

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：サポートホーム第2しんしろ	種別：共同生活援助	
代表者氏名：渡邊 竜夫	定員（利用人数）：18名（18名）	
所在地：愛知県新城市矢部字本並52番地1		
TEL：0536-22-3787		
ホームページ： https://nijidete.com/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成29年7月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人新城福祉会		
職員数	常勤職員：9名	非常勤職員：12名
専門職員	（管理者）1名	（サービス管理責任者）1名
	（世話人）8名	（生活支援員）8名
	（夜間支援従事者）7名	（看護師）1名
施設・設備の概要	（居室数）18室	（設備等）世話人室・浴室
		特殊浴室・トイレ

③理念・基本方針

★理念

・法人

「ともに働き ともに学び ともに生きる」

「他人を思いやり、お互いを支え、助け合おう」とする互助精神を基本とします。

・施設・事業所

ともに生きるという共生理念に立って、地域において様々な形で福祉を支えあう文化の形成に貢献します。

ハンディキャップのある人も無い人も平等かつ普通に生きる（ノーマライゼーション）

利用者の自己決定、自己実現を尊重した自立支援、生活支援、社会参加を基本とします。

利用者、職員、家族、地域の方々と協働、連携した法人の運営に努めます。

★基本方針

①虐待防止への取り組み。法人全体研修にて虐待防止法の周知やグループワークで職員の意識を高める。

②相談支援事業所を始め、日中活動事業所、居宅介護事業所等との連携。

③入所施設の無いこの地域において、安心して暮らすことが出来るホーム作り。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①虐待防止への取り組み。法人全体研修にて虐待防止法の周知やグループワークで職員の意識を高める。
- ②相談支援事業所を始め、日中活動事業所、居宅介護事業所等との連携。
- ③入所施設の無いこの地域において、安心して暮らすことが出来るホーム作り。
- ④緊急時の受入体制の整備。安心生活支援事業始め緊急一時レスパイトや短期入所の緊急受入など。
- ⑤入居者の意思を尊重した取り組み（一人暮らしに向けた支援・個人レクリエーション活動など）
- ⑥重度障害に対応できる特殊浴室の整備と活用。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年7月11日（契約日）～ 令和8年3月24日（評価決定日） 【令和7年11月14日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3回（令和4年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆理解しやすい中・長期計画

中・長期計画については、法人の理念や方針を記載する他、法人が立てた計画を実行可能な内容とするために、各部門が立てた計画がA3サイズの用紙1枚に端的に記載されている。また、計画で取上げた取組みに対する予算も連動しており、非常に見やすい内容となっている。中・長期計画について、進捗状況を確認する仕組みも確立している。

◆地域との交流

地域の合同防災訓練やお祭り、資源回収の取組みに参加する等、グループホームを取り巻く地域住民との関わりが多く、地域に溶け込んだサービス提供を行っている。利用者に関しても、自らが地域の一員であることを自覚している。

◆事業種別に配慮した工夫

一部のホームにはなるが、車椅子対応のホームや強度行動障害を持った利用者が居住するホーム等、同じ建物内でもユニット化で対応し、障害特性に合わせた環境と支援を行っている。また、市内には入所施設ないことから、短期入所事業が必須となっており、市から委託を受け、その事業をグループホーム内にて行っている。グループホームは、利用者にとって「家」であることを意識して、短期入所者用の玄関をホーム利用者とは別に用意し、空間を間仕切りで区切る等、双方への配慮を持って支援している。

◇改善を求められる点

◆手順書（マニュアル）等の作成

組織として、事業が適切に運営されていることは確認できる部分が多い。しかし、手順書や運営に関する説明等、弱い分があるため、この点について改善が必要となる。手順を文書化することで支援の標準化や均一化が図られ、質の高い支援の提供を担保することとなる。また、新任職員の教育用としても活用できる。

◆マニュアルの最新版管理

マニュアルの作成日や改定日は記載があるものの、ファイリングされているマニュアルの中には、日付けの古いものも散見された。原則、規程やマニュアル等の文書に関しては、最新版管理が必要である。作成日(改定日)の日付けの記載は必須であり、日付けの最も新しいものを現行版として使用することとなる。日付けの異なるマニュアルが複数存在することは許されず、日付けの古いもの(旧版)は差し替えて廃棄することが求められる。文書の最新版管理を徹底されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて管理者が交代したところでの受審となりました。中長期計画や、地域との交流などホームならではの活動を評価していただきました。改善点として挙げられた「手順書(マニュアル)の作成については、アドバイスをいただいた後すぐに着手していきました。毎回、気づきをいただき、大変有意義なものとなっております。

