

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

株式会社経営志援

②施設・事業所情報

名称：アットホーム	種別：共同生活援助	
代表者氏名： 管理者 飯野恭央	定員（利用人数）： 14名（14名）	
所在地： 安城市大東町5番28号		
TEL： 0566-77-0555		
ホームページ： https://nukumorinet.jp/		
【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）：社会福祉法人ぬくもり福祉会		
職員数	常勤職員： 4名	非常勤職員： 18名
専門職員	（社会福祉士）2名	
	（介護福祉士）4名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）
	めろんぱん：4 ホームぬくもり：4 こやまホーム：6	

③理念・基本方針

<p>【理念】 ぬくもりのあるサービスを目指します</p> <p>【基本方針】 ・利用者の意向を尊重して、福祉サービスを総合的に提供できるよう支援します。 ・利用者個人の尊厳を保持し、心身の育成と個人に有する能力を活用し、地域で安心してくらすことができる環境作りをサポートします。</p>
--

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>・自分らしい暮らしの支援では個別支援計画に本人の持つ個性やストレングスを盛り込み利用者様のストレングスに着目した支援をしています。また季節に応じた食事やイベントを通じて、豊かでぬくもりあるができる環境を提供します。</p> <p>・安心した暮らしと健康管理では、訪問看護やスタッフとの連携により、インフルエンザなどの感染症を始め、普段からの健康管理につとめています。</p> <p>・権利擁護意識の向上では、ホームスタッフが一同に集っての全体ミーティングを行い、情報共有や親交を深められるよう検討しています。またインターネットを使った「サポートカレッジ」の講座視聴や研修参加などを通して利用者の権利擁護意識を高め、スタッフ一人ひとりの育成を続けていきますを重点目標として利用者支援に携わっています。また安城市自立支援協議会と協働して、支援者を育成するための講座を開催し、ホームに関する啓発活動を通じて人材確保にも努めます。</p>
--

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和1年5月1日（契約日）～ 令和2年2月11日（評価決定日） 【令和1年11月13日（訪問調査日）】
受審回数（前回の受審時期）	4回（平成28年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

【関係機関との適切な連携】

行政機関や法人内の各施設、関係団体等の連絡先をリスト化し明示している。施設長とサービス管理責任者は、自立支援協議会の役員として地域の福祉事業動向を把握し、地域で取り組むべき課題について協議し、職員に周知している。人材確保が地域の共通課題であり、愛知県世話人等確保支援事業に参加するなど、人材確保に向け具体的な取組を実施している。

【リスクマネジメント体制】

リスクマネジメント実施規程に基づいた対応に努めている。リスクマネジメント体制としてリスクマネジメント委員会を設置し、各施設のヒヤリハットや事故報告の収集や集計を行い、各ホームに発信したり職員で回覧するなどして周知を図っている。ヒヤリハットや事故報告は内容、原因から改善策を検討・実施し、報告書を作成している。事故防止等の安全のための研修はWeb講座や、年1回の法人全体研修で危険を想定した予知研修を実施し、職員の意識向上を図っている。

【利用者の状況に応じたコミュニケーション・支援】

日頃の支援や個別面談等を通じて意思や希望を確認しており、意思疎通が難しい利用者は、家庭での様子を家族に確認したり、絵カードや写真などで情報を提供するなどして意思を引き出すよう努め、理解したら拳手をしてもらう等の意思表示の工夫をしている。行きたくない、気分が悪いなど気持ちが体調に現れる利用者には、日頃から何気ない様子を見逃さないよう、支援に努めている。

◇改善を求められる点

【事業を取り巻く環境と経営状況の把握分析】

施設長とサービス管理責任者は自立支援協議会の役員として、地域の福祉事業動向を把握しやすい立場にあり、市や県の福祉計画の策定動向や地域の利用者の状況等も把握している。サービスに関わるコストや稼働率について、法人事務局作成の資料により把握に努めているが、分析までは至っていない。今後は、福祉動向や利用率等の把握に留まらず、分析した結果からの課題を運営に生かすことが望まれる。

