

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：GHCかしの木	種別：共同生活援助	
代表者氏名：武田 信之	定員（利用人数）：64名（63名）	
所在地：愛知県一宮市祐久字屋敷裏93-2		
TEL：0586-85-8820		
ホームページ： http://www.kasinoki.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成24年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 樫の木福祉会		
職員数	常勤職員：14名	非常勤職員：57名
専門職員	（管理者）1名	（社会福祉士）1名
	（サービス管理責任者※兼務）4名	（介護福祉士）16名
	（看護師）1名	（行動援護）7名
施設・設備の概要	（居室数）64室	（設備等）賃貸ホーム：7
		スプリンクラー設置ホーム：8
		法人所有ホーム：8ホーム
		リフト付きホーム：1ホーム

③理念・基本方針

★理念

「ひとりひとりひかる」

人はみな、ひとりひとりに「違い」があります。その「違い」は、その人全体の価値を決めるようなことではありません。しかし、その「違い」はその人がその人らしく生きていくうえで、「障害」となることが多くあります。私たちは、「障害」がその人にあるのではなく、その人が生きる社会にあるのだと考えます。

私たちは、どんなに大きな「違い」があろうとも、その「違い」を認め、それぞれの自己実現を尊重し、できる限り楽しく、豊かに生きていけるための活動を行います。その活動を通して「人が人を理解する」という事の意味を考え続け、どんな人も受け入れて、共に生きる地域づくりを目指します。

★基本方針

- 1 個人の尊厳を尊重します。
- 2 自己選択、自己決定を尊重します。
- 3 プライバシーを尊重します。
- 4 財産権を尊重します。
- 5 知る権利を尊重します。
- 6 体罰、暴力、身体拘束を行いません。
- 7 質の高いサービスを受ける権利を尊重します。
- 8 意見、質問、苦情を申し立てる権利を尊重します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・健康管理：看護師等、訪問看護等と連携をとり、早期対応を心がけている。
- ・コロナウイルス感染防止の取組を実施している。
- ・年に1回の日帰り旅行はコロナウイルス感染防止のため、行えていないが、移動支援の利用も含め、外出の機会を作るように心がけている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 5月25日（契約日）～ 令和 5年 3月23日（評価決定日） 【令和 4年11月16日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3 回 （平成30年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆快適な居住環境

各居室は個室でプライバシーも確保され、広い廊下や浴室、トイレなども十分なスペースが確保されている。また、共同の厨房を境に、男女それぞれのリビングで仕切られた構造は、食事提供上また職員配置上も合理的かつ機能的である。アットホームな点に加え、随所に利用者や家族の意向を反映させた様々な配慮が施され、快適な環境が整っている。

◆自立生活への個別支援

生活の基本を利用者各自の自主性に任せ、それぞれに必要な部分の支援を行うという点に、利用者の主体性を尊重する事業所の姿勢がうかがえる。買い物や外出など、生活の多くの部分に本人意向と自己決定があり、また話し合いの下で決めたホーム内のルールなど、支援の主体者である利用者の意思と利益を最大限に重視した取組みを実践している。

◇改善を求められる点

◆説明と同意

支援の主体である利用者に対して、契約事項や運営方針、事業内容など自らの受ける支援に対して、事業者側は説明責任があり、利用者側の理解と同意を得る必要がある。そのためには、例えば「生活のしおり」といったような分かりやすい資料などの工夫と配慮が求められる。加えて、満足度調査など、生活状況のモニタリングを実施することで、その結果を支援提供の参考とし、サービスの質の向上を図られたい。

◆具体的な事業計画

法人の中・長期計画をこれからの方向性を示すものとして捉えれば、法人を構成する事業所としても中・長期計画を策定し、事業所に合った中・長期の展望を示すことは必定である。計画は、数値目標など具体的で実効性のあるものがより望ましく、これに沿った単年度計画についても進捗確認や達成度評価のできる具体性のある形が求められる。

◆効果的な研修

研修計画が策定され、法人内外の研修に参加している。受講後には「研修報告書」を作成し、情報を共有している。ただ、研修が業務に活かされたかどうかといった研修成果のモニタリングの実施、また個々に応じた研修機会の提供という点での研修履歴の管理、この2点は課題として残る。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者に対して分かりやすい説明の工夫や具体的な事業計画と達成確認、職員研修の成果の確認等、改善の努力をしていきます。

