

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

一般社団法人 福祉サービス評価センター

②施設・事業所情報

名称： 愛厚はなのきの里	種別： 施設入所支援・生活介護	
代表者氏名： 吉田 正人	定員（利用人数）： 100名	
所在地： 愛知県稲沢市祖父江町祖父江藤杵3-2		
TEL： 0587-97-2226		
ホームページ： http://www.ai-kou.or.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 昭和50年5月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 愛知県厚生事業団		
職員数	常勤職員： 53名	非常勤職員： 25名
専門職員	看護師： 5名	医師： 2名
	理学療法士： 1名	看護師： 3名
	作業療法士： 1名	
	管理栄養士： 1名	
施設・設備の概要	食堂・浴室・洗面所・便所	
	相談室・医務室	

③理念・基本方針

障害者総合支援法に基づき、「利用者の尊厳と人権の尊重」「利用者個々のニーズの把握」「利用者を中心とした質の高いサービス」を提供するとともに、利用者の自立と社会参加を支援します。また、地域に開かれた安全で安心して生活できる施設づくりを目指します。

- 1 利用者にとって安全、安心、快適な生活づくり
- 2 職員にとって安全、安心、快適な職場環境づくり
- 3 行政との連携と地域との共生
- 4 健全で安定的、持続可能な財政基盤の確立

④施設・事業所の特徴的な取組

1. はなのきの里は、国営木曾三川公園に隣接し、濃尾平野の田園地帯西端に障害者施設として昭和50年に開所、既に40有余年が経過したところである。法人は、長年にわたり高齢者・障害者・児童など、多岐にわたり社会福祉事業を展開しており、すべての利用者が安心して目標と生きがいを持って、生き生きとした生活が営める施設を目指し運営している。

2. 施設の二大行事である「サマーバイキング」「はなのきまつり」のほかに、利用者の自立や社会参加を目的に外出支援として、ドライブや散歩、グループ外出など希望の場所を選択し、付添い介助で外出する活動を年間を通して行っている。また、支援ボランティアによる個別外出支援や外部事業者を利用した外出や旅行についても支援している。

3. 地元自治会やボランティア等へ施設内の会議室や集会室の貸し出しや地域住民等へのグラウンドの開放を行い地域住民との連携に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年7月13日（契約日）～ 平成30年1月18日（評価決定日） 【平成29年11月7日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3回（平成26年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

1. 職員に対する理念・基本方針の周知、外部・内部環境を把握した課題の設定、中長期・単年度の各事業計画の周知など、一連の流れが管理者のリーダーシップのもと組織的に行われている。

2. はなのきの里として独自の「中・長期経営目標」を立て事業を推進しており、平成29年度「はなのきの里経営方針実現に向けた短期計画」も策定されている。現況を把握する中で課題を明確にし、来る新施設開所に向けて職員が一丸となって努力されている。ひき続き努力されることを願って止みません。

3. 利用者一人ひとりの障害の特性や健康状態、身体状況等に応じ個別支援計画を策定している。サービス管理者を中心とした個別支援計画の作成が適切に行われており、定期的な見直しも順調に行われている。利用者個々の支援担当員が、それぞれの利用者のアセスメントを定期的実施しニーズの把握を行い、多職種参加の会議で検討され、モニタリング・再アセスメント等の手順も定められており適切に行われている。

◇改善を求められる点

1. 利用者の重度化、高齢化による医療、介護の両面から支援の増加が予測され、知的にも障害のある障害者利用の増加が予想される。そんな中で、日中活動の充実、重度化対応など喫緊の課題が山積しており、平成32年度開所予定に向けてさらなる検討を期待する。

2. 施設建設に合わせて、グループホームの開設を検討とのことであるが、短期入所利用も含め地域の福祉ニーズは高いものがあるので、各方面と調整しながら整備に努力されることを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

