

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

①第三者評価機関名

株式会社 CoAct

②施設・事業所情報

名称：かなのすまい	種別：共同生活援助	
代表者氏名：理事長 小松大三	定員（利用人数）： 15 名	
所在地：静岡市葵区安倍口新田534-5		
TEL：054-296-5606	ホームページ： https://larchejapankana.localinfo.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 2000/08/31		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人ラルシュかなの家		
職員数	常勤職員： 5 名	非常勤職員 4 名
専門職員	（専門職の名称） 名	
施設・設備の概要	（居室数） 16室	（設備等）

③理念・基本方針

- ・ひとつの国際組織に属するコミュニティで、知的障がいを持つ人と持たない人が生活を分かち合う
- ・相互のかかわりと信頼を中心にして共に歩む
- ・一人ひとりのかげがえのない価値を祝い、お互いを必要としていることを認め合う。

④施設・事業所の特徴的な取組

相互関係のうちに成長し、生活を通して地域社会に参加、交流する場を創ります。一人ひとりが心も体も休められる家庭作りを目指します。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2022年9月1日（契約日） ～ 2023年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（なし）

⑥総評

◇特に評価の高い点

会計事務所やカウンセラー、BCPのコンサル、今回の第三者評価など外部の専門家の力を借り取り組む姿勢が良いです。以前は実施していたことがコロナ禍ということで休止していたり、取り組んでいることでも記録が無かったり、部分的な取り組みとなって、もう少し頑張ることで評価が上がる項目も沢山ありました。評価が特に高かった項目は下記になります。

中長期計画を踏まえた単年度の計画の策定

時間をかけて中期計画やマニフェストを策定しており、その結果を踏まえた単年度計画が策定されています。

公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組

会計事務所と委託契約を締結し内部監査の実施やその結果による改善提案を受けるなどしています。経理規定や頂く契約書などで確認。

適切なアセスメントに基づく個別支援計画が策定されている

サービス実施計画の策定について事業所内の職員に加えて計画相談支援事業所、日中活動の事業所等、関係機関と連携して取り組んでいます。また、個別計画について具体的なニーズが記載され定期的にモニタリングも行われています。

利用者の自律・自立生活のための支援を行っている

個別支援計画に則り利用者の状況や能力に応じて必要な個別支援を行っている。利用者が迷っていたり、困ったりしているときに助言することで動機付けになっている。また必要な利用者には行政手続きや生活関連サービスなど同行している。

個別支援計画にもとづく日常的な生活支援をおこなっている

利用者の嗜好について聞き取りをし工夫している。その他、食事や入職、排泄、移動等利用者の状況に応じた個別の支援を行っている

利用者のアンケートの集計については下記（詳細は別途）

総合的な満足度は大変満足と満足で100%。その他の項目もはいが大半を占めており、利用者さんの評価は高いという結果がでました。

現在利用している事業所のサービスを総合的に見て満足度

大変満足	満足	どちらとも いえない	不満	大変不満
20%	80%	0%	0%	0%

その他の項目集計

はい	いいえ	無回答
71%	26%	3%

◇改善を求められる点

全体に共通して改善が必要な点については規定と周知、評価・分析と仕組み化となります。部分的に実施していることでも規定されていないことで標準化されていなかったり、職員個人に任せられていることが多くありました。評価・分析が弱い所が多く見られました、逆にいうとそれらを整備することで確実に質の向上が見込め仕組み化することになります。

項目の中では福祉人材の確保や育成の各項目について低く、育成計画や職員一人一人の育成に向けた取り組み、研修やOJTなどが不十分な点が見られました。また地域交流もコロナ禍ということで以前できていたことが出来なくなっている以外にも、事業所のある地域での交流や地域貢献の評価が低く見られました。コロナ終息に向けて取り組みの再開等を検討されると良いでしょう。

