

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

① 第三者評価機関名

一般社団法人静岡県社会福祉士会

② 施設・事業所情報

名称：浜名	種別：障害者支援施設		
代表者氏名：森川正志	定員（利用人数）： 100名		
所在地：浜松市浜名区於呂 4201-12			
TEL：053-583-1128	ホームページ： https://www.tenryu-kohseikai.or.jp/syougai/hamanaryo/		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 昭和50年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人天竜厚生会			
職員数	常勤職員：	46名	非常勤職員 32名
専門職員	（専門職の名称）	名	生活支援員 64名
	サービス管理責任者	2名	管理栄養士 1名
	看護師	7名	
施設・設備の概要	（居室数）		（設備等）
	44室（個室24室、4人部屋20室）		機械浴、スプリンクラー、EV、リハビリ室、理髪室等

③ 理念・基本方針

- ① 法人理念『九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ一匹の行方たずねん』
- ② 法人スローガン『私たちは熱い心・豊かな知識・すぐれた技術で、ひとりを、すべての人をアシストします。』
- ③ 中期経営目標
- 『職員の自己実現に向け、その資質や専門性をより発揮させるため、今以上の人材育成と能力開発に取り組みます』
- 『社会的ニーズに基づいた事業継続のため、健全かつ安定的な財務基盤を確立します』

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- 1) ご利用者の日中の過ごし方（日中活動・余暇支援）の更なる充実
- ・「日中活動ワーキング」で、日中活動（余暇の過ごし方など）を検討し、ご利用者の生活に彩りが添えられるような仕組みづくり
 - ・行事・行楽等において、四季の移り変わりとともに社会的文化を体験できるよう季節に応じた行事をご利用者とともに企画・実施。行楽については、ご利用者一人当

たり年1回実施します。

- ・グループ活動として生け花やスポーツ・レクリエーション等余暇を活用し様々な活動に取り組むことで、個々の主体性を導き、変化のない生活に陥らないよう生活意欲の高揚に努めます

2) ユニットケア

重度の障害者が多く利用され、年齢幅も広く、約3割の方が20年以上入所されており人生の長い期間を「浜名」で過ごされている経緯があります。一方で、高齢化に伴う障害状況の変化やニーズの多様化など、これまで以上に個別の支援が求められます。これまでの他者との関わりを密に過ごしてきた経緯を踏まえつつ、障害の程度や身体状況、生育暦やニーズなど個々にあった支援を実現するために、ユニットケアを実施しています。施設の日課による集団的なケアから脱却し、個別的なケアを実施し、ご利用者が望む生活を営むことができるよう支援をしていきます。

3) 介護マニュアル

当施設における基本的な介護の手法として、「介護マニュアル」を整備しています。ご利用者の暮らしを支える手法の一つとして、「介護マニュアル」を基本とし、事業計画及び個別支援計画に基づきご利用者一人ひとりにあわせた支援を行っていきます。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年8月1日（契約日） ～ 令和7年3月21日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成29年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・事業計画の主な内容は抜粋して家族に配付し、家族の集い（7.8割が参加）でパワーポイントにわかりやすくまとめて説明しています。利用者にもさらに別物のパワーポイントを作成し、事業計画は新年会でわかりやすく説明しています。
- ・利用者にとって安全で快適なサービスを提供するため「浜名」独自の介護マニュアルの改善・改訂を行い、介護に臨む際の基本姿勢や心得をはじめ、食事や入浴、排せつ等、場面に応じたより具体的な介助方法や細かな留意事項が明確になっています。介護マニュアルに特化したワーキングを実施し、振り返りシートを使用し、定期的なマニュアルの見直しも行っています。
- ・利用者は重複障害のある方が多いですが、施設内ワーキングつながり部門を中心に、グループ行楽での外出が計画され毎月3～5回実施、その他コンサートやスポーツ大会への参加など社会参加への機会を提供しています。
- ・施設内ワーキング福祉機器導入・活用部門では、介護負担の軽減と仕事の効率化を目的に積極的に福祉機器を導入しています。移乗のためのハグやリフトが各フロアや浴室に設置し、積極的に活用しています。

