

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：てんぱくホーム	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（14名）	
所在地：愛知県豊橋市高師町字北原1-107		
TEL：0532-61-3530		
ホームページ： http://tf-jigyokai.org/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成18年 7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： 3名
専門職員	（所長） 1名	（管理者） 1名
	（サービス管理責任者） 1名	（生活支援員） 4名
	（世話人） 3名	
施設・設備の概要	（居室数） 16室	（設備等）キッチン、リビング、
		洗面所、浴室、トイレ、体験室

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
- ・基本方針
地域の当たり前の生活を利用者の個性を大事にしながら、共同生活ができるよう支援する。
 - ・支援方針
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」に基づき支援を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

【特徴的な取組み】

- (1) 虐待の防止
- (2) 障害者問題は人権問題として捉えていく
- (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のために『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を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】

やむを得ない措置：地域の障害者支援として、緊急時の受け入れ態勢を整えている。
利用者自治会において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。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 7月25日(契約日) ~ 令和 6年 5月 7日(評価決定日) 【令和 5年12月12日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	4 回 (平成元年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆独立・自立のグループホーム運営

法人内のバックアップ施設と連携を図りながらも、グループホーム事業所が独立・自立の運営を行っている。基本理念や事業計画、収支計画、会議体系、各種マニュアル、研修等々、適切・適正なグループホーム運営に適った独自のものを持っている。全国的に社会問題となっているグループホームの中であって、正々堂々と胸を張った運営を続けている。

◆地域との交流、連携、貢献

夜間の支援が主体となるグループホームに関しては、地域との交流や連携は難易度の高い活動となる。さらに、ホームが現在の地に移転して日が浅く、町内会への入会も果たされていない。現在、町内会への加入に向けて検討を進めており、先行して町内会行事や隣接地にあるシルバー人材センター主催のイベントには利用者が参加している。小学生の下校時の見守りや環境美化活動（ゴミ拾い）には、職員が参加している。ホームの体験室を活用し、市の「やむを得ない措置」による一時入所を受け入れている。

◆利用者の意向の尊重

ここ数年、コロナ禍によって利用者の楽しみの機会が奪われてしまっていた。しかし、今年度はパーティーや忘年会、日帰り旅行等の行事を、利用者自治会「なないろ」が中心となって復活させている。毎月の利用者自治会で利用者のやりたいことを話し合い、事業所の理解と協力を得て実現させている。利用者の意向を尊重する風土が築かれている。

◇改善を求められる点

◆正しい情報の開示

法人のホームページが充実しており各種の情報を提供している。各事業所のホームページへも、スムーズに移動（リンク）ができる。法人として苦情解決の内容を公開しているが、直近の1年間に苦情の受付はない。毎月「本会へ寄せられた苦情はありませんでした」の文言が並んでいる。当事業所においても、苦情の受付は0件であり、記録にも残されていない。しかし、当事業所においては、「怖い人がいる」との利用者ヒアリングの結果があり、「言葉がきつい」との利用者の苦情から改善を図った事例もある。苦情をサービスの質を向上させるための種として捉え、正しい情報を公表することを期待したい。

◆相談窓口の設置

利用者の退居や他施設への変更など、次の暮らしに対しても相談支援事業所との連携が必要なため、相談窓口の役割は相談支援事業所が担っている。移行後の相談の受付等、サービスの継続性を担保するために必要な事項は、実際に支援を担当していた事業所でしか分からないことも多い。そのためにも、グループホーム独自の相談窓口を設置することが望ましい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

運営等において良い評価をいただいたところに関しては、継続して取り組んでいくことは勿論、適宜、見直しを行っていく。またそれらが全職員に周知していけることも重要であると考えている。改善を求められる点については、利用者からの意見を事業所内で完結せずに公表するようにしていく。相談窓口の設置についても検討していく。

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＞ 「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、事業所独自の理念として「ふつうに自分らしく みんなと暮らす」を掲げている。それらが記載された「理念カード」を、職員全員が携帯している。また、事業所独自の「職員のしおり」も、職員全員に配付されている。利用者への周知を図るため、理念等の掲示物にはルビが振ってある。			

