

## 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：共同生活援助	
代表者氏名：施設長 鈴木 博	定員（利用人数）：20名（19名）	
所在地：安城市赤松町北新屋敷112-3		
TEL：0566-77-5222		
ホームページ： <a href="https://nukumorinet.jp">https://nukumorinet.jp</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
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：16名	非常勤職員：10名
専門職員	（社会福祉士）6名	
	（精神保健福祉士）1名	
	（介護福祉士）5名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）

### ③理念・基本方針

<p><b>【理念】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ぬくもりのあるサービスを目指します</li> <li>～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～</li> </ul> <p>ます-</p> <p><b>【基本方針】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 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

#### 【経営の改善・施設長の指導力】

施設長は、人事・労務・財務等を把握・分析している。職員の働きやすい環境整備の一環として有給取得率80%以上を達成し、風通しの良い職場を目指し、職員面談で意見を聞く機会を設けている。年度末に、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経営状況を理解した上で、危機感を持って業務に取り組めるよう働きかけている。

#### 【働きやすい職場づくり】

施設長は、職員の有給取得状況や残業時間を把握し、有給取得率は80%以上を達成している。健康診断を年1回（夜勤職員は年2回）実施し、インフルエンザ予防接種費用を補助するなど、職員の健康維持に努めている。職員との個別面談で意向を確認したり、ハラスメントに関する窓口として社会保険労務士を設定するなど、職員が相談しやすい工夫が見られる。また、働きやすい環境となるよう、育休からの復帰支援や短時間勤務の導入、福利厚生会社との契約等、ワークライフバランスに配慮した取組を実施している。

#### 【福祉サービスの実施状況の記録・職員間の共有】

記録は、ケース記録やパソコンでの管理ソフトを活用し、記録、保管している。毎月、個別支援計画に基づきサービスが実施できているかを評価し、ケース記録に記入している。職員による差異が出ないように記録の書き方のマニュアルを作成し、定期的にチェックしている。開所日ごとの利用者に関する特記事項や支援の変更内容、伝達事項等は連絡日誌、その日に行った支援等は終礼日誌や業務日誌を活用し情報共有に努めている。勤務体制により職員が一堂に会す機会が少ない中、様々な方法で共有を図っている点は、評価できる。

### ◇改善を求められる点

#### 【職員の育成・中間面接の実施】

目標の設定はされているが、目標水準や目標期限は明確になっていない。また、中間面接等は行われておらず、年度の途中での目標の進捗状況は把握されていない。今後は、目標達成時期の設定を行い、中間面接で進捗状況の確認を行うなどの対応策を検討されたい。

#### 【標準的な実施方法の文章化・見直し】

標準的な支援の実施方法のマニュアルや個人マニュアルは整備されている。入浴や排泄、活動時のマニュアルが確認できたが、食事マニュアルは確認できなかった。また、プライバシー保護や権利擁護に関してはWeb講座や虐待の芽チェックリストで意識向上を図っているが、標準的な実施方法からは、その視点がやや弱い。標準的な実施方法に基づいて支援が実施されているかどうかを組織的に確認する仕組みの整備やマニュアルの見直しには改善の余地がある。

#### 【利用者の社会参加・学習支援】

町内の運動会や地域の防災訓練に参加するなど、社会参加の体験機会を設けている。また、ホームで学習を希望した際は、部屋で学習ができるよう漢字ドリルを用意した。移動支援サービスの利用を提案し、希望する外食や外出、交流する機会が増えるよう、家族と相談しながら支援している。利用者の高齢化に伴い、社会体験や学習意欲の低下が懸念されることから、利用者の希望やニーズに合った地域の活動や社会資源等の情報の収集や提供が望まれる。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

愛知県福祉サービス第三者評価を受審し、当事業所の強み、課題が明確になりました。高く評価してもらった「働きやすい職場づくり、福祉サービスの実施状況の記録・職員間の共有」などについては今後さらに推進を行ない、また、課題になった「職員の育成・中間面接の実施、標準的な実施方法の文章化・見直し」などは改善に取り組んでいきたいと思っております。福祉サービスの質の向上に努め、より良い事業所を目指して努力していきたいと考えています。

