

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：愛厚希全の里	種別：生活介護・施設入所支援	
代表者氏名：斎藤 登	定員（利用人数）：200名（163名）	
所在地：愛知県豊川市一宮町上新切33番地267		
TEL：0533-93-2062		
ホームページ：https://www.ai-kou.or.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成 9年 4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： 65名	非常勤職員： 36名
専門職員	（管理者） 1名	（看護師・准看護師） 7名
	（事務職員） 7名	（PT/OT） 3名
	（技術員） 2名	（生活支援員） 69名
	（栄養士） 1名	（宿日直代務員） 4名
	（サービス管理責任者/指導員）7名	
施設・設備の概要	（居室数） 個室60室	（設備等） 訓練室、作業室、食堂
	2人部屋70室	相談室、浴室、洗面所、便所
		集会室

③理念・基本方針

★理念

・法人 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

・施設

基本理念 “笑い笑顔 共に向上”

行動理念

- ①思いやりを持ち相手の立場に立った支援をします。
- ②一歩立ち止まり相手の話しに耳を傾け、誠実な対応を心掛けます。
- ③健康・身体機能の維持向上に努めます。
- ④地域に向かって立ち、地域に貢献できるよう努めます。

★基本方針

私たちは、利用者の尊厳を守り、おもいやニーズに応じていくことを第一に、安全で安心な生活環境の提供と自立かつ自律した日常生活を営むことのできるよう、多職種が連携し統一的で丁寧かつコンプライアンスに則り、自立支援促進を目標とした質の高い専門的なサービス実践を進めます。

これらを通して、職員にとって安全、安心で誇りと連帯感を持って働ける職場づくりを進めます。

そして、地域社会からの期待に応え、地域における社会資源として自らの専門的機能を還元し、地域に信頼された安全で安心して生活できる施設づくりを進めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

人材の確保・定着に向けた取り組みにあたっては、職員にとって安全、安心、快適な職場環境づくりの取り組みとして、“笑いと笑顔 共に向上”を基本理念に掲げる中で、職員間の円滑なコミュニケーションや多職種連携を図るための「働きやすい職場環境づくり研修」を重点的に実施している。また、専門性の向上と多職種協働を目的としたワークショップを定期的実施している。

また、離職防止策として、要領に基づきOJTを実施したり、人材確保策として、ハローワークや有料求人サイトによる求人活動の他、希全の里のSNSや人材紹介報奨金を活用している。介護実習にあっては、介護福祉士実務者研修を受け入れている。また、事務局と協働し、インターンシップの学生や特定技能外国人を受け入れている。

利用者の安定的な確保のための取り組みにあたっては、利用者にとって安全、安心、快適な生活づくりの取り組みとして、サービス向上委員会・各ケア部会（排泄・食事・入浴・日中活動ケア部会等）において、各種専門職を配置し、チームアプローチに取り組んでいる。特段、利用者懇談会で要望を聴いたり、テイクアウトフード会食やお楽しみクッキング等の日中活動の充実を重視している。

また、利用者確保のための主な取り組みとして、毎月の職種代表者会議において、サービス管理責任者が利用率や入退所予定者等を状況報告し、情報共有している。利用者確保にあっては、毎月、相談支援事業所へ空床状況等をメール配信する他、認定調査時や関係機関への電話の際に空床状況を伝え、密な関係作りに努めている。また、西三河南東部から東三河区域の事業所へ営業活動を行うこととしている。なお、安定的な利用者確保に向けて、多様化する利用者ニーズに対応するため、意思決定支援のあり方について取り組みを強化している。

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 7日（評価決定日） 【令和 5年11月16日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	5 回 （令和 2年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者のサービス向上へのマネジメント

管理者は法人の理念や方針を明確に捉えた上で、事業所の使命と目標に向け自らの方向性と有効な手立てを、職種代表者会議や連絡会等の様々な機会に提示している。日常的に職員への個別のアドバイスやコーチングも行い、また職種代表者会議、サービス向上委員会で利用者の現況と支援状況を把握し、必要な指示や助言を行っている。コミュニケーションを重視し、全職員との面談での意見を業務に反映したり職員の研修参加を積極的に進める等、常にサービス水準の向上を意識した運営を手掛けている。

