

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：地域生活支援センターりんく	種別：共同生活援助	
代表者氏名：清水 晶	定員（利用人数）：30名（27名）	
所在地：愛知県大府市江端町五丁目179番地		
TEL：0562-46-2555		
ホームページ： http://www.aikouen.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成16年 6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：20名	非常勤職員：23名
専門職員	（管理者） 1名	（介護福祉士） 18名
	（事務職員） 1名	（社会福祉士） 4名
	（看護師） 2名	（初任者） 8名
施設・設備の概要	（居室数） 30室	（設備等）浴室リフター
		バリアフリー構造
		スプリンクラー等防火設備

③理念・基本方針

★理念

・法人

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目指します。

1. 私たちは、誰もがまず「人として」受け止められ、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、誰もが必要な時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。

・施設・事業所

あなたが地域の中で、自分の暮らしについて自分で考え、決め、責任を持ちながら暮らせるように、世話人や生活支援員等のセンターのスタッフが支援をします。

★基本方針

1. 私たちは希望する誰もが安心して地域で暮らし、利用者本人のエンパワーメントが高まる生き方の支援を目指します。
2. そのために、ヘルパーステーション(居宅介護事業)及びグループホームセンター(共同生活援助事業)を一体的に管理・運営し、関連機関や法人内外の事業所と連携して社会資源の開発、活用を推進しながら地域生活支援の仕組みを構築していきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・障がいの軽い、重いに関わらず、ご利用者の思い、意思をしっかりと聴き、その人らしい暮らしが実現できるように支援している。
- ・看護師を配置し、支援員との連携を密にしながら、医療的ケアの必要な方も含めた重症心身障がいの方々が暮らせるホームを支援している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 5月16日(契約日) ~ 令和 5年11月 2日(評価決定日) 【令和 5年 8月14日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	1 回 (平成30年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の現状理解と指導力

管理者は、職員面談での意見や提案を支援に反映させている。また、ホームの状況把握のために現場のシフトに入ったり、ホーム会議や在宅会議では必要な提言・助言を行って方向性を提示している。さらに、主任会議では課題の改善に向けて協議を先導するなど、多くの面で指導力を発揮している。

◆人事管理制度の適正化

人材育成のルールとして等級別のキャリアパスが作成され、これに沿って人事考課を実施しており、項目に沿った職能要件について職責の明確化と業務への貢献度を評価している。現在、法人内の人事システム検討会において人事管理制度の改訂が検討されており、これまで運用してきた制度の更なる適正化を図り、発展させていく対策が進められている。

◆リスク管理の徹底

事故発生時の対応マニュアルが作成され、手順がフローチャートで示されている。情報共有にはグループソフトウェアを使用しており、職員はいつでも閲覧でき、情報の共有化がなされている。また、ホーム会議で事故の発生原因を分析し、改善策を検討して実践するといったリスクマネジメントの仕組みが機能している。

◇改善を求められる点

◆事業所の中・長期計画

単年度の事業計画は、月次評価を総括し、年度評価を実施した上で課題や改善点を次年度計画に反映させる形であるが、中・長期的視点での事業所指針を明確にする意味で、中・長期計画の策定が望まれる。この場合、法人の中期計画との整合性を踏まえた上で、期間としても法人に合わせた3年スパンで策定することが妥当と思われる。

◆利用者への説明責任

支援の主体である利用者は、支援内容や計画について知る権利があり、事業者には説明責任がある。本来なら、利用契約や重要事項、事業計画など、自らが受ける支援の内容全般について同意した上でのサービス提供が基本である。このインフォームドコンセントを得るためには、少しでも多くの理解が可能となるよう、分かりやすい資料の作成や丁寧な説明の実施等、配慮と工夫が必要である。

