

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：グループホームスクラム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：鶴巻 信一	定員（利用人数）：13名（13名）	
所在地：愛知県豊川市平尾町諏訪下10番		
TEL：0533-88-7500		
ホームページ： https://www.apatheia.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成28年10月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人アパティア福祉会		
職員数	常勤職員： 6名	非常勤職員： 9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） 5名	（世話人） 8名
	（看護師） 1名	（社会福祉士） 1名
	（介護福祉士） 5名	
施設・設備の概要	（居室数） 室	（設備等）

③理念・基本方針

★理念

法人 すべての人を尊重し、共感を持って寄り添い、支えます。

施設・事業所 ともにいきる 彩彩（とりどり）のかがやき みち照らす

★基本方針

- ・一人ひとりが、主体的に自分の人生を生きることができるよう支援します。
- ・一人ひとりの尊厳が護られ、豊かに生活できるように支援します。
- ・一人ひとりが、社会を構成する一員である実感できるような、機会と場の支援をします。
- ・一人ひとりの思いに寄り添い、理解して、多様さを認め合えるような地域づくりに努めます。
- ・一人ひとりに誠実に向き合い、自分を磨き、貢献できるように成長します。

④施設・事業所の特徴的な取組

①障害のある人もない人も一緒にごちゃまぜになって、この住み慣れた地域でともにくらしていく共生社会の実現に向けて、「ご利用者が、社会の中で役割を持って機能する。」という点に、この5年間はとくに力を入れてきました。

②その手段として、自然栽培パーティに参加しての農業で作物を作り、販売するとともに、定期的開催される勉強会や全国フォーラムへの参加を楽しみにしています。
また、芸術活動に取り組んでいます。
グループホームスクラムのご利用は、特に絵画を自己表現の機会としてとらえ、各展示会への出展や表彰式への参加を大きなモチベーションとしてがんばっています。

③各ご利用者の「その人らしいらし」のプロデュース
「食べたいもの」「着たいもの」「行きたいところ」「やってみたいこと」を日々のくらしの何気ない場面で聞き取り、実現していきたいと思っています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3年 6月25日(契約日) ~ 令和 年 月 日(評価決定日) 【令和 3年12月 7日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成30年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆福祉サービスの質の向上の工夫

「サーベイランス」というサービスの妥当性の確認が毎月行われている。チェック日は年間で決まっており、チェックする職員は指名され、「サーベイランスチェック表」でチェックが行われている。チェック項目に「×」がつくと、改善内容を検討し記載する仕組みになっている。業務多忙な中での毎月のサーベイランスの実施を高く評価したい。

◆ヒヤリハットの提出の増加

ヒヤリハットに権利擁護の内容も記入するようにしたことで、日々の支援の振返りに権利擁護の視点を含むことができている。職員本人の利用者への対応を、利用者支援の気づきに繋がられるように、ヒヤリハットを記入してもらうようにしたところ、ヒヤリハットの提出が増えた。権利擁護に関する職員意識の向上と、ヒヤリハットによる事故や不適切対応の未然防止との、一石二鳥の取組みとなっている。

◆感染症への重厚な取組み

グループホームの「感染症防止対策手順書」と新型コロナウイルス感染症に対するBCP（事業継続計画）を今年度作成することができた。グループホーム勤務の看護師からの提案で、10分研修を行って、感染症に対する知識と理解を深めることができている。これにより現場職員の不安の解消に繋がっている。

◆本人に寄り添ったアセスメント

サービス管理責任者、看護師、生活支援員、世話人との連携を密にし、アセスメントを適切に行い、個別支援計画に落とし込みを図っている。アセスメントシートは利用者が喋っているかのような「吹き出し表現」で記録し、利用者本人への寄り添いを雰囲気的にも感じられるよう工夫している。

◇改善を求められる点

◆中長期計画・事業計画の具体性

法人全体の目標が5年ごとに作成されている。法人の目標に合わせ、各事業所の長期目標、中期目標、単年度目標が設定されている。長期目標は2点設定されているが、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容とはなっておらず、財務面での裏付けとなる収支計画も策定されていない。事業計画においても同様であり、改善を求めたい。

◆事業運営の透明性

ホームページを使って、基本理念や基本方針、財務諸表、第三者評価の受審結果を公開している。ホームページのスタッフブログやフェイスブックは頻回に内容が更新されている。事業計画や事業報告、苦情・相談内容も公表・掲載し、さらなる運営の透明性を求めたい。

