

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：愛厚すぎのきの里	種別：施設入所支援、生活介護	
代表者氏名：大谷 喜久雄	定員（利用人数）：60名（58名）	
所在地：愛知県北設楽郡東栄町大字三輪字上栗13		
TEL：0536-79-3421		
ホームページ： http://www.ai-kou.or.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：昭和55年 5月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 愛知県厚生事業団		
職員数	常勤職員：31名	非常勤職員：20名
専門職員	（施設長） 1名	（作業療法士） 1名
	（サービス管理責任者） 1名	（生活支援員） 39名
	（看護師） 4名	（事務職員） 5名
施設・設備の概要	（居室数） 15室	（設備等） 静養室、食堂、浴室
		洗面所、便所、医務室、事務室
		調理室、洗濯室、相談室
		機能訓練室、会議室、宿直室

③理念・基本方針

★理念

- ・社会福祉法人愛知県厚生事業団

（私たちの誓い）

私たちは、繋ぐ、紡ぐ、育むことを通して、ともにあなたのおもいをかたちにします。

あなたの安心が、私たちの喜びです。

あなたの成長が、私たちの喜びです。

そして、あなたの笑顔が、私たちの喜びです。

- ・愛厚すぎのきの里

私たちは、利用者一人ひとりの個性を大切にし、自分らしく生き生きと暮らせるよう専門性を高めてよりよい支援を目指します。

★基本方針

・良質で安定的な福祉サービスの提供者として地域のニーズに応えられるよう、また、社会情勢の変化に的確に対応する経営を目指して、次の経営方針に基づき積極的に事業を推進します。

- 1.利用者にとって安心、安全、快適な生活づくり・・・利用者の尊厳の保持と意思決定を尊重した、安全安心で快適な生活支援を行うなか、多様化する利用者のニーズに真に向き合い、利用者本位の質の高いサービスの提供を目指す。
- 2.職員にとって安全、安心、快適な環境づくり・・・職員一人ひとりが生きがいを持って働くことができる快適な職場環境を整えると共に、介護人材の確保に努める。
- 3.行政との連携と地域との共生・・・地域の行政とともに新しい福祉のあり方の検討に積極的に参画し、地域福祉の担い手として更なる役割を果たす。
- 4.健全で安定的・持続可能な財政基盤の確立・・・安定した持続可能な経営基盤を確立することにより、財務収支の均衡と高い専門性を持って積極的に社会貢献に取り組む。

④施設・事業所の特徴的な取組

・施設全体で取り組む目標を設定し、職員全員で達成できるように取り組んでいる。

今年度は下記の2つの目標を設定している。

①利用率に関する目標

生活介護95.41%、施設入所95.11%、短期入所26.78%以上を目指す。

②利用者事故に関する目標

インシデント件数を40件以上（前年度29件）とし、事故発生件数を90件以下（前年度93件）にする。

・家族との信頼関係

新型コロナの感染対策により、家族が施設へ面会などに来所する機会が減ったが、利用者の状況を写真を添付するなどして定期的に送付し、安心していただけるように努めるとともに、家族との信頼関係も維持できるようにアンケート調査も実施している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 6月 1日（契約日）～ 令和 6年 2月 9日（評価決定日） 【令和 5年11月 2日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	4回 (令和 2年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆業務改善についての職員からの提案

業務改善についての職員からの提案を掲示し、他の職員から「いいね」のマグネットを多く集めた提案を表彰している。職員のモチベーションの維持・向上にもつながる取組みであり、継続していただきたい。

◆丁寧な個別支援計画の作成

個別支援計画の作成・見直し時において、利用者の参加は当然のこととして、その声や参加しているときの様子などを記録するなど、全体的に丁寧な取組みが行われている。

◆地域に根ざした施設

地域との関わりが強く、防災訓練や各種イベントへの参加、行政とのコラボ企画など、地域に根ざした愛される施設となっている。

◇改善を求められる点

◆改善に向けた取組みの文書化

日常的なサービスの質の向上の取組みは行えているが、評価の結果の分析、分析内容についての検討を書面で残すことには至っていないため、今後に期待したい。

◆目標管理の実施

職員の育成に向けた取組みは、職員研修に主眼が置かれており、目標管理は行われていない。目標管理制度は理念・基本方針をはじめとする施設の全体目標と職員一人ひとりの目標の統合を目指す仕組みであるため、再構築を検討されたい。

