

## 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：愛厚弥富の里ケアホーム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：浦井 康弘	定員（利用人数）：18名（18名）	
所在地：愛知県弥富市栄南町7-2		
TEL：0567-68-4322		
ホームページ： <a href="http://www.ai-kou.or.jp/">http://www.ai-kou.or.jp/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成20年 7月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 愛知県厚生事業団		
職員数	常勤職員：3名	非常勤職員：14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・世話人）14名	（看護師）1名
施設・設備の概要	（居室数）第1ケアホーム 6室	（設備等）ダイニングキッチン
	第2ケアホーム 7室	洗面所・トイレ・居室・浴室
	第3ケアホーム 7室	サテライト 1室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

私たちは、繋ぐ、紡ぐ、育むことを通して、ともにあなたのおもいをかたちにします。

##### ・施設・事業所

私たちは、愛厚弥富の里利用者が幸せな生活を送れるようにするために「一人ひとりの利用者の主体性の保障と地域に根差した施設づくり」を基本理念に確固たる倫理観をもって、その専門的役割を自覚し、自らの使命を果たします。

#### ★基本方針

1. 利用者にとって安全、安心、快適な生活づくり
2. 職員にとって安全、安心、快適な職場環境づくり
3. 行政との連携と地域との共生
4. 健全で安定的・持続可能な財政基盤の確立

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者個人のペースで生活することを基本に、社会生活上のルール（時間・挨拶・順番・騒音等）を守れるように支援を行っている。
- ・地域の祭礼等の行事にも積極的に参加し、顔見知りの関係を築けるよう心掛けている。
- ・おやつや外出等ルールを守りながら楽しめるよう支援を実施している。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2年 5月18日（契約日）～ 令和 3年 2月22日（評価決定日）  【令和 2年11月 6日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3 回 （平成29年度）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

###### ◆管理職のリーダーシップと労働環境について

職責について「組織規程」に明確にされているほか、会議や必要性に応じて職員に対する指導助言が行われている。また、職員の労働環境については、基本方針に「職員にとって安全、安心、快適な職場づくり」を掲げ、研修の充実やワーク・ライフ・バランスに配慮するなど、「働きやすい職場づくり」を積極的に推進している。

###### ◆支援の環境及びアプローチについて

利用者が安全・安心してサービスが受けられるよう、サービス改善委員会等を設置し、サービス向上に努めている。また、個別支援計画については、アセスメントに基づき作成するほか、看護師にも計画に参画してもらうなど、様々な視点を得て計画を立てている。これらのことから、法人の考えである「私たちの誓い」に基づき、支援を行っていると言える。

##### ◇改善を求められる点

###### ◆事業計画について

経営課題に対して、地域で開催されている会議への参加や要望を分析し、地域ニーズに応えるべく新規事業立ち上げに向けた委員会を設置するなど、前向きな動きを見せている。しかし、中長期計画への落とし込みや人員配置の準備期間の調整など、弱さを感じる点がある。

###### ◆サービスに関する点について

利用者の希望や思いに応えるべく、職員や世話人、また看護師などの専門職と連携を図り対応しているが、その内容が記録に反映させる部分や支援方法の確認について弱い部分がある。ケアホーム運営で苦慮する部分であると思うが、この点について検討いただきたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回評価いただいたこと、改善を求められたことを整理し、地域生活の充実に向けて取り組んでいきたい。

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・㉑・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> ホームページに理念及び基本方針、事業概要や事業計画が載せてある。また職員会議を通し、職員への周知を図っている。利用者に対しては毎月開催の懇談会で伝えているが、利用者の障害特性に合わせて伝え方を変えるなど、改善の余地がある。		

##### 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・㉑・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 施設長会議にて、社会福祉事業全体の動向や経営状況を確認している。、地域ニーズの把握と分析については、弥富市の福祉計画策定会議などの情報を得て行っている。これらの情報と実際に利用されている利用者の状況を踏まえて、事業展開を進めるための委員会を設置をしている。将来的な事業展開の計画について、具体的な内容の落とし込みは弱い。		
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・㉑・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 地域の動向や経営分析を行い、新規事業立ち上げに向けた委員会が設置されている。これら分析の結果、課題として利用者の高齢問題、行動障害の利用者の受入れや支援方法について話し合われている。新規のケアホームの必要性が論じられ、新たな立ち上げについての協議が始まっている。しかし、人材育成や配置などについて法人と現場との認識に相違があり、調整が必要となっている。		

