

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： 共同生活援助事業所 ひまわりホーム	種別： 共同生活援助
代表者氏名： 鈴木 誠	定員（利用人数）： 20名（20名）
所在地： 愛知県名古屋市中東区小池町468番地1	サウスサイドアベニュービル3階
TEL： 052-709-3811	
ホームページ： http://www.kidoairaku.org/	
【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 ひまわり福祉会	
職員数	常勤職員： 6名 非常勤職員： 18名
専門職員	（管理者） 1名 （サービス管理責任者） 1名
	（支援員） 5名 （介護福祉士） 4名
施設・設備の概要	（居室数）
	（設備等）

③理念・基本方針

★理念

・法人

ひまわり福祉会は利用者一人ひとりが望む、その人らしい生活を支援し、利用者から信頼された、地域に貢献できる法人を目指し、すべての人々に対し開かれた、透明で健全かつ活力ある法人作りを行います。

・施設・事業所

ひとりの人間として地域社会の一員として自信を持って生きられるように「できないことをそっと支え」ながら「豊かに生きる」支援を行います。

★基本方針

- ・私たちは利用者の人権及び自己選択・自己決定を尊重した福祉サービス提供の実現を目指します。
- ・私たちは、相談支援や地域自立支援協議会を通じ、地域における福祉ニーズを知り、地域福祉増進の為に積極的に対応していきます。
- ・私たちは、健全な法人経営を行う為、透明性を確保し、相互に情報を共有しネットワーク機能を向上していきます。
- ・私たちは、福祉サービスの質の向上のために、経験に応じた研修を計画的に行い、専門性を向上していきます。
- ・私たちは、笑顔あふれる人間関係を構築し、職員ひとりひとりが生き生きと働きがいのある職場づくりを目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者の日々の変化に対応できるように気付きや寄り添う支援を心がけ、意見や相談を傾聴する時間を設けて、利用者の生活面、健康面の状況の把握に努めています。また、日中活動先での状況把握、通院対応、緊急時の日中支援の対応が出来るような勤務体制をとっています。
- ・食事に関しては職員が利用者の嗜好やリクエストを反映させながらメニューを考え手作りの食事を提供しています。また、定期的に食事メニューを写真で記録に残しメニューの見直し検討会を行っています。
- ・休日やグループホームで過ごす時間を活用して、利用者の意見や要望を踏まえながら余暇支援を企画して実施し、楽しみの充実を図り、安定した生活が継続出来るように支援しています。
- ・関係機関との連携がとれるように、各種会議への参加や事業所訪問等を実施して、関係機関や地域とのネットワークを構築しています。また、地域の社会資源が活用出来るように地域情報や地域ニーズの収集を行っています。
- ・緊急時や支援が必要な際は、バックアップ施設（ひまわりの風）の協力を得ながら、適切なサービスの提供に繋がっています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4 年 6 月 2 7 日（契約日） ～ 令和 5 年 3 月 2 4 日（評価決定日） 【 令和 4 年 12 月 26 日（訪問調査日） 】
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （平成 3 0 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆意義ある地域生活

民間マンションを借り上げたホームは施設感がなく、居住環境としては良好である。台所での職員の食事作りを居間で見ながらの団欒、各人が部屋でそれぞれ好きなことをして過ごす、休日には介助者と思いきいの場所に出かける、といった生活は地域生活そのもので、支援を受ける中で自由を感じ、自己決定や自己責任を果たしている。それを支える管理体制と職員の労苦にも感服する。

◆働きやすい職場

管理者による年 2 回の面談では職員の意見を業務に反映する形がとられ、また勤務希望が「勤務表」に反映され、休みの取りやすい勤務体制である。業務内容の改善・業務省力などが運営会議で話し合われ、パート職員でも分かりやすい業務基準が示されているなど、働きやすい職場への様々な取組みが見られる。

◆関係機関との連携

グループホームという形態で単独での運営になりがちの中、法人内事業所、バックアップ施設との連携はもとより、医療面や就労先などの関係機関との連携体制も構築されている。業務携帯を活用するなど、職員間や利用者との連携もとれている。これにより利用者への安心、安全な運営が実践されていると言える。

◇改善を求められる点

◆利用者への説明と同意

事業者は、支援の主体である利用者に対して運営の在り方や提供するサービスについて説明し、同意を得る必要がある。理念や基本方針、契約から事業内容まで、少しでも理解を得られる配慮や工夫をもって説明責任を果たし、インフォームドコンセントを得る努力を求めたい。

