

## 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：ぱれっとハウス	種別：共同生活援助・自立生活援助	
代表者氏名：片桐 雄介	定員（利用人数）：14名（12名）	
所在地：愛知県名古屋市中村区小鴨町64番地	さんこおるこがも 202	
TEL：052-446-5880		
ホームページ： <a href="https://shin-ai1996.org/projects/show?office=palette">https://shin-ai1996.org/projects/show?office=palette</a>		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成18年10月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人親愛の里		
職員数	常勤職員：4名	非常勤職員：4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）2名	（世話人）6名
	（地域生活支援員）1名	
施設・設備の概要	（居室数）14室	（設備等）家電・食器・ベッド
		洋服ダンス・エアコン等

### ③理念・基本方針

#### ★理念

人権の保障と幸福（しあわせ）を共に創る

#### ★基本方針

当事業所は、障がいのある方が地域のさまざまな場で、自己決定・自己選択により、その人らしい当たり前の生活を送れるように、社会生活力を身に着けるための個別支援を行うと共に、関係機関と連携した地域生活支援を行っていくことを目指している。

さらに「サテライト型住居」からの一人暮らしへの移行や「自立生活援助」と連携した支援等、地域生活を支える多様で柔軟な体制を構築していく。

④施設・事業所の特徴的な取組

○利用者の主体性や個別性を尊重した支援

利用者は精神障がいのある方が多く、その障がいや能力、必要な支援も様々である。日中の活動や過ごし方も、一般就労から福祉的就労まで様々であるが、その人らしい生活を支えるために柔軟な支援を行っている。画一的にならず、利用者一人一人に応じた活動の仕方、週末の過ごし方を保障している。

○関係機関、家族と連携した支援体制

上記の柔軟な支援を行っていくために、企業や様々な福祉事業所、医療機関、家族など、連絡を密に取り合い個別支援を行っている。必要であれば、関係者会議の開催を提案したりと、利用者の地域生活全体を見据えて、連携をはかっている。

同法人内のジョブサポートフォルテ（多機能型事業所）や親愛の里そよかぜ（地域活動支援センターⅠ型）、障害者基幹相談支援センターを利用する方も多く、必要な支援を行っている。

○一人暮らしへの移行のための体制

以前から、一人暮らしへの移行を積極的に支援している。4年前からは、「サテライト型住居」を新設して、グループホームから一人暮らしへの移行を支援している。また一人暮らしへ移行した後の支援のため、「自立生活援助」のサービスを新規開始して、一人暮らしを支える支援体制を整えてきた。

○虐待防止への取り組み

毎月の職員会議では、特に世話人を中心に虐待防止の研修やグループワーク等を実施している。定期的に利用者への匿名のアンケートを実施して、職員の対応や支援の満足度等を確認している。

○実習生の見学受け入れ

福祉や保育、看護系の大学、専門学校の実習生の受け入れを法人内の他事業所で積極的に受け入れしており、当事業所にも見学を受け入れている。その際に利用者と交流の機会を持ち、自身の体験等を話してもらっている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 7月26日（契約日）～ 令和 6年 9月 5日（評価決定日）  【令和 6年 3月25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

◆充実した研修体制

法人に研修運営委員会が組織され、年間の研修計画を策定している。また、階層別研修などは研修ごとの計画も立てられ、段階的な職員育成を図っている。研修運営委員会は定期開催され、実施された研修の評価も行っている。ホームスタッフ会議の中で、毎月虐待防止関連の研修を実施し、eラーニングによる不適切支援防止に向けての研修も実施している。職員毎の資格の取得状況を把握し、外部研修など必要且つ適正な研修参加がなされている。チューター制度を導入しており、担当者を決めた相談体制の下、新人職員の育成を手掛けている。事業所会議の中で、研修参加者が講師を務めて伝達研修を行い、研修内容を共有するなど、人材育成に向けて研修に重点を置いて取り組んでいる。

