

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

### ②施設・事業所情報

名称：いきいきホーム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：杉浦伸枝	定員（利用人数）：18名（18名）	
所在地：愛知県豊橋市高師町字北原1番地107		
TEL：0532-61-3530		
ホームページ： <a href="http://tf-jigyokai.org/grouphome/">http://tf-jigyokai.org/grouphome/</a>		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成18年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人豊橋市福祉事業会		
職員数	常勤職員：5名	
専門職員	（所長） 1名	（世話人） 4名
	（管理者） 1名	（生活支援員） 5名
	（サービス管理責任者） 1名	
施設・設備の概要	（居室数） 20室	（設備等） 台所、洗面所、浴室、
		居間（食堂）

### ③理念・基本方針

#### ★理念

- ・法人 地域の中でいきいきと生活するために
- ・施設・事業所 ふつうに 自分らしく みんなと暮らす

#### ★基本方針

障害者が「地域の中でいきいきと生活するために」、利用者一人ひとりの状況に応じた「個別支援計画」に基づき生活支援する。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

〈特に力を入れていること〉

- (1) 虐待の防止
- (2) 障害者問題は人権問題ととらえ支援していく
- (3) グループホームは利用者にとって『自分の家』
- (4) グループホームは一人ひとりのペースで生活する場
- (5) 一人ひとりの夢の実現ために『個別支援計画』にもとづいて支援をしていく
- (6) できることを増やせるよう支援する
- (7) 生きるよろこびを感じられる支援をする
- (8) 就労はいきがいと生活費の確保をめざす
- (9) 希望される方はグループホームでの生活が続けられるよう支援する
- (10) 「問題行動」を利用者自身の発達課題ととらえ支援する
- (11) 利用者支援はチームワークがあってこそ成り立つものという認識で行う
- (12) PDCAサイクルに基づき支援の質の向上をはかる

〈アピールポイント〉

- ・開設され12年になるが、消防法の関係で事業所の3ホームのうち、2ホームが昨年新築移転した。新しいホームはバリアフリーで、豊橋市の独自事業である「やむを得ない措置」に対応できる部屋があり、緊急に入居する地域の方の受け入れ先になっている。
- ・8年前に利用者自治会「なないろ」が発足し、利用者同士が話し合い、イベントなどを企画して楽しんでいる。
- ・町内会に加入し、地域の防災訓練、お祭り等に参加している。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 6月22日（契約日） ～ 平成31年 3月19日（評価結果確定日）  【平成30年11月26日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3回 （平成27年度）

#### ⑥総評

◇特に評価の高い点

◆地域ニーズを受けて

「消防法」への対応が難しいとの判断から、既存のグループホーム3棟のうち2棟の借り上げ契約を終了して、新たに2棟を建設した。法の遵守ともなり、また快適な生活空間の提供として利用者の満足度を上げることもなった。しかしそれ以上に、地域ニーズを受けた取り組みとして地域の評価が高い。市の独自事業である「やむを得ない措置」に対応すべく、地域の障害者の緊急一時の受け入れ先として居室を用意した。市との契約により、今夏は、お盆の時期を中心に延べ12日の地域障害者の利用があった。地域の懸案であった「緊急一時の受け入れ先」が確保されたことで、地域福祉の増進に大きく寄与することとなった。

◆マニュアル、手引きの充実

標準的な実施方法を網羅した「サービス提供マニュアル」があり、一人職場での“業務のバラつき”を防止する役目を果たしている。さらに、全ての職員がどのような考えや方向性を持って支援にあたるべきかを説明した「支援のしおり」を作成して配布している。この中には、職員の詳細な職務分掌や、経験の少ない若いサービス管理責任者が円滑に業務を遂行できるよう、「正規職員がサービス管理責任者の業務を補う」こと等が盛り込まれている。

#### ◆利用者自治会と利用者への研修実施

利用者自治会「なないろ」が組織されて8年を迎え、活動が板についてきた。旅行等のイベントを企画し、行先等を話し合いで決めている。また、法人や事業所からの連絡事項を、それぞれのホームの自治会代表を通じて伝えるなど、組織的で自主性を尊重した取り組みを支援している。学習支援としては、「日記を書く(=文字を書く練習)」や「小遣い帳の作成」などを行っているが、利用者向けの勉強会も行われている。利用者の障害の程度を基準に2つのグループに分け、外部の講師を招いての勉強会であり、「他者との距離感の保ち方」や「言葉の使い方」などを学んでいる。