## 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>&lt;コメント&gt; 法人の理念・基本方針は、ホームページや会報等に明示し、職員が常に目にすることができるよう事務所内に掲示するほか、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を図っているが、利用者の重度化・高齢化、家族の高齢化に伴い、わかりやすい周知方法を検討したいと考えている。職員に対し、理念・基本方針を理解しているかどうか随時確認しているが、本当に理解し、理解した上で業務を行っているかの確認は今後の課題として捉えている。</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>&lt;コメント&gt; 愛知県や安城市の福祉計画から福祉業界全体の動向、地域の自立支援協議会の各担当者会、関係団体懇話会に参加し、地域福祉の動向の把握に努めている。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の把握・分析までは至っていない。現在だけでなく、未来を見据えた事業の実施に向け、潜在的な利用者やニーズ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>&lt;コメント&gt; サービス内容や組織体制、職員体制や人材育成等の課題を、法人事務局を中心に把握・分析後、理事会や役員会で共有し、中・長期計画に反映している。課題解決に向け、職員の公募によるプロジェクトチームを作り、職員を巻き込み組織全体で改善に取り組む体制づくりを始めたところである。プロジェクトチームの活動により、職員が課題解決に向け意識を高め、改善に繋が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>&lt;コメント&gt; 法人の中・長期計画では、理念・基本方針の実現に向けた経営課題・目標が明確となっているが、具体的な数値目標や達成期限は定められていない。また、施設ごとに中・長期計画は策定されていない。今後は、中・長期計画に具体的な数値目標や達成期限を定め、施設独自の中・長期計画の策定に期待したい。</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>&lt;コメント&gt; 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、行事計画も定められている。事業計画の一部は、数値目標が設定されているが、評価結果として「できた」「だいたいできた」「できなかった」で評価しており、達成度が曖昧である。今後は、より具体的な数値目標の設定と評価の見える化に期待したい。</p>			
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	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 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。理事会に提出・承認され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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画は、年度初めの保護者会とぬくもり便りで公表し説明している。その際は、事業計画のみならず決算報告や制度改正等についても伝えている。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。今後は、利用者の理解を促すためにも、視覚に働きかけたわかりやすい資料を作成するなど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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 自己評価を年1回行い、法人の主任を中心とした検討委員会が組織され、サービスの質の向上に向けた取組が実施されている。また、第三者評価を3年に1回受審している。現状維持はマイナスとする施設長の考えにより、常に向上していくための振り返りを行い、質を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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 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、職員全員で共有されている。明確になった課題については職員参加の基で改善計画を作る仕組みがある。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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 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、会議や研修等で職員に周知を図っている。災害等の有事の際の責任と役割は規程されてはいるものの、再度周知する必要があると考えており、災害時の体制等をフローチャート化することを検討されたい。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 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。また、関係機関や行政等との適切な関係保持に努めている。法人としての遵守事項を事務所に掲示し、職員の法令遵守に対する意識を高めるよう図っている。