【福祉サービスの質の向上・管理者のリーダーシップ】

施設長は、各グループホームを週1回程度巡回し、職員や利用者の様子を観察したり聞き取りを行っているが、サービス内容はサービス管理責任者に任せている部分が多いのが現状としてある。一方、非常勤職員からサービス内容について意見を述べる機会を設けたり、研修に自主的に参加できる環境づくりに努め、質の向上を図っている。今後は、施設長自ら、現場の活動に積極的に参加し、現状の把握と改善に取り組み、サービスの質の向上を図りたい。

【利用者の社会参加・学習支援】

地域や近隣企業のイベント等を案内し参加を促している。利用者の希望で、習字教室に定期的に通っており、時間に間に合うよう食事時間をずらすなど配慮している。買い物活動や土日にボランティアを活用した近所の散策、移動支援を活用した市外の外出などを楽しむ利用者もいる一方、すべてのホームで実施できていない点は、改善の余地がある。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

客観的にまた情熱をもって評価してくださりありがとうございました。私たちが常日頃、大切にしている部分を汲み取っていただき感謝しています。グループホームは「暮らし」を支えるところです。ご家族からも日中事業所のスタッフからも支援の現場を目にしてもらったり、頑張りを認めてもらう機会が少ないのですが今回の評価で自分たちの強みに気づかせていただきました。もちろん強みだけでなく管理者のあるべき姿や、運営上の課題等も示唆をいただき今後活かしてまいります。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。

第三者評価結果

※すべての評価細目（65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
<p><コメント> 法人の理念・基本方針は明文化され、ホームページに明記しているほか、施設内に掲示し会報等に記載し周知に努めている。職員へは、年度末の職員全体会議での説明や配布により周知している。家族へは、年2回の保護者会のほか、利用者の大半が法人内の日中活動事業所を利用しており、そちらの保護者会でも説明し、周知状況を確認する機会にもなっている。利用者への説明には、わかりやすくという点で工夫する余地があり、今後の課題と捉えている。</p>		

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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 施設長とサービス管理責任者は自立支援協議会の役員として、地域の福祉事業動向を把握しやすい立場にあり、市や県の福祉計画の策定動向や地域の利用者の状況等も把握している。サービスに関わるコストや稼働率について、法人事務局作成の資料により把握に努めているが、分析までは至っていない。今後は、福祉動向や利用率等の把握に留まらず、分析した結果からの課題を運営に生かすことが望まれる。</p>		
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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 施設長は法人事務局と連携し、経営状況及び経営課題の把握に努めている。改善すべき課題は、常勤職員に周知し理解しているが、非常勤職員への周知や理解には課題がある。今後は、福祉動向や経営状況を分析し、改善に向けた具体的な取組が実施されることに期待したい。</p>		

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
<p><コメント> 法人の中・長期計画は策定されているが、施設の中・長期計画は策定されていない。法人の中・長期計画は実行可能な具体的な内容となっており、3年ごとに見直しを行っているが、利用率等の数値目標は設定されていない。今後は、事業所独自の中・長期計画の策定と具体的な数値目標の設定を検討されたい。</p>		
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
<p><コメント> 事業所の単年度計画は策定されているが、法人の中・長期計画を反映した計画とは言えない。単年度の事業計画は具体的で実行可能なものとなっており、事業報告の際○△×で評価する内容となっている。今後は、中・長期計画に基づいた単年度計画の策定と、具体的な成果が見えるよう数値目標を設定することを検討されたい。</p>		
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
<p><コメント> 事業計画は、サービス管理責任者と常勤職員が、自己評価及び第三者評価結果を踏まえ、年明けから作成に着手しているが、年度途中に事業計画の進捗状況の評価・見直しは実施していない。事業計画は常勤職員や各ホームのミーティング時に非常勤職員に説明しているが、理解を深めるための取組としては改善の余地がある。</p>		

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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 保護者へは6月の保護者会で事業計画を配布し、説明している。事業計画について利用者の理解を促すため、ポスターを掲示する等わかりやすく周知することに取り組んでいる。利用者向けの事業計画の説明会等は行われていない。今後は、利用者が事業計画を理解するためのわかりやすい資料等の提示と説明が望まれる。</p>		