高い評価を頂きました点については引き続き維持向上に努め、改善を求められました点については、職員間でよく検討し問題を解決していくよう進めてまいります。特に改築にあわせて予定しているグループホーム開設については関係機関と協議・相談し地域の福祉ニーズに応えられるものにしていきたいと考えております。

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。

第三者評価結果

※すべての評価細目（65項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	障1 a・⑥・c
＜コメント＞ ・理念、基本方針は、事業概要、事業計画に記載するとともに、全体会議で全職員に説明し周知している。 ・利用者には利用者懇談会、家族に対しては家族懇談会で説明しており、利用者、来訪者、職員がいつでも見ることができるよう、事務室前廊下の壁に掲示してある。 ・パンフレットには法人の理念、基本方針は掲載されていないが、はなの木の里としての「サービス提供理念」は掲載されている。		

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。		
I-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	障2 a・⑥・c
＜コメント＞ ・自立支援協議会との繋がりから地域の相談支援事業所に対しアンケートを依頼し、情報を収集するとともに関係者会議に出席するなど、福祉ニーズの把握に努めている。 ・稲沢市、一宮市、愛西市、あま市の福祉担当課、社会福祉協議会及び相談支援事業所などに、訪問や電話により地域の情報収集に努めるとともに、必要に応じて運営会議等で検討し施設の運営に活かしている。		
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障3 a・⑥・c
＜コメント＞ ・内部監査時には、各分野の状況を確認し現状について具体的に話し合い、情報の共有がなされている。平成32年の改築後を見据えた定員問題、短期利用枠の増員及び通所利用の増員に対処できるよう具体的に取り組んでいる。 ・利用者の高齢化・重度化や短期利用者対応、知的障害者受入に伴う支援の在り方、グループホームによる支援など、施設改築に合わせた課題についても検討している。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	障4 ①・b・c
＜コメント＞ ・法人の第3期経営計画を推進する中で、平成32年度改築に伴う利用者定員の適正化、日中活動の見直し、短期入所者対応、グループホーム新設など、地域のニーズに対する要望などを踏まえた施設の経営目標について検討している。 ・はなの木の里の経営目標を検討する中で運営上の詳細に亘る課題について、運営会議や生活支援会議などで各職種の現場における意見を取り入れ検討している。		
I-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	障5 ①・b・c
＜コメント＞ ・法人の中・長期計画を踏まえた単年度計画として事業計画が策定されており、その中に施設の経営方針実現に向けた短期目標及び長期目標を明らかにするなど、事業計画として大いに評価できる。 ・事業計画は目標を実現するための課題と取組みについて、わかりやすく具体的なものとして作られている。		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障6	① ・ b ・ c
<コメント> ・事業計画は施設運営の具体的なものとして作られており、4月の全体会議で職員に説明し周知するとともに関係者に配付し理解を求めている。 ・事業計画は年度末までに各分野ごとに進捗状況を踏まえ見直しを行うとともに、反省を踏まえた新たな課題を検討する中で、新年度の事業計画を検討する仕組みがある。		
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障7	a ・ ② ・ c
<コメント> ・事業計画は自由に見ることができるよう施設の玄関に置いてあり、利用者や家族がいつでも見ることができるようになっている。 ・利用者には利用者懇談会、家族には家族懇談会で説明しており、特に利用者が知りたい行事予定などは、資料を拡大するなどわかりやすく表示している。 ・月間行事予定や外出行事のお知らせなどは、廊下に掲示して利用者がより理解しやすいよう工夫している。		

