

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：サポートホームしんしろ	種別：共同生活援助	
代表者氏名：松原 宏昌	定員（利用人数）：19名（19名）	
所在地：愛知県新城市矢部字本並52番地1		
TEL：0536-22-3787		
ホームページ：http://nijidete.com		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成18年10月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人新城福祉会		
職員数	常勤職員： 9名	非常勤職員： 12名
専門職員	（管理者） 1名	（サービス管理責任者）1名
	（世話人） 14名	（生活支援員） 4名
	（夜間支援従事者） 7名	（看護師） 1名
施設・設備の概要	（居室数） 19室	（設備等）居室17室・世話人室
		浴室・共用スペース
		リビング（食堂）・トイレ

③理念・基本方針

★理念

・法人 「ともに働き ともに学び ともに生きる」
他人を思いやり、お互いを支え、助け合おう」とする互助精神を基本とします。

・施設・事業所

①ともに生きるという共生理念に立って、地域において様々な形で福祉を支えあう文化の形成に貢献します。

②ハンディキャップのある人も無い人も平等かつ普通に生きる（ノーマライゼーション）

③利用者の自己決定、自己実現を尊重した自立支援、生活支援、社会参加を基本とします。

④利用者、職員、家族、地域の方々と協働、連携した法人の運営に努めます。

★基本方針

①虐待防止への取り組み。法人全体研修にて虐待防止法の周知やグループワークで職員の意識を高める。

②相談支援事業所を始め、日中活動事業所、居宅介護事業所等との連携。

③入所施設の無いこの地域において、安心して暮らすことが出来るホーム作り。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①虐待防止への取り組み。法人全体研修にて虐待防止法の周知やグループワークで職員の意識を高める。
- ②相談支援事業所を始め、日中活動事業所、居宅介護事業所等との連携。
- ③入所施設の無いこの地域において、安心して暮らすことが出来るホーム作り。
- ④緊急時の受入体制の整備。安心生活支援事業始め緊急一時レスパイトや短期入所の緊急受入など。
- ⑤入居者の意思を尊重した取り組み（一人暮らしに向けた支援・個人レクリエーション活動など）

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 9月25日（契約日）～ 令和 6年 3月29日（評価決定日） 【令和 5年11月29日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	4 回 （令和 2年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆地域生活の価値

中・長期計画には、「地域との交流、共生」が明示されている。ホームは市内各所に点在しており、町内会への加入、地域防災訓練への参加、また日常生活でも買い物や通院、通勤など地域住民との接点を多く持ち、住民の理解を得て地域の一員として生活している。管理者が言う、「彼らが地域に暮らしている事そのものに価値がある」という見解には共感するものがある。

◆生活向上への視覚的支援

就労している利用者に対して、起床後に行う準備や時間、交通機関の乗り方と時刻、帰宅後の行動確認、非常時・緊急時の対処法など、挿絵を用いた手順図がホーム内に掲示されていた。視覚化することで状況への理解が深まり、安心感も増す。口頭でのコミュニケーションによる支援と併せ、高い効果が期待できる。専門性と経験値を活かした極めて有効な支援法であり、評価したい。

◆体系的なリーディングケア

一人暮らしを目指す利用者への意欲を高めてもらうための支援として、「お薬カレンダー」を活用した服薬管理、トイレや風呂掃除実施の確認シールなど、スモールステップで積み上げることができるよう、取組みの設定と評価を行い、取組みを通して自信をつけさせている。また、安心生活支援事業を活用し、一人暮らし体験の機会を設定し、この体験から本人の意思確認のほか、一人暮らしに向けた課題の整理を行っている。移行に向けては相談支援事業所や就業・生活支援センター、地域活動支援センターと連携する体制も構築されている。

◇改善を求められる点

◆利用者への説明と同意

利用者は支援の主体であり、活動予定や事業の内容などについて、個別支援計画同様に周知し同意を得る必要があり、また利用者には知る権利がある。利用者向けに簡潔で分かりやすくした事業計画を作成し、説明し理解を得る取組みを期待したい。障害の有無に拘わらず、見通しを持って生活することが生活の充実感、期待感につながる点を忘れてはならない。

