

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：障害者支援施設サンホーム豊田	種別：施設入所支援・生活介護	
代表者氏名： 夏目 文夫	定員（利用人数）： 60名（60名）	
所在地： 愛知県豊田市野見山町5丁目80番地1		
TEL： 0565-88-2001		
ホームページ： https://douen.or.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成11年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 恩賜財団愛知県同胞援護会		
職員数	常勤職員： 37名	非常勤職員： 5名
専門職員	看護師： 1名	医師： 2名
	管理栄養士： 1名	看護師： 1名
	作業療法士： 1名	
施設・設備の概要	居室： 40 室	相談室・医務室・静養室
	食堂・浴室・洗面所・便所	多目的ホール

③理念・基本方針

◇ 社会福祉法人 恩賜財団愛知県同胞援護会では、法人の基本理念として「利用者の立場に立った良質な福祉サービスを提供するとともに、地域住民との交流・連携を図り、開かれた法人運営に努めます」としている。

◇ 施設の基本理念として「私たちは、誰もが生きがいを持って、いきいきとして暮らしていくことのできる社会を目指し、利用者一人ひとりの尊厳を大切に、真の福祉を追求して温かいサービスを提供し、利用者とともに喜びと誇りを持って施設を運営するため、ア生命の尊厳、イ個人の尊重、ウ人権の擁護、エ社会への参加、オ専門的な支援を実行します」を掲げている。

◇ それらに基づくサンホーム豊田の施設管理運営指針としては、以下のとおりである。

ア 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った利用者主体のサービス提供に努める。

イ 利用者の意向、適性、障がいの特性その他の事情を踏まえ、適切かつ効果的な支援を行う。

ウ できる限り居宅に近い環境の中で、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町村、他の指定障害者支援施設や障害福祉サービス事業を行う者、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

エ 各関係法令を遵守するとともに、利用者、地域に対し、積極的な情報開示と情報提供に努める。

オ 経営状況を分析し、更なるコスト改善に努め、安定した経営を目指すとともに、研修体制の充実を図り、専門職としての人材育成に努める。

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>1. 平成11年に事業を開始し、平成25年には障害者総合支援法が施行され、現在に至っている。施設の周りは緑に囲まれ自然豊かな環境にあり、隣接地には、同一法人の特別養護老人ホームや地域包括支援センターなどがあり、地域福祉サービスの拠点である。利用者のニーズに応えるため、生産活動、創作活動、自立活動、クラブ活動、余暇活動、外出などについて、多様な日中活動のプログラムを提供している。</p> <p>2. コロナ禍であり中止しているイベントは有るものの、通常は「夏祭り」「ボランティア感謝祭」「運動会」など大規模な地域交流イベントを開催して、地域から参加者を招きコンサートなどイベントを開催し、利用者、家族、職員との交流を図っている。</p> <p>3. 地域ニーズが高い短期入所、日中短期入所利用希望者の積極的な受け入れを行なっている。</p> <p>4. 実習生、ボランティアの積極的な受け入れを行い年間計画を立てて進めている。</p> <p>5. 平成28年度に大規模改修工事を実施し、高齢化、障害の重度化に対応しつつ、安心かつ安全なハード環境の整備を実施している。</p>

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	<p>令和 年 6月10日（契約日）～</p> <p>令和 4年 3月 18日（評価決定日）</p> <p>【令和 3年11月18日（訪問調査日）】</p>
受審回数 （前回の受審時期）	<p>2回（平成 31年度）</p>

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>1. 組織の変更として各種会議、委員会を大幅に増やすなどに取り組み、中でも各種会議や委員会では職員の自主性を尊重し必須の会議や委員会以外は職員に任せるなどの工夫、職員への積極的な声掛けなど、職員の力量アップに繋げた結果、利用者支援の質向上に効果が出始めている。</p> <p>2. 研修会について法人は人事教育計画として階層別、専門教育を企画、事業所は新入職員及び現任職員のOJT教育に加えて関係機関が開催する研修への参加、出前研修、ZOOMによる研修に参加させている。特に熱心に取り組んでいる研修としてはお昼休みの直後10～15分の虐待防止、事故及び危険予知（KYT）衛生管理研修などは利用者見守りに関与していない職員が全員出席できるようにしてスキルアップに力を入れている。 OJTについて新任職員にたいしてチューターによる1年間研修、現任3か月研修について習熟度（1～5段階評価）を確認して研修を行っている。</p> <p>3. 業務の実効性を高める活動ではデジタルバーコードによる出退勤の勤務状況の管理（ICT＝情報通信技術）や「ケアカルテ」（ICT）を導入して活用している。 利用者支援についても利用者高齢化への対応として担当者制からグループ制に変更して重度者の特性に応じ対応できるようにし、年3回事例研究会のテーマとしてグループ制への変更による改善事例を報告会にて発表している。また、重度障害者支援加算認定、リハビリテーション加算認定など積極的取り入れて、定員配置の見直しを行なっている。</p>

