

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：アンカレッジ	種別：共同生活援助	
代表者氏名：間瀬 万梨	定員（利用人数）：19名（18名）	
所在地：愛知県知多郡阿久比町卯坂秋葉山37-5		
TEL：0569-48-9098		
ホームページ： http://sohwa.nagoya		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成18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：12名	非常勤職員：14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）22名※世話人	（看護師）2名
施設・設備の概要	（居室数）19室	（設備等）談話室・浴室・トイレ
		洗面台・キッチン

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 豊かなものでありますように

★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、組織全体に適切に統治する

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者様がアンカレッジで過ごすなかで余暇時間が通所事業所での活動や就業への活力に繋げられるよう、利用者様の意見を取り入れながら利用者様にとって自由な生活、そのためには在宅を目指した支援を意識して取り組んでいます。

アンカレッジではお一人での外出が困難な方が多いため、少人数で外出に出かけられるよう利用者様の行きたい場所や要望を汲み込んで毎月計画を立て実施しています。現状のコロナ禍で自由に買い物に行くことが難しい中でも、買い物代行やAmazonなどのネットショッピングを利用することで利用者様のご希望に沿った必要物品や嗜好品が早く利用者様の手元の届くようにしています。月に一回自治会を実施しており、その中で上がった利用者様の外出先の希望や困っていること、悩んでいることの聞き取りを行っています。また、各エリアにご意見箱を設置し、利用者様のご意見を反映しています。体調不良の訴えがあるときは看護師とも迅速に連携し、必要に応じて通院をする、運動不足と感じた時は散歩に出かけたり敷地内でボールなわとび等、体を動かす時間を提供することで利用者様の健康面にも気をつけて対応しています。

食事は法人全体で統一したメニューを提供しており、旬の食材を使用したバリエーション豊かなメニューを栄養士が考え、世話人が調理しています。家庭的なキッチンで調理することで家のようなアットホームな雰囲気を作っています。

地域との関わりも意識的に行っており、「掃除のボランティアがしたい。」という利用者様の声をきっかけに名鉄阿久比駅周辺の清掃活動を月に一回行っています。阿久比町が企画している地域行事にも参加したりと、地域とのコミュニケーションも図っています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2年 6月23日(契約日) ~ 令和 4年 3月15日(評価決定日) 【令和 3年12月22日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	1 回 (平成28年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の強いリーダーシップ

管理者は、本年6月から理事長を兼務して業務を遂行している。着任から間もなく、世話人会議での研修を実施したり、スマートホンを導入したりして改革を進めてきた。全職員に対して2~3回の面談を既に実施しているが、その中で、サービスの質についての理解を深めるよう話をしている。

◆働きやすい職場づくり

スマートホンを導入したことで、パソコンのある場所に戻らずに支援の現場で情報確認や記録の入力が可能となり、業務効率が大幅に改善された。年次有給休暇は全職員が100%の取得である。

「業務確認表」を用いて残業時間を1分単位で管理し、申請されたものは全て残業として承認している。虐待防止と合わせハラスメント対策にも努めており、法人内の他事業所の職員がハラスメントについて聞き取りをする仕組みがある。働きやすい職場づくりに意欲的に取り組んでいる。

◆標準的な実施方法の取組み

標準的な実施方法を文書化した「運営の手引き」があり、標準的なものと個別のものが詳細に記載され、職員に周知徹底されている。グループホームに勤務する生活支援員・世話人と職種ごとに作成されており、サービス水準に差異が生じないように配慮されている。

◆食事提供へのこだわり

食事提供については、温かいものは温かく、冷たいものも冷たく提供をすることは当然のこととして、盛付けにまで細心の注意をっている。盛付けされたものを端末で写真に撮り、管理者が確認している。給食会議には利用者も参加しており、嗜好の聞き取りができています。

◇改善を求められる点

◆グループホームとしての研修の実施

グループホームとしての研修計画は無く、バックアップ施設に委ねられている。新任職員研修はOJTによる質の統一性が図られるよう、「手引き」や「支援手順書」の作成が求められる。また、リスクマネジメントや感染症対応、虐待防止、合理的配慮等の教育・研修の実施を図られたい。

◆グループホームのホームページの分かりやすさ

バックアップ施設のページが、グループホームのホームページの入口となっており、分かりにくい。グループホーム単独のホームページの作成が求められる。

◆保護者や利用者配慮した資料の作成

事業所のパンフレットは作成されているが、文字による認識理解が困難な利用者には分かりにくい部分がある。合理的な配慮がされたパンフレット・説明資料の作成を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

