

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：ひまわりホームⅡ	種別：共同生活援助	
代表者氏名：齊藤 英昭	定員（利用人数）：20名（19名）	
所在地：愛知県尾張旭市東本地ヶ原3-25 セゾンプラザドール晴丘111		
TEL：0561-53-9500		
ホームページ：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：4名	非常勤職員：11名
専門職員	（管理者）1名	（サービス管理責任者）1名
	（生活支援員）2名	（世話人）11名
施設・設備の概要	（居室数）20室	
	（設備等）キッチン7ヶ所	リビング8ヶ所・トイレ8ヶ所
	浴室7ヶ所、洗濯機7台	サテライトホーム1ヶ所

③理念・基本方針

★理念

・法人

ひまわり福祉会は、利用者ひとり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、地域に貢献できる法人をめざし、全ての人々に対し開かれた、透明で健全かつ活力のある法人作りを行います。

・施設・事業所

地域で暮らすことをトータルでサポートしながら、一人一人の生きることを一緒に考えます。

★基本方針

- ・一人ひとりの生きる事を利用者とともに考えます。
- ・どんな方でも社会参加できるように、専門性の高い支援を行います。
- ・地域福祉の増進のために努力します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・地域で暮らすことをトータルでサポートしながら、一人一人の生きることを一緒に考えます。拠点内に通所だけでなく寝食も含めてサービスを展開し、一人ひとりに合わせた支援を提供しています。
- ・地域行事に参加し存在と交流を大切にしながらの暮らしをする。
- ・外出、通院の支援を実施し、利用の安心や楽しみ、地域で暮らす事の感じられる様にサービス提供をしています。
- ・重度障害に対応できるように研修を受講して支援に質を高めている。
- ・一般住宅の中で暮らし、地域行事に参加し、地域の中で必要なスキルを学べるような環境を提供している。
- ・サテライトホームを設置し地域で一人暮らしをする為のステップを準備して、利用者に自信をもってもらえる様に支援をしています。
- ・低価格設定でサービスを提供し幅広いニーズに対応しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年5月28日（契約日）～ 令和8年3月30日（評価決定日） 【令和7年10月30日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	2回（令和4年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆利用者の自立を支える取組み

理念・基本方針に基づき、サテライトホームの設置による利用者の自立支援を図っている。一人暮らしを目指す利用者は、サテライトホームでの体験を経て社会に出ていく。自立後もフォロー可能な体制を整え、利用者が地域の一員としての活動が継続できるよう支援している。

◆利用者の自立性を尊重した支援

利用者のニーズの把握に努め、自分で出来る事は自分で行ってもらえるように見守りを行っている。また、掃除・買い物・調理実習等、生活訓練をする機会を作っている。

◇改善を求められる点

◆事業計画の策定

単年度の事業計画は、中・長期計画を踏まえた活動や現状の課題改善への取組みが反映されて策定されている。しかし、活動評価をする基準が明確にされていない。活動しやすくするためにも評価基準を明確に示すことが望ましい。

◆マニュアル整備

マニュアルは作成されているが、更新・修正等の期間が決められておらず、サービスの標準化にバラツキが見られる。マニュアルの整備体制について検討が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ひまわりホームⅡは、地域の皆さまとともに、自立を目指す利用者の暮らしを支えるグループホームとして一定の評価をいただいていることを確認できました。今後も、幅広い生活支援を提供しつつ、一人ひとりに合った個別支援の実現を目指してまいります。

また、サテライトホームの運営を通じて、強度行動障害のある方への支援体制をさらに強化し、安心して地域で生活できる環境づくりを進めていきます。今回の第三者評価で示された「未点検項目の体制整備」については、改善に向けて数値化・可視化を行い、計画的に取り組むことで、支援の質の一層の向上を図ってまいります。

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 | 福祉サービスの基本方針と組織

1-1 理念・基本方針

		第三者評価結果	
1-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
1-1-(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	①	b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念・基本方針を事業所の理念・方針として、ホーム内に掲示するとともにホームページにも掲載し、誰でも閲覧できるようにしている。理念・方針に基づく活動は、毎年度拠点ごとの「重点目標」に落とされ、事業所独自の支援が実践されている。事業所では理念・方針に基づいて、サテライトホームを設置し、地域で一人暮らしができるよう支援している。</p>			