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。

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 理念及び基本方針については、明文化されており、ホームページに記載がある。職員、利用者、家族に対しては、法人機関誌「きぼう」を配布して周知している。利用者向けの分かりやすい資料の作成の工夫について、検討されたい。			

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 経営状況の把握については、法人の管理者会議において毎月分析をし、継続的に検討する仕組みがある。事業所内においては、継続的に内部の経営状況や外部環境について、定期的に分析する仕組みがないため、検討されたい。			
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
<コメント> 現在の事業所の課題としては、グループホーム立地や設備、障害状況等の理由でマッチングできず、定員の空きが埋まりにくいことである。課題は明確ではあるが、まだ具体的な改善計画を立てて取り組むには至っていない。			

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 法人の中長期計画策定委員会において、令和3年度から5年間の中・長期計画を策定している。経営課題、重点実施項目、実行計画のスケジュールを作成し、具体的な内容となっている。数値目標や中・長期の収支計画については、中・長期計画書への記載がないため、今後検討されたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 中・長期計画に基づき、単年度の事業計画を策定しているが、数値目標の設定がなく、年度途中における進捗評価や年度末の最終評価が曖昧になっている。可能な範囲で数値目標を設定する等、適正な評価を可能とする仕組みづくりを期待したい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 事業計画については、管理者と主任が中心となり、前年度の事業計画を評価し、次年度分を作成している。重点項目を中心として計画を策定しているが、数値目標の設定がなく評価が困難な状況がある。職員への周知はメールの送信のみとなっているため、理解を促す取組みに期待したい。			

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 事業計画については、利用者に対して口頭での説明のみ実施している。家族に対する周知についての継続的な取組み及び利用者の事業計画に対する理解を促すための、分かりやすい資料の作成の工夫を検討されたい。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 第三者評価の受審については、定期的を実施している。個々のサービスの質を確認するため、関係する職員全員に対して実施する独自の自己評価表の取組みを検討中である。職員会において、支援について検討することはあるが、その取組みが計画的・組織的に実施されるよう、組織の体制整備が望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 職員数も多く、事業所も点在しているため集約しにくい状況ではあるが、誰が（責任者）、いつまでに（期限）、何をするのか（実施方法・結果）という具体的な計画の策定、分かりやすい資料作成等、保存の工夫を期待したい。		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者の役割及び責任については、法人の規程により定められている。年度初めの職員会議においても、管理者自らの役割、責任について表明をすることで理解を促している。管理者不在時の権限委任については、各ホームのサービス管理責任者と定め、周知をしている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント> 遵守すべき法令等については、法人全体における共通情報の内容は本部より周知がある。改正事項については、内容が記載された用紙を職員ごとのレターケースへ配付し周知をしている。必要に応じた対応となっているため、遵守すべき法令等に関する正しい理解や職員の遵守を徹底するための取組みに期待したい。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント> 福祉サービスの質の向上のため、現状の課題についてはその都度職員会議において検討している。定期的な評価をしたり、職員の意見を反映させるための具体的な取組みについては実施できていない。定期的かつ組織的に、評価・分析できる組織体制の構築について検討されたい。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント> 職員の人員配置加算を取得したり、職員の休暇確保のために、法人内の日中事業所からの応援や派遣職員の確保をしたりすることで、業務の実効性を高める工夫が見られる。管理者自らの取組みだけでなく、職員全体で効果的な業務の実現を目指す仕組みの構築に期待したい。</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 ・ ④ ・ c
