

## 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：ひだまり	種別：生活介護	
代表者氏名：後藤 洋介	定員（利用人数）：20名（19名）	
所在地：愛知県大府市江端町六丁目12番地1		
TEL：0562-44-0193		
ホームページ： <a href="http://www.obufukushikai.com/">http://www.obufukushikai.com/</a>		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成14年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人大府福祉会		
職員数	常勤職員： 5名	非常勤職員： 5名
専門職員	（管理者・サービス管理責任）1名	（看護師） 1名
	（生活支援員） 8名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等） 作業室2部屋
		和室10畳2部屋・多目的トイレ
		医務室・事務室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

聴き、寄り添い、動く

#### ★基本方針

利用者の加齢や病気に伴う様々な状況に対応することを目的とし、一人ひとりのこれまでの経験や地域との繋がりを大切にします。そしてご本人が望み、ご家族も安心できる過ごし方・居場所を共に考えていきます。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

●認知症の早期発見の対策として、利用者の30歳以上の方は5歳刻みで、60歳以上の方は2歳刻みで、ご本人の現在の様子を様式に記入する形式で取りためています。将来的に気になる症状が出てきた際には過去の記録と比較。必要に応じて病院につなげたり、本人の今後の支援に活かしていく事を目的に法人全体の取り組みとしてシステム化して取り組んでいます。

●健康面に留意している

- ・食事で、刻みやとろみ食等、個別対応しています。
- ・高齢者は喉の渇きに気付にくい事もあり、季節に応じてコップ1杯の水分摂取を時間でこまめにできるように配慮しています。
- ・毎朝の検温で健康チェックと手足などにあざやケガ無ないかなど配慮をしています。

●日課の個別対応

- ・利用者自身で日課の選択ができるように配慮しています。

※2019年度に知的障害者福祉協会の全国大会でひだまりが高齢分野で実践報告をしました。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 6月27日(契約日) ~ 令和 5年 3月14日(評価決定日)  【令和 4年12月 8日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	0 回 (平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆様々なサービスの質の評価の実施

職員自身の振り返りとして、また利用者目線での評価として、「利用者支援チェックリスト」や「事業所チェックリスト」、「利用者満足度調査アンケート」を実施している。様々な角度よりサービスの質の評価を実施することで、事業所のサービス向上、改善に向け、組織的に取り組んでいる。

◆地域福祉向上に向けた取組み

地域住民向けのセミナーを実施し、法人が有する専門的な情報を積極的に地域に還元をしている。緊急一時預かり(居宅確保事業)を実施することで、在宅の障害者自身や家族が地域で安心して生活ができるサポート体制が整っている。

◆書類の整備

「行動規範」を始め、個別支援計画作成の流れや記録の書き方、保存方法など、法人で統一した書類が整備されている。

◆苦情対応等の体制整備

苦情解決や虐待防止など、第三者委員と法人職員、利用者が直接的に協議したり相談を受けたりする仕組みがあり、機能している。

◇改善を求められる点

◆法人の中長期総合計画と事業所の単年度計画

法人が策定している中長期総合計画と事業所が策定している単年度の事業計画について、内容が必ずしも合致していない。単年度の計画は中長期総合計画の当該年度の内容を反映し、実現できる内容であることが望ましい。

◆評価の分析と改善計画

様々なチェックリストやアンケートを使用し、定期的実施している。しかし、それらによって把握した課題が、計画的な改善活動につながっていない。誰が(責任者)いつまでに(期限)何をするのか(実施方法・結果)という具体的な計画の策定を期待したい。

◆意識格差の是正

事業運営に関する様々な場面で、正規職員と非正規職員（パート職員等）との意識に格差が感じられる。会議や研修等、目に見える業務や活動が職位職階や雇用形態によって線引きされており、二者の意識格差を生じさせる原因とも考えられる。その波及として、職員間の情報共有にも影響が出ている。この意識格差の是正に向け、抜本的に取り組むことを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ひだまりは開所以来初めての受審でした。今回の受審では、事業所の運営面だけではなく、利用者との関わり方、スタッフに対する教育、今後の目指すべきサービス、優先すべき改善点を自己点検だけでは気づきにくい課題も改めて認識することができました。

