

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：まゆ | 種別：生活介護・施設入所支援・短期入所 | |
| 代表者氏名：加藤 和延 | 定員（利用人数）：50名（50名） | |
| 所在地：愛知県瀬戸市上品野町1377-1 | | |
| TEL：0561-86-7077 | | |
| ホームページ： http://kuwanomi02.web.fc2.com/ | | |
| 【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 くわの実福祉会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 23名 | 非常勤職員： 21名 |
| 専門職員 | （管理者） 1名 | （管理栄養士） 1名 |
| | （生活支援員）※サビ管含む38名 | （事務職員）※本部 2名 |
| | （看護師） 1名 | （相談支援専門員） 1名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） 55室 | （設備等）食堂、作業室、トイレ |
| | | 洗面所、浴室、地域交流室 |

③理念・基本方針

★理念

個人の尊厳を大切にし、利用者さん自らが思い描く生き方ができるよう支援するとともに、誰もが当たり前前に社会参加できる地域づくりを目指します。

★基本方針

本人及び家族が望む、集団生活における支援上の基本には、健康、安全、衛生の3要素が挙げられます。支援者は利用者の権利を護る立場で、これらの生活の質（QOL）を常に意識して働きかけます。また、利用者の重度化、加齢に伴う変化にできうる限り対応するため施設環境の整備、支援者の支援スキルの向上に努めます。よって利用者の幸せに配慮しながら以下の目標を掲げて運営します。

- ①清潔な環境のなかで、安心してくつろげる生活
- ②食事、医療に配慮した、健康的な生活
- ③一人ひとりに適した支援を実施し、安定した生活
- ④社会参加を意識した生活

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・休日はできるだけ外出するようにしています。
- ・入浴は半数が浴槽に入り、半数は清拭を行っています。
- ・実習生を積極的に受け入れています。
- ・学ぶ機会を少しでも多く提供しています。（1人1回以上外部研修に参加）
- ・休日を使って研修に参加した場合は、費用を負担（上限あり）しています。
- ・利用者に直接意見を聞くハッピーデーを3か月に1度実施しています。
- ・月に1度選択メニューの日があります。また、季節を感じてもらおう行事食も提供しています。
- ・振り返りチェックシートで自分を振り返るようにしています。
- ・シフトは希望をできる限り優先し、有休も取得しやすいです。
- ・チャットワークを使い、情報の共有をしている。
- ・加算対象の資格について資格手当を出している。
- ・永年勤続（10年、20年、30年）表彰制度がある。
- ・Webの研修を使い、スキルアップに取り組んでいる。
- ・年功序列の給与である。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|---|
| 評価実施期間 | 令和 5年 7月 8日（契約日）～ 令和 6年10月17日（評価決定日） 【令和 6年 3月19日（訪問調査日）】 |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 2 回 （平成30年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆研修機会の提供

内部研修や外部研修に関して、職員ごとに研修参加の目標回数を設定して取り組んでいる。全体研修は、受講漏れが出ないように同じ内容で3回実施している。新任職員には、「新規採用者研修日誌」を使ってOJT中心の研修を行い、その中に主任面談や管理者面談も組み込まれている。チャットワークを活用して外部研修を案内し、職員がより多くの研修機会に接することが出来るよう配慮している。

◆共生型社会への第一歩

地域の社会資源として認知されるよう、社会貢献に取り組んでいる。共生型社会の創設に向けた第一歩として、高齢者との関わりもできてきた。地域の高齢者を対象とした市・高齢福祉課が主催するワンコイントレーニング（老齢予防教室）に、開催場所として施設の地域交流室を提供している。福祉避難所としての登録、子ども110番の登録等、地域の安心・安全活動にも参画している。

◆地域移行への取組み

地域生活への移行事例は少ないが、グループホームへの移行の要望があったときには、グループホームだけでなく日中活動サービスを提供している事業所（生活介護事業所等）への見学にも職員が同行している。さらに相談支援事業所とも連携し、必要な環境を整えるための調整を行っている。最終的には利用者自身が決断することではあるが、必要な情報を提供し、地域生活へ移行したいという気持ちを尊重している。