◆記録による情報共有の徹底

個別の相談事や利用者の体調変化が、時に口頭での引継ぎのみになってしまい、記録に残らないケースがある。対応マニュアルの見直しを含め、記録による情報共有の徹底を図られたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

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

		自己評価	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	a・⑥・c
＜コメント＞ ホームページに法人の基本理念と基本方針が掲げられている。職員への周知は朝礼で唱和されており、職員の行動規範としての役割も果たしている。利用者や家族に対しては、ホームページや「広報とよかわ」にも掲載されて知らされているが、分かりやすく説明した資料という点では改善の余地がある。				

I-2 経営状況の把握

		自己評価	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	①・b・c
＜コメント＞ 知的障害者福祉協会等の研修に参加し、社会福祉事業の全体の動向について最新の情報を収集している。また、月に1回の法人の「未来会議」において、全体の動向、地域の課題、グループホームの課題について情報共有している。財務面では、月次報告を作成し、会計事務所や社会保険労務士事務所がチェックを行っている。				
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	a	①・b・c
＜コメント＞ 経営状況の把握・分析を行い、「就業人口、シンシア豊川の職員構成と今後の課題」、「夜勤帯体制の見直しとワーク・ライフ・バランス」、「働くということ」、「SDGs」等が経営課題となっている。職員に周知し、解決、改善に向けて取り組んでいる。				

I-3 事業計画の策定

		自己評価	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	a・⑥・c
＜コメント＞ 法人全体の目標が5年ごとに作成されている。それに合わせ、各事業所の長期目標、中期目標、単年度目標が設定されている。長期目標は2点設定されているが、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容とはなっておらず、財務面での裏付けとなる収支計画も策定されていない。計画の再考が求められる。				
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	b	a・⑥・c
＜コメント＞ 中・長期計画と同様に、単年度の計画も、単年度目標、単年度目標の成果指標、単年度の事業計画として2点が設定されている。数値目標や具体的な成果等が設定されておらず、実施状況の評価を行える内容となっていない。				

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	a	①・b・c
<コメント> 事業計画は「シンシア豊川各部署での活動を展開する」、「研修、勉強会などの実施及び支援の仕組みの再構築」の2点である。社会参加活動の推進と専門性の向上が目標となっている。月に1回の「未来会議」でチームごとに具体的な計画を立て、「工夫」と「役立ち」について報告し、PDCAサイクルに基づいた活動が進められている。			
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	b	a・②・c
<コメント> 利用者には事業計画を掲示し、目標に関しての活動の中で、パンフレットを用いて説明している。家族には年1回開催される「家族会」や毎月25日に発行する「家族便」という手紙で伝えている。説明はされているが、理解に至っているかは不明である。利用者等に対し、より分かりやすく説明した資料の作成が求められる。			

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		自己評価	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	b	①・b・c
<コメント> 「サーベイランス」というサービスの妥当性の確認が毎月行われている。チェック日は年間で決まっており、チェックする職員は指名され、「サーベイランスチェック表」でチェックが行われている。チェック項目に「×」がつくと、改善内容を記載する仕組みになっている。「未来会議」での事業目標の進捗確認で、福祉サービスの質の向上に努めている。			
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	①・b・c
<コメント> 「未来会議」において、課題の共有や改善計画について検討されている。サーベイランス、虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会、リスクマネジメント委員会、業務改善会議等の活動とグループウェアも活用して職員間の情報の共有と改善計画の作成、見直しが図られている。			

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

		自己評価	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	b	㉠・b・c
<コメント> 管理者は、朝礼や「未来会議」において事業所の経営、管理に関する方針と取組みを伝えている。また、会議や面談等で管理者の役割と責任を表明している。「業務分担表」で職務分掌について明確にするとともに、災害や事故等における管理者不在時の権限委任はサービス管理責任者、主任となっている。			
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	b	a・㉠・c
<コメント> 管理者は、知的障害者福祉協会の管理者研修や行政からの通知文書により、遵守すべき法令等の確認を行っている。職員に対しては、事業所の報酬や加算の内容についての勉強会で説明している。遵守すべき法令は福祉分野に限らず、他分野にも拡げ、職員が遵守するための具体的な取組みを進められたい。			
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	㉠・b・c
<コメント> 管理者は、福祉サービスの質の現状について、第三者評価と自己評価の結果に基づいて定期的、継続的に評価・分析を行っている。職員との定期面談や随時の希望面談を通じ、サービスの質の向上について意見を聴取し、支援に反映させている。ヒヤリハットを基にしたリスクマネジメント会議や、介護技術のOJT、アンガーマネジメント研修等を行った。			
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	a・㉠・c
<コメント> 管理者は、職員が有給休暇を年5日は取得することを目指し、パート職員は70%～80%を取得している。感染症対策として、職員に対する行動制限がある中、話を聞くために正規職員と月1回30分の面談を実施し、働きやすい職場づくりに具体的に取り組んでいる。人事、労務、財務面の分析については、改善の余地がある。			

