　障がい者・児福祉サービス版

**福島県福祉サービス第三者評価結果表**

①　施設・事業所情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称：障害福祉サービス事業所　光の家 | | 種別：生活介護・放課後等デイサービス | |
| 代表者氏名：角田純子 | | 定員（利用人数）：生活20名(契約者57名)、放デイ10名(契約者21名) | |
| 所在地：福島県いわき市平上平窪字羽黒40番地の51 | | | |
| TEL：0246－25－5471 | | ホームページ：  http://hikarinoie.i-fukuin.com | |
| 【施設・事業所の概要】 | | | |
| 開設年月日：　　　　平成10年　4月　1日 | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人　いわき福音協会 | | | |
| 職員数 | 常勤職員：　　　　　 16名 | | 非常勤職10名(内嘱託職員3名) |
| 専門職員 | （専門職の名称）　　　　 名 | |  |
| 看護師　　　：　　　　3名 | | 保育士　：　　　　　　　2名 |
| 児童指導員　：　　　　1名 | |  |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | | （設備等） |
|  | | ホール、放デイルーム、浴室、脱衣室、介護室、休憩室、事務室、会議室、相談室、トイレ、調理室 |

1. 理念・基本方針

|  |
| --- |
| 基本理念  生活介護 ： 在宅障がい者が自己実現に向けた日常生活及び社会生活を実現できるよう、一人ひとりが有する能力に応じた日常生活上の支援を行う。また、より豊かな生活を送ることができるように、地域サービスの拠点事業所として利用者ニーズに応えながらサービスの質を高め、活動の場としての充実を図る。  放課後等デイサービス ： 子どもたちの笑顔を一番大切にし、一人ひとりが安心して「自分らしく居られる場所」を目指す。また、子どもたちの自主性と個性を尊重し、様々な場面において可能な限り「自分で決める」ことができるよう支援する。  基本方針  生活介護 ： 在宅障がい者の自立の促進、生活の改善、身体機能の維持向上を図ることを目的に、介護を中心とした一人ひとりに合った支援の提供を基本とする。  〇利用者の自己実現に向け、共に支え合いながら豊かな生活を送れるよう、契約(個別支援計画書)に基づききめ細やかなサービスを提供する。  〇利用者、家族、地域住民等との信頼関係を大切にし、必要とされる事業所になるよう努める。  〇職員が働きやすい環境を作る。  　放課後等デイサービス　：  〇子どもたちの可能性を引き出し、たくさんの「できたね」を見つけるお手伝いをする。  〇一人ひとりの特性に寄り添い、「自分で決める」をお手伝いする。  〇地域とのつながりを広げ、共に支え合いながら子どもたちの未来に希望が持てる環境を作るお手伝いをする。  〇ご家族の思いに寄り添いながら、子どもたちの個性を伸ばす支援を行う。 |

1. 施設・事業所の特徴的な取組

|  |
| --- |
| 光の家は放課後等デイサービス事業と生活介護事業を行っており、高等学校卒業後も同じ環境で通い続けることが可能となっている。同じ建物、知っている職員が支援するため、スムーズに生活介護に移行することができる。  その他にも近隣に法人の施設が多く、生活介護から日中一時、更にはショートステイと様々なサービスにつなぐことができ、ご家族様のレスパイトケアや緊急時の対応等も可能となっている。  また、光の家の利用者がサービスとして希望するのは送迎・入浴・食事が多い。  〇**送迎**…６台の送迎車両で、小名浜・四倉・小川方面と広範囲の送迎を行っている。そのうち４台がリフト付き送迎車両で、ご自分の車椅子のまま乗車することができ、安心・安全な送迎を行えている。  〇**入浴**…在宅で入浴が困難になってきている利用者に、とても喜ばれている。一般浴・リフト浴・機械浴と三つの入浴方法から自分に合ったものを選び、安楽な姿勢で入浴することができている。  〇**食事**…隣接する障害者支援施設と契約し、作りたての食事を提供している。  普通食、一口大食、中切り食、刻み食、ペースト食と利用者の個々の嚥下状況に合った食事を提供できており、栄養面でも管理栄養士が考えたバランスの取れたメニューとなっている。温かいものは温かく、冷たいものは冷たく提供でき、利用者からも好評を得ている。 |

④　第三者評価の受審状況

|  |  |
| --- | --- |
| 評価実施期間 | 令和６年　６月３　日（契約日）　～  令和７年　２月　２０日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | ０　回（　　　　　年度） |

