

(様式第6号 別紙)

長崎県福祉サービス第三評価結果報告

① 第三者評価機関名

有限会社 医療福祉評価センター

② 事業者情報

名称：TERRACE ひだまり	種別：生活介護
代表者氏名：吉岡 裕美子	定員（利用人数）： 20 名
所在地： 雲仙市愛野町乙 810-1 TEL：0957-36-0054	

*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

③ 施設・事業所の特徴的な取組

事業所が設置されている場所は、3年前にローカルステーションクロスという名の拠点化された敷地内に有り、1階に事務所・学童保育・生活介護(TERRACE ひだまり)、2階に放課後等デイサービス・短期入所がある。敷地の建物全体的に木材を使用したモダンな建物で、調光を暖色で統一して間接照明を随所に用いる等、落ち着いた雰囲気を醸し出している。

利用者は併設している学童保育や放課後等デイサービスの児童が自然に遊んでいる姿を日常として感じており、外気浴や日光浴の最中に会話を交わしたり、触れ合う機会があったりと、老若男女問わず人がクロスするコンセプト通りの空間となっている。

事業所は複合的な機能を有しているが故に見学希望の問い合わせが多い。TERRACE ひだまりに限らず法人内に様々なサービス事業所を有しているため、利用希望者のニーズに応えやすい資源を複数有している。

TERRACE ひだまりは法人内の生活介護サービスの中で高齢障がい者の受入れをミッションとしている。障害福祉の知識だけではなく介護の知識を有した職員はスキルが高く、これからの障がい福祉分野の課題(障がい者の高齢化事情)にも先駆的に取り組んでいる。また、サービス内容も介護施設で実践するような種目が多く見受けられる。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年7月3日（契約日）～ 令和6年2月2日（評価結果確定日）
受審回数 (前回の受審時期)	2回目（令和4年度）

⑤総評

◇特に評価の高い点

①理念や基本方針に基づくサービスの提供

TERRACE ひだまりが目指す生活介護サービス像は、1.バラエティー豊か
2.プロのサービスを提供 3.利用者が必要とされる存在となるために働くことができる(事業所独自の工賃を設定) 4.拠点にある他サービスの児童やその保護者、その他関係者等と交流する機会が多い場 これらを軸にサービス内容を構成して質の高いサービスを目指している。このようにコンセプトが明確であるため職員も自分が何をすればよいのか受け身ではなく能動的に動きやすい環境である。

②福祉サービスの質の向上に向けた取組み

法人が提供する福祉サービスの法人版教科書として「サービス品質管理規定」を作成した。この規定は法人の倫理綱領や基本方針を実現することを目的としており、職員の経験や勤による支援ではなく、「根拠ある支援」、「標準的な支援」がどこの事業所でも提供できるよう目指している。この管理規定を法人の支援に纏わる教科書として簡潔にまとめている点は、事業所を複数有する法人にとって有益な取組みと言える。

③職員の育成に向けた標準的な取組み

障がい福祉サービスを提供するにあたり、職員が最低限学ばなければならない重要な研修に関しては、法人本部がサポートして研修資料や台本を準備している。この仕組みは伝える側の偏りをなくした研修の在り方で、どこの事業所の職員が受けても同内容の知識を獲得できる有益な取組みと言える。

④職員の働きやすい取組み

働きやすい職場環境の裏付けとして、法人全体的に離職率の低下がデータで示されている。その要因として 1. ICT の積極導入で仕事の内容が効率的且つ明確になった 2. 休暇を取りやすい人員配置 3. 人事体制の構築 主にこの 3 点が挙げられるが、法人として未来を見据えて先手を打って早期に対応する姿勢が早々に芽吹いていると言える。

⑤地域との交流及び貢献

拠点のある地域で存在感が自然と増してきたこともあり、地域住民の方から障がい福祉サービス利用の相談が増えたり、地域の学校に行くことができない不登校児を受入れたり、行政機関や学校、関係機関と連携を図りながら地域の福祉ニーズに responding している。

⑥利用者の意思を尊重する支援

意思疎通の困難な利用者支援については、職員皆で仮説を立てながらチーム全体でサポートする体制が整っている。「なぜこの利用者は～するのか？」という疑問に対して、皆で様々な視点から仮説立ててトライ&エラーを繰り返しながら支援に当たる姿勢は、積極的な支援であり法人の理念にも通じている。

⑦家族への情報の開示及び連携の仕組み

介護記録システムについて、記録内容を一部家族公開している。公開することで透明性の担保もさることながら、家族の目に触れるということで、職員の記録のスキルアップに繋がっている。今後は動画配信を今以上に公開していきたいということで、家族視点でいうと安心材料の一つと言える。

⑧ 利用者の権利擁護に関する取組み

今回の受審は事業所として 2 年連続ということで、その契機は職員の利用者に対する不適切な支援を第三者からも評価をしてほしいという依頼からであった。事情を精査したところ、虐待の案件とまでは言えず、職員と利用者の馴れ合いから発生した不適切な支援ということで評価機関も結論付けた。このように法人が不適切なケアを法人内に留めず表出する姿勢は評価に値する。

◇改善を求められる点

①利用者の権利擁護に関する取組み

今回の第三者評価受審の契機となった不適切なケアに関する概況を訪問調査時にヒアリングさせてもらい、法人としての姿勢と覚悟と今後に未来を感じたのは事実である。また再発防止に関しても組織的に取組む具体的な取組みも確認した。しかし、ここまで組織的に又システムティックに人権擁護や利用者支援に尽力している法人であっても今回のような事案は発生するものである。今以上に障がい福祉事業者として発展することが期待される法人だからこそ、一事業所、一職員にどう対応すべきだったのか考えるきっかけを得たと考え、今以上に職員の資質向上に尽力する姿勢を期待したい。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所の取り組みとして状況を分析し、自分たちなりの改善に努め運営をしてきました。客観的評価はどのようなものになるのかと不安がありましたが、調査員の厚意的な発言や丁寧な聞き取りに、安心して評価を受けることができました。事業所としてあるべき姿、現状の不十分な状況を再確認し、改善すべき点などの気づきになりました。この度は様々なご教示をいただき、有意義な機会を得られましたことに感謝いたします。ありがとうございました。

⑦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。

⑧利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目(46項目)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。
 ※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。

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
項目	評価	コメント
1 I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・理念、倫理綱領、行動指針が明文化されており、これら理念等については動画も作成されており毎年、理念浸透研修を実施している。この研修は事業所内研修となっており記録については、日々の日報に記載されており、実施の確認は出来るようになっている。 ・これらの研修は本部より毎年研修実施計画が示され各事業所別に行っている。内容に関しては、本部が管理しており、統一したデータが各拠点に送られて、実施している。 ・年3回運営推進会議を拠点別に実施しており参加者にはご家族や近隣の小学校校長、自治会長、民生委員も参加され、年度始めの運営推進会議では、資料の他に動画も視聴して理念や基本方針の周知を図っている。
I-2 経営状況の把握		
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2 I-2-1(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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月第四金曜日に経営執行会議を開催しており、現在はリモートで行っている。会議ではサポート本部を中心に経営状況や職員の労務状況を報告されたデータを分析し法人全体で共有し改善を図っている。 ・自立支援協議会に参加しており、そこでの掘り起しで情報を得たり、法人の相談支援事業所では、小学校の先生から児童への対応についての相談を受けたりして、利用者の発掘に努めている。 ・当事業所で雇用する人材については、出来る限り近隣の方を採用しており地域の情報を得やすい仕組みを築いている。 ・見学者も多く、当事業の事業内容の説明を行い使えるサービスについては利用者のニーズに応じた形となっている。
3 I-2-1(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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・経営環境や経営状況を分析するために、ICTを活用して介護記録はすべて電子カルテに保存しており、同じ拠点において複数のサービスを受ける場合は、担当関係者のみが閲覧できるようになっており、サービス提供に役立っている。また、利用者本人の了解の下、ご家族にも公開しており、スマートフォンを利用してサービス内容記録を確認出来るようになっている。よって記録のスキルアップに繋がっている。法人全体では50%前後の利用率となっている。 ・公開情報については、記録の他に動画や写真も積極的に載せるようにしており、より利用者様のご家族に伝わるよう工夫している。 ・事業所では、週1回事業所ミーティングを連絡ミーティングという形で行い、いろんな課題について職員から具体的に意見を出してもらっている。他にも役職者は、拠点内で随時ミーティングを行い諸問題に取り組んでいる。事業成績は拠点での評価に変わった事から、より拠点全体の状況把握に努めている。
I-3 事業計画の策定		
I-3-1 (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)-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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年度事業計画の高齢の障がい者への介護技術支援統一の中でアセスメントの一部に「日常生活動作確認表」を年1度若しくは必要に応じて作成しており、各種加算条件の整合性を確認している。 ・介護のアセスメントとして、介護の支援が必要な方について、特化した形で移動、排泄、食事、口腔、身体についてより詳しく「日常生活動作確認表」をとって支援し、必要であればリハビリにも活かしている。 ・基本方針の中に中期目標(3年ごとに見直し)を定め明確にした計画が作成している。 ・進捗管理について、経営面については経営会議で、サービスとか質に関するもの、事業計画の進捗状況、クロス全体の課題の進捗について拠点でミーティングを行い、結果を事業サポート本部へ上げ、支援面においても進捗管理を行っている。
5 I-3-1(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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年活気あるサービスの実施に職員の適正を考え、運動会、お月見、クリスマスなど毎月イベントを実施し、他にも「IT0プロ」といって個人に特化し職員2名で1日掛けて利用者の要望に応えるイベントを実施している。例として利用者が、9月に水族館に行きたいとか食事をしたいという要望に応じている。 ・アセスメント実施については利用始めと年1回実施しており、モニタリングは半年に1回行うので、その時に利用者が身体面、情緒面に大きな変化があった場合はアセスメントを取り直して、介護に特化した支援に繋げている。 ・生活介護事業所は、高齢の障がい者を積極的に受け入れており、高齢の障がい者の介護保険へ繋がるような役割を担っており、障害福祉サービスと介護保険との間に立った事業を行っている。 ・強度行動障害を有する利用者へは、別の支援手順書(ワンデーシート)を作成しており、内容は各利用者の1日の行動が記載されており、標準的な支援が出来るようにしている。