◇改善を求められる点

◆働き方改革の遅れ

主任や管理者、本部職員等との職員面談が定期、不定期で実施され、職員意見の集約に努めている。しかし「働き方改革」面での遅れが目立ち、職種や職位による有給休暇の取りづらさや時間外労働の多さも改善に向かっていない。男性職員を含めた育児休業や介護休暇は取りやすい環境にはなっているが、育児休業明けの職員の職場復帰の事例は少なく、制度面の課題（慢性的な職員不足）を解決するに至っていない。

◆「規程」に準拠した取組み（苦情の公表）

苦情や要望を検討・対策する委員会が設けられており、適切に対応する仕組みがある。改善策や解決までの進捗状況は職員間で共有されている。苦情に対する改善点を利用者や家族にフィードバックし、家族会でも報告して情報開示を行っている。改善点としては、「虐待防止及び苦情解決に関する規程」に沿って事業報告書の中でも公表し、「規程」に準拠した取組みとされたい。

◆マニュアルと現場実践との整合の検証

各フロアに、文書化された標準的な実施方法（マニュアル等）が置かれている。「振り返りチェックシート」を活用し、定期的に利用者の尊重やプライバシー保護、権利擁護に関する姿勢を振り返っている。面談等で個別の課題を把握しているが、標準的な実施方法に沿って適切に実施されているかどうかを検証する仕組みが確立していない。マニュアル等の内容と現場実践との整合をチェック（検証）する仕組みづくりが求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

調査中にもいろいろとアドバイスをいただきありがとうございました。
評価いただいた点は、継続しつつよりよくなるように進めていき、改善をしなければならない点は、一つでも改善点が解消できるよう、振り返りながら進めていきます。
働き方改革、仕組み作りは事業所の課題でもあるので、改善計画表に落とし込み計画的に改善していきます。

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＞ 「個人の尊厳を大切にし…」で始まる法人理念があり、パンフレットや事業計画、事業報告書等にも、冒頭に掲載されている。しかし、周知・理解を促すための取組みは薄く、特に利用者や家族に対する説明は利用開始時に行う程度で、特段の説明資料も用意されていない。 | | | |

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 | ③・b・c |
| ＜コメント＞ 関連団体（県・知的障害者福祉協会等）が主催する会議や研修に参加する他、市の自立支援協議会の居住部会に主任が参画し、様々な情報の収集を行っている。事業所内では、毎月1回、職員会議や運営会議、医務会議、給食会議等が開催されており、それぞれの関連分野の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 | a・⑥・c |
| ＜コメント＞ 「利用者の高齢化、重度化対応」や「家族の高齢化」、「職員の確保・育成」、「ホームページの充実」等々、11件の課題を抽出している。既に対応が始まっているものもあるが未着手のものもある。一朝一夕には改善や解決が難しい課題が多く、それらの中・長期計画に取り上げて計画的に取り組むことが求められる。 | | | |

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 | a・⑥・c |
| ＜コメント＞ 法人の中・長期計画が示されておらず、事業所においても策定が延び延びとなっている。根拠とすべき法人の中・長期計画がないのであれば、事業所単位の中・長期計画を策定することが望まれる。管理者の目指す3年度、5年後の事業所のあるべき姿を明文化し、単年度の事業計画作成の枠組みを示されたい。 | | | |
| 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＞ 中・長期計画が策定されておらず、前年度の事業計画を評価した事業報告書を作成し、それを反映させた単年度の事業計画を作成している。ただ、事業報告書（～した）と事業計画（～する）とは、裏返しの記述になっているだけで、曖昧な表現に終始している。事業計画（最終ページの「2023年度に向けて」）においては、数値目標を設定することが望ましい。 | | | |