◆サービス内容のモニタリング

全体のサービス提供に関するチェックの部分では、体制が整備されているとは言い難い。提供側の職員によるサービスチェック、また受ける側の利用者の満足度調査などの意向把握がなされていない。個別支援計画に関してはPDCAサイクルが機能しているが、サービス内容全般の評価が実施されていない。正確なモニタリングを実施することで、支援内容の改善とサービスの質の向上を図りたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価結果を見て、自事業所の状況が的確に反映されており、各項目の評価も納得ができました。
改善が求められる点についても具体的に明らかになったため、今後改善に向けて取り組んでいき、利用者の満足度の向上に繋げていきたいと思えます。

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> 法人の理念はクレドカードに記載され、職員が携帯するとともに全体会議で読み合わせを行って周知・理解を深めている。項目にある「権利擁護」や「地域での自立と共生」を根幹にし、職員の行動規範の役割も果たしている。利用者への周知の工夫、非常勤職員への徹底、の2点では課題を残す。			

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> 運営会議、事業部会議等の法人会議にて経営状況等を把握し、同時に法人内外の情報は法人・事業所の物差しで分析している。また、地域の福祉動向等は、市の自立支援協議会に参加することで比較的タイムリーに把握している。			
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> 職員育成面で、特に権利擁護意識を末端の職員まで浸透させることが近年の課題となっている。法人においては、組織の改編や外部有識者を入れた第三者委員会の立上げ等、意識改革に取り組んでいる。事業所においても、不適切事案の検証を徹底し、利用者への虐待等権利侵害の起こらない職場環境とシステムに加え、研修を強化することで課題の解消を目指している。			

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 法人では、今年度から3年後までの中期計画が策定されており、各年度ごとにミッションとアクションプランを設け、工程表に沿って法人全体で取り組む項目を定めている。一方、事業所としての中・長期的な計画は策定されていない。法人計画を受けた中・長期的視点での事業所指針を明確にする意味で、計画の策定が望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 法人の中期計画に沿った形で重点項目を定め、単年度の事業計画が策定されている。収支目標や利用率の数値設定はあるが、設定項目に対しては明確な行動計画がある個所と、概念や方向性のみ提示されている個所が混在するため、進捗評価を実施していくためには、明確さに欠ける点は否めない。			

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> 計画の原案作成に向けては、職員面談で出された「事業所への提案、改善点」を精査し、事業計画に取り上げる項目に反映させている。また、法人の経営小委員会に対して事業の月次評価報告を行うほか、事業報告としての年度評価も詳細に実施している。		
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 利用者への周知の点で、計画を少しでも理解できるよう分かりやすくした資料作成等の工夫や配慮はなされていない。支援の主体である利用者に対して、自ら受けるサービスへの説明責任を果たすことが肝要であり、同意を得た上での（インフォームドコンセント）サービス提供が基本となる。		

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 ・ ① ・ c
<コメント> サービスチェックの点では、各ケースのモニタリング、虐待防止チェック等を行ってはいるが、それ以外は実施されていない状況である。第三者評価受審の年は当該様式により自己評価を実施するが、受審の無い年に関しても同評価基準を用いたサービス全般の評価を実施することを推奨したい。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> サービス評価を定期的に行い、結果を分析・共有することで、気づきや発見、支援の向上・改善に結び付き、不適切支援や虐待の防止にもつながっていく。支援上の課題を明確にし、組織的に改善できるシステム作りが求められる。		

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、毎月の全体会議で当面の方向性の提示や留意事項を示し、また運営会議での情報を周知している。各職員の職責を明確にした「職務分担表」が作成されているが、職員周知に関しては十分とは言い難い面がある。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 管理者は、行政からの通知や法人内会議での情報、福祉関係誌からの情報等々により関係法令を把握し、職員へは全体会議での周知、あるいはグループウェアでの共有を行っている。また、毎月開催される法人内の管理者研修では、経営・財務・ハラスメント等の知識や情報を得て、事業所内で必要な周知、取組を行っている。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 管理者は、職員面談を通してそれぞれの意見や提案を聞き取り、支援に反映させる方策を考えている。各ホームの現状や課題の把握のために現場のシフトに入り、ホーム会議、在宅会議に参加して必要な提言・助言を行っている。さらに主任会議では、課題の検討と改善に向けて協議を先導するなど、指導力は高い。				
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	ⓑ	c
<コメント> 法人本部と協働し、経営改善や労務管理等を行っている。着任3年目を迎え、事業所の課題や問題点が徐々に明らかになっており、改善された部分がある一方、余裕のない職員配置などによって、手付かずの部分や従前からの踏襲部分も未だあるのが現状である。改善が必要な支援や業務を職員と共に再確認し、改善に向けて取り組まれない。				

