

## 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：愛厚弥富の里	種別：施設入所支援・生活介護	
代表者氏名：久保見 順	定員（利用人数）：80名（74名）	
所在地：愛知県弥富市栄南町7-2		
TEL：0567-68-4322		
ホームページ： <a href="http://www.ai-kou.or.jp/">http://www.ai-kou.or.jp/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成11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： 27名	非常勤職員： 16名
専門職員	（管理者） 1名	（事務職員） 4名
	（管理栄養士）1名	（サービス管理責任者） 2名
	（生活支援員） 24名	（看護職員） 3名
施設・設備の概要	（居室数） 50室	（設備等） 食堂・浴室・洗面所
		トイレ・医務室・作業室・更衣室
		調理室・洗濯室・相談室・医務室
		職員室・運動場・事務室

### 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・事業所

私たちは、愛厚弥富の里の利用者が幸せな生活を送れるようにするために「一人ひとりの利用者の主体性の保障と地域に根差した施設づくり」を基本理念に、確固たる倫理観をもってその専門的役割を自覚し、自らの使命を果たします。

#### ★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. 意思決定支援の推進
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

- ・新規GHの開所を令和6年4月に控えており、長期入所者の地域移行や意思決定支援の推進に努めている。
- ・新規GHの開所に合わせて入所定員を80名から60名に減らし、入所者の生活の質の向上に向けて生活環境や支援環境の改善を目指している。
- ・利用者の力に合わせ、支払いやマナー等の支援を行う等、他施設で実施していないような利用者様に合わせた買い物支援を実施している。
- ・高齢化に対応した日中活動を実施し、ADLの維持の向けた支援を行っている。
- ・支援が困難である利用者様の状態をデータ化し、客観的な分析を行いながら、個々の特性に合わせ毎月情報を共有しながらチームアプローチで支援を行っている。
- ・相談支援事業所との連携に努め、地域の困っている方のニーズを把握しながら、支援を行っている。

#### 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 3月 8日(評価決定日)  【令和 5年11月13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

##### ◆職員意見の尊重

職場環境に対する改善意識が高い。実際の取組みとして職員の年休消化率の数値目標を掲げ、目標を達成している。また、職員からの意見を集め、事業運営に反映させている。具体的には、職員向けの意見箱を設置し、会議でその内容を確認して改善に向けた取組みを行っている。このほか法人と調整した運営面の情報についても、会議で口頭による説明だけでなく、会議に参加できなかった職員にも分かりやすく伝えるために、内容をまとめた文書を作成するなど、現場を意識した取組みを行っている。

##### ◆チーム支援の充実

困難事例などの受入れを行うにあたり、チームとして取り組んでいることが評価できる。具体的には、困難ケースの対応に向けて、細かく分析を行い、職員間で情報を共有している。利用者に対する権利意識の向上のため、外部講師による研修や委員会が充実していることも挙げられる。

##### ◆安心・安全な医療体制の構築

利用者の高齢化に伴い、医療依存度の増加は現実問題として出てきている。そのような中、看護師配置の減員があり、現在は3名の看護師が輪番を組んで回している。夜間はオンコール体制を整えており、看護師3名が持回りで対応している。些細なことでも連絡できる体制となっており、利用者、職員ともに安心できる環境となっている。医療に関する基礎的な知識や対応手順は、「業務マニュアル」で見ることができる。研修についても、嚥下に関する内容やてんかん発作等、看護師が主体となって実施している。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆事業計画策定・見直しの仕組みの構築

5か年計画が立てられ、この計画とリンクして事業計画が作成されている。しかし事業計画と収支及び予算について一体化となった書面が無く、計画の実行性の根拠が薄い。また、事業計画の作成や見直しを組織的に行うための手順（マニュアル等）の整備が望まれる。

◆意見・要望への対応手順の明文化

利用者の意見や要望について、随時対応をしているが、受付～対応のプロセスが明文化されていない。受付手順や対応方法を整理(マニュアル化)することで、職員の対応に差が無くなることが期待できる。どの職員も同じ対応が可能となることで、利用者にとっては安心感や信頼感が高まる。

