

評価細目の第三者評価結果

（障害者・児福祉サービス分野）

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	コメント
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-1 (1) -① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	パンフレットやホームページ、事業計画書等に、法人の基本理念（山鳥の願い・山鳥の会が実現したいこと・山鳥の会のスローガン）や行動指針（基本理念を実現するために）を記載しています。これらは、グループホームあいびすの4棟各棟へのマニュアルファイルの設置や新人職員へのOJTを通して全職員に周知しています。また、毎年度当初の併設の生活介護「える」との全体会や事業所会議において再確認を行っています。利用者には支援内容に応じて理念を基にした説明を行うことがあるものの、家族にも見学や問い合わせがあったときに触れるにとどまっておらず、事業計画書の送付や家族懇談会の開催等により理解を深めていくことが望まれます。

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-1 (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。	b	管理者が収支や利用率等の実績を管理し、事業所会議において予算に対し実情を加味した対策の検討を行っています。また、法人への毎月の実績報告、半期ごとの事業報告を行う中で、ホームの現状の課題について把握・分析を行っています。しかし、地域の福祉ニーズや事業動向に関しては、今年度は、春日部市自立支援協議会事業所部会に参加できなかったこともあり、十分な情報収集ができていません。春日部市の地域福祉計画や障害福祉計画等の策定動向と内容を把握し、事業展開や地域連携の取り組みの検討に活かしていくことが期待されます。
I-2-1 (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。	b	営業状況や収支、支援に対する課題等について事業所会議で話し合い、参加できなかった職員に対しても会議録を作成・回覧して決定事項等を周知しています。当ホームの人手不足という課題に対しては、医療、通院、薬の管理等は外部の医療・福祉サービスを利用することでカバーしています。今後に向けては、事業報告等にホームの現状と課題、総括等を記載することが期待されます。

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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。	b	「社会福祉法人山鳥の会ビジョン2021」を策定し、10年後を見据えた長期経営ビジョンと中期計画として、未来像、基本戦略、行動指針を明らかにしています。長期資金調達や人材確保・育成、経営規模の拡大等の視点も盛り込んでいます。しかし、ビジョン策定後の進捗・達成状況の評価、見直し等は行っていません。2023年のホーム開設前のビジョンということもあり、次年度より、ホームとしての3か年計画を立てることを予定しています。
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。	b	法人のビジョン2021を踏まえて、法人及びホームの単年度の事業計画書を策定しています。ホームの事業計画書には、事業所概要、運営目標（①利用者の生活の質の向上、②スタッフの専門性の向上と働きやすい職場環境の整備、③地域との連携強化、④事業所運営の透明性と信頼性の向上、⑤安全で安心なサービス提供）、拠点共通項目、年間予定表等を掲載しています。取り組みの実施時期や内容、頻度等を詳細に設定している点は評価できますが、運営目標には数値目標や具体的な成果等も設定し、進捗・達成状況の評価を行えるようにすることが望まれます。
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。	b	単年度の事業計画書は、毎年度2月～3月にかけて系列各事業所・施設、法人全体での評価・見直しを行って作成を進めています。ホームの事業計画については、職員との日々の面談で把握した意向を踏まえ、正規職員間のやり取りの中で総括を行った上で、管理者が立案しています。策定された事業計画書は、全体会や回覧を通じて非正規を含む全職員に周知していますが、運営面に関する事項について職員の理解を促す機会づくりが期待されます。
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。	b	法人のホームページや公的な障害福祉等サービス情報検索サイト（WAMNET）にて、法人及びホームの運営やサービスに関する情報を公表しています。事業計画書や事業報告は、ホームの各棟のマニュアルファイルに収録し、希望等があれば利用者や家族が閲覧できるよう備えています。より積極的に取り組み、分かりやすい説明方法を工夫していけると良いと思われます。

