

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

一般社団法人 福祉サービス評価センター

②施設・事業所情報

| | | |
|---|----------------|-------------|
| 名称： あったか生活支援センター | 種別： 共同生活援助 | |
| 代表者氏名： 小野 嘉久 | 定員（利用人数）： 10 名 | |
| 所在地： 愛知県知多郡東浦町大字緒川字東米田26番4 | | |
| TEL： 0562-85-9600 | | |
| ホームページ： http://www.aikouen.jp/ | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日 2015年 7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： 9 名 | 非常勤職員 6 名 |
| 専門職員 | 管理者 1名 | |
| | サービス管理責任者 1名 | |
| | 生活支援員 4名 | |
| | 世話人 3名 | 世話人 6名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） 5室×2 | （設備等） |
| | 食堂・居間各1室×2 | 風呂各1、トイレ2×2 |

③理念・基本方針

【基本理念】

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」受けとめられ、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。

【基本方針】

①生命の尊厳、②個人の尊厳、③人権の擁護、④社会への参加、⑤専門的な支援 を自覚し、使命を果たすことを目指していく。

④施設・事業所の特徴的な取組

・1965年重い障がいのある子どもたちの通園施設「愛光園」を開始、1992年障害者地域生活援助事業（グループホーム）を開始した歴史ある法人の施設である。
 あったか生活支援センターグループホームは東浦町西部丘陵地に位置して各ユニットが玄関を挟み隣り合わせに建てられ、食堂兼居間は天井も高く快適な空間になっている。周りは自然豊かなところであり「ブドウ園」「グラウンド」が隣接、最近ではベッドタウンとして住宅が立ち並ぶ静かな町にある。この一帯にはレストランを運営する「ひかりのさとファーム」を中心に愛光園施設が数多くある。あったか生活支援センターグループホームは「なないろの家 1」「なないろの家 2」の2か所10室のグループホームです。

事業所基本方針

・方針、方法を組織で考え、本人を中心に連携してより良い支援、生活の安寧を目指している。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|--|
| 評価実施期間 | 令和 3年 9月 10日（契約日）～ 令和 4年 2月 1日（評価決定日） 【令和 3年 11月 10日・29日（訪問調査日）】 |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 初 回 （令和 年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

・基本理念「共に生きる」・行動規範「14項目」を掲げ、後援会組織としての「ひかりのさとの会」が、ボランティア活動、広報活動など行っている。職員は「クレドカード」（基本理念、行動規範）を携帯し読み合わせや唱和を行うなど、行動規範に基づくサービスの提供を図っている。地域への情報発信としては機関誌を配布し、あいち健康の森ホールなどにて行政、家族、利用者、職員、地域住民、関係機関を招待、実践発表会を行い基本理念に基づく支援の実践状況などを発信している。

・中期計画を事業計画に展開して収支・事業について毎月の報告と年度の振り返りを行っている。また、一人ひとりの目標管理についても職員の自主性を尊重し意見、提案について活発に行われている。委員会や個別支援計画のモニタリングでもサービス管理責任者、サービス担当者、世話人が集まり利用者の要望を細かく認識して支援計画の見直しを行っている。利用者の週末の過ごし方についてはパブリックリビング（利用者が自由に使えるスペース）の活用について話し合われている。職員の負担軽減と利用者へのサービス質向上として巡回エリアの見直し（複数ホームを隣接したエリアに配置）により支援の効率化を図っている。

・研修会については昨年度より非常勤を含めて「もっとモットプロジェクト」「インシデントプロセス」「アンガーマネジメント」「関係をつなぐ支援」「虐待防止」等、数多く計画され全職員が参加できる環境を充実させている。

