

## 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： フレンドホームきらきら星	種別： 共同生活援助
代表者氏名： 川崎純夫	定員（利用人数）： 20名（19名）
所在地： 愛知県犬山市長者町2丁目72番地	
TEL： 0568-67-0006	
ホームページ： <a href="http://www.aichi-seikokai.or.jp">www.aichi-seikokai.or.jp</a>	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成23年 9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： 14名
専門職員	(管理者) 1名 (生活支援員) 16名
	(サービス管理責任者) 1名
	(世話人) 8名
施設・設備の概要	(居室数) (設備等)

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

「この子、我が子なりせば」の親の愛を忘れることなかれ」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生活支援を目指します。

##### ・施設・事業所

職員一人一人の特性、想いを存分に発揮出来る機会を設け、利用者と職員が幸せになれるような事業所を目指します。

#### ★基本方針

「この子わが子なりせば」の親の愛を忘れず利用者に接します。利用者が主体となり、何事にも自己選択・自己決定が出来るよう配慮し、家庭的な雰囲気の中で生きがいを見つけ、基本的な生活習慣を身につけるよう援助します。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者が望む生活が送れるように、職員は本当の家族の様に寄り添って支援をしている。
- ・金銭面や長期的展望を、計画性を持って望む生活が送れるように、利用者にも理解してもらえるように余暇支援をしている。
- ・各GHに中心となる職員を一人配置し、より細かい支援の実施、サービス管理責任者へ利用者、そのGH全体のことを細かく情報共有が出来るようなシステムにしている。(コーディネーター制度)
- ・各GHが連携し、共同で余暇支援をしている。例:お菓子作り、BBQ大会、鍋パーティー、クリスマス会、ピクニック等々
- ・地域交流に力を入れており、地域の清掃活動、避難訓練、お祭りなどに積極的に参加をしている。
- ・世話人研修に力を入れ始め、職員が1つもの共同作業で作り上げることで、コミュニケーション能力向上を図る研修、男性職員向けの料理教室を実施。
- ・職員の自発性、自主性を高めるため、利用者の生活がより良くなるアイデア、改善点は随時募集をし、実施している。
- ・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。
- ・世話人は夜間、休日常駐している。

#### 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28日(評価結果確定日) 【平成30年11月 6日(訪問調査日)】
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

##### ◆地域の貴重な社会資源

市の障害者福祉計画の一環として、来年度に開設予定の2ヶ所のグループホームを建築中である。新しいグループホームは地域生活支援拠点のモデル施設として、短期入所や体験入所の部屋が用意されており、運用が期待されている。地域の福祉ニーズを受けとめる施設(社会資源)として、大きな期待がもたれている。

##### ◆利用者に寄り添った支援

職員は本当の家族のように利用者に寄り添った支援を心がけており、利用者が望む生活が送れるよう支援している。また、利用者の声を反映して多くの選択肢を盛り込んだ余暇活動を提供している。週末における日中活動支援がメインとなるが、必ず利用者の意向を確認した上で調整を行っている。活動についてはドライブや公園外出、買い物外出、外食などバリエーションに富んでおり、十分な取り組みがなされている。地域との関わりを大切にしており、希望する利用者が地域のお祭りやイベント等に参加している。

##### ◆マニュアルの実効性

「支援者心得12条」と呼ばれる支援方針を組織として大事にしており、その内容が含まれた「指導マニュアル」が各ホームに配付され周知されている。さらに、グループホーム用の「医務マニュアル」と「世話人マニュアル」もホームごとに用意されている。世話人業務全般について記載しており、新人職員の教育にも使用されている。世話人が独り立ちするまでの間、マニュアルを基にコーディネーターが教育係として従事する仕組みとなっている。調理について、男性ホームについては食材の宅配サービスを利用しており、マニュアル(レシピ)を活用して食事を作っている。

◇改善を求められる点

◆世話人の確保と育成

現在1ヶ所のグループホームが世話人不足のために閉鎖中であり、定員割れの状態となっている。世話人を確保するとともに利用者確保等して、その状態を改善することが望まれる。また、世話人の質の向上及び力量の平均化を図るため、「指導マニュアル」を活用した内部研修を充実することが望まれる。