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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在のところ事業の方向性や事業所の計画については工程表に変更はなく進捗管理を行っている。昨年までは新型コロナウイルス感染状況によっては計画通りいかない場合があり変更を余儀なくされた事もあった。 ・進捗状況の把握については、拠点ミーティングで確認を行いその都度記録を残している。 ・毎年4月には、事業所内研修で、事業計画及び工程表を各職員へ配付している。工程表には高齢の障がい者や強度行動障害を有する利用者の担当者に分け各種イベントの担当者名を記入したものもあるが、職員一人ひとりが一年の事業計画を理解する事は難しく継続していくことが重要である。
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作成された計画は、ケアコロボを使用してご家族へ報告している。月に1回雲仙市において利用されているご家族に呼びかけ育成会を開催し、その際にも本年度事業計画の説明を行い、実施内容についても報告している。参加するご家族は段々減少し最近では、20名～30名ほどに留まっている。 ・障害分野では義務化されていないが、拠点にはグループホームが点在しており障害分野も含めて、年に3回運営推進ミーティングを開催して拠点の事業所を知ってもらえるようにしている。参加委員は近隣小学校校長、福祉課課長、自治会長、厚生施設理事、人権擁護委員、利用者、ご家族代表等であり施設説明、事業計画、事業報告のあと、参加者より意見を聞き今後の支援に活かしている。
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組			
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援に関する振り返りについて、私は利用者を「〇〇さん」と呼んでいるという振り返りに始まり12項目について職員全員がスマートフォンで回答している。中には日報に書けない項目をどのようにしたらいいの悩んでいるケースが今まであった為、報告は義務である事を何度も説明し、最近は小さい事項についても報告が上がるようになった。 ・支援の振り返り実施率88%をめざしているが、令和5年9月現在78.9%となっている。法人全体での実施率であるので、職員の雇用形態の違いやスマホアプリからの振り返りであり、すべて100%にはならない。当事業所においては、ほぼ100%振り返りを実施している。 ・職員一人ひとりが打ち込んだ内容については、管理者が確認できるようになっており、内容によっては集計が可能となっていて、サービス推進課へ報告し迅速に対応が可能となっている。 ・評価結果を分析、検討する場においては拠点ミーティングで情報を収集しそこで議論を行い、法人全体では虐待防止委員会で情報を集約して改善につなげる仕組みとなっている。
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本方針に障がい者割合や年齢層について、法人としてデータ化をし分析結果は法人が課題を明確にして、行政と協議し、法人としての事業展開に取り組んでいる。 ・取組に関しては年度始めの事業計画に反映させ、拠点から事業所へより具体的な目標計画となっている。 ・法人独自のアンケートを県内大学福祉科の学生に協力をお願いして実施してよりリアルな回答を期待している。現在のところ当事業所ではご意見を言える利用者が少ない事やインタビューを学生が行うためコミュニケーションが取れないこともあり期待した結果とはなっていない。 ・課題が発生した時、事例としてノックをしないまま支援員が入室したとか、支援員の態度が嫌だ等については、事業所にフィードバックして3か月以内に改善計画を作成し改善を行い、利用者へ報告する事になっている。
II 組織の運営管理			
II-1 管理者の責任とリーダーシップ			
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・役職者から一般職員までの役割分掌表が作成されており、事業所の利用者へのサービス提供の質の確保や、アセスメント作成に当たっては、各分野にわたりチームでの役割分担を示し、この分掌表については年度初めに各職員へ配付されて、各人が役割と業務内容を理解している。 ・役割分掌表に加えて危機に対する初動の指揮命令体制表も作成されていた。具体的には数年前、近くの水路の水嵩が上がり危険な状況と判断し、施設で管理者の指示の下、垂直避難を行い、安全を確保した事例があった。 ・事業所の役割は、高齢の障がい者の受け皿として位置づけられており、各拠点経営者として地域ごとにすり合わせ会議を行っている。事業所を利用する範囲に送迎時間30分以内を目安として、法人内において、B型事業所から生活介護事業所へ移行する者はいないか等の把握を行い、相談支援事業所と共に受け入れ体制の情報を共有している。

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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・法人として外部弁護士等の専門家による法定監査を受けておりサポート本部が一括して対応しており、コンプライアンスを重視し計画的かつ持続的に実施している。 ・法令遵守の取組では、倫理綱領や就業規則に加えて、法令遵守規程を作成し、職員が何時でも閲覧できる状態であり、研修においても内容確認を行い、より理解を深めるようにしている。 ・ハラスメントの理解については、年1回職員全員が受講する研修が義務付けられている。管理者が講師を担い、統一した資料がパワーポイントによって作成されており、より分かりやすくなっている。事業所ごとに研修内容の違いが無いよう内容の一元化を図り、職員一人ひとりがハラスメントに対する考えを共有する事を目指している。 ・BCP計画については、法人全体と拠点別に作成されている。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は福祉サービスの質の向上について、毎月の拠点ミーティングで計画の進捗管理や利用者へ必要なサービスが提供出来ているかをしっかりと振り返るようにしている。事業所に関しては高齢の者障がい者への介護力の向上であったり、介護口腔ケアについての知識を深める事を課題としている。強度行動障害者に対しては一人ひとりの特性に対応した支援については根拠のある支援、標準的な支援をめぐしている。 ・サービスの質の向上や職員の専門的技術習得の為、日本介護福祉士会へ講師を依頼して、年に4回介護研修を行っている。今年度の目標の一つに口腔ケアの知見を深める為歯科医師にも講師をお願いしている。 ・職員には他にも強度行動障害についての基礎研修を受講してもらっている。次いでアンガーマネジメントについての研修も実施している。 ・福祉サービスの質の向上に向けて職員からの意見を反映する為に毎日の終礼でヒヤリハットや気づき等の意見をもとめている。事例として利用者が外出先から戻った時の確認が難しいとの事で事業所のホワイトボードに利用者の名前カードを貼りチェックし確実に確認できるようになった。
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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者が各所長と課題の共有や改善を図る実効性を高める取組として、拠点ミーティングにおいて毎月の進捗管理を行い、そこで滞りが無いか計画通りに進められているかを基に管理をしている。 ・法人の経営資源に関する資料は毎月サポート本部よりアプリで届き、管理者が必要事項を入力して期日までに返信し、毎月の分析管理を行っている。 ・管理者が行う定期的、継続に評価分析については、利用者の利用率のチェックや経営状況の把握が主である。他にも職員の管理においてメンタル管理が必要な職員への配慮や事業所における利用者へのサービス提供が確実に実行されるよう職員配置に気を付けている。 ・人材育成については、有資格者、無資格者の差も現れており、支援内容にバラツキも見られ標準的な支援が出来るよう、職員同士の支援体制に取り組んでいるところである。 ・最近退職者が減少している。65歳以上でも働けるとか短時間勤務が出来るように配慮している。他にも介護認定を受けた高齢者と同居者している場合介護休暇や家族に未就学児童がいる場合、子の看護休暇を通常の有給休暇以外にも付与しておりOTを利用した日報管理システムの導入で職員の負担を軽減し職員へ働きやすい環境整備を充実させている。
II-2 福祉人材の確保・育成				
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	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は勤務時間帯が日中中心の勤務時間なので、職員募集については比較的集まりやすい職種である。育成に関しては、一定以上の支援レベルを保つため、質の向上を目指し研修を行っている。 ・採用計画に関しては、法人全体として計画しており、新人職員の採用の際は、ジョブローテーションの仕組みがあり、3年間は事業所内では法人全体の職種を体験した上で、専門職種に勤務するようになっている。事業所では、規定以上の人員配置をしており、予定外の職員退職時に対応する以外は計画されていない。 ・福祉関係資格取得の支援には相談支援専門員を始めとして出来るだけ応援し報奨金の付与も行っている。 ・効果的な人材確保のため、仕事説明会を必要に応じて開催している。説明会に毎回7~8名方が参加され、次に見学会を勧め職員採用に努めている。
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ・法人理念に定められており、この倫理を基にすべての人が生きる誇りに挑戦し、人生は楽しいと思える社会を創造する事とし「期待する職員像」を目指している。 ・人事評価は半年に1回行われており、成長支援面接では、手順書が作成されており、時期、場所、面接にかかる時間、進め方及び伝え方までが決まっており、恣意性の入らないように注意している。 ・成長支援面接は11月と3月に行い、11月はキャリア開発調査に基づき上半期の振り返りや本人の気づきなどについて調査をおこない、3月には年間を通しての評価を行い次年度の人事に反映させている。 ・職員が働きがいをもてる職場となるよう、出来る限り職員の意向に沿うように勤務地、勤務時間等に配慮している。