◆一人暮らしへの移行支援

障害を持った利用者の地域生活支援として運営しており、医療機関の長期入院者の社会復帰も含めて受け入れている。法人の基幹相談支援事業所と連携して一人暮らしへの移行を積極的に支援し、特に「サテライト型住居」では、グループホームから一人暮らしへの移行を支援している。移行した後の支援として「自立生活援助」のサービスを新規に開始し、一人暮らしを支える支援に厚みが増している。このように、自立に向けて、ワンステップで体系的な支援体制が築かれている。

◆個々に応じた支援と介入

「必要な支援を、必要な時に、必要な分だけ」を支援の基本としており、利用者の自律・自立を妨げないよう配慮している。例えば、入浴・排泄などが、利用者自身ではうまくできない時にはサポートし、季節に合った服装を選べない時には声をかけ、利用者の尊厳にも配慮して支援している。生活支援を通して、身だしなみや社会的マナーを身に付けてもらい、社会生活力向上のために何をしたら良いか、利用者自身が考えることを大切にしている。

◇改善を求められる点

◆ボランティアの活用

「支援のガイドライン」や「ボランティア活動における誓約書」が整備され、受入れの準備は整っているが、事業所としてはボランティアの受入れ実績がない。ボランティアは社会人であり、利用者とボランティアとの交流は、利用者が社会生活あるいは一人暮らしを行う上で、様々な形で利点になることが想定される。利用者の意向を第一に、実施方法や受け入れるボランティアの種類など検討事項は多いが、ボランティアに対する基本姿勢を明確にし、自立への貴重な民間資源として活用を検討されたい。

◆改善へのPDCAサイクルの活用

利用者アンケートを年数回実施し、その結果を法人内で組織される運営改善委員会にて分析し、改善に取り組んでいる。職員会議でもアンケート結果を共有しているが、具体的な取組みの効果について検証する仕組みが不十分であるため、改善効果が明確になっていない。実施状況をモニターし、さらに改善に向けていくために、PDCAサイクルを意識した取組みを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

支援の質の向上のために様々な取組みを行っていますが、その結果や効果を検証して、改善に繋げていくことが、当事業所では不十分であることを改めて実感しました。指摘をいただいた点について、今後は計画的に取り組んでいきたいと思っております。

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	①・b・c
＜コメント＞ 理念、運営方針はホームページやパンフレットに明示されて広く周知されている。職員の名札の裏面に記載されており、年度当初の研修会では理事長より説明がなされている。この研修の後に実施するアンケートでは、理解度の確認も実施している。利用者に対しては、分かりやすくした資料が用意されている。			

##### 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＞ 福祉動向などについては、エリア運営会議や所長会議など、法人内会議の中で情報共有している。また、名古屋市の障害福祉計画の中の地域移行計画や、基幹相談支援事業所からの情報により利用ニーズなどを把握している。利用率、資金収支などのデータは法人会議で確認しており、事業所会議においても毎月提示して共有している。			
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＞ 経営状況は毎月の法人会議の中で報告され、経営改善に向けて「経営改善計画書」を策定し、行程に基づき毎月進捗を評価しながら改善に向けている。計画及び課題と対策は、事業所会議にて職員に周知される。事業所内の課題に関しては、ホームスタッフ会議で検討され、事業所会議で対策決定、あるいは事業所会議で決まった事項をホームスタッフ会議で周知という流れとなる。			

