

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：愛厚はなのきの里	種別：生活介護・施設入所支援	
代表者氏名：谷田 誠吾	定員（利用人数）：80名（77名）	
所在地：愛知県稲沢市祖父江町祖父江藤梓3-2		
TEL：0587-97-2226		
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50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：49名	非常勤職員：24名
専門職員	（管理者）1名	（指導員）3名
	（医師）2名	（生活支援員）44名
	（事務職員）4名	（看護師）6名
	（管理栄養士）1名	（理学療法士・作業療法士）2名
	（サービス管理責任者）2名	（調理師）8名
施設・設備の概要	（居室数）16室	（設備等）食堂、浴室、洗面所、便所
		相談室、医務室、静養室、集会室
		機能訓練室、作業訓練室、娯楽室
		多目的室、図書室

③理念・基本方針

★理念

・法人

「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。

・施設・事業所

私たちは、障害者総合支援法に基づき、「利用者の尊厳と人権の尊重」、「利用者個々のニーズの把握」、「利用者を中心とした質の高いサービス」を提供するとともに、利用者の自立と社会参加を支援します。また、地域に開かれた安全で安心して生活できる施設づくりを目指します。

★基本方針

1. 利用者にとって安全、安心、快適な生活づくり
2. 職員にとって安全、安心、快適な職場環境づくり
3. 行政との連携と地域との共生
4. 健全で安定的・持続可能な財政基盤の確立

④施設・事業所の特徴的な取組

・大きな施設行事として7月開催の「サマーパーティー」、10月開催の「はなのきまつり」を例年実施している。特に「はなのきまつり」はご家族、地域の方も交え、屋台や外部の団体を招いての演芸を行い施設で一番の行事である。今年度は改築と新型コロナウイルス対策により規模を縮小（外部の方は呼ばない）して実施した。

・介護機器（スライディングボード等）の導入を推進し、職員の業務負担軽減や利用者サービスの向上を図るとともに介護技術の向上に取り組んでいる。業務ソフト（ほのぼの・会計・栄養ケア）などIT技術を積極的に取り入れ、業務の効率化を図っている。災害時の緊急連絡・計報連絡をはじめとした事務連絡の迅速化・効率化を図るため情報一斉送信システムを活用し、本部・施設間、本部・職員間、施設・職員間の連携を強化している。

・理学療法士実習、管理栄養士実習、名古屋大学医学部介護実習、高等学校初任者研修（尾西高校・杏和高校）、祖父江中学校職場体験、愛知医科大学学外体験実習などを受入れているが、今年度は新型コロナウイルス対策により、管理栄養士実習のみ課題形式（施設には来所しない形）で実施している。

・学生施設ボランティア福祉体験学習や祖父江中学校職場体験で来所した杏和高校生や祖父江中学生に介護の魅力を伝えている。また、稲沢市社会福祉協議会主催の福祉実践教室において市内の小学校（6月9校、9・10月5校の計14校）へ職員と利用者が講師・指導者として参加し、福祉の魅力を説明している。ただし今年度は、新型コロナウイルス対応により学校側や社協側が中止している。

・インターネットやタブレット端末等のIT利用を希望する利用者が、時間を決めて図書室等で利用している。作業訓練にタブレット端末を利用し、コミュニケーション支援に取り組んでいる。今年度は、日中活動の充実を図り多様な活動（空き缶作業、ペットボトル作業、ベルマーク作業、クリーン大作戦：地域のごみ拾い、オセロの会）を開始し、利用者から好評を得ている。また、新施設移転後には、利用者を講師とした教室（編み物・ギター）を検討している。

・支援ボランティアグループによる喫茶「ゆうあい」の運営（毎週水曜日の午後）や外出支援（ドライブや買い物等）の協力をいただいている。また、「祖父江の蛍を守る会」と連携しホテルコンサートなどを開催している。（新型コロナウイルス対策により今年度は中止）

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2年 5月18日（契約日）～ 令和 2年12月 9日（評価決定日） 【令和 2年10月12日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	4 回 （平成29年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆計画的な事業経営

法人の中長期計画に基づき、事業所として取り組む課題を整理し、的確な中期・長期経営目標を策定している。新施設建築もこれまでの計画の集大成として進んでいる。年度ごとに計画の成果を評価し、必要な修正を行っている。