#### ◇改善を求められる点

#### ◆地域直道を地域交流に

「事業計画」「事業概要」の中で、「支援方針」として、余暇活動支援では積極的に地域に出ていくことや、社会生活支援では社会の中で円滑な人間関係を築いて行くことを掲げ、地域との交流・連携の方向性を示している。その方針に沿って、町内清掃活動や防災訓練に職員とともに利用者が参加している。課題は、この積極的な外出支援を、如何にして地域住民のホーム来訪につなげられるかである。

#### ◆薬の管理に万全の配慮を

健康管理に関するマニュアルが用意されており、ホームのリビングにはラミネートされた手引きが複数用意され、いつでも確認できる環境である。日々のバイタルの記録としては、体重測定や検温、血圧、排便記録、食事摂取量などがあり、適切に記録されている。薬の管理は、利用者個々の壁掛けポケットがリビングに用意され、その中に薬がセットされている。服薬時は、利用者とそのポケットから薬を取り出して飲む仕組みとなっている。現在は他者の薬を飲んだり、間違った服用をすることはないものの、飲むと思えば大量の薬を一度に飲んでしまう可能性もある。「将来的なリスク」や「万が一」を考慮した対応を望みたい。

### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価の受審の度に新たな改善事項に気づかせていただき感謝しております。ご指摘いただいた薬の管理については「事故」が起きる前に対策を職員を含めて検討していきます。

来年度の事業計画については、重点項目を設定し、計画がわかりやすいものになるよう変更をさせていただきました。数値目標については、支援計画をより具体的なものにするように設定をしていきたいと思っております。実習生マニュアル・カリキュラムについては、今後の受け入れに向けて検討していきます。

法人の公益的取り組みで示されているように、地域住民のホームへの来訪を促すことができるよう取り組みを民生委員さんとも相談しながら、工夫をしていきます。身体拘束の仕組みについては万一のことも考え、マニュアルを作成していきます。

今後も利用者みなさんが地域で幸せに生活が続けられるよう努力をしていきたいと思っております。

### 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。

(別添)

# 評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(72項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

## 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

		自己評価	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。			
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。	障 1	b ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所理念である「ふつうに 自分らしく みんなと暮らす」は、5年前に利用者とともに職員が意見を出し合って考えたものである。「2018年度版 支援のしおり」や「リーフレット」にも理念が記載され、事業所内外に事業運営の方向性を示している。分かりやすい言葉で語りかけており、年間3回開催される家族会でも説明されている。			

### I-2 経営状況の把握

		自己評価	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。			
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。	障 2	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
所長(グループホーム3事業の統括責任者)が、経営協や県の知的障害者福祉協会の会議や研修に参加し、事業運営に必要な情報を収集している。法人内の施設長会が定期的に開催されており、討議や意見交換の中から有効な意見を収集している。相談支援事業所からも有効な情報を取得し、事業運営に活かしている。			
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。	障 3	a a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
これまでは、世話人の確保に大きな労力がかかっていたが、現時点では落ち着きを取り戻している。次なる課題は、「職員(世話人)の育成」であるが、サービス管理責任者と職員との年齢の逆転現象が起きており、若い管理者がどこまで職員を指導・管理できるか、期待と不安がつきまとっている。			

### I-3 事業計画の策定

		自己評価	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。			
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。	障 4	a a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
利用者アンケート、保護者アンケート、職員アンケートを実施し、その結果を参考として中・長期計画が策定されている。「中期計画(平成30年度～35年度)」は、毎年見直しを行い、事業計画の策定のための根拠(枠組み)を示している。ただ、中期計画に取り上げる項目に関しては一考を要する。福祉充実実高を持つことから、法人本部にて「福祉充実計画」が適切に策定されている。			

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。	障 5	a	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント				
「平成30年度支援のしおり」の中に「事業計画」が含まれている。「支援方針」として5項目、「支援計画」として5項目の重点項目を掲げている。しかし、これらの項目には、具体的な数値目標や取り組みの到達点が設定されていない。				
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。	障 6	a	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント				
年末に、職員による「業務改善アンケート」を実施し、その結果を次年度の事業計画に反映させている。しかし、事業計画（「支援方針」、「支援計画」）が具体的な到達目標を示していないことから、期中の進捗管理がしづらく、最終評価も曖昧さを残す結果となっている。				
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。	障 7	b	② ・ b ・ c
評価機関のコメント				
利用者自治会「なないろ」が組織されており、各グループホームの代表者が毎月集まり、様々な討議を行っている。その場を通じて、また、全利用者が集まる「なないろ」全体会で事業計画の概要を伝えている。家族には、年3回開催される家族懇談会の場で、文書を配布して説明している。また、当日欠席した家族には、家族懇談会で使用した資料を郵送し、もれなく全ての利用者・家族に情報が行き渡るよう配慮している。				