◆ボランティアの受入れについて

ボランティアの受け入れについての基本姿勢は示されている。しかし、実際に受入れるための対応マニュアルや、ボランティア受入れに対する職員教育などは行われていない。ボランティアは地域との懸け橋的な役割を持ち、地域の障害者理解への推進役ともなる。様々なボランティアの受入れがあることから、汎用性の高いマニュアルを整備することが望ましい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ご指摘いただいた各事項については今後改善につなげていくこととします。

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	①・b・c
＜コメント＞ 理念、基本方針は法人全体で統一されている。職員には会議にて読上げをするなど、周知を図っている。利用者については、毎月行う懇談会にて分かりやすい言葉で伝えている。保護者については保護者会にて伝えている。		

##### 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	①・b・c
＜コメント＞ 事業経営を取り巻く環境と経営状況については、毎月利用率の把握や収支の確認を行っていることで、把握している。また、この内容は法人本部と共有を行っている。弥富市の障がい者福祉計画会議などから地域ニーズを把握し、新たなグループホームを来年度に向けて建設するなどの動きをしている。		
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＞ 法人が行う施設長会議にて法人の経営状況を確認している。また、会議内容は職員に正確に伝えるよう、管理者がICレコーダーに録音し、会議録とは別に分かりやすい文書を作成し、職員会議で配付するとともに説明も行っている。		

##### 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＞ 法人において「第4期計画」を策定し、経営の課題分析を行っている。課題については、将来構想委員会にて施設の課題を明確にするほか、中・長期計画に落とし込んでいる。特に職場環境に課題意識を持ち、職員の年休取得率の10%増加を目指している。そのため、数値目標達成のために職員の勤務調整などを行っている。		
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・②・c
＜コメント＞ 法人の中・長期計画を踏まえて、事業計画が策定されている。策定にあたっては、運営委員会や将来構想委員会、職員会議で意見を募るほか、利用者については利用者懇談会から出た意見を反映させている。計画の実施状況についての把握については課題が残る。		

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	a	・ b ・ c
<コメント> 事業計画は法人の中・長期計画に基づき作成されているほか、利用者懇談会や職員会議などからの意見を反映させて作成している。また、策定した事業計画を評価し、次年度の計画に反映させている。計画の内容については、職員会議にて確認を行っている。事業計画の策定手順や見直しの時期などを定めた文書（マニュアル等）については、確認が取れなかった。			
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> 事業計画の内容は、利用者懇親会で説明をしている。また、保護者については、年度当初に行う総会にて説明や計画書の配付を行っている。利用者説明については、内容の理解がしやすいよう、書面の工夫をすることで、より丁寧な対応となる。			

#### 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> 福祉サービスの向上に向けた取組みについて、日常の支援から出された課題を職員会議などで整理をして、振返りを行っている。第三者評価については、定期受審を行っており、定期受審のない年は自己評価を行っている。この内容は職員に配付を行い、周知を図っている。利用者満足度調査などについては、結果を集計するにとどめず、分析して支援に反映させることを期待したい。			
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	・ b ・ c
<コメント> 評価結果から得た課題については、各委員会で話し合いを行い、改善に向けて議論を行っている。また、この内容は各職員に会議や回覧などにより周知が図られている。改善に向けた進捗状況の確認などがあると、より効果的な取組みとなる。			

## 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	
<コメント> 管理者の役割と責任については、「組織規程」及び「事務分担表」に明記されている。このほか、広報誌にも毎年、事業所運営に関する内容を記載している。管理者不在時の対応については、「職務権限規程」に定めている。			
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	a · b · c	
<コメント> 法令順守の取組については、法人内で研修計画が立てられており、職責に応じて受講させている。また、各委員会から出された内容を職員会議を通じ、職員に周知を図っている。但し、最新の法令に関する情報の入手の方法については、検討の余地がある。			
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	a · b · c	
<コメント> サービスの質の向上については、各委員会や職員会議において出された意見に対してコメントを出すなど、直接的な対応をしている。職員から広く意見を集めるために職員の控え室に意見箱を設置し、サービス改善のための意見を集めている。この意見箱の活用については匿名性を担保するほか、多くの意見を集めたいと職員に伝えていることで、成果が上がっている。			
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	a · b · c	
<コメント> 管理者は、理事長と面談を行い、収入管理などの経営の現状報告を行っている。この面談で話された内容を基に地域ニーズと照らし合わせ、事業所サービスの調整を行うとともに、利用者の受入れについての増強を図っている。また、新たなグループホームの建設にあたり、職員増員や配置調整を行っている。			