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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 施設長は、利用者への職員の対応や業務の動き等を観察し、サービスの質の現状の把握に努めている。毎年1回、利用者満足度調査を行い、サービスの質の向上に取り組んでいる。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全職員が回覧して、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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 施設長は、人事・労務・財務等を把握・分析している。職員の働きやすい環境整備の一環として有給取得率80%以上を達成し、風通しの良い職場を目指し、職員面談で意見を聞く機会を設けている。年度末に、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経営状況を理解した上で、危機感を持って業務に取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 a . b . c
<p>&lt;コメント&gt; 人材の確保・育成・定着に関する方針は、法人の中・長期計画に明記している。人材の育成・定着については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といった、定着に向けた取組を行っている。人材確保については、職安・就職フェア・広告媒体を活用しているほか、実習生からの採用を行っている。</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>&lt;コメント&gt; 「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記され、職員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に関する貢献度を評価する仕組みがある。職員の意向や意見を分析し、評価として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。評価結果内容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 a . b . c
<p>&lt;コメント&gt; 施設長は、職員の有給取得状況や残業時間を把握し、有給取得率は80%以上を達成している。健康診断を年1回（夜勤職員は年2回）実施し、インフルエンザ予防接種費用を補助するなど、職員の健康維持に努めている。職員との個別面談で意向を確認したり、ハラスメントに関する窓口として社会保険労務士を設定するなど、職員が相談しやすい工夫が見られる。また、働きやすい環境となるよう、育休からの復帰支援や短時間勤務の導入、福利厚生会社との契約等、ワークライフバランスに配慮した取組を実施している。</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>&lt;コメント&gt; 目標の設定はされているが、目標水準や目標期限は明確になっていない。また、中間面接等は行われておらず、年度の途中での目標の進捗状況は把握されていない。今後は、目標達成時期の設定を行い、中間面接で進捗状況の確認を行うなどの対応策を検討されたい。</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 . ⑤ . c
<p>&lt;コメント&gt; 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、計画や見直しについては再考すべき点があると考えている。今後は、研修計画の定期的な見直しにより、効果的な育成が行われることに期待したい。</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	⑥ a . b . c
<p>&lt;コメント&gt; 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に参加を促し、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し、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	⑦ a . b . c
<p>&lt;コメント&gt; 実習生の研修・育成に関する基本姿勢は、実習プログラムの中に明記されている。実習生受入れマニュアルが整備され、実習の際の課題・内容・留意点が明記され、専門職の育成に沿った内容となっている。実習指導は、指導者研修を受講した社会福祉士資格保有者が行い、実習生が満足できるような内容を目指している。学校側とは密に連携し、実習生に対して有益な実習になるよう力を入れている。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt; 法人のホームページに理念や基本方針、事業計画や事業報告、財務状況等を公開し、運営の透明化に努めている。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・社協・学校等に法人の会報を配布し、法人の取り組み等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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt; 経理・事務の規程が整備され、職務分掌表に権限と責任を明記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担当し、内容を法人事務局がチェックする体制となっている。