アンカレッジの第三者評価の調査ありがとうございました。
調査員の方も、丁寧に見ていただき、いろいろな気づきと改善する箇所がわかりました。
また、努力してきたところは評価をいただくこともでき、職員のやりがいにもつながりました。
ありがとうございました。

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	①・b・c
＜コメント＞ 基本理念と基本方針（品質方針）は、ホームページとパンフレットに記載されている。また、各ホーム内にも掲示されている。職員一人ひとりが、名刺サイズのカードに基本理念と基本方針（品質方針）が印刷されたものを携帯している。利用者や保護者への周知は年2回行われる「保護者会」で説明し、周知が図られている。		

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・b・c
＜コメント＞ 地域の自立支援協議会に参加し、福祉計画の策定動向と内容を把握し、分析している。毎月、利用率をチェックすると共に、経理関係も確認している。「赤字の事業は事業ではない」と、バックアップ施設（パスピ98、ひらめき2%）と連携を図り、効率的な人員配置で黒字経営を実現している。		
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＞ 職員配置について、バックアップ施設と連携して常勤換算を満たす配置ができており、設備の修理も進めている。業務改善として、常勤職員にスマートフォンを支給し、Wi-Fi環境も整備しつつある。夜間の見守り体制として、防犯カメラの設置とバックアップ施設からの巡視を行っている。		

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＞ 「アンカレッジ 中・長期計画」は、法人のビジョンに基づいて、基本理念と基本方針（品質方針）の実現に向けた具体的な内容で、2020～2022年度を対象とした3年間の中期計画と、2023年度以降を見据えた長期計画とに分けて策定している。基本は3年に1度の見直しであるが、必要に応じて見直しを図っている。		
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	①・b・c
＜コメント＞ 単年度の事業計画である「2021年度アンカレッジ事業計画」は、中・長期計画を踏まえて策定されている。計画の内容は実行可能で具体的な内容となっており、すべて数値目標を設定している。年度途中の進捗の把握ができ、終了時評価での達成状況も確認できるものとなっている。		
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・②・c
＜コメント＞ 事業計画は、グループホームの専従職員とサービス管理責任者が原案を作り、それを回覧し、他の職員の意見聴取を行っている。原案の作成、意見聴取、作成された事業計画の全職員への周知としては改善の余地がある。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者に対しては、フロア毎に月1回行われる自治会で事業計画の内容を説明し、利用者からの要望を聴取している。また、「ご意見BOX」でも意見を出すことができるようにしている。保護者には保護者会で事業計画・サービス計画の説明を行っている。事業計画の作成に当たっては、利用者や保護者の参画をさらに促すための工夫が求められる。		

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> 法人がISO9001（品質マネジメントシステム）の国際認証を取得している。第三者評価を定期的受審し、第三者評価を受審しない年は自己評価を実施している。PDCAサイクルに沿った仕組みが構築されている。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 評価結果から導き出された改善すべき課題は、職員間で共有化され、グループウェア（チームズ）や「申し送りノート」などを通じ、具体的な取組みが示されている。職員の教育の面など、計画的な改善という点では改善の余地がある。		

