

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：あいあいホーム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：阿部 雅伸	定員（利用人数）：14名（14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13年4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：5名	非常勤職員：4名
専門職員	(所長) 1名	(世話人) 4名
	(管理者) 1名	(生活支援員) 4名
	(サービス管理責任者) 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 18室	(設備等) 台所、洗面所、浴室
		居室、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

ふつうに 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

- (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) PDCA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＞

日中は、障害福祉サービス事業所を利用されている他、高齢者デイサービスを利用している方、一人暮らしを目指している方もみえます。また、地域の自治会長や組長はじめ、住民の方の理解があります。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年7月2日（契約日）～ 令和8年3月2日（評価決定日） 【令和7年11月25日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3回（令和3年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆利用者の要望等の積極的な把握

サービスの質的向上に積極的な取組みが行われている。満足度調査や利用者自身で組織する自治会、職員と利用者で行うホーム会議、家族会への参加、定期的な面談等々、利用者の要望やサービスの満足度を知るための仕組みが複数用意されている。

◆標準的なマニュアルの整備

「サービス提供マニュアル」が毎年冊子として用意され、その内容についても充実している。変更箇所についても改定日が記載されているだけでなく、改定内容も確認することができ、サービスの標準的な実施に大きな役割を果たしている。また、これらのマニュアルが、新任職員の教育ツールとしても活用されている。

◆地域での普通の暮らし

利用者は、コンビニエンスストアでの買物や飲食店での外食等を毎週行っており、散歩等を通して自らの生活圏を持っている。事業所が地域の自治会に加入し、町内会の会合に参加している。また、利用者は近隣公園の清掃活動に参加し、地域行事であるカラオケ大会や敬老会にも出かけている。防災面では、地域の合同防災訓練にも一人の住民として参加する等、利用者が地域の一員として交流を深めながら生活している。

◇改善を求められる点

◆ホームごとの満足度調査の集計

満足度調査はグループホーム全事業所で実施し、集計も円グラフを用いて視覚化している。ただ、ホームごとに利用者や職員は異なっており、それぞれの満足度が「ホーム全体」として一括りとなっている。ホームごとの課題や満足度を抽出するためにも、集計結果のあり方について検討の余地がある。

◆利用者版生活マニュアルの作成

利用者が日常生活をしていく上で、ホーム内でのルールや社会でのルールや規律がある。職員には「支援のしおり」が作成され、支援提供上のマニュアルとなっているように、実際に地域で暮らす利用者にも、ルールや決まり等を分かりやすくまとめた冊子があると便利であり、さらに暮らしやすくなると思われる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審することは、当事業所にとって外部の専門的な視点から、日々の支援や運営体制について評価・助言をいただく機会と認識しています。

評価していただいた点として「利用者の要望等の積極的な把握」「標準的なマニュアルの整備」等、一定の評価をいただきました。一方で、「ホームごとの満足度調査の集計」「利用者版生活マニュアルの作成」などの改善のご指摘もありました。

今回の評価結果を真摯に受け止め、強みはさらに充実させ、課題については具体的な改善策を計画し、更なる質の向上に努めることで利用者さまの満足度を向上させていきたいと思いをします。

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、基本方針は、職員会議や事業所会議等の会議資料に記載されるとともに、全職員に配付する「支援のしおり」にも明示されている。利用者に対しては、特に説明の機会や分かりやすい資料等はないため、少しでも理解を得られるような配慮を望みたい。			

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> 行政通知や愛知県知的障害者福祉協会からのメール、福祉新聞等により福祉動向や法改正の情報等を把握している。グループホーム事務所が相談支援事務所と同一フロアであることから、在宅者ニーズ等の情報も得ている。利用率や収支等は法人本部と共有しており、自己分析も行っている。			
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> 経営上の問題に関しては、毎月の運営会議の場で検討、協議し、職員会議にて改善策を周知、実践に移している。サービス管理責任者会議や職員会議から挙がってくる検討事項については、運営会議にて協議し、同様の手順で取り組んでいる。			