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
<p><コメント> 日々の業務に関してサービス管理責任者を中心にモニタリングを行い、サービス内容の検証を行っている。また、年1回の自己評価、3年ごとの第三者評価受審からの評価結果について、常勤職員を中心に会議を実施しているが、分析・検討する組織的な取組としてはやや不足している。今後は、評価結果の分析・検討する会議を担当者の設置や時期を決めるなど組織的な取組として実施することに期待したい。</p>		
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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 自己評価や第三者評価受審後、評価結果について常勤職員を中心に会議で話し合い、その議事録を職員に回覧し、内容の周知を図っている。評価結果からの課題の改善に向け、その都度取り組んでいる形であり、計画的な改善には至っていない。今後は、評価結果から取り組むべき課題の改善計画を作成し、計画に沿った改善の実施に期待したい。</p>		

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
<p><コメント> 施設長は、経営・管理の方針を法人の会報に掲載し役割と責任を表明しているが、発信力が弱いと感じている。施設長不在時は、サービス管理責任者がその役割を代行することとしており、緊急連絡網やフローチャートを作成し、対応できるように準備している。今後は、施設長の役割と責任を、会議等で職員に表明するとともに、文書で発信するなどして理解を促す取組に期待したい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 施設長は、県の虐待防止や権利擁護研修、サービス管理責任者養成研修の講師を務めており、関係法令について理解を深めている。また、自立支援協議会の作業部会副会長として活動し、近隣の事業所や行政機関との適切な関係の保持に努めている。その他、労務管理等の経営に関する研修にも参加している。職員に遵守すべき法令について理解を促すため、Web講座をミーティング時に受講しており、報告書を作成している。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 施設長は、各グループホームを週1回程度巡回し、職員や利用者の様子を観察したり聞き取りを行っているが、サービス内容はサービス管理責任者に任せている部分が多いのが現状としてある。一方、非常勤職員からサービス内容について意見を述べる機会を設けたり、研修に自主的に参加できる環境づくりに努め、質の向上を図っている。今後は、施設長自ら、現場の活動に積極的に参加し、現状の把握と改善に取り組み、サービスの質の向上を図りたい。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 法人事務局を交えた施設長会議で現状の課題を把握し、改善に向けた取組を協議している。会議の内容は職員に伝えているが、施設内で体制を整えての取組までは至っていない。働きやすい環境整備に向け、有給休暇の取得促進を図り、施設の人員配置4：1を維持しながらも、非常勤職員の比率を高める取組を検討している。施設長主導のもと、実効性のある改善に向けた取組に期待したい。</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	ⓑ	c
<p><コメント> 人材確保・育成の方針等は、法人の中・長期計画に明記し、人事プロジェクト会議で、人材確保・育成に関する取組や課題の解決策を検討している。また、グループホームの仕事を広く知ってもらい、就職に繋がるよう、愛知県世話人等確保支援事業に参加している。ハローワークや就職フェア、ホームページ等を活用し人材確保に努めているが、計画的な採用には至っていない。人材確保に向けた取組の工夫と採用に繋がることに期待したい。</p>				
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ	c
<p><コメント> 法人の理念に基づいた「期待する職員像」が明文化され、職員に周知している。人事規程に昇格・昇進等の基準が定められ、誰でも見ることができるよう規程集をファイルしている。アクションレビューシートを活用し、行動の振り返りやチームへの貢献度等の評価を半期ごとに実施し、フィードバックする仕組みがある。自己申告書により職員の意向や意見を把握し、異動希望や退職の意向を確認している。愛知県社会福祉協議会のキャリアパス研修で階層別研修を受講し、将来像を描くことができるよう努めているが不十分と感じており、見直しをしている最中である。今後の改善に期待したい。</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	ⓑ	c
<p><コメント> 施設長は、職員の意向を把握し労務を管理している。勤務シフトはサービス管理責任者が作成後、施設長が承認し、就業状況や残業時間等は施設長が把握している。健康診断は年1回（夜勤の職員は年2回）受診し、職員の健康管理に努め、職員の心のケア対策として悩み相談窓口を設けて、相談しやすい環境を整えている。「暮らしを支える」仕事柄、就業時間が不規則になりがちで、一日を通して休むことが難しい職員もおり、就業時間は今後の検討課題と捉えている。</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	ⓑ	c
