

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 すまいる	種別：共同生活援助	
代表者氏名：菊池 孝敏	定員（利用人数）：33名（33名）	
所在地：愛知県東海市荒尾町池ノ平子1-46		
TEL：052-603-8570		
ホームページ： https://satsuki-swc.org/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成17年10月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 さつき福祉会		
職員数	常勤職員：11名	非常勤職員：23名
専門職員	（世話人） 8名	（生活支援員）26名
施設・設備の概要	（居室数） 42室	（設備等） 居室・厨房・食堂
		トイレ・洗面所・風呂場

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 「安心と笑顔」
- ・施設・事業所 「自分らしい生活をする」

★基本方針

- 1 各GHの開所日を増やし、利用者のニーズに答えていきます
- 2 安定運営のために働きやすい労働環境を整え、世話人、生活支援員の職場定着と新たな確保に努めます

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 利用者1人1人に合った個別支援計画を作成し、個々のニーズに合った支援を行います
2. 利用者の安心と笑顔が絶えることなく、安心して生活できるように支援します
3. 医療とも連携しながら、病気を未然に防ぎ、早期発見、早期治療につなげていきます

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 5月15日（契約日）～ 令和 6年 4月12日（評価決定日） 【令和 5年12月 8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

◆働きやすい職場づくり

勤務状況については「キングオブタイム」で管理をしており、時間外勤務も平均すると月に一人当たり1時間程となっている。働ける曜日等、職員一人ひとりの勤務の希望に応じている。また、年次有給休暇は、確実に年間5日以上取得できるようにしている。悩み相談窓口は法人の事務局長が担っている。「わーくりい知多」に加入し、旅行や親睦会が行われている。

◆運営の透明性

ホームページに、法人の理念や基本方針、サービス概要、予算、決算の情報が掲載されている。さらに、苦情の受け付けや解決についても掲載されている。法人の機関紙である「さつき」は1,000部を印刷し、を社会福祉協議会や行政、関係機関等に配布している。

◆医療的な支援

医療連携をとるようになり、24時間、365日、医師に相談できる体制が構築され、医療的な支援の強化を図っている。医師や薬剤師との関りができたことで、利用者の急な体調不良や変化にも迅速に対応できるようになった。利用者や家族にとっても安心につながっている。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の具体性

法人として2021年～2025年の中・長期計画が作成されている。しかし、数値目標や具体的成果についての記載がなされていない。また、事業所としての中・長期計画がないため、理念や基本方針の実現に向けた、先を見通した取組みを期待したい。

◆職員の育成

目標管理は、人事評価システムである「ヒトマワリ」で管理している。目標管理は正規職員に限定されて運用されている。改善点としては、全職員を対象とした仕組みを構築し、理念・基本方針の実現のために目標管理を行うことが望ましい。

◆プライバシー保護の取組み

利用者に対してはプライバシー保護に関する取組みは伝えているが、家族への説明は契約時や問い合わせがあった時のみとなっており、周知が十分に行えているとは言い難い。規程やマニュアルの見直しを行い、プライバシー保護への取組みを文書等で明確化することが望ましい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めて第三者評価を受審しました。これまでの事業所の運営のあり方、取り組み方について評価ルールに基づいて見ていただき、様々な部分で足りないこと、解釈が浅かったこと等、気づくことがとても多かったというのが率直な感想です。利用者本位で進めてきましたが、まだまだ「つもり」と言われる部分があり、今後スタッフ間で議論の必要性を感じました。

今回の評価を振り返り、いつかは「良い事業所ですね」と言ってもらえるように、スタッフ全員で取り組んでまいります。

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 ・ ㉑ ・ c
＜コメント＞ 経営理念と基本方針が、ホームページやパンフレットに記載されている。職員には経営理念と基本方針を印刷されたものを配付し、説明している。利用者や保護者への周知は年1回ホーム単位で行われる集まりで説明し、周知が図られている。分かりやすく伝えるという点で改善の余地がある。		

