

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：てんぱくホーム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：杉浦伸枝	定員（利用人数）：10名（10名）	
所在地：愛知県豊橋市高師町字北原1番地107		
TEL：0532-61-3530		
ホームページ： http://tf-jigyokai.org/grouphome/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成18年7月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人豊橋市福祉事業会		
職員数	常勤職員：3名	非常勤職員：6名
専門職員	（所長）1名	（世話人）3名
	（管理者）1名	（生活支援員）3名
	（サービス管理責任者）1名	
施設・設備の概要	（居室数）11室	（設備等）台所、洗面所、浴室
		居間（食堂）

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 地域の中でいきいきと生活するために
- ・施設・事業所 ふうずに 自分らしく みんなと暮らす

★基本方針

障害者が「地域の中でいきいきと生活するために」、利用者一人ひとりの状況に応じた「個別支援計画」に基づき生活支援する。

④施設・事業所の特徴的な取組

〈特に力を入れていること〉

- (1) 虐待の防止
- (2) 障害者問題は人権問題ととらえ支援していく
- (3) グループホームは利用者にとって『自分の家』
- (4) グループホームは一人ひとりのペースで生活する場
- (5) 一人ひとりの夢の実現のために『個別支援計画』にもとづいて支援をしていく
- (6) できることを増やせるよう支援する
- (7) 生きるよろこびを感じられる支援をする
- (8) 就労はいきがいと生活費の確保をめざす
- (9) 希望される方はグループホームでの生活が続けられるよう支援する
- (10) 「問題行動」を利用者自身の発達課題ととらえ支援する
- (11) 暴力問題は「暴力行為をするほうが100%悪い」を原理・原則として支援する
- (12) 利用者支援はチームワークがあってこそ成り立つものという認識で行う
- (13) P D C A サイクルに基づき支援の質の向上をはかる

〈アピールポイント〉

利用者自治会が発足し、利用者同士が話し合い、イベントなどを企画して楽しんでいます。また、地域の交流が活発な地域で、町内会のイベントに参加することでグループホームの利用者と地域の方の関りもできています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 6月28日（契約日）～ 令和 2年 2月 4日（評価決定日） 【令和元年11月19日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (平成28年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆利用者の主体性尊重

利用者アンケートによる意向調査を実施し、利用者自治会の全体会や代表者会議で意見聴取を行っている。また、ホーム会議から挙がってくる意見はもとより、日常的な利用者の小さな声をも支援に反映させており、利用者主体の運営を徹底している。

◆管理者の改善意識

3年に一度第三者評価を受審して改善課題に取り組み、また、業務改善アンケートを実施して職場環境の改善と業務の効率化を図っている。更には、全職員面談やホーム会議・職員会議を通して職員の意見を吸上げ、直ちに運営に活かすなど意欲的に改善を進めている。

◆地域の一員としての地域生活支援

事業計画に「地域交流」の項目を設け、積極的に地域との関わりを進めている。地域の清掃活動や防災訓練、ハイキングなどの地域行事にも参加して交流を図っている。また、事業所として町内会の役員を務めるなど、利用者が地域住民の一人として生活していくための支援を、事業所を挙げて行っている。

◆高い権利擁護意識

毎月、「虐待防止セルフチェック」を行い、集計し、フィードバックして改善につなげている。また、法人内に設置された「サービス向上・苦情解決委員会」では、事例検討や情報共有がなされている。権利侵害に関するマニュアル整備、全職員への権利侵害防止に関する同意書の徴取など、権利擁護への多面的な取り組みがなされている。

◇改善を求められる点

◆社会との接点の拡大

ボランティアや実習生の受け入れは、利用者和社会との貴重な接点として、また利用者のコミュニケーション能力や社会性を伸長する機会としても位置付けられたい。受け入れは、プライバシーの保護を前提とするが、例えば外出時の付添ボランティア、一日の生活を勉強する現場実習など、受け入れ可能な形を検討されたい。

