

## 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	訪問調査日：平成30年11月 5日（月）
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称： フレンドホーム オリオン	種別： 共同生活援助	
代表者氏名： 川崎純夫	定員（利用人数）： 16名（14名）	
所在地： 愛知県小牧市大字大山字岩次208-3		
TEL： 0568-47-1181		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成16年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 あいち清光会		
職員数	常勤職員： 18名	
専門職員	(管理者) 1名	(事務) 1名
	(サービス管理責任者) 1名	(社会福祉士) 6名
	(精神保健福祉士) 3名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)

### ③理念・基本方針

<p>★理念 「この子わが子なりせばの親の愛をわすれることなかれ」(支援者心得12条)を大切に能力に応じた生きがいのある生活と自己実現の達成によって、一人ひとりの豊かな地域生活支援を目指す</p> <p>★基本方針 「サンフレンド支援者心得12ヶ条」 利用者が主体となり、何事にも自己決定、自己選択できるように配慮し、自由で楽しい地域生活を送れるように支援をする</p>
---

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・目的別、機能別に合わせたホームにしている。(高齢化、重度化向け、車いす対応など)
- ・世話人が夜間も常駐し、災害時や緊急時の迅速な対応のため、また高齢や重度の利用者の体調管理などが対応できるようにしている。
- ・食事はできるだけご本人の希望を取り入れたメニューにしている。
- ・家族のように過ごすことが出来ている。
- ・それぞれの生活スタイルを尊重し、ご本人のご希望に叶うような過ごし方を一緒に考えている。
- ・ホームごとにコーディネーターを設置し、利用者、世話人の思いを聞きとりながら、ホームの生活の組み立てができるようになってきている。
- ・休日などの余暇支援も地域の行事などがあればお知らせをし、楽しむことの選択が増やせるような支援を行っている。
- ・バックアップ施設の看護師と連携し、健康管理に力を入れている。
- ・権利擁護支援の見直しを実施している。(虐待防止委員会の設立、チェックシート、マニュアル作りなど)

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 6月27日(契約日) ~ 平成31年 3月 4日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成27年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆バックアップ施設との連携

日中活動、医療ケア、余暇活動、緊急対応など、様々な面で本体のバックアップ施設と連携することで利用者ニーズの充足を図っている。また、支援者側も一日の生活の流れや本人状況を把握でき、トータルな支援を可能としている。

##### ◆機能的な食事サービス

食事に宅配サービスを取り入れ、また本人希望による外食なども交え、バラエティーある食事提供を行っている。これは同時に、支援者側の業務省力を可能としている。

##### ◆支援マニュアルの整備

「世話人マニュアル」や「医療マニュアル」、「食事形態マニュアル」など、必要なマニュアルが各ホームに設置され、世話人がいつでも閲覧できるようになっている。また、マニュアルの見直しも会議を通して随時行われている。会議では統一した支援についての確認がなされており、リスク回避や支援向上に向けて職員全員が取り組んでいる。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆地域との関係

利用者が地域の一員として、またグループホームが地域の社会資源としての位置づけを考えたとき、地域住民やボランティア等との接点をより多く持つことは必須である。地域の中で孤立することなく、利用者がいきいきと暮らしていける形を追求していただきたい。

◆人材育成の形

職員が意欲と目標をもって業務にあたることのできる目標管理や育成計画を、また将来の希望を持てるキャリア設計が描ける人事制度の構築が望まれる。人を育てる事業所は、結果として人が事業所を育ててくれる筈である。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

受審前の自己評価をしている時に、オリオン事業所の弱みが理解できました。受審をする中で、その弱い部分をこれからどう対応していくかを考えていくきっかけになりました。結果を見て改めて、できるところから一つずつ対応していきたいと思います。この度はありがとうございました。