<p><コメント> アクションレビューシートで目標項目や水準を定め、半期ごとに面接を実施し、目標管理を行っている。職員の目標は、6月・12月の面接時に口頭で伝えている。目標の内容は、職員と話し合いのもと作成しているが、今後は、達成の期限等を定め、達成に向けた意欲が高まることに期待したい。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント> 法人の中・長期計画に人材の育成に関する計画や具体的な取組は明記されているが、必要な専門技術や資格は明示されていない。研修は、研修についてアンケートを実施し、受講したい研修に参加できるようにしており、グループホームに特化した研修は、参加を促している。今後は、事業計画に必要な専門技術や資格を明示するとともに、施設内外の研修計画を策定し、計画に基づいた研修の受講に期待したい。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント> 職員の知識や技術水準は、各ホームのミーティングに参加したり現場の様子を観察しながら把握するよう努めている。育成はOJTを基本としており、サービス管理責任者が担当している。愛知県社会福祉協議会開催のキャリアパス研修の階層別、担当別研修に参加し、職員の適正に応じ参加を促している。受講の際は、研修に参加しやすいようシフトを調整している。研修の参加は自主性に任せており、今後は、研修計画に基づいた研修の実施により、職員のスキル向上に繋がることに期待したい。</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	ⓑ	c
<p><コメント> 法人としての実習生の研修・育成に関する基本姿勢が明文化されており、実習生の受入れマニュアルが整備されている。しかし、グループホームの特性上、実習生の受入れはなく、見学程度に留まっている。要望があれば実習生を受入れたい意向があり、今後の取組に期待したい。</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
<p><コメント> 法人全体のホームページには、理念・基本方針、サービス内容や事業計画、事業報告、予算・決算等が公表されている。第三者評価の受審状況も公表されている。法人の理念・基本方針が掲載された会報が、町内会や関係事業所、行政機関等に配布されている。寄せられた苦情の件数について事業報告で公表されているが、十分な公表ではないと捉えており、今後の取組が期待される。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 法人の経理規程が整備され、内容は職員に周知しており、施設内の経理は事務局がチェックし、税理士による指導が定期的に行われている。利用者の金銭（おこづかい）管理を行い、使用用途を保護者に報告しているが、今後は、利用者の金銭に関する管理規程を作成し、より透明性の高い運営に取り組まれない。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 地域との関わりに関する基本的な考え方は、法人の中・長期計画に明記されているが、施設の単年度計画には明記されていない。地域のイベントや活用できる制度は掲示板で利用者に伝え、参加を促している。通院同行や地域のイベントに利用者が参加する際は、他の法人の移動支援サービスを活用し対応している。利用者は、地域の運動会や防災訓練、祭りに参加するなど、定期的に地域住民と交流する機会がある。今後は、地域との関わりに関する考え方や具体的な取組を単年度計画に取り入れ、施設の取組についての理解を深めることに期待したい。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 法人としてボランティアの受入れに関する規程やマニュアル等は整備されているが、グループホームの特性上、ボランティアを受入れた実績はない。要望があれば、ボランティアの受入れを検討したいと考えており、今後の取組が期待される。</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
<p><コメント> 行政機関や法人内の各施設、関係団体等の連絡先をリスト化し明示している。施設長とサービス管理責任者は、自立支援協議会の役員として地域の福祉事業動向を把握し、地域で取り組むべき課題について協議し、職員に周知している。人材確保が地域の共通課題であり、愛知県世話人等確保支援事業に参加するなど、人材確保に向け具体的な取組を実施している。</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 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。	障26	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 民生委員との会合に参加しており、地域の困りごと等の情報は、地域包括支援センターへ連絡する等の対応を行っている。地域の防災訓練には、こやまホームとめろんぱんの利用者が参加し、地域交流を深めながらニーズの把握に努めている。今後は、地域の福祉ニーズ把握を目的とした、地域との交流やイベントへの積極的な参加が期待される。