

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：小松崎 秀樹	定員（利用人数）：19名（19名）	
所在地：愛知県知多郡東浦町緒川旭2-1-2		
TEL：0562-82-4980		
ホームページ： https://r.goope.jp/higasiura/		
【施設・事業所の概要】		
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：8名	非常勤職員：26名
専門職員	（管理者・サービス管理責任者）1名	（生活支援員）7名
	（世話人）24名	（看護師）2名
施設・設備の概要	（居室数）19室	
	（設備等）台所、居間、浴室	トイレ、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でありま
すように

★基本方針

- ・ 基本的人権の尊重
- ・ 良質な環境を用意し良質なサービスを実現
- ・ 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
- ・ すべ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でありその専門性を高度に位置づける
- ・ 法令を遵守し、組織全体を適切に統治する

④施設・事業所の特徴的な取組

・バックアップ施設との連携。ホーム利用者の大半はバックアップ施設のくすの樹に通所しています。また、くすの樹の職員が数名兼務して世話人業務に入ることもあります。そのため、情報共有を密にして連携がとりやすくなっていることが大きなメリットです。

更に、もう一つのバックアップ施設であるひがしうらの家（入所）の栄養士がホームの献立も管理しており、ひがしうらの家の厨房で用意された食材を各ホームに運んで調理する体制を整えています。そのため、世話人の調理に関わる負担を軽減し、その分入浴時の安全確認や利用者の話を傾聴する時間に充てることができています。

・高齢化対策。手すりなどの環境整備の他、身体機能維持のために外部の訪問看護事業所と連携してリハビリに来てもらっています。人的資源が限られているグループホームは地域資源の活用が重要ですが、外部の方に専門的なケアをしてもらうことで、身体的にも精神的にもより良い効果が期待できると考えています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年8月18日（契約日）～ 令和8年3月30日（評価決定日） 【令和7年12月19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

◆具体的な事業計画の作成

幹部会にて経営を取り巻く環境について分析し、地域課題を踏まえて中長期計画が策定されている。中長期計画の内容と事業所の単年度計画の内容も連動している。各取組みについて具体的な数値目標が設定されており、期中の進捗確認や期末の最終評価が明確に実施できる。

◆第三者評価を活用したサービスの質の向上

3年ごとに第三者評価を受審し、今回が4回目の受審となる。サービスの質の向上については、第三者評価の内容を踏まえて改善計画が丁寧に策定されている。この改善計画については、進捗状況についても定期的に確認がされ、実行性を高めている。

◆利用者に配慮した環境や情報の提供

事業所の環境については、全体が明るく、清掃が行き届いている。また利用者個別に合わせて支援も組み立てられている事から、安心できる環境が整えられている。地域で行われている絵画教室や料理教室等の活動の情報を利用者に提供し、利用者が地域活動に参加ができる機会を提供している。外出支援に関しても、利用者の状態に配慮し、単独で外出が困難な利用者に関しては、世話人が買い物代行したり、移動支援のヘルパーによる支援を行っている。

◇改善を求められる点

◆規程、マニュアルの職員周知

各種の規程やマニュアルについては、国際規格のISO9001（品質マネジメントシステム）の認証を取得している事もあり、細かく分類して作成されている。また、内容についても見直されているため、この点は高く評価ができる。ただ、面談を通して各評価項目と規程、マニュアルとの関連性を確認をした場合に、職員間での周知に弱さを感じるため、この点について課題として捉えられたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は当事業所を評価いただきありがとうございました。グループホームという小さな事業所でやれることが限られている環境ではありますが、その中でも課題を明確にさせていただいたことで、今後の改善活動のヒントをいただいたと感じています。また、事業所及び法人の強みも見ていただけたことは大いに励みとなりました。今後ともよろしく願いいたします。