##### 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・①・c
＜コメント＞ 法人5ヶ年計画が策定され、この中から事業所に関係する重点事項を目的とする事業所の5ヶ年計画が策定されている。これに基づき、年度毎の事業実施計画が定められている。ただ、5ヶ年計画は項目ごとの方針や方向性を示すもので、具体性を欠くため、進捗評価や成果測定が難しい形となっている。			
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	①・b・c
＜コメント＞ 事業計画の他に、事業所の5ヶ年計画に沿った単年度の実施計画が示されている。事業計画に関しては、サービスや行事、会議、研修など事業所の運営全般についての内容が示されている。一方、事業実施計画は、5ヶ年計画の目標をゴールとする年度の実施予定を定めたもので、1年間の数値目標を定めた具体性のあるものとなっている。			
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＞ 半期に一度、名古屋エリア全職員の全体会議が実施され、事業計画の説明と進捗報告がなされている。また、毎月事業所会議の中でサービス管理責任者など、各事業担当者から報告がなされる。進捗状況により、計画や目標値を修正する場合もある。			

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 利用者が理解しやすいよう、今年度実施予定の事業の内容を項目に沿って、管理者が簡略化した説明書を作成して提示している。広報誌に事業計画と重点目標を掲載して配布する他、事業所内にも掲示して周知を図っている。ただ、利用者の障害程度も様々であり、理解度のモニタリングなどはなされていないため、十分な理解が及んでいるかは定かでない。		

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 年2回実施される利用者アンケートにて満足度等を調査し、エリアの運営改善委員会に挙げて課題を明らかにしている。結果に対しては、毎月のホームスタッフ会議で支援方法の検討を行っている。一方、支援する職員のサービスチェックとしては、虐待に関する不適切支援のチェックのみであるため、支援向上に向けてのサービス全体に対するモニタリングが求められる。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 利用者調査の結果を「経営改善計画書」に盛り込んで取り組んでいる。実施事項は、毎月進捗確認が行われており、実施状況により場合によっては計画の見直しが行われている。取組み内容は運営改善委員会に報告される。		

## 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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 管理者は、事業所会議やホームスタッフ会議にて事業の状況を把握した上で、自らの方向性や実践に関するアドバイスを行っている。管理者、サービス管理責任者、ホームスタッフそれぞれの職務に関し、キャリア上の職責は明文化されているが、職務分掌としては確認できなかった。管理者不在時の職務権限は係長に委任される。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 「法令順守規程」が整備され、顧問弁護士による研修も実施されている。法人の5ヶ年計画では、コンプライアンスの強化も取り上げられている。事業所では、特に利用者の権利擁護に関しては虐待防止委員会による周知事項の徹底、事業所内でのチェックリストの実施と集計、不適切支援に関する話し合いなど、重層的な取組みがなされている。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、職員に対して支援方法の具体的アドバイスを行っている。方向性を示し、実施方法を個々に導くコーチングなど、ケースや案件に応じてスーパーバイザーとしての指導や助言方法を用いている。また、職員の自主学習会を設け、専門知識の習得をサポートしている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 経営改善に向けては、毎月の財務状況の確認と対応策の検討、労務対策としての職員個別面談、適正配置に向けた人事案の提出など、業務の実効性を高めるためのマネジメントを手掛けている。人事に関しては、法人内の相談支援関係に専門職が偏る傾向にあるため、事業所としての適正人材確保への阻害要因となっている。			

### 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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人として年間の求人と採用に関する計画を策定しており、ハローワークや大学への募集の他、様々な求人サイトへの登録など、幾重もの人材確保対策を手掛けている。各福祉士資格の保有者が求人対象となるが、無資格者へは入職後の資格取得へのサポートがある。就職希望者へは、各事業所への見学の機会が設けられている。インターンシップ制度の導入は今後の課題となる。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 階層毎のキャリアパスが整備され、これを基にした人事考課を実施している。等級毎のコンピテンシーに沿った考課シートにより自己評価、管理者評価を行い、成果測定してフィードバックをしている。等級ごとの研修もそれぞれ実施されている。昇級・昇格も基準に沿って実施されるなど、分かりやすく公平な人事制度となっている。			
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組んでいる。	障16	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 人事ヒアリングにて就労意向や異動希望などを確認し、人事管理に反映させている。法人は働きやすい職場を目指しており、「人事ポリシー」の中に職員の福利厚生を明示し、社内託児所の設置、資格取得援助、テレワークの推奨、障害者などダイバシティ採用、職員互助会等々がある。休暇取得奨励や時短勤務導入など、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場作りがなされている。			