<p><コメント> 法人において、退職予定者数に基づき、次年度の採用予定者数を決定している。法人内の研修委員会において、OJTや年間研修計画を実施している。事業所として、人材確保や定着について、具体的な計画の策定について検討されたい。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ④ ・ c
<p><コメント> 基本方針において「期待する職員像」を明示し、人事基準については、「就業規則」に記載されている。正規職員に対しては、法人が作成している「ヒアリングシート」を用いて、年1回の個人面談を実施している。職員のモチベーションの向上につながる、総合的な人事管理の検討が望まれる。</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 ・ ⑤ ・ c
<p><コメント> 複数のグループホームを抱え、勤務の調整が大変困難な状況ではあるが、派遣社員や日中事業所の職員の助けを借りることで、職員の休暇確保をしている。人材の確保・定着のためにも、職員の福利厚生の実践について、法人全体で検討されたい。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 年に1度実施される個人面談において、法人共通の「ヒアリングシート」を用いて個人目標を設定し、達成度の確認をしている。結果の評価・分析までの取組みがないため、人材育成のための目標の設定、進捗状況と目標達成度の確認の仕組みの構築を検討されたい。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 法人内の研修委員会において、研修計画が策定され、計画に沿って研修が実行されている。受講後には「研修報告書」を作成し、情報共有をしている。労働時間の少ない職員向けの研修の実施と、研修受講後の意識変化について確認する仕組みづくりが望まれる。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 法人主催の階層別、職種別、テーマ別研修の機会があるが、不規則な勤務であるため、参加しにくい状況である。事業所内においては、必要に応じ研修を実施している。入社からの履歴がわかる、職員個々の研修受講歴が把握できる仕組みづくりが望まれる。</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 ・ b ・ c
<p><コメント> 制度上、障害者グループホームにおける実習が、現場実習の単位として認定されないため、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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> ホームページに、理念、方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報が公開されている。第三者評価の受審結果は、県のホームページ上で確認できる旨の記載をすることが望ましい。苦情・相談の体制や内容についての公表がないため、今後の取組みに期待したい。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 法人として、事務、経理、取引のルールは定められている。法人による調査、監事監査、会計事務所による監査も定期的実施され、事業経営・運営の適正性を確保する取組を行っている。利用者の現金を預かるルールはあるが、マニュアルの整備及び更新についての仕組みの構築が望まれる。</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	㉒ ・ b ・ c
<p><コメント> 事業所として、利用者自身が地域で生活することを支えている。地域の町内会の行事等の情報を提供したり、町内の清掃活動に利用者と職員が一緒に参加したりすることで、利用者が地域へ出て行きやすいような支援を実践している。</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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人内にボランティア委員会を設置している。事業所のニーズとボランティア希望の方とのニーズが合わず、実際にボランティアの受入れはできていない。ボランティア委員会において「ボランティア受入れマニュアル」の更新予定がある。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 事業所全体ではなく、ホームごとの社会資源のリストを作成している。自立支援協議会への参加を通じ、関係機関・団体との定期的な連絡会等を行っている。社会資源リストの定期的な更新の仕組みについて検討されたい。		
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	㉕ ・ b ・ c
<コメント> 自立支援協議会への参加により、地域の福祉ニーズを把握している。法人内の管理者会議の中においても情報提供がされている。町内会への参加、広報誌「きぼう」を発行する主体である「かしの木の会」においても、地域の福祉ニーズを把握することができる。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 一宮市自立支援協議会のホーム連絡会において、グループホームの実践報告を実施している。町内会への参加もしているが、事業所が有する機能を用いた地域社会における公益的な取組の実施について、検討されたい。		

