

## 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： サポートホームほうらい	種別： 共同生活援助	
代表者氏名： 松原宏昌	定員（利用人数）： 8名（8名）	
所在地： 愛知県新城市長篠字下り箆55-15		
TEL： 0536-24-1313		
ホームページ： <a href="http://nijidete.com">http://nijidete.com</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成20年 3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： 6名	
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者) 1名
	(世話人) 4名	(生活支援員) 4名
施設・設備の概要	(居室数) 2ホーム全8室	(設備等) 冷蔵庫等の家電全般
		個室完備、スプリンクラー、
		事務用デスク、世話人室、
		自動火災通報設備

### 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

・ともに生きろ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。

・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）

・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。

・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中長期計画に基づき、利用者(希望者含む)の高齢化、重度化に対応し得るホームの建設(自社物件)計画に着手する。
- ②東三河北部圏域における地域生活の拠点となり得るための仕組みづくりを行う(地域生活支援拠点の面的整備)。その一環として「平成30年3月より「安心生活支援事業」を法人内相談支援事業所が受託、事業のバックアップを行う。
- ③利用者個々の思いを聞き取り、より満足度の高い生活を目指す。(例:サテライト型住居への移行。個人レクリエーションの充実。)
- ④地域の住民と連携して障害の理解を深めるとともに、災害時等の連携がスムーズに行えるよう体制を整備する。
- ⑤困難ケースに対しては、インシデントプロセス法や野中方式、氷山モデル等を活用した事例検討や個別支援会議を併用して対応する。地域の課題として取り上げ、各種関係機関との連携を図る。

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ている。
- 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を図っている。
- ③新たなホーム建設の計画(中長期計画)がある。
- ④矢部ホーム内の支援の統一を図るため、マニュアルの整備と定期的な「矢部ホーム会」の開催がある。支援の統一についての話し合い及び事例検討などを行っている。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ている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 5月24日(契約日) ~ 平成31年 4月16日(評価結果確定日)  【平成30年12月 7日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成25年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆経営課題の克服

現状の経営課題を、「世話人の確保」、「満床の維持」、「世話人の意識、スキルの向上」、「短期入所事業と緊急一時レスパイト事業との関係」として挙げ、それぞれについて取り組みを進めている。「世話人の確保」では、世話人の不足を正規職員2名の応援態勢でしのいでいる。「満床の維持」では、利用希望の待機者を管理しつつ、地域ニーズを常に意識して取り組んでいる。「世話人の意識、スキルの向上」では、世話人会の充実や研修重視の方針が打ち出されている。「短期入所事業と緊急一時レスパイト事業との関係」は、ともに地域から上がってきたニーズを受けての事業展開である。それらの受け入れは、ルーティンな部分が少なく、広く深い知識や高い対応力が求められる支援であるが、事業所一丸の体制で取り組んでいる。

#### ◆充実した研修体系

職員の教育・研修に関する基本的な方針は、法人の「第4期中長期計画」の中に示されている。それに沿って法人主導の階層別研修が計画されており、法人研修委員会が主体となって研修を実施している。新人職員研修、初級職員研修、中級職員研修、上級職員研修と、研修体系は確立している。グループホーム事業所の新人職員研修では、常勤の先輩世話人が一定期間指導を担当するOJTも取り入れられている。

#### ◆権利侵害の防止に向けて

虐待防止研修を開催し、事業所内のホーム会で教育も実施している。保護者へは「虐待防止法」の説明パンフレットを配布し、理解を深めると共に報告の手順についての周知を図っている。身体拘束の記録表も作成され、適切に記録されている。更に、全職員にチェックリストを配布し、自己の支援を振り返る取り組みもある。チェックリストは今年度から更に意識を高める内容に更新する等、権利侵害の防止に関する取り組みは十分である。

#### ◇改善を求められる点

#### ◆規程類と運営の実態との整合を

法人のホームページで、法人の現況を詳しく公開している。その内容は、理念・方針、沿革、事業内容、財務状況等々であるが、苦情に関する情報についても公開している。実際に平成30年度の「苦情受付状況」として、上半期で2件の苦情について、内容や対応状況が公開されている。この点は高く評価するが、一方で「苦情解決規程」に、ホームページで苦情情報を公開する旨の記述がない。規程を改訂し、運営の実態との整合を図られたい。

