

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：いきいきホーム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：阿部 雅伸	定員（利用人数）：18名（18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/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成18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： 5名	非常勤職員： 7名
専門職員	（所長） 1名	（世話人） 4名
	（管理者） 1名	（生活支援員） 5名
	（サービス管理責任者）1名	
施設・設備の概要	（居室数） 20室	（設備等） 台所、洗面所、浴室
		居間（食堂）

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

〈特に力を入れていること〉

- (1) 虐待の防止（虐待の温床となる不適切な対応など「芽」を摘む）
- (2) 一人一人の人権を尊重する（丁寧に傾聴する）
- (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のために『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（やってみたいを実現できるようにする）
- (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) 行動の背景には必ず理由があると
- (11) 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
- (12) 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〉

- ・ 豊橋市の地域生活拠点事業である「やむを得ない措置」に対応できる部屋があり、緊急に入居する地域の方の受け入れ先になっています。
- ・ 町内会に加入し、地域の防災訓練、お祭り等に参加しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 8月31日（契約日）～ 令和 5年 6月29日（評価決定日） 【令和 4年12月 6日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	4回 (平成30年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆利用者の主体的な生活

ホーム内には地域情報をはじめ様々な情報が掲示され、リビングには多くの情報紙も置かれており、自己選択の動機づけとなっている。また、利用者アンケートによるサービス内容のモニタリングも行われ、支援に活かされている。理念や事業計画など利用者用の資料には全てルビが付され、自らのサービスを確認できる。このように、利用者の自主性と意思決定を尊重し、あるいは情報提示による意思形成を促進する取組みが生活のあらゆる場面で行われている。

◆働きやすい職場づくりの取組み

人事考課制度と人事基準が確立し、キャリアパスを基にした考課や昇進・昇格要件などが労使に分かりやすく制度化されている。公平な制度が構築されており、個々の職員にとってのキャリア設計を容易にしている。また職場代表者会議への労働条件の提示や、各事業所の課題や要望の協議が労使でなされるなど、民主的な運営が図られている。これ以外にも容易な各種休暇の取得や労働環境の改善、福利厚生制度など、働きやすい職場を志向する様々な取組みがある。

◆マニュアルの整備

「支援のしおり」や「サービス提供マニュアル」が作成され、生活上のあらゆる支援に関する支援方法や手順などがマニュアルとして整備されている。これらは全職員に配付され、目次付きで見やすくまとめられ、また適切に更新もなされている。サービス水準の低下防止とリスク回避のための有効な手立となっている。

◆個別支援計画の職員周知

個別支援計画の作成に全職員が関わり、職員会議で内容を共有している。また半年で見直しを行う際にも、一部の職員だけが参加して行うのではなく、事業所単位で開催される事業所会議にて全職員参加にて行われている。計画を変更した後の周知は確実であり、支援の統一性を欠くことはない。

◇改善を求められる点

◆体系的なOJT

職員育成の要であるOJTについて、サービス管理責任者などが個別に指導するに留まっている。本来であれば担当を定め、目標設定を行い、面談をしながら評価し改善へ向けるといった体系的な方法が実施効果が高い。実施手順を定め、組織的に取組まれたい。

◆実習生とボランティア

事業所の性格上、実習生やボランティアの受入れは課題が多い。実習に関しては、共同生活援助事業所（グループホーム）における実習が、制度上で実習単位の習得と認められないことから、今回は「非該当」の扱いとした。ボランティアに関しては、活動時間の点に加えマッチングの問題もある。ただ、これらのハードルがあるにせよ、それ以上にボランティアの及ぼす利用者へのプラス効果は大きく、充分な検討に値する。

◆リスク対策

ヒヤリハット等のリスク対応について、事例を収集し集計されているが、結果を分析し危険事項の傾向や対策が立てられていない。それらがあってこそ事故を未然に防ぐための手立てとなるため、対応の改善を求めたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、受審したことで多くの気づきを得ることができた。事業運営ならびに利用者支援において、より質の高い業務を提供する上での材料としていきたい。また、職員一人一人のモチベーションとして評価されたことについては、意欲につながっていくと思われる。