### 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	a · b · c	
<コメント> 採用計画については、法人が定めた定数に基づいて配置するほか、事業所の状況に応じて、管理者がパート職員を直接採用している。必要な福祉人材については、法人本部が資格の状況を把握、管理して、配置調整がなされている。人材の獲得については、各種媒体などを通じてアプローチしているが、法人の定めた定数に到達していない。この部分の改善を図りたいとの意識は高い。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a · b · c	
<コメント> 人事基準については、規定集に定められている。勤務評定については、「人事評価実施要綱」に基づき、「能力発揮シート」に各職員に記載してもらい、面接を行っている。その際、配属先についても本人の意向を聞き取り、次年度の配置に反映させている。課題としては、期待する職員像について弱い部分がある。また勤務評定について、本人へのフィードバックについても課題がある。			
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り組んでいる。	障16	a · b · c	
<コメント> 労務管理についてはタイムカードを使い、時間外労働については「時間外労働管理簿」により管理者が確認している。職員の心身の状況においては、ストレスチェックなどの結果を踏まえ、産業医が作成している広報誌を通じて面談のアナウンスをしている。ワーク・ライフ・バランスについては、職員の相談に応じるなどの対応をしている。			

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>新規採用者や新任職員については、OJTを通じて支援の目標確認を行うほか、定期的な面談を行っている。職員の目標管理については、「能力開発シート」に個人目標を記載してもらい、確認をしている。課題として、期待する職員像について弱い点や中間面接の実施などが課題となる。</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	㉕ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が作成したキャリア別、職種別研修計画に基づいて研修計画を策定し、計画に沿って研修を実施している。施設の事業計画に掲げている専門性の向上のため、行動援護の研修の受講を進めている。研修の計画見直しについては、年1回、研修委員会が見直しをしている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修制度については法人の規程に定められ、これに基づいて計画が立てられている。施設内研修の受講については、職員の勤務時間を調整するほか、同じテーマで数回行うトピック研修の実施など、より多くの職員が受講できるよう工夫している。施設外研修については、受講の促しを行っている。改善点としては、パート職員に対するOJTの仕組みがあると、より支援の充実が見込まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受入れについては、「実習受託要領」にて受入れ態勢が示されている。実際の受入れについては、社会福祉士や保育士、栄養士に対応している。課題として、受入れ後の成果についての評価や職員間の情報共有、フィードバック、指導者に対する研修等が挙げられる。</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	㉕ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人ホームページにて、理念や基本方針、事業計画や予算等が載せられている。また、事業所などの活動内容については広報紙の「金魚草」を年2回発行し、利用者本人や家族のほか、関係機関やボランティアに配布している。第三者評価については、第三者評価のサイトへの掲載を行っている。</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	㉕ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業運営における事務、経理、職務分掌と権限については、法人規程集に明記されている。また、法人本部による監査の実施のほか、「仰星監査法人」による外部監査を受けていることから、適切な取組がされていると言える。</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	㉕ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わりについては、施設の経営方針に「地域との共生」を示している。実際の交流として、秋まつりの開催、レクリエーション講座などの地域療育事業などを行っている。事業所の利用者に対しては、地域のコミュニティバスを活用して、単独の外出の実施を行っている。このほか、休日の過ごし方については、地域交流を含め、利用者を選択してもらっている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  ボランティアの受入れについては、法人の「業務マニュアル」に記載されている。実際には、清掃活動や行事のサポート、クラブ活動に協力をしてもらっている。またボランティアのケガなどに対応できるよう、ボランティア保険に加入している。課題として、ボランティアに対しての説明の書面などがあると、より厚みがある取組みとなる。</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	㉕ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  社会資源については「海部東部障害福祉マップ」を職員待機室に掲示し、いつでも見ることができる環境にしている。