

秋田県福祉サービス第三者評価結果表

① 第三者評価機関名

| |
|-------------------|
| 社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会 |
|-------------------|

② 施設・事業所情報

| | | |
|-------------------------------|--|-----------|
| 名称：こさかわいらいセンター | 種別：共同生活援助 | |
| 代表者氏名：板橋 篤志 | 定員（利用人数）： 17名 | |
| 所在地：秋田県鹿角郡小坂町小坂鉱山字栗平 23-1 | | |
| TEL：0186-29-5131 | ホームページ： https://a-hanawafukushikai.jp/pages/140/ | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日：平成 23 年 4 月 1 日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 花輪ふくし会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 15 名 | 非常勤職員 0 名 |
| 専門職員 | 介護福祉士 1 名 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 施設・設備 の概要 | （居室数）個室 17 | （設備等） |

③ 理念・基本方針

■ 理念 ■

「笑顔とありがとうの心で地域福祉を創造します」

■ 基本方針 ■

1. 良質のサービスの提供
2. 情報開示、透明性の確保
3. 人権擁護と利用者主体
4. 地域からの信頼

④施設・事業所の特徴的な取組

- 事業所は、利用者が自立した日常生活及び社会生活を営むことができるよう、利用者に対して障害福祉サービスの提供に努めます。
- 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場にたった障害福祉サービスの提供を行います。
- 関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つ、きめの細かなサービスを行います。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 令和4年8月12日（契約日）～ 令和4年12月19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◆

- ・経営理念に「地域福祉の創造」を掲げており、地域交流センター「活動館」や「みんなのお店わいわい」での活動、ポイント制を導入したボランティア活動等地域に密着した活動をしている。
- ・人事管理に「職種別等級別役割能力要件書」や「エルダーメンター制度」、「1on1 ミーティング」を取り入れ、組織の融和と活性化を図る等常に新しい手法を模索する組織的な対応がなされている。
- ・役割能力要件書を全職員に配布し、取組姿勢が周知されている。
- ・毎週土日は、併設のこさか地域生活支援センターで毎月作成している「地域活動支援センターメニュー」の中から利用者本人が希望する活動を選び、自由に参加することができる。
- ・利用者がすぐ回答を出せなかったり反応がない場合でも、本人が対応できるまで職員は寄り添うことを念頭に置いて支援している。

◆改善を求められる点◆

- ・「利用者の命を守る」「災害は明日くるかもしれない」といった観点から、実際の災害を想定した避難訓練を確実に実施してほしい。また、それを記録することや各グループホームに避難誘導図や避難先等をわかりやすく掲示し、安全確保に徹することが期待される。
- ・利用者が苦情（意見相談事等）を出しやすい環境作りや苦情を引き出す工夫が期待される。
- ・第三者評価基準に基づく自己評価の実施や第三者評価を定期的に受審する等の取組が期待される。
- ・今回の第三者評価結果を分析して改善計画を立てる等、更なる福祉サービスの質の向上に活かしてほしい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

- ・相談、苦情の掲示ポスターを各グループホームに配布し、サービス点検調整委員と相談しやすい環境を整えます。また、普段よりご利用者様とのコミュニケーションを大切にします。
- ・避難経路等を分かりやすいよう掲示します。

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。

(別紙)

第三者評価結果

※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。

※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。

【共通評価項目】

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>法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されているが、内容や周知が十分ではない。</p> <p>法人の理念、基本方針が明文化され、職員会議で説明し、ホームページやチラシ等にも明記されている。</p> <p>家族会は4年ほど前に解散しているが、理念や基本方針が記載されている事業計画を郵送で家族に送り、周知を図っている。</p> <p>今後は、平易な言葉やイラスト、振り仮名を振るなど、利用者にもわかりやすく周知する工夫が期待される。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>事業経営をとりまく環境と経営状態が的確に把握・分析されている。</p> <p>法人の委員会において、経営状況が把握・分析されており、各種計画にも反映されている。</p> | | |

