

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：あいさんハウス（共同生活援助）	種別：共同生活援助	
代表者氏名：永 恵美子	定員（利用人数）：27名（26名）	
所在地：愛知県津島市江西町1丁目4番5号		
TEL：0567-24-3725		
ホームページ：http://www.aisankai.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成20年12月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 愛燦会		
職員数	常勤職員：5名	非常勤職員：9名
専門職員	（管理者）1名	（生活支援員）5名
	（サービス管理責任者）1名	（世話人）7名
施設・設備の概要	（居室数）27室	（設備等）台所・トイレ・お風呂
		エアコン・洗面所・洗濯機

③理念・基本方針

★理念

- ・法人
あなたが楽しいとわたしは嬉しい。
- ・施設・事業所
すべての人が笑顔こぼれるアミューズメントになる。
みんなが光り輝くエンターテイナーに。

★基本方針

- ①私たちはすべての人の長所を徹底的に応援します。
- ②私たちは家族のように結束して地域福祉に貢献します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・毎月1回のイベントなどを行い、利用者を楽しみと季節なども感じて頂いている。
- ・休日は利用者の自主性も尊重し自由に過ごして頂いている。
- ・母体が入所施設などもあり、緊急などの場合も連絡体制、調整なども行う。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年9月15日(契約日) ~ 令和8年3月30日(評価決定日) 【令和8年1月19日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	3回 (令和4年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆生活自立への丁寧な支援

ホームでは文字の読み書きや計算等の学習支援も行い、日常生活に必要な能力の向上に取り組んでいる。また、より自立した生活が送れるよう、家事能力の向上や金銭管理、公共料金の支払い等、生活力の向上に向けた支援を行っている。現在のホームでの生活が最終ゴールになるかどうかは、今後の利用者自身が決めていくことであるが、地域での自立の可能性に向けた意思決定支援を含めた取組みは評価できる。

◆暮らしやすさへの改善

毎月の家族連絡会や担当者会議において、利用者や保護者から意見・要望を聞く機会を設けている。家族から寄せられた意見は、可能な限り支援に反映させており、利用者からの要望についても同様に対応している。また、年に1回、利用者に対してサービス全般の満足度を把握するための調査を実施し、得られた意見を基に支援内容の改善に向ける等、主体である利用者の暮らしやすさの追求に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

◆災害時対応

「非常災害対策計画」が作成され、避難訓練も実施されている。一方で、災害時の安否確認は電話による連絡網が中心であるため、より迅速かつ効率的に情報共有ができる方法の検討が望まれる。また、災害発生時には地域の避難所へ避難する体制となっているが、本体施設も受入れ体制が可能であること等から、実際の避難行動を想定した訓練を行う等、より実践的な手順を整え、シュミレーションを実施することが望まれる。

◆ボランティアの受入れ

ボランティアとして学生の受入れ実績があるが、定期での受入れは行われていない。プライバシーの問題等、事業所の性格上難しい部分もあるが、利用者の社会性伸長の意味で、あるいは事業所の風通しを良くする点でも、ボランティアという社会資源を有効に活用した受入れを検討されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

細かい分析を頂きありがとうございます。改善できるところはアドバイスも頂いたので、参考にしながら改善していきます。

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> 毎日の朝礼では、理念の唱和を行っている。また、ホーム内に掲示し、周知を図っている他、パンフレットに記載し、保護者や外部へ広報している。利用者への周知については、少しでも理解を得るための配慮が望まれる。			

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> 運営会議にて、稼働率等を報告し、内容を世話人会議で周知している。在宅者ニーズの他、関連する福祉動向や法改正等についても職員会議で報告し、周知を図っている。			
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> 世話人会議にて、利用者の高齢化対策等の運営課題について検討し、協議している。これらを含め周知事項に関しては、情報共有ソフトに掲示し、職員全員で共有を図っている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 法人の5ヶ年計画の中に、事業所ごとの実施計画が示されている。内容は、分かりやすく目標値も掲げられ、実績評価が可能となっている。計画は、年度ごとに総括評価を行い、修正が図られていく形がとられている。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 年度計画は、中長期計画を基に重点項目を4点に絞った形の計画となっている。ただ、それぞれの項目について「努める」や「図る」、「活かす」等の抽象的な表現も多く、実施目標が不明瞭であり、進捗評価がしづらい状況であるため改善が求められる。			

