

(様式第6号 別紙)

長崎県福祉サービス第三評価結果報告

① 第三者評価機関名

| |
|-----------------|
| 有限会社 医療福祉評価センター |
|-----------------|

② 事業者情報

| | |
|------------------|------------------|
| 名称：デイサービスなかやま | 種別：生活介護 |
| 代表者氏名：佐竹 真 | 定員（利用人数）： 20名 |
| 所在地：諫早市福田町 357-4 | TEL：0957-22-2644 |

*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

③ 施設・事業所の特徴的な取組

法人本部に隣接する場所にあるデイサービスなかやまは、短期入所、地域密着型通所介護・共生型放課後等デイサービス、訪問看護ステーション、診療所が併設している。建物自体は、年数が経っているとのことであるが、一部改装をしたり、掃除が行き渡っており、事業所内は清潔に保たれている。改装した際、木材を使っており、木のぬくもりが感じられる事業所であった。

ここでは、在宅やグループホームで暮らす障がいのある方々が、楽しく一日を過ごせるよう、送迎・食事・入浴はもちろん、乗馬やプール、音楽、園芸、陶芸など多彩なサービスメニューから選べるようになっている。また、季節に応じた行事や社会体験活動にも力を入れている。

事業所の大きな特徴として、年始1月1日～3日以外は、事業所を開所しており、利用者や家族に寄り添ったサービスを行っている。また、他の事業所では馴染めない等の理由で、利用を開始する利用者もおり、デイサービスなかやまに相談すれば糸口が見つかるのではという安心感を提供している事業所でもある。

④ 第三者評価の受審状況

| | |
|--------|---|
| 評価実施期間 | 令和 元年 7月 1日（契約日） ～ 令和 2年 2月 19日（評価結果確定日） |
| 受審回数 | 今回が初めて |

⑤総評

◇特に評価の高い点

①理念やビジョンの浸透

法人のミッション、「生きる誇りへの、挑戦」、ビジョン～私たちの行き先～「人生は楽しい」、南高愛隣会バリュー「人生にドキドキを、地域に元気を、時代に勇気を」と分かりやすい言葉で理念やビジョンが策定されている。利用者ひとりひとりの「～したい」はささやかでもそれらはひとつの大きなエネルギーとなって、「幸せ」の障がいを打ち壊し、全く新しいボーダレスな世界をつくっていくことも、法人が目指している。そこに、「人生は楽しい」という行き先が見えてくることにつながっている。デイサービスなかやまも、この理念のもと、障がいがあっても何かに挑戦する、「～したい」を実現するための支援を行っており、訪問調査当日、利用者も職員も常に笑顔であり、いい支援をしているとの表れである。これは、「人生は楽しい」ということが、職員はじめ利用者にも浸透している結果である。

②進化を常に考えた取り組み

デイサービスなかやまでは、IT0プロジェクトを立案して実施をしている。「IT0」というのは、「糸、思いをつなぐ、つむぐ」という意味でつけられた言葉である。このプロジェクトは、利用者の誕生日の月に利用者がしたいことを叶えるプロジェクトであり、これまでDVDを映画館で見る、花壇の花のお世話をするなどの、希望を叶えている。標準的なケアのみするのではなく、職員が自ら考え、立案して取り組む姿勢が表れている。

③ 生きる誇りへの挑戦の実践

法人のホームページの理念・ビジョンの箇所に、「障がいのある方にとって、いちばんの障がいは、挑戦するチャンスがないことでした」と記されており、それは「生きる誇りへの、挑戦」というミッションとなっている。その挑戦は、利用者だけではなく、職員も挑戦して一緒に成長ができるよう、理念浸透研修の中で、「生きる誇りへの挑戦」の対象者を発表し、職員の士気をあげる要素ともなっている。生きる誇りへの、挑戦を実現するために、気づく、決意、行動するという分かりやすい説明もあり、この気づく力は、うれしそうか？悲しそうか？何をすると喜ぶか？何をしたいのか？と具体的に例示されている。この気づく力がミッション実現の第1歩でもあり、日々利用者とともに、職員も挑戦できるよう法人全体で、取り組んでいる。

◇改善を求められる点

①法人の仕組みを事業所への浸透

法人内でマニュアルや規程が整備され、土台となる法人としての仕組みは確立されている。職員も正社員、非常勤など多種多様であり、一人ひとりに価値観の違いが出るのが想定される。職員一人一人の考え方が、法人の考え方と相違が出ないように、法人として統制がとれていることを、今後はさらに事業所に落とし込んでいくことが望まれる。

②利用者・家族アンケート実施

過去に、法人内のグループホームの利用者アンケートを、大学と共同で実施したことがあるとのことであるが、事業所として単独でアンケートを実施したことはないとのことである。モニタリングの際などで、利用者・家族から、十分意向を把握しているとのことである。利用者・家族の中には、直接意見を言いづらいという場合があるかもしれないため、無記名でのアンケートを実施すると、声なき言葉を拾うことにつながる可能性もある。今後、大学との共同でアンケートを実施する予定であるとのことであるため、このアンケート実施を期待する。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度、第三者評価を受けさせて頂き、事業所、法人の事を改めて見直す事が出来ました。評価結果の改善点を受け止めて事業所内でも統制を図っていきたいと思います。また、アンケートを実施し日々の支援の質も上げていきたいと思います。

⑦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。

⑧利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

(別紙)

