

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： 地域生活支援センター りんく	種別： 共同生活援助
代表者氏名： 松澤賢治	定員（利用人数）： 30名（24名）
所在地： 愛知県大府市江端町5丁目179番地	
TEL： 0562-46-2555	
ホームページ： http://www.aikouen.jp/	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成16年 6月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 愛光園	
職員数	常勤職員： 19名
専門職員	(管理者) 1名 (介護福祉士) 20名
	(事務職員) 2名 (初任者研修) 10名
	(社会福祉士) 4名
施設・設備の概要	(居室数) 30室 (設備等) 浴室リフターあり
	バリアフリー構造
	スロープあり

③理念・基本方針

★理念

・法人

私たちは、誰もが人間としての尊厳が保たれ、安心して共に生きる社会をめざします。

1. 私たちは、誰もが、まず「人として」受け止められ、地域の中で自分らしく暮らすための支援サービスを提供します。
2. 私たちは、誰もが、必要なときに必要なサービスを利用できるように取り組みます。
3. 私たちは、誰もが、安心して暮らすために、地域の輪の中で「共に生きる」実践と運動を進めます。

・施設・事業所

あなたが地域の中で、自分の暮らしについて自分で考え、決め、責任を持ちながら暮らせるように、世話人や生活介護等のスタッフが支援をします。

★基本方針

1. 私たちは、希望する誰もが安心して地域で暮らし、利用者本人のエンパワメントが高まる生き方の支援を目指します。
2. そのために、ヘルパーステーション(居宅介護事業)及びグループホームセンター(共同生活援助事業)を一体的に管理・運営し、関連機関や法人内外の事業所と連携して社会資源の開発・活用を推し進めながら地域生活支援の仕組みを構築していきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 医療的ケアの必要な方も含めた重症心身障害の方が暮らせるホームの支援をしている。
2. 健康面の配慮が必要な方が多いため、定期通院は勿論のこと、そのほか適宜必要な時に対応したり、また急遽必要になった場合にも即時対応していく考え方を持っている。
3. 医療連携により、訪問看護ステーションと24時間連絡できる体制がある。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 8月29日(契約日) ~ 平成31年 2月12日(評価決定日) 【平成30年12月11日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	0回 (平成 年度)

◇改善を求められる点

◆「中・長期計画」の策定

単年度の「事業計画」は、具体的な目標数値を掲げて策定されているが、その拠りどころとなるべき「中・長期計画」が策定されていない。具体的な数値目標や収支計画を伴った「中・長期計画」を策定し、単年度の「事業計画」に方向性と枠組みを示したい。慢性的な職員不足はあるが、高遠な理念の実現に向けての目標を見失わないためにも、中・長期的なビジョンを明確にすることが求められる。

◆標準的な実施方法の明文化

支援の提供にあたり、職員や世話人の勤務時の手引きは作成されているが、支援内容に沿った標準的な実施方法が明文化されていない。グループホームの業務の特性(一人職場)として、世話人は他の職員に判断を委ねることなく、自身の判断を求められるケースが多い。適正な業務実施に加え、最低限押さえておくべき事項を明文化することで、リスクの回避とサービス水準の低下防止に役立つ。標準的な実施方法のマニュアル化を急がりたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受けて、項目別での事業者のウィークポイント(中長期の事業計画・各種マニュアル関係・実習生の受け入れなど)が浮き彫りになり、今後取り組んでいかなければならないことが明確になりました。これからはその内容を事業計画に落とし込み、課題解決に向けて取り組んでいき、更なる利用者のサービス向上に繋げていきたいと考えています。

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。

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(64項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の理念を受けて事業所の理念を展開しており、「地域との共生」や「自立・自律」が事業所理念の柱となっている。職員への周知は図られているが、日々の支援がその理念に根差しているか、否かを振り返る時間的な余裕がない。			

