

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2017年12月18日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 006-0029

住所

札幌市手稲区手稲本町2条1丁目4-5

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 17-001

代表者氏名 鈴木 正子



下記のとおり評価を行ったので報告します。

## 記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	高村 一文	組織運営管理	第0053号
	(2)	百合野 潔	福祉医療保健	第0238号
	(3)	橋本 玲子	福祉医療保健	第0131号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	共同生活援助			
事業所名称	エルフィンホーム			
設置者名称	社会福祉法人 北海道リハビリ			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2017年4月25日	～	2017年10月2日	
利用者調査実施時期	2017年6月19日	～	2017年6月26日	
訪問調査日	2017年8月31日			
評価合議日	2017年9月16日			
評価結果報告日	2017年12月18日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

サード・アイ合同会社

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：北海道リハビリ—

代表者氏名：石崎 岳

所在地：〒061-1102 北広島市西の里507番地1

TEL 011-375-2111

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

別紙による。

◇改善を求められる点

別紙による。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

これまで利用者(入所者)本位といった視点に立脚し、利用者の声を聴きながら福祉サービス(支援)を提供する中で生活の質の向上に努めてきたところであるが、第三者評価という客観的な視点による取り組み内容に対する評価を頂き、入所中の支援のあり方のみならず退所とその後に対する関係者(機関)との連携や家族を含めた調整の重要性を再認識することができた。この結果を今後のサービス提供に活かしていきたいと考える。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

## 総 評

### <はじめに>

「エルフィンホーム」は平成29年9月訪問調査時点において、女性棟「クローバー」、男性棟「えぞりす」(1階)「かわせみ」(2階)で構成されています。設立時は入所施設からの地域移行に始まりましたが、地域福祉推進室の設置・管轄により、利用者の直接支援に留まらない法人の目指す共生社会のために地域へ働きかけています。

### <評価の高い点>

#### ○「エルフィンホームの利用者ファースト」

利用者の人権や虐待に関する指針が「世話人マニュアル」には心構えとして記載されています。職員は、世話人会議や内外の研修を通して、障がいの理解に努めています。世話人業務として、お茶の入れ方等に至るまでの利用者個別対応資料を作成、実践することで利用者個々を尊重することを学んでいます。居室、浴室、トイレは施設ができるようになっており、プライバシーが確保されています。居室は利用者個人の家と捉え、職員が許可なく入室することがないように徹底されています。

平成29年開催のボランティアカーニバルでは、エルフィンホーム自治会によるプライドポテトの販売が盛況でした。利用者が地域交流の場として活動しやすいように、お釣り銭を一覧表にするといった工夫をしています。

また、交通事故防止のために反射板の腕章を身に着ける取組を始めました。利用者に意図が伝わり、日暮れが早い晩秋の仕事帰りに反射板を自ら身に着けるようにもなりました。このように、世話人を始め職員は、様々な地域生活の場面でエルフィンホームの利用者ファーストの実践に日々、努めています。

#### ○「リーダーシップが世話人までとどいている」

地域福祉推進室の室長は、職員・支援員・世話人に対して利用者の自立を損なわない支援を理解するように指導しています。利用者の障がいは、車椅子使用の身体障がいや聴覚障がい、発達障がいなど様々な支援が求められます。世話人の支援マニュアルはあっても、個別の支援が必要です。利用者によっては、世話人に自分だけして欲しいことや、他の利用者に不平不満を感じることもあります。しかし、個別支援計画があるように、利用者への福祉サービスの提供は、公平性と公開性が重要であると室長は考えています。利用者が自分の受けるサービスで納得がいかない場合は、室長自ら説明に向かうことを責務と自負しています。この要旨が課長以下職員に伝わり、日々の利用者支援となっています。

<改善を求められる点>

「苦情や相談等を含めた生活状況の公表」

苦情解決の仕組みとして、表題「施設サービスに関する苦情のお申し出について」が第三者委員への連絡先とともにホーム内に掲示されています。苦情については、事業報告書に苦情内容と苦情処理状況が記載され公開されることになっています。ホームページには、他の事業所の利用者の申し立ての状況が載っています。

利用者は苦情に限らず、日頃の会話の中で要望があれば世話人を始めとする職員に伝えています。毎日のミーティングで利用者の状況が伝えられるので苦情になるまえに解決できるようになりました。苦情解決の仕組みは、苦情の状況の公表までが含まれます。今後は、苦情がないことの公表が望まれ、利用者の相談・意見等を含めた生活状況の公表が期待されます。