第三評価結果

※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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・理念や基本方針はホームページやパンフレットに分かりやすく示されている。特にホームページはわかりやすく示すように、文字だけではなく動画で表現している。・法人の理念や基本方針に基づいて、各事業所でも「障がいがあっても何かに挑戦する」、「～したい」を実現するための支援を行っている。・法人では理念や基本方針を「ビジョン」、「バリュー」、「スピリット」に分類して分かりやすい言葉で表現している。ビジョンは「人生は楽しい」、バリューは「人生にドキドキを」「地域に元気を」「時代に勇気を」、スピリットは南高愛隣会 10 の「愛」言葉としてまとめられている。・法人として仕事始め式や新しく入職した職員に対する初任者研修、既存の職員も含めた理念浸透研修等、全職員に対して毎年持続的に周知徹底を図るべく研修を行っている。法人として理念浸透については特に力を入れている領域で、「生きる誇りへの、挑戦。」大賞と銘打って、日々の業務の中で特に理念の実践に向けて頑張った職員を表彰する機会もある。・理念や基本方針について利用者や家族への周知は、主に4月の保護者会で説明するようにしているとのことであった。この機会に合わせて事業計画の説明や新しく赴任した職員等を紹介する機会にもしている。 | | |

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が的確に把握・分析されている。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として社会福祉事業全体の動向や傾向、今後の予測等を把握すべく、経営執行会議を中心とした法人内の会議で共有する仕組みができています。 ・法人として県下エリア別に拠点化計画があり、いくつかの地域に分類して福祉に関する詳細な情報を掌握するようにしている。また、管理者が地域の福祉策定の委員に選出されているため、地域の動向等の情報は入りやすい状況となっている。 ・利用者数については行政からの情報と同時に、近隣の特別支援学校との連携も定期的に図ることができているため、最近の傾向や変化等を把握しやすい状況を確認している。 ・利用者の新規受入れや利用状況、稼働率等を法人の所定のフォーマットに入力して、定期的に提出する月次報告や、毎月開催されている管理者会議や経営執行会議で包括的に把握する仕組みができています。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・経営課題の抽出や課題解決については、法人としての規模が大きいため、それぞれの事業所で対処するやり方もあるが、当法人では法人全体で具体的な取り組みを進める方針を立てている。各事業所単独で解決すべき内容も多々あるが、情報は法人内で共有できる仕組みとなっている。 ・法人としての仕組みで、所長が管理者に月次報告として、毎月の利用状況等を報告する。→報告内容も含めて管理者会議で管理者は状況を把握する。→更に法人の上部において経営執行会議が開催されており、この会議における各事業所への通知内容は、管理者が事業所連絡会で参加職員に報告を行い、特に重点項目の周知を図っている。 ・法人役員間での情報の把握と課題解決に向けた意思決定等は、経営執行会議の場で決裁されることとなっている。 | | |

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。 | | |
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として設立 40 周年を迎えて法人は新しいミッションとして「生きる誇りへの、挑戦」を定めて新しい一歩を踏み出した。法人の中長期計画の中に、重点目標として「法人理念・ミッションの浸透」という項目があり、2018 年度に完成した新ミッション・スピリットの浸透を掲げている。 ・法人としての具体的な目標として①個別支援に着目したサービスの質の向上②法人理念・ミッションの浸透③労働生産性を上げる④地域での安心を支える仕組み⑤適切な給与(工賃)を支給できる事業所へ⑥新事業⑦豊かな生活の実現を掲げている。 ・具体的な目標として各事業所の目標を①定員②週の営業日③新規利用者別に掲げて、評価しやすい数値で示している。また、重度障がい者の受入れや、高齢者と障がい者(児)が同一事業所でサービスを受けられる共生型サービスの指定を取得する等、具体的な数値や成果で評価のできる仕組みとなっている。 ・中長期計画や単年度計画の進捗状況は、定期的に月次報告で上申する仕組みとなっており、当初の予定と現状に差異が生じてきたら、管理者会議や経営執行会議等で協議の上、軌道修正することもあるということであった。 ・最近の目標設定方法について、法人として同一法人で運営している「生活介護サービス」だけの目標を掲げたりする等、種別に目標を掲げて評価見直しまで一連のPDCA サイクルを回すようになった。このように、デイサービスなかやま単独での目標、法人の有する生活介護サービスだけの目標、法人全体の目標と整理して管理させている。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・資料としては「2019年 デイサービスなかやま事業計画書」で確認することができた。内容としては中長期計画で掲げられている「サービスの質の向上」や「法人理念・ミッションの浸透」に連動する形で「人材育成」、「収入の安定化」、「業務改善」が掲げられている。 ・目標の実効性については、1つひとつの項目において、①目標②現状と課題③取り組む目標にまとめられている。更に取り組む内容には行動目標が詳細に記されていて、更に1年間の「事業工程表」に月次での目標まで「見える化」されていて、非常に理解しやすい仕組みとなっている。 ・事業所としても生活介護サービス種別としても、経営状況一覧が作成されており、詳細に目標数値に対する実績や、加算の取得状況、経営課題がわかりやすくまとめられている。このように実績に応じて数値化された一覧表があれば評価しやすいし、評価後の具体的な改善策が策定しやすい。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の策定に際しては、毎月開催されている事業所連絡会の中で、次年度の計画内容を検討したり、進捗状況を確認したり、評価をしたりして、事業所に所属する職員が参画する仕組みができています。 ・この項目における職員の参画について、特徴的な取り組みは「事業所活性化シート」という法人独自のシートを用いて、事業所が活性化するための改善点を収集しているところである。このシートは端的に言うと、職員の困りごとを所長や管理者が把握して、優先順位をつけながら改善していく情報源の1つである。 ・事業計画の策定、実行、評価、見直しは法人で期限を定めながら規則正しく回っていることをヒアリングの中から確認することができた。また、事業工程表の中に「次年度事業計画・作成」という文言を確認した。 ・事業計画の作成の段階で職員の参画があるため、どのような内容になっているか一定程度理解は得られている。更に、新年度の事業所内研修や月次会議で新しい事業計画の内容にも触れていることを、ヒアリングの中から確認することができた。 | | |

| | | |
|--|-------------------------------------|-------|
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、事業所として、毎年4月に保護者会を開催している。この折に新しく赴任してきた職員の紹介や、新年度の事業計画の重点項目をできるだけ分かりやすく説明しているとのことであった。 ・説明する際の資料はできるだけ理解をしてもらいやすいようにパワーポイントを用いたり、画像や映像を交えて説明する等が工夫点として掲げられる。 ・法人又は県央の育成会の場においても、保護者等に新年度の事業計画の要点を説明する機会がある。 | | |