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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 理念は、法人のパンフレットやホームページに掲載されている。基本方針については、中・長期計画に記載がされている。職員に対しては、会議を通して確認している。利用者家族に対しては、職員が家族会に参加して説明を行っている。利用者に対しては、事業計画の説明の際に、ルビを打った書面を配付して行っている。			

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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 福祉事業の動向については、自立支援協議会や東三河北部圏域会議への参画を通じて、地域の課題を把握している。これらの情報を経営管理者会議に挙げ、情報を共有して課題に対する取組みについて協議している。利用者の利用率等の経営的視点についても、経営管理者会議にて共有されている。また、毎月会計士の巡回により、データ分析も行われている。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 本部事務局会議や経営管理者会議等を通じて、経営課題の抽出や共有が行われている。課題については中・長期計画にも反映させ、計画に連動する形で収支計画も立てられている。課題に対する職員への周知方法としては、正規職員と世話人に対して会議を通じて行われている。			

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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 中・長期計画は3年ごとに見直され、現在第6期のものが策定されている。計画の策定にあたっては、前回（第5期）を振り返った上で、部門ごとに策定を行った。実施状況については、経営管理者会議にて確認を行っている。計画の内容は端的に書かれ、予算の必要なものは「予算書」（A3サイズ1枚）に落とし込まれ、見やすい内容になっている。			
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	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 単年度の事業計画は中・長期とリンクしており、具体的な内容になっている。計画の内容については、会議を通じて進捗状況を確認しており、このことから実現可能な内容になっていることがうかがえる。課題としては、グループホームの経営の視点において、物価上昇への対応や空室改善等が挙げられる。			

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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 事業計画の策定にあたり、毎月行われる経営管理者会議や隔週行われる法人サービス管理責任者会議、世話人会を通じて実施状況や評価を行っている。この時に参加している職員からの意見を参考にする等、職員意見を計画に反映させている。課題としては、事業計画が年度当初のみの確認になってしまっており、見直しの手順等に改善の余地がある。		
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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> 事業計画を利用者に理解してもらうために、分かりやすい資料の作成やルビを打つ等の工夫をして配付している。家族に対しては、家族会の総会で説明を行っている。利用者や家族から意見や要望が出されるが、個人的な内容が多いため、事業計画に落とし込める内容のものを選んで、事業計画に反映させている。		

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	㉓ ・ b ・ c
<コメント> 支援の質の向上を図るため、サービスの満足度に関するアンケートを実施している。このアンケートの集計結果は、会議を通して職員とも共有している。第三者評価を定期的に受審しており、受審をしない年は事業所で振返りを行っている。第三者評価の受審結果や振返りの内容についても、職員間で共有されている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 評価結果の内容を整理して書面に落とし込み、経営管理者会議で共有されている。その後、ホームのサービス管理責任者会議や世話人会議に情報を下ろし、共有を図っている。下ろされた情報に対し、職員からの意見を取りまとめ、改善計画に反映させている。改善計画は組織立てて行われているが、さらなる質の向上のため、職員による課題提案のスキル向上を目指されたい。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 法人の「倫理綱領」に法令順守の規定が設けられている。また「経理規程」等の法人の規定集に基づき、職務を執行している。管理者は県が主催する研修会で講師を務めており、事業所においても事業と職員を一体的に管理している。自らの考え方や方針については、各種会議の中で表明している。			
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 「職員倫理綱領」に「法令順守規程」が記載されている。管理者は県が実施する様々な研修に関わっており、最新の情報を取得する機会を得ている。関連法規についても豊富な知識がある。法人内でカスタマーハラスメントの研修を実施する他、虐待防止や意思決定支援、合理的配慮に関する研修を実施し、職員への周知も図っているが、勤務体制による周知方法に課題がある。			
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> 支援に対するアンケートを実施し、分析を行っている。また、定期的に第三者評価を受審しており、受審以外の年度においては、自己分析と第三者評価で明らかとなった課題の改善計画を立てている。改善計画については、現場の職員にも会議を通して周知を図っている。改善を進めるにあたり、定期的に進捗状況を確認している。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 人事や労務、財務状況について、本部事務局会議や経営管理者会議にて情報の共有が行われている。また、事業所運営に直結する週末帰省による利用率の把握を行い、改善に対する視点を持っている。経営に関する情報については、ホームのサービス管理責任者会議や世話会に下ろしているが、職責に応じて共有する内容を調整する等の配慮も行っている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 人材育成として、新任職員研修やOJTを実施している。支援が難しい利用者の受入れ体制作りと職員教育の視点から、強度行動障害支援者の配置を進めている。人事考課については、「チャレンジカード」に職員が個人目標や業務評価を記入し、年に2回面談を行っている。課題として若手職員の確保があるが、法人としても獲得に向けて積極的な募集の取組を行っている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ② ・ c
<コメント> 「チャレンジカード」による年2回の面談を使い、人事考課の制度が運用されている。「チャレンジカード」には個人目標が記載されており、中間の管理者面談で進捗状況を確認し、年度末の面談で最終評価を行っている。この取組により、職員が将来ビジョンを積み上げることができる仕組みになっている。法人の「期待する職員像」については、周知の面で弱い部分がある。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 職員の有給休暇の取得率については、月単位で把握されている。職員の健康面については、健康診断の他に、年に1度ストレスチェックを実施している。結果によっては、産業医に協力してもらう体制が作られている。職員の悩みやハラスメントに対する取組としては、担当の相談窓口を設置している。職員面談や相談を通して、就労条件等の配慮も行われている。			

