

## 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：アンカレッジ   | 種別：共同生活援助         |                |
| 代表者氏名：村山 誠治   | 定員（利用人数）：24名（21名） |                |
| 所在地：愛知県知多郡阿久比町大字卯坂字八神1-6                                      |                   |                |
| TEL：0569-48-9098  |                   |                |
| ホームページ： <a href="http://sohwa.nagoya">http://sohwa.nagoya</a> |                   |                |
| <b>【施設・事業所の概要】</b>  |                   |                |
| 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 相和福祉会                                  |                   |                |
| 職員数   | 常勤職員：12名          | 非常勤職員：17名      |
| 専門職員  | （管理者） 1名          | （サービス管理責任者）1名  |
|   | （生活支援員） 27名       |                |
|   | （世話人） 27名         |                |
| 施設・設備の概要  | （居室数） 24室         | （設備等）談話室（リビング） |
|   |                   | キッチン・トイレ・洗面台   |
|   |                   | 浴室・世話人部屋など     |

### ③理念・基本方針

#### ★理念

すべての人にとって 今日一日が充実し 満足できるものであり  
明日への 希望が 豊かでありますように

#### ★基本方針

- ・ 基本的人権の尊重
- ・ 良質なサービスを提供し 良質なサービスを実現
- ・ 企画力を高め サービスの差別化を図る
- ・ 顧客満足を高める
- ・ 全ての事業活動は迅速に行い 常にPDCAを意識する
- ・ 福祉サービスの基本は人材であり その専門性を行動に位置づける
- ・ 法令を遵守し 組織全体に適切に統治する

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

##### 【バランスの取れた食事の提供】

▶法人統一の献立メニューを導入しているため、バランスの取れた食事の提供を行っています。  
また、入所施設で一括購入した食材を毎日運搬し、各ホームで調理・提供していることから、温かい食事の提供はもとより、食材費高騰に対応することでより質の高い食事の提供が可能となっています。

##### 【余暇生活への支援】

▶ヘルパー外出の利用だけでなく、ホーム専属職員が日帰り旅行や買い物外出、カラオケ外出など、利用者様の要望にお応えする形で企画・付き添い等を行い、余暇時間の充実に力を入れています。

##### 【通所施設との協力体制】

▶多くの方が日中サービスとして「ひらめき2%（当法人のB型事業所）」を利用し、1日を通して充実した時間を過ごしていただいている中で、同じ法人職員として連携の取れたサービス提供を行っているのが強みです。  
もちろん、他の事業所（A型事業所など）の利用希望にも対応し、他施設との連携を適宜行っています。

##### 【夜間の巡回対応】

▶夜勤配置はありませんが、近くにバックアップ施設（パスピ・98：入所施設）があり、夜間の巡回（利用者様の様子の確認）を行っており、利用者様及びご家族様が少しでも安心して利用できる環境に努めています。

#### ⑤第三者評価の受審状況

|                   |   |
|-------------------|---|
| 評価実施期間            | 令和 6年 6月 6日（契約日）～<br>令和 7年 2月 4日（評価決定日）<br><br>【令和 6年10月31日（訪問調査日）】 |
| 受審回数<br>（前回の受審時期） | 2 回 （令和 3年度）  |

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆風通しの良い職場環境

職員の大半は非正規職員の世話人であり、正規職員は2名のみである。その2名の正規職員が八面六臂の活躍を見せ、世話人との関係を築き、風通しの良い職場環境を作っている。法人の方針として、有給休暇の100%消化、サービス残業の撤廃を掲げており、職員にとっての働きやすい職場づくりが着々と進んでいる。定期的な個別面談によって職員の次年度の就労意向を聞き取っており、安定的な職員雇用が継続している。

##### ◆グループホームの社会貢献活動

夜の支援が主となる障害者グループホームでは、地域への社会貢献活動は難度が高い。それでも、管理者が、町の地域福祉計画作成委員会の委員として計画策定に携わっている。宿泊体験ができる居室が用意されており、利用目的は宿泊体験に留まらず、緊急一時保護の受入れ場所としても利用可能である。利用者や職員が、駅周辺の清掃活動を継続して行っている。