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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としてコンプライアンス委員会(業務改善部会・虐待防止委員会)、防火・防災委員会、感染対策委員、システム管理委員会(ケアコラボ部会・セキュリティ対策部会)等、質の向上に即した各委員会や部会がある。この機能が各事業所にいきわたる仕組みができています。 ・前述の各委員会や部会で課題設定から実行、評価、見直しまで一元的に管理されているので、事業所は標準的な方法で質の担保を図ることができています。この委員会や部会での決定事項や、問題提起は社内のネットワークで「見える化」されている。また、事業所連絡会等でも管理者を中心に共有する仕組みができています。 ・デイサービスなかやまは、今回初めて第三者評価を受審する。今後、この第三者評価の項目を、質の向上の目的で定期的に自己点検することが望ましい。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所単独での質の向上に向けた取組みという観点から言うと、法人全般的な取組みはあるにしても、満足度等に関する利用者アンケートや、一定のツールを活用しての質の評価を図る仕組みは、今のところ確認することができなかった。今後、今回受審した第三者評価の評価ツールを活用したり、満足度調査、苦情受付後の対処の公表等、複合的に取組むことを期待したい。 | | |

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。 | a)・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・自らの役割と責任を表明する点に関して、前提は理事長のホームページに掲載されている、理事長メッセージにより事業の方針と取組みを明示しているということができる。 ・毎年、事業所の管理者や所長は、理事長のメッセージや方針を事業所連絡会等の場で職員に分かりやすく伝えて、職位としての役割や年度毎の方針等、それぞれの役割や責任を明確にしている。 ・法人内における組織図や役割一覧、また、事業所における職務分掌表はそれぞれ訪問時に視認することができた。職員に対しての説明は、主に新しく入職した際や異動等で組織編成があった際に説明するようになっている。 ・緊急時や非常災害時の権限委託については、自衛消防組織の編成のところに、管理者不在の際の対応方法に関する説明を、ヒアリングの中から確認することができた。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法令遵守の項目で筆頭に挙がってくるのは、障がい福祉事業の運営に係る内容で、員数や加算要件等、適正な運営を行っているか、法人独自の役員監査(業務監査)で定期的にチェックしたり、保険者の実地指導等においても確認できている。 ・管理者は法人内で定期的に開催されている「役職者連絡会議」の場において、多種多様な法令の勉強をできる環境にある。また、県社会福祉協議会主催の階層別研修や、銀行主催のセミナー、厚生労働省補助事業のマネジメントスタンダードプログラム等に参加して見識を深化させている。 ・上記のセミナー等に参加した管理者は、法人全体の会議で周知を図ることや、事業所での伝達講習まで責任を持って実行している。 ・事業運営に当たっては多くの法令を理解しながら、また、職員に教育しながら日々刻々と変化する情勢に対応しなければならない。このような環境下においても、法人として部会や委員会に分類して管理及び教育体系が成立しているため、法令遵守の意識は高い事業所と言える。 | | |
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、事業所として、事業の方向性の中に「個別支援の充実」と「個々に合った楽しめる活動の提供」を掲げており、毎月実施している事業所連絡会の場で、実施状況や課題抽出等、計画に基づく評価や見直しを行っている。実際にデイサービスなかやまの2019年度事業工程表に「サービス内容」が具体的に示されており、主にこの部分の評価が上述にあたる。 ・サービスの質の向上については、事業所単位で組織的に行われているが、管理者は進捗状況の把握や、職員のモチベーションを確認したり、悩みを聴いたりすることも目的の1つとして、「成長支援面接」を行っている。 ・利用者に提供しているサービスについて、事業計画にも掲げているように、「どのようにしたら法人理念やミッションと、実際のサービス内容を紐づけできるか。」このテーマを常に念頭において、この仕事は何のためにあるのか。またどこに向かっていくのか。更には、5年後10年後の着地点はどこか。このようなことを頭に描きながら事業運営に勤しんでいる。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は適正な職員数、運営に必要なライセンス、働きやすい職場作り、効率的な稼働を行うことで適正な利益を得ることのできるように年度当初の事業計画を中心に、定期的に全般的な見直しを行っている。 ・デイサービスなかやまは、比較的重度の利用者が多く利用しているので、人員基準以上に手厚く職員を配置していることが特徴の1つとのことであった。 ・法人の方針としてデイサービスなかやまでは、比較的重度の利用者を意図的に多く支援している。このため職員を多く配置して国の定める加算を算定したり、人材育成の場として位置づけ、職員の支援技術(重度の利用者の支援方法や強度行動障がい等への対応)の向上に努めている。 | | |

