

## 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:指定共同生活援助事業所 くわの実ホーム	種別: 共同生活援助	
代表者氏名: 黒田直美	定員(利用人数): 20名 (19名)	
所在地: 愛知県瀬戸市中水野町2丁目750番地		
TEL: 0561-42-8322		
ホームページ: <a href="http://kuwanomi02.web.fc2.com/home/home_index.html">http://kuwanomi02.web.fc2.com/home/home_index.html</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成28年 5月 9日		
経営法人・設置主体(法人名等): 社会福祉法人 くわの実福祉会		
職員数	常勤職員: 3名	
専門職員	(管理者) 1名	(社会福祉士) 2名
	(事務職員) 1名	(介護福祉士) 1名
	(サービス管理責任者) 1名	(精神保健福祉士) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 20室	(設備等)居室、食堂、洗面所、
		浴室、トイレ、居間(食堂と兼ねる)
		宿直室、火災警報器、
		ガス漏れ報知器、スプリンクラー
		備蓄(食糧、飲料水3日分)

### ③理念・基本方針

#### ★理念

個人の尊厳を大切にし、利用者さん自らが思い描く生き方ができるよう支援するとともに、誰もが自信を持ち、当たり前に参加できる地域づくりを目指します。

#### ★基本方針

障害のある人たちが地域や人とのつながりを大切にしなが、少人数での共同生活の中で、自分らしく笑顔で生き生きと生活していけるように支援していきます。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

##### ○設備面について

- ・木のぬくもりを大切に、家庭的で心地よい空間を目指している。
- ・浴室は各棟2ヶ所あり、一人ひとりができるだけゆったりと入れるようにしている。

##### ○支援面について

- ・食後の食器洗いや居室や浴室などの掃除、洗濯等、できることには何でもチャレンジしてもらうことで、利用者一人ひとりの可能性の幅を広げ、自信を持ってホーム生活を送れるよう支援している。
- ・近所への買い物やホーム内のカラオケ、または公用車を使用しての週末外出など、日々の余暇活動を充実させることで、利用者それぞれが楽しく余暇を過ごせるよう支援している。また花火大会やクリスマス会など毎年恒例の季節行事にも力を入れている。
- ・家庭的な雰囲気を大切に、利用者からの相談等には積極的に応じることで、生活における不安や悩みを解消し、毎朝、それぞれの活動場所(作業所など)に元気に出かけられるよう支援している。
- ・地域で行なわれるイベント(運動会やお祭り、健康体操など)にはできるだけ多く参加をして、地域の人たちとの交流を深めることで、地域の一員として暮らすグループホームならではの楽しみを感じられるよう支援している。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 5月11日(契約日) ~ 令和 元年 5月14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)	0 回 (平成 年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆職員の育成に向けた取り組み

職員の育成に向け、基本的な考え方を事業計画に明示している。年度初めに個別の研修計画が作成され、計画に沿って研修が実施されている。研修内容は職員の経験や力量に合ったものが受講できる。外部研修の受講に関しても、職員の自己学習を支援するために受講費用の補助制度も用意されており、事業所としての組織的な取り組みとなっている。

##### ◆積極的な地域との交流

利用者と地域との交流を大切に、地域の祭りや運動会、健康体操、サロン等へ積極的に参加し、近隣住民との交流を深めるように取り組んでいる。移動支援事業所を活用し、ぶどう狩りやバスツアーなども企画しており、利用者のニーズに沿った支援を提供している。日常的にも、近隣での買い物や週末の外出などの支援がある。

##### ◆福祉サービスの質の確保への取り組み

事業所として福祉サービスの質の向上に向け、様々な取り組みがなされている。業務や支援方法についてマニュアルが整備されている。「勤務別マニュアル」や「標準的サービスマニュアル」は見直しが徹底されており、管理体制が構築されている。「個別支援計画」の作成手順や定期的な見直しについて、マニュアルが整備されており、適切に運用されている。事業所として組織的な取り組みとなっている。