⑤　第三者評価機関名

|  |
| --- |
| NPO法人福島県福祉サービス振興会 |

⑥　総評

|  |
| --- |
| ◇特に評価の高い点  １．働きやすい職場への取り組みについて  就業規則は､雇用形態別に定められ､適切な労務管理がなされている。すべての世代にとって働きやすく魅力ある法人となるために､みらい推進会､法人事業部､人事係等による面談や職員のフォローアップ体制の強化にも注力している。所長は随時､職員との個別面談の機会を持ち､様々な要望を聴取し､勤務環境の向上に反映させている。ハラスメント防止に関する細則を定め､法人内に相談窓口や相談BOXを設置するとともに､理事長名で「ハラスメントは許しません!」宣言を行い､法人全体でハラスメント防止に努めている。また､腰痛防止･負担軽減のために､天井走行リフト､移乗機（かーるくん）､スライドボードなどの介護機器を導入して働きやすい環境づくりに努めている。  ２．利用者の個別支援計画に基づく日中活動の提供について  丁寧なアセスメントに基づきストレングスの視点で利用者の可能性を引き出すため個別支援計画の中で可能性を考えた個人目標をたてている。利用者の目標達成に向けた環境設定や意識付けを行い、達成できた時の利用者の喜びを引き出している。利用者の障がい状況や日々の体調に合わせた活動内容を検討し、一人ひとりに丁寧に関わりながら支援活動を行なっている。また、言語によるコミュニケーションが難しい利用者に対しても、表情や反応などを職員各々が細やかに観察したり家族からの情報を得ながら、できる限り利用者の意向を確認して、利用者の望むサービスを提供できるように努めている。  ３．サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みについて  支援場面ごとに整備されたケアマニュアルは､ケアを提供する意義･目的･原則､利用者のADL及び援助の形態等を把握したうえで､具体的な援助方法等を明示している。全職員で随時にマニュアル内容の確認､見直しを行い､利用者の快適性の確保に努めている。また､ヒヤリハット事案は全職員で共有し､その日のうちに改善案を話し合い､翌日のミーティングで再確認し､実行に移している。このサイクルを組織的に回すことで､サービスの質の向上に寄与している。  ◇改善を求められる点  １．利用者のエンパワーメントへの取り組みについて  利用者個々の状況や意向を尊重した支援活動に努めているが、利用者同士が話し  合う場面の設定はなく、利用者が自分たちで話し合って物事を決めるといった自己決定ができる機会の設定が望まれる。重度の障がいであってもエンパワーメントすることで、「私たちのことを私たち抜きで決めないで」という障害者の権利に関する条約の精神を支援の場でも具現化し、さらに質の高いサービスを提供できるよう期待したい。  ２．短期･中長期計画を踏まえた単年度計画の策定について  　いわき市地域自立支援協議会等と連携を図りながら､法人並びに法人将来ビジョン策定検討会により「社会福祉法人いわき福音協会 短期･中長期計画書」が策定され､数値目標等も明示されている。一方で､本短期･中長期計画書を踏まえて作成された事業所の単年度計画においては､数値目標等が明確にされていない。今後は､数値目標や具体的な成果等を設定することにより､実施状況の振り返り･確認･評価が行える単年度事業計画の策定を期待したい。  ３．利用者と地域との交流を広げる取り組みについて  　法人の基本方針に「地域の理解と信頼を得るために､地域住民との関わりに努める」を掲げ､事業計画でも「利用者､家族､地域住民との信頼関係を大切にし､必要とされる事業所になるよう努める」と利用者と地域との交流を広げるための基本的な考えを宣言している。昨年法人主催の交流事業は行われそこに利用者も参加できている。  　なお、コロナ禍以降以前行われていた利用者の希望に応じた外出行事が中止となっており、法人の基本方針を実行するためにも事業所独自に地域との交流を深められる外出や地域との交流を再開する取り組みが望まれる。 |

⑦　第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

|  |
| --- |
| この度の第三者評価受審により、当事業所の運営・各サービスの支援体制に関して、多くの気づきを得ることができ、現状把握と課題を確認することができました。  　改善を求められる点に関しては、利用者のエンパワーメントへの取り組みとしまして、「利用者会」等、利用者同士が話し合う機会を検討しています。その他に「家族会」等、家族の方が集まる機会や相談しやすい環境つくりも検討していきたいと考えております。  また、事業所の短期・中長期計画にもわかりやすく数値目標を設定しました。数値目標や具体的な達成目標を設定することで、職員一人ひとりがその事業を自分事と捉え、取り組みやすくします。  その他、ご指摘をいただいた事項についても、利用者・職員と話し合いながら、利用者の自己実現に向け、きめ細やかなサービスが提供できるよう支援体制を整えていきます。 |

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。

（別紙）

　障がい者・児福祉サービス版

**第三者評価結果（共通評価基準）**

※すべての評価細目（45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、基本方針を確立・周知している。 | | |
| １ | Ⅰ-１-(１)-①　理念、基本方針を明文化し周知を図っている。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　法人の理念や基本方針を簡潔､明瞭に文章化している。これらを基軸として事業所の基本理念･基本方針を策定､ホームページに掲示し､事業報告書等にも記載している。基本方針を細分化し､生活介護事業所では６つの視点から､放課後等デイサービス事業所では５つの視点から論考することで､職員の行動規範ともなる具体的内容となっている。  　家族､利用者に配布する事業計画書は､掲載内容を絞り､ふりがなをふり､パンフレットではイラストや写真とともに「たくさんの『できたね!!』を見つけるお手伝いをします」といった柔和な表現で事業所の方針を伝えている。 | | |

**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。 | | |
| ２ | Ⅰ-２-(１)-①　事業経営をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析している。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　毎月､法人各事業所の管理者が集まる施設長会及び施設長･次長との合同会議では､月ごとの利用率､月次収支､利用者障害区分の内訳等の現状分析を行っている。サービス利用者の出欠状況や報酬加算の種類･取得の有無など､職員とも経営課題を共有し､分析･改善に努めている。また､いわき市地域自立支援協議会や相談支援事業所等との情報交換や第７期いわき市障がい福祉計画･第５期いわき市障がい者計画(後期)等も参考にして事業経営を取り巻く環境を分析し､把握した情報やデータは､短期･中長期計画並びに各年度の事業計画に反映している。 | | |
| 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・c |
| <コメント>  　所長は短期･中長期計画並びに事業計画の進捗状況､予算執行状況､事業所が考える今後の展開等をまとめた資料をもとに､毎年度法人ヒヤリングを受け､事業内容の結果確認･分析をとおして､経営改善に取り組んでいる。決算の内容は公認会計士等の専門家の分析･指導のもと安定性比率･合理性比率･収益性比率･安定性持続性等の視点から詳細に分析を行い､課題確認と次年度以降の経営に反映させている。事業報告書に「中長期的な事業所ビジョン」としてまとめるとともに事業計画書では「重点計画」（具体的な取り組み）に６点を掲げ､事業所内及び理事等法人役員間で共有している。 | | |