◆BCP（事業継続計画）の策定

365日入居型の事業所であり、事由の如何に関わらず事業を中断することはできない。特に災害時の生活空間、食料の確保、また職員の対処法といった手順を明確にしておく必要があり、法令による策定期限も迫っている。災害がいつ何時発生するかは不明である。画一的なものでなく、事業所の特性や利用者の状況に応じた実効性の高い事業継続のためのBCP策定が急務である。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回も適切な評価をしていただき、大変ありがとうございました。改善提案がなされた項目についても、事業所内で振り返りをしながら改善に努めていきたいと思ひます。

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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人理念や事業所の基本方針は、ホームページに明示されている。内容は、地域共生の理念に立った考え方として、職員の行動規範にもなり得るものである。職員へは、採用時研修や全体研修の際に理事長から講和によるレクチャーがなされる。家族へは、家族会の折に説明されている。一方、利用者への周知は難しい点であるが、少しでも理解が得られるような配慮と工夫が求められる。		

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＞ 経営会議等法人会議にて、福祉動向や経営状況を共有し把握している。また、自立支援協議会や圏域会議にて地域の課題や在宅ニーズ等を把握している。毎月会計士による巡回監査を受けて財務分析し、法人本部との間でデータを共有している。		
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	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 法人全体の経営課題については、毎月の管理者会議で共有し、サービス管理責任者会議や世話人会議で説明している。事業所の運営問題に関しては、サービス管理責任者会議にて検討協議されている。結果、今後の事業展開に備え、資金積立てを開始した。また、法人内事業所と兼務で看護師配置を実現し、加算を取得した。		

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	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 法人の中・長期計画が策定され、大きく6項目の重点事項に対して年度毎の行程表に沿って各事業所の取り組み目標が明示されている。この取り組み目標は、進捗評価を可能とする具体的な内容となっている。法人では中長期計画会議を開催し、事業部門ごとに総括し、3年毎の見直しにかけている。		
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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 中・長期計画を受け、単年度の事業計画が策定されている。重点目標3項目とその他5項目からなる。数値設定こそ無いが、具体的な実施事項が示されている。ただ「努める」や「対応する」等の表現を用いている項目もあり、成果測定が難しい点は課題として残る。		

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> サービス管理責任者会議にて、毎月実施状況の評価を行っており、年度末にはホームごとに年度評価を行い、これをもって事業総括会議で全体総括を実施している。この結果を踏まえ、事業計画会議を開催して事業計画の策定に至る。ただ、事業計画をパート職員まで周知する点は課題となっている。		
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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 事業計画の利用者への周知について、分かりやすい資料や説明の工夫などといった特別な配慮はなされていない。支援の主体である利用者に対しては、自らが受けるサービス内容や計画について説明する責任があり、利用者は知る権利がある。利用者周知への検討が望まれる。		

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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> ホーム会議、世話人会議、サービス管理責任者会議にて、それぞれサービスの検証を実施している。また、チェックリストやアンケートの結果を集計し、共有している。運営全般については、3年毎に第三者評価を受審しており、受審の無い年度も評価基準を用いて自己評価し、課題を明らかにしている。		
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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 会議で出された課題については、時にKJ法を用いて論点整理を行い、職員で共有している。ただ、改善策の策定、計画的な改善への取組み、改善策の見直し、といった体系的なシステムを運用するには至っていない。		