#### ◇改善を求められる点

##### ◆中・長期事業計画策定の必要性

事業所を運営していく上で、3～5年を見据えた中・長期の事業計画の策定が必要であろう。経営環境や法改正・制度改正がある中で、中・長期の事業計画の策定は難易度が高いが、事業所の方向性を示し、事業運営の拠所になる。中・長期の事業計画の策定により年度ごとの事業計画がより充実したものとなるであろう。

##### ◆利用者の高齢化への対応

利用者の平均年齢が51.4歳、65歳以上の利用者が6名入居している。今後高齢化が進むことは確実であり、現段階で将来発生するであろう身体介助や疾病に対する医療面での対応など、事業所としてどう対応していくのか、5年・10年先を見越した検討が必要であろう。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ホームが開所し約2年半、いろいろと手探りの中、運営や利用者さんの支援に当たってまいりましたが、今回中部評価センターさんの公正な目で第三者評価を頂き、このまま伸ばせばよい所、改善が必要な所が明確になり、大変参考になりました。

とりわけ、利用者への直接支援の項目では、高い評価を頂き、職員一同大きな喜びそして自信を感じることができました。また訪問調査時には、日頃なかなか気づけない申し送り簿等、記録物の不備も直接ご指導いただき、とても感謝しております。

今後も利用者、家族、職員皆が満足できる良質な事業所を目指し、頑張っていきたいと思えます。この度は本当に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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本理念や方針は明文化され、事業計画等に記載され、職員や家族等に説明している。利用者には分かりやすい文章を作成し、面談時に説明している。			

### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者が市の自立支援協議会に参加し、瀬戸市の福祉計画の策定に関わっている。瀬戸市の福祉課との繋がりを持つことで、事業運営に有用な様々な情報を得ている。地域の潜在的な利用者数やニーズの把握に努め、事業所の運営に活かしていく取り組みがある。			
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			
現状の経営課題を明確に把握するための取り組みが、法人全体で行われている。把握された課題は理事会や幹部会議で検討され、検討結果は職員に周知しており、事業所として改善に向けた前向きな取り組みが行われている。			

### 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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人としての中・長期の収支計画は策定されているが、中・長期の事業計画の策定には至っていない。単年度の事業計画に枠組みを示すためにも、中・長期の事業計画の策定への取り組みに期待したい。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
単年度の事業計画の策定があり、前年度の実施状況を把握したうえで期末評価を実施し、次年度の事業計画に反映させている。中・長期の事業計画の策定が待たれるところである。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画に関しては、前年度の実施状況を把握し、評価・検討した上で次年度の事業計画を策定している。職員には職員会議で説明し、周知・理解を図っている。			
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
評価機関のコメント			
策定された事業計画は利用者や家族等に配布され、家族会で事業計画の内容について説明がなされている。利用者に対しては分かりやすく説明が出来ているとは言えない。分かりやすい資料の作成等の配慮が必要であり、今後の課題となる。			

#### 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			
事業所として福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを推進していくことを「運営規程」に謳い、改善に向け取り組んでいる。家族アンケートや提供されるサービスについて自己評価を行い、改善すべき課題や問題点を抽出し改善に繋げている。			
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			
事業所として課題や問題点を把握し、改善に向けて取り組んでいる。課題や問題点についての検討プロセスや検討結果・改善に向けた取り組みについての記録が作成されていない。記録によって、改善活動の過程が明確になり、より実効性の高い取り組みになるであろう。			

