

## 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：East Bay	種別：共同生活援助	
代表者氏名：榊原大輔	定員（利用人数）：19名（19名）	
所在地：愛知県知多郡東浦町大字緒川字旭21-2		
TEL：0562-84-1118		
ホームページ： <a href="https://r.goope.jp/higasiura">https://r.goope.jp/higasiura</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成 6年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 相和福祉会		
職員数	常勤職員： 28名	非常勤職員： 13名
専門職員	(管理者) 1名	(生活支援員・世話人兼務) 34名
	(サービス管理責任者) 1名	(介護福祉士) 2名
	(世話人・生活支援員兼務) 39名	(社会福祉士) 2名
施設・設備の概要	(居室数) 19室	(設備等) 台所、居間、トイレ
		浴室、洗面所、洗濯・脱衣場
		世話人控え室など

### ③理念・基本方針

#### ★理念

すべての人にとって 今日一日が充実し 満足できるものであり 明日への希望が豊かなものであるよう努めます

#### ★基本方針

- ・ 権利擁護に取り組む
- ・ 良質な環境を用意し良質なサービスを実現する
- ・ 企画力を高めサービスの差別化を図る
- ・ 顧客満足を高める
- ・ 全ての事業活動は迅速に行い常にPDCAを意識する
- ・ 福祉サービスの基本は人材にありその専門性を高度に位置づける
- ・ コンプライアンス・ガバナンスを有効にする

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

ホームを利用している利用者は、日中の活動の場として法人内の通所施設を大半の方が利用していることもあり、密に連携を図ることができている。  
ホーム内には、一般就労している利用者や他の事業所を利用している利用者もいるが、本人にとって必要なサポートが行えるよう努めている。障害の程度についてはそれぞれ異なる所はあるが、個性として受け止め、障害の程度に合わせた支援を行っている。  
事業所として3ホームを管理しているが、3ホームの内2ホームは新築して開設（平成25年喜望峰、平成28年イーストベイ）したこともあり、清潔感のある環境となっている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年10月 1日（契約日）～ 令和 2年 2月24日（評価決定日）  【令和元年11月27日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	1回（平成29年度）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆数値化された事業計画

事業計画のすべての項目において数値目標が設定され、実施状況の評価を確実に、かつ客観的に行えらるとともに、定量的な分析が可能となっている。

##### ◆本人主体の個別支援計画

グループホーム（暮らし）に特化した独自のアセスメントシートを用い、きめ細かいアセスメントが行われている。そのアセスメントに基づいて作成された個別支援計画が、利用者本人のチャレンジを応援する内容となっている。リスクがあっても本人に任せることで、個別支援計画の本来あるべき姿である「楽しい」計画につながっている。

##### ◆本人に寄り添う支援

「傾聴セミナー」への職員派遣を行い、日常的な支援も本人に寄り添い、傾聴する姿勢が非常勤職員（専任世話人）も含めて貫かれている。情緒が乱れがちだった利用者が、信頼関係で結ばれた職員（世話人）と話をすることによって、落ち着いて過ごせている。さりげなく、しかし、しっかりと寄り添う姿勢で支援している。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆世話人業務を担う職員の確保

法人内の事業所職員の兼務という形で職員の確保が図られているが、世話人業務を担う職員が不足していることは否めない。早期に、専従職員の確保を図る必要がある。

##### ◆マニュアルの見直し

利用者に対するサービスの標準的な実施方法を記載したものがマニュアルであり、定期的に現状を検証し、必要な見直しが行われることで、適切な福祉サービスを確実に提供することができる。支援の現場で実施方法が変更されていても、マニュアルの見直しができていなければ、支援する側が同じサービスを提供できるとは限らない。定期的な見直しに加え、標準的な実施方法に変更があった場合には、その都度見直しを行うことが求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ご指摘いただいたマニュアルの見直しについては、特に頭を悩ませている部分であったため、日々の業務内容の1つとして組み入れていきたいと考えています。マニュアルを充実させることが、世話人・職員への充実した教育へとつながると思いますので、新しいマニュアルの作成も積極的に行いたいと思います。

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> 経営理念、基本方針について、記載したカードを名札に入れることによって職員の周知が図られている。また、利用者に対しては、分かりやすいものをホームに掲示がしてある。家族に対しては、面会時等の機会に経営理念、基本方針を伝える工夫が欲しい。			