◆利用者説明と同意

ホームの利用契約や重要事項の説明、また事業計画などの支援内容等々について、利用者の理解を得る配慮や工夫が一層必要である。支援の主体である利用者のインフォームドコンセントを、少しでも得る努力が求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価の受審の度に新たな改善事項に気づかせていただいております。

ご指摘いただいた「利用者さんにわかりやすい資料」については、今後工夫をしていきたいと思えます。「統一した支援」については、早速、利用者さん一人ひとりの支援マニュアルを作成しました。これを元に職員の支援内容の統一を図っていきます。PDCAサイクルについては記録の徹底を行い、利用者さんの支援の向上につなげていきます。法人の公益的取り組みで示されているように、地域住民のみなさんのホームへの来訪を促すことができるような取り組みを地域の方と相談しながら、工夫をしていきます。

てんぱくホームの移転先については最重要課題として位置づけ、入居されている方が困ることの無いよう最大限の努力をしていきます。

今後も施設理念である「ふつうに 自分らしく みんなと暮らす」に則り、利用者のみなさんが暮らして行けるように、努力をしていきたいと思えます。

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。

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
<コメント> 職員全員に、理念や支援方針、支援方法などが記された「職員のしおり」が配付され、職員会議で説明し周知を図っている。家族へは、家族懇談会で配付して説明している。利用者へは、各ホームの掲示板に掲示されているほか、ルビを振ったものを配付し、分かりやすく説明している。一方で、継続的な周知、周知状況の確認といった点で不明確な部分も残っている。			

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
<コメント> 福祉動向については、法人や所属団体からの資料を把握、分析している。経営状況については、法人本部への毎月の収支報告時や施設長会議にて状況や課題を把握している。福祉ニーズ等については、主に法人の相談支援事業所を通して把握し、対処している。決算時には毎年コスト分析を行い、次年度に反映させている。			
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
<コメント> 毎月の運営会議にて、運営上の諸課題が明らかにされ、対策も含め職員会議で周知が図られている。必要な事項については、施設長会議から理事会に挙げられ、役員間でも共有されている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 5年間の中・長期計画があり、それに沿って単年度の事業計画が策定され、運用されている。新規事業、施設整備、人員配置などが具体的な数値で示され、成果測定が可能な計画となっている。計画は年度毎に見直しされ、新たな内容に更新されている。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 中・長期計画を受けた形で、運営と支援全般にわたる単年度の事業計画が策定されている。内容は、項目毎に具体的な目標や数値が示され、達成状況の評価が可能となっている。			
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
<コメント> 全職員との面談による意見や、業務改善アンケートによる意見・問題点を集約し、またホーム会議での検討事項も含め、年度末に職員会議にて最終評価と確認を行い、次年度の事業計画の策定に至っている。計画は、年度毎の見直しとなっている。			

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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 家族へは、家族懇談会にて資料を配付して説明している。利用者に対しては、自治会の全体会で説明し、各ホームに掲示されているが、特に分かりやすく工夫された資料ではないため、どの程度理解されているかは不明である。支援の主体者へのインフォームドコンセントとして、さらなる配慮が望まれる。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 支援のチェックとしては、毎月のホーム会議と職員会議で支援内容を確認し、自治会代表者会議や利用者アンケートにて利用者によるチェックも実施している。また、職員には「毎月虐待防止チェックリスト」によるチェックを行い、集計して職員会議で確認しているが、確認に留まりアクション（改善への行動）にまで至っていない点は課題である。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 年度末にホームの評価と課題をサービス管理責任者がまとめ、また職員アンケートによる課題と合わせて職員会議にて検討し、事業報告にまとめている。改善計画という視点では、事業報告を受けた事業計画という位置付けであり、年度をサイクルとした仕組みとなっている。年度途中での評価、見直しを要す場合も考えられ、必要に応じ柔軟な対応が求められる。</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	①	・ b ・ c
<コメント> 管理者は、主に職員会議の場で自らの方針や方向性を表明している。また、職員面談を通して個別に説明している。方針の内容は、「職員のしおり」の中に文書化されている。管理者不在時の職務権限は、主任に委任されている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 経営協等の関連団体やインターネットなど、様々なツールを通してコンプライアンスに関する情報を把握し、職員会議や共有ソフトにより職員周知を図っている。福祉の知識に明るくないパート職員もいるため、それらの職員に対しても丁寧に説明がなされている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 全職員との面談による意見聴取や、毎月の「虐待チェックリスト」の集計、利用者・家族アンケートでの意向調査など、多面的に提供するサービスの現状把握を行い、自らも参加する運営会議でサービス向上に向けた検討をしている。また、研修計画に沿った職員の研修参加を実施している。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 職員に対して業務改善アンケートを実施し、運営会議で検討の上、業務の適正化・効率化の参考としている。また、全職員との面談による意向を踏まえた上で、職員配置や職場環境の改善に向けても率先して取り組み、働きやすい職場を目指してリーダーシップを発揮している。			