##### 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・㉑・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 法人の「第3期経営計画」が策定されている。また事業所においては「将来構想委員会」を設け、地域移行などの課題分析をしたうえで、中長期計画を立てている。しかし、法人の計画と事業所の中長期計画について、具体的な数値目標の設定など弱い部分があるため、この点について改善が求められる。		
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・㉑・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 事業計画を策定するにあたり、中長期計画の内容と利用者や職員の意見を集約している。それを運営会議で検討し、事業計画として確定させている。しかし数値目標の設定がなく、また想定外の情勢に対しての備えなどについても言及しておらず、これらが改善点となる。		

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> 運営会議を通じ、職員会議や管理職が個別に行ったヒアリングの内容を反映させ、事業計画を策定している。またこの内容については、年度初めに全職員に配付するほか、各部門単位や職員会議でも確認をしている。見直しについては、事業計画の進捗状況や各会議で話された内容を基に運営会議などで行っている。		
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> 事業計画の内容について、利用者の懇談会で説明するほか、ケアホームにおいても確認を行っている。また保護者会においても説明をしている。しかし、利用者に事業計画の内容を理解してもらうためには、分かりやすい資料を作成する等の工夫を要す。		

#### 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> 個別支援計画などを通して支援の方向性を確認し、そこから課題分析を行い対応している。第三者評価の定期的な受審や自己評価の実施、利用者満足度調査や意向調査なども行っているが、そこから抽出した課題の内容の整理までには至っていない。		
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> サービス管理責任者を中心として各評価結果を分析し、様々な会議を使って職員間で情報の共有を図っている。しかし、課題の抽出と改善計画の検討のプロセス、その後の進捗業況の確認方法について改善の余地がある。		

## 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	①	・ b ・ c
<コメント> 「組織規程」及び「事務分担表」に、管理者の役割と責任の内容が明記されている。「職務権限規程」に管理者不在の際の対応（管理者権限の委任先）について示されており、円滑に運営が行える体制が作られている。職員に対しては、各種会議を通じて管理職の役割や責任について明確にしている。また、必要に応じて助言や指導などのサポートをしている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> コンプライアンス委員会及び人権委員会を設置し、虐待防止や身体拘束に対する啓発や取組を行っている。施設長研修ではリスクマネジメントに、職場研修では虐待防止に焦点を当てて行っている。「コンプライアンスチェックリスト」をケアホーム用に作成し、毎年実施して職員や世話人の理解につなげている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> サービスの質の向上を図るため「施設の目標達成度評価」を作成し、不適切支援の防止や処遇困難者の支援方法についての検討を行っている。この内容に関して、管理職が職員や世話人にヒアリングを実施し、ケアホームならではの課題に対してアプローチを行っている。研修については、職場研修と外部研修を年度当初に立てた計画に基づき実施している。			
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障13	①	・ b ・ c
<コメント> 法人作成の「四半期収支分析」や「本年度の収入管理」を基に分析を行い、改善につなげている。業務の実効性として、自立度の高い利用者の地域移行の模索やケアホームの受入れ体制づくり、短期入所の受入れなど、地域から挙がって来たニーズを汲み取って対応している。			

### 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	・ ① ・ c
<コメント> 採用計画については、法人本部の主導で正規職員を採用している。事業所では非正規職員を採用している。人材の育成については、年度に立てた計画に基づいて研修を受講させている。ケアホームにおいて、世話人の年齢を加味した採用計画や教育といった点について工夫が必要であるため、この点についての調整が必要である。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	・ ① ・ c
<コメント> 人事管理については「任免規程」に定められ、勤務評定は「人事評価制度実施要綱」に記されている。「人事評価制度実施要綱」に基づき、「能力発揮シート」を活用して人事考課を行っている。配属先の異動希望については「本人申告シート」で申告することができ、上司のコメントと共に本部へ提出して調整される。人事考課後の職員との振り返りや目標設定について、改善の余地がある。			
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組んでいる。	障16	①	・ b ・ c
<コメント> 就労状況は「労働時間管理簿兼時間外労務管理簿」にて管理し、世話人に対してもストレスチェックを実施している。世話人の負担軽減のため、記録は丸を付ける形のフォーマットで対応している。直接相談する機会を設けるほか、直接意見を言いにくい場合を想定して事業所に意見箱を設置している。職員や世話人のワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みもある。			