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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の労務管理に関しては職務分掌を作成している。拠点経営責任者である管理者、所長(サービス管理責任者)、所長補佐、ねがいサポーター別に作成され、職制にわかれ職務分担に応じた責任の所在を明確にしている。 ・ 職員配置を基準以上とし、年間休日を120日以上達成した事から有給休暇の取得率も上がり、役職者が率先して休暇取得を実践している事から、職員全体に働きやすい状況を作り出している。 ・ 職員がどの職種に就きたいとか、何処で働きたい事についてキャリア開発室が調査を行い将来について展望の聞き取りを行い、職員配置に繋げてキャリア開発室では定着率を上げて、職員の働きやすい環境を提供する。職員自身が挑戦できる環境を整えている。他にも家族の変化や本人が抱えている問題について、法人として配慮できる事は無いとも考えている。 ・ 困難事例として、自閉症利用者の大声や周りの音に敏感である事から、検討を重ねる毎に状況がわかり、一人になるスペースを確保して落ち着きを取り戻す事があった。
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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 成長支援面接が11月と3月に行われる前に職員個人で目標の達成状況について自己評価を行っている。人事評価表は上司が評価している。上司の評価と職員自己評価に乖離があれば、どこに意見の隔たりがあるかをすり合わせ、成長支援面接の進め方を基に指導している。また、評価者による評価にバラツキがあってはならないので法人全体で評価会議を行い法人全体でW、Lv.0~Lv.3の5段階に整える事も行っている。 ・ 成長支援面接を行い、法人の方向性、期待している事も伝え、モチベーションの向上や事業所として配慮すべきことは無いかな等情報を収集している。
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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 研修管理については、事業所別に管理されている事業所研修、法人全体で人材開発、分野別研修に分かれて研修構成が成り立っていて職員本人がどの研修をうけたがわかるようになっている。定期採用から3か年未満の職員には、分野別のプログラム等を設けて研修を実施しておりこれについても上司の評価を行っている。 ・ 定期的に行う研修内容の改訂については、昨年は介護研修に力をいれ知見が深まる実績が残った。今年度においても更に口腔ケアや嚥下に特化して外部講師を招いてレベルアップした研修を予定している。また分野別に関しては標準的な研修に加え強度行動障害を有する利用者への取組に特化し基礎、応用研修を受けている。職員一人ひとりが自分で目標を立てた文言は確認出来なかったが、それに替えて介護分野についてはアセッサー制度(キャリア段位制度)を導入して、事業所内で介護職員のキャリアアップを推進・支援している。 ・ これまでの品質管理のためのマニュアルが不足していて、支援姿勢、接遇、状態観察、記録等について細かく品質管理規程を完成させ、理解と浸透に向けて取り組んでいる。今後職員が業務で迷いが生じた場合教科書替わりとして品質管理規程を使用するようにしていく。
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員における専門資格については、法人全体で把握するようにしている。毎年3月末までに取得した資格を各人が法人サポート本部へ報告し法人全体の資格者一覧表を作成するようになっている。 ・ 国家資格である社会福祉士、介護福祉士、相談支援専門員等の取得を勧め法人全体の補助システムでサポートしている。 ・ 人材開発計画はサービス推進課が行っており、年間計画に基づいて取得を促している。研修内訳として共通研修、分野別研修、拠点別研修、管理者研修を段階的に行われている。この研修内容を各分野にそれぞれに振り分けられて研修を行っている。一人ひとりの年間研修計画までは作成されていなかった。職員一人ひとりの研修計画についてスキルマップの作成に取り掛かっており、1年目、2年目のスキルを介護分野、強度行動障害分野別に分けて作成していく予定である。 ・ 法人の研修はプログラムができていて、いずれの拠点で受けても同一の知識が得られるような仕組みになっている。事業所内研修を工程表として計画されており、自主的に本人の意思を尊重しているものの、事業所から指名により研修受講を行うこともある。
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。			
20	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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実習生受入れに際しては、実習中の心得、実習内容について、実習日誌について等細やかに分かりやすいしおりが準備されている。実習プログラムについては実習先に応じたプログラムがあるが、学校側からの要望にも応えることが出来るよう、プログラムの変更にも応じている。 ・ 実習に関しては法人全体の事業にふれてもらい、障害分野においては各拠点、事業所において障がい者への支援サービスを行っているので、実習生に応じた、より実践的な実習を提供できる体制が整っている。 ・ 実習生受入れは法人が窓口となって受けており、これまで毎年10名を超える実習生を受け入れている。

II-3 運営の透明性の確保

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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・外部からの苦情、相談に関してはすべて苦情と捉え経営執行会議に報告される。その中から優先順位を決めて解決及び対応に当たっている。中には長期にわたって見守る事例も発生する事もあり進捗管理など、法人全体の課題として捉えている。直接の対応はそれぞれの事業所にての対応になるが、苦情を把握する意味も含めて経営執行会議が管理している。 ・重要事項については運営推進会議にも報告され議事録として記録される。 ・ホームページの更新については、事業サポート本部にて随時更新しており法人内のトピックスについても記載するようにして広く周知している。 ・パンフレットや広報誌の配布先は相談支援事業所、地域の小中学校、民生委員、それに運営推進会議に出席した委員に配布している。 ・前回第三者評価の受審結果を経て改善された点としては、事業所を退所する利用者についても連絡が取れるようにメッセージカードを作成して渡すようにしている。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・執行組織規程により法人の組織運営に係る規程を設けている。基本方針には組織構成が示されており役員、各部署、拠点、事業所における権限と責任が明示されている。 ・内部監査に至っては監事による監査が行われ抜き打ちで行うこともある。多くの事業所内で、選別した形で行われ助言等があり、監査結果は理事会及び当事業所にも報告がなされ指摘に基づく改善がおこなわれている。 ・職員に対して経営に関する表立った数字の話まではしていないが、選んでもらえる事業所になるよう意識をもって業務にあたる等、他の事業との差別化などについても話し合う機会を設けている。

II-4 地域との交流、地域貢献

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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・グループホームには地域との関わり方マニュアルがあり、拠点として他の事業所においても参考にする時がある。 ・地域交流の場としてマルシェの開催があるが、昨年までは、新型コロナ流行の間は中止となっていた。今年は8月5日に開催し、事業所全体を開放し近隣の商店の方々や婦人会に出店をお願いし、フリーマーケットやワークショップを開いて、買い物を楽しんでもらったりして、事業所全体を理解してもらおう場としている。このマルシェは年1回の開催を予定しており、より参加者を増やしていきたいと考えている。 ・活用できる社会資源や地域の情報については、法人全体で情報の収集を行い、web上にアップして職員全員が見る事ができるようになっており、各事業所職員から利用者へ伝えていく。他にも社会福祉協議会、相談事業所からの情報については各拠点にて対処している。
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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化していない。現在ボランティアの窓口が各事業所でバラバラに受け入れており、受け付ける大学側としては窓口の一本化を求めている。 ・基本姿勢はまだ明文化までは至っていないものの「法人のボランティア窓口について」の冊子は作成されており、ボランティアの位置づけ、主な仕事内容、ボランティア受入れ事業所、ボランティアの申請・受入れの流れについて記載されている。

