

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：あいあいホーム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：阿部 雅伸	定員（利用人数）：14名（13名）	
所在地：愛知県豊橋市高師町字北原1番地107		
TEL：0532-61-3530		
ホームページ： http://tf-jigyokai.org/grouphome/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成13年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人豊橋市福祉事業会		
職員数	常勤職員：6名	非常勤職員：2名
専門職員	（所長・サービス管理責任者）1名	（世話人）4名
		（生活支援員）3名
施設・設備の概要	（居室数）18室	（設備等）台所、洗面所、浴室
		居室、食堂、納戸

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 地域の中でいきいきと生活するために
- ・施設・事業所 ふつうに 自分らしく みんなと暮らす

★基本方針

障害者が「地域の中でいきいきと生活するために」、利用者一人ひとりの状況に応じた「個別支援計画」に基づき生活支援する。

④施設・事業所の特徴的な取組

- (1) 虐待の防止
- (2) 障害者問題は人権問題ととらえ支援していく
- (3) グループホームは利用者にとって『自分の家』
- (4) グループホームは一人ひとりのペースで生活する場
- (5) 一人ひとりの夢の実現ために『個別支援計画』にもとづいて支援をしていく
- (6) できることを増やせるよう支援する
- (7) 生きるよろこびを感じられる支援をする
- (8) 就労はいきがいと生活費の確保をめざす
- (9) 希望される方はグループホームでの生活が続けられるよう支援する
- (10) 「問題行動」を利用者自身の発達課題ととらえ支援する
- (11) 暴力問題は「暴力行為をするほうが100%悪い」を原理・原則として支援する
- (12) 利用者支援はチームワークがあってこそ成り立つものという認識で行う
- (13) PDCAサイクルに基づき支援の質の向上をはかる

＜アピールポイント＞

日中は、障害福祉サービス事業所を利用されている他、高齢者デイサービスを利用の方や一般就労をされて一人暮らしを目指している方もいらっしゃいます。また、地域の自治会長や組長はじめ、住民の方の理解があります。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3年 8月16日（契約日）～ 令和 4年 4月 1日（評価決定日） 【令和 3年11月24日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成29年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆サービス評価と質の向上

第三者評価結果に加え、毎年の各事業所の評価結果を共有するとともに、利用者保護者アンケート、職員の改善アンケートや不適切チェックを集計し、会議やグループウェアで共有・分析し、改善につなげている。また、毎月の事業所会議や職員会議での課題分析から改善提案を実践へつなげており、このPDCAサイクルの繰り返しによりサービスの質の向上を図っている。

◆職員育成への取組み

管理者は事業所独自に、全職員に対して上司目標を踏まえた上での個々の目標管理を実施しており、設定した個人目標に沿って業務遂行し、その成果を評価することで職員個々の育成を図っている。また、計画に沿って、職員個々のニーズに合った様々な研修に参加させることで、資質向上を図り、キャリアアップを目指している。コロナ禍ではあるが、オンライン研修を取り入れ、全職員に研修参加の機会を設けている。

◆普通に暮らすことへの支援

地域の一住人として入居者が普通に生活するために、職員は利用者とともに地域活動に参加するなど、地域との関係や距離を縮める努力をしている。また、外部ヘルパーを使って自由に外出するなど、近隣の資源を活用して地域生活を送るための支援や調整を行っている。

◆自己決定の尊重

外出や趣味活動、衣類などについて、本人の好みを尊重している。ヘルパー利用では、行き先の候補がファイルから選択できるほか、意思表示が難しい利用者には様々な決定場面で選択肢を複数（2つ）にするなどの工夫をして、本人の意思を最大限尊重する取組みを行っている。

◇改善を求められる点

◆実習生、ボランティアの受入れ

事業所の特殊性はあるが、実習生やボランティアといった、言わば社会との橋渡しとなる人的資源を有効に活用することを求めたい。そうした外部の人たちが利用者の日常に触れ、障害者の地域生活の意義や重要性を少しでも学んでいただくことが肝要と考える。