◇改善を求められる点

- ・自己評価の分析した結果はグラフ等を用いて見やすくし、施設として毎月の職員会議で課題は共有化できていますが、課題についての改善策や改善計画については十分ではありません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ご利用者やご家族に対して、当施設の実施事項の伝え方、独自のワーキンググループ活動による日中活動・社会参加への積極的な取り組み、人材定着に向けた介護機器の活用に関して、評価いただいたことは職員の励みになるとともに今後さらに工夫改善をしていき当施設のサービスの質の向上に努めたいと思います。

一方で、アンケート等を実施した結果から見えた課題に対して、迅速に目標を定め実践する意識を高めなければならないと感じました。また、記録についてはご利用者の生活の質の向上のためにも重要であることを職員一同再認識したうえで、今後取り組んでいきたいと思います。

本調査を通じ当施設のサービスについて、客観的に捉えることができたことは大きな収穫であります。評価内容を真摯に受け止め今後の施設運営に活かしてまいります。

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〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

障害者・児福祉サービス版共通評価基準

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。		
1	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。	a
<p><コメント></p> <p>基本理念は法人、施設の事業計画とホームページに記載し、年度初めの広報誌に記載があります。基本理念には解説があり、わかりやすいものとなっており、事業の目的、スローガン、行動指針が定められ、職員への具体的な内容となっています。また、職員はこれらを小冊子として常時携行し、職員会議に唱和しています。利用者や家族には理念・基本方針にルビを付けて玄関に掲載しています。</p>		

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。		
2	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。	a
<p><コメント></p> <p>事業経営に関しては、法人から地域のニーズ・動向については「浜松手をつなぐ親の会」から情報を入手し、分析を行っています。施設は毎月、法人本部に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等、潜在的利用者に対するデータの一部を基礎資料として報告し、法人は資料をまとめあげて施設に送り、施設はデータをグラフ化し、年間の目標値に対し毎月確認しています。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a
<p><コメント></p> <p>経営環境については中期経営計画で課題を明示し、毎月の施設の報告も含め、法人の担当課の役員と共有しています。施設は法人からの報告を毎月、職員会議で内容を回覧して具体的に必要に応じてグラフ化し、全職員に伝えています。品質管理は年度初めに目標を立て、年2回の職員会議で確認し、空床率は一定の数値に近づくと入所申し込みリストを基に希望者の再確認をしています。</p>		

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	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。	a
<p><コメント></p> <p>法人は基本理念を実現するための4つの課題から、第7期計画で「人材」と「経営管理」を重点項目と定め、施設はこれを中長期計画の重点目標にしています。関連機関にも確認しながら3か年計画に落とし込み、具体的な内容となっています。人材の育成に関しては職員の自己評価で〇×式でTOTALは%評価し、空床率については3か月に1回、関係機関にも連絡を取りながら一覧表を確認し、法人への月次報告と突合しながら、年度末に見直しをしています。</p>		
5	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。	a
<p><コメント></p> <p>中期経営計画を基に単年度の施設の具体的取り組みを策定している他、可能であれば数値化や表にし、利用者の要望は現場の職員が聞き取り、実情に照らし合わせて計画に落とし込んでいます。単年度の事業計画には人材育成、新規事業、投資に関する項目やISOのPDCAに関する取り組みも含まれています。半期に1度、個人評価を集計し、経営層に報告しています。</p>		