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。		
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	障8	a ・ ① ・ c
<コメント> ・毎年11月に自己評価を実施、第三者評価を3年ごとに受審しており、組織の体制として総合的・計画的に取り組んでいる。 ・福祉サービスの質の向上を進めるうえで、評価結果の分析や課題の検討について各職種の参加を配慮しつつ、多くの職員の参加のもとで取り組まれている。 ・改築に向けて評価をふまえた業務改善を進めており、愛知県身体障害者施設協議会の主催する生活向上委員会に参加し意見交換を行うために、身障協ケアガイドライン・チェックリストに基づく自己評価も行っている。		
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	障9	a ・ ② ・ c
<コメント> ・自己評価、第三者評価の結果は、各部署において検討し全体会議で課題を共有化するとともに、運営会議や生活支援会議などにおいて改善策を検討し、事業計画に反映させている。 ・課題を検討する中で、設備面・人員配置など容易に解決できないものについては、中・長期計画に盛り込むとともに改築後の先を見据えた改善策を検討している。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	障10	a ・ ① ・ c
<コメント> ・経営管理に関する管理者の方針は事業計画に明確に記載されており、全体会議の冒頭の挨拶などで全職員に表明している。 ・全体会議を始め各種会議等において周知しており、防犯・防災規程や事故防止に関する要綱においてはより明確にしている。		

II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	障11	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・福祉サービスを提供する事業所の管理者として、法人本部や外部機関が行うコンプライアンス研修に参加し理解に努めている。 ・職員に対しては、全体会議や朝礼の場において法令遵守の必要性を周知し、意識付けを図っている。 ・毎年、全職員を対象にコンプライアンス研修を実施しており、コンプライアンスチェックリストで自己点検を行っている。		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	障12	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・愛知県身体障害者施設協議会の生活向上委員会にメンバーとして出席した時の情報や結果を共有するとともに、全体会議・運営会議等でサービスの質の向上について、意欲的に取り組む姿勢を明らかにしており、施設の生活向上委員会の中に、排泄、食事、入浴等の部会を設け、具体的な取組を行っている。 ・管理者として、法人本部、社会福祉協議会、病院等が主催する各種研修に職員を出席させ、サービスの向上に努めるとともに、生活支援員全員を対象としたケア技術・知識習熟度調査を行い、介護技術の向上を図っている。		
II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障13	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・施設長は運営会議において月ごとの収支状況を分析したものを提示することにより、状況を把握し内容を理解させるとともに職員に意識付けを行っている。 ・タブレット端末利用などによる記録の効率化・業務の効率化を図っている。 ・会議、委員会などを体系的にまとめて業務分担及び連携する委員会・会議を明確にし、業務に対する責任の明確化と効率化を図っている。		