相談事業所で行っている学習会から得た各団体の情報についても共有し、問い合わせなどの対応ができるようになってきている。各団体とは協議会などを通じて情報交換を行うほか、市民活動のヤトミーティングにも参加している。</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	㉖ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  地域の福祉ニーズについては、市・社会福祉協議会や海部南部自立支援協議会などに参加し、地域課題に取り組む中から把握している。地域ニーズを受けて、次年度にはグループホームの新規開設や支援拠点の事業化に向けた検討がされている。地域の短期入所利用にあたり、送迎のニーズがあったためアンケートを実施し、実態把握を行った。この結果を受け、対応を協議している。</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	㉗ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  自立支援協議会や相談支援事業所との関りの中から、地域ニーズの把握に努めている。その中に相談支援体制の強化があり、療育等支援事業を通して体制作りにも努めている。この療育等支援事業の活動の中に、他団体に対する学習会の企画や講師の派遣も入っている。地域住民や近隣団体に対して、集会室の貸出しを行っている。年に1度の総合避難訓練には、地域住民も参加をしている。</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	①	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>正規・非正規を問わず、全職員に理念や経営方針等が記載されている事業概要を配付・周知を図っている。毎週水曜日は「人権の日」とし、権利擁護や虐待等について話し合う時間を設けている。人権委員会が年3回開催されている。権利擁護に関する理解は、「全職員が継続的に行わなければならない」という課題を持ちつつも、組織としての取組みとしては十分に行われている。</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	・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>2人部屋であるため、居室内におけるプライバシーに配慮する上では、建物の構造上難しい面がある。課題としては、プライバシーに関するマニュアルや規程類は整備されているものの、その内容を職員へ周知する取組みについてはやや弱い点である。</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	・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内の掲示物はもちろん、パンフレットでの説明と施設見学・案内を中心に、必要な情報提供を行っている。ホームページで施設の情報を得ることもできる。課題としては、ホームページを見られない人や施設に来られない人に対して、施設情報を伝える術としての公共施設等でのパンフレットの設置、視覚的に分かりやすく伝えるためのパンフレットを別途整備することなどが挙げられる。</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	④	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス変更時については、移行先の建物を実際に見てもらったり、パンフレットを提示したり、ビデオや紙芝居風の説明用ツールなど、様々な手法を用いて伝える工夫を行っている。特にサービスの変更については、利用者本人の意向と家族の意向が合致しない場合がある中、時間がかかるものの理解してもらうことに力を入れている。</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	・ ⑤ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設移行時において、メリットだけでなくデメリットも伝えた上で理解が得られるよう、また、イメージが持てるよう見学や体験を行っている。課題としては、サービス移行時における手順がなく、サービス管理責任者等の対応職員の裁量や力量に委ねられている部分がある。引継ぎに関する文書についても明確なものは無く、確実な引継ぎが行われるためにもこれらの整備が必要となる。</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	・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月行われている利用者懇談会の機会を利用し、利用者から要望等を把握する仕組みがある。年に1回程度、意思表示できる利用者に限られてしまうが、食事や生活面についての聞き取りも行われている。課題としては、その集計・分析及び対応までの一連の流れが明確にされておらず、取組み自体が弱くなっている。家族向けの満足度調査も未実施であり、取組みを期待したい。</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	a	・ ⑦ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内に苦情に関する案内や窓口が分かる書面を掲示し、広く周知が図られている。基本的に個別の相談や面談、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把握している。課題としては、苦情を受け付けた際、その判断基準が曖昧で個人レベルで判断されている。組織として、情報を集約して苦情か否かを判断する明確な仕組みが必要である。