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> 管理者は、サービス管理責任者会議、世話人会議、ホーム会議など各会議の場で方針と方向性を提示している。明確な職務分掌は作成されていないが、職責による業務内容は明確になっている。24時間365日稼働の事業所であるので、事業継続のための災害時のBCP策定は必須である。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 「法令遵守規程」の下、経営者会議や管理者会議で示された事項や行政からの通知などはサービス管理責任者会議、世話人会議にて周知している。特に虐待防止の関係では、パート職員を含め職員全員が研修を受講し、不適切支援の防止を図っている。			
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> 管理者は各ホームを巡回したり、全ての会議に参加することで、常にサービスの現況や課題を把握し、改善への助言や指導を行っている。また、職員面談による職員の意見やアイデアをサービスに反映させる取組を行っている。職員の研修参加の点でも、法人研修を中心に可能な範囲で参加させている。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 管理者は労働安全委員会での労働環境上や労災上の課題を把握し、持ち帰って協議あるいは周知し、業務改善に取り組んでいる。また、システムサーバーを活用した情報共有など、業務省力と効率化を手掛けている。			

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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 中・長期計画の項目に人材確保・育成を挙げ、計画的な人材確保を進める中、看護師配置が実現した。一方で、夜間支援を維持する職員確保が難しく、法人のスケールメリットを活かした応援職員による体制を取らざるを得ない状況である。定着に向けては、各種研修参加と「チャレンジカード」による育成を行っている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 人事考課制度を導入し、「チャレンジカード」を用いて設定目標に対する評価を行っている。また、キャリアパスが整備され、職務職階が明確にされている。職員が将来設計のできる総合的な人事制度となっている。			
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組 んでいる。	障16	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人は、県のファミリーフレンドリー企業に登録し、育休取得や誕生日休暇の創設、労災に上乗せする業務災害保険加入といったワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を実践している。また、管理者面談やストレスチェックも実施され、メンタル支援としての相談体制も整っている。一般相談やハラスメント相談窓口を早急に設置することを求めたい。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 「チャレンジカード」を用いた目標管理を実施している。サービス管理責任者と管理者との協議により設定した目標に対し、面談を通して中間評価（進捗評価）、総括評価（達成度評価）を行い、アップグレードした次目標を目指している。目標を見失わない業務の遂行、業務達成による意欲の向上など、職員育成への重要なツールとして機能している。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 研修に関しては、研修要綱及び研修計画に基づき、研修委員会を中心に企画・実施される。体制としては新人から管理者までの階層別研修を柱に、テーマ別研修では喫緊のテーマで実施している。今年度は権利擁護にポイントを絞り、虐待防止、意思決定支援に関する研修を実施した。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 法人では、階層別研修やテーマ別研修などの様々な研修機会が設定されている。しかし、変則勤務に加え人材不足もあって、外部研修も含めすべての研修参加は叶わない。研修報告会などを有効に活用し、この課題を解決されたい。また、今後の研修参加の参考とすべく、職員個々の研修履歴を作成して活用することが望ましい。		
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> 非該当 ※共同生活援助事業所（ケアホーム、グループホーム）での教育実習が、養成校の実習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	① ・ b ・ c
<コメント> ホームページには事業内容、財務状況、第三者評価結果、苦情受付状況などの様々な情報が開示されている。また、法人機関紙では利用者やサービスの現況などが掲載され、ホームページに挙げられる他、関係団体やご家族、地域の民生委員などに配布されている。情報公開による透明性は確保されている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 「経理規程」に基づいて事務・経理関係の処理がなされている。監事による内部監査の他、税理士法人による毎月の巡回指導を受けており、適正な経営に心掛けている。経営に関する一定の透明性は担保されている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 法人の成り立ちそのものが地域に根差したものであり、中・長期計画の重点項目としても「地域共生」が明示されている。ホームの居間には、地域イベントのチラシなども置かれていた。町内会への加入、地域防災訓練への参加、また普段の生活でも買い物や通院、日々の通勤など、地域との接点を多く持ち、住民の理解を得て地域の一員として生活する利用者を支援している。		