第三者評価を受けるたびに、外部からの視点の必要性を高く感じる。

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	①・b・c
<コメント> 理念、基本方針は、ホームページやパンフレットはもとより、職員全員に配付する「支援のしおり」にも明記され周知されている。利用者用の資料には、経営理念と基本方針としてルビを振って記載されており、その他にも「運営規程」や利用規則、事業計画、苦情受付なども分かりやすく表示されている。			

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> 行政や県の知的障害者福祉協会からの通知や福祉新聞を通じての情報把握に加え、法人の施設長会では関係法令などの資料が配付され、それらにより事業所に当てはめた分析を行っている。福祉ニーズについては、同じ事務所内にある相談支援事業所を通して常に最新情報を把握している。運営コストや利用率、予算の執行状況等は、毎月法人本部と情報共有している。			
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	①・b・c
<コメント> 事業所内の経営的な課題については、毎月の運営会議の議題に挙げて協議している。課題としては職員の確保、職員の世代格差による支援方法の差異、不規則勤務による連絡の不徹底等々である。職員に関連する問題が多く、事案によっては法人側と協議し対処している。			

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> 7年スパンの中・長期計画を策定し、事業の進展状況により毎年見直しを行い、必要に応じて改定を行っている。事業活動から人員配置、新規事業、施設整備までを対象に、予算計画や数値目標を設定した実効性の高い内容となっている。			
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・②・c
<コメント> 年度計画は、基本的には中・長期計画を受け、事業の全般を網羅するものであるが、数値設定などの具体性に乏しく進捗評価や効果測定には正確性に欠ける点が課題となる。実効性の高い計画策定に向け、内容を再検証されたい。			
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> 年度末に、管理者が次年度へ向けての意向を職員全員との面談を通して聞き取っている。それらの意見を集約し、当年度の評価を基に職員会議で意見を出し合って検討し、次年度計画の原案を作成している。職員が理解し、納得を得た手順で進められている。			

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 事業計画の利用者版が作成されている。これは運営方針から個別支援計画、行事、防災計画まで、平易な言葉を使い、さらにルビを振って分かりやすい内容となっている。利用者で構成される「なないろ自治会」の場で説明され、配付される。		

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> サービスのチェック体制として、利用者と職員へのアンケートを実施し、利用者へは支援の満足度と不適切対応を、職員へは虐待の可能性のある不適切対応に絞って調査し、集計、分析して改善に向けている。また、毎年何れかのグループホームで第三者評価を受審し、その結果を共有して支援上の参考にしてている。		
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
<コメント> 会議で共有した評価結果と改善策は議事録に記録され、明確になっている。しかし、改善策を実行した後の評価や見直しまでは、手順として確定していない。グループホームにおける最新の課題は、会議やソフトウェアを用いて常に共有されている。		

