

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：ほのぼのホーム | 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（12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：令和2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：7名 非常勤職員：4名 |
| 専門職員 | （所長）1名 （世話人）3名 |
| | （管理者）1名 （生活支援員）5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、納戸 |

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>

徒歩圏内の障害福祉サービス事業所があり、徒歩や自転車、公共交通機関（バス）を利用して自力通所している利用者さんがいます。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 2年 8月30日（契約日）～ 令和 3年 3月30日（評価決定日） 【令和 2年11月17日(訪問調査日)】 |
| 受審回数 (前回の受審時期) | 0 回 (平成 年度) |

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者のサービス向上への取組み

「業務改善アンケート」や「利用者アンケート」を実施し、集計・分析して業務上の課題を明確にし、改善につなげている。また、個別面談での職員意見の聴取や職員へのスーパービジョンを行い、支援力向上を図っている。

◆研修による育成

管理者は各職員の知識やスキルを把握し、階層別研修やテーマ別研修などの法人研修や外部研修、専門資格研修に計画的に参加させている。また、サービス管理責任者によるOJTを実施し、コーチングから習熟度の評価までを行っている。

◆利用者と地域との交流

事業所として町内会に加入しており、地域の清掃活動に参加したり、防災訓練にも参加している。利用者は買い物や通院など日常的な活動でも地域資源を利用し、また習いもの教室に通うなど、地域との関係を大切にして普通の地域生活を送っている。

◆利用者ニーズの充足

利用者の意思を確認し、支援方法を決めている。自己決定の困難な利用者については、家族や支援者の総合的な意見を踏まえて判断している。強度行動障害の利用者へは、都度適切な対応策を検討して共有するなど、柔軟な対応を図っている。また、エンパワメントを重視し、生活力を高めるために外出や買い物への支援などを行い、利用者のニーズに応じた支援を心がけている。

◇改善を求められる点

◆実習生の受入れ

実習生受入れの必要性は理解しているが、実際には受け入れは行われていない。事業所の特殊性もあるが、専門施設としての機能還元に加え、障害者に地域生活を学んでもらう意味でも、実習生の受入れの促進を期待したい。

◆ボランティアの受入れ

実習生の受入れと同様、ボランティアの受入れは無く、受入れ方法なども確立されていない。ボランティアの存在は、利用者の社会性伸長や地域との接点として貴重である。活動するボランティアの調査や受入れ体制の整備などを行い、グループホーム外での受入れも含め前向きに進められたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価対象項目について、当施設（職員）が日常、意識していない点など、改めて再確認することができた。

評価においては、調査日に調査員の方に丁寧に聞き取りをしていただいたことで、施設の取り組みを理解していただくことができた。このように第三者より評価をいただいたことで、職員意識または、業務意欲の向上につながると期待している。

また、不足していた部分と向き合うことができ、どのように改善していくべきか考える機会にもなった。

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、パンフレットやホームページに記載され、「職員のしおり」にて職員周知されている。新任職員、異動職員には改めて説明の機会を設けている。保護者へは家族懇談会にて説明している。利用者に関しては、自治会での口頭説明に留まり、理解が得られるような資料などの工夫はなされていない。 | | |

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＞ 法人や所属団体からの情報や資料提供により福祉動向等を把握している。また、併設の相談支援事業所から在宅者ニーズなどの情報を得ている。利用率、コスト分析などは毎月実施し、法人に報告している。 | | |
| 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＞ 毎月の運営会議で経営課題を確認・共有し、改善への手立てを検討して職員会議で職員共有している。大きく収支を伴うような案件は、法人に上げて施設長会で協議の上、理事会へ上程されている。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| ＜コメント＞ 25年間の中期整備計画と7年スパンの中期計画が策定されている。中期計画では、事業所ごとに新規事業、人員配置、施設整備等が収支計画と共に示され、事業の指標となっている。これらの計画は、年度評価を行って更新されていく。 | | |
| 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＞ 中期計画を反映した単年度の事業計画が策定されている。しかしながら、数値目標などの具体性に乏しく、抽象的な表現が多いため、成果測定による評価がし辛い内容である点は課題となる。 | | |

| | | |
|---|----|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 年度末の会議にて課題を共有し、年度の評価を行っている。評価を基に次年度の事業計画案を管理者が作成し、運営会議、職員会議を経て策定に至る。決定した事業計画は、「職員のしおり」に「行動規範」や「サービスマニュアル」と共に掲載され、職員周知が図られる。 | | |
| 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 ・ ② ・ c |
| <コメント> 事業計画は利用者自治会で説明され、各グループホーム内に掲示されている。内容的には、理解が得やすいような工夫などはなされていない。利用者用の分かりやすくした資料を用意するなど、最大限の配慮を行い、インフォームドコンセントを得ておく必要がある。 | | |