1-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	
1-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
1-2-(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
<p><コメント></p> <p>県の知的障害者福祉協会からの情報発信や、自立支援協議会の全体会・部会に参加し、社会福祉事業全体の動向や地域の福祉動向、環境の変化等を情報収集・把握している。周辺地域では、障害児ケアや重度対応へのニーズが高まりつつある状況となっている。法人および事業所では、それらの情報を把握・分析し、法人・事業所の運営に反映させている。</p>			
1-2-(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	②・c
<p><コメント></p> <p>ホームの老朽化対策や記録類の電子化対応等、現状の課題を明確にし、年度ごとの「アジェンダ」（会議の議題等のまとめ）に取りまとめられ、事業計画として具体的な取組みが図られている。パネルの張替え等のリフォーム、記録類の電子化への移行等を計画的に進めている。今後は、現状の課題だけではなく、中・長期的な視点での課題も明確化することを期待したい。</p>			

1-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	
1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
1-3-(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
<p><コメント></p> <p>5年を一つのスパンとして、法人の中・長期計画が策定され、事業所の中・長期計画も含まれている。事業所では、利用者が安心して地域の一員として生活できるよう「居住空間の安定化」を図っている。中・長期計画は、単年度事業計画に落とされ、重点目標により事業所全体での活動に繋がられ、ホームの老朽化対策等が計画的に実施されている。</p>			
1-3-(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	②・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画を踏まえ、単年度の事業計画が策定されている。事業計画には「地域の福祉資源として」や「サービスの質の向上」、「安心・安全の環境づくり」等、カテゴリー別にアクションプランが策定されている。事業計画には、より活動しやすくするためにも、数値目標や達成度合い等の活動評価ができる基準を明確にしておくことが望ましい。</p>			
1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
1-3-(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
<p><コメント></p> <p>事業計画の各活動は、毎月開催される職員会議の場で実施状況を確認し、意見を出し合って評価・見直しを行い、改善に向けて取り組んでいる。10月に活動状況を中間評価し、必要に応じて改善を図り、翌年3月に総括（最終評価）をして次年度の計画策定に繋げている。策定された事業計画は、職員に配付して周知を図っている。</p>			

1-3-(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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 事業計画は、利用者会議や家族会を利用して周知を図っている。事業計画に基づく活動は、毎月のお便りやホームページのブログを利用して知らせている。説明文にはルビを付ける等、分かりやすい資料作りに努めているが、利用者により理解力が異なることから、意思疎通が難しい利用者に対しては、分かりやすく丁寧に説明する等、今後の取組みに期待したい。</p>		

1-4 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
1-4-(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。		
1-4-(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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> サービスの質の向上は、「利用者の必要な情報を残す・伝える」ことが大切と管理者は認識している。今年度の重点目標で、記録類の電子化や情報を職員間で共有する仕組み作り、接遇や記録の取り方・残し方等をOJTや研修を活用して周知すること等を掲げている。事業所内での研修は動画研修を含め、その都度タイムリーな内容で実施している。</p>		
1-4-(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
<p><コメント> 利用者アンケートの結果を集計・分析し、課題を抽出している。3年前に第三者評価を受審し、評価結果を基にした改善活動を実施しているが、事業運営に関する自己評価等は実施していない。今後は、第三者評価項目のうち、改善の必要な項目や気になる項目等を抜粋し、定期的に確認することが望ましい。また、事業運営や支援活動全般について自己評価の実施を検討されたい。</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	ⓑ・c
<コメント> 施設長の職責は、「運営規程」や「ひまわり 組織図」によって明文化されている。施設長不在時の権限委任は「暗黙のルール」とされ、文書化されていない。事業所内の防災訓練等は、施設長不在でも実施し、施設長不在でも支障が出ないよう、職員の役割・責任の周知・浸透は図られている。現状の役割・責任、権限など、職務分掌を明文化しておくことが望まれる。			
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	a	ⓑ・c
<コメント> 法人や行政からの通知を受け、県・知的障害者福祉協会や社会福祉協議会の研修にも参加し、法令順守に努めるとともに、必要に応じて職員にも周知している。法令・指針の改正は、事業所内で利用するマニュアルや手順書等の見直し機会ともなるため、予め関連する法令・指針を特定し、定期的に改正状況を確認する等の仕組みづくりが望まれる。			
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> 毎月の職員会議で動画研修を行い、質の高いサービスを提供している。問題点や課題が発生した際には、口頭発信に加え必要に応じて書面により対応・対策を示している。職員間で情報を共有し、利用者が自立した生活が営める環境づくりに取り組んでいる。			
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> 記録類の電子化等のICT化を進めるとともに、今年度内にはタブレット端末の増設等が予定されている。利用者の住環境の整備として、エアコンの清掃や電子レンジの入替え、リフォーム等が計画的に進められている。今年度は送迎車を1台増車し、利用者の利便性向上が図られた。事業所では、職員や世話人からの様々な声を吸い上げ、優先順位をつけて環境整備を行っている。			