| | | | |
|--|----|-----------|--|
| 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> 事業計画に数値目標は設定されていないが、年度末に各職員が「年度末反省」を作成している。「年度末反省」では、職員が細かく自己評価を行い、それを主任が集計して会議で分析を行っている。その結果を次年度の事業計画に反映させる仕組みがある。 | | | |
| 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 ・ b ・ c | |
| <コメント> 事業報告書や事業計画、年間の行事計画等の資料を用意し、家族会の総会で説明し、不参加者にはそれらの資料を郵送している。理解力や判断能力の乏しい利用者も多いが、それらに対する特段の説明資料は用意されていない。事業所の責務として、支援の主体である利用者に対する説明責任が求められる。 | | | |

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 ・ b ・ c | |
| <コメント> 定期的に第三者評価を受審し、受審しない年度は自己評価を行っている。改善点は、その内容ごとに10の会議・委員会で検討されるが、計画性が乏しいために最終段階（改善、解決）に至らないケースも多い。 | | | |
| 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 ・ b ・ c | |
| <コメント> 前回の第三者評価受審の結果を受け、可能なものから改善に取り組み、「マニュアルの整備」等は成果を挙げている。ただ、計画的な改善策の実施とはなっておらず、今後の改善活動においては、工程表（仮称）を作成し、責任者（担当者）、期限、実施方法等を明確にして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 | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>管理者の役割や責任は「運営規程」に明記され、「職務分掌」において権限の範囲が明確になっている。ただ、管理者不在時の権限委任先が明確になっておらず、緊急事態発生時等の指揮命令系統が不安要素となっている。全国各地で予想を超える自然災害の発生が続いており、早急な対処を求めたい。</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 | Ⓐ | b | c |
| <p><コメント></p> <p>事業所としてコンプライアンスに取り組み、権利擁護の外部研修を受講した職員が講師となって伝達研修を実施した。パート職員をも含めた全職員が共通理解を得るため、同じ内容の研修を3回に分けて行った。厚労省発行の手引きを読み合わせることや、グループワークを行うことで、研修の成果を高めることとなった。</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 | Ⓐ | b | c |
| <p><コメント></p> <p>「虐待防止チェックシート」や家族アンケートを使い、サービスの質の向上に取り組んでいる。家族アンケートは74%の回収率であり、集計した内容を家族にフィードバックした。家族アンケートで要望の多かった「外出の増加」に関しては、日中の活動の中で「ドライブ」を増やして対応している。</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 | Ⓐ | b | c |
| <p><コメント></p> <p>コロナ感染症が5類に移行となったが、感染への警戒感を緩めていない。久しぶりの「まゆ祭り」も単独開催として、外部への呼びかけは行わなかった。それは職員の負担軽減を考慮したものでもあり、毎日の入浴支援を2日に1回に半減させて職員の負担軽減に努めている。パート職員の意見を吸い上げ、チーム戦の「ありがとうキャンペーン」を実施した。</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 | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>職員採用は、正規、非正規職員に拘わらず、すべて法人本部の主導で行われており、事業所としては面接試験への立ち合いがある。法人内の多くの事業所で慢性的な職員不足の状態であり、抜本的な解決策を講じることが求められる。</p> | | | | |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | 障15 | a | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>人事考課制度は導入されておらず、終身雇用を基にしたキャリアパスを構築している。昇進、昇格等の人事基準は明確になっておらず、「フロア主任」の役職は交代制である。管理者と職員との面談による目標管理を行っているが、記録には残しておらず、口頭でのやり取りである。現行制度では、職員の上昇志向やモチベーションの維持等に課題が残る。</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 | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>主任、管理者、本部職員等との職員面談が、定期、不定期で実施され、職員意見の集約に努めている。「働き方改革」面では遅れが目立ち、有給休暇の取りづらさや時間外労働の多さも改善傾向にない。男性職員を含めた育児休業や介護休暇は取りやすい環境にはなっているが、育児休業明けの職員の職場復帰の事例は少なく、制度面の課題を残している。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 管理者との面談による目標管理を行っているが、すべてが口頭で行われており、目標の設定や進捗の確認、最終評価等のプロセスが記録に残っていない。研修による職員の育成には力を入れており、外部研修には職員ごとに年間1回の参加を目標として取り組んでいる。 | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 事業計画の中に職員研修の方針が示しており、施設内研修、外部研修ごとに参加の目標数値が設定されている。「研修年間計画」に沿って研修に参加し、履修後には「復命書」や「研修報告書」が提出されている。ただ、履修後に研修の効果を測定・評価する仕組みはなく、「復命書」や「研修報告書」をもって研修が完結してしまっている。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 職員ごとに研修参加の目標回数を設定して取り組んでいる。全体研修は、受講漏れが出ないように同じ内容で3回実施している。新任職員には、「新規採用者研修日誌」を使ってOJT中心の研修を行い、その中に主任面談や管理者面談も組み込まれている。チャットワークを活用し、外部研修を案内している。 | | |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 主任が実習担当責任者となり、今年度は保育実習生を1名受け入れた。「施設マニュアル」の第17章に「実習生受け入れ」が記載されているが、「目的」が実習生目線になっており、事業所（法人）としての意義や目的を明記することが望ましい。 | | |