高評価をいただいている項目はこれに満足することなく、利用者の地域生活が豊かになる為に更なる改善できるよう努力していきたいと思います。

今後は、職員と情報共有をし、これからも皆様に選んでもらえる施設、今利用している利用者に御満足いただけるサービス提供ができるよう日々改善に取り組んで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（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・b・c
＜コメント＞ 理念及び基本方針については、明文化されたものがホームページや事業計画、倫理綱領、行動規範に掲げられている。職員へは職員会議時に読み合わせをし、利用者及び家族へは毎年度事業計画の配布時に説明している。今後の課題として、利用者向けの分かりやすい資料の作成が望まれる。			

##### 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	a・b・c
＜コメント＞ 地域の経営環境や課題については、管理者が所属している自立支援協議会の部会や愛知県知的障害者福祉協会において把握しており、月に2回開催される管理者会議において事業経営の課題を議論し、分析する仕組みができています。			
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
＜コメント＞ 事業所の経営課題としては、施設の老朽化及び将来的な利用者数の増減が不明瞭な点である。施設の修繕に関しては可能な箇所（LED電球への交換、外壁工事等）より進めている。将来的な利用者数の増減については、法人内の他事業所から当該事業所への移動も含め状況把握に努めている。職員との課題共有については、今後検討されたい。			

##### 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
＜コメント＞ 法人として「第4期大府福祉会中長期総合計画（平成30年度～平成35年度）」を策定しており、毎年法人の部会において評価をする仕組みがある。数値目標や具体的な成果の設定が曖昧な部分があるため、次回の策定時にさらなる充実が望まれる。			
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	a・b・c
＜コメント＞ 単年度の事業計画については毎年策定しているが、中長期総合計画の内容と合致していない上、具体的な数値目標等の設定がなく、実施状況の評価がしにくい状況がある。今後の単年度事業計画の策定時に、改善を図るべく検討されたい。			
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
＜コメント＞ 事業計画の評価については年度末だけでなく、半期でも実施状況を確認・見直しを行い、必要に応じて修正している。年度末における次期事業計画の策定手順としては、職員会議において職員参画のもとに評価し、翌年度の事業計画の策定をしている。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 事業計画の周知については、家族へは年度初めに配付し、家族会等において説明をすることで周知を促している。利用者へは理解を促す工夫のある分かりやすい資料の作成はされていないため、今後の取組みに期待したい。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 福祉サービスの質の向上のため、法人内で計画的に第三者評価を受審し、事業所内の自己評価だけでなく、法人内の他施設と相互評価を実施している。また定期的に評価・分析ができる、職員向けの「利用者支援チェックリスト」、管理者向けの「事業所チェックリスト」を実施する仕組みがある。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 評価結果に基づき、明確になった課題については職員会議において議論されている。しかし、改善にあたって、誰が（責任者）、いつまでに（期限）、何をするのか（実施方法・結果）という具体的な計画が明確になっておらず、これらを定めた上で改善に取り組むことが望ましい。		