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	コメント
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。	b	福祉サービスの質の向上に向けて、春日部エリア（生活介護「えーる」と合同の）スローガンを掲げるとともに、年間研修計画書に基づく職員研修や管理者の巡回による職員への直接指導により、方向性の統一を図っています。しかし、事業所全体の事業運営やサービス全体の自己評価を行う仕組みはなく、今回の第三者評価の中で初めて実施しています。今後は、毎年度の第三者評価の仕組みも有効に活用しながら、事業計画書と事業報告を基にした組織的なPDCAサイクルを構築・運用していくことが期待されます。
I-4-(1)-② 評価結果に基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。	b	事業計画の策定にあたり、年明けの事業所会議において、各利用者の状況や、年間の事故・ヒヤリハット・苦情相談報告の月別・年間の集計結果等を共有し、諸課題の解決・改善策を検討しています。改善の取り組みは、短期のものは申し送りノートで、長期に渡るものは書面を作成して職員に周知し、実行に移しています。一方、職員自己評価では、利用者の支援方法の検討・共有や統一化のためのミーティング機会の充実を求める声が複数上がっており、機会創設も期待されます。また、今後に向けては、自己評価や第三者評価結果等から明確になった課題についても、事業計画等に位置づけて計画的に改善の取り組みを進めていくことが望まれます。

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	コメント
II-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
II-1-1 (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	ホームの役割分担表を作成し、管理者・サービス管理責任者の事務、支援、職員、設備・備品に関する業務を定め、それらの管理・実施について職員に指示を行う権限があることを明確にしています。サービス管理責任者を兼務する管理者は、事業所会議の運営や新人職員のOJT、各棟への巡回指導・面談等を通して自らの役割と責任、方針を伝え、理解を図っています。緊急時等に管理者が不在の場合は、併設事業所の生活介護「えーる」の管理者が対応することを明確にしており、事業所間での契約書等も取り交わしています。
II-1-1 (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	年間研修計画書を基に、毎月計画的に社内研修を実施しており、「障害者総合支援法及び関係法令」や「虐待防止及び身体拘束、リスクマネジメント」についての研修も実施しています。受講後には、確認テストを含む研修報告書の提出を必須としています。研修資料は毎年度更新し、出題箇所等の見直しも行っています。さらに、経営分野や環境分野等の関係法令についても研修テーマに取り上げていけると良いと思われま
II-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
II-1-1 (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。	a	管理者は、毎月の事業所会議や毎週の各棟巡回を通して、職員の相談・指導、研修にあたっています。また、職員の意見を聞き、事業所運営や利用者支援に反映させることに努めています。職員自己評価では、「管理者がすぐ近くにいるので対応が早い」、「困ったときや不安なときは、管理者がすぐに対応してくれる」、「入職時にしっかり指導をしてもらい、初めての仕事でも取り組むことができた」等の好意的な声が多く寄せられており、職員の信頼を得ていることがうかがえます。
II-1-1 (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。	a	管理者は、ミスが起きやすい業務については可視化し、各棟への巡回時に職員や利用者の困り事を確認し、改善に取り組んでいます。例えば、服薬支援に関しては、誤薬防止のため、薬は利用者ごとに袋を作成し、曜日ごと、朝・昼・夕ごとに貼り付けて管理し、空き袋を戻す手順に改善した事例があります。支援に関する悩みに関しては、自らが支援を行う様子（声かけの仕方等）を職員に実際に見てもらい、同じようにできるようレクチャーしています。

II-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
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。	a	法人の事業計画書に、基本理念と行動指針を具現化した2025年度全体目標の一つとして、「職員に関する方針」を掲げ、求める人材像のほか、職員の意欲や態度、専門性を高めていくこと、長期定着を見据えた柔軟な働き方等を実現していくとの方向性を明示しています。新規の採用は、ハローワークのほか、各種の有料求人媒体の活用や行政主催の就職説明会への参加、職員の紹介等を通じて行っています。応募数は少なく、職員の高齢化や人員不足の状況は続いています。安心して働けるOJTやフォローアップの体制を作り、育成とケアに努めています。
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人の事業計画には、行動指針や2025年度全体目標（職員に関する方針）に期待する職員像を明示しています。また、職員就業規則や給与規定、人事評価規程等を基に、職員個々の自己評価、1次評価、2次評価による評価結果を、賞与や時給、昇格、社員登用等に反映しています。また、上司の面談を通して、自らの将来を描くことができるようにしています。
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。	a	各ホームへ携帯電話を配置し、管理者または社員と24時間連絡が取れる体制を確保しています。また、ホームの4棟が近接しているため、職員間で助け合える環境となっています。職員の就業状況に関しては、タッチオンタイムのWeb勤怠管理システムや勤務シフト表を使用し、職員個々及び管理者が常時把握できる仕組みとなっています。また、毎月10日までの希望休受け付けや有給休暇日数の通知を行うことで、ワークライフバランスを守れるよう取り組んでいます。休憩や公休、有休は適切に取得できており、時間外労働も緊急時以外は生じない状況となっています。
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 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	a	新人職員には、入職から3か月間OJT期間を設け、トレーナーの職員から直接の指導やフィードバックを行っています。また、期間終了後にも面談や相談を行い、困り事の解決や支援に対する助言・指導に努めています。職員一人ひとりが半期ごとに半年と1年間の目標を設定し、その目標に対する評価結果を上司が面談でフィードバックする仕組みが導入されています。また、管理者が週1回以上、各棟を巡回し、職員と個々に面談する機会も設けています。
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	併設事業所の管理者が研修担当を務め、年間研修計画書を基に、全職員に対して社内研修を実施し、研修報告書の提出を求めています。また、年に1回、その時々々の社会情勢や職員の経験等の状況を考慮して研修テーマの見直しを行い、研修内容・資料等のブラッシュアップを行っています。なお、介護福祉士有資格者には、資格手当を支給しています。