◆文書への日付の明示

標準的な実施方法としての「サービス提供マニュアル」や「支援のしおり」は、配付にあたり見直しがされている。しかし、見直しの時期については明確な日付が確認できなかった。マニュアルの見直し時期や実施者、実施方法等、見直しの手順を明確にし、見直したマニュアル等への日付の記載が望まれる。内容は改訂されなくとも、見直しを実施したことの裏付けとなる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価受審の結果を受けて、本事業所の事業（支援）の充足している点と不足している点が可視化できたことで、具体的に理解することができました。一方でコロナ禍という状況もあり、通常業務に及ばない部分もあったため、今後の課題としていきたいと思えます。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※すべての評価細目（64項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

【共通評価基準】

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	障1	a	ⓑ・c
<コメント> 理念や基本方針については、ホーム内に掲示されており、利用者の目に触れるようになっている。また、ルビ付きの資料が個別支援計画作成時の面談で説明されているが、さらに理解しやすい工夫が求められる。職員へは、「支援のしおり」に掲載して職員会議にて説明されている。			

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	ⓐ	b・c
<コメント> 法人の施設長会議や所属団体の管理者会議などで、経営状況を把握している。毎月、法人本部へ財務報告と現況報告を実施している。予算作成時に利用率等の分析を行い、事業経営の参考資料としている。			
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	ⓐ	b・c
<コメント> 経営問題に関しては、役職者で構成する運営会議で情報共有して検討している。それを事業所に持ち帰り、職員会議の場で職員が共有し、改善に向けての具体的な措置を定めている。課題に関しては、ソフトウェアで職員共有することも可能となっている。			

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	ⓐ	b・c
<コメント> 5年スパンの中・長期計画が策定されている。「事業展開・人員配置・施設整備」など、項目ごとや事業ごとに具体的な目標値が示され、また予算執行予定も併記されている。進捗状況を踏まえて、年度ごとに見直しが図られている。			
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	ⓑ・c
<コメント> 単年度計画は必ずしも中・長期計画を基に組み立てられている状況ではなく、支援項目に沿って目標を設けて計画されている。具体性は有するものの、数値目標を設定するのではなく、成果目標を示す形となっている。			
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	ⓐ	b・c
<コメント> 職員面談にて事業に対する個々の意見を聞くとともに、事業所会議⇒運営会議⇒職員会議という手順でそれぞれ年度評価を行っている。課題を抽出した上で、次年度計画として改善案が示されるという形で、段階を踏んで策定が進められる。			

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障7	① ・ b ・ c
<コメント> 事業計画には利用者用のルビを振った資料があり、サービス管理責任者が主だった内容を噛砕いて利用者個々に説明している。また、利用者自治会では、各ホームの代表者から意見を聞き、計画に反映させるようにしている。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		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	① ・ b ・ c
<コメント> 毎年各事業所の第三者評価結果を共有し、それを事業所の状況に当てはめて改善につなげている。また、利用者保護者アンケートの集計、職員の毎月の不適切支援チェックを集計し、会議で共有・分析した上でサービス向上を図るなど、PDCAサイクルに沿った対応がなされている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 事業計画の評価、第三者評価結果などを職員会議で共有し、同時にグループウェアにも挙げ、職員ごとに確認できるようになっている。一方で、改善の実施状況や改善計画の立案など、明確な手順が定められていない点は課題となる。		