◆ボランティアの受入れ

ボランティアの受入れはなされていないが、ボランティアは利用者の社会性を育てる貴重な人的資源である。個々の利用者のニーズに合致したボランティアの活用を検討されたい。また、利用者個々への意向確認はもとより、受入れ手順などの定め(マニュアル等)も整えられたい。

◆高齢化への対策

入居者の高齢化に伴い、医療面や健康面での対応が必要になってきている、関係機関との連携をとりつつ、職員個々の一層のスキルアップを目指し、専門研修の充実を図ることが望まれる。その研修効果により生活環境や支援内容の向上に繋がっていくことを期待する。また、専門職による機能訓練や生活訓練等も今後の検討課題に上がる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

グループホームの福祉サービスの基本方針や組織の運営管理、適切な福祉サービスの実施等について評価結果から現在の事業所の状況を客観的に確認することが出来ました。改善が必要な点に関しては対策を講じて、改善に向けて取り組んでいきます。

ご指摘いただきました評価内容を踏まえ、利用者への説明や同意の配慮や工夫、利用者の高齢化への対策、職員個々の一層スキルアップを図って支援の向上に繋げていきたいと思います。

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（64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> 理念や基本方針はホーム内に掲示され、会議や委員会で職員に周知されている。これらは支援の意味するものや職員の在り方として、別に定める「行動規範」の基となるものである。利用者への周知に関しては、家族とともに参加する家族会にて説明されているが、理解が得やすくなるような資料などの配慮はなされておらず、検討を要す。			

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	④ ・ b ・ c
<コメント> 毎月の運営会議では、法人の経営状況や方針をホームの運営に当てはめて分析がなされている。利用率や収支に関しては、事務担当から法人へとデータが共有されている。			
	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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者の高齢化、コロナ下での運営方法、全職員への情報共有・支援の統一、といった課題について支援員会で協議し、運営会議で方向性を出している。ただ、障害者支援（障害者グループホーム）に対して専門性を有しない職員も多く、課題の解消には至っていない。			

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	④ ・ b ・ c
<コメント> 法人の中長期計画の中にグループホームの計画も含まれ、事業所運営の指針となっている。また行程表や収支計画も示されており、それぞれの事業のポイントを押さえている。計画は年度ごとに評価され、必要な見直し・変更がなされていく。			
	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
<コメント> 事業計画の中に重点項目を設け、実施事項と担当職員を明記している。半期ごとに見直しがなされているが、進捗状況の確認や達成度評価を行うためには、数値目標や具体的な到達点を設定し、より正確な評価や総括を実施することが望ましい。			
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	④ ・ b ・ c
<コメント> 年度ごとの事業計画は、支援員会議で総括を行って修正部分を洗い出し、管理者が原案を作成し運営会議で検討した上で策定に至る。半期で評価・見直しを行うが、これも事業計画の策定と同様の手順を踏んで実施される。			

	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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> 利用者に対しては、家族会で事業予定や活動内容の計画書を配付して説明するに止まっている。法人用とは別に利用者用の事業計画を作成し、分かりやすく説明して理解を得ることが望ましい。			

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> 毎月2回開催される支援員会議では、サービス上の様々な問題点を出し合って検討、協議している。また職員個々に対しては、虐待防止に関する自己チェックを実施し、不適切な支援を牽制している。第三者評価は定期的に受審しているが、受審のない年も同評価基準を用いた自己評価の実施を期待したい。			
	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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> 第三者評価結果を受け、改善に向けた取組みを行っている。各会議で確認して実践に向けているが、改善計画を立てて組織的に取組むところまでは至っておらず、課題の共有による職員個々の対応に止まっている。目標や行程（責任者、期限等）を明らかにし実効性のある対応を望みたい。			

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	㉠ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 管理者は、支援員会議の場で自らの方針や方向性を明らかにし、支援上のアドバイズや指示を行っている。「ホーム業務分担」により職責は明らかにされている。不在時の職務権限は副所長に委任される。			
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	㉠ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 管理者のコンプライアンスの意識は高く、管理者研修や法人会議にて必要な法令や法改正の情報を把握している。必要に応じて支援員会議で報告し、各ホーム職員への周知に努めている。特に虐待防止関係では、職員研修の実施やチェックリストによる職員自己チェックを実施し、意識を高めている。			
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	㉠ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 管理者は支援員会議に出席し、最適なサービス提供に向けた支援の統一を図っている。この他にも年2回の面談を実施し、職員の意見を反映するよう民主的運営に心掛けている。研修については、法人内研修やWebでの研修への参加を促し、パート職員も含めた個々の資質向上を目指している。			
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	障13	㉠ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 職員個々の勤務希望を反映した勤務表作成し、休みが取りやすく働きやすい職場作りを進めている。また、業務内容の改善・業務省力などを運営会議で話し合い、パート職員でも分かりやすい業務基準を示している。事務的な部分を含め、バックアップ施設との連携も取られている。			