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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の育成については、職責に応じて研修計画を立てて実施している。「能力発揮度シート」や「本人申告シート」を活用し、仕事の習熟度や達成度、満足度を個別に確認している。しかし世話人に対しては、書面を活用した評価が行われていないため、この点について改善を図ることが望ましい。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員研修をについては、法人で年間研修計画を立てて実施している。世話人に対しても、研修を受講できるように配慮している。研修後に受講に対する感想などをとりまとめ、次年度の計画に反映させている。しかし、勤務形態の違いなどから全ての職員の研修受講が難しく、工夫が必要となる。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員に対しては、職種や職責によって研修計画を立てて実施している。世話人に対しても研修への参加の配慮を行うほか、外部研修のアナウンスを行っている。研修受講後に研修報告を書いてもらい、評価を行っている。しかし、研修を受講した世話人個々の習熟度の確認の点が課題となっている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>保育士や管理栄養士など、法人で定めた「実習受託要領」に実習毎の受入れプログラムがある。ケアホームについては実習生の受入れはないが、要望があれば見学や説明を行っている。ケアホームの運営を考えると実習の受入れは難しいが、ケアホーム単体で受入れの体制作りについて、前向きな意見を聞くことができた。ただし、「実習受託要領」をケアホーム向けにアレンジする必要がある。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や基本方針、提供するサービス内容のほか、決算や苦情相談体制について法人のホームページに記載をしている。利用者や家族、関係機関のほか、地域やボランティア向けに事業所の広報誌「金魚草」を年2回発行して配布するなど、情報が広く行き渡るよう取り組んでいる。配布方法などには、さらに改善・工夫が必要な部分がある。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営や運営に関するルールは、法人の諸規程に定められている。毎年定期的に法人の内部監査を実施するほか、毎年ではないが外部監査も依頼し、助言を受ける体制を作っている。外部監査においては、特段の問題点などの指摘はされていない。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「地域との共生」を経営方針に示し、施設行事の「ふれあい秋祭り」や芋ほりの際に近隣の保育園児を招くなどの交流を図っている。区長の計らいで、祭礼の神輿が事業所に回って来る。地域の清掃活動を行うなど、地域貢献を行っている。また利用者個々のニーズに対して、近くのコンビニエンスストアに出かけられるようサポートをしている。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          清掃活動や行事の手伝い、事業所のクラブ活動の体操グループへの参加など、法人の「ボランティアマニユアル」に沿って受入れを行っている。但し、活動の内容や受入れ方については、工夫の余地がある。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          海部地域事業所連絡会などを通じ、各機関と情報交換を行っている。地域の社会資源については、相談支援事業所を介して連携を取っている。「愛知県海部東部障害福祉マップ」を掲示し、職員に対して社会資源の周知を図っている。海部地域事業所連絡会の情報などについては職員への周知が弱く、情報共有の方法に改善の余地がある。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          地域ニーズの把握のために、海部南部自立支援協議会や連絡会に積極的に参加している。法人としては令和元年の「ふれあい秋祭り」の際に、地元のニーズを集めるために「相談ブース」を設けた。ここで集めたニーズを踏まえ、今後のサービスの提供につなげようとしているが、「相談ブース」への集客が見込めず、情報の集め方に改善の余地がある。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          ケアホームとして、単独で公益的な事業や活動を行うことは難しく、母体の入所施設と連携しての取組みとなる。地域ニーズとして支援拠点の事業化が上がっており、現在検討段階である。課題としては、地域と連携した防災に関する対策について検討の余地がある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年世話人を対象に権利擁護に関する研修を行い、今年度は6月に虐待とパワーハラスメントについての研修を行っている。外部講師を招いて行き、世話人にも落とし込みやすい内容であったことから、受講した職員の評価は高かった。</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	a	② · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアホーム向けに「業務マニュアル心得」を作成、配付して実務に当たっている。業務マニュアルは具体的かつ理解しやすいものになっている。これらが世話人への教育ツールとなっているが、プライバシー保護についての記述は少なく、理念的概念的な理解も含め、追記することが望ましい。</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	a	③ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者がいれば、利用体験も適切な回数行った上で、納得して入居している。説明資料については、どのような障害があっても分かりやすいものにしていくとの観点に立てば、改善の余地が残されている。</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	④ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者1名がケアホームのサテライトへ移ったので、半年かけて色々な利用希望者にケアホームでの体験をしてもらった上で、最適の方1名を選んだ。体験以外にケアホームを説明する手段は、口頭での対面説明に限られており、利用者の反応を見ながら対応している。口頭以外の説明方法も検討する余地がある。</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	⑤ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>他事業所への移行ケースがなく、引き継ぎ文書などの書式や手順書はない。