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> 「人事ポリシー」の中に職員像が示され、またキャリアパスも明確になっている。「個人目標シート」では、個人目標を設定して行動計画を立て、中間振り返りと達成度評価・上司評価を行うというサイクルでの目標管理を実施している。目標設定から中間振り返りでのアドバイス、最終的な総括まで、上司面談を通して育成を図っている。		
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> 法人に研修運営委員会が組織され、各種研修の企画運営を手掛ける。年間の研修計画が策定され、階層別研修などは研修毎の年間予定も立てられ、段階的な育成を図っている。研修運営委員会は定期開催され、実施された研修の評価も行われる。ホームスタッフ会議の中で毎月虐待防止関連の研修を行う他、eラーニングによる不適切支援防止に向けての研修を実施している。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 職員から出された「資格申請書」により資格の取得状況を把握し、その他の外部研修とともに必要且つ適正な研修選定を管理者が行っている。チューター制度を実施しており、担当者を決め、相談体制の下に新任育成を手掛けている。職員全員が対象の研修も実施される他、事業所会議の中で研修参加者が伝達研修を行い、研修内容を共有して職員の研鑽機会を増やしている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> ホームページには、基本理念や人事ポリシー、事業収支、事業報告などの様々な情報を公開し、またインスタグラムではグループホームを含む活動内容を公開している。名古屋エリアの広報誌では、毎回テーマを設けた企画を組み、家族や病院、企業その他関係機関に配布している。運営の透明性を意識した情報公開がなされている。		
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> 「経理規程」をはじめ関係規程は整備され、監事である税理士による内部監査を実施している。また、顧問弁護士、社労士、税理士による経営診断を参考にして経営改善がなされている。財務状況はホームページ上で公開されるなど、透明性は一定レベルで担保されている。経営の改善に向けては、事業所が経営改善計画を立てて適正化を目指している。		

### 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> 地域イベントや社会資源の情報等は、ホーム内に掲示されている。理念には「地域で自分らしく暮らす」、運営指針には「地域とともに施設づくり」と謳い、前向きな関係づくりを指向している。法人内事業所で収穫した野菜を事業所前で販売し、地域とのつながりを作っている。概して、個別支援の中で地域生活への適応にポイントを置くという認識を持ち、これを支援の前提として捉えている。		