</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。	障27	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 社会福祉事業に捉われない地域貢献事業に、法人として取り組んでいる。施設長は、障害者グループホームについてより知ってもらうため出前講座を実施している。地域にサービスのノウハウ等を還元する取組は、グループホームの特性上難しいのが現状である。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 理念や「利用者をさんを付けて呼ぼう」と呼びかける権利擁護のポスターが、職員や利用者の目に留まりやすいリビングに掲示されている。利用者を尊重した支援について、3月の職員全体会議で、「どうしたらできるか？」を議題に話し合ったり、月1回のホームスタッフミーティングで15分のWeb講座を受講し、人権に配慮した支援の評価、見直しに繋げている。標準的な実施方法として1日の流れを職員ごとに作成しているが、人権や尊厳を尊重した基本姿勢を含んだ支援方法を明示し、職員が共通理解のもと実践されることに期待したい。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> プライバシーに配慮し内鍵やストッパーをつけた個室があり、利用者には他の人の部屋に入らないようルールを決め、利用者のプライバシーが侵害されないよう努めている。愛知グループホーム連絡会主催の世話人を集めた「おしゃべりランチ」で、各施設のプライバシー保護や虐待に関する取組や悩みを共有し、意識を高めている。プライバシー保護の取組は、重要事項説明書で利用者や家族に説明している。今後は、プライバシー保護規程・マニュアルを策定し、個人情報とプライバシーの違いについて勉強会を開くなど、より職員の理解を深める取組に期待したい。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 利用希望等の相談があれば、相談支援専門員から空き状況等を案内している。法人全体のパンフレットやホームページを整備し、各施設の活動や利用者の様子をブログで紹介するなど広く情報提供に努めている。ホームページは法人事務局、ブログは担当職員を決め、2週間に1回程度更新している。見学や体験利用を行い、体験時の様子が体験利用記録に記録されていた。パンフレットやホームページをわかりやすく、見やすく工夫したい意向があり、今後に期待したい。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 利用開始時は、利用契約書や重要事項説明書を用いて説明し、同意を得ている。変更の場合も同様に、対応している。利用開始時は、理解しやすいよう1日の流れを時系列に並べ、イラストを使い説明している。意思決定が困難な利用者には、目で見てわかるよう様子を見てもらったり、体験して身体で覚えてもらえるよう工夫している。利用契約書や重要事項説明書へのルビ振りやイラストでの提示などで、理解を促す書類の工夫に期待したい。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 施設の変更や家庭への移行の際は、利用者や家族、サービス管理責任者、相談支援専門員を中心に担当者会議を開催し、退会記録を市に提出している。サービス終了後や変更・移行後の相談は、相談支援専門員が対応しており、何かあれば相談支援専門員と連携しながら迅速な対応に努めているが、変更・移行の際の引継ぎ手順や引継ぎ文書、気軽に相談できることや相談方法、窓口を記載した文書を作成し、退所後も利用者が安心して生活できるよう配慮が望まれる。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 利用者や家族の満足度は、年2回の個別面談や保護者会のほか日常の関わりや連絡ノートを通じて希望や意見を聞き取り、満足度の把握に努めている。利用者や家族からの意見結果から、夕方の散歩や買い物の実施、外食の頻度を増やす、布団を晴天の日に干すなど、できる限り要望に沿った対応を実施しており、満足度の上昇を図っている。今後は、利用者主体の利用者会を設けたり利用満足度アンケートの実施など、より多くの意見が出る仕組みづくりに期待したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 苦情解決体制が整備され、苦情があれば苦情対応規程に沿った対応に努めている。各ホームには苦情解決に向けたポスターを掲示し、利用者に周知している。利用者からの苦情は、苦情を受けた職員が苦情受付書に利用者の話を聞きながら記入し、その後、職員と家族を交えて話し合う場を設け対応し、苦情内容や経過を記録している。苦情内容や経過等は、職員や各施設に回覧するほか、朝礼や終礼で周知している。苦情を申し出た本人へのフィードバックは口頭で実施しているが、公表には至っていない点は課題である。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 気兼ねなく話ができるよう相談スペースとして個室を用意している。利用者には連絡ノートのほか、声かけして相談に乗ったり意見を聞く体制はあるが、複数の相談方法や相談しにくい場合には相談相手を選べる等の明文化が求められる。