◆満足度を測る仕組みづくり・マニュアルの実施状況の把握

支援受ける主体である利用者の満足度を測る仕組みが弱いと、積極的に把握するための取組みが求められる。また、「業務がマニュアル」通りに行われているかどうかを把握する仕組みやチェック体制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

過去の受審において改善を求められた点については、職場研修によるサービス技術の向上、職場アンケートによる働きやすい職場環境作り、地域や関係機関などで開催される会議等へ積極的に参加し、地域のニーズ、社会情勢の変化の把握などに努めるなど、施設全体考え改善策を講じて取り組むことができいております。このことにより、施設としてのサービスの向上に結び付き、最終的には利用者やそのご家族の満足度を引き上げる事に繋がるものだと考えています。

今回6回目の受審においても、改善する点が求められましたので、施設全体でどのような取り組みをしたらよいか考え、改善できるように進めていきます。

第三者の公平な目で審査していただき、自分たちでは気づくことができない、新たな気付きを与えていただくことは、更によりよいサービスが提供でき、職員も働きやすい職場環境となる第一歩だと感じています。ありがとうございました。

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	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 事業計画に法人の理念である「私たちの誓い」が記載され、理念、基本方針がホームページ上でも明記されている。また、全職員に配付される「愛厚すぎのきの里業務推進計画」にも記載され、職員への周知が図られている。利用者や家族には、利用者懇談会や家族懇談会で分かりやすく説明されている。			

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	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 社会福祉事業全体の動向については、全国身体障害者施設協議会の大会や機関誌で情報を得ている。また、東栄町障害者自立支援協議会の地域福祉計画策定委員会に管理者が参加し、地域の福祉計画の策定に携わっている。福祉サービスについては、毎月状況を把握し、法人全体で情報共有を図っている。			
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	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 法人全体としては「第4期経営計画（2021～2025）」を策定し、経営課題を明確にしている。また、すぎのきの里の重点取組事項、年次計画における取組事項が事業計画に記載され、全職員参加の全体会議で周知している。			

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	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 5年ごとの経営計画「第4期経営計画（2021～2025）」を策定されている。老朽化施設への対応、サービスの向上、人材確保、職場環境の改善、地域共生社会実現への貢献、災害対策の強化、安定的な経営の確保に加え、収支見込も作成されている。職員から聴取した内容を施設の幹部会である職種代表者会議で検討し、法人の経営計画に反映させている。			
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	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 中・長期計画である経営計画を踏まえた単年度の事業計画が策定されている。「重点取組事項」、「経営計画の年次計画における取組事項」が、数値目標や具体的な成果を設定することで、実施状況の評価が行える内容となっている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 次年度に向けて各委員会で話し合いが持たれ、職員全体会議、職種代表者会議を経て、事業計画が策定されている。4月の職員全体会議は全職員が参加できるよう複数回開催され、事業計画が掲載された「愛厚すぎのきの里業務推進計画」が全職員に周知される。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 毎月行われる利用者懇談会や年2回行われている家族懇談会で、事業計画を分かりやすい言葉で説明している。事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料は作成されていないため、利用者や家族がより理解しやすいものへの工夫が求められる。		

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	a ・ ① ・ c
<コメント> 保護者に対し「施設サービスに関するアンケート」を年1回実施し、意見や要望を事業運営に反映させている。毎年、チームで自己評価を行い、3年に1回第三者評価を受審している。日常的な質の向上の取組みは行えているが、評価の結果の分析、分析内容についての検討を書面で残すことには至っていないため、今後に期待したい。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 自己評価や第三者評価の結果については、各会議で検討する仕組みがあり、改善の取組みを半年ごとに確認している。しかし、それらを行ったことを示す文書が残されていない。職員間での課題の共有化を図るためにも、文書を作成するなどの工夫をされたい。		