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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市の自立支援協議会の専門部会の委員として活動しており、現状報告や市の課題の把握等を通じて現場でどのような対応が出来るかとか、情報を共有して解決に向けて協議している。 ・職員ミーティングの記録には「申し送り」機能があり、事業所の終礼時のヒヤリハットの報告や気づきを書き込むことが出来て、終礼に参加出来なかった職員は必ず「申し送り」を見てから勤務することになっており、職員同士の情報共有ができています。 ・拠点ではいろんな相談事が寄せられている。例えば長年引きこもりだった障がい者に対し、相談支援事業所より相談があり、母親の死亡により福祉サービス提供を協議し、日中活動サービス事業所やショートステイ事業所の利用を促し、生活のリズムを整える支援を行い現在は一人暮らしが出来るように支援している。(グループホームの利用)単体の事業所ではなかなか対応できない事例だが当法人の特性を活かした事例である。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・雲仙市に自立支援協議会が組織されその下部組織には相談、児童、就労の部会に分かれていて、相談部会については2ヶ月に1回開催されており、当拠点の相談部会も参加している。そこで必要な情報を共有し、障がい者にとって必要なサービスが利用出来るよう話し合いながら問題を解決している。 ・強度行動障害を有する方への対応力をより強くする為、支援員の育成過程において、基礎研修(2日間)を必ず受けるようにしている。行動障害とはどういうものなのか、基礎知識を知りえた上で業務に就くようにしている。経験年数に応じて、応用編を受講してより障がい者への理解と支援がスムーズに行えるようになってきている。 ・法人内における拠点にも相談支援事業所があり、いかなる相談も受入れている。日々の記録については、同様のシステムが使用され必要により、記録の共有が図られている。 ・コロナ禍における関係機関・団体との交流はウェブ会議で行われていたが、現在は対面で行う事が多くなっている。
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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・把握した福祉ニーズ等に基づいた福祉サービスとして、障がいがある為に法を犯してしまった障がい者の生活安定を支援する事業や、障がいはあるけれども生活を共にしたい希望はあり、そのサポート事業を行っている。 ・現在地域との協定書は結んでいないが、BCP計画を作成し、運営推進会議に諮り意見を聞く予定。 ・拠点内にAEDを設置している事を近隣住民に周知しており、発電機設置については、12月の運営推進会議で発表する事になっている。これらにより地域住民の安全、安心に繋がっている。
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			
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念や倫理綱領、行動指針、を軸に利用者を尊重した福祉サービスの実施について、一年間の工程表に記載されており、基本方針の浸透を図るための研修や読み合わせを行っている。 ・利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢のサービス品質管理規程を教科書と見なしており、支援を行う上で支援の基本事項の他、多岐にわたり手順が記載されている。他にも理念の中に、利用者を尊重した「愛隣訓」10ヶ条があり、具体的な行動規範が掲げられている。各事業所においては事業所内研修を行い、職員の理解を経て、支援の基礎となっている。 ・倫理綱領に関しては、法人の意図が正確に伝えられるよう動画も作成して、研修において、担当理事から説明を行い職員が正しく理解できるようにしている。 ・法人全体では各事業所が取り組んでいる支援について、分野毎にチャレンジしたことをビデオに作成し、予選では各分野で管理者が集まり分野別で一番を選び12月の全体研修時にすべての分野別プレゼンを行い、職員全員による投票でグランプリを選ぶイベントを行っている。事業所ごとに一年間を通じて改善とか新しい取組を行い発表の場となっている。
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー保護に特化した規程は現在のところ定めたものは無い。代わりに倫理綱領、介護利用契約書、理念「愛隣訓」に表明しており、利用者一人ひとりの尊厳を守り支援の姿勢を明確にしている。 ・プライバシー保護に関する研修は毎月おこなわれている支援の振り返りにおいて愛隣訓についても研修を行っている。 ・利用者のプライバシーを守る為の設備の工夫として、入浴に関しては個室、同性援助、トイレの支援についても同性援助を行っている。自閉傾向にある利用者には一人になるスペースの確保やパーテーションを作るなど工夫をしている。 ・利用者やご家族に対しては、利用者の了承の基、ケアコロボを使用して利用者に関する情報を開示している。ケアコロボを利用していないご家族には、送迎時に挨拶と共に状況を伝えている。

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。			
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が事業所を利用する前には必ず見学に来て、実際の現場を見てもらう事している。利用者の特性に応じた時間帯を設定し、中には理学療法士の仕事内容を見学したいとの要望にも応えている。説明は約1時間を要し、パンフレットや法人動画も見てもらうようにしている。 ・利用希望者に対して情報提供としてパンフレットの見直しは必ず年1回行い、法人全体の取組として、特別支援学校の窓口を設定して進路担当教諭とやり取りを行い、法人全体として利用可能事業所の情報を提供している。 ・土曜日、祝日休業する事業所が増える中、当事業は受入れを続けており、こういう情報をより一層発信して、利用者の要望に応えている。
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの開始または変更の際には必ず「お試し期間」を設けている。利用者が思い描いているサービスなのかを確認の上サービスを開始している。サービス変更や退所時には、利用者の同意を得て契約内容報告書を行政に提出している。 ・意思決定が困難な利用者については、ご家族の意思を尊重して、それ以外では、法人内に法定貢献事業「あんしん家族」を行っており、事業所と連携を取り利用者に向けたサービスを提供している。 ・利用に際し、環境に馴染めない利用者に対して、利用日を柔軟にしたり、利用者との関係がうまく行える職員を任命したりして馴染みやすい環境を作り出している。
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同法人内外での事業所の同一サービスの重複利用の場合はなにも交わす書類はないが、当事業所との解約の際には、解約手続きを行い退所届、契約終了の確認書を提出してもらい契約は終了する。 ・サービスの終了に際しては、利用終了後についても利用者に対して何時でも相談や利用が出来る旨の冊子等を渡して、関係を継続している。 ・退所後に利用者やご家族からの相談は相談事業所を通じてある事がある。利用者が病院等に入院後、連携室から再び利用は可能かどうかの問い合わせがあったりする。 ・サービスの終了に関しては行政への報告を行っている。関係機関については、相談支援事業所、グループホーム、ご家族へ最終時のミーティングを行いそれぞれ報告し、解約についての内容を共有している。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足に関する調査については、毎年グループホームと共同で行っており、より利用者の本意を把握する為学生アルバイトに行ってもらっている。調査票にはグループホームのアンケートに加え生活度の満足度を加えて日中活動についても聞き取りを行い結果を共有するようにしている。 ・利用者満足を把握する為、個別の相談面接を半年に1回モニタリングを行っている。利用者との関係についても話し合い、何時でも相談体制が取れるようにしている。事前にケアコラボにてご家族から記入する事も出来、事業所からの状況報告に遠方に住まいのご家族が答える場合もある。 ・昨年のアンケート結果に基づき改善された点としては、もっと外出したいとか、買い物に行きたいとの要望があり、グループホームでの対応が難しかったため、日中活動の場でヘルパーを活用して個別に買い物へ行ったりした。ご家族からは以前乗馬をして再度させて欲しいとの要望に応えるため復活させた。 ・事業所全体にかかるものについては、管理者、所長が責任をもって対応、個別事案に関しては現場職員へ対応をお願いしている。
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。			
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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決については法人全体で対応するようにしており、経営執行ミーティングで月に1回開催しており、事実認定、対応まで行っており、内容は随時理事会、評議員会に開示し確認してもらっている。 ・法人としては、第三者や近隣住民からの意見、相談、苦情に関しては判断が難しく、外部からの意見はすべて苦情として取り扱う事として、法人全体で把握しようとしている。これらをまとめて、理事会、評議員会へ報告している。 ・職員も苦情があった時にはきちんと報告出来るように体制を整えて、オリジナルアプリが準備されており、スマートフォンから「ヒヤリハット」への入力ができ、苦情の登録ができるようになっていて、本部において一括管理されている。
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の中にはスマートフォンを所持している利用者もおり、相談内容についてQRコードから読み込めるようになっていて、重要事項説明書には相談窓口、苦情対応体制が記載され、事業所以外の相談窓口も記載されている。苦情解決責任者は管理者となっているが、いずれの職員に相談することは出来る。ケアコラボからも何か意見を頂ける体制を整えている。 ・相談方法については利用者へ対面、メール、ケアコラボ等あらゆる相談方法がある旨伝えている。相談室は1階、2階、にありオープンスペースも利用出来るようになっていて、 ・具体的な相談については、利用者から「〇〇に行きたい」「今日は早く帰りたい」ご家族からは「出来るだけ体を動かすような支援をお願いしたい」等があり個別に対応している。

