

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 中部評価センター

②施設・事業所情報

名称：ひがしうらの家	種別：生活介護・施設入所支援	
代表者氏名：村山 誠治	定員（利用人数）：60名（58名）	
所在地：愛知県知多郡東浦町大字藤江字カガリ118		
TEL： 0562-84-3400		
ホームページ： http://sohwa.nagoya/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成 4年 7月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 相和福祉会		
職員数	常勤職員： 30名	非常勤職員： 25名
専門職員	（施設長） 1名	（サービス管理責任者） 1名
	（看護師） 3名	（生活支援員） 37名
	（栄養士） 1名	（事務員） 5名
	（調理員） 7名	
施設・設備の概要	（居室数） 34室	（設備等）談話室、事務室、
		静養室、医務室、調理室、
		浴室、作業室、食堂、多目的室
		応接室、活動棟

③理念・基本方針

★理念

すべての人にとって今日一日が充実し 満足できるものであり 明日への希望が豊かでありますように

★基本方針

- ・ 基本的人権の尊重
- ・ 良質な環境を用意し良質なサービスを実現
- ・ 企画力を高めサービスの差別化を図る
- ・ 顧客満足を高める
- ・ 全ての事業活動は迅速に行い常にPDCAを意識する
- ・ 福祉サービスの基本は人材でありその専門性を高度に位置づける
- ・ 法令を遵守し、組織全体に適切に統治する

④施設・事業所の特徴的な取組

【感染症対策】

* コロナ禍において、施設内における感染拡大防止のため、職員の体調チェック・管理及び報告体制を整え、外部からのウイルス遮断に最大限の配慮を行なっています。また、PCR検査の継続的な実施（愛知県より依頼）を行ったり、体調不良者には積極的に検査を受けていただくなどの取り組みも実施。ワクチン接種も可能な限り多くの利用者様・職員が接種できるよう進めています。7月末現在で施設内でのクラスター化は起きていません。

【利用者様の個別活動】

* 利用者様が施設生活での楽しみや生きがいをつくりだすための活動・余暇・レクリエーションを提供しています。コロナ禍で例年通りの活動はできていませんが、一年に一度利用者様のしたいことを職員が個別に付き添って行うスペシャルデイ企画等も細々ではありますが実施。また、最近では芸術活動の時間や場所、備品等を整え、一部の利用者様には積極的に取り組んでいただき、その中でいくつか賞をいただくことができています。

【ホームページによる情報発信】

* 普段どのような活動を行なっているのかを知る術として、「ホームページ」に力を入れており、特にタイムリーな情報をお伝えする「ブログ」を定期的にアップして、情報発信を積極的に行なっています。

【支援手順書の整備】

* 個別支援計画やアセスメントとは別に「支援手順書」を作成し、利用者様へさらに細かい支援のポイントや留意点などを記載しています。時系列に記載されており、どの時間にどのような支援を行なう必要があるのかなど、支援する側の覚えとしても活用しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3年 8月 1日（契約日）～ 令和 4年 3月28日（評価決定日） 【令和 4年 1月17日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	4回 （平成30年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆福祉全般を見据えた社会貢献

管理者が自立支援協議会の2つの部会に所属して活動するのみならず、福祉関連の公的、私的の会議や会合に積極的に参加している。町の地域福祉計画の策定にも深く関与する等、地域への貢献度は高い。これらの取組みは、自らが管理者を務める事業所の運営に益する情報収集活動の域を超え、障害、児童、高齢者、社会福祉等の福祉全般を捉えた地域の福祉増進に寄与することとなっている。

◆ブログによる事業運営の透明性確保

事業計画に年間のブログ更新回数100回の目標数値を掲げ、事業所内に組織されたホームページ委員会が奮闘している。多様化するサービスの内容（事業所の活動や利用者の様子）を「見える化」することは、外部との交流が遮断されたコロナ下において、事業運営の透明性を確保する有効な手段となっている。