定期的に、税理士の意見や助言を聞く機会があり、適正な経営・運営に向けた体制を整えている。</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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt; 地域との関わりの方針を事業計画に明記している。地域の情報や社会資源のリストを掲示板に掲示したり、利用者や家族に配布するなどして情報を提供し、利用を促している。地域の一員として利用者が、地域の運動会やお祭り等の行事にできるだけ参加できるように促し、参加の際は職員が引率している。また、地域住民との交流を目的とした施設の祭りを主催し、毎回100~150名程度の地域住民が参加している。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt; 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、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、交流を図る上での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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt; 関係する行政機関や団体のリストが作成されている。自立支援協議会や安城市主催の関係団体懇話会に参加し、その内容を施設長会議で共有し、議事録を回覧する等により職員にも周知している。地域の関係団体共通の課題として利用者の処遇が挙げられるが、関係団体と協議する機会を持ち、解決に向けての取り組みを行っている。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt; 関係団体懇話会や自立支援協議会に参加し、他の事業所との連携が密にできるよう努めている。施設内に地域の方との交流を目的としたスペース「地域交流ひろば」があり、ボランティア連絡協議会や地域の福祉委員会が定期的に利用している。今後は、「地域交流ひろば」の積極的な活用と、その活動から地域の福祉ニーズ等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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt; 施設内の「地域交流ひろば」は、地域の会合等で利用されている。安城市と特定福祉避難所の協定を結び、災害時には地域の福祉避難所として協力できる体制を整えている。民生委員と連携し、地域の潜在ニーズの掘り起こしを図っているが、今後は、把握した地域の福祉ニーズ等にもとづいた具体的な活動の計画的な実施が望まれる。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 理念・基本方針・倫理綱領の事務所内の掲示や机上への貼付け、朝礼での唱和などで周知を徹底しようとする姿勢が感じられる。また、利用者の人権への配慮についてWeb講座を受講したり、虐待の芽チェックリスト等で日頃の支援を振り返るなど、意識向上に努めている。しかし、利用者の呼び方や居室に入る際の声かけ、利用者の荷物に触れる際の了解の得方等は課題であり、実施状況の定期的な把握・評価と改善に向けた取組の実施に期待したい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; プライバシーに配慮し、利用者の居室は施錠できるようにしている。手順書にプライバシー保護についての項目が設けられているが、具体的な取組の記載は確認できなかった。施設から家族にプライバシー保護について説明しているが、利用者が理解できるような説明には改善の余地がある。また、プライバシー保護マニュアルの策定と周知により、職員がよりプライバシー保護に関する意識を高めることに期待したい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 法人全体のホームページを開設し、ブログでリアルタイムに情報を発信している。法人を紹介するリーフレットは施設の特徴がわかりにくいため、個別の資料や施設パンフレットを別途作成している。パンフレットは市役所や福祉センターに置いてあるが、相談支援専門員からの紹介が多い。利用希望があれば、短期入所の利用や3週間の体験入所を実施している。より丁寧な情報提供として、利用者の視点に立った資料の作成や病院等のパンフレットの設置があると良い。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用開始時は、利用契約書・重要事項説明書・個別支援計画を説明し、同意を得ている。意思決定が困難な利用者への説明の際は、相談支援専門員が事前情報から、家族の同席や代弁者をつけるなど配慮している。しかし、説明書類のわかりやすさや理解しやすさの工夫や配慮には、改善の余地がある。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 退所後のマニュアルが作成され相談窓口を設置しているが、退所後の相談方法や担当者について、口頭で説明するのみで文書を渡していない。入院による状態変化についてはケース検討会議で受け入れを相談し記録に残すようにしている。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者や家族の満足度アンケートや個別面談で満足度の把握に努めている。