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
＜コメント＞ 社会福祉事業全体の動向は、市の自立支援協議会や県の知的障害者福祉協会の会議、法人の月1回の管理者会・経営合同会議に参加して把握している。法人の経営合同会議では、毎月、現況報告を行っているが、コスト、利用者の推移、利用率の分析という点で課題が残る。		
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	㉑ ・ b ・ c
＜コメント＞ 経営課題としては、開所日数増による収益のアップと人材育成・人材確保が挙げられている。利用率については、送迎サービスや利用を促す取り組みを行なっている。また、人材確保はマイナビを活用している。経営状況や改善すべき課題については、ホームごとにプリントを掲示し、さらに、ZOOMなどを活用して説明している。		

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 ・ ㉑ ・ c
＜コメント＞ 法人として2021年～2025年の中・長期計画が作成されている。しかし、数値目標や具体的成果についての記載がなされていない。また、事業所としての中・長期計画がないため、理念や基本方針の実現に向けた先を見通した取組みを期待したい。		
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
＜コメント＞ 単年度の事業計画は数値目標や具体的成果が記載されており、終了時評価での達成状況も確認できるものとなっている。しかし、理念・基本方針、中・長期計画との連動に関しては明確さに欠ける。その点を踏まえて事業計画を作成されたい。		

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> 1月頃から必要物品や行事についての意見を世話人から聴取し、利用者からも事業計画についての意見を聞いている。世話人に関しては、変則的な勤務形態になっていることもあり、すべての職員から意見を聴取することはできていないが、より多くの職員意見を取り入れようとする姿勢は評価したい。		
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、保護者には行事計画を中心に事業計画の説明を行っている。事業計画は利用者の福祉サービスに直接関係するものであるため、事業計画の作成に当たっては、利用者や保護者の参画をさらに促し、事業計画の内容も行事計画だけではなく、特に利用者に関係する部分を分かりやすく伝えるため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	a ・ ① ・ c
<コメント> 福祉サービスについては、職員研修を行うことでの質の向上を目指している。また、事業所としては初めての第三者評価の受審となるが、自己評価は毎年実施している。しかし、評価結果を文書として確認できなかった。福祉サービスの質の向上に向けて、PDCAサイクルに沿った仕組みを構築されたい。		
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> 事業報告には記載があるが、自己評価を毎年実施し、その評価から導き出した課題をどう改善につなげていくかを検討した文書が確認できなかった。評価結果を分析し、それに基づいた改善計画を文書すること、さらに、職員間で共有して、改善につなげられるよう検討されたい。		

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> 居室職員会議や業務日誌のコメントで、管理者としての役割と責任について表明している。また、災害や事故等における管理者不在時の役割と責任については、上席に委ねられるとの認識を持っているが、明文化されたものは確認できず、今後の取組みに期待したい。			
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	a	ⓑ・c
<コメント> 遵守すべき法令等は法人本部からの情報提供を受けている。職員への周知という点では確認ができなかったため、法令遵守の勉強会や研修への参加と併せ、全職員の法令遵守の取組みを進められたい。特に、グループホームの運営に関しては社会問題ともなっており、職員のコンプライアンス意識の向上を期待したい。			
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> 福祉サービスの質の向上については、職員研修という形で取り組んでいる。参加者は「講義受講レポート」を提出し、研修の振り返りを行っている。そのレポートは理事長にまで挙げて決裁を受けている。自己評価の分析結果と併せ、研修の成果（気づき）を支援に反映させる取組みに期待したい。			
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	Ⓐ	b・c
<コメント> 働きやすい環境を作るために、管理者は、職員が年休を年5日は完全取得することを推進し、職員の「困った」を聞くことができる体制を整えている。さらに、週末の夜勤体制を2名から3名に増員した。人事、労務、財務面の分析についても、改善の余地を探っている。			

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	Ⓐ	b・c
<コメント> 職員採用は法人の総務部門が中心になって行っており、マイナビの活用や大学への働きかけを行っている。採用後は、直接処遇職員はサポーターズカレッジのオンライン研修を受講している。また、強度行動障害の研修も進めている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ・c
<コメント> 人事評価制度については、来年度からの導入を目指し、9月からコンサルタント会社を入れて見直しを図っている。職能制度から役割等級制度に変更される予定である。職員のモチベーションを維持しつつ、職員自らの将来を描く制度となることを望みたい。			
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り組んでいる。	障16	Ⓐ	b・c
<コメント> 勤務状況については「キングオブタイム」で管理をしており、時間外勤務も平均すると月に一人当たり1時間程となっている。働ける曜日等、一人ひとりの勤務の希望に応じている。また、年休は年5日以上取得できるようにしている。悩み相談窓口は法人の事務局長が担っている。「わーくりい知多」に加入し、旅行や親睦会が行われている。			