#### ◆貴重な情報を埋没させないための手順

日々の関わりの中で、職員は利用者から食べ物や外出先等の希望を聞き出している。「連絡ノート」から意見・要望を把握することもある。その場合、「支援ノート」と「スタッフ間ノート」に記録することになっているが、その他の雑駁な支援記録に埋もれてしまい、対応から結果までを時系列に追っていくことが難しい。記録方法の手順について、改善の余地を残している。

### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回も細部にわたりチェックをされ、評価をしていただきました。ホームにおいて大事なポイントである職員のスキルアップや虐待防止への取り組みなどを、しっかり評価していただきました。また、改善点に挙げられた規定類の整備なども、今後の運営のために活かしていきます。

### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の理念や基本方針を、ホームページやパンフレット、事業計画書等に記載している。職員への理念や基本方針の周知は図られているが、利用者の中には他法人の日中事業所に通う者もあり、利用者に対する理念や基本方針の周知は難しい。さらに、障害特性によって理解力や読解力にも個人差があり、説明資料等の作成も躊躇せざるを得ない状況である。			

### 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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
市の自立支援協議会の「居住連絡会」や「相談支援部会」に参画し、更に東三河北部圏域会議に出席して多くの情報を収集している。それらから得られた情報を法人の「本部事務局会議」や「運営委員会」、「サービス管理責任者会議」等に諮り、検討して、ホーム運営のための方向性を導き出している。			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
現状の経営課題を、「世話人の確保」、「満床の維持」、「世話人の意識、スキルの向上」、「短期入所事業との関係」として挙げ、それぞれについて取り組みを進めている。「世話人の確保」では、世話人の不足を正規職員2名の応援態勢でしのいでいる。「満床の維持」では、待機者を管理しつつ、地域ニーズを常に意識して取り組んでいる。「世話人の意識、スキルの向上」では、世話人会の充実や研修重視の方針が打ち出されている。			

### 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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の「第4期中長期計画」(2018. 3~2028. 3)が策定されており、ラフではあるが10年間の「新規事業」、「既存事業」、「人材育成」、「施設・設備整備」、「地域・公益事業」等の方向性が示されている。その中に、グループホーム事業も組み込まれており、新規にホーム建設の計画が盛り込まれている。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
法人の「第4期中長期計画」と連動した「平成30年度サポートホーム(しんしろ・ほうらい・第2しんしろ)事業計画」が策定されている。しかし、平成29年度の事業報告との連動が薄く、重点目標として定めた項目には、数値目標が設定されていない。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の策定は、ホーム会で世話人の意見を集約し、総括会議、事業計画会議を経て理事会で決定の運びとなる。しかし、事業計画の「重点目標」に数値目標の設定がないことから、期中の見直し・進捗評価や期末の最終評価(事業報告)が曖昧なものとなっている。また、事業計画で取りあげた「重点目標」の各項目については、「事業報告書」の中で詳細に報告することを望みたい。			
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
評価機関のコメント			
家族に対しては、年度初めに開催される家族会で事業計画の概略を説明している。しかし、参加する家族が少数(8家族/37家族)である点は改善の余地がある。また、利用者に対しては、分かりやすい資料を作成する等の取り組みがなく、今後の課題として残る。			

#### 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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価を定期的を受審し、そこで得た気づきを改善に活かしている。サービスの質の向上は、利用者の満足度の向上と相関性があるとし、利用者の思いを叶える取り組みを実施している。「個人レクリエーション」として、スカイツリーへの日帰り旅行やディズニーランドへの一泊旅行等を実現させている。			
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
評価機関のコメント			
法人内の3つのグループホーム事業所が、交替で毎年第三者評価を受審しており、そこでの指摘事項は横展開されて全てのグループホーム事業所で改善活動が実施される仕組みがある。マニュアルの整備や苦情公開の仕組みづくりはその経緯で改善が進んだ。しかし、各事業所、各ホームでの改善活動が、計画的に進められたとは言い難い。責任者(誰が?)、期限(いつまでに?)、実施方法(何を?)を明確にして取り組まれない。			