<p>Ⅱ－２－（３）－③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。</p>	<p>a</p>	<p>正規・非正規職員に関わらず、全職員にOJTや研修を実施しています。外部研修についても、無料やオンラインのものを中心に全職員に案内し、参加を募っています。職員のスキルアップに向けて、埼玉県補助金等も活用しながら、強度行動障害支援者養成研修の受講・資格取得も支援しており、今後、非正規職員にも対象を拡大していく意向です。</p>
<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。</p>		
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>法人の事業計画には、地域福祉・地域社会への貢献の一環として、ボランティアや実習生の受け入れを行うことを明確にしています。しかし、ホームとしては受け入れの方針を明確にしておらず、これまでに受け入れた実績もありません。基本姿勢の明確化と、受け入れマニュアルの整備等の対応が期待されます。</p>

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

	<p>第三者評価結果</p>	<p>コメント</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>法人のホームページや公的な障害福祉等サービス情報検索サイト（WAMNET）において、財務情報を含めた情報を公開し、事業所運営の透明化を図っています。また、今年度初めて第三者評価も受審し、結果を公表する予定です。今後に向けては、より身近な地域社会に対して、ホームの存在意義や役割を伝えていく取り組みが望まれます。</p>
<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。</p>	<p>b</p>	<p>ホームにおける請求管理や金銭管理（小口現金）は、管理者が担当し、口座については法人本部で管理を行っています。ホームでは、埼玉県の実地指導を受け、法人としては会計事務所による外部監査を受けて、経営・運営の改善につなげています。さらに、法人内での内部監査の仕組みづくりも期待されます。</p>

II-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
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。	b	事業計画書に地域との連携強化を挙げ、町会との関係の構築に努めています。また、地域に住む職員から地域のイベント情報の収集を行っています。他事業所と合同でのイベントや、個別での買い物（コンビニ、ショッピングモール等）や外出（映画鑑賞等）の余暇活動、移動支援や行動援護、通院等介助を利用した外部での活動を援助しています。地域の人々との交流については、利用者の状況と地域側の受け止め方を考慮しながら機会を模索しており、今後の進展が期待されます。
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	ホームではこれまで、ボランティアの受け入れ実績はありません。今後に向けては、ボランティアの受け入れについてのホームの基本方針を明確にするとともに、地域のボランティア情報の収集を進め、受け入れ体制を整えていくことが期待されます。
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。	a	昨年度は、春日部市自立支援協議会事業所部会に参加しています。今年度の会議については感染症の発生により見合わせましたが、引き続き参加していく予定です。利用者一人ひとりの関係機関については、フェイスシートにまとめています。相談支援専門員と密な連携を図るとともに、移動支援、行動援護、訪問診療、訪問薬局、訪問看護等を利用し、連携して利用者のQOL向上を図っています。通院に関しては、通院前後に報告書を作成して、関係するサービス事業所の担当者と情報を共有しています。利用者の個別支援や関係機関との連携については、各報告書等の記録や事業所会議で職員に周知しています。
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。	b	春日部市自立支援協議会事業所部会の参加や利用者が日中活動している事業所との情報共有を行っています。また、併設の同社の生活介護事業所「えーる」とも情報を共有し、地域ニーズの収集に努めています。当ホームは開所まもなく、地域の人々との交流機会は少ない状況にあり、近隣住民と顔見知りになる関係づくりを進め、町会への加入も検討しています。さらに、近隣住民からの苦情への適切な対応に努めています。今年度の運営目標として「地域の福祉関係機関や医療機関との連携ネットワーク構築」を設定し、利用者を通じた関係構築に努めており、地域社会の具体的な福祉ニーズの把握につなげることが期待されます。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	c	法人や各関係機関を通じて、広域から利用希望者の状況を考慮した上で受け入れを行っています。他施設での受け入れが困難だった利用者も受け入れ、適切に支援を行うことで、共同生活を営むことができるようにしています。また、ホームでの受け入れが難しい利用希望者に関しても、入居や通所先を確保できるよう、各関係機関との情報共有に努めています。今後は、町会や近隣住民との関係づくりを進め、ホームへの理解を求めるとともに、特性や専門性を活かして地域コミュニティに貢献できる活動を検討していくことが期待されます。