職員アンケートは集計下記（詳細は別途）になりました。共通評価基準については十分されている、概ねされているが合わせて13.2%。内部評価基準では十分にされている、概ねされているが合わせて32.9%となっています。全体の傾向として職員への周知や参画が不十分であると考えられます。

	十分されている	概ねされている	どちらとも言えない	あまりされていない	全くされていない
共通評価基準	0.7%	12.5%	33.7%	31.9%	20.5%
内部評価基準	4.5%	28.4%	31.6%	27.1%	7.7%

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

かなのすまいを運営するなかで難しさを漠然と感じていましたが、第三者評価結果を受け、改善する必要のある部分がわかりました。優先的に対応することへの気付きをいただき、今後の方針のため参考にしたいと思います。

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。	b
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は独自に作ったハンドブックに掲載され研修会や会議などで周知しているが、職員への周知用とされており、利用者や利用者家族等にわかりやすい形にする工夫があるとさらに良かった。コロナ禍もあり家族との機会も減っており周知の機会も少なくなっている、集合の機会以外の周知の方法等も今後の課題としてある。</p>		

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。	c
<p><コメント></p> <p>地域の福祉ニーズや福祉資源の確認など事業経営を取り巻く環境と法人（福祉施設・事業部）の経営環境の把握が不十分。コスト分析や利用者推移、利用率などの分析についても、実施されていない。その中でも、できる範囲内で社会福祉充実計画は策定され実行されている。</p>		
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。	c
<p><コメント></p> <p>経営状況や改善すべき課題について理事会で共有がなされておりマンダラートを使い整理をしているが実行については不十分。また共有について理事会で共有されているが、他の職員（アシスタント）へはコスト削減など一部の課題のみの共有となっていて不十分。</p>		

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	b

	いる。	
<p><コメント> 経営や実施する福祉サービスに関する、中長期計画は策定され4年に1回の見直しも行われている。ただし、目標の数値目標や具体的な成果等の設定がないため実施状況の評価が難しい内容となっている。</p>		
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
<p><コメント> 中長期計画、マndेटは作成されている。それらを踏まえた単年度計画が策定され事業計画に反映され具体的な計画となっている。単年度の計画については数値目標等が設定されており評価が行える内容となっている。</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。	c
<p><コメント> 職員等の意見の集約はなされていない。今回の第3者評価の職員アンケートにでも事業計画の策定に関して職員等の参画が不十分という結果がありできていない状況が把握できた。また事業計画に対する評価とそれを踏まえた見直しも出来ていなかった。</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。	c
<p><コメント> 通年は家族会等で周知できていたが、コロナ禍もあり今年度はできておらず、家族等へ事業計画の周知、説明などもできていない。資料もなくその他の方法として配布等による周知もされていない。</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
<p><コメント> 質を向上させるため、週1回の支援会議を活用しているが全体の具体的計画や評価する仕組みが無く、組織的にPDCAのサイクルをまわる形ができていないが今回第三者評価にて自己評価、と外部による評価を受ける機会を作って取り組んでいる。</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。	c
<p><コメント> 週1回の支援会議内で課題の共有はされているが、評価結果の分析や結果にもとづく課題が文書化されておらず、改善の取組もできていない。質の向上にむけた組織的・計画的に取り組みが行われていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>方針と取り組みについてはハンドブックで明確にしているが管理者の役割や責任が規定されておらず、平時以外にも有事の際も同様に明確にされていない。規定されていないため、不在時の権限委任も含めて組織内外への周知もできていない。</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
<p><コメント></p> <p>法令遵守の観点での研修としてはきょうさ連の研修などに出席したり、職員に対しては支援会議で周知するなど行っているが、管理者が遵守すべき法令等の理解や利害関係者との適正な関係の保持ができていないかの確認が出来なかった。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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
<p><コメント></p> <p>きょうさ連等により評価・分析等にも取り組んでいるが、その結果をふまえて、福祉サービスの質室に関する課題を把握し、改善のための具体的な取り組みまでは見られなかった。職員からの意見の聴取などはされておらず、結果として職員の意見を反映できていない。</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
<p><コメント></p> <p>財務に関して理事会も含めて管理者も決算等に関わっており、勤務日ごとに職員の顔写真を貼るなど利用者以外、新人職員も早く馴染めるように工夫している。経営の改善や業務の実行性の向上に向けて組織内の意識を形成する取り組みが確認できなかった。</p>		