・勤務体制として変形労働時間制度や1時間単位の有給休暇制度の取り方は職員が自由に選択でき事業所側も積極的に対応している。

◇改善を求められる点

・事業計画は進捗についての目標設定がされているが、成果目標がない。例えば、共同生活援助利用者の高齢化、重度化に対応する支援体制の整備に対して支援体制がどう良くなったかの評価指標が必要。また、多様なニーズへの対応に対して研修会に派遣した結果、多様性の確保やサービスの質がどのように向上したか成果目標を設定して研修の実施内容が成果に結びついているかを振り返り次年度への繋がりが出来るようにしたい。

・利用者の高齢化・重度化対応出来る居住設備を備えつつ、行動障害を有する利用者への適切な支援に向けて、更なる人材育成に努められたい。また、現在行なわれている虐待防止に関する知識や技術についても習熟度を確認しながら継続的に教育を進められたい。

・今後、ますます支援者の負担は増える事が予測出来るので、業務の実効性を高める活動として機械化やICT活用は必要不可欠であり、先ずはインターネット環境整備など出来ることから取組みをされたい。

・地域との交流としてはコロナ禍の終息をみながら、以前行っていた交流を再開をされたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受審し、職員が自己評価に取り組み、事業所に求められている視点を知ることができたことでスタートラインに立つことができたのだと感じています。評価結果をしっかり受け止め、できていることについては自信をもってさらに発展させ、できていないことについても課題を明確にして取り組み改善していくことができます。ありがとうございました。

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・b・c | |
| <コメント> ・理念・行動規範はホームページ、機関誌、中期計画に記載されている。職員は「クレドカード」(理念・行動規範)を携帯して会議や委員会など様々な機会に読み合わせ、唱和等で周知を図っている。また、年4回機関誌(約1000部)を家族、関係機関や「ひかりのさと会」(家族後援会)へも配付し周知を図っている。 ・実践発表会はあいち健康の森ホールなどにて行政、地域住民、関係機関、家族、一般の方を招き開催して基本理念に基づく支援の実践状況を説明し周知を図っている。 | | | |

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 | a・b・c | |
| <コメント> ・事業経営をとりまく環境については、自治体、社会福祉協議会、障害者自立支援連絡協議会、相談支援センターなどから福祉計画や福祉サービスのニーズなどの情報を入手し、法人として分析して経営状況を合わせ見て、経営小委員会を通して各事業所に中期計画の原案が配付される。事業所としては相談支援事業所からの情報と中期計画の原案にたいする問題点などを職員に意見を聞き取り、中期計画として予算措置に基づき、立案される仕組みが出来ている。また、年1回運営協議会に地元自治会(区長)、社会福祉協議会、育成会、NPO法人利用者代表、家族代表及び関係機関を招き、福祉ニーズの収集をおこない見直しを行っている。 | | | |
| 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・b・c | |
| <コメント> ・経営課題に対して事業所としてはセンター長が中心となり必要に応じて主任、職員に意見を聴き、現状把握を行った上、重点目標と方策を立案し法人本部へ提案を行っている。但し、現在は職員までは具体的な収支(費用)の話まではしておらず、今後については施設長も認識しているが職員まで説明してコスト意識を向上させる取組に期待したい。 | | | |

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・b・c | |
| <コメント> ・中期計画は事業所からの提案に対して法人本部で予算措置に基づき、事業所別に重点項目、目標及びスケジュールについて調整・決定し経営会議から経営小委員会を経て事業所へ展開される。中期計画についての重点目標においては実施項目に対する進捗率を管理しており、成果に対する目標の数値化は限られているので、誰でもが共有して良し悪しが判断できるように数値化した管理をされたい。 | | | |
| 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・b・c | |
| <コメント> ・事業計画については年度末の振り返りから次年度の事業計画に反映して、法人本部の承認を経て毎年策定される。毎月収支計画及び事業計画について進捗状況と評価結果を法人本部へ報告して意見を打診する仕組みが出来ている。事業計画については各委員会や各主任へ振り分け実施される、職員の「目標取組申告書」に反映して目標及び行動計画をたてる仕組みが出来ているが、良し悪しが判断できるよう目標の数値化が望まれる。 | | | |