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
<コメント> 年に2回の面談で使用する「チャレンジカード」に記載された個人目標を通して、事業所の方針も併せて確認を行っている。目標の設定は1年で達成することを目指しているが、中間期の面談での進捗状況を確認することで、目標達成に向けての目安を立てている。「期待する職員像」に対する職員の理解については課題がある。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 研修委員会が設置され、研修計画が立てられている。研修は、新任職員研修と経験年数に応じた初級研修と中級研修が行われている。利用を希望する利用者像を踏まえ、強度行動障害支援者養成研修の受講を行う等の取組みも行われている。研修実施後の職員の反応等を分析し、研修内容の見直しを行っている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人研修は研修委員会の立てた年間計画に沿って実施され、新任職員に対してはOJTを実施している。外部研修については、職員に対し、県や県・社会福祉協議会、愛知県相談支援専門員協会等が実施する研修の情報を案内している。研修後には効果測定として研修実施半年後に振り返りを行い、研修効果を確認している。研修に参加できない職員への伝達方法に課題がある。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 実習生の受入れのマニュアルがあり、研修プログラムについては、指導者研修を受講した職員が養成校と調整を行い、法人の全事業所を体験できるよう配慮している。そのため、実際の受入れ時には、各事業所とも連携を図っている。課題としては、各事業所の指導者に対する研修等の実施や、グループホームにおける対応に関する手順書等の整備が挙げられる。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ホームページには法人の理念や基本方針、事業所の内容や事業計画、決算書等が掲載されている。また、第三者評価の受診結果や苦情解決に関する情報も記載されている。年2回法人機関紙を発行し、後援会や民生委員児童委員等に配布する他、機関誌のバックナンバーをホームページに掲載している。広報紙の配布については、さらなる工夫を期待したい。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 法人の規程集の中に、「職務分掌」や「経理規程」等が定められている。運営全般については法人監事による内部監査を実施し、財務・会計面は会計士に委託して実施している。会計士は事業所に月に1度巡回して監査を行い、事業所の課題等の抽出や分析を行っている。この内容については、経営管理者会議にて共有し、その後事業所の会議にて課題が協議されている。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 地域との関わりについては、職員の入職時研修で基本的な姿勢について説明を行っている。地域交流として、地域の盆踊り大会への参加の他、ゴミ当番や回覧板等を通して交流を行っている。地域の防災訓練にも参加している。地域の社会資源の情報は、インターネット等を活用して提供している。利用者のニーズに従い、ヘルパーの利用についてもサポートしている。		