◆日々のリハビリテーション

看護師やPT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）等の専門職は在籍していないが、必要に応じて訪問リハビリを取り入れている。リハビリ専門職の指示や助言は、法人内の他事業所職員にも共有を行い、法人を挙げて利用者の機能維持・回復に努めている。さらに、正規職員、非正規職員（世話人）の別なく誰でも同じように支援が行えるよう、写真を使ったマニュアルが作成されている。

◇改善を求められる点

◆ボランティア受入れの促進

ボランティアを受け入れるためのマニュアルは整備されているが、実際に受入れ事例はない。管理者はじめ職員は、ボランティア受入れの必要性は認識しているが、具体的な受入れには至っておらず、受け入れるための検討を重ねている。夜間のボランティア受入れは考えづらく、休日を利用した受入れを検討している。地域の障害者理解を促進させるためにも、積極的なボランティアの受入れを期待したい。

◆苦情情報の公表

苦情に関しては、「苦情解決規程」に則って対応している。受け付けた苦情については、「苦情報告書」として書面にまとめ、法人内で確認して改善に努めている。ただ、当事業所のホームページでは、誤って他事業所の苦情の情報を公開している。事業運営の透明性を確保するためには、正しい情報を公表することが必要であり、当事業所の受け付けの状況や解決に至った経緯等を公表されたい。苦情が無かった年度は、「苦情件数ゼロ」として公表されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

たくさんのご指摘をいただきありがとうございます。

自己評価で我々が「A」と判断していた項目の一部で、結果的に「B評価」をいただくこととなりました。評価者様とのコミュニケーションの中で、自分たちの「認識の甘さ」があったこと、「課題や今後の方向性」について第三者的な角度で指摘いただいたことでの新たな気付きも数多くありました。このたびの評価結果を真摯に受け止め、課題を克服していくことで、「すべての人にとって今日一日が充実し満足できるものであり明日への希望が豊かなものであるよう努めます」という私たちの理念を実現させ、サービスの質的向上を図っていきたいと思います。

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。

## 第三者評価結果

※すべての評価細目（64項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）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

### 【共通評価基準】

#### 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。   |                         |         |       |
| 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・c |
| ＜コメント＞<br>正規、非正規職員を問わず、全職員が経営理念や基本方針の記載されたカードを携行し、常に経営理念に沿った支援を実践するよう努めている。保護者に対しては、毎年度末に事業報告会を開催し、理念や事業内容の説明、報告を行っている。参加率は約40%と低いが、欠席者には資料を送付して周知を図っている。 |                         |         |       |

##### 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。  |                                 |         |       |
| 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      | Ⓐ・b・c |
| ＜コメント＞<br>管理者が県の知的障害者福祉協会の研修や施設長会に参加し、広く福祉動向の把握を行っている。また、町の自立支援協議会における主要な立場であり、町の福祉施策の策定にも深く関わっている。これらから得られた情報を毎月の法人幹部会に持ち寄り、検討して法人や事業所の事業の方向性を定めている。                        |                                 |         |       |
| 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・Ⓑ・c |
| ＜コメント＞<br>喫緊の課題として「利用者の高齢化」と「非正規職員（世話人）の育成」を挙げている。これらを解決することによって、「正規職員の業務過多」という課題の解消を図ろうとしている。「利用者の高齢化」は、入所施設や夜間体制が整っているグループホーム等への移行を進めている。「非正規職員の育成」に関しては、研修面や目標管理の点で課題が残る。 |                                 |         |       |

##### 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。  |                             |         |       |
| 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・Ⓑ・c |
| ＜コメント＞<br>法人の中・長期計画に沿って、「アンカレッジ中・長期計画」を策定している。2023～25年度を中期、26年度以降を長期として事業の方向性を示しているが、数値目標や具体的な到達点の表記がない。毎年度の見直しを確実にを行うためにも、可能な限り年度ごとの数値目標や到達点を示すことが望ましい。 |                             |         |       |
| 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      | Ⓐ・b・c |
| ＜コメント＞<br>中・長期計画の示す方向性に沿い、単年度の事業計画とサービス計画を作成している。事業計画には、約20項目の重点目標に対して詳細な数値目標が設定されている。サービス計画では、取り上げた項目ごとに具体的な取組みの内容を記載している。相互が補完し合い、重層的な取組みとなっている。       |                             |         |       |