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	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者の役割と責任については、「人事制度ガイドブック」の「等級説明表」及び事業所の「業務一覧表」において明文化されており、十分な周知が図られている。有事における職務権限については、「事故対応マニュアル」において明確になっており、管理者不在時はリーダーが代行することとしている。</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 · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>遵守すべき法令については、主な内容については法人から情報提供があり、職員会議において説明をしている。しかし、職員会議に参加しない非正規職員への周知については書類の回覧のみとなっているため、検討の余地がある。管理者は雇用管理責任者講習を受講するなどし、法令遵守に向けて積極的に取り組んでいる。</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	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上のため、「利用者支援チェックリスト」や「事業所チェックリスト」「利用者満足度調査アンケート」を実施し、評価・分析をしている。また、毎年法人で研修計画をたてサービスの質の向上に努め、さらに研修後には職員アンケートを実施。今年は、職員が希望した内容の研修（ペアレントーク）を計画し、実施することができた。</p>			
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	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営分析に関しては、法人本部で一括管理をしている。職員の働きやすい環境整備については、管理者が有給休暇の取得率を意識し、職員一人ひとりのワークライフバランスが充実できるよう声掛けをしている。しかし、職位職階による有給休暇の取りづらさがあり、今後の検討課題となる。</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	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人において、正規職員の確保が進められている。人材確保の計画の策定はなく、欠員補充をしている状況がある。有資格者を含む専門職の確保や離職防止等の組織的な取組みについて、法人との連携のもとに検討を進められたい。</p>			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>令和3年度に改訂された法人の人事制度の下、「評価制度」や「教育制度」「給与制度」を連動させた人事管理を実施している。期待する職員像については「業務一覧表」で確認でき、職員の意見については、職員向けの意識調査において把握・分析できている。</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	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>働きやすい職場づくりの取組みとして、管理者とリーダーによる個人面談をそれぞれ実施することで、相談しやすい体制づくりに努めている。他にも法人内の相談窓口の設置、職員の意識調査や福利厚生「わーくりい知多」の実施等、多岐にわたっている。</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	③ ・ b ・ c
<コメント> 法人として、「業務修得チェックリスト」を用いた目標管理制度を実施している。自己評価を実施後、リーダー面談において目標項目の確認をし、管理者面談を実施している。目標設定時には等級表の「業務一覧表」を基に、適切な目標となるよう促している。		
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 ・ ③ ・ c
<コメント> 法人による年間の研修計画が策定され、事業所内においても研修計画に沿った教育・研修が実施されている。毎年、研修内容やカリキュラムの評価と見直しを実施する仕組みがある。研修の履修後は「復命書」を作成して職員会議において報告をしているが、研修受講後の意識変化について確認する仕組みづくりを検討されたい。		
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 ・ ③ ・ c
<コメント> 法人主催の階層別、職種別、テーマ別研修の機会があり、外部研修の受講についても積極的に参加を促している。専門資格の取得に対し、法人から助成をする仕組みがある。入社からの研修受講履歴が分かるよう、職員個々の研修履歴を管理することが望ましい。		
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 ・ ③ ・ c
<コメント> 事業所として、保育士と看護師の実習生を受け入れている。法人内のプロジェクトチームにおいて、社会福祉士実習に対応する「実習受入れマニュアル」や実習プログラムの整備を進めている。しかし、事業所内では社会福祉士実習指導者研修を修了した職員が不在であるため、今後研修受講も含めて検討されたい。		

### 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 ・ ③ ・ c
<コメント> 情報公開については、ホームページに法人理念やサービス内容、財務情報を載せているが、最新でない情報もある。また、苦情の体制や内容および第三者評価の結果についての公開についても、検討の余地がある。法人の機関誌「ほほえみ」を発行し、事業所の活動等を地域へ情報発信している。		
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	③ ・ b ・ c
<コメント> 事務・経理・取引に関するルールについては、「経理規程」に従って執行している。事業所では小口現金の扱いはあるが、小口以外の出納については、法人本部が担っている。法人の監事による監事監査及び、公認会計士による監査支援を受けている。		

### 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 ・ ③ ・ c
<コメント> 地域との関わりについては、中長期総合計画及び基本方針に重点項目として掲げ、明確にしている。令和4年に地域の小学生向けの福祉体験会を企画していたが、施設内で新型コロナウイルス感染症の陽性者が出たため、やむを得ず中止となった。利用者へは、地域のイベント案内や社会資源の活用を促している。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ボランティアの受入れについては、マニュアル内で基本姿勢を明文化している。現在、事業所においては学生ボランティア、音響ボランティア、マザーズバンドの受入れを行っている。コロナ禍であるためボランティアの積極的な受入れを控えている状況があるが、事業所と地域をつなぐため、積極的な受入れを検討されたい。		
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
<コメント> 地域の関係機関については、一覧表を作成しており、事務所に掲示をすることで職員間で共有ができています。個々の利用者の状況に対応するリストの作成は検討中である。地域の関係機関や団体との連携については、自立支援協議会や利用者のケース会議等において、実施できている。		
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 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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者が自立支援協議会の研修部会及び愛知県知的障害者福祉協会に所属し、地域の課題及び福祉ニーズを把握することができている。また、事業所がある地区の地域福祉行動計画推進会議にも積極的に参加しており、地域住民との交流活動を実施している。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 公益的な活動として、福祉避難所の登録及び緊急一時預かり（居室確保事業）を実施している。また、「知的障害のある方のくらしを知ろう」という地域住民向けのセミナーを予定しており、法人が有する専門的な情報を積極的に地域に還元している。		

