

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

NPOあいち障害者センター

②施設・事業所情報

| | |
|--|---------------------|
| 名称： なごやかホーム | 種別： 共同生活援助 |
| 代表者氏名： 鈴木 裕子 | 定員： 7名 |
| 所在地： 愛知県一宮市北方町中島字往還南2-24 | |
| TEL： 0586（86）7237 | |
| ホームページ： 法人HP http://www.kisogawa-fukushikai.or.jp | |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日 2017年12月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人きそがわ福祉会 | |
| 職員数 | 常勤職員 5名 非常勤職員 3名 |
| 専門職員 | サービス管理責任者 1名 |
| | 生活支援員 5名 |
| 施設・設備の概要 | (設備等) |

③理念・基本方針

1992年にきそがわ福祉会の基本理念を定め、その後、今日的な社会福祉を取り巻く状況等を踏まえ法人基本理念を以下のように見直した。

- [1] わたしたちは、一人一人の利用者の人生が充実し、日々を生き生きと暮らしていけるような事業を営んでいきます。
- [2] わたしたちは、利用者・関係者・地域の人々が、この地域で安心して暮らし続けていけるための社会、まちづくりに貢献します。
- [3] わたしたちは、上記を実現していくためにも、実践・運動・経営に関して様々な事例を学びつつ、社会福祉の諸制度等が前進していくための活動を大切にします。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・なごやかホームは障がいのある方の「暮らしの場」です。
- ・どんなに障がいが重くても、「住み慣れた地域で自分らしく」生活したい。好きなこと、やってみたいこと、夢や想い、願いを形にできるような事業所をめざしている。
- ・権利の主体者である利用者の自己決定を大切に自律・自立生活の力が養えること、利用者・職員が集団として関係を深めお互いに成長できることを目標に取り組んでいる。
- ・ホームは入浴や食事などの時間以外は自由時間。自室で過ごしたり、リビングでおしゃべりをして過ごす利用者もいます。
- ・自室で訪問リハビリのサービスを受け筋緊張を和らげたり、血行促進のマッサージなど利用者の心身の状況に応じて機能訓練を行っている。
- ・食事や行事など利用者が楽しめる企画を大切にしている。誕生日会は夕食メニューやケーキの種類の希望を聞いて応え、また、毎月、利用者のリクエストを受けて「特別メニュー」の夕食を提供している。
- ・利用者と一緒に季節行事の飾り付け、小道具の用意や制作など楽しみながら行っている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|--------------------------------------|
| 評価実施期間 | 2021年9月9日（契約日）～ 2022年2月12日（評価決定日） |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 2回 （2018年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・権利の主体は利用者であることを職員会議やケース検討会議などで深めながら、共通の理解と支援に取り組んでいる。法人の基本理念及び職員行動規範に利用者の尊重と支援が明記され、職員研修計画の重点方針である。
- ・日々の支援を通して利用者が話しやすい環境づくりを行っている。相談や意見を述べる際に入浴時や部屋で話を聴くことができるなどいくつかの方法や相手を選べることを利用者・家族面談、保護者会で伝えている。
- ・法人の虐待防止委員会の会議内容などを職場で情報の共有化を行い、利用者の権利侵害の疑いに敏感になれるよう職員会議で話し合っている。家庭内の権利侵害が疑われるケースも考慮し、早期対応ができるよう作業所や関係機関と連絡・連携を深めている
- ・支援計画にもとづき食事の配下膳、買い物、お弁当作りなど機能・生活訓練に取り組んでいる。日中の作業所と連携を密にし、筋緊張緩和や血行促進のマッサージが必要な利用者に週2回、訪問リハのサービスを提供している。

◇改善を求められる点

- ・職員研修計画と法人研修を基本に職員の育成に取り組んでいるが、非常勤職員育成の取組が不十分であるため研修内容の報告を職員会議で取り上げるなど、育成強化に向け改善の必要がある。
- ・法人の管理者会議で毎月開催されている虐待防止委員会の会議内容を職場に知らせ、安心安全な福祉サービスが提供できるよう努めている。ヒヤリハットなど事例の収集について改善の余地がある。
- ・保護者面談で出された意見・要望、仲間対応の気付きなどを基に改善を図っている。第三者評価結果の改善では計画的な取り組みが不十分のため改善の余地がある。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