◆利用者の意向を重視したサービス選択

外出やイベント参加の機会、選択可能なクラブや生産活動、趣味的活動への参加など、利用者の意向を尊重した支援が実践されている。新しい理念の基となっている「個性と人権を尊重する」という法人の考え方を具現化した様々な支援を実施している。

◆非常時の対策

大規模災害時のBCP（事業継続計画）が策定されており、新型コロナウイルス感染症対策、利用者急変時や事故対応など、非常時の対応手順が整備されている。いかなる事態に遭遇しても、事業や支援の停滞を最小限に留めるために、組織的な体制がとられている。

◇改善を求められる点

◆目標管理の導入

職員が個々に業務上の目標をもって業務にあたり、また目標の達成度評価により、次の新たな目標設定につなげていく目標管理制度の導入が望まれる。キャリアパスや人事考課制度との連動を図り、人材育成の更なる強化を図られたい。

◆利用者によるモニタリング

利用者の満足度を直接的に把握するために、食事に関する満足度調査が行われている。それに留まらず、支援の主体である利用者の快適な生活実態と、利用者から見た支援の評価という両面から、生活全般に関する満足度調査を実施し、サービス向上につなげることを期待したい。

◆意思表出への支援

障害の重い利用者や、コミュニケーションの取りづらい場合など、意思が確認できない利用者に対する意思形成への動機づけとして、積極的に「意思を探り出す」「意向形成をアシストする」ような機会や材料の提供が望まれる。さらにコミュニケーション支援等により、少しでも意思が表わされて意思決定支援につながるような取組みが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

高い評価を頂きました点につきましては、引き続き維持向上に努め、改善を求められました点につきましては、職員間でよく検討し問題を解決していくよう進めてまいります。特に人材育成のさらなる向上に努めるとともに、当施設の性格上、コミュニケーションの取りづらい利用者様が多く、そのために行えていないサービスを可能とするためにも意思決定支援につながる取組みを進めていくことにより、より一層のサービス向上に邁進していく所存であります。

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（65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> 令和2年4月に愛知県厚生事業団の基本理念が新しく策定されている。事業所としては歌を作り、新しい理念を定着させる工夫が見られる。職員には、全体会議において説明して周知し、利用者には利用者懇談会、家族には家族懇談会において説明している。パンフレットやホームページには以前の理念の表現が残っている部分があるため、早期に改訂されることが望ましい。			

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> 法人本部においては、事業団全体を取り巻く状況を経営会議において把握・分析しており、事業所においては、自立支援協議会、各種連絡会に積極的に参加し、地域ニーズの把握に努めている。事業所内会議（運営会議）において、毎月の経営状況を的確に分析した資料を作成し、職員間で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 ・ b ・ c
<コメント> 直近の課題として施設の老朽化、利用者の高齢化・重度化があり、法人の「第3期愛知県厚生事業団経営計画」に基づいて施設本体の建て替えを行っており、本年11月に新装開所の予定である。開所にあたり、事業所内に「改築整備検討委員会」を設け、さらにハード面、生活面、日中活動面を検討する部会に分かれて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> 法人の「第3期愛知県厚生事業団経営計画」において、理念、基本方針の実現に向けた目標が策定されている。この計画に基づき、事業所として取り組む課題を整理し、中期・長期経営目標を策定している。年度ごとに成果を評価し、修正を行っている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 法人の理念、経営方針、「第3期愛知県厚生事業団経営計画」に基づき、事業目標である「愛厚はなのき経営方針の実現に向けて（短期目標）」が策定されている。数値目標や具体的な成果等の設定がないため、期中での進捗評価や年度末の最終評価が曖昧になることは否めない。可能な範囲で数値目標を設定する等、評価を可能とする仕組みづくりを期待したい。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業計画は職員が参画し、事業所の運営会議において討議して策定している。毎年進捗状況を踏まえて評価し、新年度の事業計画を策定する際に見直す仕組みが確立している。策定された事業計画については、4月の職員会議で周知し、職員一人ひとりに一部ずつ配付し、いつでも確認できるよう工夫している。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業計画の内容を玄関に掲示し、いつでも確認することができるようになっている。利用者に対しては、利用者懇談会において説明し、家族に対しては、家族懇談会において周知をしている。特に利用者が知りたい行事予定や食事のメニューについては、廊下に大きく掲示し、絵文字も交えて理解しやすい工夫がある。		