## 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>管理者の役割や責任については、「職務分掌規程」により明確に示されている。緊急時や非常時の役割についても「対応手順」の中で明確になっている。管理者の役割・責任については、職員等に分かりやすく示す必要があり、文書化し提示することで理解を深めやすくなるであろう。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所として遵守すべき法令等について、管理者は研修等に参加し、理解を深めている。職員に関しては、法令等に関する研修を実施するまでには到っていない。コンプライアンスを徹底するためにも、職員に対しての研修の実施を期待したい。</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>管理者は、サービスの質の向上に向けて前向きに取り組んでいる。提供する福祉サービスについて、定期的な家族アンケートや自己評価を実施し、分析・検討している。さらに、課題や問題点を抽出すると共に満足度を把握するための取り組みがある。管理者は、福祉サービスの質の向上を実現するために、職員の育成をはじめ様々な課題の解決に向け、積極的に取り組んでいる。</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>管理者は、事業所の理念や方針の実現に向け、様々な情報の収集と把握、課題の改善に取り組んでいる。職員の就業状況や就労環境についても把握に努めており、職員が働きやすい環境づくりに取り組んでいる。</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>キャリアパス制度が導入され、職員は目標を明確にして職務に取り組むことが出来る環境がある。法人全体として人材確保に取り組んでおり、職員の人材育成計画が策定されている。また、非常勤職員に対しての育成に向けた取り組みもある。有資格者や専門職等の人員体制について、具体的な計画の策定には至っていない。</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>キャリアパス制度の導入があるが、人事考課制度はない。「振り返りチェックシート」による職員の取り組みに関して、管理者が評価・把握し査定が行われている。人事基準は明確になっているものの、人事考課制度の構築は必要であろう。</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			
<p>職員の有給休暇取得状況や、定期的な「振り返りチェックシート」を活用した意向の把握のための取り組みがあり、職員との個別の面談もある。管理者等が窓口となり、職員が相談しやすいように配慮している。人材の確保・定着の面からも、継続的な取り組みが必要であろう。</p>			
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			
<p>職員の育成についてはOJTによる指導が中心であり、「振り返りチェックシート」を活用した目標管理や個別面談がある。研修に関しては職員の自己学習のための外部研修の受講を奨励しており、費用補助を行う仕組みがある。職員が明確な目標を持って取り組めるような仕組みづくりが望まれる。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の育成のための研修については、事業計画の中で明確に示されている。年度初めに個別の研修計画が作成され、計画に沿って実施されている。研修内容は職員の経験や力量に沿ったものが提供されており、組織的な取り組みとなっている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員一人ひとりに個別の研修計画が作成されており、必要に応じた研修が受講できる。外部研修の情報は職員に提供されており、自己学習を推奨するために費用補助制度も設けられている。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所として、実習生の受け入れについてのマニュアルは整備されているが、現在まで実習生を受け入れた実績はない。実習生が教育機関を卒業して障害者施設に勤務することになった場合、共同生活援助事業所に配属されることがないとも限らない。その時のために、バックアップ施設で受け入れた実習生が、「見学」や「体験」の形でグループホームを訪問する仕組みを構築されたい。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人・事業所のホームページやパンフレットで、事業所の方針やサービス内容について紹介している。決算報告は公開されており、公正な事業運営が行われている。さらに、事業計画や相談・苦情の内容などの情報も、ホームページ上で公開することを望みたい。</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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の事務・経理に関してはマニュアルが整備されており、適切に運用されている。定期的に内部監査が行われており、決算報告書はホームページに掲載し公開している。「社会福祉法」が求めるレベルの、外部の専門家による外部監査を受けることが望ましい。			

## 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	㉕ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の祭りやサロン等の行事には、職員と共に利用者が積極的に参加している。移動支援事業所を活用し、ブドウ狩りやバスツアーなど、利用者のニーズに合わせた支援に努めている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアを受け入れる体制があり、マニュアルも整備されている。しかし共同生活援助事業の主体は「夜間の支援」であり、利用者が日中はホームにいないことなどにより、現在まで受け入れ実績がない。			
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	㉕ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者が必要とする関係機関・団体は明確になっており、リストも作成されている。利用者の余暇活動の支援に対しても、他の事業所と連携を図り、積極的に取り組んでいる。			
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	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			
共同生活援助事業所として、利用者の生活の安寧を担保した上での取り組みとなる。事業の形態からして、機能の地域還元に関しては難易度が高いが、事業所の専門性を活かした取り組みに期待したい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所として、これまでに独自に地域の福祉ニーズを把握するための取り組みはないが、関係団体との関わりの中で福祉ニーズの把握に努めている。把握したニーズに基づき、新たな生活介護事業所の立ち上げの計画がある。潜在的なニーズとしては、緊急的な一時利用が考えられている。今後も継続した取り組みに期待したい。			