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> 管理者は、「支援のしおり」に年度の方針や職務分掌を明示し、各会議の場で自らの方針や職責を明らかにしている。有事、平時とも管理者不在時の職務権限は主任に委任される。			
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	a · b · c	
<コメント> 管理者は、コンプライアンスに関するセミナー等に積極的に参加している。所属団体や法人内の会議、インターネットを通じて得た法改正などの最新の情報を把握し、会議の場で職員に周知を図っている。重要事項については、ソフトウェアでも共有できるようにしている。			
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	a · b · c	
<コメント> 利用者保護者アンケートによる集計資料や、事業所会議で上がってくるサービスの実態を把握し、個別課題を分析・検討するとともに、職員面談による意見を吸い上げ、サービスの質の向上に努めている。とりわけ重要な課題については、法人のサービス向上委員会に上程し、法人をあげて課題解決につなげている。			
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> 毎月の財務分析の他、業務省力や労務環境の改善に向けて取り組んでいる。定期的実施される個人面談での意見を参考に、また必要に応じて運営会議での検討を経て改善を図るなど、運営全体を先導している。			

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> 人員配置に関しては、5年先までの予定が中・長期計画に示され、サービス管理責任者や看護師等の確保についても計画的に取り組んでいる。法人業務として、各種求人や採用試験を実施し、有能な人材の確保に努めている。非常勤職員については、面接、見学の後1ヶ月の試用期間を経て採否を決定している。			
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> 人事考課制度が導入され、キャリアパスによる職責を明確にし、自己評価と面談を通じた上司評価により個人考課を実施している。昇進・昇格などの基準も明確に定められて周知されており、キャリア設計を可能とする分かりやすい制度となっている。また、「自己申告書」や面談により職員の就業意向を把握し、分析して処遇改善につなげている。			
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組 んでいる。	障16	a · b · c	
<コメント> 労働時間はデータ管理され、有給休暇の取得も確認できるなど、就業状況が把握されている。休暇に関しては、産休・育休の他看護休暇、介護休暇も取得可能である。法人としては、セクハラ・パワハラ対策、労働安全委員会による設備点検や健診など、労働環境の整備も進められている。職員が気軽に相談できる窓口の設置など、働きやすい職場に向けての更なる取組みが望まれる。			

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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>主任級以上の職員は、制度として目標管理を採り入れ、業務目標設定から目標に対する実施状況の評価まで組織的に行われている。事業所は独自に、一般職員についても役職者の目標を踏まえた個々の目標管理を実施しており、設定した個別目標を目指した業務遂行がなされることでキャリア育成を図っている。</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	a ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の研修計画をベースに、事業計画に明記した計画に沿って研修参加が行われている。コロナ禍の状況を踏まえてオンライン研修を採り入れ、臨時職員を含め全職員の受講を可能としている。研修後の伝達研修の機会も設けられている。一方で、研修計画の見直しと評価は曖昧であり、また職員個々の研修計画の策定なども課題として残る。</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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の研修計画に沿って、階層別やテーマ別研修に参加している。また、管理者が職員個々のキャリアや水準を把握した上で、個々に応じた外部研修に参加している。コロナ禍でも、「サポーターズカレッジ」といったオンライン研修を取り入れ、全職員に研修機会を設けている。OJTに関しては、必ずしも体系的とは言い難く、改善の余地を残す。</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。		
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 ・ b ・ ㉓
<p><コメント></p> <p>実習の依頼も無く、実際の受入れもなされていない。「来る者拒まず」のスタンスだが、利用者のプライバシー、業務と職員シフトの特殊性などを考慮したうえで、障害者の地域生活を学ぶことを目的とした受入れの促進を図りたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページに法人理念を掲げ、法人と事業所の概要や現況、財務状況、求人情報、広報誌、苦情解決、地域貢献事業の詳細など、必要且つ十分な情報が開示されている。</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	a ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>職員採用時には、経理関係等の各種規程や職務内容、職責など、職員として必要な知識を研修することになっている。事業内容や財務に関しては、毎年内部監査を実施するとともに、会計事務所による監事監査を実施している。外部監査は未実施であり、より透明性を高めるための課題と捉えたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画には、「地域交流事業」として町内活動への参加や民生委員児童委員との連携などが記されている。コロナ禍ではあるが町内の清掃活動や防災訓練に参加し、交流機会を持っている。日常的にも、買い物や通院など、地域の資源を利用する機会を多く持っている。</p>		