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。		
II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	障14	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・質の高い人材確保の観点から有資格者を採用し、生活支援員における有資格者の割合は概ね9割である。有能な人材確保と育成のために、介護職員初任者研修受講料助成、看護師免許取得経費助成の制度を設けている。 ・職員採用は困難な状況となりつつあり、特に資格を持った新卒職員の採用は難しく、パート職員として採用した後で正規職員として採用する方法を用いるなど人材確保に努力している。 ・職員の採用については、法人本部によるテレビコマーシャル、はなのきの里ではバスの車内広告、折り込みチラシ、地域の情報誌、タウンワークなどの手法により努力している。		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・人事基準については「愛知県厚生事業団職員の任免等に関する規程」「服務規程」などにより明確にされており、職員にも周知されている。 ・職員の人事に関する意向の把握については毎年11月にヒアリングを実施し、所長から法人本部へその内容を伝えるとともに翌年度の人事異動に反映させている。		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	障16	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・労務管理は、現場主任や次長により時間外勤務を含めた勤務実態を把握する体制を取っており、労働時間管理簿並びに時間外勤務命令簿により長時間勤務にならないよう管理している。 ・職員の健康管理は毎月開催している衛生委員会により把握に努め、別に行われる健康診断・メンタルヘルスチェックを実施するとともに、希望者には産業医の面談を実施している。 ・職員の福利厚生については職員の希望を反映させつつ給付事業を行うなど、働きやすい職場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が確立されている。		
II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	障17	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・「期待する職員像」は愛知県厚生事業団倫理綱領、職員行動規範に明確に定めているが、一般職員等における個々の目標管理の設定は実施しておらず、施設長のみが対象である。 ・一般の職員に対しては能力発揮度評価を行っており、職員の能力向上意識への動機づけになっている。		
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	障18	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・職員研修は事業団職員研修要綱・事業団研修基本計画において定められており、本部主催の研修を始め施設内研修、外部研修を含めた事業所としての研修計画により、職員に対し計画的な受講を促している。 ・研修成果の評価・分析を行うとともに、年末までに職員から研修内容について意見を聴き取り研修計画を見直し、次年度の計画を策定するときの参考としている。		
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	障19	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・事業団研修計画に基づき研修の機会を確保しており、個々の職員の保有資格、受講済の研修を整理し参加する研修選択の参考としている。 ・新規採用職員には新規採用者研修に加えて、OJTに関する要綱による現場中心の実務的な研修も行われている。 ・介護職員初任者研修受講料や看護師免許取得経費の助成、介護支援専門員更新研修について最大3日の職務免除を行うなど、研修参加に便宜を図っている。		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	障20	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・職員行動規範に「実習生を積極的に受け入れマンパワーの育成に努める」と明記されており、規範に沿い実習生を受け入れている。 ・実習生受け入れマニュアルは整備されており、実習推進担当者には必要な研修を受講させるとともに、実習に関する定期的な会議にも参加し調整を図っている。 ・実習プログラムは、実習担当者が学校などの関係機関と調整し作成している。		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	障21	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ホームページに基本方針、サービス内容、事業計画、事業報告、財務情報などが掲載されているが、はなのきの里については、基本理念、施設概要、サービス内容などが掲載されている。 ・年3回、機関紙「はなのき」を発行しており、施設行事等主な出来事が記載されており、家族、関係市町村、関係機関、他同業施設などに配布するとともに、利用者には施設内掲示板に貼付し、自由に閲覧できるようにしている		
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	障22	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・法人で定めた各種規程により権限と責任が明確にされ、事業所における事務、経理、取引等が行われており、法人の重要事項については、理事会や評議員会に諮り承認を得ている。 ・事務の確認については、毎年事務局職員による内部監査または書面監査、事業団監事による外部監査が行われるとともに、愛知県の指導監査、法人監査も定期的に行われている。 ・今年度から、社会福祉法の改正により本部で契約を締結した監査法人による会計監査を実施している。		

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。				
II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	障23	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の基本方針として「地域との共生」が掲げられており、事業計画に掲げるとともに職員や利用者へ周知し、利用者や地域との交流機会を多く持っている。 ・「はなのきの里支援ボランティアグループ」が以前から活動しており、外出支援、喫茶コーナーの運営、レクリエーション活動であるクラブ活動に協力を得ている。 ・地域の方々は事業所を訪れて、「はなのきまつり」「総合防災訓練」「小中校生の職場体験」などで交流を図り、利用者は「外出行事」「夏まつり」などで地域の住民と交流する機会を持っている。 				
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。	障24	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受入に関する基本姿勢については、事業計画に掲げるとともに職員や利用者へ周知している。 ・ボランティア受け入れの手順、ボランティア実施にあたっての注意事項を記載した「ボランティア活動をされるみなさまへ」を備え、安心して活動していただけるよう努めている。 ・稲沢市社会福祉協議会が主催し市内の小学校で行われている「福祉実践教室」などに、職員や利用者を講師として派遣し障害者福祉への理解を促している。 				
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。				
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。	障25	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会資源関係綴りに関係する社会資源の情報が綴じられているが、利用者を始め個々の求めに応じ資料の提示・作成を行っている。 ・稲沢市自立支援協議会、協力病院である稲沢厚生病院との情報交換会、近隣の自治区長と定期的に会合を持ち情報収集している。 ・平成32年度の改築整備に合わせて稲沢市など関係機関と調整し、グループホームの設置に向けて取り組んでいる。 				
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。				
II-4-(3)-①福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障26	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「はなのきまつり」などの行事に地域の方を招待し、利用者・家族とともに地元住民との交流を図っている。 ・平成29年7月に稲沢市と福祉避難所の協定を結ぶとともに、従前から地元の「地域防災委員会」において災害時の役割りについて話し合いを行っている。 ・地域の方に対して、福祉実践教室やボランティア教育を実施し、介護、車椅子の体験をしていただく活動を行っている。 ・今年度から地域住民を対象とした「体操教室」「介護・看護相談」の場を設ける予定で、障害者支援施設の枠外となる地域の高齢者への定期的な昼食提供の機会を設ける方針もある。 				
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障27	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の相談支援事業所にアンケート調査を行い地域ニーズの把握に努めるとともに、稲沢市自立支援協議会や稲沢市社会福祉協議会評議員会に出席し、各種団体の活動・意見を聞き情報を収集している。 ・地域の方にグラウンドを解放し、グラウンドゴルフ、障害者野球チームなどの練習場に供しており、集会室、会議室の貸し出しも行っている。 				