◆重層的支援体制

年度の重点取組事項に対し、職場代表者会議で毎月進捗状況を確認している。同会議には各部署から現況と課題の報告が挙がり、協議、総括して再度各部会、委員会で具体的な取組みを進めている。また、サービス向上委員会では、各ケア部会からのサービスに関する現況や課題部分の報告を受け、これを検討して改善策を立てている。この他、提供するサービス全体のチェック機能として「職員チェックリスト」（行動規範、不適切支援、虐待防止）があり、これらを改善への手立てとし、PDCAサイクルを意識した取組みを行うなど、幾重にもチェックの網をかけた中で、適正なサービスを導き出す体制が構築されている。

◆改善意識の高さ

現場支援の中核を担うサービス管理責任者、主任職員の改善意識の高さが見てとれる。一例として、利用者への権利侵害が無いことを確認するために「不適切支援のチェックリスト」を使用した取組みを行っている。ある主任が、この取組みの目的を「職員の意識付け」と言い切った。さらに、このチェックリストは毎回内容が見直され、注釈をつけたり項目を変えたりして、職員の意識付けのために継続的な改善が図られている。

◆コロナ禍での意思決定支援

コロナ禍によって地域との交流や外出支援等が影響を受けているが、そのような中で、食事に関する意思決定支援に注力して取り組んでいる。月に2回の選択メニューのほか、年2回のテイクアウトフード会食を行っており、利用者からも好評を得ている。お楽しみクッキングも、利用者の意向を反映させる形で取り組んでいる。食事支援は利用者にとっての関心が高い支援であり、これらの取組みが利用者満足度の向上につながっている。

◇改善を求められる点

◆利用者の意向と意思決定支援

利用者の入所理由は様々であるが、本人が希望し同意することが基本であり、意向を無視した入所は人権上虐待にあたる可能性もある。その点、介護に関する家族の事情や意向と相反する場合においても、最も優先されるのが本人の意向であることに変わりはない。「入所は本人の意向に沿わないが、いずれ入所生活に慣れていく」「親は介護が大変なので入所施設で」等、これらは、本人不在の論理であり、相談支援や様々な福祉サービスを用いて本人の利益、意向に合う居住の場を得られるような支援が求められる。また、入所中の利用者に関しても、居住選択に関する意思決定支援は必須であり、支援者としての最優先課題の一つであることを認識しなければならない。

◆目標管理の必要性

職員個々が目標を持って業務にあたり、実践し、評価を行ってステップアップに導くのが、人材育成のツールである目標管理の目的である。また、人事管理の点でも、目標をクリアしていくことで意欲の向上にも直結する。実施にあたっての事務量の問題もあるが、専用ソフトを用いるなどの業務省力も含め、実施に向けての検討を求めたい。

◆苦情情報の開示

ホームページに公開されている「現況報告書」では、前年度に1件の苦情を受理、解決したことが記載されている。法人の「苦情解決規程」には、取り扱った苦情に関して「事業報告書、機関誌等で公表する」としているが、その記載が確認できない。機関誌「清明」(VOL.137 2023年9月発行)には、「運営適正化委員会結果報告」が掲載されているが「…一部を紹介します。」とあり、内容も多分に職員への啓発、注意喚起の色彩が強い。各事業所で受け付けた苦情情報の、全体像の公表が求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

愛厚希全の里では、利用者にとって安全、安心、快適な生活づくり、職員にとって安全、安心、快適な職場環境づくりのため、チームアプローチに取り組んでいるところです。

今回、自己評価や専門的かつ客観的な立場からの助言等をとおして、日々の業務への課題を再発見することができました。また、サービスの質の向上に向けた取り組みの具体的な目標設定の重要性を再認識しました。

社会の変化に伴い、障害者支援施設が抱える課題も増え、人手不足や物価高騰等の影響を受ける中、質の高いサービス提供を持続するためには、その本質を的確に捉え、多職種協働により多様化する個人ニーズに応えていく必要があります。そのためには、生産性向上や職場環境改善に着実に取り組み、引き続き努めてまいります。

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 法人理念と経営指針は広報誌や事業計画に掲載されており、全職員に配付され、会議や研修時に確認されている。また、玄関や廊下に掲示され周知されている。理念に基づく行動規範に関しては、チェックリストにより点検されている。ただ、利用者に対する周知に関して、分かりやすい資料作成などはないため、少しでも理解が得られる配慮と工夫が求められる。			