## 北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 29 年 8 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 北海道リハビリ		
事業所名 (施設名)	エルフィンホーム	事業 種別	共同生活援助
所在地	〒 061-1106 北広島市西の里南1丁目4-7		
電 話	011-375-3820		
F A X	011-375-3821		
E-mail	hrkanri@seip.net		
URL	http://seip.net/		
施設長氏名	荒木 雄二		
調査対応ご担当者	服部 聡 (所属、職名：サービス管理責任者)		
利用定員	27 名	開設年	平成 24 年 2 月 1 日
<b>基本理念・基本方針：</b> 1. 基本理念 ○私たちは、障がいのある人も、ない人も、共に生き、共に働くことを合言葉に、利用者一人ひとりの尊厳と権利を大切に、利用者が生きがいと希望をもって、自立した生活と社会参加ができるよう、支援を行います。 ○私たちは、社会地域を構成する一員としてその責任と役割を自覚し、地域における福祉の充実・発展に貢献する事業活動を行います。 ○私たちは、社会福祉事業の担い手として、社会規範を守り、常に福祉サービスの向上を目指すとともに、経営基盤の強化を図り法人の健全な発展と、ここで働くすべての人の幸福の増進に努力します。			
2. 基本方針 (行動規範・利用者の人権に関する指針・利用者の虐待防止に関する指針 別紙)			
<b>施設・事業所の特徴的な取組：</b> エルフィンホームでは、さまざまな障がいを有する方々に個々のプライバシーを尊重しつつ、日々の生活においてそれぞれの障がい特性に応じた適切な支援の提供を通じ、それぞれの入居者が自立した生活を送ることができるよう積極的な支援に努めるとともに、生活の質の向上を図るため、地域交流など社会参加へ向けた様々な取組みを行っています。			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期)		0 回	(平成 年度)
開所時間 (通所施設のみ)			

**【当該事業に併設して行っている事業】**

○児童自立援助ホーム (定員5名)

【利用者の状況に関する事項】（平成29年 9月 1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	4名	5名	1名	2名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
3名	3名	1名	1名	2名	4名
					合計
					26名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	名	1名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	2名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	1名	名	名	名
肢体不自由	2名	6名	2名	名	1名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	1名	1名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	名	名	名	名	名
合計	3名	10名	4名	名	1名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
3名	7名	3名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	2名
合計	名	名	2名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	1名	2名	名	3名	2名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
18名	名	名	名	名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間: 4年)

【職員の状況に関する事項】(平成29年 8月 1日現在)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	サービス管理責任者	生活支援員	世話人
常勤	3名	1名	1名	1名	名
非常勤	13名	名	名	1名	12名
	事務員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	0名 ( 名)
介護福祉士	0名 ( 名)
	名 ( 名)
	名 ( 名)
	名 ( 名)

(非常勤職員の有資格者数は ( ) に記入)



【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合（ えぞりす ）

(1) 建物面積	321 m <sup>2</sup>		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	24年	2月
(4) 改築年	平成	年	

○成人施設の場合（ かわせみ ）

(1) 建物面積	315 m <sup>2</sup>		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	24年	2月
(4) 改築年	平成	年	

○成人施設の場合（ クローバー ）

(1) 建物面積	231 m <sup>2</sup>		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	24年	2月
(4) 改築年	平成	年	

### 【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 28 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

1 人

#### ・ボランティアの業務

- ・家庭菜園において農業経験者からの苗の贈呈と植え付け指導の受け入れを行ったところ
- ・ボランティアカーニバルにて道都大学生徒のボランティア受け入れ

### 【実習生の受け入れ】

・平成 28 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 \_\_\_\_\_ 人

介護福祉士 \_\_\_\_\_ 人

その他 \_\_\_\_\_ 人

### 【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

- ・月に一度の自治会懇談会などを通して利用者からの意見収集および意見交換を行っている。この取り組みを通じ、施設行事（社会見学、レクリエーション等）や地域交流などに利用者の提案や意見を活用している。
- ・計画策定やモニタリングの時期を活用し、利用者からの各種相談や生活面における意見等の聞き取りを行っている。
- ・各施設に苦情相談箱の設置や第三者委員の掲示を行い、苦情や要望を吸い上げ利用者支援の向上に努めている。
- ・生活状況や作業状況について、また必要に応じ都度面談等を行い、関係施設と連携を図りながら個別支援を行い問題解決に取り組んでいる。
- ・日々の世話人会議の実施により支援員と世話人間の情報共有を図り、利用者の状況把握や意見収集に努めている。

### 【その他特記事項】

## 北海道リハビリー 行動規範

この規範は、社会福祉法人北海道リハビリーの全ての役職員が、法人の基本理念を共有しながら、その具体的な実現のために、常に心がけ日々行動することを目的として定めるものです。

### 私たちの基本姿勢

- 1 利用者をはじめ、法人の事業活動に関わる全ての人の尊厳と基本的権利を重んじ、障がいの有無や程度、性別、年齢、人種、国籍、宗教、思想等を理由とした差別をしません。
- 2 公共性・公益性の高い法人として、その社会的な責任と使命を常に自覚して行動します。
- 3 あらゆる事業活動において、社会倫理に則り、関係法令及び法人の規程等を遵守して行動します。
- 4 法人の正当な利益に反する行為、または、法人の信用を傷つける行為を一切行いません。