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が明示されている。				
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	障28	a	ⓑ	c
<コメント> ・事業団倫理綱領・職員行動規範を理解し業務を行う重要性については、毎月開催される全体会議や朝礼を通して職員に伝達している。 ・年2回、コンプライアンス研修を実施している。問題言動等があるとの情報・報告があった場合には、臨時にコンプライアンス委員会を開催し対応している。また、アンケートを行い改善が必要な事項については各種会議及び朝礼にて周知している。				
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障29	a	ⓑ	c
<コメント> ・各職種の業務マニュアルを整備し、プライバシー保護について職員に周知するとともに理解を求めている。 ・身体拘束廃止・虐待防止委員会を組織し、虐待防止に努めている。虐待防止をテーマとした職場研修や外部研修に参加させることにより知識を高めている。 ・不適切な事案が発生した場合、コンプライアンス委員会設置要領により報告、協議体制を定め、調査を実施し是正措置を行っている。				
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）が適切に行われている。				
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	障30	a	ⓑ	c
<コメント> ・事業団や施設のホームページ・パンフレットは写真などによりわかりやすい内容としている。市内の相談支援事業所などにも情報を提供している。 ・利用希望者には施設見学を実施し、施設内の環境や生活の様子について説明をしたうえで、ショートステイや生活介護の利用を体験していただいている。				
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	障31	a	ⓑ	c
<コメント> ・サービスの開始時には、重要事項説明書等をわかり易く丁寧に説明しており、併せて「愛厚はなのきの里利用のしおり」も補足説明している。 ・サービスの変更時にはわかり易く説明し同意を得るなど適切に行われているが、意思決定が困難な利用者や理解力不足の利用者の対応に苦慮している。意志表示のレベルや理解力が課題であり、今後の工夫・検討を期待したい。				
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障32	a	ⓑ	c
<コメント> ・従来から、サービス管理責任者・指導員において相談は受けており、丁寧に対応するとともに利用者が望む意向に沿い、利用者本人・家族と十分協議したうえで、関係機関や事業所と連携を取り継続性に配慮した対応が行われている。 ・グループホームを計画中であり、当面は他のグループホームの見学を始め情報の収集に努め、地域生活への移行支援のためのネットワークや体制の強化を期待する。 ・地域移行はなかなかできていないのが現状であり、計画中の「グループホーム」開設を足掛かりにして移行における経験を蓄積していくのが課題である。				

