の状況について公表することが望まれます。また、ホームページにワムネットのリンクを設定し、必要な情報が得られやすいような工夫が望まれます。</p> | | |
| 22 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人の経理規程や業務分担表に権限・責任、経理に関するルールが明確にされていますが、職務代理人、災害時の責任者、ハラスメント相談担当者、パート職員相談窓口、衛生推進者の明記はありませんでした。また、内部監査や外部監査は実施されていませんでした。</p> <p>業務分担表に、職務代理人、災害時の責任者、ハラスメント相談担当者、パート職員相談窓口、衛生推進者の明記が望まれます。小口現金の取扱いに関しては、小口現金取り扱い規程にある「出納責任者」、「出納担当者」の明記が望まれます。事業の種類、施設数が多く、各施設に管理者を配置していますが、透明性のある運営と説明責任、ガバナンス強化のため、会計に関する専門家の活用に期待します。</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。 | | |
| 23 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>地域との関わり方についての基本的な考え方を文書化したものはありませんが、地域の祭りや、法人の「虹祭り」では地域住民との交流を図っています。「虹祭り」では、近隣住民に無料チケットを配布して、参加につながる働きかけを行っています。また、向かいにある就労支援施設では野菜やパンの販売が行われており、法人内施設と一体的に交流を行っています。ショッピングの行事では、地域の商店で買い物する機会を設けたり、地域への散歩は日常的に行われています。</p> <p>地域住民との交流や地域貢献については、基本的な考え方も含め、その取り組み内容を施設や法人の事業計画書・報告書に記載することが望まれます。</p> | | |
| 24 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>ボランティアや就労体験の受け入れに関する担当者の事務対応部分のマニュアルはありますが、受入れに関する基本姿勢は明文化されていません。マニュアルには「注意事項の説明」とありますが、どのような注意事項か具体的内容の明記はありませんでした。</p> <p>学校教育への協力やボランティアの受入れに関する基本姿勢について、中長期計画や単年度計画に明文化するとともに、個人情報取り扱い、プライバシーへの配慮、注意事項の説明内容を具体的に記載したボランティア受入れマニュアルを整備することが望まれます。また、ボランティアが活動をイメージしやすいよう、ボランティアメニューを作成してみてはいかがでしょうか。</p> | | |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 25 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>ショートステイの受入れ先や病院等の社会資源をリスト化し、事務室に設置するとともに、職員会議で情報共有がなされています。利用者の受入れ時や問題行動があった際には、関係機関や病院と協議の場を設けていますが、定期的な連絡会の実施には至っていません。</p> <p>利用者によりよいサービスを提供するためにも、地域の様々な関係機関や団体等と定期的な会議の場を設ける等して、共通の問題等の解決に向けて協働して取り組む体制づくりが望まれます。</p> | | |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| 26 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人内には相談支援事業所があり、福祉ニーズや生活課題等の把握に努めています。また、事業を実施する中で、未就学児童の増加や利用者の成長により新たな受け皿が必要と考え、新規事業の立ち上げと施設の開設に取り組んでいます。地域の福祉ニーズや生活課題等を把握するための積極的な取り組みは十分ではありません。</p> <p>保護者会の組織又はアンケート等の実施、地域の民生委員や町内会長、保護者会代表等を交えた定期的な懇談の場を設けて、地域の福祉ニーズや生活課題を把握することが望まれます。</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| 27 | 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <p>施設や法人の事業計画・事業報告に、公益的事業は掲載されていませんが、地域貢献として、法人本部の研修室を無料で地域に貸出しているほか、町内会からの要望に応じ、防犯カメラや売り上げの一部を地域に寄付する自動販売機を設置しています。また、家族の付き添いだけでは病院受診が困難なケースには、サービスの枠を超えて付き添い支援を行っています。施設の持つ専門的な情報を地域に還元する取り組みや福祉避難所としての備えは十分ではありません。</p> <p>公益的な事業・活動について、施設や法人の事業計画・事業報告に明記することが望まれます。また、施設の持つ専門的な情報を地域に還元する取り組みや福祉避難所としての備蓄について検討されることが望まれます。</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。 | | |