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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の利用者からの相談については、日報に記載している。そのほか苦情、ご意見は苦情として対応している。事業所ではなかなか利用者から直接相談が無いので、グループホームの世話人を通じて相談があったりする。 ・意見等に基づき、事業所内研修でマニュアルにそった支援及び事例検討で出来ているか、確認して支援の質の向上を図っている。加えてPDCAサイクルの取組も確認している。 ・相談や意見について検討に時間がかかる場合においては、問題につきデータ取りを行い、原因を追究して、根拠に基づいた支援(環境整備)が出来るようにしている。
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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハットについては毎月目標を決めてデータ収集及び分析をしている。ヒヤリハット事例を拠点内で共有して同種の事故が発生しないように未然に防ぐ取組みを行っている。ヒヤリハット事例は毎日の終礼で共有する仕組みとなっていて、収集された内容はキントーン(クラウド型業務アプリ)にて一括管理されている。 ・法人内の事業所全ての事故を分析して共有する仕組みを構築して法人全体で安全な支援ができるよう組織的に取組んでいる。事業所で見受けられる事故の内容は転倒や誤嚥、自傷他害行為というものであった。 ・事故発生時の要因を分析する中で、特に自傷他害行為に着目して対策を講じたところ、大幅に発生件数が減少したとのことであった。 ・安全及び安心な支援を持続的に提供するため、事故発生だけではなく感染症対策、防災対策、安全運転等多岐に渡る項目を組織的に役割分担して情報収集から発生要因の分析、対応策を講じている。 ・法人内で位置づけられている安全管理対策監と連携して、主に拠点内のハード面の安全確保を目的として定期的な点検を行っている。直近では事業所の近隣にある水路が氾濫するおそれがあるということで確認等を行っている。このように事業所内だけではなく周辺のハード面の安全管理も担っている。また、安全管理対策監は他の事業所で発生した安全管理上の状況や注意点を、定期的に法人全体に周知してくれるため、類似するようなことを未然に防ぐ効果があるとのことであった。 ・安全管理の特徴として、異動等で初めて事業所に赴任した職員や運転技術に指導が必要な職員には、安全運転講習が実施されることもあるとのことであった。また、利用者の送迎のコースが変更になる際も、職員皆が安全に走行できるようにコース設定が講じられる仕組みがある。
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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内で感染対策委員会を設置しており、主に各事業所の看護師が委員として招集され、感染症関連の情報提供や啓発、予防策の共有を図っている。 ・法人内で感染症対策のマニュアルを作成している。また定期的に見直しを行い、実態にあった手順書として活用している。 ・感染力の強いインフルエンザや新型コロナウイルスが発生した場合は、まん延防止のためにゾーニングを実施する等、感染を最小限に抑えるよう対策を講じている。 ・令和5年5月以降、新型コロナウイルスが5類に移行されたことを受け、法人として濃厚接触者の定義を設定して対策を講じる基準を独自に設けている。 ・感染症予防策として特に重点的に取組んでいることは、空気の入替え、窓の2ヶ所開けやサーキュレーター使用等で空気の流れを作る、湿度を保つ、多数の人が触れる箇所の定期的な消毒であった。 ・法人内で感染症に関する事業継続計画(BCP)を作成して、万が一の事態に備えている。
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やっている。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内で策定している総合防災マニュアルに沿って自然災害等に備えている。事業所の立地的に一番リスクの考えられる自然災害は大雨等により近隣にある水路の氾濫とのことであった。水位が高まり氾濫するおそれがあるとのことで、この事象を想定して訓練を行っている。この他にも地震発生を想定した訓練も実施したことを確認した。 ・火災発生に備えて消防計画を策定して、定期的に避難訓練を実施している。利用者も参加するため、どのように伝えるか、どのように避難に繋げるか特性に応じてやり方や伝え方を変えているとのことであった。 ・備品は拠点内の倉庫に一括管理している。備品の内容としては事業所がある拠点のショートステイ利用者が避難することを想定して3食3日分の水やレトルト食品、カンパンを用意しているとのことであった。この他、発電機、マスク・ビニール手袋・ガウン等の感染予防具一式も常に準備しているとのことであった。 ・法人内で自然災害に関する事業継続計画(BCP)を作成して、万が一の事態に備えている。
40	Ⅲ-1-(5)-④	不審者の侵入時などに対応できるマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・不審者侵入に係る防犯対策マニュアルに沿って対策を講じている。警察や地域との連携に関して、今のところ共同で訓練等を実施してはいないが、近隣の警察には利用者の状態像を伝えたり、地域住民には運営推進会議の折に利用者の特性等を伝えたり、何か有事が生じた際は協力を依頼することを口頭で伝えている。 ・利用者には訓練時に趣旨や意図を、写真やイラスト等で視覚化してわかりやすく説明するようにしている。 ・火災や自然災害と異なり、イメージしにくい訓練ではあるが、いつ何が起こるか分からない時代であるため、万が一の事態に備えていく方針であった。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保			
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。			
41	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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の支援の基本となる標準的な書類は個別支援計画である。この計画を軸として各関係機関と連携しながら支援を持続的に行うこととなる。また、計画書に基づいて支援手順書を作成しており、いつ、どこで、誰が支援しても一定の水準を担保した支援が提供できるように工夫している。 ・個別支援計画書は基本的にサービス管理責任者が作成するが、所長や管理者も内容等を把握するために確認する工程を設けている。 ・個別支援計画を作成するにあたっては、法人内で新人向けや経験者向けに作成研修を準備しており、法人として標準的な支援が徹底されるような取組みを実践している。 ・ケアコラボ(支援記録システム・支援アプリ)の機能を活用して、支援手順書を作成して、いつでもどこでも誰でも同じような支援が提供できるよう確認することができる。 ・利用者に対して統一した支援が実施できているかという確認作業は、モニタリングの工程とのことであった。定期的にモニタリングを行っているが、利用者の心身の状況に応じて随時見直しを行うこともあるとのことであった。
42	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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な支援を提供するため、定期的に利用者への支援実施状況を確認する、いわゆるモニタリングという工程を経て、適切な支援が提供できているか確認する機会を作っている。この工程はサービス管理責任者が実施するとのことであった。 ・モニタリングの際は可能な限り利用者やご家族、場合によっては相談支援専門員も参加して実情に沿った支援を提供できるよう客観性を重視している。 ・定期的に利用者支援に携わる関係機関担当者でサービス担当者会議を開催して、支援の進捗状況や課題の有無、計画書のサービスの達成状況を確認している。同時期にケアコラボ内の1日シート(利用者の1日の日課と提供するサービスの詳細)を見直すようにしている。
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。			
43	Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の作成責任者は事業所のサービス管理責任者が担っている。サービス管理責任者が作成した計画書を所長や管理者も確認して、支援の実際と差異がないか定期的に確認するようにしている。 ・アセスメントは概ね1年に1回見直しを行い、個別支援計画の課題抽出の根拠としている。 ・支援困難と思われるようなケースが発生した場合は、サービスを提供する関係者間で事例検討を実施して、多方面からの意見を出し合い、課題解決に向けた支援を共有及び実践している。 ・支援困難ケースとして例示された内容は、薬の過剰要求や自傷他害行為、落ち着きなく離脱、無動が挙げられた。この中で薬剤の件については医療との連携を取りながら対応しているとのことであった。また、全般的に目の前の事象だけでなく、その行為の陰に潜んでいる利用者の感情であったり特性を見抜くことができるように氷山モデルの考え方を取り入れながら支援に従事している。
44	Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の見直しは生活介護部門においては6ヶ月に1回定期的に行っており、この見直しの過程でモニタリングやアセスメントの見直し等、関連した書類の確認も同時に行っている。 ・法人で定めているサービス品質管理規定や生活介護マニュアルの見直しを行い、見直した内容を職員へ周知する機会を設ける等、法人としての取組みも徹底している。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
45	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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアコラボ(支援記録システム・支援アプリ)の機能を活用して、支援記録は一元的に管理されている。法人の職員であれば職務中はいつでもどこでも確認することができるため、利用者の現状に応じたサービスを提供できている。例えば居住の場であるグループホームで発生したことをすぐに生活介護の職員が確認して、適切な支援に繋がっている。グループホームの職員より夜間よく休まれているという情報が入力されていたら、生活介護の職員はメニューの量を少し減らす等、利用者の状況に応じた支援が提供できている。 ・毎月、拠点内のサービス事業所担当者が集まって拠点ミーティングを開催していて、利用者への支援内容を中心に情報共有して、適切な支援が持続的に提供できるように努めている。 ・拠点ミーティングの場においては、複数の事業所の責任者が参加して、それぞれの事業所で発生した苦情や事故報告等を共有して対策を講じている。 ・法人の規模が大きいため、情報共有するに際してケアコラボ、キントーン、ガールンというアプリケーションを目的別に活用している。この機能を使いこなして利用者の支援に役立っている点は法人の強みの1つと言える。
46	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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・文章の記録や保存、廃棄に関しては個人情報保護規定やサービス品質管理規定、廃棄処分規程等、法人で定められた規定等に基づいて実施されている。 ・個人情報の取扱いについては就業規則に明文化されており、入職時や退職時に誓約書を説明して同意を得ている。 ・利用者やご家族の個人情報の取扱いや使用同意に関しては契約時に説明と同意を得ており、写真等を不特定多数の場に掲示する場合は、改めて連絡を行い使用するようにしている。 ・法人内にICT(情報通信技術)担当の職員が在籍しているため、クラウド上のウイルス対策等もサポート体制が構築されている。

【障害（児）者・評価項目による評価結果】

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-（1） 自己決定の尊重			
項	目	評価	コメント
1	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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別支援の軸は個別支援計画に基づくサービス提供ということで、関連するアセスメントやモニタリング、サービス担当者会議等の工程を重要視している。また、視点が偏らないように計画作成の研修を実施したり、可能な限り多くの目で計画書を見て客観的な視点を大切にしている。 ・ 毎年、大学等の外部機関に委託して利用者アンケートを行って利用者の意向確認を継続している。基本的にグループホーム入居の利用者が対象のようであるが、大半の利用者が生活介護を利用しているため、連動してアンケートの内容を共有できている。 ・ 自閉症の利用者には自らの意思を伝えることができるツールを活用して自己決定を促している。例えば1日のスケジュールをホワイトボードに記して確認してもらうことや、写真や図を用いて説明を加えているとのことであった。このような支援内容は利用者によっては個別支援計画にも反映している。 ・ 視覚障害者の利用者へ個別援助計画書等説明する際は手話通訳者に依頼している。 ・ 利用者が居住しているグループホームの職員や、在宅の場合は家族等と連携して情報を共有して、利用者の意思を尊重した支援を提供できるように努めている。 ・ 利用者が個別的な外出や買い物希望する場合は、ホームヘルプステーションと連携して、利用者が可能な限り自分のペースでゆっくり行動できるように工夫している。 ・ 利用者のニーズや希望に沿った支援が提供できているか確認するために、毎月、事業所では支援の振り返りを行って、情報を共有したり改善できる点の抽出等を行っている。
A-1-（2） 権利擁護			
2	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。	<p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人で定める倫理綱領の浸透のための研修を事業所単位で行っている。また、事業所として虐待防止研修も定期的実施して発生防止に努めている。 ・ 法人として虐待や身体拘束、権利侵害の疑義が生じた場合のフローチャートが作成されている。 ・ 万が一、虐待等の権利侵害が発生した場合は、拠点経営責任者が改善計画を作成して、計画に基づく行動を持続的に行う。その実施状況は毎月開催される事業本部会議の場で法人全体にも周知が図られる。 ・ 拠点毎に身体拘束適正化委員会を設定して、定期的な振り返りやその内容の周知を図っている。 ・ 毎月の支援の振り返りの場面で、言動等が気になる職員についても記載できる仕組みとなっている。 ・ 今回、訪問調査時に2件の不適切な支援の確認を行った。内容を精査したところ、虐待等には該当しないことを確認したし、法人として事業所が所在する市や利用者の保険者にも自主的に確認を行っていた。不適切な支援に関しては、今後、虐待や身体拘束等に発展しないように未然に防ぐこの姿勢は大変評価できるが、不適切な支援が提供されていたことは事実として今後の改善に期待したい。