◆利用者の嗜好ニーズに応えられる環境の復活を

男性職員の調理技術に問題があってメニューに偏りが出たため、現在は食材の宅配サービスを利用し、職員が調理手順(レシピ)を見ながら調理している。かつては、冷蔵庫の中をのぞき、利用者と職員が相談してその日の献立を決めていたこともあった。「今日は〇〇が食べたい」という利用者の嗜好ニーズに応えられる環境の復活を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業者が、一番力を入れている「利用者に寄り添った支援」を高く評価して頂き、ありがとうございます。職員の励みになります。自分達では、なかなか気付かなかった改善点を明確化していただき、今後の利用支援や事業運営に活かしていきたいと思っております。

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。

(別添)

# 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「親の愛を持って利用者への支援に臨む」というシンプルで本質的な理念が職員に浸透しており、「支援者心得12条」と呼ばれる支援方針が取り決められている。各ホームに理念や基本方針を明文化した資料が置いてあり、朝礼や会議等にて職員への周知が図られている。		

### 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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
当法人の理事長は愛知県知的障害者福祉協会の会長職を歴任していることから、社会福祉事業全体の情報がいち早く入り、経営環境の変化等に適切に対応できる態勢ができています。新しく建設中の2ヶ所のホームは、地域の福祉ニーズに応えたものであり、行政機関や地域からの情報、意見を積極的に取り入れる等して、常に連携を図りながら事業を展開している。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
TKC(法人の経営改善を支援するコンサルタント集団)による財務管理やコスト分析を行っている。改善すべき経営課題を明確にして各種の会議や理事会等で検討している。その結果は職員にも周知しており、事業計画に活かすようにしている。		

### 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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
中長期計画として「あいち清光会5カ年計画」が作成されており、その中で中長期的なビジョンが明確にされている。収支計画が策定されているが、利用者の増減や人件費率の分析等が十分に反映されておらず、定期的に見直しを図ることが望まれる。		

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
評価機関のコメント			
単年度毎の事業計画を策定しているが、数値目標や具体的な成果の設定が十分ではなく、実施状況の評価・検証も十分ではないので、改善することが望まれる。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は職員の総意により策定しており、理事会にて承認を得た後に実施している。単年度毎に重点目標を掲げ(今年度については、7つの目標を掲げている)、事業を実施している。目標に対する評価や見直しの内容について、数値目標や具体的な評価基準により、その達成度を文書化し次年度の計画作成につなげていくことが望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は、「事業概要」や家族会総会の資料等により、保護者に説明して理解してもらうようにしている。利用者には、分かりやすいように絵や写真を入れた資料やポスターにより説明している。			

#### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
各種委員会において福祉サービスの質の向上に向けて、PDCAサイクルを意識した取り組みを行っている。また、外部の第三者評価を定期的受審しており、福祉サービスの質の向上を図っている。引き続き、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを組織的に行い、十分に機能するように活用することを期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
各委員会や会議において計画的に改善に取り組んでおり、第三者評価の評価結果を参考に等して事業計画を策定している。事業計画は定期的・計画的に実施状況の評価し見直すようにしている。			

## 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 ㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「事業概要」や「職員組織図」、「非常災害対策計画」、「消防計画」等において、管理者としての役割と責任を明確に文書化しており、職員への周知を図っている。特に、災害や事故等の有事においての役割や、不在時の権限委任について明確に規定している。		
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 ㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
コンプライアンス委員会を設置し、職員が法令を遵守して職務に当たるように指導を徹底しており、管理者自らも「経営者セミナー」に参加する等、遵守すべき法令等を学ぶようにしている。労務については社会保険労務士と契約して、「就業規則の改正」や賃金規定の見直しを行っている。		
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 a ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント		
福祉サービスの質の向上に向けて意欲的に取り組んでおり、利用者一人ひとりの豊かな生活を実現するため、一人ひとりに寄り添った支援を目指して職員への指導を行っている。世話人の研修機会の確保が課題となっており、適切な研修の実施が望まれる。		
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 ㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
経営の改善や業務の実効性を高めるため、社会保険労務士、TKC(法人の経営改善を支援するコンサルタント集団)と契約、衛生委員会において産業医による職員の健康管理等の取り組みを行っている。		