◆意思決定支援に対する高い意識

利用者に対して個別に話を聞く機会を設け、相談内容は職員間で共有している。「日常的な支援の中で意思の尊重が図られているのか」、「活動の選択の機会を設けているが、それを意思決定支援としてよいのか」等、常に利用者の意思を念頭において支援しており、支援に対する職員の高い意識が感じられる。

◆利用者一人ひとりに対する標準的な実施方法

標準的な実施方法が「運営の手引き」や「手順書」に文書化されている。新人職員や異動職員にはそれらを用いてOJTを行っている。標準的な支援に加え、個別的な支援がアセスメントや支援手順書、勤務に応じた業務内容としての「詳細デイリー」に記載されており、職員に周知徹底されている。

◇改善を求められる点

◆数値目標を明確にした中・長期計画

単年度の事業計画のすべての実施項目に数値目標を掲げ、事業所内に設けられた10の委員会が中心となって取り組んでいる。毎月の法人幹部会で事業計画の進捗を報告し、半期の見直しも組織的に行われている。その仕組みや取り組み自体は高く評価できる。しかし、3年後やそれ以降を見据えた中・長期計画には具体的な到達点が明示されていない。単年度の事業計画に示した数値目標の妥当性を担保する上でも、中・長期計画に数値目標を設定することが望ましい。

◆災害時の事業継続計画（BCP）の作成

災害時においても利用者の安全確保と福祉サービスの継続が求められる。そのため、早急なBCP（事業継続計画）の作成が求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者支援に必要な個別支援計画の作成は当然のこととして、支援手順書や詳細デイリーなど施設（法人）独自の取り組みに着目していただき、また利用者個々に寄り添い意思決定を可能な限り行っていることに対しても高く評価をいただいたことは、施設・職員にとって励みと自信になりました。現状に満足せず、これからの取り組みを継続させ、更なるサービスの質的向上につなげていきたいと思っております。その半面、中・長期計画と単年度計画の数値的な目標設定の関係が不明瞭であると指摘をいただきました。その点に気がつかず毎年の惰性の中で作成していたことが浮き彫りになった結果だったと思っております。真摯に受け止め改善につなげていきたいと思っております。

職員確保・働きやすさ、研修関連の弱さ、感染症・災害に関するBCPなど、現在「B評価」となっている部分についても再度自施設を振り返り改善に向けて進んでいきたいと思っております。