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		自己評価	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。				
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。	障 8	a	② ・ b ・ c
評価機関のコメント				
「中期計画」や「事業計画」の中の「支援計画」の重点項目に、「定期的に第三者評価を受審する」ことを明文化し、サービスの質の向上に取り組む姿勢を示している。利用者の要望に応じて、居室に内鍵を付けたリ、透明ガラスをすりガラスに変更したりした。PDCAサイクルの活用を図り、研修効果の測定、会議議事録の作成、目標管理システムの導入、利用者自治会「なないろ」での事業計画発表等、改善が進んでいる。				
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。	障 9	a	② ・ b ・ c
評価機関のコメント				
事業所としては3年に1回の第三者受審であるが、法人の他の2事業所（グループホーム）を含めると、毎年受審している格好になる。毎年の受審結果から得られた“改善の気づき”を横展開し、改善できるものは即座に対応している。				

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

		自己評価	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。			
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。	障 10	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「グループホーム体制表」が作成されており、所長の下でグループホーム3事業を統括する管理者の立ち位置が明確になっている。また、「支援のしおり」の中で、管理者としての職務内容(役割と責任)が明確化されている。管理者に着任以来、グループホーム運営の効率的運用や職員の安定的な雇用、利用者の待遇改善等に積極的に取り組んで来た。責任感が強く、部下からの信頼も厚い。			
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。	障 11	a a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
インターネットを利用したり、各種の研修に参加したりして、管理者はグループホーム運営に関する情報収集を行っている。コンプライアンスに関しても正しい知識を得て、研修等を通じて職員周知を図っている。一人職場であることを考慮すると、世話人を含む職員には知識や決断力、判断力において高い能力が要求される。研修後に、理解の度合いを確認するための検証(小テストの実施等)が求められる。			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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。	障 12	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
3年に1度、各グループホーム事業所が第三者評価を受審し、サービスの質の向上を目指している。不安定であった職員の雇用関係が安定し、職員の資質向上に取り組む体制ができてきた。懸案であったグループホームの老朽化に関しても、新棟の建設で一件落着し、利用者の満足度は向上している。			
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。	障 13	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
支援においては新棟2棟の建設により、ハード面での充実度が高まっている。ソフト面では、正規職員の時間外労働時間の短縮を目的として、職員の業務分担の見直しを行った。また、経験の少ないサービス管理責任者の業務を正規職員が補うことを明文化し、業務の円滑化を図っている。			

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		自己評価	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。			
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。	障 14	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「中期計画」の人事管理の重要項目として、「サービス管理責任者の育成」を取り上げている。有資格者の確保を目的として、必要な研修参加を実施事項としており、そのために職員には職員配置での協力を要請している。若いサービス管理責任者を育てるために、「支援のしおり」には、「職員がサービス管理責任者を助ける」ことが記載されている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	b a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
キャリアパスが構築され、法人主導で「人事考課シート」を使った人事考課が運用されている。また、非正規のパート職員に対して、自主申告制の「正規職員への登用制度」がある。しかし、職員間にキャリアパスの制度理解が進んでおらず、昇格・昇進についての明確な基準が示されていないこともあって、「職員が自らの将来の姿を描くこと」に課題を残している。			

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り組んでいる。	障 16	a	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
働きやすい職場づくりを推進し、その成果として“職員雇用の安定化”がもたらされた。法定の有給休暇に加え、厚生休暇が5日間、健康保持休暇が2日間付与される等、手厚い休暇制度が運用されており、職員の有給休暇の消化も進んでいる。ワーク・ライフ・バランスへの配慮として、育児中の職員の有給休暇の優先的な使用を認めたり、勤務時間の個人的な都合にも対応している。なお、有給休暇は1時間単位で取得できる。			
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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。	障 17	b	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
今年度からの取り組みであるが、職員一人ひとりが個人目標を設定して業務にあたっている。意欲的な取り組みの第一歩として評価できるが、課題も残っている。職員の個人目標は、可能な限り組織の目標(事業計画の重点項目)とリンクさせたい。また、期限(いつまでに)と到達目標(どこまでやるか)を明確にし、期中の進捗管理が可能な状態で取り組むことを望みたい。			
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。	障 18	a	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「中期計画」や「事業概要」(事業計画)のなかで、職員研修に関する方針を示し、「支援のしおり」に個人の研修計画を記載している。パート職員も年間3回開催される集合研修に参加することができる。研修履修後には、必要に応じて「復命書」と「研修報告」の提出を求めている。履修1ヶ月後には研修効果の検証が実施され、管理者のコメントの記載があった。			
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。	障 19	a	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員一人ひとりに研修計画が作成され、研修機会は十分にある。法人が「資格取得奨励制度」を設けており、特定の資格を取得しようとする職員には、最大10日間の資格取得特別休暇(有給休暇)が付与される。事業所では、サービス管理責任者資格の取得を推奨している。			
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。			
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。	障 20	c	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人の「他事業所訪問研修」の受け入れがあり、4名がホームで体験実習を受けた。法人内の他施設が受け入れた社会福祉士実習生数名がホームの見学に訪れた。本格的な実習生の受け入れに備え、マニュアルやカリキュラムの検討を期待したい。			