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	ⓑ・c
<コメント> 正規職員の採用は法人が主管し、非正規職員は事業所での採用を行っている。非正規職員の採用に際しては、地域誌に求人情報を掲載することで応募が得られ、就業時間等の条件に合わせた採用を行っている。業務に必要な資格・認定保有者の情報もリスト化され、確保も計画的に実施されている。非正規職員の高齢化に伴い、計画的な採用の必要性が高まっている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	Ⓐ	b・c
<コメント> 正規職員は、「人事考課実施規程」に基づいた職位による職能レベルが明示されたCUP（キャリアアップ）シートにより、年間の活動目標を策定し、定期的な面談により活動状況の確認や改善・評価が行われている。評価に際しては、5段階評価で相対的に公平な評価に努めている。非正規職員は契約更新時に面談を行って評価をしている。			
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	a	ⓑ・c
<コメント> 勤怠管理はシステム化され、施設長は適宜、職員の就業状況を確認することができる。時間外労働はほとんどなく、本人意向による有給休暇の消化もできている。メンタルヘルスに関しては、セルフチェックの他、産業医のカウンセリングで対応している。法人で福利厚生クラブに加入し、利用を促している。業務体制から、正規職員の長期休暇の取得に課題がある。			

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
<p><コメント></p> <p>CUPシートを用いた面談を定期的実施し、アクションプランの進捗を確認している。必要に応じて改善にも取り組み、年度単位での目標達成により職位レベルの向上を図っている。教育・研修の記録は年度単位での管理となっているため、キャリアアップに繋がる教育・研修履歴においても職員別に管理する等、職員一人ひとりの育成に資する仕組み作りが望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画において、重点目標として「サービスの質の向上」を掲げ、教育・研修に関する方針が示され、法人内・事業所内及び外部研修が計画されている。外部研修においては、研修報告により事業所内で共有されているが、アクションプランの評価までは行われていない。教育・研修の効果確認のためにも、アクションプランの評価をすることが望まれる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人内・事業所内研修は、階層別、職種別、テーマ別それぞれの研修の機会を設け、会議等を利用して実施している。外部研修は、シフト調整をした上で参加機会を確保している。サポーターズカレッジはオンラインでの受講であり、時間に関わらず閲覧できる環境が整えられている。新人や経験の浅い職員に対してはOJTを行う等、習熟度に応じたフォローに努めている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>前回の第三者評価では「非該当」とされた項目であるが、連携施設として事業所見学に対応しており、施設長も要望があれば受入れに肯定的な考えを持っている。障害者グループホームも、障害者福祉を目指す実習生にとっては貴重な体験を積める場ともなるため、体制やマニュアルを整備することを期待する。</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><コメント></p> <p>ホームページや広報誌を利用して事業所の理念や基本方針、サービス内容等の情報を公開している。苦情・相談の体制は、「重要事項説明書」に明記して周知している。寄せられた苦情・相談は、対応フローをホーム内に掲示するとともに「苦情解決規程」に沿って対応し、広報委員会を通してホームページで公表している。第三者評価結果についても、公表することが望ましい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所内の事務、経理、取引等に関しては、「経理規程」や「組織規程」で職務分掌を明確にして適切に運営されている。法人監事による内部監査として、会計のみならず業務の適正や法令遵守状況等の監査を年1回実施している。市や県の行政監査も受け、指摘事項があれば速やかな改善対応に努める等、適正な事業所運営に取り組んでいる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画の重点目標に「地域の福祉資源として」を掲げ、地元のふれあい運動会や校区の自主防災訓練等に参加して利用者と地域との交流を広げている。自治会にも加入し、地域行事の案内をホーム内に掲示して利用者に積極的な参加を促している。事業所ではサテライトホームを設置し、利用者が地域の一員として自立できるよう支援している。</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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> グループホームは夜間の支援となり、職場体験等の学校教育には協力しずらく、ボランティアも活用が難しい環境にある。現状ボランティアの受入れは行っていない。しかし、地域行事への参加等の外出支援においては、ボランティアの活用が想定できる。ボランティア受入れに関する体制やマニュアルの整備等、ボランティア受入れの仕組みづくりに期待する。		
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	㉕ ・ b ・ c
<コメント> 支援に必要な社会資源は、利用者別に作成して個人別ファイルに保管している。また、関連事業所（日中活動の事業所等）をリスト化して管理している。各関連機関とは会議への参加等で情報共有するとともに、個別の課題解決やニーズの実現について連携できる体制が整えられている。		
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 ・ ㉖ ・ c
<コメント> 県・知的障害者福祉協会や社会福祉協議会経営青年会の会議などに参加し、福祉の動向やニーズの把握に努めるとともに、拠点ひまわりとして自立支援会議にも参加して情報共有している。また、各関連機関と連携して福祉ニーズの把握に努めている。地域との交流の中で、地域の福祉ニーズや課題を把握するための取組みに期待する。		
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	㉗ ・ b ・ c
<コメント> 自治会に参加し、年間の活動計画にも組み入れて清掃活動や防災訓練・運動会等の地域活動に積極的に参加し、地域貢献に関わる活動を実施している。拠点ひまわりが福祉避難所登録を行っており、事業所でもBCP（事業継続計画）を策定し、被災時においても継続した福祉サービスが提供できる体制が整えられている。		