## 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
評価機関のコメント			
「組織体制図」があり、管理者の役割や責任の所在が明確になっている。また、「決裁規程」に管理者の専決事項の定めがあり、権限の範囲が規定されている。「緊急連絡網」や「防災マニュアル」にも、管理者の立ち位置を示す記述があるが、管理者不在時の権限の委任についての記述が見られない。グループホームという特殊な職場（一人職場）だけに、明確に文書化することが望ましい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
管理者自身は、関連する研修に参加する等で必要な法的知識を身につけている。しかし、世話人に対する研修が思うに任せず、実施できていない。特にアルバイトの世話人へは、時間的な都合もあって研修参加が難しい状態である。世話人は他に頼ることなく、その場で瞬時に判断したり決定を強いられることも起こりうる。法的な正しい知識を裏付けとした判断や決定を担保するためにも、必要最低限の法的知識の習得が望まれる。			
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
評価機関のコメント			
利用者個々の希望を聞き、個人レクリエーションを実施することで利用者の満足度を高めている。個人レクリエーションの困難な利用者には、参加することが可能な集団レクリエーションやホームごとを実施するプチレクに参加してもらい、不公平感が出ないように配慮している。全体的に利用者の満足度は高く、サービスの質は高いと判断できる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の主要な会議（経営会議等）での決定事項は、ホーム会議や世話人会にて事業所内に周知が図られる仕組みがある。今回、業務効率の改善と職員の福利厚生面を考慮した勤務体制の変更を実施した。勤務シフトの連続勤務を減らすことによって、世話人業務にメリハリができ、同時に世話人を含む職員の業務負担を軽くすることにつながった。			

### 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
評価機関のコメント			
慢性的な職員不足（世話人不足）は、当該事業所に限った事ではないが、法人、事業所挙げての採用活動がなかなか実を結ばない。法人の階層別研修が体系化されているが、計画的な職員育成よりも、不足する人材の補充に重点が置かれている現状である。今季は、正規職員が世話人業務を担当する緊急的な体制を取って急場をしのいでいる。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
人事考課制度が導入され、「チャレンジカード」による目標管理のシステムと併せ、人事管理の両輪として仕組みが構築された。しかし、人事考課で得たデータの分析が甘く、目標管理への有効な情報提供につながっていない。人事考課での自己査定と上司査定の差異を分析することによって職員個々の不足力量を抽出し、教育ニーズとして目標管理につなげることが期待される。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
“働きやすい職場作り”を推進し、職員の安定雇用を目指している。勤続3年で2日間の記念日休暇制度を導入し、有給休暇は1時間単位で分散取得も可能である。子育て中の職員は時間を短縮して勤務することを認めており、ワーク・ライフ・バランスへの配慮もある。結果として“働きやすい職場”は、実現しているかに見えるが、職位や職種による有給休暇の取りづらさは解消していない。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「チャレンジカード」を使った目標管理の体制を整えている。「チャレンジカード」を間にして、期首の目標設定面接、期中の中間面接、期末の最終評価面接が実施されており、職員育成のフレームは完成している。課題としては、職員個々の目標設定が、人事考課の結果に基づいていないことであり、目標管理と人事考課制度のコラボレーションで、職員育成の仕組みが完全なものとなる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員の教育・研修に関する基本的な方針は、法人の「第4期中長期計画」の中に示されている。それに沿って法人主導の階層別研修が計画されており、法人研修委員会が主体となって研修を実施している。新人職員研修、初級職員研修、中級職員研修、上級職員研修と、研修体系は確立している。グループホーム事業所の新人職員研修では、常勤の先輩世話人が一定期間指導を担当するOJTも取り入れられている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
研修の履修後には「復命書」が提出され、6ヶ月後には研修効果の測定、検証が行われている。これによって、法人研修委員会が計画した教育・研修の一つひとつに対して必要性評価が実施され、より良い研修体系の構築につながっている。課題は、時間的な都合によって研修体系から漏れてしまうアルバイト世話人に対する研修の実施であり、ホーム会や世話人会を活用して、打開策を講じられたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所として、主体的に実習生を受け入れることは不可能であり、バックアップ施設である通所事業所で受け入れた実習生が、見学や一部体験の形でホームを訪れている。訪れる実習生の数が少なく、期間的、時間的にも短いが、事業所として受け入れ態勢は十分な状態に整えて欲しい。まずは、受け入れのためのマニュアル整備から始められたい。			

### 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人のホームページで、法人の現況を詳しく公開している。その内容は、理念・方針、沿革、事業内容、財務状況等々であるが、苦情に関する情報についても公開している。実際に平成30年度の「苦情受付状況」として、上半期で2件の苦情について、内容や対応状況が公開されている。この点は高く評価するが、一方で「苦情解決規程」に、ホームページで苦情情報を公開する旨の記述がない。規程を改訂し、運営の実態との整合を図られたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「運営規程」、「経理規程」、「決裁規程ほか、事務・経理・取引に関する手順書によって、適切な事業所運営が行われている。法人監事による内部監査や行政監査において改善指摘があれば、即座に対処している。可能であれば、法人の中長期計画の中に、「社会福祉法」が求めるレベルの外部監査の実施を盛り込まれたい。			