### 利用者との関係

- 1 私たちは、利用者的人格と主体性を尊重し、常に公平で心のこもった対応をします。
- 2 私たちは、いかなる理由があっても、利用者に対する差別的な発言や行動をしません。
- 3 私たちは、利用者に対する身体的、心理的、経済的等の、あらゆる虐待行為を行わず、見逃しません。
- 4 私たちは、常に支援者としての自覚をもち、専門的な知識と技術の向上を目指して努力します。

### 地域社会との関係

- 1 私たちは、地域社会の一員として、様々な機会を通じて、地域福祉の向上に努めます。
- 2 私たちは、事業活動による環境への影響に配慮し、資源の有効活用や省エネルギーの推進に努めるとともに、常に環境保全を意識して行動します。
- 3 私たちは、市民社会の秩序や安全に脅威を与える反社会的勢力・団体に対しては、断固たる行動をとります。

## お客様や取引先との関係

- 1 私たちは、事業活動により提供する製品やサービスの安全性と品質に対する配慮を怠りません。
- 2 私たちは、お客様や取引先との関係を常に透明かつ公正なものとし、誠実に取引を行います。
- 3 私たちは、取引先等との職務に関連して、便宜の供与を受けたり、社会常識を逸脱した接待や贈答品の授受は行いません。

## 法人の財産・情報の管理

- 1 私たちは、法人財産の適正な管理と有効活用に努めるとともに、法人の業務目的以外には流用しません。
- 2 私たちは、業務上のあらゆる情報の管理を徹底し、特に、役職員、利用者及びその家族の個人情報、並びに顧客、取引先の情報は、正当な目的以外に使用しません。また、在職中のみならず退職後も、所定の手続きに従うことなく開示や漏洩はしません。

## 職場における心構え

- 1 私たちは、常に挨拶と笑顔の絶えない、思いやりにあふれた明るく働きやすい職場づくりに努めます。
- 2 私たちは、職場における、報告・連絡・相談を徹底し、業務上のコミュニケーションと職員同士の絆を強めます。
- 3 私たちは、職場におけるセクシャルハラスメント、パワーハラスメント等の行為を決して行わず、見逃しません。
- 4 私たちは、常に整理整頓を心がけ、事故や怪我のない安全で安心できる良質な職場環境づくりに努めます。

## 利用者の人権に関する指針

### I 趣旨

本法人は、利用者個人が尊厳をもってその人らしい自立した生活が送れるよう、利用者の全人格を尊重し、個々が内包するあらゆる可能性を導き、自立することを主眼として、すべての職員がこれらを認識し、本指針を遵守して福祉の増進に努めることとする。

### II 人権の尊重

- (1) 利用者の障がいや個性を正しく理解し、利用者及びその家族等の基本的人権を尊重する。
- (2) 利用者の市民としての基本的な権利行使に配慮し、必要な支援を行う。
- (3) 利用者の生活及び作業上において、希望や意見が施設運営に反映されるよう努める。
- (4) 利用者の活動範囲が広がるように、ニーズの把握に努め、適切な支援を行う。
- (5) 利用者の主体的活動については、その意向を尊重し、必要な支援を行う。
- (6) 利用者の健康管理及び事故防止等には、最大限の配慮と支援を行う。

### III プライバシーの保護

利用者それぞれのプライバシーが尊重されるよう、次に掲げる事項を基本として定める。

- (1) 利用者及びその家族の個人情報、法の下に保護されるべき私的利益ないし権利であり、これを尊重する。
- (2) 施設利用に関しての利用者の個人情報は、事業所がその責任において保護・管理する。
- (3) 業務上における利用者の個人情報は、各部署で保護・管理し、その責任は所管の責任者とする。
- (4) 利用者の個人情報を業務上取り扱う場合は、所管の責任者の指示、許可を受けるものとする。その主なものは次のとおりとする。
  - ① 個人情報の撮影、複写、録音、搬出、移動等
  - ② 個人のプライバシーに関わる居室等の立ち入り又は見学等。
  - ③ その他個人情報事項の保護・管理上必要と認められる場合。

### IV 人権の擁護

利用者の人権等を厳守し、その侵害を防止するため、次に掲げる事項を定めてこれを厳守する。

- (1) 利用者に対する職員の体罰等は、厳にこれを禁止し、すべての職員がこれを遵守するものとする。
- (2) 体罰とは、物理的行為によって身体に侵害を加える場合、又は社会通念上認められない精神的・肉体的苦痛を生じさせるものをいう。

## 利用者への虐待防止に関する指針

### 1. 趣旨

本法人は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、利用者に対する虐待の禁止、虐待の予防及び早期発見のための措置等を定め、すべての職員がこれらを認識し、本指針を遵守して、福祉の増進に努めることとする。

