

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：ほのぼのホーム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：阿部 雅伸	定員（利用人数）：１４名（１３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：http://tf-jigyokai.org/grouphome/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：令和 ２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： ６名	非常勤職員： ４名
専門職員	（所長） １名	（世話人） ４名
	（管理者） １名	（生活支援員） ４名
	（サービス管理責任者） １名	
施設・設備の概要	（居室数） １８室	（設備等）台所、洗面所、浴室
		居室、食堂、納戸

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

- (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) 暴力問題は「暴力行為をするほうが100%悪い」を原理・原則として支援する
- (12) 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
- (13) 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＞

徒歩圏内の障害福祉サービス事業所があり、徒歩や自転車、公共交通機関（バス）を利用して自力通所している利用者さんがいます。

また、地域の自治会長や組長はじめ、住民の方の理解があります。

令和6年度はたんぽぽホームが組長。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 5 月 1 4 日（契約日） ～ 令和 7 年 4 月 1 0 日（評価決定日） 【令和 6 年 12 月 4 日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	1 回 （令和 2 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆高い利用者の満足度

コロナ禍によって長く制約を受けていた外出支援が再開されている。外出や外泊、家族旅行等が解禁され、グループホームでも日帰り旅行や一泊旅行が計画・実施された。定期的実施する利用者アンケートの意見を尊重してホーム運営を行うなど、利用者の満足度は高く、質の高いサービス提供である。老朽化していたホームが順次新築のグループホームに建て替えられており、この点でも利用者の満足度は高い。

◆自己決定支援

職員が不要な制限や制約を設けることなく、利用者の意思を尊重した支援を実践している。外出や買い物、散歩などは、利用者自身の意思で行動できる。利用者会議では、ホームのルールについて話し合い、可能な限り利用者の意見を取り入れてルールを決めている。忘年会などの行事や旅行の行き先も、利用者から意見や要望を聞き取って決めている。自己発信が苦手な利用者に対しては、職員が選択肢を示して決定を促す等、出来る限り気持ちを汲み取るように努めている。

◆多彩な公益的な活動

法人内に「公益的取組み委員会」があり、組織的に公益的な取組みや地域貢献活動を行っている。事業所としては、市の「やむを得ない措置」の受入れ事業所として契約し、緊急一時的な受入れを行っている。ホームの体験利用は、他法人の利用者も受け入れている。管理者が、市の「街づくり出前講座」の講師として活動するなど、地域への貢献度は高い。

◇改善を求められる点

◆目標管理制度の必要性

職員育成の手段として法人主導の目標管理制度が運用されているが、この制度の対象者は管理者のみである。事業所としては、不定期で行われる個人面談の機会に、職員個々の課題等について話合っている。今後は、法人の制度に倣い、事業所独自で管理者以外の職員を対象とした目標管理制度を導入することが望ましい。職員の育成には、研修の受講と目標管理制度の取組みとが、両輪となって機能することが必須となる。

◆マニュアルによる支援の均一化、標準化

ホーム会議や事業所会議が有効に機能し、ホーム運営は円滑に行われている。管理者、サービス管理責任者、職員、世話人等々が、相互に補完し合って利用者を支えている。ただ、一抹の不安として懸念されるのは、文書化の遅れである。手馴れたベテラン職員によって習慣的に実施されている様々な取組みの手順が、手順書やマニュアルとして文書化されていない。一人勤務が基本の職場だけに、マニュアル等による支援の均一化、標準化は避けて通れない。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・評価項目においては、いずれも評価に対する根拠（書類や組織としての体制など）が大切であることを、受審前の準備の段階で再認識できました。何事もプロセスや方法が重要であり、そのことにより結果がともなってくるのだと。

・「評価の高い点」でのご指摘は、事業所自体もそうですが、普段、外部から評価されにくい、現場の職員にとって自分たちの支援が評価され役割や責務により一層、高い意識を持つことにつながっていると思います。

・「改善を求められる点」では、ご指摘だけでなく、方法論についても触れられているため、大変、参考になりました。

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	㉖ ・ b ・ c
＜コメント＞ 「地域の中でいきいきと生活するために」との法人理念を受け、事業所の理念「ふつうに 自分らしく みんなと暮らす」を作成している。手作りのパンフレットには事業所の理念が記載されている。理念のキーワードの一つに「地域」があるが、グループホームにとっては難度の高い課題である。それでも、地域の組長を引き受け、利用者も集金を手伝って地域を回っている。			