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	① a ・ b ・ c
<コメント> 法人のホームページに、理念や基本方針が記載されている。職員は、理念や基本方針を記載したクレドカードを名札ケースに入れて携帯している。この他、職員会議の際にも伝えて確認をしている。利用者に対しては、各グループホーム内に分かりやすい内容に書き替えたものを掲示をしている。世話人に対しては、掲示したものを勤務前に目を通してもらっている。		

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	① a ・ b ・ c
<コメント> 社会福祉協議会等に法人の職員が参加し、その内容を幹部会にて情報共有して分析を行っている。勤務の都合で管理者が幹部会に参加できない場合には、バックアップ施設から情報が伝達される。ホームに特化した内容については、社会福祉協議会の部会であるGH連絡協議会に参加し、意見や情報交換を行っている。幹部会では運営経費や利用率等の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	① a ・ b ・ c
<コメント> 幹部会で経営課題について共有し、改善に向けた取り組みについても検討されている。ここで挙げられた課題や課題解決の取り組みについて、世話人会議等で共有しやすいように整理してから、内容を下ろしている。現時点での課題の一つに世話人の確保があるが、世話人会議で情報共有を行ったことで、現在動いている世話人から人材の紹介をされた実績がある。		

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 a ・ b ・ c
<コメント> 法人として、具体的な中長期計画が策定されている。進捗状況について、は幹部会で確認して必要に応じて修正されている。前年と比べ、どのように改善をしたかについても評価している。この評価は事業計画と連動しており、実態に即した評価と言える。		
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 a ・ b ・ c
<コメント> 事業計画については、中長期計画と連動して記載がされている。この事業計画は、すべての項目に数値目標を設定しており、期中の取組みの進捗状況の把握や、期末の最終評価を曖昧にしないためにも有効度は高い。		

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> 世話人会議については、事業計画の重点項目を中心に説明を行っている。職員の意見をまとめるにあたり、ホーム運営の性質上一堂に会して開催する事が難しいため、個別で振返りを行って管理者がまとめている。中間期の評価・見直しの結果、目標数値を変更することもある。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者については、事業計画の重点項目を中心に、ホーム内に分かりやすく記載したものを掲示している。利用者によって、理解力や判断能力に個人差はあるが、少しでも理解が進むように心がけている。保護者に対しては、遠方に住まわれる保護者もいる事から、事業計画を郵送して対応をしている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 取り組むべき課題については、是正計画を立てて実施している。この計画については幹部会で共有され、進捗状況についても幹部会で確認している。第三者評価を3年ごとに受審しており、今回が4回目の受審である。受審以外の年については、第三者評価と同じ基準を使って自己評価を行っている。		
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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	① ・ b ・ c
<コメント> 第三者評価受審後に改善計画を策定している。改善計画については進捗状況を確認し、年度末にはこの進捗状況や評価を整理して次年度の計画に反映させている。翌年の自己評価も同様に行い、改善を目指している。改善計画や進捗状況については、毎月の職員会議等で確認し、職員の意見を集めて改善に取り組んでいる。		