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> 全職員への「業務改善アンケート」を実施し、また職員面談による意見聴取を行い、業務上の課題を確認している。利用者へのアンケートも毎年実施されている。これらの内容は集計され、改善点を明確にして次年度に反映させている。 | | |
| 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 ・ ② ・ c |
| <コメント> 生活面の日常的な課題に関しては、記録システムで職員共有して対処している。しかしながら、改善計画の策定までには至っておらず、職員会議等での改善合意にて、実践を進めている。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 管理者は、職員会議や面談を通して自らの方針を明確にしている。職務分掌には、管理者をはじめ各職責が明記されている。管理者不在の際は主任が職務を代行することとなっている。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 法人本部からの情報や事業所連絡会、市・自立支援協議会、県・知的障害者施設福祉協会など関係団体からの情報により法令の内容や改正について把握している。事業所運営や業務に関係する情報は、職員会議での説明や記録システムを使っての周知を図っている。 | | | |
| 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 | a ・ ② ・ c |
| <コメント> 聞き取りによる「利用者アンケート」、職員への「サービス向上アンケート」などにより、サービスの実態を把握し、向上に向けて職員へのアドバイスやスーパービジョンを行っている。サービス向上に特化した検討組織は無い。職員研修に関しては、全職員を対象に勤務シフトに組み入れて実施している。 | | | |
| Ⅱ-1-(2)-② | 経営の改善や業務の実行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> 年2回の職員との面談や日常的な相談を通しての労務管理に加え、法人の労務委員として労務環境の改善を行っている。人事としては、非正規職員の採用や適正な職員配置を法人へ具申している。財務に関しては、毎月の分析と予算の執行状況を把握している。 | | | |

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> 人員体制に関しては、中期計画にて数年先までの計画がある。サービス管理責任者研修への受講により、職員体制の維持・確保を図っている。人材の定着・育成に関しては、内外研修への参加や福利厚生制度の充実によるところが大きい。 | | | |
| Ⅱ-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | 障15 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 人事考課制度を導入しており、職務職階に基づく自己評価と面談による上司評価を実施し、評価結果を管理者とともに確認している。また、昇進・昇格など人事基準も定められ、職員に周知されている。職員は「自己申告書」により異動希望や業務上の意見を記入し、人事上の参考としている。職員個々にキャリア設計を可能とする制度となっている。 | | | |
| 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組んでいる。 | 障16 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 有給休暇や時間外労働時間の管理も徹底され、産休・育休の取得も可能となっている。法人に労働安全委員会が組織され、設備等のチェックや健康診断の受診結果の確認、パワハラ・セクハラ対策など、職場環境の改善に努めている。退職者のカムバック制度や互助会、ソウエルクラブ加入など、働きやすい職場に向けた様々な取組が行われている。 | | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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> 目標管理制度を取り入れ、職員個々の目標を決め、達成に向けて管理者面談を実施し、進捗状況の確認や評価を実施している。個々の目標設定に関し、目標水準が明確になっておらず、キャリアパス等を考慮した体系的な制度実施へ向け、課題を整理して取り組むことが望ましい。 | | |
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <コメント> 事業計画に参加予定の研修が明記され、経験やスキルに応じて参加を振り分けているが、職員個々の研修計画の策定までには至っていない。資格取得研修を除き、研修参加の効果測定ができていく点は否めない。 | | |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント> 管理者が正規職員に留まらず、非正規職員をも含む各職員の水準を把握し、階層別研修、テーマ別研修などの法人研修や外部研修、専門資格研修等に計画的に参加させている。OJTに関してはサービス管理責任者が担当し、習熟度の評価まで行っている。 | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <コメント> 「実習受入れマニュアル」は整備されているが、実際に実習生の受入れはなされていない。職場の特殊性もあるが、障害者の地域生活を学ぶ意味でも受入れの促進を図りたい。 | | |