**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を明確にしている。 | | |
| ４ | Ⅰ-３-(１)-①　中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　全国社会福祉法人経営者協議会の「アクションプラン2020（及び2025）」等を活用し､「いわき市障がい者計画」や「いわき市障がい福祉計画」等をふまえ､いわき市地域自立支援協議会等との連携を図りながら､法人並びに法人将来ビジョン策定検討会により「社会福祉法人いわき福音協会 短期･中長期計画書」を策定している。 　本計画書では､法人の基本理念､基本方針に沿って「障がい児者を中心とした事業」を基礎としながら令和３年度から実行可能な短期（３年間）及び令和１２年度までの中長期計画を策定･実行し､令和５年３月と令和６年３月に一部改正を行っている。 | | |
| ５ | Ⅰ-３-(１)-②　中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　所長は法人事業部との連携のもと､施設長会､経営会議等において短期･中長期計画の進捗状況を確認したうえで､単年度の事業計画並びに収支予算書を作成している。事業計画では個別支援計画に沿ったサービスの提供や職員研修計画､行事予定､中長期的な事業所ビジョン等､実行可能な具体的内容となっている。  　今後は､数値目標や具体的な成果等を設定することにより､実施状況の振り返り･確認･評価が行える単年度事業計画の策定を期待したい。 | | |
| Ⅰ-３-(２)　事業計画を適切に策定している。 | | |
| ６ | Ⅰ-３-(２)-①　事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　職員会議及び各種委員会を毎月開催し､実施状況の成果や課題について検討している。年度末に事業計画内容の進捗状況を振り返り､利用者の反応などをふまえて､評価･見直しを全職員参画のもと実施している。サービスメニューが単純な前年踏襲とならないよう､行事等実施ごとに丁寧な振り返りを行い､事業計画書に明示する「利用者ファーストのサービス提供と､利用者一人ひとりの満足度向上」の実現に努めている。  　事業計画は年度はじめの会議で全職員に改めて内容を確認し､共通理解を図っている。 | | |
| ７ | Ⅰ-３-(２)-②　事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　事業計画はホームページに掲載して､地域､家族､利用者等に周知するとともに､計画内容をわかりやすい内容へと編集し､ふりがなを振り､配布している。家族の来園時や送迎の際などに口頭で説明を加えることもあるが､理解の促進までには至っていない。  　今後は､現行の対応のほか､利用者会や家族会の必要性も含めて､事業計画の更なる周知策の検討を期待したい。 | | |

**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を組織的・計画的に行っている。 | | |
| ８ | Ⅰ-４-(１)-①　福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に行い、機能している。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　ケアマニュアルは､ケアを提供する「意義･目的･原則」「利用者のADL及び援助の形態」等を把握したうえで､具体的な「援助方法･注意事項」を示している。ケア提供を通し､随時のマニュアルの評価～見直し～利用者の快適の確保に配慮している。また､ヒヤリハット体験は全職員で共有化し､その日のうちに改善案を話し合い､翌日のミーティングで再確認している。このサイクルを組織的に回すことで､サービスの質の向上に努めている。  所長からは「今回､はじめての第三者評価受審にあたり､自己評価シートをまとめる過程で多くの気づきを得た」という感想を伺った。来年度以降も自己評価シート等を用いて全職員で現状の確認､サービスの質の向上に向けた取り組みを期待したい。 | | |
| 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。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　苦情･ヒヤリハット体験等は､その日のうちに全職員で共有するとともに､起こった背景を様々な角度から検証して対策を立案～実行している。また､法人が主導する「アクションプラン2025」の評価確認表を組織的に評価し､短期･中長期計画の進捗状況の確認､課題分析や改善策を協議している。さらにSWOT分析をとおして､事業所がもつ「強み」と「機会」のクロス分析から競争優位性を高める取り組みを検討している。  　今後はこれらの取り組みを継続していくとともに､自己評価の実施や第三者評価結果を踏まえた取り組みによりさらなるサービスの質の向上に繋がることに期待したい。 | | |

**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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 第三者評価結果 |
| Ⅱ-１-(１)　管理者の責任を明確にしている。 | | |
| 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。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　所長は年度はじめの職員会議で､事業計画を説明･共有するとともに法人及び事業所の組織図等も活用して自らの役割や責務等について周知している。職務分掌表では所長としての責務及び職務内容､所属している委員会･連絡会等の詳細を明記､事業計画書とともに職員に配布･説明し､周知に努めている。不在時や有事の際の権限移譲については事業継続計画等に明記して理解を図っている。  　今後は､自らの役割と責任について､組織内の広報紙等に掲載して､広く職員に周知されることを期待したい。 | | |
| 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。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  所長は毎月の施設長会及び次長との合同会議で自ら遵守すべき法令等への理解促進や社会保険労務士からの労働保険･社会保険諸法令に関する学びの機会をもっている。また､成年後見制度､ハラスメント対策､メンタルヘルス､福祉人材確保･育成セミナー等､幅広い分野への研修参加を通して遵守すべき法令等の把握に努めている。  今後は､職員会議等を活用して遵守すべき法令等を説明し､内部研修会で具体的テーマや事例を挙げる等､理解促進の場の設定を期待したい。 | | |
| Ⅱ-１-(２)　管理者のリーダーシップを発揮している。 | | |
| 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・c |
| <コメント>  　所長は毎日､生活支援の場に積極的に関わり､利用者や職員の状況を確認するとともに､利用者満足度アンケートや行事･食事等へのアンケート等を実施してサービスの質の現状把握に努めている。  　また､月例の職員会議､リスクマネジメント委員会､苦情解決委員会､虐待防止委員会など各委員会に出席し､事業所の福祉サービスの質に関する課題を把握して､課題解決に向けた取り組みを明示する等､指導力を発揮している。 | | |
| 13 | 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。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　所長は､法人将来ビジョン策定検討会に参画して､短期･中長期計画に基づき､法人事業の中期的な指針､具体的提案等に関わっている。また､毎月の利用状況や収支､報酬加算の取得状況等を法人に報告して､効果的な業務実現に向けた検証を行っている。加えてSWOT分析にて経営戦略や事業計画の現状と課題の把握に努めている。  　今後は組織全体で経営状況やコストバランスへの理解を深めて､業務の効率性の向上､安定的かつ継続的な事業運営を期待したい。 | | |