| | | |
|--|----|-----------|
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・事業計画は重点項目別に委員会や主任が毎月纏めセンター長へ報告している。遅れについてはアドバイスをを行い次月までに挽回計画を立てそれぞれの職員が目標管理の行動計画についても見直しを行っている。重点項目「多様なニーズへの対応」として個別支援計画の毎月のモニタリング会議に世話人を参加させ意見を聞き取り支援計画に反映させる取り組みを行っている。事業計画は年度末には実施状況の振り返りを行ない、全員でブレーンストーミングにより提案を纏め、次年度に繋げているが成果については分からない。</p> | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・事業計画については機関誌に掲載して利用者へ配付し家族へも送付して理解を得ている。</p> <p>・事業計画の「施設設備の整備・更新」は、パブリックリビング(利用者が自由に使えるスペース)の使い方(カラオケ、ランチ会)やエリア単位を近隣に見直し応援や巡回の効率化などについて説明し職員と話し合っている。今後についても、利用者に関係する情報は理解して頂けるように継続し取組みされたい。</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。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・今回の第三者評価での自己評価は職員2名が事前説明会から参加して自己評価を行った。課題解決はまだこれからではあるが PDCA サイクルを意識してサービス管理者責任者、サービス担当者、世話人を巻き込み意見の集約のもと質向上を図っている。個別支援計画の充実により、利用者へのサービスの質向上に取組んでいる、こうした取組みは事業計画の重点目標達成に向け成果に期待ができる。</p> | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・毎月の事業計画の法人本部への報告時には進捗状況を確認して、遅れている場合は次月度には挽回するよう助言を行っている。センター長と副センター長又は主任とはフィードバック面談を行い進捗状況を確認して必要があれば対応を一緒に考え改善を進めている。職員が共有して進捗状況が分かるような詳細計画表の作成が望まれる。</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。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・センター長は職員に対して組織表と運営規程により自らの役割を明らかにし、方針については事業計画にまとめて委員会や職員へ指示している。重点項目は委員会、主任、職員に振り分け計画的に取組みを実施し月1回フォローを行い遅れが生じないような手立てを講じる仕組みが出来ている。有事における管理者の役割については決められているものの、一目で分かるよう体系表を作成し掲示されたい。</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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・法人本部に法令順守規定、コンプライアンス規程があり、年度研修計画に組込まれて研修計画に従いセンター長及び職員は研修会に参加している。事業所としては法令に関する研修を現在は権利擁護、虐待防止に関する研修が中心である内部研修に職員全員対象に積極的に参加させている。法令等を職員が正しく理解したかどうかについても確認されたい。</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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・基本理念、行動規範に従ってサービスを提供することが重要と考え、個別支援計画見直しについて、サービス管理責任者のみならず生活(サービス)支援員、世話人までモニタリング会議に参加して貰い、現場の問題点を吸い上げる取組を実施している。但し、成果に対する目標が設定されていない。利用者の満足度評価或いは第三者評価基準による自己評価結果を時系列的に評価するなどの指標を明確にしてサービスの質向上を確認されたい。</p> | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・業務の実効性を高める取り組みとしては複数ホームの隣接したエリアに設置する見直しを行ない、支援サービスの業務効率の向上を図っている。また、「なないろの家1」と「なないろの家2」ではインターホンの活用も取り入れ必要時対応出来るように業務効率化にも取り組んでいる。現在の状況はとても忙しそうであることは否めないで、重度障害者加算などの認定を進め配置定員の見直しや機械化やインターネット環境整備等から始められたい。</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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・正規および新卒採用は法人本部が計画的に求人、採用をおこなっている。非正規職員については事業所にてハローワーク、求人情報誌、愛知県知的障害福祉協議会の世話人確保事業を利用したの折り込みチラシなどで対応している。新任教育については法人が主体となり新規職員の研修を行いスキルアップを図っている。事業所は OJT 研修によりスキルアップを図っているが、習熟度についての評価方法がはっきりしていない。昨年度からは非正規職員の参加がし易いように内部研修を増やし虐待防止などの研修に参加させ育成を図っている。</p> | | |
| II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | 障 15 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・人事考課については職員人事規程の中の人事考課表にて能力効果、情意考課、職能要件書に従い成果や貢献度について評価している。また、センター長・副センター長・主任によるフィードバック面談では、職員からの要望も聞き取り配置や異動について対応している。職員の意向や意見についての評価・分析については確認できなかった。</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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・勤務状況については出退勤の状況を確認して過度な勤務が無いかについて把握している。年2回の職員面談に於いても職員の意見を聞き込んでいる。職員が働きやすい配慮としては変形労働時間制度や1時間単位での有給休暇取得制度を導入して、職員の生活に合わせた働き方を実現させ評価を得ている。福利厚生としてはわーくろい知多に加入して職員の余暇の利用に役立っている。ただし職員が有休を取得した場合、他の職員にしわ寄せが来ることは否めない状況である。</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><コメント></p> <p>・目標管理による育成では職員一人ひとりが、フィードバック面談後に「目標取組申告書」に「私の長期目標」、「単年度目標」、「行動計画」を記入提出しセンター長と主任と面談し基本理念、行動規範に基づき話し合い、また、職員フィードバック面談に於いて遅れ具合や要望や相談に応じ助言を得ているが成果についての評価が分かりにくい。</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><コメント></p> <p>・研修は法人本部が階層別、テーマ別、自己啓発に分けキャリアパス表(6等級)にて管理している。事業所としては自治体、県社協、自立支援協議会などからの研修案内の内容や「目標取組申告書」の希望から主任がバランスを考慮、人選して参加させるように管理している。内部研修については研修委員会が企画した権利擁護、虐待防止、事故やインシデント事例研修会などに積極的に参加させている。ただし現在は研修が多く企画されており、職員の負担も高く感じるので次年度に向けて整理されたい。