また、いつでも相談できることや相談方法をわかりやすく示した掲示物や意見箱等により、より相談や意見が言いやすい環境の整備があるとなお良い。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 相談や意見を受けた際は、利用者意見・相談マニュアルに沿った対応に努めている。マニュアルはサービス管理責任者を中心に、施設全体で毎年見直しを行っている。苦情解決と同様、連絡ノートを活用した意見の把握や年2回の個別面談や保護者会で相談、要望を確認し、朝礼や終礼で職員に周知し迅速な対応に努めている。今後は、利用者アンケートの実施や意見箱の設置など、積極的な意見の収集に期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> リスクマネジメント実施規程に基づいた対応に努めている。リスクマネジメント体制としてリスクマネジメント委員会を設置し、各施設のヒヤリハットや事故報告の収集や集計を行い、各ホームに発信したり職員で回覧するなどして周知を図っている。ヒヤリハットや事故報告は内容、原因から改善策を検討・実施し、報告書を作成している。事故防止等の安全のための研修はWeb講座や、年1回の法人全体研修で危険を想定した予知研修を実施し、職員の意識向上を図っている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 保健衛生マニュアルに基づいた感染症対策を実施している。法人で保健委員会を設置し、施設の代表者や看護師が担当し、毎年マニュアルの見直しを行っている。マニュアルの職員への周知は、週1回のフェイスタイム時に読み合わせや検討を行い、周知を図っている。年1回看護師が勉強会を実施し、保健衛生に関する外部研修に参加するなど職員の知識向上に繋げている。日頃から、手洗い・うがい・手指消毒の徹底に努め、インフルエンザの予防接種を案内するなど、感染予防に努めている。</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やっている。	障39	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 防災計画、防災マニュアル、安城市のハザードマップが整備され、年3回の避難訓練では、地震や火事を想定し、近隣の小学校に避難している。災害に備え、利用者の印鑑や薬、小遣いの入った非常時持出袋を準備したり、サービス管理責任者や常勤職員が、1週間分備蓄しているアルファ米や水などの賞味期限を確認しながら管理している。地域や消防署とは、年1回の町内の防災訓練に職員と利用者、家族が参加したり、煙や地震の体験、AEDの使い方を学ぶなど、利用者の安全確保に向け連携を図っている。利用者や家族、職員の安否確認方法を定めていない点は不安が残る。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 標準的な実施方法は、1日の流れがわかるよう職員ごとに作成され、スムーズに利用者との関わりが持てるような工夫が見られる。入職後は、サービス管理責任者が職員の手順書を作成し、OJTを実施している。サービス管理責任者は、指導の進捗状況や介助が適切に実施されているかを一人ひとり確認するように努めているが、仕組みとして明確化するとともに、プライバシー保護や権利擁護の視点を反映した標準的な実施方法の作成が望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 標準的な実施方法の見直しは、年2回の個別面談や個別支援計画の見直し時に実施している。また、年2回の面談以外でも、サービス内容が利用者に合っているかを家族に確認してもらっている。今後は、標準的な実施方法にプライバシー保護や権利擁護の視点を反映させ、定期的に評価・見直しを実施されることに期待したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 施設独自で作成した「私のあゆみ」で、生い立ち、既往歴や病気、趣向、写真等をアルバムのように利用者ごとのファイルにまとめており、わかりやすいアセスメント様式となっている。個別支援計画に利用者のニーズを明示し、今年度から利用者のストレングスを生かした支援に注目し、状況を見ながらステップアップできるよう個別支援計画に反映し取り組んでいる。アセスメントや個別支援計画策定は、サービス管理責任者が担当し、ミーティングで職員や日中（平日、土日）の管理者、移動支援の担当者等に確認しているが、今後は、支援に関わる全ての関係者による会議等の実施で、利用者の支援が適切に実施されることに期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 個別支援計画は6ヶ月ごとに個別面談を行い、相談支援専門員や家族などを交え、評価、見直しを行っている。また、前期の支援内容をモニタリングで振り返り、スタッフミーティングで今後の課題の明確化を図っている。場合によっては緊急のケース会議を行い、柔軟に計画を変更している。見直し等で変更した個別支援計画の内容は、業務引継ぎ時に口頭で伝え、計画書を確認後チェックするなどして周知を図っている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> サービス実施状況は個別支援計画の内容に沿って記録し、利用者に変化がない時は日常の様子を記入している。各ホームの申し送りノートや業務日誌を活用し、チェック欄を確認したらサインするなどして情報共有を図っている。