## II-3 運営の透明性の確保

	自己評価	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。			
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。	障 21	a	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
3年ごとに第三者評価を受審し、結果を法人のホームページで公開している。法人のホームページには、経営基盤に関する様々な情報を公開し、経営の透明性を表している。苦情の受け付けや対応状況も公表している。			

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。	障 22	a	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント				
<p>事務、経理、取引等に関しては、法人の各種規程に則って処理されており、適切な状態である。法人監事による内部監査や行政による監査に於いても、大きな問題点の指摘はない。また、税理士事務所による財務・会計のチェックや指導も行われている。さらに事業の透明性を確保するため、法人として「社会福祉法」が求めるレベルの外部専門家による外部監査が計画されている。</p>				

## II-4 地域との交流、地域貢献

		自己評価	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。				
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。	障 23	b	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント				
<p>「事業計画」「事業概要」の中で、「支援方針」として、余暇活動支援では積極的に地域に出でいくことや、社会生活支援では社会の中で円滑な人間関係を築いて行くことを掲げている。その方針に沿って、町内清掃活動や防災訓練に職員とともに利用者が参加している。課題は、この積極的な外出支援を如何にして地域住民のホーム来訪につなげられるかである。</p>				
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。	障 24	c	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント				
<p>ボランティア受け入れのためのマニュアルは用意されているが、実際の受け入れは行われていない。様々な機会を使って呼びかけを行っているが、効果は出していない。</p>				
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。	障 25	a	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント				
<p>防災関係、協力医療機関、夜間の緊急体制等、いざという時に役立つ連絡先がホームの事務室等に掲示されている。日中支援の事業所や相談支援事業所とも、良好な連携体制を構築している。</p>				
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障 26	b	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント				
<p>法人の積極的な地域貢献活動の一環として、「福祉まつり」のスタンプラリーを担当し、会場に紹介資料を展示して参加者を迎えた。構想段階ではあるが、ホームの昼間の空き時間を活用して地域の独居高齢者のサロンとして開放することを考えている。早期に実現することを期待したい。</p>				
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 27	b	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント				
<p>新築2棟のグループホーム建設に伴い、市の独自事業である「やむを得ない措置」に対応すべく、地域の障害者の緊急一時の受け入れ先として居室を用意した。市との契約により、昨夏は、お盆の時期を中心に延べ12日の地域障害者の利用があった。地域の懸案であった「緊急一時の受け入れ先」が確保されたことで、地域福祉の大きな増進に寄与することとなった。</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

		自己評価	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。			
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	障 28	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「サービス提供マニュアル」があり、この中に理念や基本方針、利用者尊重に関する記述がある。この冊子は毎年見直されており、新しく採用された職員には必ず個別配付して周知を図っている。3年前より「虐待防止セルフチェック」を全職員対象に毎月実施し、利用者尊重について振り返る仕組みが構築されている。			
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。	障 29	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
グループホーム故、個室であるのは当然のこととして、入浴前後の着替え時に他者の目線から外すため、洗濯機をあえて脱衣場外に設置することで脱衣場におけるプライベート空間を確保している。プライバシーに関する記述は、「サービス提供マニュアル」に盛り込まれており、職員会等を通じて伝達している。			
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。			
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。	障 30	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
体験利用のあと、実際に利用につながるケースがほとんどであり、利用する側として安心できる環境が整っている。これまでグループホーム単独のパンフレットは用意されていなかったが、11月に作成する運びとなった。必要最小限の情報内容となっているが、現時点ではホームページによる情報でカバーできているため、必要な情報は得られるようになっている。			
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。	障 31	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
保護者ニーズのみならず、利用者本人の「グループホームを利用したい」という意思を尊重した上で利用を進めている。「重要事項説明書」や「契約書」については、かみ砕いて説明し、容易に理解できるような配慮を行っている。また、ホームには、ルビをつけて分かりやすい表現に変えた「事業計画」等が掲示しており、その周知に努めている。			
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。	障 32	b a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
「サービス提供マニュアル」の中には、「入居・退居マニュアル」についての記載があり、退居に関する文言がある。ただ、窓口が誰なのか、どのような文書を用意すべきなのか、その手順がどうなっているのか、までのルールが明確に決められていないため、その体制整備が課題である。現時点では「所長」、「管理者」、「サビ管」が暗黙の了解で窓口となっている。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障 33	b ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月1回、各ホームをサービス管理責任者が訪問し、利用者と共にホーム会議を開催している。その会議の中で、日頃の不満や要望等を聞き出す仕組みがある。また、利用者自治会を通じて情報を得る仕組みもある。これらとは別に、満足度調査を毎年実施しており、集計・分析を行うなど丁寧な取り組みがなされている。			