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> 様々な求人活動が実施され、また法人中期計画の中には「人材の確保・育成」を重点目標として挙げている。職員の国保・育成が懸案事項となっているが、具体的な採用計画や人員体制の目標は見当たらない。現実的には、必要な人材が容易に確保できる社会情勢ではないが、法人や事業所の魅力を積極的に発信していくことが、優秀な人材の採用や定着への契機と捉えたい。				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	Ⓐ	b	c
<コメント> 等級別のキャリアパスを基に人事考課を実施し、項目に沿った職能要件に対して自己評価と上司考課を行っている。さらに、法人内の人事システム検討会において人事管理の改訂が検討されており、これまで運用されてきた人事考課制度を発展的に継続する方向で進められている。				
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組んでいる。	障16	a	ⓑ	c
<コメント> 働きやすい職場のための「行動計画」が策定され、労働時間の現状把握、有給休暇の実態把握、ノー残業デー、管理職研修などについて2年間の計画で動いている。男性育休の増加、福利厚生制度への加入、面談や自己申告による就労意向の把握など、働きやすさへの様々な取組みがうかがえる。一方、主任など役職者の残業が多いことが副産物となっている点は課題である。				

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>個々の考課シートには年度目標が、自己申告書には長期目標（5年）とアクションプランを記載する様式がある。しかし、これを評価する仕組みがなく、目標の適切性や達成方法・手順などが不明瞭なため、目標管理とは言い難く絵に描いた餅になりかねない。人事制度改定に向け、人事考課と連動した目標管理とすることで自己の業務目標達成を通じた育成を図りたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>キャリアパスを念頭に、委員会により法人研修計画が策定され、法人研修を中心に研修が実施されている。事業所では、業務上の必要性からヘルパー資格を必須の要件と捉え、全職員の取得を進めている。研修計画は定期的に評価・見直しなどを行い、実効性のある計画とすることが望ましい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>新任から管理者まで、階層別・テーマ別の法人研修が組まれている。シフト等で研修参加が難しい職員もいる中、実践発表会と虐待防止研修は非常勤を含む全職員が受講している。職員育成の有効手段であるOJTに関しては、担当固定や目標設定、評価といった体系的な実施ができておらず、シフトで組み込まれた先輩職員によるジョブトレーニングのみとなっている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページ上には様々な情報が公開され、また法人機関誌もネット上に公開されており、運営方針等多くの情報が掲載されている。事業所では、独自の広報誌を関係者向けに刊行し始めた。今後は、苦情内容を含むより詳細な情報をタイムリーに公開することで、より透明性の確保に努められたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所における金銭の動きをホーム管理と本部管理に分け、適正に管理されている。収支や利用状況等は月次決算報告として本部にあげられ、経営小委員会でも検証されている。税理士である法人監事による内部監査では事務、財務とも目立った指摘事項は出されていない。監査法人等による外部監査は今後の検討課題である。</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>地域との関わりについては、理念の示すところである。ホームによっては町内会に参加し、住民同様に地域行事に参加したり、地域当番の役割を担うなど、地域住民との関係が緊密である。また、別のホームでは地域住民を呼んで花火大会を開いた。全てのホームで存在感を示して地域の理解を得ており、関係性は良好である。</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> 有償ボランティアとして食事を作ってくれる人、楽器を演奏してくれる人などの受入れ実績があるが、日常的にボランティアの受入れがある訳ではない。利用者に役立ち、あるいは関心のある事に対して、これに合致するボランティアを活用できないか。地域の有効な資源であり、利用者と社会との接点でもあるボランティアの受入れを是非とも進められたい。</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	㉕ ・ b ・ c
