

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：ハートランド小牧の杜	種別：施設入所支援・生活介護	
代表者氏名：野垣 俊也	定員（利用人数）：60名（52名）	
所在地：愛知県小牧市大山岩次208-8		
TEL：0568-78-1911		
ホームページ： http://www.daiwa.or.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成11年 7月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 大和社会福祉事業振興会		
職員数	常勤職員：25名	非常勤職員：19名
専門職員	(介護福祉士) 13名	(理学療法士) 1名
	(看護師) 3名	
	(准看護師) 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 57室	(設備等) 特殊寝浴槽・ライナー
		リフト浴槽・天井走行式リフト
		オストメイトトイレ・介護ベッド
		床走行リフト、エレベーター

③理念・基本方針

★理念

・法人 私たちは、多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者が個人の尊厳を保持しつつ心身ともに健やかに育成され、又その有する能力に応じ自立した日常生活を地域社会において営むことができるよう支援します。

・施設・事業所 私たちハートランド小牧の杜は夢をもち笑顔を通じて障がいを持った人が自分らしく生きる社会を創ります。

★基本方針

- 1 障がいをもった人の夢の実現を一緒に考え支援します
- 2 障がいをもった人の社会参加、地域移行に努めます
- 3 地域の活動に参加し地域に根ざした施設づくりをします
- 4 一人一人と常に笑顔で向き合います
- 5 自ら夢をもち自分らしく生きることを実践します
- 6 仕事に対し誇りと感謝の気持ちをもちます

④施設・事業所の特徴的な取組

委員会活動を、正規職員、非正規職員問わず全職員が4委員会に配属し全員参加のもと、施設全体の処遇向上に向けて毎月の会議を通して取り組んでいる。

各委員会の主たる目的は次の通り。研修委員会は、処遇向上・支援力向上のため、施設内研修の企画・開催、外部講師等の依頼を含む研修計画と実施・学びの振り返りと報告を行う。虐待防止・権利擁護委員会は、毎月のセルフチェックと結果の集約と調査と公表。職員のストレスコントロール。接遇の見返しと改善を行う。リスクマネジメント委員会は、アクシデント、インシデントの管理と検証、再発防止策の検討と周知、感染症対策。消防・防災・非常災害時の対策を行う。サービス向上委員会は、利用者、家族のニーズ・意見を収集し施設活動・行事へフィードバックする。新規活動・新規行事の企画や活力ある日常生活に向けた取り組みを企画・運営する。施設環境(清掃と風紀)の美化・修繕、機関紙などによる広報活動、入浴、食事等、より質の高い支援への取り組みを検証・改善することを目的とする。

各委員会は、常に連携するものとして、各委員会が共同参画することにより、施設業務及び、利用者処遇がより向上することも各委員会の役割としています。毎月の職員研修は、職員から希望を聞き、研修の題材に活かすなど今の業務を振り返り学び得たいものが何かなど職員が主導的になって企画できるようにしている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 6月 6日(契約日) ~ 令和 6年 4月 8日(評価決定日) 【令和 5年12月14日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	初 回 (平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の高い改善意識

管理者のサービスの質の向上への意識、意欲は強く、率先垂範して組織を牽引している。コロナ禍によって外出が制限され、利用者は買い物も思うに任せない状態となっていた。その閉塞感を打破する取組みとして、利用者の意向に沿った「移動販売車」や「移動パン屋」を導入した。面会ができずに不安を覚える家族に対しては、月刊の「ハーコマ通信」を発行することで、家族の高い満足度を得る結果となった。事業運営や支援の実情に合わせるために文書や記録様式等の見直しを行い、高いサービスの品質を維持しようとしている。

◆共生型社会創設の先駆け

事業所を含む地域一帯は、高齢化が進んだ「買い物困難地域」である。事業所で導入した移動販売車等の地域との共用を画くし、販売品目や量、販売時間帯、販売場所等について地域の一員として検討を進めている。この取組みは、共生型社会創設のための先駆けとして評価できる。