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。			
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。	障 34	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
苦情解決に関する流れや様式等は適切に整備されており、適宜活用もされている。苦情件数は年に1～2件程度であるが、いずれも解決するための具体的な取り組みがなされている。また、法人横断の組織として「サービス向上・苦情対策委員会」があり、年4回程度開催されている。各事業所から情報を持ち寄り、その結果を各事業所に持ち帰るなど情報共有についても仕組みが整っている。			
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。	障 35	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービス管理責任者が毎月1回各ホームを訪問し、日頃のサービスに関して利用者と話し合う機会を設けている。個別の面談等も随時行っており、場所にも配慮して対応している。相談について全て記録を残しているわけではないが、内容によって必要性のあるものは適宜「業務日誌」に相談内容を記載するようにしている。			
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。	障 36	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「サービス提供マニュアル」内に、「利用者の意見対応」が用意されており、利用者からの相談や意見等に対する対応手順が示されている。具体的な場面としては、サービス管理責任者が毎月1回各ホームを訪問し、利用者から直接話を聞く機会を設けることや、個別に受け付けた場合も業務日誌に記録して次につなげる仕組みの用意等である。			
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。			
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。	障 37	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アクシデントやインシデントについては、業務日誌や業務入力ソフト等を活用しながら、記録・情報収集する仕組みがある。これらリスクマネジメントに関する話し合いを行う場面は、「事業所会議」と呼ばれる事業所ごとに開催される会議や、その会議を踏まえて開催される「職員会議」にて行われ、適宜対応するよう努めている。			
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。	障 38	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人横断の組織として「医療委員会」があり、看護師中心に構成されている。そこで話し合われた結果を各施設に持ち帰り、情報共有している。「サービス提供マニュアル」に感染症に関する手引きが記されている。その中の重要な部分をより見やすくし、ラミネートされた対応手順が各ホームのリビングに掲示されている。			
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。	障 39	a a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
「備蓄品リスト」を用意し、3日分の食料が常時保管されている。避難訓練を毎月実施し、夜間想定 of 火事、昼間想定 of 火事、地震訓練も行っている。特に今年度は「防犯訓練」も導入しており、不審者対応についての訓練も行っている。地域との関わりとして、地元の合同防災訓練にも参加し、住民としての存在価値をアピールしている。現在BCP(災害時事業継続計画)を作成中であり、早期の完成を期待したい。			

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		自己評価	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。			
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。	障 40	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
86ページにわたるボリュームで「サービス提供マニュアル」が用意されている。利用者の尊重やプライバシー保護、権利擁護についても触れられており、その内容も十分なものと言える。これらのマニュアルは各ホームに設置しており、改訂の都度内容を刷新していつでも見られる環境となっている。			

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。	障 41	a	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント				
マニュアルには作成日や改訂日が記載されており、「いつ作成され、いつ変更されたのか」が分かる。定期的な見直しのスパンは原則1年(年度末更新)であるが、現状の支援との乖離が出た場合には、その都度見直している。				
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支援計画を適切に策定している。	障 42	a	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント				
個別支援計画の作成時に合わせ、年に1度見直し(もしくは新規作成)を行っている。定められた様式(A1裏表1枚)にて作成されており、その内容については必要事項を網羅して適切に処理されている。				
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。	障 43	a	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント				
半年に1度、個別支援計画の見直しを行っている。見直しを行う際は一部の職員が参加して行うスタイルではなく、「事業所会議」と呼ばれる事業所単位で開催される全職員参加形式にて行われている。そのため、変更した後の「周知」という部分についても確実に行われており、特筆すべき仕組みと言える。				
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。				
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、職員間で共有化している。	障 44	a	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント				
法人が導入している業務日誌入力ソフト「愛ちゃん」については、システムの関係上ホームで入力できる環境にはなっていない。それに代わるものとして、「業務日誌」や「ケース記録」、「サイボウズ(市販の情報共有システム)」を活用している。また、利用者に関する定められた記録様式として「フェースシート」があり、その内容も十分なものとなっている。課題は、日中のサービス提供事業所との連携を図るための「愛ちゃん」の運用である。				
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。	障 45	a	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント				
「個人情報保護規程」が整備されており、その周知はもとより、職員採用時には情報漏洩に対する誓約書の提出を求めている。普段の取り組みとしてUSBは個人毎に与えられているが、持ち出しを禁止しており、その取り扱いについても原則金庫に保管しておく仕組みとなっている。				