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	①	・ b ・ c
<コメント> 中・長期計画に人員配置の目標が示され、これに沿った必要な人材確保が進められている。育成に向けての様々な研修の実施にあたっては、業務上で必要な知識や視点を明確に示している。採用活動の中では、県の世話人確保支援事業が実績を挙げている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	①	・ b ・ c
<コメント> 法人独自の人事考課制度が運用されている。評価基準や職務職階も明確であり、人事制度として昇進、昇格に関する基準も分かりやすく示されている。また、昇進に関しては試験による選考がなされ、公正な形がとられている。制度の内容は、職員にも周知され、キャリア設計を描くことが可能となっている。			

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職場の労働環境に関しては、職場代表者会議で職員意見を集約して労使の協議の上で進められている。また、労働安全委員会が組織され、環境チェックと改善がなされている。その他、有給休暇や産休・育休の取得、退職共済加入、互助会制度など、働きやすい職場に向けての様々な取り組みがなされている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>目標管理制度を導入し、設定した目標に対し中間面談、評価面談を実施し、次年度の目標につなげている。目標に関しても、面談による話し合いがなされるが、職員によっては項目や水準が必ずしも適正でないケースもあり、課題を残している。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>職員に対する研修は、研修計画に沿って進められ、全職員に少なくとも内部研修も含め年3回の研修参加の機会が設けられている。研修参加1ヶ月後に、研修を受けての解決、改善状況の評価を行っている。研修計画は、基本的に年1回策定され、評価がなされるが、進捗状況によっては、より柔軟な見直しが求められる。</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
<p><コメント></p> <p>年間研修計画により、全職員の研修機会が確保されている。外部研修を含め、階層別、職種別、テーマ別研修が実施されている。法人では、新任、中堅、管理者に分けられた階層別研修に力を入れている。OJTに関しては、指導職員を置いた1ヶ月を期間とする個別研修と評価がなされている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>「実習生受入れマニュアル」が整備され、受け入れの準備はされているが、実際は他事業所の研修生の見学実習に留まっている。指導者養成を含め、さらなる体制を整えられたい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページに様々な情報が公開されている。また、法人機関紙に、ホームの活動内容が毎回紹介されている。機関紙は、地域や関係機関など多くの関係者に配布され、事業運営に対する理解を得ている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>「経理規程」には、経理や取引等に関するルールが、また職務分掌についても規定化され明確にされている。しかし、職員周知が徹底されているかは定かでない。運営・経営のチェックに関しては、内部監査や税理士事務所による監査も実施され、適正化が保たれている。3年毎に第三者評価を受審し、結果公表するなど透明性向上を図っている。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画の地域交流の項目の中に、地域との関わりの方針が示されている。地域の清掃活動や防災訓練に参加すると共に、ハイキングやポーリング大会、忘年会などの地域行事にも参加して交流を図り、障害者グループホームの地域理解の推進に努めている。また、町内会の役員を務めたり、回覧板で地域の情報を得て利用者に提供するなど、地域との緊密な関係が保たれている。</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	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>「ボランティア受入れマニュアル」が明文化されている。具体的にホームでの受け入れはプライバシーの関係もあり、実施されていないが、クッキングなどの催しへの招待や、陶芸教室での指導ボランティアなどを活用している。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>関係機関の一覧表を作成し、地域情報とともにホーム内に掲示している。市の自立支援協議会では定期的な会合を持ち、人材確保や防災対策などのグループホーム共通の課題を協議している。これらの情報については、職員会議で共有を図っている。</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 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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員が町内会の役員として活動し、民生・児童委員との懇談を通して地域の様々な情報を得ている。法人の相談支援事業所からも、有効な地域の情報が入ってくる。また、法人主催のコンサート来場者にアンケートを実施し、福祉に対する希望などを聴取している。