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本			
3	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念とも連動するが「～したい」という意欲を事業所は大切にしているため、法人で示す自立とは、小さなことでも良いので利用者が意欲を示してもらえような支援を行うことと換言できる。 ・利用者支援に際しては、本人の意向はもとより、ご家族や居住しているグループホームの職員、相談支援専門員と連携を図りながら個を尊重した個別支援計画を作成して、その内容を軸とした支援を行っている。 ・支援サービスの内容の一環として残存能力の維持、向上を目的として理学療法士や言語聴覚士による機能訓練を実施している。楽しみの要素が強いサービスだけではなく、利用者の希望や心身の状況に応じた幅広いサービスを提供している点は事業所の強みの1つと言える。 ・利用者が自分でできることを活かした活動を通じて事業所独自の工賃を設定して、利用者の意欲向上に繋げている。現在のところ、お弁当の配達や回収を職員と一緒にしている実例を確認した。
4	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・支援を開始する前に利用者の生活歴や家族との関係性等、生育歴を確認した上で配慮すべき点等を情報共有している。これらの情報はケアコラボ(支援記録システム・支援アプリ)の機能の中の「人生録の活用」を活用して確認することができる。支援に関わる職員全てが閲覧できるように設定してある。 ・コミュニケーションに関しては、まずサービス提供前に能力をアセスメントして、特性に応じた支援を行うように工夫している。例えば耳から音声としてだけで情報を処理できない場合は、文字、絵カード、写真等で可視化して伝える等工夫している。 ・コミュニケーションや意思の疎通が困難な利用者支援に際しては、予測して実践して、データを取って検証するというサイクルを繰り返して利用者の主訴に少しでも近づく工夫を続けているとのことであった。
5	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	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングの際は、利用者と個別に話をする機会を設けて、支援内容についてずれが生じていないか。達成可能な目標となっているのかを確認している。 ・モニタリングの時期以外でも利用者の「～したい」や「～へ行きたい」等意欲につながることは個別に対応できるように努めている。 ・排泄や入浴介助の場面においては、基本的に同性介助を行うようにしている。また、入浴は個別に個浴で対応して、少しでもゆっくとストレスレスな環境を整えるように努めている。 ・職員は事業所でのサービス提供前に、利用者の夜間や朝からのグループホームでの様子を確認してから声掛け等を行うようにしている。この確認方法は受診後の内服薬変更等の情報収集にも活用されていて、情報収集後、支援に際してスピード対応できる点は事業所の強みの1つと言える。

6	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	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアコラボ(支援記録システム・支援アプリ)から利用者毎の個別支援計画を閲覧することができるため、支援者であればいつでもどこでも誰でも確認することができる。 ・ 利用者の送迎時、ご家族やグループホームの職員から直近の様子等を情報収集して、その日の体調や精神状況に応じた活動メニューの作成や休憩時間の間隔等に反映させている。 ・ 事業所のサービスメニューの中にエアロビクスやアルファステップ、乗馬、太鼓等を取り入れている。これらは全て外部講師によるサービスで、できるだけ本物の質の高いサービスを提供したいという考えから実現したものである。 ・ 希望する利用者には絵画や創作活動等実施できるアートクラブ(アール・ブリュッド)への参加を促している。このアートクラブは他の事業所の利用者との交流にも繋がっており、利用者にとって刺激となっている。 ・ 基本的に利用者の日々の活動内容は予定表に基づいて提供されているが、利用者の体調等鑑みながら異なるメニューを提供する場合もあるとのことであった。特に気分が沈んでいる場合や病み上がりの場合がこれに該当する。
7	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障がいの特性を理解するための研修を法人単位、法人内の生活介護事業所単位、拠点単位で行っている。 ・ 職能団体(介護福祉士会)に依頼して介護技術の研修を受けたり、歯科医師からの口腔ケアの研修を受けたりと、利用者支援に厚みを増すような取組みを持続的に行っている。これらの取組みは、現在、事業所を利用している利用者の対象層を鑑みて独自に検討した結果のサービス内容である。 ・ 事業所の利用者支援の重点取組みとしては、強度行動障害への対応強化と、高齢化している利用者への支援(機能訓練・口腔機能向上・栄養管理・認知症ケア)が挙げられる。 ・ 定期的に利用者が居住するグループホームの職員等と事例検討会を開催して、生活の場面とサービス事業所の場面において、可能な限り支援の整合を図るよう努めている。

A-2-(2) 日常的な生活支援			
8	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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活支援全般においては、基本的に個別支援計画に基づいてサービス提供されることとなっている。利用者やご家族の希望や心身の状況の変化があった際は、随時生活支援の内容を見直すこととなっている。 ・利用者は管理栄養士による献立に基づき作成された弁当の配食サービスを利用している。利用者の嚥下状況等をアセスメントしてとろみをつけたり、刻んだりして、安全に食事ができるように支援している。因みに食事にとろみをつけたり刻んだりする作業は事業所の職員で実施するとのことであった。 ・事業所では利用者の特性に応じた活動スペースを準備して、利用者同士がストレスを感じないように、また、心身の状況に応じたサービスを受けることができるように工夫している。 ・利用者や一部ご家族の希望や意向に応じた入浴介助等を行っている。希望や意向の内容としては、ゆっくりと入浴したい、同姓介助や個別の入浴の実施を例示された。 ・利用者支援のうち、移乗や移動に関しては理学療法士や介護福祉士会で学んだ方法を取り入れながら、利用者の残存能力を活かすことや、職員に極力負担のないような実施方法で行っている。
A-2-(3) 生活環境			
9	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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では利用者の特性に応じた活動スペースを準備している。大きく分けると活動的な利用者と高齢者層を分別してお互いがストレスを感じず、事故等の発生リスクを下げる目的で試行錯誤を重ねながら実践を続けている。 ・精神的に不安定な利用者がある場合は、周囲の安全を確保しつつ、その利用者が落ち着く場所にて過ごしてもらおう等配慮をしている。 ・感染対策等も含めて消毒の実施や、清掃を徹底している。 ・利用者が落ち着くような音楽を流したり、時にピアノやギターの生演奏を行う等、利用者が落ち着いた空間で過ごすことができるように工夫を重ねている。 ・生活環境で配慮があると感じた点が3つある。1点目は照明の工夫で、拠点全般的に柔らかい暖色の照明を使用していて、事業所内は随所に間接照明を取り入れている。障がい特性に配慮した取組みで、2点目はトイレや洗面所はダイレクトに人目につかないところに配置しており、プライバシーに配慮した取組みといえる。3点目は温湿度に敏感に反応する利用者もいるとのことと特に障がい特性に留意している点を確認した。
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
10	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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援サービスの内容の一環として残存能力の維持、向上を目的として、近隣の病院と連携して、理学療法士や言語聴覚士による機能訓練を実施している。専門職による個別プログラムの作成や身体機能評価を定期的に行うことで効果が表れているとのことであった。 ・食事の前に発声練習等の嚥下体操を実施して、嚥下機能の維持、向上に努めている。

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

11	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	<ul style="list-style-type: none"> ・日々のバイタルサイン(体温・血圧・脈拍)や排せつの状況等は、ケアコラボ(支援記録システム・支援アプリ)に入力されているため、いつでもどこでも確認することができる。健康面に関して特に重要事項に関してはケアコラボ内で職員がすぐに着眼できるようにフラグを立てる等配慮している。 ・大半の利用者は嘱託医による健康診断を定期的に受診する等健康管理を行っている。 ・法人で定める協力医療機関や事業所近隣の緊急受け入れ可能な病院と連携して、緊急時の対応に備えている。 ・事業所に看護師が3名配置されている点は、健康管理の観点から強みの1つと言える。特に他法人の医療職との連携も取りやすくなる点は、利用者にとっても職員にとっても利点と言える。 ・法人主導の研修で嘔吐物の取り扱い方や、安全にガウンの着脱を行う方法等、健康管理や感染対策に関する研修を定期的に行っている。
----	-----------	------------------------------------	---	---

12	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・法人として医療マニュアルを作成しており、その浸透に向けて計画的に取り組んでいる。 ・医療マニュアルに沿って内服薬の管理や確薬の方法、誤薬防止を徹底している。 ・事業所の看護師を中心に服薬管理を行っている。服薬時は必ずWチェックして誤薬防止に努めている。 ・内服薬の変更等あった場合は、かかりつけ医等と情報共有を行い、支援時の留意事項等を確認するようにしている。 ・現在のところ、常時医療的ケアを必要とする利用者はいないとのことであった。
----	-----------	---------------------------------	---	---