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 ・ b ・ c
<コメント> 福祉動向に関しては、法人会議の他、行政や同業者団体からの情報により把握している。特に、同業者団体である身障協（愛知県身体障害者施設協議会）や市の自立支援協議会については、同施設が事務局を務める関係で情報の入手も早い。経営状況に関し、収支や利用率等に関してはデータ管理ソフトで管理され、職種代表者会議で共有・分析されている。			
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 ・ b ・ c
<コメント> 事業計画に年度の重点取組事項を定め、職種代表者会議で毎月進捗状況を確認している。目標達成度評価では、見込値に対して毎月実績値を求め、職種代表者会議で進捗確認している。また、同会議では各部署から現況と課題の報告があり、全員で共有して総括した上で、再度各部会、委員会に戻し、具体的な取り組みを進めている。			

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 ・ b ・ c
<コメント> 中・長期計画として、5年間の経営計画が策定されている。内容は、社会的背景や福祉動向を確認した上で、法人としての課題を項目ごとに挙げ、それぞれ重点取組事項を絞って具体的な作業工程表を設けている。事業所では、重点取組事項の5項目を定め、必要な数値や具体策を示して取り組んでいる。			
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 ・ b ・ c
<コメント> 法人の経営計画および経営指針を踏まえ、事業所の年度計画を策定している。4つの行動指針を基に、重点取組事項と経営計画の年次におけるポイントを明確にし、具体的取り組みを進めている。成果測定は毎月の職種代表者会議で行い、必要に応じて期中に修正をかけている。			

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> 毎月の進捗評価を踏まえ、各部署にて年度総括を実施し、年度末の職種代表者会議で総括して計画策定に至る。予算編成の関係で11月に次年度予算を法人本部に提出するため、予算規模に応じた業務執行の予定となるのが特徴である。		
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> 利用者への周知は、利用者懇談会にて事業予定や行事計画などを中心に説明している。ただ、利用者向けの分かりやすい資料などは用意されていない。支援の主体である利用者に対しては、少しでも理解が得られるような工夫と配慮が求められる。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業計画による基本的プランニングの下、各ケア部会や委員会からの報告を毎月のサービス向上委員会で整理、検討している。この他、チェック機能としては「職員チェックリスト」（行動規範、不適切支援、虐待防止）があり、これらを改善への手立てとし、PDCAサイクルに沿って取り組んでいる。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 「職員チェックリスト」は、サービス向上委員会にて集計・分析され、改善に向けられる。また、スマホのアプリを使い、業務の効率化や改善事項について意見を聴取し、業務改善会議にて非効率な業務（ムリ・ムダ・ムラ）を洗い出し、該当部署に戻し改善を手掛けている。ただ、具体的な改善計画や工程表の作成といった実効性を伴う対策が見られず、課題を残す。		

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、法人の理念や方針を明確に理解し、これを受けた事業所の目標達成に向け、重要なポイントや有効な手立てについて、職種代表者会議や日常的な連絡会等で提示・指示している。職員への個別のアドバイスやコーチングも行っている。広報誌にて運営方針を表明し、関係者の理解を得ている。職務分掌は事業計画に明示され、各職員の職責は明確にされている。			
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
<コメント> 管理者は、行政や外部団体、あるいは法人会議等で制度や法改正の情報を把握し、職員掲示板への掲示、会議での説明、各部署代表からの伝達等々によって周知を図っている。また、法人本部が実施する「行動規範チェックリスト」による牽制と、その集計による傾向の把握で重点遵守事項を明白にするなど、コンプライアンスの徹底に取り組んでいる。			
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> 管理者は、サービス向上委員会に参加し、毎月のサービス評価・分析を手掛けている。また、職種代表者会議にて各部会・委員会からの報告により、利用者の現況と支援状況を把握し、必要な指示や助言を行っている。全職員との面談を行って職員意見を業務に反映させ、職員の研修参加にも積極的であり、サービス水準の向上を常に意識した運営を手掛けている。			
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> 労務対策として、全職員と個別面談を行って意見や要望を吸い上げ、業務への反映や必要なアドバイスを行っている。また、業務改善会議での助言、介護ロボットの導入などに見られる業務の効率化を先導している。さらには、キャッシュフローを目指した経費節減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	①	・ b ・ c
<コメント> 人材の確保・育成は、事業計画の行動指針にも掲げられ、積極的な求人活動や職場環境の改善、OJT始め研修の強化などが進められている。定着対策としては、各種休暇の取得による心身の休養、福祉機器や介護ロボットの導入による業務負担軽減、福利厚生充実などが挙げられる。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	・ ② ・ c
<コメント> 人事基準は「任免規程」に定めてあり、実施要綱に基づき人事考課を実施している。「能力発揮度評価シート」を用いて5段階評価を行い、自己評価に対し、面談による上司評価と総合評価を実施している。キャリアパスに各階級の職責が明示されている。評価の項目は全職員共通の「成果・意欲・能力」の3項目を用いている。キャリアパスを考課制度に組み入れることで、より有効な運用が期待できる。			
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> 有給休暇の取得や時間外労働に関しては問題は見られなかった。ストレスチェックにより高ストレス診断を受けた際の、産業医面談までの体制も整えられている。重点取組事項として、社労士による働きやすい職場環境づくり研修を実施し、職場環境の向上を目指しており、ICTや介護ロボットも導入された。ハラスメントや一般相談窓口も設置されるなど、働きやすい職場への様々な取組みがなされている。			

