

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社経営志援

②施設・事業所情報

名称：ぬくもりの郷	種別：生活介護	
代表者氏名：施設長 鈴木 博	定員（利用人数）：20名（16名）	
所在地：安城市赤松町北新屋敷112番地1		
TEL：0566-77-5222		
ホームページ：https://nukumorinet.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成25年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人ぬくもり福祉会		
職員数	常勤職員：15名	非常勤職員：7名
専門職員	（社会福祉士）5名	（調理師）1名
	（介護福祉士）7名	
	（准看護師）1名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）

③理念・基本方針

<p>【理念】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ぬくもりのあるサービスを目指します ～わたしたちは、地域に信頼され必要とされる福祉サービスを目指します～ <p>【基本方針】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意向を尊重して、福祉サービスを総合的に提供できるよう支援します。 ・利用者個人の尊厳を保持し、心身の育成と個人に有する能力を活用し、地域で安心してくらすことができる環境作りをサポートします。
--

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>わたしたちは、地域の方々とかかわりを持ち、利用者が本来持つ力を十分発揮し、利用者自らが安心・安全に過ごすことができる環境『温もりのある居心地の良い空間～地域に笑顔の輪を広げ、人と人の和が生まれる場所～』づくりに誠心誠意努めます。</p>

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和1年5月1日（契約日）～ 令和2年2月11日（評価決定日） 【令和1年10月29日（訪問調査日）】
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成28年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

【福祉サービスの向上・施設長の指導力】

サービスの質の向上に資する取組として利用者満足度調査を実施し、結果からの課題の改善に取り組んでいる。施設長は、利用者に対する職員の対応や業務の動き等を観察し、質の現状を評価している。サービスの質を向上するための課題を職員と共有し、改善に努めている。研修参加者は報告書を作成して全職員が回覧し、全職員からの評価を受ける形を取っている。

【働きやすい職場づくり】

施設長は、職員の有給休暇の取得状況や残業時間を把握し、有給休暇取得率は80%以上を維持している。職員との個別面談で意向や悩みの把握に努め、ハラスメント窓口で社会保険労務士の連絡先を周知しており、相談しやすいよう配慮している。福利厚生充実のため、福利厚生会社と契約し、職員がいつでも利用できるようにしている。また、育休からの復帰支援や短時間勤務の導入など、ワークライフバランスに配慮した体制を整え、働きやすい職場環境づくりを行っている。

【アセスメントにもとづく個別支援計画の策定】

サービス等利用計画の内容を踏まえ、アセスメントから個別支援計画策定までを統括する責任者としてサービス管理責任者を設置している。サービス管理責任者が面談で聞き取ったニーズや意向を反映した個別支援計画を策定し、年2回のモニタリングで計画通りにサービスが提供できているか確認している。関係する他職種と連携しながらアセスメントや個別支援計画を策定し、その内容を回覧し周知している。利用者の高齢化が課題となっており、その点についての気づきを終礼で話し合うなど職員に発信している。

◇改善を求められる点

【中長期計画の策定】

法人の中・長期計画が策定され、理念・基本方針を実現させるための内容となっている。中・長期計画は経営課題が明確にされているが、施設単位の中・長期計画は策定されていない。今後は、施設独自の、具体的な数値目標や達成期限を含む中・長期計画の策定を検討されたい。

【利用者への説明の工夫】

利用開始時は、入所マニュアルに基づき、利用契約書や重要事項説明書、個別支援計画書を利用者・家族同席で説明し同意を得ている。変更が生じた場合は、文書にて通知をしている。理解が得られるよう丁寧な説明を心がけているが、意思決定が困難な利用者にもわかりやすいイラストや写真などの視覚に働きかけた資料を作成し、自己決定しやすい工夫が望まれる。