## 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			
理念や基本方針、「振り返りチェックシート」において、利用者を尊重したサービス提供を常に確認しながら、支援できる仕組みが整っている。特に、「振り返りチェックシート」では、パート職員も含めた全職員を対象とし、年に3回自己の支援についての振り返りや、虐待防止の取り組みについての自己評価を行い、それぞれに対するサービス管理責任者から意見も添えられていた。その報告書が、業務改善にも役立てられていた。			
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			
権利擁護に関し、苦情に関する規程、「契約書」や「重要事項説明書」、プライバシーに関する規程や手引き等、必要とされる書類は整っている。設備的には、トイレや浴室、居室などにおいて、清潔で、プライバシーの観点からも適切に維持・管理されている。利用者の権利擁護に関する周知、理解においては、「職員の心得」、「振り返りチェックシート」等を使った研修や勉強会の機会がある。			
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			
パンフレットやホームページを整備し、事業内容やサービス内容について、分かりやすく解説している。特に、ホームページのブログに関しては、頻繁に更新されており、利用者の近々の生活ぶりが一目で分かる内容となっている。グループホームでは「短期入所サービス」も実施されており、瀬戸市が運営する「ふくサポネット」への情報提供と合わせて、利用者に対するサービス選択に寄与する姿勢も見て取れた。			
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			
利用開始時の「契約書」や「重要事項説明書」、「個別支援計画」などの書類は、統一様式で分かりやすく工夫されている。「個別支援計画」の変更の際には、保護者を始めとする関係者からの情報収集、関係職種らによる調整会議、課題の整理及びアセスメントの作成などの一定の流れがルール化されている。ただし「意思決定支援」の考え方を、いかに今の支援に関連付けてその流れを説明するかということに関しては、不十分などところがある。			
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			
法人内に、相談支援事業所、障害支援施設、グループホームがあり、連携する体制は整っている。開設間もないこともあり、他施設への移行に関しての具体例はない。サービス内容の変更に関しては事例があり、一連の流れを記録にて確認することができた。関係する法人内他事業所の職員への聞き取り時においても、整合性がとられ、利用者にとっても不利益なものではなく、妥当なものであった。			
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			
利用者や家族に対して、意見や要望を聞く機会を年2回設定し、そこで出た意見や要望に関しての対応がされていた。具体例として、土・日曜に帰省する利用者の送迎をする保護者対応や、居室の物干しの設置など、きめの細かい対応であった。ただし、現在は、保護者対応に力が置かれ、利用者に対する要望の聞き取り、周知についての日常的な仕組みは構築されておらず、課題となっている。			