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
<p><コメント></p> <p>職員個々が目標を立てて実践し、評価に至る形の目標管理は実施されていない。これには、多大な事務量からくる業務への影響も考えられる。ただ、職員育成上また人事管理の点でも、業務成果や貢献度に対する評価は有効性が高く、検討を求めたい。業務遂行上、チームとしての業務評価も重要であり、視点を変えればチーム内での貢献度評価という形も検討の余地がある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の研修基本計画、また事業所独自の研修計画も策定されており、これらに沿って内外の研修を進めている。喀痰吸引や強度行動障害などの専門技術研修についても、計画的に受講している。法人主催の職員間の共有が必要な研修に関しては、フィードバック研修を実施している。節目として1、3、5、10年目の生活支援員には重点研修を行い、スキルと知識の向上により業務意欲の促進を図っている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人主導で階層別、職種別、テーマ別研修などの各種研修が実施され、最近ではコミュニケーションやハラスメントに関する研修なども実施されている。自由参加でワークショップを定期的に行い、様々な職種間の連携と専門技術の向上を図っている。OJTを人材育成の要と捉え、担当者とリーダーによる面談を行いながら段階的に進めている。法人では、OJT担当者の研修も実施している。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>経営計画には、実習受入れの重要性について記載されている。社会福祉士や介護福祉士、栄養士、理学療法士など、様々な職種の実習を受入れている。養成機関の学校と連携を図りながら、プログラム作成から評価まで、各指導者により実施されている。実習体制の強化を目指すため、指導力の向上あるいは指導者養成のための研修についても積極的に取り組まれている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページには、基本情報の他、活動内容、事業計画、財務状況など様々な情報が開示されている。法人の広報誌が年3回、事業所広報誌を年2回刊行し、地域や関係機関に配布している。苦情内容等の公表により、さらなる透明性を確保されたい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「経理規程」他、各規程に基づいて事務、財務管理がなされている。毎年、法人監事による監事監査、法人本部による内部監査、監査法人による外部監査も実施されており、また顧問弁護士や社労士のアドバイスも得ている。経営の適正化、透明性の担保という点では十分な取組みがなされている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>近隣小学校と、ポッチャを通して交流している。特別支援学校との文化交流、地域の人権擁護委員による施設訪問などもある。併設する喫茶店での地域住民との交流、開放したグラウンドを、地域の学生や老人クラブが活用している。訪問当日も中学生がサッカーをしており、施設の閉鎖的なイメージは無かった。経営方針にも地域との連携が掲げられており、様々な交流機会が設けられている。</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>	障24	a ・ ㉓ ・ c
<p><コメント> ボランティア活動計画を作成し、車いす掃除などの奉仕ボラ、また書道・お茶・お花など利用者のクラブ活動の指導ボラなど、定期的に様々なボランティアを受け入れている。ただ、経営方針や事業計画等にボランティアに関する基本姿勢は確認できなかった。利用者との接点であり、地域との橋渡しであるボランティアの受入れを、事業の一部として明確に位置付けることが望ましい。</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>	障25	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 地域の商店や医療機関など、利用者に関連する資源は明確にしてある。事業所が事務局を務める県の身障協議会では管理者会議の他、支援員による生活向上委員会が開催されてる。また、市の自立支援協議会も事業所が事務局となり、地域の共通課題の協議や情報の共有を行っている。地域の特別支援学校、社会福祉協議会とも定期的な話し合いを持ち、連携を深めている。</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	㉕ ・ b ・ c
<p><コメント> 相談支援事業所を通して、地域の在宅障害者のニーズを把握している。また、自立支援協議会においても、地域の様々なケース等を検討している。福祉避難所として市と協定を結び、災害時の要援護者受入れを担っている。</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	a ・ ㉖ ・ c
<p><コメント> 防災面では福祉避難所の機能を持ち、一方で、地域から利用者の避難援助を受ける協力体制を取っている。避難援助のために、各居室に入居者の介助の要・不要が明示されている。グラウンドを地域の老人クラブや学生に開放し、福祉フェスに出展して福祉機器やボッチャの体験を行い、障害者理解を広めるなどの活動を行っている。今後は、障害や介護に関する専門性のさらなる地域還元を期待したい。</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> 法人、事業所が掲げる理念や基本方針等に、利用者尊重の精神がちりばめられている。意見箱を設置し、毎月の利用者懇談会でも意見や要望を聞き取っている。「不適切な支援のチェックリスト」を使い、日々の支援が適切であったことを確認している。チェックリストには、職員が理解しやすいように注釈が付けられている。			
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> 「重要事項説明書」に個人情報の取扱いについての説明があり、利用契約時に説明して利用者や署名代行者、身元引受人等の同意を得ている。個人情報の取扱いを含むプライバシーの保護が適切であることを「コンプライアンスチェックリスト」を使って振り返っている。チェックリストの実施が、職員の意識付けにつながっている。			
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> ホームページが充実しており、法人や事業所の様々な情報が掲載されている。事業所の広報委員会が機能しており、ブログやSNS等の更新がタイムリーに行われている。約10名の広報委員は部署の異なる多職種から選任されており、偏りのない情報提供が可能となっている。			
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> 利用開始時に、利用者や家族に対して「重要事項説明書」を使った丁寧な説明を行い、不安や疑問を取り除いている。コロナ禍で中断していた家族懇談会が、感染症の5類移行に伴って今年度の6月に久しぶりに開催された。約1/3の参加であったが、不参加の家族等には資料を送付して理解を求めている。			
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> 他施設等への移行に伴ってサービス提供場所が変更となる場合には、受入れ先が必要とする情報の提供に努めている。これまでの「生活行動に関するアセスメント調査」や「個別支援実施書」を渡し、適切な支援が継続して実施されるよう配慮している。先方のサービス担当者会議にはサービス管理責任者が出席し、説明や疑問点への回答を行っている。			
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	① · c
<コメント> 毎月の利用者懇談会で利用者の意見や要望を聞き取り、検討の上で支援に取り入れている。食事に関する嗜好調査は行っているが、支援全体をカバーする満足度調査は行われていない。また、利用者の希望に沿った「テイクアウト会食」や「お楽しみクッキング」を行っているが、それらの満足度が評価されていない。			
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	① · c
<コメント> 苦情受付・解決の仕組みが構築され、事業所内への掲示もある。今年度、1件の苦情受付けがあり、行政への通報を必要とする重大な案件となった。「苦情解決規程」では、「苦情解決の内容を事業報告書、機関誌にて公表する」と定めているが、事業報告書、機関誌にはその記載がない。			