◇改善を求められる点

1. 事業計画について、実施内容の進捗率は有るが、成果目標がない。例えばICT活用による業務効率化については業務時間を短縮することが目的なので、業務時間の低減目標を設定されたい。また、外部評価の実施についても同様であり、福祉サービスの質向上について目標を設定し、年度の振り返りとして実施内容のどこに問題があるかについて分析し、次年度の実施事項に決め繋がるようにされたい。
2. 「皮膚ケア対応」「事故対応」など問題は、再発防止としては現象だけでなく原因まで掴み「標準書の見直し」、「教育の見直し」、「環境の改善」など維持活動のPDCAに繋げたい。
3. グループホーム事業についても予算の問題が有り中止されているが、サンホーム豊田利用者への福祉サービス向上に向けて、グループホーム事業の必要性が有り、次期中期計画に再度掲げて実現されたい。
4. 地域交流についてはコロナ禍でもあり停滞気味であるが状況を見ながら徐々に交流を進められたい。町内会など地元組織との連携、情報共有から始め防災訓練への参加や豊田市のSDGsの取り組みへの参加など地域と密着した連携活動が求められる。また、従来実施してきたイベントなど「コロナ後」の新しい形での交流についても検討されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

法人の基本理念である「利用者の立場に立った良質な福祉サービスの提供」に努めているが、第三者評価を受けて、強度行動障害や意思疎通の困難な利用者に、よりきめ細やかな個別支援ができる人材の育成を推進するなどし、利用者及び家族の満足度を上げていきたい。

また、もう一つの柱である「地域住民との交流、連携」について、コロナ禍で思うような活動ができていないが、従来の夏祭りなどのイベントだけでなく、真に地域住民との交流の方策を検討し、利用者が地域の一員であることを実感できるようにしたい。

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(64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	⑥ · b · c
<コメント> ・理念・基本方針が「管理運営要項」、ホームページ等に記載されており、施設の玄関、会議室等にも掲示されている。職員には毎年全員に「管理運営要項」を配付して、全体会議等で説明し周知を図っている。新規職員へは理事長や施設長から理念・基本方針・知的障がい者への接し方などを研修の初めに説明している。家族等に対しては、保護者会総会や保護者定例会等、利用者には利用者ミーティング等で説明しているが理解困難者が多いので更なる周知に工夫が望まれる。			

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	①	a · b · c
<コメント> ・全体の動向としては、法人本部、愛知県知的障害者福祉協会、豊田市障がい福祉計画等から福祉ニーズを把握。また、施設としても豊田市、愛知県、愛知県社協、基幹障害者相談センターなどから情報を把握、分析して中長期計画に反映させている。法人本部が施設の経営状況の把握・分析を実施し施設としても施設長会議、関係機関会議等から把握すると共に行政監査時にも現状の課題について提起し情報入手に努め、施設内で情報の共有を図っている。			
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	①	a · b · c
<コメント> ・法人本部が策定した「中長期計画2018年～2022年度」の中に具体的な経営課題、問題が整理され公表されている。法人本部の施設長会議で現状の把握、経営課題が共有化され施設においても全体会議、運営会議等で経営状況や改善すべき課題について職員に周知している。課題に対しては重点目標を法人本部へ報告、予算措置が出来たものを事業計画に反映させ、衛生委員会・サービス改善委員会・業務改善委員会など15の委員会に指示し計画とフォローを行っている。			

