

# 評価細目の第三者評価結果

(障害者・児福祉サービス分野)

## 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	コメント
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-1 (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>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人の基本理念、基本方針を掲げ、設立の趣旨とともに法人のホームページや事業計画などに掲載している。基本理念には利用者が「いかなるハンディがあっても人として生きる尊厳が認められる」旨を明示し、「支え合う暮らしの実現」を目指して利用者を支える「一粒」となるとしている。</li> <li>それらは職員には採用時の研修で周知し、利用者や家族には契約時にパンフレットによって説明している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>基本理念などに関する職員への周知は採用時の研修以外には継続的な機会はなく、利用者やその家族に対しても同様である。</li> <li>事業計画の今期重点目標の一つに「理念の体得と実践のための目標」を掲げているが、理念そのものの周知や理解促進の取り組みは十分ではない。</li> <li>理念や基本方針は事業経営の基盤として極めて重要であり、利用者や家族、職員はもとより広く地域社会に明確に示していく取り組みが求められる。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>

### I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-1 (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>■ 取り組み状況・法人の事業計画で「健全経営の取り組み」として、収支差額比率の目標、施設整備計画、働きやすい職場環境の整備、を位置付けている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人本部に経理担当や経営企画室を設け、経営会議（月2回）や所長会議（月2回）で収支状況、新規事業の進捗管理、人事、報酬改定の動向などについて協議している。</li> <li>事業所では市の自立支援協議会に出席し、行政施策の動向の把握に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人本部を中心に経営状況の把握に努めている。しかし、法人の会議体の構成、目的、参加者などを職員が適切に理解するための情報提供（会議一覧などの資料）はなく、また、事業所内での職員会議が定例化しきれておらず、職員が法人や事業所の経営状況把握の取り組みを知る機会は十分ではない。</li> <li>開設2年目で、また多くの職員が開設時の新規採用である中で安定的な事業経営に向けて職員間の理解共有をどう進めるかに関する検討が望まれる。</li> </ul>

<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況 法人の経営会議や所長会議で経営課題の共有に努め、新規施設の開設（今年度に特別養護老人ホームを開設）、人事、組織体制の見直しなどに取り組んでいる。また、それらは適宜理事会に諮って共有している。事業所では施設長の判断で職員会議（臨時開催を含め不定期）、メール、朝会などで周知している。</p> <p>■ 改善課題 ・ 今回の第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価では、経営会議等の結果が「全体に行き届いているか不明」、「現場の職員にはよくわからない」といった意見が複数あった。 ・ 課題解決に着実に取り組むためには法人や事業所の経営状況や経営課題に関して職員に適切に周知を図ることが重要である。会議体制の整備や電子情報の活用などを含め、さらなる取組みを期待する。</p>
--	----------	---

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
<p>I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</p>		
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>■ 取り組み状況 ・ 法人の単年度事業計画の冒頭に「中長期視点（総論）」と題し、継続的なサービス提供の仕組みづくり、制度の狭間にある課題への対応、自立的経営の確立、などを明示している。 ・ 事業所の事業計画の冒頭に「中長期目標」と題して「理念の原点回帰と実現」「安定した事業運営と働きやすい職場づくり」「安心・安全のための取組の強化」を明示している。</p> <p>■ 改善課題 ・ 法人と事業所の単年度事業計画の一部にそれぞれ中長期的な視点での記述があるものの、計画と位置付けるには内容の抽象度が高い。 ・ 埼玉県の福祉サービス第三者評価基準では、「中・長期の事業計画」について、3～5年程度を見通した「理念や基本方針の実現に向けた具体的な取組を示すもの」と定め、目標（ビジョン）の明確化と具体的な計画策定を求めている。 ・ 法人もしくは事業所の現状を踏まえ、具体的な計画策定に向けた検討を期待する。</p>

<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。</p>	<p>c</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の事業計画に「法人の基本」（基本理念等）、「法人の概要」（各事業所の所在地、目標と計画、研修計画など）、「法人本部機能」、などを定めている。</li> <li>・事業所では法人が定めたフォーマットに沿って「今期重点目標」「有形目標」「育成研修」などの計画を定めている。</li> <li>・有形目標の中には「指標・目標値」の欄を設け、可能な項目は「月1回以上」などの値を定めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・埼玉県福祉サービス第三者評価基準では「中・長期計画が定められていない場合は「c」評価」と定められていることから、この項目の評価を「c」とする。</li> </ul>
<p>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の事業計画は原案を施設長が作成している。作成にあたっては家会議などでの協議内容を念頭に置いて盛り込むように努めている。</li> <li>・事業計画の進捗状況は半期ごとに振り返り、所長会議で集約・共有している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画は施設長が現場の状況に留意しながら作成しているが、事業計画策定過程での職員の参画の機会には明確には位置付けられていない。</li> <li>・職員には職員会議で説明しているが、計画自体は回覧にとどまっている。</li> <li>・事業を着実に実施するためには事業計画に対する職員の理解は重要であるが、職員の参画と理解促進の取組みは十分ではない。</li> <li>・埼玉県福祉サービス第三者評価基準では「職員等の参画の下で策定されていない場合は「c」評価」と定められていることから、この項目の評価を「c」とする。</li> </ul>

<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。</p>	<p>c</p>	<p>■ 取り組み状況 ・事業計画を家族連絡会において資料化して説明している。</p> <p>■ 改善課題 ・家族に対する説明は行っているが、利用者への説明は行っていない。 ・必ずしも利用者には事業計画そのものを配布する必要はないが、理解しやすい配慮や工夫に努めながら理解を促す取り組みは重要である。取り組みの強化を期待する。</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	コメント
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>■ 改善課題 ・第三者評価の受審や自己評価など、何等かの指標や基準に基づいて定期的にサービスの質を振り返り、計画的かつ継続的に改善に結び付ける取組は明確ではない。 ・今後の第三者評価の計画的な受審を含め、組織的にサービスの質を分析・検討する体制づくりを期待する。</p>