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「倫理綱領」と「行動規範」が策定されており、正規職員は毎月初めに読み合わせを行って共通理解を深めている。年に1回QRコードを活用したチェックリストで自らを振り返る機会を設けている。しかし、非正規職員に対しては資料の配付のみで、共通理解を図る機会や頻度に差がある。雇用形態に依らず同等の対応とし、その格差を解消・低減することで組織全体の共通理解を深められたい。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>構造上の問題はありますが、トイレの入口にカーテンを取り付け、ガラスには目隠しを施すなど、他者からの視界を遮断する取組があり、可能なかぎりプライバシーの保護に努めている。基本姿勢については「倫理綱領」や「行動規範」に記載されており、それに基づいて支援している。雇用形態により、共通理解を図る機会に差があるため、その格差を解消もしくは低減することが望まれる。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>見学者や実習者に対する説明は、口頭で実施している。法人のパンフレットはあるが、事業所の概要が示された詳細な資料はない。法人のホームページではフェイスブックにより、近況が発信されているものの、事業所の概要については情報量が物足りなく、サービス選択に資するには十分とは言い難い。事業所ホームページの充実と、事業所独自の概要が記載された資料の作成が望まれる。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始時に用いる資料としての「重要事項説明書」は、通常のものとは別にルビにより本人が理解しやすいものを準備している。しかし、資料は文字のみとなっており、意思決定が困難な利用者への配慮が十分であるとは言い難い。表現の工夫やイラスト等を用いた、より理解しやすい資料の作成が望まれる。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内の他事業所から移行する際の詳細な引継ぎ資料は確認できたが、法人外の高齢者施設や病院に移る場合の資料は不十分である。引継ぎ時の手順は大まかな流れが決められているものの、サービスの継続性を確保するには物足りない。引継ぎ時の情報内容や量に差異が生じることがないように、手順や様式を定める等、サービスの継続性と安心を担保するための取組が望まれる。</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	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画策定時に、意見や要望の聴取に努めている。隔月の家族会に職員が参加しているが、家族の高齢化や居住地が遠方であるなどにより参加者は少なく、聴取できる家族意見も限定的である。満足度調査を定期的実施しているが、数年に1度の実施であり、仕組みとしては不十分である。満足度調査実施頻度の増加と、ウェブ回答を活用するなどの工夫が望まれる。</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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みの周知に努め、重要事項説明書への記載や事業所内での掲示などを行っている。第三者委員が同席の上で、定期的に苦情解決・虐待委員会が開催されており、法人内各事業所担当者や第三者委員との間で情報が共有されている。利用者が第三者委員に直接相談できる機会が定期的に設けられており、苦情解決のための仕組みは十分に機能している。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談のためのスペースについては、物理的に選択肢は多くないが、複数の個室は用意されている。相談相手の選択については、第三者委員への直接の相談や、日常的に接する職員により対応しており、苦情解決の仕組みが書かれている資料に、選択できる旨の記載がある。しかし、その表現が分かりやすいものとは言えないため、表現の工夫やイラストの活用などにより、さらなる周知が望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談や意見を把握する仕組みは苦情解決体制と一体的に構築されている。苦情解決の仕組みもフローチャートは確認できたが、相談等を受けた後の手順等が示された、具体的なマニュアル等は確認できなかった。相談や意見、提案等を把握し対応するための独立した仕組みを構築するとともに、適切な運用を可能とするためのマニュアルの作成が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故発生時の手順等がフローチャート形式で示されており、隔月開催のリーダー会議で情報共有が図られている。