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	①	・ b ・ c
<コメント> 管理者は、4月の全体会議で方針と取組み内容を表明している。また、年2回発行される広報誌「ほほえみ」でも「あいさつ」の中で所信を明確に示している。災害や事故等における管理者不在時の権限委任は、次長、サービス管理責任者の順となっている。			
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
<コメント> 平成29年に法人の「コンプライアンスマニュアル」が策定され、全職員に配付・周知されている。さらに、状況の振返りができるよう、職員一人ひとりが年1回、「行動規範チェック」を実施し、その結果を踏まえ、遵守すべき法令等を全体会議で周知したり、法人の研修を企画したりしている。また、コンプライアンス委員会において、遵守すべき法令等を職員に周知している。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 利用者サービス改善委員会、入浴検討委員会、給食会議、褥瘡予防対策委員会、排泄委員会といった委員会や会議を定期的開催し、評価・分析を行っている。また、パート職員を含めて研修に参加し、参加後は「研修報告書」を作成している。全体会議で研修報告をし、フィードバック研修も行っている。これらを、利用者に対するサービスの質の向上につなげている。			
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
<コメント> 利用率や経費の執行状況を全職員で情報共有し、経営の改善に向けた意識の形成を図っている。働きやすい環境整備については「職場環境アンケート」により状況を把握し、改善につなげている。また、業務改善についての職員からの提案を掲示し、他の職員から「いいね」のマグネットを多く集めた提案を表彰している。職員のモチベーション維持にもつながる取組みでもあり、継続を期待したい。			

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
<コメント> 総合職は法人が採用し、一般職は各施設で採用している。市の就職説明会にも、積極的に参加している。洗濯業務のパート職員などは地域からの応募があり、職員の不足感もなく離職率も低い。介護福祉士資格は法人の資格取得補助金制度により、全額補助で取得できる仕組みがある。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	①	・ b ・ c
<コメント> 期待する職員像は、理念・運営方針に基づいて「職務一覧表及び評価項目」に明記されている。人事基準も「服務規程」や「人事規程」により明確に定められており、職員に周知されている。自己評価を行い、役職職員による評価を実施している。			
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組 んでいる。	障16	①	・ b ・ c
<コメント> 有給休暇の取得状況や時間外労働については、管理者が毎月の職員の就業状況を把握している。職員の心身の健康と安全確保については、「ストレスチェック」が実施され、その結果により、産業医の面談を行うなどの対応策がとられている。福利厚生は職員互助会とソウエルクラブで対応し、医療費補助が毎月行われている。			

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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 職員の育成に向けた取組みは、職員研修を主眼に置いており、目標管理は行われてない。目標管理制度は、理念・基本方針をはじめとする施設の全体目標と職員一人ひとりの目標の統合を目指す仕組みであるため、再構築を検討されたい。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 「職場研修年間計画」が策定され、実施されている。また、職員から研修受講の要望があった場合は、研修計画に反映させるようにしている。研修時の職員の反応や「研修報告書」で評価と見直しを行っており、代表者会議で研修計画を決定している。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 職員一人ひとりのスキルアップができるように、研修の機会を設けている。新任職員は個別的なOJTを実施し、OJTの担当職員は経験年数の長い職員やOJT研修を受講した職員が行っている。外部研修は資料を供覧し、参加を希望する職員に応じている。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 「職員行動規範」の中に「福祉に関わる人材を育て増やすために」と、実習生受入れの目的が明記され、マニュアルとして「実習生受託要領」「介護実習の手引き」が用意されている。また、コロナ禍でもオンラインで実習受入れの工夫を行っている。		

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> ホームページで、基本理念、運営方針、サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算等の情報が公開されている。また、広報誌「ほほえみ」を利用者・家族、関係機関、自治体、ボランティア等に配布し、町の各区に回覧している。ホームページ上で、広報誌「ほほえみ」が2014年以降更新されていないことや、苦情についての情報公開についても、今後の課題となる。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 外部の専門家である会計監査人による監査や、法人監事による内部監査も行われている。監査結果や指摘事項に基づいて経営改善を実施し、改善報告がなされている。物品購入については「購入伺い簿」により管理され、複数の役職者による決裁で牽制が行われている。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 総合防災訓練を9月の日曜日に実施してきた。今年度は4年ぶりに、新城市消防署東栄分署、消防団、地元の三輪区民と合同訓練を行った。また、東栄小学校・東栄中学校とのポッチャ交流や介護体験、小学生を中心としたボランティアサークル「にこにこ隊」の福祉体験や利用者交流、東栄町の交流の場である「おいでん家(や)」事業等々、地域との交流を積極的に行っている。		