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。

# 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(64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

		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
評価機関のコメント			
基本理念は、ホームページや「事業概要」、パンフレット等に明記されており、職員の行動規範となる「支援者心得12条」についても同様に、毎週月曜の朝礼や毎月の職員会議で唱和し、周知されている。職員は支援に対する高い意識をもって取り組んでいる。家族に対しては家族会にて伝えられている。利用者周知に関しては、少しでも理解できるように配慮した資料の用意が望まれる。			

### 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
評価機関のコメント			
管理者は、愛知県知的障害者福祉協会の会長職を始め、障害福祉関係の多くの役職を務めており、様々な情報の入手が可能であり、また十分に把握されている。経営状況に関しては、会計会社と契約して財務管理やコスト分析などを実施している。利用希望者等、在宅者の状況等についても、市の自立支援協議会や相談支援事業所からの情報を得ることができている。			
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
評価機関のコメント			
法人監事や会計会社、また社会保険労務士の意見も踏まえて経営分析をしている。グループホーム自体を、将来的には「日中支援型」へ移行予定であるが、人材の問題が課題である。これ以外にも高齢化の問題、看取りの問題、医療の問題などの多くの課題を抱えている。このような事案は、委員会や各会議で検討され、解決・改善に結びつけている。			

### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
5か年の中期計画が策定され、年度見直しがなされている。計画に合わせ、収支予定も組まれている。計画の内容としては、現事業の修正や新規事業の展開予定など、法人としての方向性が示される一方、項目によっては不確定要素も多く、実効性・具体性といった点で検討の余地を残す。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中期計画を受け、事業内容の全般にわたり、支援項目ごとにポイントを示した年度計画が策定されている。必要部分の数値目標もあり、評価や改善が可能な形となっている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員意見を参考にコーディネーター会議で内容を検討し、企画会議、運営会議を経て計画が策定される。確定した事業計画は、職員会議にて全員に周知されている。職員の意見が、事業計画の各所に反映される形となっている。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
家族会では、事業計画が資料として配付され説明がなされている。利用者に関しては、食事や行事などの関心ある部分は絵や写真を使って説明され、掲示もされている。利用者は支援の主体であることも踏まえ、支援内容全般に関しても専用の資料を用意するなど、さらなる理解促進に努められたい。			

#### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
最適なサービス提供に向け、個別支援計画のモニタリングを毎月実施している。また、利用者を交えた「グループホーム会議」や「コーディネーター会議」では、支援の適否や満足度、個別ケースに関することなども検討され、支援向上に結び付けている。職員は毎年自己評価を実施するとともに、コンプライアンス、権利擁護、リスクマネジメント等の委員会を通し、サービス内容の検証と評価、改善を組織的に行っている。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
「グループホーム会議」や「コーディネーター会議」および各委員会での評価、分析を基に、「企画会議」、「運営会議」を経て改善への取り組みがなされる。しかしながら、改善計画の策定や評価、分析結果等については文書でまとめられておらず、PDCAサイクルのシステムとしては不明瞭な点もある。			

## 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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者の役割については、「キャリアデザインシート」に職責が記されているが、仕事の内容や責任の範囲という点では具体性に乏しい。管理者は朝礼や「職員会議」等において、自らの役割や方針等について都度説明し、職員の理解を得ている。不在時の職務権限については、サービス管理責任者に委任されている。</p>			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は、各種会議や経営セミナー等に参加し、情報を得て、「コーディネーター会議」や「職員会議」等で周知している。また、法人内に「コンプライアンス委員会」が設置され、法令遵守の徹底と、問題発生時の対応等について具体的に取り組んでいる。</p>			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>世話人面談による意見の聞き取りや、各委員会や会議に参画して現状把握と分析、検討を行い、質の向上・改善に向け取り組んでいる。また、職員を法人内研修に必ず参加させ、支援に必要な情報を得るようにしている。</p>			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>人事、労務に関しては、面談により就業状況等を把握し分析、法人として必要な措置を講じている。財務に関しては、会計会社や社会保険労務士と相談し、経営の安定と改善に向け取り組んでいる。体制としては、事業所での会議を受け、「企画会議」、「運営会議」という流れで検討され、改善されていく。いずれも管理者は、構成員として積極的に活動し、事業を先導している。</p>			

### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>人材に関しては、ハローワークや雑誌、広告、各種フェアでの求人など、採用活動を行って必要な人材の確保にあたっている。育成の部分では、各種研修を中心に、付添い業務による指導なども実施している。人材不足の中で難しい部分もあるが、採用計画や人材育成計画といった指針は見られない。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>面談による聞き取り事項を人事の参考に、また法人全体の就業状況等を考慮し、人事対策が取られている。しかしながら、異動・昇進・昇格等の基準が不明瞭であり、職務の成果や貢献度が評価される仕組みが無い点などは、職員のモチベーションや将来設計(キャリア設計)へ影響しかねない危惧もある。適正且つ透明性のある人事制度を検討されたい。</p>			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
年次有給休暇や時間外労働時間等のデータ管理、産休・育休の取得、産業医によるメンタルチェック、サービス管理責任者による面談・相談など、働きやすい職場へ向けての取り組みが見られる。相談窓口の設置や福利厚生充実など、家庭との両立や更なる魅力ある職場づくりを目指しての方策を考慮されたい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
研修参加による個人目標設定がなされるが、シートには成果の評価や上司アドバイスなどは含まれておらず、また全ての職員が対象となるものではない。職員個々が目標を持って業務遂行をすることで勤労意欲の向上と、業務を通じた人材育成のための目標管理制度を検討されたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
理念や行動規範は定められているが、法人としての「期待する職員像」やそれに向けての明確な育成計画は見られない。研修としては、「研修台帳」により個々の研修予定が立てられ、計画的な研修参加が行われている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内外での階層別研修、テーマ別研修、職種別研修への参加、資格取得の奨励、またOJTの実施など、新任からベテランまで職員個々に応じた研修の機会が確保されている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
積極的な実習生受け入れの必要性を感じておらず、バックアップ施設に来た実習生の見学を受け入れている程度である。障害者グループホームのニーズは日増しに高まっており、福祉職志望の学生への理解を図る意味合いからも、実習生受け入れ体制の整備が望まれる。			

### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページや広報紙を活用し、事業内容や決算をはじめ様々な情報を公開している。今後は、苦情の公表など、一層の透明性確保に向けた対策を考えられたい。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事務・経理・取引について、また内部監査の実施については「経理規程」に定められている。さらには、会計会社との契約により経理、財務のチェックを受けている。外部監査の実施により、公正且つ適正な経営を目指したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>地域のイベント参加や、利用者が日常的に買物や理・美容院で地域に出向くといった現状である。地域性の問題もあるが、地域の一員として利用者に何が必要か、またどのような交流が可能であるかを今一度考えられたい。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>ボランティア活動にあたってのマニュアルが整備されている。受け入れを拒んではいないが、実際にはボランティアは活動していないのが現状である。例えば、「休日にボランティアとの交流が図れないか」、「どのようなボランティアなら受け入れ可能であるか」等々を検討し、利用者の社会性伸長にとって有用なボランティア活用を望みたい。</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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>自立支援協議会や市の連絡会協議会、社会福祉協議会などの関係機関との連携により、ケース会議や事例検討の実施、また情報の共有化など、より良いサービスに向けて取り組んでいる。利用者へは、必要な社会資源の情報提供を行っている。</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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業としては、見学会や相談窓口の設置といった取り組みを行っている。敷地内を公園として地域開放する計画もある。災害時を含め、更なる地域との連携を図ることが望ましい。</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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>バックアップ施設を通じて地域福祉活動を展開している。そこでの活動により、地域住民との交流の促進を図っている。同時にグループホームで暮らす利用者の理解と、ひいては共生社会実現へ向けての足掛かりとしている。今後も、地域での障害者の自立というニーズに応える事業所を目指されたい。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「支援者心得12条」が職員間に浸透しており、利用者を尊重した基本姿勢が確立している。グループホームでの泊まり勤務の後、日中活動の事業所にて申し送りを行っている。その際に、世話人に対して、「支援者心得12条」の精神に基づいた教育を行う時間を作っている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
家庭的な雰囲気を保ちながらも、個室におけるプライバシー保護への配慮がなされている。権利擁護については、法人全体の取り組みが充実しており、アンケートや毎日の自己評価によって常に虐待防止の意識づけがなされている。虐待防止のマニュアルは、現在作成段階にある。			
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
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレットに必要な情報を挙げているほか、公共施設にパンフレットを設置しており、市役所などでの問い合わせでもすぐに情報提供できるようになっている。児童養護施設からの問い合わせもあり、その都度見学などにも対応している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「契約書」、「重要事項説明書」などは、利用者本人にも分かりやすい資料を用意して説明している。また、個々のコミュニケーション手段についてアセスメントしており、意思決定が困難な利用者にも理解しやすいように一人ひとりに合った説明方法をとっている。			
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
評価機関のコメント			
グループホームから他の事業所等への移行は今のところない。法人内の入所施設からグループホームへの移行が主な流れとしてある。その際は入所施設での本人の障害特性や他利用者との相性などを踏まえて移行を進めており、サービスの継続性は十分配慮されている。今後他事業所への移行が発生した時も同様の手順で進めていく準備ができています。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年度初めの満足度調査や毎月の家族会、二者懇談会において満足度や要望の聞き取りを行っている。各ホームに1名ずつ配置されているコーディネーターを中心に日々の利用者のつづやきを拾い、随時対応している。また、毎月の「コーディネーター会議」で情報共有も行われている。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の体制は整っており、各ホームに掲示してある。幅広く苦情受付窓口を設置し、家族会などの場でも受け付けられるようにしている。実際には苦情を訴える人がおらず、システムの検証が難しい。また、苦情解決の公表は家族会に留まっており、ホームページなどでの公表には至っていない。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
各ホームの世話人室にて、個人情報に配慮しながら相談を受け付けている。通常世話人は1名勤務であるため、直接相談しづらいことは、後日コーディネーターに相談があることもある。コーディネーターがグループホーム勤務に入ったときや、日中活動の事業所で顔を合わせた時などに相談を受け付けることがあり、利用者は相談を受け付ける体制が整っていることを理解できている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの相談やつぶやきなどは毎日の記録に残し、引き継ぎされている。また、必要に応じてコーディネーターやサービス管理責任者に報告されている。利用者は日中ほとんど通所施設の「銀河」を利用しているため、事業所間での申し送りもスムーズに行われている。相談を受けて改善したことなどは、コーディネーターを通じて速やかに世話人に伝達されている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の「リスク管理委員会」がヒヤリハットや事故報告書を分析し、迅速に対策を講じている。高齢の利用者もいることなどから、誤嚥防止の内部研修にも参加し、起こりうるリスクへの準備も進めている。浴室での転倒があり、再発防止策として手すりや滑り止めマットを設置した。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「感染症対策委員会」が中心となって、予防のための情報提供や啓発活動を行っている。各ホームに嘔吐物処理のマニュアルを配置し、汚物処理の対策キットを常備している。日常的にアルコール消毒を行い、手洗いやうがいによる予防も行っている。これまで、グループホームでの感染症の発生はない。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
年3回避難訓練を行っている。災害発生時には入所施設の「サンフレンド」に避難場所を確保している。今秋の台風では2日間の停電があり、その教訓を基に備品の見直しを図った。地域との災害対策における連携が、まだ十分ではない。		