| 28 | 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <p>法人や施設の基本理念に人権尊重や利用者本位の福祉サービスの提供について明記されており、「職員行動規範」は事業所内に掲示されていますが、職員への定期的な周知や共通理解の取り組み、マニュアルへの反映が十分ではありません。虐待チェックについては、年4回実施し、職員間で検証する機会を設けています。</p> <p>「職員行動規範」の定期的な周知、生活介護の各マニュアルへのプライバシーへの配慮に関する具体的内容の明記と周知、人権への配慮についての内部研修が望まれます。利用者の尊重、基本的人権への配慮について、自施設の福祉サービスの定期的評価を行い、全職員の共通理解のもと改善に向けた具体的な取り組みにつなげてみてはいかがでしょうか。</p> | | |
| 29 | 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <p>「職員行動規範」の中にプライバシー保護が掲げられています。利用者が一人ずつ入浴でき、トイレ、更衣室に鍵を付ける等、プライバシーに配慮した環境が整備されており、広報誌やホームページへの写真の掲載、異性介助について予め家族から同意を得ていますが、利用者のプライバシー保護に関する規程等の整備や業務マニュアルへの反映が十分ではありません。</p> <p>利用者のプライバシー保護についての規程・マニュアル等を整備し、それに基づいて、入浴、排泄、食事等の利用者の生活介護の各マニュアルに、プライバシーへの配慮の具体的な行動を明記し、職員間の共通理解と標準的なサービスの提供が望まれます。また、「職員行動規範」が掲示されていること、その中にプライバシーへの配慮が明記されていることについても、定期的に職員に周知することが期待されます。</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。 | | |
| 30 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人が提供する福祉サービスの情報を法人のホームページに掲載していますが、パンフレットの公共施設への設置は行っていません。施設内や行事の写真、1日のタイムスケジュールを掲載したパンフレットを特別支援学校等に配布し、高等支援学校の生徒の見学や体験利用を受け入れています。</p> <p>パンフレットの内容は、理念と事業所の概要、1日のタイムスケジュールで構成され、内容が限定されています。利用者希望者が簡単に情報を入手できるよう、毎月発行のお便りや日々の生活や行事の写真等をホームページに掲載し、情報提供することが期待されます。また、公共施設へのパンフレットの設置が望まれます。</p> | | |
| 31 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>サービスの開始時には、サービス内容をわかりやすく説明し、契約時には運営規程や重要事項説明書の説明を行って利用者・家族の同意を得ています。意思決定が困難な利用者には、家族の同意を得ていますが、同意を得るまでの過程についてのルール化には至っていません。</p> <p>意思決定が困難な利用者への配慮も含め、利用者によりわかりやすいように工夫された資料（絵、写真、動画等）を用いての説明や、同意を得るまでの過程についてルール化し、内容を記録に残すことが望まれます。</p> | | |
| 32 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>ショートステイを利用中の利用者には、ショートステイ先への送迎を行い、日中のサービス利用を継続できるよう配慮しています。他施設への移行にあたっては、文書での情報提供や電話での問い合わせに対応し、サービスの継続性に配慮しています。利用者や家族に対しては、サービス終了後も相談が出来ることを伝えていますが、手順書や引き継ぎ書、サービス提供終了後の相談方法や担当者を明記した文書の作成には至っていません。</p> <p>他施設への移行等にあたっての手順書や引き継ぎ書の作成が望まれます。また、サービス提供終了後の相談方法や担当者を明記した文書を作成し、利用者・家族に渡すことが望まれます。</p> | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者の意向確認は、半年に1度の個別支援計画見直しの際の面談時に実施していますが、家族会の組織はなく、利用者（家族）アンケートは実施されていません。</p> <p>利用者満足度を把握するためのアンケートや懇談会などを定期的実施し、把握した結果を分析・検討する場にも利用者（家族）の参画を促し、具体的な改善に取り組むことが望まれます。</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。 | | |
| 34 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決の体制が整備され、苦情解決の仕組みを説明した資料を掲示するとともに、家族に配布し、玄関には意見箱を設置しています。苦情受付と解決を図った記録を整備していますが、苦情内容や解決結果は公表されていません。</p> <p>ホームページ及び事業報告書に、苦情受付件数と苦情の種類に加え、苦情内容を簡潔にまとめたものを掲載することが望まれます。</p> | | |
| 35 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>重要事項説明書に、複数の方法や相手を選んで意見を述べられることを明記し、利用者・家族に配布していますが、日常的に相談や意見を述べやすくするための継続的な周知は行われていません。また、第三者委員が月1回訪問していますが、訪問日について家族への周知が行われていません。家族からの相談に対応するための相談室は確保されています。</p> <p>利用者・家族が日常的に相談や意見を述べやすいよう、相談体制や第三者委員の訪問について、定期的にわかりやすい文書で周知することが望まれます。</p> | | |