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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 法人や事業所の情報をホームページで公開している。事業所のパンフレットは、写真を多く掲載し、見やすくかつ分かりやすく案内している。「虐待防止及び苦情解決に関する規程」には、「苦情解決の内容は事業報告書の中で公表する」としているが、事業報告書には記載がない。苦情が無かったのであれば、「苦情なし」の事実を公表されたい。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 事業所の現金出納は、10万円を限度とする小口現金制をとっている。購買等の決裁者は管理者であり、現金出納の責任者は法人本部の事務員である。決裁者と現金出納責任者を2者に分け、内部牽制を働かせている。法人監事による内部監査は現地監査が行われ、監査報告書も綿密に作成されていた。 | | |

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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> コロナ感染症が5類に移行となったが、感染防止に向けて警戒を緩めていない。そのため、コロナ禍前の地域交流・連携の状態には戻っていない。事業計画には、地域との関わりの具体的な事例を挙げているが、その数は少なく、早期にコロナ禍前の状態に戻ることが期待される。 | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| <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 ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント> 「ボランティア受入規定」に沿って、家族ボランティアや学生ボランティアを受け入れている。守秘義務等の記載された「誓約書」を取った上で受入れを行い、高校生5名は音楽ボランティアとして活動し、また中学生2名はフィルター清掃を担当した。この中学生2名は、福祉体験学習ではなく自主的な参加である。</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 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント> 市の自立支援協議会の専門部会に参画することで、様々な情報収集の場となっている。利用者の高齢化に伴って医療機関との関わり的重要性が顕著になってきており、精神科や歯科の医療機関が定期的に訪問診療を行っている。今後の他施設への移行をも考慮し、相談支援事業所とも密な連携を図っている。</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> | 障26 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント> ショートステイ（定員5名）の稼働率が50%程度であることから、稼働率アップのために相談支援事業所と連携して在宅障害者の情報を収集している。地域の福祉ニーズや課題等に関しては、市・自立支援協議会の専門部会から取得している。</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 ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント> 地域の高齢者を対象とした市・高齢福祉課事業のワンコイントレーニング（高齢予防教室）に、開催場所として施設の地域交流室を提供している。福祉避難所としての登録、子ども110番の登録等、地域の安全活動にも参画している。</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> 理念や基本方針を朝礼で唱和し、共有する機会を設けている。理念等を理解しているものの、限られた時間の中で業務を行っているため、利用者を尊重した支援を忘れがちになっている場面もあることから、正職員だけでなく、パート職員にも外部研修を受講させるなど、全体の意識改革に取り組むことが望まれる。 | | | | |
| 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 | a | ⓑ | c |
| <コメント> プライバシーに配慮した支援を徹底し、定期的に研修を行っている。特別な配慮が必要な場合には、職員間で共有して対応している。職員によっては業務優先になり、プライバシー保護の意識が薄れている場面もある。マニュアルは整備されているものの、内容を周知する取組みが不十分であることが課題である。 | | | | |
| 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 | a | ⓑ | c |
| <コメント> 利用者の入れ替えが少なく、フロア主任が見学対応などを行っている。ショートステイの利用から施設入所に切り替わる際には、サービスの違いなどを丁寧に説明し、利用者の要望を聞いて様々な調整を行っている。利用希望者には、特定の職員のみが関わっているため、他の職員との情報共有が望まれる。 | | | | |
| 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 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> サービス開始・変更には、利用者や家族が理解しやすいよう、それぞれの状況に合わせて伝え方を工夫している。意思疎通が難しい利用者には、家族の情報から本人の要望を確認し、それに沿った説明をするようにしている。それが利用者本人の意向なのかどうかを、支援の中で探っている。 | | | | |
| 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 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> 事業所変更や家庭への移行の事例は少ない。利用者や家族から要望があれば、その都度本人の意向を確認して対応している。グループホームへの移行の希望があったときには見学に同行し、パンフレットなどを使って不明点を質問しやすいように支援している。事例が少ないことから、現状は職員の経験値による対応が主となっている。 | | | | |
| 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 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> 利用者主体で行う自治会が組織され、職員との意見交換の場となっている。そこで出された要望等は職員で協議し、改善に努めている。日常の関わりの中から利用者の思いに寄り添った支援を心掛け、利用者との信頼関係を構築して、意見を引き出しやすいようにしている。誕生日外食なども取り入れ、利用者の満足度向上に繋げている。 | | | | |
| 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 | a | ⓑ | c |