<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。</p>	障24	① ・ b ・ c
<p><コメント> 「職員行動規範」の中に「福祉に関わる人材を育て増やすために」と、ボランティア受入れの目的が記載され「業務マニュアル」の「ボランティア」の項目にも、受入れの意義と心得が明記されている。また、地域の学校教育等への協力について「愛厚すぎのきの里業務推進計画」に施設への理解を目的にすることが記載されている。</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>	障25	a ・ ② ・ c
<p><コメント> 社会資源についてのリストは作成されていないが、必要な社会資源は、代表者会議や全体会議で情報を共有したり、書類の供覧を行っている。また、東栄町の地域包括ケア推進協議会、障害者自立支援協議会、民生協議会委員会等の定期的な会議に参加している。</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>	障26	① ・ b ・ c
<p><コメント> 町の地域包括ケア推進協議会や障害者自立支援協議会、民生協議会委員会等の会議に出席することで地域の情報を収集している。また、相談支援事業所からの情報によっても、地域のニーズや課題の把握に努めている。地域社会の福祉向上に積極的な役割を果たしている。</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>	障27	① ・ b ・ c
<p><コメント> 東栄町の交流事業「おいでん家」に参加し、10のコミュニティでOT（作業療法士）による脳トレや介護予防体操を行っている。また、地域住民と共に総合防災訓練を実施し、利用者・住民の安全・安心のための取組みとなっている。</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
<コメント> 理念や基本方針は施設内に掲示されており、パンフレットやホームページにも同様に掲載されている。職員への周知の方法として、書面の配付だけでなく、会議を始める前に読合わせを行う工夫も見られる。利用者尊重・基本的人権に関する教育についても内部研修にて実施するなど、高い意識での取組みが見られる。			
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
<コメント> 建物自体が古く、4人部屋での生活となっているが、全ての部屋には個々の空間を仕切るためのカーテンが設置されており、今できる最大限のプライバシーへの配慮を行っている。その他、トイレや浴室等もカーテンが設置されており、居室同様の配慮が行き届いている。プライバシーに関する職員への周知は支援会議等で確認・話し合いが行われている。			
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
<コメント> 施設を紹介するパンフレットを役場や社会福祉協議会等、福祉サービスを利用する人の目に触れる場所に設置している。ホームページにも必要な情報が盛り込まれ、広く発信している。パンフレットでの説明と施設見学・案内が主であるが、入院中で施設に来院できない利用希望者に対しては、実際に病院に赴き、タブレット等を使って直接説明するなど、できる限りの配慮が行われている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> サービス内容を説明する際は、家族及び利用者本人に対してパンフレットや写真、その他視覚的に分かりやすいものを活用しながら説明を行っている。「重要事項説明書」や「契約書」等の難しい文書についても、分かりやすく説明するなどの配慮がなされている。			
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
<コメント> サービスの変更については、利用者本人の意向を大切にしながら、家族の意向と併せて対応するよう努めている。担当窓口の職員はサービス管理責任者になっており、引継ぎを行う際の文書は基本的に必要と思われる全書類とし、必要な情報が移行先に確実に届く仕組みとなっている。			
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	・ ① ・ c
<コメント> 毎月「利用者懇談会」があり、施設側からの情報提供（行事予定・施設の方針・健康への取組み等）を行う中で、利用者からも意見や要望を聞く機会となっている。食事については、嗜好調査を年に1回行っているものの、嗜好調査が集計止まりとなっていること、サービス全体に関する満足度を把握する仕組みが弱いことが課題となっている。			
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
<コメント> 直近では苦情を受け付けたケースはないものの、仕組みや必要となる書類等は整備されている。施設内にも苦情に関する案内や窓口が分かる書面も掲示されており、利用者への周知が図られている。意見箱の設置はあるが、投函はない。基本的に個別相談や個別面談、家族に対しては面会時や帰省時、個別支援計画見直し時等、職員が直接会う機会を利用して意向を把握している。			