I-3 事業計画の策定

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	a
<p><コメント></p> <p>事業計画は前年度に施設長・相談員を中心に大枠を作成し、職員会議で職員が利用者の希望を取り入れ、年間計画を立て、担当者、時期、手順を定め、行きたいところや食べたい物をグループ分けして計画書に落とし込み、毎月の職種間会議で実施状況を確認しています。法人への月次報告事項のほか、利用者に関しては個別グループ行楽計画書と報告書、評価記録を作成し、月1回の職員会議で周知し、外注食や個別行楽等の計画の見直しは継続的に実施しています。</p>		
7	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。	a
<p><コメント></p> <p>事業計画の主な内容は抜粋して家族に配付し、家族の集い(7.8割が参加)でパワーポイントにわかりやすくまとめて説明しています。利用者にもさらに別物のパワーポイントを作成し、説明を加えています。今年度の事業計画は新年会で前年度の活動を同様の方法で説明し、わかりやすく説明しています。</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。		
8	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。	a
<p><コメント></p> <p>契約職員を含め自己評価シートを使用して年1回、実施しています。法人本部では結果をグラフ化して施設に返し、施設は会議で検討し、組織的に評価を行う体制を整備しています。新人と移動職員に対しては年2回の研修があり、研修報告書で確認をしています。他に「ご利用者の生活サポート帖」での自己チェックと「浜名」独自で利用者の特性に応じた介護マニュアルを作成しています。作成したマニュアルは現場スタッフが監修し、毎年、改定に取り組んでいます。ISOの取組も実施し、第三者評価は法人が輪番制で定期的に受審しています。</p>		
9	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。	b
<p><コメント></p> <p>分析した結果はグラフ等を用いて見やすくし、施設としての自己評価は毎月の職員会議で課題は共有化できていますが、課題についての改善策や改善計画については十分ではありません。今年度第三者評価の受審結果を踏まえて、結果を分析し職員全体で改善計画を図っていく予定で、見直しにまで至っていません。</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。		
10	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。	a
<p><コメント></p> <p>管理者は令和6年度の施設の基本方針で明確にし、「浜名」の事業計画書で中期経営目標について・職員の自己実現・事業継続・重点課題（施設長の考え方）を、4月の職員会議で自らの役割と責任を表明しています。有事の管理者の役割と責任については、不在時の権限委任者を含め、防災マニュアルに記載してあります。</p>		
11	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。	a
<p><コメント></p> <p>施設長は、管理職研修で適正な関係の保持を学び、県社協や関連団体会議に参加し、法令等を学んでいます。定期的に経営企画課や身体障がい者協会からの権利情報（広報誌）、総務課より雇用・労働、管理課より防災・環境について情報が提供されています。リスクマネジメント委員会は虐待発生の防止の法人内研修に参加し、内容は職種間会議を通じ、研修の</p>		