非常勤職員の育成に向け、法人研修への参加への呼びかけを行っていきます。参加できないときは、その内容の学習会を行う機会を積極的に作っていく必要があります。
安心安全な福祉サービスを提供できるように、ヒヤリハットの事例の収集に努め、改善すべき点を職員会議の毎月の議題に取り入れていきます。

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。

なごやかホーム 評価項目（細目）の評価結果

※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 | ①・b・c |
| ＜コメント＞法人の理念、基本方針が明文化され職員研修会や保護者会で周知している。ホームページやパンフレットに記載されている。 | | | |

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 | ①・b・c |
| ＜コメント＞法人の管理職会議等で環境変化に対応できるよう国・自治体の制度・政策などの把握・分析に努めている。市の自立支援協議会や特別支援学校との情報交換、連携など福祉ニーズの把握に取り組んでいる。 | | | |
| 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 | ①・b・c |
| ＜コメント＞一宮市北方町往還南における多機能センターの一事業所として、また、地域生活の拠点として、定員7名の共同生活援助事業所の安定的な運営に努めている。来年度に向け看護加算が得られるよう検討している。 | | | |

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 | ①・b・c |
| ＜コメント＞法人の中・長期的なビジョンと計画が策定されている。 | | | |
| 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 | ①・b・c |
| ＜コメント＞法人計画に基づき単年度の計画が策定されている。 | | | |
| 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 | ①・b・c |
| ＜コメント＞事業計画は職員、利用者等の意見・要望を集約して策定している。 | | | |
| 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 | ①・b・c |
| ＜コメント＞事業計画は契約時や保護者との面談などで理解が得られるように努めている。 | | | |

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＞法人及び個人の研修計画を立て職員育成と質の向上に努めている。保護者が参加する法人のホーム運営委員会や職員会議などで福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。 | | | |
| I-4-(1)-② | 評価結果にもとづき組織として取り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＞保護者面談で出された意見・要望、仲間対応の気付きなどを基に改善を図っている。第三者評価結果の改善では計画的な取り組みが不十分のため改善の余地がある。 | | | |

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 · b · c | |
| ＜コメント＞管理者の責任を明確にし、福祉サービスを担う職員との意思疎通、意見を出しやすい環境づくりに意欲的に取り組んでいる。 | | | |
| 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＞法人内・外の研修会等に積極的に参加し、職員に情報提供している。障害者理解と虐待防止の法人研修に職員参加を促すなど利用者の権利擁護の視点を学ぶ機会として取り組んでいる。 | | | |
| 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＞よりよい環境のもとで職員の持ち味が発揮できるよう職員の様子に気を配り、必要に応じて個別相談や懇談を行っている。 | | | |
| 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＞法人の援助を得ながら非常勤職員をもう少し充足させることにより、より安定的な事業所運営を行う事が出来るため、それに向かって改善している。 | | | |

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＞法人は各事業所の現状を踏まえ職員の募集・確保の努力を行っている。また経験年数に応じた研修を用意し職員の定着を図る取組を継続している。 | | | |
| 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＞法人本部で人事管理と職員採用を行っているが、ホームの職員配置が厳しい状況である。法人全体として人事異動のあり方や管理職の育成が課題である。 | | | |
| 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 · b · c | |
| ＜コメント＞職員との個別面談を設け、就業状況なども考慮して希望に即した勤務ができるよう取り組んでいる。出された意見や要望は働きやすい職場づくりに活用している。 | | | |
| 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 · b · c | |
| ＜コメント＞職員研修計画と法人研修を基本に職員の育成に取り組んでいる。非常勤職員育成の取組が不十分であるため研修内容の報告を職員会議で取り上げるなど、育成強化に向け改善の余地がある。 | | | |
| 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 · b · c | |
| ＜コメント＞法人の全職員研修は国の制度や身近な支援課題について研修が行われている。法人内・外の研修案内を職員に周知し積極的な研修参加を促している。 | | | |
| 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 · b · c | |
| ＜コメント＞法人及び事業所の教育・研修の機会が確保されている。外部で開催される研修会等の資料も職員に配布し参加を呼び掛けている。非常勤職員は時間保障（賃金）がされる。 | | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 法人として受け入れ事業所を決めて実習生等の教育・育成を行っている。当事業所が研修・育成の担当に位置付けられれば積極的に対応するとしている。 | | |