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	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 市の自立支援協議会の生活支援専門部会の役員として活動し、様々な情報を取得するだけでなく、地域の共通課題に対しても、他事業所のメンバーと協働して対策を講じている。さらに、年間2回開催される共同生活援助事業所連絡会や日中サービス支援グループホーム検討会等に参加し、事業運営に有益な情報を得ている。管理者は、法人の運営会議の委員でもある。			
	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	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 喫緊の課題の一つとして、「強度行動障害の利用者への適切な支援」を挙げている。強度行動障害支援者を対象とした研修には、非正規職員である世話人の参加は難しいが、正規職員は可能な限り研修に参加している。もう一つの課題として、「世話人の確保」があるが、法人事業所が運営する喫茶店に求人広告を掲示するなど、様々な手立てを講じている。			

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 ・ ㉖ ・ c
＜コメント＞ 法人の中期計画（令和6年度～10年度）が策定されているが、事業所としての中期計画はない。法人の中期計画は毎年見直しが行われており、常に5年先までを見据えている。ただ、収支予算を中心に計画立てられており、具体的な取組みの内容が分かりづらい点がある。			
	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 ・ ㉖ ・ c
＜コメント＞ 事業所の中・長期的な指標が示されていないことから、法人の中期計画を基に単年度の事業計画を作成している。事業計画は、年度内に行う取組みを羅列しているが、それぞれの項目に数値目標や具体的な到達点の設定がない。重点的に取り組む項目（重点目標等）を定め、数値目標等を設定して取り組むことが望まれる。			

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	① a . b . c
<コメント> 年度末に全職員からアンケートを取り、そこで集めた情報を基に次年度の事業計画の骨子を作っている。その際には、アンケートで情報を出した職員とも面談し、職員の移行が正しく事業計画に反映されるよう配慮している。5月の家族会では、前年度の事業報告と当年度事業計画の説明を行っている。ここで得た家族の意見も、事業計画の評価の一部と捉えている。		
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	① a . b . c
<コメント> 利用者の興味や関心の高い項目が中心とはなるが、利用者自治会において事業計画の説明を行っている。事業計画の評価として、利用者アンケートをじっししている。家族には、5月の家族会で事業計画を説明している。家族会への出席は約50%であり、欠席した家族には資料を送付している。		

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
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 . ① b . c
<コメント> 法人内に共同生活援助事業所（障害者グループホーム）が4事業所あり、各事業所が4年に1回第三者評価を受審している。毎年、いずれかの事業所が第三者評価を受審しており、評価結果（改善課題等）を他の事業所にも横展開している。ただ、毎年実施する自己評価については、組織的、計画性の面で課題が残る。		
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 . ① b . c
<コメント> 第三者評価の結果は、毎月開催されるグループホーム事業所の全体会議に上げられ、4事業所全体に周知される。この会議には、正規、非正規の職員全員が参加しており、改善課題についての共通認識の場となっている。課題としては、改善の取組みに計画性が乏しく、記録に残されていない点である。		

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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 管理者の職責は「運営規程」に明記されており、管理者不在時の権限委任先は、「組織図」から副施設長であることが読み取れる。管理者は、自らの考えや方針をグループホームの全体会議の場で表明し、「全体会議事録」に「所長より」として記録されている。			
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 法人内のグループホーム事業所で虐待案件が発生したこともあり、コンプライアンス重視の考えをより一層強くしている。アンガーマネジメント研修を実施したり外部研修に職員を参加させたりと、再発防止に取り組んでいる。令和6年度報酬改定に伴う制度改正について、グループホーム事業所に必置となる「地域連携運営会議」についても全体会議で説明している。			
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ コロナ禍によって長く制約を受けていた外出支援が再開されている。外出、外泊、家族旅行等が解禁され、グループホームでも日帰り旅行や一泊旅行が計画・実施された。利用者アンケートの意見を尊重してホーム運営を行うなど、利用者の満足度は高く、質の高いサービス提供である。			
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 規模の小さなグループホーム事業所では、ICT化が必ずしも業務効率化につながるとは限らない。しかし、職員の勤怠管理や支援の記録管理等をシステム化し、職員の業務負担の軽減を図っている。また、地域で済み続けることを想定し、利用者個々に「現金出納簿」や「預金出納簿」で金銭管理を行っている。			