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＞ 管理者が、市・自立支援協議会の生活支援専門部会の部会長を務めており、事業運営に有益な情報をタイムリーに取得できる。所属団体である県・知的障害者福祉協会からも、メール等で最新の情報が送られてくる。それらの情報を法人の施設長会に持ち寄って検討し、法人としての方向性を示す材料としている。			
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	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 喫緊の課題として「利用者の生きる喜びや夢の実現」や「変則勤務による職員間のコミュニケーション」、「年齢差を考慮した職員育成」、「地域との関わり」を挙げている。これらは、一朝一夕に改善や解決ができる課題ではないとの認識があり、運営会議や職員会議で「できるものから改善に取り組む」との方針を打ち出している。			

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・Ⓑ・c
＜コメント＞ 令和5年度から9年度までの「中期計画書」が策定されており、毎年見直し（洗い替え）が行われている。ただし、予算ありきの中期計画となっており、事業運営面での肉付けが乏しい。単年度の事業計画作成への枠組みを示す内容とはなっていない。			
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	a・Ⓑ・c
＜コメント＞ 事業計画と事業報告との関連が薄い。事業計画で「重点目標」として掲げた項目に関しては、事業報告で詳細に説明することが求められる。そのためにも、事業計画の主要な取組みや活動については、数値目標や具体的な到達点を明確にしておくことが望ましい。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業計画の策定にあたっては、面談等で職員一人ひとりから意見を聞き取っている。職員会議（短時間パート職員は除く）や主任以上の役職者で構成する運営会議で集約を図っている。理事会で承認された事業計画は、管理者－運営会議－職員会議と降ろされ、職員に周知が図られる。		
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	a ・ ② ・ c
<コメント> コロナ禍によって書面開催が続いていたが、5類移行に伴って家族懇談会が対面で行われるようになった。年間3回の開催であるが、家族に加えて後見人の参加もあり、合わせて10名ほどが集まった。この場で事業計画を説明しているが、分かりやすい説明資料を加える等の配慮は見られない。		

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	a ・ ③ ・ c
<コメント> 法人内には4つのグループホーム事業所があり、各事業所が4年に一度、交互に第三者評価を受審している。その年に受審した事業所が得た情報（改善指摘等）は、他の事業所に横展開され、それぞれで改善の取り組みを進める仕組みができています。自己評価は「人事考課シート」や「虐待防止チェックリスト」を用いて行っているが、分析して事業所全体の課題抽出には至っていない。		
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 ・ ④ ・ c
<コメント> 第三者評価の結果は法人内他事業所に横展開されているが、「人事考課シート」や「虐待防止チェックリスト」は集計・分析されることなく、これら自己点検の結果の有効活用が図られていない。「人事考課シート」や「虐待防止チェックリスト」の結果を集計・分析することで、課題を個人レベルから事業所全体のレベルに引き上げられたい。		

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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 管理者の職責は「運営規程」に定められ、事業所独自の「支援のしおり」の中で、管理者自らの考え方や思いが語られている。管理者不在時の管理者権限の委任先は、副施設長が担うことは自明の理である。ところが、管理者不在時の権限移行先に関する記述が、「運営規程」にはない。現場支援と規程、マニュアル類との整合を期待したい。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 全国各地の施設での、利用者への権利侵害の事実が報道されている。事業所では、毎月「虐待防止チェックリスト」を実施して虐待防止に努めている。「虐待防止チェックリスト」のマンネリ化を防ぐため、虐待防止委員会によってチェックリストの内容の検討がなされ、必要な加除や追記が行われている。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 自己評価によって自らの支援を振り返るだけでなく、会議やミーティングでは職員同士の意見交換を行い、他者の目で支援を振り返っている。利用者の声も大切に、「職員の言葉がきつい」との利用者意見に即座に対応し、指導につなげている。利用者の声を反映させた日帰り旅行や忘年会等を行い、利用者の満足度は高い。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 法人内のすべてのグループホームで、職員の勤怠管理や支援の記録管理（作成・共有）を中心にICT化が進められている。勤務時間の効率化が図られ、サービス残業や通常の時間外勤務が減少している。支援上の課題が見つければ、運営会議や職員会議を使って検討し、改善につなげている。			