事業所内では半期に1度、再発防止策を検討する会議が実施され、事故やヒヤリハットの一覧表は確認できた。しかし、職員の意識に温度差があり、雇用形態や職位に拘わらず、正しい理解と積極的な活動を啓発するため、研修等を重ね、適切なリスクマネジメント体制の構築が望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症予防や発生時の対応マニュアルは策定されており、必要に応じて改定されている。嘔吐物処理のマニュアルは写真を用い、分かりやすく編集されている。しかし、管理体制における役割が明確になっておらず、有事の際に迅速かつ円滑に対応できる保証がない。具体的な役割分担と職員への周知を徹底し、緊急時における利用者の安全確保が円滑にできるよう努められたい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災計画が策定され、訓練も計画に基づいて実施している。役割分担も具体的に記載され、円滑に対応できる。災害伝言ダイヤルの案内も明文化されており、安否確認の仕組みも構築されている。非常時の備蓄品については、隣接する同法人の障害者施設と共有しており、備蓄品のリストもある。</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;</p> <p>「行動規範」には基本姿勢が明文化され、正規職員は月に1度読み合わせを行って周知を図っている。しかし、非正規職員については資料の配付と正規職員からの口頭による伝達に留まっている。年に1回、チェックリストを用いて確認する機会もある。しかし、雇用形態の違いによるサービス水準の格差が生じており、格差解消もしくは低減するため、周知の機会を設けることが望ましい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「行動規範」の具体性には物足りなさがあるが、定期的に見直しは行っている。策定当初は改定が頻繁に実施されており、昨今は法令等の改正に合わせて行っている。法制度の改定のみならず、新たな知識や情報、さらには職員や利用者からの意見や提案に基づき、定期的に見直しをする機会を設け、改定に至らなくても見直した事実（日付）を記録として残しておくことが望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始から3年目までの個別支援計画作成の流れが明文化され、仕組みは構築されている。アセスメントシートの様式も確認でき、サービス等利用計画と個別支援計画との整合性も確認できた。しかし、アセスメントを実施するにあたっての手順やマニュアルは確認できなかった。アセスメントは個別支援計画作成のための重要な資料であり、具体的手順を定めることが望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  個別支援計画作成の流れとしてモニタリングや面談の時期などが定められており、半年に1度モニタリングを実施している。必要に応じて、個別支援計画が変更されている。しかし、非正規職員への変更された内容の伝達は口頭のみとなっており、周知の手段としては不十分である。資料の配付だけでも物足りないため、配付と併せて定期的なミーティングを設けるなどにより周知徹底が望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  支援の記録方法についてのマニュアルがあり、個人ファイルに綴じる際の順序も決められている。記録は個別支援計画に基づくサービス提供が分かるものになっており、モニタリング結果の記録も残っている。しかし、非正規職員への周知が不十分である。同じ水準でサービスを提供するために、情報を共有する機会や手段の見直しが望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  個人情報の取扱いについての管理や、開示を求められた際の姿勢が明文化されており、保存や廃棄に関する年限表も一覧にまとめてられている。しかし、個人情報が綴じてあるファイルの保管場所が施錠できない棚であり、建物の警備委託もされていない。また、情報端末の持ち出しも容易にできる環境にある。適切な保管場所の検討と、情報データの管理意識を高めることが望まれる。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 日々の活動においては2種類の活動を用意し、利用者の意思で選択できるような仕組みとなっている。中にはどちらも選択せず、別の内容を希望される利用者があるが、その際には可能な限り対応しており、自己決定を尊重した個別支援が実践されている。基本となる活動内容については、普段の会話における聞き取りや様子から汲み取った結果に基づいて設定している。		