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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>管理者の職責は、法人の「職務規程」に記載されている。職員に対する周知の方法として、「職務規程」の中から職責の部分をピックアップし、その部分をコピーして配付している。職責の表明については、毎年4月に職員に向けて方針の表明を行っている。管理者不在時の権限委任先については、「緊急対応マニュアル」には記載があるが、平時については定かでない。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>利害関係者との適正な関係の保持については、法人の「経理規程」に記載されている。法令順守に関する研修については、サービス管理責任者更新研修の受講や、ハラスメントに関する研修等を管理者が受講している。職員に対して、は虐待防止研修に特に力を入れており、新規採用世話人に対してはマンツーマンで教育を行っている。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上については、利用者満足度調査を実施している。その結果について分析を行い、分析結果については幹部会で共有している。また、その結果を事業計画に反映させるため、世話人会議を行う際に事業計画の進捗状況の振り返りを行っている。職員の教育については、年間で研修計画を立て、その計画に基づいて実施している。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>労務管理は、月末に勤務状況（時間外労働や有給休暇の取得状況）を把握し、財務状況は幹部会での資料を基に確認をしている。法人本部と連携し、求人活動を行っている。職員が働きやすいよう勤務シフトの調整を行い、可能な限り希望休を受け入れている。世話人個々の支援の力量を踏まえ、配置の調整も行っている。バックアップ施設の兼務職員の協力もある。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>人材確保については、幹部会で情報の共有を行っている。人材紹介エージェントや求人広告等の媒体を活用し、必要数の確保を目指している。バックアップ施設の職員も、世話人業務を兼務して協力している。応募者には、見学後に実習をしてもらい、実際の場面を具体的にイメージしてもらっている。採用後は0JTや入職後1ヶ月間のバックアップ体制で臨んでいる。</p>				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>人事基準を法人の「給与規程」に定めており、人事考課も実施している。正規職員は「評価シート」に自己目標等を記載し、年2回の面談を実施しており、スキルアップを後押しすることにもつながっている。世話人には定期的に面談を行い、本人の良いところを伝え、モチベーションやスキルの積み上げができるよう対応している。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況については月末に把握し、この情報は幹部会でも共有がされている。法人の取組みとして、「思いやりパトロール」を実施し、職員間で体調や精神面での不調がないか、確認し合う仕組みがある。この他、体調管理については定期的に書面を配付し、自らの状態について記入してもらっている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>職員の個人目標を「評価シート」に記載してもらい、管理者との面談を通して目標の微調整を行い、進捗状況についても確認している。世話人等の非正規職員に対しては、年に2~3回の面談を行い、支援の方向性の確認や業務の振返りを行っている。世話人に対する「期待する職員像」については、職員への浸透も含め、弱い部分がある。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員の資格取得状況については、法人が「格付表」を作成して把握している。組織が明示する資格として、支援の対象となる利用者像を踏まえ、介護福祉士や社会福祉士、強度行動障害支援者養成研修等が挙げられている。内部研修については年間で計画が立てられており、研修実施後の効果測定等を踏まえ、研修の設定や見直しが行われている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>研修後に効果測定を実施し、研修受講後の理解等の把握に努めている。資格取得状況は「格付表」に記載され、法人で管理されている。新規採用者へはOJTの実施の他、1ヶ月間のバックアップ体制を組む等、丁寧な対応がとられている。外部研修については、管理者が職責に応じて案内を行う他、研修案内を掲示して周知し、研修参加を促している。</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 ・ 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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人のホームページには、理念や基本方針、決算情報等々が掲載され、苦情の対応状況や第三者評価の受審結果も掲載されている。この他に、利用者満足度調査の内容や事業計画も載せてある。事業計画には事業所の運営方針等が記載されており、地域に向けて役割や機能について示している。課題としては、ホームページ以外の媒体活用について、検討を要す。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>各種取引等、経理に関する規定は「経理規程」等に定められており、各職員の職務については「職務分掌規程」に記載されている。職員周知については、年度当初に確認をしている。内部監査については、毎年12月に実施しており、監査実施後には指摘事項が挙げられ、年度内に改善を行う事になっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域の広報紙を各ホームに配布し、利用者が自分の目で見られる環境にしている。その情報を活用し、週末には利用者が買い物に出かけている。利用者によっては世話人が同行し、買い物のサポートをしている。地域の活動については、ごみゼロ運動や料理教室への参加があり、過去には地域合同の防災訓練へ参加したこともある。地域交流には積極的な姿勢で臨んでいる。</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 ・ ② ・ c
<コメント> ボランティアの受入れについては、法人のマニュアルが作成されている。夜の支援が中心となる事業所の性質上、ボランティアの受入れが難しい状況ではある。バックアップ施設や関連施設との連携の仕方や、外出支援、環境整備等、事業所として受入れ可能なボランティアの検討を期待したい。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 日中活動の事業所と情報共有を密に行っている。地域の団体との連携については、グループホーム連絡協議会に参加し、地域の課題の共有や対応について協議をしている。幹部会で、地域の連絡会等の情報について共有し、地域ニーズへの対応についても話し合っている。社会資源リストの作成や管理について、改善の余地がある。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> グループホーム連絡協議会への参加の他、法人の他事業所が地域の会議から得た情報については、幹部会にて共有している。今年度より、地域連携推進会議を開催し、地域との連携が取れる体制作りを強化している。相談支援事業所との連携の中からも、在宅障害者等のニーズが得られている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 「将来の生活に備えた体験場面无い」との地域ニーズに対し、中長期計画の中に対処策を取り上げている。具体的な取組みとして、宿泊体験の受入れを行っている。大規模災害に対するの貢献活動として、法人内の関連施設が福祉避難所登録を行った。この他、地域推進協議会に参加し、民生委員や高齢福祉施設、行政等と防災対策について話し合っている。		