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	㉠ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 正規職員の採用は法人本部が計画的に行い、事業所では非正規職員の採用を受け持っている。事業所での非正規職員の採用は、世話人の欠員補充が主である。常に世話人は不足気味であり、採用とともに定着のための対策を講じている。不定期に面談を実施し、世話人の就労意向を確認し、変則勤務の苦労話や利用者との人間関係について意見を聞いている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉡ ・ c	
＜コメント＞ キャリアパスが構築され、人事基準が示されている。「人事制度運用の手引き」に沿って人事管理が行われており、「人事考課シート」を用いた人事考課も実施されている。職員が3段階の自己査定を行った後、上司査定は5段階で評価している。課題は、人事考課の結果が職員の処遇に反映されていないことである。			
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	㉠ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 職員の就業状況は、管理者がICT化された勤怠管理システムを使って毎月確認している。有給休暇の取得や時間外労働に偏りが出ないようにチェックをしており、有給休暇の取得は職員ごとにばらつきはなく、時間外労働も多くはない。ワーク・ライフ・バランスに配慮した介護休業や育児休業の制度もあり、まだ活用事例のない「パパ育休制度」をアナウンスしている。			

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> 法人主導の目標管理制度が運用されているが、この制度の対象者は管理者のみである。事業所としては、不定期で行われる個人面談の機会に、職員個々の課題等について話し合っている。今後は、法人の制度に倣い、事業所独自で管理者以外の職員を対象とした目標管理制度を導入することが望ましい。			
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 ・ ㉔ ・ c	
<コメント> 法人主導で研修計画が作成されており、階層別、職種別、テーマ別の研修が網羅されている。その法人研修を補完するため、事業所が必要と捉える外部研修に職員を参加させている。時間的に制約される世話人は、Web研修（サポーターズカレッジ）に参加している。研修履修後には「復命書」が提出されているが、研修効果を検証する仕組みはない。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> 法人の研修計画に沿った研修に参加し、不足する部分を外部研修で補完している。研修会場に出向くこともなく、Web研修や動画配信を活用して学んでいる。これらの研修が重層的に組み立てられており、職員の研修機会は十分に確保されている。			
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	a ・ b ・ c	
<コメント> 非該当（共同生活援助事業所での実習が、養成校での履修単位として認定されないため）			

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	④ ・ b ・ c	
<コメント> 法人のホームページが充実しており、様々な情報を公開している。「苦情解決に関する要綱」が作成されており、苦情解決の状況を「事業報告書」、広報紙で公表することを明言している。「事業報告書」はホームページ上に公表されており、その中に「苦情受け付けがなかった」ことが明記されている。			
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	④ ・ b ・ c	
<コメント> 法人内の4つのグループホーム事業所のうち、毎年いずれかの事業所が第三者評価を受審しており、事業運営の透明性確保に向けての意識は高い。事業所における金銭管理は、7万円を限度とする小口現金制を取っている。この小口現金制に工夫が見られ、購買等の決裁権は管理者が有するが、出納責任者は「月々のホーム金銭担当者」として内部牽制を図っている。			

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＞ 事業計画に地域との関わりの方針を示し、積極的に取り組んでいる。町内会に加入し、組長を引き受けている。町内会のイベントにも参加し、当番制で回って来るごみステーションや近隣の公園の清掃を行っている。地域の老人会や子供会との交流・連携も視野に入れており、共生社会の創生に向けて第一歩を踏み出そうとしている。			

	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	a ・ ㉔ ・ c
＜コメント＞ 「ボランティア受入れマニュアル」が作成されているが、実際のボランティアの受入れは少ない。地域の善意銀行に依頼して、「愛の年賀状」に取り組んでいる。市・社会福祉協議会の中のボランティア連絡協議会から情報を取得し、利用者と地域とをつなぐボランティアを積極的に受け入れることが望ましい。			
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	㉕ ・ b ・ c
＜コメント＞ ホーム内に「関係機関一覧表」が掲示されており、必要に応じて誰でも連絡することが可能である。利用者に関する社会資源としては、ヘルパー事業所や医療機関、調剤薬局、地域の商店等があり、事業所としては自立支援協議会や共同生活援助事業所連絡会等があり、会議には必ず参加している。相談支援事業所とも常に連絡を取り合っている。			
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
	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。	障26	㉖ ・ b ・ c
＜コメント＞ 市の自立支援協議会の生活支援専門部会や共同生活援助事業所連絡会等に参加し、地域の福祉ニーズや他法人の各事業所と共通する課題を共有している。法人の相談事業所からは、法人内の情報だけでなく、在宅障害者の情報や福祉ニーズも取得している。			
	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。	障27	㉗ ・ b ・ c
＜コメント＞ 法人内に「公益的取組み委員会」があり、組織的に公益的な取組みや地域貢献活動を行っている。事業所としては、市の「やむを得ない措置」の受入れ事業所として契約し、緊急一時的な受入れを行っている。ホームの体験利用は、他法人の利用者についても受け入れている。管理者が、市の「街づくり出前講座」の講師として活動している。			