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 ・ ㉑ ・ c	
<コメント> 人材の確保に関しては法人本部が担い、事業所は、定着に関して職員個々の能力をサービスに活かし働きやすい職場を作ることを目指している。具体的には、職員とのコミュニケーションを図ることや研修への参加を奨励している。現状では人材確保、育成のいずれに関しても改善の余地を残す。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	㉑ ・ b ・ c	
<コメント> 人事考課制度を採用し、「人事考課実施規程」に基づいてキャリアパスに沿った目標設定、考課を実施している。考課結果は昇進基準となり、人事上の明確な指標となっている。適正な処遇という点に加え、職員個々のキャリア設計を描く上での分かりやすく公平な仕組みとして評価できる。			
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組んでいる。	障16	㉑ ・ b ・ c	
<コメント> 衛生委員会が毎月開催され、職場環境や就業環境について協議・検討している。勤務希望を「勤務表」に反映させており、急な休暇取得も勤務調整がなされ、支障はない。勤怠時間はソフトを導入し適正化を図っている。「キャリアシート」による就業調査、相談窓口の設置、福利厚生クラブ加入など、働きやすい職場を目指した取組みは数多い。			

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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 「CUPシート」を用いて目標管理を実施している。職員個々のキャリアに対して、目標設定し評価して総括を行っている。目標をクリアしていくことでキャリアアップし、育成を図っていく有効な取組みである。課題としては、中間面談を実施して進捗評価と指導を実施されたい。			
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
<コメント> 研修による育成の重要性については、基本方針や中長期計画に掲げられ、事業計画の中でも示されている。専門職としてのレベルアップを図るために、研修への参加と資格取得を奨励している。主に法人内研修を中心に据え、研修委員会による計画に基づいて実施している。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 職員個々のキャリアパスによる研修参加を心がけている。新任OJTに関しては、3ヶ月間先輩職員が付いて指導するが、研修目標や評価などが明確にされていない。法人内研修に関しては、研修委員会により階層別研修はじめ種々の企画が実施されている。Web研修は非常勤職員を含む全職員が受講している。			
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	・ b ・ c
<コメント> 非該当：障害者グループホームにおける教育実習は、履修単位として認定されないことから、この項目を非該当とする。			

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
<コメント> ホームページには事業内容、財務状況、中長期計画、事業所情報、またブログでは利用者の様子など様々な情報が開示されている。広報誌は年3回刊行され、家族や関係機関に配布されている。地域向けの配布も検討課題とされたい。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 「経理規程」はじめ事務的な規程や要項が整備され、監事による内部監査や公認会計士による毎月の財務チェックも含め内部牽制がなされ一定の透明性が担保されている。利用者の財産管理は、通帳をバックアップ施設の事務で管理し、現金は各ホームの金庫で管理している。毎月出納簿を管理者・事務担当・総括管理者が確認している。			

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
<コメント> 各ホームが地域の自治会や町内会に加入し、地域の清掃に参加したりして様々な情報を得ている。ホーム内には利用者向けの情報が掲示されている。コロナ禍によって交流機会は減ったが、買い物や外出、通勤、通院などで地域住民と接する機会は多く、関係性も良好である。			

	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
<コメント> ボランティア受入れに関する方針等は確認できなかった。マニュアル等も整備されていないため、対応が待たれる。ボランティアは社会との接点であり、貴重な人的資源でもある。ボランティアには様々な業種が存在するため、個々の利用者のニーズに合致したボランティアの活用を検討する余地がある。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 個々の利用者に必要な社会資源リストは作成済みであり、ホーム内の掲示板には地域の情報が掲示されている。自立支援協議会では、定期的に共通課題の検討や情報の共有がなされている。法人内の事業所や相談支援事業所とは日常的に連携がとられている。			
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 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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 自立支援協議会や相談支援事業所を通じて、在宅者ニーズを把握している。地域の要望や課題に関しては、地域団体や住民との会合等の機会が無く、正確に把握ができていない。			
	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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 事業所は地域での共存、交流を目指しているが、地域貢献という視点で事業所として地域のニーズに応える活動や貢献事業はなされていない。障害者が地域で生活し、かつ共存すること自体が地域貢献という捉え方もあるが、地域に対して何ができ、何を還元できるかは検討課題として捉えておきたい。			