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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>目標管理は、人事評価システムである「ヒトマワリ」で管理している。到達目標を設定し、3期に分けて評価を行っている。「個別スキルアップ計画書」や「理想の自分になるための今年度の戦略」を設定し、取り組んでいる。目標管理制度は正規職員に限定されて運用されているため、全職員が理念・基本方針の実現のために目標管理を行うことが望ましい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>教育プログラム委員会が、役割や等級に研修をリンクさせて計画を立てている。研修後にはレポートの提出が求められている。体系化された教育・研修システムの構築、研修内容やカリキュラムの評価と見直しという点では改善の余地がある。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>コンサルタント会社の助言を受け、人材育成との連携が図れるように、階層別の研修体系を構築する予定となっている。外部研修の参加を勧奨しているが、人的な余裕がなく、勤務時間中の研修が難しい状況となっている。</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>非該当 グループホーム事業所での実習が、養成機関において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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページに、法人の理念、基本方針、サービス概要、予算、決算の情報が掲載されている。さらに、苦情についても掲載されている。法人の機関紙である「さつき」は、1,000部を発行して、社会福祉協議会や行政、関係機関等に配布している。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の公認会計士が年1回監査を行い、会計ソフトウェアのクオリティ・ラボのサポートも受けている。また、社会保険労務士法人のアドバイスも受けている。小口現金は、3~5万円を管理者が管理している。「物品購入伺い」で決裁をとっており、内部牽制が可能となっている。日用品は事業所単位で購入したり、食材等はネット販売を活用し、現金の受渡しを極力少なくしている。</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の基本的な考え方が、「基本理念」に記載されている。町内会に加入し、敷地内に地域のゴミステーションを設置している。ゴミステーションの設置で得られた収入は、地域に寄付している。敷地は移動販売車の出店場所にもなっており、地域の人たちとの交流の場になっている。ホームの開設時は市が説明会を開き、地域との良好な関係を構築することができた。</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 ・ ㉓ ・ c
<p><コメント> ボランティア受入れの基本姿勢は明文化されているが、地域の学校教育等への協力の基本姿勢については確認できなかった。夜間や土・日・祝日の支援が主となる事業所として、どのような方法でボランティアや学校教育と関わるのか、検討が求められる。</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	㉓ ・ b ・ c
<p><コメント> 地域の理美容店等と情報共有を行って、利用者のニーズに応じている。また、知多地域の「グループホーム安心安全ネットワーク会議」に参加し、相互に情報共有を図っている。そこで得た情報については、職員会議で報告している。</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	㉓ ・ b ・ c
<p><コメント> 東海市自立支援協議会に参加することや相談支援事業所を通して、地域ニーズの把握に努めている。地域課題についてはその都度対応をしている。</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	㉓ ・ b ・ c
<p><コメント> 法人として、福祉避難所の協定を東海市と結んでいる。地域の高齢者の買い物支援を東海市の包括ケアシステムの一環として行っている。また、「ふくしの相談」窓口を設置している。</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> 不定期ではあるものの、研修などにより利用者を尊重したサービスに関して学ぶ機会を設けている。現状は、職員個々の技量に頼っていることが多く、支援の振返りなどの定期的な状況把握や評価の仕組みを確立していくことが求められる。				
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> 利用者に対し、プライバシー保護に関する取組みは伝えているが、家族への説明は契約時や問い合わせがあった時のみとなっており、周知が十分に行えているとは言い難い。規程やマニュアルの見直しを行い、プライバシー保護への取組みを文書等で明確化することが課題となっている。				
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> 利用希望者には資料の提供や口頭での説明のほかに、実際に見学してもらい雰囲気を感じてもらおうよう努めている。同法人内のショートステイと連携して、体験利用の受入れも可能となっている。相談支援専門員とも連携し、様々なサービスメニューを適切に選択してもらえよう支援している。				
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> 家族への説明は十分に行っているが、利用者への説明に関しては、分かりづらい表現などを用いないよう配慮している。利用者の高齢化に伴い、それに対応したサービス提供が求められているため、高齢福祉課等と協議しながら、今後の福祉サービスの変更に関して検討している。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> サービス終了後も、移行先への訪問や家族との連携は継続している。他の施設等に移行した場合には、定期的に訪問して状況を把握し、スムーズに移行できたかどうかの確認をしている。移行先からの求めや問合せに応じ、随時対応している。				
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> 2～3ヶ月に1回のペースで、利用者との懇親会を行っている。利用者からの意見を聞く場でもあるため、満足度の把握は行えるものの、出された意見については個別対応にとどまり、全体の改善に活かしきれない。職員の経験値に頼るだけでなく、満足度の向上に向けた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> 苦情解決委員会を設置し、苦情処理の流れは規程で定めている。実際に苦情が出された場合は、適切に対応できる仕組みができています。ホーム内に意見箱を設置し、苦情解決までの流れを分かりやすく記載した張り紙をしており、利用者にも伝わりやすいよう工夫している。				