</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><コメント></p> <p>・法人本部企画の研修会はキャリアパス表に従い計画通り参加させている。新任職員研修は法人にての企画と事業所にて企画するものがある、事業所に於いてはステップ毎、理解、行動の良し悪しの判断し、OJT 教育が実施されているものの習熟度までの評価はされていない。新任職員に対する OJT 研修を文書化して習熟度の目標についても決められたい。</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><コメント></p> <p>・実習生については法人本部が受入れ、事業所毎実習生受け入れマニュアルに従い、受入れているが当事業所としては受入れの実績がない。センター長は実習生受入れ説明会に参加しているが、受入れの時間帯が利用者送迎時間帯と重なるため不可と判断しているが、法人内の他施設との連携を検討してプログラムの一部を受入れるなど検討されたい。</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 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・ホームページや機関誌には法人の基本理念、行動規範、事業計画、苦情件数、財務諸表など掲載されている。また、現在はコロナ感染予防の影響があり中止されているが、毎年あいち健康の森ホールなどで、一般住民、行政、関連機関、利用者、家族、学生など多数参加を呼びかけ実践発表会を行い「社会福祉法人 愛光園」の基本理念・信条、行動規範など幅広く地域へ紹介しているのでコロナ禍の終息を見て発表会を再開されたい。</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><コメント></p> <p>・経理事務については経理規定、決裁規程や職務分掌表及び職務権限表に詳細が決められ、業務がなされている。収支及び事業について毎月書面開催しており、事業部長が年に2回内部監査を実施している。内部監査結果についての指摘に関する改善計画は職員が見られるようされたい。</p> <p>・外部監査については会計監査人により毎年実施され指摘事項があれば改善計画書を提出して計画書に従いフォローする仕組みが確立している。</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><コメント></p> <p>・コロナ禍に於いて交流は減っており、町内会には入会して回覧板を届け近所の方と挨拶したり、コンビニ、スーパー、ホームセンターなどの利用程度しか行われていない。ボランティアとしては毎月25回程、夕食づくりのお手伝いとして受入れ交流は図られている。コロナ感染の状況を見ながら従来の交流再開に期待したい。</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><コメント></p> <p>・ボランティア活動は後援会団体の「ひかりのさとのかい」が受入れの窓口となり、映画上映会、企業演奏会、クリスマス会などのイベント、清掃活動、バザーなど受入れている。事業所としては夕食づくりのボランティアを受入れているのでボランティアマニュアルの整備を図りたい。</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 | a | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>・相談事業所ガイドブック、社会福祉協議会、NPO法人や関係機関などから情報を入手して必要な社会資源については機能や連絡方法について把握している、必要に応じて利用者に情報を配付し説明し利用を進めている。必要な社会資源リスト化して職員が共有出来るような状態となっていないため、文書化してファイリングし、すぐ取り出せるようにされたい。</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 | a | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>・法人としては関係機関、団体から福祉ニーズを把握して年1回運営協議会に地元自治会(区長)、社会福祉協議会、育成会、NPO法、人利用者代表、家族代表及び関係機関を招き福祉ニーズの情報収集を行っている。事業所としても町内会のあるグループホームでは町内会へ加入して近隣の情報を収集しているがニーズの把握としては十分とは言えない。</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><コメント></p> <p>・法人としては8事業所が相談、情報提供関係機関との連絡調整や入浴、排せつ、食事、移動支援、活動支援や介護保険法のサービス事業を市町村から事業受託している。公益を行う団体に施設の貸し出しなどを行っている。また、他の6事業所については災害時における福祉避難所への登録、各種支援活動など公益的な事業活動をしている。事業所としても、愛知県や愛知県社会福祉協議会からの依頼により講師派遣も行っているが更なる公益的事業拡大に期待したい。</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 | a | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本理念や行動規範を記載した名刺サイズの「クレドカード」を職員に配付し、職員会議で読み合わせなどの取組を行っている。基本方針「利用者本人の思いに寄り添い、希望する誰もが安心して地域で暮らしていける支援を行う」を目に触れやすい場所に掲示し、職員が常に意識できるようにされたい。 ・利用者の尊重や基本的人権の配慮について、外部講師による研修会を実施している。また、虐待防止について、「もっとモットプロジェクト」を立ち上げて取り組んでいる。 | | | | |
| 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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の居室は、個室で好みのベッドや家具を配置し、共有スペースは、採光、防音、消火器の設置など住みやすく、居室は個室でプライバシーを守れ、明るく快適な環境・設備等が整備されている。法人で作成したプライバシー保護規程が、事業所に設置されていなかったため、設置されたい。 | | | | |
| 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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期的に発行する「愛光園だより」では、それぞれの事業所の基本方針・重点目標を明記し情報を発信している。パンフレットは、法人全体を網羅しているが、各事業所の説明が少ないため、パンフレットのページ数を増やすか、補助的な資料を用意することが望まれる。 ・利用希望者に対し、パンフレットを渡し、見学の機会を設けているが、さらに利用者にはわかりやすい内容も検討されたい。 | | | | |
| 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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの開始、変更にあたっては、サービス管理責任者が利用者、家族等に契約書、重要事項説明書、個別支援計画等をわかりやすく説明して同意を得ている。言葉による理解が苦手な利用者に対しては、絵や図を用いて理解しやすいように工夫し意思を確認しつつ説明を行っているが、意思決定が困難な利用者には、更に丁寧な説明方法や資料について工夫されたい。 | | | | |
| 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 | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・最近では、福祉施設・事業所への変更や家庭への移行は殆どないが、過去に、利用者の一人暮らしや、他のホームへの変更の場合は、利用者の意向に沿って、担当者会議で意見交換し、相談支援事業所、関連福祉施設等と連携しながら情報提供に努め、福祉サービスの継続性に配慮する取り組みを行っている。今後は継続性に配慮した手順や引継ぎ文書の作成に期待したい。 | | | | |