◆実践の繰り返しによる仕組みの定着

看護師資格を持つ職員が3名在籍しており、感染症に関しては、リスクマネジメント委員会において看護師が中心となって取り組んでいる。「感染症マニュアル」を基に、それぞれの感染症の流行期に入る前に、消毒液の作り方や消毒方法など、実践を通して学ぶ機会がある。何度も実践を繰り返すことで、流行が収まった後でも意識して支援する仕組みが出来上がっている。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の策定（明文化）

管理者は、中・長期的なビジョンの柱を「定員の充足」と捉え、その方策として施設修繕による利用者の生活環境の改善、通所利用者のニーズ対応（入所支援への移行）、他法人施設へ移行した利用者の再入所、職員の資質向上、等々を頭に描いている。これらは会議等で話し合われることはあっても、明文化されてはいない。管理者の描く3年後、5年後の「事業所のあるべき姿」を、中・長期計画として目に見える形で示されたい。また単年度の事業計画は、この中・長期計画に整合させる形で策定することが望ましい。

◆教育・研修体系の一元化

キャリアパス要件を満たした処遇改善の制度が運用されているが、キャリアパスの仕組みや人事基準等が職員に周知されておらず、職員が自らの将来の姿を描くことが難しい状態である。加えて、法人としての「期待する職員像」も見えてこない。まずは法人としての「期待する職員像」を明確にし、そこにつながる職員の育成を図られたい。そのためには、職員の教育・研修体系の整備が必須となる。現在の事業所主体の研修体制を見直し、法人主導で階層別研修や職種別研修、テーマ別研修等の体系を整備することが望ましい。

◆マニュアルの有効活用

支援の現場では、各種のマニュアルが整備されているが、有効な活用が図られているとは言い難い。マニュアルの目的としては、業務の標準化・均一化と、研修への活用が挙げられる。その中でも、特に研修への活用が図られていない。新人職員への導入研修時におけるマニュアルを使った研修、定期的なマニュアルの見直しのための読み合わせ研修、専門職を講師とした内部勉強会等、マニュアルの活用は数多い。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

日々、取り組んでいることに対し客観的な評価を受け、自分たちが取り組んでいることに改めて向き合い見つめ直すことができました。自己評価と第三者評価に良きも悪きも乖離が生じていたことは、施設の運営に対し職員が自己を見つめ直すこととなり改善への糸口となりました。「a」の評価を受けた項目は留まることなく更なる改善を目指し、「b」以下の評価箇所は職員全体で改善の方法を検討しさらなる研鑽をしていきます。また、自己評価と第三者評価が全て同一となった「福祉サービスの質の確保」については、自己も第三者評価も改善の余地が大きくあるものと評価を頂いたものと受け止め、評価コメントを参考に、サービスの質の確保を次回受審までに向上できるよう努めて参ります。全体を通して、施設の課題が明確となり、より良いサービスの向上に向けて取り組む糧といたします。

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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人の理念に沿って事業所の理念（「事業所の使命」、「行動規範」）を定めている。「事業所の使命」と「行動規範」は事務室や支援の現場等に掲示しており、職員だけでなく利用者や家族、来訪者も目にする事ができる。利用者から、「行動規範に沿った支援を…」と意見が出ることもある。			

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> 県・身体障害者施設協議会に加入し、事業運営に関する情報を取得している。今回の第三者評価受審も、協議会の会長の後押しがあって実現した。市の自立支援協議会に参画し、障害福祉計画の策定にも加わっている。相談支援事業所が併設されており、そこから地域の在宅障害者の情報を共有している。			
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	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 利用者の高齢化・重度化に伴って職員の手数に不足感が出ている。職員数の不足感によって、新たな利用者の受入れを躊躇せざるを得ない状況となり、大きく定員を割り込む結果を招いている。利用者の通院受診に伴う付添い業務が増加傾向にあり、この部分に家族や身元引受人の協力体制を構築しようとしている。そのために、「利用契約書」や「重要事項説明書」の見直しを始めた。			