A-2-(6) 社会参加、学習支援

13	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所では月毎のメニューを作成して利用者に提示している。基本的なメニュー内容はあるものの、季節に応じて変化を加える等工夫している。メニューは曜日で固定して利用者が理解しやすいように工夫している。 ・利用者のニーズ、希望、要望によっては外出や買い物の際にヘルパーサービスを活用して、個別に支援をして満足度を高めることもある。 ・ITOプロジェクト(利用者の希望や要望に可能な限り応える個別的な支援)の実施で個別満足度や意欲向上につなげている。このプロジェクトは年間行程表にあらかじめ予定して計画的に実施されている。 ・アートクラブや絵手紙、コンサートへの参加等、文化的な活動に関心の高い利用者への支援も行っている。 ・事業所の所在する拠点においてマルシェ(地域の住民に呼びかけて出店等促して人の集う場を形成)を行い、地域社会と事業所、地域社会と利用者を繋げる取り組みを行っている。今年は4年ぶりに実施して、近隣の学童クラブや保育園も参加して盛況であったとのことである。
----	-----------	------------------------------------	---	--

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援				
14	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・月に1回、拠点毎に利用者の地域移行会議を開催して、故郷に移住を希望する利用者の支援を法人単位で実施している。また、移住を希望する利用者へ他事業所の見学を職員と一緒に行う等、移行に際して不安な要素を取り除く工夫を重ねている。今回は長崎市から雲仙市のグループホームに入居した利用者の例を伺った。本人やご家族が希望すれば、生まれ育った長崎市への移住を検討して、移住後も福祉サービスを利用しながら生活を営めるよう、コーディネートできないか検討を重ねているとのことであった。このように法人としては生まれ育った地域に移住できないか検討を重ねて、年齢的に若い利用者こそ挑戦できないか模索を続けている。 ・利用者が可能な限り希望する場所で生活を営むことができるように、法人として地域資源の情報収集や開発、また、介護保険移行のためのプロジェクトチームを立ち上げて検討を重ねている。 ・在宅で生活を営んでいる利用者に対して短期入所サービスの利用を勧め、状況の変化に対応できるように事前の準備を推奨している。ご家族としての親亡き後の心配は常に募るため、事前に準備を重ねること安心材料に繋がるとのことであった。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援				
15	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の所在するエリア毎に育成会(利用者の家族の会)を開催して事業所の情報提供や、意見交換及び福祉サービスの説明等を重ねる場を設けている。 ・個別支援計画のモニタリングの際、可能な限りご家族の参加を依頼して、意向の確認を行うようにしている。 ・ケアコラボ(支援記録システム・支援アプリ)の一部を家族公開できるようにして、利用者の日々の支援内容を家族がリアルタイムに確認できるようにして透明性を担保している。 ・利用者の体調不良や入院等を伴う急変時の連絡体系は、基本的に居住担当のグループホームが担うが、法人内で共有しているアプリケーションにより、生活介護の職員も状況を確認することができる。

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援				
16	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。		対象外

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援				
17	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。		対象外
18	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。		対象外
19	A-4-(1)-①	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。		対象外

基本情報シート I (障害者・児福祉サービス版)

令和 5 年 9 月 1 日現在

1. 福祉施設・事業所情報

(1) 基本情報

①名称	TERRACE ひだまり
②施設・事業所種別	生活介護
③代表者(施設長等)氏名	吉岡 裕美子
④定員(利用者数)	20名
⑤所在地	長崎県雲仙市愛野町乙 810-1
⑥電話番号	0957-36-0054
⑦ホームページ URL	Hpps://www.airinkai.or.jp

(2) 福祉施設・事業所の概要

①開設年月日	平成 19 年 4 月 1 日		
②経営法人・設置主体(法人名等)	社会福祉法人 南高愛隣会		
③職員数 ※常勤職員とは、福祉施設・事業所の 所定の労働時間を通じて勤務する 者。非常勤職員は、所定労働時間の うち一部を勤務する者。 ※雇用形態(正規・非正規等)は問わ ない。	男性	女性	合計
	常勤職員	5	9
	非常勤職員	0	4
	計	5	13
			18
④専門職の人数 ※社会福祉士、介護福祉士、精神保健 福祉士、看護師、理学療法士、作業 療法士、言語聴覚士、管理栄養士、 栄養士、調理師等の専門職(有資格 職員)等を記入。	専門職の名称	人数	
	介護福祉士	10	
	社会福祉士	1	
	准看護師	3	
	保育士	1	
⑤福祉施設・設備の概要 * 施設の平面図等は、別途添付	居室・設備等	定員・面積等	
	事務所	67.83	
	訓練作業所	66.84	
	多目的室	65.85	
	相談室	6.67	
	静養室	6.60	

2. 理念・基本方針（法人・施設）

(1) 理念	法人ミッション：生きる誇りへの挑戦 法人ビジョン：人生は楽しい 法人のバリュー：人生にドキドキを 地域に元気を 時代に勇気を
(2) 基本方針	別途添付

3. 福祉施設・事業所の特徴的な取組として考える事項 ：福祉サービスの質の向上に関する取組、PR 事項等

- ・ 利用者の〇〇したいに寄り添い、ともに挑戦する事業所である
- ・ 法人内外の多様な資源を活用した活動を展開している
- ・ 地域との連携を図り、透明性のある事業所を目指している
- ・ 同建物内にある多様な事業所（放課後等デイサービス、民間学童、居宅介護、GH、短期入所）と連携を図り、多世代との交流の機会を取り入れている

※評価機関・評価調査者は、当該事項の記載内容を踏まえ、評価した後、公表様式に記載する。

4. 第三者評価の受審状況

受審の有・無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受審あり ・ 受審なし（今回がはじめて）
福祉サービス第三者評価 受審ありの場合⇒	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受審回数：（ 1 ）回 ※今回を除く ・ 直近の受審年度：令和（ 4 ）年度

基本情報シートⅡ（障害者・児福祉サービス版）

令和5年9月1日現在

（施設・事業所の概況）

（１）利用者の人数と年齢、平均入所（利用）期間

現在の利用者	男性	女性	合計
利用者数	24	14	38
平均年齢	55	59	56
平均入所（利用）期間※	(7)年(6)月	(10)年(2)月	()年()月

※通所及び、訪問（居宅）サービス等については平均の利用期間を記入

（２）障害支援区分等の分布

①障害支援区分

	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	平均障害支援区分
人数	0	0	2	14	17	4	4.65
その他							
人数							

※ 障害支援区分の認定申請中の利用者等

②手帳の交付がある利用者（人数） ※複数に該当する場合は、それぞれでカウントする。

身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳
10人	38人	0人

（３）利用者の動向

①前年度の新規利用者数	3人	
②前年度の利用終了者数（理由）	5人	
	内訳	
	理由	人数
	他の福祉施設等への入所	1
	他の事業所等の利用	1
	在宅への移行（復帰）	1
	病院への入院	1
	死亡	1
	その他	0
③現在の利用待機者数	0人	

(4) 個別的な配慮や支援を必要とする利用者（人数）

※複数に該当する場合は、それぞれでカウントする。

①個別的な配慮や支援を必要とする利用者

心身の状況	人数	心身の状況	人数
医療的ケアが必要な利用者	38	被虐待経験がある利用者	0
慢性疾病・疾患がある利用者	38	家族（保護者）支援が必要な利用者	2
重複障害がある利用者	11	就学への配慮・支援が必要な利用者	0
行動障害等がある利用者	17	就労のための配慮・支援が必要な利用者	0
意思疎通が困難な利用者※	38	就職支援等が必要な利用者	0

※ コミュニケーション支援、意思決定支援が必要な利用者等

②その他：個別的な配慮や支援を必要とする利用者

配慮・支援事項	人数	配慮・支援事項	人数
聴覚障がい者への手話通訳	1		

※その他、利用者の状況がわかる資料があれば、添付してください。

2. 職員の状況（詳細）

(1) 常勤職員の平均年齢 （ 48.3 ） 歳

平均在職年数 9.3 年

※平均在職年数については、同一法人内の他施設・事業所での在職年数を通算する。

(2) 常勤換算職員数（非常勤職員のみ） （ 2.8 ） 人

※非常勤職員…雇用形態（正規・非正規等）を問わず、所定労働時間のうち一部を勤務する者

※非常勤職員の常勤換算＝「非常勤の職員の勤務時間＊」÷「常勤職員の勤務時間＊」

* 勤務時間は、「1日の勤務時間数×1週間に勤務する日数×週（4週で計算）」

(3) 非常勤職員等の業務内容等

非常勤職員

非常勤職員の職種	勤務形態	業務内容等	人数
生活支援員	35H/週	利用者支援	1
生活支援員	30H/週	利用者支援	2
生活支援員	24H/週	利用者支援	1

(4) 業務委託の有無・業務内容

業務委託の有・無	<ul style="list-style-type: none"> ・ <input type="checkbox"/> 業務委託している。 ・ <input type="checkbox"/> 業務委託していない。
「業務委託している」場合の業務内容	(理学療法、言語療法) ()