#### A-1 利用者の尊重と権利擁護

		自己評価	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。	障 46	a	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント				
基本的に、利用者の「〇〇したい」という意向を尊重して対応している。日常的な買い物や地域にある理・美容店の活用など、個々のスキルと要望を踏まえた上で対応に努めている。自らの意思表示が乏しい方については職員が積極的に声かけし、一緒に外出等を行うなどの配慮も行っている。				

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。	障 47	a a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「虐待防止セルフチェックリスト」を毎月全職員を対象に実施し、その意識啓発に努めている。現時点では身体拘束をする必要性がないことから、明確な「身体拘束に関する書類の整備」、「身体拘束に関する手引き(手順)」が用意されていない。ただ、いついかなる時に、やむを得ず身体拘束を行わなければならないことが起こるかもしれないことを想定して、その仕組みを整えておく必要がある。			
A-2 生活支援			
		自己評価	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。	障 48	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
日常生活の中で、洗濯は各自で行っている。そのために洗濯機を2台用意し、不自由なく取り組める環境がある。お風呂掃除についても当番制とし、可能な限り利用者自身で生活していくためのスキルを身につけさせている。体の洗い方が不十分だった利用者へ支援した結果、ある程度出来るようになったり、1人暮らしを希望している利用者については、通院や食事についても自力で行えるよう、個別に対応している。			
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。	障 49	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
発語がない利用者も一部いるが、カレンダーへの記載やジェスチャーなどを活用しながら理解するよう努めている。意外にも、身近な相談者・良き理解者として「同じホームに住んでいる利用者」からの情報も重要となっており、貴重な協力者として関わっている。			
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。	障 50	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域との関係も良好で、地域イベント(祭り等)のチラシや、その他の活動への取り組みを促すための各種チラシ・案内資料などを積極的に提供して選んでもらう材料としている。実際にホームのリビングには多くの情報紙を掲示しており、自己選択の機会を保障している。相談についても個別で行うことはもとより、毎月サービス管理責任者が利用者と共に会議を行う取り組みも行っている。			
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。	障 51	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
平日はそれぞれ日中活動の事業所に通っているため、ホームでは主に週末支援となる。利用者から「どのような活動をしたのか」、「ホームヘルパーとどこに行きたいのか」など、常に利用者とのコミュニケーションを図りながら進めている。具体的には買い物やドライブはもとより、映画、食事作りなど様々な活動を用意している。情報提供については、ヘルパーと外出に要する費用を行き先別に表示してあったり、様々なチラシを掲載して情報を提供している。			
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。	障 52	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
各職員の資格取得状況を把握した上で、外部研修等に参加して障害に関する専門知識の習得を促している。特に研修の効果測定を図るために研修後1ヶ月間実践を行い、その後に確認作業をするなど、特筆すべき取り組みがある。利用者の障害特性については、ケース記録・サイボウズ・業務日誌などのツールを使い、職員が共有する仕組みができています。			
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。	障 53	a ① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
買い物に要する時間が負担となり、利用者支援に影響が出たことから、数年前より外注の宅配サービスを利用している。宅配サービスではメニューが決まっているが、昼食と夕食は複数のメニューから選べるようにしている。選ぶ際はホーム会議で決めるなど、利用者の希望を最大限取り入れている。週末は、利用者が食べたい献立に基づいて買い物をを行うなどの対応も行っている。その他、入浴や排泄等についても個別対応の支援を行っている。			