### 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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「倫理綱領」を全職員に配布し、基本的な支援姿勢を周知している。「世話人マニュアル」や「医療マニュアル」、「食事形態マニュアル」など、必要なマニュアルが各ホームに設置され、世話人はいつでも閲覧できるようになっている。新しい世話人に対してOJTの回数は限られているものの、マニュアルがそれを補完している。定期的な会議などで、統一した支援についての確認がなされている。		

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
評価機関のコメント			
マニュアル等の見直しについては、世話人からコーディネーターに意見が集約され、会議で見直しが図られる。その結果、食事形態や投薬方法などが随時見直されている。ほとんどの世話人が通所事業所「銀河」との兼務であるため、見直したマニュアルの周知はスムーズに行えている。専属の世話人に対しても、業務終了時の引き継ぎなどを使って周知している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントを基に、各ホームのコーディネーターが個別支援計画を策定している。策定の際には本人、家族の意見はもちろんのこと、日中活動の職員や看護師、栄養士の意見も取り入れ、日中と夜間の連動性にも配慮している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎日の業務記録から評価し、毎月モニタリングを行っている。そこで個別支援計画の進捗を確認し、必要に応じて個別支援計画の見直しを行っている。見直しはコーディネーター、サービス管理責任者を中心に進められ、関係職員の意見も取り入れられる。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
ホームごとに支援度や留意点をまとめたフェイスシートを設置し、情報共有ができています。常に個別支援計画を意識し、支援の記録も計画に沿ったものとなっている。世話人ごとに記録の内容に差異が生じる可能性があり、コーディネーターやサービス管理責任者がフォローしている。世話人は1名で勤務することが多く、記録内容の差異を最小限にする取り組みが継続的に必要である。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規定」に基づいて記録を管理している。利用者に対しては、「契約書」や「重要事項説明書」にて説明している。職員に対しては、定期的な会議の場で個人情報の取り扱いについての説明をしているほか、採用時の契約書にも明記している。			

#### 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			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者一人ひとりに対してコミュニケーションのアセスメントを行い、それを基に個々に合った自己決定手段を尊重している。バリアフリーや手すりの設置、利用者同士の相性を配慮した上での各ホームへの移行などの合理的配慮を行っているほか、通所事業所「銀河」で弁当販売に関わっている利用者には、グループホームでも料理に関わってもらうなどのエンパワメントも行っている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「虐待防止委員会」が中心となって、権利侵害についての理解を深めている。世話人は虐待防止等の研修に参加、もしくは研修の記録を閲覧している。身体拘束について、個別支援計画に明記したり、あらかじめ本人と家族の同意を得ておく等の仕組みはあるものの、グループホームでは対象となる利用者がいないこともあって、今後適切な対応をとるためには、更に職員教育を進めていく必要がある。			
A-2 生活支援			
			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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に、みそ汁を作れるようになるための目標を採用するなど、自立生活のための支援を実施している。洗濯、掃除、身の回りのことなどはアセスメントを基に見守り支援を行っている。週末に実施する買い物やバザーなどの行事参加は、ただ楽しむだけでなく、社会資源を活用しての自立訓練という意味合いもある。利用者会議を定期的に開催し、入浴の順番を見直すなどの話し合いもある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
各利用者に対してコミュニケーションのアセスメントを行い、一人ひとりに適したコミュニケーション手段によって支援している。必要に応じて絵カードや写真を活用している。それでも意思疎通が難しい利用者もいるが、常に反応を見ながら相手の思いを推測し、可能な限り適切な支援を心掛けている。			
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適切に行っている。	障 50	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者からの相談や要望に対しては随時対応している。内容によっては利用者会議の議題に挙げるように働きかけ、共に解決できるように支援している。但し、個人情報には十分配慮し、個別の問題においてはマンツーマンでの対応をしている。行事の参加や移動支援の利用などは、コミュニケーションアセスメントを基に適切に意思決定支援を行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
余暇や休日の過ごし方については、世話人が聞き取った普段の要望などを基にコーディネーターが月ごとに計画している。また、地域のお祭りなどのイベントについては利用者の関心が高く、チラシなどで情報提供をし、参加できるように配慮している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の障害特性をまとめたマニュアルを整備し、統一した支援を行っている。高血圧の利用者については血圧の記録を管理し、排便の滞りがみられる利用者については排泄の記録など、健康面における支援も同様に行っている。毎日の記録や聞き取りなどを基に、コーディネーターが中心となって医師に薬の見直しを相談したり、支援方法の見直しを図ることもある。			
A-2-(2) 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入浴、排泄などのADL(日常生活動作)に関連する支援は、アセスメントを基に統一した支援を行っている。利用者の最も関心の高い食事については、普段から要望を聞き取って季節の料理などを提供する等の工夫をしている。男性の世話人が多く、調理が難しいホームは外注の食事を利用しているが、こちらも利用者の要望に応じて柔軟に対応している。			