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
| 3 | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>経営環境と経営状態の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。</p> <p>理事会や毎月の施設長会議で経営状況・課題等の情報が共有されている。2カ月に1回の職員会議等で、施設長会議の報告や改善すべき課題等についての情報共有と職員への周知が図られている。</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いる。 | a |
| <p><コメント></p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>法人では、事業計画と収支計画を一体的に3カ年計画として策定している。</p> <p>実施後の評価は、法人の委員会で行っており、必要に応じて見直しもされている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。</p> <p>中長期計画を反映した毎年の事業計画を策定している。</p> <p>法人が広域な事業展開をしているため、地区拠点ごとで事業計画を策定している。事業計画には、グループホームに関する内容（方向性等）が記載されている。</p> <p>今後は、グループホームに関する部分の内容について、実施後の評価が行えるよう具体的な成果等の設定をすることが期待される。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが十分ではない。</p> <p>事業計画は、毎月各グループホームの関係職員で提案され、職員会議でまとめられている。</p> <p>今後は、事業計画の実施後の評価や分析をグループホーム単位の職員でも行われることが期待される。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>こさか地域生活支援センターの事業計画（該当部分）を各グループホームに掲示して利用者理解を図っている。</p> <p>今後は、わかりやすい資料の作成と周知の工夫に期待する。</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></p> <p>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ているが、十分に機能していない。</p> <p>法人として第三者評価を受審することを中長期計画に掲げており、法人全体で取り組んでいる。</p> <p>サービスマネジメント委員会では、個別ケースの支援状況を確認している。</p> <p>今後は、第三者評価基準にもとづく自己評価の実施や第三者評価を定期的を受審する等の取組が期待される。</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></p> <p>評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。（初回受審のため）</p> <p>法人の中長期計画では、第三者評価の受審を促進しており、この方針にもとづいて今年度初めて受審した。この結果を分析して改善計画を立てる等の取組に活かしてほしい。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>センター長は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>センター長は、自らの役割と責任を職員会議の冒頭で表明している。</p> <p>有事の際のセンター長の役割や責任について、不在時の権限委任等を明らかにしている。</p> <p>今後は、センター長の役割や責任について職員への周知や理解を図るための取組を工夫することが期待される。</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 |
| <p><コメント></p> <p>センター長は、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が、十分ではない。</p> <p>センター長は、施設長会議等に参加し各種法令や政策の情報を得ている。</p> <p>法人として「コンプライアンスマニュアル」を策定している。法人内研修でも取り上げられており、職員にも周知されている。</p> <p>今後は、幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し施設の運営に取り組むことが期待される。</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>センター長は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>法人主催の研修として、虐待防止、不適切ケア、身体拘束廃止等が実施されており、センター長も研修に参加している。</p> <p>今後は、更なる福祉サービスの質の向上のため、職員にも積極的な研修参加を促す取組が期待される。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| 13 | Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行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>センター長は、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が、十分ではない。</p> <p>センター長は、施設長会議で事業経営を合理化するため、生産現場で活用されている方式等を取り入れることを検討しており、職員会議等で職員にも話をしている。</p> <p>今後は、組織内の共通理解を得ながら業務の効率化に取り組むことが期待される。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。</p> <p>法人の中長期計画の中で「魅力ある職場づくり基本計画」を掲げている。その中で人材の確保・定着に向けた取組を強化することや、人材育成計画に沿って人材育成を行うこと等が明記されている。この計画にもとづいて職員研修やエルダー・メンター制度等を実施している。</p> | | |