### 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 a ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント		
法人全体で人材確保や定着を図るための計画を立て、具体的な取り組みを行っているが、世話人の充足を図る等、より実効性のある取り組みを行うことが期待される。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント		
「期待する職員像」を明示しており、職務遂行に必要なキャリアを明確にした「キャリアデザインシート」を活用した人事管理を行っている。人事考課制度について、職員が個人目標を定め、その達成度を主観的且つ客観的に評価し、組織への貢献度を評価する仕組みを導入する予定であり、その成果に期待したい。		

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り組んでいる。	障 16	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ワーク・ライフ・バランスに配慮した働きやすい職場づくりを行っている。しかし、定期的に個別面談を行って職員の意向や意見を把握する取り組みが遅れており、人事考課制度での職員の間面談と合わせて、個別面談を計画的に行うことが望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
今年度、職員が個人目標を定め、その達成度を主観的且つ客観的に評価する取り組みを始めたが、進捗状況を把握するための中間面接が遅れている。目標管理による職員の育成が機能するように、中間面接を実施する等の改善が望まれる。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職務遂行に必要なキャリアを「キャリアデザインシート」で明確にし、職員の教育・研修計画に反映させて実施している。教育・研修実施後の評価と見直しについては適切に行われている。また、専門的な資格や技術取得のための教育・研修が行われているが、世話人の教育・研修については課題が残されており、改善に期待したい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員の教育・研修計画を基に、一人ひとりの教育・研修を実施している。OJTは新人職員から中堅職員、ベテラン職員に至るまで常時行われている。特に、新人に対しては教育係や人材育成部において、面談をして効果測定を行っている。世話人の教育・研修についても、一人ひとりに応じた内容で教育・研修の機会を確保することが望まれる。			
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			
母体の事業所で受け入れた実習生が見学を訪れている。今後、グループホームでの実習の必要性が論じられる可能性もあり、受入れのプログラム(実習のカリキュラムを含む)を用意して、積極的に養成校(学校、教育機関)にアプローチすることを望みたい。			