II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	障24	a ・ b ・ ㉔
<コメント> ボランティア受入れの意義は理解しているが、実際の受入れ実績は無く、受入れに際しての手順等も明確になっていない。受入れ体制の整備とともに、外部への働きかけも意識的に行うことが望ましい。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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。	障25	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 関係機関・資源の一覧を作成し、必要時に連絡を取れる体制にある。自立支援協議会では定期会合で共通課題の検討や情報共有を実施している。また、相談支援専門員が招集して関係者会議を開催するなど、連携した利用者対応もなされている。		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。	障26	㉒ ・ b ・ c
<コメント> 法人の相談支援事業所や基幹相談支援事業所と連携し、在宅者ニーズや地域の情報を共有している。また、自立支援協議会のグループホーム連絡会に参加し、様々な情報を把握している。		
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。	障27	a ・ ㉓ ・ c
<コメント> 一時保護の受入れを行い、地域の在宅者ニーズに応えている。また、町内会に参画し、住民同様の活動を行っている。530運動への参加、地域の防災訓練に参加するなど、地域の一員として最低限の義務は果たしている。事業所の性格上難しい面もあるが、障害福祉の専門性を地域に還元するといった取組みや、地域の活性化につながるような活動までできていない。		

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><コメント></p> <p>職員の名札に理念を記載しており、いつでも理念を確認できるようになっている。また、グループホームにも理念が掲示されている。利用者の基本的人権については、研修で新たな情報を現場に還元しているほか、定例会議の後に時間を設けて確認をしている。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシーに関するマニュアルが作成されている。グループホームに入居する前に、利用者本人と家族に対してプライバシーに関する説明をしている。1人1部屋の提供のほか、利用者本人による居室の施錠ができるようになっている。職員に対して年に1度研修を実施するほか、いつでも確認が取れるよう、各ホームにマニュアルを設置している。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用希望者に対してサービス内容が理解しやすいように、パンフレットにイラストや写真を掲載するほか、ルビを打つなどの配慮を行っている。本人や家族、相談支援専門員からの質問について対応するだけでなく、利用希望者が安心して利用ができるよう、体験利用の実施も行っている。</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	・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>サービスの利用開始については、利用の意思確認や契約などの流れが定まっている。しかし、意思決定の困難な利用者への対応方法やサービス変更時の対応について、随時対応しているものの、対応方法が記載された文書の確認ができなかった。この点について課題を残す。</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	・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>サービスの利用について、必要に応じて情報を利用者に提供している。利用の変更や終了にあたって、相談支援事業所などの関係機関と調整して対応している。しかし、変更や終了時の対応方法について、具体的な書面作成の不足やサービス終了後の担当窓口について、検討を要す項目がいくつかある。</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	・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス利用についてのアンケートを実施し、利用者を交えたホーム会議からも意見をもらって集計と分析をしている。しかし、集計した内容について、検討する仕組みが構築されていない。このほか、サービス管理責任者が、複数のサービスを使う利用者について、他のサービス提供事業所の関係者に話を聞きに行くなどの取組みもある。</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	・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス向上委員会や苦情解決委員会が法人内に設置され、苦情や要望に対して検討されている。苦情や要望について、直接意見を受ける場合と、任意による家族アンケートの実施によって収集する方法が取られている。課題として、各委員会で検討した内容の開示方法について検討しているが、早期に議論を進めることが求められる。</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>利用者が相談しやすいよう、その時の利用者の状況に合わせて面談場所を選んでいる。しかし、相談に関する案内の掲示物がないことや、相談方法や相談の流れを示す文書がないことが課題としてあげられる。</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に対して迅速に対応できるよう、職員間で情報の共有が図られている。定期的にアンケートを実施するほか、グループホームの会議の中から上がった意見などに対応している。しかし、実際行っている内容がマニュアルに反映されていないことが課題として上がっており、早期にマニュアルの見直しに着手されたい。</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>法人内にサービス向上委員会を設置している。感染症予防や安全確保に関しては「サービス提供マニュアル」や「支援のしおり」に記載されている。アクシデントやインシデントについては「業務日誌」に記載され、職員間で情報共有されている。マニュアルの内容の確認や、見直しの実施方法等については検討の余地がある。</p>		