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。			
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	a · b · c
<コメント> ・「中長期計画(5年計画)」は外部環境、内部環境、職員満足度について現況分析、職員満足度調査と各施設ヒヤリング結果から課題を洗い出し中期計画事業方針として纏め、利用者サービスの向上など4項目について具体的取組事項が記載されている。それぞれの項目に対して施設別5か年重点事業計画が策定されている。施設の計画は豊田市の総人口、障がい者人口や職員満足度調査等を参考に策定され、施設からの毎年の報告により進捗状況を管理すると共に見直しを行っている。			
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	a · b · c
<コメント> ・施設の事業計画は法人の中期計画を踏まえて策定して「管理運営要項」に明記している。 ・単年度の事業計画は、運営会議、全体会議等で意見を集約して、事業計画案、予算案を作成し本部へ提出、本部承認を受け年度末に策定されている。中期計画に対する進捗状況は収支については毎月法人本部へ報告している。また、本年度から施設毎の全ての項目について管理運営要項に進度状況が分かるよう記載するようにしている。その結果は全て運営会議、全体会議にて全職員に説明を行なっている。			

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	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は前年度計画の進捗状況や反省点を踏まえ見直され、職員意見を反映して策定している。 ・事業計画の周知は、年度始めに「管理運営要項」を全員に配付して、全体会議、各種会議、各委員会等で説明して理解を深めている。今回組織の見直しとして委員会を15種に増やし職員の自主性が高まったことにより殆どの項目で進捗の遅れはなかった。職員インタビューにおいても担当者の自信に満ちた達成感も伺えた。 		
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・㉒・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は利用者ミーティング、保護者会で説明しており、利用者にとって関心がある行事等はイラスト等で表示してできるだけ分かり易く工夫している。利用者には毎月の利用者ミーティングでアイコンタクト等を交え説明しているが一部の利用者は理解が出来ないケースがある。 ・利用者には地域移行など限られた重点目標の説明であり、障害者支援施設サンホーム豊田保護者会の協力のもと、行事などへの参加を通じ様々な場面で説明する機会を増やしている。 		

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	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年評価基準に基づき自己評価を実施し、第三者評価も3年毎に受審している。自己評価、第三者評価の結果、改善が必要な項目はサービス改善委員会等で検討し改善に努めている。 ・特に今回の自己評価は職員から偏りのない意見を吸い上げるため16名が事前説明会から参加して評価をおこなった。法人及び施設においても関係する、前回指摘事項についてはほぼ改善の取組がされていた。 		
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・㉒・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己評価、第三者評価の結果における課題について全体会議、サービス改善会議等で議論されているが、改善策の実施状況や改善計画の見直しについても計画的に実施されるよう期待したい。 ・今年度からの組織変更により職員のやる気が向上した結果、福祉サービスの質について多くの項目で改善が見られた。今後マンネリ化や組織変更など考慮すれば成果目標として第三者評価基準での自己評価結果を項目別、時系列的に見られるようにして成果の喜びについて共有されたい。 		

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。		
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	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長の役割と責任は法人の組織規程に明示され、事務分掌等でも明確にされている。 ・施設長は全体会議、各委員会等の出席する会議で自らの役割と責任を表明し理解を図っている。また、事業計画の重点目標については職員が理解するまで対話に心がけ、進捗計画については職場巡回を怠らず気軽に相談にものっていることが職員からも好感されて職員の団結力に繋げている。 ・非常災害時の連絡体制等は明示されており、施設長の不在時の権限委任も明確化されている。 		

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	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 法人は法令遵守規程に施設長の役割、責任者、目的、定義などを定め、法令順守マニュアルを作成し基本姿勢・基本原則・遵守責任者の役割、社会福祉法人事業者の行動規範、より良い法人にするための行動規範など記載し、全職員に理解を深める取組を行っている。 施設長は権利擁護・虐待防止委員会を定期的に開催し、課題や問題点等を把握して職員に法令等を正しく理解させ、法令等遵守違反の発生防止に努めている。 		
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	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 施設長はサービス向上に意欲を持ち重点目標は事業計画に掲げ、生活支援を4グループに分けグループ内の応援体制の推進、委員会ごと重点目標を割り振り、改善の効率化を図っている。法人内研修や外部研修に多くの職員を参加させ、特に強度行動障害支援者養成研修に参加を勧めるなど指導力を発揮している。施設長は福祉サービスの質に関する課題、重度障がい者対応の課題等を把握し、改善のための具体的取組、重度障害者支援人員配置の達成などに指導力を発揮している。 		
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。	障 13	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 施設長は、法人本部と連携して、施設の円滑な運営のため職員配置、設備整備等に取り組んでいる。 業務の実効性を高める取組として生活支援のグループ分けや委員会活動の充実と職員の自主性の向上や快適な職場環境のため支援員室の改修、ICT 活用(利用者の状況、「ケアカルテ」の入力など)による業務の効率化など業務軽減に努めている。 		