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。 | | |
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の員数や必要な資格等は、総合的に法人の総務部で管理されている。毎年、中長期計画や経営計画に則して新卒採用の計画を立案したり、人事異動等に伴う適正な配置を、役職者連絡会等で協議している。 ・デイサービスなかやまの事業形態に関しての専門職といえば、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、看護師、保育士等を掲げることができる。法人の思うように採用ができていないわけではないが、資格がなくても仕事の経験を重ねながら資格取得する職員もいるため、合同説明会や大学訪問、近隣の公民館で地域の住民向け就職説明会を企画して、人員の確保に努めている。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の掲げるスピリットに南高愛隣会「10の愛言葉」があり、この内容は法人が職員に求めるメッセージということができる。この他に倫理綱領にサービスを提供する際の基本的な考え方を示している。更に職員の等級に応じて「自己研鑽」や「仕事の質」、「協力行動」等、項目毎の求めるレベルを詳細に記した表があり、様々な角度から求める職員像を確認することができる。 ・昇給昇格等については、就業規則等の明文化された文章に基づいて、法人内の規定通りに実施されることとなっている。 ・人事評価については、法人で定める人事評価表に基づき、また、定期的な上司との面接を経て、総合的に評価する仕組みができています。 ・専門性の評価点として、法人の定める国家資格や任用資格については、手当を付与する形で評価を行なっている。 | | |
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の就業状況や意向を把握する特徴的な取り組みとして、年に1回配属希望調査を実施して、日中のみの仕事を希望するのか、夜間も就労可能なのか。また、地区をまたぐ異動を希望するか否か等、職員の働き方について希望を聞きながら配置することとなっている。 ・職員の就業状況は、毎月定期的に報告する仕組みができており、最終的には法人本部で一括管理されている。 ・法人本部に法務相談室を設けており、職員相談窓口の1つとして職員に周知を図っている。上司に相談しにくい場合でも、まずは第三者的に職員の話しを聞いてくれるので、メンタルヘルスの一環としても評価できる取り組みの1つと言える。 ・「働きやすさとは職員とのコミュニケーションから始まる。」という管理者の思いから、普段業務の中での声かけや、職員の表情等、様子を気にかけている。また、職員のライフステージに合わせた働き方ができるように、法人全体で検討している。 | | |

| | | |
|--|--|--------|
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| 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。 | a)・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員1人ひとりの目標管理については、人事評価制度に基づいて実施されている。この制度の一環で、「成長支援面接」というものがあり、職員自ら掲げた目標等に対して、目標達成の進捗状況確認やモチベーションが上がるようにする目的で実施されている。 ・職員1人ひとりの目標のレベルについて、難易度のばらつきは若干あるとしても、いつまでに何をできるかや、また、半年毎に職員との面接を行うことで、実施状況や軌道修正がしやすい仕組みとすることができる。 | | |
| 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。 | a)・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として職員に対して必要としている資格は事業計画の中に記してあり、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、看護師、保育士等を中心に、専門的な知識を必要とする強度行動障がい支援者養成研修を修了すること等、幅広く捉えていることをヒアリングの中から確認することができた。 ・職員研修等に係る規程や毎年度更新している研修計画に基づき教育体系が整っている。法人本部が必須研修と掲げている内容は、法人内の全事業所で受講することとなるが、場合によっては事業所単独で実施する内容もあれば、法人内の生活介護事業所間で実施する研修もあるとのことであった。このように法人として縦断的に行っている内容ばかりではなく、今、この事業所に必要な研修は何であるか、管理者や所長が職員に尋ねて、一体的に行っていることをヒアリングの中から確認することができた。 ・年度内に実施予定の研修は、事業工程表にて一目でわかるように事業計画に基づいて明文化されている。この計画に基づいて実行→評価→見直しの一連のサイクルが回っている。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 19 | 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の専門的な知識や技術、法人が求める社会人としての基本行動等は、職員の等級に応じてレベルが「見える化」されている。この表は自分が今どのレベルにあるか一目瞭然で、今後、どのようなスキルが必要で求められるのか、未来の姿を描く際にも有効と言える。 ・新入社員にはプリセプター制度が確立しており、入職後約半年くらいは制度の規定に基づいて、新入職員への指導が担当者より続くことになるとのことであった。 ・階層別研修については、上述のような初任者研修から中級、上級向けの研修内容を準備したり、個別支援計画作成研修やケアマネ研修等の専門性の高い内容まで実施している。更に役職者連絡会の場で役職者は2ヶ月に1回経営にまつわることを中心にして、法人全体で学びを深化させて、永続的な事業運営の人材育成に努めている。 | | |
| 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。 | | |
| 20 | 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として定めている「実習のしおり」と「社会福祉士・精神保健福祉士を受け入れるにあたって」という資料の冒頭に、実習とはという頭文字で法人の考え方を明文化している。 ・法人として実習生受け入れの手順書としている資料は、「実習のしおり」と「社会福祉士・精神保健福祉士を受け入れるにあたって」で、心構え、心得、記録、宿泊等多岐にわたって手順等が示されている。 ・指導者に対する指導については、県内にある大学で定期的に指導者養成講習を受講しているということであった。 ・実習中は学校の先生ともやり取りをしながら、実習生が目標として定めた内容が達成できるように支援しているとのことであった。また、実習中にトラブルや実習に支障を来すようなことが生じたら、随時学校とやり取りをして軌道修正できる部分はしていく方針であった。 | | |