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	障38	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症予防と発生時の対応についてはBCP（事業継続計画）が策定されており、内容についても指示系統など分かりやすいものとなっている。また令和3年10月よりクラスター発生を想定した検討委員会を設置し、毎月会議を行うなど、積極的に取り組んでいる。職員に対して予防対策や対応方法についての研修を実施し、学習の機会を設けている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>災害時対応としてBCP（事業継続計画）を策定し、組織体系を明確にしている。事業所内での対応方法が決められており、備蓄品は半年に1度点検している。避難訓練については、6月にはBCPを活用した訓練を、10月には地域を巻き込んだ総合訓練を行っている。コロナ禍など、非常時にも地域連携が継続できる仕組みがある。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法が「サービス提供マニュアル」や「支援のしおり」に記載され、全職員に配付されている。プライバシー保護や権利擁護に関する部分以外の項目についても再点検し、より厚みのある内容とすることが望ましい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法としての「サービス提供マニュアル」や「支援のしおり」は、配付にあたり見直しがされている。しかし、見直しの時期については明確な日付が確認できなかった。マニュアルの見直し時期や実施者、実施方法等を明確にし、見直したマニュアル等への日付の記載が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年に一度、アセスメントの見直しを行っている。グループウェアのシステムを活用し、フェイスシート、アセスメント、ケース記録に基づいて個別支援計画を作成している。また、計画作成後には個別支援会議を開催し、困難ケースについても積極的に対応している。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 半年に一度、個別支援計画の振り返りとモニタリング作成のための会議を実施している。一方で、サービスの質の向上への課題について、明確化が不十分であるとの声がある。このサービスの質の向上への課題に対して、どのように検証するのかなど、個別支援計画の評価と見直しに関する手順を作成することが望ましい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 日々の支援の実施状況の記録について、「業務日誌」と汎用の介護記録システムを用いて作成している。記録作成にあたっては、言葉の表現方法やどの職員でも作成ができるよう、マニュアルが作成されている。支援について、法人内の各事業所・機関が連携できるように、各種会議や事業所会議で確認をしている。</p>		
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	障45	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 記録の保管や保存、廃棄については、「文書取り扱い規程」に定めている。しかし、記録管理の責任者について確認が取れなかったため、この点について検討されたい。</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	② ・ b ・ c
<コメント> 利用者の自己決定について、趣味の活動や衣類について本人の好みを尊重して対応している。ヘルパーの利用についても、行き先の候補がファイルから選択できるようになっている。意思表示が難しい利用者に対しては、選択肢を複数用意し、本人の意思を尊重する取組を行っている。生活に関わるルールについても、会議を通して決定や確認をしている。		

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 ・ ② ・ c
<コメント> 毎月、全職員対象の虐待防止アンケートを実施し、アンケート内容の集計結果をサービス向上委員会や苦情解決委員会に報告し、情報の共有や問題解決を図っている。検討された内容は職員会議の場で資料として配付し、職員間で共有している。利用者に対しては自治会で確認し、家族に対しては懇談会で報告している。行政への通報に関する周知については、改善の余地がある。		

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 ・ ② ・ c
<コメント> 利用者の自律や自立生活について、見守りを主とした支援を行い、支援が必要な部分については、利用者との確認をしながら対応している。その結果、家庭では一人ではできなかった入浴などの日常生活動作が、少しずつできる部分が増えてきた事例がある。利用者の自律や自立のための動機づけについて、根拠となる部分の判断基準を明確にすることが望ましい。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> コミュニケーションの手段について、利用者本人の状況に合わせて写真などのツールの活用や選択肢を増やすなどの配慮をしている。事業所会議では、支援方法について職員間で確認をしている。このほか、利用者同士が関わる機会を設け、コミュニケーション能力の向上を図っている。その際には、必要に応じて職員が介入している。		