アンケート結果は集計後、終礼で分析・検討し、改善に努めている。食事は、嗜好調査をもとに栄養士同席の給食会議で献立を検討しており、利用者や家族の希望で健康を重視し体重を減らすメニューを考案している。夜にデンパークのイルミネーション見学へ出かけるなど利用者の意向に沿った取組に努めているが、職員が利用者に参加したり、利用者参画のもとで検討会議を行うなど、利用者を主体とした意向の把握が行われることに期待したい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 苦情解決体制は事務所やホームに掲示し、契約時に説明している。また、ホームでの掲示は、イラストとひらがなで描かれたポスターとなっており、利用者にわかりやすく工夫が見られる。苦情・相談の際は、利用者の居室や生活介護棟の個室を利用するなどプライバシーに配慮し、必要に応じて世話人や担当、サービス管理責任者のほか相談支援専門員も交え対応し、解決までの記録を残している。今後は、苦情解決に関する規程の更新と利用者がより苦情を申し出しやすくするための意見箱の設置を検討されたい。</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>&lt;コメント&gt; 意見や相談・苦情は、連絡票や家族との電話連絡、送迎時等を通じて聞き取るよう努めている。送迎時は、担当に関わらずどの職員でも対応できるよう努めている。また、「なんでもはなしてね」とイラストとひらがなで描かれたポスターをホーム内の数か所に掲示し、利用者が内容を理解できるよう工夫が見られる。相談時は、プライバシーに配慮し利用者の居室や生活介護等の個室で対応している。今後は、相談を促す書類の配布や意見箱の設置など、より相談し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>&lt;コメント&gt; 利用者から意見・苦情があれば、速やかに上司に報告し、終礼や事業日誌等で職員に周知、対応策を検討している。家族からの意見・苦情の際は、「苦情としてあげてもよろしいでしょうか」など苦情か相談のどちらからを確認し記録しており、苦情と相談は違うことを理解し適切な対応を行うため、判断基準を明確にしたマニュアルにしたいと考えている。利用者アンケートは年1回実施しているが、意見箱の設置による相談や意見の把握を検討されたい。</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>&lt;コメント&gt; リスクマネジメント委員会が設置され、事故発生マニュアルや不審者対応マニュアルを整備している。また、リスクマネジメント委員会はヒヤリハットや事故報告を集計、分析し、年度末の法人全体会議で報告している。事故やヒヤリハットへの対応策は都度検討しているが、ヒヤリハットの件数が少ない点や、対応策の実施状況の評価、見直しには課題があり改善が望まれる。</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>&lt;コメント&gt; 保健衛生マニュアルに基づき、感染症への対策に努めている。マニュアルは年1回見直しを行っており、回覧や看護師からのアドバイス、Web講座等で周知を図っている。日頃から消毒や11月からのマスクの着用など対策を行い、感染症発生時は、他の利用者につらないうつらないよう短期入所の個室に隔離するなど対応している。</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>&lt;コメント&gt; 特定福祉避難所運営マニュアルを作成し、事業継続をするための対策に努めているが、食料や備品などの備蓄は生活介護等のみでホームにはない。また、利用者及び職員の安否確認の方法が定められていない。ホームの避難訓練は年3回、消火訓練2回実施しているが、今後はAEDの講習を検討されたい。地域の防災訓練に参加し、非常食の炊き出しや試食、煙の体験やコミュニティセンターへの避難等、地域との連携体制は評価できる。</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>&lt;コメント&gt; 標準的な支援の実施方法のマニュアルや個人マニュアルは整備されている。入浴や排泄、活動時のマニュアルが確認できたが、食事マニュアルは確認できなかった。また、プライバシー保護や権利擁護に関してはWeb講座や虐待の芽チェックリストで意識向上を図っているが、標準的な実施方法からは、その視点がやや弱い。標準的な実施方法に基づいて支援が実施されているかどうかを組織的に確認する仕組みの整備やマニュアルの見直しには改善の余地がある。</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>&lt;コメント&gt; 年1回、標準的な実施方法のマニュアルの見直しを行っているが、標準的な実施方法に基づいた支援ができていないかの確認や、職員が一堂に話し合う機会が少ない点が課題となっている。今後は、標準的な実施方法の評価の実施と職員の意見を効率的に取り入れることができる仕組みづくりが望まれる。</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>&lt;コメント&gt; 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総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。利用者のニーズを個別支援計画に盛り込み、計画どおりにサービスが提供されているかは、年2回のモニタリングで確認している。