より重要な内容は、ミーティングで伝え、更にモレがないよう一斉メールを送信している。記録の書き方は常勤職員が指導し、サービス管理責任者がチェックし修正するなどして統一を図っている。記録の書き方のマニュアル整備後の取組に期待したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 個人情報保護規程に基づき、保管、保存、破棄を実施している。新任研修時に個人情報保護の重要性について伝えるほか、法人事務局からの通知を掲示したり朝礼で周知を図っている。個人情報の取り扱いに関して、重要事項説明書で利用者や家族に説明している。職員やボランティアには、誓約書への同意で情報漏洩防止を図っている。行事などの写真はパソコンにデータ転送後は消去する、SNSにアップしないなどは伝えているが、個人の携帯電話の使用には、改善の余地がある。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 利用者のやりたい活動や趣味、嗜好等は、本人の申し出のほか、日頃の支援の中や半年ごとの個別面談で把握するよう努めている。個別支援計画を、利用者本人の強み・ストレングスに着目しながら策定しており、字の上手い人には習字を促すなど、利用者のやる気を引き出しながらの支援に努めている。また、利用者の権利についてスタッフミーティングで話し合い、共有を図っている。今後は、利用者同士が話し合う機会を設けるなど、自己決定を促す取組に期待したい。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 権利侵害や虐待等の防止に向け、昨年度より権利擁護委員会を発足し、サービス管理責任者や家族の代表者で意見交換等を実施している。また、職員は、虐待セルフチェックシートで振り返り、集計結果から改善策や再発防止策を検討し、周知を図っている。強度行動障害のある利用者など、やむを得ず拘束等が必要になる場合は、家族や関係者、行政機関と連携し、個別支援計画に記載しマニュアルに沿った対応を心がけている。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果		
A-2-(1) 支援の基本				
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	ⓑ	c
<p><コメント> 自立生活への動機づけとして、就職している利用者には小遣い帳を自己管理できるよう支援している。また、イベント案内を掲示すると、交通機関や時間を確認する利用者もおり、自ら出かけようという気持ちを引き出している。行政手続き等は保佐人と連携するなどして支援している。日常生活では、利用者ができることは自分でしてもらう自立支援に基づき支援を行っているが、状況により時間が限られることがあり、職員がフォローしてしまう場面もあることから、ゆとりを持った支援が行える環境整備に期待したい。</p>				
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	Ⓐ	b	c
<p><コメント> 日頃の支援や個別面談等を通じて意思や希望を確認しており、意思疎通が難しい利用者は、家庭での様子を家族に確認したり、絵カードや写真などで情報を提供するなどして意思を引き出すよう努め、理解したら挙手をしてもらう等の意思表示の工夫をしている。行きたくない、気分が悪いなど気持ちが体調に現れる利用者には、日頃から何気ない様子を見逃さないよう、支援に努めている。</p>				
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	Ⓐ	b	c
<p><コメント> 利用者から相談等があれば、個別面談のみならずいつでも話を聞く姿勢がある。相談内容は、サービス管理責任者や関係する職員を交えて検討し、解決を図っている。やりたいことや希望を確認し、自立生活の動機づけに繋がるよう情報を提供している。また、本人の意思決定はあっても、家庭の環境や都合で応えられない場合は、家庭訪問やメールで確認するなど、利用者の意思が尊重できるよう努めている。</p>				
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	Ⓐ	b	c
<p><コメント> グループホームであるため、日中活動の支援はないが、ホーム内でただ毎日を生きているのではなく、帰宅後に利用者の希望を取り入れた活動や、法人内の日中活動の担当と連携しながら、余暇やレクリエーションを検討し、メリハリのある生活が送れるよう支援に努めている。近くの公園の散歩や、散歩を兼ねた近隣スーパーへの買い物などを楽しむ利用者もいる。また、誕生日会やハロウィンパーティー、クリスマス会などの季節ごとのイベントは、利用者の楽しみとなっている。</p>				
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	ⓑ	c
<p><コメント> 利用者の障害による行動や生活状況の把握に努め、支援方法が統一できるよう、法人内の日中活動の事業所とのミーティングで検討したり、知識を習得する機会を設けている。精神的な不安から行くべき所に行けない利用者や幻聴や幻覚、妄想がある利用者には、自室で落ち着けるよう見守り等で対応している。また、法人内の日中利用事業所で不適切な行動が起こった場合は、グループホームの職員との情報共有に努めているが、確実に実施できていない点は改善の余地がある。</p>				