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障33	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 満足度調査や嗜好調査は毎年実施し、本部に結果を報告し支援内容を確認するとともに改善につなげている。 ・ 意見箱を玄関に設置し家族・利用者から意見・要望を聴くとともに、毎月の利用者懇談会の場において回答している。 ・ 要望に対して改善等が必要な案件は、質問の内容により担当する職員間で検討し対応についてお知らせしている。		
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。		
Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	障34	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 苦情解決の体制について事務室前に掲示しており、重要事項説明書にも掲載されている。 ・ 玄関に意見箱を設置し苦情・要望などを申し出しやすいようにしており、申出のあった一連の記録は保管し対応している。 ・ 申し出者がわかっている場合には、経過や結果について適切な方法で説明等を行うとともにサービス向上に繋げるよう努めている。 ・ 無記名などで申し出者が分からない場合であっても、誠実に対応しサービス向上に繋げるよう努めている。		
Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	障35	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 利用者が相談したり意見を述べ易い環境を整えるとともに、その仕組や方法を文書化されたい。 ・ 相談窓口を明示するとともに、意見箱や利用者アンケートの活用について工夫が欲しい。		
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	障36	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 厚生事業団の苦情解決規程により対応しており、積極的に聴き取りを行うとともに早期の対応を心掛けている。 ・ 利用者懇談会・家族懇談会等における意見に基づき、サービスの向上につながるよう早期の対応を心掛け、できることから取り組んでいる。		
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。		
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	障37	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ・ 厚生事業団利用者サービスリスク管理規程が定められており、施設内に事故防止・利用者サービス改善委員会を設置し責任者を明確にしている。 ・ 利用者に関する事故は所定の様式による事故報告書により報告され、責任者を中心として検証し内容にあわせて改善策、再発防止策を速やかに検討し改善対応に努めている。 ・ 重大な案件は法人本部に報告するとともに、全体会議や各職種別会議において再発防止策と改善方法、改善策、注意事項などを周知している。事例によっては実地に支援方法の確認を行っている。 ・ 事故防止については、定期的に職場研修を行うとともに外部研修にも積極的に参加し知識を深めている。		
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	障38	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 感染対策マニュアルを策定し全職員へ配付するとともに、感染症対策・食中毒防止委員会を設置し責任と役割を明確にしている。 ・ 定期的に感染症や食中毒の職場研修を行うとともに、協力病院の認定看護師に依頼し、感染症の知識と対策について学ぶ機会を設けている。 ・ 感染症が発生した場合は、マニュアルに基づき適切な対応をとれるようにしており、現状に合わせてマニュアルの見直しも行っている。		

Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	障39	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・厚生事業団の防災・防犯規程に則り、施設における防災・防犯規程を整備し必要な訓練を実施しているとともに、災害時における事業継続計画（BCP）も策定されている。 ・衛星携帯電話が法人本部及び全施設に配置されており、災害時にはこの衛星電話により職員や利用者の安否確認を行うこととしている。 ・非常食や備蓄品についてもリストを作成し管理者を定めている。 ・福祉避難所として稲沢市と今年の6月に協定を締結し、総合防災訓練など近隣区長との連携を図るとともに地域の方々にも防災訓練に参加していただいている。 		

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が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	障40	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務マニュアルにより文書化されている。このマニュアルが遵守されない場合には、上司に報告をあげることとしている。また、生活向上委員会によるチェックリストにより確認することとしている。 		
Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	障41	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスについて標準的な実施方法は文書化されており、サービス向上については法の改正などで求められることに対し検討を行うとともに見直している。 ・組織としては、利用者ごとの生活支援員、看護師等の意見および利用者の意見を踏まえ調整する仕組みがある。 ・利用者個別の支援方法は必要に応じて見直され、個別の支援計画に反映させている。 		
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。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	障42	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画はサービス管理責任者が中心となり、指導員・看護師・理学療法士・作業療法士・管理栄養士・生活支援員による協議を行い、利用者・家族の意向を踏まえた個別支援計画が作成されている。 ・最低年2回の見直しを行っており、個別支援は計画に沿って実施され記録により確認している。 ・困難ケースに対しては、適宜ケース会議を開催するなどして検討を行い、適切なサービスの改善に努めている。 		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障43	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援会議、モニタリング会議により見直しをする時期を定め、利用者の意向や同意を得るための手順や仕組みを定めている。 ・最低でも年2回の見直しを行うとともに、入退院等の急な状態変化の際には随時対応している ・福祉サービスの質の向上について同意を得る方法、意向の説明などが課題となっているため、全体会議・個別支援会議等で検討し示している。 		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。	障44	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・パソコンを用いた同一様式に各職種の担当者が身体状況や生活状況を入力し、サービスの実施内容が確認できるようになっている。 ・記録の記入方法については本部による研修、施設内の決裁時に指導すべきところを確認し指導している。 ・各職種別で行っている会議等の内容、行事など、他の職種との連携や情報が必要な項目は運営会議等において調整している。 		