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 会議の中で、事業全般について各職員から意見を聞いた上で年度の課題を確認し、事業報告に挙げるとともに、次年度計画の重点項目としている。計画は、職員会議にて周知を行い、実践につなげている。		
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 ・ ㉒ ・ c
<コメント> 家族に対しては、家族会にて資料を配付の上で説明を行い、欠席者には資料を郵送している。利用者に対しては、サービス管理責任者から年間行事を中心に、主だった取組み等を説明している。分かりやすい資料の用意等、理解促進への工夫が求められる。		

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> 利用者の満足度向上を目指し、毎年利用者アンケートを実施している。結果をサービス管理責任者が集計して課題を抽出の上で改善策を示し、これを世話人へ周知してサービス改善に向けている。また、職員側のモニタリングとしては、毎年第三者評価基準を用いた自己評価を実施し、課題改善していく仕組みがある。		
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 ・ ㉒ ・ c
<コメント> 支援上の課題が明確にされる仕組みはあるものの、支援の主力である非正規のパート職員への周知、理解が十分に図られているとは言い難い面がある。サービス管理責任者が、定期的にコミュニケーションを図る中で必要なアドバイスや指示を行い、不適切支援の防止につなげている。		

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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 管理者は、世話人会議に参加し、運営方針の確認や必要な連絡または指示を行っている。サービス管理責任者以外は全員がパート職員という職員配置にあって、ますますサービス管理責任者の業務の重要性が増しており、管理者との連携を強化して事業運営にあたっている。			
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	a	・ Ⓑ ・ c
<コメント> 管理者は、関係法令を十分把握しており、「コンプライアンス規程」に基づいて職員に法令遵守を働きかけている。しかし、職員全員に周知が行き届いているかは定かでない。虐待防止に関しては、法定の研修や自己チェック等の適正な対応がとられている。			
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> 管理者も参加する世話人会議では、支援上の課題の検討、協議を行う他、個々のケース検討を行い、サービス向上に向けている。また、世話人全員と面談し、意見やアイデアを聞き取ってサービスに反映させている。			
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> 管理者は、職員が働きやすいことが業務の実効性につながるという方針から、サービス管理責任者と連携し労働環境の改善に努めている。また、職員面談の実施を通し、職員の意向確認やコミュニケーションの強化を図っている。			

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	・ Ⓑ ・ c
<コメント> ハローワークやネット環境での求人、貼り紙等の様々な媒体を通して求人活動を実施している。しかし、十分な成果に至っていない現状である。人材確保については明確な計画は無く、欠員補充が中心となっている状況にある。育成に関しては、法人の研修プログラムによる有効な取組みがある。			
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> 人事考課制度により、キャリアパスに応じた業務評価を行っている。非正規のパート職員についても、主要項目を設定して評価し、モチベーションの維持・向上を図っている。育成や専門性向上の他、働きやすく離職の無い労働環境を主眼に、人事管理を行っている。			
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り組んでいる。	障16	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 有給休暇の取得や時間外勤務は適正に管理され、過度な勤務が無い体制となっている。また、健康診断やストレスチェックの実施、相談窓口の設置等、働くことでの障壁を取り除き、働きやすい職場環境を目指した取組みがなされている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 目標管理制度を導入しており、キャリアに応じた職員個々の目標に対し、面談による評価を行って育成につなげている。面談を通じて、目標の進捗評価をする他、職員とのコミュニケーションを深め、労務上の問題解決や軽減を図ることで、働きやすい環境を目指している。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 本体施設の研修計画に沿い、毎回職員会議の際にテーマを絞った研修を実施している。また、法人の階層別研修や外部研修についても、可能な範囲で参加している。研修報告では、研修成果のモニタリングを行い、研修の有効性を検証している。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 職員の保有資格や研修履歴等はデータ管理されている。OJTに関しては、勤務帯ごとに回数を定め、職員がマンツーマンでジョブトレーニングを行う形であるが、行動目標を設定して評価するといったPDCAサイクルに沿った型には至っていない点は、今後の課題となる。		
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
<コメント> 非該当		

