

福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔障害者福祉サービス〕

① 第三者評価機関名

セリオコーポレーション株式会社

② 施設・事業所情報

名称：キャメロット 2 拠点 コーンズ、アドニス	種別：共同生活援助												
代表者氏名：管理者影山陽子	定員（利用人数）：コーンズ 11 名(11 名) アドニス 10 名(10 名)												
所在地：コーンズ：藤枝市青葉町 2 丁目 16 番 10 号 アドニス：藤枝市大洲 2 丁目 25 番 1													
TEL：054-636-9480	ホームページ http://www.harmonia-fujieda.com												
【施設・事業所の概要】													
開設年月日 平成 18 年 6 月 1 日													
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人ハルモニア													
職員数	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">常勤職員</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2 名</td> <td style="width: 25%;">非常勤職員</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">17 名</td> </tr> </table>	常勤職員	2 名	非常勤職員	17 名								
常勤職員	2 名	非常勤職員	17 名										
専門職員	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">サービス管理責任者</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">1 名</td> <td style="width: 25%;">夜間支援員</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">4 名</td> </tr> <tr> <td>生活支援員</td> <td style="text-align: center;">2 名</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>世話人</td> <td style="text-align: center;">10 名</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	サービス管理責任者	1 名	夜間支援員	4 名	生活支援員	2 名			世話人	10 名		
サービス管理責任者	1 名	夜間支援員	4 名										
生活支援員	2 名												
世話人	10 名												
施設・設備 の概要	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">（居室数）</td> <td style="width: 25%;">コーンズ 11</td> <td style="width: 25%;">（設備等）</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>アドニス 10</td> <td>コーンズ：誘導灯</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>アドニス：スプリンクラー、火災報知設備（消防機関へ通報）</td> <td></td> </tr> </table>	（居室数）	コーンズ 11	（設備等）			アドニス 10	コーンズ：誘導灯				アドニス：スプリンクラー、火災報知設備（消防機関へ通報）	
（居室数）	コーンズ 11	（設備等）											
	アドニス 10	コーンズ：誘導灯											
		アドニス：スプリンクラー、火災報知設備（消防機関へ通報）											

③ 理念・基本方針

【理念】 私達の願いは、地域社会の中で誰もがバリアフリーな暮らしを営むことができるようになることです。社会福祉の一翼を担う私達は、人の持つ無限の能力を信じ、それが十分に発揮されるような環境づくりを目指します。

【基本方針】 ①利用者が個人の尊厳を保持しつつ、地域社会において自立した生活を営むことができるように支援します。②利用者の意向を尊重して総合的かつ細やかなサービスが提供されるよう創意工夫します。③地域との交流を積極的に進め、地域に根差したサービスの拠点づくりを目指し、利用者が多様な形で社会参加の役割を担うことができるように支援します。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

地域に開かれたグループホームを目指している。利用者の働く場所への配慮から、駅から徒歩 20 分から 30 分でバス等公共の交通の便がよい場所にある。また、権利が守られ、自己決定と自己責任のもとで暮らせることを目指している。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 4 月 1 日（契約日） ～ 平成 30 年 11 月 13 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（平成 年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

■支援マニュアルの整備

標準的な実施方法について、各項目毎に支援マニュアルが整備され、最低限押さえておくべき支援上のポイントや留意点について統一した支援がなされている。リスク管理の点でも有効となっている。

■利用者意向の尊重

法人の基本理念にも明記され、支援の基本として利用者の意向を反映した形が貫かれている。日常的な意見聴取に加え、利用者会議での意向把握など、常に利用者の主体性に基づいた支援がなされている。