|   |    |           |
|---|----|-----------|
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>事業計画の策定や見直し、評価に関しては、正規職員によって行われており、非正規職員である世話人の関与は薄い。事業計画を各ホームに掲示するに留まらず、現場支援の当事者である世話人への周知や関心を深める取組みを期待したい。                              |    |           |
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>保護者の40%が参加する事業報告会で、事業計画について説明している。欠席者には、報告会の資料を送付して周知に努めている。一方、利用者に対しては、時間的な制約もあって日中支援を担当する事業所に委ねることが多く、グループホームとして事業計画を分かりやすくした資料等の作成はない。 |    |           |

#### 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。  |    |           |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>法人単位でISO9001（品質マネジメントシステム）の国際認証を取得しており、当事業所も対象事業所となっている。第三者評価を3年ごとに受審し、受審しない年は自己評価を行っている。毎年、利用者向け、保護者向けの満足度調査（アンケート）を行っている。 |    |           |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>第三者評価や自己評価によって「b」と判定された項目については、事業計画に取り上げて改善活動を行っている。また、事業所運営や支援内容に不適合部分があれば、ISO9001のルールに沿って是正処置が講じられ、不適合の再発防止が図られている。       |    |           |

## 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 |           |
|---|------------------------------------|---------|-----------|
| 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     | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>管理者の役割と責任が「アンカレッジ運営規程」や「組織・職務規程」、「責任と権限一覧表」等に明示されている。管理者不在時の権限代行者は、「アンカレッジ組織表」からサービス管理担当者がその任にあたることを読み取れる。  |                                    |         |           |
| 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     | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>法人のコンプライアンス委員会があり、幹部会メンバーが委員となっている。管理者が県・知的障害者福祉協会等が主催するの研修に参加し、事業運営に係る法令の制定や改廃の情報を取得している。職員周知が必要な場合は、資料を回覧したり研修を行っている。研修を行った場合は、「内部研修効果測定書」を使って理解度を確認している。 |                                    |         |           |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。  |                                    |         |           |
| 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     | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>支援内容をコロナ禍前の状態に戻すことを目指し、個別の外出支援に力を入れている。利用者の安全確保を目的に、建物の修理が必要な箇所は即座に対応している。ホームを取りまとめている正規職員との情報共有を図り、サービスの質の向上に努めている。職員研修は、母体の入所施設（パスピ98）と合同で開催することが多い。      |                                    |         |           |
| 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。     | 障13     | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>バックアップ施設である入所施設（パスピ98）や、利用者の多くが日中を過ごす日中支援事業所（ひらめき2%）との協力体制を組み、夜間の職員配置なくホーム運営が行われている。必要に応じて職員の応援が両事業所からあり、夜間の巡回は入所施設が対応している。                                 |                                    |         |           |

### 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。  |  |         |           |
| 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     | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>法人の人事グループ（採用、育成、研修担当）が主導して正規職員の採用活動を行っており、非正規職員の採用は事業所主管で行われている。ホームページを有効活用し、Web広告や職業紹介事業者等、様々なツールを使っている。超求人難の福祉業界ではあるが、毎年40名前後の新卒採用実績を上げている。              |  |         |           |
| Ⅱ-2-(1)-②  | 総合的な人事管理が行われている。                         | 障15     | a ・ ② ・ c |
| <コメント><br>成果主義を基にしたキャリアパスが生まれ、「成績評価規程」に沿った人事考課が行われている。「自己評価・目標設定シート」を使った査定、「フィードバックシート」を使った人事考課のフィードバックが行われている。ただ、職員の大半を占める非正規職員（世話人）が人事考課の対象外であることが課題となる。           |  |         |           |
| 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組んでいる。        | 障16     | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>正規職員2名が非正規職員である世話人との関係を築き、風通しの良い職場環境を作っている。法人の方針として、有給休暇の100%消化、サービス残業の撤廃を掲げており、職員にとっての働きやすい職場づくりが着々と進んでいる。定期的な個別面談によって職員の次年度の就労意向を聞き取っており、安定的な職員雇用が続いている。 |  |         |           |