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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページは定期的に見直しを繰り返しているため、新しい情報を入手する上でも有益な情報源といえることができる。また、評価表で求められている理念や基本方針は、文言だけではなく動画でイメージ映像を閲覧することができる。 ・法人のホームページ上の「情報公開」の項目にて、第三者評価や苦情に対する改善状況、規程集、事業計画等を掲載している。 ・理念や基本方針は明文化されているが、法人の評価できる取組みとして、理念等の文言をかみ砕いて、『障がいのある方にとって、いちばんの障がいは、挑戦するチャンスがない、ことでした。』と定義付けて、このテーマを法人として乗り越えていく覚悟をホームページ上で確認することができた。 | | |
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として毎年度決裁(職務権限)規定及び職務役割を策定しており、この資料の中に「会計に関する事」という項目があり、その中には資金調達、取引先との契約、入札、購入伺い、収支決裁及び出納、請求・領収書発行、月次報告にまつわる決済権者がわかりやすくまとめられている。 ・法人として定めている毎年度決裁(職務権限)規定及び職務役割は会計のことばかりではなく人事・労務に関する事や管理に関する事、サービスに関する事等多岐に及ぶため、職員に説明する資料の1部として捉え得られている。 ・事務、経理の部門については毎年内部監査を実施して、適正な会計が行われているかチェック機能がある。また、この機会とは別に外部に委託している会計事務所からも、定期的なチェック機能が働いている。このように常に内外部からの第三者のチェックを入れることで、不正等を未然に予防している。 | | |

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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域との関わりについては、毎年度策定している法人の事業計画の重点項目の(4)に定めている「地域での安心を支える仕組み」や、法人として定めている「バリュー南高愛隣会の約束」の3つ目の文言に『地域に元気を』を掲げることができる。 ・事業所の所在する地域で開催されるイベントや講演会、文化的な活動等について、利用者や家族に有益と判断できる掲示物は、事業所の中でもよく目に付くところに掲示している。実際に訪問した際も掲示物を確認することができた。 ・地域の方との交流に関しては、地域の清掃活動や同一敷地内にある多目的ホールを地域住民に開放して、法人が外に出て行くばかりではなく、地域の方が法人内に足を運んでもらうよう努めている。地域住民が事業所や敷地内に足を運ぶことで、機会があれば少しずつ事業所の紹介や利用者の特性等の理解にも繋がっていく。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受入れについては、法人として「学生ボランティア・アルバイトの窓口統一」という資料に基づいて受け入れを行っている。以前は各事業所でそれぞれ受入手続きを行っていたそうであるが、收拾がつかないこととなり、現在では法人本部が窓口となっている。 ・ボランティアの受入については、「学生ボランティア・アルバイトの窓口統一」という資料の(3)に申請と受入れの流れが分かりやすく示されている。 ・ボランティアに対する研修という仰々しいものではないが、利用者の特性ややっていいこと、だめなこと、個人情報のこと等、基本的な部分の指導を開始前に行っているとのことであった。 ・「学校教育等への協力についての基本姿勢」について、事業所として実際に職場体験等で受け入れを行っており、受入れ自体は資料で確認できた。但しこの項目における基本姿勢だけ確認できなかったため、現存する手順書の関連個所に書き加えることを期待したい。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業所や特別支援学校、同業他機関の生活介護事業所等、マップにして分かりやすくまとめてあったり、一覧にして連絡の取りやすい体制を整えていた。 ・必要に応じてということではあるが、利用者に関して職員が周知しておくべき関連機関が存在する場合は、事業所内連絡会等の場で共有するようにしている。 ・事業所の管理者は地域の自立支援協議会の中に生活介護の部門がなかったため、事業所の所在する地域の各生活介護事業所で構成されている、「きんしゃいネットワーク」という会合を定期的で開催している。 | | |
| Ⅱ-4-(3) 地域福祉の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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域のニーズを把握するためには、法人として地域に出向こうということで、拠点化エリアの代表が自治会に参加したり、地域の清掃に積極的に参加したりして重宝されているとのことであった。このような取組みを通じて地域の方と顔の見える関係を構築している。頻繁に相談等があるわけではないが、日常の関わりを通じて必要な時に気軽に相談できる環境であることを確認した。 | | |
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域貢献活動としては前項目のように地域の清掃等が筆頭に挙がってくるが、同一敷地内にある多目的ホールを地域住民の方に開放して、文化サークルの活動場所として提供している。 ・事業所のある同一敷地内に AED を設置しているので、必要に応じて地域住民の方にも周知を図り、活用できるように備えている。 ・防災対策に関しては、法人内の委員会を中心に備えを強化しているということであった。同一敷地内に食品を取り扱う配食サービスの事業所があるため、食物の確保や、今後発電機の設置等備えに厚みを増して、自法人だけではなく地域にも役立てるよう方針立てていた。 | | |