■利用者本人が地域の一員であることを踏まえた支援

通勤への配慮から駅から徒歩圏内に立地し、交通の便も良い場所にある。

「標準的な生活を送るため」に必要な最低限のサポートに留め、職員が何度もアプローチすることで利用者に普通の生活を意識させている。

利用者と地域との境のない普通の家であることを目指している。

■受け入れ態勢

賃貸ではなく自前のホームで、屋内の各フロアが全体的に広く設備が整っている。

介護度によらず、ニーズに応じた受け入れを行っている。

◇改善を求められる点

■利用者への支援の第一段階である「利用者にとって分かりやすい資料」の作成が不十分である。理念や基本方針を利用者や家族に理解してもらうことが重要で、写真や絵図等を取り入れる等の工夫をして積極的に周知していくことが望まれる。

■福祉サービスの質の向上に関して、計画(P)→実行(D)→評価(C)までにとどまり、見直し(A)→必要に応じた計画変更が十分になされていない項目がある。

■実質的な権限を持つ部門長の役割と責任の所在を明確化することが望まれる。

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、当事業所の第三者評価を行って頂きありがとうございました。
法人の理念、基本方針に基づき地域に開かれたグループホームの在り方について、評価結果に満足する事なく、更なるサービスの質向上に努めて参ります。
改善点については受審結果に基づき、早期に改善案を全体で共有することで、職員が一丸となって取り組み、ご利用者様にとって充実した暮らしを提供できるように努めて行きます。

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〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

障害者・児福祉サービス版共通評価基準

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。		
1	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。	a・ ◎ ・c
<コメント> 理念、基本方針は明文化され、リーフレットや施設入口に掲示されているが、利用者に対してわかりやすく説明した資料の作成はされていなかった。		

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。		
2	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。	a・ ◎ ・c
<コメント>コスト面での分析は保護者会で報告しているが、地域の各種福祉計画の政策動向や内容等から照らし合わせた分析としては不十分である。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a・ ◎ ・c
<コメント>消防法の観点から2拠点に減らし、質の高い支援に切り替えている。経営課題の解決や改善に向け、月1回世話人会議を開催し社会の動向に合わせた取組みが進められている。課題や問題点をより具体化していくことが求められる。		

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。		
4	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。	a・ ◎ ・c
<コメント>運営の課題については日頃から部門長に相談している。法改正や社会情勢の変化が大きく変動し中長期計画の策定が難しい中、理念や基本方針に向けた目標を明確にして課題解決に取り組んでいるが、数値目標や具体的な成果を設定するところまでは至っていない。		
5	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。	a・ ◎ ・c

	る。	
	<p><コメント>単年度計画は支援内容が明確にされており、取り組み項目まで細かく作成されている。新たな取り組みとして自立生活援助を検討し、一人暮らしを視野に入れた支援の強化等の活動を行っているが、中長期収支計画を踏まえた数値目標までは作成されていない。</p>	
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
6	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。	a・㊦・c
	<p><コメント>昨年度の結果と各職員からの意見をもとに、サービス管理責任者がまとめ部門長が作成している。実施状況の把握や評価は半期の事業報告や人事考課で行い、世話人会議で話し合い職員全体で見直しを行っている。内容を発信することに留まらず、管理者は職員がどの程度把握しているかの確認も必要と思われる。</p>	
7	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。	a・㊦・c
	<p><コメント>年2回の保護者会や世話人会議、広報誌などで周知している。事業計画を分かりやすく説明した資料は作成されているが、利用者向けには内容を簡潔にまとめる等の工夫をされたい。</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。	
8	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。	㊦・b・c
	<p><コメント>外部研修への参加や内部研修等により職員全体で共有している。管理者の立場として各職員と積極的にコミュニケーションを取り、現状の把握と問題点の改善に努めている。</p>	
9	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。	a・㊦・c
	<p><コメント>世話人会議や利用者会議での意見を掌握し、内容によっては成人部門会議や部門長会議で議論し経営や運営に反映させている。より多くの職員の参画を得て組織的に取り組んでいるが、課題に関する改善計画の明確化や見直しまでには至っていない。</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。	
10	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。	a・㊦・c
	<p><コメント>管理者の上司にあたる部門長に実質的な権限がある。それぞれの役割は職員にも表明しているが、組織図には部門長の職務は記載されていない。有事における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等に関しても明確化が求められる。</p>	
11	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。	㊦・b・c