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>管理者の役割と責任を含む職務分掌等については、「組織・職務規程」に明記されている。管理者は、今年度の6月から理事長と兼務して業務を遂行している。自らの役割と責任について記載した文書を職員に配付し、着任から間もなく、世話人会議での研修を実施したり、スマートホンを導入する等の改革を進めてきた。</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>管理者は、法人の幹部会でコンプライアンスに関係する教育を行うだけでなく、世話人への研修も意欲的に取り組み、虐待防止に関しての研修を頻回に開催している。研修受講後のアンケートにより研修の効果測定を行い、権利擁護の意識向上に取り組んでいる。</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>世話人の資質向上のため、世話人会議の中で、事業計画、事業報告、運営の手引、虐待防止、投薬等の教育・研修を行っている。全職員に対して2～3回の個別面談を既に実施しているが、その中でもサービスの質について理解を深めるよう話している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>各ホームにスマートホンを導入したことで、パソコンのある場所に戻らず、現場で情報確認や記録の入力が可能となり、業務効率が大幅に改善された。また、職員に対して有給休暇を100%取得させる等、働きやすい職場づくりにも意欲的に取り組んでいる。</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>法人としての採用活動は、マイナビ、リクナビ等を活用して計画的に進めている。ホームページで「求人情報」のページを作成し、応募者が「職種」や「事業所」等のページから検索しやすい工夫がされている。また、世話人の募集もホームページや口コミで随時行い、必要数の確保ができています。</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>キャリアパスが構築されており、昇級や昇格の基準も明確に定められている。「自己評価・目標設定シート」で、人事考課と目標管理の連動を図っている。職員に対して、そのシートを基に良い点と改善点をフィードバックしている。</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り組んでいる。	障16	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年次有給休暇は、全職員が100%の取得である。「業務確認表」を用いて残業時間を1分単位で管理し、申請されたものは全て残業として承認している。虐待防止と併せてハラスメント対策にも努めており、他事業所の職員がハラスメントについて聞き取りをする仕組みがある。</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> 法人として、「自己評価・目標設定シート」による目標管理を行っており、フィードバック面接も行っている。「自己申告書」に取得すべき資格を記載する欄があり、専門的な資格取得を奨励している。世話人（非常勤職員）の育成プログラムについては課題となっている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 法人として、内部研修を充実させている。組織が必要とする職員の知識・技術や専門資格について、具体的な目標が設定され、それに沿って法人の内部研修計画が作成されている。しかし、グループホームとしての研修計画は無く、バックアップ施設に委ねられている。グループホーム独自の教育・研修が求められる。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 職員別の研修履歴が作成され、「資格一覧表」で資格取得を管理している。外部研修の案内を情報共有し、職員の積極的な参加を促している。新任職員研修に関しては、OJTの質的統一が図られるよう、「手引き」や「支援手順書」等の作成が求められる。</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> 制度上、障害者グループホームでの実習が、現場実習の単位として認定されないため、この項目を「非該当」とする。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> ホームページに、法人・事業所の理念、基本方針、サービス概要、事業計画、事業報告、予算、決算の情報が掲載されている。また、第三者評価の評価結果や苦情についても掲載されている。しかし、バックアップ施設のページが入口となっており、分かりにくい。グループホーム単独のホームページの作成が求められる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 法人の監事による監査が実施され、ISO9001の内部品質監査制度が機能している。また、外部の公認会計士と契約し、毎月の財務・会計の状態について指導や助言を得る仕組みがある。利用者の金銭管理もアクセスデータベースで日々管理され、透明性の高い運営状態が維持されている。</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> 地域との関わりについての基本的な考え方が、「サービス計画」に記載されている。地域の祭りや運動会、地域清掃、地域合同防災訓練、中学生との駅の掃除等、積極的に地域との関わりを持ってきた。これらの関わりがコロナ禍において、中止、縮小を余儀なくされているが、コロナ収束を待って、いつでも再開できる体制を整えている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 「ボランティア受け入れの手引き」に、ボランティア受入れの基本姿勢が明記されている。しかし、グループホームとしては、ボランティアの受入れはほとんど無い状況である。ボランティアの受入れについて、改善の余地がある。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 社会資源の明示については、グループホーム内に「緊急連絡一覧」が掲示され、さらに「阿久比町障がい者支援マップ」も活用されている。法人のバックアップ施設、通所事業所、相談支援事業所とも緊密な連携を図っている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> コロナ禍以前は、地域の祭りや運動会、地域清掃、地域合同防災訓練、中学生との駅の掃除等に参加し、地域の福祉ニーズを収集する機会があった。子ども食堂やオープンカフェといったアイデアがあることから、積極的な地域ニーズ等の把握を図られたい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 自立支援協議会への参加や相談支援事業所との連携により、地域の福祉ニーズが把握されている。また、宿泊体験ができる部屋があり、体験入居や緊急一時的な活用が可能である。</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	a . b . c	