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> 法人の中長期計画は、7年スパンで収支予測を示し、工程表に沿って施設整備や人員、新規事業等について、それぞれ予算措置を伴う形で策定されている。これを受け、事業所の中長期計画を定めており、「SWOT分析シート」で要因を明らかにし、ビジョン達成のための方法をスケジュールアップしている。計画性の見える取組みである。			
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 事業の全般を捉えた項目により、目標設定がなされている。事業計画の中身は、具体的に実施事項が示されている項目と努力目標と思われる項目が混在しており、方向性としては示されているものの、実績評価する際に正確な測定が難しい点は否めない。可能であれば数値目標の設定等、客観的評価を可能とする形を検討されたい。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業計画の作成の前に、全職員を対象にアンケートを実施して課題や意見の提出を求めている。アンケートの結果を踏まえて職員会議にて意見を集約し、年度の総括を行っている。これを受け、管理者が原案を作成し、再び職員会議で周知している。			

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者への事業計画の周知の点では、自治会の場で主だった説明がなされるが、特に分かりやすい資料等は準備されていない。利用者は支援の主体であり、少しでも理解と同意が得られるような配慮と工夫が求められる。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> サービスのチェック体制としては、利用者アンケートや職員アンケートを実施し、集計結果を職員会議で共有し、運営会議で改善策を決定している。第三者評価を定期受審し、受審しない年は評価基準を用いて自己評価を行い、法人内で受審した他事業所の評価結果を参考に課題の改善に努めている。「サービス提供マニュアル」での事項に、自立支援計画の内容を加え個別支援の質を高めている。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 第三者評価や自己評価の結果は職員会議で周知され、職員はグループウェア上でも共有している。評価結果を受けて改善に向けているが、改善計画を策定して取り組むには至っておらず、計画的実践としては課題が残る。		

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
<p><コメント></p> <p>「支援のしおり」には、管理者の方針や職務分担の他、支援と業務に関して職員として知っておくべき事項が掲載されている。管理者は、主に職員会議の場で必ず冒頭に具体的方針を述べ、職員個々の支援にブレが無いよう努めている。</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></p> <p>「コンプライアンスに関する要綱」が整備されており、法人としてコンプライアンスを重視する姿勢がうかがえる。管理者は、愛知県知的障害者福祉協会からの通知やインターネット情報等を通じて関連法令の最新情報を把握し、主に職員会議やSNSにより職員に周知している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者アンケートによる利用者の声を尊重し、加えて職員アンケートと面談を通じたモニタリングの結果を、課題の解消や新たなアイデアによるサービス向上につなげている。また、法人研修を中心にオンデマンド研修を導入する等、職員育成に力を注いでいる。</p>		
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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>勤怠管理やケア記録、業務記録などをICT化し、業務の省力化と報連相の強化を図っている。労務対策では、職員全員との面談による改善提案等を業務に反映させる取組みを行う等、少ないマンパワーで如何に業務を回すかといった業務改善に注力している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>必要な人材の確保に関しては、中長期計画の中に年度ごとの採用目標数値が示されている。正規職員の採用は法人本部の主導で、パート職員の採用は事業所が業務を担っており、ハローワークや学校への求人等、様々なツールを用いて雇用の確保を進めている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「人事制度実施要綱」に基づき、人事考課制度を導入しており、キャリアパスに応じた自己評価、上司評価を「考課シート」により実施している。昇進、昇格についても基準があり、昇格試験も実施されている。キャリアパス研修等も実施されており、職員自らがキャリア設計のできる制度となっている。</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組んでいる。	障16	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>有給休暇や時間外労働に関しては、勤怠管理ソフトでデータ管理されており、毎回管理者が確認している。労務監査が担当委員により実施され、労働時間や有給休暇、ハラスメント等に関して毎月調査している。また、ソウェルクラブに入会している他、野球やテニス等のスポーツクラブも活動しており、ワーク・ライフ・バランスの面でも様々な取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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>正規職員は年度末に自己評価を行い、これを基に次年度の目標設定をしている。ただ、設定目標の適正化や達成までのフローは十分とは言い難い。主任以上の職員に対しては、「目標管理シート」を用いた目標管理を行っている。管理者の目標に対し自己目標を定め、目標の適正化から評価までを面談で確認して進めている。これを一般職員にまで拡大して適用することを求めたい。</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></p> <p>事業計画の中に研修計画が明示されており、法人では研修委員会にて年間研修計画が明らかにされている。これにオンデマンドの研修を加え、パート職員を含む全職員の研修参加を適えている。ただ、研修内容の評価や見直し等は実施されていない。また、期待する職員像が文書として確認できなかった。</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></p> <p>新任研修から管理者研修まで、法人研修の計画に沿って研修に参加している。一方、職員育成の要であるOJTに関しては、ホームごとに1ヶ月間は先輩職員との複数勤務の中でジョブトレーニングを行い、管理者が面談して助言を行っている。これを体系的な取組みにもっていききたい。</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	b	c
<p><コメント></p> <p>非該当</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>ホームページに、基本理念から事業所の概要、第三者評価結果、苦情受付まで、様々な情報が公開されている。また、法人機関紙「ふくしの泉」が年2回刊行される等、情報公開は活発になされている。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>法人監事による監事監査をはじめ、内部経理監査委員会が組織されて内部監査を実施している。利用者の預り金や小口現金等の金銭管理は、支援員から出納担当職員、管理者に至るまでに三重のチェック体制により内部牽制している。適正且つ透明性のある運営に努めている。</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>地域の自治会に加入し、町内会の会合や近隣公園の清掃活動に参加している。また、カラオケ大会や敬老会等の知己のイベントにも参加している。防災面では、地域の防災訓練にも住民として参加する等、利用者が地域の一員として交流を深めながら生活している。</p>				