実施により情報の共有に取り組んでいます。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	a
<p>福祉サービスの質について、利用者に年1回の満足度調査を、職員には自己評価を実施し、それぞれ集計・分析を行っています。サービスの質の向上に関しては事業計画に年間研修計画を明記し、年間で取り組むワーキングキング活動計画書を作り、①暮らしと日中活動の充実の為に ②日中活動の創出 ③職員の専門性スキルの向上 ④職員の仕事効率の向上について 毎月の職種間会議で進捗状況の確認と年度末の職員会議での報告、PDCAサイクルに乗せています。さらに「浜名」独自の介護マニュアルの改善・改訂を行い、福祉機器（リフト）導入・活用もしています。</p>		
13	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。	a
<p><コメント></p> <p>施設は人事・労務関係について、毎月、法人に報告書を上げ、法人が分析と結果を、施設に下ろして情報の共有を図っています。法人全体の取り組みとして、働きやすい職場環境を整えるため、「健康経営」に取り組み、施設としてもそれに合わせて職員の働きやすい環境を整えています。組織内の「健康経営」の意識を形成するため、職種間会議で計画や報告を行い、施設長は助言者として参加しています。</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。		
14	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。	a
<p><コメント></p> <p>人材確保や育成については法人が中心となり、採用と階層別の人材育成を実施しています。職員全員の資格や専門性については有資格者一覧表で確認し、人員体制についても計画を持っています。法人では外国人に対しての日本語教育を実施し、施設としては現在、計画通りに実施できています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>求める職員像については、全職員に配付している「私たちの法人天竜厚生会」の中に明記しています。人事基準は法人で定め、周知されています。処遇水準は職群制度でフィードバックの方法を定め、個人の品質目標について定期的に評価・分析しています。本人自身と主任、施設長、法人の部長による評価・分析結果に基き、改善策を検討・実施しています。福利厚生では社内の求人公募制度があり、求職者シートを用いて職員自ら将来が描ける総合的な仕組みづくりができます。</p>		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の事業計画で「健康経営」に取り組みに、健康診断はストレスチェックも含め実施し、法人内に「メンタルヘルス推進室」を設け、個別相談に応じる体制があります。就業時間は人事考課のフィードバックに合わせて定期的個別面談を実施して子育て世代、家族の介護等の事情に合わせています。総合的な福利厚生は長期休暇や連休が取れる制度を設け、雇用状態にかかわらず加入でき、職員の希望に応じてレジャー施設の利用等もあります。</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。		
17	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。	a
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの目標管理のための仕組みは「私たちの法人天竜厚生会」の中に明記してあります。組織の目標や方針を徹底し、前年度末の面接結果をもとに資格取得も含め、適切な目標を立て、中間面接は主任もフォローしながら、半期に一度実施し、進捗状況を確認しています。年度末に個別面談で目標達成の確認をし、翌年度に対して一人一人の目標を設定しています。</p>		
18	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。	a
<p><コメント></p> <p>必要とする専門性や資格について計画も含め、全職員の一覧表を作成して把握し、法人内研修計画と施設内研修を事業計画で定めて実施しています。研修は前期と後期に振り返りシートを作成し、年1回、施設長とソーシャルワーカーが介護マニュアルの作成・勉強会も含め、振り返りシートの記録により評価・見直し評価と見直しを行っています。</p>		
19	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。	a
<p><コメント></p> <p>有資格者一覧表で今後の取得目標を記載し、必要な職員に対しては習熟度のチェック表があり、OJTで所属長が確認をしています。施設内研修は中期経営計画に明記して情報を回覧し、法人内・施設内研修、勉強会等は自己評価を基に積極的に研修を促しています。外部研修は予め中期計画に含め、都度の研修については情報を回覧し、所属長が研修内容を見て個別に声掛けがあり、個人から希望の申し出もあります。</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。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p><コメント></p> <p>実習マニュアルには法人内の理解、家族・利用者の了解、受け入れ準備、目的の資格や養成校の希望も含めて、基本プログラムを作成しています。実習受け入れ窓口として法人内の担当の課を中心に指導者研修を実施、実習制度の改定等について周知・共有する場を設けています。施設実習受け入れについては、養成校とも連携の上、個人面談等を行っています。</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。		
21	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。	a
<p><コメント></p> <p>年度初めの広報誌とホームページ等で法人の理念、基本方針、経営方針、事業計画、理事長挨拶の中で存在意義や役割を明確にし、事業報告等と苦情・相談の内容や体制についても公表しています。また、施設の事業計画等の情報も公開しています。第三者評価の結果は受審のタイミングで公表しています。法人の広報誌は約 8500 部を社会・地域に対して公的機関、各社協、関係事業所、学校関係ボランティア、地域関連、地元へ配布しています。</p>		
22	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。	a
<p><コメント></p> <p>各規定等で職務権が明記され、事業所内における業務分掌も明確になっています。ISO 教育マニュアルに基づいた運営がされており、定期的な内部監査も行われています。また、指摘された改善推奨事項は職員間で共有しています。会計に関しては公認会計士による助言や指導が行われ、改善を図っています。</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。		
23	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。	a
<p><コメント></p> <p>ホームページで、地域における考え方と公益的な取り組みの実施について社会福祉法人としての姿勢や責任を明記しています。事業所内では「つながり」ワーキングの活動において、利用者に対して天竜浜名湖鉄道沿線周辺の施設紹介を行い、グループ行楽においては利用者の要望に沿う形での買い物や外食等の社会参加の機会が、月に 5 回程度設けています。</p>		
24	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。	a
<p><コメント></p> <p>ホームページで、ボランティアについての活動内容とともに、年齢制限はなく、初心者でも気軽に参加できるような発信を行い、広く募集をしています。また、「福祉って何だろう」という福祉ハンドブックを紹介販売し、地域の学校で車椅子体験やアイマスク体験等を行い、地域や学校との交流を図っています。</p> <p>ボランティアを受け入れる際は、あらかじめ利用者の意向からマッチできるボランティア情報を明示し、見学や体験から利用に繋がられるような体制を整備しています。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	b