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	
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	a	・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人理念、倫理綱領、行動規範が策定されており、職員には冊子を採用時に渡し、周知している。また、ホーム会議や事業所会議、研修等で意識を高める取組みがある。ただ、職員への理解度の評価と非正規職員への意識を高めていくところに課題があり、実施状況の定期的な把握と評価の取組みに期待したい。			
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	㉔	・ b ・ c
<コメント> プライバシー保護のマニュアルが作成されており、それに沿って居室の個室化や入浴支援が実施されている。また、契約の際に、利用者本人と家族へ書面にて説明して同意を得ている。居室への入室時も、利用者への確認をとってから入っている。居室の鍵については、自身で管理できる利用者には渡して、本人の管理に任せている。			
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	㉔	・ b ・ c
<コメント> 法人のホームページが開設されており、職員ブログでホームの行事や様子が発信されている。また、パンフレットには写真なども掲載されており、分かりやすく資料作成がされ、適時の情報更新が行えている。見学や宿泊体験利用者にも適時対応しており、実際にグループホームに来てもらい、説明を行っている。			
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	・ ㉔ ・ c
<コメント> サービス開始時には、「利用契約書」や「重要事項説明書」、パンフレット等を用いて説明し、同意を得ている。パンフレットには文字にルビが振ってあり、写真も掲載され、利用者に分かりやすいように工夫されている。ただ、意思決定が困難な利用者への配慮についてのマニュアル化に課題があり、職員の誰もが適切な説明が出来る仕組み作りが望まれる。			
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	a	・ ㉔ ・ c
<コメント> グループホームから一人暮らしに移行する際には、管理者が週3回ほど様子を見に行っている。また、相談支援事業所と連携を図り、サービス終了後も相談しやすい環境を整えている。ただ、事業所の変更や移行を行う際の手順書は作成されていない。手順書の作成を行い、サービスの継続性に支障が出ないような仕組みづくりに期待したい。			
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	a	・ ㉔ ・ c
<コメント> 普段の生活や会話などから利用者のホームでの生活の満足度を把握し、利用者から満足度アンケートを年に1回行っている。アンケート結果の分析、検討をホーム会議で行っており、利用者自治会にて結果をフィードバックしている。ただ、利用者が検討会議に参加するまでには至っていない。検討会議に利用者が参加する仕組み作りに期待したい。			
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	㉔	・ b ・ c
<コメント> 苦情解決の体制が整備されており、グループホームにも掲示されていた。また、「重要事項説明書」への記載もあり、利用者や家族への周知もされている。苦情解決の記録もあり、ファイルリングされている。苦情があった場合には、サービス向上委員会にて事例を報告し、法人内での情報共有を図っている。苦情解決の結果を、ホームページにて公表をしている。			

