

## 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：あいさんハウス	種別：共同生活援助
代表者氏名：今井恵美	定員（利用人数）：27名（26名）
所在地：愛知県津島市上新田町2丁目200番地	
TEL：0567-24-3725	
ホームページ： <a href="http://aisankai.jp/">http://aisankai.jp/</a>	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成20年12月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 愛燦会	
職員数	常勤職員：1名 非常勤職員：13名
専門職員	（管理者）1名 （世話人）9名
	（サービス管理責任者）1名
	（生活支援員）3名
施設・設備の概要	（居室数）27室 （設備等）居室・トイレ・台所
	浴室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

「あなたが楽しいと わたしは嬉しい」

#### ★基本方針

全ての人が笑顔こぼれるアミューズメントになる

みんなが光り輝くエンターテイメントに！

①私たちは全ての人を徹底的に応援します

②私たちは家族の様に結束して地域福祉に貢献します

### ④施設・事業所の特徴的な取組

①自立を目指し、自分でやれる事・支援が必要な事に分け、個別対応を徹底している。

②門限を21時とし、自主性を尊重している。

③イベントは月に一回行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 6月25日(契約日) ~ 令和 2年 1月20日(評価決定日)  【令和元年 9月24日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	1回 (平成28年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆地域生活への個別支援

利用者が地域の一員として生活できるよう、利用者一人ひとりの自律性と自主性を尊重し、側面支援をしている。地域生活を送る上で、個々に必要な支援を個別支援計画に基づき提供している。実際には、利用者本人の意向を基に幾つかの内容を提案した中から、利用者自身で取り組みが可能な活動を選択し、支援している。

◆管理者のサービス向上意識

管理者は全職員との面談や世話人会議を通じて出た意見を参考に、サービス向上に向けた有効な対策を常に追求している。また、会議では分かりやすく方向性を示すとともに、自らが講師となって支援のノウハウや権利擁護等について研修を行い、職員のレベルアップと意識向上を図っている。

◆安全安心の環境

利用者が快適に過ごせるように居室や共有スペースが考えられ、必要な修繕もなされている。また、安心して生活できるよう、職員による声掛けや見守りが徹底されている。

◇改善を求められる点

◆事業計画の具体性

事業計画は運営上、またサービス提供上の指針となる必要がある。事業計画を重点項目に絞った点は評価できるが、事業全般を網羅した内容でないことに加え、成果目標の設定がないなど、具体性に欠ける面もあり、大幅な改善が求められる。

◆ボランティアによる支援の活用

自立度の高い利用者が多い中であっても、地域生活を送る上で更に充実した暮らしへ、また社会性を伸ばし一層人間的に成長できるよう、他者の力を借りるという方策も必要である。様々なボランティアを有効活用し、利用者の成長の糧とされたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自己評価については、cの部分もあったが、第三者評価ではcの評価はなかった。ただ、aの部分も第三者評価として減っており、その箇所については今後の検討課題として、修正していく事としたい。世話人とも常に情報交換、情報共有しながら支援していきたいと思う。基本方針と組織についての経営の分析(稼働率の分析など)を細かく行い、経営状況の確認をしていきたい。

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（65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・㉔・c
<コメント> 理念、基本方針は各ホームに掲示され、また職員配布されている。一方で、会議の場などで職員周知する機会もないため、周知されているとは言い難い。利用者に対しては、理解が得られるような資料の用意や説明機会などの特別な配慮がなされないため、理解促進への取り組みが望まれる。			

##### 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	a・㉔・c
<コメント> 経営状況について、稼働率は毎週算出しているが、分析までには至っていない。福祉動向や利用者ニーズに関しては、所属団体の会合や運営会議で情報を収集して把握に努めている。また、相談支援事業所を通して利用希望者などの情報を得ている。			
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・㉔・c
<コメント> 世話人研修などでグループホーム自体の課題を把握しており、該当する事項は運営会議へ挙げている。現在、最大の課題である夜間体制の問題に関して、職員周知は図られているが、解決に向けての具体的な取り組みは進められていない。			