<p>I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り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。</p>	<p>c</p>	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者評価の計画的な受審や自己評価などを行い、サービス改善に向けた計画作成や職員間の共有を図るなど、組織的・計画的なサービスの質の向上への取組みが重要である。</li> <li>・PDCAサイクルによるサービス改善に向けた体制や仕組みづくりを期待する。</li> </ul>
---	----------	---

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	コメント
<p>II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は開設半年後の10月に法人内の他事業所から異動して就任し、2年目を迎える。同じ建物内の就労継続B型事業所、放課後等デイサービス事業所等の管理者を兼務している。</li> <li>・今年度に職員による利用者への虐待事案が発生したことに伴い、利用者、家族などからの信頼回復に向けて責任を持って改善の取組みを進めている。</li> <li>・具体的には組織体制の強化（副施設長、サブリーダー）、職員の意識改革、職員間のコミュニケーションの円滑化、業務の標準化などに計画的に取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は課題意識を持ち、直面している改善の取組みに役割を果たそうと努めている。</li> <li>・職員の確保と育成、会議体の整備、職員への周知の仕組みの強化など課題は多く、改善に向けた取組みは緒に就いたところである。</li> <li>・施設長としての責任と役割をより明確にしつつ、継続的な取組みとその成果を期待する。</li> </ul>

<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就業規則に「規則遵守の義務」や「服務心得」を定め、関係する法律の改正があれば施設長も参加する経営会議でも議題となる。</li> <li>・施設長は行政の会議への参加によって遵守すべき法令等に関する理解に努めるとともに採用時の職員研修で職員に周知している。また、改善の取り組みの一つとして自ら作成した「びおもす行動指針『びおもす職員 7つの誓い、7つの約束』」（以下「行動指針」）を職員に示し、適切な接遇などの心がけを求めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービス提供者には関係法令はもとより社会的ルールや倫理を含め法令遵守の徹底に向けた不断の取組みが求められる。</li> <li>・そのためには施設長自ら常に最新の法令等の適切な理解に努めると同時に、職員に対する徹底した理解促進の取組みが重要である。さらなる取組みを期待する。</li> </ul>
<p>Ⅱ－１－（２） 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は事業計画の「質の高いサービスの提供」の項目において研修の充実を掲げている。</li> <li>・虐待防止を進めるためマニュアル整備や個別支援手順書の作成、行動指針を使った職員の自己点検を進めるなど、サービスの質の向上に向けた指導力の発揮に努めている。</li> <li>・現場を担う副施設長を通じて職員の意向を把握しながら、職員との信頼関係の構築に腐心しつつ取組みを進めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長はサービスの質の向上に意欲的に取り組んでいるが課題が多く、自らは指導力を十分に発揮しきれていないと認識している。</li> <li>・事業所内の会議体や職員体制などの環境が整わず、職員間のコミュニケーションの円滑化や情報共有化も含め苦慮している状況である。</li> <li>・現状の職員の体制や力量の分析を踏まえながら改善に向けた体制構築への指導力の発揮が求められる。</li> </ul>

<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は事業計画の「収支の視点」の項目の戦略目標に「利用率向上」「報酬単価の向上（加算取得）」「コストの適正化」などを掲げている。毎月の稼働率や収支状況を月次報告に整理して経営会議に報告している。</li> <li>・今年度途中からの改善の取組みの重点項目として「組織体制の再編」と「情報伝達システムの再構築」に取り組んでいる。具体的には副施設長とリーダー（サービス管理責任者）、サブリーダーの体制を固め、特にサブリーダーには現場とサービス管理責任者や副施設長とのパイプ役を指示している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「組織体制の再編」として幹部職員の体制を強化したが、新たに設けた副施設長、サービス管理責任者との会議（幹部会）はシフト調整が難しく定期開催には至っていない。「情報伝達システムの再構築」の取組みも途上である。</li> <li>・経営改善や業務の実効性の向上に向け、さらなる指導力の発揮が求められる。</li> </ul>
--	----------	--

II-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開設時の職員体制はほとんどが新規採用で、1年目から退職が続き、今年度の後半以降だけでも6～7名の退職があった。そのため非常勤職員、派遣社員、外国人に依存する割合が高くなっており、勤務シフトの調整が難しく職員体制に苦心している。</li> <li>・職員募集はホームページ、求人サイト、外国人労働者の登録支援機関なども活用して常時受け付けているが、応募が少ない状況である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多くを新規採用職員で開設せざるを得なかったことで、現在に至るまで安定的な職員体制の整備が難しい状況が続いている。</li> <li>・人員体制に関する基本的な方針づくりや計画的な人材確保の取組み体制に関する検討が求められる。法人本部の関与のあり方も含め、取組みの強化を期待する。</li> </ul>