**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、人事管理の体制を整備している。 | | |
| 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を確立し、取組を実施している。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　短期･中長期計画に「福祉人材に対する基本姿勢」を挙げ､⑴トータルな人材マネジメントの推進､⑵人材確保に向けた取組の強化､⑶人材定着に向けた取組の強化を明記している。  また､事業計画の重点計画でも「人材の採用､育成､定着に向けた取組」を掲げ､採用に関わる具体的な活動（学校訪問､就職説明会､求人広告･求人サイト等の活用）や施設長会･施設運営連絡会等で人材確保･定着等についての検討を深めている。 | | |
| 15 | Ⅱ-２-(１)-②　総合的な人事管理を行っている。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　法人理念や基本方針の実現に向けた「期待する職員像」を倫理綱領に掲げ､事業所内で周知できるよう毎朝のミーティングで唱和し､理解を深めている。正職員採用内規や職階制度内規では､副主任･主任･係長･課長･次長･所長になるための要件等が示されており､職員が自らの将来が描ける仕組みづくりがなされている。また､人事考課は､人事考課運用細則に基づき､各職階に該当する評価シートを用いて､第１次考課者と第２次考課者で評価を行っている。所長は考課のなかで､異動の希望や業務への要望なども聴取して人事に反映させている。 | | |
| Ⅱ-２-(２)　職員の就業状況に配慮している。 | | |
| 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組んでいる。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  就業規則は､雇用形態別に定められ､適切な労務管理がなされている。すべての世代にとって働きやすく魅力ある法人となるために､みらい推進会､法人事業部､人事係等による面談や職員のフォローアップ体制の強化にも注力している。所長は随時､職員との個別面談の機会をもち､様々な要望を聴取し､勤務環境の向上に反映させている。ハラスメント防止に関する細則を定め､法人内に相談窓口や相談BOXを設置するとともに､理事長名で「ハラスメントは許しません!」宣言を行い､法人全体でハラスメント防止に努めている。また､腰痛防止･負担軽減のために､天井走行リフト､移乗機（かーるくん）､スライドボードなどの介護機器を導入して働きやすい環境づくりに努めている。 | | |
| Ⅱ-２-(３)　職員の質の向上に向けた体制を確立している。 | | |
| 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。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  人事考課は､人事考課運用細則により､各職階に該当する評価シートを活用して行われている。職員が自己評価及び設定した目標に基づいて４月に上司と面談をして､目標設定への助言･指導等を行っている。１０～１１月に所長がフィードバック面談を行い､法人共通要素である1.理念･方針理解､2.専門性向上､3.ルール遵守､4.利用者主体､5.連携の各要素と職階に応じたステージ別要素４項目を勘案した考課と目標の達成度を確認･評価し､職員一人一人の育成に努めている。 | | |
| 18 | Ⅱ-２-(３)-②　職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　職階制度内規では､職階に応じた研修内容が具体的に示されているとともに事業計画の重点計画「人材の採用､育成､定着に向けた取組」において､新採用職員への教育･サポート体制の強化､階層別研修の充実､次世代リーダーグループの構築等を掲げている。職階や経験に応じた外部研修の参加に加え､毎月職員が講師となり､実務に密着したテーマで研修を開催している。受講する側･講師を務める側､双方にとって深い学びの場となっている。  　今後は理念や倫理綱領等の内容をふまえ､事業所の基本方針や計画に組織として求められる職員の専門技術や専門資格等を明示されることも期待したい。 | | |
| 19 | Ⅱ-２-(３)-③　職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  所長は職員それぞれの知識､技術水準､資格取得等の状況を把握しており､人事考課面談の際にも期待する技術･知識の習得及び本人の希望を勘案しながら研修参加を勧奨している。「労働者名簿」に研修履歴が記載してあり､異動先でも計画的･段階的な育成が可能な体制が整備されている。社会福祉士や介護福祉士の資格取得に際しては受講費用の一部支援等の制度を整え､専門職の育成を支援している。また､看護に特化したeラーニング研修「ナーシングサポート」（令和４年度～）に加えて､令和６年度からは法人全体で､障がい福祉eラーニング研修「Lean On Me」をスタートさせ､学びの機会が広がっている。 | | |
| Ⅱ-２-(４)　実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成を適切に行っている。 | | |
| 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。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  「実習生受け入れに関するマニュアル」を整備して､受け入れに関する基本姿勢､受け入れの目的､役割分担と責任の明確化､受け入れまでの流れ､実習日程等を明文化している。  特別支援学校等の実習生を毎年受け入れているが､小規模の通所事業所でもあり､社会福祉や医療･看護･保育等の資格取得､教育研修等の実習申し込みはほとんどない。  事業所の理解促進並びに専門職育成の視点からも､実習生の受け入れを推進する体制づくりを期待したい。 | | |

**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を行っている。 | | |
| 21 | Ⅱ-３-(１)-①　運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　法人及び事業所のホームページにて基本理念･基本方針､施設概要､事業計画､事業報告､予算書､決算書などを公開している。市内で開催される障がい者作品展や各種イベントに参加するときは､理念や施設概要､サービス内容等をまとめたパネル展示も行い､事業所の存在意義や役割等の理解促進に努めている。事故や苦情に至らないようヒヤリハット場面の情報共有や分析･改善にも注力している。  　今後第三者評価の受審結果､苦情･相談内容の公表など､サービスの質の向上に関わる取組をはじめ､事業所の特色ある実践･活動を主体的に提示していくことに期待したい。 | | |
| 22 | Ⅱ-３-(１)-②　公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　管理規程で法人事務局の役割･事務の先決及び代決･公印や文書等の取り扱いなどを､経理規程で総括会計責任者･決裁権者や決済区分･内部監査･契約などについて明確に規定している。毎年事業所の事務､経理､取引等について理事長･事務局長はじめ､法人本部による内部経理監査を受け､指摘内容に従い､是正･改善報告書を理事長に提出している。ほかに法人監事による定期監査､外部の専門家として公認会計士（独立監査法人）の監査を受け､結果や指摘事項に基づいて経営改善に努めている。なお､監事監査報告･公認会計士監査報告ともにホームページに公開し､透明性の確保を図っている。 | | |