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（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	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人共通の経営理念と基本方針が、ホームページやパンフレットに記載されている。パンフレットには、それらの理念や方針が策定される前からある「福祉とは 幸せになること…」で始まる19行の詩文を載せている。その中に、法人創始者の思いが込められている。職員は理念と方針が記されたカードを常に携行し、いつでも確認することができる。</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	①・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者が自立支援協議会をはじめ、町の福祉関連の会議や委員会等に参画しており、中心メンバーとして活動している。町の地域福祉計画の策定にも深く関与していることから、事業運営に関わる情報をつぶさに把握できる環境にある。事業所の進むべき方向性は、毎月開催される法人の幹部会で示される。</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	①・b・c
<p><コメント></p> <p>現状の課題として「利用者の高齢化・重度化」、「人材不足」、「重度化した利用者の活動の充実」、「施設の老朽化」を挙げている。それらの課題は一朝一夕に改善、解決されるものではなく、中・長期計画や単年度の事業計画に盛り込んだり、予算化を図ったりして歩を進めている。「定員削減」や「グループホーム建設」、「個室化」等が計画されている。</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・①・c
<p><コメント></p> <p>「ひがしうらの家・ハーネス 中・長期計画」があり、2020～2022年度を対象とした3年間の中期計画と2023年度以降を見据えた長期計画とに分けて策定している。事業運営上の主要な8項目を法人が指定し、統一様式を使って策定しているが、3年後や将来にわたっての具体的な到達点（数値目標等）が明確化されていない。</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・①・c
<p><コメント></p> <p>「2021年度事業計画」を策定し、主要な取り組みや活動をもれなく組み込んでいる。事業計画に掲げた項目のそれぞれには具体的な評価基準と数値目標が設定してあり、期中の進捗管理や年度末の最終評価を確実なものとする仕組みがある。しかし、中・長期計画に具体的な到達点の明示がないことから、事業計画の数値目標の妥当性が問われる結果となっている。</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	①・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所内で委員会制を敷き、すべての業務を10の委員会に割り振っている。事業計画に取り上げた17項目について、担当する委員会が進捗を把握して結果を取りまとめ、毎月の法人幹部会で報告している。半期で見直しを行い、変更点は理事会で討議、承認されて実施に移される。事業計画への職員関与は深い。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者自治会が組織され、4グループに分けて毎月定例の会議を開催している。事業計画の中で利用者に関わる部分は、この自治会の定例会議で報告、説明されている。従来、保護者対象の「事業報告会」を年間2回開催して事業計画を説明していたが、新型コロナウイルスへの感染防止の観点から資料配付に変更している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 法人がISO9001（品質マネジメントシステム）の国際認証を取得しており、当事業所もシステムに組み込まれている。PDCAサイクルに沿った仕組みが構築され、改善活動や是正処置もルールに従って実施されている。自己評価にも重点を置き、事業計画上でも数値目標を設定して取り組んでいる。</p>		
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 事業所内の第三者評価委員会で自己評価の結果を検討し、取り組むべき課題（b評価をa評価に上げる項目）を選定している。第三者評価委員会に限らず、すべての業務を各委員会に割り振って責任と管理を任せており、計画的な改善活動を円滑に進める仕組みがある。</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	② ・ b ・ c
<コメント> 管理者の業務上の役割や責任、権限等は法人の規程で定められている。管理者不在時の有事に備え、施設内に掲示してある「勤務表」に当日の権限委任先が明示（○印）してある。管理者が有給休暇を取得する場合には、届出用紙に職務権限代行者を記載して申請している。ブログの冒頭に、「ひがしうらの家によるこそ」を掲げて所信を表明している。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 法令順守はISO9001（品質マネジメントシステム）の要求事項でもあり、管理者や職員のコンプライアンス意識は高い。地域の同業事業所で起きた虐待事件を他山の石とせず、事業所内で「虐待」や「身体拘束」、各種の「ハラスメント」に関する職員意識の高揚に努めている。管理者自身、直近のハラスメント研修への参加を予定している。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 事業計画の「設計開発」の項目に「利用者の日中活動の充実」を掲げ、利用者満足を高めてサービスの質の向上に努めている。コロナ禍によって外出、買物ができないことから、ネットショッピングを取り入れた。絵画に興味を持つ利用者のために職員配置を厚くし、必要な物品を揃える等の環境を整備した。利用者の作品が「ふれあいアート展」で大賞を受賞した。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 正規職員全員にスマートホンを貸与したことで、情報共有や時間の効率化、迅速な対応が可能となった。業務支援ソフトを入れ替え、これまでのパソコン入力からスマートホン対応に切り替えた。事務室に戻らずに支援現場で情報確認や記録の入力が可能となり、業務効率の大幅な改善がみられる。サービス残業の撲滅にも取り組んでいる。		

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	② ・ b ・ c
<コメント> 採用活動は法人内の担当チームが行い、事業所は職員の育成、定着の役割りを担っている。離職防止の一策として横のつながりを重視し、同期会には金銭的な補助の制度を設けている。不安なく働ける職場づくりとして、新人職員には教育係のベテラン職員が付いて指導にあたっている。法人としても、新人、2年目、3年目研修に力点を置いている。		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	② ・ b ・ c
<コメント> キャリアパスが構築されており、初級職員から幹部職員までの5等級に分けてシステムが構築され、昇級や昇格の基準も明確に定められている。「自己評価・目標設定シート」を使って人事課と目標管理の連動を図り、「成績評価フィードバックノート」を介して管理者が年間2回職員と面談を行っている。		
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り組んでいる。	障16	a ・ ② ・ c
<コメント> 働きやすい職場づくりに取り組んではいるものの、昨年度は5名の離職者があり、今年度は他事業所への応援や異動があつて、ゆとりのある職員配置とはなっていない。ストレスチェックの結果からは、女性職員の身体的な負担増が問題点として挙がっている。女性の夜勤者を2名（男性は1名）としたことで、夜間の勤務シフトが窮屈になっている。		