<p><コメント>常に国の動向や社会情勢に目を向け、常に適正なサービスを心がけている。関係機関や行政とは適切な関係を保ち、倫理集や雇用・労働・防災・環境等の規定集も整備され法令を遵守している。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	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。	◎・b・c
<p><コメント>直属の上司である部門長に相談し、問題点等は必要に応じて部門長会議で取り上げている。現在の勤務体制では世話人全員への一括指導は困難であり、現場で個々に指導することが多い。指導環境は個々であっても指導内容には一貫性が求められることから、指導内容を記録して職員間で共有する必要がある。</p>		
13	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。	◎・b・c
<p><コメント>管理者は現場で職員の声を直接聞き取り、その場での対処を心がけている。夜間の職員体制に不安はあるが、働きやすい環境整備に取り組んでいる。連絡帳を活用しており、職員への引継ぎや管理者への報告も日を置かずに伝達する仕組みができています。日頃から職員の意見を聞き取ることで早めの改善につなげている。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
14	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。	a・◎・c
<p><コメント>専門職である福祉人材についての課題は常に部門長に伝え計画しているが、当該施設においては必要な人材確保には至っていない。職員の定着に関しては、ワーク・ライフ・バランスを取り入れ定時退社及び有給取得推奨にも取り組んでいる。法人全体としては当たり前であったサービス残業を無くす方向性で、時間内にやるべき事を済ませる考え方である。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・◎・c
<p><コメント>人事評価基準マニュアルによる定期的な人事考課で評価をしている。評価による異動基準等の総合的な仕組みを確立し、職員への明確化が求められる。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	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。	a・◎・c
<p><コメント>職員の就業状況や意向は管理者が常に把握に努め、職員の現状に目を向けている。半期に一度のメンタルチェックやヒアリングを職員全体会議で行い、部門長会議で改善策を協議し実践している。ストレス度チェックも行っているが、配置転換にまでは至っていない。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
17	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。	a・◎・c
<p><コメント>就業規則に期待する職員像を明示し、質の高い人材の確保に取り組んでいる。人事評価マニュアルにより個々の目標管理は確認できたが、目標項目・目標水準・目標基準が明確にされ、到達可能な水準であるかどうかは確認できなかった。達成状況や取組状況の確認は個人面談等で行い、定期的に評価と振り返りを行っている。</p>		

18	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。	a・㊦・c
<p><コメント>企業として求める職員像に則り、計画的に教育や研修を行っている。年間で計画的に行う研修を外部に委託しており、「現実的な研修内容となっているか」等のテーマ別の検討や見直しは今後の課題であると認識している。受けるべき講習を受講し、ニーズに基づいた研修会へ参加することが重要である。</p>		
19	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。	a・㊦・c
<p><コメント>教育は必要に応じたOJTを行っている。勤務体制により研修への参加が不可能な場合は、伝達研修等で漏れなく全員に同じ内容を周知し、把握しているかの確認まで行うことが望まれる。何より、職員個々の年間研修計画策定が求められる。</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。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	非該当
<p><コメント>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。		
21	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。	㊦・b・c
<p><コメント>地域福祉向上のため積極的に活動し、法人のホームページや広報誌で様々な情報を公開している。広報誌「ハルモニアマガジン」には法人全体の活動報告や障害者と地域をテーマにした特集、地域の人々との対談、地域の情報等が盛り込まれ、年度末には苦情報告や決算報告も行っている。</p>		
22	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。	a・㊦・c
<p><コメント>施設における事務、経理、取引等に関しては法人の統括責任者が内部監査を行っている。法人全体の事業、財務に関しては専門家による外部監査を行うことで説明責任を果たし、公正かつ透明性を確保している。外部監査による指導や指摘事項を明確にしたうえで、経営改善に取り組むことが望ましい。</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。		
23	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。	㊦・b・c
<p><コメント>地域社会における自立した生活を目指し、地域のイベントの情報を利用者に提供しポスターを貼って参加を促している。町内会に所属し、清掃等の地域活動には積極的に参加している。過去には年4回福祉教育講座「ウエルフェア塾」等を開催していたが、最近では「青葉町ふれあい祭り」で地域の方々との垣根を超えた関わりを目指している。</p>		