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> サービス向上に向けた取組みを組織的に実施するため、各種会議において検討する仕組みがある。自己評価としては「ケアガイドラインチェックリスト」をはじめ、虐待防止やコンプライアンスに関するチェックリストを活用して実施している。第三者評価を定期的に受審し、結果の検討を運営会議で行っている。利用者の満足度調査は、生活全般についての実施が期待される。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> 事業所の課題は運営会議で検討し、決定した方針は全体会議にて職員へ報告している。全体会議に参加できない職員には議事録回覧にて共有し、情報に漏れがないよう努めている。改善の取組みは次長がとりまとめ、計画的に実施できる工夫をしている。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	①	・ b ・ c
<コメント> 経営管理に関する方針と取組みについては、4月の全体会議において周知し、文書化されている事業計画を全職員に配付している。管理者の役割と権限については「組織規程」に、有事における役割と責任については「防災規程」と「事業継続計画」に明記されている。管理者不在の場合の権限委任については、「組織規程」に明記されている。			
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> 法人作成の「コンプライアンス規程」及び実施に関する細則に基づき、法令遵守に努めている。「コンプライアンス実践マニュアル」が整備され、さらに毎年全職員が「コンプライアンスチェックリスト」を用いて自己評価を行い、継続して取り組む仕組みがある。改善が必要と思われる内容は、コンプライアンス委員会で検討して改善策を作成し、本部へ結果と効果を報告している。			
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> 本年度においては、事業所施設本体の新築に向けた組織を構築し、開所後の利用者の生活が混乱のないよう、具体的に検討している。また、これまでに経験のない次元の、新型コロナウイルス感染症対策においても、的確な対応方針を定めて指導力を発揮している。			
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行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> 毎月の経営状況については、総務担当者が分析する収支状況を基に運営会議において検討している。人員配置においては正規職員は本部主導で配属されるが、パート職員については事業所ごとに採用・育成をしている。職員の働きやすい環境整備のため、メンタルヘルス改善意識調査を法人主導で実施している。			

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	①	・ b ・ c
<コメント> 福祉人材確保の取組みについては、法人本部主体でコンサルタントに依頼し、積極的に取り組んでいる。有資格者の配置や確保については事業所の実情に合わせて配置し、無資格の職員に対しても積極的に資格を取得するよう働きかけている。			
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> 法人として期待する職員像を明確にしており、人事基準については、「愛知県厚生事業団職員の任免に関する規程」やその他関係規程において明確に整備されている。目標達成度評価については、平成25年に策定したものの実用には至らず、現在は法人内の他事業所において試行中である。早期の制度導入を期待したい。			
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組 んでいる。	障16	①	・ b ・ c
<コメント> 職員には定期面談を実施し、相談窓口も事業所と法人に設置がある。健康管理面では、衛生委員会を毎月開催してメンタルヘルスチェックを実施し、希望者は産業医と面談が可能である。福利厚生制度は、互助会やソウェルクラブ、県職員生活協同組合への加入、生活資金貸付や財形貯蓄もある。法人は優良企業認証も受け、働きやすい職場環境の整備に努めている。			

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	ⓑ	c
<コメント> 平成25年度に法人として目標達成度評価の施行を実施したが、平成26年度からの本格導入は延期している。職員の能力発揮度評価については毎年実施をしており、職員の能力向上意識への動機づけになっている。法人の構築しようとしている目標管理制度が、早期に完成し導入されることを期待したい。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 法人として求める職員像を明確にし、研修については「愛知県厚生事業団職員研修要綱」に基づき、毎年研修基本計画が定められている。事業所としても年間の職員研修計画を定め、具体的な知識や技術を養う機会を設けている。毎年の研修計画については見直しが行われており、必要に応じて専門技術等の研修を追加するなどの工夫が見られる。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 職員の研修受講歴については、法人本部が「受講一覧表」を作成しており、組織的な管理ができています。階層別、職種別、テーマ別研修の機会があり、新任職員に対しては先輩職員を就けたOJTが実施されている。外部研修の受講は、年に一度は受講できるよう工夫をしている。実習指導者研修や喀痰吸引研修についても、未受講の職員が受講ができるよう配慮している。				

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	Ⓐ	b	c
<コメント> 実習生の受入れについては、「愛知県厚生事業団実習受託要領」に基づき実施している。受入れマニュアルも整備され、適切に運用されている。実習プログラムについては、研修を受けた実習指導者と学校等と調整して作成している。本年度においては、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、実習受入れを自粛している。				