## 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			
夜間や休日の支援が主体となるグループホーム事業所では、地域との交流や連携はハードルの高いジャンルである。しかし、法人の「中長期計画」の中に「地域・公益事業」の項目を設けて、地域との係わりの重要性や方針を明確にしている。それを受けて、全てのホームが町内会に加入し、利用者を地域の一員として位置づけている。地域イベントである運動会や地域合同防災訓練にも、利用者が積極的に参加している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
グループホームが夜間支援の性格上、ボランティアの受け入れはほとんどないのが現状である。「歯ぐるまの会」のメンバー2~3名が、不定期にホームの清掃に来ている程度である。地域の小学校との交流は継続しているが、小学生の福祉体験学習の受け入れには制約が大きすぎる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所運営の拠りどころとなるネットワークの構築が進んでおり、「東三河グループホーム連絡会」、「市・居住連絡会」、「東三河北部圏域会議」等に参画し、管理者が主要な役割を担っている。見学したグループホームの事務室には、医療機関、ライフライン関係、虐待関係等の連絡先が掲示してあった。			
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			
法人の一大イベント「市民福祉フォーラム」には、事業所を挙げて協力体制で臨んでいる。グループホームの空室や空き時間を活用し、緊急一時レスパイトの受け入れ等、地域に機能還元する工夫を望みたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の相談支援事業所、市の委託を受けた基幹相談センター、市の居住連絡会等から情報を得て、地域の福祉ニーズを把握している。市内に1床のみの「短期入所事業」、「緊急一時レスパイト事業」、「安心生活支援事業」等の事業は、地域ニーズに応えるために開始された。それらの受け入れは、ルーティンな部分が少なく、広く深い知識や高い対応力が求められる支援であるが、事業所一丸の体制で取り組んでいる。			



## 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			
「倫理綱領」は「行動規範」の中に記載があり、事業計画にも記載してあることから、利用者尊重に対する意識の高さがうかがえる。管理者は法人の権利擁護委員長を務めており、法人内外で講師をしている。管理者が、サービス管理責任者や世話人から日常的に相談やアドバイスを受けることで、共通の理解のもとで支援が行われている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
権利擁護委員会により、研修の開催やチェックリストの配布・集計が行われている。今年度からチェックリストの様式を変更する等、職員の意識をより高めるための取り組みとなっている。チェックリストの集計結果を基に、個々の職員に対するフォローや教育に展開する計画である。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
相談支援事業所を通じて、見学や体験を望む利用希望者が多数いることから、見学は随時実施している。現在、満床のため体験はできないが、ショートステイや安心生活支援事業(単身生活を想定した生活体験サービス)の利用により、地域での生活を体験することが可能である。事業を紹介する資料は、法人パンフに所在地等の基本情報のみの記載である。写真や絵を使い、サービス内容等をホームページや広報誌で紹介することを望みたい。			
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
評価機関のコメント			
サービスの開始時や変更時には、書面を用いて口頭にて説明をしている。グループホームを移る場合も「契約書」、「重要事項説明書」を新たに取り直しており、丁寧に対応している。説明に用いる書類に関して、文章の理解がある利用者にはルビを振る、文章の理解のない利用者にはイラストを用いるなどの工夫を望みたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人として相談支援事業所の運営と、新城市基幹相談支援センターの委託を受けており、サービス終了後の相談窓口として機能する仕組みができています。また、地域活動支援センター、障害者就業・生活支援支援センターの運営もしていることから、サービスを終了しても相談しやすい環境が整っている。現在までに、サービスを終了した事例はない。			
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
評価機関のコメント			
年に1回、家族会が開催されている。主に日常的な会話の中で要望を聞き取り、実現に向けた取り組みが行われている。要望は世話人が話を聞くことが多く、「スタッフ間ノート」に記載して管理者とサービス管理責任者が確認する仕組みとなっている。満足度を測る仕組みとして、満足度調査等を実施し、更なる利用者満足の向上を図られたい。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の仕組みが確立しており、内容はホームページに掲載されている。事例を基に職員間で話し合い、解決方法を検討する場も設ける等、積極的な取り組みがある。利用者、家族に対しての仕組みを分かりやすく説明した資料、掲示物が用意されると、更に理解が深まると思われる。		
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの相談は、グループホームであることから居室にて個別の対応を取ることが可能であり、他利用者にも配慮して対応している。「連絡ノート」(情報共有ツール)は、利用者本人と家族、ホームの職員のみならず、通所事業所の職員とも繋がっているため、他職種で確認・対応することが可能である。現地の見学時においても、利用者からの発言を多く耳にすることができ、意見の述べやすい環境が整っていることが確認できた。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
日々の関わりの中から、食べ物や外出先等の希望を聞き出している。「連絡ノート」から意見・要望を把握することもある。その場合、「支援ノート」と「スタッフ間ノート」に記録することになっているが、その他の雑駁な支援記録に埋もれてしまい、対応から結果までを時系列に追っていくことが難しい。記録方法の手順について、改善の余地を残している。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
ホーム毎に「ヒアリハット報告書」を作成し、月に1回のホーム会で振り返りをしている。全職員が参加することは難しいが、事故防止についての研修の実施や、ヒアリハットの集計・分析により、事故が起き得る場面・場所・時間帯等を特定し、職員の共通認識の下、事故の未然防止に努められたい。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
一部のホームには滅菌・消毒装置が設置されており、その他適時消毒スプレーを用いて掃除をしている。掃除場所、実施の有無についてはホーム毎にチェック表が用いられており、満遍なく行われる仕組みが確立している。感染症の対応マニュアルも整備されている。ただ、細かな掃除方法や対処方法についての周知が不十分であるため、更なるマニュアル整備に期待したい。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
ハザードマップが用意されており、地形に応じた避難経路、避難場所が定められている。また、月に2回、市主催の居宅連絡会に参加し、情報共有を図っている。実践型の訓練として地域の防災訓練への参加や、宿泊型避難訓練として通所施設への避難を実施している。備蓄の食糧は用意しているが、味気ない物となっており、グループホーム独自のメニューに変更する予定である。備蓄リストも含め、整備を進めている。		