##### 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・㉔・c
<コメント> 平成29年度に5ヶ年計画として作成された計画は、法人事業の方向性が示されているものの、現状にそぐわない部分も見られ、また数値目標や収支予測などに乏しく具体性を欠くため、早急な改訂見直しが求められる。			
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・㉔・c
<コメント> 年度計画は、特に中・長期計画にリンクした形はとられず、前年度評価を基に重点事項に絞った内容となっている。しかし、新たなサービスや取り組みの開始にあたっての方策や手立てが不明瞭であり、進捗状況も図り辛い面がある。より実効性のある形への改善が望まれる。			

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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 世話人会議で出た課題や問題点を踏まえ、管理者が素案を作成し、再度世話人会議で確認している。計画は年度見直しであり、基本的には年度途中での改訂や見直しはなされていない。		
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
<コメント> 家族に対しては、利用者が所属する生活介護事業所や就労継続支援B型事業所など、日中活動の家族連絡会などで説明がなされている。利用者に対しては、ホーム内に掲示がされているものの、少しでも理解が増すような資料の用意などの配慮は行われていない。更なる理解促進に向けた取り組みが望まれる。		

#### 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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 職員のセルフチェックが実施され、権利擁護の意識や不適切行為の洗い出しが行われている。利用者のチェック機能としては、サービス管理責任者と相談員がモニタリングの際に聞き取りを行い、サービス改善につなげている。サービスチェック後の分析、検討という点が弱く、それらのプロセスは管理者に委ねられている現状である。		
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
<コメント> 課題の共有化、文書化という点では事業計画に限定されている。改善計画の策定、更には見直しといった点は、法人としての取り組みが無く、運営上の課題である。		

## 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	ⓑ	c
<コメント> 管理者は、世話人会議の場で、自らの方針を説明している。キャリアパスにより職務分掌が定められ、「運営規程」には職務内容が定められているが、職員周知に関しては進んでいない。管理者の職務権限は、多くの場合サービス管理責任者に委任されている。グループホームの特殊性を考慮し、夜間帯の責任体制を明確にすることが求められる。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 管理者は、関連団体のセミナーや行政担当者等との懇談などを通して関係法令などの情報を把握している。また管理者が講師として職員に説明を行う場合もある。コンプライアンス規程が制定されているが、職員周知が図られているか、否かは把握していない。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 管理者は定期的開催される世話人会議で、自らが講師となって研修を行っている。また、年1回全職員との面談を行い、職員意見をサービス向上への参考としている。世話人会議は、課題の共有から職員の意見聴取、検討、管理者の方向性提示といった形で進められている。				
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	ⓑ	c
<コメント> 財務については、会計士のサポートを受けて毎月の分析と状況把握を行っている。労務対策としては、職員面談による個別対応がなされている。一方で、配置基準を充たすための世話人確保が達成されておらず、継続課題となっている。管理者は常に業務改善や環境改善に前向きに取組み、利用者や職員双方の処遇改善を指向する姿勢がうかがえる。				

### 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	ⓑ	c
<コメント> 様々な媒体を使った求人活動が行われているが、特に有資格者に限定したものではなく、人材確保に関する明確な指針は無い。人材の育成・定着に関しては、研修や人事制度によるところだが、事業計画に掲げた職員のスキルアップの項目などで研修の重要性が理解できるものの、中・長期的な方針や展望などは確認できなかった。				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ	c
<コメント> 期待する職員像としては、キャリアパスの中に階層毎の基準像が示されている。人事考課制度として、2回の面談を通して業務成果や貢献度の評定を行っている。また、正規職員に準じた非常勤職員の考課も実施している。一方で、異動や昇進に関しては不明瞭な部分もあり、労使双方が納得できる分かりやすい人事制度への再検証が求められる。				