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	コメント
Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-1 (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	法人の基本理念「山鳥の願い」を基に、基本理念を実現するための行動指針を定めており、職員の姿勢、支援、連携、個人情報保護、自己啓発について取り上げ、利用者の尊厳を守り、個性を尊重することを明確にしています。倫理綱領も定め、マニュアルに記載して全職員が確認できるよう配慮しています。ホームのスローガンにも、意思決定支援を理解し徹底することを掲げています。新人職員のOJTチェックシートでは、習得ゴールの一つとして、「法人や事業所の方針が理解できている」ことを設定しています。虐待防止及び身体拘束適正化に関しては、要綱を定め組織内の対応を明確にしています。虐待防止委員会・サービス向上委員会を事業所会議内で開催しているほか、職員研修で学習の機会を設け、虐待に関するチェックシートも活用するなど、利用者を尊重したサービスについて職員間の共通理解を深めています。
Ⅲ-1-1 (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。	a	法人の個人情報保護規程を備え、重要事項説明書に、利用者の記録及び情報の保管、個人情報の取扱いを、契約書に職員の守秘義務を明示しています。入居時にはこれらのほか、「施設サービス利用に関わる情報提供同意書」と「肖像権使用同意書」も利用者や家族に交付して説明し、署名・押印を得ています。ホームページや広報誌等に写真を使用する際には同意書での同意がある利用者のみ掲載しています。広報誌は利用者の家族に送付していますが、利用者本人の希望を聞いて、家族への送付を控える場合もあります。生活面では、一人ひとりに居室があり、他の利用者の居室に入ってしまう利用者がいたため、ドアにカギを付けている棟もあります。トイレの介助時のドアの開閉等については、個々の状況に合わせ、利用者の安全性を考慮した上でプライバシーへの配慮に努めています。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	ホームの情報は、ホームページやリーフレット、パンフレットで提供しており、所在地や連絡先、利用定員等の基本情報に加え、建物外観やリビング、食事風景や余暇活動の様子の写真や絵を掲載しています。リーフレットには利用条件や利用までの流れ、ホームの特徴、入居時に準備する物や利用料金を簡潔に掲載しています。リーフレットは、市役所や問い合わせのあった病院に配付しています。パンフレットはリーフレットをより詳しくした内容としており、見学時に配布しています。見学時には管理者が主に対応し、見学希望者に対して個別に説明や案内、面談を実施しています。居室や浴室、食堂等のホーム内を案内し、利用希望者等の関心や質問に応じた分かりやすい説明に努めています。体験利用後、本人や家族、関係機関と意見交換をした上で納得して入居を決定できるよう支援しています。