A-2-(3) 生活環境			
A <sup>⑨</sup> 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>キッチンにはIHヒーターを採用し、包丁などの刃物は世話人室で管理している。リビングにはソファもあり、居室以外でもくつろげる場所が用意されている。浴室や階段の床に滑り止めを設置し、安全性を高めた。また、脱衣場にエアコンを設置し、温度差による体への負担を和らげている。安全対策上、居室によっては、タンスに転倒防止策を設ける必要がある。</p>			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A <sup>⑩</sup> 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>洗濯ばさみを指でつまむ動作など、洗濯、掃除等の日常生活を通じてリハビリ的な機能訓練を行っている。また、料理の練習など、本人の意向を基に個別支援計画に掲げられた生活訓練も実施している。ただ、専門職との連携などはなく、十分な訓練とは言えない部分もある。</p>			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A <sup>⑪</sup> 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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>毎週体重測定を実施し、健康状態の変化に気づけるようにしているほか、検温は冬季に限って毎日実施している。バックアップ施設での往診や回診で時に、看護師を通じて状況報告や健康相談をしている。体調急変時の対応についてのマニュアルは各ホームに整備されている。体調変化時には看護師やコーディネーター、世話人が付き添う体制が整っている。</p>			
A <sup>⑫</sup> 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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>コーディネーターが中心となって服薬の管理をしている。通院等で処方された薬はコーディネーターが1週間分ずつホームの所定の場所にセットし、世話人が食後などの指定された時間に投薬する仕組みができています。服薬管理以外の医療的ケアを必要とする利用者は今のところいない。</p>			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A <sup>⑬</sup> 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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>地域でのお祭りやイベントなどへの関心が高い利用者が多く、チラシを配布して情報提供を行っている。希望があった場合には、極力参加できるように調整している。また、移動支援などのサービスを利用する場合、コーディネーターが連絡調整している。学習支援は本人の希望に基づき、字の練習や絵画作品の制作ができるように環境を整えている。</p>			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A <sup>⑭</sup> 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>グループホームで既に地域生活への移行を果たしているとし、現在の生活を維持するための取り組みを重視し、健康状態の管理には特に配慮している。地域でのイベントに参加する機会を多く持つよう、チラシなどで情報提供を行っている。グループホームを地域移行の最終目的地とする概念を捨て、さらなる自立生活を伴った地域移行を目指してほしい。</p>			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A <sup>⑮</sup> 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>毎月の二者懇談会で、支援の状況などを報告している。また、帰省時の連絡ノートでも情報共有をしている。各ホームにフェイスシートを設置し、家族の情報がすぐに分かるようになっている。しかし、体調不良時の連絡については明確なルールができておらず、世話人によっては対応が後手に回る可能性がある。</p>			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A <sup>16</sup> 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

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
A <sup>17</sup> 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			
A <sup>18</sup> 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			
A <sup>19</sup> 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			