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。	障 54	a	① ・ b ・ c
評価機関のコメント				
完全個室となっており、3ホーム中2ホームは新築でバリアフリーとなっているなど、環境面では申し分ない。照明も人感センサーになっていたり、トイレや一部の居室は車椅子対応になっている。洗濯機も2台用意されており、利用者が不便に感じることなく洗濯を行うことができる。何よりも、普通の住宅街の中にあり、地域住民の一員として普通の暮らしができています。				
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。	障 55	a	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント				
機能訓練については、視覚障害者に歩行訓練を行うため、外部の視覚障害者施設の訓練士に派遣依頼し、白杖の使い方等を学ぶ取り組みを行っている。その効果も、少しではあるが徐々に得られている。NHKの健康体操を行ったり、足の上げ下ろし活動を行うなど、必要とされる利用者これらのサービス提供を行っている。法人のPT(理学療法士)やOT(作業療法士)を講師とし、機能訓練や生活訓練の知識、技術の習得が望まれる。				
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。	障 56	a	① ・ b ・ c
評価機関のコメント				
健康管理に関するマニュアルが用意されており、ホームのリビングにはラミネートされた手引きが複数用意され、いつでも確認できる環境である。日々のバイタルの記録としては、体重測定や検温、血圧、排便記録、食事摂取量などがあり、適切に処理されている。看護師については入所施設のバックアップを受けながら、医療面をカバーしている。いざという時の通院先も近くにあり、利用者は安心して生活している。				
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。	障 57	a	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント				
薬の一包化を進めている。名前やいつ飲ませるか等が印字され、投薬ミス防止に役立っている。薬の管理は、利用者個々の壁掛けポケットがリビングに用意され、その中に薬が入っている。服薬時はそのポケットから薬を取り出して飲む仕組みとなっている。現在は他者の薬を飲んだり、間違った服用をすることはしないものの、飲むうと思えば大量の薬を一度に飲んでしまう可能性もある。「将来的なリスク」や「万が一」を考慮した対応を望みたい。				
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。	障 58	a	① ・ b ・ c
評価機関のコメント				
学習支援としては、「日記を書く(=文字を書く練習)」や「小遣い帳の作成」などを行っているが、特筆すべき取り組みとしては「利用者向けの勉強会」が行われていることである。利用者の障害の程度を基準に2つのグループに分け、外部の講師を招いて実施しており、「他者との距離感の保ち方」や「言葉の使い方」などを学んでいる。				
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。	障 59	a	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント				
1人暮らしを希望している利用者に対しては、そのために必要とされるスキルを身につける支援を行っているが、その数は少ない。全体的に高齢化が進んでいるため、「今のグループホームでの生活が少しでも長く続くこと」が大きな目標となっており、ホームから地域生活への移行を目指す利用者は減少傾向にある。				
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。	障 60	a	① ・ b ・ c
評価機関のコメント				
年3回(4月・9月・3月)家族懇談会が開催され、事業所側から必要な情報提供を行っている。具体的には職員紹介(新人職員の紹介等)や前年度の事業報告及び当該年度の事業計画、年間予定等を伝達している。出席できない家族については、家族懇談会で配布した書類を郵送するなど、全員に行き渡る配慮も行っている。				

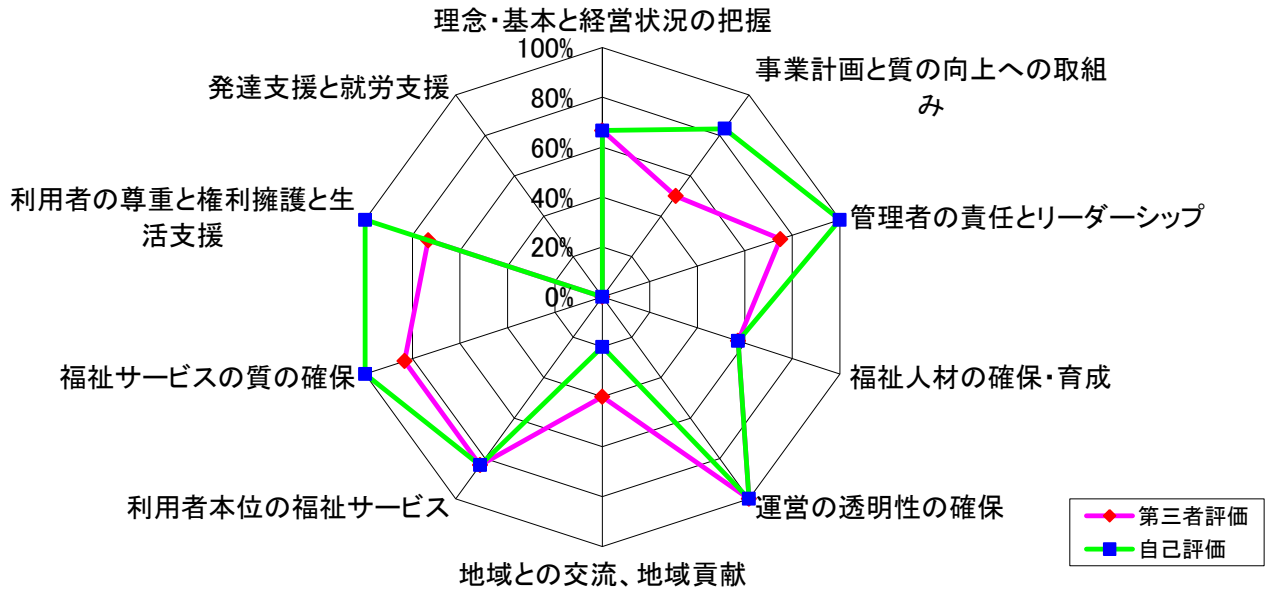
A-3 発達支援

		自己評価	第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援			
A⑯ 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。	障 61	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

