

## 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：共同生活援助あいぎ	種別：共同生活援助	
代表者氏名：吉安 美枝子	定員（利用人数）：20名（20名）	
所在地：愛知県津島市大和町2丁目98番地2		
TEL：0567-55-7733		
ホームページ： <a href="https://ponzu2025.com/">https://ponzu2025.com/</a>		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成29年8月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：非営利活動法人 愛岐福祉会		
職員数	常勤職員：4名	非常勤職員：25名
専門職員	(管理者) 1名	(事務職員) 10名
	(看護師) 9名	(准看護師) 2名
	(精神保健福祉士) 6名	
施設・設備の概要	(居室数) 20室	(設備等) キッチン、バス、トイレ
		共有スペース（リビング、居間）
		スタッフルーム

### ③理念・基本方針

#### ★理念

「ひとりひとりの笑顔がふくらむ暮らしを」

#### ★基本方針

当法人は、障がい者の共同生活援助を営んでいます。

上記理念の下、利用者ひとりひとりの思いやペースを大切にし、その人らしい安心と喜びが膨らんでいく生活支援に取り組んでいます。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

##### ①豊富な専門職で「安心できる暮らし」を実現

当事業所は、社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士などの福祉専門職に加え、看護師など多様な職種が在籍しており、幅広くニーズに対応できる体制があります。さらに、協力医療機関や利用者の主治医とも連携しながら生活支援と医療支援を組み合わせることで、利用者が安心して生活できる環境を整えています。

##### ②利用者が金銭的にゆとりを持つことができる支援

利用者の生活費が抑えられるよう、工夫・努力しています。また、利用者とも一緒に日々の生活費節約について考え、見直しを重ね、金銭的ゆとりを持つことができるようサポートしています。

##### ③近隣市町村の関係機関とも「顔の見える」関係づくり

事業所がある津島市・愛西市の他、近隣市町村の行政機関・医療機関・福祉事業所とも交流会・研修会などを通じて積極的に連携し、顔の見える関係づくりを大切にしています。このつながりにより、利用者への支援が途切れず、より安心して暮らせる地域環境づくりに貢献します。

##### ④利用者の「笑顔がふくらむ暮らし」を一緒につくる支援

利用者個々のペースや希望に寄り添い、満足や楽しみが増える日常生活を大切にしています。また、誕生日会や食事会などの各種イベントを開催し、笑顔がふくらむ暮らしをサポートしていきます。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年9月22日（契約日）～ 令和8年3月30日（評価決定日）  【令和8年1月28日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	初回（平成 年度）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆コンプライアンス意識の高さ

県のホームページ等を注視して関係法令に関する情報を把握する等、合法化を前提とした運営がなされている。職員配置等の運営基準はもとより、虐待防止関連では研修実施をはじめ徹底した対応がなされている。職員に関する周知事項等は、各ホームにおかれたタブレットによりデータ管理されており、常時確認が可能となっている。法人全体に、また職員一人ひとりに関しても、高いコンプライアンス意識が感じられる。

##### ◆幅広いニーズへの支援

法人立上げより、看護師、精神保健福祉士、准看護師といったように医療・福祉の専門職を多数揃え、利用者の幅広い利用ニーズに対応することを目的に運営されている。医療機関との連携をはじめ、医療系の資格を持つ職員からの情報により、職員同士で健康状態の情報共有や支援の工夫、検討を行っている。また、病状が重症化した時の指針も作成されている。障害が重く、病状がある利用者でも安心した生活が営めるよう、体制作りがされている。

##### ◆利用者主体の実践

利用者の力を信じて見守りの姿勢を基本に、利用者の意思を尊重した関わりを大切にしている。どうしても実現できないときは、理由を説明して代替案を提案している。それでも納得できない時には、丁寧に意向を聞き、実現へ向けての配慮を行うといった支援を実践している。職員には「意思決定ガイドライン」を徹底し、研修を実施する等、本人主体の支援を徹底している。

◇改善を求められる点

◆計画的な事業運営

中長期の展望は、法人内では議論されるものの正式に理事会の承認を得る形で書面に落とし込んだ計画は策定されていない。事業展開をしていく上での明確な指針として、法人理念を具現化する意味でも、法人としての具体的な中・長期計画の策定が求められる。また、これを受けた形での事業所としての中・長期計画および単年度の事業計画を策定し事業目標としたい。事業計画は、定期的に評価して次年度につなげていくことを踏まえ、進捗確認のできる具体性のある内容と項目設定および実施工程が求められる。