### 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> 権利擁護に関する基本姿勢は「倫理綱領」と「行動規範」に記載され、正規職員は毎月読み合わせを行っている。やむを得ず身体拘束を一時的に実施する際の手続きと実施方法も定められており、個別支援計画書への記載とは別に同意書を徴する仕組みがある。年に1回の苦情解決・虐待防止委員会では法人職員のみならず第三者委員も同席し、法人全体での共有と検討が実施されている。		

### 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> 利用者一人ひとりの心身の状況や残存能力を活かし、自身でできることは可能な限り自力で行ってもらい、支援が必要な部分については状況に合わせた支援をしている。地域生活において食の自律ができていない利用者に対しては、訪問介護・訪問看護の事業所と連携し、自律を促す取組みをしている。		
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> 言語によるコミュニケーションが困難な利用者が約半数を占め、手に持てるコンパクトサイズのホワイトボードを活用しての筆談が日常的に実施されている。絵カードや写真、携帯電話等のメールの活用、家族から日常的に使っているジェスチャーを聞き取って活用するなど、非言語コミュニケーションを有効に活用している。		

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	a ・ ② ・ c
<コメント> 利用者から求められた際や、事業所側から相談の必要が生じた際には、随時個別に話をする機会を設けている。相談の内容については正規職員の会議で検討し、非正規職員には会議録の回覧により周知が図られている。軽微な事項であれば速やかに調整されているが、個別支援計画にまでは反映されていない。均一的な支援を実施するためにも、個別支援計画に反映させることが望ましい。		
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> 体操や創作、カラオケに加え、ボウリングやYouTube視聴など、利用者の日常的なニーズに基づいた多様な日中活動が用意され、毎日選択できる仕組みとなっている。事業所側が用意した活動を希望せず、他の活動を希望する際には可能な限り対応しており、利用者一人ひとりの意向を尊重した日中活動を支援している。		
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> 法人主催の研修が定期的実施されており、知識や技術の習得や支援の向上を図る仕組みがある。支援方法の見直しの際には、隔月で訪問する理学療法士に質問し、専門的な助言を得て実施している。行動障害など個別的な配慮が必要な利用者への対応については、事業所の設備的な問題があるものの、活動室を別にした個室を活用するなど、可能な限り対応している。		

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 · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事は外部の配食サービスを利用しており、利用者の嗜好や要望などが完全に反映できるわけではないが、高齢の利用者が多いため、カロリーに配慮した献立となっている。食事が届いた後に刻んだりろみをつけるなど、利用者個々の機能に合わせた配慮がある。排泄については、自立のために自身でできる部分はできるだけ自身でやってもらうよう、個別に対応している。</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 · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>活動室は明るくトイレは温水水洗便座が設置されており、施設内全体に清潔感がある。情緒面が不安定になり他者に影響を及ぼしそうな際には、一時的に過ごせる部屋が用意されている。設備面の都合（老朽化等）で快適さが確保できない面もあるが、可能な限りの快適性と安心・安全に配慮して取り組んでいる。</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 · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>隔月訪問の理学療法士と、配置されている看護師の助言に基づき、利用者個々の心身の状況に応じ、個別に用意されたメニューにより機能訓練が実施されている。また、介護予防体操や口腔体操など、高齢の利用者が多い状況を踏まえた、身体機能の維持を目的とした取組みが毎日実施されている。</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 · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所には非常勤であるが看護師が配置されており、毎朝のバイタルチェックをはじめ、利用者の体調や健康状態の把握に努めている。嘱託医の訪問時には、利用者の健康に関する質問や相談をするなど、専門的な助言が得られている。緊急時の対応については、発熱時や火傷、蜂に刺された際の対応など、個別のマニュアルが整備されている。</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	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療的ケアが必要な利用者はおらず、服薬の管理が主な支援である。服薬管理については、法人内の他事業所での取組みを取り入れ、服用する薬とともに薬の効果や副作用、注意事項を記載した書類を袋に入れ、利用者の首から下げるなど、誤薬や誤飲防止に努めている。服薬・投薬に関するマニュアルはあるが、職員周知が図られているとは言い難い。</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 · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域で開催されている活動や流行している映画の情報など、社会参加に向けての情報を提供している。しかし内容自体が画一的であり、利用者個々のニーズに沿った取組みとはなっていない。コロナ禍により社会参加の機会が減少している現状はあるが、利用者個々の希望や意向を尊重した情報提供と、社会参加に向けての意欲を高めるための取組みが望まれる。</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 · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の7割以上が、グループホームを含めた地域生活をしている。事業所の活動として地域イベントに参加したり、職員が防災訓練に参加するなど、地域との連携に努めている。ただ、一人暮らし等の真の自立に向けた取組みとしては物足りない。主体的な生活設計のための動機付けが望まれる。</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
<コメント> グループホーム利用者が多数であることから、日常的に家族と接する機会は多くない。隔月に実施される家族会と毎日の連絡帳、毎月発行の通信が情報共有の主な手段である。高齢化や遠方に居住するなどの理由から、家族会への参加は減っているものの、職員が参加して情報の共有や相談に応じている。緊急時の連絡先を把握しており、連絡時のルールが確立している。		
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		