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 ・ ② ・ c
<コメント> ホームページには事業概要等の様々な情報が掲載され、ブログにて事業所情報を公開している。苦情受付の内容等も、個人情報に触れない範囲で公開することが透明性向上の点で求められる。		
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
<コメント> 「内部監査規程」、「監事監査規程」が整備され、法人本部および監事による業務チェックが入り、内部の監査体制が構築されている。また、会計士による財務指導も実施されており、一定の透明性が担保されている。		

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
<コメント> 事業計画には、「地域との連携」が掲げられている。地域連携推進会議を開催し、地域の代表者に事業所を公開し、事業説明を行って理解を得た。日常的にも、利用者が買い物や通院等で地域との接点を持ち、またホームとして町内会に加入して利用者が地域の草取りを行う等、地域の一員として生活している。		

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> ボランティアとして体験学習の受入れ実績があるが、定期での受入れは行われていない。プライバシーの問題等、事業所の性格上難しい部分もあるが、利用者の社会性伸長の意味で、あるいは事業所の風通しを良くする点でも、前向きにボランティア受入れを検討していきたい。		
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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> 自立支援協議会のグループホーム部会に参加し、情報共有や参加事業所に共通する課題の検討等を行っている。また、多くの利用者が多機能事業所である本体施設を利用している関係もあり、日中の支援事業所とは緊密な連携が図られている。		
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	㉓ ・ b ・ c
<コメント> 市の自立支援協議会や相談支援事業所との連携が図られ、様々な地域ニーズや在宅者ニーズを把握している。また、利用者は本体施設の外、民間企業や他事業所等を利用する関係もあり、必要な情報共有が図られている。		
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> 町内会に加入し、地域の草取り等に参加している。基本的に、ホームは地域の中の一つの家庭という位置付けで、それ以上でもそれ以下でもないという考えに立つ。ホームの駐車場の使用を近隣にも開放している。防災関係では、大規模災害に備えた地域連携を図る必要がある		