◆人材の育成と管理

適正な人事管理と人材育成は、結果として職業人として的人格形成はもとより、個々のキャリアプランの形成、延いては利用者のサービス向上に結び付いていく。まずは、キャリアパスを明確にし、職責に応じた教育や人事考課を実施することで、段階的な育成を図って行くことが望ましい。職員の合意の下、法人理念や経営環境に応じた制度設計を考え、実践したい。

◆サービス提供のPDCAサイクル

サービス提供が適正に実践されているかの判断は、実施のモニタリング機能の精度による。そのためには、サービス提供者である職員の振り返りと、受け手である利用者のチェックを欠かすことはできない点であり、サービス改善への要件としては必須である。事業所は、毎月職員からの意見を聞く機会を持ち、サービスに反映させるよう検討しているが、確実なモニタリング機能を果たしているとは言い難い。また、利用者側のサービスチェックも組織的に実施されていない。チェック体制を整えることで、サービス向上へのPDCAサイクルを的確に機能させていきたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は、中部評価センターによる第三者評価を実施いただき、誠にありがとうございました。外部の視点から当事業所の運営および支援内容を評価いただき、大変有意義な機会となりました。今回、コンプライアンス意識を持った運営、多職種による幅広いニーズへの対応、利用者主体の支援の実践について評価をいただいたことを、職員一同の励みとして受け止めております。一方で、中長期的な事業計画の明確化、人材育成・管理体制の強化、PDCAサイクルの機能化について課題をご指摘いただきました。これらは重要な基盤であると認識しており、現在、会議を活用した振り返りや研修内容の見直し等に着手しております。今後は、中長期計画の策定と人材育成体制の整備を進めるとともに、支援のPDCAサイクルを明確にし、継続的なサービスの質向上に取り組んでまいります。引き続き、「利用者の笑顔がふくらむ暮らし」の実現を目指し、組織的な体制整備と支援の質向上に努めてまいります。

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> 理念や基本方針等は、ホームページや事業所リーフレットに明示されている。役員はじめ殆どの職員が理念や基本方針に共感して入職した経緯があり、十分理解が浸透している。利用者へは、入居時にパンフレットにより説明されているが、周知の度合いは定かでない。			

##### 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> 行政からの通知や集団指導等で、福祉動向や法改正等の関連情報を把握している。市の障害福祉計画等も情報として得ている。月次収支は管理者を含む役員が把握しており、現在満床の状態であるものの、中長期的な視点を含め、定期的な事業分析を求めたい。			
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> 事業展開や人材確保といった経営上の課題については、理事職員4名が協議して対応策を決定している。ただ、職員からの意見聴取はするものの、システムとして経営改善への対応がなされていない点は課題であり、改善の余地がある。			

##### 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> 役員間では常に話題に挙がる中長期を見据えた展望ではあるが、正式に理事会の承認を得る形で書面に落とし込んだ計画書は策定されていない。事業展開をしていく上での明確な指針として、より具体的な中・長期計画の策定が求められる。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 事業所としての運営指針を踏まえた形で、単年度の事業計画を策定したい。単年度の事業計画は、中・長期計画達成のため、実施工程の中での当該年度計画を示すものであり、この点からも中・長期計画と併せて検討することが望ましい。また、年度評価して次年度につなげていくことを踏まえ、進捗評価のできる具体性のある計画策定が求められる。			

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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業方針の決定や運営課題の改善については、職員の意見を取り入れ、理事、職員での協議の中で行われている。しかし、事業計画策定に当たっては、策定のための手順を定めた上で、職員の意見集約の下に組織的に行われることが望ましい。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>一般就労をする利用者もおり、また自立度の高いこともあって、あえて事業計画の説明を丁寧に行うことの必要性を認識していない。利用者は支援の主体であり、自らが受けるサービス内容の説明を受け、同意を得ることが肝要である。そのためには、合理的配慮や個々に合った工夫をもって説明責任を果たしたい。</p>		

#### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月職員からの意見を聞く機会を持ち、サービスに反映させるよう検討しているが、確実なモニタリング機能を果たしているとは言い難い。また、利用者側のサービスチェックも組織的な対応とはなっていない。チェック体制を整え、サービス向上のPDCAサイクルを機能させたい。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理事、職員での定期（理事会）や不定期での会議の中で提出された支援上の課題については、協議の上で改善に向けているが、実工程や目標を明確にした方法では行われていない。今後、今回の第三者評価結果を含め、組織的、計画的な改善を求めたい。</p>		

## 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、職員とのコミュニケーションの機会を多くとり、事業所内の意思疎通は円滑に図られている。理念を基にした自らの方針について、会議等で明確にしている。職務分掌に関しては、業務担当が定められて機能しているが、明確に文書化された証は無く、責任の所在は不明瞭と言わざるを得ない。				
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> 県のホームページ等を注視して関係法令に関する情報を把握する等、合法化を前提とした運営がなされている。職員配置等の運営基準はもとより、虐待防止関連では研修実施をはじめ徹底した対応がなされている。職員に関係する周知事項等は、各ホームにおかれたタブレットによりデータ管理されており、常時確認が可能となっている。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 年3回、定期の研修会を実施している。職員からの意見やアイデアをサービスに活かす取組みがなされている。しかし、個々のケース対応を除き、サービス内容を検討する組織や定期的な機会は設けられておらず、課題を残す。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 毎月1回の理事会以外にも、理事と職員とで不定期に会合を重ね、人事、労務、財務に関する経営課題を協議している。また、業務改善委員会が組織され、理事および管理者による話し合いが行われている。財務に関しては、毎月税理士事務所に報告し、チェックと助言を得ている。				

### 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	Ⓐ	b	c
<コメント> 法人立ち上げより、看護師9名、精神保健福祉士2名、准看護師2名といったように専門資格を有する職員を揃え、幅広い利用者ニーズに対応することを目的に運営されており、現状での必要人員の充足は叶っている。今後の事業展開に伴って、専門職の確保が厳しくなることも予想され、入職後に育成の必要性が出てくるという認識を持っている。				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	b	ⓒ
<コメント> 明確な人事基準を持たず、業績評価もなされていない。将来的な人件費等の予算対策がなされていないため、今後の給与制度の見通しは不透明である。先ずキャリアパスを構築し、経験や職種に応じた職責を明確にする必要がある。その上で昇進昇格等の人事基準を定め、キャリアに沿った人材育成を目指したい。				
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> 業務ソフトや日誌等によって、職員の就業状況は管理されており、有給休暇や時間外労働についても適正に処理されている。相談窓口としては担当理事が当たるが、その点の周知が徹底されていない。退職共済への加入等、職員が将来を見通せる労働環境の整備が待たれる。				

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 ・ ㉔
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員個々が業務上の目標をもって職務に当たることで、その成果によるモチベーションの維持・向上や育成に結び付く。これに向けては、キャリアパスによる職責を意識した目標管理を用いることで、人事考課と連動した段階的な育成を進めていきたい。</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 ・ ㉕ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修計画による事業所内研修を行っている。職員個々のプロフィールデータで、保有資格や研修履歴等が確認できる。研修の履修後に、研修効果の測定（確認）は実施されておらず、研修計画の見直しや評価といった点は今後の課題となる。</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 ・ ㉕ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年3回の事業所内研修の他、感染症や虐待防止研修等の法定研修がある。職員は、それぞれ所属する職能団体の専門研修に参加し、成果を全員に報告している。OJTについては体系的な形での実施が望ましい。また階層別研修等についても、更なる研修機会の確保が求められる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</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 ・ ㉕ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに理念や方針、事業所の特徴等が公開されている。透明性の点では、財務状況や苦情受付の状況等も掲載することが望ましい。今後、地域や関係機関に対してどのように広報していくかは、法人としての課題であり使命でもある。</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	a ・ ㉕ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>監事を兼ねた顧問税理士が、毎月財務チェックを行い、経営上のアドバイスももらっている。事務や経理に関する自己点検の機会や、内部監査を組織的に行って自己牽制することで、財務・会計の適正化と透明性の確保に努めたい。</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	a ・ ㉕ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページには「共に暮らす地域のパートナー」、事業計画には「地域福祉の向上」が掲げられており、地域を意識した運営がなされている。町内会に加入して地域清掃に参加しているが、積極的な交流は図られていないのが現状である。</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 ・ b ・ ㉔
<コメント> ボランティアの受入れ手順の作成や、受入れ担当の配置等の受入れ体制が整っていない。また、受入れの働きかけや募集もなされていない。ボランティアは、利用者と地域との重要な接点であり、利用者個々の社会性伸長も期待できるボランティアの受入れについて、前向きに検討されたい。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 市の自立支援協議会の地域支援部会を通して、情報の共有や共通課題の検討等を行っている。利用者は個々に地域生活を送っており、ホームごとに必要な情報提供がなされている。ホーム内には様々な地域情報等が掲示され、個々の予定はカレンダー等に示されており、利用者・職員の双方が確認できるようになっている。		
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 ・ ㉒ ・ c
<コメント> 主に圏域内の相談支援事業所や職員が所属する専門職団体等を通じて、地域の福祉ニーズを把握している。しかし、地域の自治会に入会してはいるが、交流や連携等の関わりは希薄であり、地域課題や住民ニーズの把握等は十分とは言えない。		
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 ・ ㉓ ・ c
<コメント> 地域ニーズの把握が十分でないこともあり、地域活動や地域への貢献事業はなされていない。ただ、法人の事業方針である「地域障害者の自立生活支援」という地域福祉の向上を目指した事業を行っているという気概は職員の中に浸透しており、事業運営の支えとなっている。		