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り組んでいる。	障16	a ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>計画有休の実施、産休・育休の取得、ストレスチェックの実施、相談窓口の設置、退職共済の加入等々、働きやすい職場に向けての取り組みが見られる。また、有給休暇や時間外労働などの就業状況の把握がなされている。一方で、労働環境の改善を進めるシステムが無く、法人としての課題となっている。</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。		
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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>キャリアパスが示す階層毎の基準像に基づき、人事評価表の中で年間目標を設定して評価するシステムがある。自己評価と管理者面談を通じた評価がなされるが、中間面談などで進捗状況を把握する形にはなっていない。有効性のあるシステムへの再構築が望まれる。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所独自の研修計画は策定されておらず、バックアップ施設の計画に準じて法人研修や外部研修に参加している。よって、研修目標の設定や評価などが明確になっておらず、改善が求められる。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>世話人会議は、時間の半分を研修に充てて実施されている。法人主導の階層別の研修に参加しており、管理者は外部研修への参加も奨励しているが、人員の関係（世話人の不足）から参加が進んでいない状況である。重要な育成手段であるOJTに関しては、サービス管理責任者とサブの職員が指導に当たっているが、目標・面談・評価といった体系的な仕組みは無く、OJTのシステム化が求められる。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>母体のバックアップ施設で受け入れた実習生が見学を訪れる程度であり、グループホームが主体となった実習生の受け入れは行われていない。事業所の姿勢として、グループホームは住居であり、プライベートな場所であるという考え方に沿った対応である。よって、マニュアルなども用意されておらず、職員サイドの受け入れ体制も整っていない。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに決算や事業報告、第三者評価結果など様々な情報が公開されている。また、法人の活動状況などを掲載した広報誌が四半期毎に発行され、家族や関係機関に配布されている。公開情報の中に苦情に関するものが無いが、事業運営の透明性という点では、苦情情報の内容等を公表することが望ましい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「経理規程」に、会計や取引上の契約に関する事項が定められているが、事務職員以外への職員周知については十分とは言い難い。階層毎の職務分掌についても同様であり、職員への周知状況は疑わしい。監事による内部監査、会計士による財務チェックが実施され、一定の運営適正化が図られている。</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	a	ⓑ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域のイベントへの参加、買物や外食、通院等の外出を通しての地域住民とのふれあいが図られるが、定期的な交流機会の設定はない。地域との関りに関する方針は、文書化されていない。事業所のスタンスとして、「グループホームはイコール地域生活」という捉え方であり、改めて地域との関係に言及する必要性に乏しいという視点である。地域の一員として、近隣との良好な関係の維持が望まれる。</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	ⓑ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアによるイベントへの招待などが見られるが、グループホームでの受け入れは行われていない。マニュアルなども整備されていない。プライベートな空間に招き入れることの是非も踏まえ、例えば外出支援のボランティアや趣味や娯楽を指導するボランティアなどは考えられないか。利用者と社会との接点を増やし、社会性伸長を図る意味でも、検討が求められる。</p>			
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	Ⓐ	· b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者が市の自立支援協議会に参画し、情報共有や共通課題の検討を行っている。その他、県の知的障害者福祉協会等の会合に参加している。また、今年度、圏域のグループホーム連絡会が立ち上がり、横のつながりも出来始めている。利用者毎の社会資源リストは、ケース記録のフェイスシートで確認することができる。</p>			
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	Ⓐ	· b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>町内会に登録し、世話人が会合に参加するなど、地域住民とのコンタクトが図られている。管理者は自立支援協議会のアドバイザーを務め、各種会議に参加することで地域のニーズや諸問題を把握している。</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。	障27	a	ⓑ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>町内会を通して地域と協力関係を保ち、また地域住民の理解を得ている。一方で、特別な地域貢献活動はなされておらず、災害時等における地域との協力体制も確立されていない。利用者が地域の一員として、また事業所が地域の社会資源として、地域に対してどのような貢献ができるかを考え、実行することで、地域との一層良好な関係を築かれない。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者尊重の精神は、「倫理要綱」や関連する規程の中で述べられている。この内容については、世話人会議において、またコンプライアンスの研修を通じて、職員への周知を図っている。