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> <p>職員会議等の場で、利用者主体のサービスや権利擁護について確認している。また、講師を招いて意思決定支援の研修を行っている。倫理綱領は愛知県知的障害者福祉協会の綱領を準用しており、基本方針として職員の在り方を示している。しかしながら、これらが支援に活かされているかのモニタリング機会はなく、課題となる。</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	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>利用者が生活する空間は個室で、十分プライバシーが配慮されている。また、プライバシー保護のマニュアルに基づき、入浴やトイレ介助がなされている。他人の部屋を訪れる際は、必ずノックをすることが利用者、職員共に徹底されている。</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	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>パンフレットやホームページなどを使ってホームの情報を発信し、利用希望者には丁寧に説明している。パンフレットは写真を中心に分かりやすい内容となっており、誰にでも理解可能となっている。法人機関誌は市役所や市・社会福祉協議会などに置かれ、広報されている。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>サービス開始にあたっては、既存のパンフレットや法人の機関誌等を使って丁寧に説明されているが、利用者が理解しやすいよう配慮された資料等は作成されておらず、課題である。利用者の同意を得るためには、意思決定の材料となる資料等の改善がなされる必要がある。これらはマニュアル化され、一定のチャートに沿って運用されることが望ましい。</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><コメント></p> <p>生活の場の変更等による不利益が生じないように支援の継続性を担保するためには、引継ぎ文書などにより利用者本人の状況と支援方法を共有する必要がある。この点の徹底を図りたい。退所者へのアフターフォローは、毎週話を聞きアドバイスするなどを実践している。</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><コメント></p> <p>個別支援計画のモニタリング時に、本人の意向や支援に対する意見を聴取して計画に反映させている。しかし、直接的な満足度調査などは実施されていない。全体の調査を実施し、集計・分析することで利用者の満足度や傾向、嗜好などを把握し、快適な生活を支援することはグループホームとしての使命である。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>苦情解決のシステムは整備され、運用されているが、実際の苦情受け付けは少ない。ホーム内には苦情解決のポスターが掲示されているが、記入するカードや意見箱などは設置されておらず、検討を要す。受け付けた苦情は、苦情解決委員会にあげられ、一連の過程を経て当事者にフィードバックされる。</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><コメント></p> <p>どの職員にも相談できることになっており、実際に相談を受けることも多い。事務所が主な相談場所となっているが、携帯やメールからの相談もある。しかし、相談方法等に関する説明文書は整備されていないため、作成して配付・提示することが望ましい。</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><コメント></p> <p>意見箱やアンケートは実施されていないが、日常的な相談事項は記録されている。必要に応じて会議にかけられ、共有して対応されている。対応結果は、当事者にフィードバックされている。一方で、これらの手順はマニュアル化されておらず、チャートとしても示されていないため、組織としての体制を整えて対応に当たることが求められる。</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><コメント></p> <p>法人内に安全衛生委員会が設置され、職場環境全般の管理、監督を行っている。事業所ではヒヤリハットや事故の事例検証がなされ、安全衛生委員会で共有・協議されている。サービス管理責任者を中心に事故防止に努めているが、対策の評価や改善といった点などは不十分であり、対策の強化が必要である。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>安全衛生委員会により感染症の予防対策などが協議され、消毒の実施、タオルの撤去などが徹底された経緯がある。また、月2回の訪問看護師の巡回により、チェックとアドバイスを受けている。具体的な対応には手順書（マニュアル）が必要であり、特に日々支援者が入れ替わるグループホームでは、マニュアルを用いた周知が必須となる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>「災害マニュアル」が作成されているが、職員周知は定かではなく徹底が求められる。防災訓練は年3回実施されており、災害時の備蓄品の管理も問題ない。今後は、訓練のマンネリ化防止に向けたバリエーションの増加や地域連携の検討などが課題となる。</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><コメント></p> <p>ホームごとに支援内容がマニュアル化され、標準的な実施方法と個別の留意事項が明確になっている。マニュアルは、毎年度改善点を洗い出して更新されているが、全職員の周知という点では十分とは言い難い。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎年、ホームごとに利用者の状況を勘案し、職員会議で協議して標準的な実施方法の見直しをかけている。見直し内容には個々の支援計画の変更が反映され、職員は会議時に意見を出し合い内容を確認している。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>アセスメントシートは、各領域・ニーズ・支援目標・支援内容の項目からなり、適切にアセスメントされている。個別支援計画の作成に当たっては、個別に看護職や相談員の意見を聞く機会があるが、ケース会議等での協議を経るといった過程は必ずしもある訳ではない。また、利用者個々に面談等で意向聴取する手順なども定められていない。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>半期に一度計画のモニタリングが行われている。しかし、見直しの方法などは手順化されていない。また、実際には利用者の意向を踏まえた多職種による検討会議ではなく、ホーム担当とサービス管理責任者による合議で決められる点などは、改善の余地がある。</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)-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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>日々の支援の状況は業務日誌に記録され、利用者本人の様子や支援状況は活動記録・支援記録あるいは体調不良の記録に、個々に記載される。アナログ方式による記録は、記載に場所を選ばず時間短縮にもなる一方、整理や保存には手間取る。職員による記録の書き方の差異調整、記録内容の共有化なども含め、全般的な検討が望まれる。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>個人記録等は鍵のかかる場所で管理され、デジタルデータは漏洩対策が施されている。職員には秘密保持義務が課されている。一方で、規則として「個人情報保護規程」と「文書管理規程」が整備されているものの、内容の周知に関しては十分とは言い難い。</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	② ・ b ・ c
<コメント> 事業所の支援上のスタンスは「各自の能力に合わせ足りない部分を補う」というもので、基本的には各自の主体性に任ず部分が多い。嗜好品や衣服などは利用者本人の意向で購入しているほか、外出なども本人希望に沿った個別支援を行っている。ホーム内のルールなども各自合意の下、職員と共に決めている。		