##### 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> バックアップ施設と情報共有する中で、事業所を取り巻く環境を把握している。また、経営状況については定期的に人件費、利用者の生活費などの分析を行い、見直しを図っている。			
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> 事業所を取り巻く具体的な課題や問題点を明らかにしている。また、専従職員とパートタイム職員で開催される世話人会議でも、人員不足の状況、事業計画の進捗状況などの経営上の課題について話し合っている。中でも、世話人の新たな採用が難しいこと等は、全ての職員の共通認識となっている。			

##### 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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> バックアップ施設である「ひがしうらの家」と同じ中・長期計画となっている。経営理念、基本方針の実現に向けたビジョンとなっているが、今後のグループホームのさらなる発展を念頭に置けば、グループホーム独自の中・長期計画と財務面での裏付けが求められる。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 中・長期計画の内容を反映した単年度の事業計画となっている。計画の内容は事業内容が具体的に示されている。また、すべての項目において数値目標を設定しており、実施状況の評価を行える内容となっている。			
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> 事業計画は、毎月の法人幹部会で進捗状況を報告している。事業計画の見直しは半年で行っている。12月の理事会に向けて、11月の世話人会議で実施状況、見直しについて意見を出している。また、事業計画の策定時においても世話人会議で意見交換を行い、事業計画の説明や報告も実施している。			

	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>&lt;コメント&gt;  毎月実施している各ホームの利用者自治会で事業計画を説明し、事業計画に対する意見も聞き取っている。家族に対しては、ホームページで事業計画を閲覧できるようになっているが、家族がホームに訪れた際などに説明を行うなど、個別的な取り組みが求められる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  定期的に第三者評価を受審し、自己評価も実施している。また、ヒヤリハットや事故報告に基づいて是正計画を作成し、改善に向けての取り組みを行っている。世話人会議で、全職員が話し合う仕組みが構築されている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  評価結果を分析した結果や、それに基づく課題が文書化されている。業務の改善点、利用者の支援方法の変更など、月1回行われる世話人会議で話し合いがなされ、周知も確実に行われている。</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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 管理者は、今年度1年目となる。生活介護事業所と兼務しながら、毎月の世話人会議に参加している。世話人会議の場で必要な助言・提言を行い、事業所の方針について文書で示している。サービス管理責任者を中心に、現場からの信頼は厚い。今後、さらなる経験を積み、管理者としてのリーダーシップを発揮することを期待したい。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 管理者は行政の集団指導や自立支援協議会に参加し、関係法令等に関する情報を得ている。今後、さらに遵守すべき法令等を十分理解し、職員に向けて勉強会を開催するなど、コンプライアンスに関する理解促進を強化されたい。			
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> 管理者は、サービス向上に意欲をもって取り組み、世話人会議で支援内容の変更や確認を行っている。職員からの業務改善提案や利用者の生活面での向上につながる備品購入など、様々な課題を検討し対応をしている。そのことが、事業所の「設計開発」という業務改善に向けての取り組み件数に表れている。			
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> 管理者は、バックアップ施設と情報共有する中で、人事、労務、財務等の分析を行い、経営の改善や業務の実効性の向上を図っている。事業所内では、勤務シフト表の作成時に、職員個々の事情を勘案し、勤務状況を配慮するなどの対応を中心に労務対策を行っている。			

### 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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 人材確保については、法人として取り組んでいる。職場見学会の実施や広告での人材募集を行い、採用試験を早い時期に実施するなど、積極的に人材の確保に努めている。事業所においては、法人内の事業所職員の兼務という形で職員の確保が図られているが、専任で世話人業務を担う職員の確保が課題となっている。			
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> 法人としての人事制度が確立している。新しい人事制度が導入され、3月に全職員に説明会が実施され、4月に規程が変更された。期待する職員像は、「格付方法」に、人事基準は「職員給与規程」に明記されている。新制度の導入によって、職員が自らの将来像を描くことが可能となった。			