| 36 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>玄関に意見箱を設置するとともに、送迎時に家族と会話する等して、意見を述べやすいよう配慮しています。苦情解決実施要綱、苦情受付対応マニュアルを策定し、苦情・意見への迅速な対応や、苦情・意見にもとづいて改善する体制が整備されていますが、マニュアルの定期的な見直しは行われていません。</p> <p>苦情対応の仕組みが効果的なものとなるよう、マニュアルを定期的に見直しすることが望まれます。苦情への対応に加え、利用者や家族から意見や要望、提案等を定期的に募り、福祉サービスの改善につなげていく取り組みやその手順の作成に期待します。</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。 | | |
| 37 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>事故防止・発生時マニュアル及び事故発生時の手順を整備し、ヒヤリハットの収集を行っています。事故が発生した際は、職員間で要因分析、課題や改善点について共有し、事故防止へつなげていますが、リスクマネジメントに関する責任者の配置や委員会などの体制はありません。また、マニュアルの職員への周知や研修、定期的な見直しが十分ではありません。</p> <p>利用者の安心と安全を確保し、福祉サービスの向上を図る観点から、リスクマネジメントの責任者を明確にするとともに、リスクマネジメントに関する委員会等を設置し、ヒヤリハット報告・事故報告の要因分析と再発防止策の検討・実施がなされることが望まれます。また、施設内事故等を取り上げた事故防止のための内部研修や、事故発生時の対応についての内部研修等、事故発生防止体制の定期的な評価・見直しに期待します。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| 38 | 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <p>感染症対策は看護師が担当し、月1回の支援者会議において、予防策について周知しており、法人の内部研修でも感染症についての研修を行っています。新型コロナウイルスに対応した感染対策指針とマニュアルが整備されていますが、マニュアルの職員への周知が十分ではありません。</p> <p>業務分担表に、感染症対策についての責任と役割を明記することが望まれます。また、感染症マニュアルの全職員への周知が望まれます。食事介助マニュアルには、「歯磨き後は、歯ブラシを個人の容器にしまう」と記載されていますが、実際は1つのコップに複数人の歯ブラシを入れて保管していたため、歯ブラシを感染経路にしないためにも、一人ひとり保管することが望まれます。</p> | | |
| 39 | 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <p>非常災害対策マニュアルを策定し、火災発生時の対応体制を定めています。施設は自然災害のリスクの低い場所に設置されていることもあり、災害時の備蓄については、オムツ、生理用品、おしり拭きにとどまっています。災害時の安否確認については、連絡先リストを非常用袋に入れてあります。防災計画を整備し、火災避難訓練を年2回実施しており、内1回は消防署と連携した訓練を実施していますが、自然災害を想定した避難訓練や職員の初動体制の訓練は行われていませんでした。</p> <p>自然災害のリスクの低い地域に立地しており、また利用者の滞在時間も日中のみということもあり、災害時の備蓄には取り組まれていないようでしたが、停電や断水などの災害を想定し、サービス提供を継続するために必要な物品の備蓄が望まれます。また、災害時の対応マニュアルに基づいた避難訓練や職員の初動体制の訓練、安否確認方法等、職員参画での定期的な見直しに期待します。避難訓練は、警察、地域の自治会の方や、向かいの法人内施設の職員等と連携して行うことも取り入れてみてはいかがでしょうか。</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。 | | |
| 40 | 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <p>送迎、食事、入浴、排せつ、健康管理、服薬管理等の標準的な実施方法についてのマニュアルが整備されていますが、マニュアルの職員への周知や、提供する福祉サービスがマニュアルに基づいて実施されているかどうかを確認する体制が十分ではありません。また、入浴や排泄介助マニュアルへのプライバシー配慮についての具体的な方法が明記されていません。</p> <p>マニュアルはあるものの、実際に活用されてはいないようでした。職員による福祉サービスの水準や内容の差異を極力なくすためにも、職員全体で、標準的な実施方法について、その目的を含め共通理解をし、実践を通して定期的に見直し、有効活用されるマニュアルとなることが望まれます。また、入浴や排せつ介助マニュアルには、事前の声掛けやプライバシーへの配慮についての具体的な内容の明記が望まれます。職員で分担してマニュアルの確認と見直しを進め、職員参画のもと、より良い福祉サービスにつながるマニュアルの作成に期待します。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| 41 | 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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>標準的な実施方法（各種業務マニュアル）の検証・見直しに関する時期やその方法が組織として定められていません。</p> <p>組織的に各種業務マニュアルを検証・見直しするために、時期やその方法を文書に定めることが望まれます。また、検証・見直しにあたっては、職員や利用者・家族からの意見や個別支援計画の内容を反映したものとなることが望まれます。より良い福祉サービスの提供のため、PDCA サイクルによってサービスの質の標準化に関する検討が組織的に行われていくことに期待します。</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。 | | |