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 . b . c	
<コメント> 「事業概要」に、利用者尊重の精神が含まれた理念や基本方針が明示されている。虐待防止委員会が設置され、研修が実施されている、定期的に虐待セルフチェックを全職員対象に行い、年に1回統計・評価もされている。			
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 . b . c	
<コメント> プライバシー保護や虐待防止について、「契約書」、「重要事項説明書」への規定化がされている。グループホーム内では、利用者一人ひとりに応じて郵便物を取り分け、取扱いなども決められて対応している。			
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 . b . c	
<コメント> 法人のホームページや広報誌の配布などの情報提供はあるが、グループホームが主となるホームページの掲載方法や情報提供ができるものはない。利用希望者については、口頭で説明する等の情報提供をした上で、見学会や体験等の機会を作っている。			
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 . b . c	
<コメント> 契約時には、利用者と保護者の意向を確認しながら説明をしている。ただ、利用者向けのパンフレットや契約書等についても、分かりやすい様式の作成などの工夫が求められる。			
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	a . b . c	
<コメント> 法人内の相談支援事業所および関係機関と連携し、移行、終了の際は説明を行っている。事業所としてのサービス提供が終了した後も、これまでと同様に相談ができるよう連絡先の案内をしている。			
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 . b . c	
<コメント> 毎月1回家族会が開催されている。家族会では、参加家族から意見や要望を受け付けて意向を確認すると同時に、利用者満足度の把握に努めている。ホーム内で職員が利用者の意向や要望を汲み取れるように努めている。			
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 . b . c	
<コメント> 苦情解決の窓口、虐待防止に関する書類については整備されており、掲示もされている。苦情件数は少なく、普段の取組により軽減されている。アンケート等の工夫を行い、申し出がしやすいような工夫を期待したい。			

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
<コメント> グループホーム内での固有な関わりだけに捉われないよう、複数の職員が関わることで、相談相手が選択できるように工夫している。職員が事業所携帯を持つ事で、利用者から対面以外でも連絡が取れるようになっている。ただ、体制は構築されているがマニュアルや手順書としての文書化はない。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 利用者からの相談や意見はケースごとに記録され、情報共有や必要に応じて会議で対応を検討している。普段の状況確認も詳細に行われており、緊急時での対応もできている。日頃の対応にて、利用者の意見は聞いている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 緊急時のマニュアルを作成して周知を行い、また会議等で安全対策等の事故防止に努めている。ヒヤリハット自体はあるが、積極的な活用は難しい状況である。各ホームでの実施体制の整備や対応・対策の見直しを期待したい。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 会議等で感染症対策の検討をしている。定期的体温測定や週1回の体重・血圧測定を行い、健康管理の対応もできている。感染症対策、対応は十分であるが、対応マニュアルの整備・見直しを行う事が必要となっている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 避難訓練を定期的実施し、火災通報装置等の設備や「備蓄リスト」等も完備できている。BCP（事業継続計画）委員会としての活動はあるが、実際に災害があった際の行動を示したマニュアルの整備が遅れている。福祉サービスの継続性を踏まえ、検討の余地がある。		

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	㉔ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 福祉サービスの内容は文書化され、利用者や家族に明示されている。支援内容及び実施状況は職員会議で発信され、確認されている。			
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	㉔ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 定期的な面談やモニタリング、相談支援員・担当職員との面談機会など、普段から聞き取りの意識が高い。職員間での連携もとれており、情報の共有、会議での意見交換もされている。			

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 職員間で協議をしてアセスメントが行われ、利用者の意向が反映された個別支援計画になっている。関係機関とのケース会議も行い、適切な対応をしている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 中間モニタリングを行い、個別支援計画の実施状況を確認して見直しを行っている。必要により、関係職員にて会議等で検討されている。		
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 ・ ㉠ ・ c
<コメント> 提供したサービスの実施記録については、様式が共有できる仕組みで管理をしている。職員（世話人）によっては手書きになっているが、支援員がフォローをし管理ができています。入職時の指導はあるが、記録の精度の差異に対する指導等はできていない。今後の課題として取り組むことを期待したい。		
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	a ・ ㉠ ・ c
<コメント> 個人情報の取扱いについては、利用者、家族ともに説明し、周知されている。グループホーム内での個人情報ごとに取り扱いが変わるものについても、個々に応じた対応がある。個人情報保護に関しては、漏洩の危険性にあたる行為などを具体的に示し、共有するための研修等の実施が望まれる。		