家族や担当世話人、サービス管理責任者や日中活動の支援員、嘱託医や薬局等と連携しながら、アセスメントや個別支援計画を策定している。</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>&lt;コメント&gt; 個別支援計画は、6ヶ月ごとにモニタリングで検証、それを踏まえた個別面談での意見、提案、要望等を反映した評価・見直しを行っており、PDCAサイクルに基づき実施されていることが窺える。急な変更の際は、相談支援専門員と連携し、アセスメントを再度行い、支援方法や計画内容を変更している。変更した個別支援計画書を回覧し、全員が見たかどうかの確認を行い、周知徹底を図っている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 記録は、ケース記録やパソコンでの管理ソフトを活用し、記録、保管している。毎月、個別支援計画に基づきサービスが実施できているかを評価し、ケース記録に記入している。職員による差異が出ないよう記録の書き方のマニュアルを作成し、定期的にチェックしている。開所日ごとの利用者に関する特記事項や支援の変更内容、伝達事項等は連絡日誌、その日に行った支援等は終礼日誌や業務日誌を活用し情報共有に努めている。勤務体制により職員が一堂に会す機会が少ない中、様々な方法で共有を図っている点は、評価できる。</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>&lt;コメント&gt; 個人情報保護規程や個人情報開示規程を整備している。利用者の記録等の個人情報書類は、施錠できる書庫に保管していることが確認できた。職員へは、個人情報保護の重要性を説明し、実習生にも誓約書の提出を徹底している。開示の際は、家族と本人の同意を得るなど配慮している。パソコンの管理については、定期的なパスワード更新による情報の保護が望まれる。</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	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 一人ひとりへの支援や取り組みについて具体的に聞き取ったところ食べ物の好き嫌いについてや入浴の時間の配慮、公平さの意識などの話が出てきて自立支援につなげようとする姿勢を感じた。やりたいことをやってもらうよう心掛けているが利用者の主体的な活動については本人の中で自由にしてもらっており、その発展を促すように支援が出来ていないと感じているとのこと。職員間で意見交換や情報交換をしているがまだ改善の余地があると思われる。</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>&lt;コメント&gt; 権利擁護委員会を設置し、虐待等防止に関する共通理解を図っている。虐待の芽チェックリストを活用し、全職員が日頃の支援を振り返り早期発見に努めている。入浴の際は身体チェックを行い、アザがある場合は記録し家族に連絡している。所轄行政へは虐待防止対応規程の手順に沿って報告している。つなぎの服の使用や部屋の施錠が必要な場合は、家族に説明しているが、利用者への提示や周知に関しては改善の余地がある。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の機能維持向上のため、できることは本人にしてもらうよう声かけし、難しいところは職員が補助的に支援している。自立生活に意欲的に取り組めるよう、できたら褒めるよう心がけている。お金や薬は職員、衣服や娯楽等の持ち物は利用者が管理しているが、紛失することが多く、家族に名札をつけてもらうようお願いしている。朝は支援の必要性が高く、職員を手厚く配置しているが、ホームによっては自立が難しい利用者が多く、その分自立度の高い利用者の支援が疎かになりがちな点は、課題となっている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 意思疎通が困難な利用者とは、独自のジェスチャーを考えそれを共有したり、写真や手紙の活用、イラストで伝えるなど、利用者の状況に合わせたコミュニケーションの工夫に努めている。家族と連携したり、訪問看護師を通じて意思確認することもある。構造化の外部研修に参加しているが、ホームでの活動に取り入れるまでは至っておらず、コミュニケーション能力と高める支援には改善の余地がある。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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者一人ひとりの思いの把握に努めており、意思表示が困難な利用者の隠れた思いは、様々なコミュニケーション手段を用いて聞き取るよう努めているが、利用者に応じたコミュニケーションには課題がある。相談対応は、現場だけで進めてしまうこともあるが、内容に応じてサービス管理責任者や関係職員での検討、共有を図り、個別支援計画に反映するよう努めている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; グループホームでは日中活動はないが、日中活動の施設と連絡帳で情報共有を図り、活動について利用者の希望やニーズの把握に努めている。町内の運動会に参加したり、利用者の希望からクリスマスイルミネーションを見学したり、外食に出かけるなどの余暇活動を実施し、利用者の楽しみとなっている。移動支援サービスの利用を提案し、買い物に出かける利用者もいる。余暇活動や地域の行事やイベントなどの情報提供は実施しているが、利用者の状況に応じたわかりやすい提供手段を検討されたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; Web講座を活用し、障害に関する知識の習得、支援方法の向上に努めている。