| 42 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>サービス管理責任者が個別支援計画策定の責任者となっており、アセスメント様式にそってアセスメントが実施されています。看護師を含めた関係職員によりアセスメントや個別支援計画を策定していますが、アセスメントから個別支援計画の策定、利用者から同意を得るまでのプロセスが明確に定められていません。個別支援計画には利用者一人ひとりのニーズが明示され、計画が日常的な福祉サービスの提供場面でどのように実施されたか記録しています。支援困難ケースについては、法人のスーパーバイザーや医師と、対応について検討する機会を設けています。</p> <p>アセスメントから個別支援計画の作成、実施、評価・見直しに至るプロセスを定め、実施することが望まれます。</p> | | |
| 43 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用契約書に、6ヶ月に1回以上個別支援計画の評価・見直しについて実施することが明示され、1月と7月に実施していますが、評価・見直しに関する手順や緊急に変更する場合の仕組みが十分に整備されていません。</p> <p>個別支援計画の評価・見直しに関する時期やケース会議に参加する職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順、関係職員に周知する手順等について組織的な仕組みを定め、実施することが望まれます。</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。 | | |
| 44 | Ⅲ-2-(3)-① 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>統一したアセスメント様式により、身体状況や生活状況を把握し、日々の記録から、個別支援計画にもとづいたサービスが提供できているか確認していますが、情報の分別や必要な情報が的確に届くような体制は十分ではありません。記録の書き方が標準化されるよう、記録内容の見本を示したり、家族との連絡帳に職員が記載した内容を管理者等が確認し、必要に応じて指導しています。施設内の職員の情報共有は、朝夕の申し送り、月1回の支援者会議、文書の回覧等により行われています。</p> <p>ケース記録に記入するために、日々の様子をメモ書きしていますが、情報が伝わりやすいよう、利用者の様子やトラブル、家族からの情報等の項目を設けてメモするようにする等、組織的に定められた方法の確立に期待します。</p> | | |

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| 45 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>個人情報保護規程を整備し、利用者の記録の適切な管理や漏洩対策を規定し、重要事項説明書にて利用者や家族に説明していますが、記録管理の責任者の設置や職員への研修が十分ではありません。</p> <p>個人情報を適切に管理するためにも、業務分担表等に記録管理の責任者を明示し、職員への研修を実施することが望まれます。重要事項説明書に利用者の記録を5年間保管することが明記されていますが、法人の規程に明示されたものが確認できませんでしたので、個人情報保護規程に追加するか、文書取扱規程の文書保存年限（6種類）に属する文書を定めてはいかがでしょうか。</p> | | |

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 | | |
| A① | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者の意思や希望を尊重し、日々の個別活動や創作活動は自分のやりたいことを選択できるように支援しています。生活に関わるルールについては個別に理解できるよう説明しており、言葉を理解できない利用者には絵や写真等を用いて視覚情報で分かりやすく伝える工夫がなされています。年4回実施している虐待防止チェックや支援者会議において、利用者を尊重した福祉サービスの在り方について常に見直しがなされています。</p> <p>利用者を尊重したサービスについて検討する機会を設けていますが、研修会や勉強会を踏まえた利用者支援について更に理解・共有を深め、日々の支援に反映することを期待します。</p> | | |
| A-1-(2) 権利擁護 | | |
| A② | 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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>権利擁護・虐待防止規程が整備され、「職員行動規範」を施設内に掲示していますが、職員への周知が十分ではありません。法人内に虐待防止委員会を組織し、年4回虐待防止チェックを行い、結果について、委員会で共有・検討し、支援者会議で職員に周知しています。虐待防止委員会には、第三者委員も参加し、第三者の客観的な視点を確保しています。利用契約書に虐待防止のための措置を明記するとともに、重要事項説明書に相談窓口を明記しています。</p> <p>「職員行動規範」について、管理者やサービス管理責任者を中心に、年1回程度の職員全員への周知の場を設ける等、共通理解への取り組みが望まれます。日頃の会議等において、行動規範、法人・施設の理念、基本方針、虐待防止規程と関連付けて周知することで、職員の権利擁護への理解も深まるものと考えます。虐待防止やプライバシーへの配慮に関する不適切な関わり等については、施設内の会議で周知されていますが、自施設の職員で権利擁護について具体的に検討し、職員全体で考え学びを深める機会を設けてみてはいかがでしょうか。</p> | | |