【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
<コメント> 一般就労している利用者もあり、自己の意思で判断したり決定したりすることが可能な利用者も多い。利用者の意思を尊重し、利用者個々に合わせた対応及び個々の生活スタイルに合わせた細かい対応が取られている。職員間でも情報の共有がされている。			

A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	障47	① a b c
<コメント> 虐待防止委員会が設置されており、定期の委員会が開催され、虐待防止策の検討の機会がある。虐待事例等の発生時についても、適切に対応ができる仕組みが構築されている。セルフチェックや事故報告の確認なども、会議等で行われている。			

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
<コメント> 個別支援計画に沿って、個々に合わせて自立に向けた取組みがされている。個人のアセスメントが適切に行われており、普段より確認できるようになっている。			
	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
<コメント> 利用者本人の意向に合わせて、筆談や話をする機会を設けている。特別なコミュニケーション機器を使用する利用者はいない。円滑な地域生活に向けて関係機関との連携を行い、本人を通して関係性の構築をしている。			

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 a b c
<コメント> 職員や世話人は、利用者と話す機会を大切にしている。個別に話をする機会や時間を設けたり、事業所携帯に利用者が電話をかけてくる等、話す相手を選べるようになっている。必要により、後見人との連携も行っている。			
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 a b c
<コメント> 利用者本人の意向を確認し、個別支援計画に基づく支援を行っている。コロナ禍になってからはホーム全体で行う事は機会として減ってしまったが、各ホームや個別で対応ができるようにしている。			
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 a b c
<コメント> 利用者の日々の状態を共有して、必要によりケース会議等を行っている。通院時も担当職員が同行することで状態の確認ができている。バックアップ施設の看護師とも連携を取り、医療面での相談も行っている。			

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
<コメント> 食事については、グループホーム特有の家庭的な雰囲気は崩さずに、献立を検討して決めている。利用者個々への対応ができるよう、調味料の工夫なども行っている。日常生活面では、利用者の生活リズムに合うよう心がけている。			
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
<コメント> 生活環境作りのための整備や改修等が行われ、安心・安全を確保するために必要なスペースが確保され、トイレの数も適切である。立地条件により仕方がない部分もあるが、階段が急であるため安全面での対策が必要となってくる。			
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 ・ ③ ・ c
<コメント> 毎日の生活について、その全般で利用者個々に合わせた必要な支援が取られている。休日は買い物支援や金銭管理等の支援も行っている。利用者の高齢化等もあり、機能訓練や生活訓練に関する専門職等の助言や指導が受けられる機会を持つことが望ましい。			
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	④ ・ b ・ c
<コメント> 利用者の健康管理の部分では、通院同行や利用者個々に応じての服薬管理等を行っている。バックアップ施設の看護師への相談と連携、個人に合わせた健康管理や調味料（塩分、糖分等）の配慮も行っている。利用者の体調の変化時には、バックアップ施設の看護師に連絡して対応してもらうことが多い。			
	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 ・ ⑤ ・ c
<コメント> 医療的な支援に関しては、バックアップ施設の看護師の指導・助言を受けられる体制になっている。薬の管理が必要な利用者へは、「服薬表」での服薬の管理をしている。高齢化も進行してきており、医療面での研修の実施が望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> コロナ禍により、社会参加を目的とした外出が慎重にならざるを得ないが、外出等はルールを決めて、できる限り利用者の意向に応えられるよう対応している。コロナ下でも可能な、学習機会や社会参加に繋がる情報提供の機会を作っていくことが望ましい。			
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	⑦ ・ b ・ c
<コメント> グループホームでの地域生活の維持ができるよう、状況に応じた対応をしている。現在、一般の集合住宅の一室を法人がグループホームとして借り上げ、そこを居室として単身生活（世話人なし）をしている利用者がいる。地域生活への完全な移行とみてよい事例である。			

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 a ・ b ・ c
<コメント> 月1回の家族会の実施をしている。参加者は減ってきているが、情報提供や連絡の機会となっている。また、必要により家族支援が行えるよう、家庭状況を確認する機会もある。			
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> 非該当			

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 a ・ b ・ c
<コメント> グループホームに居住し、一般就労している利用者がいる。就労先への職場訪問や連絡を積極的に行い、情報交換や就労状況の把握をしている。利用者からも就労に関する相談や面談機会を通して、就労が継続していくよう支援している。			
	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			