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>意見箱、利用者懇談会、口頭による職員への直接的な相談等、利用者からの意見や相談を受けるための様々なチャネルがある。プライバシー保護に配慮した相談室も用意されている。利用者懇談会では、より多くの意見や要望を集めようとしているが、一部の利用者に発言が偏ったり個人的な発言も目立つ。不参加者への周知、情報共有の方法についても検討の余地がある。</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>利用者からの意見や相談に関し、検討を必要とする場合には、それぞれの事案に該当する委員会や部会に付議する仕組みがある。意見箱や利用者懇談会、また口頭で得られた意見や要望、相談等について、委員会や部会に届くまでの手順が明確になっていない。</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><コメント></p> <p>「利用者サービスリスク管理規程」を設け、リスクマネジメントの責任者を選定して事故防止対策委員会を設置する等、リスクマネジメントの体制は構築されている。インシデントを報告する仕組みがあるが、集まる事例の少なさもあって適切な分析に至らず、事故の未然防止のための有効な手段とはなっていない。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>コロナ感染症の対策として、3密を避けるための方策を講じ、マスク着用や手指消毒の徹底を図り、使い捨ての食器を採用し、対面での会話を控え、ごみ処理の方法を変更したりした。しかし、予想を超える感染力の強さに、マニュアルの不備が度重なって生じる事態となった。その都度、医療安全・感染症対策委員会を中心に、適切な対策（マニュアル改訂等）を講じて対処した。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>BCP（事業継続計画）が策定されており、防災・防犯委員会が計画した年9回の防災訓練を実施している。その内の1回は総合防災訓練として施設全体を対象とし、消防や地域（民生委員）の参加もある。10年以上前から、市と福祉避難所としての協定を結んでいる。</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>法人本部が作成した「障害者支援施設業務マニュアル」があり、事業所業務の標準的な実施方法が網羅されている。しかし、事業所独自の取組みについて、手順を文書化（マニュアル化）しようとの意識は薄い。質の高いサービスの提供を平準化するため、また新たに入職した職員の教育用に、事業所独自のマニュアルの策定を期待したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人本部が作成した「障害者支援施設業務マニュアル」に関して、事業所内で見直しをする仕組みはない。また、マニュアルと現場支援とに齟齬があった場合に、どのように対処するかルールも明確になっていない。法人本部と連携し「障害者支援施設業務マニュアル」の見直し・改定の手順を明確にすることが望ましい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用開始時に、また個別支援計画の更新時期に合わせて「生活行動に関するアセスメント調査」を作成している。このアセスメントに沿った個別支援計画が作成されるが、その際にはサービス管理責任者や生活指導員の他に、他部門の職員（看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士等）も参加している。</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><コメント></p> <p>相談支援事業所が作成する「サービス等利用計画書」との時期的なズレは生じているが、6ヶ月ごとに個別支援計画を見直し、利用者個々の状態に合わせた支援となるよう努めている。外部の歯科衛生士が参加することもあり、多職種の職員が参加して個別支援計画を見直している。</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></p> <p>支援の記録は「PCほのぼのシステム」によって記録され、データにて管理されている。従来は、現場での支援を手書きの記録として作成し、事務所に戻ってパソコン入力していたが、現在は食事と排泄、入浴に関しては支援の現場でタブレットを使用して入力しており、事務作業の効率化が図られている。</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></p> <p>支援ソフトの「PCほのぼのシステム」を使い、利用者に関する記録を管理している。不正なアクセスを防止するため、職員個々にIDとパスワードが設定されている。外部への情報の持ち出しを禁止しており、USBメモリーの使用も認めていない。情報のバックアップ体制も整っている。</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> 法人理念の一節にある「…あなたのおもいをかたちにします」に、利用者の意思形成や意思決定を支援する姿勢が示されている。月2回の選択メニューやテイクアウトフード会食、食品の移動販売、年2回（更衣時期）の衣服販売等々、利用者が自らの思いを実現する機会となっている。希全祭のアトラクションへの参加も、多くのラインナップの中から選ぶことが出来る。		