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
I-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	障 2	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は着任1年目であり、外部情報としては市・自立支援協議会や法人の相談支援事業所から、内部情報は法人の幹部による会議(「運営会議」、「障害事業部会議」、「経営小委員会」等)から取得している。それらの会議においても事業所の経営状況の分析等が行われており、管理者の現状認識は十分である。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
慢性的な職員不足が、事業所運営に大きな影を落としている。人事管理に関しては、“職員育成”よりも“職員確保”に主眼が置かれ、職員の採用のために様々な手は打たれているが決定打とはなっていない。理解があり協力的な医療機関との連携の下、現状では医療的な支援を必要とする利用者の受け入れを果たしているが、利用希望を持っている待機者(約10名)への十分な対応には不安を隠せない。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の中・長期計画があり、それを基に事業運営を展開しており、あえて事業所としての具体的な数値目標や収支計画を伴った中・長期計画は策定していない。慢性的な職員不足はあるが、理念の実現に向けての目標を見失わないためにも、事業所独自の中・長期的なビジョンを明確にすることが求められる。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画策定の拠りどころとなる中・長期計画が策定されていないことから、前年度の事業計画を振り返り、その結果(評価)を次年度の事業計画に反映させている。事業計画の重点的な項目には数値目標を設定し、期中の見直しや最終評価が適切に実施できる仕組みがある。			
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	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所の「全体会議」や、建物(グループホーム)単位の「ホーム会議」、4つのワーキンググループの会議等が出た意見をまとめて事業計画を策定している。重点目標には、実施する具体的な内容、数値目標、期限、責任者が明記されており、最終評価は事業報告としてまとめられている。この事業報告が次年度の事業計画に反映される仕組みがあり、PDCAサイクルに沿った運用が図られている。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
毎年2回、家族会が開催されており、ほぼ全員の家族が出席する。その家族会では、別に説明資料を作成・配布し、事業報告や事業計画の説明をはじめ様々な意見交換が行われている。利用者は重度心身障害者や医療的支援を必要とする人が中心であり、一部のホームで利用者会(「寄り合い」)があるものの、事業計画を具体的に利用者等に周知する取り組みは見られない。			

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	障 8	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
法人は、第三者評価による業務改善や人材育成についての認識が深く、施設入所支援や生活介護、就労継続B型、就労移行支援、発達支援等のサービスを提供する事業所が定期的に第三者評価を受審している。それらに遅れて、グループホーム事業所(共同生活援助)としては初の受審である。毎年1回、職員による自己評価を実施しているが、集計するに終わっている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
毎年の職員による自己評価を集計するところまでは来ているが、それを分析して事業所の運営に活用するには至っていない。集計結果から改善課題を抽出し、事業計画の重点目標と同様に計画的(具体的な実施内容と目標数値、責任者、期限等の明確化)に取り組むことを望みたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者の役割や責任は、「管理規程」、「職務規程」、「経理規程」、「組織図」、「職制一覧表」等で明確化が図られている。事業所の機能がグループホーム事業単一ではなく、他に居宅介護、重度訪問介護、行動援護、移動支援等の事業を併設しており、着任1年目の管理者にとっては現状把握の段階となっている。</p>			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者をはじめ職員は、利用者の権利擁護に関する法的知識の必要性は認識している。しかし、関連する研修会への参加が少なく、事業所内での勉強会の実施もないことから、年齢や経験、能力、生活観、価値観等に差がある世話人にまで意識の統一を図るには至っていない。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の数的不足を補うために、“重視する支援”と“控える支援”を明確にして取り組んでいる。“重視する支援”の代表的なものは「利用者の安心・安全」に関わる支援であり、移動リフトの導入は利用者にとっての大きな安心と安全を保障している。“控える支援”は地域交流や外出支援であり、職員の陣容が整うまでは、他法人の事業所を含め地域の社会資源の助けを借りる方針である。</p>			
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>前述(障12)の“移動リフト”の導入は、職員にとっても大きな業務改善となっている。職員自身の身体への負担が軽減され、関連する傷病(腰痛等)の危険性が回避されることとなった。しかし、管理者をはじめ他事業を兼務する職員の業務効率化は悪化の一途であり、職員の数的確保と併せて抜本的な改善・改革が必要な時期に来ている。</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。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業計画の中の重点目標には、「人材育成」として3点の具体的な取り組みが挙げられている。しかし、「人材確保」に関しては、「定着対策」と捉えられる取り組み(ワーク・ライフ・バランスに配慮)はあるが、事業所としての人員補充の施策が打ち出されていない。1事業所の問題とせず、「人材確保」を法人の課題として取り組まれない。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>キャリアパスを構築し、人事考課制度を運用している。人事考課は、直接的に賞与に反映されるが、結果として昇給(等級、号俸のアップ)にも反映される仕組みとなっている。また、人事考課のフィードバック面接を使って職員個々の目標を設定する等、目標管理の体制を築いている。</p>			