</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	a	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシーの保護についての規程が整備されている。この内容については、家族に説明されている。しかし、プライバシーに配慮した支援についてのマニュアルがあるものの、職員独自の手法に代わってしまうことがあるため、その都度確認指導を行っている。現状に鑑み、マニュアルと実際の支援について点検を行い、整合性を図ることが望ましい。</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	a	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や活動内容をホームページに掲載し、利用希望者に対して情報の提供を行っている。また、行政機関などの公共施設に広報紙を置いている。しかし、情報内容についての見直しの期間が明確でない点など、不十分な点もある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの説明を行う際、書類にルビを振って利用者に分かりやすいように説明をしている。利用者本人が意思決定をする事が困難な場合には、家族や相談支援員にも協力を得ながら対応を行っている。しかし、意思決定に関する明確なルールについては、明文化されておらず、整備が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>他の福祉施設への変更や家庭への移行等、福祉サービスの継続性への配慮について、担当者会や家族会により、ニーズを吸い上げる場を持っている。しかし、手順と引継ぎに関する書面については整えられていないため、今後の課題となる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足の向上を目的とする仕組みについて、担当者会で意見を聞く他、利用者本人や家族と直接話す機会を持っている。しかし、利用者や家族を対象としたアンケート（満足度調査）の実施など、広くニーズを汲み取る工夫を期待したい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制については整備されている。その内容についても、職員間で共有するための会議での報告や回覧がされている。しかし、「苦情記入カード」の配付など、積極的な取り組みについて検討する余地がある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が相談しやすい環境作りを行い、また利用者が希望する職員が相談の対応を行っている。しかし、相談や意見について、適切に対応する事を謳った書面の作成や掲示については不十分なため、改善を要す。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者から相談事があれば、速やかに対応している。また、受けた相談内容についても記録を取る他、職員にもその内容を把握させ、適切に対応できるよう情報伝達を行っている。しかし、意見箱の設置や対応の検討に関するマニュアルについて不十分な点があり、改善の余地がある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故防止委員会を設置し、毎月委員会を開催している。この委員会の中で、ヒヤリハットや事故報告書の内容について確認、分析を行っている。また、この事故報告書の内容について、現場職員へフィードバックを行っている。しかし、リスクマネージャの配置など、システムの明確化への課題は残る。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策について、委員会を設置している。「感染症マニュアル」をグループホームに配備し、世話人への周知も行っている。予防対策としても、手洗いやうがいの注意喚起、食卓のアルコール消毒の実施、利用者個々へのタオルの用意など、丁寧な対応を行っている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回、消防署と地域住民も組み入れた消火訓練を行うなど、積極的な取り組みを行っている。備蓄品についても、リストの作成がされている他、食品についてはローリングストックの実施など、工夫が見られる。防災委員会も設置され、災害時の対応体制が構築されている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「これまでのあいさんハウス・これからのあいさんハウス」の法人研修で、基本となる支援について学んでいる。また、個別支援計画において、具体的な支援の方法は明文化されている。しかし、標準的な支援の実施方法について文書化が不十分な点があり、今後内容についての検討が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>モニタリングや担当者会にて、支援の内容を確認・検討を行っている。しかし、標準的な支援と個別支援計画のすり合わせや、標準的な実施方法についての見直しの時期の設定がされていないなど、改善点がある。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 所定のフォーマットにアセスメントが記入されている他、担当者会などを通じてアセスメントの定期的な見直しが実施されている。また、個別支援計画を策定するにあたり、相談支援員や看護師、通所施設の職員とも連携を図り、綿密に作成されている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 個別支援計画について、半年ごとの見直しを行い、評価を行っている。また、その内容確認を行った職員は、必ず押印するなどの取り組みを行っている。但し、利用者の同意を得るための手順や周知のための手順を定めた書面の作成など、不十分な部分があるため、これらの点の改善を期待したい。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 世話人会議にて話し合われた内容を会議録に起こし、回覧している。また、日々の記録についても見ることができるようになっており、確実に情報の共有化を図っている。しかし記録の書き方については、世話人個々に差異が生じてしまう点があるため、今後の改善に期待したい。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 法人のコンプライアンスに関する研修を通して、個人情報の保護の観点に配慮している。また、記録等書類については、鍵のかかる棚に保管しており、管理体制が取られている。しかし、書類の保管方法や破棄の方法などの規定が抜けているなどの点について、今後の整備が望まれる。		