<p><コメント> 各ホームには、利用者個々に必要な医療機関、ヘルパー、日中事業所など関連機関等のリストが掲示されている。そのため、どの職員も対応できるようになっており、常に連携が図られている。また、管理者の参加する自立支援協議会では、情報の共有や共通課題の検討が定期的実施されている。</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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント> 市の自立支援協議会に参加した際の情報交換や、併設する居宅支援の事業所からの情報も含め、地域の状況を把握している。また、法人の各事業所からの情報を運営会議で共有している。</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 ・ ㉗ ・ c
<p><コメント> 障害の軽重に拘わらず、地域で障害を持った人の地域生活の場として事業展開している。しかし、福祉活動以外の地域貢献としては取組みが見られない。利用者の地域生活の理解普及や職員の専門性・介護ノウハウの提供といったような地域還元の方策について検討されたい。</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
<コメント> 法人理念、倫理綱領、行動規範等が策定されており、クレドカードを使用して職員に周知し、意識を高める取組みがされている。職員、世話人が事務所（りんく）に集まり、読み合わせを行なう機会を作っている。ただ、利用者の尊重や基本的人権の配慮について、実地状況の定期的な把握と評価、また改善に向けての取組みに関しては課題を残す。				
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
<コメント> プライバシーに配慮して、個室化や入浴支援を行っており、相談する際は居室で行うように周知されている。家族にも契約時に口頭での説明をしている。ただ、規程やマニュアルの整備が不十分である。プライバシー保護の姿勢・責務等を明記した規程・マニュアルを整備し、職員全体で意識を高めていくことが望まれる。				
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	ⓑ	c
<コメント> 法人総合パンフレットが作成されており、事業所独自の概要が記載された資料もある。ホームページも開設されている。見学・体験利用者への対応は丁寧に行っており、実際にグループホームに来てもらい、説明を行っている。ただ、パンフレットは作成されているが公共施設等に置かれていないため、多くの人が入手できるような配慮が望まれる。				
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	ⓑ	c
<コメント> 利用開始時には「利用規約書」や「重要事項説明書」を使用して説明し、利用者や家族の同意を得ている。ただ、説明書類の分かりやすさや理解しやすさの工夫と配慮に改善の余地がある。文字のみの表現になっているため、イラストや写真等を用いた分かりやすい資料の作成を望みたい。				
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
<コメント> グループホームを体験利用している利用者はいるが、グループホームから事業所の変更や移行したケースはなかった。利用者や家族が困った際は相談しやすい環境を整えているが、事業所の変更や移行を行う手順書は作成されていない。手順書を作成し、サービスの継続性に配慮した取組を期待したい。				
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。				
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇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
<コメント> 普段の生活や会話などから利用者のホーム生活での満足度を把握し、イベントを開催して暮らしの中の楽しさを提供している。しかし、定期的な利用者満足度の調査が実施されていない。利用者満足を把握するための仕組み作りの整備が望まれる。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 苦情解決のシステムは整備がされており、各グループホームにも掲示されていた。「重要事項説明書」への記載があり、利用者や家族への周知もされている。苦情解決の記録もあり、ファイルリングされ、法人内で周知を行って情報共有を図っている。				