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		自己評価	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	㉠・b・c
<コメント> 法人の理念や方針に基づく業務内容をブログやフェイスブックで発信し、採用活動として就職フェア、インターンシップ、職場見学会等を開催している。資格取得手当の支給、資格取得の受講料の貸付制度等、専門職確保のための具体的な取組みも行っている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	b	㉠・b・c
<コメント> 法人の理念や方針に基づいて、事業所独自の「期待する職員像」を職員参画の下で明確にした。人事基準は規程に定められ、職員に周知されている。「人事考課面談シート」で実績、工程、成果を職員自身が振り返り、「自己目標達成マネジメントシート」で行動計画のテーマを定め、スキルアップのための目標設定を行っている。			

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り組んでいる。	障16	b	①・b・c
<コメント> 職員に対してストレスチェックが実施されている。看護師でもある衛生管理者が産業医と連携し、労働環境の衛生的改善と疾病の予防処置等、健康・衛生全般を管理している。悩み相談窓口も設置され、職員が相談しやすい工夫がある。有給休暇の取得を推進し、休みの希望の出しやすさもある。愛知県民間社会福祉事業職員共済会にも加入している。			
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	①・b・c
<コメント> 職員も参画して、事業所としての「期待する職員像」を明確にし、目標管理制度が「自己目標達成マネジメントシート」を活用して実施されている。毎月の面談で、適切に進捗状況が確認され、目標達成のためのフォローも実施されている。			
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	b	a・②・c
<コメント> 「期待する職員像」や人事考課、定期面談から職員の課題を明確にし、職員の希望も取り入れながら、参加しやすい研修の工夫がされている。研修後には理解度チェックが行われているが、研修内容やカリキュラムの評価と見直しの点では、改善の余地がある。体系化された教育・研修システムの構築が期待される。			
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	b	a・③・c
<コメント> 階層別、職種別の研修が行われ、職員のスキルや必要性に合わせて、業務内容に沿ったOJTが実施されている。毎月、オンライン研修のコンテンツを使用した研修会が行われている。職員一人ひとりの教育・研修の機会については、非常勤職員を含めること等、改善の余地を残している。			
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・b・c
<コメント> 事業所における実習が、資格取得のための単位に認定されないため、この項目を非該当とする。			

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		自己評価	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	b	a・①・c
<コメント> ホームページで基本理念、基本方針、財務諸表、第三者評価の受審結果等を公開している。ホームページのスタッフブログやフェイスブックは、頻回に内容が更新されている。また、「広報とよかわ」の広告にも事業所の活動等を紹介している。事業計画や事業報告、苦情・相談内容も掲載し、さらなる運営の透明性をアピールされたい。			
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	b	②・b・c
<コメント> 法人の研修を受けた内部監査員が、他事業所の内部監査を年3回行う仕組みがある。また、規程により事務、経理、取引等に関するルールが明確にされている。会計事務所や社会保険労務士事務所により、財務関係に関する事務処理等が支援されている。			

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		自己評価	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	b	a・㉑・c
<コメント> 基本方針に「地域社会に貢献し信頼ある施設作りを目指します」とあり、地域との関わり方について、基本的な考え方を明文化している。地域のイベントや行事に関する案内・ポスターを掲示し、利用者に情報を提供している。町内の清掃活動には参加しているが、町内会には未加入となっている。			
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	a・㉑・c
<コメント> ボランティアの受入れマニュアルと手順書が整備されている。インターンシップ受入れの体制も整えられている。地域の学校教育等への協力の基本姿勢については確認できなかった。夜間や土・日・祝日の支援が主となる事業所として、どのような方針でボランティアと関わるのか、検討が求められる。			
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・b・c
<コメント> グループホームのパソコンにより、利用者は必要な情報を取得することができる。市のグループホーム連絡会や知的障害者福祉協会のグループホーム部会に所属し、相互に情報共有を図り、勉強会にも参加をしている。そこで得た情報については、職員会議で報告して共有化を図っている。			
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	㉑・b・c
<コメント> 市や豊川市自立支援協議会、グループホーム連絡会、「農福連携自然栽培パーティ全国協議会」等との連携によって、地域ニーズの把握に努めている。			
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	b	a・㉑・c
<コメント> 日中事業所の取組みを補完する形であり、事業所独自の公益的な事業・活動はない。日中事業所は、「ゆうあいの里」の協議会における公益的な事業・活動の検討や、新型コロナウイルス感染症に対する偏見や差別の解消を目的とした「ホワイトリング・キャンペーン」への参加がある。AEDの設置施設として表示している。			