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>総合的な人事管理を実施している。</p> <p>法人の「人事考課規程（役割能力要件書）」にもとづき、職員一人ひとりが「目標管理シート」を記入している。職員はこの制度を理解している。</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り組んでいる。 | a |
| <p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。</p> <p>職員の有給休暇取得状況や時間外労働等がデータで管理されている。また、衛生委員会で職員の健康や労務状況を把握している。</p> <p>法人本部に相談窓口を設置しているほか、定期的にセンター長とも個別面談を実施する等、相談環境が整えられている。</p> <p>育児休暇や介護休暇も取得することができ、仕事以外の面でもバックアップ体制が整えられている。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。</p> <p>法人の人事考課規程の中に「役割能力要件書」が等級別に記載されており、これに沿って職員一人ひとりの「目標管理シート」が実施されている。10月頃からセンター長との面談が始まり、進捗状況等を確認している。</p> <p>職員一人ひとりの目標が設定され、組織の目標や方針が徹底されている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。</p> <p>事業計画の中に職員の研修に関する計画が定められており、それにもとづいて研修が適切に実施されている。</p> <p>施設内研修、施設外研修にも参加しており、一人ひとりの研修の機会が確保されている。</p> <p>今後は、職員が希望する内容の研修に参加できるよう必要に応じて研修内容の見直しを期待される。</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>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。法人内研修や階層別の研修が実施されている。法人外での研修の機会も確保されている。コロナ禍で研修に行くことが難しい場合でも、zoomで研修に参加することができる。今後は、面談等の機会を利用して職員の希望を聞く等、積極的に研修を促す取組が期待される。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。法人が窓口となり、実習生の希望を聞いて実習先を決めている。「実習生等受入規程」が整備されており、グループホームにも担当職員が配置されている。コロナの影響により、近年は実習生の受け入れがなかった。</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 |
| <p><コメント></p> <p>福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、内容が十分ではない。事業計画や事業報告書はホームページで公開されている。また、ホームページや広報誌等を活用し、理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、予算や決算情報等が適切に公開されている。</p> <p>今後は、苦情・相談の体制や内容、第三者評価の受審結果をホームページ等で公表する等、更なる運営の透明性を確保するための取組が期待される。</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 |
| <p><コメント></p> <p>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>外部監査が実施されている。内部監査においても、公認会計士による経理点検が行われ、適正な助言を受けている。いずれも事業内容や財務状況等に関して内容を確認し、経営改善の取組を行っている。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。</p> <p>法人の経営理念に「地域福祉の創造」を謳い、事業計画にも「地域との連携」を掲げ積極的に取り組んでいる。</p> <p>事業所に併設された地域交流センター（活動館）や食堂・店（みんなのお店「わいわい」）等の活動を通じて住民との交流を図っている。また、利用者が地域の自治会に加入しており、清掃作業等地域の行事に参加し地域に溶け込む活動をしている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>ボランティアの窓口は法人であり、そこで希望を聞いて活動場所を決めている。</p> <p>活動時間に応じて、活動館の店や食堂の商品と交換できるポイント制を導入する等、積極的に受入れる体制が確立されている。</p> <p>グループホームでボランティアを受入れる際は、気を付ける点等を事前に説明している。</p> <p>現在は、コロナ禍対策で制限しているが、以前はグループホームの食事介助や祭りの手伝い等で受入れをしていた。</p> <p>今後は、コロナ禍の推移を把握し、マスクの着用や体調チェック等の対策をして、いつでも受入れができる体制を整備することが期待される。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係者等との連携が十分ではない。</p> <p>必要な社会資源の把握については、送迎時に情報収集を行ったり、職員会議で話し合ったりして情報共有を図り、それをパソコンに取り込んで業務に活用している。また、自立支援協議会に参加したり相談支援事業所と連携して社会資源の情報収集に努めている。</p> <p>今後は、社会資源のリスト表を作成して掲示する等、関係者（グループホームの利用者を含む）との情報共有を図ることが望まれる。</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 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 |