<p><コメント></p> <p>職員の共通理解を得るために、「運営の手引き」と題したファイルにまとめられており、必要に応じて職員がいつでも確認できるところに保管されている。規程・手引きを用いた研修を実施しており、研修後には習熟度を確認するために効果測定（確認テスト）を実施している。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>プライバシー・個人情報については「個人情報管理規程」に則って管理されている。また、利用者からは「個人情報使用同意書」、「特定個人情報取扱同意書」を得ており、利用者からの同意も適切にとられている。虐待防止等の権利擁護については、年3回虐待防止研修を実施している。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>相談支援事業所と連携し、福祉サービスの選択の幅を広げる取組みをしている。グループホームの体験利用を活用し、見学・説明だけでなくグループホームでの生活を体験する機会を設け、利用につながった事例がある。今後は、法人内だけでなく、地域への情報発信に取り組むことが望まれる。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>サービスの変更に当たっては、変更前・変更後が理解しやすいように「新旧対照表」を作成して説明し、同意を得ている。事業所パンフレットは作成されているが、文字による理解が困難な利用者には対し、わかりやすく合理的な配慮がされたパンフレット・説明資料の作成を検討されたい。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>グループホーム利用者の多くは、法人内事業所からの移行であり、事業所間の情報共有はスムーズにできている。グループホームから他事業所への移行は見られないが、今後、高齢者施設への移行が考えられるため、移行時の仕組みを整えておくことが望ましい。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>年1回「利用者満足度アンケート」を実施し、アンケート結果を集計したものを利用者（家族）にフィードバックしている。アンケートで上がってきた課題については、職員全体で改善に向けての取組みを実施している。アンケート項目も毎年適宜変更されている。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制・仕組みは「苦情解決規程」で定められており、苦情解決責任者・受付担当者・第三者委員等が明確になっている。また、グループホーム内には、苦情解決に関する掲示物がある。苦情を受け付けからの流れも是正→稟議とシステム化されている。</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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> グループホーム内に自治会が組織されており、組織されているだけでなく適切に運営されている。自治会が機能し、利用者の意見の吸い上げができています。また、玄関先に意見箱が設置されており、連絡帳と共に個別の意見に対しても述べやすい環境が整っている。</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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> 意見箱から伝えられた意見・要望に対しては、業務システムのクラウド上に挙げられ、生活支援員はもとより、サービス管理責任者・管理者まで迅速に情報共有が図られている。また、世話人に対しても「業務日誌」で情報を共有しており、組織的な対応が見られる。</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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> リスクマネジメントに対しては、法人として組織的な体制ができています。職員からのヒヤリハットは、その都度上がってきているが、分析・改善まで取り組めていないところもある。リスクマネジメント研修を定期的に実施し、事故防止対策、安全確保の学びを深めることを期待したい。</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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> コロナ禍のため、感染予防には、手洗い・うがいの徹底を行うなど、細心の注意を払っている。インフルエンザやノロウイルス対策として、「運営の手引き」の中に対応マニュアルがあり、職員に周知徹底されている。新型コロナウイルスの感染が収束されていない状況下であり、感染予防研修を行うなど、職員の知識・意識の向上を図る取組が期待される。</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している。	障39	① ・ ② ・ ③
<p><コメント> グループホーム独自の避難訓練を年3回実施している。避難ケースも昼間・夜間・地震など、様々なケースを想定し実施している。コロナ禍によって地域の防災訓練には参加できていないが、コロナ禍以前は参加しており、地域との連携も行われている。</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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> 標準的な実施方法が文書化されたものとして、「運営の手引き」がある。標準的なものと個別のものとは詳細に記載されており、職員に周知徹底されている。グループホームで勤務する、生活支援員・世話人と職種ごとに作成されており、サービス水準の差異が生じないように配慮している。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント> 「運営の手引き」の更新については、見直す時期が決められている。「運営の手引き」の目次に更新する時期が記載されており、項目ごとにその時期が来ると更新されている。更新も「レビュー（支援員） → 検証（サービス管理責任者） → 妥協（管理者）」と組織的に行われている。</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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> アセスメントや相談支援専門員が作成するサービス等利用計画を基に、個別支援計画を作成している。個別支援計画は、利用者・保護者と面談を行い、利用者の意向を丁寧に聞き出している。サービス管理責任者が中心となり、生活支援員の意見も取り入れて作成している。</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> 個別支援計画の見直しは年2回であり、9月（中間評価）、3月（終了評価）にモニタリングが実施されている。見直しの流れは、半期ごとの評価（モニタリング）から利用者・保護者の意向把握を行い、次期の個別支援計画へと反映できる仕組みとなっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 職員間の情報共有では、グループホーム内に留まらず法人内でネットワークが構築されており、日中事業所との情報共有もできている。今年度に入り、法人からスマートホンが職員に支給された。クラウドを利用してスマートホンから業務システムの入力ができるようになり、よりリアルタイムに共有化ができるようになっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 法人には「文書管理規程」が定められており、記録の保管・保存の管理体制が構築されている。利用者の個人情報の取扱いについても、「個人情報使用同意書」、「特定個人情報取扱同意書」を利用者から取っており、個人情報の取扱いが丁寧に行われている。</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> 外出したい利用者には、移動支援サービスを活用してヘルパーと出かけられるように連絡調整している。コロナ下での買い物は、ネットショッピングを活用するなど、可能な限り希望・要望に応じている。お酒（ビール）を飲みたい利用者には、日曜日に提供することもあり、嗜好品にも柔軟に対応している。		