<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。</p>	障24	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 「支援のガイドライン」や「ボランティア活動における誓約書」が整備され、受入れに際しての準備は整っている。ただ、事業所の性格上、また利用者の自立度からも、ボランティアの受入れ実績はない。ボランティア＝社会と捉えれば、ボランティア交流の利点は数多い。まずは、ボランティアに対する基本姿勢を明確にし、利用者の意向や受入れ方法、種類などを検討されたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 個々に社会資源を使う利用者も多く、必要に応じて掲示や説明などで情報を提供している。自立支援協議会や精神障害者福祉協会で管理者部会や居住グループホーム関係の部会に所属し、定例会では情報の共有や共通課題の協議など、横の連携がなされている。また、病院関係、勤務先企業や事業所とは、日常的に連絡体制が取られている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 区の基幹相談支援事業所や行政を通じ、福祉ニーズは迅速に把握している。中村区では、先行モデルとして行政・保健センター・基幹相談支援事業所が連携し、重層的支援体制整備事業を展開しており、法人の基幹相談支援事業所が参画することで区内のニーズを拾い上げている。また、民生委員や病院などを含めた地域包括ケアの一構成機関としても事業所の位置付けがある。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 事業所の機能の地域還元として、精神障害の研修会へ職員を講師として派遣し、利用者本人もピアサポート活用事業で講師として参画している。また、法人内施設で収穫した野菜を事業所前で販売し、地域とのつながりを作るなど、公的活動を含む様々な活動を展開することで事業所の存在価値をアピールしている。</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	a	ⓑ	c
<コメント> 法人理念等に、利用者の尊厳と幸せを守るサービスの提供について明文化している。職員の名札の裏面に記載されているため、常に意識して業務に就いている。毎月行っている職員会議や連絡帳でも情報共有し、理念の実現に向けた取組を行っている。理念周知の定期的な評価や見直しの仕組みが不十分であるため、今後の課題となっている。				
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> 権利擁護やプライバシー保護等に関する規程を整備し、日常の支援の中でもプライバシーが守られた環境を整えている。賃貸集合住宅を活用し、1世帯分の住宅（基本2DK）に利用者2名が入居している。家族以外の来訪を遠慮してもらい、プライバシーの確保をしている。職員だけでなく、家族にもプライバシーに関する周知を改めて行うことが望まれる。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 相談支援事業所、自立支援協議会等の関係機関に事業所の取組を周知し、広報誌も活用して多くの人に情報提供する機会を設けている。実際に見学をしてもらい、雰囲気を感じ取ってもらうことを大切に、その際に様々な質問に答えている。更なる取組みとして、ホームページやパンフレットをリニューアルして定期的な情報発信を検討している。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 「グループホーム利用までの流れ」の資料を使い、利用者に分かりやすく説明している。満床時でも見学は随時受け入れており、利用に繋がらない場合でも必要に応じて対応している。サービスの開始・変更の際には、利用者の個別の事情も汲み、関係機関と連携して今後の生活についての説明をするよう努めている。				
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> 一人暮らしへの移行にあたっては、関係機関と連携した支援体制を整えている。退所後も相談できるよう、担当職員を決め、移行先の担当者と協力してサービスの継続性に配慮するよう努めている。現状、適切な対応をしているものの、引継ぎにあたってのマニュアルが不十分であるため、今後、整備していくことが望まれる。				
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> 年に複数回利用者アンケートを実施し、その結果を法人内で組織される運営改善委員会で分析し、改善に取り組んでいる。職員会議でもアンケート結果を共有しているが、改善の取組みの効果については検証する仕組みが不十分であるため、今後、利用者満足度の上昇についての仕組みづくりが望まれる。				
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> 苦情解決の仕組みは、契約時に資料を渡して説明すると共に、ホーム内に「苦情申し立ての窓口について」を掲示し、解決責任者や受付担当者も記載している。苦情解決の体制は整備されており、受け付けた苦情は法人本部に経緯・経過・状況報告を行い、利用者にも検討内容や対応策を説明している。				