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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>管理者は、職員会議や面談を通じて、自らの方針を述べている。管理者の役割や職責に関しては「支援のしおり」に明示され、職員に周知されている。不在時の職務権限は主任に委任される。災害など有事の際の管理者の役割は、BCP（事業継続計画）に記載されている。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>行政や関係機関、またインターネットからの情報や管理者研修等に参加して得た情報を把握し、ソフトウェアや業務日誌などを通して職員に周知している。コンプライアンスに関する要綱が整備されており、特に最近では虐待防止に関する規定や付随する遵守事項について徹底した。</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	
<p><コメント></p> <p>サービスの受け手と担い手である利用者、職員双方にアンケート調査を実施し、支援状況や不適切支援の有無などを聞き取り、これらを評価分析し改善につなげている。また、個々の職員の経験や能力を基に研修への参加を促進し、スキルアップや意識の向上を図っている。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>全職員を対象とした面談を軸とした労務管理を行い、意見や意向を聴取して働きやすい職場環境への調整を行っている。人事では、求人から採用までの非常勤職員の雇用と配置替え、財務面では毎月の収支分析を欠かさず行っている。</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	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>中・長期計画に人員体制や人員確保の目標値を掲げている。ただ、求人難により有資格者の採用が厳しい中、職員の質の担保に苦慮している。研修等による質の底上げを図りながら、独自の目標管理と職員指導を実施している。</p>			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>人事考課制度と人事基準が確立している。いずれもキャリアパスである職務職階を念頭に、職責に応じた考課と昇進・昇格資格要件を明確にする労使に分かりやすく公平な制度となっている。これは、個々の職員がキャリア設計を容易にする仕組みであると考えて差し支えない。</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組んでいる。	障16	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>定期的な職場代表者会議では、法人からの労働条件の提示や各事業所から法人への要望事項などを協議するなど、民主的な運営を指向している。また、容易な休暇取得や労働安全委員会による毎月の職場環境のチェック、相談窓口設置、福利厚生クラブ加入など、働きやすい職場の実現に向けての様々な取組みがある。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>非常勤を含む職員全員に対し、独自のシートを用いた目標管理を実施している。個人面談では管理者の目標を伝え、その達成に向けて個人目標の設定と評価を実施している。しかし、中間面談の実施や改善に向けてのアドバイスなどに課題を残しており、改善を要す。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の研修計画と事業所の研修予定に基づいて研修が実施されている。研修受講後は「復命書」を記載し、職員会議にて研修報告を実施している。また、パート職員を含む全職員向けのオンライン研修を毎月実施しており、毎回職員各自が「実施所見」を記載して次月の参考としている。研修計画の評価や内容の見直しなどは検討課題である。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人内では新任、初級から上級までの階層別研修の他、テーマ別研修を実施し、外部の職種別研修や専門研修を併せると研修機会は十分確保されている。資格取得に関しても、10日間の特別休暇付与などの奨励制度がある。一方、OJTに関しては、目標設定や担当者・期間・評価といった体系的な方法が取られていないため実施効果が定かでなく、改善の余地がある。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>共同生活援助事業所（障害者グループホーム）での教育実習が、制度的に実習単位として認められていないことから、この項目を「非該当」とする。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページでは、事業内容や収支、活動状況、苦情内容まで様々な情報が公開されている。また、広報誌「ふくしの泉」ではトピックスを中心に利用者の暮らしが掲載されている。第三者評価も定期的に受審し、その結果を公表するなど情報公開が進んでいる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人内監査として、年に一度各事業所の管理者が相互に事業や財務状況のチェックを行い、内部牽制している。また、監事である税理士事務所による内部監査も毎年実施されている。指摘・指示事項は、職員会議で共有して改善に向けている。監査法人等による外部監査の実施は今後の課題となる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>基本理念、運営方針に地域との共生が掲げられ、常に地域を意識した支援を行っている。町内会に参画して清掃活動にも参加、コロナ禍以前は地域行事にも参加していた。日常的にも、近隣のコンビニ等への買い物や通院、外食といった地域資源の活用がなされ、掲示板にも様々な情報が掲示されている。</p>		