<p>Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人による人事考課制度によって個人の目標と達成度を評価して給与や期末手当に反映させるしくみである。</li> <li>・年度当初に目標シート、考課シートを作成し、中間面接を経て年度末にフィードバックする手順となっている。</li> <li>・キャリアパスに関する規程は今後整備する方針である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事考課制度の運用を中心とする人事管理を行っているが、人事基準（採用、配置、異動等に関する基準、規程など）は明確ではない。</li> <li>・事業所では人事考課制度によるシート作成や考課面接は年間を通して計画的に実施する状況には至っていない。</li> <li>・それらの規程は事務所に置いていることから職員は閲覧可能ではあるが、周知の取り組みとしては十分ではない。</li> <li>・法人本部および事業所各々において、さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>
<p>Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の方針として残業をしないよう事業所に指示している。勤怠管理は電子情報で管理し、一部のリーダーを除き残業は少なく、有給休暇は希望すれば取得できている。</li> <li>・メンタルヘルスの取組みとして臨床心理士による相談を隔週で行い、年間1人2回程度は受けるよう職員に促している。</li> <li>・改善の取組みの一つとして施設長による個別面談を実施中で、職員とのコミュニケーションや意向把握に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「改善策の反映と実行」「働きやすい職場づくりに関する取組み」に関して肯定的な回答の割合は3割前後で、また「総合的な福利厚生の実施」「ワークライフバランスの配慮」については5割だった。</li> <li>・臨床心理士の相談に勤務シフトの都合から受けられない職員もあるなど課題もある。</li> <li>・職員体制が安定しない状況だが、職員の意向のより丁寧な把握と取り組み強化を期待する。</li> </ul>

<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。</p>		
<p>Ⅱ－２－（３）－① 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人による人事考課制度によって目標管理を行っている。法人の経営目標を個々人の目標へ展開することを意図して、年度当初に目標シートを定める際に施設長と面接して目標と行動計画を明示するしくみである。</li> <li>・今年度は行動指針の項目の中から個々の職員の目標を定めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「目標管理等が適切に行われている」とする回答は1割にとどまった。</li> <li>・法人の経営目標と個々の職員の目標とをどう適切に関連づけて設定するは課題である。</li> <li>・開設時の新規採用職員が多く、また改善の取組みの渦中にある中で、職員の主体的なモチベーション向上につながる目標設定とその進捗管理が求められる。</li> </ul>
<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人に研修委員会を設置し、法人の事業計画に「研修計画」（基本方針、職員研修年間計画）を定め、事業所の事業計画に「育成研修」を定め、それぞれ実施予定の月とテーマを明示している。</li> <li>・「個人研修」と称して、民間のオンライン研修サービスを利用して各職員が自らテーマを設定して15分程度の動画視聴をする研修受講を推奨している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人および事業所における各研修の計画は、体系化（例えば階層別、テーマ別、職種別など）の視点では十分とは言えない。</li> <li>・事業所では研修ニーズの把握と研修計画への反映の取組みは明確に位置づけておらず、個人研修も職員が自らテーマ設定しているだけに任意性が高い。</li> <li>・サービスの現状や目標を踏まえた研修計画の策定とその検証の取組みを期待する。</li> </ul>

<p>Ⅱ－２－（３）－③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では職員採用時に研修を行い、職員ハンドブックを配布している。同ハンドブックには「仕事の進め方」「身だしなみ」「育児休暇・介護休暇の取得方法」などの基本的な事項を明示している。</li> <li>・事業所開設時には、全く経験のない者も含めてほとんどの職員が新規採用だったため数日間の研修を実施した。ＯＪＴはリーダー職員が担い、また個人研修を推奨している。外部研修は個別に必要性を判断して参加させている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「職員研修の場はたくさん提供されている」という意見の一方で、「情報が少ない」「研修を受ける機会に差がある」という意見もあった。</li> <li>・ＯＪＴの実施体制は明確ではなく、指導内容と方法が指導する職員任せになっている。</li> <li>・研修成果の共有の機会が明確に位置づけられていない。一人ひとりの教育・研修の機会の充実に期待する。</li> </ul>
<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。</p>		
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実習生受入れに関する基本的な方針が定まっていない。</li> <li>・福祉施設における専門職養成の観点から、実習生の受入れをどう位置付けるのかに関する検討を期待する。</li> </ul>

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。	b	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のホームページでは、法人概要（設立の趣意、基本理念、基本方針、沿革など）、施設一覧、一粒ブランド、求人情報などを掲載している。</li> <li>・ホームページはリニューアル予定である。</li> <li>・事業所ではSNSで日常の様子を写真にして発信している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・SNSによる情報発信は行っているものの、ホームページには事業計画、事業報告、苦情・相談の体制や内容等の掲載はなく、また、各事業所の取組み内容等を読み取ることは難しい。</li> <li>・ホームページのリニューアルを予定しているとはいえ、当事業所に関する情報はほとんど掲載されておらず、トップページには「2022年4月1日開所予定」と過去の情報が残ったままで更新されていない。</li> <li>・法人および事業所として透明性の確保に関する方針の明確化と取組みの強化を期待する。</li> </ul>
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>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の組織規程に職員の職務、また経理規程および細則に予算、決算、金銭の出納、資産・負債、内部監査及び任意監査等を定めている。それらの規程は事務所に置いてあり、職員は必要であれば覧することができる。</li> <li>・職員が業務上に必要な諸手続きは採用時の研修で周知している。</li> <li>・法人で税理士と顧問契約を結び、助言や経営会議での収支報告を得ている。</li> <li>・事業所では小口現金の範囲内で金銭管理しており、それとは別に2万円を超える物品購入は法人の決算を要するしくみである。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現状で内部監査は十分に行われていない。</li> <li>・職員自己評価では肯定的な回答の割合は低く、「わからない」「情報が入ってきていない」といった意見も複数あった。主に法人の取組みとはいえ、職員への周知の取組みと理解の状況に課題がうかがえる。</li> </ul>

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
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。	b	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日中活動でのドライブなどのほか、一部の利用者は図書館、地域の祭り、自治会のごみ拾いに参加する機会があり、また、利用者の約3分の1は週末に自宅に帰宅している。</li> <li>・今年度は、個別外出の実施を計画し、外出に伴う手順をマニュアルとして定めたが実現できず、来年度に実施したい意向である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍であったとはいえ利用者が地域と関わる機会は少なく、事業所内でも改善したい課題と認識している。</li> <li>・個別外出の計画とマニュアルを整備したところであり、その早期の具体化を期待する。</li> </ul>
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。	c	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍でボランティアの受け入れは行えていない。</li> <li>・事業所では利用者が外部の人と一緒に過ごすことは重要と考えており、散歩や趣味の活動などにボランティアの協力を得たいとしている。</li> <li>・ボランティアの位置づけの明確化と取組みの具体化を期待する。</li> </ul>