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	ⓑ	c
<コメント> ホームページに、理念、方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報が公開されている。ブログを公開し、サービスの内容が分かる工夫をしている。第三者評価の結果は、ワムネットで情報公開をしている。苦情の改善対応の状況は、事業所ごとの事業報告書に記載があるが、ホームページで確認できる事業報告書には記載されておらず、公表方法についての検討が望まれる。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 全職員に配付される事業計画に含まれる「職務分担表」において、責任と権限が明確にされており、規程に基づいて業務が遂行されている。法人事務局職員による内部監査、監事監査、監査法人による監査も定期的に行われ、事業経営・運営の適正性を確保する取組みは評価できる。				

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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>地域との交流については、事業所と法人の経営方針で明確に定めている。特に防災関係は、「地域防災防犯委員会」を組織して協力体制を築いている。社会資源の情報が「社会支援関係綴り」にまとめられ、必要に応じて活用されている。本年度は、交流の場である「はなのきまつり」が中止となったが、新施設では地域交流スペースを設け、気軽に交流できる場を提供する予定である。</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。	障24	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れに関する基本姿勢を、事業計画の「愛厚はなのきの里経営方針」において明確にしている。また、受入れマニュアルが整備され、「ボランティア活動をされるみなさまへ」を整備することにより、安心して活動できるよう工夫している。ボランティア懇談会を開催し、日ごろのお礼、横のつながり作りにも努めている。</p>			
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 ・ ② ・ c	
<p><コメント></p> <p>入所施設であるため、他事業所との係わりは少ない。それでも、他の事業所との間でランドゴルフやボッチャなどの交流をしている。社会資源を明示したリストは、地域で作成されているものを準用している。必要に応じて担当者会議や連絡会に参加し、地域とのネットワーク作りに努めている。</p>			
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 ・ ② ・ c	
<p><コメント></p> <p>法人から「公益活動推進プラン」を提示されており、事業所の行事等で地域と交流する際にニーズ把握に努めている。地域自体も高齢化が進んでいるため、介護技術や車いすの使い方等の地域向け研修会の開催等を検討している。早期に実現することを期待したい。</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。	障27	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>事業計画の中では、地域の小学生の下校時の旗当番やクリーン大作戦（地域のごみ拾い）を実施する予定であったが、新型コロナウイルスの影響で中止している。備品や会議室の貸し出しを行い、事業所施設を地域に開放しており、新施設には地域交流ルームが設けられる。在宅の障害者を対象として、福祉避難所としての登録も行っている。</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	a	ⓑ	c
<コメント> 法人が定める「職員行動規範」には、「利用者の立場に立った支援」の項目に利用者尊重の方針が掲げられ、法人の経営方針の中にも「尊厳と利用者の側に立った支援」が謳われている。これらは事業計画の中に盛り込まれ、全職員に配付され周知がなされている。一方で、不適切事案の発生などを見れば、更なる認識の強化が求められるところである。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 多床室のハード面を考えれば、必ずしもプライバシーが守られているとは言い難い。事業計画には「プライバシーの保護と尊重」が掲げられ、実際はカーテンを用いて最小限の配慮がなされている。一方で、認識の乏しい職員も見受けられることから、一層の徹底を望みたい。家族・利用者には、個人情報保護も含めプライバシー配慮の方針が周知されている。				
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	ⓐ	b	c
<コメント> ホームページには事業所の様々な情報が公開され、またブログにも写真による支援の様子が掲載されており、利用希望者も施設選択の参考としている。説明時には、ご本人にも分かりやすいようにパンフレットの他、広報誌を用いた活動の様子などを紹介している。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 丁寧な説明を心掛けているものの、利用者向けの「生活のしおり」のような資料は用意されていない。「重要事項説明書」なども口頭での説明に留まるため、特に意思決定の難しい利用者に対して一層の配慮と、適切な手順を定めることが望ましい。				
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
<コメント> サービスの変更に当たっては、利用者本人の状況調査や生活の記録など必要な情報を引き継ぐ形となるが、決められた手順や引継ぎ書が定められている訳ではない。担当者については、サービス管理責任者がこれに当たるが、利用者や家族への相談やアフターケアに関する事項についての周知が徹底されているとは言い難い。				
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
<コメント> 月1回の利用者懇談会では、事業所からの連絡や提案を受け、出された利用者意見に参加職員が対応し、必要に応じ運営会議等に持ち帰って検討している。内容は記録されるものの、利用者が参加しての検討会までは実施されていない。また、年に1度食事に関する満足度調査が実施され、献立内容に反映されるが、同様に生活全般の満足度の調査実施が望まれる。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 苦情解決のシステムが整備されている。一方で、苦情解決の仕組みに対して「重要事項説明書」に記載があるものの、利用者には十分な説明がなされているとは言い難い。また、玄関に意見箱が設置されているが、書面での意見はほとんど出ない状況である。				