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><コメント></p> <p>ホーム内には法人理念が掲示されており、職員は日常業務において理念を共通理解の下で支援を行っている。内部研修を通じて理念への理解を深める機会を設けており、研修後にはレポートを提出させることで、内容の理解度を確認している。また、非正規の世話人に対しても同様の取組を実施している。</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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「プライバシー保護マニュアル」が整備されており、利用者本人および保護者への説明も適切に実施されている。職員に対してもプライバシー保護に関する研修を行い、理解を図っている。利用者支援に関して、できる範囲で同性介助を行う等、利用者のプライバシーに十分配慮した支援が行われている。</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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人としてはホームページやSNS等のデジタル媒体に加え、各種パンフレットを用意し、積極的な情報発信を行っている。グループホーム単体のパンフレットも作成しており、必要な情報がより分かりやすく提供されている。自立支援協議会や相談支援事業所と連携し、利用希望者への情報提供を適切に行い、見学希望があった際には、随時対応できる体制を整えている。</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><コメント></p> <p>サービス開始時や内容変更時には、利用者および保護者へ説明を行い、署名により同意を得た上で文書として記録している。説明は主に口頭で行っているが、利用者の理解に配慮し、分かりやすい言葉に置き換えて説明する等の工夫がある。「重要事項説明書」をホームに常備しており、いつでも閲覧できる環境を整えている。</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 ・ ㉗ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の移行にあたっては、保護者や相談支援専門員と連携して計画的に進めており、移行後もサービス管理責任者が窓口となって必要な対応を継続している。一方で、移行支援を継続的かつ体系的に行うための明確なマニュアルは未整備である。今後は、職員間で対応のばらつきが生じないように、手順や基準を明確化し、共通理解を図る体制の整備が望まれる。</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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月の家族連絡会や担当者会議において、利用者や保護者から意見や要望を聞く機会を設けている。家族から寄せられた意見は支援に反映させており、利用者からの要望についても同様に対応している。年に1回、サービス全般の満足度を把握するための調査を実施し、得られた意見を基に支援内容の改善に取り組んでいる。</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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みが整備されており、「重要事項説明書」にも記載して利用者へ周知している。苦情があった場合には、内容から解決までの対応記録を作成し、職員会議にて職員間で情報共有を行っている。また、苦情対応の内容については、家族連絡会においても適宜報告し、透明性の確保に努めている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の居室は個室となっているため、必要に応じて個別に相談しやすい環境が整っている。相談内容は「申し送りノート」等に記録し、職員間で適切に情報共有している。また、日中生活の場となっている事業所とも連携し、支援の一貫性が保たれるよう情報を共有している。</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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談については、「申し送りノート」や情報記録システムに記録を残し、対応方法を検討した上で支援に反映させている。職員間ではチャットを活用して情報共有を図っているが、これらの情報が記録に残っていないケースもある。今後は、相談や意見に対してより組織的に対応できる仕組みを整備し、支援の質の向上につなげることを期待したい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事故防止委員会において、ヒヤリハットや「事故報告書」の内容を確認・分析し、改善に向けて検討が行われている。事故発生時の対応マニュアルも整備され、職員への教育に活用されている。対応フローチャートも作成されており、事故発生時の対応が明確になっている。</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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症に関するBCP（事業継続計画）が整備されており、感染症予防に関するマニュアルの作成や研修の機会も設けられている。今後は、事業所の実情に合わせたマニュアルの見直しや職員教育の強化を進めることで、より適切な感染症対策の実施を期待したい。</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やっている。	障39	a ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>「非常災害対策計画」が作成されており、避難訓練も実施されている。一方で、災害時の安否確認は電話による連絡網が中心であるため、より迅速かつ効率的に情報共有ができる方法の検討が望まれる。また、災害発生時には地域の避難所へ避難する体制となっていることから、実際の避難先を想定した訓練を行う等、より実践的な取組を期待したい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法の手引きとして「業務マニュアル」が整備されており、その内容に基づいて支援が行われている。支援は個別対応が中心であり、個別支援計画とも連動して実施されている。職員教育についてはOJTによる指導が行われており、職員間で支援の内容にばらつきが生じないように、統一したサービスが提供できる体制づくりに取り組んでいる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎年見直しの機会を設けているが、その他にも、利用者の状況に応じて支援内容は適宜見直されている。変更があった場合には、職員会議やチャットを活用して周知・情報共有を行い、支援の統一性が保たれる仕組みがある。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画は、アセスメントに基づき、利用者・保護者に加え、日中に利用している事業所の職員等、日常的に関わるホーム職員以外からの意見も集約し、サービス管理責任者が作成している。計画内容については、利用者本人および保護者に説明し、「同意書」に署名を得ている。</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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>半年ごとに個別支援に関する会議を設け、個別支援計画の作成時と同様に、関係者から意見を集約し、見直しと評価を行っている。