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 a . b . c	
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は、ホーム内のリビングのキッチン側の壁に掲示してある。利用者が読みやすいよう、漢字にはルビがふってある。職員の周知の方法として、名札ホルダーに理念や基本方針が書かれたクレドカードが入れてあり、いつでも確認ができるようになっている。毎月の世話人会で基本的人権に関する確認を行い、理念や基本方針と絡めて説明している。</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 a . b . c	
<p><コメント></p> <p>利用者の居室について、プライバシーが保たれるよう、希望者には部屋の鍵を渡している。支援においては、同性介助を基本として対応している。見学者が訪問する場合には、利用者に確認を行い、承諾を得た利用者の居室のみを見学している。</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 . ① b . c	
<p><コメント></p> <p>ホームページには、ホームでの生活の一日の流れが分かりやすく掲載されている。一方で、ホームのホームページやパンフレットには利用料金（家賃、食事代、体験利用にかかる費用等）に関する情報が掲載されていない。金額の変動があるとの理由から掲載されていないが、利用を検討する際には大きな関心のポイントであると思われるので、検討されたい。</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 a . b . c	
<p><コメント></p> <p>個別支援計画開始時に、利用者と家族に「重要事項説明書」と「契約書」を取り交わし、支援内容に同意を得ている。意思決定の難しい利用者に対し、本人の普段の様子から判断する他、保護者からもニーズを聞き取り、推察して対応している。作成したた個別支援計画の内容について、利用者、保護者の他、相談支援専門員とも共有ができています。</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 a . b . c	
<p><コメント></p> <p>少人数で暮らす生活環境の中、利用者同士の相性が悪い場合には、本人のニーズを踏まえ、メリットとデメリットを丁寧に説明した上で、ホーム間移動の対応をしている。サービスの継続性について、他法人への移行の際には、個人情報に配慮した上で情報提供を行っている。併せて、相談支援事業所とも連携を行っている。</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 a . b . c	
<p><コメント></p> <p>利用者に対して、満足度調査を毎年実施している。調査結果については、利用者、保護者にフィードバックするだけでなく、ホームページにも公表を行っている。また、本人や家族からの要望に対しては、必要に応じて事業計画にも反映させており、要望に対する改善の進捗状況についても定期的に確認を取っている。</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	① a . b . c	
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みについてはホーム内に掲示されており、掲示物には利用者が理解しやすい工夫として、漢字にはルビがふられている。苦情解決の仕組みは法人で組織化されており、苦情解決の内容の公表を含め、適切な対応がとられている。</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>利用者の相談に対して、その内容によって、世話人室の他に利用者の居室でも対応を行っている。利用者の多くがバックアップ施設（通所施設「くすの樹」）に通っているため、利用者が希望すれば、通所施設でも相談ができる環境を整えている。ホームでも、日中の施設においても、利用者が希望する世話人や職員を選んで相談できる環境を整えている。</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>利用者からの相談や意見を世話人が聞き取った場合には、「世話人ノート」にその内容を記載するルールになっている。実際に、「世話人ノート」の記載欄に対応事例があることが確認できた。内容は職員間で共有され、速やかに回答できる体制が作られている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「運営の手引き」に、リスクに対する「見通し・予見・判定」についての記載があることが確認できた。