| | | |
|---|------|-----------|
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画作成の際、利用者への聞き取り、意向を確認し、定期的なモニタリングや日常的な会話等で、利用者満足の上を努めている。現在、利用者満足度の調査はしていないので、今後、利用者満足度を組織として調査・把握し、福祉サービスの向上に結び付ける取組みに期待したい。 ・また、各ホーム会議、全体会議で各ホーム日誌、支援経過記録、担当スタッフと情報共有し、利用者満足度の向上につなげている。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決体制については整備され、その内容を各ホームに掲示している。年 3 回生活面、医療面等利用者、家族等から苦情等を聞き、年1回苦情解決第三者委員会を開催している。苦情内容や解決結果を申し出た人にフィードバックしているが外部には公表していないので、申し出た人に配慮したうえで公表することを検討されたい。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談や意見の発信が難しい利用者には、送迎時やホームでの生活で積極的に声掛けをするなど雰囲気づくりに努めている。利用者や家族等に対し相談があれば何時でも応じられるようなスペースの確保はできている。今後は、意見箱の設置やアンケートの実施についても検討されたい。 ・毎週水曜日に「そよ風」で、職員 OB、関係職員等が、利用者の相談や意見を聞く環境を整備している。さらに、意見を述べやすい環境を整備して、利用者、家族等に周知されることが望まれる。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談や意見に、マニュアルが無いため経験に基づいた対応になっているので、今後は、マニュアルを整備して、組織としての対応策を検討し、福祉サービスの向上につながる取組みに期待したい。日常の福祉サービスの提供時は、利用者が話しやすい環境に配慮し、傾聴し、日誌等に記入し、緊急な要件はサービス管理責任者に連絡し対応している。 | | |
| 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。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故防止担当者を設置し月 2 回の職員会議で発生要因を分析し、改善策・再発防止策の検討に取り組んでいる。会議内容は連絡帳に記録し職員へ周知、再発防止に努めている。 ・虐待防止推進会議を隔月に開催、各事業所に虐待防止責任者、虐待防止マネジャーを選任、配置、リスクマネジメント体制を築くことに努めている。職員に対しては分析方法の研修会を開催し、更に安心・安全な福祉サービス提供に取り組まれることを期待したい。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症マニュアルを整備し、定期的に感染症の予防や発生時における利用者の安全確保に関する勉強会を行っている。今後は、利用者の安全確保のために、定期的な研修やマニュアルの充実に努められたい。 ・グループホームという生活空間において、感染症が発生すると集団感染になりかねないので、新型コロナ、インフルエンザ等の感染症対策を継続的に実施している。 | | |