利用者の移行意思があれば、継続性に配慮して対応することとしている。利用者間の関係性が悪い場合には、他のケアホームの利用者との入れ替えなども視野に入れている。しかし、相手のケアホームで特段の問題が起きていない場合には入れ替えの根拠に乏しく、現実味は薄い。</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	a	⑥ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>3軒のケアホームでは、利用者の移動も少なく、穏やかに暮らしていることから、利用者は満足していると捉えている。毎月の利用者懇談会の内容はB型事業所へも報告され、相互の連携が取れていることからサービス管理責任者の管理のしやすさにもつながっている。利用者満足に関しては、事業所サイドの主観に頼らず、客観的評価ができるような工夫が望まれる。</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	⑦ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域住民から苦情等が入って、課題が見えてくることもある。一例として、利用者が水路の近くに座っていて、小学生が不安を感じるといった情報が入っても、すぐに対応してケアホーム敷地内に移動してもらうという対処ができた。利用者からの苦情の訴えは、現状では文字を書けない利用者には口頭での対話のみの対応になっており、カードやアンケートの活用が難しい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者との関係が良好なため、相談や意見が出やすい環境である。新しく入居する利用者が、世話人などの職員へ試行行動を行うようなこともあるが、サービス管理責任者の声かけでフォローしている。利用者が相談や意見を述べる仕組みを、利用者に分かりやすく説明する文書については用意されていない。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が世話人から電話で報告を受けて、利用者の相談などに対応している。しかしながら、利用者からの相談や意見に対応する手順や検討方法を定めたマニュアルは作成されていない。早期の整備が待たれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス改善委員会・事故防止委員会を組織しており、B型事業所とともに内容の吟味をしている。電話による相談や報告、また日誌を翌日にはサービス管理責任者あてにFAXすることにしており、翌日には対応することができている。相談や報告の内容については、サービス管理責任者から看護師や就労系の職員に情報共有が図られている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症の予防にあたり、健康管理を徹底して行っている。職員が感染性に罹患した場合には、出勤停止の措置もとっている。予防接種について、費用は本人負担だが事業所の責任で行っている。昨年度、インフルエンザの感染者は1名のみであった。「感染症予防マニュアル」の内容理解については、世話人にも徹底できている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアホームの設置については、町内会の集まりで説明を行って理解を得ており、大家が市役所職員のため住民との接点も多い。ケアホーム単独で防災訓練を行っている。地域住民の参加を得た防災訓練の実施は、今後の課題である。また、夜間の世話人1名体制にも不安が残る。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「業務マニュアル」を分かりやすく且つ詳細に作成し、世話人などに周知徹底している。そのため、利用者への現行の支援は適切に行われている。しかしながら、「業務マニュアル」通りの実施状況の確認は、サービス管理責任者に一任されており、仕組みとしては脆弱さを感じざるを得ない。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「業務マニュアル」は、必要に応じて会議で適切性が検証されている。世話人や利用者の意見についても、「業務マニュアル」への盛り込みが検討されている。日誌などの意見を参考に、年度末にまとめて標準方法を見直し、検討の上修正されている。</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	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントを綿密に実施し、他職種である看護師も参画して個別支援計画を作成している。通常業務においても、ケア会議での看護師の参加や週1回の利用者全員の健康状態の把握がなされている。医療連携体制加算も申請できている。</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	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画検討会議により、6ヶ月毎のアセスメントとモニタリングを適切に行い、新しい個別支援計画を作成している。また、個別支援計画に盛り込まれた目標の内容検討についても適切に行われている。</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 ・ ㉠ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「利用者日誌」と「業務連絡ノート」で、世話人間の確認と情報共有ができています。現状では、電話とFAXで母体事業所と連絡・連携ができています。しかしながら、インターネット環境がないこととパソコン操作を得手としない職員（世話人）が多いことでICT化が遅れ、迅速な対応や情報共有が課題となっています。</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	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>世話人には、事業所の外で利用者の話をしないよう、サービス管理責任者が指導している。「個人情報保護規程」や記録の管理体制については、法人全体で整備・確立している。利用者やその家族への個人情報保護に関する説明は、利用契約時に行っている。</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
<コメント> 「利用者日誌」を使って職員間の情報共有を行い、利用者の気持ちや思いを適切に捉えようとしている。利用者自身が、日中に利用するB型事業所内で、当該ケアホームも兼務をしているサービス管理責任者に言いたいことを伝えている。趣味やテレビ等の要望については、サービス管理責任者が対応している。			