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>意見聴取の機会として利用者懇談会があるが、特定の意見に偏りやすい状況である。利用者からの個別の相談に関しては、特に対応職員や相談場所などの定めはなく、日常生活の中で対応している。それらの内容は、各ケース記録に記載されている。サービス向上に向けて、相談や意見に対応するマニュアルの整備等の体制づくりが望まれる。</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><コメント></p> <p>利用者懇談会や利用者からの意見に対しては、記録を取り関係職員が内容を共有している。一方で、利用者からの意見の内容がサービスに反映されるまでの手順が確立しておらず、サービスの向上に向けては改善の余地がある。</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><コメント></p> <p>「事故防止及び利用者サービス改善委員会」が設置され、「インシデント・アクシデントレポート」の集計・分析がなされている。ただ、改善策や再発防止策には結び付いておらず、傾向は掴んでも対策に至らない現状である。事故防止への更なる検討、KYT（危険予知訓練）等の研修や事例検討など、より実践的且つ有効なリスクマネジメントが求められる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人内に高齢者施設を多数有することから、法人全体に感染症に対する強い危機意識が醸成されている。「感染対策マニュアル」や「新型コロナ対策マニュアル」、ゾーニングのマニュアルなど、組織としての体制も整備され、細かい手順の下に感染症の予防・対応が徹底されている。</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行っている。	障39	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>災害時の体制が整備され、防災訓練の実施、職員緊急連絡網の整備、防災計画やBCP（事業継続計画）の作成、衛星電話や備蓄品の設置など、様々な取組みが手厚く実施されている。福祉避難所としての登録により、在宅の障害者支援も視野に入れている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「ケア業務マニュアル」の中に、標準的な実施方法が明記され、利用者尊重と権利擁護の視点、リスクマネジメントの視点も含まれる共通の支援方法となっている。実際に支援員会議の場で実演するなど、職員への周知の機会も持たれている。</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>標準的な実施方法に関しては、法人共通事項として作成されており、定期的に見直しが実施されている。法人本部より、各事業所での合致状況、見直し箇所などの集計により改訂されている。事業所ごとの個別性を考慮し、利用者の意見が的確に反映される形、利用者のニーズや状況に合った方法となるような方策が必須である。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援会議では、全職種によるアセスメントの確認を行っており、アセスメントやモニタリングの手法は確立している。支援困難ケースや意思疎通の難しい利用者への対応として、十分な対策が取られているとは言いがたい面があり、大きな課題となっている。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>半期に一度、個別支援計画の検討会議を開催し、中間評価と見直しを実施している。また、身体状況が変わった場合などにも検討会議を行い、見直しを行っている。検討会議は関係職員の参加で行われるが、検討ケース資料が担当職員だけの記録や意見を基に作られている点、PT（理学療法士）・OT（作業療法士）の実施記録の不備などが正確な評価への支障となっている。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>パソコンソフトを用いた統一様式による記録システムがあるが、記載要領が作成されておらず、職員間の統一性に欠ける面がある。記録は、パソコンのネットワークで必要な情報を確認することができ、共有可能となっている。一方で、全職員間での情報の共有化には依然課題がある。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護の基本方針が法人で定められ、また事業所での利用目的も明確に文書化されている。しかしながら、全職員に対しての個人情報の保護・管理の周知徹底、不正発生時の対応方法など、不十分な点があることも否めない。</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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者の尊重、エンパワメントの理念に関しては、法人の経営方針に合致するものである。事業所の事業計画にも、その指針は貫かれている。また、日課や活動の様々な機会を利用者の自己決定や選択を可能とする場面が見られる。今後に向けての課題は、集団での日課や職員配置によって利用者個々の合理的配慮が失われないようにする点にある。		