| <p><コメント></p> <p>地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>相談支援事業所と情報交換したり、自立支援協議会に参加して地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、利用者は地区自治会に加入し、職員もその集会に参加して情報収集を図るとともに、情報発信もしている。</p> <p>今後も、地域の福祉ニーズ等を積極的に把握していくために、「障害者グループホーム」として地域社会で必要とされる役割や機能を学んでいくことが期待される。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。</p> <p>法人の中長期計画に「公益的取り組み基本計画」を掲げ、法人全体で取り組んでいる。この計画にもとづき、こさかエリアでは、障害者、高齢者、子供等、地域住民が誰でも生きがいを持って自由に利用できる拠点「活動館」を整備し、地域との関わりを持っている。</p> <p>今後は、「障害者グループホーム」の役割や機能等を地域へ広めていくための活動が期待される。</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>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組が十分ではない。</p> <p>経営理念で「人権擁護と利用者主体」を掲げ、法人全体で取り組んでいる。</p> <p>職務規程や役割能力要件書等行動規範となるものを作成し、支援会議や研修会等の機会を利用して共通理解に努めている。</p> <p>今後は、利用者尊重のサービス提供について定期的に検証し、更なる徹底に努めることが期待される。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。</p> <p>各グループホーム全てが個室になっており、各個人の私生活上の自由が確保されている。</p> <p>マニュアルも整備されており、事業計画書にも権利擁護と並んでプライバシー確保が記載され、職員一丸となって取り組んでいる。</p> <p>今後は、各グループホームで利用者同士のプライバシーに関する約束事等を決めて掲示する等、更なる徹底を図ることが望まれる。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、内容や周知が十分ではない。</p> <p>利用希望者や家族にパンフレットや重要事項説明書を用いて、わかりやすく情報を提供し、同意を得ている。</p> <p>見学も積極的に受け入れ、パンフレットで説明するとともに、部屋や日中活動の様子も見てもらい情報提供している。</p> <p>今後は、図や絵を用いたり、仮名をふる等、利用者や障害のある当事者にもわかりやすいパンフレットを作成する等、工夫して一層の情報提供に努めることが望まれる。</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>福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明をおこなっているが、十分ではない。</p> <p>サービス開始にあたっては、家族や利用者には重要事項説明書や契約書を用いて丁寧に説明するとともに、施設内を案内して安心と理解を得ている。</p> <p>変更が生じた場合はサービス担当者会議を通じて相談支援事業所と密に連携し、適切に対処している。</p> <p>今後は、わかりやすい資料を作成し、利用者が自己判断・自己決定しやすいような配慮が期待される。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが十分ではない。</p> <p>施設変更や家庭移行にあたっては、町担当者との情報交換やサービス担当者会議を通じて相談支援事業所と密接に連携を図り、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。</p> <p>今後は、引継ぎや申し送りの手順、文書の内容等を定めたマニュアルを作成し、それをもとに利用者や家族等に十分伝わるよう説明することが期待される。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>職員が日中活動の時間等を利用して利用者から要望を聞き出している。また、自治会に職員も参加し、意見を聞いて反映している。</p> <p>食事献立については、週末は各グループホーム自由メニューの日となっており、利用者の希望に沿った食事が提供されている。</p> <p>今後は、利用者の各種ニーズを積極的に把握するため、利用者の意向調査を実施する等組織的な対応が望まれる。</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>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>マニュアルにより、苦情解決の体制が整備されており、作業手順も明文化されている。家族、利用者には入所時に重要事項説明書等で苦情解決の仕組みが説明されている。苦情のない状態が数年続いている。</p> <p>第三者委員の名前や連絡先、苦情解決の仕組みを説明した掲示物は事務室前に1枚張られている。</p> <p>今後は、各グループホームに苦情解決の仕組みを説明した掲示物を掲示するとともに、苦情解決記入カードの配布や意見箱の設置等が期待される。</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>利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>利用者の相談・意見については、各部屋で話を聞く時間を設けたり、日中活動の時間や休憩時間でも個別に相談できる体制になっている。</p> <p>第三者委員が月1回は各グループホームを訪問し、相談できる環境づくりをしている。