【苦情の周知】

苦情解決体制が整備され、利用契約書や重要事項説明書に明記し説明している。また、玄関に苦情解決の仕組みや「こまったことははなしてね!」とわかりやすく手描きされたポスターを掲示している。苦情記入カードはないが、利用者満足度アンケートに自由記述欄を設け、個別面談や保護者会等で苦情や意見の把握に努めている。苦情内容を記録し個別にフィードバックしているが、苦情解決の結果は事業報告にて件数のみが公表されており、利用者や家族に配慮した上で、苦情内容や結果等の公表を検討されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審結果を受けて、当事業所の強み、また改善事項等において多くの気づきをいただきありがとうございます。今後はご指摘、助言等を踏まえて利用者の個人の尊厳を保持し、自己決定を尊重しながら利用者へのサービスの質の向上、保護者も含めての満足度アップに努めていきます。

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。

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

【共通評価基準】

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・b・c
<p><コメント> 法人の理念・基本方針をパンフレットやホームページに明示するほか、職員が常に目にするように事務所に掲示したり、名札や名刺の裏に印刷している。また、毎週月曜日の朝礼で唱和し、周知を図っている。利用者や家族へは、保護者会や広報物で周知に努めているが、利用者の重度化や高齢化、家族の高齢化に伴い、わかりやすい周知方法の必要性を感じている。職員が、理念・基本方針を理解しているかどうかの確認も、今後の課題と捉えている。</p>			

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
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・b・c
<p><コメント> 愛知県や安城市の福祉計画を参照に、福祉事業全体の動向を把握している。地域の自立支援協議会の各担当者会や関係団体懇話会に参加し、地域の動向を把握している。現在の利用者のニーズは把握・分析しているが、地域の潜在的なニーズは把握・分析に至っていない。現在だけでなく、未来を見据えた事業を実施するためにも、潜在的な利用者への積極的なアプローチに期待したい。</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。	障3	a・b・c
<p><コメント> サービス内容や組織体制、職員体制や人材育成等の課題は、法人事務局を中心に分析し、施設で把握している。課題を理事会・役員会で情報共有し、中・長期計画に反映している。課題は職員に周知しているが、具体的に理解できているかは未確認である。現在、課題改善に向けた組織的な取組としてプロジェクトチームを発足したところである。プロジェクトチームへの参加は公募制としており、職員一人ひとりを巻き込みたいと考えており、組織全体で共通理解のもと改善が行われることに期待したい。</p>			