障害のみならず利用者の高齢化への対応についても学んでいる。ホーム支援で利用者の不適応行動などの行動障害があった場合は、引き継ぎノートを活用して情報共有し、ケース会議で検討、対応しているが、細かい部分での支援の統一や共有が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 食事の嗜好調査を実施し、利用者の年齢・体形・体重や健康診断の結果、医師の指示を踏まえ、本人の意向も取り入れ健康に配慮した食事量を提供し、必要な利用者には食事介助を行い、刻み食での提供を行っている。浴室は、シャワーチェアや浴槽の出入り用の腰掛け等、利用者の状況に合わせて使用している。また、快適な排泄ができるよう、食事の量や水分摂取量をチェック表で確認したり、状況に応じてヨーグルトの摂取や下剤を使用し排泄を促している。排泄チェック表には状態や量の目安を明示し、状態の変化に気づきやすい工夫が見られた。車いすの利用者が安全に移乗できるよう、移乗の技術習得の勉強会を実施している点は評価できる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ホームはバリアフリーで、手すりも設置されており安全に移動できるよう配慮している。定期的な換気や空気清浄機の使用で、感染症対策も行われている。利用者の居室、食堂、浴室、トイレは毎日掃除し、清潔を保っている。短期入所の空いている居室は、インフルエンザ罹患者がした場合に隔離したり、不穏な利用者を一時的に他の利用者から遠ざけ落ち着ける場所として対応が可能である。トラブル防止のため、短期入所の利用者とホームの利用者が合わないよう配慮している。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 残存機能の維持・低下防止のため、無理のない範囲で生活できるよう配慮している。理学療法士や作業療法士等の専門職がないため機能訓練は計画に取り入れていないが、残存機能の維持を計画書に取り入れている。また、日中活動施設で利用者が機能訓練・生活訓練を行っている場合は、ホームでも訪問看護師からの助言で機能訓練・生活訓練を実施したことがあるが、モニタリングでの計画や支援内容の検討・見直しには至っていない点は改善の余地がある。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; バイタル・投薬・入浴前の各チェック表から健康状態の把握に努めている。入浴時には、体重計測・身体観察・薬塗布を行い、必要な利用者には排泄チェック表に形状・量を記録している。看護師が非常勤のため、利用者一人ひとりのバイタルの平均値を明記し、職員が状態の変化がわかるよう工夫が見られる。また、訪問看護の訪問が週1回あり、健康状態の確認や相談、夜間等の急変時に相談対応してもらう等の連携を図っている。今後は、利用者の安心・安全を確保するためにも、看護師や医師、薬剤師等による健康管理や緊急時の迅速な対応等の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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 医療的ケア（喀痰吸引や経管栄養）は、現状行っていない。服薬管理やアレルギー疾患への対応は実施しており、薬局と連携して、一部の利用者の服薬管理を担当してもらっている。また、服薬確認表の活用でホームでの服薬ミスが減っており、効果を上げている。医療的な支援や職員の個別指導等は、訪問看護師の訪問時に指導・助言をもらう機会があるほか、処方されている薬の説明書の把握に努めている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 町内の運動会や地域の防災訓練に参加するなど、社会参加の体験機会を設けている。また、ホームで学習を希望した際は、部屋で学習ができるよう漢字ドリルを用意した。移動支援サービスの利用を提案し、希望する外食や外出、交流する機会が増えるよう、家族と相談しながら支援している。利用者の高齢化に伴い、社会体験や学習意欲の低下が懸念されることから、利用者の希望やニーズに合った地域の活動や社会資源等の情報の収集や提供が望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者や家族の意向を尊重し、地域生活を送れるよう支援に努めている。特に、ホームの生活を通じて、集団行動ができるよう支援を行っている。地域の関係機関と連携・協力し、ホームの体験利用の受入れを行っている。現在のホームの利用者が高齢となってきており、一人暮らしをしたいといった希望はなく、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験機会・意欲を高める支援や工夫は現状行われていない。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 自宅に帰る際に施設での様子を伝える連絡帳や土日の家庭での様子を伝える週末連絡票、年2回の個別面談や保護者会等を通じて、利用者や家族の意向、要望等の把握に努めている。保護者会後は談話会を行い、家族からの意見が多く出る場となっており、相互理解が図りやすい。自宅にあまり帰れない利用者の家族には、担当職員が電話連絡したり写真をDVDにして送り、情報を伝えている。体調不良や急変時の家族等への報告・連絡は、ルールに基づき行っている。保護者の高齢化への対応として、利用者の兄弟に面談等への参加を促しており、夜間・休日等の利用者の通院同行等の家族支援にも取り組んでいる。</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			