<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 ・ ㉓ ・ c
<p><コメント> 法人としての受入れマニュアルが整備されている。一方、ホーム独自の受入れはなされていない。ボランティアは社会との貴重な接点であり、利用者の社会性伸長が期待できる重要な人的資源である。どのようなボランティアを何時どのように受入れるのか、また利用者の意向確認を含め受入れ体制が整えられるのか、といった事項を十分検討し、前向きに受入れを考えられたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 東三河グループホーム連絡会、新城市居住連絡会、圏域会議など、地域の様々な関係団体と定期的に会合を持ち、情報交換や共通課題の協議を行うことでネットワーク化がなされている。また、法人内の各事業所とも連携が図れている。個々の利用者に必要な地域資源は、ホーム内に掲示されたり個別に情報提示がされており、ヘルパーを利用して外出する機会も多い。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 相談支援事業所をはじめ東三河グループホーム連絡会、新城市居住連絡会、圏域会議等と連携することにより、地域の福祉ニーズを把握している。現在、在宅でグループホーム入居を希望する方が80名程いるといった状況も共有している。地域情報では、町内会参加や回覧板での情報、また民生委員からの貴重な情報提供もあり、利用者に伝達して日常の話題としている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 安心生活支援事業、緊急一時レスパイト事業など、地域ニーズに応える事業を実施している。また、地域の防災訓練に参加したり、法人の行う市民フォーラムに協力している。これらの地域向け事業を通し、事業所の存在価値を地域にアピールしている。</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
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針については、ホームページなどに記載されている。全職員に支援に関するファイルを渡し、理念や基本方針等が書かれた書面もファイルされ、いつでも確認できる。研修については、虐待防止を中心に行われている。勤務上、研修に参加出来ない職員もいるが、研修内容を録画し、後日見ることができるよう配慮している。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシーに関するマニュアルが定められており、職員に渡されたファイルに収められている。プライバシーへの配慮については、契約時に本人や保護者に説明している。実際のプライバシーへの配慮については、すべての居室が個室であることや、入浴においても時間帯の設定や入浴中のパネルを作成して対応をしている点が挙げられる。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>ホームページに理念や基本方針を示し、市役所や社会福祉協議会などの公共施設、また人の集まる施設に機関誌が置かれている。事業所のパンフレットについては、写真も多く取り入れ、イメージしやすい内容となっている。パンフレットなどの見直しについては、必要に応じて行われている。</p>			
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 ・ c
<p><コメント></p> <p>契約時に、「重要事項説明書」を用いてサービス内容の確認を行っている。意思確認については、本人の言葉のほか、必要に応じて家族や相談支援専門員とも連携して対応をしている。サービスを変更する場合には、担当者や世話人、サービス管理責任者が本人の意思を確認している。課題としては、意思確認のルールが明文化されていないことが挙げられる。</p>			
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	・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所の変更などを行う場合には、個別支援会議を実施し、関係機関も含めて意思確認や変更後の対応について確認をしている。サービス終了後は利用者や保護者が相談できるよう、サービス管理責任者が対応するよう伝えている。サービス移行に伴う引継ぎ書の作成等については、今後の課題となっている。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>利用者や家族に対し、年に1度満足度調査を行っている。また、週に1度、ホームの入居者の懇談会を設けており、その際にニーズや要望について確認をしている。この内容について、職員は記録をとり、職員間で情報の共有を図っている。内容によっては、世話人会やサビ管会議で対応の協議を行っている。</p>			
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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みについて、各ホームに掲示をして利用者への周知を図っている。利用者からの苦情や意見についてはご意見箱を設置し、その場で書くことができるよう用紙とペンも設置されている。苦情や要望の内容によっては、サービス向上委員会やサビ管会議などに情報を提供し、対応について協議がされている。苦情はホームページ上で公開されている。</p>			