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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常的に声をかけ、職員から利用者にも歩み寄って信頼関係を構築し、相談しやすい雰囲気作りに努めている。職員の顔写真を掲示し、どの職員にも相談できることを示し、話を聞くときには他者に聞こえないよう、個室などで行うことでプライバシーにも配慮している。相談内容は、必ず責任者に情報が集まるような仕組みになっている。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談や意見があったときには、速やかに責任者に奉告し、迅速な対応が取られている。職員間での共有も行い、相談等への対応が職員間で違いの無いよう、相談等を受けてから情報共有までの対応手順書の作成を検討している。改善に取り組んだ後の評価（分析、効果の検証）が十分に機能していないため、今後の取組みに期待したい。</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	a ・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアマネジメントの責任者を中心に、事故等の対応を行う体制となっている、ヒヤリハットや「事故報告書」を法人内で分析し、対策の検討を行っている。法人内の事業所間で情報共有し、事故の未然防止にも努めている。定期的な評価や見直し、リスクを予見する取組みが不十分であるため、今後の取組みに期待したい。</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	a ・ ④ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症の予防と発生時の対応マニュアルを整備し、感染症が発生した際には適切な対応を行い、感染が広がらないよう努めている。職員だけでなく、利用者に対しても感染症予防等の勉強会の開催を検討している。感染症BCP（事業継続計画）の見直しを行う際に、様々な感染症に対応できるマニュアルを整備していくことが望ましい。</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 ・ ⑤ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内で防災委員会を組織し、災害に際して、互いに応援体制が取れるような協力関係ができています。消防署の協力を得て定期的な防災訓練を行い、災害時の連絡網や安否確認手段も導入している。日中、別法人の事業所や一般企業に勤務している利用者への安否確認が、実際にできるかどうか課題となっている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>見学から利用開始、さらにそれ以降の様々な支援、退所するまでの一連の流れを明示し、そこに関わる支援についての考え方、職員としての姿勢、支援内容等を明確にした文書を整備している。職員のそれぞれの業務は明文化されているが、文書として整備されたものが不完全となっているため、今後の改善が望まれる。</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 ・ ⑦ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者から相談があったときや課題が生じた時に、支援の実施方法の見直しを行っている。見直しを行った場合には、職員会議等で支援内容を検討し、共有している。必要時に見直しを行っているが、定期的な見直しをする仕組みが設けられていないため、見直し後の周知も含め、ルール作りが望まれる。</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>主治医や相談支援専門員等の関係機関から情報を得て、利用者の環境整備にも視点を置いたアセスメントを行っている。日中活動先の事業所とも連携し、個別支援計画を作成している。日常の関わりから新たな情報や気づきを把握しているが、それを「アセスメントシート」に反映できていないため、機能する仕組みづくりが望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は6ヶ月毎に評価・見直しを行い、入院等の環境に変化があったときには随時見直しを行っている。モニタリング時は利用者本人との面談を実施し、必要に応じて家族との面談も行っている。職員全員が評価や見直しに関わっている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>手書きの「業務日誌」とパソコンの記録とを併用し、それぞれの業務に合った記録方法を用いて適切に記録が残るようにしている。「業務日誌」は、記録内容について職員ごとに表現の違いなどが生じていたことから、分かりやすく、かつ共有しやすいように統一化を図り、毎年研修を実施して改善を行っている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報管理規程」を整備し、対応窓口や責任者を設置している。パソコンで記録を閲覧するために、職員ごとにIDとパスワードが付与されており、ログイン管理が徹底されている。パソコンでの記録管理に関しては、「クラウドサービス管理マニュアル」がある。個人情報の取扱いに関しては、利用者自身にも自覚してもらうよう働きかけている。</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> 自立している利用者が多く、自己決定するための情報が不足している人には、職員がサポートして社会生活力が上がるように努めている。社会常識の範囲内でのルールは設けているが、必要以上に厳しくせず、利用者自身が考えて行動してもらうような支援に力を入れている。共用部分の利用方法やルールは、利用者同士で話し合う機会を設けている。		

### 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> 法人内の虐待防止委員会を中心に、権利侵害防止と早期発見のための「虐待防止関連事項チェックリスト」など、具体的な取組を行っている。権利擁護に関する内容をホーム内に掲示し、利用者にも権利侵害があったときの相談窓口等を案内している。職員会議でも日常の支援の振り返りを行い、不適切な支援について話し合っている。		

### 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	① ・ b ・ c
<コメント> 「必要な支援を、必要な時に、必要な分だけ」を支援の基本としており、利用者の自律・自立を妨げないよう配慮している。生活支援を通して、身だしなみや社会的マナーを身に付けてもらい、社会生活力向上のために何をしたら良いか、利用者自身が考えてもらうことを大切にしている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 認識のズレや誤解、伝え方で、利用者同士のトラブルが生じることもあるため、職員が間に入り、共同生活をする上での相手とのコミュニケーションの上手な取り方を伝えている。認知や記憶にズレがある場合には、メモや図を用いて記録しておくなど、個々の状況に合わせた伝達手段を用いて支援している。		