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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 管理者は、中・長期的なビジョンの柱を「定員の充足」と捉え、その方策として施設修繕による利用者の生活環境の改善、通所利用者のニーズ対応（入所支援への移行）、他法人施設へ移行した利用者の再入所、職員の資質向上、等々を頭に描いている。これらは会議等で話し合われることはあっても、明文化されていない。管理者の描く3年後、5年後の「事業所のあるべき姿」を、目に見える形で示されたい。			
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 中・長期計画が策定されていないことから、単年度に事業計画は、前年度の事業計画の振り返りを行い、その結果としての事業報告書の内容を参考にして作成されている。事業計画の内容は事業全般にわたっているが、主要な取り組みや活動に関しては、数値目標や具体的な到達点を明確に記載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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>月例の会議で、また定期的実施される職員との個別面談の機会を捉えて、管理者が職員意見を聞き取って、必要に応じて事業計画に盛り込んでいる。計画の内容により、毎月の全体会議や生活支援会議、医務局会議等で進捗状況が確認されているが、数値目標や具体的な到達点が設定されていないことから、期中での進捗評価や最終評価（事業報告書）が曖昧にならざるを得ない状況である。</p>		
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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>出席者の漸減によって家族会が廃止され、事業計画や事業報告は家族等への文書配付の形をとっている。利用者へは、行事計画が中心とはなるが、全員が集まる食事時間を利用して説明し、ポスターや案内文書を掲示するなど周知を図っている。行事計画に限らず、事業計画の中の利用者に関する事項や興味、関心の強い項目に関しては、分かりやすい説明文書等を作成されたい。</p>		

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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍によって面会が制限され、家族等への情報提供が少なくなることを防ぐため、新たなツールとして「ハーコマ通信」を発行した。「ハーコマ通信」は毎月家族等に送付されていたが、面会制限が緩くなったことを考慮して、現在はホームページへの掲載に変更している。外出支援の代替として導入された「移動販売車」や「移動パン屋」も利用者から好評を得ている。</p>		
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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所が立地する地域は過疎化が進み、「買い物困難地域」と言われるほどの地域事情がある。その意味において、利用者の便宜を図って導入された移動販売車が、地域住民にも役立っている。販売する品数や量、時間帯、販売場所等々の問題も出てきて、検討課題となっている。管理者一人の取組みとせず、担当者を選定するなど、組織的、計画的に進めていくことが望ましい。</p>		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 管理者の職責は「運営規程」に明記され、「組織図」からもその権限の及ぶ範囲が明確になっている。課題は、管理者自らの考え方が文書化されていないこと、また管理者不在時の権限委任先が明確になっていないこと等である。平常、有事を問わず、管理者不在時の責任や権限の所在を「運営規程」等で明確に示すことが求められる。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> コンプライアンスに関する「法令順守マニュアル」が整備されている。毎年実施されるコンプライアンス研修が、研修委員会作成の「年間研修計画」に盛り込まれている。特に重要度の高い虐待・身体拘束等の権利擁護に関する研修は年4回の実施である。職員個々の法令順守の意識やその実践は、管理者が面談を通して確認している。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 管理者のサービスの質の向上への意識、意欲は強く、率先垂範して組織を牽引している。利用者の意向に沿った「移動販売車」や「移動パン屋」の導入、家族に対する「ハーコマ通信」の発行等、利用者、家族の満足度を高める結果となっている。実情に合わせるために文書や記録様式等の見直しを行い、高いサービスの品質を維持しようとしている。			
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 率先垂範型の管理者ゆえに、サービス管理責任者以下の職員との力量差が歴然であり、組織力の弱さや業務の実効性に関しての課題が見え隠れする。事業所内の情報管理（法・連・相）のルール化、職員の自主性の醸成、年齢的にバランスの取れた職員配置等が、業務の実効性を高めるための課題として挙げられる。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 正規職員の採用は法人（理事長）と事業所（管理者）との連携によって実施されており、それ以外の職員の採用権限は管理者にある。職員の定着は良く、安定雇用が図られているが、年齢の高い職員が多く職員バランスが良いとは言い難い。将来的な事業運営の円滑化のためにも、定員の充足に伴う職員の補充は若手中心に行い、職員バランスの取れた事業運営を目指されたい。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> キャリアパスは構築されているが、職員への人事制度や人事基準等の周知が図られておらず、職員が自らの将来の姿を描くことは難しい。「人事考課シート」を使って人事考課や目標管理が行われているが、体系的な仕組みとはなっていない。人事考課の集計・分析から、組織の課題や個人目標の抽出につなげること、目標管理の成果を人事考課に反映させること等、相互の関連を考慮されたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 職員構成の年齢的なアンバランスはあるものの、職員雇用は安定しており、勤続年数の長い職員が多い。職位職階による有給休暇の取りづらさもない。夜勤明けの時間外勤務が常態化しているが、特定の職員に偏っているわけではなく、月平均の時間外勤務は2時間程度と多くはない。子育て中の職員3名が時短勤務を認められており、ワーク・ライフ・バランスへの配慮もある。			