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> ホームページには事業所の概要や財務状況、苦情受付の状況など、様々な情報が掲載されている。法人機関紙「ふくし泉」が刊行され、関係機関に配付されているが、隣接地域や地域機関等への配付が無いため、事業所の存在確認と広報の意味では検討を要す。 | | |
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <コメント> 職務分掌や各種規程等は入職時に研修で周知されている。また、職員はWEB上で規程を含む法人情報を確認することができる。財務面、サービス面は、内部監査員による内部監査と会計事務所による事前監査を実施している。会計監査法人による外部監査の実施は、今後の課題となる。 | | |

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> 地域との関連性、地域交流の必要性に関しては事業計画の随所に記載され、パンフレットにも明記されている。町内会に加入し、地域の清掃活動に参加したり、防災訓練にも参加している。買い物や通院などの日常的な活動でも地域資源を利用するなど、地域との関係を大切にしている。 | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| <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。</p> | 障24 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント> ボランティア受入れの必要性は理解している。しかし、コロナ禍もあって今のところ受入れは無く、受入れ体制や手順なども確立されていない。ボランティアは利用者の社会性伸長につながるだけでなく、地域との接点になりうる貴重な存在である。受入れ可能なボランティアの調査や受入れ体制の整備など、前向きな対応を求めたい。</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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント> 地域資源の一覧を作成し、職員は利用可能な機関等を把握している。利用者は地域の書道教室に通うなどしているが、個々に必要な資源をリスト化しておくことと便利である。自立支援協議会など関係団体とは定期的に会合を持ち、課題の共有と検討を行っている。</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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント> 相談支援事業所や町内会を通して、地域情報やニーズ把握に努めている。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響もあって、今年度は清掃活動や防災訓練への参加以外には地域とのつながりは希薄な状況である。</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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント> 地域貢献活動としては、地域の清掃活動があるが、計画的に取り組んでいる事業や、事業所のノウハウを地域に還元する取組みは特に見られない。地域の在宅者支援や地域との協働活動など、事業所として取組み可能な地域支援を行い、地域の社会資源としての存在価値を示されたい。</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 | Ⓐ | ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「虐待防止チェックリスト」を毎月一度実施し、利用者の権利擁護について確認している。月に一度ケース会議を行い、内容等を検討して改善提案を出し合い、実施に移している。管理者とサービス管理責任者を交えて運営者会議を行い、日常業務ではOJTにより利用者尊重を基底とした職員の指導も行っている。ソフトウェアの使用制限がある職員は、日誌で理解を促進している。</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 | Ⓐ | ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「サービス提供マニュアル」に基づいて、職員が利用者のプライバシーについて認知理解し、プライバシー保護に配慮したサービスを提供している。同性介助を基本として、入浴や排泄、着替え等の介助を行うことについて、入所時に家族の同意を得ている。</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 | Ⓐ | ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>このコロナ禍における2020年度においても9月に体験利用を行い、11月には新たな利用者の入居も受け入れている。ホームページやブログも更新を怠らず、利用者や利用希望者に見てもらいやすいものになっている。</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 | Ⓐ | ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>意思決定困難な利用者にあっても、利用者本人の情報を精査し、本人の利用希望を明確にする中で、相談支援事業所と連携して、家族や支援者と協働することができている。ホームページやブログを利用したサービス内容の開示・説明を行い、適時の更新を怠らず行うことができている。</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 | ・ Ⓑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事業所変更等の引き継ぎ手順をマニュアルに記載しており、相談支援事業所とも密接に連携している。別なグループホームへ移る場合については、フェイスシートを使って引き継ぎを行っている。