<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。</p>	障24	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 夜間の支援が主となる事業であるため、ボランティア受入れの実績はない。門戸を閉ざしているわけではないが、かと言って積極的な呼びかけ等もなされていない。事業所全体での受入れは難しい点もあるが、例えば趣味の指導といった利用者個々に対するボランティアは可能と思われる。利用者の社会性伸長を図る点でも前向きな検討を期待したい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>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。</p>	障25	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 行政担当や医療機関、相談支援事業所、日中活動事業所などの関係機関がリスト化されている。支援を提供する上で、関係機関へは訪問したり日常的な電話連絡を行うなど、連携が保たれている。また、自立支援協議会では定期会合を持ち、情報の共有や共通課題の検討などを行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>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。</p>	障26	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者が併設する相談支援事業所の管理者を兼任していることもあり、地域の福祉ニーズの把握には事欠かない。また、自立支援協議会グループホーム事業所連絡会に参画し、様々な情報を共有している。町内会を通して地域情報も把握することができている。</p>		
<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。</p>	障27	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 地域ニーズを受け、一時保護ややむを得ない措置による一時入所を受入れている。町内会の世話役といった立場から、地域問題を把握して地域の活性化に協力している。職員を活用した専門性の地域還元、また災害時の協力体制構築の2点は今後の課題となる。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>基本理念や基本方針をはじめ、利用者尊重に関する内容が盛り込まれた「サービス提供マニュアル」が用意されている。内容は毎年見直され、新規採用職員はもとより従前から在籍している職員にも配付し、周知を図っている。また「虐待防止セルフチェック」を全職員が毎月実施し、その結果を毎月の職員会議で確認する仕組みがある。</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>居室は全て個室で、施錠についても内鍵に加え利用者の要望に応じて鍵を配付するなど、プライバシー保護に努めている。補聴器を使用している利用者に対しては、ノックでは気づきにくいいため、居室の外側のボタンを押すと、居室内のランプが点滅して知らせるなどの工夫もある。プライバシーに関しては「サービス提供マニュアル」に盛り込まれており、職員会議等を通じて伝達している。</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>最近では新規利用者がいないが、体験利用や見学は適宜行える体制と環境が整っている。A4三つ折りのホーム独自のパンフレットが用意されており、写真を多く掲載するなど視覚的に見やすい工夫がされている。また、ホームページや法人が発行している機関誌などを通じて、サービス提供の状況が分かるようになっている。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者本人の「グループホームを利用したい」という意思を尊重した上で利用を勧めている。重要事項説明書や契約書については噛み砕いて説明し、利用者にも理解できるように配慮している。また、事業計画書や理念・基本方針など、利用者に提示する資料のほとんどにルビが付けられ、丁寧に伝える工夫がなされている。</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	・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>「サービス提供マニュアル」内には「入居・退居マニュアル」があり、退居に関する説明がある。窓口については法人内にある相談支援事業所となっており、その旨伝える仕組みがある。ただ、退居後に利用者・家族が困らないよう、相談方法や担当者等を明記した書面の用意がないため、それらを整備することでより安心してサービスの移行ができる体制を整えられたい。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年に1回、利用者の満足度を把握するためのヒアリングを実施している。特筆すべきは、当該事業所以外の職員が行う仕組みとなっており、職員に対する遠慮のない意見が聞ける仕組みとなっている。集計も行われ、結果も利用者にはフィードバックされている。ホームを代表する利用者で組織する自治会を通じて情報を得て、その内容が職員会議にて報告され、可能な範囲で改善も行われている。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>要望や苦情等を聞く機会として、帰省時に記載する「帰宅時支援の記録」が用意されており、利用者から直接聞いた内容を業務日誌や専用のソフトに入力する仕組みも整っている。「サービス向上・苦情対策委員会」があり、年4回程度開催されている。各施設から情報を持ち寄って検討し、その結果を各施設に持ち帰るなど、情報共有についても仕組みが整っている。</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	① . b . c
<p><コメント></p> <p>職員配置が充実しており、夜間はもとより、土・日曜日にも職員が常駐している。利用者からの相談に、いつでも対応できる環境となっている。相談に関する分かりやすい文書等の整備はないが、受け付けた相談内容を業務日誌に記載したり、専用のソフトに入力するなどの仕組みがあり、組織としての体制は整っている。</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 . ② . c