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>管理者との面談によって職員個々が目標を設定し、その達成に向けて取り組んでいる。個人目標の設定に関しては、組織の命題（事業計画の重点目標）との紐づけや人事考課の結果を反映させることが求められる。さらに、目標管理の達成度を、人事考課制度の成績考課として評価する仕組みの構築も必要となる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画の中で、研修委員会が今年度の研修に関する方針を示している。研修委員会作成の「年間研修計画」には、職員からアンケートをとって研修内容を決める「セレクト研修」が年に2回計画されている。履修後に職員が提出した「研修報告書」には、いたるところに管理者の赤ペンチェックが入っている。研修で得た職員の気付きの精査と、研修を「研修報告書」の提出で完結させないための方策である。</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><コメント></p> <p>職員研修は事業所の研修委員会主導で行われており、法人による教育・研修体系は構築されていない。一定レベルの職員の資質を担保するためにも、法人主導で階層別研修や職種別研修、テーマ別研修等の体系を整備することが望ましい。事業所においては、「年間研修計画」に沿って研修が実施されている。未受講者には受講した職員が研修内容を伝達しており、それを確実にするために押印している。</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>教員免許を取得するための特例法に則った実習生の受入れがあり、毎年10名前後の実績がある。先方の教育機関から依頼された内容に沿って実習を行っており、受け入れるための事業所独自のマニュアルの整備が遅れている。マニュアルを整備し、幅広い分野にわたって積極的に実習生を受け入れることを期待したい。</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>法人及び事業所のホームページが開設されているが、開示されている情報量は少ない。また、適宜の更新が実施されていないことから、実態と異なった古い情報も掲載されている。事業計画や事業報告、受け付けた苦情情報等について、事業運営の透明性を担保するためにも、適切な情報公開が期待される。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所の現金出納は、5万円を限度とする小口現金制で管理されている。購買等に関しては管理者が決裁権を有し、現金出納の責任者を経理担当の職員としている。双方の役割（決裁権と出納業務）を管理者と経理担当職員とに分かつことで、内部牽制が働く仕組みとなっている。法人監事による内部監査や行政の監査において、特段の指導・指摘事項はない。</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>地域との関わりの考え方が、事業計画に示されている。地域交流の柱の一つであった「秋祭り」が、コロナの5類移行によって来年度からの再開に目途が立ってきた。事業所を含む地域一帯は、高齢化が進んだ「買い物困難地域」である。事業所が導入した移動販売車や移動パン屋の共用を図り、地域の抱える課題の解決にも一役買っている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> コロナ禍前の受入れ状態には戻っていないが、折り紙ボランティアや傾聴ボラ、有償の美容ボランティア等が来訪している。かつては、幼稚園から鼓笛隊が慰問に訪れたり、地域のジュニア奉仕団が喫茶のサービスを提供してくれたこともある。ボランティアを有効に活用するために汎用性の高いマニュアルを整備し、積極的なボランティアの受入れを図りたい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 事業の性格上（身体障害者を主体とする入所・通所支援、生活介護）、医療機関との関わりは切っても切れない関係にある。特に利用者の高齢化や重度化の進行とともに、その重要度が増している。約30の医療機関と連携関係にあり、医務室でリスト化して管理している。市の自立支援協議会や相談支援事業所の他、移動販売車や移動パン屋等も重要な社会資源と捉えている。</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> 市の自立支援協議会や福祉団体施設連絡会の会員であり、会議等に参加して地域の課題や情報の把握に努めている。法人の運営する相談支援事業所とも情報を共有し、在宅の障害者の情報も得ている。移動販売車等の地域との共用は、共生型社会創設のための先駆けとなる取組みとして評価できる。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 事業所の有する居室の約半数が空室となっている。一方で、通所利用者の施設入所支援への変更の希望や、他法人施設の事情（規模の縮小、定員減少等）から、当事業所への移行の希望も出ている。それらの意向に応えるためにも、職員体制を整えて定員の充足につなげることが望ましい。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>法人の理念だけでなく、全国身体障害者施設協議会の理念にも沿い、研修等で職員が共通の理解を持つ取組を行っている。現状、虐待防止に関することを主として研修等が行われているため。今後は権利擁護全般にスポットを当てて、サービスの提供に対する状況の把握や評価を行っていくことが望まれる。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>機関紙やホームページ等での写真の使用については、利用者や家族の意向を確認し、同意を得て対応している。個室になっているため、利用者の居室におけるプライバシーには配慮がされている。共有空間である食堂や浴室などでのプライバシー保護に関するマニュアル等が未整備であるため、職員が意思統一できるような内容への見直しが必要である。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>利用を前提とした問い合わせがあった際には、見学をしてもらい、短期入所の利用などを体験してもらい、機会を提供している。市内の事業所案内に載せたり、福祉フェアなどに参加して事業所のことを知ってもらい、選択肢の一つとなるよう努めている。今後、地域に根差した事業所運営を発信できるような事業所紹介の資料を作成することを検討している。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>サービス内容の説明に関しては、利用者の理解度に合わせ、図などを用いて行っている。サービス開始時には、文章として記載されている契約内容だけでなく、利用者・家族から質問を受けた内容に応じ、補足での説明を丁寧に行っている。契約に携わっていない職員についても、サービスが契約に基づいて行われていることを学ぶ機会を設けることを期待したい。