<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。</p>	障24	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> ボランティアの受入れに関するマニュアルが整備され、利用者にも受入れ希望を聞き取る等、受入準備はできているものの、実際の受入れには至っていない。社会福祉協議会やボランティア団体に働きかける等、積極的なアクションを起こし、貴重な人的資源であるボランティアを受入れることにより、利用者の社会的伸長を図りたい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>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。</p>	障25	㉕ ・ b ・ c
<p><コメント> 関係機関の一覧表が作成されており、常に活用できる状態になっている。事業所としては、自立支援協議会や事業所連絡会等に参加し、定期的な会合を持ち、情報共有や共通課題の検討等を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>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。</p>	障26	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント> グループホームの事務所が、同法人の相談支援事業所と同じフロアにあることで、連絡を密にすることができており、在宅障害者のニーズをはじめとした様々な情報を共有をしている。また、自立支援協議会やグループホーム連絡会においても情報交換が活発に行われており、事業所としてのニーズ把握ができています。</p>		
<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。</p>	障27	a ・ ㉗ ・ c
<p><コメント> 法人の地域活動委員会により、「ふくし祭り」の開催や小学校の登下校見守り等が実施されている。防災に関しては、地域の合同防災訓練に参加しているが、事業所が地域向けに何かを提供するような取組みはない。また、事業所が有す障害者の地域生活支援という専門性を、地域に還元する取組みがなされておらず、検討の余地がある。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針はグループホーム内の掲示はもとより、ホームページでも確認することができる。利用者を尊重したサービス提供に必要な研修も、事業所内の会議の中で定期的に行われ、動画を用いた研修も実施されている。参加できない職員は、別途資料を配付して周知を行っている。</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><コメント></p> <p>「サービス提供マニュアル」内にプライバシーに対する方針や具体的な取組みが記載されている。職員研修および周知は、全職員が参加する事業所会議にて行われている。ホーム内でのプライバシーについては、利用者個々の居室は内側から利用者自身で施錠が行え、鍵の管理ができる利用者は自身で管理してもらう等、自らの居室のプライバシーを他者から守る環境となっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>満床の場合は体験する居室がないため、見学のみとなるが、居室が空いていれば体験利用することも可能である。ホームページやパンフレットを用い、利用希望者に対する説明を行っている。特にホームページは必要な情報が整っており、説明する際には有効的なツールとなる。一日の流れを示す資料（情報）がないため、より深い理解のためにも用意することが望ましい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「重要事項説明書」や「利用契約書」の説明時には、分かりやすくかみ砕いて説明を行っている。これらの書類は難しい内容が記載してあるため、ルビ振りの書類を用いて説明している。意思決定が困難な利用者について、契約時では家族等の意向が優先されがちであるが、利用していく中で利用者の表情や様子を細かく観察し、当事業所が合っているかの把握を行っている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>利用終了後の相談等の窓口は、基本的には法人の相談支援専門員としつつも、実際にはサービス管理責任者が窓口となって対応している。課題としては、退所後におけるサービスの継続性を担保するための手順や、関連文書が明確に示されていないことである。現在は経験あるサービス管理責任者を配属しているため、その必要性が低いとの判断であるが、今後に備えた整備に期待したい。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>毎年全利用者対象に面談を行い、サービス全般に関わる複数の項目にて把握する仕組みがある。対面形式で実施し、普段と関わりの薄い職員があえて調査する等、話を聞き出しやすい工夫がある。円グラフにて集計結果を表しているが、集計が目的になりつつあること、ホーム全体（4事業所）の集計結果であるため、ホームごとの満足度が把握できていない点等が改善の対象として残っている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情に関する相談窓口や連絡先については、配布までは行っていないが掲示物にて周知している。苦情を受け付けた際の一連の流れは明確に示されており、体制は整っている。課題としては、直近で受け付けた苦情が一昔前であり、その間、利用者の要望として対応しているケースも見受けられる。苦情か否かの基準を、再度確認することが望ましい。</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、職員と利用者とのホーム会議を開催し、利用者の意見や要望を聞く機会がある。