|  |     |           |
|--|-----|-----------|
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。  |     |           |
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>「自己評価・目標設定シート」を使った目標管理制度があるが、職員の大半を占める非正規職員（世話人）は対象となっていない。正規職員の業務過多を解消するためには、世話人の育成が必須である。正規職員に準じた研修機会の提供や、目標管理制度への組み込みが待たれる。                 |     |           |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>正規職員と非正規職員との意識格差を解消するため、毎月の職員会議に世話人向けの研修を組んでいる。世話人全員が研修に参加できるよう、同じ内容の会議を3回行い、欠席者にはマンツーマンで研修を実施している。正規職員対象の研修は、バックアップ施設である入所施設（パスピ98）と合同で開催している |     |           |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>勤務時間の変動的な世話人が、正規職員と同じ研修に参加することは困難であることから、世話人に関しては世話人会議の中で研修を実施している。法人主導で行われている職種別研修の中に「世話人研修」を組み込み、世話人の意識向上を図りたい。                              |     |           |
| 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 | a ・ b ・ c |
| <コメント><br>非該当<br>共同生活援助事業所（障害者グループホーム）における教育実習が、養成校における履修単位として認められていないことから、この項目を非該当とする。  |     |           |

### 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。   |     |           |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>ホームページを使って事業所紹介を行い、情報公開として事業計画やサービス計画、満足度調査の結果、第三者評価結果等を掲載している。ただ、「苦情解決体制のご案内」をクリックすると、他事業所の情報が出てくる。ホームページの活用について、再検討を願いたい。         |     |           |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>事業所の現金出納は母体入所施設が管理しており、購買等の必要性がある場合には、「購入伺い」を提出するルールがある。「購入伺い」の決裁者は管理者であり、実際の現金出納の責任者は本部事務員である。決裁者と出納責任者を2者に分かち、内部牽制が機能する仕組みとなっている。 |     |           |

### 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。  |     |           |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>夜間の支援が中心となる障害者グループホームでは、当然のことながら地域との交流や連携は難度の高い支援となっている。それでも、休日を利用して町内の運動会や育成会のクリスマス会等、地域で開催されるイベントに積極的に参加している。地域清掃に継続して参加し、駅周辺の美化に貢献している。 |     |           |