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	a ・ ② ・ c
<コメント> 権利擁護に対する意識付けの目的もあり、チェックリストを使って職員自らが日々の支援を振り返っている。「はい」「いいえ」を答えるだけでなく、判断した理由や根拠を記述させている。そのような中で虐待を疑われる事例が発生した。行政への通報を必要とするレベルである。解決策を講じているが、利用者サイドの信頼を取り戻すに至っていない。		

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 ・ ③ ・ c
<コメント> 殆どの利用者は、自立した社会生活への意識に乏しく、ここを終の棲家と考えている。一方で、何らかの事情で、一時的な通過点として入所する利用者もいる。そのような利用者には、本人の「自立したい気持ち」を確認し、他職種も加わった自立支援を行い、グループホームに移行した例がある。ただ、居住選択の自由の概念からすると、全入所者への丁寧な意思確認、意思決定支援が必要であり、一考を要す。		
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	④ ・ b ・ c
<コメント> 新たな利用者が入所するたびに、綿密なアセスメントを行ってコミュニケーション手段の確認を行っている。トーキングエイド等の音声ボードや文字盤、筆談、手話、ジェスチャー等が意思疎通を図る手段となっている。個人的に手話を勉強した職員もいる。近年は、スマホのメール機能を使ったコミュニケーションも増えてきている。		