<p><コメント></p> <p>意見箱の設置はないものの、アンケートの実施や自治会を通じた要望の受け付け、日々の相談等、利用者の意見を複数のルートで収集する仕組みがある。その意見は業務日誌や専用ソフトに入力され、職員会議の議題として話し合われている。課題としては、利用者の相談対応に関するマニュアルが未整備な状態であることである。</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 . ③ . c
<p><コメント></p> <p>アクシデント等については業務日誌や専用ソフトを活用し、情報収集・記録する仕組みがある。これらのリスクマネジメントについては「事業所会議」と呼ばれる事業所ごとに開催される会議で話し合わせ、適宜対応するよう努めている。課題としては、ヒヤリハット等について検討はできているが分析までには至っていないため、その取組みに期待したい。</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	④ . b . c
<p><コメント></p> <p>感染症に関するBCP（事業継続計画）が作成されており、その周知も専用のシステムを使って伝達されている。システムは限定された職員しか使用できないため、それ以外の職員には書面で見られる環境となっている。「サービス提供マニュアル」に感染に関する手引きが記されており、さらに各ホームのリビングにラミネートされた対応手順が用意されているなどの工夫も見られる。</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している。	障39	⑤ . b . c
<p><コメント></p> <p>「備蓄リスト」が用意され、ホームごとに3日程度の食料が保管されている。避難訓練は毎月実施され、夜間・昼間想定のある火事、地震訓練も実施されている。年に1回、電気・ガス・水道を止めての訓練を行うなど、実際の状況を再現しての取組も見られる。町内会の訓練についてはコロナ禍で参加できていないが、住民としての関係性は担保されている。一斉送信メールによる情報伝達の仕組みもある。</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	⑥ . b . c
<p><コメント></p> <p>「サービス提供マニュアル」には目次があるため、見やすく、生きたマニュアルとなっている。内容については多岐にわたり、利用者の尊重やプライバシー保護、権利擁護についても触れられている。これらのマニュアルはホームごとに設置しており、改訂の都度内容が刷新され、いつでも見られる環境が整っている。</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 . ⑦ . c
<p><コメント></p> <p>「サービス提供マニュアル」には作成日や改訂日が記載されており「いつ作成され変更されたのか」が分かるような仕組みとなっている。原則1年（年度末更新）で見直しが行われ、担当者も決められている。可能であれば、ボリュームのあるマニュアルを適切に周知させるために、効率良く「どの部分がどのように変わったのか」が分かるような仕組み（新旧対照表のようなもの）の導入を期待したい。</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	⑧ . b . c
<p><コメント></p> <p>新しいソフトを導入し、アセスメントから個別支援計画、日々の記録などが全て一元化して記録されている。アセスメントについては、個別支援計画の作成に合わせて年に1度見直しを実施している。内容についても、法人独自にカスタマイズした内容に変更した上で活用している。個別支援計画の策定に全職員が関わり、職員会議で共有している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 半年（概ね7月と1月頃）で、個別支援計画の見直しを行っている。見直しを行う際は、一部の職員だけが参加して行うスタイルではなく「事業所会議」と呼ばれる事業所単位で開催される全職員参加形式にて行われている。そのため、変更した後の「周知」という部分についても確実に行われており、特筆すべき仕組みと言える。</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)-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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 記録の書き方に差異が生じないよう、記録の書き方に関するマニュアルが用意されており、個別支援計画に関係する記載や、健康に関する記載を重点に入力（記載）するよう教育を行っている。手書きの業務日誌やシステムを使った入力などを上手く活用しながら、決められた手順に従って記録する体制が整っている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント> システムへの入力が主流となっており、ログインIDやパスワードは個々に割り当てられているため、データの漏洩防止が図られている。また「個人情報保規程」が整備されており、その周知はもとより、職員採用時には情報漏洩に対する同意書にサインをもらっている。課題としては、継続した個人情報保護に関する研修が十分ではない点である。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>基本的に、利用者の希望に応じた支援を実施している。具体的には、地域の団体やボランティア活動団体が実施しているイベントへの参加支援、日常的な買い物や地域にある理美容店の活用、様々な外出先への段取りなど、個々のスキルと要望を踏まえた上で個別に対応している。自らの意思表示が困難な利用者には職員が積極的に声かけし、一緒に外出等を行うなどの配慮もある。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月、全職員対象に「虐待防止セルフチェック」を実施し、意識の啓発に努めている。現時点では身体拘束をする必要がないことから、同意書は用意されているが、明確な「身体拘束に関する手引き（手順）」は用意されていない。いつ、いかなる時に身体拘束を行わなければならない事態が起きるかもしれないことを想定し、その仕組みを整えておく必要がある。