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>理念や基本方針、倫理綱領が策定されており、職員には職員会議の次第に記載して意識を高めている。また、8月の全体研修で権利擁護の研修を行い、共通理解を深めている。さらに、非正規職員にはサポートーズカレッジ(Wed講座)の受講を推奨し、所感を職員会議で発表してもらい、理解度を評価している。</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	a	② · c
<p><コメント></p> <p>プライバシーに配慮して個室化がなされ、希望者には鍵が渡されている。また、相談や面談をする際は、プライバシーを確保するため事務室で行っている。ただ、プライバシーに関するマニュアルは策定されておらず、利用者・家族にも契約時に口頭での説明で終わっている。マニュアルを策定し、職員全体で意識を高めていくことが望まれる。</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	a	③ · c
<p><コメント></p> <p>法人総合パンフレットが作成され、事業所独自の概要が記載された資料もある。ホームページも開設され、ブログにてグループホームの様子が伝えられている。見学・体験利用者に対応しており、実際にグループホームに来てもらい、説明を行っている。ただ、パンフレットが公共施設等に置かれていないため、多くの方が入手できるように改善することが望まれる。</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	a	③ · c
<p><コメント></p> <p>利用開始時は、「利用規約書」や「重要事項説明書」を使用し、利用者や家族の分かりやすい言葉で説明して同意を得ている。ただ、説明書類の分かりやすさや理解しやすさの工夫と配慮に改善の余地がある。文字のみの表記になっているため、イラストや写真等を用いた分かりやすい資料の作成が必要である。</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	③ · c
<p><コメント></p> <p>ホームから一人暮らしの希望があり、相談支援事業所とも話し合いを行い、一人暮らしに向けてのサービスを展開することが出来ている。その後のフォロー体制も出来ていた。ただ、事業所の変更・移行の手順書やサービス終了後の相談方法についての文書が作成されていなかった。手順書を作成し、サービスの継続における差異を生じさせない取組みに期待したい。</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	④	b · c
<p><コメント></p> <p>普段の生活や会話などから利用者のホーム生活の満足度を把握し、利用者向けのアンケートを年に1回行っている。アンケート結果を職員会議で分析・検討し、利用者会議にて結果を公表している。アンケート結果からイベントの企画・立案・改善に繋げている。</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	④ · c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制が整備されており、ホーム内にも掲示されていた。「重要事項説明書」への記載もあり、利用者や家族へ周知されている。苦情解決の記録もあり、ファイルリングされ、法人内で情報を共有している。現場職員（世話人）が参加して苦情に関する改善策を検討することはなく、事業所内での情報処理についての検討を要す。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 利用者が相談出来るスペースとして事務室を確保しており、日常的に利用者が話しやすい雰囲気作りをしている。管理者やサービス管理責任者等の複数の連絡先を提示し、利用者が相談しやすい環境を作っている。ただ、利用者が相談する際に複数の方法や相手を自由に選べることを分かりやすく説明した文書の配付はなく、利用者や家族に相談方法を周知されたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 日常的に接する職員が、利用者の意見・要望の間取りに努めており、アンケートを利用して意見の集約を行っている。集約した意見は職員会議で情報共有し、検討・対応している。ただ、対応方法が統一されておらず、相談を受けた際の手順を定めたマニュアルがない。