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 ・ b ・ c
<コメント> 利用者が職員に気軽に話せる関係作りに努めている。相談を受けても、すぐに対応できない状況の時には、「いつなら大丈夫なのか」という時間を約束し、「相談したのに対応してもらえなかった」という不満が生じないようにしている。相談の内容に隠された、利用者の真の意思や意向を上手く引き出すよう努めている。		
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> 日中活動は、法人内の事業所だけでなく、地域の他法人事業所等を含め、利用者自身が選択している。余暇活動に関しては、何をやってよいか分からないという時には、職員が地域のイベントなどの情報を提供している。行動範囲を広げるために、公共交通機関の使い方を学びたいという利用者には、個別支援計画にも取り入れて取り組んでいる。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 障害特性や支援技術を学ぶ機会があり、会議等で支援方法等の検討・理解・共有を図っている。症状が悪化した時には医療機関や行政と連携し、必要に応じて環境調整を行っている。現状、適切な対応が行われているものの、職員間で共通理解を図るためにも、関係機関との連絡調整の方法などのマニュアルを整備することが望まれる。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴・排泄など、うまくできない時にはサポートし、季節に合った服装を選べない時には声をかけ、利用者の尊厳にも配慮して支援している。心身の状況に合わせた支援は、日々の「業務日誌」等に記録し、会議等で検討している。利用者の好き嫌いを考慮して食事の食材を変更するなど、臨機応変に対応している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>居住空間を同じくする利用者同士の相性を考え、部屋を変更するなど、利用者が安心して過ごせるよう配慮している。利用者の自主性を重んじ、居室の清掃やエアコンの温度調整は本人に任せている。加えて、衛生面を考慮して、職員（世話人）が清掃や環境整備のサポートをして、快適に過ごせるようにしている。利用者からの設備に関する要望等も聞き、改善に努めている。</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	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域で求められている生活力が身に付くよう、生活訓練を個別支援計画に取り入れている。医師等の関連機関とも連携し、身だしなみ、服薬管理、金銭管理など、社会生活力を高められるように働きかけている。利用者が生活訓練の必要性を認識し、自主的に行えるような動機付けへの取組みを期待したい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常の健康管理は、検温や体調確認により行っている。月2回の訪問看護を利用し、健康面での助言を受けている。体調変化の際には主治医に連絡し、受診支援や入院調整を行い、適切に対応している。利用者の健康管理は医師や訪問看護に任せているが、職員も積極的に関わる体制を整えることを期待したい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者ごとに、通院先や服薬状況を把握している。服薬に関しては、自己管理している利用者も飲み忘れが無いかの確認を行っている。てんかん発作がある利用者には、適切な手順での支援ができるように個別の対応マニュアルを作成している。必要に応じ、医療機関への受診同行も行い、主治医に状況を伝えて対応方法などの確認をしている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>積極的に社会参加している利用者が多く、意向を尊重して自由に行ってもらっている。その中で生じるトラブル回避のために、携帯電話の契約や使用方法、クレジットカードの仕組みや使用方法など、必要な知識を学んでもらい、宗教の勧誘や詐欺行為への対処方法を知ってもらうための支援も行っている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の希望に応じ、一人暮らしに向けて利用できる福祉サービスなどの社会資源の情報を提供している。利用者は、サテライト型住居を活用し、より一人暮らしに近い生活環境の中で経験を積んでいる。長期入院していた利用者の退院後の支援も行っている。住居の提供だけでなく、日中活動の場の情報も提供し、地域生活が継続する支援を行っている。</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> 家族と疎遠の利用者もいるため、本人の置かれた状況にも配慮して家族等との連携を図っている。家族には、窓口となる職員を書面で明確に伝え、連絡を取りやすいよう配慮している。モニタリングの面談の時にも、家族の意見を聞く機会がある。家族だけでなく後見人とも連絡を取り合い、定期的に報告をしている。		
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		