| | | |
|--|------|-----------|
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・避難訓練は年 2 回、消火訓練は年 1 回、消防署や地域自治体とも連携して実施している。備蓄は利用者 3 日分の食料品やタオル等必需品を揃え定期的に点検している。火災報知器、消火器が設置され、床に物を置かない等整理整頓されている。利用者や職員の安否確認方法については早急に検討されたい。 | | |

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 ・ ㉞ ・ c |
| ・ホームで提供するサービスは、生活支援員、世話人等が入浴、排泄、および食事等の介助・介護、健康管理、金銭管理にかかわる支援及び余暇活動の支援、就労先等との連絡調整等が実施している。実施方法については明文化され実施されているところもあるが、より広範囲に標準的な実施方法を明文化し、職員間で支援に差が出ないように研修など実施し、さらなる福祉サービス向上に取り組まれることを期待したい。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・職員会議で個別支援計画についての取組みや結果の話し合いを行っている、利用者や家族等の意見を聞き必要に応じて見直しを行っている。個別支援計画については標準的な実施方法を確立して策定し、更には定期的な見直しを行ない、職員の共通意識につながるような仕組みを検討されたい。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・サービス管理責任者は、2 か月に 1 回、個別支援計画策定の研修会で、アセスメントの重要性を学んでいる。 ・アセスメントは、サービス管理責任者を中心として、生活支援員、看護師、世話人等、関係職員の様々な観点から実施して、これに基づいて、個別支援計画を策定している。支援困難な利用者に対しては、絵や図等を使用し、理解と同意に努めている。 ・各ホーム会議に於いてサービス管理責任者等と、個別支援計画のレベルアップの取組みがあり、さらに適切な個別支援計画の策定に期待したい。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・個別支援計画は、6 か月ごとに、サービス管理責任者、生活支援員、世話人等の関係者により検討会議で討議し、評価、見直しを行っているが、急な変更については評価、見直しについて検討の余地がある。 ・日常の支援については、職員会議や定期巡回時に世話人から聞き取りを行い把握している。 | | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <コメント> ・利用者の身体状況や生活状況等は、統一したホーム日誌に記録、職員会議で報告、FAX で本部へ連絡、共有化されている。スタッフ会議は 4 ブロックを半分ずつ分けて開催し、1 か月のまとめを行い、必要な情報が届くよう整備されているが職員間での共有を図るということでは改善の余地がある。 | | |