**Ⅱ-４　地域との交流、地域貢献**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 第三者評価結果 |
| Ⅱ-４-(１)　地域との関係を適切に確保している。 | | |
| 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。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　法人の基本方針に「地域の理解と信頼を得るために､地域住民との関わりに努める」を掲げ､事業計画でも「利用者､家族､地域住民との信頼関係を大切にし､必要とされる事業所になるよう努める」と利用者と地域との交流を広げるための基本的な考えを宣言している。昨年法人主催の交流事業は行われそこに利用者も参加できている。  　なお、コロナ禍以降は、以前行われていた利用者の希望に応じた外出行事などが中止となっており、法人の基本方針を実行するためにも事業所独自に地域との交流を深められる外出や地域との交流を再開する取り組みが望まれる。 | | |
| 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。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　事業計画で「地域のボランティアの積極的な受け入れと活用」を掲げて職員内で共有している。ボランティア受け入れマニュアルでは､活動にあたっての担当窓口､活動範囲･内容､ボランティア保険や個人情報の取扱いなどを明示して受け入れ体制を整えている。コロナ禍以降も学校への出前講座は継続しており､インスタントシニア体験や車椅子体験等の協力に職員を派遣している。  　今後は学校教育協力の基本的な考え方等を含めて､ボランティア受け入れマニュアルの内容の充実を図り､ボランティア活動の支援や必要な教育等への取組を期待したい。 | | |
| Ⅱ-４-(２)　関係機関との連携を確保している。 | | |
| 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を適切に行っている。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  地域関係機関のパンフレットや広報､いわき市内の各種相談窓口や社会参加･就労支援のためのサービス等を記した「くらしのおてつだい」（令和６年度版,いわき市発行）などの社会資源資料は事務所並びに利用者が見ることができる場所に提示し､情報を提供している。基幹相談支援センターとの協働･連携、いわき市地域自立支援協議会の全体会議や専門部会にも参加し､困難事例や地域の現状･課題等の情報共有と情報発信に努めている。事例や現状等の情報は職員会議で周知して共有している。また､法人内の各事業所や特別支援学校とも日常的に連携を深め､地域･利用者に寄り添った支援に取り組んでいる。 | | |
| 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を行っている。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　いわき市地域自立支援協議会の全体会議や専門部会に参加し､地域困難事例等の検討･調整､関係機関によるネットワークの構築､権利擁護機能の発揮等､地域の福祉向上積極的な役割を果たしている。障害児通所支援事業所連絡会や障がい者支援センターなどの専門機関に加え､地元区長との懇談会などにも定期的に参加して具体的な地域の福祉ニーズや生活課題を把握する取り組みに尽力している。また､毎月の施設長会での情報交換､法人内の各事業所との日常的な連携のなかで地域の福祉ニーズの把握に注力している。 | | |
| 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・活動を行っている。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  法人の地域貢献委員会では､把握した福祉ニーズに基づき､生活困窮者等の支援のための「ふれあいサロン」の開催、小学校への出前講座･福祉体験ツアーなどを実施している。地元公園でのゴミ拾いや除草活動では､法人のビブスを着用し､事業所の存在や役割等も発信している。災害時の支援として駐車場や法人の体育館を避難場所として提供する体制を整えている。また､法人として短期大学や研修会への講師派遣や障害支援区分認定審査会への協力などをとおして､専門的知識･技術を地域に還元する取り組みを行っている。 | | |