その内容は全職員が参加する事業所会議にて周知され、必要な場合は対応を検討する仕組みがある。掲示物等の周知は弱い、意図的に利用者から情報を得る機会や、個別に相談に応じたり、個別に「交換ノート」を活用する等、利用者の声を聞く体制は十分整っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「利用者の意見対応マニュアル」に基づき、組織的に意見を受け付けて対応する仕組みがある。具体的には、利用者の意見を受け付けた職員は、サービス管理責任者に報告し、その内容によって各種会議にて議題に挙げ、解決に向けた取組みを行っている。マニュアルの見直しについても適宜実施しており、適切な運用が行われている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>インシデントやアクシデントは、毎月事業所会議にて報告されている。日々の情報収集は、全職員がその日のあらゆる記録を行う「業務日誌」に記載する仕組みも整っている。課題としては、拳がってきたリスクや事故について、再発防止を徹底する仕組みが弱く、全体的に「周知」止まりであることが挙げられる。また、事故発生時の行政への連絡についても、マニュアルには記載がない。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>グループホームの4事業所が集まる「感染症対策委員会」が年4回開催され、マニュアルの見直しや情報共有を行っている。感染症に関する研修は年2回実施され、動画視聴による研修や法人内他施設の職員が講師役となってグループホーム職員への内部研修を行う等、様々な形で学ぶ機会が用意されている。</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行っている。	障39	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>災害BCP（業務継続計画）を整備し、適宜見直しも実施している。グループホームは法人内に4事業所があるが、ホームごとに備蓄品の保管方法は実情に合わせて異なる。当事業所においては、専用の保管庫を用意し、担当者を指名して備蓄品の管理を行っている。安否確認はSNSを使っており、実際の訓練もSNSを使った安否確認が行われている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「サービス提供マニュアル」を毎年「〇〇年度」とタイトルを変更し、各事業所に設置している。新人職員には最新版を配付し、在籍している職員には、新しい冊子を事業所ごとに設置して周知を行っている。プライバシーの保護や利用者尊重に関する内容も網羅しており、丁寧に作られている。その周知も徹底されている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年度末に「サービス提供マニュアル」の見直しを行い、新年度に間に合うように変更を行っている。変更した箇所は「改定日」が示され、改定した内容も記載されているため、どの部分が変わったのかが分かる仕組みとなっている。見直しについては、主任や副施設長等、事業所として核となる職員がとりまとめて更新している。</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>所定の様式を用いてアセスメントや個別支援計画を作成している。作成担当者はサービス管理責任者としている。アセスメントの内容についても、認定調査項目に近い内容で細かく把握した上で計画の作成が行われている。サービス管理責任者や生活支援員のみならず、必要に応じて通所施設の看護師や、普段利用している介護支援専門員、訪問看護職員等からも情報を得る仕組みがある。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 個別支援計画作成時期は全利用者4月とし、9月が見直し時期で3月が終了時評価を行うサイクルとなっている。見直しの際は、計画の原案をサービス管理責任者が作成し、その資料を基に個別支援会議が開催され、計画の作成が行われている。ただ、福祉サービスの質に関わる課題については、事業所として明確にする仕組みが整っておらず、その仕組み作りが望まれる。</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	㉕ ・ b ・ c
<p><コメント> 毎日の様々な記録は手書きの「業務日誌」があり、この日誌を見ることで、前日の出来事や伝達事項を把握している。これに加え、専用のソフトを使用し、利用者個々の情報や支援内容、記録として残すべき内容について、契約職員以上の支援員がシステムに入力する仕組みとなっている。記録方法のポイントについてのマニュアルも用意され、記録の平準化も行われている。</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	㉕ ・ b ・ c
<p><コメント> 記録の管理責任者は、サービス管理責任者とし、記録し終えた書類は別途入所施設の一角にある部屋にて管理している。この場所については管理者が責任者となっており、明確な区分けが行われている。専用ソフトについては、契約職員以上が使える体制で、個々にIDとパスワードでログインする等、セキュリティ対策も行われている。</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
<コメント> 生活上のルールづくりについては、利用者主体の自治会活動の中で活発に行われている。日常生活におけるゴミ出しやトイレ・風呂掃除、食器洗い等の決まりを、自らの意思でルールを作り、生活することができる仕組みがある。日用品の調達は職員や外部ヘルパーを利用したり、理美容についても個別対応にて利用者の希望を叶える等、利用者の自己決定を意識した取組みが見られる。		