| <コメント> 苦情や要望を検討・対策する委員会が設けられており、適切に対応する仕組みがある。改善策や解決までの進捗状況は職員間で共有されている。苦情に対する改善点を利用者や家族にフィードバックし、家族会でも報告して、情報開示を行っている。「虐待防止及び苦情解決に関する規程」に沿い、事業報告の中でも公表されたい。 | | | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| 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 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント></p> <p>利用者からの要望を施設内の複数個所に掲示し、すべての利用者へ周知している。利用者自治会で意見を出示してもらったり、担当職員に個別に伝えてもらうなど、利用者が意見を述べる手段を選ぶことができる。職員は、利用者の要望を聞くときには、可能な限り利用者の本音を把握するよう努めている。</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 ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント></p> <p>利用者からの小さな声も意見や要望として拾い、会議等で共有して改善に向けて取り組んでいる、出された相談や意見を記録する方法などは整備されているものの、職員によって報告するタイミングの優先順位が異なることがある。利用者から受けた相談等を、組織的に対応する仕組みづくりが望まれる。</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 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する体制が整っており、マニュアルも整備されている。事故が発生した際には、職員間で共有するとともに、リスクマネジメント担当者から重点的に取り組む課題などが出され、再発防止に努めている。リスクマネジメントは正職員中心の活動となっており、パート職員への意識づけが弱い点が課題である。</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 ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント></p> <p>感染症対策に関しては、看護師を中心に予防を徹底している。「感染症マニュアル」を整備し、特に配慮が必要なことに関しては抜粋版を掲示して周知している。感染症が発生した場合には、看護師が指示を出し、適切な対応が取れる体制をとっている。マニュアルの定期的な見直しが不十分であるため、今後の改善が望まれる。</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 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント></p> <p>利用者全員参加で、年2回の定期防災訓練を実施している。第三者の視点でチェックする担当者を置き、職員が気づいていない不備などを指摘し、次回の訓練に活かしている。災害時の体制を定めたマニュアルは整備されているものの、避難後にどのように対応すべきかということ（BCP）の周知がまだ不十分であるため、今後の改善が求められる。</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 ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント></p> <p>各フロアに、文書化された標準的な実施方法が置かれている。「振り返りチェックシート」を活用し、定期的に利用者の尊重やプライバシー保護、権利擁護に関する姿勢を振り返っている。面談等で個別の課題を把握しているが、標準的な実施方法に沿って適切に実施されているかどうかを検証する仕組みが確立していない。</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 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント></p> <p>会議等で年に1回は見直しを行い、それ以外にも気になることがあれば、随時見直しを行っている。標準的な実施方法を検証したり、見直したりするにあたり、職員や利用者からの意見や提案が反映される仕組みが定まっておらず、その時の判断で対応している。その点に改善が求められる。</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><コメント></p> <p>個別支援計画の責任者は明確にされており、作成にあたっては、看護師や栄養士などの専門職から意見をもらうこともある。アセスメントはそれぞれの利用者担当職員が実施し、日々の記録からも情報を拾っている。個別支援計画の作成や実施状況の把握については、職員全体で取り組むことが望まれる。</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><コメント></p> <p>個別支援計画に関するマニュアルに、評価・見直しの時期が定められており、それに従って取り組んでいる。変更した支援内容を貼り出し、職員に周知している。個別支援計画の作成・評価・見直しに関わっていない職員にも個別支援計画の意味を理解してもらい、職員全体が意識して支援に取り組んでいくことが望まれる。</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><コメント></p> <p>記録システムは全職員にIDが割り振られ、入力・閲覧が可能となっている。記録を書く時間を確保できるように工夫するとともに、個別支援計画の内容を職員間で共有しやすい体制作り取り組んでいる。現状、記録の書き方に個人差があり、記録に残すか否かの判断ができていないこともあるため、その基準作りが課題となっている。</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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「特定個人情報取扱規程」があり、それに従って情報が管理され、利用者や家族には契約時に記録の管理について説明している。職員に対しては、入職時の研修で記録の取扱いの研修を行っているものの、それ以降には改めて学ぶ機会が設けられていない。職員の理解、周知を図るためにも、定期的な研修の実施が望まれる。</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 | a | ⓑ | c |
| <コメント> 利用者のニーズを把握し、その中から楽しみながら活動できることを、自分で選んでもらえるよう支援している。生活に関するルールについては、対応できないことはできない理由や事情を説明し、理解してもらうようにしている。利用者が何を望んでいるか、その意向を汲みとったあとの情報共有が不十分な時があり、改善が望まれる。 | | | | |