### 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	㉖ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員会議を月に1回行っており、そこで基本的な情報共有や課題の周知ができています。新たな問題や課題ができたときにも、適宜開催して周知している。感染症や自己決定、合理的配慮等に関する研修を行っており、利用者の尊重や基本的人権への配慮に対する知識の習得に努めている。今後は、職員同士の価値観の差を埋め合わせていける取組を検討したい。</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 ・ ㉗ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に関する規程およびマニュアルを整備している途中で、職員間でその都度検討し、確認をしている。プライバシー保護に関しては入居時に説明を行っているが、利用者からの要望があれば入居後に部屋に鍵をつける等の対応を行っている。マニュアルを整備し、職員間で周知徹底していくことを期待したい。</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	㉖ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の住居に関することでは、個人情報保護の観点で難しい部分があるため、パンフレットは市役所等の公共施設には設置していない。FAXの活用が地域性にうまくマッチしており、関係機関等に十分な情報提供が行えている。</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	㉖ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望のある方に対して、見学、体験、契約・入居日の決定、再度説明、入居という丁寧な流れで対応している。入居日当日には必ず本人同席の下で説明を行い、自己決定の尊重に努めている。文字のフォントを大きくして見やすくしたり、分かりやすい言葉を使ったり、耳の不自由な方には筆談で伝えたりと、様々な配慮がある。</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 ・ ㉗ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの移行や変更時には、関係機関や家庭に口頭で引継ぎを行っている。必要であればモニタリング等の書類を渡して引き継いでいるが、相談支援専門員に任せている部分もある。家庭からの相談はいつでも受け付けており、実際に通院や薬のことで相談があった。手順の文書化や引継ぎ様式を整備していくことが望ましい。</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 ・ ㉗ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>常日頃からアットホームな雰囲気意識しており、共有スペース等で利用者の相談事を聴き取れる環境になっている。利用者の満足度調査は行っていない。満足度を確認するための方法を検討し、分析・改善につなげられる仕組みを構築されたい。</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 ・ ㉗ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決窓口の設置等、体制を整えているが、職員にすぐと言える環境があるため、苦情と認定されたものはない。要望等があれば、世話人から管理者にすぐに情報共有され、解決されている。苦情解決に関する掲示物の内容見直しや掲示方法の工夫、苦情を述べやすい仕組み作りを期待する。</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>&lt;コメント&gt;          普段の生活支援の中で、利用者が話しやすい雰囲気作りを行っている。プライバシー保護の観点より、それぞれの居室で相談を聞くなどの配慮をしている。利用者から相談を受ける際のルールを説明したポスターや掲示物はなく、周知方法の工夫が必要である。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          利用者から相談があれば、すぐにサービス管理責任者や理事と共有し、利用者との話し合いを経て迅速に対応ができています。文書やフローチャート等で明確化はされていないが、職員間で流れは周知されている。些細な内容が多く、記録されていなかったり、個別支援計画に反映されていない事項が多い。