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

		自己評価	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
<コメント> 理念や基本方針の掲示、「倫理綱領」の策定は行っている。ヒヤリハットに権利擁護の内容も記入するようになったことで、日々の支援の振り返りに権利擁護の視点を含むことができている。職員の利用者への対応を、利用者支援の気づきに変えられるように、ヒヤリハットを記入してもらうようにしたところ、ヒヤリハットの提出が増えた。			
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	a・㉡・c
<コメント> プライバシー保護のため、トイレ部分にカーテンを取り付けている。トイレと洗面が同じ空間になっており、使用時間をずらす等の職員の対応で対処しているが、ハード面の改修が必要となっている。洗濯物の干し方についても、変更を利用者にお願いすることがあり、ハウスルールとして実施しているものの、改善すべき点がある。			
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	a・㉢・c
<コメント> ホームの情報発信としてはホームページ、ブログ、フェイスブックなどを活用しているが、基本情報になるグループホーム単独のパンフレットがない。定員を充たしているため新しい契約者はいないが、利用希望があれば、利用の手順や希望者が気になる情報について説明している。また、見学も可能である。			
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	㉠・b・c
<コメント> 現在、利用者全員が入所施設からの移行者である。会話が苦手な利用者には写真などの媒体を使用したり、電子機器のモニターも活用している。入所施設での集団的な対応からグループホームでの個別対応に環境が変わり、心理面に変化がみられる利用者もいる。利用者の感情や意思の理解に、正面から向き合う姿勢がある。			
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	b	a・㉡・c
<コメント> 職員も利用者も入所施設からの移行であり、支援についての継続性には問題がない。それもあって、グループホーム独自の引継ぎ文書は定められていない。グループホームに移ったものの、歩行が困難で生活に支障をきたし、本人の希望で再度入所施設に戻ったケースもある。様々なケースを想定し、引継ぎ文書を定めておくことが望ましい。			
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	b	㉠・b・c
<コメント> 多くの取組みが日中事業所との連携で行われている。コロナ下でもあり、地域に出て活動することの要望が多かったが、叶えられなかった。その代わりとして、手作りで疑似的なお祭りを企画・実施した。自治会を月に1回開催し、希望や困りごとを聞き取っている。それを職員が提案に結び付けており、利用者本位のグループホームを体現している。			
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	㉠・b・c
<コメント> 自治会でグループホームへの改善の要望などを確認しているが、障害特性もあって、聞いても意見が出ないこともある。それ故、普段の会話を大事にしている。苦情としては出ていないが、「私の要望がなかなか叶わない」といった声があり、「一人ずつ順番に行っている」等、利用者が納得するように丁寧に説明している。			