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 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> 利用者の権利擁護に関しては、研修等で学ぶ機会を設けている。職員全員に周知が必要な研修に関しては、同じ内容の研修を3回に分けて実施している。職員が互いに気になることがあれば、注意しあえる関係を築いている。やむを得ず身体拘束をしなければならない場合には、個別支援計画に取り上げ、家族の同意を得た上で実施し、記録を残している。 | | | | |

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 | a | ⓑ | c |
| <コメント> 利用者の心身の状態に合わせ、手を貸し過ぎないよう自律・自立を促し、必要に応じ支援・介助している。個別支援計画に目標を設定し、達成できた時の喜びを味わってもらうことで、利用者自らが自律・自律を意識できるよう工夫している。職員によっては、時間に追われて必要以上に介助することがあり、意識の向上を図ることが望まれる。 | | | | |
| 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 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> 利用者に合わせてコミュニケーション手段を使い分け、必要に応じて写真や絵カード、ジェスチャーなどを用いている。意思表示が困難な利用者には、表情や反応などを見て思いや意向を汲み取っている。家族からも情報を得て、利用者にとってより良い意思伝達手段やコミュニケーション機器の活用を検討している。 | | | | |

| | | | | |
|---|-----|---|---|---|
| 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 | ⓑ | c |
| <コメント> 毎月、利用者から要望を聞き取る機会を設けている。居室で時間をかけて話を聞き、内容によっては個別支援計画に反映させている。散歩などに誘う際には無理強いせず、行きたくなるような声掛けを工夫したり、他の活動をしてもらうようリクエストを聞いたりしている。現状、意思表示の困難な利用者の意思を尊重する支援が課題となっている。 | | | | |
| 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 | a | ⓑ | c |
| <コメント> 日中活動は、個別支援計画に基づき、利用者の希望に合わせた活動を日替わりで提供している。利用者の高齢化に伴い、リハビリに特化したプログラムも取り入れている。週1回のクラブ活動や余暇活動では、好きな活動を利用者が選択して参加している。地域のイベントの情報提供などを行い、充実した日中活動を支援することが望まれる。 | | | | |
| 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 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> 利用者の状況や記録を情報共有し、統一した支援をするためにケース会議で話し合い、事業所内で介助技術を学びあっている。利用者の高齢化に伴って身体介助が必要なケースが増えており、介護福祉士の資格を取得する職員が増えている。これまでにない支援の必要性が想定されることから、外部研修への積極的な参加を検討している。 | | | | |

| | | | |
|--|-----|-----------|--|