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>相談が出来るスペースは確保しており「重要事項説明書」において相談窓口を記載している。相談時にはプライバシーに配慮し、利用者の居室で対応している。しかし、利用者が相談する際に複数の方法や相手を自由に選べることの説明が不十分である。利用者や家族に対し、相談方法の周知に努められたい。</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>日常的に接する職員が、利用者の意見・要望を傾聴するように努めている。各グループホームでホーム会議を開き、情報共有を図って対応の検討・実施を行っている。しかし、意見・要望の対応マニュアルは整備されていなかった。マニュアルの整備を行い、意見・要望等を適切に処理し、運用できるように努めていくことが望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事故発生時のマニュアルが作成されており、手順がフローチャートで示されている。入浴時に痣などを確認するように気をつけている。情報共有はグループソフトウェアを使用して行い、職員はいつでも情報を確認することができる。ホーム会議で事故の原因分析を行い、改善策、再発防止策を検討している。リスクマネジメント体制が十分に機能している。</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>感染症対策（コロナ）のマニュアルが作成されており、看護師の助言も取り入れている。感染対策委員会を立ち上げ、コロナ以外の感染症対策についても検討されているが、マニュアルが更新されていなかった。マニュアルの定期的な見直しと、マニュアルを活用した勉強会の開催を期待したい。</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>災害時のBCP（事業継続計画）が策定され、見直しもされている。訓練も計画に基づいて実地されている。各グループホームに食料や備品類等の備蓄があり、リストも作成されている。しかし、備蓄品のリストや場所などの情報について、職員間で差異が生じている。情報の周知方法について検討し、情報の共有と把握が徹底されるよう努められたい。</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>介助マニュアル、個別支援計画書が作成されており、マニュアルには写真も使用され、誰が見ても分かるように工夫がされている。グループソフトウェアで管理されているため、職員の誰もがいつでも確認出来るようにはなっているが、実際に標準的な実施方法に基づいて行われているかどうかを確認する仕組みが不十分である。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>月に1回、利用者のサービス報告書が作成されており、利用者からの意見や希望も取り入れるように努めている。また、ホーム会議にて支援内容の見直しや個別支援計画のモニタリングを行い、見直しが必要な場合は個別支援計画への反映も行われている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>「アセスメントシート」が作成されており、医療的ケアについてもまとめられている。個別支援計画の策定までを総括する責任者としてサービス管理責任者を設置している。ただ、アセスメント手法や手順書が確認出来ず、適切にアセスメントが実地されているかの評価は曖昧さを残している。アセスメントを適切に実施する体制の整備が求められる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の作成やモニタリング、見直しなどは、サービス管理責任者が「進捗管理表」で定期的に行っている。見直しによって変更されたことは職員へ発信されている。ただ、見直しに関する手順書やマニュアルについては確認が出来なかった。手順書とマニュアルを作成し、個別支援計画の変更を職員全体で把握していく仕組み作りを期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の一日の身体状況や生活状況等が分かる様式が統一されており、日中の支援事業所とも連携をとって記入する仕組みが構築されている。職員によって記録内容に差異が生じないような様式になっている。ネットシステムについても情報が共有出来るようになっている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>個人情報の取扱いについては「重要事項説明書」に記載して利用者・家族に説明を行っている。個人情報を含む書類は、施錠が出来る書庫に保管している。各パソコンにパスワードが設定され、情報漏れについての対策がとられている。ただ、利用者の記録の保管・保存期間、破棄方法についての規定が確認が出来なかった。</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
<コメント> 言語的コミュニケーションが取れるホームでは、利用者同士で話す機会を設けている。また、食事についても選択する機会を設け、利用者一人ひとりの支援について自己決定が尊重されるように努めている。さらに、ホーム会議で職員同士で支援について話す機会を設けている。			

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	①・b・c
<コメント> 虐待防止委員会・身体拘束適正委員会を年に2回（7月・1月）に開催している。また、虐待防止チェックリストを月に1回行い、権利侵害の防止と早期発見の取組を行っている。マニュアルも策定されており、虐待通報の手順をフローチャートにまとめ、各グループホームに掲示している。通報連絡先も、各市町村の連絡先が準備されていた。			