A-2 生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| A-2-(1) 支援の基本 | | |
| A③ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を把握し、自分でできることを見守る姿勢で支援し、自立生活に向けた動機付けのためにスタンプカードを活用し、目標を持てるような支援に取り組んでいます。自分でできることを増やせるような支援に取り組んでいます。職員間での関わり方の統一が課題となっています。</p> <p>利用者一人ひとりの状況に応じて、身だしなみや自分の持ち物の管理ができるよう、手がかりを探りながら本人が行えるような環境整備が望まれます。また、介助を必要とする場合やその判断について、方針や方法を職員間で共有し、実践されることが望まれます。</p> | | |
| A④ | 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>コミュニケーションに関するアセスメントを実施しており、一人ひとりの状況に合わせて、短く分かりやすい言葉で話したり、絵や写真で視覚情報を伝える等、利用者の状況に配慮したコミュニケーションを図っています。また、意思表示や伝達が困難な利用者には、家族の協力を得たり、日々の関わりの中で、ジェスチャーや表情、機嫌を示す絵カード等から気持ちを読み取るように努めています。</p> | | |
| A⑤ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者が職員の名前と顔を覚えられるよう、施設内に職員の顔写真を掲示している。生活場面では、複数の支援員がそばに寄り添い、話したいときに話せる環境にありますが、その機会は十分ではありません。日常活動については、利用者が自己決定や自己選択ができるよう、希望を聞いたり、選択肢を提示して選択してもらう等、利用者の意思を尊重する姿勢で支援しています。また、必要に応じて家族との面談の機会を設け、その内容を個別支援計画に反映させるよう支援者会議で検討されています。</p> <p>創作活動や行事の選択場面での意思決定支援にとどまらず、あらゆる生活場面において尊重されるような相談体制の充実が望まれます。利用者・家族からの相談内容について職員会議で情報共有を行っていますが、個別の相談・面談記録を作成する等、共通理解を図る機会を別途設けてはいかがでしょうか。</p> | | |
| A⑥ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づいて、パズルや折り紙、ぬり絵、布巾の制作、散歩等のプログラムを用意し、利用者は自分のやりたい活動に取り組みながら過ごしています。利用者の希望に応じて動画鑑賞タイムを設けたり、地域の商店での買い物体験の機会を設ける等、余暇支援にも取り組んでいます。地域のさまざまな日中活動の情報提供や利用支援は十分ではありません。</p> <p>利用者が利用できる活動や用具すべてを絵や写真等で掲示し、利用者が活動を選択できるよう工夫してはいかがでしょうか。また、パソコンやニュースポーツ等の活動も取り入れ、選択肢や活動の幅が広がる取り組みに期待します。余暇活動の充実のために、地域の社会資源やイベント情報などをお便りに掲載してみてもはいかがでしょうか。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| A⑦ | A-2-(1)-⑤ 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>障害の特性に関する研修や強度行動障害に関する研修等の外部研修により職員の専門知識の向上を図っています。また、支援者会議において、利用者の障害の状況に応じた支援について検討・共有を図っています。利用者の行動障害については、静養室でのクールダウンや個室利用などで対応しています。また、利用者の相性などを考慮して座席を配置するなど、利用者間の関係調整を図っています。</p> | | |
| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | |
| A⑧ | A-2-(2)-① 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>昼食は、法人内の障害者支援施設で作った弁当が配食されており、利用者の状況に応じて、施設内で刻み食に対応していますが、利用者の好みの反映や適温での提供となっていません。食事の際は、利用者の関係性を考慮して座席を配置し、落ち着いて食事ができる環境を整備しています。また、利用者の心身の状況に応じた入浴・排泄支援を行っており、入浴しない利用者や夏場等には、清拭や着替え等を支援しています。また、下肢装具を使用している利用者の移動に配慮した支援を行っています。</p> <p>利用者・家族に向けて嗜好調査を実施し、弁当を提供している法人内施設の栄養士等との連携を通して、メニューに反映させてはどうか。また、適温での食事の提供のために、弁当の温めについても検討してみたいか。どうか。</p> | | |
| A-2-(3) 生活環境 | | |