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	障45	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・ 厚生事業団個人情報保護規程、同じく取扱要領が定められ、それらにより適切に事務を取り扱っている。 ・ 施設における記録管理の責任者は施設長としており、毎年、この規程に定めのあるとおり職員に対して個人情報保護に関する研修を実施している。 ・ 利用者、家族への説明については、利用契約時に「契約書」、「重要事項説明書」を通して実施している。		

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。	障46	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・ 職員倫理綱領、職員行動規範に利用者の立場に立った支援を行うとの基本方針が明文化されており、自己決定を尊重し、クラブ活動への参加意欲をもたせ、個々の要望に沿えるよう配慮し支援を行っている。 ・ 利用者全体に係る事項は、月に1回開催される利用者懇談会に案を提示し理解と同意を得ている。 ・ 合理的配慮は自立生活を支える重要な取り組みであり、その実践として利用者権利等についてコンプライアンス研修などで職員の理解を促している。		

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。	障47	㉒ ・ ・ c
<コメント> ・ 施設内において、利用者からの申し出、職員からの報告を受けることを周知し、早期発見に努めている。 ・ 虐待や緊急やむ得ない身体拘束については、身体拘束・虐待防止委員会設置要領及び取扱い要領により手順を定め、職員に周知している。 ・ 重大な法令違反があった場合にはコンプライアンス規程や委員会において、届出、報告の手順などについて明確化している。 ・ 権利侵害にあたる事項が発生した場合には緊急に関係職員を招集し、再発防止に努めている。		

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。	障48	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・ 支援業務マニュアルで示されている利用者支援を行っており、利用者が自分の力でできることについてはできる限り見守りを行い、足りない部分においてのみの支援にとどめている。 ・ 外出支援に関するサービスは、支援ボランティアとの連携によりかなりの部分は実施できている。また、生活関連サービスに係る行政手続き等の支援についても実施できている。 ・ 自律、自立生活のための動機づけは一部にとどまっており、自己管理ができるような支援は限定されているのが現状である。		
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。	障49	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・ 筆談、文字盤、iPadなどを活用し、意思疎通を図っている。 ・ 法人主体で、利用者に対する支援の一環として、コミュニケーションをサポートする機器の試行を行う中で、円滑なコミュニケーションを助けるための会話支援機器の利用については、最終的な段階を迎えており実施に向け検討中である。		