ヒヤリハットについて事業所としても情報を集める他、世話人会議実施の際に情報の共有も行われている。事故発生に対しては是正計画を作成し、改善に向けて取り組んでいる。定期的なリスクに対する職員教育も行っている。</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>感染対策について、法人としてBCP（事業継続計画）を整備し、感染症発生時に対応できる体制が構築されている。ホームで発生した場合には、バックアップ施設と連携し、職員配置も含めた対応を行っている。コロナ発生時対応は、トイレ以外は居室内で完結できるよう隔離対応が可能となっている。また、各居室にトイレが完備されているホームもある。</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している。	障39	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>避難計画に基づき、法定の避難訓練を行っている。法人では、災害時対応のBCP（事業継続計画）も策定されている。ハザードマップ上では、洪水と高潮が想定される地域であることから、訓練ではバックアップ施設（2階建ての通所施設「くすの樹」）まで避難を行い、避難先の事業所内で垂直避難の訓練を行っている。</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>「詳細デイリー」（業務日誌）に、世話人の標準的な業務について記載されている。投薬等の特に注意すべき業務については、別途「手引き」（マニュアル）が準備されている。世話人業務は、臨機応変な対応が求められる場面が多いため、基本的な支援方法を理解・習得の上、さらに詳細な「手引き」を用意して重層的な仕組みを作り、効果的な支援を可能としている。</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>「手引き」の見直しを定期的に行う仕組み作りは確立しているが、見直しを行った後の修正・変更等が曖昧さを残しているケースが見られる。PDCAサイクルに沿った改善（是正）の仕組みを活かされたい。</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><コメント></p> <p>アセスメントの手法については、法人指定の様式を使用することで、職員間の情報の共有につなげている。また、定期的な見直しを年に1度実施していることが、個別支援計画で確認できた。個別支援計画はアセスメントとリンクしており、詳細で丁寧なアセスメントが行われていることが見てとれる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画は、半年に1度ケース検討会議を実施した上で、見直しを行っている。見直しの内容については、全職員に周知を行っている。また、個別支援計画のコピーをホームにも置き、職員（世話人等）がいつでも確認できるようにしている。個別支援計画の項目については、加算に係る項目とそれ以外の項目とに分けて記載がされている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所としてICT化を進めている。しかし、パソコンの扱いが苦手な世話人が多く、手書きで記録できるよう、「業務日誌」に記載欄がある。支援の実施状況については、利用者個々の課題について「業務日誌」に記入し、確認してもらっている。業務のチェックリストを記入し、職員自身で振り返りを行っている。パソコンによるデータの一元管理が今後の課題となる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>記録の管理については、文書類は法人の事業所（入所施設「ひがしうらの家」）の事務所に保管され、管理場所や管理方法が定められている。個人情報の取扱いについては、規程が定められており、それに沿って対応している。職員に対しては、定期的に内部研修を行って周知確認している。</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 a . b . c	
<コメント> 利用者の自己決定については、本人の希望を聞き取り、合理的配慮の下で支援している。具体例として、自身で買い物に行く事ができる利用者は、単独で出かけられるよう配慮している。単独での外出が難しい利用者に対しては、利用者本人と確認の上で世話人が買い物代行を行ったり、また移動支援でヘルパー外出できるようサポートを行っている。			