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		
苦情解決の規程や受付窓口の掲示など、仕組みは確立されている。聞き取りの中で、利用者・保護者の意見をできるだけ取り入れようとする姿勢が強く感じられ、その点は高く評価できる。ただし、記録の書き方や再発防止の取り組みに関しては、職員の意識に頼る文面となっており、実効性に関しては課題が残る部分である。		
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		
グループホームの分かりやすい場所に、意見や要望を表出することを喚起するポスターや、意見箱が設置されていた。現地訪問時には、夕食時間であったが、職員と利用者との関係も適切なものであり、信頼関係の構築が十分に図られている。		
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		
利用者からの意見や要望に関しては、「苦情用要望受付記録」が完備され、世話人会議で報告、検討する場が設けられている。「お花を習いたい」との要望に関しては、地域のフラワーアレンジメント教室を探し、通うことができるようになった実例がある。地域で暮らすグループホームならではの実践であり、職員の力量の高さがうかがえる。		
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		
ヒヤリハット分析や報告書、事故報告書等の事例に対しては、SHELL分析法(ソフト、ハード、環境、人の4要素に視点をあてた分析法)を取れ入れるなど、仕組みは整っている。ただし分析の結果の評価・再発防止策について、苦情解決の記録と同様に、有効性を見いだせない記録となっている。記録の目的、書き方、活用の方法についての職員研修の実施が望まれる。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
関係する法人内看護師による訪問や、マニュアルの整備などが実施されている。毎日の検温や食事量のチェック、体調不良時の通院対応のマニュアルもあり、体制も整っている。今後は、非常勤職員も含めた全職員に対する感染症など、利用者安全確保のための研修の実施が求められる。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
年2回の防災訓練(避難訓練)が実施され、非常時の対応体制も確認できた。備蓄についても、3日分のリストが整備・保管され、非常持ち出し袋も設置されている。		

### 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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
業務や利用支援についての標準的な実施方法を文書化したものとして、各種マニュアルが整備されている。その効果については、「振り返りチェックシート」によって、日常業務の確認や改善、サービス管理責任者などからのフィードバック・教育に活用されている。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「勤務別マニュアル」や「標準的サービスマニュアル」においては、見直しが徹底され、改定日も記載があり、仕組みが適切に維持・管理されている。また、そのことが「個別支援計画」にも反映されている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「個別支援計画」についての作成手順や様式などは、統一されている。特に利用者本人の強み(ストレンクス)に着目し、アセスメントを行う際の一助になるよう図入り様式も整備され、記入も適切に行われていた。そして、それを基に、世話人など関係職種や他機関との調整会議なども実施され、支援の統一が図られていた。			
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
評価機関のコメント			
「個別支援計画」について、定期的に見直しをする仕組みは整っており、マニュアルも整備されている。現場訪問時には、「伝達表」によって、世話人などに変更点を周知していることも確認することができた。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
パソコンソフトによる業務日誌の入力は毎日行われており、利用者の状況把握やサービス提供について、職員の情報共有に活かされている。ただし、食事摂取については、複数の場所で、複数様式によって記録が作成されており、一部不記載もみられた。その記録が、「いつ、何を目的に必要とされているのか」ということに対して、職員の動線も併せて、理解の向上が望まれる。			
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
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」などの利用者に関する記録について、保管、保存、破棄、情報提供に関するルールや仕組みが整っている。また、開示に関して、保護者等への説明、同意も書面でとられていた。現地訪問時には、それら個人情報に係る記録類が、鍵の掛かるキャビネットで保管されていることを確認することができた。			

## 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			
共同生活を送るうえで必要なルールである「食器洗いや入浴の順番」、「共用スペースの清掃」などに関しては、当番表が作成されている。それらの決定稿に関しては、利用者同士の話し合いや個々の利用者の障害特性が考慮され、利用者理解が得られたうえで作成されている。			

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			
<p>成年後見人制度においては、後見人2名、保佐人2名の利用となっている。また世話人においては、ヘルパー登録をすることや、第三者委員への報告の研修を行うことによって、利用者虐待防止や権利擁護に対する周知や力量向上を図っている。ただし、利用者本人に対しての虐待や権利擁護の事例報告・周知が実施されておらず、その点が課題となっている。</p>			