<p><コメント></p> <p>自立支援連絡協議会における課題解決部会に出席し、特別支援学校生徒の進路先の概況の共有を行い、進路先が未定の生徒についての検討も行っています。</p> <p>地域の関係機関・団体について、個々の利用者状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料については、行政が作成したものの利用にとどまっており、法人や事業所で作成したリストは確認できません。</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>		
26	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。	a
<p><コメント></p> <p>自立支援連絡協議会における課題解決部会への参加のほか、法人内においては、相談支援事業も行っている特性を生かし、3か月に1回障害関係のソーシャルワーカー連絡会議を行い、地域の課題共有や検討をしています。また、厚生会まつりも毎年開催され、その中で地域住民との交流も図っています。</p>		
27	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。	a
<p><コメント></p> <p>敷地内の元職員寮を利用し、生活困窮者の支援として宿泊場所や食事の提供を行っています。また、天竜厚生会子育てセンター「かきのみ」を利用した中瀬地区社会福祉協議会主催の独居高齢の方を対象にした交流会も開催しています。</p> <p>福祉避難所として、大規模災害時には近隣住民を受け入れる体制も整備しています。</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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の尊重については、基本理念における事業の目的や行動指針の中で謳われているほか、全職員を対象にした施設内自己評価や虐待防止セルフチェックでも触れられており、定期的なチェックを行っています。</p> <p>「障がい者関係施設職員支援の心得」の中では、人間として尊厳を大切にすることや権利擁護に努めるなど、職員の姿勢やそれに資する具体的な態度などが明記されています。</p>		
29	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。	a
<p><コメント></p> <p>虐待防止や身体拘束など、権利擁護についてはリスクマネジメント研修の中で学ぶ機会が設けられています。また、介護マニュアルや「ご利用者サポート帳」の中でも、プライバシーの配慮に関するサービス提供の方法について明記され、チェックリスト化されています。</p>		

居室は個室と多床室がありますが、多床室はカーテンで仕切り、おむつ交換専用の部屋も整え、プライバシーを守るための配慮をしています。		
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。		
30	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。	a
<p><コメント></p> <p>ホームページやパンフレットで基本方針やサービス内容等が示されています。利用希望があった場合には相談員が窓口となり、見学対応マニュアルに基づき施設の概要や利用者状況等必要な説明を行っています。また、事業所を紹介する際には、パンフレットだけではなく、スライドも使用しながら映像でわかりやすく説明しています。</p>		
31	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。	a
<p><コメント></p> <p>サービスを開始する際には、パンフレットだけではなくスライドを使用しています。スライドは写真を多く使用し、より事業所の様子がわかりやすく紹介しています。全利用者を対象に、利用者懇談会を定期的実施し、利用者の意思確認の機会を設定しています。利用者から汲み取った意思是個別支援計画にも反映しています。</p>		
32	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。	a
<p><コメント></p> <p>介護施設へ移ったり、地域移行に至る際には、あらかじめ定められた手順により説明や支援を行っています。それに伴いサービス終了の際には、諸手続きとともに退所後もサービス管理責任者が窓口となり、必要に応じて相談を受け付けています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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、取り組んでいる。	a
<p><コメント></p> <p>利用者満足度調査や家族の集いを年に1回実施し、本人や家族からの意見や要望を集めています。集めた意見や要望は事業所内で検討し、対応の結果に至るまで掲示や事業計画書のなかで公表しています。利用者懇談会の聞き取り結果はフロア会議内でフィードバックし、職員に周知しています。</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。		
34	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。	a
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制やその仕組みについては重要事項説明書やホームページに明記し、利用者や家族等に説明しています。苦情については掲示板や意見箱にとどまらず、ホームページ上でも受け付けています。受け付けた苦情に関しては、ホームページや広報誌「あかまつ」で苦情内容と対応内容が掲載されています。対応内容はより具体的であり、サービスの質の向上に資する内容が確認できます。</p>		