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別に適宜利用者からの相談等に応じる環境は整っている。毎月開催される利用者懇談会や計画見直し時など、定期的に意見や相談に触れる機会がある。利用者への相談に関する案内文はないものの、利用者懇談会の開催日は掲示にて周知を行っており、その会議の中で相談や意見を述べることができると利用者は理解していることから、仕組みとしては確立している。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者懇談会等で得られた情報は、内容によって排泄ケア委員会や食事ケア委員会、入浴ケア委員会等の各種委員会に伝達され、委員会にて解決していく仕組みがある。ただ、その取組みを裏付けるマニュアル等は用意されておらず、報告・相談等を受け付けた際の流れが明確となっていない。どの職員が受け付けても、漏れなく確実に対応できる仕組みを構築することが課題となる。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種委員会で事故等について話し合う仕組みが整っている。事故については、細かな分析を行い、情報共有することで再発防止に努めている。その反面、ヒヤリ・ハット（インシデント）に関する情報収集・分析等が十分に行われていない。事故に繋がるこれらの情報収集にも力を入れられたい。また、事故発生時におけるマニュアル等も未整備であるため、今後整備されることに期待したい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症に関するマニュアルは整備されており、BCP（事業継続計画）も用意されている。看護師による「手洗いの方法」の研修を、職員だけでなく利用者向けにも実施した。コロナ感染者が出た想定で、避難訓練同様に、実際に職員の動きや対応を確認する仕組みもある。コロナやインフルエンザなどによる集団感染がしばらく発生しておらず、感染予防対策が功を奏していると思われる。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>BCP（事業継続計画）の作成や定期的に行う避難訓練など、災害時における対策は整っている。地域住民と合同で避難訓練を実施し、災害に備えて地域を巻き込んでいる。課題としては、BCPに記載してある内容（計画）が、確実に機能することの検証が未実施であることが挙げられる。机上のマニュアルで終わらせないために、確実な業務継続を担保する訓練やテストの実施が望まれる。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「業務マニュアル」を用意し、全職員に毎年配付している。業務に困った際は、この冊子を見ることでその手順や目的等が理解できる。支援で何か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が、日頃からマニュアル通りに実施されているかの把握は仕組みとして弱い。現場支援とマニュアルとの整合をチェックし、不具合が起きる前に把握できる仕組みを構築されたい。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>マニュアルについては、年1回、各委員会にて見直す箇所が割り当てられており、必要に応じて見直し仕組みとなっている。ただ、個々のマニュアルがいつ作成・改訂されたものなのか、どの部分が改訂されたのかが明確に把握することはできない。それらを識別できるように表記すると、職員に伝達する際にも確実に伝わるものと思われる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定められたアセスメント様式を用いて、細かい情報収集が行われている。個別支援計画策定の責任者は2名のサービス管理責任者としており、役割分担しながらも協力して作成している。計画通りにサービス提供が行われているか否かについては、2ヶ月に1回のモニタリングを行っており、計画の見直しは6ヶ月ごとに行っている。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画については、利用者個々で見直し時期が定められ、適切に管理されている。参加職員もサービス管理責任者、担当職員、看護師、栄養士、場合によっては後見人等も参加する。利用者の状態が急変した際の計画変更も適宜行われている。課題としては、見直した計画の周知が弱いことであり、また、計画の内容について個別性が薄く、名前を伏せると誰の計画かが見えてこない。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>専用の記録ソフトを使用し、必要な情報の入力、データ保存、紙媒体でのファイリングが行われている。様々な職員が入力を行っているが、職員個々で入力の差異が生まれまいよう、また、主観が入らず客観的な記載が行えるような働きかけについては弱い。マニュアル作成・周知や職員研修の実施等、何らかの形で記録に関する改善に期待したい。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人権に関するアンケートを実施しており、個人情報の大切さについての周知を図っている。入社及び異動時には、「個人情報保護規程」等の説明・周知が行われている。課題としては、各種記録物等の書類・データ等の責任者が何となく決まっている感であり、明文化し、全職員に周知することが望ましい。</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	ⓑ・c
<コメント> 買い物外出を中心に、利用者が希望する活動を導入している。社用車で出かけたり、市内のバスを活用して出かけることもある。利用者懇談会が毎月開催され、その意向を汲み取る仕組みもある。課題としては、利用者が主体的に取り組みたいと思う活動が十分に用意されていないこと、また利用者からの意思表示に対して、十分な引出しができていないことが挙げられる。			