見直し後は、職員会議やチャットを通じて職員へ周知し、支援に反映させている。また、利用者の状況に変化が生じた場合には、その都度会議等で協議し、随時個別支援計画の見直しを行っている。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>日々の利用者の様子は、業務記録ソフトに記録されている。また、「申し送りノート」やチャット等を使い分け、利用者の状況や業務に関する情報共有を行っている。さらに、職員によって記録内容にばらつきが生じないように、必要に応じて教育や指導を行い、記録の質の均一化に努めている。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>業務記録ソフトは、職員ごとにログインパスワードが割り当てられており、部外者がアクセスできない仕組みとなっている。書類についても鍵付きロッカーで管理している。また、「個人情報保護規程」が整備されており、「個人情報使用同意書」を取得するとともに、コンプライアンス研修において個人情報の取扱いに関する教育を行っている。</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
<p><コメント></p> <p>利用者希望による個人外出の実施等、利用者の意に沿った支援を行っている。これらのニーズは個別支援計画にも反映させており、利用者の意思や希望が尊重された内容となっている。担当者会議には利用者本人にも同席してもらい、本人の意向を踏まえたサービスの提供に努めている。</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>身体拘束の廃止や虐待防止に関する規程を整備しており、それらを活用した研修も実施されている。権利擁護に関しても研修を行っており、年に1回、職員が自身の支援を振り返るセルフチェックを実施している。しかし、利用者や家族に対する取組み内容の周知については、さらなる工夫が求められる。</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>多くの利用者は基本的な生活動作において自立しており、見守りや必要に応じた支援が行われている。「業務マニュアル」にも利用者個々の支援内容が反映され、適切な対応が実施されている。利用者のADLに変化が生じた場合には、職員会議にて支援内容を検討して対応方針を決定し、日々の支援に反映される体制が整っている。</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>利用者の多くは言語によるコミュニケーションが可能である。一部の発語がない利用者に対しては、ジェスチャーや筆談、絵カード等を用いて意思の疎通を図っている。単一の方法に拘ることなく、複数の選択肢から選べる聞き取り方法を用意し、工夫しながらコミュニケーションを図っている。</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>半年に1回は利用者との定期的な面談の機会を設けており、話し合った内容を記録した上で職員間で情報共有し、必要に応じて支援へ反映させている。また、日中に利用している事業所や就労先の事業所とも連携し、ホームでは把握しきれない部分についても情報交換を行い、利用者の状況に応じた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>利用者は、日中支援の作業所や一般就労先に通っている。ホームでの支援は夜間が中心となるが、休日には個人外出等、利用者のニーズに合わせた活動を提供している。また、毎月ホームでイベントを実施しており、季節を感じられる企画や調理体験等、利用者の要望に沿った内容となっている。</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>利用者の障害特性に配慮した支援が提供されており、支援方法は「業務マニュアル」にも明記されている。日々の様子は職員間で共有され、利用者の状態に変化が見られた場合には、職員会議で対応を検討し、必要な支援を心掛けている。</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>管理栄養士が嗜好調査を行い、その結果を献立に反映させている。他の利用者と生活リズムが異なる利用者に対しても、個々の状況に合わせた食事の提供が行われている。利用者の多くは食事・入浴・排泄等の日常生活動作について自立（身辺自立）しているが、必要に応じて状況に沿った支援を提供している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の居室はすべて個室となっており、利用者の好みが反映された環境が整えられている。リビングや浴室等の共用部分は世話人が清掃して整理整頓を行い、必要に応じて利用者の居室についても整理を支援し、常に清潔な環境の保持に努めている。また、ホーム内で修繕が必要な箇所については、その都度速やかに対応している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>特にリハビリ等の専門的な訓練を必要とする利用者はいないが、散歩や自転車での外出等、日常生活の中で自然に体を動かす機会が確保されている。また、季節や利用者の体調に応じて、無理のない範囲で活動内容を工夫し、運動量が偏らないよう配慮している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎日、検温や医師の指示に基づいたバイタル測定が行われており、病院の受診が必要な場合には職員が同行している。夜間は職員が不在となるため、近隣の法人内入所施設の宿直者につながる電話を設置し、体調不良時等、必要に応じて連絡できる体制を整えている。</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>衛生感染予防委員会が設置されており、感染症対応に関する研修が実施されている。服薬管理は職員が担当しており、薬剤は施錠可能なキャビネットで適切に保管されている。一方で、投薬に関するマニュアルを活用した職員教育は実施されていない。今後は、マニュアルを用いた研修体制を整備し、より安全で統一された服薬管理が図られることを望みたい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>基本的には、利用者の希望に沿って個人外出が実施されている。その際には、安全確保のために、行き先が職員に分かるよう「外出カード」を記入している。店舗等での支払いに不安がある利用者には、職員が付き添って必要な援助を行っている。ホームでは、文字の読み書きや計算等の学習支援も行い、日常生活に必要な能力の向上に取り組んでいる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>現在、ホームからの移行を希望する利用者はいないが、より自立した生活が送れるよう、家事能力の向上や金銭管理、公共料金の支払い等、生活力の向上に向けた支援を行っている。また、地域生活への参加を促すため、清掃活動等の町内会行事の一環として行われている活動にも参加できるよう支援している。</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> 月に1回、家族連絡会を開催している。また、半年に1回は担当者会議に参加してもらい、意見交換の機会を設けている。利用者の体調不良や急変時には、サービス管理責任者が家族へ電話連絡を行い、速やかに情報共有を図っている。		
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		