<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>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同一建物内に同法人による生活相談支援センターや基幹相談支援センターがあり、日常にかかわりを持っている。</li> <li>・ 社会福祉協議会と不定期ではあるが情報交換や意見交換の機会がある。</li> <li>・ 自立支援協議会には昨年度から、市の障がい者福祉団体連絡協議会には今年度から参画し、情報交換やイベント参加などを行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常的に関係機関との意見交換などの機会はあるが、定期的な取組みにまでは至っていない。また、自立支援協議会などへの参画にも取組み始めた段階である。</li> <li>・ 上記の取り組みに関する職員との情報共有、さらには新たな社会資源の開発と関係強化も含め、取り組みの強化を期待する。</li> </ul>
<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>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立支援協議会や障がい者福祉団体連絡協議会に参加し、情報交換などの機会に情報収集している。</li> <li>・ 地域の自治会に加入している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域で必要とされる公益的な役割を発揮していくためには、地域の具体的な福祉ニーズ等を把握するための取組みを積極的に行うことが求められる。</li> <li>・ 地域の関係者（機関）との連携や協力体制の強化を通じ、福祉ニーズの把握につながる取り組みの強化を期待する。</li> </ul>

<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域貢献活動を行うための「彩の国安心セーフティネット事業（埼玉県社会福祉協議会）に参加している。</li> <li>・福祉避難所として市と協定を締結している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・埼玉県社会福祉協議会の事業への参加による地域貢献活動や福祉避難所としての防災の取り組みは今後に具体化を予定している段階である。</li> <li>・上記の取り組みも含め、公益的な活動に関する方針を明確化するとともに地域の福祉ニーズの把握と、それに基づく活動の具体化を期待する。</li> </ul>
---	----------	--

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	コメント
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所開設後、間もない中で、施設長が法人の理念の一つである「いかなるハンディがあっても、人として生きる尊厳が認められ、生活の主になること」の具現化を目指し策定した「行動指針」を朝会で唱和し、利用者を尊重した支援の実践に取り組んでいる。</li> <li>・職員は行動指針に照らした自らの行動をチェックシートを活用して、毎日振り返りを行っている。12月にそれに基づいてグループワークで共有し、他者の視点で改めて振り返っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・行動指針による振り返り、本人中心支援研修とアセスメントを重視しているが事業所では不十分と捉えている。アセスメントの充実を期待する。</li> </ul>

<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のプライバシー保護について職員の「ハンドブック」「虐待防止マニュアル」へ記載している。一方、支援するうえでの「職員としての基本的な行動」の項目では、プライバシーに関する記述は、「共同生活を支えるの中で、居室入室はノックをする、郵便物は手渡しなどごく一般的なプライバシーへの配慮に対する」の記述にとどまる。</li> <li>・各居室は、利用者のプライベートエリアとして尊重している。鍵を必要とする利用者は内側から施錠が可能である。</li> <li>・同性介護を基本として女性の家（フロア）へは女性職員を、男性の家は男性職員を配置。排泄支援について異性職員が対応せざるを得ない場合はトイレのドアまでの支援と決めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄や入浴などの直接的な支援に関するマニュアルにおいても、プライバシーの視点から配慮すべき内容の記載が必要である。</li> </ul>
<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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用希望者へは法人が運営・管理するホームページと「地域共生プラザ・びおもす」としてのリーフレットを主媒体として情報発信している。開設時には公用車２０台に紹介の広告を掲載した。ホームページは、２０２２年の開設を目指した内容で、実態と合わない面があり、近く改訂する予定である。</li> <li>・リーフレットは、写真やイラストで建物を案内した内容であり、自主製品の販売時、自治体主催の作品展開催時等に配付し、相談支援事業所においている。また、見学者や利用開始時の説明に活用している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リーフレットでの事業紹介は、例えば基本的な日課、日中活動や受けられる支援などの具体的な内容であることを期待する。</li> <li>・情報提供は、利用希望者の特性に配慮し写真やイラストの活用を行っているが、さらに多様な方法の検討を期待する。</li> </ul>

<p>Ⅲ－１－（２）－② 福祉サービスの開始・変更に あたり利用者等に分かりやすく説明している。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所希望者への当事業所の説明は、建物の完成が遅れたため、当事業所以外の場所で説明会を開催し、個別に説明を行った経緯がある。</li> <li>・説明は施設長等がサービス利用の前提として重要事項説明書を用いて、事業の目的・方針、居室やその他の設備について（写真で）、職員体制、提供するサービス内容、利用料金、虐待防止、苦情対応、個人情報保護等について行っている。</li> <li>・重要事項説明書は分量が多いうえ、内容の難しさもあり、利用者本人より家族が中心となり説明をして同意を得ている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本人がサービス利用の主体者であることに留意し重要事項等の説明にあたって、分かりやすくするための工夫が求められる。</li> <li>・「入所のしおり」では「持ち物」については事前に伝えているが、共同生活をするうえでのルールの説明が不十分である。利用者の特性に合わせた文書を作成する等検討を期待する。</li> </ul>
<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。</p>	<p>c</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所はライフステージにおける通過施設と考えており、入居の説明会の際にその旨説明し利用者・家族の地域移行について意向確認を行っている。</li> <li>・現状では利用者からは移行の希望はなく、取り組みもまだ実施していない。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行を目指している事業所でもあり、支援の継続性の視点で、退所後の支援についての文書化が求められる。</li> </ul>

Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者満足度はイベントへの参加後や、利用者会での発言、日常支援の中から把握している。</li> <li>・利用者自治会、家族が主体的に運営する家族連絡会へ職員も参加し満足度の把握に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者満足をはかるための調査は行っていない。</li> <li>・今回の第三者評価の実施に伴う利用者調査では、このような調査の定期的な実施の希望が複数意見としてあげられており、事業所としてもその必要性を捉えている。</li> <li>・利用者満足をはかる調査の定期的な実施と、その活用の取り組みを期待する。</li> </ul>
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。		
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決規定に沿って事業所内で苦情受付責任者・解決責任者を決めている。重要事項説明書には行政等外部の苦情の受付先、第三者委員を明示し、利用者・家族に説明している。</li> <li>・苦情受付に関するポスターを玄関に掲示し、意見箱と記載用紙を置いている。</li> <li>・苦情への対応は、所内で内容を精査・対策を検討し、必要に応じ法人本部にて対策を検討する。その結果やプロセスは申立者から理解を得られるよう説明するとしている。</li> <li>・法人全体の苦情について年度報告書に数値を挙げている。</li> <li>・苦情はサービス改善に繋がるとして積極的に受けとめる姿勢を示している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意見箱の開扉の時期・責任者を決めておく必要がある。また第三者委員の積極的な活用について検討を期待する。</li> <li>・評価基準では苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c評価」と定められていることから、この項目の評価を「c」とする。</li> </ul>

<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者や家族が事業所に意見や相談ができることを重要事項説明書に掲載し利用開始時に説明している。</li> <li>・家族は利用者が帰宅のつど活用する「連絡帳」を介し意見や相談をしている。また、家族会や家族懇談会を、家族が意見を言いやすい機会として位置付けている。</li> <li>・利用者、家族の相談の際には、プライバシーや個人情報に配慮して、面談室や居室を活用している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が相談できることを重要事項説明書に記載しているが、利用者自身にとってわかりやすい文書となる工夫は行っていない。</li> <li>・職員自己評価では「利用者に伝えるための取組が十分でない」という意見が60.0%、「方法や相手を選択できない」という意見が20.0%である。</li> <li>・利用者自身がいつでも目にして相談できる文書づくりの工夫を期待する。</li> </ul>
<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意見箱の設置、利用者自治会などで意見や相談を積極的に受け止める方針である。</li> <li>・職員は利用者からの相談や意見にいつでも受けられる体制をとっている。利用者は、言いやすい職員に対して、さまざまなコミュニケーションの手段で伝えている。</li> <li>・相談や意見が寄せられた場合は、夕礼で共有またはサービス管理責任者・副施設長・施設長へ口頭で報告し、迅速に対応するように努めている。内容により家会議で対応を検討している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「対応が十分ではない」という意見が63.3%である。</li> <li>・相談に対する対応の手順や留意点はマニュアル化されていない。職員参画のもとでマニュアル作成や見直しに取り組むことを期待する。</li> </ul>

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。		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リスクについては法人全体の「環境委員会」で情報収集対策を検討している。</li> <li>・「リスクマネジメント分野」ではヒヤリハット、事故報告、苦情対応、利用者の権利擁護・虐待防止、緊急時対応、BCPなどのマニュアルを作成し、責任者を明確にしている。</li> <li>・事業所としてリスクが高い事案は転倒、利用者間のトラブルであり、「家会議」や「医務会議」で検討し、対策を講じている。</li> <li>・「眠りリスク」を導入し夜間帯の利用者状況を把握し、転倒防止につなげている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業報告書に法人全体の事故、ファインド、ヒヤリ・ハットの集積結果を掲載しているが内容については触れていない。</li> <li>・職員自己評価では「十分でない」という意見が66.7%である。事業所では、同じようなヒヤリが解消されず、要因分析が不十分であると捉えている。</li> <li>・確実な取り組みによる対策を期待する。</li> </ul>
<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症は法人の「衛生委員会」で対策・研修を実施している。クラスター発生時は「感染症対策委員会」により対応した。</li> <li>・事業所内では、常勤配置している看護師を中心に感染症対策マニュアル（BCP）に沿った感染の拡大防止に取り組んでいる。また、実際の感染症発生後には対応について振り返り、マニュアルの見直しをしている。</li> <li>・昨年度は感染症対策研修を年2回実施し、防護服着用や手消毒研修を行っている。</li> <li>・マスクの着用が難しい利用者が多く、手洗いの励行や各所消毒、換気に対応している。</li> <li>・新型コロナウイルスが5類に変更された後も変わることなく感染症予防策をとっている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・吐物処理に関する体験的研修が行われていない。感染症に関する職員が身につけるべき知識やスキルの研修について体制を整え、取り組むことが求められる。</li> </ul>

<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の立地からハザードマップ上、水害の危機はなく、専ら地震が脅威である。</li> <li>・利用者の安全・安心をメインにしたBCP、非常災害対策計画を作成し、食料等の必要物品を同敷地内の特養と共同で備蓄している。施設長は備蓄の必要がある物品についてリスト化して取り組んでいる。</li> <li>・市と防災協定を締結し、当事業所は福祉避難場所になっている。</li> <li>・年2回、夜間など設定を変えて消防署の協力のもとで防災訓練を、そのほか毎月、利用者の避難誘導訓練を実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の課題として、利用者の特性上、落ち着いて過ごせる避難場所の確保が必要と思われる。</li> <li>・市との防災協定をもとにした訓練について早めの実施を期待する。</li> </ul>
---	----------	--