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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 法人のホームページに福祉施設・事業所の事業、財務等の情報が公開されている。定期発行の「福祉会だより」は事業所の取組や利用者の様子を紹介し利用者・家族、関係機関に配布されている。 | | |
| 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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 事務、経理、取引ルール等は法人が規則に従って適切に処理している。 | | |

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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 法人の「ほのぼのまつり」、「なごみの広場秋の収穫祭」などの行事で地域との交流の場を設けている。利用者のなかには地域のソフトボールチームに参加をして楽しみながら交流を深めている。 | | |
| II-4-(1)-② ボランティア等の受け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 ・ c |
| ＜コメント＞ 法人として基本姿勢を明確にしている。現在のところボランティア希望はない。 | | |
| 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 | a ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 相談支援事業所、基幹相談支援センター、担当医等との情報交換・連携を深めている。 | | |
| 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 | a ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 福祉避難所ではないが町内会などを通して地域との交流を行い、福祉ニーズの把握に努めている。 | | |
| 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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 町内のゴミ集積場所として事業所の土地を提供し清掃などの管理を行っている。当事業所の隣接地に児童発達支援センター、短期入所など多機能センターの開設・定着に努め公益的な事業・活動を行っている。 | | |

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 . b . c | |
| ＜コメント＞ 権利の主体は利用者であることを職員会議やケース検討会議などで深めながら、共通の理解と支援に取り組んでいる。法人の基本理念及び職員行動規範に利用者の尊重と支援が明記され、職員研修計画の重点方針である。 | | | |
| 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 . b . c | |
| ＜コメント＞ 利用者の権利擁護を基本に福祉サービスが提供されている。郵便物の無断開封をしない、留守時の無断入室禁止など初歩的なことから徹底させている。法人の「利用者対応の原則」に権利擁護の内容が明示されている。 | | | |
| 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 . b . c | |
| ＜コメント＞ 事業所見学や事業所の日課、年間行事など利用希望者が自己選択できるように必要な情報の提供や説明を行っている。 | | | |
| 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 . b . c | |
| ＜コメント＞ 利用者・家族に時間をかけて丁寧に説明し理解が得られるように努めている。 | | | |
| 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 . b . c | |
| ＜コメント＞ 他の法人や異動で事業所の変更が生じる時は、利用者・家族への情報提供と懇談を踏まえて福祉サービスが途切れない様に対応している。個別支援会議への参加、移行先事業所との連携もすすめている。 | | | |
| 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 . b . c | |
| ＜コメント＞ 利用者の意見を取り入れたり、選択制にして希望をきくなどホーム生活や余暇活動（誕生会、特別メニューの夕食。ソフト、テニスを習いに行っている）をはじめ利用者満足の取組を行っている。ホームは365日利用できる。 | | | |
| 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 . b . c | |
| ＜コメント＞ 「苦情申し立て」についてホームに掲示し、契約時に周知している。解決に向けての仕組みも確立している。 | | | |
| 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 . b . c | |
| ＜コメント＞ 日々の支援を通して利用者が話しやすい環境づくりを行っている。相談や意見を述べる際に入浴時や部屋で話を聴くことができるなどいくつかの方法や相手を選べることを利用者・家族面談、保護者会で伝えている。 | | | |
| 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 . b . c | |
| ＜コメント＞ 利用者からの相談や意見はサービス管理責任者を窓口に対応している。相談内容は職員会議などで周知している。意志疎通が十分でない利用者の場合、家族の意見・要望を含め対応、理解が得られるよう努めている。 | | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 |
| ＜コメント＞ 法人の管理者会議で毎月開催されている虐待防止委員会の会議内容を職場にしらせ、安心安全な福祉サービスが提供できるよう努めている。ヒヤリハットなど事例の収集について改善の余地がある。 | | |
| 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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 感染症予防マニュアルに沿って対応、取組を行っている。新型コロナ対策に於いても法人内で対策委員会を設け、情報の交換及び共有、予防に対する取組を行っている。 | | |
| 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している。 | 障39 | a ・ ㉞ ・ c |
| ＜コメント＞ 「非常災害対策計画」で責任体制、担当者の役割分担を決めている。緊急時の対応・対策の検討を行い水と食料3日分（10人×3食×3日）の備蓄品を近日中に準備する予定である。防災訓練を実施し利用者の安全確保の取組を行っている。 | | |