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	② ・ b ・ c
<コメント> 利用者からの相談などについては、本人が落ち着いて話ができるよう、時間を十分に確保して傾聴の姿勢で臨んでいる。必要に応じて、写真カードなどのツールを活用するなどの配慮も行っている。直接話がしづらいようであれば、担当の相談支援専門員に協力を仰ぐ場合もある。これらの相談内容については、個別支援計画にも反映させている。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 全職員が毎月の事業所会議と半年に一度の個別支援支援会議に参加し、検討や見直しを行っている。余暇については、利用者のニーズを汲み取ってクッキングやクラフトを行い、Zoomを使って忘年会を行うなど、コロナ禍においても積極的に対応している。情報提供として、情報の掲示や利用者が居宅介護を利用した余暇活動を選択できるファイルを作成している。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 障害に関する専門知識の習得については、行動障害にスポットをあて、強度行動障害の研修に参加している。主治医とも相談し、連携して医療面からもアプローチしている。「支援計画シート」や「生活シート」に記してあるアセスメントに基づいて、支援方法についての情報共有や見直しを行っている。限られた環境の中での調整が、課題として認識されている。		

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>食事メニューについては、利用者のニーズを聞いて作成されている。この時、メニューが重ならないようにアドバイスや提案をしながら、利用者のニーズと健康管理のバランスをとっている。排泄については、利用者の特徴を踏まえて支援をしている。入浴については、入浴の順番の確認を行い、気持ち良く入浴できるように追い炊きなどの配慮も行っている。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	障54	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>暮らしの場として、個室が提供されている。利用者自ら部屋を施錠できるようになっており、個人のプライバシーが担保されている。ホーム全体に清掃が行き届いており、照明についても明るく過ごしやすい環境が提供されている。利用者からの要望についても対応しているが、直ちに改善が難しい部分の説明に検討の余地がある。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者自身の力を尊重するため、見守りの支援を行っている。支援が必要である場面については、職員と一緒に行動などのサポートをし、手順を示してスモールステップで積み上げを行っている。利用者が通っている事業所や相談支援事業所と情報の共有は行われている。専門家による助言や指導に基づいた支援方法については、検討課題となっている。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	障56	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>バイタルチェックについて、朝と夕方の検温の実施のほか、血圧測定が必要な利用者に対して実施されている。利用者の定期通院や入院時の情報共有についても、関係機関との間で適切に行われている。夜間の緊急時にも職員が速やかに対応している。利用者が罹患しやすい疾病について職員研修を実施し、スキルアップを図っている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>緊急時の対応方法や指示系統が定められている。服薬管理については施錠し、事故のない管理を行っている。しかし、指示系統についての職員の把握状況や、疾患の対応方法のマニュアルの整備などに改善の余地があり、再度点検を期待したい。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障58	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍のため、例年行っていた地域に出向く研修会や外出・外泊の実施が難しい状況である。しかし、法人内の学習会に切り替える工夫や、感染が減少しているタイミングを見て外出を実施するなど、利用者の希望をできる限り配慮した対応を行っている。利用者の社会参加や学習の意欲を高める点については、課題としてあがっている。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	障59	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域生活への移行について、利用者に対して必要な情報や体験の機会を提供している。相談支援事業所や自立支援協議会などの関係機関との連携を図り、地域生活の移行や継続について意見交換を行い、ネットワーク作りをしている。コロナ禍によって中断しているが、地域の町内会や民生委員児童委員とも連携が図れる体制はできている。</p>		

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障60	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 家族との交流については、年3回懇談会を行っている。ゴールデンウィークやお盆の夏季休暇、年末年始の休暇時の帰省のタイミングでも情報共有を図っている。定期通院や日常の様子で必要性がある場合には、家族に連絡を入れている。実際に細やかな対応をしているが、報告や連絡の方法に関しては書面で確認ができなかった。		
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		