## 【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	① ・ b ・ c
<コメント> 活動内容によって、利用者全体から意見を取る場合と個別で取る場合と分けて対応している。そのため、自己決定をしやすい環境を作っている。また、個別支援計画についても、計画とリンクした内容を準備してサービス提供がされており、きめ細かに対応されている。		

### A-1-(2) 権利侵害の防止等

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 ・ ① ・ c
<コメント> 世話人会を通し、権利擁護に関する研修を行っている。また、実際の支援の場面に対して、主となる職員が世話人に対し、不十分な点があれば指導し確認を行うなどの対応も行われている。マニュアルについては、再発防止策に関する内容などに改善の余地が見受けられるため、世話人と共に再確認を要す。		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づいて日々の支援を行う中、課題を抽出してモニタリングに落とし込んでいる。この内容について、対象となる利用者を確認し、本人から取り組みそうな内容を選択してもらい、実際に取り組んでもらっている。この他、行政手続きについては、事業所に対応している。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に障害の程度に合わせ、絵カードや筆談用のホワイトボードなどを活用している。また、世話人からも利用者とのようにコミュニケーションを図っているか、情報共有や意見交換を行い、常に利用者のコミュニケーションを高める手法を模索している。</p>		
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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談について、グループホームの職員の他、事務職員なども対応している。また、相談された内容について、スタッフ間で情報の共有が図られ、対応できる体制作りがされている。この他、利用者から電話での相談についても対応しており、きめ細かな対応がされている。</p>		
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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からのニーズや希望について、面談などを通じて拾い出しを行っている。その内容を基に、個別支援計画に落とし込んだ上で、活動のプログラムを組み立てている。地域のお祭りなどの情報についても、プログラムの組み立ての時に参考にしている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>精神疾患等の利用者に対して、個々の状況に合わせた対応を行っている。また、毎月の会議において、利用者の状態への対応方法などについて意見交換も行っており、個別性の高い支援を行っている。障害特性に関する研修については、研修内容の更なる充実に期待したい。</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常生活において、比較的自立している利用者が多いため、現状を維持するための取り組みを行っている。また、出来ている部分の上乗せとして取り組みそうな部分については、スモールステップの観点を取り入れ、利用者が挑戦できそうな内容をいくつか提案し、本人がその取り組みを選んでいる。その結果、自発的に取り組みを行う利用者も出てきている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のハード面の生活環境については、補修が必要な個所は修繕されている。利用者の居室は快適に過ごせるよう、本人の好きな物を飾ったり、適宜に模様替えをしている。また、共有スペースについては、利用者が安心して過ごせるように、職員や世話人が声かけを行うなどの対応もしている。</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	① . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常生活で、利用者本人が出来る事を個別に行っている。個別支援計画に基づき、利用者本人の取り組みについて、芽生えがある場合には、本人が取り組みそうな内容をいくつか提案し、選択して取組んでもらっている。その内容について、モニタリングにて評価を行い、本人と振り返りを行っている。必要に応じ、相談支援員や看護師などとも連携して対応している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員や世話人は、利用者の健康管理を行い、また必要に応じて通院の支援も行っている。発熱がある場合には、主治医や看護師に連絡を取り、相談や指示を受けて対応している。健康管理に関する研修についても実施している。</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 . ② . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>服薬の管理を適切に行っている。また、アレルギーやアトピーなど適切な支援や対応を行っている。また、必要に応じ、医師や看護師と相談している。書面における支援の実施手順については、改善を要す部分も一部見られる。</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	① . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意向や希望を基に、外出の機会を定期的につけている。その際、公共交通機関の利用やカラオケ店の予約、収穫体験やその収穫したものを調理することなど、学習や体験の機会を提供しており、地域生活に即した取り組みを行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>一人暮らしを希望する利用者に対し、本人にとって何が課題かを確認し、その課題への取り組みへの意欲が高まるよう支援している。相談支援員とも協力関係を構築し、連携して支援にあたっている。</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	① . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族については、家族会を通じて交流を図っている他、個別面談においても意見交換を行っている。また、後見人についても月に1度面談を行い、利用者本人のニーズや意向について確認をしている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</p>		

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			