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>サービス内容の変更が生じた場合は、その都度説明している。移行等によってサービスが終了した際には、移行先からの求めに応じ、必要な情報を提供し、支援が途切れないよう配慮している。事業所の変更や家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮しなければならないということを、契約等に携わらない職員にも理解させるための研修実施を検討している。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>利用者担当の職員が決められており、日常の関わりの中で個別の聞取りにより満足度を把握している。コミュニケーションが難しい利用者の場合、表情等から読み取るなどの工夫を行っている。利用者の高齢化や障害状態の進行により、定期的な懇談の場が減っているため、これまでと違う形での利用者との意見交換の場が持てるような取組を期待したい。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制を掲示することにより、利用者への周知を図っている。苦情を受け付けた際は、その内容を把握するために、関係職種へ事情を確認している。その上で、苦情を解決するための改善策を検討していくことで、より良いサービスに繋がると捉えている。苦情として挙がるものだけでなく、小さな意見も把握して改善に努められるよう職員の意識改革が望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者それぞれの担当職員に相談しやすいよう、関係作りを大切にしている。相談の内容によっては、居室で相談を受けるケースも多い。すべての相談が、担当職員によって解決できることばかりではないため、内容によっては、利用者自身が被相談者である職員を選べるようにすることが課題となっている。相談しやすい環境の整備が望まれる。</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>利用者からの相談や意見は、生活介護にて議論・検討しているが、すぐに解決できない内容のものに関しては、法人全体で検討するような仕組みになっている。現状では、相談を受けてから対応して解決するまでの流れが、組織的に行う体制となっていないため、明確化していくことが求められる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>職員で組織するリスクマネジメント委員会を中心に、マニュアルの作成や日常の支援の中に潜んでいるリスクを把握することで、事故防止に努めている。リスクマネジメントに関する研修については、委員会が中心に実施を検討している。事故発生時は、職員の意識も高まるが、時間がたつと薄れてくることもあり、継続的な取組みが望まれる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症に関しては、リスクマネジメント委員会において看護師を中心として取り組んでおり、定期的に評価して対応している。「感染症マニュアル」を基に、それぞれの感染症の流行期に入る前に、消毒液の作り方や消毒方法など、実践を通して学ぶ機会がある。何度も実践を繰り返すことで、流行が収まった後でも意識して支援することに繋がっている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>定期的な防災訓練を実施している。備蓄品の確認を行い、非常食についてはローリングストックの方法で、必要な時に確実に使用できるように備えている。訓練の中から出てきた課題である安否確認方法や地域との連携に関しては、マニュアルの整備をするとともに、協力体制が取れるような働きかけをしていくことを期待したい。</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>利用者の尊重やプライバシーの保護などに関わる姿勢が、関連するマニュアルに記載されている。しかし、現状は実践で教えることに重点が置かれているため、マニュアルが十分に活用できていない。職員研修などにおいて、マニュアルを確認することで、標準的な実施方法が実践されているかどうかの振り返りを行うことが望まれる。</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>「ケアガイドライン」によりスタンダードケアの仕組みを取り入れ、チェックリスト等により標準的な実施方法に沿った支援ができていないかを評価する仕組みがある。現状、利用者の重度化によって支援に時間がかかっており、また職員不足により十分にその仕組みが機能しておらず、改めて生きた仕組みづくりを行うことが望まれる。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画を作成するにあたり、担当支援員が利用者の意見を吸い上げ、嘱託医・看護師等の専門職の意見も個別支援計画に反映させている。個別支援計画の定期的な更新は行われているものの、計画通りにサービスが提供されているかどうかの評価・確認の仕組みが不十分である。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の定期見直しの機会を、毎月の生活支援会議として位置付けており、必要に応じて計画の変更を行っている。勤務の都合により居室担当職員が会議に参加できないこともあり、意見の集約がしにくい状況になっている。今後は、支援検討の時間を作るために業務の流れなどを見直し、活発な意見交換の場を設けていくことを期待したい。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>パソコンやタブレットを使って入力する記録システムを導入している。適切に記録することが、利用者への適切な処遇に繋がるということ意識して記録を作成している。記録の書き方の統一が不十分であるため、記入者によって支援の重要度への考え方に差異が生じている。それが記録にも影響しているため、意識の統一を図ることが望まれる。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護に関する規程があり、記録等の取扱いに関することが記載されている。規程の周知が不十分であるため、利用者の個人情報の取扱いに関しては、都度の確認が行われ、職員個々の良識の範囲内で行っていることが多い。記録の管理方法や個人情報の取扱いは、会議等で周知して管理体制を整えることが求められる。</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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者からの要望を基に、セレクト外出などの企画外出を行ったり、利用者が何をしたいのかを聞き取り、それを基に取り組むべき目標を決めてもらい、その実現に向けて個別支援を行っている。意思疎通の難しい利用者には表情などから汲み取るものの、職員の経験や技量による差異が大きく、声なき声に耳を傾ける支援力の向上を図るよう努めている。			