**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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | 第三者評価結果 |
| Ⅲ-１-(１)　利用者を尊重する姿勢を明示している。 | | | |
| 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・c | |
| <コメント>  　法人・事業所理念や倫理綱領は利用者尊重を重視した福祉サービスの実施を掲げ、毎朝全員でそれを読み上げ職員全員の意識づけをしている。また、法人全体でeラーニングを開始し、いつでも学べる自己研修を取り入れ学習機会を確保している。利用者中心の考えを浸透させ、利用者の自己実現に努めている。個別支援計画やアセスメント資料などから実践していることが伺えた。 | | | |
| 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を行っている。 | a・ⓑ・c | |
| <コメント>  　職員会議等でプライバシー保護について注意喚起を図るほか、排せつや入浴マニュアルの中でプライバシーの配慮に触れるほか、排せつ時はカーテンを閉めること、利用者のサインがあるまで外で職員が待つなどの対応をしている。また女性はすべて、男性は希望があるときは同性介助に努めている。権利擁護についても毎月「虐待・身体拘束チェックシート」の中でプライバシー保護の確認も行っている。  　なお、利用者や家族にプライバシー保護について対応を説明する機会は少ないので重要事項等に入れて周知することが望まれる。 | | | |
| 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）を適切に行っている。 | | | |
| 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。 | a・ⓑ・c | |
| <コメント>  　パンフレットは地域の公民館祭りや事業所の行事の時配布するほか支援学校に置いて、いつでも手に取れるようにしている。利用希望時には見学で対応するほか体験利用も可能になっている。見学には生活介護、放課後等デイサービスの責任者が対応している。またブログで行事を紹介するなど広く情報提供をしている。  　なお、情報媒体の利用や行政窓口や民間事業所にも協力を得てパンフレットを置くなど積極的な周知活動が望まれる。 | | | |
| 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。 | a・ⓑ・c | |
| <コメント>  　サービス開始時はパンフレットや重要事項説明書などで丁寧に説明し、利用者、家族から同意をもらっている。利用者の意思を尊重しているが、意思を表明できない重度の利用者が多く、本人の意思を確認できないときは家族から聞き取るようにしている。  　なお、パンフレット等は利用者や利用する子ども向けにふりがなを振る等、理解しやすい当事者用のものも作成することが望まれる。 | | | |
| 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。 | a・ⓑ・c | |
| <コメント>  　サービス内容を変更するときはサービス管理責任者や児童発達支援管理者が中心となり説明している。他サービス事業所に移行するときはケース記録、食事、入浴、排せつなどの個別介助マニュアなどで引き継ぎを行い、サービスの継続性に配慮している。  なお、サービス終了後の相談担当者などの説明や連絡先の周知については対応が十分でないので丁寧な説明や相談カードの配布などが望まれる。 | | | |
| 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。 | a・ⓑ・c | |
| <コメント>  　利用者満足度アンケート、行事や食事に関するアンケートも丁寧に行っており、意見や要望を生活に取り入れている。外出や食事メニュー、入浴などの希望が多く対応している。午後の日課は希望するプログラムに参加できるようになっている。  　なお、利用者自治会などは重度の方が多いため設けていないが、経験する機会を保障するためにもプログラムや行事などについて話し合う場を設け、参加する体験を保障することが望まれる。 | | | |
| Ⅲ-１-(４)　利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。 | | | |
| 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。 | a・ⓑ・c | |
| <コメント>  　苦情解決の仕組みが確立し、利用開始に重要事項説明書で苦情窓口、解決責任者、第三者委員について説明をしている。毎年1回、第三者委員が事業所を訪問し利用者代表と懇談の場を設けている。制度のポスターを事業所内に貼り、意見箱も置いている。これまで口頭で直接要望が出されることが多く意見箱に入ることはない。  　なお、苦情記入カードは作っていないが、筆記が難しい利用者の障がい特性に配慮した様々な方法で意見を出せる環境づくりへの工夫が望まれる。 | | | |
| 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・c | |
| <コメント>  　意見箱を玄関に設置し、苦情解決のポスターを事業内に掲示し周知している。満足度調査や送迎の際直接意見や要望が出さており、ミーティングで検討し対応を回答するとともに改善に取り組んでいる。相談等にはサービス管理責任者や話しやすい職員が対応している。相談室があり落ち着いて相談できる環境となっている。また、職員は日々のかかわりの中から意見や要望をくみ取るようにしている。 | | | |
| 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。 | a・ⓑ・c | |
| <コメント>  　職員が関わりのなかで把握した意見や相談についてはその日のミーティングで話し合いし、対応策を検討している。「光の家苦情・相談対応マニュアル」があり、苦情・要望受付簿で申出人の希望、対応について記録できるようになっている。  　なお、マニュアルは苦情と相談に対応となっているが、内容的には苦情に特化しており相談や要望についても対応方針を入れることが望まれる。 | | | |
| 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を行っている。 | | | |
| 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を構築している。 | ⓐ・b・c | |
| <コメント>  　事故やヒヤリハットが起きた時、帰りのミーティングで原因や対応策を話し合い、職員がそれを共有して早急な対応がとられている。また、毎月開催しているリスクマネジメント委員会にそれを報告し、ミーティングで出した対応について再検討している。また、「事故・緊急時等対応マニュアル」で支援前、支援中、送迎前後、送迎中の留意事項、緊急時の対応等細かく定め、リスク管理がなされている。 | | | |
| 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・c | |
| <コメント>  　感染症対策委員会があり看護師が責任者となり感染予防と職員研修に努めている。毎朝体温チェック、アルコール消毒を行うほか、換気、消毒を行っている。また、毎日、家族が記録した健康チェック表（体温、咳、鼻水、喉の痛み、同居家族の状況）を確認し、送迎車に乗っていただいている。9月にコロナ感染クラスターが発生したが、家族に状況を説明し感染者は自宅待機、症状のない利用者は通所を継続しながら収束している。法人のBCPがあり、事業継続について示されている。 | | | |
| 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。 | a・ⓑ・c | |
| <コメント>  　防災委員会があり、防火管理者が中心になり年３回避難訓練を実施している。また、福祉のまち合同避難訓練（法人内各施設、平特別支援学校）が実施され各施設間の協力関係を築いている。食料備蓄は乾パン、水、ビスコ缶などを備えている。災害時のBCPも法人が策定している。  　なお、家族とは、連絡網で対応することとしているが、避難先を「障害者支援センターエリコ」としており、重要事項等に避難先を明記し家族に事前に周知しておくことが望まれる。 | | | |

**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を確立している。 | | |
| 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を文書化し福祉サービスを提供している。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　介助、排せつ、入浴について共通のマニュアルがあり、サービスの基本としているが、利用者は重度かつ様々な障がい特性を持っており、マニュアルだけではサービスの質を担保できないため利用者ごと個別支援計画の中で支援方法を細かく示すなど、利用者の障がい特性に合わせた標準的な実施方法として機能している。 | | |
| 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を確立している。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  標準的な実施方法を入れた個別支援計画は、定期的なモニタリングや職員の気づきを活かし、見直しをしており、利用者の現状に合わせた内容になっている。入院等により状況に変化があった場合は随時見直しをしている。 | | |
| 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を策定している。 | | |
| 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・c |
| <コメント>  　生活介護サービス利用者の個別支援計画はサービス管理責任者、放課後等デイサービスの個別支援計画は児童発達支援管理者が責任者となって策定している。決められた手法で丁寧にアセスメントを行い、ストレングスモデルの視点で利用者の可能性を引き出す目標を立て担当者会議で検討し策定している。日々目標達成するために環境を設定するなど寄り添いながらサービスを提供に努め、それを達成できた喜びを利用者自身が実感できるよう支援している。 | | |
| 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・c |
| <コメント>  評価会議を開き担当職員によるモニタリングやADLの変化等を話し合い、6か月ごと見直しをしている。達成できた目標、達成できなかった目標の原因、新しい目標について検討している。職員は、支援計画実行プロセスの中で利用者自身が目標達成できた喜びを実感できるよう支援している。 | | |
| Ⅲ-２-(３)　福祉サービス実施の記録を適切に行っている。 | | |
| 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を適切に行い、職員間で共有化している。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　職員が利用者の身体状況や生活状況についてこまめにメモを取り、それを基にパソコン当番職員がケース記録に入力している。そのメモを基に帰りのミーティングで読み上げ職員間で情報の共有ができるようになっている。記録はパソコン内に統一した様式があり、異動職員や新採用職員には教育係がついてサポートを行い記録の統一を図っている。各委員会の記録は会議録として作成され、回覧して職員全員に周知している。 | | |
| 45 | Ⅲ-２-(３)-②　利用者に関する記録の管理体制を確立している。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　法人の「特定個人情報保護規程」により情報管理が行われている。職員には「個人情報保護方針（プライバシーポリシー）」が示され遵守について義務づけられている。文書管理については法人「管理規程」の中で文書管理方法、保存年限、廃棄方法が定められており規程によって管理している。  　なお、記録の管理については職員への周知などはしていないので個人情報保護の観点から研修などによる周知が望まれる。 | | |