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>持ち越しの有給休暇の取得率を100%にするなど、有給休暇の取得や連続休暇3日以上（＝リフレッシュ休暇）の取得を推進している。可能な範囲での希望するホームへの配置転換など、働きやすい環境づくりに努めている。産業医の定期的な面談があり、職員の悩み相談窓口と位置付けられるが、職員との個別な面談の機会を設けるなど、相談しやすい雰囲気づくりに一層努力されたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として「期待する職員像」や職員育成の課題が明確にされている。事業所にあっても、経営理念・基本方針の実現に向けた中・長期計画、事業計画を作成し、さらに、その実現のために、全ての職員に実践的な目標が設定されることが望ましい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新規採用職員、異動職員については研修計画が設定され、実施されている。事業所内では感染症対策や傾聴セミナーといった業務に必要な研修には参加しているが、組織が必要とする職員の知識や技術、専門資格について、具体的な目標が明記され、体系化された研修計画の策定が求められる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>常勤職員については、力量アップの研修参加を推奨しており、業務に関係することであれば希望する研修に参加できるようにしている。今後は、研修の成果の評価・分析と合わせ、非常勤職員にも研修の機会を設定されたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受け入れに関するマニュアルが策定されているが、実習の希望が無く受け入れが行われていない。利用者のくつろぎの場である「家」という点を配慮しつつ、利用者の地域の暮らしを将来の福祉の担い手が学ぶ機会とするよう、実習生の受け入れを期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに事業計画、事業計画終了時評価、第三者評価結果が公開されている。また、ブログで事業所内の活動が報告されている。苦情内容についても、ホームページで公開されると運営の透明性がさらに図られる。</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	㉕ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO9001の内部品質監査制度に基づいて、精緻な内部監査が実施されている。業務内容、業務の流れの確認とともに、不適合の指摘があった場合は是正処置がとられている。是正処置では、改善計画を作成し、改善後は実施報告書を提出している。また、経理書類の検証は外部の公認会計士が行い、助言や指導を受けている。</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	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>町内会が無いため町内会への加入は叶わないが、地域のまつりなどのイベントには利用者を中心に積極的に参加している。また、地域活動センターや地域ボランティアの情報は口頭にて利用者に伝えている。外出に関しては、移動支援を活用して利用者の要望に応じている。地域との関わり方について、考え方を明文化されることが望ましい。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受け入れに関するマニュアルが策定されているが、ボランティアの希望が無く、受け入れが行われていない。利用者のくつろぎの場である「家」という点を配慮しつつ、密室になりがちなグループホームにおいて、第三者の目を入れるという観点からもボランティアの受け入れの検討が望まれる。</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	ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>移動支援事業所や日中活動系サービス事業所と情報を共有し、必要な支援が行えるよう調整している。また、自立支援協議会では、月1回の調整会議において情報の共有や課題の検討を行っている。</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	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域福祉計画や地域の集まりに参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。その中で入居希望者があった場合、グループホームの見学を受け入れている。町内会が無いことと相まって、これといった地域住民との交流活動も無く、事業所の課題となっている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としては、バックアップ施設が福祉避難所としての協定を結んでいる。事業所としては、緊急時受け入れのためのフェースシートを作成し、受け入れの体制を整えている。今後も福祉ニーズ等を把握し、グループホームでできる公益的な取り組みを探っていただきたい。</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	①	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「倫理綱領」がホームのリビングに掲示してある。また、全職員のネームプレートにはカードサイズの法人理念が入っており、常に確認することができる状態にある。「虐待防止12箇条」のうち一つを、全職員が出勤時に目を通すというルールが徹底されており、非常勤職員にも行きわたっている。</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	①	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「プライバシー保護マニュアル」が策定されている。ホーム内の居室は、利用者同士の関係性を考慮し、プライバシーが保たれる部屋割りになっている。居室の鍵もワンタッチで簡単に施錠できる。また、見学者には、必ず本人の同意を得てから居室内を見てもらうという当たり前の配慮がなされている。</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	a	・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>空き室が出た場合、まずは法人内の利用者に情報を提供している。見学だけでなく、利用希望者には体験利用してもらい、納得の上で契約に至る。法人内の児童の事業所には、18歳以降の生活をイメージしやすくするため、イベントに招待して見学してもらっている。法人ホームページから当該事業所のページへのリンクが分かりにくい。容易にアクセスできるよう、改良が望まれる。</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	①	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>写真をふんだんに使ったパンフレットは分かりやすく作成されている。