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> ボランティアに関するマニュアルを整備している。学校教育への協力については、利用者の日中活動の場であるレインボーはうすや西部福祉会館の事業を通して行っている。課題としては、グループホームとしての独自のマニュアルの整備の他、ボランティアに対する交流時の支援方法の確立が挙げられる。		
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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 自立支援協議会や圏域会議に参加する事で、地域の各団体等との連携が強固になっている。会議では、情報交換や地域の共通課題の抽出等を行っている。参加した会議の内容は、経営管理者会議や各会議で共有されている。地域に共通する課題に対しては、中・長期計画にも反映させて対応している。「社会資源リスト」の整備については弱い部分がある。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 自立支援協議会や圏域会議に参加し、地域の課題の抽出等を行っている。また参加した会議の内容は、経営管理者会議や各会議で共有されている。地域の課題に対しては、中・長期計画にも反映させて対応している。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 地域ニーズとして挙げた暮らしの場の課題に対し、新城市からの委託事業として安心生活支援事業を行っている。この他、独自のサービスとして、緊急一時レスパイトも実施している。年に1度、法人を挙げて市民フォーラムを開催し、地域に向けて情報を発信している。地域の一員としての意識を持ち、地域の合同防災訓練にも参加している。		

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>法人全体で行う権利擁護に関する研修を実施し、参加できない職員については資料の配付と共に、所感を書いてもらう仕組みがある。理念を施設内に掲示し、ホームページやパンフレットでも確認することができる。独自の「虐待防止チェックリスト」を実施し、職員自身が普段の支援で疑問に思う事の洗い出しを行い、人権について考える機会としている。</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>一部のホームでは、同じ建物内であっても車椅子を必要とする利用者向けのユニットと、強度行動障害のある利用者のユニットに分けて管理を行う等、障害特性に合わせた環境を用意している。ショートステイについては、グループホームは利用者の家であるという考えの下、玄関や居室、生活空間を別に設け、生活全般についてプライバシーを守る工夫が見られる。</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>事業所独自のパンフレットはないものの、ホームの状況を詳しく説明した「ホーム概要」や法人全体のサービスを紹介するパンフレットが用意されている。ホームページでの情報公開や機関誌を年2回発行する等、あらゆる形で情報発信に努めている。見学には随時対応し、上記のツールを使いながら丁寧な説明を行っている。</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><コメント></p> <p>「重要事項説明書」や「契約書」の説明においては、分かりやすくかみ砕いて説明を行うよう努めている。これらの書類は難しい内容が記載してあるため、通常であればルビ振りの書類を用いるところだが、1日の流れを記した書類や写真付きの書類を用い、できる限り分かりやすく説明しようとする工夫がある。</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>他事業所等への移行後の担当窓口は、管理者および相談支援専門員と決めて対応している。個別支援会議を開催して関係機関と情報共有し、引継ぎを行う仕組みは整っている。ただ、そのための手順や使用する様式は明確な取決めがないため、漏れなく確実に引継ぎを行う事ができる体制の整備が望まれる。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年に1回、満足度調査を実施し、サービス全般について書面にて把握する仕組みがある。利用者と家族の満足度が異なる点も考慮し、それぞれの立場で記載する内容となっている。その他、個別支援計画の説明時や家族会開催時におけるヒアリング等も、満足度を把握する機会となる。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情対応に関する仕組みは十分に整っており、受け付けから解決・公表までが適切に処理されている。それらは、記録ファイルやホームページで確認することができる。自立度の高いホームでは、利用者と職員が話し合う「懇談会」があり、要望や苦情等を早い段階で拾う機会がある。「意見箱」を設置する等、複数の取組を行い、要望や苦情を真摯に受け止める姿勢がある。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>意見や相談に対し、複数の方法や相談相手を自由に選べる事を記した掲示物はない。しかし、グループホームの特性上、日頃より職員との距離が近く、いつでもどこでも話せる空間であるという強みを生かして利用者の相談に応じる体制を整えている。相談場所も、主に個々の居室を利用したり、場合によっては人のいない時間に個別で対応する等、配慮して対応している。</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>利用者からの相談ごとや意見、要望については、受け付けた職員がサービス管理責任者に報告し、最終的に管理者に届く仕組みとなっている。また、記録としては情報共有のための「スタッフノート」に記載することもある。課題として、これら一連の取組みがマニュアル化されておらず、対応の手順が明確になっていないことが挙げられる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事故発生時における手順が示され、一連の流れで職員は動く事ができる。また、法人統一の様式を用いてヒヤリハットの記録が行われており、その中には具体的な対策も記載されている。