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 ・ b ・ c
<コメント> 権利侵害を防止するための取組みとして、「虐待の芽チェックリスト」を活用して防止に取り組んでいる。具体的には、毎月全職員を対象に、法人共通のシートを用い、ホーム独自の内容を盛り込んだリストを基にセルフチェックを行っている。その内容を事業所内の会議で共有し、場合によっては個別に対応する等、早期発見に努めている。その他、関連するマニュアルや様式も整っている。		

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> 一人暮らしを目指す利用者に対し、金銭管理等含めた様々な支援を行い、一人暮らしに必要とされるスキルを身につける支援を行っている。親元を離れてホームで生活することで、これまで自身で行ってこなかった洗濯や洗濯物干し、掃除等の身の回りのことについて、改めて支援する必要が出てきた利用者については、「できることはご自身で行う」というスタンスで支援している。		
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> 利用者の障害特性に合わせて対応しており、特に障害というアプローチはしていない。「若年性アルツハイマー」としての関わりが必要とされる利用者に対しては、行政の出前講座にて学ぶ機会がある等、事業所として関わり方の学びを深める機会がある。代弁者についても事業所内で完結することはなく、保護者等の協力も得ながら、可能な限り意思の確認に努めている。		
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 ・ b ・ c
<コメント> 利用者と個別に話をする機会として、利用者の居室にて相談に応じたり、個別のノートを使用して相談に応じる等、個々の希望に応じた対応を行っている。相談内容については、サービス管理責任者に伝わる仕組みが整っている。この機会とは別に、自治会での相談ごとや個別支援計画に関する面談時に聞き取る等、複数の機会がある。		
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 ・ b ・ c
<コメント> 週末をホームで過ごす際は、ヘルパー利用やホーム職員との買物外出、CD・DVDのレンタル外出、カラオケ外出等、多種多様な活動先が用意されており、いずれも利用者が希望する内容となっている。買物では、利用者のスキルに応じて、個人で出かけたり職員が付き添う等、個別に対応している。地域との関わりも定期的であり、草取りやカラオケ大会、盆踊り大会に参加する機会もある。		
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 ・ b ・ c
<コメント> 専門的な知識の習得として、「強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）」の取得を毎年予算の範囲内で受講者を増やす等、計画的な取組みがある。夜間不眠で徘徊等がある等の支援困難な利用者に対しては、サービス管理責任者が音頭を取って関係職種を集め、支援会議を行った上で個別に対応する仕組みがある。		