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者から相談や意見が出た場合、相談の内容や本人の申し出により利用者の自室や世話人室で対応している。また、ご意見箱を設置し、間接的な相談ができるよう配慮している。相談の対応などについての説明は、「重要事項説明書」に記載がある。相談方法の選択や相談相手について示したマニュアルの作成を期待したい。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の相談や意見に対して、懇談会で解決するほか、世話人会議やサビ管会議、場合によってはサービス向上委員会にて、その内容に対して協議を行い、対応を決定している。職員に対してグループラインを活用するなど、状況に応じて速やかに対応している。課題として、相談や意見を受けてから対応までの手順などを示したマニュアルの作成が挙げられる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントについて、ヒヤリハットの事例を集めている。集めた内容については、世話人会議のほか、サビ管会議や管理者会議で確認している。研修としてKYT（危険予知トレーニング）を実施していることから、職員の危機管理意識は高い。事故発生時に適切に対応するために「緊急時対応マニュアル」を作成し、掲示もしている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症予防や発生時に適切な対応を可能とするために、感染症対策委員会を設置している。またBCPも作成しており、持続可能な運営が行えるよう示されている。感染症の予防と発生時の対応マニュアルは作成されている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>避難訓練については、年間の計画として立てられており、計画に沿って実施をしているが、さらに地域の合同防災訓練にも参加している。安否確認については「きずなネット」へ登録しており、職員への周知もされている。避難マニュアルは作成されているが、災害対策用のBCPは現在作成中である。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な支援の実施方法については、項目ごとに作成している。プライバシーへの配慮や権利擁護に関する内容も示されている。研修については、OJTを実施して確認を行っている。個別支援計画については「やることシート」を一覧にして、統一した支援を心掛けている。しかし、標準化した支援の内容を記した書面について、職員への周知が弱い。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法については、必要に応じて見直しを行っている。見直しにあたっては、世話人会議やサビ管会議で挙げた内容を参考にしている。定期的に第三者評価を受審することにより、客観的な確認を行っている。見直しに関しては必要に応じて行われているが、定期的な見直しを加えることが望ましい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>アセスメントは本人や家族からの情報のほか、利用者との関りからも反映させている。利用者に変化がある場合には、再アセスメントを行い、情報の更新を図っている。この内容に基づき、個別支援計画を作成している。個別支援計画はデータ内で管理され、支援方法について情報の共有が図られている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の評価については半年ごとに行われている。見直しについては、世話人からの情報を得るために回覧し、意見を書き込んでもらっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス実施に関する記録について、記録作成に関する研修を行っている。また、記録の内容の中に個別支援計画と結びついている内容があれば、職員が改めて意識ができるように、マーカーでラインを入れている。職員間の情報の共有は、世話人会で確認するほか、世話人会の会議録をパソコンのサーバーで管理し、閲覧ができるようになっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>文書の管理については、「文書管理規程」や「個人情報保護規程」に定められている。利用者に対しては、契約時に「同意書」を取って確認している。文書の保管については、鍵付きの書庫で管理を行っている。記録管理責任者については、スタッフ用ノートに記載されている。</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 a · b · c	
<コメント> 利用者の自己決定については、毎週土曜日の朝食時に利用者でグループワークにて、掃除などの当番やルールについて決めている。地域の情報については、居間に地域情報誌などを取めるケースに入れてあり、いつでも見ることができる状態になっている。			

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 a · b · c	
<コメント> 権利擁護については、規程やマニュアルが整備されている。サービス管理責任者が各グループホームを巡回するほか、世話人会やグループLINEを活用し、利用者への対応について情報共有をしている。「虐待防止チェックリスト」の実施や、身体拘束を行った場合には、適切に記録を残している。			

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> 服薬管理には「お薬カレンダー」を活用したり、トイレや風呂掃除が行えるよう、カレンダーへの記入やご褒美シールの活用など、様々な取組が行われている。将来一人暮らしを目標としている利用者に対しては、意欲を高めてもらうためにスモールステップで積み上げることができるよう、取組みの設定と評価を行い、体験を通して自信をつけさせている。			
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> 利用者のコミュニケーションについて、文字盤やトーキングエイドの活用など、必要に応じて個別の対応を行っている。また文書を作ることが得意な人には、1週間のできごとを手紙にもらい、振り返ってもらいなど、利用者へ合ったコミュニケーション能力を高める取組みもしている。			