作成後は世話人会議にて周知し、管理者同士が集まる会議やサービス管理責任者が集まる会議にて、その内容が共有されている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の感染症対策委員会が組織され、定期的に会議が開催されている。感染症に対するBCP（事業継続計画）が作成されており、研修資料としても活用されている。研修はグループホーム内で行われ、BCPの読合わせや内容の確認、防護服の着脱方法の周知等を行い、感染に備えた対策を行っている。</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>防災委員会が設置されており、年間計画に基づいて避難訓練等を実施している。災害が実際に発生した事を想定して、「きずなネット」を利用した安否確認の実地訓練や、自宅より2km圏内のグループホームに出勤する取組を行う等、机上のみならず実際に体を使った訓練も行っている。</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>標準的な実施方法として、掃除や投棄・誤薬に関する事、感染時の対応等の手順書が複数用意されている。ポリシーとしては決して多くはないが、その他の掲示物やチェックリスト等を確認することで、標準化されたサービスが提供できるようになっている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>作成されたマニュアルについては、見直された日付けや作成した日付けの記載はある。ただ、見直し時期が明確に定まっていないため、組織として期日を定めることが望ましい。実際に見直しを行ったことの根拠が、記録として確認できなかった。見直しの結果、変更があったのか、なかったのか、変更箇所があればどこが変わったのか、これらを記録に残すことが望まれる。</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	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人で定められたアセスメント様式と個別支援計画の様式を使っている。これら一連の書類については、法人内のサーバーに保存されているため、相談支援専門員も適宜内容の確認および把握が可能である。サービス管理責任者や現場支援員、看護師等、関係職種が集まって支援会議等を行った上で、アセスメントを作成する仕組みが構築されている。</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	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しのタイミングは6ヶ月に1回を基本とし、全利用者一律で1月と7月がその時期となっている。見直しに関わる職員は、サービス管理責任者をはじめ、現場で直接関わる常勤の生活支援員や看護師等、複数の職種で対応している。サービス等利用計画の見直し時期とはずれているが、相談支援専門員と連携を図り、整合性の取れた内容となっている。</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	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>日々の「ケース記録」にサービス管理責任者がマーカーで線引きし、特に職員に見て欲しい箇所を示す等、記録に対する周知の工夫がある。記録用紙は法人所定の様式で、基本的にエクセルでの入力となるが、グループホームの場合、年齢的な理由で世話人がパソコンを使う事が難しいケースもあり、ホームの実情に合わせて手書きの記録とする等、柔軟な対応を取っている。</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 ・ ㉗ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者に関するデータは、基本的にサーバーに保存されているが、データ一つを開く際にもパスワードの設定をしており、セキュリティの強化に努めている。職員への教育については、入職時に「個人情報保護規程」をはじめ、個人情報の取扱いの留意点を説明する仕組みは整っている。しかし、その後継続して、もしくは定期的に研修・周知の機会がないため、改善を要する。</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> ホームの職員が外出支援を行う事はあるが、ホームヘルプ事業を活用し、ホームだけでは実現できない利用者のニーズを実現させる取組を行っている。買い物や理・美容関連については本人の希望を尊重し、ホーム職員が調整の上、ヘルパー利用につなげている。ヘルパー利用も一時期よりは一人当たりの回数は減ってはいるが、対象利用者は全体の半数以上を占めている。			

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・b・c
<コメント> 法人の「虐待防止・身体拘束適正化委員会」が設置されている。年2回の研修を行い、利用者に対する人権意識を高めている。事業所独自で作成した「虐待防止セルフチェックシート」を活用し、虐待の早期発見に努める仕組みがある。やむを得ず行う身体拘束についても、所定の手続きを経て、利用者・家族の同意の下に行い、記録等も整備されている。			

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> 様々な工夫により、自立生活に向けた取組を支援している。多くの利用者が持っているスマートフォンの管理方法や金銭管理に関する支援、「お薬カレンダー」を用いて利用者自身で服薬が行える環境整備、視覚的効果を活用したカレンダーでの日常生活の自己管理、シールを用いた目標達成への共感等、利用者の状況に合わせた支援がある。			
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> ホームごとに特徴があり、自立度が高いホームや車椅子で生活するホーム、強度行動障害を有する利用者が暮らすホーム等、多種多様であるが、全てを通じて言葉だけに頼らず、絵カードや、文字盤、トーキングエイド等、コミュニケーションツールを適宜活用し、言語に捉われることなく、視覚的に会話のキャッチボールを行う体制が整っている。			