<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分かりやすく説明している。</p>	<p>b</p>	<p>サービス開始にあたっては、管理者が病院等に出向き、利用者の状況や意思をフェイスシート、アセスメントシートに記載しています。入居時には重要事項説明書や契約書を用いて、利用者が内容を理解できるよう丁寧な説明に努め、本人や家族の承諾が得られた段階で、署名・押印を受けています。食事、入浴、日中活動支援等の具体的なサービス内容に加え、ホームで生活する基本的なルールについても説明し、利用後の生活がイメージできるように配慮しています。その際は、家族のほか、相談支援専門員、後見人等にも同席を求めています。管理者が一貫して入居契約時の対応を行うことで、利用者が混乱することの無いように努めています。入居にあたっての意思決定の過程や同意を得るまでの記録については、フェイスシートだけでなく、詳細な記録を残していくことが期待されます。</p>
<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。</p>	<p>b</p>	<p>他のサービスへの移行や入院を行う場合には、管理者が移行・入院先を訪問し、利用者のフェイスシートやアセスメントシートを提供して情報を共有しています。必ず医療との連携を終えてから、切れ目のない移行ができるよう支援しています。家庭への移行については、開所後間もないため事例がありません。今後は、退居にあたっての経緯や引き継ぎの経過をより明確に残すことが期待されます。</p>
<p>Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>支援のモニタリングや個別支援会議は、利用者本人を交えて行い、本人の意見や満足度等を個別支援計画の変更につなげています。また、どのような余暇活動を行いたいのかについて利用者一人ひとりに確認し、可能な範囲で提供しており、提供後は感想をフィードバックし報告書にまとめています。家族等については、高齢であったり遠方であることが多く、ほとんどが電話やメールでのコミュニケーションに留まっています。今回の第三者評価の利用者調査は、利用者の満足度を客観的に測る初めての機会となりました。利用者調査結果、利用者の声を基に、満足度向上に向けた具体的な取り組みを実践につなげていく仕組み作りが期待されます。</p>
<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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>重要事項説明書に、「要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口」として、ホームの相談窓口（窓口担当者・解決責任者）のほか、第三者委員、埼玉県運営適正化委員会の連絡先を明記し、契約時に利用者や家族に説明を行っています。苦情処理マニュアルを備え、苦情があった場合は、当マニュアルに即して対応しています。実際に、近隣住民からの苦情や要望について、苦情相談報告書を作成し、利用者の生活の仕方について再検討を行い、近隣からの理解が得られる方法に改善しています。さらに、苦情の有無や受けた内容、対応結果等を利用者や家族、一般に公表する仕組みも検討できると良いと思われれます。</p>

<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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者の意向に合わせて支援ができるよう利用者と家族の意向を把握し、個別支援計画書に記載して支援内容に反映させています。また、職員が日々の支援の中で把握した利用者の意見や要望は、申し送りノートに記入して管理者も含めた職員全体で共有化し、必要な対応につなげています。管理者も週1回以上、ホーム各棟を巡回し、利用者の意見や要望を直接把握することに努めています。生活支援員や世話人に対してではなく管理者に直接伝えたい場合に、手紙を書いている利用者もいます。相談は自室やリビング等、利用者個々に話しやすい場所で話をするよう心がけ、日中の活動場所から帰ってきた際等のタイミングにも配慮しています。利用者個々の相談しやすい方法や相談内容についても具体的に記録していくことが期待されます。</p>
<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。</p>	<p>b</p>	<p>管理者の各棟の巡回や職員の日々の相談援助の中で把握した利用者の意見や要望については、迅速に解決を図り、難しい内容の場合は管理者が面談を行い、対応を検討しています。買い物に行きたいという要望には、行ける状況にあればその日のうちに対応するようにしています。利用者一人での外出の希望については、安全性を考慮して職員間で対策を検討し、利用者本人と面談をした上で、可能な方法を選択して実施しています。相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順、対応策の検討等についてのマニュアルの整備が期待されます。</p>
<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。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>事故発生時（行方不明者捜索）や事故対応のマニュアルを整備して、全職員に周知しています。ヒヤリハットや事故があった場合は、報告書を作成して検討内容や対策を明確にし、全職員で共有しています。虐待防止及び身体拘束・リスクマネジメントの研修を年2回実施し、全職員が虐待防止マニュアル、緊急対応マニュアルを基に学んでいます。事業所会議では、2か月に1回及び年間の事故・ヒヤリハット、苦情相談の件数を集計・分析して報告を行ったり、外部の発生事例を共有するなど、リスクマネジメントへの職員の意識を高めています。職員は、利用者の状況に合わせて見守り、「何かおきそう」と感じたときに管理者に報告・相談を行って対策を立てており、重大事故の発生を予防しています。</p>
<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。</p>	<p>a</p>	<p>感染症対策マニュアルや業務継続計画（BCP）の新型コロナウイルス感染症編を策定・整備しており、年2回、感染症の研修と訓練を行っています。訓練では、発生時のフローチャートやスタンダードプリコーションを確認しています。毎日、朝夕にバイタルチェックを行い、利用者の体調管理に努めているほか、感染症対策チェックリストを用いて手洗いや清掃、換気等を実施しています。トイレを汚してしまう利用者もいるため、使用後のトイレのチェックや清掃、消毒等に都度対応して清潔な施設の維持に努めています。</p>
<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。</p>	<p>a</p>	<p>災害・地震・風水害マニュアル、避難確保計画（水害・地震）、消防計画を整備し、年2回、消防訓練を行っています。業務継続計画（BCP）の自然災害編も策定し、年2回、防災の研修と訓練として、非常災害時の備蓄（食料や備品類）の点検や職員の役割・手順等の確認、机上訓練を行っています。また、毎日、防災自主点検票を用いて、消火器や設備・機器の点検を行っています。</p>