| 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>栄養士が中心となり、食事に関する嗜好調査を行い、給食部会議に利用者も参加してメニューにリクエストを取り入れている。入浴や排泄などは、身体の状態に合わせて二人体制で介助をすることもある。支援内容の変更は個別に対応しており、変更のタイミングは利用者本人とも話をしてから行っている。</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>利用者が生活する環境は、ケガのリスクが最小限となるよう配慮している。居室は施錠が可能であり、利用者自身が施錠することでプライバシーを確保している。利用者が安心して過ごせるようにしつつ、職員も安全確保のために開錠ができる。居室内に物が多くなりすぎているケースは、利用者にも理解を促して安全確保を働きかけている。</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>月に1度、理学療法士が利用者に合わせて機能訓練を実施している。その内容を写真付きで印刷し、日ごろから自主的に取り組めるよう工夫している。しかし、取組みを始めて日が浅く、利用者自身に十分には浸透していない。職員が理学療法士から聞き取った内容を、上手く利用者へに伝達する取組みが望まれる。</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>1日3回の検温、必要に応じた血圧測定などを徹底し、体調変化があったときには看護師に連絡して指示を仰いでいる。食事の様子（食べ具合等）や入浴時の全身チェックなどにより、日常的に健康状態を把握している。年2回の健康診断の結果は、看護師が家族に説明している。夜間の救急体制などを掲示し、迅速に対応できるよう工夫している。</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 | ① ・ b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>服薬に関するマニュアルを整備し、日常の薬の管理は看護師が行っている。服薬前の確認、服薬後の確認を徹底し、誤薬防止に努めている。医療的ケアが必要な場合には、医師の指示により看護職員が対応することになっており、適切な安全管理体制の下で支援する仕組みがある。</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 ・ ① ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>公共交通機関を使って出かけることを目標にしたり、地域の学校行事への参加や月1回の帰省等、利用者の意向に沿った社会参加の機会を設けている。テレビなどから情報を得て、社会参加したいという意欲を持つ利用者もいるが、情報の少なさから社会参加できていない利用者も多く、社会参加の動機づけが望まれる。</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 | ① ・ b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>グループホームへの移行の要望があったときには、グループホームだけでなく日中活動サービスを提供している事業所への見学にも同行している。相談支援事業所とも連携し、必要な環境を整えるための調整を行っている。最終的には利用者自身が決断することではあるが、必要な情報を提供し、地域生活へ移行したいという気持ちを尊重している。</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> 家族会が構成されており、年に1度の家族会総会では様々な情報提供を行っている。欠席の家族には、事業報告書や事業計画、年間行事計画等の資料を郵送している。利用者が帰省する際には、事前に家族と綿密な調整を行った上で実施している。 | | |
| 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 | | |