### 2. 虐待の定義

虐待とは、職員等から利用者に対する次のいずれかに該当する行為をいう。

#### (1) 身体的虐待

利用者の身体に外傷を生じ、若しくは生じる恐れのある行為を加え、または正当な理由なく利用者の身体を拘束すること。

(蹴る・殴る・たばこを押しつける・熱湯を飲ませる・食べられないものを食べさせる・食事を与えない・戸外に閉め出す・部屋に閉じ込める・縄などで縛る等)

#### (2) 性的虐待

利用者にわいせつな行為をすること、または利用者をしてわいせつな行為をさせること。

(性交・性的暴力・性的行為の強要・性的雑誌やDVDを見るように強いる・裸の写真や映像を撮る等)

#### (3) 心理的虐待

利用者に対する著しい暴言、著しく拒絶的な対応または不当な差別的言動、著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

(「そんなことをすると外出させない」など言葉による脅迫・「何度言えばわかるの」など心を傷つけることを繰り返す・成人の利用者を子ども扱いするなど自尊心を傷つける・馬鹿にする・無視する・他者と差別的な対応をする等)

#### (4) ネグレクト

利用者を衰弱させるような著しい減食または長時間の放置、前三項に掲げる行為と同様の行為の放置、利用者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

(自己決定といって放置する・失禁をしていても衣服を取り替えない・栄養不良のまま放置・病気の看護を怠る・話しかけられても無視する・拒否的態度を示す等)

#### (5) 経済的虐待

利用者の財産を不当に処分すること、利用者から不当に財産上の利益を得ること。(利用者の同意を得ない年金等の流用など財産の不当な処分)

### 3. 虐待防止委員会の設置及び虐待防止に関する責務等

虐待の防止及び早期発見への組織的対応を図ることを目的に、次のとおり虐待防止委員会を設置するとともに虐待防止に関する責任者等を定めるなど必要な措置を講ずる。

#### (1) 虐待防止委員会

① 委員会の委員長は、常務理事とする。

② 委員会の委員は、事務長、自立支援・相談室長、各事業所管理者(施設長)とする。

③ 委員会は、年1回以上、委員長が必要と認めた時に開催する。

また、必要に応じて本法人監事、苦情相談委員等を委員会に招聘し、助言等を得ることとする。

④ 委員会の審議事項等

・職員の意識を高める掲示物等に関すること。

- ・基本理念、行動規範等、職員への周知に関する事。
- ・職員の人権意識を高めるための研修計画の策定に関する事。
- ・職員が支援等に関する悩みを相談することのできる相談体制に関する事。
- ・虐待防止、早期発見等に向けた取り組みに関する事。
- ・苦情解決制度、第三者評価、成年後見制度の活用に関する事。
- ・虐待発見時の対応に関する事。
- ・その他人権侵害、虐待防止等に関する事。

⑤ 委員会の事務局は、総務課に置くこととする。

#### (2) 虐待防止に関する責務等

①虐待防止に関する統括は事務長が行い、責任者は各事業所管理者（施設長）とする。

②虐待防止に関する責任者は、本指針及び虐待防止委員会で示す方針等に従い、虐待の防止を啓発・普及するための職員に対する研修の実施を図るとともに、成年後見制度の利用支援、苦情解決体制の活用など日常的な虐待の防止等の取組みを推進する。

また、責任者は虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、虐待の早期発見に努めなければならない。

なお、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

### 4. 虐待の早期発見等への対応

#### (1) 虐待の早期発見

虐待事案は、虐待を裏付ける具体的な証拠がなくても、利用者の様子の変化を迅速に察知し、それに係る確認や責任者等への報告が重要である。

また、地域で生活している利用者のサービス利用時等の様子にも配慮し、疑いをもたれる場合には、家庭訪問や相談支援事業者との連携、さらには、行政への通報を含め迅速に対応することが必要である。

なお、虐待とは利用者の権利侵害する些細な行為から虐待へとエスカレートすることを認識し、平素から、責任者等は、利用者・保護者、職員とのコミュニケーションの確保を図り、虐待の早期発見に努めることとする。

#### (2) 虐待発見時の早期対応

虐待もしくは虐待が疑われる事案を発見した場合には、利用者の安全・安心の確保を最優先に、誠意ある対応や説明をすること及び利用者や家族に十分に配慮すること、また、被害者のプライバシー保護を大前提としながらも、対外的な説明責任を果たすことなど、速やかに組織的な対応を図ること、また、行政に通報・相談することとする。

さらには、発生要因を十分に調査・分析するとともに、再発防止に向けて、組織体制の強化、職員の意識啓発等について、一層の徹底を図ることに努めることとする。

### 5. 職員等が留意すべき事項

職員等は、北海道リハビリ—基本理念及び行動規範に掲げる利用者の人格を尊重することを深く認識し、虐待を防止するために次に掲げる事項に留意することとする。

虐待事案の発生は、利用者の生命と生活を脅かすことのみならず、社会福祉法人・事業所としての社会的な信頼を著しく損なうこと、そして、その後の事業経営において大きな困難を抱えることになる問題として十分に認識する必要がある。