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。		
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。	c
<p><コメント></p> <p>人材確保として事業所に必要な人材像としてペルソナは作成されているが。確保に向けての具体的な計画や実行が確認できなかった。効果的な福祉人材の確保が実施されていない。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針に基づく期待する職員像についてはハンドブックに記載するなどしている。人事基準や人事基準に基づいた職員の評価・分析などの活用がなく、職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組み作りも無いが、現在整備している最中。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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組んでいる。	c
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向の把握に基づく労務管理などは確認できなかったが、カウンセラーの配置により職員のケアは一部充実している。職員の希望の聴取等、取り組みなどについても取り組み初めているが、現時点では組織としての体制や継続的な取り組みが不十分。</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。		
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。	c
<p><コメント></p> <p>福祉人材の確保・育成について全体として未着手。目標管理や育成が無いが今後策定予定。</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。	c
<p><コメント></p> <p>職員の取得している資格などの把握はされているが、期待する職員像が求人に必要なものに偏っていて、福祉サービスの内容や今の事業所に必要な人材としての目標を踏まえられていないことから、職員への教育・研修も実施にも繋がっておらず不十分となっている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職員名簿に取得している資格等の記載はあり、外部研修の情報提供や研修の場に参加できる</p>		

よう配慮もされている。新任職員始め職員の経験や習熟度に配慮した個別的な OJT の実施がされていないなど一部不十分な点が見られた。

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。

c

<コメント>★

実習生受入簿等はあるが、福祉サービスに関わる専門職を受入れの基本姿勢の明文化やマニュアルが未整備。また、受入れた実習生を育成する体制やプログラムがなく、指導者に対する研修も実施されていないなど取り組みが不十分となっている。

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。	c
<p><コメント></p> <p>法人の理念や基本方針やビジョンはワムネットやHP等で広報されているが、存在意義や役割は明確にされていない、苦情や相談に対する体制やその内容についての公表や、地域に向けた印刷物や広報誌等の配布などの取り組みとしては出来ていなかった。</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
<p><コメント></p> <p>会計事務所と委託契約と締結し内部監査の実施やその結果による改善提案を受けるなどしている。経理規定や委託契約書など確認でき公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組実が行われている。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>音楽活動など利用者と一緒に外部の行事に参加することはあり、ガイドヘルパーなどりよぶしてもらい利用者が買い物や通院するなどの機会を作れている。以前は地域の方も来られるお祭りなど実施していたがコロナ禍などもあり施設のある地域との交流の場は確認できなかった。</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。	c
<p><コメント></p> <p>ボランティア希望者がいたら幅広く受入れするが、ボランティアの受け入れに関する基本姿勢や地域の学校教育等への協力についての基本姿勢の明文化なども無く、仕組みとしての受け入れ態勢の整備やマニュアル等は整備されていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>主に管理者としてきょうさ連との繋がりはあるが、その繋がりが組織に共有されておらず、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料なども作成されていない。別法人の相談支援は活用しているが、地域の共通の課題に対しての協働は不十分。</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 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。	c
<p><コメント></p> <p>事業所の実施する運営委員会や地域の会合等への参加も無い。コロナ禍ということで以前よりも地域住民との交流も無く、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握も機会がなく出来ていない。</p>		
27	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。	c
<p><コメント></p> <p>BCPの中には地域の社会福祉施設と協定を結んだり、コロナ禍前は地域と合同の防災訓練を実施するなどしていたが、そのほかの地域の福祉ニーズを把握しておらず、その為に取り組みも不十分となっている。</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。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>理念、基本姿勢は明示されているが、倫理綱領、行動規範は改定中で現時点はなく、スタッフ会議で共通理解を図っているが徹底できていない。</p>		
29	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。	c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護に関する規定、マニュアルは整備されておらず、SNS等でも画像がアップされるなど起きている。一部、生活の場に対するプライバシーの保護は守られているが規定や外部研修が無く全体への周知も不十分。</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。		
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。	c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針、サービスの内容や事業所の特性等の紹介する資料の配布について以前は実施していたが今は行っていない。利用希望者に対して個別に丁寧な説明を行っているが、説明資料が誰にでもわかるものになっていない。また、体験利用も実施していない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>説明資料は用意されているが、文字を大きくすることや、ルビをふるなどわかりやすくする工夫まではされていない。基本的な契約書や同意のサインなどはあるが、説明にあたっての</p>		