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	a · b · c
<p><コメント></p> <p>献立はベースが決まっており、その中で利用者に食べたい食事の調査を行い、次月のメニューに反映させている。昼食をホームで用意しなければならない日は、利用者が食べたいものを自ら選んで個別に決める等、利用者を主体とした食事提供が行われている。食事形態も個別対応が可能である。入浴支援や排泄支援も、利用者個々にスキルに合わせた対応が行われている。</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	① · b · c
<p><コメント></p> <p>居室は全て個室で、それぞれのフロアにトイレが設置してあり、随所に手すりが設置してある等、快適かつ安心・安全な環境が用意されている。ただ、一部の利用者が障害特性上、他の利用者の居室に入ったり、不眠で夜間寝ることのできない利用者がある等、具体的な対策が功を奏せず、長い間そのような状況が続く、他の利用者の安心・安全な生活が保障されていないことが懸念される。</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	① · b · c
<p><コメント></p> <p>外出時に車椅子を使っている利用者であっても、ホーム内では自ら歩いてもらう等、本人同意の下で意図的に日常生活動作に関する訓練を行うことがある。通所先の理学療法士から助言をもらう機会はあるが、その取組みをホーム内で実践できるだけの力量と継続していく取組みの弱さが課題となっている。</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	①	a · b · c
<p><コメント></p> <p>毎日行う「検温（朝・夕）」や「排便確認」、必要な方への「血圧測定」、毎月1回行っている体重測定等、日々の健康チェックについては記録に残している。これとは別に、健康診断の受診、市の検診、かかりつけ医への定期受診等、健康的に過ごすための取組みがある。健康に関する助言等はかかりつけ医よりもらうことが多く、職員間で共有している。</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	① · b · c
<p><コメント></p> <p>服薬支援についてのマニュアルが整備され、投薬時は2者確認を行う等の手順が定められている。投薬ミス（飲ませ忘れや飲みこぼし等）の情報は、職員間で共有されている。再発防止の観点から原因追究を行い、具体的な対応が行われている。課題としては、医療的な支援に関する職員への研修が弱く、全体的に「周知止まり」であるため、積極的に「学ぶ機会」の確保が求められる。</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	① · b · c
<p><コメント></p> <p>町内会で行われる草取りや盆踊り、ヘルパーやホーム職員と外出する機会を通じての社会参加がある。ホーム内では小遣い管理や計算ドリル等を、一部の利用者にピンポイントで提供する仕組みはある。課題としては、事業所として学習支援を行うための多様なプログラムがないこと、利用者自ら「取組みたい」という気持ちになるための働きかけに改善の余地があることが挙げられる。</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	a · b · c
<p><コメント></p> <p>一人暮らしを希望する利用者については、自分で調理が行える機会を用意している。お金の下ろし方やゴミ出しのルールを理解等、実際に一人暮らしになった際に困ることがないように、様々な課題を抽出して個別に対応している。その他、相談支援事業所と連携する等、一人暮らしという地域移行に向けて、複数の職員が関わって支援する体制が整っている。</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	a · b · c
<p><コメント></p> <p>利用者の高齢化等により、帰省する頻度・対象利用者は減っている。それでも利用者および家族の希望を調整し、面会や日帰り帰省等を組み合わせながら家族支援を行っている。家族懇談会は年に2回開催され、参加者は10数名であるが、必要な情報交換を行って利用者支援の一躍を担っている。懇親会には事業所の職員も参加し、同じ課題を共有する仕組みとなっている。</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
<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	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				