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。		
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・①・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 法人本部の方針、計画に基づいて人材確保が行われ就職フェア、説明会、就職サイトの活用や ZOOM でのオンライン施設見学等も取組んでいる。施設としては非正規職員の採用のためハローワークへの求人や介護福祉士実務研修の会場の提供を行っているが計画的な採用とまで至っていない。定着についてはチューター制度、OJT チェックも実施して新規職員の定着に繋げている。専門資格取得のため介護福祉士実務研修に積極的に参加させ本年度4名が介護福祉士資格を取得した。 		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障 15	a・①・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 人事管理は「職員就業規則」「人事評価実施要綱」等の諸規定で明確に定められ職員に周知されている。 人事評価はキャリアパス制度3コース(管理職、現場管理者、実務者)に応じて、人事評価システムによって決められた「自己申告シート」にて評価基準一覧表に基づき 6 等級評価が行われている。直属の上司(主任)、係長、施設長との面談を年 2 回行い法人本部にて最終決定されるが決定までのプロセスが分からない。 		
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	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 職員の就業状況や意向は年2回の管理者との個別面談で確認しており、出退勤は「電子バーコード」により管理、超過勤務や有休取得状況を把握し、有給休暇や育児休暇の取得を促し、超過勤務、病気等は衛生委員会で健康管理を行っている。重度障害者支援加算人員配置、リハビリテーション加算人員配置などの目標を達成している 法人としては職員満足度調査やストレスチェックを行い、保健師、産業医との面談を実施する等、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・目標管理は法人では役職者のみ実施していたが、当施設では今年度から職員一人ひとりの育成にむけ全職員が取組んでいる。5月に目標項目、水準、期限を設定して中間に上司(主任)と取組、進捗状況など確認し、年度末に上司(主任)、係長、施設長と面談し職員の目標達成状況の振り返りと評価を行っている、結果についてはフィードバックされているが今後の成果に期待したい。		

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> ・法人本部の研修計画に基づいてキャリア別、職種別、テーマ別の研修計画が策定されている、研修の参加状況については法人本部が管理して次年度の研修計画に反映させている。 ・施設としては外部研修「強度行動障害支援者養成研修」を積極的に受講させ、また毎日昼休み後約15分間、虐待防止、権利擁護、衛生管理等について各委員会が主催して勉強会を行い職員の知識及び意識の向上を図っている。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・職員に外部研修、内部研修受講を積極的に勧奨しており、「階層別教育」と「専門教育」に分け人事教育計画が立てられている。専門教育としては介護支援専門員、社会福祉士等の資格取得を進めている。一人ひとりの研修では内部研修に力を入れ、新任に対してはOJTの取り組みを新規職員1年、経験者は3カ月間行い、習熟度評価は5段階で確認している。新規職員についてはチューター制度も取り入れている。また、習熟度は3を目標にしている。習熟度4以上レベルを希望する職員へは場所、パソコン、実務本の提供を行ない自己努力への奨励をしている。今後は研修の目的に対する評価をしながら研修の見直しをされたい。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・実習生受入れは、重点取組事項にも明確に定められ、マニュアルに沿って福祉系学生、養護学校の学生等を積極的に受入れ年間計画により社会福祉施設従事者等の養成研修に協力している。施設では社会福祉士実務研修資格者を担当者と決め受入れ時期、実習内容等を学校と連携して効果的な研修になるように取り組んでいるものの、実習期間中の継続的な連携維持については今後に期待したい。		

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
<コメント> ・法人のホームページに理念、法人概要、中長期計画、財産目録、広報誌などが公開されている。 ・施設の情報としてパンフレット、サンホームdeコラム、月度だより、運営規程、重要事項説明書などいつでも確認できるように玄関棚に設置している。今年度から保護者会にてヒヤリハット事例、苦情について説明する計画であるが、第三者評価の受審結果、苦情相談内容等、多数の方々が見ることが出来るように、ホームページへの掲載について期待したい。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> ・法人の「組織規程」「事務決裁規程」などの諸規程が整備されており、法人本部の内部監査、毎月の経理状況チェック等が実施され、適正な運営が行われている。法人全体では公認会計士による会計監査を受けている。指摘事項が生じた場合、指摘に対する改善計画書を法人本部へ回答し管理する仕組みが出来ている。		