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 正規職員の採用に関しては、法人本部が計画的に採用活動を行っている。ホームに勤務する世話人については、事業所で採用を行っているが、職員からの紹介で採用につながるケースが多い。定着対策としては、管理者が可能な限りホームに顔を出し、面談を行って職員の意見や要望を聞き取っている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> キャリアパスは構築されているが、人事考課制度の対象が正規職員に限定されており、目標管理も一部の幹部職員のみの実施である。職員の育成は、人事考課制度と目標管理制度が一体的に実施されることで実効性を増す。目的を処遇面だけに特定せず、職員育成面での人事考課と目標管理、両制度を連動させる仕組みづくりを期待したい。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ICTを活用した勤怠管理が行われており、有給休暇の取得状況や時間外勤務等が管理されている。職位・職階や職種による有給休暇の取りづらさはなく、時間外勤務が特定の職員に偏っていることもない。子育てや家族の介護のための勤務調整も行われ、コロナ禍によって職員の不足が生じたときには、他ホームの職員が応援に入る等の協力体制もある。			

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
<p><コメント></p> <p>職員育成の大きな柱である目標管理が、主任以上の限られた職員のみの実施となっている。職員の多くを占める世話人等とは、管理者が面談を行ってはいるが、目標管理制度への取組みはない。法人の方針から外れることとなるかもしれないが、事業所独自の目標管理制度の運用も検討されたい。</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。	障18	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の研修委員会が主体となって研修計画を作成し、階層別やテーマ別の研修が行われている。研修履修後には、職員会議の中で報告している。「研修報告」も作成され、その中に「活用したいこと」の欄もある。しかし、この「活用したいこと」(アクションプラン)が、実際の支援の現場で実践されたか否かの検証は実施されていない。この仕組みの構築が今後の課題である。</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。	障19	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の研修委員会作成の研修計画に沿って必要な研修が実施されており、さらに動画配信によるサポートズカレッジの導入により、より多くの職員が研修機会を得ることとなった。「復命書」や「研修報告」を作成する時間も考慮されている。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>非該当 グループホームにおける実習が、養成機関の定める実習と認められていないことから、この項目を「非該当」とする。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>法人のホームページが充実しており、様々な情報を開示している。各事業所のホームページへの連動(リンク)もスムーズである。法人として苦情解決の内容を公開しているが、直近の1年間に苦情の受け付けはない。しかし、当事業所においては、「怖い人がいる」との利用者ヒアリング結果があり、「言葉がきつい」との苦情から改善を図った事例もある。正しい情報の公表を期待したい。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>事業所の現金出納は、7万円を限度とする小口現金制をとっている。購買等の決裁権を管理者が有し、実際に現金を管理する出納責任者は、職員の中から月ごとに定めることとしている。それを明確にするために、「ホーム金銭担当」のリストが作成されている。決裁権者と出納責任者を2名に分かつことで、内部牽制の働く仕組みとなっている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>事業計画の中に「地域交流事業」として2項目を掲げ、利用者と地域とを結びつける方向性を示している。ホームが現在の地に移転して日が浅く、町内会への入会が果たされていないが、加入に向けて検討が進んでいる。隣接地にシルバー人材センターがあり、イベントが催される際には利用者が参加している。</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。	障24	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ボランティア受入れのためのマニュアルに、受入れの基本的な方針が示されている。しかし、まだ受入れ実績がない。グループホームへの利用希望者向けリーフレットには、ボランティア募集の記載がある。事業所にとってどのようなボランティアが必要か、具体的な施策を現在検討中である。		
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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> 管理者が市の自立支援協議会の部会長を務めていることから、またグループホーム事業所連絡会に参加する等、福祉関係の事業所との関係が構築されている。利用者の地域生活を充実したものとするために、ホーム内に「関係機関一覧表」を掲示している。実際に、ヘルパーを活用しての外出も行われている。		
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	㉓ ・ b ・ c
<コメント> 管理者が市の自立支援協議会やグループホーム事業所連絡会に参加して、地域の福祉動向やニーズの把握に努めている。法人の相談支援事業所と連携して、法人内の他施設利用者のグループホーム利用のニーズを把握しており、地域の在宅障害者の情報も得ている。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 法人を挙げて公益的な事業に取り組む姿勢があり、法人内に「公益的な取り組み委員会」が組織されている。すでに、小学生の下校の見守りや職員による地域の美化活動（ゴミ拾い）への参加がある。ホームの体験室を活用し、市の「やむを得ない措置」による一時入所を受け入れている。		