グループホームから入所施設に移る場合については、文書と同時に所持金についても引き継ぎを行っている。ただし、引き継ぎの窓口は相談支援事業所になっている。</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 | ・ Ⓑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>毎月1回、職員1名と利用者全員でホーム会議を行い、利用者ニーズの把握に努めている。アンケートも行き、前年度と比較して改善の参考にしている。グループホームでの生活が初めての利用者が半数ほどおり、慣れていないため意見や要望は出やすい。携帯電話を持っている利用者は、直接職員に意見を伝えている。利用者参加型の結果検討会は行っていない。</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 | Ⓐ | ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>契約時に、「重要事項説明書」で第三者委員などの苦情解決の仕組みについて説明している。サービス向上委員会で話し合い、各グループホームへも情報を提供して情報共有を図っている。その結果をホームページに掲載している。</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> 利用者本人にとって話しやすい職員が、利用者個々の性格や特性に配慮しながら、宿直室または体験入居室を使って個別に相談を聞いている。またホーム会議で聞いた利用者の意見や要望を、可能な限り支援や運営に反映させている。相談支援事業所による聞き取りもできるように配慮している。</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> 業務日誌を活用し、利用者からの意見や相談に迅速に対応できるよう配慮している。サービス管理責任者がグループホームの責任者を兼ねており、利用者の意見集約がしやすい体制を作っている。利用者支援の体制そのものに不備は見当たらないものの、相談や意見に対する手順対応策等が明文化されたマニュアルはない。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント> 非常時の各ケースに分けて対応マニュアルがある。契約職員以上は支援記録ソフト「FTケア」を見ることができ、「FTケア」を見ることができない職員は、業務日誌における同一内容の記録を閲覧して情報を共有している。サービス管理責任者・主任が中心となり、例年外部講師を呼んで権利擁護などの勉強会を開いている。</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> これまでの感染症対策に加えて、新型コロナウイルス感染症対策も厚生労働省の指針に沿って作成し、BCP（事業継続計画）にも感染症対策を盛り込んでいる。定期的に予防や安全確保の勉強会を行い、対応マニュアルの整備とともに職員への周知徹底もできている。</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> 豊橋市との間で大規模災害時の要支援者登録を行い、回覧板を使って地域への周知も行っている。地域の合同防災訓練に職員と利用者が参加したり、グループホームの防災訓練への参加を地域住民に呼びかける等、災害時の利用者の安全確保を地域とともに考えている。</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> 「サービス提供マニュアル」を作成し、職員間で周知徹底しつつ、事業所会議においても実施状況を把握して補完している。内容的にもプライバシー保護や権利擁護など、必要な内容が網羅されている。</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> 標準的な実施方法が記載された「サービス提供マニュアル」があり、利用者のケース検討会議や事業所会議で、標準的な実施方法の検証や見直しを行っている。改善提案のある都度、改善を行い、年度末には「サービス提供マニュアル」の更新を行っている。</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>年に1回、再アセスメントを行っている。強度行動障害の利用者が3名おり、本人の状態は安定的に良くなっている。状態の改善の要因としては、職員の厚みを増して対応していることが挙げられている。また、外泊の回数の増減も関係しているようである。宿直は同性で対応している。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>モニタリング時における見直しの他に、毎月の事業所会議においても全ての利用者の支援内容の確認・評価・見直しを行っている。また別日に、全職員出席の個別支援計画会議を開いて確認している。個別支援計画の内容に関しては、適切に職員間の共有ができています。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>業務日誌やケース記録、「FTケア」を使って記録をすることで、正規職員から非正規職員までもれなく情報共有ができています。特に非正規職員は、出勤時間を早めることで内容確認ができており、モチベーションは高い。</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>管理者を記録管理責任者としている。グループホームで使用している「FTケア」は、ソフトウェア会社とも連携し、情報漏洩の防止やセキュリティの確保に余念がない。利用者と家族へは、個人情報の取扱いについて契約時に説明を行っている。</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> 利用者の意思を確認し、支援方法や取組み方法を決めている。自己決定の困難な利用者については、家族や支援者の総合的な意見を本人の意思決定に近いものと推論して取り組むなど、利用者本位の支援体制を徹底している。強度行動障害の利用者に対しても、個別に柔軟な対応を心がけている。試行錯誤を重ね、利用者本人に最適な方法を行えるようにしている。 | | | |