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	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「管理運営要項」の中に地域社会との連携があり地域行事への参加、施設の開放が明示されている。 ・地域行事としては、ポッチャ大会や清掃活動等に参加しており、また施設の夏祭りなどでも地域との交流を行っている。AEDマップへの登録や炊き出し訓練への参加も計画されているので、例えば町内会に入会するなど近隣との交流を更に深められたい。 			
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	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「管理運営要項」の中にボランティアの受入れを積極的に図ることが明示されており、「ボランティア受入れマニュアル」にそってボランティア受入れ年間計画を作成し、地域の中高生、ボランティア団体等を受入れて利用者の喜びに繋がる体制が確立している。 ・ボランティアの個人、団体が多数登録されコロナ禍以前はボランティア懇談会やボランティア感謝祭も開催していた。コロナ禍であるが感染状況を見ながら以前のような活動を期待したい。 			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・豊田市社会福祉協議会、豊田市自立支援協議会等の関係機関との定期的会議へ積極的に出席して情報交換を図っている。関係機関・団体の機能や連絡方法などの社会資源一覧として豊田市サービス事業所ガイドを備えているが職員間で共有できるように一覧表にも纏められたい。また、関係機関との定期的な連絡会についても更なる充実を図られたい。 			
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	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・愛知県知的障害者福祉協会、豊田市社会福祉協議会、相談事業所等から地域の福祉ニーズを把握している。 ・豊田市が事業として取り組んでいる(SDGs)は地域課題が把握でき参加している。その中で、残った野菜の再利用については具体的に進めているところである。また地域ニーズ把握のため町内会への加入、防災への参加も検討している。 			
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	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時、要援護者の避難施設として豊田市と協定を結び地域住民の安全、安心に繋げている。 ・地域の学校や福祉講座に講師を派遣、また相談業務にも応じて公益的な活動が行われている。 ・現在、施設としては「サンホーム豊田のぼり旗」を作成して交通安全PR活動や清掃活動を行っているが更なる公益的活動を企画されたい。 			