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	①	・ b ・ c
<コメント> 利用者に「支援のしおり」を渡し、サービスに対する基本姿勢を確認している。年度初めには、直接の説明をして周知と浸透を図っている。コロナで利用者の楽しみの機会が奪われてしまっていたが、今年度はパーティーや忘年会などの集まって行うイベントも復活させ、利用者のやりたいことをできるようにしている。			
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> 常勤職員、非常勤職員すべてが、研修動画（サポーターズカレッジ）の視聴等の方法を通じてプライバシー保護に関することを学んでいる。居室は、利用者が自分の部屋として趣味に合う好きな物を揃えている。居室内側からの施錠も可能で、一人になれる時間や場所を確保することができる。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 相談支援事業所を介して、利用希望者にはグループホームの資料を使って紹介されている。利用希望者本人に対しては写真を主にした構成としており、また家族等に対しては文章での説明とするなど、「絵」と「文」の両方を掲載することで、より深い理解を可能としている。事業所内のすべてのホームが、現在定員を充足している。			
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	・ ② ・ c
<コメント> サービス開始の時の契約書や個別支援計画は、一般的な文書の形である。しかし、意思決定の困難な利用者に対しては、その時々で障害特性に合った資料を提示し、分かりやすく説明して理解に努めている。利用者の障害特性に合わせた配慮は様々なパターンがあるが、それらを集めてサービスマニュアルの一つにすることを期待したい。			
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	・ ② ・ c
<コメント> 利用者の退居や他施設への変更など、次の暮らしに対しても相談支援事業所との連携が必要なため、窓口の役割は相談支援事業所が担っている。移行後の相談受け等、サービスの継続性を担保するためにも、グループホーム独自の窓口を設置することが望ましい。			
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	・ ② ・ c
<コメント> 年に1回のアンケートは、他のグループホームの職員が来て実施している。それによって自施設の職員には言いにくいことも把握できるようにしている。自治会は毎月開催され、今月に課題となったものが翌月の議事録で結果や進捗が記され、解決に向けて進められていることが分かる。利用者の希望や意見に対し、事業所からの回答を速やかに、かつ明確にするように求めたい。			
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	a	・ ② ・ c
<コメント> 苦情解決の仕組みは整備されているが、苦情はないので苦情と受け止めて解決を図り、結果と再発防止について記録したものはなかった。しかし、職員の言葉遣いに利用者から意見が出て、改善（指導）を図った事例がある。意見・要望と苦情とを分ける基準は、検討が必要である。苦情申出方法や解決結果の報告は、利用者の目につく場所を選んで掲示し、周知を図られたい。			