市の自立支援協議会に参画し、挙がってくるニーズや課題を共有し、検討する機会を設けている。</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	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>地域の福祉ニーズや利用ニーズについては、主に相談支援事業所を通して入手し、対処している。法人をあげて行う530活動は、利用者が直接行う地域活動として定着している。また、在宅障害者の緊急受け入れを実施している。地域の活性化や地域福祉向上への取り組みの計画化、事業所の専門性の地域還元など、更なる地域貢献を進めて事業所の存在価値を高められたい。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>業務に関する手引きとして「サービス提供マニュアル」が用意されており、利用者尊重に関する記載がある。マニュアルはホームごとに設置してあるだけでなく、全職員に配付されており、個々への周知もなされている。「毎月虐待防止セルフチェック」を実施し、集計した後職員への周知を行うなど、利用者尊重に対する意識は高い。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人権擁護やプライバシーに配慮した支援については、「サービス提供マニュアル」に記載され、周知もされている。グループホームの居室については、希望者には鍵を渡し、他者が容易に入ることができないよう配慮している。職員だけでなく利用者同士もプライバシーへの配慮が行えるよう、利用者用のマニュアルも作成され、ホーム内に掲示して周知を図っている。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所を紹介する資料と共に、ホームページが充実しており、その内容を見るとホームのことが分かる。見学者への対応はもちろんのこと、体験入居にも対応可能である。</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	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>「利用規則」が用意されており、利用する際のホームでのルールを7項目にまとめたもので、箇条書きにして利用開始の際に周知している。それ以外では、「重要事項説明書」や「契約書」で対応することになるが、これらの書類については特別分かりやすいものは用意されていない。分かりやすく説明した利用者向けの書類の整備が望まれる。</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	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>「サービス提供マニュアル」内に、「入居・退居の手引き」が盛り込まれており、入退居時の対応の手順が決められている。担当窓口は原則サービス管理責任者となっており、相談支援事業所と共に退所後のフォローを行っている。口頭の説明だけでなく、形として残るような文書を用意することが望ましい。</p>			
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	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者と一緒に毎月1回行う「ホーム会議」にて、困ったことや希望等を聞き取っている。各ホームの代表者1名が一同に集まる会議にて、意見を聞く機会もある。課題としては、満足度調査や日頃の要望等を聞いて記録として残しているものの、それらの要望に対して具体的に取り組んだ結果の記録がないものが多く、最後まで確実な対応が求められる。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決に関する仕組みは整っており、掲示物をはじめ所定の様式や手順等も決められている。最終の記録は平成29年度であったが、適切に記載されていた。苦情のフィードバックについては、年に3回ほど開催される家族懇談会の場で適宜報告している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>月に1回、利用者と職員が話し合う「ホーム会議」が行われ、利用者からの意見や困りごとなどを聞く体制がある。大勢の中で話すのが苦手な利用者については、個別に対応している。利用者によっては、話しやすい特定の職員がいることから、予め勤務表を掲示して、「いつ、誰が来るのか」が分かるようにしており、利用者の安心にもつながっている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の意見を聞く機会は多くあり、ホーム会議や満足度調査、個別の相談などに適宜対応している。また、それらの内容も適切に記録されている。課題はその後の処理で、実際に対応したかどうか（解決したのか否かなど）が記録として残っていないものが散見された。確実な記載を行う仕組みの構築が求められる。</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	a ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントの責任者をサービス管理責任者とし、ヒヤリハット等に関する事例を適宜収集している。その情報を周知するため、ホームの全職員が集まる会議を開催している。ただ、再発防止という視点がやや弱く、起きたことの周知及び注意喚起で終わっていることが多い。具体的に講じられた対策が、記録上読み取れない。