　障がい者・児福祉サービス版

**第三者評価結果（内容評価基準）**

※すべての評価細目（19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。

**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。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　利用者個々の障がい程度や日々の体調に応じた活動計画を設定し、言語によるコミュニケーションが難しい利用者に対しては、表情や仕草などの非言語コミュニケーションやコミュニケーションツールも活用しながら、利用者の意向を尊重した活動に努めている。また、利用者の権利擁護に関しては毎月「ふりかえりチェックシート」を実施し、職員全員の意識向上を図っている。しかし、利用者同士が話し合いをして何かを決めるような活動場面はないため、利用者同士が自分たちの生活ルールなどを協議して決定するなどの自己決定ができる場や機会を設けることが望まれる。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 第三者評価結果 |
| 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を徹底している。 | ⓐ・－・c |
| <コメント>  　「虐待防止マニュアル」や「身体拘束廃止等適正化のための指針」を策定し、権利侵害予防や発生時の対応、再発防止策等の仕組みを明確化している。また、毎月の職員会議で権利擁護に関する研修を実施しているほか、「ふりかえりチェックシート」で職員自らの対応について自己チェックを行なっている。利用者や保護者に対しては、権利擁護について契約書・重要事項説明書に記載し、利用開始時に丁寧に説明しているほか、必要に応じて送迎時等に説明する機会を設けている。 | | |

