

令和6年度 福祉サービス質の評価結果（共同生活援助グループホームイース）

※すべての評価細目（45項目）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。

※上半期・下半期で実施する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

解答者 宮國 寛次

Ⅰ-1 理念・基本方針

	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・b・c	理念・行動指針は全体会議で周知できている。

Ⅰ-2 経営状況の把握

	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・b・c	全体会議での売上及び経費の共有し、把握している。
[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・b・c	改善点を共有し、経費の使い方の見直し・削減など取り組んでいる。

Ⅰ-3 事業計画の策定

	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・b・c	年間計画を立て、実行している（見直しあり）
[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・b・c	事業計画・業務改善に沿ってサポート体制の見直しを行った。
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・b・c	目標を設定し取り組んでいる。
[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・b・c	今年度の目標や計画等はミーティングで説明し全員周知している。

Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	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。	a・b・c	助言やアドバイスをもらい実践している。
[9] I-4-(1)-② 評価結果に基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。	a・b・c	月1回から二回ミーティングを行い、情報共有・業務改善を実施している。

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

	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理解を図っている。	a・b・c	各スタッフが自分の役割や責任を理解し、行っている。
[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・b・c	理解しているが理解するための取組みは行っていない。
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持ち、その取組に指導力を発揮している。	a・b・c	これまでなかった、日々のメニュー表を作成し、食事の質の向上を図っている。また支援記録を午前と午後に分けて記録している
[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・b・c	情報共有とグループホームの方向性の確認を行っている。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

	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・b・c	人材の確保はしているが、定着に関する具体的な計画・取組みは確立していない
[15] Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c	人事評価や到達目標等は提示していない
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・b・c	希望に合わせ、休日や勤務時間など本人と調整を行っている。
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・b・c	ミーティングの中で話し合い取り組んでいる
[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・b・c	計画が作成していないが、研修情報があれば本人の意向を含め参加を促している。
[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・b・c	研修等に合わせた時間を調整し自主的に参加できる体制を整えている。
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。	a・b・c	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成の体制は整備していないし取組みも行ってない

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

	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。	a・b・c	ホームページに公開している。
[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・b・c	会社全体のミーティングを行っている。

## II-4 地域との交流、地域貢献

		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・b・c	今年度は取組みをおこなっていない。
[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・b・c	ボランティア受入れに対する基本姿勢もないし、体制も確立していない
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・b・c	訪問看護・病院など関係する機関と連携を回り、情報共有や調整など行っている。
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・b・c	地域の方（利用者）が必要とあれば積極的に受け入れをしている。
[27]	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c	公益的な事業・活動は特に行われていない。

## 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

		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持つための取組を行っている。	a・b・c	年二回、個人面談を行い、個別支援計画を行っている。
[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・b・c	利用者個人の部屋を無断で入る事など、プライバシーの保護には十分気を付けている
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・b・c	入居者希望者には、見学や体験を行っている。その他にもパンフレットを配布し説明している。
[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・b・c	契約時に、本人や家族などに具体例などをあげ、説明している
[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。	a・b・c	相談員と情報の共有をしながら、その人にあつた対応を行っている。
III-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。			
[33]	III-1-(3)-① 利用者満足度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・b・c	個別で話を聞き（面談）利用者のやりたい事・困りごとなどを聞き出し、実現に向け取組を行っている。
III-1-(4) 利用者が意見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・b・c	窓口や解決責任者を配置しており、入居時説明に周知を行っている。
[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・b・c	普段から、スタッフとの対話などコミュニケーションを図っている。
[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・b・c	意見や要望に対し、本人の意見に耳を傾け、出来るだけの対応を行っている。
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。	a・b・c	プロジェクトチームを中心にリスクマネジメントを会社全体で取り組んでいる。
[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・b・c	マスク・アルコールの常備、感染時には食事の個別対応を行っている。
[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・b・c	年2回、避難訓練を実施し、避難経路を掲示板に掲載している。

### III-2 福祉サービスの質の確保

		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・b・c	契約書の内容やグループホームのルールを細かく説明を行っている。
[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・b・c	月2回ミーティングで見直している。
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 アセスメントに基づき個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・b・c	計画書を作成している。
[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。	a・b・c	半年に一度、継続、変更、見直しを行っている。
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・b・c	日々の日中活動内容・食事チェックメモの記録やミーティング等で、確認及び共有を行っている。
[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・b・c	日中活動内容・食事チェックメモの記録はファイルにまとめ管理している。