### 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			
事業内容は広報誌や家族会資料、ホームページ等で報告しており、予算書・決算書・第三者評価受審結果等も法人のホームページで公表している。苦情の受付から改善に至る対応状況の公表については、公表方法等の体制の整備ができていないので、今後検討することが望まれる。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事務・経理・取引等に関するルールが明確にされ、職員への周知が図られている。TKC(法人の経営改善を支援するコンサルタント集団)に財務・経理面を依頼し、内部監査や外部監査を定期的に受けている。法人として「外部監査」の受審を計画する等、公正で透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みに期待したい。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>自然な形で地域との交流が図られており、利用者の意見を聞きながら地域のお祭りやイベント等に積極的に参加している。新設のグループホームでは、短期入所や体験入所の居室を準備しており、地域のニーズに応じて利用促進を図る予定である。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>ボランティアの受け入れは行っているが、希望者が少ないため積極的な活用には至っていない。社協のボランティアセンターを利用する等、積極的な受け入れを期待したい。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>地域内で活用できる社会資源を明確にしてリスト化している。関係機関や関係団体とは定期的に連絡会を開催する等、常に連携を確保するように努めている。それぞれの連絡会の内容については、職員会議等で情報共有するようにしている。今後も積極的な連携に期待したい。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>グループホームの利用者は日頃から地域との交流を活発に行っており、グループホームの機能の還元を図るよう努力している。特に新設のグループホームでは、短期入所や体験入所の居室を準備しており、地域の方の利用促進を図る予定である。また、福祉避難所としての役割を検討中とのことであり、その役割に期待したい。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>各グループホームは地域の福祉ニーズに基づいて立ち上げられており、常に地域の声を意識しながら事業を展開している。法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献活動については、ホーム単独での実施は難しく、法人としての課題と思われる。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「支援者心得12条」と呼ばれる支援方針を組織として大事にし、その記載が含まれた「指導マニュアル」が配付されて周知されている。法人内で横断的に行っている虐待防止委員会から得られた情報を、世話人を含めた会議で周知・教育を行っている。外部研修では全職員の研修参加一覧を作成し、「誰が、いつ、どの研修に行ったのか」を把握している。偏りなく職員が研修に行けるような工夫がある。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
「虐待防止マニュアル」等については、法人共通のものは用意されているが事業所独自のマニュアルはなく、よりイメージしやすい具体的なマニュアルを用意する必要性を感じて現在作成中である。また、現在は行われていない「身体拘束」については、その手順についても事業所独自のマニュアルと合わせて作成している最中であり、早期の完成とその運用に期待したい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内の全サービスが記載された、シンプルかつ分かりやすいパンフレットが用意されている。ただ、それだけでは表面的な概要しか分からないため、より具体的な情報を提供する目的で、「事業概要」を配付して説明資料として活用している。外部のみならず、保護者会でも配付するなど、十分な情報提供が行われている。社協の広報誌にホームの紹介記事が載るなど、パブリシティを使った情報提供も行われている。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
ホーム内にはルビのついた「重要事項説明書」等が掲示されており、利用者が読める工夫がされている。説明等については「重要事項説明書」等の紙面だけに頼らず、口頭にてかみ砕いて説明しており、利用者、保護者に理解してもらっている。紙面で分かりやすいものが必要となった場合に、内容を簡潔かつかみ砕いたものに置き換えた新たな文書があるとなお理解が深まるものと思われる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
他のサービスに変更する際、その継続性を配慮した資料として「引き継ぎ書」を作成し、保護者了解の下、新しい事業所に伝達する仕組みがある。担当窓口は、サービス管理責任者が主となって対応している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
保護者向けの満足度調査を毎年実施し、外出や日常生活、職員の対応、食事、入浴、排泄支援等、あらゆる項目を網羅した内容となっている。原則個々に回答を行っているが、内容によっては保護者会(毎月1回実施)にて報告することもある。利用者については、サービス管理責任者が年に3回ほどホームを回り、利用者と直接ヒアリングを行った上で記録に残し、適宜要望に応えている。			

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		
苦情解決の仕組みがあり、今年度は苦情が1件あった。苦情の内容(事務的なこと、医療的なこと、支援に関することなど)によって担当者が決まっており、速やかに処理する仕組みがある。課題としては、公表が保護者会に留まっており、ホームページに掲載(もしくはそのコーナー)がないことと、苦情なのか否かの判断が、事業所の担当者に委ねられていることである。その仕組みについては検討の余地がある。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者にとって、より身近な存在として各ホームに「コーディネーター」と呼ばれる中心的な職員が配置されており、第一の相談役となっている。それ以外の職員(世話人やサービス管理責任者等)でもすぐに対応するよう心がけている。「相談ごとがあったら〇〇さんに連絡して下さい」と写真付きでリビングに掲示してあり、いざとなれば誰に相談したらよいのかが分かるような工夫もある。		
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		
利用者からの意見や相談については、受け付けた職員が「記録簿」と呼ばれる各ホームで用意されているファイル(用紙)に記録する仕組みがある。利用者の意見を積極的に収集し、速やかに対応するため各ホームで要となる職員(コーディネーター)を配置して対応する仕組みがある。その上司としてサービス管理責任者が配置されており、情報の集約も行われている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
「事故報告書」については適切に作成・管理されている。事故発生から終結まで「フローチャート形式」に示されており、その流れも分かりやすくなっている。リスク管理委員会が法人で組織されており、事故分析や対応方法の検討などを行っている。しかし、事例の収集方法及び情報量が十分ではなく、安全確保・事故防止に関する研修が世話人にまで十分に行き渡らない環境があり、職員教育が課題となっている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
通常のマニュアル冊子とは別に「医療に関するマニュアル」が用意されており、感染症をはじめ医療的な対応や留意点等について細かな記載がされている。昨年度は大きな感染もなく無事に過ごせており、その効果が得られたものと評価したい。		
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		
利用者及び職員を含めた3日分の食料が備蓄されており、リストも整備されている。小牧市が主催する福祉施設を対象とした会議(日中活動連絡会)にて防災に関する話し合いがなされるなど、防災に対する関心は高い。地域ぐるみで防災に関する連携の体制を構築したり、具体的な対策等の検討についてはこれからの課題と認識しており、今後の取り組みに期待したい。		