見学だけでなく体験利用してもらうことで、利用希望者にとってはグループホームでの生活が具体的にイメージしやすい。家族の思いと本人の思いにズレが感じられたときは、本人の意向を尊重しながらサービス管理責任者が介入している。</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	①	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ここ数年は、グループホームの退所者はいない。ただ、過去に利用者が他法人のグループホームへの移行を希望したことがある。その際には、「本人の意向」を最大限尊重し、スムーズに移行できた。また、移行後も相談支援専門員と連携を取りながらアフターフォローをしている。</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	①	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>満足度調査を毎年行い、それを基に改善に取り組んでいる。特に、食事面でのリクエストには迅速に取り組んでおり、満足度が高い。利用者の自治会でも、「取り組んでいること」、「動いていること」をスピーディーに報告し、利用者の安心感につながっている。アンケート結果は、ホームページですべて公開している。</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	a	・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みは整備されており、十分に機能している。アンケート結果同様、苦情の内容や解決に至った経緯がホームページ等で公開されれば、さらに事業運営の透明性は高まる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>自身で意見を表明したり相談したりすることが苦手な利用者に対して、職員が居室においてマンツーマンでじっくり話を聴く機会を意図的に設けている。このことが、利用者は相談しやすく安心感につながっている。非常勤職員（世話人）にも、「マンツーマンでじっくり聴く」ことの大切さが周知されている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の特性に合わせて寄り添う「傾聴」の姿勢を大切にしており、このことが「日中の事業所で情緒が乱れなくなった」ことにつながった可能性が高い。サービス管理責任者が大切にしているこの取り組みが、「尊いこと」、「正しいこと」であるということを全職員が共有しており、職員の自尊心につながっている。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ヒヤリハットはすぐに記載できるよう、パソコンでなく「世話人ノート」にて共有できている。「服薬マニュアル」に従って誤薬がないように努めているが、服薬している利用者が増えてきたために手順が変更されたが、マニュアルが最新の状態に更新されていない。少しの変更であっても、マニュアルの見直し・改訂が求められる。</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	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>インフルエンザ発症時には、利用者は食事も含めて居室で過ごしてもらっている。胃腸風邪等の感染者には食事を紙皿で提供し、他者への感染を予防している。バックアップ施設の看護師が利用者の健康診断結果を把握しており、必要な支援を行っている。ただ、マニュアルの見直しが現況に追いついておらず、最新の状態に更新されていない。</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	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、火災を想定した避難訓練が行われている。また、台風等の予測できる災害時には、事前にバックアップ施設である「ひがしうらの家」に避難している。防災食品も、適切な量が備蓄されている。災害に対するマニュアルはあるが、更新が現況に追いついていない。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法を定めたマニュアルは整備はされているが、更新が追いついていない。定期的な見直しは適切に行われているが、少しの変更に対しても、その都度マニュアルを更新する仕組みをチームとして検討されたい。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントから個別支援計画の作成、モニタリング、計画の見直しのプロセスについては仕組みの中で行われている。個別支援計画の原案を立てる際も、「課題の整理票」を用いてきめ細かいアセスメントができています。標準的な実施方法について、適宜の見直しがなされれば申し分ない。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>グループホーム（暮らし）に特化した独自のアセスメントシートを用いて、きめ細かなアセスメントが丁寧に行われている。課題の整理もサービス管理責任者が丁寧に行い、「見立て」から「手立て」への流れが分かりやすくファイリングされている。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>半年ごとのモニタリングにより見直しが行われている。サービス管理責任者中心に、職員の意見も反映された個別支援計画になっている。ただ、個別支援計画のファイルが、ホームではなくバックアップ施設で保管され、ホームの生活支援員がすぐに見ることができる環境にない。ホーム内のスタッフルームにて閲覧できる工夫が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の記録はサービス管理責任者中心にパソコンにて入力、管理されている。パソコンが苦手なスタッフにはそれを求めず、手書きの記録でもよいことになっており、柔軟な対応で働きやすい環境といえる。情報の共有には「世話人ノート」が活用され、申し送りもできている。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の記録は鍵のかかる場所に保管されており、個人情報の漏洩等の心配はない。ただ、非常勤職員の多いホーム内で保管がされておらず、「共有」という点で課題が残る。全職員が「読みたいときに、読むことができる」環境づくりを検討されたい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>集団生活の中では「自由」や「自己決定」を尊重することは容易ではないが、それが大切にされており、事業所の強みとなっている。月一度の自治会はもちろん、利用者は休日に自分の意思を基に大型商業施設に一人で行くなど、本人に任せられている部分大きい。リスクはあっても、利用者主体を大切に支援をしている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>現在は身体拘束の必要な利用者はいない。正当な理由のない身体拘束は権利侵害であるとの理解に基づき、必要な場合は個別支援計画に記載することが徹底されている。