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

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。	a	サービスの標準的な実施方法に関しては、障がいの理解（障がい別の主な特性と配慮）、虐待防止、入浴介助、排泄介助、服薬、サービスマナー等の各種マニュアルを整備しています。また、職員の役割分担表や各勤務帯ごとの具体的な業務マニュアルも作成し、どの職員も迷わずに業務に従事できるよう配慮しています。利用者の尊重やプライバシーの保護については、法人の倫理綱領や個人情報保護規程に対応姿勢が明示されています。各種マニュアルはファイルに整理し、職員がいつでも確認できる場所に保管しています。新人職員には、トレーナーのもとで職場内研修を実施しており、OJTチェックシートに沿って入職1日目から3か月間、基礎知識や生活支援、相談支援等について学び、理解度や習熟度の確認を徹底しています。
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	各種規程・マニュアルの見直しや改訂については、法人理事会や事業所会議で検討しています。利用者一人ひとりの個別支援計画については、入所後1か月、その後は6か月に1回、モニタリング時に見直しを行っています。モニタリングは利用者を交えて行い、家族にはそれぞれの状況に合わせて、電話やメール等で報告・連絡しています。支援内容の検討・見直しは事業所会議で行い、全職員への周知に努めています。
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的な福祉サービス実施計画（個別支援計画）を適切に策定している。	a	個別支援計画作成マニュアルに沿って、利用者支援に必要な情報は、フェイスシートやアセスメント表を用いて適切に整理しています。アセスメントシートでは、生活基盤や健康管理、日常生活、コミュニケーション、社会生活についての援助の有無を明らかにし、利用者の抱える課題を抽出・分析しています。これを踏まえ、利用者の課題や意向を基に個別支援計画書を作成しています。利用者一人ひとりが生活を送る中で解決する課題がある場合には、その時々で具体的な対応方法を検討するとともに、支援会議等で検討を行い、対応方法を明確にしています。
Ⅲ－２－（２）－② 定期的に福祉サービス実施計画（個別支援計画）の評価・見直しを行っている。	a	個別支援計画については、おおよそ6か月に1回、見直しを実施しています。その際は、モニタリングを実施し、目標の達成状況についての評価、利用者本人（家族等）の感想、今後の対応（計画変更の必要性の有無等）をモニタリング表に記入しています。その後、サービス管理責任者と生活支援員・世話人、利用者本人とで個別支援計画書作成に係る会議を行い、変更・継続する具体的な支援内容を検討し、決定しています。職員には変更した個別支援計画書等をホームファイルに入れて、見直し内容の周知を図っています。

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）－① 利用者に関する福祉サービス実施状況（個別支援計画）の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a	毎日の利用者の状況や支援内容については、統一した書式（日誌やケース記録、個別のチェック表等）に記入しています。記録の記入方法やポイントをマニュアルにして示し、職員が個別支援計画に沿った記録ができるように工夫しています。職員が利用者の様子で気になること等があれば、日誌や申し送りノートに記載して引き継いでおり、管理者も毎回これらの記録を確認し、必要な対応につなげています。利用者一人ひとりの状況については、事業所会議で話し合い、詳細な議事録を作成して全職員に周知しています。各棟ごとにファイルを用意して情報の回覧を行っており、その中に利用者個別のファイルも用意し、整理して共有しています。
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	個人情報保護規程に基づいて、記録類の管理を行っています。利用者のプライバシーに配慮し、毎日の記録は他の利用者がいないときに行うようにしたり、利用者の状況によってはホーム内の記録の保管場所を工夫するなどの対応を行っています。また、全職員と守秘義務の誓約書を取り交わし、個人情報の漏洩を防いでいます。記録内容については、管理者が月末に内容に不備がないかを確認し、適正な記録の作成に努めています。