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	a	ⓑ	c
<p><コメント> 食事は食材業者のメニューからの選択のため、選択の幅という点では乏しいが、おやつやフルーツ、量の調整やふりかけ、ドレッシング等は選択できるように配慮している。職員と調理人担当が残食をチェックし、好みをスタッフミーティングで検討し、デザートを選択や使いやすい食器の使用など、工夫している。排泄管理は、朝夕排泄チェックを行い、日中活動時の様子も連絡帳で確認している。排泄介助や入浴介助は、利用者や家族の理解は得ているものの、男性職員が少ないため完全同性介助に至っていない点は、今後の改善に期待したい。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント> ホーム内は手すりやバリアフリー設計で安全に移動できるようにしている。清掃専門の職員により、ホーム内は清潔に保たれている。インターネット環境が整備され、趣味を謳歌している利用者や、他の利用者の部屋に勝手に入る利用者がいるため、内鍵をかけ静かに過ごす利用者もいる。また、空気清浄機を設置し、感染症対策を図っている。脱衣場には利用者一人ひとりの脱衣棚を設置し、整理整頓ができるよう工夫している。</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> 現在、身体の機能訓練が必要な利用者はいない。利用者の希望により、週1回、心理カウンセリングを受けている利用者がある。帰りたくなったら迎えに来てもらう、機能低下しないための夕方の散歩や階段の上り下り、食事の際の配膳や下膳、小遣いの管理の生活訓練を個別支援計画に反映させ、半年ごとにモニタリングを行い見直しを行っている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント> 保健衛生マニュアルに基づき、利用者の体調管理に努めている。24時間対応の訪問看護との連携体制のほか、看護師による月1回の健康管理、日々の排泄状況や入浴時の検温、あご等の身体チェックで、利用者の変化を確認している。それらの情報は、業務日誌や口頭で共有している。また、何かあれば嘱託医と連携したり、地域の医療機関を受診するなど対応している。医療に関する研修・講習は、参加できる職員に限られているため、多くの職員が参加できるように体制を整える意向があり、今後に期待したい。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント> 現在は医療的ケアが必要な利用者はいないが、医療的な支援は、24時間対応の訪問看護と連携し対応する体制となっている。服薬管理が必要な場合は、利用者一人ひとりの服薬マニュアルを作成し、職員が薬を預り対応している。服薬マニュアルは、現在服薬している薬については書かれているが、誤薬や誤飲、服用の拒否の対応方法を明示し、薬が変更になった場合の見直しが望まれる。</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	a ・ ④ ・ c
<p><コメント> 地域や近隣企業のイベント等を案内し参加を促している。利用者の希望で、習字教室に定期的に通っており、時間に間に合うよう食事時間をずらすなど配慮している。買い物活動や土日にボランティアを活用した近所の散策、移動支援を活用した市外の外出などを楽しむ利用者もいる一方、すべてのホームで実施できていない点は、改善の余地がある。</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	a ・ ⑤ ・ c
<p><コメント> 利用者や家族から地域生活への移行希望の際は、相談支援事業所や日中利用事業所と課題等を話し合い、連携しながら支援している。地域へ移行する利用者より移行で入所する利用者の方が多く、新規の利用者は家族や関係機関と連携し、週5回ではなく週4回からスタートして金曜日の夜には帰宅するなど、ゆるやかなペースで無理のない移行に配慮している。社会生活力や地域生活の意欲を高める体験として、より多くの地域生活に必要な社会資源の情報や学習・体験の機会が提供されることに期待したい。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 家族とは、年2回の保護者会や個別相談での意見交換、連絡帳を活用したやり取りを通じて交流を図っている。また、急な支援方法の変更や体調の急変時に、電話やメール、自宅訪問等で連携を図っている。家族の状況を見ながら面会できそうなタイミングを試み、土日などの休日に訪問しているが、兄弟姉妹などの関係性の方々とは距離を感じており、保護者の高齢化による今後の家族支援の在り方について、検討する余地があると思われる。</p>		

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> 評価外		

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〉 評価外			
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〉 評価外			
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〉 評価外			