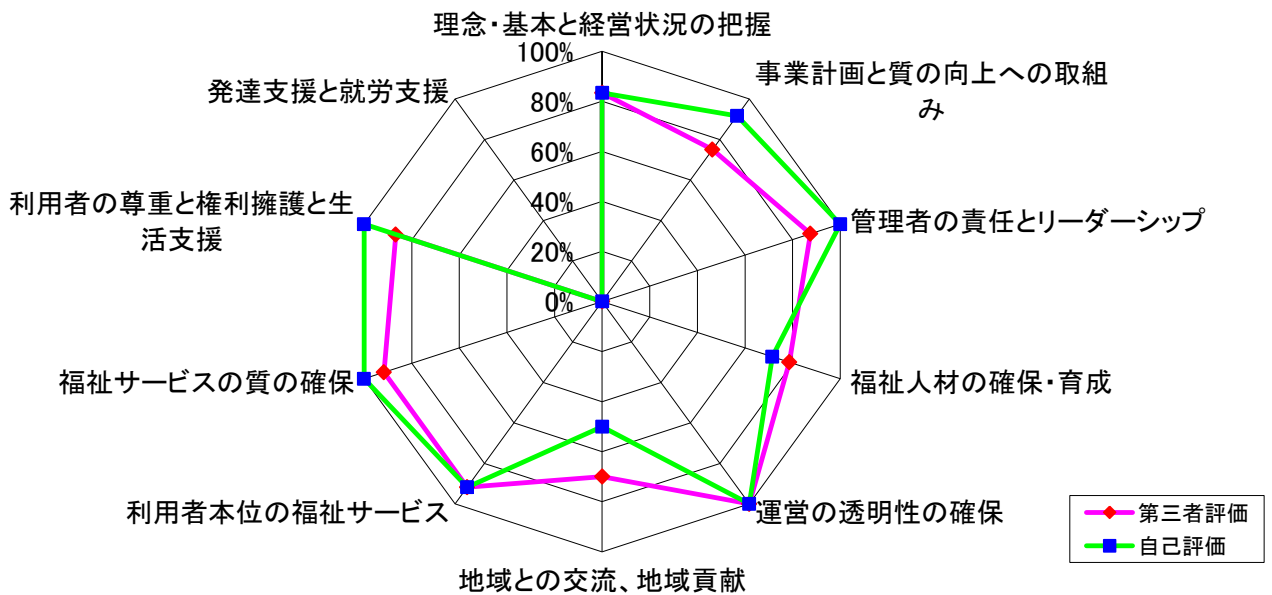
A-4 就労支援

		自己評価	第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援			
A⑰ 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。	障 62	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
A⑱ 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。	障 63	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
A⑲ 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。	障 64	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

評価項目数に対してa(出来ている)項目数の割合



評価項目数に対してa+0.5b(ある程度出来ている)項目数の割合



評価項目	第三者評価								自己評価							
	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b / 項目数	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b / 項目数		
理念・基本と経営状況の把握	3	2	1	0	67%	33%	0%	83%	2	1	0	67%	33%	0%	83%	
事業計画と質の向上への取り組み	6	3	3	0	50%	50%	0%	75%	5	1	0	83%	17%	0%	92%	
管理者の責任とリーダーシップ	4	3	1	0	75%	25%	0%	88%	4	0	0	100%	0%	0%	100%	
福祉人材の確保・育成	7	4	3	0	57%	43%	0%	79%	4	2	1	57%	29%	14%	71%	
運営の透明性の確保	2	2	0	0	100%	0%	0%	100%	2	0	0	100%	0%	0%	100%	
地域との交流、地域貢献	5	2	3	0	40%	60%	0%	70%	1	3	1	20%	60%	20%	50%	
利用者本位の福祉サービス	12	10	2	0	83%	17%	0%	92%	10	2	0	83%	17%	0%	92%	
福祉サービスの質の確保	6	5	1	0	83%	17%	0%	92%	6	0	0	100%	0%	0%	100%	
利用者の尊重と権利擁護と生活支援	15	11	4	0	73%	27%	0%	87%	15	0	0	100%	0%	0%	100%	
発達支援と就労支援	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0%	0%	0%	0%	
合計	60	42	18	0	70%	30%	0%	85%	49	9	2	82%	15%	3%	89%	