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
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	a・b・c
<p><コメント> 法人の中・長期計画が策定され、理念・基本方針を実現させるための内容となっている。中・長期計画は経営課題が明確にされているが、施設単位の中・長期計画は策定されていない。今後は、施設独自の、具体的な数値目標や達成期限を含む中・長期計画の策定を検討されたい。</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。	障5	a・b・c
<p><コメント> 単年度の事業計画は法人の中・長期計画に基づき策定されている。事業計画の内容は、実行可能な内容となっており、行事計画は別紙で確認できる。事業計画の一部に数値目標は設定しているが、評価の結果が「できた」「だいたいできた」「できなかった」となっていることから、今後は、具体的な数値目標を設定し、評価の数値化が可能となる計画の策定に期待したい。</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。	障6	a・b・c
<p><コメント> 毎年12月頃から事業計画の策定に着手し、サービス管理責任者や主任が中心となり、職員の意見を反映して策定している。理事会の開催に合わせ、定期的に内容の見直しを行っている。理事会が承認した事業計画を職員に回覧し、いつでも閲覧可能な状態にしている。今後は、職員の事業計画に対する理解を促す取組に期待したい。</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。	障7	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 家族へは、年度始めの保護者会やぬくもり便りを通じて、事業計画や内容、決算報告や制度改正等について説明している。利用者には、事業計画の内容をポスター掲示し、周知している。利用者の特性から周知が難しい面はあるが、職員が利用者の表情やサインから思いを読み取り、職員が代弁者となるべく努めている。利用者や家族により理解を促すためにも、視覚的に見て楽しく、内容がわかりやすい周知方法の工夫に期待したい。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 自己評価を年1回実施し、法人の主任を中心にした検討委員会を組織し、サービスの質の向上に向けた取組の実施に努めている。第三者評価は3年ごとに受審している。計画のための計画になっていないかを確認する役割を果たしている。現状維持はマイナスと捉え、常に向上するための振り返りを行い、質向上させる取組に努めており、今後の取組が期待される。</p>		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 第三者評価の結果を分析し、取り組むべき課題が文書化され、職員で共有しており、職員参画のもと改善計画を作成する仕組みがある。今後は、明確になった改善項目について法人内の他事業所とも共有し、組織的に改善する取組が期待される。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 施設長は、自らの役割・責任と運営方針を施設だより等で表明している。職務分掌表を作成し、会議や研修等で周知を図っている。災害等の有事の際の責任と役割は定められているが、再度周知する必要があると考えている。</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。	障11	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 施設長は法令遵守に関する研修に参加し、関係法令の理解と遵守に努めている。関係機関や行政等との適切な関係保持に努めている。法人の遵守事項を事務所に掲示し、職員がコンプライアンスに対する意識を持つことができるようにしている。遵守すべき法令等について、会議や研修により職員への周知に取り組み始めており、今後に期待したい。</p>		
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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> サービスの質の向上に資する取組として利用者満足度調査を実施し、結果からの課題の改善に取り組んでいる。施設長は、利用者に対する職員の対応や業務の動き等を観察し、質の現状を評価している。サービスの質を向上するための課題を職員と共有し、改善に努めている。研修参加者は報告書を作成して全職員が回覧し、全職員からの評価を受ける形を取っている。</p>		
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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 施設長は、人事・労務・財務等の把握・分析を行っている。職員の働きやすい環境整備の一環として、有給休暇取得率を80%以上維持し、風通しのよい職場となるよう、職員面談で意見を聞く体制がある。年度末には、法人の財務状況を職員に説明し、職員一人ひとりが現在の状況を理解し、危機感を持って業務に取り組めるよう働きかけている。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 人材の確保・育成・定着についての方針は、法人の中・長期計画に明示されている。プリセプター制度を導入し、採用から1年間は毎月1回レポートを提出するなど、育成と定着に向けた取組を実施している。人材確保は、ハローワーク・就職フェア・広告媒体を活用しており、実習生の受入れから採用に繋げている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ② ・ c
<p><コメント> 法人の「期待する職員像」は明確にされている。人事基準等は人事規程に明示され、職員がいつでも見ることができるようになっている。管理者による個別面談と、アクションレビューシートをもとに、職務遂行能力や成果、貢献度を評価する仕組みがある。職員の意向や意見を把握し、評価とフィードバックを行い、賞与や昇給に反映させる仕組みがある。評価結果をうまく伝える方法を改善中であり、今後の工夫に期待したい。</p>		