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></p> <p>利用者懇談会を通じて、集団の中で相談や意見を聞き取る機会がある。また、個別案件についてはその都度対応し、場合によっては場所を変えるなど、相談しやすい配慮を行っている。ただ、施設として積極的に相談を受け付ける姿勢を示した書類の作成やその掲示等、視覚的に伝える手段が十分とは言えないため、今後の課題として残る。</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><コメント></p> <p>利用者懇談会で得た情報は関係する職員に周知され、情報の共有が行われている。利用者からの相談や意見は、定められた入力ソフトを使って記録されている。課題としては、相談の受付から対応、解決に至る一連の流れが明確に定められておらず、マニュアルがないため職員によって対応に差異が生じる恐れがある。組織的な体制整備が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事故発生時においては法人が定めたマニュアルがあり、手順が明確になっている。事故はもとより、インシデントに関する情報収集が細かく実施されており、毎月開催される事故防止委員会にて状況把握や分析等を行い、職員周知を図っている。事故報告書も詳細に記録されており、中には写真を使って分かりやすくする等、全体的にリスクマネジメントへの職員意識は高い。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染時における対応マニュアルが整備されており、見直しも委員会にて毎年1回必要に応じて行っている。職員への勉強会についても、内部研修として行っている。コロナ対策として、館内のゾーニングがしっかりと行われており、その空間や取扱方法、動線等の工夫が随所に見られる。</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行っている。	障39	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>避難訓練は夜間、地震、風水害等、様々な状況を想定して実施している。地域住民や消防署等と合同で防災訓練を実施していること、自家発電装置を導入し最小限ではあるが設備が使える環境になったこと、BCP（業務継続計画）が用意されていること、飲食料の備蓄が管理されていることなど、必要とされる防災対策がなされている。課題は、BCPの妥当性についての検証の未実施である。</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><コメント></p> <p>法人の障害者施設共通の「厚生事業団業務マニュアル」が整備され、職員に配付されている。業務に困った際はこの冊子を見ることで、手順や目的等が分かるようになっている。日頃からマニュアル通りに実施されているかの把握は弱いものの、支援で不具合が起きた際に業務マニュアルを確認することはある。不具合が起きる前に把握できる仕組みの構築を期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>マニュアル等の見直しの時期は年1回を基本に、各委員会が担当となって行われている。主となるマニュアルは「食事介助」「入浴（機械浴等）マニュアル」「排泄マニュアル」等であり、それぞれのマニュアルにチェックリスト形式で一つひとつの項目を把握する仕組みがある。また、これらのマニュアルは、職員教育の資料としても活用されている。</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>サービス管理責任者を策定責任者と定め、アセスメント・評価・見直しを行っている。アセスメントは定められた様式で、利用者の障害特性が分かる内容となっている。個別支援計画を検討する支援会議には必ず利用者が参加しており、その時の利用者の声（声がない人はその時の様子）を確実に記録し、利用者を中心とした計画作成に重きを置いている。</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></p> <p>個別支援計画は6ヶ月に1回、リハビリ計画や栄養ケアについては3ヶ月に1回のペースで見直している。見直し時期を明確した年間計画表を作成し、漏れなく行えるような仕組みがある。遠方で直接説明できない家族に対しては、書面を送付して意見等をもらい、計画に反映させる仕組みがある。緊急で計画の見直しが必要な場合は、サービス管理責任者が支援会議を開いて対応している。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>法人全体で運用している業務日誌入力ソフトを使い、日々の記録を行っている。パソコンのみならずタブレット入力もできるため、いつでも場所を選ばずに記録できる環境があり、その情報を確認することも容易である。書き方や内容の精度に差異が生じないよう研修を行っているが、改善の余地は残されている。</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></p> <p>パソコンデータについては、パスワードがないと入力できない仕組みとなっている。「業務推進計画」にて、様々な業務に対する推進責任者が細かく定められており、その業務に関する記録の責任者が明確になっている。個人情報保護に関する周知は「業務推進計画」を毎年配付したり全体会議等で説明するなど、職員が理解するための取組みも行われている。</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> 外出先の選択や活動の選択等、日常生活において選択の機会を複数用意している。商品の購入についても、ネットショッピングを利用者と一緒に行ったり、地域にある店舗が服や食料品の現物を施設に搬入し、利用者自身が直接商品を手にとって購入する等の工夫も見られる。日中活動については、施設が用意したプログラム以外にも利用者の希望を取り入れる仕組みがある。		

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> 「虐待防止マニュアル」や身体拘束に関するマニュアルにおいて、権利擁護や権利侵害に関する内容が盛り込まれ、職員への周知も行われている。権利侵害の防止の取組みとして「虐待防止セルフチェック」を行い、集計・分析・周知を行っている。やむを得ず身体拘束に該当する対象者が若干名おり、定められた手順に従って対応している。		

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> 自律・自立に配慮した支援として、リハビリの積極的な導入や利用者が単独で外出するための支援、金銭管理の支援などがある。全ての利用者に対して行うことは難しいものの、ニーズ等で把握できている利用者に対しては丁寧に取り組んでいる。これらの内容については、アセスメントや個別支援計画に記載した上で実施している。		
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> 全館Wi-Fi化し、利用者も自由にタブレットやスマートフォンが使える環境が整っている。ジェスチャーや筆談、文字盤、写真等の活用は当然のこととして、コミュニケーションに関する福祉機器を可能な限り探している。その結果、タブレットやトーキングエイド for iPad、スマートスピーカーなどの多種多様な機器を導入し、コミュニケーション支援に力を入れている。		