A-1-(2) 権利侵害の防止等

A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障47	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 身体拘束に関しては、「身体拘束廃止・虐待防止委員会」が設置され、3原則に基づく実施の検証と徹底を図っている。権利やプライバシーに関しても、方向性は示されているが、不適切対応の事例明示や検討の機会など、権利侵害防止への更なる取組みが望まれる。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 事業所サイドは、地域移行など自立生活に向けての支援が目的ではなく、個々の利用者それぞれの自立や楽しく充実した生活への支援という視点で対応している。したがって、リビングケアや自己管理への支援に拘らない個別支援を行っている。しかし、社会性の向上や自立生活への動機づけの機会は確保することが望ましい。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> コミュニケーション確保へは、パソコンやコミュニケーション、文字盤などの機器の使用、個々のサインの解明など、個別の配慮がなされている。一方で、特に意思疎通困難な利用者に対しては、支障がなく十分であるとは言いがたい面もある。個々のコミュニケーションを高めていく支援など、更なる可能性を探ることを期待したい。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者の意向に関しては、個別支援計画会議での職員共有と検討により、支援計画へ反映できるよう配慮している。意思決定支援に関しては、国のガイドライン等も参考にし、より適切な支援を望みたい。また、意向を理解する機会として、利用者全員の個別面談を実施するなど、一歩踏み込んだ対策も考慮されたい。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者が選択でき自由参加できる様々な活動を取り入れ、無理なく楽しい日課を目指している。個別支援計画に基づく支援となるが、身体や体調の変化により柔軟な対応が取られている。地域活動への参加や個別の情報提供などは課題として挙げられる。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 「利用者介護支援個別表」は、移動・排泄・食事・入浴等々、個々の障害やADLに応じた支援ポイントをまとめたもので、支援の指標として評価できる。不適応行動や障害の変化などの際は、個別支援会議で支援の見直しを図っている。課題は、障害の多様化に対応する職員の知識やスキルであり、勉強会や研修などによる資質の向上が求められる。		

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>標準的な実施方法をベースに、個別支援計画に基づく支援が実施されている。ケース記録入力時や「介護支援個別表」の確認によって、利用者一人ひとりに対する支援の内容を把握し、適切な対応を心掛けている。</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>多床室という点に加え、建物や設備の老朽化によって必ずしも快適な環境とは言い難い。しかし、清掃が行き届き、生活臭も少ない清潔感のある館内である。施設の新築移転により、これらは大幅に改善される。場合によっては、他者に影響を及ぼす利用者を別室に移して支援するなどの対応もとられている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>主に生活動作の改善を目指し、理学療法士と作業療法士が医師の指示書に基づき訓練を実施している。対象利用者個々にリハビリ計画を作成し、3ヶ月ごとにモニタリング、評価を行っている。訓練記録の記載に関して、訓練内容のみに留まり実施内容の記録がないため、生活支援を行っていく上で参考にしにくい点があり、改善の余地を残す。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>日々のバイタルチェックや生活状況の観察、定期健診の実施などにより常に健康状態の把握に努めている。体調異常や急変時には嘱託医・協力医との連携により、速やかに医療機関を受診している。健康の維持・増進の面で、一部ボッチャやフライングディスクなどのスポーツ活動も取り入れている。転倒、誤嚥等につながる機能低下の防止への対策が急務である。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>「医療安全管理指針」が定められ、基本的な考え方や医療や事故等の非常時の管理体制などが明確にされている。服薬の管理や手順、喀痰吸引の体制、胃ろうケアの対応、アレルギーを含む栄養ケア計画の実施等々、医師や看護師の指示による医療支援がなされている。利用者の高齢化を見据え、職員の医療的な知識の習得については、より積極的な対応が求められる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の意向に応じた外出やイベント参加の機会があり、そのための情報提供が行われている。また選択可能なクラブや趣味的活動への参加など、様々な配慮と支援がなされている。利用者自らが学生に体験を語る「福祉実践教室」への参加もある。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>地域移行の希望者には様々な情報提供や関係機関との調整、また移行先で必要な支援を実施した実績がある。しかしながら、地域移行への意思確認、地域移行計画の策定、SST（社会生活技能訓練）や移行体験の実施といった積極的な働きかけに欠け、検討の余地がある。</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> 家族懇談会を年2回実施し、意見交換や事業の説明、活動報告などを行っている。利用者の状況に関しては、定期的な書面でのお知らせの他、急変時を含め随時連絡できる体制を整えている。今後、家族との連携が見込めないケースや被後見人となるケースの増加が予想され、事業所としての中・長期の方策が検討されている。		
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		