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り組んでいる。	障16	③ ・ b ・ c
<p><コメント> 施設長は、職員の有給休暇の取得状況や残業時間を把握し、有給休暇取得率は80%以上を維持している。職員との個別面談で意向や悩みの把握に努め、ハラスメント窓口で社会保険労務士の連絡先を周知しており、相談しやすいよう配慮している。福利厚生充実のため、福利厚生会社と契約し、職員がいつでも利用できるようにしている。また、育休からの復帰支援や短時間勤務の導入など、ワークライフバランスに配慮した体制を整え、働きやすい職場環境づくりを行っている。</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。		
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 ・ ④ ・ c
<p><コメント> 目標管理は個別面談で行っており、個別面談で法人の方向性を示し、個人目標を設定している。目標設定をしているが、目標水準や目標期限は明確ではない。また、中間面接等による目標の進捗度や課題の把握については課題がある。今後は、目標の具体性と進捗状況の確認等により、育成に向けた適切な管理が行われることに期待したい。</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。	障18	a ・ ④ ・ c
<p><コメント> 研修計画を策定し、計画に基づき実施している。研修内容は、研修報告書で確認ができる。年度初めに研修計画を策定しているが、研修内容の評価・見直しは再考すべき点があると考えており、研修により効果的な育成となるよう評価・見直しが望まれる。</p>		
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	⑤ ・ b ・ c
<p><コメント> 職員一人ひとりの知識や技術水準・専門資格の取得状況を把握している。キャリアパス研修を活用し、新人研修や階層別研修など一人ひとりに合った研修プログラムを作成し実施している。てんかんや強度行動障害等のテーマ別研修への参加を促し、職員の知識・技術の向上を図っている。また、職員の研修機会が偏らないように配慮するとともに、研修に参加できるようシフトを調整している。</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。		
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	⑥ ・ b ・ c
<p><コメント> 実習生の研修・育成に関する基本姿勢を実習プログラムに明記している。また、実習生受入れマニュアルには実習の課題・内容・留意点が記載され、専門職を育成する内容となっている。実習指導者は、実習指導者研修を受講した社会福祉士が担当し、満足度の高い実習を目指しており、学校と密に連携し、実習生に有益な実習となるよう積極的に取り組んでいる。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> ホームページに理念・基本方針・事業計画・事業報告・財務状況を掲載し、運営の透明性が確保されている。第三者評価は3年ごとに受審し、結果が公表されている。苦情については件数を事業報告に記載している。地域の町内会や市役所・社会福祉協議会・学校等に法人の会報を配布し、法人の取り組みの周知を図っている。施設長は、運営の透明性確保のためには利用者家族や地域に対する情報公開が不十分と考えており、今後の取組が期待される。</p>		
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	㉕ ・ b ・ c
<p><コメント> 施設の経理・事務のルールが規程集に明記され、職務分掌表で権限と責任を明確にし職員に周知している。施設の小口現金等の管理は主任が行い、法人事務局がチェックする体制となっている。定期的に税理士の助言を受けるなど、適正な経営・運営を目指している。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント> 地域との関わりの方針は、事業計画に明示している。利用できる社会資源のリストを掲示板に掲示し、利用者や家族に配布するなどの情報提供と活用を促している。地域の運動会や祭りには、地域の一員として極力利用者が参加できるよう図り、職員が引率する体制となっている。また、地域住民との交流を目的とした施設の祭りを開催し、毎回100～150名程度の地域住民の参加がある。</p>		
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 ・ ㉗ ・ c
<p><コメント> ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化し、受入れマニュアルを整備している。ボランティア受入れの際は、利用者と安全に交流できるよう、オリエンテーションで利用者の心身の状況や配慮すべき点、注意事項等を説明している。学校の職場体験の受入れマニュアルは整備されているが、今後は、学校教育に特化した受入れの基本姿勢を明文化し、より充実したボランティアとの交流を図ることに期待したい。</p>		
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	㉘ ・ b ・ c
<p><コメント> 関係機関・団体のリストを作成している。また、安城市の福祉施設マップを職員に配布し周知している。自立支援協議会や関係団体懇話会で他の関係機関との連携を図り、連携内容は施設長会議で共有し、職員には議事録を回覧し周知している。関係機関共通の課題は利用者の処遇であり、関係機関と協議、協働しながら解決に向け取り組んでいる。</p>		
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 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。	障26	a ・ ㉙ ・ c
<p><コメント> 関係団体懇話会や自立支援協議会に参加し、他の施設との連携に努めている。また、民生委員と連携し、地域の潜在ニーズの掘り起こしに取り組んでいる。施設内に地域住民が利用できるスペース（地域交流ひろば）を設け、ボランティア連絡協議会や赤松福祉委員会等が定期的に利用している。今後は、地域の方により活用してもらうための工夫やスペースを活用した地域の福祉ニーズを把握する取組に期待したい。</p>		