**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・c |
| <コメント>  　利用者の障がい程度や心身状況、生活上での配慮が必要な事柄等を把握した上で個別支援計画を策定している。利用者は重症心身障害児・者が多く障がい像も複雑で、日々の参加者も異なることが多いため、利用者一人ひとりに合わせた活動を個別に行うことも多い。その際、本人が望み、かつ、活動意欲が高まるような支援活動となるよう配慮している。行政手続きや生活関連サービスについては、相談支援事業所と連絡を密にしながら、利用者の必要性に応じて支援を行っている。 | | |
| 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。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　「コミュニケーションに関するマニュアル」を策定し、利用者の障がいに適した方法によりコミュニケーションを行っている。言語表出が難しい利用者に対しては、表情や身振りなどの非言語コミュニケーションをはじめ、絵や写真でカードを作ったり、５０音表で意思交換を図るなどの工夫を行なっている。また、職員同士が観察結果を情報交換したり、家族からの情報を得ながら利用者の意思表示を読み取るスキルアップに努めている。今後はタブレットなどのIT機器を導入することで、さらにコミュニケーション環境の向上を図ることも望まれる。 | | |
| 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・c |
| <コメント>  　言語によるコミュニケーションが可能な利用者に対しては、日々の生活支援の中で相談できるよう信頼関係を構築し、しっかりと利用者の意見を聞いている。また、利用者の意見・要望に対しては、その都度職員間で協議の上対応を決定し、実施している。結果は日誌に記録して職員間での共通理解を図り、同じ対応を行うよう努めている。個別支援計画に反映させる必要があるものについては、アセスメント会議で協議・検討の上、個別支援計画の変更を行なっている。意思表明が難しい利用者に対しては、表情や目の動きなどその利用者が行う意思表示動作を読み取り、職員間で話し合いながら意思決定理解を図る努力を行なっている。 | | |
| 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・c |
| <コメント>  　年間行事計画や日課に沿って日中活動を行っている。日中活動の内容は、利用者の個別支援計画を基にその利用者の意向や体調等を考慮し、朝のミーティングで決定する。また、利用者からのアンケート調査の実施や、活動内容のマンネリ化を防ぐための様々な工夫を行うなど、豊かな余暇時間を過ごしたり、社会的、文化的な活動につながるような支援に努めている。コロナ禍の影響で地域のイベントへの参加が難しかったが、買い物ツアーを行うなど、少しずつ地域での行事やイベントへの参加も復活させている。 | | |
| A⑦ | Ａ-２-(１)-⑤　利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　資格種別は様々であるものの専門資格を持つ職員がほとんどで、それぞれの専門分野の知識を実際の支援場面で共有しながら、職員のスキルアップに努めている。利用者の問題行動があった際には職員間で対応方法を検討し、統一した対応ができるような体制を整え、必要に応じて支援方法の見直しや環境調整を行なっている。また、専門研修を受講するなどして、適切な支援が行えるよう努めている。障がいの状況によりパーソナルスペースを工夫したり、コミュニケーション方法の違いや相性を考えて過ごす空間に配慮するなど、利用者間の関係の調整も行なっている。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 第三者評価結果 |
| 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常的な生活支援を行っている。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　身体機能や日常生活動作等のアセスメントを丁寧に行い、利用者や保護者の希望を盛り込みながら個別支援計画を策定している。「個別介助マニュアル」で、食事、入浴・清拭、排泄、移動・送迎などの介助手順・注意点が細かく定められており、個別支援計画及び個別介助マニュアルに基づいた細やかな生活支援を行なっている。利用者から食事メニューのアンケートを実施し、利用者の希望するメニューを提供する日を設定している。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 第三者評価結果 |
| 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を確保している。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　施設内の清掃は消毒も含め毎日丁寧に行われている。高齢者などが横になってくつろぐためのベッドや和室、体幹装具を外してリラックスするためのソファなど、利用者のニーズに合わせた生活環境の工夫がなされている。また、利用者の絵を壁に貼ったり、作品を展示するスペースを設けるなど、和やかな雰囲気づくりに努めている。車椅子で過ごす利用者と活動性の高い利用者とのスペースを分けたり動線を工夫するなど、安全面での配慮も行なっている。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 第三者評価結果 |
| 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・ⓑ・c |
| <コメント>  　同じ法人の他施設から月１回作業療法士の派遣を受け、利用者の身体機能の評価をしている。車椅子の姿勢保持や立位の安定、食事動作など、リハビリメニューの助言を利用者それぞれの支援計画に記録して、日常生活活動場面での生活訓練や支援に活用している。また、他の専門機関で言語訓練を受けている利用者に対しては、担当言語聴覚士から生活介助に有用なトレーニング内容などの情報提供を受け、生活支援の中で可能な訓練を行なっている。しかし、一人ひとりの機能訓練、生活訓練の計画を定めるまでには至っていない。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 第三者評価結果 |
| 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。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　家族がチェックした健康チェック表（体温、咳、鼻水、喉の痛み、その他）により、その日の利用者の健康状態を確認するほか、日々血圧や食事量をチェックしたり、入浴時や排泄場面で身体状況を観察するなど、健康状態の把握に努めている。健康相談は、随時常勤看護師が行っているほか、嘱託医や利用者の主治医と連携して必要な支援を行っている。また、緊急時等対応マニュアルを策定し、緊急事態が発生した際、即座に対応できるよう備えている。看護師が健康管理等の研修を定期的に受講し、その後伝達研修を行うなど職員全体で健康管理の知識を高める工夫をしている。 | | |
| A⑫ | Ａ-２-(５)-②　医療的な支援を適切な手順と安全管理体制のもとに提供している。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　「医療的ケアマニュアル（喀痰吸引、経管栄養、浣腸）」や「服薬マニュアル」を定め、医療的支援の適切な実施に努めている。また、アレルギー疾患や慢性疾患のある利用者に対しては、家族や主治医との情報交換を密に行い、さらに、看護師以外の職員もe-ラーニングなどで医療的支援の研修を受けるなど、利用者が安全に過ごせる体制を整えている。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 第三者評価結果 |
| 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・c |
| <コメント>  　地域のイベント情報を所内に掲示して情報提供を行ったり、年間行事計画に利用者の希望を盛り込むなどして、社会参加の機会を多く持つよう努めている。その際、利用者の身体状況や体調も考慮しつつ、多様な社会体験を増やすため、バリエーションに富んだ行事となるよう工夫を重ねている。また、施設内での行事などにおいても、楽しみながらも社会生活スキルにつながると思われるメニューの開発にも取り組んでいる。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 第三者評価結果 |
| 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。 | a・ⓑ・c |
| <コメント>  　グループホームや他施設からの利用者には、現在の生活状況における困りごとや希望等を日常的に聞きながら、それらの施設や関係機関との連携を図ることで生活環境の調整等に努めている。在宅での利用者へは、地域生活を継続するための生活スキル向上に向けた関わりを行っている。  しかし、在宅利用者には高齢の保護者が多く、利用者が将来も地域生活を継続することの不安を強く持っている。そのため、保護者の不安を具体的に確認しつつ、相談支援事業所との連携を図りながら、地域の社会資源等も含めた自宅の生活環境の調整を行うなど、将来的な地域生活継続に向けた支援にも取り組むことが望まれる。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 第三者評価結果 |
| 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。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　朝の送迎時には、家族から利用者の健康状態や生活介助等に留意する点を確認し、帰りの送迎時にその日の活動や生活状況等を報告している。また、毎日の利用者の活動の観察内容を日誌に記載し、常に家族からの問い合わせや相談に対応できる体制を整えている。緊急事態発生に備え、利用者ごとに保護者や主治医、関係医療機関等の連絡表を作成し、連絡手順も含めた緊急連絡体制を構築している。事業所の活動内容などを紹介した機関誌を年２回発行し、活動状況の情報提供を行なっているほか、個別支援計画の見直しの際にも利用者や保護者の意向を確認し、支援内容の決定を行なっている。 | | |

**Ａ-３　発達支援**

**【障がい児支援（障害児入所支援、障害児通所支援）の評価において適用】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 第三者評価結果 |
| Ａ-３-(１)　 発達支援 | | |
| A⑯ | Ａ-３-(１)-①　子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | ⓐ・b・c |
| <コメント>  　個別支援計画作成時に、利用者の発達や障がい状況、適応行動の状態などをアセスメントし、それに応じた支援目標、支援内容を策定している。利用者全員が隣接の特別支援学校在籍であり、迎えの際に学校での活動状況などの情報提供を受け、支援の参考にしているとともに、帰りの際には保護者にその日の様子などを伝えている。その日の参加メンバーに応じた活動になるよう、支援開始前にスタッフ全員で協議・検討して活動内容を決定している。生活スキルを獲得したり余暇活動を広げるようなメニューなど、スモールステップをいくつも設けて達成感や喜びを感じたり、楽しみながら取り組める内容になるよう工夫して、個別活動及び集団活動ごとに行なっている。 | | |

**Ａ-４　就労支援**

**【就労支援（就労移行支援、就労継続支援　等）の評価において適用】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 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。 | a・b・c |
| <コメント>  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。 | a・b・c |
| <コメント>  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。 | a・b・c |
| <コメント>  非該当 | | |