A 個別評価基準

A－１ 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
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。	a	法人の理念・方針には、利用者に「より自立的で主体的な生活」を送ってほしいとの願いがあり、ホームのスローガンにも「意思決定支援を理解し徹底しよう」を掲げています。利用者本人や家族とのモニタリングからの意思決定のもと、継続的に支援が必要なことや、現状からの発展につながる支援までを検討して個別支援計画を作成しており、どの利用者の計画にも自己決定を促す言葉が見られます。例えば、多飲水傾向にある利用者の個別支援計画には、飲水したい気持ちを「ダメと否定せず」という文言が入っており、自己決定の尊重をする文化が感じられます。重要事項説明書や契約書には、利用者の権利が守られることが明記されています。
A－１－（２） 権利侵害の防止等		
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。	b	権利擁護については、虐待防止研修や事業所会議内での虐待防止委員会、虐待防止チェックシートによる振り返り等で、全職員が学ぶ機会を設けています。当施設は、利用者の自己決定を尊重するため、外出や外泊は事前の届出を提出していれば、施設外での生活を制限しすぎないように心がけています。趣味や嗜好に関しても、入居前に喫煙をしていた利用者様に対して、喫煙場所を作り、電子タバコであれば許可するという、柔軟な対応も行っています。また、管理者が不定期で週1回以上、各棟を巡回し、利用者とは直接話をする機会を設けています。さらに、一定の時間を決めて定期的な話の場を設けるとができる、利用者の声をより丁寧に聞くことができると思われます。そうした権利擁護の具体的な取り組みを利用者や家族に伝えることが期待されます。

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>トイレでの適切な排尿の仕方から自身での金銭管理や買い物まで、利用者一人ひとりが目指す自立に合わせて個別支援計画を作成しています。例えば、利用者の特性に応じた外出のプランを考え、最終的には1人でも安全に外出ができるようにするなど、個別かつ自立的な取り組みが実践されています。職員には「利用者が家族だった場合は、どんな対応をしようか？」という問いかけを行うなど、利用者の自立する力を奪わない支援を心がけて取り組めるようにしています。</p>
<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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の特性に合わせて、ジェスチャーやホワイトボード、筆談、手紙のやり取りなどを利用して、言語以外のコミュニケーションも工夫して支援を行っています。例えば、自分で片付けができずに、物取られ妄想をしてしまう利用者に対しては、何をどこにしまうべきか、シールを棚に貼って分かるようにし、職員と一緒に片付けをするという工夫をしています。</p>
<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。</p>	<p>a</p>	<p>夜勤職員による相談援助や管理者の各棟の巡回、個別での相談により得た利用者のニーズを会議に申し、個別支援計画に反映させています。利用者が受ける支援に関しては、一方的ではなく、利用者の選択により確定し、全職員、家族（保護者）、相談支援専門員のほか、必要があれば市の担当課とも共有しています。職員には毎年度、利用者の権利擁護研修を実施しています。言葉で伝えるのが難しい利用者に対しては、手紙でのやり取りを行い、共有の許可が取れたものに関しては、職員の申し送りノートに貼って共有するという取り組みも行っています。</p>
<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。</p>	<p>b</p>	<p>介護サービス包括型のグループホームであるため、利用者は日中、それぞれの通所先で過ごしています。入居時に本人に合った通所先を探す支援を行っているほか、ホーム内では月1回、季節に合ったイベントを開催することを基本としています。また、土日には利用者と職員の状況がマッチすれば散歩等の活動を支援することもあります。イベントを行う際は、利用者アンケートを取り、どんなイベントをしたいかを聞き出し、利用者と共にイベントを企画・運営することもあります。利用者には地域でのイベント情報も提供していますが、参加は難しい状況です。地域との合同の行事やイベントの開催・参加を通じて、地域に開かれた施設になっていくことが期待されます。</p>
<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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者の特性に合わせて、適切な支援を提供できるよう、各障害に関する配慮等についてマニュアルを整備しています。新人職員に対しては、入職1日目のオリエンテーション以降3か月間のOJTにより、対応方法を指導しています。また、全職員を対象に、対人援助技術の研修等も実施しています。生活支援員や世話人が記載する「ケース記録」等の情報から総合的に判断し、そのときの特性に合った個別支援計画へと変更するようにしています。一方で、個別支援計画に基づく支援の記録がやや少ないという課題がみられます。</p>