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。	障27	a ・ ㉚ ・ c
<p><コメント> 施設内に地域住民が利用できるスペース（地域交流ひろば）を設置し、地域の会合等に活用している。安城市と特定福祉避難所の協定を結び、災害時に地域の福祉避難所として協力できるよう食料や水などの備蓄やストレッチャー等を備えている。今後は、把握した地域の福祉ニーズに基づいた活動が計画的に実施されることに期待したい。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 基本方針や理念は、月曜日の朝礼で唱和し理解を深めている。毎月テーマを決めてWeb講座を受講し、報告書を閲覧している。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、6月の祭りの後に全体で話し合う機会はあるが、定期的な把握・評価までは至っていない点は課題である。また、Web講座を検討しており、共通理解のもと利用者を尊重した支援に繋がりたいと考えている。</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。	障29	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> プライバシー保護マニュアルに基づいた支援に努めており、入浴介助は他の人に見られないようカーテンを閉め、同姓介助で対応している。排泄介助に関しても同性介助で対応している。Web講座の受講と報告書の閲覧により職員の理解を図っている。今後は、利用者や家族へのプライバシー保護に関する取組の周知が望まれる。</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。		
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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 法人パンフレットのほか施設パンフレットを作成し、法人内の各施設や市役所に会報と一緒に設置している。ホームページでは、ブログでリアルタイムの情報を発信しており、更新が定期的に行われている。施設パンフレットは、イメージが持てるよう写真を多く取り入れているが、一日の流れや行事、利用料金等が盛り込まれた利用者や家族の視点に立った情報が提供されると良い。</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わかりやすく説明している。	障31	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 利用開始時は、入所マニュアルに基づき、利用契約書や重要事項説明書、個別支援計画書を利用者・家族同席で説明し同意を得ている。変更が生じた場合は、文書にて通知をしている。理解が得られるよう丁寧な説明を心がけているが、意思決定が困難な利用者にもわかりやすいイラストや写真などの視覚に働きかけた資料を作成し、自己決定しやすい工夫が望まれる。</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。	障32	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 事業所や地域・家庭への移行の際は、退所マニュアルに基づいた対応に努めている。法人内での変更がほとんどであり、変更希望があれば利用者ファイルを確認し、月1回の主任会議で近況報告や情報共有を行っている。変更や移行後の相談は、相談支援専門員を中心に対応しているが、相談方法や相談窓口等の文書が作成されていない。法人内の変更のみならず法人外の事業所への変更、家庭への移行を見据え、継続性に配慮した取組が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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。	障33	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 利用者満足の上昇に向け、年1回、利用者や家族に無記名のアンケートを実施している。アンケート結果はサービス管理責任者が集計し、分析・検討した結果から改善を図っている。年2回の個別面談では相談支援専門員も同席し、現在のサービスの確認や意向・希望、相談等を実施している。日中の活動内容は、サービス管理責任者やリーダー、職員が参加し検討しているが、利用者が参画できる機会を設け、利用者を主体とした活動の実施に期待したい。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 苦情解決体制が整備され、利用契約書や重要事項説明書に明記し説明している。また、玄関に苦情解決の仕組みや「こまったことははなしてね!」とわかりやすく手描きされたポスターを掲示している。苦情記入カードはないが、利用者満足度アンケートに自由記述欄を設け、個別面談や保護者会等で苦情や意見の把握に努めている。苦情内容を記録し個別にフィードバックしているが、苦情解決の結果は事業報告にて件数のみが公表されており、利用者や家族に配慮した上で、苦情内容や結果等の公表を検討されたい。</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。	障35	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 利用者が相談したり意見を述べたりする際は、相談相手を自由に選べるよう視覚に働きかけた「こまったことはなしてね！」ポスターやイラストを玄関に掲示している。相談があれば随時話を聞き、プライバシーに配慮した会議室で対応するなど、話しやすい環境に配慮している。今後は、相談を促す書類の配布や意見箱の設置など、さらに述べやすい環境の工夫に期待したい。</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。	障36	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 利用者満足度アンケートや活動参観のアンケートなど、利用者や家族の意見の把握に努めている。相談対応の方法については、施設長会議や主任会議の意見を反映して、苦情対応規程に記載されている。相談があれば規程に基づき解決を図っているが、苦情対応規程を職員に周知する取組に改善の余地がある。