### 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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
必要に応じて随時マニュアルが作成されており、ホームによって内容の違うものが用意されている。障害の症状の進行・悪化や身体的な能力の低下による福祉機器の導入等があり、あらたに必要となるマニュアルが増えてくる。現在、作成中のマニュアルも多々あることから、今後のマニュアル整備に期待したい。また、マニュアルが作成・改定された際の周知方法(確認したかが不明)についても、整備が求められる。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
マニュアルの見直し・改定が頻繁に行われていることが確認できた。改定後はノートに改訂情報を記載して、マニュアルの周知を図っている。職員個々についての確認の有無が不明のため、周知方法の変更と、新旧対照表を用いるなど、確認する側が変更箇所を把握しやすくする配慮も必要と思われる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の中に本人のニーズが記載されており、課題を達成するのみの計画ではなく、楽しみ・要望を実現する内容となっている。また、支援困難ケースの対応方法をホーム会で話し合い、改善に至ったケースもある。個別支援計画の様式に関して、一つひとつの課題に対しての実施者・担当者を明確に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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
半月に一度、評価・見直しが行われており、利用者・保護者の要望を聞き取り、次期計画に反映させるプロセスができている。ただ、支援目標に対する達成度が確認し難いため、項目毎に達成度が一目で分かる工夫を検討願いたい。			
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、職員間で共有化している。	障 44	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
サービス管理責任者会議が毎週行われており、会議内容をホーム会・世話人会で伝達している。個別支援計画に基づく課題について、順調に取り組まれているものもあれば、取り組みが確認できない課題もあった。記録が埋もれてしまっている部分も見られるため、課題に基づく実施状況を定期的に把握する仕組みづくりを望みたい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」があり、利用開始時に同意書についても説明が行われている。「文書保護規定」により、記録の管理体制は整っている。			

## 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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ヘルパーとの外出先、衣類、給食のメニュー等、日常生活の中で自己決定を尊重した支援を心掛けている。あえて話し合いの場は設けていないが、食事の時間などに利用者同士で話をしている。近くの自販機にジュースを購入しに行くことや、買っておいたおやつを食べたりと、個人の希望を取り入れた自由な生活を送ることができている。			