### 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		
グループホーム用の「医務マニュアル」と「世話人マニュアル」がホームごとに用意されている。世話人業務全般について記載しており、新人職員の教育にも使用している。具体的には、世話人が独り立ちするまでの間、マニュアルを基にコーディネーターが教育係として従事していく仕組みとなっている。調理について、男性ホームについては食材の宅配サービスを利用しており、マニュアルを活用して食事を作っている。		

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
見直しされたマニュアルについては日付が記載されているなど、いつ改訂したのかが分かる仕組みとなっている。見直しをした際は、回覧等にて全職員に周知する仕組みがある。ただ、見直し時期が「随時」であった。現在のボリュームでは十分対応可能であると思われるが、今後マニュアルが増えていった際、その管理を確実にするためには「誰が、いつ、何を見直すのか？」と行ったルール作りが必要となる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎年細かなアセスメントを行い、個別支援計画を作成している。特に、アセスメント内に「利用者の満足度」に関する項目があり、これまで支援した結果、満足されていたのか否かも確認し、次期個別支援計画に反映させている。個々の目標がすぐに把握でき、その対応についての記載が毎日できるよう、記録簿に利用者名と個人目標が記載されている。業務に携わった職員の支援内容も分かる仕組みとなっている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本的に半年に1回、個別支援計画の見直しを行っているが、対象の利用者像やその計画の内容によっては3ヶ月に1回のスパンにするなど、個別に見直し時期を設定している。これとは別に毎月モニタリングを行い、その記録を残すなど、日々の取り組み状況及び結果が分かる仕組みができています。計画の変更やモニタリングの結果については各種会議にて伝達し、全職員が情報共有できる仕組みがある。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
各ホームに「記録簿」と「連絡ノート」が用意されており、その記述を見ることでほとんどの情報が共有できる仕組みがある。職員個々の記録スキルの差異があり、表現方法の違いや文章の構成力、偏見や間違った見方による記録などが見られることから、これら記録に関する教育の必要性が課題として挙げられている。また、職員によって記載漏れも見られることから同様の課題となっている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員採用時に、個人情報の漏洩に関する誓約書を取り、その後も教育(データの持ち出し禁止等)を行っている。ホームにはパソコンがなく、個人情報については全てファイルとなっており、その保管については鍵がかかる世話人部屋にて管理している。ホームによっては世話人部屋に鍵がない場合もあるため、鍵のかかる保管庫を用意して情報漏洩等に注意を払っている。			

## 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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「好子・嫌子ファイル」を作成し、利用者個々の好き嫌いを把握した上で、意思の表出が難しい利用者の意向も可能な限り尊重している。週末の過ごし方では、積極的に利用者を選んでもらうよう工夫し、毎回「何がしたいか」「どこに行きたいか」などを聞いて対応している。具体的にはお菓子作りや各種外出、ヘルパーとの外出等、様々なニーズに応えている。			