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	障 16	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員からは「以前より働きやすい職場」との意見も聞かれるが、時間外労働時間が減らず、有給休暇がほとんど取れない環境にある。グループホーム事業の他に居宅介護、重度訪問介護、行動援護、移動支援等があり、複数の業務を兼務する職員が煩雑な勤務シフトの中で就業している。			
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	障 17	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
キャリアパスの構築と人事考課制度の運用によって、その結果を目標管理につなげて職員の育成を図っている。人事考課は、「能力考課」と「情意考課」で構成されており「成績考課」の要素は入っていない。職員個々の目標管理の取り組みの結果を「成績考課」として評価し、人事考課制度に組み入れることも一考と思われる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
部分的ではあるが、法人の階層別研修制度があり、事業所としても人材育成の方針を事業計画に示している。しかし、業務が多忙なために時間的な余裕がなく、研修への参加がほとんどできない状況である。研修としては職場でのOJTに頼ることとなるが、OJTに関する計画や実施のマニュアルは作成されていない。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人として、キャリアパスに沿った階層別研修体系の構築を目指している。事業所としては、指導層や次期指導層の職員を優先的に研修に参加させ、事業所の運営基盤を確立させようとする方針を持っている。事業所としての研修プログラムの作成を目指しているが、職員不足が解消されない限り、全ての職員が必要な研修機会を得ることは難しそうである。			
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。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
実習生受け入の意義は理解されており、バックアップ施設で実習する社会福祉士実習生が見学に立ち寄っている。事業形態や実習時間の問題等、様々な制約があり、グループホームでの実習は実現していない。現状の“見学”を、“実習”に昇華させるためにも、まずは実習生受け入れのマニュアル作成が望まれる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人のホームページに「情報公開」の見出しを付け、そのコーナーで定款や事業報告書、現況届、事業計画書、財務諸表等を公開している。苦情情報に関しても公開し、より透明度の高い事業運営を目指されたい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者個人の金銭は、各ホームのリーダーが管理している。各ホームには運転資金としての現金を置かず、支払い・決済は事業所の本部機構が行っている。法人監事による監事監査や県、市による行政監査等では、大きな問題は指摘されていない。社会福祉法が求めるレベルの外部専門家による外部監査の実施はない。			

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域との交流や連携については、事業計画の中で「地域貢献」と題して方向性を示している。ホームに隣接して市の「児童老人福祉会館」があり、そこでの催し物に利用者が参加している。ホームの駐車場を活用してミニコンサートやバーベキューを行う際には、地域に参加を呼び掛けている。参加者の数は少ないが、呼びかけに応じて地域住民の参加がある。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの受け入れ頻度は低く、食事作りに地域の住民の手伝いがあった程度である。職員の不足を補う意味からも、ボランティアの有効活用を図られたい。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
各ホームの事務室(世話人室)には、医療機関をはじめ緊急連絡先や地域の社会資源のリストが掲示してある。曜日によって日中の活動場所(通所施設等)が異なる利用者もあり、移動支援も含め他法人の事業所と緊密な連携を組んでいる。			
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障 26	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人の理念にも「地域との共生」が掲げられており、管理者や職員は地域貢献についての強い思いを持っている。隣接する「児童老人福祉会館」と共催イベントを開いたり、ホームの駐車場を有効活用して地域との交流イベントを開催する等の構想がある。「職員の充足」が前提条件となっており、実現への大きな壁となっている。			
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 27	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
市・自立支援協議会への会議出席や、法人の相談支援事業所、法人内の各種会議等から情報を得ており、地域の福祉ニーズを把握している。しかし、職員不足のために定員満床の適正配置が組めず、定員を割り込んだ状態で事業所が運営されている。医療的なケアを必要とする10名の待機者についても、ホームへの入居の見通しが立っていない。			

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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	障 28	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
クレドカードや事業計画の中には随所に利用者本位の支援提供が謳われている。倫理要綱としてはクレドカードが職員に浸透しており、支援マニュアルにも基本姿勢が反映されている。人権への配慮に関しての勉強会や、定期での状況把握といった点では課題を残している。			
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障 29	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
プライバシー保護に関するマニュアル等は整備されていないが、これを意識したサービス提供という点では、個室という環境設定に加えて職員個々の意識醸成はなされている。虐待防止に関しては法人研修を受講しており、支援マニュアルとしては手順書である「基本的な流れ」に沿ったサービス提供がなされている。			
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。			
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	障 30	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の内容紹介に関する資料は作成されておらず、説明の際には法人パンフレットを使用している。一般向けとは別の、利用者が理解できる形の工夫のある資料は必要と思われる。利用希望者への説明や見学者、体験利用の受入れは実施されており、同意の下での入所が原則となっている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
サービス開始にあたり、口頭での説明や配慮はなされるが、分かり易く工夫された資料等は用意されていない。より深い理解を得るには、写真や絵などを多く用いた利用者用の手引きの策定を検討されたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所やサービス種別の変更・移行に当たっては、プロフィール表などが用意されているが、正式な引継ぎ文書などは作成されていない。環境や支援の継続性への配慮の観点から、適正な引継ぎ方法を検討されたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年に一度利用者アンケートを実施し、集計した上でホーム会議、全体会議で検討され、支援に反映させている。また、利用者だけの話し合いの機会を設定し、担当職員による生活面の意向・要望の聞き取りや行事等の説明を行っている。これらは記録され、会議を経て改善、実施という形がとられている。			