また、利用者同士の関係性についても、利用者一人ひとりの意思を尊重しながら居室を変更するなどの配慮がある。自傷行為については、支援方法を職員間で検討している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>自由や自己決定を大切にしながら、必要最小限の支援が強く意識されている。「できること」をスタッフが代わりにやってしまうように「まずはやってもらう」や「待つ」など、利用者主体に支援している。公共交通機関等を利用して、利用者全員が自力で通所できるように支援していることは特筆すべきことである。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>皆でワイワイと過ごしたり、自治会の中で意見を言うのが苦手な利用者に対して、居室に出向いて傍らに寄り添って思いを聴くという、グループホームならではの本人中心の支援を行っている。情緒が乱れがちだった利用者が、これで落ち着いて過ごせている。さりげなく、しかし、しっかりと寄り添う姿勢は大きな強みであり、サービス管理責任者の方針が職員に浸透している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日頃の行動や言動、表情から常に利用者本人の意思を汲み取ろうと努めている。言葉のない利用者からの意思を汲み取ることは容易ではないが、汲み取ろうとする姿勢がある。利用者の障害特性に合わせてマンツーマンで思いを聴いたり、自治会において意見を聞き、本人の「やりたい」ことを実現させている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>グループホームなので、日中活動は支援の中心ではないが、土・日曜日等に地域のフライングディスク大会等の行事に参加できるよう、側面的にサポートしている。地域の方々に任せられる部分は任せて、必要な連絡調整をグループホーム側で行うという橋渡しができています。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>特に自閉症の利用者への声かけには、細やかな配慮をしている。利用者本人との距離感が近すぎると不安定になってしまう場合もあり、場面に応じて「声をかけない」という支援をチームで共有している。また、利用者間の相性から必要に応じて居室の変更を行い、情緒の安定につながったケースもある。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>グループホームはまさに日常生活支援の場であり、一人ひとりの意思に可能な限り応じている。食べ物の嗜好にも「その人だけの別メニュー」を提供するなどの合理的配慮がなされ、それが原因のトラブルもない。食後にはティータイムを設け、やすらぎのひとときを提供している。個別支援が行いやすい「環境のストレングス」を、今後も大切にされたい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室やリビング、浴室、廊下等、ホーム内はすべて清潔に保たれている。床暖房により、寒い季節も快適に生活できる。建物も新しく、施設は最新のシステムが導入されて安心・安全が確保されている。稀に、特定の利用者が大きな声を出し、一時的に騒然とすることがあるが、周りの利用者や職員はそれを受け入れている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>生活に関わるスキルに関して、必要最小限の支援を行っている。グループホームは訓練の場ではないが、一人暮らしを見据えている利用者に対しては、SST（社会生活技能訓練）的なプログラムも実施している。自閉症の利用者に対しては、強度行動障害の研修資料を参考にして、視覚的理解などの伝わりやすい方法を工夫している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>最寄りの医療機関をかかりつけ医として、密な連携が取れている。日々の血圧や検温の記録、また健康診断結果を主治医に確認してもらい、助言をもらって持病（糖尿病等）を持つ利用者等への支援に活かしている。バックアップ施設である「ひがしうらの家」の看護師が日頃の健康状態を把握しており、家族にも安心してもらっている。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療的な支援に関して細心の注意を払っているものの、誤薬がなかなか無くならず、その都度改善を繰り返している状況である。「誤薬ゼロ」へは困難な道のりが続くと思われるが、チームとしての一貫した取り組みを期待したい。他の医療面は万全の体制が整っており、日常的な安全・安心は保たれている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域行事への参加や、家族の許への帰省に関して、スムーズに実現するようサービス管理責任者が調整している。休日の外出については、可能な限り本人の自由意思を尊重し、地域の大型商業施設を社会資源として活用している。単独での外出が困難な場合も、相談支援専門員との連携で、移動支援のサービスを必要に応じて利用することができる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「別のホームへ移りたい」との希望に対しては、サービス管理責任者と相談支援専門員が連携して希望を実現させている。現在、すべての利用者がグループホームでの暮らしの継続を希望しており、そのために地域の社会資源と本人をつなぐ支援を大切にしている。サービス管理責任者の主体的な働きかけにより、充実した地域生活が実現できている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>週末に帰省する利用者には、「連絡ノート」を使って、家族に対して詳細に報告が行われている。定期的な面談の他にも必要に応じて面談を実施し、家族との双方向の情報交換が行われている。また、知的障害のある保護者もいるため、相談支援事業所との連携を図って、利用者の帰省の際には必要な家族支援を行っている。</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>&lt;コメント&gt;</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;            ※グループホームは「暮らしの場」ではあるが、就労移行支援事業所やハローワークと連携して就労に結びつけた事例がある。よって、『非該当』とせず、評価対象項目とした。</p>			
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
<p>&lt;コメント&gt;            ※就労に関する項目のため『非該当』とした。ただし、本人が安定して「働く場」に向かえるよう、「暮らしの場」の立場から世話人が「職場での様子を聴く」など後方支援をしている。自己評価は「b」。</p>			
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
<p>&lt;コメント&gt;            ※就労に関する項目のため『非該当』とした。ただし、本人が安定して「働く場」に向かえるよう、「暮らしの場」の立場から世話人が「職場での様子を聴く」など後方支援をしている。自己評価は「b」。</p>			