</p> <p>今後は、苦情解決記入カードの配布や意見箱を設置する等、利用者が気兼ねなく相談や意見が伝えられる環境づくりに取り組むことが期待される。</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>利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。</p> <p>マニュアルで対応の手順が明文化されている。</p> <p>苦情（意見相談事等）は精査され、サービス点検調整委員会で組織的に対応されている。また、サービス点検調整委員会や記録を回覧することにより職員にも内容が周知され、再発防止に努めている。</p> <p>今後は、利用者が苦情（意見相談事等）を出しやすい環境づくりや苦情を引き出す工夫が期待される。</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 |
| <p><コメント></p> <p>リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。</p> <p>「事故発生の防止及び発生時の対応に関する指針」により、事故防止対策委員会が設置されており、リスクマネジメント体制が構築されている。</p> <p>事故・ヒヤリハット報告についても、手順が明文化され報告記録等が適正に処理されている。</p> <p>今後は、職員会議や研修会を通じて、リスクマネジメントについての一層の周知を図ることが期待される。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。</p> <p>「衛生管理マニュアル」や「感染症対応マニュアル」が整備されており、適正に運用されている。</p> <p>必要に応じて見直しされており、新型コロナ対策も明文化されている。</p> <p>今後は、職員会議や研修会を通じて、職員に徹底して周知を図る等、一層の安全確保を図ることが期待される。</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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。</p> <p>「災害時事業継続計画」(BCP)が作成されている。備蓄リストも作成され、確実に保管されている。</p> <p>年に2回行う避難訓練を実施していないため、「利用者の命を守る」「災害は明日くるかもしれない」という観点から、実際の災害を想定した避難訓練を確実に実施してほしい。また、それを記録することや、各グループホームに避難誘導図や避難先等をわかりやすく掲示し安全確保に徹してほしい。</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 |
| <p><コメント></p> <p>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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。</p> <p>福祉サービスに関する標準的な実施方法を明文化した「法人ケアマニュアル」に従い、サービスが提供されている。職員へは研修会や会議等で周知している。また、エルダーメンター制度や1on1ミーティングを実施して福祉サービスの質の向上と均一化、継続性を保っている。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。</p> <p>標準的な実施方法の見直しについては、支援会議等で職員の意見を集約し、必要に応じてサービス点検調整委員会や施設長会議で見直しを図る仕組みとなっている。</p> <p>今後は、職員間の意見を深め、標準的な実施方法の検証や見直しを定期的に実施されることが期待される。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。</p> <p>職員は、利用者のできることに着目したICF（国際生活機能分類）の考え方で個別支援計画を策定することを指導されている。</p> <p>サービス管理責任者が利用者と面談し、様式化された表を用いてアセスメントし担当職員と共同して個別支援計画書を作成している。アセスメント表にはADLのほか、スキル、希望や対人関係、現状評価等の項目が記載されている。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>個別支援計画については、原則として6カ月ごとにサービス管理責任者が利用者、担当職員と連携し、看護師の協力も得てモニタリングを実施している。必要に応じて見直しもされている。職員はPDCAサイクルを意識した作成に努めている。</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。 | | |
| 44 | Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービスの実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。</p> <p>記録は「文書事務取扱規程」に順じて行われる。</p> <p>担当者がパソコンソフトで日々記録し、職員はパソコン上で閲覧して情報共有できるシステムとなっているが、印刷はしていない。</p> <p>申請書類や拳証資料等は個別にファイル化されている。</p> <p>今後は、「支援記録マニュアル」を作成する等、5W1Hを意識した記録の標準化を図ることが期待される。</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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>記録の管理についても「文書事務取扱規程」に順じて行われる。</p> <p>文書の保存年数、保管の方法や廃棄の方法も紙、電子情報別に定められている。また、「個人情報保護・利用に関する基本規程」で個人情報の適正な取り扱いがルール化されており、職員にも周知されている。個別のファイルは鍵のかかる保管室の保管庫に保管されている。</p> | | |