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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重したサービスの実施や、姿勢を示す資料としては倫理綱領や、法人独自のガイドラインである「愛隣訓～より良い支援のためのガイドライン」を活用して、毎年事業所内研修での研修をして、職員への意識向上の徹底を図っている。 ・法人独自のガイドラインである「愛隣訓～より良い支援のためのガイドライン」は、利用者への言葉使い等を様々な職員の誰が見てもわかりやすい表現の仕方や、具体的な例が表示されている。 ・法人として「業務振り返りシート」を準備しており、職員は毎月、利用者の呼称や虐待に繋がるような不適切な支援を行っていないかチェックする仕組みができています。職員はこのような取組を続けることで、毎月自分自身の支援の在り方を振り返り得合える機会を作ることができて、支援の質の向上に繋がっている。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー保護等の福祉サービスの基本的な考え方について、法人として倫理綱領に12項目にわたって詳細に説明が記してある。また、「倫理綱領とは?」という、法人独自の倫理綱領に特化した研修も準備されていて、職員はいつでもどこでも同様の価値を有しながら、倫理綱領の意味や考え方を習得することができている。 ・法人独自のガイドラインである「愛隣訓～より良い支援のためのガイドライン」の中に、利用者を尊重した支援の在り方や、個人情報に関する内容まで網羅されている。 ・事業所内の見学の際に利用者が1人で過ごしたい場合は、事業所内に数ヶ所そのようなプライベート空間があることを確認した。また、事業所は利用者の特性に合わせて空間を使い分けているため、プライバシーに配慮した設備の工夫はなされていると判断することができる。 ・利用者や家族に向けてプライバシー保護等の説明は、「職員が利用者の支援(お手伝い)をする時の考え方と守らなければならない大切な事柄」という資料で確認することができた。人権の尊重をベースに職員の利用者に対する支援の在り方を分かりやすく記している。更にフォント数も大きめで、かつ、全てルビが振ってあるため、利用者や家族にとって分かりやすい資料であった。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念や基本方針、事業所の事業内容や特徴については法人のホームページや、事業所独自のパンフレット等に分かりやすく示されている。また、周知方法としてホームページはいつでも誰でも閲覧できるし、事業所パンフレットは相談支援事業所等に配布してある。 ・事業所のパンフレットは写真を多めに使っていて、事業所の中の様子や障がいの特性に応じた活動メニューを分かりやすく示している。 ・利用希望の方へは実際に利用した時のイメージがしやすいように、希望を伺いながら見学をしてもらうように促している。見学の際は事業所の中の様子だけでなく、利用者が実際に活動している場面の写真を、できるだけ多く見てもらうような工夫をしている。 ・利用者に提供する情報はサービス内容の変更とともに、適宜見直しを行っていて、写真や文言の変更を行っているとのことであった。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用を開始する前には、緊急ではない限り、見学に来てもらっている。また、体験利用も受け入れている。 ・利用時の契約の時には、利用する日、送迎に関して等の打ち合わせを家族や利用者で行っている。 ・サービスを開始する前には、利用契約書、重要事項説明書に基づき説明を行う。書類は、3部準備し、本人、身元保証人、事業所がそれぞれ保管している。 ・日数の変更、営業時間の変更、送迎ルート変更、サービス管理者の変更、防火管理者の変更、給食費の変更等がある場合には、変更同意書をもらっている。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまで、施設への移行、引っ越しにより、事業所を変更になったことがあるが、可能な限り、引継ぎ先から事業所での様子を知ってもらうため、見学に来てもらっている。 ・相談支援専門員が事業所変更等の仲介をしており、情報提供書も、相談支援専門員が作成している。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングの際に、利用者や家族の意向を聞き取り、支援計画に反映するようにしている。 ・送迎の際に話を聞いたり、連絡帳を活用し、意見を聞く仕組みが整備されている。 | | |
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決についてのマニュアルが整備されており、家族へは利用開始時に苦情解決の仕組みについて説明をしている。 ・玄関に苦情受付箱を置いている。家族からは、送迎の時に直接、話を聞くことが多いとのことである。 ・事業所で取りまとめた苦情内容は、1か月ごとに法人に提出している。 ・これまで、匿名でのアンケートを実施したことがないとのことである。法人内のグループホームが、大学からの協力のもと、匿名でのアンケートを実施したことがあり、これから法人内の事業所が対象になってくる予定であるとのことである。大学との協力しながら、匿名でのアンケートの実施を期待する。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談などを受ける場合は相談室を活用し、相談を受ける環境に配慮している。 ・利用者や家族から聞いたことは、相談なのか苦情なのか、所長が決裁をし、聞いた職員が、記録をしている。 ・法人の中に、ホーム相談室が設けられており、事業所に言いづらい内容は、ホーム相談室へ連絡をできる体制がとられている。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決についてのマニュアルは、事業所に保管されており、見直しもされている。 ・今まで相談や、意見に対して、検討に時間を要した事例はなく、大きな苦情にならないよう、日々利用者やその家族との信頼関係を積み重ねている。 | | |
| Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。 | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての、事故対応マニュアルが整備されており、このマニュアルに基づき、事業所としても対応をしている。 ・毎月、ヒヤリハットの収集を行い、事業所内で共有を行っている。このヒヤリハットは、本部に集約して報告している。 ・送迎中のヒヤリハットがあるが、今まで大きな事故につながったことはないとのことである。 ・県へ報告する目安は治療を要する場合と、マニュアルできちんと定められており、職員が分かりやすいよう明示されている。 | | |

| | | |
|--|--|---------|
| 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。 | a (b) c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・前年度、利用者と職員が、インフルエンザにかかり、営業休止をしたことがあった。重篤者はいなかったとのことである。今年度は早い時期から、アルコール除菌やリースで空気を清浄にする機械を導入したり、対策をしている。 ・感染に関する情報はできる限り収集し、特に県からの情報には、常にアンテナを張っている。 | | |
| 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) b c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年2回消防訓練を実施し、8月には大雨・洪水に関する訓練を実施している。1月には、消防署も参加し、総合防災訓練を実施し、他の事業所から、職員が見学に来ている。 ・水、簡易トイレを確保しており、カセットコンロは購入予定であるとのことである。食料に関しては、同じ敷地内に弁当を作る事業所があり、その事業所で確保しているため、デイサービスなかやまとしての確保はしていないとのことである。 ・親しくしている施設が災害に見舞われた際に、職員を派遣したことがあり、その際に発電機を持参していき、大変喜ばれたとのこと、今後法人でも発電機導入を検討したいとのことであった。 | | |