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	⑤ ・ b ・ c
<コメント> 「…あなたのおもいをかたちにします」が法人理念に含まれており、利用所個々の思いや意向を尊重した支援に努めている。利用者懇談会で個人的な発言（意見や要望）があった場合には、担当職員に伝えて情報の共有を図っている。代弁者としてアンケートに答えた家族の80%が「あなたの意見に耳を傾けてくれますか？」の設問に「はい」と回答している。		
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	⑥ ・ b ・ c
<コメント> 個性性の高い個別支援計画が作成されており、個別支援計画に沿って実施した支援の内容を「ケース記録」に記録している。食事は利用者にとっての大きな楽しみの一つであり、利用者の嗜好に配慮して「お楽しみクッキング」を行ったり、利用者自身が食べ物を選択できる「テイクアウトフード会食」を行っている。		
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	⑦ ・ b ・ c
<コメント> かつては「身体障害」の利用者が中心の施設であったため、ベテランの職員の中には「知的障害」や「精神障害」の利用者に対する知識や技術に不足感を感じている職員がいる。それを解消するため、専門性の高い研修が組まれている。二人部屋を区切って個室化した居室が多く、隣室の大声やTVの音声で安眠が妨げられる場合には、居室を変更して対応している。		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体機能に関するアセスメントを綿密に行い、個別支援計画に連動させている。高齢化・重度化の波はいかんともしがたく、これまで自走出来ていた車いすの利用者が職員の誘導を必要としたり、機械浴の利用になったりしている。それらの変化・変動を、個別支援計画に取り上げて支援している。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス向上委員会が機能している。快適な入浴の実現のため、浴室に音楽を流し、アロマを焚き、希望があれば職員がヘッドスパを行っている。身体の状態により、個々に合った機械浴を使う利用者も多い。冷暖房が集中管理となっており、利用者の希望に合わせた室温調整が不可能である。年間を通して異常な気象が続いており、空調設備の早期の更新が望まれる。</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>機能訓練や生活訓練を計画的に実施するため、個別支援計画と期間を合致させた「リハビリテーション実施検討計画書」を作成して支援している。「リハビリテーション実施検討計画書」の作成や見直しには、生活支援員の他にPT(理学療法士)やOT(作業療法士)が主体的に関わっている。</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>年に2回の健康診断が行われており、異常が見つかった場合には早期に専門医への受診を勧めている。健診の結果は、家族にも知らされている。定期的に嘱託医の訪問診療が行われており、嘱託医と連携して、日々の利用者の健康管理を、7名の看護師(准看を含む)が行っている。</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>医療的な支援は7名の看護師を中心に行われているが、夜間帯の看護師配置が実現していない。特に、夜間帯の喀痰・吸引の対応に一抹の不安を感じざるを得ない。かつては、支援員が喀痰・吸引の専門研修を受講し、資格を取得して支援に活かしていたが、異動によって他部門に移り、夜間に喀痰・吸引のできる職員はいない。資格取得の研修受講等、早急な対応が望まれる。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>コロナの5類移行によって、徐々にではあるが、利用者の地域参画の機会が増えてきた。ボランティアの活用に関しては、3年間のコロナ空白期によって、ボランティアの高齢化等もあって関係が途絶えてしまっているものもある。社会参加や学習支援を行うための、社会資源の再構築を期待したい。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>利用の長期化により高齢・重度化が進み、地域生活への移行を目指す利用者はほとんどいない。そんな中、地域への復帰を目指す意欲を喚起し、相談支援事業所と連携して地域への移行を支援しているケースもある。大切なのは年齢にかかわらず、現在の入所生活がベストな選択でない入所者や、地域生活の概念が理解しにくい入所者への意思形成支援、意思決定支援であり、取組み強化を図りたい。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の約2割が家族や親族以外を身元保証人としており、家族の高齢化によってこの比率はさらに高まろうとしている。職員は、利用者だけでなく家族支援をも視野に入れた仕組みづくりの必要性を認識している。そのような中、コロナ禍によって中断していた家族懇談会が徐々に開催された。利用者の4割に近い約60家族80名が家族懇談会に参加し、有益な会合となった。		
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		