A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 部屋担当やサービス管理責任者・指導員などが個別に対応しており、必要に応じた情報提供や説明は担当する職員が行うとともに、併せて意思決定の支援を行っている。 ・ サービス管理責任者により意思決定支援のレベル向上を図りつつ、大切・重要な相談内容については、所長を始め関係職員を中心に対応している。 ・ 個別支援計画に係る内容については、個別支援会議などの機会に調整している。 		
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。	障51	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者にとって音楽を聴いたり、インターネットを楽しむ等、自由に利用することができる部屋や機材の用意、多様なクラブ活動、外出など日中活動の充実に努めている。 ・ 利用者の求めにあった施設内活動や施設外行事への参加への支援を行っており、それぞれの活動等に関する情報提供を、朝礼にて行っている。 ・ 利用者懇談会での説明、施設内廊下への掲示、利用者個人への直接伝達などにより情報を提供し、必要に合わせた支援を実施している。 ・ 利用者それぞれの個別支援計画の見直しには、施設内・施設外の活動場所に関わらず日中活動に関する検討も行っている。 		
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。	障52	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 業務マニュアルや職場研修・法人主催の研修などにより障害に関する知識の習得と支援向上に努めている。 ・ 利用者個々の障害の把握については、ケア会議や生活支援会議において個別に支援方法の検討を行っており、職員間の連携については、行動障害などを理解し、個別により適切な対応ができるよう各職種間での連携を図っている。 ・ 利用者間の調整について、お互いの障害を理解してもらうように努めているが、理解できない場合には、それぞれの状況に基づいた配慮のもとで見守りを行っている。 		
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。	障53	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 毎年2回、食事に関する嗜好調査を行い、集団給食の中で出来る限り利用者の好みや季節感を感じることができる献立としており、利用者の身体状況に合わせた支援、また、心身に配慮した食事時間・場所となるようにしている。 ・ 入浴支援や清拭などについては、個々の利用者の身体状況に合わせた支援を実施している。 ・ 排泄支援については、定時が基本であるが、随時対応・活動に合わせた変更などできる限りの支援体制を取っている。 ・ 移動、移乗支援については、利用者個々の生活活動に合わせた支援としている。 		
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。	障54	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 建築から40年を経ており建物が古くハード面における問題として、6人部屋が13室、7人部屋が3室の居室環境ではあるが、できる限り生活環境の確保に努めている。 ・ 年度末に利用者の生活環境を保つため居室の変更等について検討し、次年度の計画に反映させている。なお、年度の途中にあっても必要な都度見直しを行っている。 		

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障55	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士、作業療法士を配置しており、利用者個々の状態を把握し訓練を実施している。平日は午前、午後に訓練を行っている。 ・訓練は個別支援計画に基づいた、リハビリ計画により進められており、3か月毎に評価し、リハビリ計画の見直しなど、モニタリングを行っている。 		
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。	障56	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々のバイタル測定、排泄、食事の摂取状況などにより利用者個々の健康状態の把握を行い、異常を感知した場合は速やかな病院受診を行い、施設長へ報告するとともに、必要に応じて家族への報告を行っている。 ・看護師会議において、利用者の看護・医療ケアに関する状態について確認を行うとともに、情報の共有と意思疎通を図り支援を行っている。 		
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。	障57	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全管理指針を定め、診療所を適切に管理し、事故が起きた場合には速やかに嘱託医へ報告し指示を仰ぐこととしている。 ・服薬等の管理においては鍵のかかる場所に保管し、適切な維持管理に努めており、誤薬・誤飲については利用者サービスリスク管理規程に基づき適切に行われている。 ・月に2回の嘱託医による診察を実施し、慢性疾患等をもつ利用者への対応についての指示を受けており、個別支援計画に反映している。 		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障58	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・外出支援としてドライブや買い物・喫茶などに、はなのきの里支援ボランティアグループとの連携により、社会参加としての支援を行っている。 ・音楽・インターネット・パズルなどの利用者が興味を持ったことについて、支援の一環として環境を整えクラブ活動に参加していただき、成果物として作品展示の機会を設けている。 		
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。	障59	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域移行については、現在のところ希望する利用者はいないし、実現性は薄いものがある。 ・地域移行の希望があった場合に備え関係機関との連携を行っているが、移行に対する利用者への支援は行っていないのが現状である。 		
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。	障60	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・面会は家族の都合のよい時間に実施しており、行事として実施する家族懇談会は年2～3回行っている。 ・利用者の体調不良による急変時の報告、連絡は看護師、サービス管理責任者・指導員の連携により適切に実施しており、利用者の生活面や支援については説明のうえ同意を得ている。 		

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	障61	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			

A-4 就労支援

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	障62	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			
	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	障63	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			
	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	障64	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			