#### (1) 意識の重要性

- ・障がいの程度等に関わらず、常に利用者の人格や権利を尊重すること。
- ・職員等は利用者にとって支援者であることを強く自覚し、利用者の立場に立った言動を心がけること。
- ・虐待に関する受止め方には、利用者による個人差や性差などがあることを、絶えず認識すること。

(2) 基本的な心構え

- ・利用者との人間関係が構築されていると、独りよがり思い込まないこと。
- ・利用者が職員の言動に対し虐待であるとの意思表示をした場合は、その言動を繰り返さないこと。
- ・利用者本人は心理的苦痛を感じていても、重度の重複障がいなどからそれを訴えたり、拒否することができない場合もあることを認識すること。
- ・職員同士が話しやすい雰囲気づくりに努め、虐待とみられる言動について、職員同士で注意を促すこと。
- ・虐待（疑い）を受けている利用者について見聞きした場合は、利用者の立場に立って事実確認や懇切丁寧な相談支援を行なうとともに、責任者に速やかに報告すること。
- ・職場内の虐待に係る問題や発言等を個人的な問題として処理せず、組織として良好な職場環境を確保するための契機とする意識を持つとともに、責任者への速やかな報告は職員等の義務であることを認識すること。

(附 則)

この指針は、平成24年9月1日から施行する。



## 評価細目の第三者評価結果

### 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	コメント
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	理念は、平成28年度において見直しの際に、各会議で職員、世話人等への説明が行われている。また改定された理念は、グループホームを運営するエルフィンホームの「クローバー」「えぞりす」「かわせみ」のそれぞれに揭示されている。基本方針は利用者伝えやすいように文書「利用者ファースト」として掲示している。平成29年度の会議では、全職員に対して、理念・基本方針の再確認が行われている。利用者へは自治会での説明が行われている。

#### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
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	事業経営をとりまく環境と経営状況は、法人内の各福祉事業所の利用者ニーズから把握している。また、北広島市以外からのグループホーム利用希望のデータを定期的に把握し、利用者ニーズを分析している。
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a	経営課題として、利用者の高齢化等に対応するため、「将来委員会」を設置し、様々な課題への具体的な取組を検討している。エルフィンホームとしては、現在、運営している3つのホームの安定経営のためにも収益の確保は重要と捉えている。道東などの遠隔地にある特別支援学校卒業生の利用も視野に入れて、生徒・教職員の見学を受け入れている。

#### 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。			
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	中・長期的なビジョンとしては、第3期経営推進中期計画（H28年度～H30年度）に落とし込んでいる。エルフィンホームは平成24年2月に、法人内の新事業体移行に伴う入所施設利用者の受け皿として、グループホーム・ケアホーム一体型事業所の3ホームが開設され現在に至っている。中期計画では、グループホームを希望する利用者に対応するために、新ホームの建設が計画され、平成29年9月に完成している。また、計画には利用者の障がい特性やニーズに的確に対応するため研修等による職員の援助技術向上が謳われている。

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	中期計画を踏まえた平成29年度事業計画には、グループホームの建築工事着工と円滑な運営開始（平成29年9月完成引き渡し）、地域会議や町内会活動等への積極的参加、利用者の意見や障がい特性を見極めた個別支援の実施、適切な個別支援の為に研修と勉強会の実施、新設グループホームへの見学や利用希望者の積極的な受け入れが盛り込まれている。
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	事業計画の策定は、毎年11月に上半期の現況を確認し、本部への報告が行われている。その現況分析から問題点を把握し、それを踏まえ、翌年1月から次年度の事業計画の策定が開始されている。世話人会議から意見が集約され、事業計画に反映させている。事業計画書の作成は、地域福祉推進室にて室長・課長・支援員の3名が随時、意思疎通を図りながら練り上げている。事業計画は冊子に製本され、正職員への配付、世話人・夜警員への回覧が行われている。世話人には、会議で日常業務に関係する箇所を伝えている。
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	利用者へは自治懇談会で事業計画の概略と今年度の重点取組等について、分かり易くかみ砕いての説明を心がけて理解できるようにしている。

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	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。			
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	世話人の援助技術向上がサービスの質向上に不可欠と考え、世話人会議で具体的な指示を出している。平成28年度に第三者評価基準を使用した自己評価を管理職・支援員が実施後、サービス向上のために「チェックリスト」を作成した。この他、評価基準の捉え方が職員間においてまちまちであるため、同じ事象でも同じ評価にならない問題が判明した。年度サイクルのPDCAとした連続した質の向上に期待したい。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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	平成28年度に実施した自己評価においては、評価基準の捉え方に職員間で差がでたことから、評価基準の理解する取組を検討している。グループホームとして福祉サービスの質向上に役立たせるために平成29年度初めて第三者評価を受審し、PDCAサイクルを強化することで、福祉サービスの質の向上を目指している。