## 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			
<p>起床から就寝までの生活全般に関して、様々な場面で本人のエンパワメントを重視した支援を行っている。特に、サービスの特性上、金銭管理については、個人の要望・特性、安全管理の両面から検討する必要があるが、個別の金庫の準備や管理場所の検討を行った結果、トラブルは起きていない。金銭については、小さな事象が大きなトラブルに発展することも考えられるため、その間の取り組みには、多くの時間と労力がかけられたと思われる。</p>			
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			
<p>障害特性のために、多くの確認行為を必要とする利用者や、自発語の少ない利用者への対応など、個別的な支援方法が図られている。訪問時には、避難経路について、分かりやすく絵で明示してある事例も確認することができた。</p>			
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			
<p>訪問時は、夕食の準備や入浴、洗濯支援の必要な時間帯で、一日の中でも、世話人業務が集中する特に忙しい時間帯であった。しかし、特にあわただしさは感じられず、職員も調理をしながら利用者との日常会話を楽しんでいた。このような雰囲気は、利用者にとって、夕食後や入浴後など、業務がひと段落した時間帯には、より大きく感じられることと思われる。この職員の姿勢が、要望を言いやすい環境作りにつながり、結果にも結び付いている。</p>			
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			
<p>グループホームのサービスの特性上、日中活動としては、余暇生活への支援が中心となっている。利用者の要望を基にした「個別支援計画」のほか、地域で開催される各種催しの情報提供、移動支援を含めた移動手段的検討、参加後の地域住民への対応(苦情も含め)などについて、十分な体制が整えられている。そして、その実践もブログなどで確認できる体制が整っている。</p>			
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			
<p>法人内のバックアップ施設等で開催されている“てんかん”などの障害特性や、AED取り扱いについての研修会に参加している。また、参加した職員を講師とした伝達研修を行い、職員間の共通理解や力量向上を図り、支援に活かす取り組みをしている。また、障害者支援に関する参考図書の貸し出しや、外部研修の情報を職員に周知するなど、職員のモチベーション向上に向けた取り組みも行っている。</p>			
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			
<p>食生活においては、委託業者による献立を基に提供している。それは、外部栄養士による栄養管理となっているが、利用者からの評価も定期的に行っており、その満足度は高いものとなっている。また、週に1度は「外食の日」を設けたり、誕生日にも外食を楽しむ機会を設けたりすることで、選択の幅を広げる工夫もある。入浴や排泄などについても、看護師によるマニュアルを完備し、日常的な健康管理を行っている。</p>			

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			
<p>新築のグループホームであり、清潔が保たれており、木の香りが残る住居となっていた。トイレや食堂も清潔であり、利用者の使い勝手にも配慮した作りになっている。また、防火設備はもちろんのこと、庭などに人感センサーライトが設置され、防犯設備も完備されていた。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>多職種連携においては、外部関係機関と調整を図り、訪問リハビリテーションを定期的実施している。また、日常的には、「個別支援計画」に基づき、食器洗いや個室の清掃、洗濯物を干すことなどの日常生活能力向上について、利用者本人の特性に合わせた日々の実践がある。訪問時の夕食では、利用者が食器を配膳する姿があった。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人内の関連施設の看護師による訪問や、医療支援のマニュアル整備が整っている。また、日常的な体温や排泄、食事量のチェックリスト、「通院マニュアル」等もあり、適正な体制の下で支援が行われている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>投薬については、医師、看護師の指示や「投薬マニュアル」を「医療ボード」や「伝達表」に記載し、世話人等が日常的に確認できる仕組みが整っており、実践もされている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所のホームページのブログでも明らかにされているように、地域で開催される催しや学習機会の場への参加を積極的に推進している。ブログでは、地域住民と一緒に「ボーリング大会」や「健康体操」に参加したときの様子が掲載されている。また、外出時のトラブルについても、職員が迅速に対応する体制も整っている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人の相談支援事業所と連携し、地域生活への個人の要望や意向を確認しながら、「個別支援計画」を策定している。また、個人の地域活動への参加の際は、コミュニティバスや移動支援事業所などの社会資源を活用しながら、利用者の自立を考慮した計画を立てている。地域の社会福祉協議会主催の「いきいきサロン」への定期的な参加は、まさに地域生活ならではの実践である。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者家族との連携においては、日常的には「連絡ノート」において実施され、場合によっては電話で臨機応変に行っている。また、平成29年1月に発足した家族会への支援も積極的に行い、相互の信頼関係の構築にも配慮されている。</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			