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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の個室環境があるので、利用者の許可があれば居室に入れてもらって相談や意見を受けることが確実にできる。聞く側の職員も、複数で対応できる。いつでも、どの職員にも相談ができることの周知を、掲示物や配付物等、目に見える形で示すことが望ましい。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>普段から利用者とのコミュニケーションを図り、行きたい外出先、食べたいもの等を聞く機会がある。その上で、行事の計画を立てている。個別支援計画の作成時等、事業所側から利用者に関心がある場合は、その題目の記録によって内容を確認することができる。しかし、利用者から話があった場合、相談・意見の受付、対応記録、予防処置などを確認できる書式がマニュアル化されていない。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>アクシデントとインシデントのレポートを作成し、リスクマネジメント委員会で情報が共有されている。アクシデントに関しては、是正計画と実施状況、効果の検証までを一体的な書式で整えることを検討したり、インシデントに関しては、場所、時間、内容、対象者などでリスクの傾向、予測と予防につながるデータ分析を徹底することを望みたい。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「感染症マニュアル」が整備されており、それに基づいて対応や対策を行っている。感染症の予防や安全確保に関する実践研修を行っている。利用者に対しても、衛生的な環境を守るために手洗いや消毒について実施するよう指導している。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>防災計画上の火災、地震、防犯の訓練を計画的に実施している。災害用の備蓄品に関しても、有効期限の確認や不足物の把握等を定期的に行っている。風水害に特化した訓練計画がなかったが、今年度に想定外の大雨があって対処が必要になったことが分かり、次期計画で検討することが決定している。</p>		

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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービスの実施は、「利用者支援マニュアル」に基づいている。マニュアルには、援助場面ごとの課題、援助方針や方法が記載されている。標準的な実施方法に基づいて実施されているか、自己振り返りによって確認している。サービス実施の決まりが守られ、結果的に権利擁護が守られていることの証しの一つとして、他ホームの職員が利用者アンケートを実施している。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>マニュアルの見直しは、毎年定期的に行われている。個別支援計画の見直しが定期では6ヶ月に1回であるので、計画とサービスが標準的な実施方法に影響すれば、その都度その時がマニュアルの見直し時期になり、逆に見直しによって個別支援計画の見直しにつながることもなる。</p>		

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
<コメント> アセスメント、個別支援計画の作成、実施内容の記録、モニタリング、再作成のプロセスが確立しており、担当者、各職種、利用者本人、家族の意見も反映した計画を、サービス管理責任者が完成させている。定期では6ヶ月に1回なので、計画途中での見直しの際に、再アセスメントがもっとやりやすい形になるように検討を必要としている。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 定期では、6ヶ月に1回の個別支援計画の評価・見直しを行っている。サービス管理責任者が担当者、各職種の職員、利用者本人、家族等から意見を聴取し、個別支援計画の達成、未達成の判定と、次期計画での継続、終了の判断をしている。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 「支援経過」や「日々の記録」等は、記録ソフトを使用して入力している。さらに、紙に印刷してファイル化もされている。連絡会により、職員間で情報伝達と確認の共有が図られている。記録は、文法上の間違いや不適切な表現を避ける等の意味で、管理者が確認して会議の議題に取り上げている。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 記録の保存方法、保存期間、閲覧の方法などは、法人の規程に定めている。個人情報の保護、プライバシー保護と関連し、広義では人権擁護にもなるので、適切な管理のために関連分野の研修を実施している。法人の研修委員会の研修計画にもあるが、動画配信によるサポーターズカレッジでも学ぶことができる。		

【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> 小遣いの使い方などは自己決定を尊重しており、適切な使い方になるように意見や助言をしている。同じ衣類を着ること好む利用者に対しては、家族の協力の下、同じ服を複数用意して清潔を確保しつつ希望に添える工夫をしている。利用者が何を望み、どのような手段で伝えるかは日々の支援の中で発見することもあり、個別支援に結びつけるために、会議で情報共有を行っている。			

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	a・②・c
<コメント> 身体拘束廃止、虐待防止の研修を行っている。「虐待につながる行為をしていないか」を自己点検するチェックシートがあり、自らチェックをした場合には助言が記入されている。自己チェックは評価に値するが、権利侵害の発生を未然に防止するためには、直接利用者に確認したり、他者が実践の様子を確認する仕組みも検討する余地がある。			

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> 基本として利用者が望むことを実施する見守り姿勢を持ち、身体的条件から自分ですることが難しい場合においても、どのようにしたいか、を確認して援助するようにしている。個別支援計画の作成段階でも、実施中のサービスマニュアルでも、自立支援が意識されている。			
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> 文章や言葉では理解が難しい利用者にも、分かりやすい絵や写真、質問方法の工夫などを行っている。伝達が困難な利用者の意思や希望を、正しく把握するために役に立っているか確認する分かりやすい方法を考えている。コミュニケーションが十分に取れない利用者の、普段と違うしぐさや手や目の動きにも注目している。			