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> サービス提供の場がグループホームということで、閉鎖的であったり支援の透明性が難しいことを踏まえ、定期的な虐待防止研修やセルフチェックを実施し、他施設職員からのヒアリング等も効果的にを行っている。直接的な身体拘束については、現在該当する利用者はいないが、対応が必要な場合に備えて個別支援計画に反映させ、職員間でも内容を共有している。			

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 a . b . c	
<コメント> 利用者支援について、利用者本人ができる事を職員が行わないよう、見守りの支援を基本としている。利用者が予定を把握できるよう、カレンダーを利用して予定の記載をしている。共有スペースのカレンダーではなく、個々の居室のカレンダーに記載することで、プライバシーの保護にも配慮している。			
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 a . b . c	
<コメント> 言葉による意思疎通が難しい利用者に対して、視覚的に理解できるよう、メモやカレンダーを活用して確認を行っている。高齢で聴力の低下した利用者に対しては、ホワイトボードを活用し、筆談によってコミュニケーションを図っている。			

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 a . b . c	
<コメント> 相談等を希望する利用者に対して、夕食後の余暇時間等を活用して対応している。相談する環境については、相談の内容によって、また利用者の意向も聞き取った上で世話人部屋や居室等で行い、プライバシーに配慮して対応している。			
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> グループホームの特性上、利用支援は夜間の支援と休日の支援が中心となる。利用者の休日を充実したものにするため、地域で開催されている「料理会」や「絵画教室」等の情報を案内している。利用者の「やってみたい」という思いに耳を傾け、情報提供をしている。			
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> 障害特性について職員間で情報の共有を行い、統一した支援を行っている。具体的には、声かけが刺激になる利用者に対して、声かけの頻度を確認して対応をしている。世話人に対するOJTについては、一定の時間をかけた後、その後も継続してサポートを行う等の対応を行っている。職員から利用者対応についての相談があった場合には、その都度対応をしている。			

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
<p><コメント></p> <p>利用者のADLに合わせた生活支援（歩行の見守り、排泄や入浴時の身体介護等）を行っている。また、食事の提供においては、利用者個々の能力（手指可動能力、嚥下・咀嚼能力等）に合わせた対応を行い、食材のカットや代替メニュー、職員による介助等を行っている。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホーム内の清掃は毎日行い、清潔な環境の維持に努めている。見学の際にも、清掃は行き届き整理整頓されていた。冷暖房や床暖房が完備しており、サーキュレーターも効果的に活用されている。加湿器が無い場合、濡れたタオルを活用して湿度調整をしている。利用者の高齢化に伴い、廊下や浴槽に手すりを設置し、利用者の状態に合わせた環境整備が行われている。</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><コメント></p> <p>現在利用している利用者的高齢化、重度化の進行状態に鑑み、訪問リハビリを導入をした。定期的な訪問リハビリを活用することにより、生活機能の維持や機能訓練が行えている。</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><コメント></p> <p>日々、バイタルチェックを実施している。利用者の体調に変化があった場合には、当日担当の世話人が対応し、必要であればバックアップ施設の看護師と連携して対応している。職員による対応が困難なケースを想定し、救急車の手配等、救急の対応の基準を「救急救命の手引き」に詳細に記載している。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>服薬の管理については、職員による2重3重の重層的な確認を行っている。過去に、重大な誤薬事故はないものの、飲み残しや飲み忘れ等、軽微なアクシデントがあった。このアクシデントを課題として、その都度是正計画を立てて対応をしている。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域活動センターで開催されているイベントについては、利用者へ情報提供を行っている。イベントへの参加希望がある場合は、参加の申込み手続きを代行して行い、連絡調整を行っている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>一人暮らしを希望している利用者がある場合には、本人の希望や意向に留まらず、新たな社会参加への意思形成や情報提供についても行っている。地域移行の希望があれば、相談支援事業所や関連施設との連携を図っている。課題として、ホームでの利用者自身の生活が、自立に向けた支援につながるような取組みについて、一考されたい。</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> 職員が家族に対して定期的に電話連絡を入れ、話をする時間を設けている。利用者の帰省についても、家族との日程等の連絡調整を行っている。家族がいない（身寄りがいない）利用者は、後見人等と定期的な連絡や報告を行っている。		
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		