35	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。	a
<p><コメント></p> <p>毎年4月に新年度会を実施し、事業所職員や計画相談員の紹介を行っています。また、事業計画書は利用者向けにも作成され、それに基づいた説明も新年度会で行っています。利用者懇談会は居室のほか、状況に応じて相談室や事務所を相談の場所として使用し、臨機応変に対応しています。</p>		
36	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。	a
<p><コメント></p> <p>意見箱の意見にとどまらず、あらかじめ手順が定められて方法で利用者懇談会が年間1人につき10回程度実施し、担当職員によって聞き取った内容は、記録システムで共有しています。聞き取った意見はフロア会議内で検討し、必要に応じて個別支援計画に反映しています。</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。		
37	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。	a
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会を月に1回開催し、ヒヤリハットや、事故等の再発防止策を立て、その対応についての効果の確認もしています。また、事故を起こってしまった際には、事故報告書の中で「なぜなぜ分析」を行い、より深く事故の原因を探っています。</p>		
38	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。	a
<p><コメント></p> <p>感染症対策委員会を月に1回実施し、感染状況や感染症の予防対応等の情報共有を図っています。感染症対策マニュアルも整備しており、新型コロナウイルスやノロウイルスについてはより細かな対応方法を示しています。感染対策に関する勉強会も年2回実施し、直近では予防着脱方法の手順を確認する研修会を実施しています。フロアに入る際は靴裏の消毒も徹底する等、感染症対策を図っています。</p>		
39	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。	a
<p><コメント></p> <p>総合防災対策規程のほか、自然災害における業務継続計画において、より細かく具体的な組織体制や責任者、役割を示しています。また、毎日の夜勤出勤時には必ず在籍者をチェックし、安否確認方法の流れの一つとして定着しています。施設内では毎月の防災訓練の他、年1回は法人全体で訓練を行い、地域の消防関係者を招き、事業所をまたいだ訓練を実施しています。</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。		
40	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。	a
<p><コメント></p> <p>「障がい者関係施設職員支援の心得」や「ISO 教育マニュアル」において、利用者の尊重や権利擁護への姿勢が明記され、また、「ご利用者サポート帳」、「介護マニュアル」ではより細かな介護方法や留意点が示されています。ご利用者サポート帳や介護マニュアルに沿った支援、業務のチェックを行い、評価や上司による指導を行っています。</p>		
41	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。	a
<p><コメント></p> <p>介護マニュアルに関しては、決められたメンバーを中心に見直しや勉強会を実施しています。介護マニュアルの内容は、個別支援計画にも反映し、より具体的な支援に活かしています。定期的に介護マニュアルに関するワーキングも行き、職員による振り返りシートのチェックにより、次のワーキングに活かすなど PDCA サイクルに沿った仕組みとなっています。</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。		
42	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。	b
<p><コメント></p> <p>家族の移行を踏まえ、各部門スタッフが参画する支援会議を経て個別支援計画を作成し、随時支援会議を開催し、必要に応じてこまめに計画を更新しています。サービス提供の記録は、十分とはいえませんが、毎月のモニタリングは、各担当スタッフが他の職員から聞き取りを行い作成しています。</p>		
43	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。	a
<p><コメント></p> <p>毎月モニタリングを行い、個別支援計画を確認しています。個別支援計画を緊急に変更する場合は、随時個別支援会議を開催して支援の検討を行い、家族からの同意も得ています。</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。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 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。	a
<p><コメント></p> <p>記録については、各部門から管理者まで回覧後、現場に回っています。早急に提示すべきことは、記録システムで伝達しています。個別支援計画で支援の場面での対応方法を明記しており、サービスの実施についても記録されています。</p>		
45	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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の個人情報管理規定に、情報開示請求に対する対応また保存や破棄について明記しています。年に1度の自己評価の際に、個人情報保護についての項目がありセルフチェックをしています。</p>		