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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>5等級のキャリアパスが構築されており、職員は現在の自らの立場や目指すべき方向を見定めることができる。「自己評価・目標設定シート」による目標管理を行っており、年間2回のフィードバック面接も効果的に実施されている。専門的な資格取得を奨励し、職員個々が保有する資格等に関しても一元管理が行われている。</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 ・ ㉗ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の研修担当チームが事業所横断的な新人研修を実施するものの、階層別や職種別、テーマ別の研修を体系化するに至っていない。事業所内での研修に力が置かれ、支援の現場で活用できる実務研修が主体となっている。この研修は毎月の職員会議を利用して実施され、実施後に理解度を確認するための小テストを行っている。教育・研修体系の構築が急務である。</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	a ・ ㉘ ・ c
<p><コメント></p> <p>「内部研修予定」を作成し、年間の研修計画が明確になっている。毎月の職員会議の場を使って実施されることから、職員会議に出席しない非正規職員にとっては、研修参加の機会となっていない。外部研修への参加も正規職員に限定されている。外部研修履修後には復命書を提出し、6ヶ月後には研修効果を確認するための評価を行っている。</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	a ・ ㉙ ・ c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍によって昨年度は実習生の受入れが0であったが、今年度は既に社会福祉士実習生や保育実習生10名を受け入れ、今後も教員免許取得のための10名の受入れが予定されている。指導の手順を定めた精緻なカリキュラムが作成されているが、社会福祉士実習生向けである。他の専門分野に関しても、同等のカリキュラムの作成が望まれる。</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	㉚ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所内にホームページ委員会があり、ホームページを介して様々な情報を公開している。特にブログの更新に力を入れ、事業所の活動や利用者の様子を紹介している。事業運営の透明性を担保するため、事業計画や事業報告、サービス計画、苦情解決体制、第三者評価の受審結果、毎年の自己評価等を公開している。</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	㉛ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>経理や現金出納に関する規程、マニュアルがあり、10万円を限度とする小口現金制の管理体制である。物品購買の決裁者は管理者であり、現金收受の担当は事務職員である。責任、権限を管理者と事務職員とに分けることで内部牽制が図られ、公正かつ透明性の高い運営状態が維持されている。</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	㉜ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>着実に深化してきた地域交流が、コロナ禍によって縮小を余儀なくされている。施設行事への地域住民の招待、小学校との交流、地域イベントへの参加等々がほとんど中止となっている。感染防止対策を十分に講じて、地域のコンビニエンスストアへの外出支援（買い物）は再開された。コロナ収束を見据え、サービス計画には様々な活動を盛り込んでいる。</p>		