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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者がいつでも、どの職員にも相談することができることを文書等で伝えている。職員も利用者からの相談には真摯に対応し、居室等で他の利用者の目に触れることのない場で話をするよう努めている。家族に対しては、ホームとしての取組みを伝える方法に改善の余地がある。</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><コメント></p> <p>利用者から受けた相談や意見に関しては、適切な対応を行っている。現状、その対応が職員個々の経験値に頼っており、マニュアルなどで文書化されたものがないため、相談等を受けた時の流れを職員間で統一させる仕組みづくりが求められる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>事故が起きた時の対処や、法人内の他の事業所で起きた事故報告は共有している。同じような事故が繰り返し起きている実情や予防への取組みを分析し、事故防止に努めるようマニュアルの整備を急がれたい。それに伴う職員への研修を実施することが望まれる。</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><コメント></p> <p>感染症に関するBCP（事業継続計画）を策定し、安全確保に努める仕組みを文書に定めている。感染症が発生した場合には、その都度適正な対処方法にて安全確保を行っている。さらに職員の理解を深めるため、様々な場面を想定した訓練の実施を検討している。</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><コメント></p> <p>立地条件を踏まえた災害時の影響を把握し、避難訓練を実施している。BCPを整備し、災害発生時における事業継続のために必要な対策を講じられるような仕組みを作っているものの、一次避難をした後の対応の強化が必要であるなど、地域との連携が求められる。</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><コメント></p> <p>標準的な実施方法は文書にて明確にされており、利用者のプライバシーや権利擁護に関する内容も盛り込まれている。支援の統一化を図るためにも、職員への研修や個別指導による周知徹底をしていくことが求められる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>年1回の見直しの機会を設けているが、組織的に定められていないため、適切な時期に検証・見直しをしていくよう、明確に文書等に定められたい。今後は、利用者の高齢化に伴う支援方法の変更にも対応できるよう、仕組みづくりをしていく必要がある。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者や家族の意向・ニーズを踏まえ、サービス調整会議にて個別支援計画の策定・変更を行っている。策定の責任者や手順等は明確化され、適切にサービスが行われていることを確認する仕組みが整っている。利用者の状態変化に伴い、可能な限り他職種の意見も反映させようとしている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画を定期的に見直し、職員への周知も行っている。個別支援計画に沿った支援を行っていく中で、出された課題を随時見直すなどの状況把握が、職員によってバラツキがあることが課題になっている。会議で情報の共有を図り、適切に把握していくことが望ましい。</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	a ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>日々の記録は各職員が行っており、情報共有が必要なものに関しては書面の回覧により行っている。職員の勤務シフトの都合により、全員が集まって情報共有する機会が少なく、情報が的確に届いているかどうかの確認できるような工夫が求められる。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>「個人情報保護規程」により、記録の管理体制等は確立されている。記録の取扱いに関しては、契約時に利用者と家族に説明し、責任者も明確にしている。規程の見直しをする仕組みが不明確になっており、実態に合ったものになっているかどうか検証することが望まれる。</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>利用者から把握したニーズに応じ、必要な社会資源の情報提供をしている。利用者との懇親会で生活ルールを話し合い、共同生活における取決めを話し合う機会を設けている。自らの意思を表出できる利用者もあり、利用者の自己決定を尊重した個別支援に努めている。</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>職員は、利用者の権利擁護に関しての理解があり、不適切ケアと思われることがあれば都度改善に向けた対応をしている。職員が、権利擁護について検討する機会は定期的に設けられておらず、理解を深めるための仕組みづくりが課題となっている。