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	コメント
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	グループホームを管轄する地域福祉推進室は、平成29年4月より室長の他に課長職を配置、管理職は2名となった。「社会福祉法人北海道リハビリ組織図」「福祉専門職員構成図」「地域福祉推進室業務分掌」「消防計画」等において、管理者の役割と責任が明示されている。管理者は、利用者との接点が多い世話人に対して、日々の会議において支援に必要な情報を提供するとともに、支援に関する適切な指示を出すことで世話人個々の成長を促している。
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。	a	管理者は、研修に参加し、遵守すべき法令や制度の正しい理解や改正点の早期把握を行っている。また、世話人会議で法令遵守に必要な情報を適時提供している。職員に対し研修会の情報を提供するとともに、研修への参加を促している。
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。	a	管理者として、世話人には利用者の自立を損なわない支援を指導している。利用者への福祉サービスの提供は、公平性と公開性が必要と考えている。利用者が自分の受けるサービスで納得がいかない場合は、室長の説明責任と自負している。現在までは支援員・課長レベルで対応できている。
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。	a	エルフィンホームとしては、経営改善のために、新ホームの増設も行ったが、現在入所している利用者抜きに考えてはいない。年度計画途上であっても、高齢化による利用者の自立度低下に対応するため、玄関に手すりを追加する等、グループホーム運営の実効性に指導力を発揮している。

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。			
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	平成28年度より、改正社会福祉法の趣旨に対応するため、職員の処遇及び職場環境改善に向けた検討と取組が行われている。具体的には、人事考課制度に基づく新たな給与制度の構築による職員の処遇改善の実施、職員の定年退職時期を誕生日から法人年度末への変更、指定休日の2日増加が行われている。特に新人確保のために初任給アップが実施され、現職員の給料も見直しが図られている。グループホーム勤務の世話人に関しては、定年の延長も検討中であり、人員の確保に努めている。
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人で人事管理が行われ、平成28年度より、人事考課制度の見直しと変更が行われている。定年退職後の再雇用制度が活用されている。国が人生90年代を前提とした「元気な高齢者が働ける社会」を検討していることもあり、世話人においては70歳で雇用打ち切りだった規程の上限変更が検討されている。エルフィンホーム職員に占める世話人の比率と役割の重要性を再認識して、世話人を個別職員の研修計画に組み入れて総合的な人事管理の一環とすることが期待される。

<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	<p>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。</p>	<p>a</p> <p>職員の就業状況や意向を把握するために、管理職と世話人も含めた職員との面談が年2回行われている。面談等では本人の意向を聞くとともに、法人の求める資質等について説明し、意思の疎通を図ることで働きやすい職場づくりに努めている。有給管理が行われており、世話人は、ほぼ100%取得している。</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	<p>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。</p>	<p>b</p> <p>人事考課制度に基づき、職員一人ひとりが目標を設定し、管理者がその目標達成のための指導・支援を行っている。その達成度合いを評価しているが人事考課と職員一人ひとりの研修計画とは同一ではない。グループホームの職員は一人で行う時間が殆どの仕事である。OJTは短い期間であり、日々の会議における伝達のみでは個々の世話人の成長を図ることが難しい。世話人も専門職であるという自覚を持てる目標設定が期待される。</p>
18	<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。</p>	<p>b</p> <p>研修委員会において職員研修計画が立てられており、平成29年度事業計画書には、研修の基本方針・目的が明示され、主な参加予定研修が記載されている。職員研修計画は、階層別・経験年数別・職種別等の内部研修が設けられている。パート勤務である世話人職が、労働時間を超えて外部研修等へ参加することは、シフト調整や本人都合もあり難しい。世話人職にも必要な研修内容は会議において伝達している。グループホーム業務には欠かせない支援の担い手として、世話人を専門職として担保できる職種別の研修体系に組み入れ、加えて個別の計画を作成することが期待される。</p>
19	<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。</p>	<p>b</p> <p>職員一人ひとりの教育・研修の機会として、研修開催の情報が逐次提供されている。エルフィンホームでは、日常業務においてのOJTや会議を通して、知識や技術水準を高めている。この取組みを次年度の研修計画として評価見直しできるように、個々の職員・世話人の研修計画へと繋がることを期待したい。</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>		
20	<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>b</p> <p>法人では実習生の受け入れがあり、グループホームの共用箇所の見学・説明が行われている。グループホームは利用者の生活の場であり、プライバシー保護の観点により事業所として実習生を受け入れる積極的な取組は行なわれていない。グループホーム独自の実習生受け入れマニュアルの作成が期待される。</p>