</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></p> <p>日常生活の中で、風呂掃除やトイレ掃除、廊下等の掃除、配膳などについて、利用者の同意の下、当番制にして意図的に、可能な限り利用者自身で生活していくためのスキルを身につけてもらう機会としている。将来的に1人暮らしを希望する利用者については、通院や食事について自力で行えるように支援するなど、個別的な対応に努めている。</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></p> <p>発語がない利用者はほとんどいなく、基本的に言葉による意思疎通が主となっている。とは言え、カレンダーへの記載やジェスチャー、文字やイラスト、写真、時には雑誌などを活用しながら、視覚的に分かりやすく伝えるよう心がけている。その結果、現状では意思疎通で大きく困るようなこともなく、相互の意思伝達は良好に維持されている。</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><コメント></p> <p>コロナ禍で、一時期と比べ頻度は減っているが、地域イベントに関する情報を積極的に利用者に提供し、参加の是非を選んでもらう材料としている。ホーム内の掲示物も充実しており、実際にホームのリビングには多くの情報紙を用意し、自己選択の機会を保障している。相談についても個別で行うことはもとより、自治会等を通じて情報を入手し、具体的な支援につなげている。</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></p> <p>ホームでは、主に週末支援となるが「どのような活動がしたいのか」について、常に利用者とのコミュニケーションを図りながら進めている。コロナ禍で以前のような外出はできないものの、買い物やドライブ、食事作りなど様々な活動を用意している。情報提供については、ヘルパーとの外出に要する費用を行き先別に表示してあったり、様々なチラシを掲載して情報提供している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>全職員ではないが、順次外部研修等に参加して障害に関する専門知識を習得する機会がある。利用者の障害特性については、個別支援計画やアセスメント、フェイスシート、強度行動障害者支援に関する資料を基に、職員会議等で周知する機会と仕組みがある。</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></p> <p>食事については宅配サービスを利用している。メニューは決まっており、栄養には偏りが無い。夕食は、昼食との入れ替えによる選択が可能である。どちらを選ぶかは自治会等で決めるなど、利用者の希望を最大限優先している。希望に応じて、外食メニューを導入する体制も整っている。食事形態は刻み食にも対応可能で、アレルギー食については現在対象利用者はいないが、内容によって個別対応も可能となっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個室で築年数も浅く、バリアフリーとなっているなど、安心・安全面で十分な環境である。トイレは車椅子対応で、洗濯機も2台用意され、利用者が不便に感じることなく洗濯が可能である。住宅街の中にあり、地域住民の一員として普通の暮らしができています。障害特性から大きな声を出す利用者があるため、静かな環境の確保が課題とされているが、現状の建物では限界もあり、今できる範囲内では十分応えられている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>NHKの健康体操やロコモ体操、足の上げ下ろし運動等、複数の中から選択できる環境を用意している。また、利用者にとって視覚的に分かりやすくするための取組みとして、掲示物を活用して動機付けを行うなどの取組みもある。現在、コロナ禍であること、対象利用者がいないために機能訓練等は導入されてはいるが、外部の専門機関とのつながりがあり、必要に応じて依頼等ができる体制が整っている。</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>健康管理に関するマニュアルがあり、健康診断も年に2回の機会がある。日々の記録として、体重測定や検温、血圧測定、排便記録、食事摂取量、酸素飽和度測定などがあり、適切な管理状態である。看護師については入所施設のバックアップを受けながら、医療面をカバーしている。いざという時の医療機関も近くにあるため、安心した生活の保障となっている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>投薬に関するマニュアルはあるものの、実際は投薬ミス（主に飲ませ忘れ）があり「服薬等の確実な管理」という点では課題を残している。利用者に対する個別指導や投薬に関する職員研修については、その内容と頻度について改善の余地がある。</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><コメント></p> <p>学習支援については、利用者の年齢的なこともあり対象者は年々減っている。「小遣い帳の作成」は、ごく一部の利用者に対して継続支援している。将来的に利用者が1人で通院することを目指し、支援した結果、通院の一連の流れを習得できた事例があるコロナ禍による制限が多くあり、現時点ではできていないことはあるが、将来的な支援体制や仕組みは整っている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>1人暮らしを希望している利用者に対して、必要とされるスキルを身につける支援を実施している。具体的にはゴミの分別方法やゴミ出しルールの習得、一人暮らしに向けた調理に関する研修会の周知など、事業所として取り組める活動を実施している。課題としては、取組みが事業所内で留まっており、地域の関係機関との連携までの広がりが弱いことである。</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
<コメント> コロナ禍で家族との交流の頻度は少なくなってしまったものの、年3回(4月・9月・3月)の家族懇談会にて、施設側から必要な情報提供を行っている。具体的には職員紹介(新人職員の紹介等)や前年度の事業報告、当該年度の事業計画、年間行事予定等を伝達している。出席できない家族については書類を郵送し、全員に行き渡る配慮も行っている。帰省についても、利用者と家族の要望を尊重している。		
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		