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は利用者支援、環境整備、事業運営に関わる項目を文書化・標準化（マニュアル化）している。このマニュアルは、各フロアにおかれ、職員はいつでも閲覧できる状況になっている。</li> <li>・新人職員研修には「職員ハンドブック」として職員としての倫理、利用者の権利擁護、個人情報保護等のコンプライアンスに関するマニュアルを集約した文書を手渡している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・文書化はされているが、その活用方法が定まっておらず、支援の現場では活用されていない現状である。</li> <li>・OJTによる活用やイラストや写真を付け加えわかりやすいものにするなど、新人職員でも読めばわかる内容となるような工夫を期待する。</li> </ul>

<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症発生時に感染症対応マニュアルを見直している。</li> <li>・随時、見直しが必要な項目については職員間で協議の上、変更している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアルの見直しの時期や担当者、方法が定められていない。</li> <li>・早期に見直しの仕組み作りへの取組みを期待する。その際、利用者や職員の意見の活用方法について検討することも必要である。</li> </ul>
<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。</p>		
<p>Ⅲ－２－（２）－① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画（個別支援計画）を適切に策定している。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画作成マニュアルを作成するとともに、サービス管理責任者を計画作成の責任者として位置付けている。</li> <li>・計画作成に先立つアセスメントは基本的に家族が記載する様式「基本情報」を活用し、利用者・家族と面談で確認し作成担当者が追記して完成させる。さらに相談支援事業所等の情報を加え利用者の全体像を捉えている。</li> <li>・アセスメントから立案する個別支援計画は生活支援員、看護師等の専門職の意見を反映させ利用者・家族の要望を踏まえ作成している。</li> <li>・計画は半期ごとのモニタリングを経て1年ごとに見直している。</li> <li>・アセスメントが不十分との認識のもと、今年1月から家庭訪問で再アセスメントしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭訪問による再アセスメントを踏まえて必要な項目の整理を行い、アセスメントシートの充実を図るとともに、アセスメントの意味と価値に関する職員への周知が求められる。</li> </ul>

<p>Ⅲ－２－（２）－② 定期的に福祉サービス実施計画（個別支援計画）の評価・見直しを行っている。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初回の個別支援計画は、アセスメントに基づき「新しい環境になれる」を主題として、「生活」「日中活動」「感染症対策」の3つを短期目標として作成している。見直しは半期ごとに短期目標の達成に向けた支援課題の評価を行っている（モニタリング）。さらに1年後は最終評価の結果を踏まえ、利用者・家族と面談後プランの見直しに繋いでいる。</li> <li>・計画の評価・見直しに際し、計画作成責任者であるサービス管理責任者は、「個別支援会議」「家会議」等で職員の意見を聴取し見直しに生かすよう取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者像の変化等により計画を緊急に変更する場合の仕組みは整備していない。仕組みを整備し、その意味と価値の理解に向けた職員への周知が求められる。</li> </ul>
<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。</p>		
<p>Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関する福祉サービス実施状況（個別支援計画）の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者ごとの個別の状況は「ケース記録」としてパソコン入力するようにシステム化され、職員はいつでも見ることができる。</li> <li>・ケース記録は、活動・生活・行動・服薬・不穏など小見出しを付し対応した職員が記録している。</li> <li>・課題のある利用者については随時「家会議」でまた、服薬や精神状況など医療と関係がある利用者の状況は、毎月の「医務会議」で検討している。この会議録は供覧して職員間で共有を図っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・記録の書き方についてマニュアルを整備しつつも十分に指導が行き届いていないと、管理者層は述べている。</li> <li>・記録に小見出しを付しているものの、個別支援計画を意識した内容として不十分であり、モニタリングの根拠資料としての役割が果たせていない。改善を期待する。</li> </ul>

<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。</p>	<p>a</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・記録の管理者は施設長と定め、法人が定めるプライバシーポリシーに沿って利用者の記録について適切に保管、保存をしている。</li> <li>・利用者に関する情報を集約した個別ファイルは、鍵付きのキャビネットに保管している。</li> <li>・利用者・家族と個人情報に関わる事項を重要事項説明書に明記し、さらに肖像権も含め利用目的を明確にした文書で同意を得ている。利用はその範囲内にとどめることとしている。</li> <li>・職員採用時は、離職後も守秘義務が生ずる旨を示した誓約書を取得している。さらに採用時研修において、コンプライアンス、個人情報保護について「職員ハンドブック」に記載し、いつでも確認できるよう図っている。</li> <li>・PCは、職階に応じたパスワード設定でセキュリティをかけるなど、個人情報の漏洩に配慮している。</li> </ul>
---	----------	---

A 個別評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
A-1-1 自己決定の尊重		
<p>A-1-1-1-① 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。</p>	b	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念に「いかなるハンディがあっても、人として生きる尊厳が認められ、生活の主になること」を掲げ、日々の支援において自己決定を重視している。</li> <li>・活動への参加、食事の選択、今日着る服、今トイレに行くのか等、生活の場面場面で利用者本人の意思を確認するように努めている。</li> <li>・夕礼で支援を振り返る際に、今日あった出来事を自己選択の視点につなげて考えるよう、職員に促している。</li> <li>・自己決定には利用者に応じたコミュニケーションへの配慮が必要と考え、その特性を把握しよう心がけ、絵カード、実物、視線、身振りから意思表示を把握するなど工夫している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画で「本人中心支援研修」をあげたが、未実施となった。自己決定にとって大事なテーマである。取組みを期待する。</li> <li>・利用者自治会を行っているが言語表出が難しい利用者が多く、職員からの報告にとどまる。コミュニケーション方法の工夫を期待する。</li> </ul>
A-1-2 権利侵害の防止等		
<p>A-1-2-1-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。</p>	c	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・権利擁護の視点でまとめたびおもす職員行動指針を職員の朝会、利用者の朝会で読み上げ、一日の支援の終わりにはできたかどうかチェックをして振り返りを行っている。</li> <li>・虐待防止マニュアル、身体拘束適正化の指針を作成し、家族会で説明を行っている。今年度虐待事案があり虐待防止改善計画作成し、経過と改善について家族会で説明している。</li> <li>・様々なところに防犯カメラを設置し、不適切な支援が行われていないか確認をしている。</li> <li>・強度行動障害支援者養成研修に全職員40名中21名参加し、障害の理解に努めている。</li> <li>・利用者は不安定になる人はいるが、職員が一人つき落ち着くまで一緒に行動することで、身体拘束を回避している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・権利擁護の取組みは、意見交換による支援の振り返りや職員相互の支援の見直しが重要である。職員体制の関係から意見交換の場が少ない。法人の協力も得ながら喫緊の課題として取組むことが求められる。</li> </ul>