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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	「エルフィンだより」が発刊され、利用者・家族、関係機関等へ配布されている。北広島市社会福祉協議会主催のパネル展では、北広島リハビリーとしてポスター右下に「エルフィンホーム」の写真等を掲載している。苦情については、事業報告書に苦情内容と苦情処理状況が記載され公開されることになっており、他事業所の報告がホームページに掲載されている。エルフィンホームとして、グループホーム運営の理解を得るには、法人サイドの情報に留まらないホーム運営に関わる相談や苦情等の公表にも期待したい。
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	法人組織図等で会計責任者が明確にされている。経理規程において経理事務範囲や会計処理基準が明確にされている。法人本部の監査担当者による内部監査が半年ごとに実施されている。監事監査指針に定める監事監査が四半期ごとに行われている。顧問税理士による税務監査が決算時と必要の都度行われている。また、平成29年度からは、監査法人による外部監査が導入されている。新ホームの建設は、公開入札により業者選定が行われている。

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。			
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	利用者と地域との交流を広げるための取組として、情報提供や個別の支援を行っている。地域との交流やお世話になっている方々に感謝する場として、「ボランティア・カーニバル」を毎年度、法人をあげて実施し、北広島市内外から千人を超える来場者を迎えている。利用者にとっては旧知の人々と再会できる機会にもなっている。エルフィンホーム自治会ではプライドポテトの販売が盛況だった。お釣り銭の一覧表を作成して、利用者が地域交流の場として活動しやすい工夫をしている。
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	グループホームは生活の場であるためホーム内にボランティアを受入れることはなかったが、平成29年度から農園「エルフィンファーム」へボランティアの受入れを始めた。苗の寄贈や作物の育成が手掛けられ、利用者も畑の草取り等に参加するようになった。自分たちの寝起きするホームの側で育てて収穫する楽しみを持てるようになった。農園ボランティアは、過去に利用者との間わりがあり信頼関係がある。今後は、思いがけないトラブルや事故回避のために、エルフィンホームとしてのボランティア受入れマニュアルの整備が期待される。
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	地域福祉連携室としてグループホームに必要な社会資源はもとより、利用者が地域移行後に関係する機関のリストを事務室に備えている。関係機関との連携は、利用者の家族も含めて尽力した事例がある。

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 グループホームとして持てる機能を地域に還元している事例としては、課長職が近隣地域における「西の里地域たすけあい会議」の立ち上げ時から主要な活動を担っている。また、町内会の災害時に搬入する備品をホーム物置に据え置くことで、夜間対応できるように便宜を図っている。
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 地域ニーズの把握は、法人幹部職員が北広島市地域福祉計画に参画しているほか、各種会議等で情報収集している。エルフィンホームを管轄する地域福祉推進室は、地域福祉の課題は、近隣住民の高齢化と、そこに障がい者が潜在していることであると認識している。具体的な活動は、地域の夏祭り等の会場設営と撤去に職員を派遣している。高齢化した町内会役員から感謝の声があり、今後の公益的な活動を検討するうえでのニーズを聞き取る機会にもしている。

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	コメント
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	利用者を尊重する姿勢を理念に示している。「北海道リハビリ行動規範」には、利用者の人権や虐待に関する指針が明記されている。同様に「世話人マニュアル」には心構えとして記載されている。職員は、会議や内外の研修を通して、障がい理解に努めている。世話人業務として、お茶の入れ方等に至るまでの利用者個別対応資料を作成、実践することで利用者個々を尊重することを学んでいる。
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。	a	利用者のプライバシー保護など権利擁護については、「利用者の人権に関する指針」を職員・世話人へ周知している。居室、浴室、トイレは施錠ができるようになっており、プライバシーが確保されている。居室は利用者個人の家と捉え、職員が許可なく入室することがないように徹底されている。

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。	b 法人のホームページやパンフレットに「エルフィンホーム」が紹介されている。見学、体験入所も随時受け付けている。資料として小冊子「入居者の生活について」を準備し、生活していく中での取り決めが記載されている。ホームの写真は、建物外観のみのため、ホーム内や居室の様子、サービスの特色が不明である。他のグループホームと比較しても選ばれるような積極的な情報提供が期待される。
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 サービス利用開始の際は、希望者が体験入所を経験した上で、利用者の自己決定を尊重している。小冊子「入居者の生活について」や体験用の利用料説明書が用意されている。障がい特性に応じて、利用者が理解できるように筆談・手話等も用いて説明されている。サービス内容の変更時には、利用者本人に説明し同意を得ている。
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 利用者本人からホーム退所の希望があった際は、その後の生活環境が大きく変わるため、事前に関係者が集まり十分な協議を行い、慎重に進めている。直近のケースでも、健康面も含めて必要な支援を行っている。サービス終了後も継続した支援を行うことを口頭で説明している。利用者にとって、より確実で安心したサービス継続のために、具体的な連絡先等を記載した文書を退所する際に渡すことが期待される。
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。	a 「内線番号表」が食堂に掲示され、いつでも直接、支援員と連絡が取れる体制を整えている。携帯電話を所持している利用者も多く、連絡先を登録してもらうことで公共交通機関利用時のトラブル等へ迅速に対応している。また、朝夕の時間を利用して、支援員が利用者とは直接話ができる機会を設けている。利用者からは食に関する声を聞くことが最も多いため、社会見学旅行等では、食の充実に重点をおいて、利用者が満足できるものを提供している。