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。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決のシステムは整備されており、規定通りに運用されている。一方で、記入カードやアンケートの実施、意見箱の設置などの取り組みは無く、必ずしも苦情や要望が出しやすい環境とは言えない。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
相談に関しては、利用者が意見を述べることができる手順や方法としてのマニュアルは作成されていないが、日常的に利用者の意見を拾うような努力はされている。グループホームと言う小さな単位であり、職員や世話人との距離感も近い関係にあるが、プライベートな部分を含んだ個人的な相談機会の設定や意見箱設置など、環境の整備を検討されたい。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの意見に対して、相談記録はペーパーベースでは残されていないが、共有サーバー(サイボウズ)を利用して職員間の情報共有がなされている。共有サーバーに挙げられた重要な事項に関しては、ホーム会議に取り上げて検討され、全体会議で周知されている。対応マニュアルの整備と共に、記録の実施による確実な対応が望まれる。		
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。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
事故発生時の対応マニュアルの整備や、事故やリスクに関する研修受講もなされていない。事故対応としては、「事故報告書」に記載して管理者を中心に対応に当たっている。「事故報告書」には、詳細な状況報告の他に再発防止策も記載され、対応の目安としている。報告事故は集計の後で職員間で共有され、再発防止に向けての意識を高めている。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
感染症に関する対応マニュアルに沿って、事後対応と予防策が講じられている。グループホームと言う事業形態、建物構造から、一旦感染症が発生すると集団感染に至る可能性は否定できない。感染症予防に関する研修を実施し、マニュアルを含め知識習得や予防、対応に関する更なる周知を図られたい。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
災害時の防災体制、防災計画が定められ、防災訓練についても年2回実施されている。また、福祉避難所指定を受け、備蓄品なども管理されている。福祉避難所としての対応マニュアルの整備や、BCP(災害時事業継続計画)を含めた事業継続に関する体制整備についても検討を望みたい。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
職員や世話人の動きに関する手順書はあるものの、サービスの標準的な実施方法がマニュアル化されていない。新任者の適正な業務実施に加え、事故を防ぐこと、また最低限押さえておくべき事項を明文化することで、リスクの回避とサービス水準の低下防止がなされる。是非ともマニュアル整備を急がれたい。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
支援の現場で日常的に使用される手順書(注意事項の掲示物等)は、変更の必要が生じた時に差し替えられているが、定期的、組織的に見直す仕組みはない。			
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
評価機関のコメント			
アセスメントを行って個別支援計画を作成し、モニタリングを実施している。作成にあたっては、ケース担当職員が内容を記載し、サービス管理責任者が確認する形で進められており、他の職種や役職の職員の関わりは殆ど無い状況である。			
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
評価機関のコメント			
個別支援計画は半期ごとに見直しを行っている。ホーム会議、全体会議でケース検討がなされ、利用者個々の計画に反映されている。緊急的な見直しに関しては定めが無く、実際の運用もされていない。その時々ニーズに合致した適正な支援のためには、利用者の状況等の変化に応じた必要な評価・見直しが望まれる。			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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。	障 44	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
記載されたサービス記録に関して、職員共有のための会議の実施などはなされず、状況の確実な把握は不明瞭である。また、記載要領の整備や記載指導など、記録の差異が起こらない工夫もなされていない。これらの点を改善することも、サービス向上の一環として捉えられたい。			
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
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」や「文書規程」等により、記録などの保管・廃棄等がなされる。記録の漏洩対策、保管方法の徹底など、更なる管理体制の強化を期待したい。			

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。	障 46	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
見守りやエンパワメントの重視、利用者意向の尊重などの支援を常に目指している。また、生活面での個性の尊重も心がけている。しかし、合理的配慮の具体的実践方法や権利擁護に関する理解促進、利用者との更なるコミュニケーション強化など、取り組み半ばの事項も数多く、それらが確実に実行されることを期待したい。			

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。	障 47	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の権利侵害に関する研修受講を行い、職員は意識を高めている。また、身体拘束に関しては、個別支援計画に「身体拘束について」の項目を設けて保護者の同意を得る仕組みがある。権利侵害の事例検討や、侵害発生時の対応手順と再発防止に向け検討・実践する仕組みの整備など、対策の強化が望まれる。			