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・①・c
<コメント> 利用者に寄り添い、利用者の心身の状況と残存能力を把握しながら利用者の生活の幅が広がるように努めている。家族や成年後見人との連携を図り、行政手続きや生活関連サービス等を円滑に利用できるように支援している。ただ、利用者が自力で行う行為による生活と、自律・自立生活のための動機づけの支援の体制整備を行うことが望まれる。			
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・①・c
<コメント> 意思表示や伝達が困難な利用者の意思を表情から判断し、コミュニケーションを図っている。また、ホーム会議で利用者の情報は共有されている。しかし、写真や絵など利用者の状況に合わせたコミュニケーションの方法については確認が出来なかった。コミュニケーション手段のバリエーションを増やすことが課題として残る。			

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・①・c
<コメント> 利用者一人ひとりの思いの把握に努め、日々の支援の中で利用者とは個別に話す機会を設けている。ただ、利用者への選択・決定のための情報提供が弱く、相談の内容が個別支援計画に反映されているとは言い難い。意思決定支援の仕組みや手順等を明確にし、組織的に取り組むことが望まれる。			
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	①・b・c
<コメント> 毎月、利用者の行きたいところの聞き取りを行い、散歩や買い物に出かける機会を作っている。土・日曜日には、移動支援を利用して出かける利用者もいる。また、花火を見るイベントなどを企画し、グループホームでの生活が単調にならないよう活動の多様化を図っている。			
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・①・c
<コメント> ホーム会議等で支援方法の検討と理解を図り、行動障害の個別的配慮に取り組んでいる。職員間で、専門的知識や支援技術に差異があることが課題となっている。障害特性に関する知識の習得・支援方法の向上のための研修を開き、職員全体で支援の水準を高めていくことが望まれる。			

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>食事を摂る場所やタイミングは、利用者の意向や体調などに配慮して決められている。また、誕生日用のメニューや、利用者が食事を選択出来る機会を作っている。排泄支援では、障害特性に合わせてストレッチャーや差し込み便器などを使用し、利用者の心身の状況に応じた支援を実施している。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームキーパーの職員を配置して清潔を保ち、リビングや居室でリラックスして過ごせよう、職員が明るい雰囲気づくりに努めている。利用者から生活環境に関しての要望や意向を聞いたことがないため、今後は利用者の意向を取り入れて環境整備に取り組むことが望ましい。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>訪問リハビリは入っているが、ホームとしての機能訓練・生活訓練は行っていない。ただ、残存機能の維持・低下防止のための無理のない範囲で支援し、あるいは生活の配慮を行っている。また、看護師や訪問看護師から助言や相談が出来る環境を整えている。</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>利用者の一日の身体状況や生活状況が分かる記録があり、誰もが閲覧できるようになっている。看護師の配置があり、相談が出来る環境を作っている。訪問看護を月に1回導入して健康状態を把握しており、夜間の体調変化時にも相談や対応が出来るようになっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個人マニュアル・手順書が作成されており、フローチャートとしてまとめている。内容に関しても、写真などを使用して職員が医療的ケアを実施出来るように工夫している。また、服薬管理は看護師が中心になって行い、服薬のセットを行っている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者のニーズを尊重し、意向に沿った外出支援や移動支援を行うことで社会参加に結び付けている。行きたい場所がある時は、職員が調べて情報を提供している。ただ、利用者個々のニーズに合った学習支援の機会が少ないため、意思決定支援とともに、個々に合った情報提供をしていく仕組み作りが望まれる。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者がグループホームで生活することで、地域生活の体験を行っている。利用者の中に一人暮らしをしたいという表立った希望がないことから、地域生活への移行に関する課題や意向の把握等は出来ていない。今後は、社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供することについて検討が望まれる。</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> 家族会が年に2回行われ、利用者や家族の意向、要望等の把握に努めている。また、自宅に帰る際にグループホームでの様子や自宅での様子の報告・連絡を詳細に行い、良好な関係を築けるように努めている。自宅に帰れない利用者の家族には、個々に合わせた電話報告・メール報告を行っている。		
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		