相談や意見・提案等を受けた際のマニュアルを作成し、適切に運用できるように努められたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 事故発生時のマニュアルがあり、手順がフローチャート形式で作成されている。ヒヤリハットの件数が少ないことが、引き続き課題となっている。また、リスクマネジメントに関する委員会の設置はなく、職員会議のみの情報共有となっている。全体でリスクマネジメントへの意識を高めていく体制づくりが望まれる。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 感染防止委員会が設置しており、「感染対応マニュアル」と「感染症BCP（事業継続計画）」が作成されている。ただ、策定されているが職員全体への周知や理解が不十分である。感染症の予防と発生時等のマニュアル等を定期的に見直す仕組みを整備し、職員全体で意識していくことが望まれる。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 災害時のBCPが策定されており、避難訓練や地域の校区防災訓練（希望者のみ）に参加している。バックアップ施設のみまわりには、備蓄品・災害用の食糧はあるが、ホームには備蓄されていない。マニュアルの理解度や情報について職員間に差が出ているため、マニュアルやBCPの周知方法について検討し、情報の共有と把握を徹底することを望みたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 「業務マニュアル」があり、1年に1回は更新されている。しかし、「業務マニュアル」はパソコンの中にあるため、いつでも閲覧が出来る環境ではない。支援一つひとつのマニュアルを作成し、いつでも確認が出来る環境づくりをし、サービス水準の格差が生まれないような体制づくりが望まれる。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 職員会議にてサービスの標準的な実施方法の検討・見直しを行っているが、見直しの時期や方法について定められていない。標準的な実施方法に基づいて支援が行われているかの確認を、職員同士で行う機会を明記し、組織的に確認する仕組みづくりが望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画策定者を設置しており、アセスメントと個別支援計画の策定が確認出来た。個別面談を行い、「個別面談シート」にてニーズや課題の抽出をしている。ただ、アセスメントから個別支援計画策定まで手順を定めたマニュアルは確認出来なかった。事業所として同じ水準で実地が出来るよう、手順書やマニュアルを策定し、体制作りと仕組み作りに期待したい。</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></p> <p>個別支援計画の振返りを支援会議で行い、「支援会議録」も確認出来た。支援内容に変更があった場合は、職員会議にて職員周知を図っている。記録は「ケース記録」に記録しているが、モニタリングについては確認が出来なかった。見直しの手順書やマニュアルについても確認が出来なかったため、マニュアルを作成し、職員全体で把握していく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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>パソコンのネットワークシステムを使用し、「業務日誌」や「ケース記録」を記録している。さらに、職員間で記録の精度や書き方に差異が生じないように、「ケース記録」の書き方についてサポーターズカレッジ(Wed講座)にて研修を行っている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>事務室の中に鍵のかかる保管庫があり、そこで書類等を管理している。また、事務室も鍵がかかるようになっている。ただ、パソコンが苦手な職員がいるため、ログインするためのパスワードがパソコンに貼ってあり、誰でもパソコンを開けることが可能になっている。個人情報の取扱いについても、職員への周知が課題となる。</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	②・b・c
<p><コメント> 利用者会議にてイベントの希望や誕生日会について話す機会を作り、一人ひとりの支援について自己決定を尊重する機会を作っている。また、一人暮らしをしたいとの希望に対しては、サテライトホームを利用してもらい、その後、一人暮らしの生活を実現させている。出来る限り利用者の意思を尊重するように努めている。</p>			