<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。</p>	<p>障24</p>	<p>a ・ ㉔ ・ c</p>
<p><コメント> コロナ禍によってボランティアの受入れが中断する中、訪問美容師の受入れは継続している。毎月10～15名の利用者が、調髪やカラーリング等のサービスを受けている。利用者数が多いことから3～4ヶ月に1回程度の機会ではあるが、コロナ下でのささやかな楽しみとなっている。コロナ下でも活用できるボランティアの発掘や、活用方法等を検討されたい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>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。</p>	<p>障25</p>	<p>㉕ ・ b ・ c</p>
<p><コメント> 行政機関や公共機関、医療機関、教育機関、その他関係先が網羅された電話帳リストがある。職員間で情報を共有し、必要時には迅速に対応や連携が取れる体制を構築している。施設内に法人の相談支援事業所があり、また隣接して法人の通所事業所もあることから、それらと連携を図ることによって、活用できる社会資源の幅がさらに広がっている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>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。</p>	<p>障26</p>	<p>㉖ ・ b ・ c</p>
<p><コメント> 管理者が町の自立支援協議会の主要メンバーとして活動し、地域福祉計画の策定にも深く関与している。社会貢献を目的とした「チームミナノチカラ」にも参画している。それらの会議や会合に出席し、障害福祉サービスに限らず、地域の福祉ニーズを幅広く収集している。</p>		
<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。</p>	<p>障27</p>	<p>㉗ ・ b ・ c</p>
<p><コメント> 管理者が町の施策に資する活動に参画する目的を、社会貢献活動（公益的活動）の一つと位置付けている。それ故、活動の範囲は障害福祉サービスの枠を超え、児童、高齢者、社会福祉等を含んだ福祉全般に亘っている。知多圏域の福祉ニーズに応え、令和4年4月には法人事業として乳児院をオープンさせる。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針はカードに記載され、職員が常に携帯している。毎日の活動予定表である「デイリープログラム」に虐待に関する留意事項を記入し、いつでも読み合わせができるようにしている。利用者の尊重や基本的人権に関する研修を行い、研修後には習熟度を確認するために効果測定（小テスト）を実施している。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護については、「プライバシーの尊重と保護」マニュアルが整備されている。また、「体罰・暴力・虐待の防止」が「運営の手引」に記載されている。不適切な事案が発生した場合は、「虐待防止規程」と「運営の手引」に基づいて「虐待通報書」に記載して対応している。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>ホームページの充実を図り、ブログの更新を頻回に行うことで、サービス情報を発信している。また、利用希望者向けの「ひがしうらの家へようこそ簡易版」を作成し、その資料で説明をするとともに、施設見学の機会を設け、丁寧な対応を心がけている。</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 ・ ② ・ c	
<p><コメント></p> <p>サービスの変更に当たっては、変更前と変更後が分かりやすいように「新旧対照表」を作成して説明している。「ひがしうらの家へようこそ簡易版」を作成し、その資料で説明をする予定となっている。パンフレットだけでなく、「契約書」や「重要事項説明書」も利用者に分かりやすい工夫を図りたい。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>利用が終了した時に、その後の相談方法や担当者について説明を行っている。「シンプルケース」という記録ソフトに「退所時チェックリスト」があり、退所時に必要な書類が分かるようになっている。また、求められれば、入居中の診療や各種情報の提供を行っている。</p>			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障33	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>年1回「利用者様満足度調査」を実施し、アンケートの集計結果を利用者と家族にフィードバックしている。職員全体で改善に向けての取組を実施し、「満足度調査意見への改善点」で情報共有している。また、利用者の自治会で出された意見は「要望受付書」に記載し、行事についてもその都度自治会で聞き取りを行って対応している。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制・仕組みは「苦情解決規程」で定められている。「利用者様満足度調査」で利用者、保護者の意見や要望を受け付け、苦情についてはホームページで公開する仕組みがある。