【内容評価項目】

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 | | |
| ① | 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 |
| <p><コメント></p> <p>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。</p> <p>就労継続支援B型事業や生活介護を利用している利用者については、作業終了後は、各自本人の過ごしたいように過ごしている。</p> <p>個室対応となっている各室内には、利用者が自分で選んだこだわりの物（ぬいぐるみや本、プラモデル、洋服等）が置かれている。また、利用者は新聞やテレビから様々な情報を得ており、気になる物があれば職員の協力を得ながら一緒にインターネットで注文することもある。いずれも職員は利用者の自己決定を尊重した支援を行っている。</p> | | |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 | | |
| ② | 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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。</p> <p>法人で支援マニュアルを作成しており、その中に「不適切ケアチェック」がある。これには利用者を支援する際の留意点が記載されている（例えば「声の大きさに注意すること」等）。職員は、月に1回「不適切ケアチェック」を活用し、自身の支援の振り返りを行い、管理者からも確認してもらっている。</p> <p>職員会議は2カ月に1回開催されており、必要に応じて臨時で開催することもある。</p> <p>権利擁護についてのポスターを各グループホームに掲示している。</p> | | |

A-2. 生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| A-2-(1) 支援の基本 | | |
| ③ | 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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、動機付け等が十分ではない。</p> <p>職員は利用者の希望を丁寧に聞き取ったり、汲み取ったりして出来る限り自分のことは自分でできるよう見守り支援を基本としている。</p> <p>今後は、利用者の能力の維持・拡大のために、動機付けや道具・設備の見直し等、職員の対応を改めて検討することが期待される。</p> | | |
| ④ | 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 |
| <p><コメント></p> <p>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>コミュニケーション次第で不安になってしまう利用者があり、職員会議等で支援方法を統一して、安心して過ごせるようにしている。</p> <p>文字盤や補聴器などを利用しながら、利用者一人ひとりにあった対応をしている。</p> <p>利用者がすぐ回答を出せなかったり反応がない場合でも、本人が対応できるまで職員は寄り添うことを念頭に置いて支援をしている。</p> | | |
| ⑤ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、個別支援計画への反映が十分ではない。</p> <p>利用者自身が誰に・どこに相談したいかを選べる環境作りをしている。</p> <p>各部屋で利用者の話を聞く機会を設けている。</p> <p>サービス点検調整委員会で、利用者からの相談等を検討しフィードバックしている。</p> <p>今後は、利用者からの相談内容を内部で検討し、必要に応じて個別支援計画に反映させることが期待される。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| ⑥ | 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>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>平日は、就労継続支援 B 型や生活介護の利用者は希望により出掛けたりする。グループホームで過ごす利用者は、職員と手先を動かす生活リハビリを行ったり、身体を起こしてテレビを見る等している。</p> <p>毎週土日は、併設のこさか地域生活支援センターで毎月作成している「地域活動支援センターメニュー」の中から利用者本人が希望する活動を選び、自由に参加している。グループホーム以外の在宅利用者も参加することができる。</p> | | |
| ⑦ | 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>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>支援会議を月 1 回各グループホームで行っており、利用者の情報を共有し、必要に応じて支援方法の検討や見直しを行っている。</p> <p>支援マニュアルや行動障害一覧表を活用し、統一的な支援をしている。</p> | | |
| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | |
| ⑧ | 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></p> <p>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>法人に所属している栄養士が、美味しく・楽しく食事できるように利用者に食事のアンケートをとって利用者の嗜好に合った希望のメニューを取り入れている。</p> <p>火曜日から金曜日は、グループホームの職員（世話人）が食事を作っている。土曜日から月曜日までは各グループホームで利用者が自由に献立を考えており、職員と一緒に作ることもある。いずれも各グループホームで食材を注文し、職員がこさかわいわいセンターに取りに行き、最初から食事を作っている。</p> <p>入浴の際には、利用者が希望する入浴剤を職員が入れる等、快適に過ごせるよう支援している。</p> | | |