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| <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。</p>   | 障24 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>ボランティア受入れの必要性は認識しているが、具体的な受入れには至っておらず、受け入れるための検討を重ねている。夜間のボランティア受入れは考えづらく、休日を利用した受入れを検討している。ボランティアを受け入れるためのマニュアルは整備されている。</p>                   |     |           |
| <p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>  |     |           |
| <p>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。</p>   | 障25 | ㉕ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>町が作成した「障害者支援マップ」を、社会資源のリストとして活用している。緊急時に適切に対応できるよう、「緊急連絡一覧」を作成してホーム内に掲示している。利用者が日中を過ごす就労継続支援A型、B型の事業所や相談支援事業所、ヘルパー事業所等とも緊密な連携を図っている。</p>        |     |           |
| <p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>   |     |           |
| <p>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。</p>  | 障26 | ㉖ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>管理者が町の・自立支援協議会の主要なメンバーであり、また町の地域福祉計画作成委員会の委員として、町の福祉行政に深く関わっている。それらの活動によつて的確な地域の情報を取得しており、福祉ニーズの把握にもつながっている。相談支援事業所との連携により、在宅障害者のニーズも掴んでいる。</p> |     |           |
| <p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>  | 障27 | ㉗ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>管理者が、町の地域福祉計画作成委員会の委員として計画策定に携わっている。宿泊体験ができる居室が用意されており、利用目的は宿泊体験に留まらず、緊急一時保護の受入れ場所としても利用可能である。利用者と職員が、駅周辺の清掃活動を継続して行っている。</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。  |     |         |         |
| 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。   | 障28 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>基本方針や理念については、名札の裏に入るサイズのカードに記載して全職員へ配付している。常に携帯することとしており、いつでもどこでも確認が可能である。また、各グループホーム内にも同様の「理念・基本方針」が掲示されている。  |     |         |         |
| 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。  | 障29 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>個人情報の管理に関するマニュアルが策定されており、職員誰もが自由に閲覧できる。また、プライバシーに配慮したサービス提供が行われるよう、定期的に研修を行っている。   |     |         |         |
| 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       | ・ ② ・ c |
| <コメント><br>空室がある場合に限るが、宿泊を伴う体験入所が可能である。その他でも、利用希望者については個別に対応し、分かりやすい説明を行っている。しかし、より直感的に、ホームページやパンフレットからも情報が読み取れるよう、見直しや検討の余地がある。  |     |         |         |
| 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 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>支援内容の変更点を説明する際は、サービスや料金の新旧対照表を書面に記載し、利用者が理解しやすいよう説明している。また、サービス説明時にも、理解が得られているか確認しながら、利用者の判断能力や理解力に合わせてかみ砕いて説明する等、丁寧な説明を心がけている。                                  |     |         |         |
| 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 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>他事業所への移行等、サービス移行時は、法人で作成した共通のチェックリストを活用している。その成果が現れてきており、先方事業所に留まらず、関係機関や関係職種・職員への伝達漏れ、書類等の渡しそびれを防ぐことができている。   |     |         |         |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。  |     |         |         |
| 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。  | 障33 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>年1回の満足度調査のほか、月1回利用者参加型の「自治会」を開催し、日頃からの要望や不満を確認している。また、保護者からも個別支援計画の見直し時に面談を行い、保護者からの要望を確認している。直接意見や苦情を言えない保護者のために、意見箱が設置してある。                                    |     |         |         |
| 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       | ・ ② ・ c |
| <コメント><br>苦情に関しては、「苦情解決規程」に則って対応している。受け付けた苦情については、「苦情報告書」として書面にまとめ、法人内で確認して改善に努めている。ホームページでは、誤って他事業所の情報を載せている。当事業所の受付の状況や解決に至った経緯等を公表することが望ましく、苦情が無かった年度は、「苦情件数ゼロ」を公表されたい。 |     |         |         |

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| 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 | ㉠ ・ b ・ c |
| <コメント><br>定期的に開催する利用者の自治会で、意見や相談を募っている。グループホーム内に意見箱が設置しており、直接意見を言う事ができない利用者でも意見を出しやすいように配慮している。   |     |           |
| 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 | ㉠ ・ b ・ c |
| <コメント><br>利用者からの相談に関し、細かなことについては世話人が対応することもあるが、基本的には正規職員やサービス管理責任者に迅速に連絡して対応を依頼している。対応に時間がかかる場合は、その理由を正確に利用者本人に説明し、理解が得られるよう努めている。  |     |           |
| 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。   |     |           |
| 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 ・ ㉠ ・ c |
| <コメント><br>ヒヤリハットが起きた際は、単に記録するだけでなく、考える対応策も併せて記載して報告することとし、リスクマネジメントの共通認識がもてる体制づくりに努めている。事故発生時の対応マニュアルも作成し、都度見直しを行って職員へ周知しているが、世話人に対する研修の機会が限られている。法人主導で、世話人のスキル向上が図れるよう検討を要す。   |     |           |
| 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 ・ ㉠ ・ c |
| <コメント><br>感染症対策の手引きがあり、それに沿って対応している。日頃から感染予防対策を実施し、発生した際の必要な物品の備蓄もあり、いつでも対応できるよう準備している。世話人会議等で感染症予防や安全確保についての勉強会を行っている。課題として、日常的に感染症発生時の初期対応、その後の流れ等のシュミレーションや対策についての話し合いが望まれる。 |     |           |
| 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 | ㉠ ・ b ・ c |
| <コメント><br>月1回の避難訓練を実施している。他にも「ビジエネ」（安否確認メールサービス）を平時でも試験運用しており、緊急時における職員の安否確認、出勤可能の可否がスムーズに行えるよう訓練を行っている。  |     |           |