24	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。	a・㊦・c
<p><コメント>法人のボランティア受入れ体制は整っているが、施設としてのボランティア受入マニュアルは作成されていない。ボランティア受入れを想定し、まず施設側の姿勢や受入れ方針や体制を明確にすることから取り掛かりたい。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	a・㊦・c
<p><コメント>相談支援機関はじめ地域の様々な機関や団体との繋がりを大切にしている。地域行事や会合にはできる限り参加し連携を密にしているが、ネットワーク化までには至っていない。職員間の情報共有や有効活用の観点から、関係機関や団体の機能や連絡方法等の必要事項のリスト化が求められる。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・㊦・c
<p><コメント>法人の社会貢献の一貫として支援室を開放しているが、実際どのように活用されているか等の確認が取れなかった。過去には様々な福祉関連の講座やワークショップを開催した実績があり、それらの継続に期待したい。災害時の事業所の役割について地域に発信しておくことも必要である。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・㊦・c
<p><コメント>事業所の情報を民生委員に提供しており、良好な関係を保っている。理事長が地域の「総合相談窓口」となって活動しており、法人全体としては地域との関わりの中で常に耳を傾け地域の福祉ニーズの把握に努めている。今のところ、独自の公益的な事業・活動を具体的な計画等で明示するところまでには至っていない。</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。		
28	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。	a・㊦・c
<p><コメント>事業所を含む法人全体の基本姿勢は理念・基本方針に明示されており、倫理要綱や規定集を策定している。組織内で共通の理解を持つための取り組みとして、利用者尊重や基本的人権への配慮に関する研修等を行っているが、定期的な状況の把握や評価等はされていない</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	㊦・b・c
<p><コメント>虐待防止を含む権利擁護に関する規定や事業所用のマニュアルが整備され、職員研修を行っている。マニュアルは適切な場所に置かれ、内容も分かりやすいものである。許可された居室への入室のみ行き、入浴や排せつ等の生活場面における配慮や工夫もされて</p>		