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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 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。文書は職員採用時に配布している。 | | |
| 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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ ケース検討会議等で必要に応じて見直しを行っている。 | | |
| 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。 | | |
| 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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ アセスメントにもとづき利用者・家族の意見・要望を取り入れ個別支援計画を策定している。 | | |
| 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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 定期的に評価・見直しを行っている。 | | |
| 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)-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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 福祉サービスの実施状況は定められた様式で記録されている。利用者の情報は打ち合わせ時や毎月の定例会議の中で情報の共有化を行っている。 | | |
| 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 ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ ケースファイルにまとめ指定の保管庫で管理されている。職員行動規範を定め利用者等の情報流出の防止に努め、利用者等からの情報開示要求には個人情報保護に留意しながら必要最低限の提供を行っている。 | | |

【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 |
| <p><コメント> 本人意向を確認しながら 利用者自身が決めることを支援の基本に据え、利用者が選べる環境づくりと支援に取り組んでいる。意志疎通の困難な利用者には選択肢の提供など願いや意思が引き出せるように努めている。</p> | | | |

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 | ①・b・c |
| <p><コメント> 法人の虐待防止委員会の会議内容などを職場で情報の共有化を行い、利用者の権利侵害の疑いに敏感になれるよう職員会議で話し合っている。家庭内の権利侵害が疑われるケースも考慮し、早期対応ができるよう作業所や関係機関と連絡・連携を深めている。</p> | | | |

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><コメント> 利用者自身のできることは見守りを基本に声かけ・支援を行っている。携帯電話のこと、お弁当作り等「なんでも相談」に応じている。卵焼きが得意な利用者は世話人と協力して朝食時に調理・提供している。</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><コメント> 言葉や利用者固有のサイン、表情、絵や写真を使うなど障害特性にあわせて意志疎通を図りながら、利用者の心身の状況に応じた支援に取り組んでいる。</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><コメント> 日常的に気軽に話し合える信頼関係づくりに取り組んでいる。希望者には時間を設けて話を聴き必要な対応を行っている。相談をしようか迷っている利用者に対しては、個別に部屋を尋ねて話を聴く機会を設けている。</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><コメント> 会議やモニタリング等で振り返りを行い、くらしの場での適切な支援ができるよう取組を行っている。また、作業所との連携・協力をしながら引継ぎ等を行っている。</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 | ①・b・c |
| <p><コメント> 障害理解を深めるため法人内研修の参加、職員会議やケース検討の場で話し合っている。障害の状況に応じた適切な支援が行えるよう努力している。</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><コメント> 個別支援計画にもとづいて目標を設定し、生活支援が行われている。</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 . b . c |
| <p><コメント> 自由時間、入浴・食事時間をはじめ、食事後のコーヒータイムなどゆったりと過ごす時間を大切にしている。利用者が過ごす居室、食堂、トイレ等は清潔で明るい雰囲気が保たれている。</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 | a . b . c |
| <p><コメント> 支援計画にもとづき手洗い、歯磨き、食事の配下膳、買い物、お弁当作りなど機能・生活訓練に取り組んでいる。日中の作業所と連携を密にし、筋緊張緩和や血行促進のマッサージが必要な利用者に週2回、訪問リハのサービスを提供している。</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 | a . b . c |
| <p><コメント> 毎日帰宅時、起床時の検温や表情など利用者の健康状態には注意を払っている。緊急・特変時は家庭や嘱託医(協力医院)への連絡など迅速な対応を行っている。</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。(内服薬・外服薬等の扱いなど服薬等の管理も含む) | 障57 | a . b . c |
| <p><コメント> 朝と夜の薬は利用者個人のボックスで管理し、その都度、職員が服薬確認を行っている。</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 | a . b . c |
| <p><コメント> 法人研修会の案内などを希望する利用者に配布し学習などの機会を保障している。利用者の希望を取り入れたお出かけ企画は、コロナ感染者拡大の影響で少なくなっている。</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 | a . b . c |
| <p><コメント> 利用日や体験入居などの希望も随時受付・対応を行い地域生活移行の支援を行っている。</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 | a . b . c |
| <p><コメント> 連絡帳でのやり取り、3か月に1回のホーム運営委員会を通じて家族との交流を行い、必要な支援を行っている。電話での連絡が取りやすい体制も整えている。</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 | 非該当 |
| <p><コメント></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 | 非該当 |
| <p><コメント></p> | | |
| 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 | 非該当 |
| <p><コメント></p> | | |
| 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 | 非該当 |
| <p><コメント></p> | | |