A-1-(2) 権利侵害の防止等

| | | | |
|---|-----------------------------|-----|-------|
| A-1-(2)-① | 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | 障47 | ①・b・c |
| <コメント> 「虐待防止チェックリスト」を使った検証を月に一度行い、統計的に検討する中で、利用者尊重の姿勢が全職員に行きわたっている。ケース会議を月に一度行う中でも、支援の内容が適切なものであるかどうか確認している。 | | | |

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 | a・①・c |
| <コメント> 現状、初めてグループホームを利用する利用者も多く、利用者の行動や様子を観察しながら支援の方法を確認している所である。その中で、見守りや声かけのタイミングも計っている。自律的に行動できるかどうか、具体的且つ適切な支援かどうか、今後の支援の確認、評価を行う中で明らかにされて行くこととなる。 | | | |
| 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> 利用者のコミュニケーション方法やサインの発見に努めることで、利用者の言わんとする要望や要求の確認ができるようになってきている。その内容について、事業所会議で検討して職員周知を図っている。日常的に利用者同士で様々な当番を決め、互いに補い合いながら生活できるように支援している。 | | | |

| | | | |
|---|--------------------------------|-----|-------|
| 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・b・c |
| <コメント> 日中活動事業所からグループホームに帰るときに、利用者から話を聞く時間を設けている。「質問リスト」を作成して個別対応している。精神的に不安定な利用者に対してもペーパーベースで記録を残し、重複しないように配慮している。本人の意思決定に当たり、サービス管理責任者から世話人に依頼し、聞き漏らさないよう、本人の意思決定を尊重する姿勢で臨んでいる。 | | | |
| 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> コロナ禍ではあるが、利用者と職員は可能な範囲で頑張っている。ヘルパー事業所とも協力・連携し、感染防止の対策を万全にして、モーニングやランチの外出も行っている。年に2回の個別支援計画会議で検討見直しを行い、利用者ニーズの拾い出しとそれに合った情報の提供を行っている。 | | | |
| 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・b・c |
| <コメント> 利用者のできることは利用者自身で行うことを目標に、支援を行っている。生活力を高めるため、外出や買い物等の支援を行っている。外出時は、ヘルパー事業所も利用している。利用者の不適応行動や行動障害に対しては、その時々行動に合わせて適切な対応策を出し、情報共有を怠らずに、試行錯誤を重ねながら、より良い支援につなげている。 | | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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>入浴については、グループホームに帰ってくる時間が異なるので、帰りの順番を工夫し、休日は逆の順番に変えたりもしている。平日は外注宅配サービスで食事の提供を行っているが、そのような中でも利用者の嗜好に合うようメニューを選択している。希望メニューを出し合い、献立に反映させている。</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>全室個室であり、バリアフリーはもとより、人感センサーによって点灯する照明にも配慮している。共有スペースで利用者同士がトラブルになりそうな場合には、自室で過ごすことを勧め、適切に仲介支援をしている。トイレの蓋を取ってしまうような特異な行動に対しても、状況を把握した上でトイレの形態などを検討し、本人のこだわりに配慮しながら改善修理を行っている。</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 | a ・ ① ・ c |
| <p><コメント></p> <p>毎日特定の「飲むヨーグルト」を購入する利用者があり、職員がついて行きながら支援し、一人で購入できるようになった。段階を追って、コンビニの店員にも名前カードや携帯番号を伝えて協力を依頼している。機能訓練については、具体的には実施していない。全介助の支援が必要でない利用者に関しては、できることは自分で行うことを目標にしている。</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 | a ・ ① ・ c |
| <p><コメント></p> <p>マニュアルもあり、適切な管理体制が整っている。月に1回の体重測定と、1日2回の検温、血圧測定を行っている。コロナ禍以前は、年に2回研修・勉強会等を行っていたが、現在は中断を余儀なくされており、リモートで職員の研修や個別指導を行っていく予定にしている。</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>内服薬の服薬ミスがないよう、一包にして名前と服薬時間と日付などの必要な情報を印字している。生理時に不安定になる利用者は婦人科と精神科の通院を行い、職員間で情報共有している。通院時の付き添いと医療機関の選択は、ケース記録に反映させている。ペースメーカーを使っている利用者のデータを病院に送っている。</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 | a ・ ① ・ c |
| <p><コメント></p> <p>コロナ禍においては、外出時のマスクが気になる強度行動障害の利用者もおり、友人や家族との外出や外泊に関しては、先方にも感染予防に努めるよう協力を要請している。ボランティア団体の文化活動への参加も支援している。コロナ禍にあり、学習支援や社会参加の意欲の醸成については少なからず後退している。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>別のグループホームでは、独居の生活への移行を進めている利用者がある。具体的な料理の援助などを行い、相談支援事業所に生活援助の対応がとれるよう依頼している。市の地域生活支援では面的整備を行っており、「安心生活支援事業」と銘打って、一人暮らし体験ができるアパートの整備を行っている。当法人では、民家改造型の「離れ」を活用している。</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> 在宅からグループホームに入居した利用者が半数おり、意思決定支援については、相談支援事業所が本人と家族から丁寧に聞き取りを行い、グループホームにつないでいる。3日以上連続して帰宅する場合は、「帰省中の記録」に家庭での様子を記録してもらい、家族との連携協力も強化している。家族との連携・交流については頻繁に電話連絡を行っている。 | | |
| 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 | | |