苦情は第三者委員に報告を行っており、職員には職員会議で周知している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員から積極的に声をかけることで、意見を出しやすい雰囲気づくりに努めている。今年度は自治会の1回当たりの参加人数を減らし、より意見を述べやすいようにした。さらに、イラストやふりがなで表記し、意見を集約しやすい工夫をしている。個別の相談には、男性棟フリースペースや作業室の小スペース等を活用し、他者の目を遮る環境が整えられている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の意見を大切にしており、意見があれば「業務日誌」に記録し、職員全体への周知を図っている。「利用者様満足度調査」、「要望受付書」、「個別支援計画（課題の整理表）」、帰省時の「帰省連絡帳」で意見・要望を聴取し、迅速に情報共有をして組織的に対応している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントを担うリスク管理委員会が設置され、す任体制が明確になっている。業務記録からヒヤリ・ハットを集約し、事故の未然防止や再発防止に取り組んでいる。緊急の場合は、グループウェア（チームス）を活用して検討している。利用者ごとに「リスク管理表」としての「支援手順書」を作成し、毎年更新している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「新型コロナウイルス対策関連資料」をファイリングして宿直室に保管し、誰でも閲覧可能となっている。感染症については、DVDで嘔吐物処理方法を確認したり、嘔吐や発熱時のフローチャートで対応方法が定められている。感染症発生時に対応できるよう、看護師による感染予防研修を行っている。</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している。	障39	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>避難訓練を主とした防災訓練を毎月実施している。災害時の職員の動きについては、フローチャートが作成されている。職員の安否確認の一斉メールは、体制を整えている所である。また、災害時のBCP（事業継続計画）は作成されていないため、早急な対応が求められる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法が「運営の手引き」や「支援手順書」に文書化されている。新人職員や異動職員にはそれらを用いてOJTを行っている。標準的な支援に加え、個別的な支援がアセスメントや「支援手順書」、勤務に応じた業務内容としての「詳細デイリー」に記載されており、職員に周知徹底されている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「運営の手引き」の項目ごとに維持管理者を設定し、1年に1回定期的な見直しを行っている。また、緊急に見直しが必要な場合も対応している。見直しがされた時は、その都度「運営の手引き」の変更部分の研修を行い、職員への周知を図っている。</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><コメント></p> <p>相談支援専門員が作成するサービス等利用計画を踏まえ、家族と連携しながら、サービス管理責任者が個別支援計画を作成している。個別支援計画は、利用者・保護者と面談を行い、利用者の意向を丁寧に聞き出し、生活支援員の意見も取り入れて作成されている。</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> 原則として、利用開始後6ヶ月後に中間評価、さらに6ヶ月後に終了時評価を行っている。見直しは、定期の他、利用者の状況や状態に変化があった場合等に適宜行っている。見直しの内容は「業務記録」やグループウェア（チームス）で共有し、全職員が閲覧可能な「業務記録」で非常勤職員も確認できるようにしている。</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><コメント> 全職員が閲覧できる「業務記録」で、情報共有を図っている。加えて、グループウェア（チームス）を活用し、新しい支援や支援方法の変更等が職員に周知されている。毎月「サービス利用状況報告」がまとめられ、サービス管理責任者が記録の内容等を確認している。事業所内に留まらず法人内でネットワークが構築され、他施設との情報共有も図られている。</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> 法人で「文書管理規程」が定められ、記録の保管・保存の管理体制が構築されている。利用者の個人情報の取扱いについても、各事業所で「個人情報使用同意書」、「特定個人情報取扱同意書」で利用者に確認している。また、利用者の個人ファイルは鍵のかかるロッカーで保管され、個人情報の職員研修も実施されている。</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
<コメント> 利用者のニーズに応じて個別支援計画を作成し、見直しの時期に、ニーズに沿った支援が行われたか、効果や変化はあったのか、の確認をしている。知的障害の軽度の利用者には分かりやすい言葉で聞き取り、重度の利用者には日ごりの様子や保護者からの聞き取りで確認している。必要に応じて、支援方法の変更を会議で検討している。		