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
<コメント> 虐待防止に関し、法改正を受け外部講師を招いた研修会を開催したり、職員会議で協議をしたりしている。虐待防止委員会が設置され、防止に向けての取組み方や事案発生時の対処方法などは整備されている。身体拘束の事例などは無く、選挙への同行支援など権利行使へのサポートがある。一方「権利擁護マニュアル」の周知に関しては十分とは言い難く、課題を残す。		

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	a ・ ② ・ c
<コメント> 見守りを基本とし、障害特性や能力に応じた個別支援を行っている。自立生活のための動機付けは行っていないが、過去に一人暮らしの希望を受け、食事の作り方などのSST（ソーシャルスキルトレーニング）の実施や自立支援事業の契約支援などを実施した例がある。生活上の自己管理とのバランスを考えて取り組んでいる。自立への動機付けが課題である。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> コミュニケーション支援に関しては、絵や写真などを用いた案内、時計の形のスケジュール表など分かりやすくする工夫と、利用者一人ひとりへの配慮がうかがえる。コミュニケーション機器の活用やコミュニケーション能力を高めるための支援などは、その必要性から実施されていない。		

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 ・ ② ・ c
<コメント> 日常生活支援の中で、利用者本人の意思や意向を推測して対応している。しかし、意思決定支援のプロセスとしての様々な情報提供による意思形成支援や、複数の選択肢による意思確認といった取組みは弱く、改善の余地を残す。また、相談を受けてから実際の支援に至る手順や支援計画の変更等についても不明確な部分もあり、検討に値する。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 日中の活動に関しては、通所している事業所や就労先の企業に帰属し、ホーム独自の活動は特別な行事などを除き用意されていない。また、土・日曜日の活動に関しては、利用者の意向による単独外出やヘルパーを使った外出などが中心となっており、それらの利用に関する支援は実施している。積極的な情報提供や、必要に応じた個別支援が求められる。		
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
<コメント> 定期的に会議の場で困難事例の検討を行い、適切な支援方法の確認を行っている。しかし、職員間での知識やスキルに差があり、特に非正規職員の支援への影響が懸念される。研修等による周知の機会の増加や、共有すべき支援事項の確認徹底を図りたい。		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームごとの支援マニュアルには、個別支援の確認事項が記載されている。「業務日誌」には身体状況や留意点が記載され、勤務開始時に必ず確認して押印する手順となっている。食事は外部業者を使っているが、身体状況やアンケートによる嗜好を加味した提供がなされている。排泄はチェック表による確認がなされ、検温とともに日々の健康管理を支えている。</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>居室はすべて個室であり、空調は独立型のものを設置し、ベッドも各自に合ったものが使用されている。居間と台所も、設備や動線の配慮がなされていた。トイレ、浴室は空調も整い、十分な広さが確保されている。トイレに関しても清潔さが保たれていた。利用者と保護者の意向が反映された結果の生活空間ということであるが、今後も意向調査を実施し、常に快適さを保たれたい。</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>利用者が各自の医療保険を使い、訪問リハによる機能訓練やマッサージ、鍼灸治療などを取り入れている。生活訓練として、専門職（理学療法士等）の指導による訓練や、作業療法的な訓練などは実施していない。機能訓練に関しては、医師の指示による専門職の作成した訓練計画の下に実施し、個別支援計画にも記載されている。ホームの取組みとしては、必要十分である。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>日々のバイタルチェックと食事や排泄の状態を記録しており、日中事業所とは「連絡ノート」を通して情報共有し、必要な対応を行っている。看護師が常駐でないため、日頃より職員が健康や医療に関する知識を得ておく必要があり、定期的に研修等の実施が望まれる。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>慢性疾患やアレルギーのある利用者などが複数入居しており、医療との連携が欠かせない。医師の指示により、服薬支援や食事調整を実施しているが、明確な手順に基づく支援が求められる。誤薬の防止なども含め、医療に関するマニュアルの作成は急務である。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望により、バスケットボールクラブ・太鼓サークルといった活動に参加したり、地域の祭りへの参加や個別の外出などを支援するために、ヘルパー派遣の調整などを実施している。より一層社会とのつながりを持てるよう、また利用者の個性や障害特性に応じた活動が可能となるよう、日々の支援の中で情報提供や動機付けを行っていくことが望まれる。</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>現状での地域移行としては、家庭へ戻っての生活、単身生活、小規模なグループホーム、あるいはシェアハウスのような共生型住居での生活が考えられる。利用者の意向を確認し、候補者もいると聞く。意向を実現するために、関係者との連携により移行計画を策定し、これに沿って段階的な支援を実施していくことが肝要である。</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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 帰省時には毎回「支援記録」を持参し、家族に細部の情報まで伝えている。帰省のない利用者は、定期的に記録を送付している。ホームの携帯電話を用いて、体調不良時や通院時は無論のこと、日常的に双方向の連絡を密に取っている。今後は、家族との交流や意見交換といった機会を作ることも検討されたい。		
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		