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> 利用者の呼びかけには速やかに対応し、難しいときも「〇〇になったら」と具体的にいつ対応できるのかを明確にしている。「あとで」等の曖昧な対応をしないよう、書面にて職員に周知している。選択と決定については、イラストや写真等を使って選んでもらう工夫や、意思疎通が困難な利用者には支援者が1人で判断せずに、複数の支援者が話し合った上で判断する仕組みになっている。		
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> 散歩、リラクゼーション、ドライブ、創作活動、運動、園芸、アルミ缶潰し等、日中活動の種類が10種類ほどある。地域のイベントへの参加や作品の出品、在宅障害者への支援として行政とのコラボで「ゆめ工房」（毎週1回様々な活動の提供）を開催する等、利用者に関わる様々な活動を提供している。その他にも、福祉祭りや学校行事へ参加するなど、地域とのつながりは強い。		
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> 強度行動障害の利用者はいないが、研修の受講は毎年少しずつ進めており、専門的な知識の習得に努めている。利用者の障害の状態については、毎月の支援のまとめや定期的なモニタリング、また終了時評価において、常に新しい状態把握に努めている。特に利用者個々の障害特性の理解を深めるための周知を行うことで、利用者に応じた対応ができていく。		

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>食の楽しみを大切にしており、行事食（バイキング・鍋料理等）や選択食を導入し、地元の飲食店の協力の下、テイクアウト料理を施設にて食べる企画もある。その際には、メニュー表を用意し自ら選べる環境にしている。調味料の持参や食べる場所、時間等も個々に応じた仕組みとなっている。入浴についても障害特性に合わせて機械浴と通常の浴槽を使い分け、週2回の入浴を支援している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>定員を減らし、6人部屋だったスペースを4人部屋とし、現在のハード面を活用してできる限りの対応を行っている。居室内はカーテンで仕切られた空間となっているが、個々の部屋での私物やレイアウト等は利用者の希望に合わせた形となっている。部屋替えについても、利用者の相性等を考慮し、安心して穏やかに過ごせるように配慮している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>OT（作業療法士）を中心に、リハビリの補助職員も育成し、リハビリ活動に力を入れている。リハビリ計画が必要な利用者には、個々に計画を作成し、定期的に見直しを行う仕組みがある。訓練メニューは複数あり、基本的にはリハビリ専用のスペースで実施するが、そこに来られない利用者や気分が乗らない利用者については居室で行うなど、利用者に合わせて個別対応を行っている。</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>協力病院から、定期的に内科や精神科、歯科が来訪し、利用者の健康をサポートしている。看護師は4名在籍しており、通常は毎日2～3名が勤務し、オンコールにも対応できるなど、医療的支援の体制は十分に整っている。健康増進のため、ラジオ体操や散歩、日光浴などを積極的に導入し、なるべく建物の外に出る機会を作るよう意識している。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>服薬等の管理は、看護師が薬を配付し、生活支援員が名前を読んで確認し、服薬を行っている。薬の飲ませ忘れや、床に薬が落ちていることもあるため、より確実な方法を検討されたい。医療的な研修は、感染症を中心に看護師が行っている。</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>利用者から希望を取り、年1回は買い物や食事に行けるよう年間計画を立て、社会参加や学習の機会としている。プチ外出として、近いところに複数回出かけるようにしている。利用者の友人との交流の支援としては、同窓会への参加の支援を行っている。また、パソコンやタブレットなどの学習支援も実施している。</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>意思決定支援という方針に基づいて、全利用者に希望する生活の場の意向調査を行っている。希望に応じてグループホームの見学や体験を行い、現在、相談支援事業所等の関係機関と連携しながら、1名の利用者の地域移行支援を行っている。</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> コロナ禍でも、利用者の様子を個別の「ほほえみオリジナル号」で伝えることやドライブスルー面会などを行ってきた。5月のコロナ感染症の5類移行に伴い、制限していた面会や外出・外泊を再開することができた。「すぎのき夏祭り」は利用者のみで行ったが、毎年2回行われていた家族懇談会も今年度再開することができた。		
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		