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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>施設の経営理念に利用者の意思及び人格を尊重し、利用者主体のサービス提供に努めると明示してある。利用者を尊重する支援については権利擁護・虐待防止委員会等が設置され、定期的な勉強会、職員研修を行っている。日頃の利用者を尊重する支援については職員一人ひとりが作成する虐待防止チェックシートをもとに職員の意識・行動を分析、確認をして昼礼時に職員の意識・理解の向上を図る取組をしている。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>職員の行動規範として「プライバシー保護マニュアル」を作成し、職員に配付している。利用者の自室の鍵利用や、入浴、排泄等、日常生活支援時のプライバシーへの配慮がされている。特に職員の少ない時間帯においても排泄時の利用者に対する言葉かけや対応等、利用者のプライバシーに配慮したサービス提供がされている。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>利用者が福祉サービス選択時に必要な情報をホームページに掲載、施設の玄関には施設理念を掲示している。また事業概要、管理運営要項が設置されている。利用者の理解困難な場合に備えて、わかりやすい写真入りのパンフレットが作成され、見学、体験入所希望者にも常時、対応している。広報活動として月1回の「サンホームDeコラム」で情報提供されている。今後は施設のパンフレットは常に補充し、他の事業所と情報交換をしてサービス選択に必要な情報を積極的に提供できるよう、望まれる。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始や変更にあたっては重要事項説明書、利用契約書、個別支援計画等の関係書類について、利用者の障害の程度が重く理解困難な場合が多いのでそれぞれの障害に応じたわかりやすい言葉やイラスト等を用いて丁寧な説明をしている。今後利用者の障害の重度化・高齢化に対応した説明方法の改善に期待したい。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>障害のある利用者にとって施設・事業所の変更が生じた時や、介護保険サービスが利用可能となった場合は継続した福祉サービスが受けられるよう、関連諸機関と連絡、調整して対応をしている。保護者会でも担当者から説明して理解が得られている。利用者の状況により、グループホームの利用が可能となった場合も入所が決まってから移行に向けて関連諸機関と連携して丁寧に対応している。在宅サービスを活用した地域生活への移行の可能性についても福祉サービスの継続性に配慮した検討を期待する。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>利用者に対し写真入り給食嗜好調査が年1回実施され、その結果が分析されている。障害により意見を表明するのが困難な利用者については、職員により表示の仕方等が工夫され、満足度が把握されている。月1回女性利用者ミーティングが実施され、日頃の意見、要望が記録されている。保護者懇談会では、職員から利用者の状況について情報提供をしている。今後は男性利用者ミーティングも、実施できるように工夫されたい。</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><コメント></p> <p>苦情解決委員会が設置され、公平性、客観性確保のために 5 名からなる第三者委員会もある。苦情解決マニュアルがあり、苦情内容については職員間で情報共有して家族に回答している。</p> <p>家族等へは事業所以外の苦情受付場所について説明しているが、障害の程度により利用者への周知が困難な場合がある。今後は、利用者へのわかりやすい苦情解決の仕組みについて再考されたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者ミーティングを定期的に月 1 回開催している。女性利用者だけの集まりでコミュニケーションもとれやすくいつも利用するフロアで実施している。利用者には、担当者グループを説明して日頃から関係性が出来るよう周知している。その為、ミーティングでも意見を述べやすい環境ができています。今後は男性利用者ミーティングの実施が困難であれば、男性利用者の相談や意見を述べやすい環境作りを検討されたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の相談や意見に対して、担当スタッフが対応しているが内容によっては、担当者から担当グループ会議、役職者会議、委員会等、状況に応じて話し合いを持ち、対応している。利用者の手荒れ相談に対し、施設長がハンドクリーム、手袋着用の指示したことで改善された事例があり、今後は、対応手順の検討も考慮され、管理者を中心として迅速に対応できる組織作りに努められたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント責任者を定めリスク管理部会が設置され定期的に部会が開催されている。ヒヤリハット状況や事故報告書の集計、分析が行われ職員で情報共有されている。職員昼礼時の勉強会でヒヤリハット、事故報告書からの KYT(危険予知訓練)等で安心、安全な福祉サービス提供体制を構築しているが、今後は事故防止対策マニュアルの活用によるヒヤリハット事例の低減対策等を考慮されたい。