</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	a ・ ④ ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症予防や発生時の対応マニュアルは整備されている。職員への周知については、掲示にて常に目に触れるように配慮している。課題としては、感染症に関する勉強会の開催が十分ではないことである。看護師は兼務にて配置されているが、必要最低限の支援となっているため、可能であれば法人内の他事業所の協力を得て、研修会に参加できる体制の構築が望ましい。</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行っている。	障39	⑤ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月1回、昼や夜など、様々な状況を想定した避難訓練を実施している。法人全体で行う総合防災訓練にも参加し、日頃より訓練を行う環境が整っている。災害伝言ダイヤルを使った訓練も実施している。備蓄については3日分を確保しており、そのリストも整備されている。法人でBCP（事業継続計画）を作成するなど、全体的に防災に対する意識は高い。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>「サービス提供マニュアル」が整備され、標準的な業務が記載されている。プライバシーに関する記述もあり、職員へ周知する仕組みも整っている。ただ、標準的な実施方法が適切に実施されているかどうかを確認する仕組みが弱い。マニュアルに記載された内容と、実際の業務や支援が一致しているかどうかを確認する仕組みの構築が望まれる。</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	⑦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎年年度末に、担当職員を決めて「サービス提供マニュアル」の見直しを行っており、その記録も残されている。改定日等の記載もなされており、適切に維持・管理されている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>定められた様式にて、充実した内容のアセスメントが行われている。個別支援計画の責任者をサービス管理責任者とし、利用者のニーズについても具体的に記載されている。個別支援計画の検討の場は、年2回行われる「個別支援会議」であり、毎月行われる「事業所会議」でも行われている。当該事業所に関わる職員が集まって、利用者の個別支援に関する討議を行っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎年度、上半期と下半期のそれぞれ6ヶ月を1クールとして個別支援計画の見直しを行っている。検討会議については、当該事業所に関わる主要な職員が集まる会議にて話し合われている。6ヶ月ごとに利用者からも満足度や支援に対する意向を確認し、次回の計画を作成するなど、体制は十分に整っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「業務日誌」や「ケース記録」、専用の入力ソフトなど、組織として定められた各種記録媒体を目的別に活用し、日々の取り組みを記録している。情報の共有は、非常勤職員を含めて確実に行き渡るよう、基本は手書きの「業務記録」や「ケース記録」が主となっている。専用ソフトは、正規職員と契約職員の常勤職員が活用している。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームの狭隘というハード的な問題があり、利用者が過ごすリビングの一角に、職員が使うパソコンや記録物、利用者個人のファイルが置かれている。現在、閲覧したり持って行くような利用者はおらず、情報の漏洩等はないものの、将来的な視点で考えた時、利用者の目に触れないような環境の整備が必要になる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者自治会が充実しており、ホーム単位で行う会議だけでなく、各ホームの代表者が集まる会議にて、利用者が「〇〇したい」という希望を叶える仕組みが整っている。具体的には、旅行の行き先や長期休暇時における余暇（外出先等）の内容などを利用者自らが提案し、利用者の「やりたい」、「行きたい」という自己決定を尊重する支援が行われている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月「虐待防止セルフチェック」を行い、集計してフィードバックを行っている。法人内に「サービス向上・苦情解決委員会」が設置されており、事業所から職員が1名参加し、委員会にて適宜情報収集を行っている。権利侵害に関するマニュアル整備はもとより、全職員への権利侵害防止に関する同意も取っており、適切な運用が図られている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>自律・自立に関する支援内容については、利用者個々の個別支援計画に記載されており、必要とされる利用者に支援が行われている。動機付けについては、一人暮らしを希望する利用者に、「ゴミ出し」や「洗濯」、「掃除」、「食器の片付け」などの必要性を伝えながら、具体的な取り組みとして支援している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>特別なコミュニケーション機器や代弁者等は今のところ必要はなく、言葉によるコミュニケーションにてある程度適切な支援が行えている。もし、コミュニケーションに不安があるようなことがあれば、毎月行われる事業所会議に議題として挙げられ、関係する職員による話し合いが行われることとなる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望や要望等については、「業務日誌」に記載されて情報共有されている。