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者に対する権利擁護についての取組みの一つとして、「虐待防止セルフチェックシート」を毎月全職員が行っている。気づきや疑問点を集め、集計した結果を虐待防止委員会で検討し、改善策等を職員へ周知している。職員によっては、権利擁護に対する理解が不十分なこともあるため、定期的に研修を行い、理解を深める取組を行うことを期待したい。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 手を出し過ぎない支援として、金銭管理や車いすでの移動、入浴等において、自分でできるところは自分でやらせよう、見守りや声掛けを行っている。車いすでの自走、各自の歯磨きなど、個人の目標を立てて、自律・自立生活のための動機づけも行っている。			
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> 言語でのコミュニケーションが難しい利用者の中には、非言語的コミュニケーションとして、文字盤やジェスチャーなどを用いている。障害特性により、トーキングエイドなどの機器の活用など、必要なニーズを模索し、職員間で情報共有しながら、コミュニケーションの代替え手段を用意するよう努めている。			

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 居室や面会室等を利用して、他者に聞かれぬような配慮をした上で、利用者からの相談を受ける環境を整えている。相談を受けた内容に関しては、すぐに解決できるもの、時間がかかるものなどを明確にし、職員で共有して対応している。職員が業務に追われていることが多く、利用者との話をする十分な時間が確保できていない状況となっている。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 日中活動は、室内で行うカラオケ、パズル、創作などの他に、買い物などの外出支援や地域行事への参加などを行っている。文字や絵を描く練習をしたいという意向に沿い、個別支援計画に盛り込み、目標をもって活動に取り組めるようにしている。利用者が、自主的に日中活動に参加できるよう、職員が積極的に動機づけをしていくことが望まれる。			
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 障害特性と利用者本人の性格も把握し、職員間で共有しながら介護と看護で連携を図って支援している。経験の長い職員が経験の浅い職員へ支援に関するアドバイスをし、支援の統一を図っている。障害特性に関する研修は随時行っているものの、支援への理解に時間がかかっている。			