工夫や職員全体への共有、標準化は不十分で今後望まれる。また、配慮についてのルール化がされていない。		
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。	c
<p><コメント></p> <p>サービスの変更にあたり本人の生活が大きく変わったり、不利益が生じないように配慮しているが、数年間該当の方がいない。事業所の対応として手順、引き継ぎ文書の書式は定められておらず継続して配慮できる体制としては不十分</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	c
<p><コメント></p> <p>個別の面談や聴取を不定期に行っているが、利用者満足度を把握する目的としていない。今回の第三評価のなかで利用者のアンケートを実施したが、それまでは実施しておらず意向確認ができていないことから利用者満足度を図るための取組みは不十分となっている。</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。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>苦情解決の責任者の設置、受付担当者の設置などされている。ただし、苦情解決の仕組みがわかりやすく説明した資料なく口頭で伝えている、受けた付けた苦情はファイルに記録しているが、苦情の内容及び解決結果については公表などできていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>週1回夕食後に話し合いの場を設けている他、随時相談できることを伝えているが、それらをわかりやすく説明した文書などは作成していない。相談の場は個室（居室）や落ち着いた屋外で話を聞くなど配慮している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>常時相談を受けることを伝えており、日々の支援の中で実施しているが意見箱は用意しておらず、アンケート等も実施していない。相談、意見を積極的に把握する取組みは行っていないが、出された意見についてはスタッフ会議で共有、検討している</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
<p><コメント></p> <p>責任者は明確になっているが委員会などの設置は無く体制は不十分。支援会議で事例収集を行い、事故発生時のマニュアルは適宜見直し周知するなど再発防止を検討しているが実施に</p>		