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
虐待防止研修を開催し、ホーム会で教育も実施している。保護者へは虐待防止法の説明パンフレットを配布し、理解を深めると共に報告の手順についての周知を図っている。身体拘束の記録表も作成され、適切に記録されている。更に、全職員にチェックリストを配布し、自己の支援を振り返る取り組みもある。チェックリストは今年度から更に意識を高める内容に更新する等、権利侵害の防止に関する取り組みは十分である。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人で運営するサテライトホームや安心生活支援事業において、単身生活向けのサービスを用意している。就業支援として土・日曜日にアルバイトに行く利用者もおり、行き帰り前後の身支度や食事、入浴等、利用者のライフスタイルに合わせて支援している。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
世話人として長く勤務する人が多く在籍している。そのため、これまで関わってきた関係性によって、小さな表情の変化や行動から気持ちを読み取ることができている。短期入所の利用者の中には文字盤を使用する利用者もおり、必要とされる支援、コミュニケーションが取り入れられている。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
相談支援事業所とは常に連携を図っている。食事中や入浴中の支援時の会話の中で相談を受けることもあり、適切に対応している。相談内容はノートに記載し、世話人会やホーム会で周知が図られているが、話し合われた内容や対応が口頭により行われているため、日常の相談も記録として残すことが望ましい。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
休日はヘルパー外出によりカラオケや映画、買い物に出かけている。ホームとしても、散歩やドライブ、プチレク(調理体験)を行い、希望する昼食を食べる等、楽しみの持てる活動を実施している。地域のイベントに参加する利用者もおり、意向に基づく支援が提供されている。要望が固定化されているといった現状もあるため、できる限りの情報提供に努め、個別支援計画を絡めて新たな活動が提供されることに期待したい。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個別支援計画とは別に「個別支援マニュアル」(1日の流れの中での注意点等を記載)が用意されており、支援方法の統一が図られている。マニュアルに沿ってタイムスケジュール通りに行うことで、安心して生活を送られるように支援しており、対応に変化があれば「支援ノート」に記載して周知している。強度行動障害の利用者に対しては、通所事業所で作成した「支援シート」を有効活用する場合もある。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
嗜好調査を行い、土・日曜日の食事メニューに取り入れられている。食事形態に関しては、刻み食などの個別の対応もしている。車椅子の利用者が多く入居するホームでは、入浴や排泄にリフトが設置されており、安心・安全に暮らせるよう配慮されている。可動式のリフトを使用する利用者もおり、個別支援計画に基づいて支援している。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「清掃チェックシート」により、清潔で快適な空間となるよう配慮されている。また、障害特性により、扉にクッションを付ける等の対応が必要な利用者もおり、同居者への配慮もある。生活環境改善の為にアンケートを実施し、修繕箇所の洗い出しが行われている。優先順位を付けて計画的に修繕を実施していく予定である。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
疾患により入院した利用者に対して、グループホームでの生活が続けられるよう体を動かす機会を提供している。それらは、個別支援計画に基づいて支援が行われている。通所施設と連携し、より専門的な訓練が受けられるようにすることが今後の課題となっている。			
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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎日、体温、血圧等のバイタルチェックを行い、体調の変化を記録している。看護師は配置していないが、通所施設の看護師が健康診断の結果を確認していることや、必要に応じて訪問看護等、外部機関を活用する等の支援が整っている。夜間も職員が在中しており、電話の横には119番の伝達マニュアルも掲示されていることから、緊急時の対応も十分である。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
服薬情報は個人ファイルで管理しており、「服薬チェック表」を基に適切に投薬されている。服薬管理は主にサービス管理責任者の業務となっているため、服薬情報についての職員教育(効果や副作用について)や、外用薬の取り扱い(分かりやすく整理)について、理解を深めるための取り組みが期待される。			
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	a ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
ヘルパー外出の予定や「行き先を、利用者と職員と一緒に考えて申し込みしている。また、帰省は家族の意向もあるが、利用者本人の希望に添って実施している。休日の過ごし方が定型化しているため、ホームとして可能な限り学習の機会や趣味に関する情報提供を実施することを望みたい。また、利用者毎に社会参加や学習意欲を高めるための支援は異なるため、利用者にあった支援を考え、実施することを期待したい。			
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	⑥ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
高齢化、重度化が進む中でも、「サポートホームほうらいで暮らしたい」との利用者の希望を尊重した生活を送られるよう、介助用リフトの設置や職員配置等、地域生活が継続できるよう組織として支えている。また、現時点では“独り暮らし”を希望する利用者はいないが、希望が出た場合に対応できるサービス(安心生活支援事業)が用意されている。ヘルパーや日常生活支援事業等も積極的に活用している。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自宅への帰省時に、口頭で報告する以外に「連絡ノート」を通じて生活状況等について報告している。年に1回、家族会が行われており、事業計画の報告や家族からの要望等を聞き取っている。今年度は職員も含めた家族会の交流会(ランチ会)の開催が要望として挙がっており、希望に添った会の開催に向けて検討している。			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A <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			