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 不審者の侵入時などに対応できるマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。 | (a) b c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年1回、不審者を想定した訓練を実施している。また、防犯マニュアルも策定されている。 ・知らない人は、事業所内に入れないことを徹底しており、職員にも周知している。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 41 | Ⅲ-2-(1)-② 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人一人への対応方法についての支援手順書があり、利用者の特性を把握している。 ・支援手順書には、送迎・来所・午前の活動・昼食・昼休み・午後の活動・送迎と細かく記されている。 | | |
| 42 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援手順書は、平成31年3月までは毎月見直しをしており、職員の業務負担を減らすために、平成31年4月からは半年に1回見直しをするようになった。 ・事業所内会議にて、利用者の状況を確認しながら、見直しを実施している。 | | |
| 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が策定されている。 | | |
| 43 | 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を適切に策定している。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用が決まってから、相談支援員専門員から利用者に関するフェイスシートをもらい、利用者の状況を把握している。その他に、サービス管理者が、基本情報、薬の情報、健康に関することなどを記録している ・サービス管理者が個別支援計画の原案を作成した後、月1回の会議の中で、職員と協議し、個別支援計画を実行している。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 44 | Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は、半年ごとにモニタリングをして、新しいニーズが出てくることもあり、そのニーズを次の計画に反映している。ただし、体調を崩したり、食事がとれないなど、変化があった場合には、随時変更をしている。 ・なるべく本人の思いや気持ちを個別支援計画に入れるようにしており、フットマッサージの追加をしたことがあるとのことである。 ・個別支援計画の内容は、送迎の時や、サービス担当者会議に家族が出席をする場合などの時に説明をしている。 | | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| 45 | 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、職員間で共有化している。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・電子媒体で入力ができるケアラボが導入され、記録はこのケアラボでの入力となっている。 ・利用者一人一人に関する日報は、特記事項がなければ、写真や動画を掲載することも可能となっており、一目でわかりやすい記録となっている。 ・ケアラボは全職員が見ることができ、申し送り機能もあり、情報の共有もできるようになっている。 ・利用者のに関する情報は、利用者の行動と、支援の内容に分けて記載するよう職員へ周知されている。 | | |
| 46 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・廃棄処分規定が策定されており、過去の書類は法人内で定められている場所で保管をし、保管年数が過ぎた書類は処分をするという流れが確立されていた。 ・2年ほど前から、記録等は電子媒体での入りに徐々に移行しており、個人情報の取り扱いに十分注意している。 | | |

第三評価結果

※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 | | |
| | 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・IT0プロジェクト（本人の希望を叶える取り組み）で、歌手のライブに行きたいという希望があるが、その代わりに近くの映画館を貸し切り、ライブDVDを上映し、ライブの気分を味わったり、自宅で相撲中継を見ていると機嫌がいいとのことで、近くの高校の相撲部屋を見学したりする等、本人の自己決定を尊重した対応を行っている。 ・コミュニケーションがとりづらい利用者の中には、日々の表情・しぐさや、利用者同士の関わりから把握する等、配慮している。 | | |
| 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。 | ○a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止委員会の中で、日々権利侵害について検討され、事業所内の研修にて、虐待とはどのようなことか等について、詳細な内容で研修が行われている。 ・虐待が起こった場合の、法人内部における対応フローを策定し、事業所内研修での資料として配布されている。 ・事業所とは別に、法人内にホーム相談室があり、相談の窓口となっている。 | | |

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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のできることをするという基本のもとで、日々の支援を行っている。事例として、手を振って人を呼べるようになった、ふらふらしていた人が散歩することで、バランスがとれやすくなり、生活能力が変わるということがあったとのことである。 | | |
| | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・写真や絵のカードを使って、コミュニケーションを確保している。また、タイマーを使ってコミュニケーションがとれる人もおり、個々人の状況に合わせた対応をしている。 ・利用者本人からだけでなく、家族からの情報も大切にしている。 ・利用者がうなづいたり、手を引っ張り教えてくれたり、表情を見て理解するなど配慮している。 | | |
| | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が常に相談できるような職員配置をしており、また多職種（介護士、看護師、週2日外部から訪問してもらっている作業療法士など）と協力しながら支援を行っている。 ・職員は常に利用者の状態に目を配り、表情などからも何か困っていることはないかと観察している。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| | A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。 | a・b・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外での活動として、乗馬や散歩やドライブ、室内ではカラオケを使ったレクリエーション、音楽教室、制作活動、ふらんこ、法人内の他の事業所と一緒にフィットネスや太鼓、エアロビクスなど、様々な活動を行っている。 ・個別支援計画にもとづき、本人のその日の状況に合わせた日中活動を行っている。 | | |
| | 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。 | a・b・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ダウン症や、強度行動障がいについてなどの専門知識の習得に向けて、研修に参加をしている。 ・支援手順書に基づき、個別的な対応を行っている。 | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昼食は、お弁当で提供され、刻み、小口なども対応されている。温めたい場合には、容器ごと温められるようになっている。 ・入浴介助の際には、あざやケガがないか、まず全身を観察している。気になることがあればすぐに対応をしている。 ・排泄支援では、定期的にトイレ誘導を行い、水分補給にも気を配っている。入浴をされない時には、あざやケガがないか、排泄介助の際に確認をしている。 ・車椅子を使用して自分で操作されている方は、見守り行う等して、移動支援などを行っている。 | | |

| | |
|--|--------|
| A-2-(3) 生活環境 | |
| A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。 | ○a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・危険な箇所には、マットを敷き、安全確保に努めていた。 ・多目的に使える部屋があり、利用者が落ち着ける場所となっている。 ・1つの部屋に全利用者がいるわけでもなく、部屋を2か所に分け、利用者の状況に応じ、日中過ごせる部屋が確保されていた。 | |
| 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。 | ○a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・外部から理学療法士、作業療法士に訪問してもらい、支援の検討などを行っている。以前、車椅子が合っていないとの助言をもらい、利用者に合った車椅子に変更したとの事例があった。 ・嚥下に関して気になることもあり、今後言語聴覚士の協力を得たいとの考えがある。また、歯の仕上げ磨きは事業所ではしてはいるが、歯科衛生士にも協力をしてもらいとの希望もある。 | |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | |
| A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | ○a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所に来てから、まず利用者本人の状態、表情で確認し、体温を測る。必要な人は血圧をはかり、体調の観察をしている。 ・発熱した場合には、家族に連絡をし、迎えをお願いしている。ただし、命に関わる場合には、事業所が病院受診につきそうようにしている。 | |