結びついていないことや徹底されていないことも多く、リスクマネジメント体制としては不十分。		
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。	c
<p><コメント></p> <p>責任者は明確になっているが体制は整備されていない。新型コロナ対応など実際の対応については臨機応変に対応し感染拡大を予防するなど一部できていることもあるが、全体的な感染予防マニュアルも整備されておらず定期的な勉強会等も実施されていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>BCP 作成を外部専門家のアドバイスをもらうなどなど災害対策は整備されているが、すべての職員に周知されていない。防災についえの地域連携についてもコロナ禍前には大々的に実施し数年間継続するなど取り組みとしてあったが現在は実施できていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>サービス実施についてのマニュアルは作成されているが、利用者の尊重やプライバシーの保護など権利擁護に関する記載がなく、標準的な実施がされているかについて確認する仕組みがない</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。	c
<p><コメント></p> <p>週1回の支援会議で支援の実施方法について検証、見直しを行っているがモニタリングなどの手法が確立されておらず、また見直しした内容を個別支援計画に反映されていない。支援会議を通じて情報の共有や対応の検討はされているが仕組みとしては不十分で標準化まで至っていない。</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。	a
<p><コメント>★</p> <p>サービス実施計画の策定について事業所内の職員に加えて計画相談支援事業所、日中活動の事業所等、関係機関と連携し取り組んでいる。個別計画について具体的なニーズが記載され、定期的にモニタリングも行われている。</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。	b
<p><コメント> 半年ごとにモニタリングを行い見直しをしたり、課題の整理表なども活用しているが緊急に変更する場合の仕組みや手順は整備されていない</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。	b
<p><コメント> サービスの実施状況は支援記録簿などに記録されスタッフ会議で共有しているが記録の記載について様式が統一されておらず、個々に任されており標準化されていない。</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。	c
<p><コメント> 利用者に関する記録に管理について、個人情報保護規定等が無いため、職員への周知や家族への説明も標準化されておらず不十分。職員の対応も個人の判断によったり利用者や家族にたいしても口頭の説明となっており不十分。</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
<p><コメント></p> <p>利用者の自己決定を尊重するように聞き取りし支援記録簿などで共有できているが、職員の個人の力量に任されている部分が多い（今後職員間で対応の差が生じないように研修をしていく予定）</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。	c
<p><コメント></p> <p>虐待が発生した場合の届出、報告の手順は明確になっているマニュアルの整備や利用者や家族への周知などできておらず、職員の検討の機会などないなど具体的な取り組みやが防止のための体制は不十分</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。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に則り利用者の状況や能力に応じて必要な個別支援を行っている。利用者が迷っていたり、困ったりしているときに助言することで動機付けになっている。また必要な利用者には行政手続きや生活関連サービスなど同行している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の能力、状況に応じたコミュニケーション方法を個別支援計画則り実施、利用者家族に聞くなども実施しているが、利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援は行っていない。</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
<p><コメント></p> <p>日々の生活支援の中で個別の相談にのっている。選択、決定について重度者が多く難しいが2択でえらんでもらうなど工夫している。相談内容をもとに個別支援計画の見直しを実施している。</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ている。	b
<p><コメント> グループホーム内で平日の日中活動については検討していないが、個別支援計画に則り通所サービスなどの利用をサポートしている。その他、計画相談事業所、日中活動事業所と共有している。</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
<p><コメント> 職員への専門知識の習得の支援ができていない、スタッフ会議で議題にあげ共有しているが職員の力量によりできるできないことがある</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。	a
<p><コメント> 利用者の嗜好について聞き取りをし工夫している。その他、食事や入職、排泄、移動等利用者の状況に応じた個別の支援を行っている</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
<p><コメント> リビング、浴室、トイレ、居室については目視確認。利用者の居室は個室となり過ごしやすい場所となっている。一時的に他の部屋を使えるようにするなどの環境は無かったり、利用者のニーズを反映した改善には至っていない部分がある</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。	c
<p><コメント> 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練について必要性を感じている職員はいるが、マンパワー不足で全般行えていない。</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。	b
<p><コメント> 利用者の健康状態は支援記録で確認、共有。年に1回特定検診を実施するなどし健康管理の支援をしている。生活のなかで運動の機会が持てるように支援をしている。その他、生活の場での気づきから対応を行っている</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。	b
<p><コメント> 医療的な支援の実施手順など個別支援計画に反映されており、利用者の状況により個別に提供しているが医師や看護師の助言は受けていない。また研修も行えていない</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>以前はあおい講座や音楽活動、情報提供、参加支援を行っていた。利用者の希望があれば支援を行っているが、意欲を高めるための支援は未実施だか模索中。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の障害程度が重度であることや高齢であることもあり他への移行の希望がでてこないが、グループホームでの生活の継続など地域生活の利用者の意思を尊重している。地域の交番等と連携し犯罪の素子や見守りの継続を実施している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の希望に応じて帰宅できるようにしている。家族への報告は定期的ではないが何かあったときその都度行っていたり、家族からの相談もいつでも受けられるようにしている。利用者の体調不良や急変時に家族等への報告・連絡ルールが運営規定に明記されている。</p>		