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> 利用者からの相談に対して、本人の意向を確認して利用者の居室や世話人室で面談を行うなど、話しやすい環境で対応をしている。毎週土曜日に行う利用者の懇談会で意思決定の機会を設けるなど、ピアカウンセリングの要素を含めた対応も行っている。協議が必要なものは、会議で確認する他、サービス管理責任者や関係機関とも連携して対応している。			
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> 利用者のニーズは毎週行っている懇談会で確認し、要望を取り入れたレクリエーション等を実施している。個別のニーズに対しては、相談支援事業所などの関係機関を交えながら地域活動支援センターやヘルパー事業所へと橋渡しをするなど、希望するサービスにつなげている。地域の情報誌などは、利用者がいつでも見ることができるようにしている。			
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> 職員の専門性の習得については、研修委員会によるスキルアップ研修の実施や強度行動障害支援養成研修、精神障害に関する研修の受講を行っている。研修後は他の職員に対してのフィードバックを行う他、効果測定も行っている。支援については、サビ管会議や世話人会で情報共有を図り、支援方法の見直しや環境調整を行っている。			

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>食事については、普段の食事の時に本人の申し出や何を食べて何を残しているのか、職員や世話人が確認したものを食事の嗜好表に随時書き加え、常に最新の情報を共有している。献立については、利用者間で決めて選択できるようになっている。排泄については、本人と相談し、リハビリパンツの活用や道具を使って利用者自身で行えるよう対応している。</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>共有スペースにはソファやクッションを設置し、くつろげる空間を作っている。感染症などが発生した場合には罹患者と交わらないようにゾーニングをするなど、適切な対応が取られていた。利用者間のトラブルや不安定になるような場合には、世話入室にて離れて過ごすことができるよう配慮している。生活環境について、懇談会や個別の相談に対し、意向を踏まえて対応をしている。</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><コメント></p> <p>機能訓練については理学療法士から助言を受け、リハビリなどを実施している。服薬管理が難しい利用者に対しては「お薬カレンダー」を活用し、自己管理ができるようにしている。一人暮らしを希望している利用者に対しては、ヘルパーを活用しての買い物の設定などを行っている。自立に向けた機能訓練及び生活訓練は、可能な限りの実施である。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>検温などのバイタルは、毎日確認をしている。看護師が定期的に巡回し、利用者の様子を見てもらうほか、健康面などについて相談をしている。利用者の急な体調変化については、既往歴や服薬情報、かかりつけ医などが記載されている「緊急個人情報カード」を電話付近に設置し、速やかな対応ができるようにしている。健康管理に関する研修については、課題がある。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>服薬管理についてはマニュアルが整備され、マニュアルに基づいて対応をしている。てんかんなどの医師の指示が必要なものについても、その指示に応じて適切に対応をしている。また看護師から必要に応じて指導、助言を仰いでいる。医療に関する実施方法などについてはフローチャートで示しているが、内容について課題があるため、再確認する必要がある。</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>地域の行事やイベントを利用者に知らせるために、地域情報誌などを置いている。イベントや行事に参加したい利用者に対しては、ヘルパー事業所につなぐなどの対応をしている。地域の清掃活動に職員と共に参加するなど、地域住民と交流する機会もある。お金を使って買い物をすることや、同じホームに暮らしている利用者の外出や助言を受け、社会参加や学習の意欲が高められている。</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>利用者が一人暮らしを希望している場合には、安心生活支援事業を活用し、一人暮らしが体験できる機会を設けている。この体験から、本人の意思確認のほかに、一人暮らしに向けた課題の整理を行っている。地域移行に向けた生活が円滑に行えるように、相談支援事業所や就業・生活支援センター、地域活動支援センターと連携する体制が構築されている。</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> 年に1度家族会を開催して交流を図っている。また利用者が帰省する際には、グループホームでの個々の生活の様子を伝えている。本人や家族から生活や支援について相談などがあった場合には、「ケース記録」への記載や「スタッフ間ノート」の活用を図り、情報の共有を行っている。緊急時の対応についても明確に示されており、適切に対応がされている。		
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		