| | | |
|---|------|-----------|
| 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></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護規程等により、センター長を管理責任者と定め、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。個人情報保護の観点から書類の保管には鍵付きの書庫の利用を検討されたい。また、職員に対して、個人情報保護に関する教育・研修が行われることを期待したい。 | | |

【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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「出来ない」より「出来る」を重視して支援している。 ・一人で行動できる利用者はバスを利用して買い物に行くなど、利用者本人の意思、希望、個性を尊重している。また、利用者の意向を尊重した住居環境が整えられている。 ・合理的配慮については理解不足も感じられるので研修会などで、更なる職員の理解についての取り組みに期待をしたい。 | | |

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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の権利擁護のために全職員参加の全体支援者会議を年4回開催し、隔月には法人の虐待防止推進会議を設置、虐待防止責任者、虐待防止マネジャーを配置、「クレド」についての話し合いや自己点検などに取組んでいる。また、心理的虐待研修会を開催して学ぶ機会を設けている。今後は、権利擁護フローチャートのチェックリストを活用して自分の振り返りを行うと共に、心理的・身体的虐待等の研修を継続して取組むようされたい。 ・成年後見制度の利用率を、より高くするような取組みにも期待をしたい。 | | |

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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意見や希望を尊重することを基本とし、一人ひとりの心身の状況、生活習慣、望む生活等を理解して、支援を行っている。出来ることは見守り、難しいことは援助して、利用者一人ひとりの状況に配慮した自律生活支援に努めているが更なる自立生活支援に期待をしたい。サテライト型住居の利用希望者には、その希望を実現するよう取組んでいる。 | | |
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況に応じて、絵や写真、筆談などを用いたコミュニケーション手段の確保により、個別的な配慮を行っている。 ・強度行動障害の利用者の対応については、研修を受けた職員が会議の場面で発表し、職員全体で周知するよう取組んでいるが習熟度についても評価されたい。 | | |

| | | |
|--|------|-----------|
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎週1回、「そよ風」で、利用者が、OB職員、職員等と相談できる機会を設けている。また、OBの協力を得て「気づきのトレーニング」についても行っている。 ・職員は、日頃の利用者との雑談の中からも、相談に該当する情報を得よう努力している。意思決定が困難な利用者に対し、より手厚い支援の方法を工夫されたい。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の短期、長期目標に合わせて、平日の就労、デイサービスの利用、クラブ活動、法人内外の行催事への参加、土日の過ごし方等、利用者の希望に沿って日中活動について話し合いや利用支援等を行っている。今後も継続して利用者の期待に沿うように世話人の意見を反映した個別支援計画になるよう、さらなる取り組みに期待したい。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は強度行動障害研修に参加し専門知識の習得と支援の向上に努めている。研修を受講した人は報告だけでなく、事業所内研修会を開催し他職員との共有を図り、障害の状況に応じた適切な支援に生かされたい。法人主催の研修、職場研修、インシデントプロセス法を用いて、他事業者と研修機会を設け、障害に関する知識の習得と支援の向上を図っている。 ・適切なアセスメントに基づいた、個別支援計画が立てられており、高齢化、重度化など利用者の状況に応じて見直しを行い、適切な支援を行う取組みがあるので今後期待したい。 | | |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事は業者から材料を購入しグループホームごとに調理している。利用者の心身の状況に合わせ、食事提供の時間の調節、安心・安全な入浴支援、清潔なトイレ、排泄が心配な高齢者にポータブルトイレの設置等の生活支援を行っている。日常的な生活支援は、関係者全員の意見を取り入れてさらなる支援の充実を図り計画に基づいた支援の継続を望む。 | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・新しい建物は、食堂兼居間は天井も高く快適な空間で有り、バリアフリー化、個室もゆとりがあり、明るく快適性に富んだ安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。 ・朝食、夕食の時間は一律でなく、利用者の状況に合わせて設定している。 | | |