利用者への情報提供については、事業所のある地区の回覧板が回ってくることで、身近な地域の情報を得ることができる。その中で利用者からの相談も受け付け、必要に応じて対応することができている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>グループホームの特性上、週末における日中活動支援が中心となる。レンタルショップの利用支援、地域の空手教室・クッキング教室への参加、床屋の利用支援、駄菓子屋への買い物支援等々、選択メニューがバリエーション豊かに揃っている。利用者によってはヘルパーを活用するなど、地域生活を意識した活動支援が用意されている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>「できることは利用者自身で」という方針の下に支援を行っている。実際に利用者の障害特性については、サービス管理責任者より会議を通じて関係職員に伝える仕組みも整っている。ただ、支援の共通理解については、個々の職員によって温度差があり、統一した支援が確実に実践されているとは言い難い。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>外注の宅配サービスを利用しているものの、休みの日を中心に希望メニューを反映させるなど、可能な限り利用者の食の楽しみを担保している。しかし、利用者の希望を優先させると肉料理が続くこともあり、その際は栄養のバランスを考え、適宜職員がメニューの偏りを解消させている。入浴支援や排泄支援も個別に対応する仕組みが整っている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>建物が古いことから、階段が急であったり、思いもよらない箇所に段差があるなど、安心・安全という視点では課題を要する。借家であることから、ハード面の環境の整備には限界があり、利用者・家族の要望に直ちに対応できないのが現状である。そのような中、移転の話が出ており、利用者の安心を得るためにも、一刻も早い移転先の確保が課題となる。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>「まずは利用者にやっていただいてから」という方針の下、利用者ができることとできないことを把握した上で支援を行っている。課題としては、利用者個々に関する機能訓練及び生活訓練の個別計画が定められていないことであり、個別支援計画と整合性の取れた計画の作成が望まれる。また、機能訓練等におけるプログラムの充実も課題である。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>体重測定や検温、利用者個々で必要とされる血圧測定など、利用者の健康状態を把握するための支援が行われており、その記録も適切に残されている。これらの健康に関する各種マニュアルも整備されている。内科・歯科・耳鼻科など、症状に応じて迅速に受診できる体制を敷き、利用者の健康面に十分な配慮がある。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>投薬に関する相談は調剤薬局の協力が十分に得られており、適宜指示を受ける環境が整っている。課題は、「投薬マニュアル」は整っているものの、投薬ミスが起きた際の対応が明確に記載されていないこと、看護師の協力・係わりが必要最低限に留まっていることである。看護師の積極的な係わりにより、より一層の利用者の健康を担保されたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎年、外部講師を招いて利用者向けの勉強会を開催している。テーマを毎回変え、より利用者に理解されるよう、2グループに分けて実施している。学習支援としては、小遣い帳の記入やお金の使い方が主である。社会参加の一環として、地域のイベントに参加する機会が非常に多く、その中では必然的に学ぶ機会が用意されている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>将来的に一人暮らしを希望する利用者については、適宜社会資源等の情報を提供するよう努めている。また、過去の反省を活かして、一人暮らしをする上で「ゴミ捨て」や「食事関連」を重視し、これらの活動に日頃より関わることができるよう配慮している。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年に3回、家族等と面談し、個別支援計画の説明や事業報告、各種アンケートの実施など、コミュニケーションを取る機会がある。家族への報告については、定期通院に関すること以外は全て（風邪や怪我、インフルエンザ等の感染症）報告するというルールが定められている。日々の情報共有は、連絡帳のような記録様式を活用して行われている。</p>		
A-3 発達支援		
		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A-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
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		

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> 非該当			
	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> 非該当			
	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> 非該当			