| A⑨ | 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>居室や日中活動の場は、安全面に配慮され、整理整頓されています。室内は明るく開放的で、冷房、床暖房、温湿度計が設置され、浴室・トイレはスペースが十分確保され、清潔で快適な環境が整備されています。昼食後に昼寝したい場合や、問題行動があった場合には、静養室を利用しています。また、落ち着いて過ごしたい利用者には、個室を5室設けて対応しています。</p> | | |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | |
| A⑩ | 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>散歩や室内歩行、体操等の機能訓練や利用者が選択して取り組めるような個別活動に取り組むとともに、作業療法士からの助言を受け、硬縮予防のストレッチを行っています。個別支援計画に、個別の計画を定めて訓練を行っており、6か月に1度モニタリングを行い、計画の見直しを図っています。</p> | | |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | |
| A⑪ | 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>看護師が常勤し、朝のバイタルチェックのほか、入浴や排せつ等の場面を通して利用者の健康状態を把握しています。嘱託医が月1回訪問し、健康面での助言を得ています。利用者の健康管理について、月1回の支援者会議で、看護師から疾患や感染症、薬の知識等についての周知が行われています。</p> | | |

| | | |
|--|--|---|
| A12 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>与薬マニュアルを作成し、看護師が利用者の服薬管理を行っています。既往症やアレルギーについて、アセスメント時に把握し、必要に応じてかかりつけ医と連携する体制がありますが、医療的な支援の実施方針や管理者の責任が明確にはなっていません。</p> <p>慢性疾患やアレルギー疾患のある利用者への医療的な支援の実施方針や管理者の責任を明確にして安全管理体制を構築するとともに、定期的に職員研修を実施することが望まれます。</p> | | |
| A-2- (6) 社会参加、学習支援 | | |
| A13 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者の希望を聞きながら、地域の商店での買い物体験を年2回実施しているほか、花見やさくらんぼ狩り、紅葉ドライブ等の季節行事や地域の祭りへの参加を通して社会参加に取り組んでいます。しかし、利用者や家族の意向を反映した学習・体験の機会は十分ではありません。</p> <p>利重度の利用者が多く、難しい面もあるかと思いますが、地域の公共施設や文化施設、商業施設、観光地などの中から、利用者が行ってみたい所や体験してみたい事の意向を把握したうえで、社会参加の機会を設けたり、社会参加のための事前学習を取り入れることを検討してみたいかがでしょうか。</p> | | |
| A-2- (7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | |
| A14 | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>地域での生活を継続するために、地域の商店（ドラッグストア、コンビニ等）の協力を得て、買い物体験の機会を設けていますが、必要な社会資源に関する情報収集や提供は十分ではありません。</p> <p>利用者や家族の意向を把握したうえで、住み慣れた地域での生活を継続するために必要な社会資源や制度等に関する情報提供を行い、学習・体験の機会をもてるような支援が望まれます。社会資源については、広報誌に情報コーナー等を設けて、当事者団体、各種福祉サービス、成年後見制度、健康・栄養等の情報を提供するの1つの方法かと思えます。</p> | | |
| A-2- (8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | |
| A15 | 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>家族の状況や成育歴のアセスメントを行ったうえで、家族支援に取り組んでいます。日々の生活状況について、連絡ノートで互いに情報交換を行っているほか、送迎時や個別支援計画の見直し時に家族の意向を把握するようにしています。また、家族から相談の申し出があった場合、面談する機会を設けています。利用者の体調不良や急変時に家族に連絡する手順が定められており、適切に対応されています。また、利用者の通院への同行や主治医への情報提供を行うなどして、家族と連携した支援に取り組んでいます。</p> | | |

A-3 発達支援

| | | 第三者評価結果 |
|--------------|--|---------|
| A-3-(1) 発達支援 | | |
| A16 | 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。 | |
| 非該当 | | |

A-4 就労支援

| | | 第三者評価結果 |
|--------------|---|---------|
| A-4-(1) 就労支援 | | |
| A17 | 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。 | |
| 非該当 | | |
| A18 | 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。 | |
| 非該当 | | |
| A19 | 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。 | |
| 非該当 | | |