### 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。   |     |           |
| 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 | ㉠ ・ b ・ c |
| <コメント><br>「運営の手引き」がグループホームごとに用意されており、その手引きに従ってサービス提供を行っている。時間ごとに行うべき業務が取りまとめられた「詳細デイリー」を作成し、業務がスムーズに行えるよう努めている。         |     |           |
| 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 | ㉠ ・ b ・ c |
| <コメント><br>サービス提供の基本となる「運営の手引き」は、定期的に見直す時期を定めており、規定通りに見直しを行っている。また、利用者や職員からの意見を取り入れるべく、アンケートの実施や口頭でも意見が言いやすい環境づくりに努めている。 |     |           |

|  |     |           |
|--|-----|-----------|
| 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。  |     |           |
| 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 ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>現場職員とともにアセスメントを実施し、サービス管理責任者が個別支援計画を作成している。作成したアセスメントはグループホームに常備できているが、個別支援計画書は置かれていないため、個別支援計画書もグループホームにて、世話人等の職員が目を通しより日常的にサービスの確認等が行えると望ましい。</p>       |     |           |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者、保護者との面談を行い、定期的にサービス評価を行っている。その他、利用者の身体や精神状態に変化が生じた際には、その都度アセスメントをとりなおす等して、個別支援計画の見直しを行っている。</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。   |     |           |
| Ⅲ-2-(3)-② 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。  | 障44 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々のグループホームでの出来事や利用者の様子、共通する伝達事項については、ネットワークシステムを活用して事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。中には、デジタルな操作が不得手な世話人もいるため、紙媒体の「申し送りファイル」を作成し、全ての世話人がもれなく情報を確認できる体制を構築している。</p> |     |           |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報の取扱いに関する規程があり、職員には雇用契約時に守秘義務順守の説明を行い、誓約書をとっている。管理者やサービス管理責任者が、規程通りの適正な運用ができているか確認をしている。</p>   |     |           |

## 【内容評価基準】

### 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  |                             |         |       |
| 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     | ①・b・c |
| <コメント><br>利用者自身が意見を出しやすいよう定期的に自治会を開催し、少しでも主体的な生活が可能となるよう支援している。衣類や嗜好品に関しては、外出時に利用者自身で選んで買ってもらったり、インターネットで一緒に探すなどの支援を行っている。 |                             |         |       |

### A-1-(2) 権利擁護

|  |                         |     |       |
|--|-------------------------|-----|-------|
| 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。 | 障47 | ①・b・c |
| <コメント><br>「虐待防止規程」や「身体拘束取り扱い規程」を策定している。それらに準じて「虐待防止チェックリスト」を作成し、職員は出勤時に目を通してから勤務に就くという取組を行っている。セルフチェック用紙を活用して支援の方法を振り返ったり、職員間でヒアリングを行うなど、虐待の早期発見、早期是正に組織的に取り組んでいる。 |                         |     |       |

### A-2 生活支援

|  |  | 第三者評価結果 |       |
|--|--|---------|-------|
| A-2-(1) 支援の基本  |  |         |       |
| 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     | ①・b・c |
| <コメント><br>居室の整理整頓や維持管理は、基本的に利用者本人で行うよう働きかけており、定期的に世話人や職員が利用者とともに居室内の汚れや破損、不足品の確認等を行っている。汚れ等に関しては、洗濯や掃除がいずれは1人で行う事ができるよう、機械や道具の使用についての支援も行っている。       |  |         |       |
| 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     | ①・b・c |
| <コメント><br>会話でのコミュニケーション以外にも、利用者とのより円滑な意思疎通を図るため、カレンダーにその日の出来事を書き込んだり、絵カードを活用したりしている。今後の、会話でのコミュニケーションが困難な利用者のために、必要に応じたコミュニケーション機器の活用等、様々な方法を検討している。 |  |         |       |