</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>&lt;コメント&gt;          ヒヤリハットの提出が少なく、職員間の認識のラインが定まっていない。問題や課題があれば、その都度事例検討や職員会議で話題に出して周知を図っている。災害に備え、避難訓練は定期的に行っている。ヒヤリハットや「事故報告書」等の提出レベルの線引きを行い、職員に周知していくことが望ましい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          感染症BCP（事業継続計画）を整備し、机上訓練を行って職員間での周知を図っている。感染症発生時に協力してくれているクリニックとの連携も図られている。感染症に罹患した利用者にも丁寧に説明し、居室で療養するように協力を得ている。感染症に関する委員会を年に1回開催しており、感染が拡大した時にも臨時で行っている。</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している。	障39	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          避難訓練を行っているが、利用者と一緒に動画を視聴したり避難経路を確認したりするに留まっている。防火設備の点検を定期的に行っており、ハザードマップの掲示も行っている。緊急時に利用する連絡網の見直しが必要である。連絡網には、常に最新の情報が記載されていることを確認されたい。</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>&lt;コメント&gt;          理事職員からのOJTが現場の支援に活用されている。個別支援計画に基づいて支援を行っており、職員会議で支援についての検討が定期的に行われている。決まった手順で確認できるような仕組みについては、今後の整備が必要となる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          事例検討や職員会議で、必要に応じてその都度見直しを行っている。しかし、見直し時期や方法を明記した文書等は整備されていない。因みに、見直しの機会としては、定期的な見直し、支援方法や状況が変化したときの随時の見直し、関連法規や上位規程が改訂されたとき、等がある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>決められたアセスメント様式はないが、利用者、担当職員、サービス管理責任者で面談を行い、個別支援計画を作成する流れが確立している。地域活動支援センターとは常時連絡を取り合っており、必要であれば関係機関が集まっての情報共有が行われている。アセスメントの目線を揃えるためにも、アセスメントの様式を定めることが望ましい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的なモニタリングの仕組みが確立しており、本人への聞取りや説明もスタッフルームや居室で行う等の配慮をしている。聞き取った情報を記載した記録は、個別のファイルにて保管されている。個別支援計画の変更があれば、職員間で口頭での引継ぎを行っている。地域の中の支援困難ケースへの対応も行っている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>専用のソフトウェアを活用することで、職員の誰もが支援の記録を入力できるようになっており、タブレット内で全ホームの記録の閲覧が可能である。職員によって書き方が統一できておらず、気づいた時に個別で指導をしているが、ソフトウェアの機能の問題で、修正できない時もある。利用者の同意を得て、医療機関や他事業所との連携のための情報共有を行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報保護規程」が整備されており、新人職員には必ず「遵守事項」を徹底するよう指導している。しかし、適宜の確認は行えていない。記録管理の責任者は設置しておらず、職員各々が責任をもって日々の支援を行っている。記録は、タブレット内にデータとして保管されている。記録に関する「遵守事項」が守られていることを、適宜確認する仕組みを整備されたい。</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	① a · b · c
<コメント> 利用者の意思を尊重した関わりを大切にしており、どうしても実現できないときには、理由を説明して代替案を提案している。それでも納得できない時には、こまめに意見を聞く等、細かな配慮を行っている。自己決定の際にも、障害の特性上、決めるということへの責任を軽減できるような関わりを行っている。利用者同士の関わりも見守りを行っている。		