A-2-(2) 日常的な生活支援		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>食事に関しては、配食サービス事業者による宅配となるため、メニューを選ぶことはできませんが、週1回、利用者にアンケートを取り、提携しているスーパーから食材やデザートを購入しています。また、イベントの際は、利用者の希望を踏まえ、お寿司やピザ等の提供を行っています。食事、排泄、入浴、移動・移乗に関しては、一人ひとりの特性に合わせ、個別支援計画に記載した上で支援を行っています。例えば、高血糖の副作用のある薬を内服している利用者の誕生日に、ローカーボンのケーキを用意するなど、個別的な配慮ある対応をしています。利用者の障害や身体的な疾患に対して配慮を行い、その上で快適かつ楽しみのある生活が送れるよう工夫しています。</p>
A-2-(3) 生活環境		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者が安心・安全に過ごせるよう、危険物は鍵付きのコンテナやボックスで管理を行っています。また、介護サービス包括型のホームではあるものの、土日に関しては日勤者を配置し、通所先が休みの場合でも安心して過ごせるよう配慮しています。利用者が体調不良でホームに帰ってきた場合も、職員の配置または巡回を行い、安全を確保しています。他の利用者の干渉を望まない利用者のプライベートを守るため、居室のドアに鍵を取り付ける等の支援を行っているケースもあります。利用者同士の相性や関係性が悪く、安全性が確保できない場合があれば、必要に応じて他の棟に移ってもらうなどの配慮もしています。消灯時間は21時と決まっていますが、翌日に響かなければ、眠る時間は利用者の意思に任せるといふ、息苦しさを感じない工夫もあります。</p>
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>歯磨きの練習や皿洗い、洗濯、買い物や駅までの歩き方等を職員が共に行い、利用者が自身でできるようになるよう支援しています。例えば、長期的に自宅に引きこもりの生活を続けていた利用者に対し、個別支援計画に基づき、近くのコンビニまで1~2週間、職員同行のもとで外出する訓練を行い、最終的には1人で外出することができるようになったケースがあります。また、便秘気味な利用者に対して、職員が情報を共有しながら支援にあたっている事例も確認することができ、支援の手厚さを感じられます。一方で、手厚いが故に利用者が主体的に行えるようにしている自立訓練の事例は少なく、今後そのような事例が出てくるとより良くなると思われれます。</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。	a	朝・昼・夕の検温、朝の血圧測定（血圧に関して通院している利用者は朝・夕）を行い、記録に残していません。また、排便管理を自身で行うことが難しい利用者には、排便チェック表を作成し、定期的の下剤の服用を支援する等の対応も行っています。医療機関と連携を取るために、「通院前報告書」を作成して医師に必要な情報を提供し「通院報告書」により受診付き添いをした訪問看護の担当者や通院同行のホーム職員等と情報を共有しています。
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	医療機関と積極的に連携しています。嘱託医と提携しているほか、利用者によっては訪問診療（24時間365日対応）や訪問看護（24時間オンコール）等の社会資源を利用しています。また、通院等介助の外部サービスやホームとしての通院介助により、利用者の定期通院から緊急通院までを支援しています。水の多飲傾向にある利用者に対しては、低ナトリウム血症にならないよう工夫を行っており、バイタルサインの計測も時間を決めて実施しています。
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。	a	外出、外泊の制限をできる限り減らせるよう、利用者が記入しやすい外出届や外泊届を用意するとともに、帰りが遅いときや事故に遭ったときの連絡方法を確保するなどして、利用者が安全に社会参加できるよう取り組んでいます。家族や本人からの希望を聞いた上で、地域のお祭り等への参加も促しています。また、ホームのイベントで農園や水族館に行くこともあり、利用者が楽しみながら学習ができるようにしています。さらに、菖蒲湯の文化を学びながら利用者同士で交流できるような機会の工夫も見られます。
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。	b	調理をしたい利用者に対しては、職員がいる時間は許可したりと、地域生活を見据えた支援を行っています。また、日中の作業所との連携も行い、現状の活動先からのステップアップに対しても、ホーム側から介入しています。現在、利用者本人の希望により、1名が一人暮らしに向けて生活訓練を行っているほか、1名が生活介護から就労継続支援Bへ移行中となっています。法人内部のサービスは充実していますが、地域の関係機関と連携している事例は少なく、今後の充実が期待されます。
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。	a	利用者の家族には毎月、ホームの実費分の請求書と共に広報紙（あいびす活動報告）を送付し、グループホームでの生活が伝わるよう工夫しています。また、利用者の定期的な訪問・帰省やモニタリングの機会等を通してコミュニケーションを図り、現在の状況について報告を行っています。体調の変化や感染症への罹患、薬の変更等があった場合はその都度、連絡を行っています。利用者とその家族の関係性が不良な場合には、必ず管理者が間に入り、配慮した連絡方法を取るようにしています。利用者の個別支援計画には、家族の意向も取り入れられています。

A-3 発達支援

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。		【非該当】
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。		【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。		【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。		【非該当】