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルを整備し、責任者を定めて体制を整備している。看護課調整会議を定期的に開催し、利用者の安全確保に取り組んでいる。感染症発生時は感染症対策委員会を開催して迅速に職員に周知している。昼礼時の勉強会では新型コロナウイルス感染予防に対して、ワクチン接種、三密対策、マスク、手洗い実施などの啓発の他、感染対策防護服着脱訓練等を実施して利用者の安全確保の取組をしている。感染症予防や発生時における体制の整備や取組は十分といえるが、感染症予防に対し、食事や運動など日頃からの利用者の免疫力向上も検討されたい。</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。	障 39	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>管理運営要項に防災訓練年間計画、防災管理組織編成表、自衛消防隊編成表、夜間等の消火避難活動、非常配備編成表等を明記して、職員への周知がされている。有効な防災訓練として職員、利用者全員で「覚える」より「慣れる」事を目指して、毎月、避難訓練を始めとした各種の訓練や教育が実施されている。利用者の障害程度によりヘルメット使用には自ら着用が困難な人もいるがヘルメット保管場所も適切な位置にあり、訓練で着用されている。事業継続計画が策定され、災害に備える対策は講じられている。食料、備品等の備蓄品は3日間備蓄され、管理がされている。今後は夜間災害発生時の問題点等の検討もされ、利用者、職員の安全確保について再考されたい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>提供する福祉サービスについて「支援者対応マニュアル」等が整備され、全職員に配付されている。職員一人ひとりが行動規範チェック表、虐待防止チェック表を作成し、結果は全体会で周知し、利用者尊重、プライバシーの保護、権利擁護に係わる人権尊重の姿勢でサービス提供されている。</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><コメント></p> <p>リスクマネジメント、権利擁護、支援業務等のマニュアルは整備され、各委員会で検討して、見直しをする仕組みはある。見直し後は全スタッフに配付し、情報共有するようにしている。今後は、マニュアル見直しの時期、期間、状況に応じての柔軟な見直し取組等、考慮されたい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身状況、家族等、関係機関等に関するアセスメント実施後、サービス管理責任者が中心となり、利用者本人、担当スタッフ等の関係者で利用者、家族等の意向やニーズに基づき、個別支援計画を策定している。個別支援計画策定にあたり、障がいの特性から理解に困難がある利用者にはひらがなや分かりやすい言葉、イラストを利用して説明し、利用者の写真入り個別支援計画書を策定している。個別支援計画策定の手順としては適切に策定されているが、利用者、家族等の意向を尊重しつつ、専門職として利用者の自立・自律を促す視点も明確にしたうえで個別支援計画策定を期待する。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者本人の日頃の状況、課題、意向等について、担当スタッフ、サービス管理責任者を含めたグループ会議でケース検討が行われる仕組みが有る。利用者ごとに、利用者本人の意向、ニーズを取り入れて個別支援会議で検討され、半年に一度、個別支援計画の評価、見直しが行われている。利用者の状況により、計画を見直す必要が生じた時はその都度、個別支援会議を開催して、見直しが行われている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者に関する福祉サービス実施状況は「ケアカルテ」に記録され、コンピューター管理がされている。「ケアカルテ」記録は日々担当者が決められ、記録担当スタッフと共に利用者担当スタッフの入力で利用者の心身状況把握ができ、情報共有ができています。「ケアカルテ」記録についてマニュアルを職員に配布して職員はいつでも閲覧可能で職員間の情報共有ができています。今後は「ケアカルテ」記録担当スタッフだけでなく、日々の利用者担当スタッフの「ケアカルテ」入力について研修、指導が望まれる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の個人情報保護規定等に責任者も定め、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定があり、利用者に関する記録は決められた場所で保管して夜間は施錠されている。又、端末から記録を参照するときのセキュリティ(ID, パスワード)についても管理されている。</p> <p>重要事項説明書、利用契約書に利用者、保護者等に個人情報に関する説明をして同意を得ている。</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></p> <p>利用者の意思、意向を尊重した個別支援計画に利用者本人のニーズが記載されている。利用者本人の希望に沿って担当スタッフ、担当グループで検討する等、個別支援の取組をしている。障害により意思表示が困難な利用者に絵カードを導入して自己決定に繋がり効果が出たケースもあり、利用者尊重の取組を行っている。</p>		