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> 利用者の意思決定支援を尊重する取組みとして、買い物で購入する物を本人主体で決めたり、ご飯にかけるふりかけを複数用意して自ら選んでもらう等がある。障害の重い利用者に対しても、支援の方針として、「利用者の意思」を大切にしたい取組みが行われている。			
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・b・c
<コメント> 利用者のニーズは様々であるが、集団として一括りにして対応するのではなく、あくまで「個」を尊重して対応する姿勢がある。具体的には「ディズニーランドに行きたい」や「北海道に行きたい」といった、個別の希望を把握し、事業所としてその希望を実現させようとする姿勢がある。外食や水族館外出、地域での盆踊り大会への参加等、多様なニーズにも対応している。			
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	a・②・c
<コメント> 強度行動障害支援者養成研修の受講や法人研修を通じて、障害の理解促進に努める取組みがある。特に内部研修では、「新人研修」、「初級研修」、「中級研修」等の階層別に対象者を定め、経験に見合う内容の研修を行っている。ただ、世話人・生活支援員の不足により、研修に参加できる機会が少ない事が課題となっており、隙間時間を使う等の工夫が求められる。			

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>食事の提供は、食材とレシピが届くサービスを利用している。メニューは献立の中から肉や魚を選択できる仕組みとなっており、利用者の声を参考にして選択を行っている。食事形態は、一口大やごく刻み、ペースト等、個別に対応し、量についても調節が可能である。入浴は、一部のホームでは機械浴が導入されており、利用者の障害特性に合わせた支援が行われている。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>ホームによっては、広々とした廊下と居室を備え、機械浴が設置されている等、日常生活を送る上で快適で安心できる環境となっている。グループホームは「家」という考えであるが、短期入所をホームで行っているため、その工夫として玄関を別に設け、宿泊空間をホーム利用者と完全に分ける等、短期入所を提供しながらもホーム利用者の安心した生活を担保している。</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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>法人職員で複数の事業所を兼務しているPT（理学療法士）の助言を得て、ホーム職員でもできる事を行っている。足の曲げ伸ばしや朝放送されているテレビ体操を取り入れる等、些細なことではあるが実施している。一部の利用者は訪問マッサージを週に1~2回利用する等、外部サービスを利用して機能訓練等を行っている。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>日々の健康チェックとして、検温は必須として実施している。月に1回体重と血圧が記録されているが、通所施設で行った情報を入手し、共有して記録している。また、通所施設の看護師が定期的に様子を確認するために巡回し、年に1回健康診断を行う等、様々な形で健康管理を行っている。緊急で通院する際は、既往歴等が記載された「個人カード」を活用している。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>「緊急対応マニュアル」を整備し、不測の事態に備えて必要な対応が手順として定められている。薬の管理については、壁掛けポケットに職員が薬をセットし、自立度の高い利用者は職員見守りの下、自身で服薬している。その他、アレルギー対応や投薬チェック体制等が整っている。医療的ケアは投薬支援以外は難しく、その状況や意向を外部に発信している。</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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>グループホームが立地する地区における資源回収活動への参加や、地域の防災訓練への参加、新城市青年学級と行うボッチャ等、地域に出向いて社会参加に取り組む機会が用意されている。その他では、実際の店舗等へ出向いて、お金の使い方を練習する機会がある。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>市委託の「安心生活支援事業」と連携し、1人暮らし体験の場を確保している。具体的には、市がアパートの一室を借り、その部屋を緊急一時避難や1人暮らし体験の場としてサポートしている。サテライト型ホームが1ヶ所あり、1人暮らしの利用者に対して見守り支援を行っている。重度・軽度を問わず、様々な利用者が希望通りの地域生活を送れるよう支援している。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者および家族の高齢化が進み、宿泊帰省が可能な利用者が減少し、多くの利用者が日帰り帰省や面会対応となっている。そのような中、家族に対して事業報告の集まりに参加を呼び掛け、家族会には職員が参加する等、家族との交流を積極的に行う姿勢を示している。利用者の生活等については、帰省時や個別支援計画の説明時等、いくつかの機会を通して伝えている。		
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	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		