いた。職員一人ひとりがセルフチェックを行い確認している。		
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。		
30	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。	a・㊦・c
<p><コメント>見学は随時行い、入所体験については空室があれば行っている。利用希望者には個別に丁寧な説明を心がけているが、事業所を紹介する資料は誰もがわかる内容になっているとは言えない。情報提供の方法や内容等は適宜見直し、より良い内容を目指している。体験希望時に空室がなかった場合の対応について、改めて考えてみたい。</p>		
31	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。	a・㊦・c
<p><コメント>開始時及び変更時にはできる限り分かりやすい説明を心がけ、年2回以上の個別面談を行っている。利用者向けのより分かりやすい資料等を作成し、内容をどの程度理解しているかその場で確認することも有効的である。</p>		
32	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。	a・㊦・c
<p><コメント>ケア会議や個別対応により、移行がスムーズに行われるようにしている。利用者への福祉サービスの継続性を損なわないような配慮のもとに、引継ぎや申し送りの手順や文書の内容を定めておく必要がある。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。	a・㊦・c
<p><コメント>利用者会議を随時行い、常に満足度や意向の確認をしている。会議による聴取や個人面談等の結果に併せ、家族がどのように受け止めているかの視点から把握・評価することも重要なプロセスである。</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。		
34	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。	a・㊦・c
<p><コメント>施設内に掲示し周知している。法人全体で取り組んでおり、ホームページからも受付けている。規定や記録が整っており、利用者家族へのフィードバックもされている。苦情については、お便りや広報誌で公表している。苦情はほとんどないが、事例解決に係わる話し合いの手順や解決策等を記録に残し、同様の対応をすることが望ましい。</p>		
35	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。	a・㊦・c
<p><コメント>個人面談や利用者会議で意見や相談を聞き、日常でも相談相手は利用者が自由に選択できる。口頭の説明だけでは不十分で、分かりやすい書面で具体的に利用者に周知することでさらに意識付けをしていきたい。</p>		
36	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。	a・㊦・c
<p><コメント>施設入口に意見箱が設置されている。利用者個々の特性に合わせて対応しており、相談等は後回しにせず即時対応を心がけている。意見や要望、提案等に関する相談内容を記録として残していない。仕組みを確立する必要性からも対応マニュアルの策定が求められる。</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。		
37	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。	㊟・b・c
<p><コメント>緊急時の連絡先や対応マニュアルは整っており、現場用のフローチャートを作成して配布している。不審者研修に参加しているが、職員全体への周知や分析、検討・見直しからの改善に課題が残る。</p>		
38	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。	a・㊟・c
<p><コメント>予防や発症時のマニュアルは整備され、流行時には消毒と清掃を徹底して換気にもルールを決め指導した。一步踏み込んで、指導内容の周知と統一化を図りたい。体制は確立しているが、定期的な検討の場の設置、予防策の評価・見直しの実施までには至っていない。</p>		
39	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。	a・㊟・c
<p><コメント>夜間、地震、火災を想定した防災訓練を毎月実施している。防災、火災発生時の対応マニュアルは整備されており、利用者用は施設入口に掲示している。事業計画の取組内容から、防災への意識の高さと重要性を把握していることがわかる。BCP作成を含め、継続してさらに改善を図りたい。</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。		
40	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。	a・㊟・c
<p><コメント>利用者の特性を踏まえた標準的な実施方法はマニュアルとして文書化され、現場に設置し活用されている。職員間での差異が生じないように、一定の水準、内容を定めているが確認する仕組みまでは整っていない。</p>		
41	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。	a・㊟・c
<p><コメント>標準的な実施方法の見直しは通常3年に1回が目安とされているが、支援マニュアルに改訂日等の記載がなく定期的な見直しはされていない。検証や見直しに関する時期や方法は組織的に定めておくことが求められる。</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。		
42	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。	㊟・b・c
<p><コメント>利用者一人ひとりの具体的なニーズに合わせた個別支援計画となっており、計画策定の責任者は明確にされている。アセスメントから目標を定め、計画策定し、実施内容までを計画書に記録している。世話人会議やケース会議、他事業所と連絡を取って情報交換に努めている。</p>		

43	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。	a・㊦・c
<p>＜コメント＞評価・見直しは年2回定期的に行い、達成状況や今後の対応についてはモニタリング表に記録している。課題が生じた場合は、その都度確認して新たに計画を作成している。同意を得るまでのプロセス等の記録や計画変更の手順を定めているが、質の向上に係わる課題は明確にされていない。</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。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 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。	a・㊦・c
<p>＜コメント＞毎日ケース記録をつけて、職員間で情報を共有している。当日の担当職員が事実を事細かに記入しているが、後に結果を記入するまでには至っていない。報告に加えて担当職員の考えや次の職員へのアドバイス、さらに必要に応じた管理者のコメント等があればとても心強く有効的である。課題については世話人会議で話し合い記録に残している。</p>		
45	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。	a・㊦・c
<p>＜コメント＞個人情報保護規定に則り、職員には就業規則に利用者及び家族には重要事項説明書に明記している。個人情報は個人ファイルに整理され、永久的に保管することになっている。管理責任者も設置され、職員に対する指導や確認も行っている。情報開示についても、同様に定められ管理されているかどうかを再確認されたい。</p>		

障害者・児福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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		
A①	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。	◎・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者会議にて、利用者と話し合いながら支援を進めている。会議で話し合われた内容については、必要に応じて職員会議に挙げられ検討されている。利用者の意向を尊重した支援に関しては、法人の基本方針の中に明記され職員に周知されている。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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。	a・◎・c
<p><コメント></p> <p>法人の基本理念の中には、利用者の尊厳の尊重する旨の記述があり、周知されている。しかしながら、権利侵害や虐待に関して具体的な対策や再発防止策、また早期発見のための取組等については徹底されていない点が課題である。</p>		