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	a・②・c
<p><コメント> 法人内の権利擁護に関する職員アンケートは実施しているが、利用者アンケートは未実施である。サポートズカレッジ(Wed講座)にて虐待防止・身体拘束について研修を6回行っている。ただ、非正規職員への規程やマニュアルの理解度に課題がある。全職員が意識高く取り組んでいく仕組み、体制作りを期待したい。</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	②・b・c
<p><コメント> サテライトホームを設置して、自立に向けた支援を行える環境が整っている。また、医療機関への受診や事務手続きのサポート体制もあり、幅広いニーズに対応が出来るようになっている。月に1回、料理実習を行う等、自立に向けての機会を提供し、個別支援計画に反映させている。</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	a・②・c
<p><コメント> 言語的コミュニケーションが可能な利用者が多く、分かりやすい言葉を選び、丁寧なコミュニケーションを取っている。言葉での意思疎通が困難な利用者には、写真や絵を使用しているが、正確に理解することが難しく、課題となっている。利用者一人ひとりの特徴や能力を把握し、職員が様々なコミュニケーション手段を学ぶ機会を作っていくことを検討されたい。</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	②・b・c
<p><コメント> 利用者一人ひとりの思いを把握し、日々の支援の中で利用者と個別に話せる機会を設けることに努めている。相談内容は職員会議で検討されており、相談支援専門員や成年後見人等の関係機関とも情報共有しており、協力体制が作られている。</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	②・b・c
<p><コメント> 土曜日、日曜日に日中活動をする機会を設けているが、多くの利用者は個々で過ごしているため、希望者のみ、外出同行の支援を行っている。また、移動支援のヘルパーと連携を取り、利用者の希望する外出支援の充実を図っている。地域イベントの情報は、広報誌にて情報発信をしている。</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> 支援会議を開いて、職員間で支援方法等の検討と理解に努めており、行動障害の個別支援の対応も行っている。ただ、職員の専門的知識や支援力に差異があることが課題となっている。障害に関する知識の習得や支援方法の向上の勉強会等、研修を受講する機会を作り、職員全体で意識を高めていく仕組み作りが望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に合わせたトイレ支援、入浴支援当が行われている。また、食事も利用者に合わせて具材のカットをしており、工夫が見られる。しかし、利用者の意見が献立に反映されることが少ないため、利用者の嗜好を考慮した取組みに期待したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>明るさや室内の温度、湿度も管理され、快適な環境が保たれている。利用者一人ずつに個室スペースがあり、プライバシーも守られている。安心・安全の確保のため、防犯カメラも設置されている。ただ、浴室、トイレ等は利用者自身が洗っていることもあり、清掃部分に課題が残る。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者自身で出来ることは行ってもらい、掃除・買い物・調理実習等、生活訓練をする機会を作っている。また、訪問看護事業所から助言を受けたり相談が出来る環境を整えている。ただ、個別支援計画と生活訓練が効果的に連動していないため、検討することを期待する。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月1度、訪問看護師にバイタルチェックを行ってもらい、健康の把握に努めている。体調変化時の対応についてもマニュアル化されている。ただ、体調変化等の連絡については、管理者・サービス管理責任者に伝達することは出来ているが、緊急対応時の手順が職員に周知不足である。職員の誰もが同じ対応を出来る環境作りに期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>医療的支援が必要な利用者には、通院同行の支援を行っている。情報共有のため、医師と本人の許可を得て、動画を撮って統一した処置が出来るように工夫している。ただ、利用者自身が薬を管理しており、残薬についての行き違いが懸念される。服薬に関するマニュアルを作成し、医師や看護師から指導・助言をもらう機会を作っていくことが望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者のニーズを尊重し、外出支援や移動支援を行うことで社会参加に結び付けている。また、希望する利用者には、足し算や引き算、文字の学習などが出来るようにプリントを準備し、学習時間を確保できるように配慮している。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームでの生活を通じて、利用者が希望する地域生活を送れるよう、自立を見据えた見守り支援に努めている。また、地域（自治会）や関係機関と連携・協力も行い、地域の祭りや運動会等にも参加したい利用者は参加し、交流を図っている。一人暮らしをしたい利用者には、サテライトホームの情報提供を行っている。</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	㊸ ・ b ・ c
<コメント> 家族会を開催し、利用者や家族の意向、要望等の把握に努めている。また、自宅に帰る際にグループホームでの様子や自宅での様子の報告・連絡を細かに行い、良好な関係を築けるよう努めている。様々な理由から、自宅に帰れない利用者の家族には、個々に合わせた電話報告・メール報告を行っている。		
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		