</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>利用者が自律・自立するために、本人の気づきが得られるよう働きかけている。利用者の経験不足により自律・自立への意識が低い場合には、状況に合わせて自己管理ができるような支援に取り組んでいる。職員による若干のばらつきはあるものの、利用者自身の自律・自立に向けて動機づけの支援を行っている。</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>利用者の状況に合わせたコミュニケーション機器を活用し、意思伝達支援をしている。利用者の高齢化に伴い、また身体的な機能の低下により、コミュニケーション手段に変化が生じていることにも対応している。</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>居室などの個室で、プライバシーに配慮しながら利用者からの相談を受けている、必要な情報を伝え、意思を尊重して選択できる環境を提供している。相談内容によっては、他事業所と連携して対応している。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望によって旅行を実現したこともあり、個別支援計画に基づく日中活動の支援に力を入れたいと考えている。地域の様々な社会資源を活用した余暇活動などの情報提供をしていくことが重要であり、福祉サービス以外の活用も視野に入れた支援内容の検討が求められる。</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>利用者の状態変化に伴い、医療連携がとれる体制になったことをきっかけに、状況に合わせた適切な支援が行えるよう、見直しを行っている。利用者の不適応行動などへの対応に関しても、状況判断を的確に行い、適切に対応するよう努めている。</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 a . b . c
<コメント> 身体機能が低下傾向にある利用者が増えている。歩行や嚥下に不安がある利用者に対しては、これまでと違う支援が必要となることも踏まえて生活支援を行っている。食事は、特別食の日には内容を選択できるように工夫したり、誕生日にはケーキを提供するなど、皆で楽しめる工夫をしている。		
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 a . b . c
<コメント> 居室の家具などの配置は、安全に配慮しつつ、利用者が落ち着いて過ごせるような空間となるよう努めている。身体機能の低下に伴い、安全に過ごせる生活環境も変わってくることに、職員は問題意識を持って支援にあたっている。		
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 a . b . c
<コメント> 機能訓練が必要な利用者には訪問リハビリを入れており、理学療法士からの助言により、職員が日常のトレーニングの支援をしている。これまでは訓練が必要な利用者が少なかったが、今後は増加が予想されることから、機能訓練・生活訓練の導入を検討している。		
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 a . b . c
<コメント> 医療連携をとるようになり、24時間、365日、医師に相談できる体制ができ、医療的な支援の強化を図っている。医師や薬剤師との関りができたことで、利用者の急な体調不良にも迅速に対応できるようになっている。利用者や家族にとっても安心につながっている。		
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 a . b . c
<コメント> 薬剤師が薬を届けてくれる際に、利用者の薬の相談などができるようになっている。医師と薬剤師が連携しており、医療的な支援が適切にできるようになった。職員にも、医療に関する手順や安全管理体制について研修を取り入れている。		
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 a . b . c
<コメント> 急な外泊希望などについても、可能な限り利用者の希望と意向を尊重した支援に努めている。利用者の経験不足により、社会参加や学習の引き出しが少ないことを解消するため、地域行事などの情報提供を行い、社会参加の意欲向上に取り組むことを進めている。		
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 . ① b . c
<コメント> 職員からは様々な地域生活に関する情報を提供しているものの、利用者からは地域生活へ移行したいという希望がほとんどない状況である。利用者の意欲を高める支援、生活力アップに向けた支援の強化と動機づけが求められる。		

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> 家族交流会において、家族との意見交換を行っている。家族からの急な依頼にも可能な限り対応し、家族の高齢化に伴う家庭の事情についても、プライバシーに配慮しながら相談等を受けて、利用者だけでなく家族に対しても必要な支援を行っている。		
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		