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。		
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。	<p>b</p> <p>苦情解決の仕組みとして、表題「施設サービスに関する苦情のお申し出について」が第三者委員への連絡先とともにホーム内に掲示されている。苦情については、事業報告書に苦情内容と苦情処理状況が記載され公開されることになっており、他事業所の報告がホームページに掲載されている。苦情解決の仕組みがより機能するためには、苦情がないことも含めた状況の公表が望まれる。</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。	<p>b</p> <p>利用者が意見を述べる方法として、意見箱の設置、給食アンケートの実施、自治会懇談会など複数の環境を整えている。相談を受ける際は、プライバシーに配慮し、利用者本人の希望に沿った場所で実施している。相談や意見を述べる相手は選択できるが、そのことが十分伝わるようにするために文書化することが望ましい。</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。	<p>a</p> <p>苦情に至らない日常の利用者からの相談や意見に対して、組織的に対応するために「苦情相談委員設置規程」を援用している。苦情のほか、相談を受けた際の手順や記録、対応について定めている。利用者には、苦情解決の流れのフロー図や「苦情の申し出について」を掲示し周知されている。日々の生活の中で、職員が利用者とのコミュニケーションをとり傾聴から意見を聞き取ることで、苦情に至る前の対応となっている。直近では、朝食時間を早めてほしいとの意見に対応した。</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。	<p>b</p> <p>法人本部に安全衛生委員会が設置され、事故発生時の緊急連絡網が夜警室等に掲示されている。世話人会議時に、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。平成28年度、各ホームに設置した防犯カメラの映像を分析し、不審な車両の発見につながった。平成29年度には新規開設ホームの管理に向け、事故防止チェックリストを作成した。今後は、ヒヤリハットの活用などを通して、ホーム運営リスクの分析に期待したい。</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。	<p>a</p> <p>世話人は「世話人清掃マニュアル」を用いて統一した清掃、消毒を行い衛生管理に努めている。また、「感染症マニュアル」「衛生管理マニュアル」を備えている他、写真で図式化した「ノロウイルス拡散防止のための安全な吐しゃ物処理方法」を年1回実技講習を実施している。</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。	<p>b</p> <p>「消防計画」に基づき、「総合防災対策ファイル」に非常時の連絡体制、備蓄品リストが明記されている。備蓄品リストには、非常食の一覧と3日分の使用内訳、賞味期限も記載されている。また、災害発生時の時間別任務分担も決められている。地域との災害時相互協力体制は構築されているので、利用者の安全確保のためには、地域との訓練の実施を期待したい。</p>



## Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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	標準的な支援マニュアルとして「世話人マニュアル」が作成され、権利擁護やプライバシーの保護を含め、統一した目線で支援ができるよう記載されている。「世話人マニュアル」はいつでも閲覧できるように、台所に常備されている。毎日の世話人会議で、食事、入浴など生活全般に対してマニュアルに沿った支援が実施されているかを確認している。
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	サービスの標準的な実施方法は、世話人会議を中心に検証、見直しを行っている。個別の支援内容に変更があった際は、個別支援計画に反映させて世話人に周知している。
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b	「アセスメントシート」には日常生活や健康、金銭管理など6項目について現状、本人の希望、現在の支援内容が記載されている。サービス開始時にはアセスメントをもとに、サービス管理責任者を中心として関係職員による支援計画が作成されている。支援計画は、利用者本人の意向に重点を置き、目標達成の意欲を持たせるように作成されている。心身の状態が変化した場合も支援計画に反映しているが、基本となるアセスメントに記載されていない。また、フェイスシートの見直し時期、書式など統一されたルール作りに期待したい。
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b	半年に一度、利用者と面談をして長期・短期の目標設定や意向を把握している。目標設定は本人の意向が重視されており、サービス管理責任者を中心に世話人など関係職員がモニタリングを行っている。支援計画は、目標達成に向けた課題が明示され、支援内容・本人の取組が記載されている。また作成された支援計画は本人・家族に説明し同意を得ているほか、関係職員にも周知され、日々の支援に活かされている。上記項目同様、書式など統一されたルール作りによる見直しにも期待したい。
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	世話人が行う日々の支援は「世話人用・利用者記録簿」に、夜警職員は「夜間支援従事者用・利用者記録簿」に記載され、職員間で共有されている。利用者個人の記録は、職員が電子データで記録している。また、毎日の世話人会議で情報の共有化が図られ、会議録は回覧されている。
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	「個人情報保護規定」「特定個人情報取扱要綱」のもと、個人情報保護、情報開示についての管理体制が整っている。個人情報に関する資料は鍵付書庫に適切に保管されている。