A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	障 47	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>権利擁護・虐待防止委員会が設置され、責任者も決められて定期的に委員会が開催されている。職員一人ひとりが虐待防止チェック表を作成し権利擁護・虐待防止委員会で評価し、新規職員、異動職員には、権利擁護、身体拘束に関する施設内研修を実施するなど徹底した取組をしている。車椅子からの立ち上がり事故防止策としてベルトによる拘束をしている例があるが、身体拘束廃止マニュアルに沿い、実施状況は「ケアカルテ」に記録し、家族等の同意も得ている。現状ではやむを得ない場合もあり、権利擁護の手順としては適切に取組まれているが、今後は、拘束をしない取組の実現に向けて一層の努力を期待する。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画から、利用者の意見、要望を取り入れて自律、自立の為の日々の生活支援を行っている。部屋の片付け、布団干し等見守りながら、声かけしながらの利用者支援を行っている。利用者が食堂のテーブルにスプーン等の食器の配置ができるような工夫として、氏名の大きく書かれた食堂のテーブルに×印を大きく表示することは、たとえ正しく配置することに効果が認められたとしても、人格の否定につながると受けとめられる恐れがあるので、表示には十分留意されたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 利用者の心身の状況により言葉の理解が困難な場合等はジェスチャー、指さし、絵カード、うなずき、スキンシップ等のコミュニケーション手段を取り入れて支援している。利用者とのコミュニケーションについて担当スタッフで情報共有して、支援が展開されている。今後は、利用者の心身状況に応じ多様なコミュニケーション手段の活用により、コミュニケーション能力を高めるための工夫も検討されたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 利用者には担当スタッフ、担当グループがあり、利用者との関わりを深めている。日常の支援は利用者の意見を聞く機会と捉え、相談等は担当グループで検討し、内容によっては、委員会、サービス管理責任者へ報告、情報共有し利用者の意思を尊重した支援につなげている。今後は、利用者の心身の状況に応じた相談支援の方法を検討されたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 利用者のニーズは、個別支援計画に短期目標、長期目標が立てられ、支援されている。日中活動は生活日課として計画され、クラブ活動、余暇活動、生産活動としてのダイヤ班、サファイヤ班、創作的活動等があり、利用者の意向を尊重して参加できるようにしている。利用者の心身状況に応じた活動や、利用者自身の企画等も考慮した活動等、評価、検討して行くことも今後の課題である。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 利用者の障害の心身状況の把握をして分析し、情報共有して利用者に応じた支援をしている。利用者の半数以上を占める強度行動障害に対して、積極的な研修会、勉強会の参加で適切な支援について検討されている。強度行動障害のある利用者の特性を理解し、利用者の尊厳を尊重した支援に向けて、スタッフのゆとりある態度や声かけ等、日々の支援で検討され、課題を見いだし、更なる支援に結びつくことが望ましい。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 個別支援計画は、アセスメント、モニタリングを行い、利用者の自己実現を中心に、利用者の望む衣類の選択、心身状況に応じた入浴支援、嗜好調査を反映した食事の選択、一人ひとりに応じた食事形態、食事場所等の支援、排泄支援、健康管理等に配慮して策定されていて、日々の生活支援は、その個別支援計画に基づいて行っている。今後は、利用者の日々の心身の状況に応じた日常的な生活支援を実施される工夫も考慮されたい。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 利用者の日々の生活空間としての居室は個室と二人部屋があり、明るく、収納スペース、ベッド等を配置して安心、安全、安楽を保つように整理されている。浴室、トイレ、食堂等の共同スペースにおいても衛生委員会を中心に職員、外部業者により生活環境の清潔維持に努めている。利用者処遇部会で、障害のある利用者の安心、安全な生活環境の確保が維持されるよう検討している。 今後は、利用者処遇部会で課題を把握し、具体的な取組が速やかに実現することを期待する。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づき、利用者のリハビリテーション計画を立て、作業療法士による運動器具の利用を取り入れた機能訓練や生活訓練を実施している。定期的なモニタリングをして、3 ヶ月毎に機能訓練や生活訓練の内容を見直し家族等の同意も得ている。利用者の心身の状況に応じて毎朝の朝礼、ラジオ体操、ウォーキングを実施して健康維持に取り組んでいる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>看護課調整会議、健康管理部会、緊急時対応の勉強会、朝礼、昼礼時の健康状態申し送り等で看護師を中心とした利用者の健康管理の取組がある。健康管理マニュアルが作成され、利用者の入浴前の体温測定、内服薬投与、月1回嘱託医の往診、血圧測定、日々の処置が適切に行われ、生活支援員会議等で利用者の健康状態、健康管理等について情報共有がされ、適切な対応が行われている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理運営要項に責任者が明記され、医薬品管理、医療安全管理指針、医療機器に対するマニュアル等がある。医療的な管理が常時必要な利用者は受入れていないが、障害のある利用者で看護師による服薬管理、皮膚科的処置等が必要な場合もあり、適切な手順で行われている。誤薬防止の為、氏名、写真入りの薬入れ等、工夫が見られる。緊急情報提供シートもあり、救急セットも準備され、嘱託医、協力病院と連携し、安全管理体制が出来ている。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望、意向を尊重した取組として自立課題を通じての創作的活動支援を行い、買い物外出時の金銭管理支援や誕生日外出支援、喫茶、コンビニ買い物等の支援を行っている。新型コロナウイルス感染症の影響で社会参加の制限とイベント中止傾向がある中で、屋内用トレーニングマシンを導入するなどの工夫をしている。今後は、利用者の社会参加や学習の意欲を高めるとともに、地域生活への移行を可能にする支援への取組を期待する。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>障害の心身状況により、地域移行の可能性がある利用者について地域連携委員会で情報共有し、利用者と家族等のアセスメントを実施して利用者、家族等へ検討、相談を行っている。利用者、家族等へは他の事業所と連携して、介護保険の説明、グループホームの勉強会を通じて情報提供している。検討内容は地域連携委員会議事録、「ケアカルテ」に記録している。今後は、グループホームへの移行等、地域生活への移行についてより積極的な働きかけを期待する。</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	a	ⓑ	c
<コメント> 保護者連絡会議、利用者懇談会、保護者会があり、定期的に開催され、利用者の状況、事業所状況について連携、交流を行っている。コロナ禍においても家族の健康状態を確認後、利用者の意向、要望に応じて外出、外泊の支援を継続して行っている。利用者の健康上の問題について電話、文書での報告、連絡、面会等適宜状況に合わせ対応し、広報誌等の送付も行っている。家族等の連携・交流、家族支援については、多様な方法で積極的に行っている。今後は、利用者の高齢化により、家族の一員としての立場の変化を見据え、新たな形での家族等との連携・交流と家族支援が検討課題である。				

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				