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> リスクマネジメント委員会を設置し、事故対応マニュアルを整備している。事故の際は、事故報告書を職員が回覧した日付を書き入れる形で周知を図っている。ヒヤリハットで事例を収集しているが、勤務の都合上職員で話し合う機会が少なく、事故防止策や改善策の定期的な評価・見直しに至っていない点、安全対策や事故防止に関する研修が未実施である点は、改善が望まれる。</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。	障38	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 保健衛生マニュアルに基づいた感染症対策の実施に努めている。マニュアルは保健委員会を中心に作成し、年1回法人で見直しを行っている。マニュアルを事務所に設置し、感染症流行前に回覧し周知を図っている。また、Web講座で感染症予防に関する講座を受講し、インフルエンザやノロウイルスの流行する時期には、対応法を動画で学んでいる。利用者や家族には、文書を配布して注意を促している。手洗いの際は、利用者一人ひとりに職員が付き添い、ペーパータオルを使用した後に、除菌剤による手指消毒を徹底している。</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やっている。	障39	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 特定福祉避難所運営マニュアルを整備し、防災計画や事業継続計画（BCP）を策定している。災害に備え、ヘルメットや非常持出袋の設置や1週間分の食料や水などを備蓄し管理している。避難訓練は年3回実施しているが、利用者や家族、職員の安否確認方法が定められておらず、引き渡し訓練等は実施されていない。有事の際は福祉センターに避難することになっており、災害対応マニュアルの整備により、利用者の安全が確保されることに期待したい。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
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> 標準的な実施方法として、一日の業務の全体の流れと利用者一人ひとりの対応方法をマニュアル化し、共通理解のもと支援できるよう努めている。3月末の新人研修や4月の入職時研修で、先輩職員の指導のもと標準的な実施方法の習得、その後は、毎月「今月行ったこと、目標、メンターからのコメント」をメンターと振り返り、サービス水準の保持や向上を図っている。今後は、標準的な実施方法に利用者の尊重やプライバシー保護、権利擁護の視点を盛り込み、支援の質の向上に繋げることに期待したい。</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。	障41	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 標準的な実施方法のマニュアルは、年1回の見直しのほか、利用者の状態の変化に応じて見直しを行っている。個別支援計画に基づいた支援に関してはケース記録に記入し、必要な支援が実施されているかを年2回のモニタリングで検証し、利用者や家族、相談支援専門員や職員等で話し合い、アンケート結果からの意見や要望等をもとに必要に応じて見直しを行っている。標準的な実施方法のマニュアルに、利用者の尊重やプライバシー保護、権利擁護の視点が盛り込まれるような見直しが行われることに期待したい。</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。		
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	① ・ b ・ c
<p><コメント> サービス等利用計画の内容を踏まえ、アセスメントから個別支援計画策定までを統括する責任者としてサービス管理責任者を設置している。サービス管理責任者が面談で聞き取ったニーズや意向を反映した個別支援計画を策定し、年2回のモニタリングで計画通りにサービスが提供できているか確認している。関係する他職種と連携しながらアセスメントや個別支援計画を策定し、その内容を回覧し周知している。利用者の高齢化が課題となっており、その点についての気づきを終礼で話し合うなど職員に発信している。</p>		
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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 個別支援計画の見直しの際は、年2回のモニタリングで検証し、それを踏まえて相談支援専門員を交えた個別面談で利用者の思いや希望を確認し、個別支援計画に反映できるようにしている。急遽見直しが必要な場合は、相談支援専門員や関係する他職種と連携し変更している。変更した個別支援計画書は全職員へ回覧し、周知を図っている。</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。		
Ⅲ-2-(3)-② 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	a ・ ① ・ c
<p><コメント> 利用者や家族とのやり取りは連絡帳に、サービスの実施状況はケース記録に、利用者に関する特記事項や変更した内容は連絡日誌に記入し、書類やパソコンのネットワークシステムで情報共有を図っている。書き方に差異が生じないように記録の書き方のマニュアルが作成し、事務所の机上に掲示しいつでも確認できるようにしている。情報共有を目的とした定期的な会議の実施には課題があり、実施に向けた改善が望まれる。また、連絡日誌での情報共有が実際のサービスに繋がらない場合がある点が課題となっており、実効性のある共有方法の検討が望まれる。</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。	障45	a ・ ① ・ c
<p><コメント> 個人情報保護規程が定められ、施設長が責任者として記録を管理している。個人情報の開示は、サービス提供開始時に利用者と家族に説明し、同意を得ている。職員には、入職時に個人情報保護に関して説明し、遵守する旨の誓約書で理解を図っている。パソコンで記録の共有を行っているが、パスワード管理が徹底されていないため不正アクセスや漏洩に不安を感じる。今後はWeb講座を活用し、定期的な研修を行う予定をしている。</p>		