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	a・②・c
<コメント> 利用者からの意見や相談を受けた場合の、話しやすい環境づくり、意思決定への情報提供、相談内容の報告等は適切に行われている。利用者の状況によって相談が困難である場合、意思尊重の取組みが十分とは言えず、意思確認のできる方法を模索している。			
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> 利用者の希望による外出、日帰り旅行、忘年会など、ここ数年コロナの影響でできなかったことを再開している。文化やスポーツでも、各種のイベントやバスケット、ボランティア活動、ヘルパー利用、理美容などの情報を利用者にも提供している。			
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> 外部研修の情報を得て、障害形態別にテーマも異なる研修に参加している。その際の職員の習熟度も、参加の参考としている。復命は書類報告だけでなく、会議での報告、伝達を含んで実施している。記録によって情報を共有し、ケース会議での検討では多職種意見を入れて個別支援計画に反映させ、実施に移している。			

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
<p><コメント></p> <p>業者委託により献立を決める以外にも、利用者自身で献立を決めて買出しに行くこともある。利用者の希望に沿うことを基本としているが、好きなものしか摂らないこともあるので、健康に配慮する必要性を伝えている。利用者の状況に応じて入浴（洗髪等）や排泄の一部介助をしている。浴室清掃を受け持ってくれる利用者もあり、生活課題として個別支援計画の中で役割としている。</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><コメント></p> <p>ホームを新築移転し、設備としても快適な環境である。全居室が個室なので、望むときには完全に一人の時間を確保できる。食事は皆で集まる食堂で摂り、食堂には掲示用スペースもある。個人の情操の変化や他者に対する影響を考慮し、必要な場合には一時的に自分の部屋以外にも過ごせる部屋が用意されている。利用者間で、騒音やプライバシーの侵害などのトラブルはない。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>自らで用意して段差を上るステッパーや、バランスボールなどを行っている利用者がある。現在、医療や介護の専門職が関わるリハビリテーションを、個別支援計画に組み込んでいる利用者はいない。個人の生活習慣となっていて、水筒にお茶を入れる、窓を拭く、ごみを捨てに行く等、生活リハビリを行っている利用者がある。計画的な機能訓練や生活訓練の実施が望まれる。</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><コメント></p> <p>毎日検温を行い、必要な場合には血圧も測っている。利用者は昼間はホーム外で就労（生活）しているので、職場で健康診断を受けてくる。その結果を受け、再検査や診療を勧めることがある。利用者の体調変化に関しては、対応するマニュアルによって連絡順が決められている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>ほとんどの利用者が薬を服用しており、ホームの鍵のかかる場所で管理している。かかりつけの薬局と連携し、薬の残数や変更点等を共有している。世話人については、一人勤務に伴う責任もある。疾病や薬に関する知識、必要物品の取扱い、感染症などをテーマに、職員研修や学習会などに発展させ、必要最低限の知識と技術の習得を期待したい。</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><コメント></p> <p>ごみ出し、清掃を通じて社会活動に触れる機会がある。市役所から人が来て、感染や防災について知る機会となったり、興味を持った計算ドリルや漢字ドリルにチャレンジするなど、内外で希望や意向に合わせる支援を行っている。基本的には、利用者の意思に任せて支援している。</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><コメント></p> <p>現在地に移転して日が浅いため、またコロナ禍であったこともあり、地域社会への参加活動は十分ではない。しかし、町内会へは入会の検討をしており、地域防災訓練、シルバー人材センターなどとのコラボ企画もある。それらとの円滑な連携を図るために、必要な情報の収集と提供を行っている。</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> 個別支援計画の更新時期や家族との面談時期、その他、随時の医療健康面、生活の様子、金銭使用状況などについて報告をしている。家族への連絡および家族からの連絡は、その内容と回答について職員間で共有し、誤りのないようにしている。		
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		