### 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	a	ⓑ・c
<コメント> コンプライアンス委員会や人権委員会を定期的に開催し、権利擁護に努めている。権利侵害に関する早期発見の取組みとして「セルフチェック」を年2回実施し、内容の分析や職員の意識の変化等を数値及び記載内容にて細かく見る仕組みがある。課題としては、虐待の発見から通報、対応について、規程に記載があるものの、折に触れて周知し、確実に対応する体制が十分とは言い難い点である。			

### 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> 地域移行を見据えて洗濯や着替え、調理体験（主におやつ作り）等の機会を提供している。ただ、その内容や頻度、実際の対象者を考えた際、施設として十分行っているわけではなく、量及び質共に課題が残されている。			
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	ⓐ	b・c
<コメント> 言葉によるコミュニケーションはもとより、絵カードや筆談、身振りなど視覚的にも伝わりやすい方法を用いて対応している。特にコミュニケーション関連の機器類の使用はなく、経験のある職員からコミュニケーションのコツを得たり、家族からの情報を参考にしながら支援を行っている。全ての利用者へ対応することはできていないものの、今できる範囲で対応している。			

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> 利用者が選択及び決定する際に必要となる情報として、写真等で可能な限り対応している。利用者が話や相談をしたい場合は、組織として対応することとなっている。担当制を取っており、入所施設の特性上、職員は時差勤務や変則勤務となっていることから、利用者が相談等をしたとしても、内容によってはしばらく待たざるを得ない状況である。仕組みとしての見直しを期待したい。			
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	ⓑ・c
<コメント> 作業活動や散歩、その他、各種レクリエーション（カラオケ、映画鑑賞、運動、ドライブ、おやつ作り等）が用意され、特に木曜日と日曜日は余暇時間として、利用者が活動を選べる機会がある。課題としては、プログラムの数・内容共にまだ発展途上であること、利用者個々に対して隔々まで活動の提供ができていないことなどが挙げられる。			
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	ⓑ・c
<コメント> 支援が困難な利用者について、チームで話し合うためのプロジェクト会議があり、細かい分析等を行い、実際の支援に役立てている。外部の講師を積極的に活用し、職員の支援スキルを高める取組みも見られる。利用者一人ひとりの障害特性を全職員に周知する手段が、口頭によるOJT中心となっているため、書面によって誰もが確認することのできる仕組みの構築が望まれる。			

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	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントを基に、個別で入浴支援や食事支援への対応を行っている。その中でも高齢化等により、食事については設備等の問題でペースト状の提供ができていないこと、機械浴があれば浴槽に浸かって入浴することができる中、設備がないため入浴時はシャワー浴で対応するなど、ハード面等において利用者のニーズに十分応えることができない状況が課題として残っている。</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	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>環境改善については、事業検討委員会等を通じて改善する仕組みは整っている。居室は2人部屋となっているため、個室と比べると快適性は劣ってしまう。食堂については、やや手狭なことから時間差を設けて利用するなどの工夫が見られる。トイレの快適性については、暖房便座がないこと、エアコン等がないことから、冬場での利用を考えると改善を要する。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>作業活動を通じて、指先を使った運動を行ったり、日常生活の中で洗濯やシーツ付け、タオル畳みを行う等の取組みを行っている。これらの活動は理学療法士や作業療法士がいない中で行われており、現状はこれら専門職を必要としている利用者も多くいる。専門職の導入、もしくはその知識を得て現場で広く活用できるような職員の育成等が課題として挙げられる。</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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>バイタルに関する各種記録が整備されており、看護師の指示や助言を得られる環境も整っている。夜間のオンコールは毎日対応可能となっており、安心して支援できる環境がある。健康維持のため、散歩だけでなく一部のフロアでは健康体操を毎日導入し、体を動かす機会を増やしている。高齢化が進む一方で、看護師の配置減があるものの、健康状態の把握には十分な対応ができています。</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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>夜間はオンコール体制が整っており、看護師3名が持回りで対応している。些細なことでも連絡できる体制となっており、利用者にとっては安心できる環境となっている。医療に関する基礎的な知識や対応手順は、「業務マニュアル」で見ることができる。研修についても、嚥下に関する内容やてんかん発作等、看護師により伝達する仕組みがある。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>学習プログラムとして、玩具のお金を使用して使い方の練習を行ったり、手紙を書く練習等を行うなど、一部の利用者に対する具体的な取組みが行われている。買い物実習にも力を入れており、実際に地域に出向いた取組みも見られる。課題としては、利用者個々の学習支援等に対応しきれていないこと、学習支援のプログラムの数が十分でないことである。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内で、新規グループホームの立上げと事業所の定員減の計画を進め、地域移行を目指している。実際に移行が可能と思われる利用者に対しては、家族にも説明を行って理解促進に努めている。課題としては、利用者の意向確認が十分でなく、施設側（職員）や家族の思いに偏りがちであるため、今後利用者本人が具体的なイメージができる環境・取組みを行うことを期待したい。</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> コロナが5類に移行となり、一定の条件はあるものの家族との外出や外泊（帰省）が再開され、利用者等の希望に添う形で実施されている。コロナ禍においては、利用者の写真を家族に送るなど、施設として可能な範囲で対応してきた。日頃の情報交換等については、計画見直し時や、家族会実施時において適宜行い、直接会うことができない家族等については、電話での連携体制を整えている。		
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		