【内容評価基準】

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	① ・ b ・ c
<p><コメント> エンパワメントに基づき、利用者の嗜好や趣味を把握し、カラオケやイントロクイズ、DVD鑑賞や紙すき、キャップアートやウォーキング、公園の散歩などの様々な活動の提供に努めている。利用者の楽しんでいる様子や疲れた様子を見逃さないよう関わり、自己決定ややる気に繋げている。生活のルールに関する利用者同士の話し合いは利用者の状況により難しいが、職員が寄り添い、挨拶や手洗い、歯磨き等の習慣づけを行っている。権利擁護に関するWeb講座の受講や「○○さんと呼ぼう」のポスターの掲示、終礼等で、職員の理解を図っている。</p>		
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	a ・ ① ・ c
<p><コメント> 権利侵害防止の取組として、法人で権利擁護委員会を設置している。「虐待の芽チェック表」を活用した日頃の支援を振り返る自己評価を実施し、早期発見や自身の心の状態を知ることができる機会となっている。虐待の恐れがある場合は、虐待防止対応規程に基づき行政に報告している。今後は、権利侵害の内容や事例の利用者への周知や身体拘束実施に関して職員の理解が深まる取組が望まれる。</p>		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者の心身の状況や自立の意向に配慮した個別支援計画に基づき、見守りの姿勢を基本に、残存能力を維持・活用できるよう支援に努めている。利用者が「やりたそうにしている」「できそう」のタイミングを見逃さないように関わり、支援が必要な時は迅速に対応している。食事の時にはエプロンをつける、迷惑をかけたなら謝るなど、できる範囲から生活のルールが身につくよう支援している。</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。	障49	a ・ ② ・ c
<p><コメント> 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーションに努めており、意思表示や伝達が困難な利用者とは、家族に確認したり、写真や文字盤、トーキングエイド等のツールを活用し、コミュニケーションを図っている。日頃から利用者の表情を読み取り、気持ちや思いに寄り添うよう心がけているが、外部研修等に参加し、さらにコミュニケーション能力を高め、良い支援につなげたいと考えており、今後に期待したい。</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。	障50	③ ・ b ・ c
<p><コメント> 相談支援専門員や話しやすい職員に気軽に話してもらえるよう利用者や家族に伝えており、必要に応じて個別に職員と話す機会を設けている。利用者から訴えがあった場合は、選択できる情報を提供しながら、相談対応を実施し、終礼や連絡日誌で共有を図っている。相談内容によって関係職員と検討し、個別支援計画を変更している。</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。	障51	④ ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者一人ひとりのニーズや希望に配慮した個別支援計画に基づき、余暇活動やレクリエーション、スポーツの提供に努めている。午前は運動、午後は余暇活動を中心に日中活動を実施し、入浴希望があれば対応している。近隣企業からのコンサートや地域のじゃがいも掘りなどの情報を提供し、参加を促している。個別支援計画の見直しに合わせ日中活動を見直し、必要に応じて変更している。</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。	障52	a ・ ⑤ ・ c
<p><コメント> 職員は、利用者一人ひとりの障害特性を理解するよう努めている。Web講座の定期的な受講で理解を深めており、直近では、自閉症について受講し専門知識の向上を図った。走り回る、じっとしてられないなどの行動障害が見られる場合は個別対応を行い、状況により別室でクールダウンするなどに対応している。利用者の支援の状況を記録し、終礼や連絡日誌で共有を図っている。専門知識の向上には限りがないことから、Web講座以外にも知識を得られる研修等の実施に期待したい。</p>		
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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 食事は、2ヶ月ごとに給食業者と給食担当職員・調理担当職員による給食会議を開催し、嗜好に考慮した献立や利用者のリクエストメニューを取り入れ、提供できるよう努めている。また、利用者の状態に合わせ、刻み食や量を調整している。人間関係を考慮し座席を替え、楽しく食事できるよう配慮している。入浴や排泄介助は同性介助で行い、入浴拒否の場合は無理強いをしない。排泄チェック表には状態や量の目安、バイタルチェック表に個人の正常値を明示し、状態の変化に気づきやすい工夫が見られた。</p>		
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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 日中活動の場は、安心・安全に配慮しバリアフリーとなっている。室内を27℃に保ち、加湿器を3台設置するなど、インフルエンザ対策等に注意を払っている。休息できるよう畳の部屋を設け、利用者が制作した作品が飾られている。トイレの扉を男女がわかりやすいよう工夫し、入浴室とトイレを繋げてトイレの失敗を防ぐ配慮が見られる。他の利用者に影響を及ぼすような場合は、一時的に別室でクールダウンするなどに対応している。年2回の面談や利用者満足度アンケートも実施している。</p>		