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	①・b・c
<コメント> 今年度より法人の虐待防止委員会が発足し、毎月1回会議が開催されている。毎月、支援の振り返りとしてセルフチェックが行われ、職員ヒアリング、利用者ヒアリング、早期発見チェックを実施し、集計が虐待防止委員会に報告されている。爪切り時の拘束、車椅子からの転倒防止、感染症拡大防止の隔離等も説明し、利用者、家族の同意を得ている。		

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	①・b・c
<コメント> 利用者単独の外出や公共交通機関の利用、掃除や洗い物等の「ライフトレーニング」を行っている。利用者のできることを、できないことを把握し、場面に依りて自立生活を送るための支援を行い、必要な見守りや直接的な支援を実施している。		
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	①・b・c
<コメント> 意思表示が困難な利用者には、ジェスチャーカードや〇×カード、文字や絵カードを使用してコミュニケーションを図っている。その際の反応で、利用者の意思を確認している。どの職員でも分かりやすく支援ができるように、個々のアセスメントと手順書に、利用者一人ひとりに合わせたコミュニケーションの方法が細かく記載されている。		

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。	障50	①・b・c
<コメント> 利用者に対して個別に話を聞く機会を設け、相談内容は職員間で共有している。「日常的な支援の中で意思の尊重が図られているのか」、「活動の選択の機会を設けているが、それを意思決定支援としてよいのか」等、常に利用者の意思を中心に支援しており、支援に対する高い意識が感じられる。		
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	①・b・c
<コメント> 個別支援計画に基づき、利用者の希望やニーズによって日中活動が行われている。内職や「虹色活動」という個別活動が選択でき、旅行も日帰り旅行、泊りの旅行、山、海、温泉といった中から選択できるようにしている。地域のお祭りや「アールブリュット展」等のイベント情報も提供されている。		
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	①・b・c
<コメント> 利用者の障害特性に応じた支援が行われるように、個々のアセスメントと手順書に利用者一人ひとりに合わせた支援方法が細かく記載されている。「業務記録」やグループウェア(チームス)を活用し、支援方法について意見交換や対応策の話し合いがされている。強度行動障害の研修をはじめ各種研修に参加し、職員個々の支援力の向上を図っている。		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づいて、食事提供、入浴支援、排泄支援等が行われている。法人としての拘りが感じられるものは食事提供である。給食会議は自治会と同時に行われ、利用者の嗜好に考慮した献立となっている。食堂のテーブルに絵や折り紙等、利用者自身の作品を貼り、食事を楽しめるようにしている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者が出入りする玄関にスロープを設置し、中庭に車椅子で行けるようにしたり、車椅子に「カット板」を設置し、車椅子に座ったまま食事が摂れるようにする等、構造的に車椅子の対応が難しい部分に対して工夫がみられる。今後も、年を経るごとに顕著となってきた利用者の高齢化や重度化に対し、安心・安全のための継続した設備改善が求められる。</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></p> <p>外部から定期的に理学療法士が訪れ、ストレッチを含む集団的なリハビリテーションが行われている。また、個別に一人当たり15分ずつのリハビリテーションも行われている。身体機能の低下がみられる利用者に対して、関節を動かすことやマッサージを行う等の個別対応も行っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「健康管理表」や「業務記録」を活用し、看護師が利用者個々の検温、血圧、胸囲、体重、便等の把握を行っている。発熱や外傷については、医務担当職員が監修した対応集である「スタンディングオーダー」を活用している。また、感染症の対応については、胃腸風邪等を含めた内部研修が行われている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>内服薬は医務室の鍵のかかるロッカーに保管されている。投薬については、薬箱にセットした職員、セットされた薬を確認した職員、投薬した職員と、三者でトリプルチェックする体制をとっている。内部研修において、てんかん発作時の対応や感染症対応が行われ、医療的ケアを行うことができるようにしている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍以前は、利用者や家族の意向・要望で外出等を行い、買い物学習として利用者の学習の機会を設けていた。また、地域（東浦町藤江地区）のコミュニティ祭り（今年度は一夜限りの竹灯籠を実施）やゴミゼロ運動に参加していた。選挙の投票への付き添い支援や調理実習は、利用者の希望に沿って行われている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍以前は、公共交通機関を使っての外出や利用者単独での外出が行われ、地域生活に必要な体験の機会としていた。今年度は利用者の希望に沿ってグループホームの利用体験を行い、一人の利用者がグループホームへの移行を実現することができた。</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	② ・ b ・ c
<コメント> 保護者との連携として、年2回以上の面接や事業報告会時の保護者懇親会で意見交換を行っている。以前は利用者に対して1名の担当職員であったが、職員をグループ分けし、利用者一人に対し6人ほどの職員が情報を共有し、保護者連携ができる体制を整えた。不定期ではあるがメールや手紙、電話で利用者の様子を伝え、関係が途切れないようにしている。		
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		