(5) 前年度の職員の採用・退職・異動の状況

	常勤職員	非常勤職員	合計
採用	0	0	0
退職	1	0	1
法人内の異動（他施設等へ異動）	2	0	2
法人内の異動（他施設等から異動）	1	0	1

3. 組織・運営管理に関する事項

(1) 事業経営上の課題、苦慮している事項

※優先順位をつけて、3～5項目記入

1	同法人内の生活介護事業所と比較すると平均区分が低い
2	高齢障害者の利用が多く、介護保険との併用がある
3	体調不良や入院など予期せぬ欠席がある
4	
5	

(2) 中長期（3～5年）の目標（ビジョン、組織全体が目指す姿）

<p>法人内での役割分担の明確化を図る</p> <p>当事業所は、高齢障害者に特化した事業所を目指す。介護保険事業所と併用しながら、緩やかな介護保険への移行を促していく</p>
--

【中長期計画の策定状況】

○策定している（ ）

⇒法人として策定（ ）・施設・事業所として策定（ ）

⇒策定年度 令和（ 3 ）年度

○策定していない（ ）

(3) 福祉施設・事業所における福祉サービス提供や質の向上に向けた課題

※主な事項を3～5項目記入

1	介護力の向上
2	介護の知見を深める
3	対象の利用者像について
4	行動障害を有する方への支援

(4) 福祉サービスの質の向上の取組、特に重要と考えている事項

※主な事項を3～5項目記入

1	介護力の向上
2	介護の知見を深める
3	行動障害を有する方への支援

(5) 苦情相談の体制等

第三者委員の設置の有無	設置している (委員数 3人) 設置していない
第三者委員の活動状況 (訪問頻度、活動内容等)	年2回以上、苦情の内容などを報告
苦情解決状況の公表	公表している 公表していない

(6) 職員の確保と定着、育成に関する基本的考え方と主な取組

<p>【基本的な考え方・課題等】</p> <p>正規職員（学卒）は法人での採用 法人内の様々な事業所の特性を活かし、職員もやる気をもって取り組める環境設定を行っている。</p> <p>【具体的な取組】</p> <p>法人全体での職員研修プログラムを実施（アセッサーの実施、強度行動障害者支援者養成研修実施） 入職1年目はプリセプター制度を活用し定着を図っている 入職1年目～3年目までの養成プログラムを実施 年度中途採用者に対しては、3か月プログラムを実施</p>
--

(7) 地域の福祉ニーズとして把握している事項と施設・事業所としての具体的な取組

【地域の福祉ニーズ・背景】

- ・65歳からは介護保険優先となるが、ご本人の特性をふまえ緩やかな移行を望まれる。
- ・加齢に伴う身体能力の維持、残存能力を活かした活動
- ・家やグループホームで終日を過ごすのではなく、ご本人の楽しみや生きがい活動を取り入れた生活リズム

【具体的な取組】

- ・相談支援専門員やケアマネージャーと連携し、緩やかな介護保険への移行を目指した事業所併用を実施
- ・理学療法士、言語聴覚士と連携し、残存能力を活かした活動メニューやリハビリを実施
- ・個々のニーズに応じたメニューを確立。個々の〇〇したいを叶えるメニューを実施

4. 自由記述：評価を実施する上での評価機関への要望、留意して欲しい事項等

- ・訪問評価時だけでなく、日々取り組んでいる活動状況を知って頂きたい
- ・法人方針に沿った事業所の役割を知って頂きたい
- ・ひだまりの属している「LOCAL STATION CROSS」の役割や目指していること等も説明させていただきたいです。

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（施設種別）

評価機関名 有限会社 医療福祉評価センター

事業所名称	TERRACEひだまり
-------	-------------

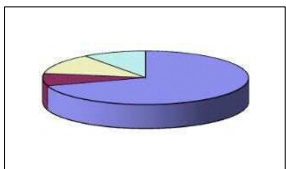
調査の対象・方法	対象：利用者全員 方法：聞き取り調査
----------	-----------------------

調査実施期間	令和5年8月28日～9月2日
--------	----------------

利用者総数（人）	22
調査対象者数（人）	22
有効回答数（人）	22
回収率（％）	100

アンケート結果平均

はい	166件	40.0%
どちらとも いえない	38件	9.0%
いいえ	35件	8.0%
わからない	177件	43.0%



総 評	全体的に、「はい」「どちらともいえない」「いいえ」「分からない」「無回答」がまばらな回答であった。
-----	---

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（障害児・者施設用）

事業所名称	TERRACEひだまり	有効回答数	22 人
-------	-------------	-------	------

評価対象	No	質問項目	回 答	回答数	(%)	
全サービス共通項目						
施設の理念・基本方針	1	施設の理念や方針について、知っていますか。	はい		0 件	0 %
			どちらともいえない		2 件	9 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		20 件	91 %
			無回答		0 件	0 %
	2	【はいの場合】施設の方針は、自分にとって適切だと思いますか	はい		0 件	0 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		3 件	14 %
			無回答		19 件	86 %
職員の対応	3	職員は親切、丁寧に対応してくれますか。	はい		17 件	77 %
			どちらともいえない		2 件	9 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		3 件	14 %
			無回答		0 件	0 %
	4	職員は何かにつけ気軽に声をかけてくれますか。	はい		13 件	59 %
			どちらともいえない		2 件	9 %
			いいえ		1 件	5 %
			わからない		6 件	27 %
			無回答		0 件	0 %
プライバシーへの配慮	「あなたが秘密にしたいこと」を他人に知られないように配慮してくれますか。	はい		10 件	45 %	
		どちらともいえない		0 件	0 %	
		いいえ		0 件	0 %	
		わからない		12 件	55 %	
		無回答		0 件	0 %	
利用者の意向の尊重	6	職員はあなた(あなたの意思)を大切にしてくれますか。	はい		13 件	59 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		9 件	41 %
			無回答		0 件	0 %
	7	施設の中では「自分のしたいことができる雰囲気」がありますか。	はい		9 件	41 %
			どちらともいえない		5 件	23 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		7 件	32 %
			無回答		1 件	5 %

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（障害児・者施設用）

事業所名称		TERRACEひだまり		有効回答数	22 人	
利用者の意向の尊重	8	困ったことを相談できる職員がいますか。	はい		13 件	59 %
			どちらともいえない		3 件	14 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		5 件	23 %
			無回答		1 件	5 %
苦情受付の方法等	9	苦情がある場合の受付や解決の仕組みについて、説明がありましたか。	はい		6 件	27 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		8 件	36 %
			わからない		7 件	32 %
			無回答		1 件	5 %
不満や要望への対応	10	不満や要望を気軽に話すことができますか。	はい		7 件	32 %
			どちらともいえない		4 件	18 %
			いいえ		2 件	9 %
			わからない		8 件	36 %
			無回答		1 件	5 %
	11	職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれますか。	はい		10 件	45 %
			どちらともいえない		3 件	14 %
			いいえ		1 件	5 %
			わからない		7 件	32 %
			無回答		1 件	5 %
職員間の連携・サービスの標準化	12	あなたが要望したことが他の職員にも伝わっていますか。	はい		1 件	5 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
			無回答		21 件	95 %
	13	職員はみな同じように接触してくれますか（職員によって言うことやすることに違いがありませんか）。	はい		9 件	41 %
			どちらともいえない		2 件	9 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		10 件	45 %
			無回答		1 件	5 %
事故の発生	14	施設の中で怪我をしたことがありますか。	はい		1 件	5 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		19 件	86 %
			わからない		2 件	9 %
			無回答		0 件	0 %
	15	【はいの場合】怪我をした後の対応は適切でしたか。	はい		1 件	5 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		1 件	5 %
			無回答		20 件	91 %

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（障害児・者施設用）

事業所名称		TERRACEひだまり		有効回答数	22 人	
入所・利用に当たっての説明【過去1年以内に利用開始した場合】	16	この施設の利用を始める前に、施設での生活や支援の内容についてわかりやすい説明がありましたか。	はい		5 件	23 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		3 件	14 %
			わからない		14 件	64 %
			無回答		0 件	0 %
	17	実際に入所・利用してみて、説明どおりでしたか。	はい		4 件	18 %
			どちらともいえない		1 件	5 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		16 件	73 %
			無回答		1 件	5 %
個別サービス項目						
進路や地域生活移行への支援	18	職員は、進路や家庭での生活等、あなたの今後について、支援や相談に応じてくれますか。	はい		11 件	50 %
			どちらともいえない		1 件	5 %
			いいえ		1 件	5 %
			わからない		9 件	41 %
			無回答		0 件	0 %
食事	19	食事はおいしく、楽しくたべられますか。	はい		16 件	73 %
			どちらともいえない		3 件	14 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		3 件	14 %
			無回答		0 件	0 %
入浴、排泄、衣類、理容等	20	入浴や排泄、身だしなみ等について、あなたの希望に応じてくれますか。	はい		10 件	45 %
			どちらともいえない		4 件	18 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		8 件	36 %
			無回答		0 件	0 %
医療、服薬の管理等	21	病気やケガのときには、薬を飲ませてくれたり、病院に連れて行ってくれますか。	はい		10 件	45 %
			どちらともいえない		6 件	27 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		6 件	27 %
			無回答		0 件	0 %