| | | |
|--|------|-----------|
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員会議では世話人、生活支援員等と、情報共有を図るとともに利用者の心身の状況把握に努め、個別支援計画につなげている。利用者一人ひとりの障害に沿って食事、入浴、排せつ、移動等の活動や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練等の支援を行っている。洗濯、掃除など、利用者の健康づくりを兼ねた機能訓練・生活訓練を行っているが今後は、個別支援計画に記載されていないので記載するようにされたい。 | | |

| | | |
|--|------|-----------|
| 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 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・2 か月に 1 回看護師連携会議を開催し、看護職が利用者の健康状態だけでなく権利擁護や虐待防止について医学的観点から意見交換、情報交換を行う取組みがある。グループホームの担当者が毎朝検温と血圧測定を行い、健康状態や、体調の把握をして利用者の健康維持増進に努めている。体調変化時などの緊急の場合は、看護師等と連携し支援しているが標準的な実施方法の取り決めが必要である。</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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・利用者の 8 割が服薬しているが、服薬管理マニュアルに従い、看護師がホーム毎に一人ひとりの名前と朝・夕の色分けしたケースを用いて配薬の準備を行い、ホームのスタッフが配薬し服薬管理を行っている。高齢者のホームには、看護師が巡回して、安心安全な生活を支援している。今後も医療的な支援の充実に期待したい。利用者の健康診断は、日中活動先で行い、高齢者は主治医と相談しながら検診を行っている。健康診断の予定や結果は事業所に於いても管理されたい。</p> | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・利用者一人ひとりの意向に基づき、買い物や他事業所の見学などの支援を行っているがコロナ感染の終息を見て社会参加の機会を増やされたい。月 1 回のクラブ活動、年間行事、外出支援、その他の社会資源を利用して社会参加の意欲を高めるよう取組んでいる。</p> <p>・サービス管理責任者は、利用者の否定的な言葉に対しても、気持ちを汲み取って、前向きな個別支援計画を作成している。</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 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・利用者の障害程度から地域生活への移行が難しい状況でも、利用者の意思や希望を尊重して、相談支援事業所と連携を取りながら対応に努めている。各グループホームの職員等が聞き取り地域生活(サテライト型住居)への移行等の支援を行っている。地域生活への移行と地域生活の支援は、利用者の希望と意向をホーム日誌などでサービス管理責任者が確認を行い、支援している。また、体験の機会を提供し、利用者の自立支援につなげている。地域生活への移行については今後も継続した取組みを望みたい。</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 ・ ㉞ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>・利用者の意向を尊重して、必要に応じて家族等との連携・交流に努めている。家族が高齢である場合は、電話連絡や文書にて状況を報告し、必要に応じて助言等の支援を行っている。利用者の体調の急変時等には、家族等と連絡を取り、適切な対応を行っている。</p> <p>・個別支援計画の作成・変更時には、家族等に電話連絡で同意を得ているので、担当者と家族等の交流はあるのだが、利用者の生活や支援について、もっと多く家族等と意見交換する機会を設けるよう検討されたい。</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 |
| <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 | | | |