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> 虐待防止委員会が組織され、毎月1回委員会が開催されている。委員会活動としては、毎月行われる職員の支援の振り返りとしてのセルフチェックがあり、集計が虐待防止委員会に報告されている。セルフチェックを行うことで、支援の改善が見られている。		

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> グループホームには自治会が組織されており、掃除・ゴミ出しなどの当番を利用者間で決めている。また、入浴や洗濯機を使用する順番なども、利用者の話し合いで決められている。利用者も共同生活に順応しており、必要と感じた時にだけ職員の仲介や手助けがある。		
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> 意思表示が言語では困難な利用者には、コミュニケーションカードを活用している。1日の流れを把握することで落ち着いて行動できる利用者には、スケジュールカードを自室に掲示し、戸惑いなく生活が送れるように配慮している。生活上の様々なパターンに対応できるようにスケジュールカードを準備しており、支援の積み重ねが垣間見える。		

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> 利用者の思いや意向を吸い上げるための試みとして、今年度より意見箱が設置された。利用者から投函された相談や意見に対しては、生活支援員だけでなくサービス管理責任者や管理者まで報告され、情報共有が図られている。		
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	a ・ ① ・ c
<コメント> 個別支援計画は年度単位で作成されており、半期の9月には中間評価を行い、3月には終了評価としてモニタリングが実施されている。終了評価を基に次期の個別支援計画を作成しており、継続的な支援計画となっている。個別支援計画に対する日々の支援内容を、「ケース記録」に記載することが望まれる。		
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> 利用者の障害特性に配慮し、食事・就寝・送迎等の日常場面においても、利用者本位の支援を個別に行っている。世話人会議では、世話人が対応に困ったり苦慮したりした場面の共有と、支援内容の検討を行っている。その会議の内容も記録に残している。		

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 a · b · c	
<p><コメント></p> <p>食事提供については、法人としての拘りが感じられる。温かいものは温かく、冷たいものも冷たく提供することは当然のこととして、盛付けにまで細心の注意を払っている。盛付けした食事を端末で写真に撮り、管理者が確認している。給食会議には利用者の参加もあり、嗜好の聞き取りも行われている。</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>グループホームには防犯カメラが設置されており、世話人室だけでなく、バックアップをする入所施設からも確認できるシステムになっている。見守り体制は法人全体で行い、夜間帯の泊りの職員は不在であるが、入所施設から3回定時(21:45、1:15、3:15)に巡回確認しており、記録も作成されている。</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 a · b · c	
<p><コメント></p> <p>週に1回、訪問リハビリとして外部から理学療法士が訪れ、歩行訓練やリハビリ運動を行っている。利用者に対して個別に実施しており、個別対応ができています。また、理学療法士から得た技術や知識を基にマニュアル化を図り、リハビリ運動が日常的にできるようになっている。</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>「健康管理表」を活用して日中事業所との健康面の情報共有を行い、体温・血圧・体重・便・ケガ(アザ)等の確認をしている。個別に確認すべきものがある場合は様式の項目を追加し、個別対応ができるようにしている。また、毎月嘱託医との情報共有をする機会が設けられている。</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 · ② · c	
<p><コメント></p> <p>日中事業所と協力して投薬チェックを行っている。ただし、一人世話人による管理業務の難しさから、ヒューマンエラーによる投薬ミスの事故案件が数件発生している。事故が確認された後には、是正報告をして改善に向けての取り組みを行っている。今後も、PDCAサイクルに則って改善活動を実施し、再発の防止を図りたい。</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>コロナ禍のために近頃は実施できていないが、希望する利用者数名が週末に最寄り駅周辺の清掃活動を行っている。利用者の要望に耳を傾け、外出・歩行等の要望があれば、相談支援事業所と連携を取って移動支援サービスを活用し、ヘルパーと出かけられるように支援している。</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 a · b · c	
<p><コメント></p> <p>ほとんどが同法人の入所施設から移行した利用者であり、継続した地域生活の実践がグループホームにおいても継続している。管理者・サービス管理責任者は、地域の自立支援協議会の会合に参加しており、地域の福祉ニーズの把握にも努めている。</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> グループホームの保護者が組織されており、定期的（10月・3月）に保護者が開催されている。保護者には管理者・サービス管理責任者・生活支援員が出席し、保護者との情報共有がなされている。保護者の記録も作成されており、保護者会に出席した職員だけでなく世話人（非常勤職員）にも周知されている。		
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		