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>1日の日課の中で、様々な場面における生活の個別支援を行っている。入浴や排泄では清潔保持と安全に配慮し、プライバシー保護に関する配慮も徹底している。食事は栄養士による嗜好調査により、利用者のリクエストメニューに応えている。障害の程度が重い利用者が多く、食事に関する支援の量に差異が生じているが、可能な限り公平な支援に努めている。</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>全居室が個室となっており、プライバシーが守られ、安心した生活が確保できている。共有スペースは車いすでも支障なく通れるような動線の確保をしている。居室は家具の配置などを工夫し、それぞれの利用者が安心して過ごせるようにしている。定期的な清掃は行っているが、利用者の各居室の整理が行き届いていないことがある。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>生活の場面で、自分でできることは自分でやることを日常的なリハビリと捉え、生活訓練として取り組んでいる。理学療法士による機能訓練も行っており、機能訓練計画に沿った支援の実施及び定期的なモニタリングを行っている。理学療法士と職員との連携が十分でないこともあり、情報共有して対応していくことが望まれる。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>起床時等の検温や血圧測定などにより日々の健康管理を行い、顔色や様子などを見て体調を把握している。体調不良時には看護師に報告し、適切な指示を受けた上で対応している。年2回の健康診断の受診結果を参考に、医師、看護師から支援に関する助言を受け、それに従って支援している。医療との連携体制も構築され、適切な対応をしている。</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 ・ ⑤ ・ c
<p><コメント></p> <p>医療的ケアが必要な利用者があり、看護師が対応している。喀痰吸引ができる職員の配置もある。服薬時は職員がダブルチェックし、利用者にも確認してもらってから服用している。看護師が中心となって安全管理を行っているが、利用者の重度化に合わせ、職員の知識を向上するための取組みも望まれる。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>施設から外に出て、様々な体験をしてもらう機会を設けている。花見や地域行事への参加を行い、出店などを楽しむこともある。施設での対応が難しい時には、家族の協力も得て、社会参加の機会が少しでも増えるよう努めている。利用者に社会参加や学習、体験の情報を提供し、参加する楽しさを味わってもらえるような工夫が望まれる。</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	a ・ ⑦ ・ c
<p><コメント></p> <p>グループホームへの移行の実績があり、利用者の意向を尊重し、相談支援事業所の職員や後見人と連携して対応した。実現させるために、個別支援計画にも生活面の目標を設定して取り組み、具体的な生活がイメージできるよう対応している。現状、地域生活への移行を希望している利用者はいないが、利用者の意欲を高める支援をしていくことを期待したい。</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> コロナ禍により、面会制限が行われたこともあり、家族と直接顔を合わせて話をする機会が減っている。電話等で状況の報告をしたり、家族からの相談を受けて対応することは継続している。家族参加のイベントを再開し、家族間交流もできるような機会が持てるよう検討している。		
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		