| | | |
|--|--|-------|
| | A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。 | a・b・c |
| <p><コメント> 評価対象外</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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・1人1人の願いを聞き、日常生活の中で支援できることをしている。公共交通機関を使って、電車で出かけたり、海水浴で出かけるなどの支援をしている。 ・ホームヘルパーの支援を受けて、外出をしている場合もあり、デイサービスなかやまだけではなく、色々なサービスを使って社会参加ができるようにしている。 | | |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | |
| | A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人自体が、施設からの脱却をして、地域生活に移行している。グループホームが地域の中にあるため、地域生活への移行はスムーズに行うことができている。 ・地域生活への移行へは、相談支援員や、グループホームと連携をとっている。 | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・送迎時や、連絡ノートにて日々、家族と連携をとっている。 ・法人全体での保護者の会（育成会）はあり、保護者だけで話し合いをする機会はある。年1回事業所で保護者会を開催し、その中で事業所の職員も入り、意見を聞く場となっている。 | | |

A-3 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。 | a・b・c |
| <コメント> 評価対象外 | | |

A-4 就労支援

| | | |
|-----------------|---|-------|
| | | |
| 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。 | a・b・c |
| <コメント> 評価対象外 | | |
| | 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> 評価対象外 | | |
| | 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。 | |
| 評価対象外 | | |

事業所情報（障がい者・児施設）

（令和 元年 11 月 15 日 現在）

| |
|--------------------------------|
| 施設名 社会福祉法人 南高愛隣会 デイサービスなかやま |
|--------------------------------|

1. 基本情報

| | | | |
|-----------------|------------------|--------|--|
| 郵便番号 | 854-0001 | | |
| 所在地 | 長崎県諫早市福田町 357-4 | | |
| TEL | 0957-22-2644 | ホームページ | http://www.airinkai.or.jp |
| FAX | 0957-21-2493 | E-mail | ds-nakayama@airinkai.or.jp |
| 施設までの利 用交通手段 | 東諫早駅から徒歩 5 分 | | |
| 開設年月 | 平成 18 年 10 月 1 日 | 開所時間 | 9:00~17:00 |
| 経営主体 | 社会福祉法人南高愛隣会 | 施設長名 | 佐竹 真 |

2. 職員体制（複数の資格取得している場合は、重複計上してください）（人）

| 専門職 | 常勤 | 非常勤 |
|-----------|----|-----|
| 施設長 | | 1 |
| 事務員 | 1 | |
| 生活支援員 | 10 | 4 |
| 看護師 | | 7 |
| 嘱託医 | | 1 |
| サービス管理責任者 | 1 | |

3. 施設の理念・方針

生きる誇りへの、挑戦

人生は 楽しい

- ・人生にドキドキを
- ・地域に元気を
- ・時代に勇気を

南高愛隣会は、利用者の純粋な想いを叶えるため、制度や常識にとらわれず思い切って挑戦してきました。それは、今後も変わらず常に挑戦し、現状に満足せず、福祉の今を創っていく事。誇りある人生に向かって、挑戦できる人、頑張ろうとする人が集い、ひとりひとりの「～したい」はささやかでも、それらはひとつの大きなエネルギーとなって「幸せ」の障がい打ち壊し、まったく新しいボーダレスな世界をつくっていくことを目指しています。そこに、「人生は楽しい」という行先が見えて来ることにつながっている。そこに、職員も誇りを持って挑戦していく。「デイサービスなかやま」もこの理念のもと、障がいがあっても何かに挑戦する、「～したい」を実現するための支援をおこなっています。

4. サービス内容

| | |
|------|---------|
| 対象地域 | 諫早市、その他 |
| 対象年齢 | 18歳～65歳 |
| 定員 | 20名 |

| サービス名 | 備考 |
|--------|--|
| 健康管理 | 看護師が日々の健康管理を行います。 嘱託医検診（1回/年）、希望者にインフルエンザ予防接種 入浴は毎日行っています。 |
| 食事 | 法人のA型事業所「ブルースカイ」より、食事を提供提供 普通食（弁当並・大）、きざみ食・減量食対応 |
| 休日 | 週7日営業 年始1月1日～3日（休業） |
| 地域との交流 | 地域のイベントに参加 （清掃活動・運動会等） |
| 保護者会活動 | 保護者会 |

5. 事業所から利用者（希望者）の皆様へ

在宅で暮らす重度の障がいのある方々が、楽しい一日を過ごしていただけるよう、送迎・食事・入浴は勿論、乗馬やプール、音楽、園芸、陶芸など多彩な楽しいサービスメニューをお選びいただけます。また、季節に応じた行事や社会体験活動は特に楽しい活動です。若い方からお年を召された方まで、障がい特性に応じた活動メニューで幅広くご利用いただけるように各専門スタッフがチームとなって支援致します。

6. 施設の公開、実習生、ボランティアの受入について

| 施設の公開・見学 | 実習生の受入 | ボランティアの受入 |
|----------------|-------------------------|-------------|
| 随時連絡を受け付けています。 | 法人内の他事業所と連携して受け入れしています。 | サマーボランティアなど |