|   |                                |     |       |
|---|--------------------------------|-----|-------|
| 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 | ①・b・c |
| <コメント><br>利用者の意思を把握するために、利用者自身の居室やリビングなどを利用し、利用者が話しやすい環境で会話ができるよう配慮している。個別支援計画の作成や見直し時には、必ず利用者の意向や要望を聞き取っている。ヘルパーを使って外出する際には、原則利用者が外出先を決定している。  |                                |     |       |
| 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 | ①・b・c |
| <コメント><br>利用者から確認できた日中活動の希望に関しては、ヘルパーを伴った外出等で実現させている。土曜日や日曜日の余暇活動に関しても、利用者の意向を尊重して対応している。地域でイベントがある際には、利用者へ情報提供を行い、参加希望者を募って積極的に参加している。   |                                |     |       |
| 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 | ①・b・c |
| <コメント><br>世話人にとって、障害特性や支援方法については、法人の人事グループ（採用、研修、育成担当）の計画する研修のほか、事業所独自の研修がある。事業所内研修は、先輩職員によるOJTによる知識習得が主となっている。障害特性も様々であり、支援に不適合事例や課題が抽出された場合には、すぐサービス管理責任者や正規職員が中心となって是正活動が行われる仕組みがある。 |                                |     |       |

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| A-2-(2) 日常的な生活支援  |     |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の自立度が比較的高いことから、入浴支援は原則見守りである。しかし、必要な利用者には入浴介助を行っている。法人独自のアセスメント表（「アセスメント3」）を確認しながら、できるところは利用者自身で行ってもらい、必要な部分には介助を実施するなど、個別的な支援を行っている。</p>                 |     |           |
| A-2-(3) 生活環境  |     |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームにはエレベーターがないため、歩行に不安がある利用者に関しては、階段の使用時には職員が付き添うよう配慮している。居室には鍵がついており、利用者の意思でプライバシーを保つこともできる。共有のリビングには見守りカメラが設置してあり、有事の際には母体施設（パスピ98）にてカメラ映像を確認することもできる。</p> |     |           |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練   |     |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>必要に応じ、訪問リハビリを取り入れている。リハビリ専門職の指示や助言は、法人内の他事業所職員にも共有を行い、法人を挙げて利用者の機能維持・回復に努めている。さらに、正規職員、非正規職員（世話人）の別なく誰でも同じように支援が行えるよう、写真を使ったマニュアルが作成されている。</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。  | 障56 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の体調の変化は、社内のネットワークシステム（「Teams」）を使い、写真もふまえながら情報の共有を行っている。体調変化や小さな気づきでも申し送りを行うこととし、利用者の体調に異常があれば早期に発見できる仕組みがある。</p>  |     |           |
| 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 ・ ② ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>検温など、日頃の健康チェックや体調管理のほか、利用者の疾患に応じて血圧測定を行うなど、個別に体調管理を行っている。しかし、看護師資格を持った職員がおらず、医療的な支援に関しては不安が残る。今後も法人内外の医療職と連携し、医療的支援に関する相談や研修が十分に行えることを期待したい。</p>             |     |           |
| 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。  | 障58 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員のマンパワー（正規職員2名）という課題もある中で、できるかぎり地域の催しに参加するなど、社会参加や学習の機会を設けている。駅周辺の清掃活動や町民運動会、育成会主催にクリスマス会への参加等々、利用者の社会参加のモチベーションを高める取組みとなっている。その他に、希望に応じて図書館外出に行くこともある。</p> |     |           |
| 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。  | 障59 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の地域生活への移行に関しては、利用者個々に目指す目的やニーズが異なることもあり、社会で必要な知識習得に向けた支援を個別に行っている。電車利用時のICカードの使い方やバスの乗り方等、実際に公共交通機関を利用して教えている。</p>  |     |           |

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| 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。  | 障60 | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>「連絡ノート」を活用し、日常の利用者様子や行事予定を保護者へ連絡している。薬の変更や定期通院以外の通院についても、都度連絡を行って状況説明を行っている。保護者の高齢化による受入れ側の問題もあり、帰省回数が減少傾向にあるが、必要に応じて保護者と面談を実施する等、連携に努めている。 |     |           |
| A-3 発達支援  |     |           |
|   |     | 第三者評価結果   |
| 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。  | 障61 | a ・ b ・ c |
| <コメント><br>非該当   |     |           |

#### A-4 就労支援

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
|   |     | 第三者評価結果   |
| 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。       | 障62 | a ・ b ・ c |
| <コメント><br>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。 | 障63 | a ・ b ・ c |
| <コメント><br>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。   | 障64 | a ・ b ・ c |
| <コメント><br>非該当                               |     |           |