障害者・児福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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		
A①	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。	a
<コメント> 利用者は居室、TV 前、床暖房の効いた床で過ごすなど、利用者の希望を反映した場所で過ごしています。利用者の好きな物をそれぞれの場所に置き、触れるような生活環境を提供するとともに、洗濯たたみなどの役割を提供しています。		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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。	a
<コメント> 虐待防止や、身体拘束適正化委員会を設置し、関係マニュアルも整備されています。毎月、委員会で該当ケースの検討を行っています。また法人内で発生した不適切事案について共有や研修を行っています。		

評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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。	a
<コメント> 利用者は、玄関から外部へ自由に出入りでき、施設内を自由に移動でき、好きな場所で過ごすことができます。支援について、障害者関係職員支援の心得や介護マニュアルを整備し、共有しています。自立支援のための衣類の工夫や、積極的な福祉機器の導入を行っています。		
A④	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。	a
<コメント> コミュニケーションの表出が困難な利用者が多いですが、発語以外に利用者が体の一部を動かす等のサインを読み取ってコミュニケーションをとっています。重複障害を伴う利用者も多く、日頃の関りの中での観察で支援を行っていますが、利用者の必要に応じて文字盤やパソコン、トーキングエイド等でコミュニケーションを図っています。		
A⑤	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。	b
<コメント> 毎月 1 回、職員が利用者から話を聞く懇談会を設定し、また事務所に来る利用者もあり、		

相談は随時受けて対応しています。しかし、情報提供、意思決定支援の組織的な取組については十分とはいえません。		
A⑥	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。	b
<p><コメント></p> <p>施設内ワーキング日中活動で、月単位でスケジュールを立て、日中活動の充実を図っていますが、情報や活動の提供は十分とはいえません。</p>		
A⑦	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。	a
<p><コメント></p> <p>モニタリング、支援会議等の記録から個別支援計画書の変更や、対応を検討しています。行動障害で施設での対応が難しい場合は、法人内の他施設の専門職に相談をしています。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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。	a
<p><コメント></p> <p>言語聴覚士、作業療法士のリハビリ専門職と協働し、利用者のアセスメントを行っています。施設内ワーキング福祉機器導入・活用部門での検討で、介護負担の軽減と仕事の効率化を目的に積極的に福祉機器を導入しています。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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。	a
<p><コメント></p> <p>個別の居場所を作るために、音楽をかける、好きな玩具を置く、クッションをたくさん置く等、安心して過ごせる環境を提供しています。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	a
<p><コメント></p> <p>リハビリ専門職が作成するリハビリ計画は、モニタリングをもとに定期的に更新し、個別支援計画と連動しています。必要に応じて、リハビリ専門職によるリハビリだけでなく、支援による生活リハビリも行っています。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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。	b
<p>法人の敷地内に診療所があり、夜間・休日は待機看護師が配置されているため、支援現場が連携しやすい環境となっています。看護師による感染予防の研修を年に2回行い、必要時、吸引や緊急時対応についての指導を行っています。</p>		

A12	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。	a
<p><コメント></p> <p>医務部門で管理する利用者ごとの個別ファイルでは、薬情報、既往歴や受診歴などを整理し、体調変化の際の対応が誰でもわかるようになっています。委員会の開催や看護師の医療的なケアに対する指導は年に2回実施しています。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A13	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。	a
<p><コメント></p> <p>施設内ワーキングつながり部門の活動は、関係機関への情報発信・地域活動への参加が目的となっています。グループ行楽での外出は毎月3~5回実施し、その他コンサートやスポーツ大会への参加など社会参加への機会を提供しています。また学習については、カルチャーセンターの案内を掲示し、希望があれば対応をしています。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A14	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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の希望やニーズに応じて、一部の利用者が外部の事業所に通所しています。必要に応じて法人内施設間及び地域への移行に関して施設として対応をしています。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A15	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。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書、生活支援実施書に家族の意向や個別対応を明記し、意向の共有をしています。緊急時のフロー図により、体調不良時や急変時は発生後にすぐに家族連絡することになっていて、信頼関係が構築できています。</p>		