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所は入所施設の暮らしは通過点と捉え自立支援に取り組むことを目標に掲げている。入所時の事前説明会でも説明している。</li> <li>・利用者が生活の見通しを持てるように、タイムスケジュールを文字やイラストで可視化する、週間予定を食事のテーブルに貼る、入浴の順番を掲示するなどの工夫をしている。</li> <li>・利用者ができることは見守る、次の行動を指示せず考えてもらうかわりを心がけている。例えば、就寝前の必要な準備を考えてもらう、日用品について「なくなったら声をかけて」と伝える等で、先回りしない支援に努めている。</li> <li>・先回りをしない支援のために、個別支援の手順書を作成している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援手順書の作成・活用は開始したばかりである。アセスメントの見直し、個別支援計画への反映も含め、個別支援手順書の内容を充実させ、自立に向けたさらなる取り組みを期待する。</li> </ul>
<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーションについては、表出言語と理解言語、意思疎通の方法をアセスメントし、利用者に応じて、絵カード、文字盤、iPad、実物、サイン等工夫している。</li> <li>・また「あと何回ご飯を食べたら帰省かな」等利用者が関心を持てるものを目安として伝達する等の工夫をしている。</li> <li>・毎日の支援の振り返りの中で、利用者の様子で「こうしたら伝わった」という方法を報告してもらい、「にこりほっと」として職員のノートにまとめている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーションツールは日進月歩であり、教育現場では一人1台のiPadが当たり前になっているように、ICTの活用も含め、職員・利用者共に新しいスキルの情報収集や習得に努める必要がある。</li> </ul>

<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活場面や活動の場面で相談が寄せられたときには、居室や相談室などで、個別に話を聞くようにしている。</li> <li>・言葉による相談だけでなく、利用者の表情や状態、不適切行動も利用者の発信と捉え、日々の関わりを見直したり、要因となるものを検討するように努めている。</li> <li>・相談内容は、随時、サービス管理責任者と副施設長が共有し、対応方法を検討している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・言語表出が難しい人の訴えを十分捉えられないと、職員は感じている。相談は、職員との信頼関係のもとに、コミュニケーション支援の充実や、多様な選択の場面設定が整う必要がある。取り組みを期待する。</li> </ul>
<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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は従来よりハンディがあっても働くこと、役割を果たすことを重視してきた。当事業所でも、何らかの形で仕事をして、お金を得て何かをすることが、社会につながるとして、少額だが工賃支給を行っている。</li> <li>・工賃は、利用者自治会のおやつ代として活用している。</li> <li>・利用者の状況に応じて、健康班、クッキー班、内職班に分かれて活動し、アート活動、ドライブ、レクリエーション等も行っている。</li> <li>・作業ばかりでは外に出られない場合もあるので、週1回は外出できるように工夫している。</li> <li>・活動のプログラムは家会議で検討している。</li> <li>・土日の日中は、図書館やドライブ、地域のイベントに参加するなどしているが、職員体制もあり、頻度は少ない。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者調査からは多様な活動への希望が出されている。利用者の興味、関心を捉えプログラムへの反映を期待する。</li> </ul>

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所として、てんかん研修、障害特性と強度行動障害についての研修を実施している。県の強度行動障害支援者養成研修は21名が修了した。職員一人がテーマを決めオンライン研修にも取り組んでいる。</li> <li>・利用者一人ひとりの生活場面ごとの個別支援手順書を家会議やグループミーティングで検討し、作成している。職員全員のものとなるよう努め、リーダー、サブリーダーの助言も得る。</li> <li>・障害の違いにより室温や床の使い方等、相反するニーズもあり、現状では身体障害への配慮が十分されていない。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対応困難な事例についてケースカンファレンスを行っているが、職員全員参加が難しく検討結果の共有が主になっている。また、看護師や管理栄養士の活用はあるが、その他の専門職の活用や外部の視点での助言の機会は少ない。利用者の状況に応じた支援を行うために多くの意見を得られる場の設定が求められる。</li> </ul>
<p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄、入浴、着脱等の身の回りの支援は同性介助を徹底している。</li> <li>・入浴、排泄、着脱、食事、歯磨きや髭剃り、整容についての支援マニュアルがあるが、改めてプライバシーの配慮は記述されていない。</li> <li>・その支援マニュアルと利用者一人一人のアセスメントを元に個別支援手順書を作成している。先回りはせず、自分でできることはやってもらう方針である。</li> <li>・入浴は個浴で一人ずつ毎日実施している。</li> <li>・トイレはワンフロアに3個ある。</li> <li>・食事は北本拠点で合同で管理栄養士を中心に給食会議を行い利用者が交代して参加している。誕生日月の人に参加し希望の献立を入れている。一口大、刻み、ソフト食などの食形態やご飯の量を、健康診断の結果や体重の増減等を反映させて調整している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族から身だしなみへの配慮が不十分と意見があった。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>