評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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。	◎・b・c
<p><コメント></p> <p>地域社会の一員としての位置づけと、自立を意識した様々な支援を行っている。生活場面でも自己管理を優先し、個々の意向を尊重した支援が徹底されている。</p>		
A④	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。	a・◎・c
<p><コメント></p> <p>言葉での意思疎通が難しい利用者に対しては、写真や絵を使った手段を用いるなどの配慮をしている。一方で、コミュニケーション力を高めるための特別な支援は行っていない。更なる支援向上に向けて、検討されたい。</p>		
A⑤	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。	a・◎・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの訴えに対しては職員が日々対応し、常にサービス管理責任者に連絡が取れる体制になっている。相談記録の整備に加え、相談内容を実際の支援に確実に反映させる手順を明確にすることが望まれる。</p>		
A⑥	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	◎・b・c

	ている。	
<p><コメント></p> <p>日々の支援に関しては、基本部分は標準的な実施方法に基づき、個別部分に関しては個々の個別支援計画によるものである。日中活動は他の事業所を利用するため、事業所と連携を取りながら進めている。余暇等に関しては、個別支援計画の項目として目標を持った支援がなされている。</p>		
A⑦	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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>個々のニーズや障害に応じて適切な個別支援を心がけている。アセスメント表には、支援なしから全面支援までの支援度が示され、過剰な支援や支援不足が生じないような対策が取られている。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に沿った支援を行っている。食事については、配食サービスを利用し個々の疾病や体調に応じて調整が図られている。また、利用者が調理に参加するような支援を実施しており、入浴や排泄等も個別支援計画に沿った支援がなされている。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>居住環境は、安心安全を基本に快適さや清潔・衛生を考慮したものとなっている。居室は各自個室であり、個々の嗜好や使いやすさを重視した室内環境である。居室、トイレ、浴室などは入口も広く、事故等のリスク回避も考えられている。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	a・㊟・c
<p><コメント></p> <p>一人ひとりの生活ニーズの応じ、洗濯や掃除などの家事支援、また買物や料理の支援なども個別支援計画のもとに行われている。機能訓練としては、専門的な支援は実施していない。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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。	a・㊟・c
<p><コメント></p> <p>毎日の検温実施と本人への聞き取りにより体調の把握をしている。健康診断は所属事業所で実施している。また、法人内看護師の協力を得て健康面の助言や相談等を行っている。一方、健康の増進という面では、特別な対策は設けておらず個人任せとなっている点が懸念される。</p>		
A⑫	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。	a・㊟・c
<p><コメント></p>		

個々のフェイスシートでは、健康の項目の中に疾病、投薬、医療機関の情報が盛り込まれている。また、協力医療機関の指示を受け食事制限等の慢性疾患対応を行っている。服薬に関して自己管理している利用者については、確実性という点に欠けている。		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A13	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>地域のイベント情報の提供を行っているが、基本的に休日や余暇の過ごし方については各自自由である。社会参加や学習に関しての特別な支援はされておらず、社会性向上に向けての支援の在り方について検討されたい。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A14	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者ニーズにより、自立生活への支援を行っている。移行のための外部関係機関とのケア会議や情報提供をはじめ、個人に応じた生活支援を行っている。個別支援計画に盛り込んで支援する形を取っており、移行計画の作成や事業所内での移行会議等は設けられていないため検討されたい。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A15	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>家族との意見交換や相談の機会は設定していないが、モニタリングの際に支援計画作成上の支援内容に関して意見聴取している。その他に関しては、特に交流の機会はなく、連絡や報告等に関するルールも定められていない点が課題としてあげられる。</p>		

評価対象 A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A16	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。	非該当
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		

評価対象 A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A17	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	非該当

	いる。	
<コメント> 非該当		
A18	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。	非該当
<コメント> 非該当		
A19	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。	非該当
<コメント> 非該当		