### 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 a · b · c
<コメント> 権利擁護に関するマニュアルに具体的な方法が記載されており、行動を制限するような文言がないか、入念に確認している。身体拘束を前提にしない支援というのが職員間で共通の認識となるよう、職員会議でその都度情報共有を行い、虐待研修を全職員対象に行っている。新人職員には、導入研修の中で、権利擁護に関するマニュアルや規程の説明を必ず行っている。		

### 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 b · c
<コメント> 利用者が行うことには、見守りを基本としており、自立を促しつつも困った時には気づきを与えるような関わりをしている。地域の就職フェアに参加し、働くことへの動機付けを行ったり、一人暮らしのために必要な項目を一緒に確認している。必要な方に対して、公共サービスの情報提供を行っている。文章での記録が残っていないことがある。		
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	① a · b · c
<コメント> 相談場所は利用者によって決められ、相談内容によっては利用者の居室が使われている。利用者の心身の状況や障害特性に応じ、短い言葉や分かりやすい言葉、筆談等を用いコミュニケーションをとっている。利用者から言葉が出るまで待つ姿勢を大切に、相手への伝え方の提案をすることで、利用者同士のコミュニケーションが円滑になるように配慮している。		
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	① a · b · c
<コメント> 職員に対し、「意思決定ガイドライン」を読むように声かけをしており、研修も行っている。専門資格を有する職員も多く、専門性の高い支援が行えている。利用者が気軽に相談できるアットホームな雰囲気があり、必要なことは職員会議やその都度口頭で職員間で情報共有されている。		
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 a · b · c
<コメント> 日中は就労系の事業所に通所したり、地域活動支援センターを利用したりと様々であり、利用者の必要とする場所や情報の提供を行っている。普段の利用者は、一人ひとりの時間を過ごしている。余暇活動では、利用者から意見の聞き取りを行い、非日常を体験できるようなイベントを職員が企画している。イベントの一つひとつについて、職員会議で振り返りや分析を行っている。		
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	① a · b · c
<コメント> 職員に対して、OJTを通して専門知識の習得や支援の向上につなげている。職員会議で、支援方法の検討や共有を行っている。利用者の高齢化に伴って適切な箇所の手すりをつけている。障害の状況に応じた心身の変化の情報共有も、その都度職員間で行われている。		

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>食事は外部委託しており、メニューの変更は難しく、利用者の嗜好を反映させることはできないが、栄養の偏りはない。利用者が好きなものを一品、自分で買ってくることもでき、食事に関する自由度は高い。利用者の障害特性に応じて、必要な部分には手すりをつけているが、外の階段にも安全面での改善を期待したい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>それぞれの居室の清潔が保たれているか、定期的に確認しており、十分でないところは職員からアドバイスをしている。精神的に不安定となり、他の利用者に影響を及ぼす恐れがある時には、自分の居室で過ごしてもらうことで対処している。生活環境についての要望は入居時に聞き取りを行い、可能な部分に対応している。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のペースを大切にしており、職員は、利用者本人が気づくまで待つ姿勢を持つことで、機能訓練や生活訓練につなげている。相談支援専門員との連携も行っており、必要に応じて利用者の状況に応じた情報交換を行っている。日中事業所からの情報を基に、支援内容の変更を行うこともある。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療系の資格を持っている職員も多く、その都度職員同士で健康状態の情報共有や支援の検討を行っている。世話人や夜勤者にも、その都度の引継ぎが行えている。病状が重症化した時の指針が整備されている。健康管理についての専門的な指導や説明会は行っておらず、今後の取組みに期待したい。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>薬は利用者が個人で管理している場合が多いが、服薬が正確に行えているかは、確認をしている。協力クリニックの往診時には、看護師資格を持つ職員が立ち会っている。薬剤師が薬の説明を詳細に行ってくれるため、正確な情報を知ることができている。自身で通院する利用者については、受診の様子を聞き取って把握に努めている。これらの一連の実施手順を、マニュアル化しておくことが望ましい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に知ってほしい内容が載っている市町村の広報誌を、職員が共用スペースに置いて、意識してもらえるようにしている。また、他事業所や就労の情報共有も行っている。土・日曜日はゆっくり自分のペースで過ごす利用者が多いが、行きたい場所ややりたいことがあるときには職員が同行している。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意向や要望に合わせて、一人暮らしや家庭への移行の支援を行っている。在宅への準備として家族との面談や打ち合わせを密に行い、試し外泊等を通して、利用者と家族双方が無理のないペースで取り組んでいる。移行に際しては、相談支援専門員との連携・協力も行っている。今後は、地域移行への課題を明確にし、地域生活への意欲を高める取組みに期待したい。</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> 家族を巻きこんでの勉強会や交流会は行っていないが、家族に会えたタイミングで利用者の状況を伝えている。あまり会えない家族に対しては、適宜電話等で連絡して近況を報告したり、要望を聞き取ったりしている。入居時には必ず本人と家族に説明を行い、要望を聞き取っている。家族への支援方法や情報提供にばらつきがあり、それらの方法について、今後の工夫に期待したい。		
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		