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 ・ ㉔ ・ c
＜コメント＞ プライバシーを確保して相談出来るスペースを確保しており、日常的に利用者が話しやすい雰囲気作りをしている。通院同行などの時間を使い、利用者とコミュニケーションを取るようになっている。ただ、利用者が相談する際に、複数の方法があり、相手を自由に選べるということを、分かりやすく説明しているかは、十分とは言えない。		
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 ・ ㉔ ・ c
＜コメント＞ 利用者の意見や相談を積極的に傾聴し、内容を「事業日誌」に記載している。ホーム会議や事業所会議にて情報共有し、検討する仕組みが出来ている。「事業日誌」の記載方法や報告手順は確認出来たが、相談や意見・提案を受けた際に、対応する手順を定めたマニュアルはなかった。マニュアルを作成し、適切に運用することが望ましい。		
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 ・ ㉔ ・ c
＜コメント＞ 事故発生時の対応マニュアルが作成されており、「事業日誌」にインシデント・ヒヤリハットを記入して情報共有している。ホーム会議や委員会にて発生要因の分析を行い、改善策や再発防止策の検討をしている。ただ、安全確保・事故防止に関する研修が確認出来なかった。職員全員でリスクマネジメントへの意識を高めていく体制づくりが望まれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
＜コメント＞ 感染症対策委員会があり、感染症に関するBCP（事業継続計画）が作成されている。また、予防対策や市の出前講座を職員全体で受講している。様々な感染症への対応マニュアルが作成中であり、確が出来なった。各感染症の対応マニュアルを、保健医療の専門職の助言・指導の下に、早期に作成することが望まれる。		
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	㉑ ・ b ・ c
＜コメント＞ 災害時のPCB（事業継続計画）が策定され、訓練も計画に基づいて実地している。携帯のアプリ（ライン）を使用した連絡発信や、171災害ダイヤルを使用した訓練を実施しており、定期的に消防署への通報訓練も行っている。各ホーム毎に備蓄品が準備され、「備蓄品リスト」も確認出来た。対応のマニュアルが整備され、職員へも周知されている。		

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	① ・ b ・ c	
＜コメント＞ 支援の実施方法を定めた「支援のしおり」を作成し、全職員に配付して情報共有をしている。日々の支援で気になっていることを「業務日誌」に記入し、ホーム会議や事業所会議にて実施方法の検討を行っている。また、年度末にマニュアルの見直しを行い、更新されている。			
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	① ・ b ・ c	
＜コメント＞ 標準的な実施方法を定めた「支援のしおり」があり、年度末に見直しを行っている。内容に変更があった場合には、速やかに全職員に改訂版が配付される仕組みがある。利用者からの意見や希望も取り入れ、個別支援計画の変更が標準的な実施方法に影響を及ぼすような場合には、その都度「支援のしおり」の見直しを行っている。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 「アセスメントシート」が作成されており、年に1度の見直しと更新を行っている。個別支援計画の策定の責任者はサービス管理責任者であるが、アセスメントから個別支援計画の策定までの流れを定めたマニュアルは確認することが出来なかった。事業所として同じ水準が保たれるよう、手順書やマニュアルを整備することが望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 半年に1回、事業所会議にて個別支援計画の見直し、振返りを行っており、「個別支援会議録」も確認が出来た。また、個別支援計画の変更はポイントを記載し、職員へ周知を図っている。利用者の思いや希望を確認し、相談支援専門員との面談で情報を共有している。必要な場合は、他職種も参加して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。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> サービスの実施状況は、介護記録システムと「業務日誌」を用いて記録し、情報を共有している。記載に職員による個人差が生じないように、ホーム責任者が定期的に確認している。ただ、個別支援計画に沿った「ケース記録」を、職員が意識をもって記入しているかは定かではない。職員に、個別支援計画の必要性や重要性を認識させる取組みに期待したい。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 個人情報の取扱いについては、「重要事項説明書」に記載し、利用者・家族に説明している。利用者の個人情報を含む書類は、施錠出来る書庫に保管している。書類の保管・保存期間については、段ボール箱に明記して保管している。職員間で「個人情報保護規程」の理解に差異があることが課題となっている。研修等により、職員全体の意識を高められたい。		

【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 a b c
<コメント> 外出や買い物、散歩などは、利用者自身の意思で行動できるようになっている。必要に応じ、ヘルパーとも連携を取っている。利用者会議では、ホームのルールについて話し合い、忘年会などの行事についても話し合っている。自己発信が苦手な利用者に対しては、職員が選択肢を示して決定を促す等、出来る限り気持ちを汲み取るように努めている。			

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 a b c
<コメント> 月に1度、「虐待の芽チェックリスト」による自己チェックを実地し、集計して日頃の支援についての振り返りを行っている。また、虐待防止委員会・身体拘束適正委員会を開催し、法人のサービス向上委員会や苦情解決委員会へ定期報告を行っている。職員は、権利擁護に関する研修にも積極的に参加している。			