| | | |
|--|--|---|
| A-2-(3) 生活環境 | | |
| ⑨ | 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>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>利用者一人ひとりが自室のレイアウトを行い、毎日の生活を自分なりのペースで過ごしている。好きなものに囲まれ、自分の家のようにリラックスして過ごしている。</p> <p>お風呂場やトイレ等もプライバシーに配慮した設備になっている。</p> <p>職員は利用者の身体状況に応じた動線に配慮し、安心・安全に過ごせるよう生活環境を整えている。</p> | | |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | |
| ⑩ | 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 |
| <p><コメント></p> <p>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>医師の指示により、法人に所属している理学療法士がプログラムやメニューを作成している。利用者の障害の状況に応じて、理学療法士の助言・指導をもとに、看護師も見守りながら、立ち上がり、ふらつき支援などの機能訓練や生活訓練を行っている。</p> | | |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | |
| ⑪ | 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 |
| <p><コメント></p> <p>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。</p> <p>職員は内部・外部の感染症に関する研修に参加している。</p> <p>看護師が各グループホームを訪問しており、相談できる体制となっている。</p> <p>利用者の体調に変化があった場合や、利用者が希望するときには看護師が病院に付き添って利用者の健康状態の把握に努めている。</p> | | |
| ⑫ | 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 |
| <p><コメント></p> <p>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。</p> <p>服薬マニュアルが整備されている。こさかエリアの看護師が薬の管理をしている。</p> <p>服薬チェックは2人体制で行っており、利用者の名前を確認し、手渡し又は職員が開封して本人了解のもと薬を服用している。飲み込みも確認し、薬の袋もとっている。</p> <p>アレルギーや禁止食品については、アセスメントの際に確認している。その情報を看護師や栄養士も共有し、事故が起きないように細心の注意を払っている。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| A-2-(6) 社会参加、学習支援 | | |
| ⑬ | 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 |
| <p><コメント></p> <p>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。</p> <p>利用者は、地域活動センターメニューの中から自分の参加したい活動を選ぶことができる。</p> <p>冬は、職員と一緒にグループホームや高齢者宅の除雪作業を行っている。</p> <p>コロナ禍前は、利用者に行きたいところややりたいことを聞いて利用者旅行を計画し、社会参加や学習・体験の機会をつくっていた。</p> | | |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | |
| ⑭ | 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 |
| <p><コメント></p> <p>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。</p> <p>利用者は地域の自治会に加入しており、地域住民から受け入れられている。</p> <p>コロナの影響により、現在はボランティアの受け入れは中止しているが、こさかエリア祭りなどを通じて、地域との関わりをもっている。また、こさか地域生活支援センターの近くに診療所があり、利用者は心配事があればいつでも相談できる体制となっている。</p> | | |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | |
| ⑮ | 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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。</p> <p>現在コロナ禍においては、定期的に利用者の生活状況を利用者の写真を付けて郵送で家族に報告している。体調に変化があれば、職員が家族と連絡をとっている。</p> <p>利用者から家族と電話がしたいと希望があった場合は、職員が電話番号を押したり受話器を持つ等の配慮をしている。また、コロナ禍においても体調チェックやPCR検査等の条件を付けて家族との面会を実施している。</p> | | |

A-3. 発達支援

| | | |
|--------------|--|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(1) 発達支援 | | |
| ⑯ | 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。 | 評価外 |
| <コメント> | | |

A-4. 就労支援

| | | 第三者評価結果 |
|--------------|---|---------|
| A-4-(1) 就労支援 | | |
| ⑰ | 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。 | 評価外 |
| <コメント> | | |
| ⑱ | A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。 | 評価外 |
| <コメント> | | |
| ⑲ | A-4-(1)-① 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。 | 評価外 |
| <コメント> | | |