A-2-(3) 生活環境		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・木を基調とした設備であり、怪我への配慮、反響音への配慮がされている。</li> <li>・居室は個室で、利用者の好みや障害特性に応じて選んでいる。フローリングだが布団希望の人にはマットを敷いている。</li> <li>・また、リビングにはソファや大型クッションを置きくつろげるようにしている。気になる掲示物は排除している。</li> <li>・設立時には想定していなかったが、利用者の状況に合わせてトイレに手すりを設置した。</li> <li>・巡回による睡眠の邪魔をしないよう、夜間帯に見守りセンサーを設置した。</li> <li>・5S活動でチェック・確認しながら環境整備に取り組んでいる。年2～3回ワックスがけやエアコン清掃等を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害特性のこだわりにより修繕が追い付かない状況がある。それぞれの利用者にとって快適な環境になるよう工夫を期待する。</li> </ul>
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・別事業所の委託理学療法士が月数回来所。動作アセスメントを行い、歩行訓練や生活動作についての助言を得ている。看護師が聞き取り支援の手順書を作成している。写真や図解をして支援員がわかりやすいものとしている。</li> <li>・例として、ふらつきや転倒が多い人の歩行動作の介助方法や首が前に出てうつむき加減の人の食事動作の改善に向けたストレッチなど実施している。</li> <li>・毎朝ラジオ体操を行っているが、利用者が意欲を持てるように他の方法も検討している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全館フローリングで、毎日のストレッチやリラクゼーションを図るためのスペースや設備がない。障害や年齢の状況に応じた取り組みができるよう環境整備を期待する。</li> </ul>

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検温、血圧測定を毎日行い、便秘や食欲、睡眠状況など、朝会時フロアにいる職員で共有している。参加できない職員には伝達メール、掲示して共有している。</li> <li>・ 看護師は朝会での報告を受け、巡回して利用者の状況を確認している。</li> <li>・ 往診医がほぼ毎日来所する。20名が契約し受診している。随時相談できる環境にある。</li> <li>・ 歯科の訪問も契約により受けている。</li> <li>・ 年2回健康診断を行っている。</li> <li>・ 外部の医療機関の場合は看護師が健康状況を書面にして持参してもらうようにしている。</li> <li>・ 緊急時の動きはフロー図にしてスタッフルームに掲示している。</li> <li>・ 月1回の医務会議には支援員も交代で2名ずつ参加できるようにし、支援員と看護師が意見交換できるようにしている。また、支援員から希望が出たテーマについて簡単な研修会を実施している。なお、職員研修は全員参加が難しい。全体のスキルアップにつなげるための取組みの充実を期待する。</li> </ul>
<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。</p>	<p>a</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ アレルギーや医療的ケアの必要な利用者はいない。</li> <li>・ 服薬管理マニュアル、個別の服薬支援マニュアルに基づき、服薬の支援をしている。</li> <li>・ 薬局薬剤師が配薬をして、その日の担当が「お薬確認カード」で確認しながら、ダブルチェックで与薬をしている。</li> <li>・ 感染症対策研修は手指消毒や防護服着用等実技的な研修を年2回行っている。</li> <li>・ 医療的な支援は、看護師の看護日誌、医務会議の会議録で共有している。</li> <li>・ なお、感染症に関する協定医療機関との連携は法人内で検討中である。</li> </ul>

A-2-(6) 社会参加、学習支援		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開設2年目で、利用者の安全の確保を最優先として取り組み、また、コロナ禍もあり、外出を伴う社会参加は消極的だった。</li> <li>・今年度は、敷地内のカフェの利用、希望者での図書館利用、販売への参加、森林公園やボウリングへの外出に取り組むことができた。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後は、利用者一人ひとりの興味・関心に応じた個別外出の取り組みを実施したいと考えている。取り組みを期待する。</li> </ul>
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所は通過施設として考えており、入所の時点で地域移行に関する、利用者や家族の意向を確認している。高齢化している家族もあり、地域移行に関しては消極的である。</li> <li>・近隣の散歩を継続することで、近所で畑作業をしている人や公園で過ごしている人から声をかけられたり、地域の人から徐々に認知されてきていると感じている。市内施設連絡会や自立支援協議会の入所部会に入り、地域の状況の情報収集をしている。</li> <li>・地域の牧師に講和や、訪問理美容等、少しずつ地域の人が足を運ぶことも始まっている。アートの展示会を予定している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開設して間がなく地域移行のり取り組みは難しいが、先進事例を学ぶ機会を設け、取り組みの準備をしていく必要がある。</li> <li>・施設を拠点に地域生活が展開できるよう域住民との交流や社会資源の活用など普通の暮らしを念頭に、取り組みの具体化を期待する。</li> </ul>

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	
<p>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。</p>	<p>b</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・週末帰省する利用者は12～3名である。帰省時には日々の状況を記録した「連絡帳」を渡し、口頭でも伝えている。</li> <li>・月1回『びおもす通信』を家族に渡している。写真を中心に利用者の状況を伝えている。</li> <li>・家族が主催の家族会を年3回実施しており、それに合わせて、現場の職員も参加する家族懇親会を実施している。職員が家族の話を直接聞くことで、利用者理解につながっている。</li> <li>・また今年1月より家庭訪問を実施し、家庭の様子やこれまでの生活の様子を確認している。改めて家族の要望も確認している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者調査では「入所前に活動プログラムについて知らなかった」「食事はどんなものを食べているのかわからない」等意見があり、事業所の取組みが伝わっていない部分がある。今後は家族も施設内に足を運ぶ機会を増やし、取組みに対する理解や職員とのコミュニケーションが図れるよう期待する。</li> </ul>