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 a b c
<コメント> 一人暮らしを目指している利用者に対しては、調理の機会を作っている。バスの乗換えなどはメモを作成し、利用者が単独でも乗れるように工夫している。年末調整や生活保護等の行政手続きに対しても支援を行い、生活関連サービス等を利用できるように支援している。			
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 a b c
<コメント> 毎月の事業所会議にて、利用者のコミュニケーション手段に必要な支援について情報共有と確認を行っている。ホワイトボードや手紙、日記に返事を記入し、利用者個々に合わせたコミュニケーションを取っている。また、利用者間でも相談できる事はしてもらい、対人でのコミュニケーション能力が養われるよう工夫している。			
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 a b c
<コメント> 利用者の思いの把握に努め、日々の支援の中で個別に話せる機会を設けている。聞き取った内容を「事業日誌」や「ケース記録」に残し、情報を共有した上で事業所会議などで話し合っている。正しく意思決定できるように適切な社会資源を提供し、映画を観に出かける際には、利用者が好みの作品を観られるように世話人が情報提供している。			
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 a b c
<コメント> 土・日曜日に日中活動の機会を設けており、利用者はドライブや散歩、室内ゲーム、買い物などの活動を選択できる。ホームヘルパーとも連携をとり、外出する時には行く先の情報提供も行っている。市の「広報」を回覧し、地域のイベント情報を提供している。個別支援会議には職員全員が出席し、検討・見直しを実施している。			
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 a b c
<コメント> ホーム会議等では、利用者個人の意思を尊重し、かつ障害特性に配慮して支援方法を検討している。行動障害の個別的配慮も行っている。また、「支援計画シート」を年に1回作成し、検討と見直しを行っている。Web講座(サポーターズカレッジ)を活用し、職員への専門的知識の習得と支援の向上に努めている。			

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
<コメント> 利用者個々の障害特性に応じて食事形態を変更している。食事を選択する機会を設けており、利用者のリクエストが献立に反映され、楽しく食べられるように工夫している。また、個別マニュアルが策定されており、利用者の心身の状況に合わせた排泄支援、入浴支援等の日常적인支援が行われている。			
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 生活環境全般にわたって清掃が行き届き、清潔が保たれている。明るさや室内の温度、湿度も管理され、快適な生活環境が保たれている。利用者の居室はすべて個室であり、プライバシーが確保されている。ただ、ごく稀に利用者が夜間に激しい物音たててしまうことがあり、他の利用者が安眠(休息)できる生活環境の工夫が望まれる。			
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 利用者自身で出来ることは自分で行ってもらい、ホーム内の当番制を作り、生活訓練をする機会を作っている。ただ、専門性を必要とする機能訓練の指導面で課題を残しており、利用者が主体的に機能訓練ができるよう、医師やリハビリ専門職と連携し、検討されることを期待したい。			
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 朝と夕方に、利用者の検温・血圧などの健康チェックを行っている。毎月1度、かかりつけの医療機関へ定期通院をして状況を報告している。体調変化等の連絡は速やかに行われているが、緊急対応時の手順が文書化されていなかった。緊急時対応の手順書やマニュアルを作成し、職員誰もが同じ対応が出来る仕組みづくりに期待したい。			
	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
<コメント> 嘱託医の診察を受け、必要に応じた指示を受けている。処方された内服薬については、ウォールポケットを使用して見やすくしている。服薬する前に、一回分をセットしてダブルチェックを行うようにしている。ただ、服薬に関するマニュアルが確認ができなかった。医師や看護師から助言をもらい、マニュアルを整備することが望まれる。			
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
<コメント> 利用者の外出や外泊は、家族の希望に応じて実施している。ホームの日帰り旅行を企画し、実施している。また、6月には利用者研修として「選挙」をテーマとした出前講座に参加し、社会参加や学習の意欲を高める取り組みを行っている。			
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	a ・ ② ・ c
<コメント> ホーム会議で、地域生活に必要なマナーやルールについて説明している。地域との関係を構築するために町内会に入会し、組長を務めている。ただ、一人暮らしへの意欲を高めるための支援には課題がある。ホームでの生活を終着点とせず、利用者がさらに自立度を高めて、地域での一人暮らしを目指す意思や意欲が形成されるよう支援されたい。			

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 a . b . c
<コメント> 機会あるごとに、家族に日頃の生活の様子や健康状態などを報告している。また、自宅に帰る際にも、ホームでの様子や自宅での様子を相互に報告し合い、良好な関係を築くように努めている。家族の半数ほどが参加する保護者会が行われ、この場でも家族の意見や要望等を聞き取り、利用者の最善の利益のために連携を深めている。		
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> 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> 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> 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> 非該当		