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			
虐待防止委員会による虐待防止アンケートにて情報集約を行い、現在作成している「(グループホーム)独自の虐待防止マニュアル」に反映させている最中である。身体拘束については、発生から終結まで一連の明確な手順がないため、合わせて作成中であり、今後の完成に期待したい。課題としては、虐待に関する線引きが曖昧であり、組織として明確に示してくることが必要であろう。			
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			
買い物や地域行事への参加などを通じて自立生活へのきっかけとなる取り組みを行っている。日頃のホーム内では、「掃除」や「洗濯」、「調理」等の基本的な部分は利用者に行ってもらい、できない部分を支援するというスタンスで関わっている。職員は、常に自立生活を意識した方針を持って支援している。			
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			
利用者の好き嫌いをまとめた「好子・嫌子ファイル」の情報を活用し、利用者に合わせてコミュニケーションを図り、絵カードや写真等を使って適宜コミュニケーションを行っている。利用者との意思の疎通は職員の経験や信頼度などにも左右されるが、そのような中でも利用者が不自由しないよう、コーディネーターやサービス管理責任者が適宜支援に入って調整している。			
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を適切に行っている。	障 50	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
相談があれば、その都度即座に対応するのはもちろんのこと、必要に応じて会議等にて話し合いも行われている。特に各ホームのコーディネーターは利用者にとって一番の理解者であることから、積極的に関与するような風土がある。加えて、サービス管理責任者も年に3回程度ホームを訪問し、利用者から日頃の様子や困ったこと、改善して欲しいことなどを聞き取っている。			
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			
グループホームの特性上、週末における日中活動支援がメインとなるが、必ず利用者の意向を確認した上で調整を行っている。活動についてはドライブや公園外出、買い物外出、外食などバリエーションに富んでおり、十分な取り組みがなされている。また、地域との関わりを大切にしており、地域のお祭りやイベント等にも参加している。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
サービス管理責任者やコーディネーターについては、研修への参加機会が確保されているが、世話人等の非常勤職員については外部研修はもとより、内部研修の機会も少ない。会議への参加については取り組み始めたばかりである。1人職場であり、対利用者への専門性が求められることから、その専門的な知識や技術の修得も課題である。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「ごちそうデー(ちょっと贅沢な食事)」や誕生日の希望メニュー、時々の外食など、食事に関する楽しみをいろいろ工夫している。男性スタッフの調理技術に課題があってメニューに偏りが出たため、現在は食材の宅配サービスを利用し、レシピを見ながら調理している。反面、「今日は〇〇が食べたい」というニーズに応えることが難しく、一日も早く献立が選べる環境の復活を期待したい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームによって、建物の構造やそこを利用する利用者の障害特性が異なる中、利用者が少しでも安心して過ごせることができるよう、利用者ヒアリングを行って意見や要望を聞き、職員間で情報共有しながら対応している。利用者からも「快適で過ごせている」との声も実際にあり、安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
明確なプログラムが用意されているわけではない。アセスメントを踏まえて個別支援計画に取り組むべき日常生活に関する項目を落とし込んでいる。具体的には「調理」「配膳」「掃除」「洗濯」など、生活する上で必要とされる一連の動作について意識して支援している。法人の他事業所と連携し、PT(理学療法士)やOT(作業療法士)から機能訓練に関する情報を得ることを望みたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月行われている嘱託医による往診では、日中通っている事業所にてその体制が整っており、適宜相談できる体制がある。日常的には、体重測定、排便確認、検温、食事摂取量の把握などが適切に行われている。食事についても、塩分の控えめな人に対してはその人個別の調理方法で提供するなど、細かな部分での配慮も見られる。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
服薬管理については、鍵のかかる場所(部屋や保管庫など)で対応し、適切に管理されている。グループホームの特性上、1人職場であることも関係しているが、医療的な対応が十分に行える環境となっていないことが課題として挙げられる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
買い物外出や町内の清掃活動への参加、地元のイベントへの参加など、地域交流も踏まえた社会参加を行っている。学習支援については、希望者等に対して字を書く練習や計算する機会を設けて支援している。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
半年に1回、グループホーム会議を各ホームで開催し、サービス管理責任者がヒアリングを行っている。その際、地域生活においてどのような生活を望んでいるのかなど、利用者の要望を確認している。しかし、ホームから一人暮らしへの地域移行の希望は少なく、その意識を高めるための取り組みも薄い。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月1回開催される保護者会(法人内入所施設等と合同開催)には、ホームとして積極的に関与し情報共有の良い機会となっている。保護者会には数名の保護者が参加し、参加できない保護者については書面の郵送にて情報が行き渡るようになっている。また、保護者会後には「2者懇談」を行って担当職員等と直接話をする機会があり、家族への支援にも力を入れている。			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A <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			