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。	障 48	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
自律のための見守りや自己管理への支援を行っている。事業計画には、「エンパワメントを高める」という方針もあり、利用者本人の意向も含め、自律・自立生活のための具体的なサービス提供方法の検討も、優先課題として位置付けられたい。			
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。	障 49	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
文字盤を使用する利用者、筆談で意思疎通を図る利用者、手で合図をする利用者、目の動きや顔、首などを使って意思を表す利用者等、様々な伝達方法やケースが見られるが、意思表示の難しい利用者ほど、より丁寧な考察と対応がなされている。コミュニケーション能力を高めるための支援も、意向確認をすすめる上で必要な事項として捉えて取り組んでいる。			
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適切に行っている。	障 50	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
生活時間の中で各職員が意見や要望を聞きとり、サイボウズやホーム会議で職員間の共有を図っている。また、月1回の「寄り合い」の機会に、生活や行事の希望などを聴取しているが、個別に相談時間を設定することはなされていない。理念にある本人主体の観点からは、個別支援計画への反映など、主体者である利用者個々の意向を確実に支援に活かせる方策を考えられたい。			
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。	障 51	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
調理実習やお菓子作り、買物、ヘルパーとの外出等々、必要な情報提供を行いながら利用者の意向に沿った活動支援を行っている。個別支援計画の変更、見直しと連動した支援内容の見直しは確実に進めることを望みたい。			
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。	障 52	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々の障害特性や行動障害に対しては、個別支援計画を基に個別に対応している。一方で、人材不足やパート職員増も伴って、専門知識習得の機会は限られている状況である。業務の特性（一人職場）として、世話人は他の職員に判断を委ねることなく、自身の判断を求められるケースが多い。支援方法の共有や検討の機会と、専門知識等を習得する機会を出来る限り確保し、適切な支援につなげることが望まれる。			
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。	障 53	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々の心身の状況に合わせ、適切に食事、入浴、排泄等の支援を行っている。食事は、嗜好や希望も献立に組み入れ、団欒の機会として楽しく食べられる工夫をしている。しかしながら、職員不足の影響で入浴を清拭に変更したりといった利用者のニーズに沿わない支援も見られ、課題となっている。			

A-2-(3) 生活環境			
A ^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。	障 54	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の居室は個室であり、車イスが安全に移動できるスペースが確保されている。また、明るい室内は空調も備えられ快適性を保っている。生活環境への利用者の意向の反映や防災面での安全対策など、課題も残る。			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A ^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。	障 55	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ADL(日常生活動作)の機能の低い利用者も積極的に受け入れていることから、床を移動する訓練やスプーン使用の訓練など、生活の中での残存能力活用のための機能訓練を支援している。訓練の計画的実施、モニタリング、専門家の指導など、更なる効果的支援に向けての取り組みを期待したい。			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A ^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。	障 56	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
入浴や排泄、食事のチェックなど、健康状態の把握に努めている。訪問看護により看護師が、利用者それぞれに対して月1回訪問している。医療機関については、利用者が個々に受診病院を定めているが、十分な連携がなされておらず、医療や健康管理に関する研修の機会も確保されていない。			
A ^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。	障 57	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者一人ひとりに対して、医療に関する必要事項を記載した個人票が作成され、通院時や非常時に活用している。服薬管理については、抜薬や誤薬の防止のために個人用にセッティングしている。医療的な支援のための研修参加など、日常的な支援の適正化とレベルアップを図られたい。			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A ^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。	障 58	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
社会参加としては、事業所への通所による日中活動参加が挙げられる。また、休日には外部ヘルパーによる外出支援を受けている。しかし、社会参加のための情報提供や学習支援などは実施出来ていない状況である。			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A ^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。	障 59	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
地域生活への移行としては、アパートでの一人暮らしなどが考えられ、在宅サービスを使った単身生活も可能である。現状の他施設や家庭からグループホームへの住み替えの時点で、それも地域移行の一つと考えられる。ニーズとしては確認されていないが、ニーズがあれば対応可能な体制を取っている。様々な地域移行の形態が考えられることから、利用者本人と家族のニーズの再点検を実施されたい。			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A ^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。	障 60	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
家族会が年に2回開催され、グループホームでの生活の報告やグループホームごとの面談が行われている。また、帰省の送迎時に家族とのコミュニケーションを図っている。家族との個別面談や利用者を含めた三者面談、相談の機会設定など、更なる連携による利用者支援を図られたい。			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A 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。	障 61	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

A-4 就労支援

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
A 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。	障 62	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
A 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。	障 63	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
A ¹⁹ 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
評価機関のコメント			
非該当			