### A-1-(2) 権利侵害の防止等

A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障47	①・b・c
<コメント> 皆でコーヒーを飲む時間に、飲むのか飲まないのかという選択にまで配慮し、不公平感の解消に努めている。人権委員会における権利侵害の防止については、世話人も含めて徹底した議論ができています。今後も同様のスタンスで臨むことを期待したい。			

### 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	①・b・c
<コメント> 利用者本人から世話人へ、そしてサービス管理責任者へという情報の流れがあり、必要なことや希望を叶えている。行政手続きから生活における自己管理まで、微細にわたる支援を行っている。自己決定を基本とし、本人が選択できるよう判断支援を行っている。			
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・②・c
<コメント> ケアホームの利用者のほとんどが、言葉によるコミュニケーションが可能である。聴覚障害のある利用者もコミュニケーション能力は高く、筆談ができる。さらに、文字やイラストを活用していく余地を持つ。そのため、それ以上の障害のある利用者へのコミュニケーション支援は現状は想定されていない。成年後見制度を使っている利用者3名も、コミュニケーションに支障は来していない。			

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	①・b・c
<コメント> 日々のコミュニケーションを欠かさないう、意識して対応している。ケアホームで話しにくいことは、日中にB型事業所に来たときに時間を作って、サービス管理責任者が声を掛けて相談に乗っている。相談内容に応じて情報提供し、説明も行っている。			
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> 個別支援計画に日中活動支援について記載している。回覧板などで地域の行事等の情報を得て、利用者に情報提供している。また、サービス管理責任者が周知の上で、希望者と一緒に地域行事に参加している。利用者が全員一緒に参加する場合には、世話人も行事に参加している。			
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	①・b・c

<コメント> 職員には、利用者個別の障害状況について、その特性や留意点について伝えている。個別支援計画会議の内容についても理解を促し、障害全般について普遍的な学習理解を深めるため、研修会への参加や自己学習も行っている。新たな配慮が必要などときには、個別支援計画の見直し時に再検討し、迅速な対応が必要などときには、会議の場や文書での回覧により対応している。			
--	--	--	--

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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ご飯の炊き具合や食事量については、健康状態に合わせて配慮をしている。夜間のトイレ誘導も行い、筋ジストロフィーの利用者には入浴補助もしている。男女混合の入居状況だが、友達として捉えている。しかし、女性が入浴中の浴室の中を、たまたま開いていた扉から男性利用者が覗いてしまった件があり、男女混合の入居状態の是非を、現在検討中である。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>昭和50年建築のケアホームは、バリアフリーにはなっておらず、雨漏りなどは修繕しながら使っている。部屋の整理整頓や片付け、清掃などは、土・日曜日に世話人がフォローして行っている。現在、代替の賃貸物件を探している。世話人を中心とした職員等の人的環境は配慮が行き届いているが、ケアホームの建築年数によるハードウェアの改善余地はある。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談支援事業所を介して、訪問リハビリテーションを筋ジストロフィーの利用者が利用している。そのために、金曜日の夕方にPT（理学療法士）が訪問している。また筋力の低下を防ぐために散歩を推奨している。法人運営の入所施設の看護師とも連携しており、医学的知識をもって機能訓練・生活訓練に対応している。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎朝の検温実施などにより利用者個々の健康状態を把握し、定期的な看護師の訪問による内服薬の確認や精神的不安の解消に努めている。看護師をケアホームの職員として兼務配置し、医療連携加算も請求することができている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的な看護師訪問により、世話人に対しても助言できている。またオンコールにより入所施設のバックアップをとることができ、夜間にも相談できる体制が整っている。1名の看護師が決まっており、利用者とも意思疎通を図ることができている。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外出規制で十分な対応はできないが、これまでも金銭管理や買い物支援、地域行事への参加を積極的にしている。近隣にコンビニエンスストアがあり、世話人に声を掛けて利用者が一人で買い物に出かけている。サービス管理責任者から、店員に協力依頼の声かけがしてある。小遣いは週1,500円と決まっているが、貯蓄の希望など個々のニーズに合わせ、日毎に110円を渡す利用者もいる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サテライト型ホームの利用で一人暮らしの希望を叶え、現在の地域生活が利用者本人を主体とした生活となるよう、事業体として支援を行っている。アパート暮らしになった利用者にも、世話人が1時間、その部屋に滞在して調理などを指南する支援も行っている。現状において、欠かせない生活の細かな部分の支援を適切かつ繊細に支援している。</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	① ・ b ・ c
<コメント> コロナ禍においては、多少の不便が伴ってはいるが、家庭によっては衣類の季節セットを持っており、衣類の入れ換えに来てくれる家族もいる。それ以外の衣類は、ケアホームにおいて管理している。個別支援計画の実施状況報告や見直しに当たり、次回計画に家族の意向を反映させている。報告や連絡についてはファイルにまとめてある。非常災害緊急連絡網も同様に整備している。		
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		