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	①・b・c
<p><コメント> 朝礼前にストレッチ体操を行っている。機能訓練が必要な利用者には、一人ひとりに合った訓練を個別支援計画に定めている。月1回、作業療法士の助言・指導や利用者の状態確認が実施され、訓練実施後は、機能訓練チェック表に実施者が記入している。状態に変化が生じた場合は、作業療法士の助言等をもとに検討し、見直しを行っている。作業療法士に会えるのを楽しみにしている利用者もあり、利用者のやる気につながっている。</p>		
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・②・c
<p><コメント> 朝と昼食後の検温や月1回の体重測定、月2回の血圧測定、嘱託医の検診で、健康状態の把握が行われている。入浴前には、検温、血圧測定、脈拍数を確認し、必要な利用者は排泄チェックで回数や状態を記録している。排泄チェック表には状態や量の目安、バイタルチェック表に個人の正常値を明示し、状態の変化に気づきやすい工夫をしており、体調変化時は保健マニュアルに基づき対応している。心の健康は、必要に応じて精神科を受診している。Web講座で健康管理を学ぶ機会はあるが、看護師や医師による職員研修の実施に期待したい。</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。	障57	a・②・c
<p><コメント> 非常勤の看護師が服薬管理を行っている。服薬は服薬チェック表を活用し、リーダーが預った薬を記入、飲ませた職員がチェック、リーダーが最終確認といった手順で対応している。月1回の嘱託医検診に看護師が同席し、医師から指示がある場合は、職員が行う対応や処置方法を看護師が指導している。必要に応じて通院同行を行っている。利用者の安心・安全につながるよう定期的な研修の実施に期待したい。</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。	障58	a・②・c
<p><コメント> 利用者の希望を把握し、計算ドリルやアート書道を取り入れている。アート書道は、活動室の和室に作品を展示したり安城市民ギャラリーに展示するなど、多くの人に見てもらうことでやる気につながっている。社会参加として、近隣企業のイベントに参加したり、オーケストラによる音楽鑑賞やサーカス、作品展を観にでかけたり、近所のスーパーや薬局、ホームセンターに買い物に行く機会がある。様々な機会を提供しているが、利用者の意向に基づいた社会参加や学習意欲を高める支援には、さらに工夫の余地がある。</p>		
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・②・c
<p><コメント> ほとんどが隣接されたグループホームの利用者で、現在は地域移行のニーズはないが、ニーズがあれば積極的に対応を行なっていく方向にある。地域生活に必要な支援については、3ヶ月に1度開催される自立支援協議会と連絡を図っている。また安城市のケース会議にも参加している。学習・体験の機会は日中活動時にも提供しており、近隣企業からのイベントや祭りのお誘いや、音楽鑑賞、作品展などのイベントがあれば積極的に情報を提供し、参加を促している。利用者が地域生活への意向や意欲を高める取組に関しては、さらに工夫の余地がある。</p>		
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	①・b・c
<p><コメント> 利用者の日中活動や家庭での様子は、連絡帳を活用し共有している。年2回の面談や利用者満足度アンケートの他、4月の総会、2月の保護者会、12月のクリスマス会など直接意見交換できる場を設け、家族との連携や交流を図っている。家族からの相談は、主任やサービス管理責任者、担当職員や相談支援専門員と連携し対応している。体調不良や急変時はマニュアルに基づき対応している。家族の就業状況などを考慮し、電話連絡の時間を変えたりメールでの連絡など工夫が見られる。利用者の通院同行や保護者への随時連絡等、系列のグループホームとも連携して、保護者の高齢化に対応する支援に、積極的に取り組んでいる。</p>		

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〉 評価外			

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〉 評価外			
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。	障63	a ・ b ・ c
〈コメント〉 評価外			
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。	障64	a ・ b ・ c
〈コメント〉 評価外			