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	b	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>毎月の自治会で相談や意見を聞く機会を設けている。さらに、入浴時に1対1になることから、話しやすい時間が確保されており、グループホームの家庭的な雰囲気を活かされている。利用者が望めばいつでも相談できる状態であることを、分かりやすく伝える文書は作成されていない。</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	b	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>自治会では、手順書に基づいて相談事への対応をしている。個別の相談が口頭での引継ぎのみになっており、記録に残らない場合がある。そのため、対応が遅延することがある。利用者への気づきが多いものの、記録による全体周知を徹底することができるよう、対応マニュアルの見直しを期待したい。</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	b	①・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月ヒヤリハット会議を行い、ヒヤリハットの内容について検討の上、是正処置を行っている。管理者と現場との間でリスク評価の乖離があれば、検討して直している。ヒヤリハットに毎日目を通せるよう回覧も作成されており、今後もヒヤリハットを中心としたリスク軽減に努める方針である。</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	①・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症対策委員会を開催しており、決定内容についての周知徹底や研修の実施をしている。グループホームの「感染症防止対策手順書」とコロナ感染症に対するBCP（事業継続計画）を完成させた。グループホーム勤務の看護師からの提案で、10分研修を行って発作などへの対応の仕方や、感染症に対する知識と理解を深めることができた。</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	b	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>避難訓練や防災教育訓練の実施はもとより、自治会でも災害時の動き方を伝えて訓練の内容を濃くしている。歩行が不安定な利用者に対応するために、レスキューの訓練も行っている。防災食料用品等の整備を進めている。災害時の安否確認方法に関しては、利用者については整備されている。職員についても、早急な整備が求められる。</p>			
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保			
		自己評価	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	b	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>標準化された実施方法は法人で管理されている。しかし、行動障害のある利用者においては、時間やタイミング、声のかけ方などを統一して行っていくことが難しい状況である。時には、職員の判断で融通を利かせて行われることもあり、より難しくなっている。</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	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>標準化された実施方法の見直しについては、その時期が不明確である。しかしながら、月に1回の勉強会を時間外勤務で行い、世話人も含めた支援の相互すり合わせを行っている。利用者本位の支援の充実に怠りはない。世話人の切り口の鋭い意見は、グループホームの運営上大きな助けとなっている。</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	a	①・b・c
<コメント> サービス管理責任者、看護師、生活支援員、世話人が連携を密にし、適切なアセスメントを行っている。それを基に、関係する職員が納得・理解して個別支援計画に落とし込みを図っている。「アセスメントシート」は、利用者本人が喋っているかのような吹き出し表現で記録し、本人への寄り添いを雰囲気的にも感じられるよう工夫している。			
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	b	a・②・c
<コメント> 個別支援計画の評価・見直しは、利用者が在籍していた入所施設での手法に従って行われており、グループホーム独自の手順書はない。開設から既に5年が経過しており、利用者にも変化が生じてきている。グループホーム独自の個別支援計画の評価・見直しのためのルール作りが望まれる。			
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	b	a・③・c
<コメント> 個別支援計画に基づくサービスの実施状況は、「ワークシート」に記録されている。他者が記録したのも、記録システムを使用して確認ができる。記録の入力方法は朝礼などでサービス管理責任者から伝達し、回覧・共有も行っている。しかし、生活上の小さな変化の記録が少なく、世話人によって支援内容の認識に差異が生じることもある。			
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	④・b・c
<コメント> 記録保管の期間設定や保存、破棄等は入所施設に準じている。記録の管理責任者はサービス管理責任者が担っており、文書の記録や保存をルールに従って行っている。衣服などの廃棄も、名前の付いたタグなどを切除処分を行っている。印刷物も、ゴミか再利用かを分けて適正に処分している。個人情報保護については、入職時の研修によって周知を図っている。			

【内容評価基準】

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		自己評価	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	b (a)・b・c
<コメント> 利用者の自己決定については、利用者ごとに理解力や判断力に差異があるので、利用者が分からないまま、ことが終わってしまうことがないように注意をしている。意思形成支援として、利用者と職員とが一人ずつペアになって、思い思いにカレンダーの創作をした。この例に倣い、趣味が少ない利用者にも意思形成支援ができるよう目標を掲げている。			

A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-①	利用者の権利擁護のに関する取組が徹底されている。	障47	b (a)・b・c
<コメント> 虐待防止委員会、身体拘束廃止委員会を定期的に行い、利用者も参加している。権利擁護については、その内容を利用者本人に伝える機会を設けている。職員に対しても、年に2回人権セルフチェックと権利擁護の研修を開催し、日常的にも権利擁護の視点からヒヤリハットを作成するといった、権利擁護を考える仕組み作りも行っている。			

A-2 生活支援

		自己評価	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	b (a)・b・c
<コメント> 「自分でできることは自分でやろう」と声をかけている。しかし、どの程度までの自律・自立を支援するのか、職員や世話人にも戸惑いがある。職員、世話人の年齢や性別、経歴、経験等の違いで意識や価値観が違う。そのような違いを認め合った上で、生活の拠点としてのグループホームを、利用者自身に寄り添ったものにしていこうと励んでいる。			
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	b (a)・b・c
<コメント> 保護者から得た情報を利用者とのコミュニケーションに活用し、意思表示の困難な利用者が写真で選択できるようになった。最近ではオンラインでZOOMの活用もしている。さらに新しいコミュニケーション方法の発券・開発を進めている。世話人は利用者の状況を十分に受け止めており、職員目線になってないかの自己検証も怠っていない。			

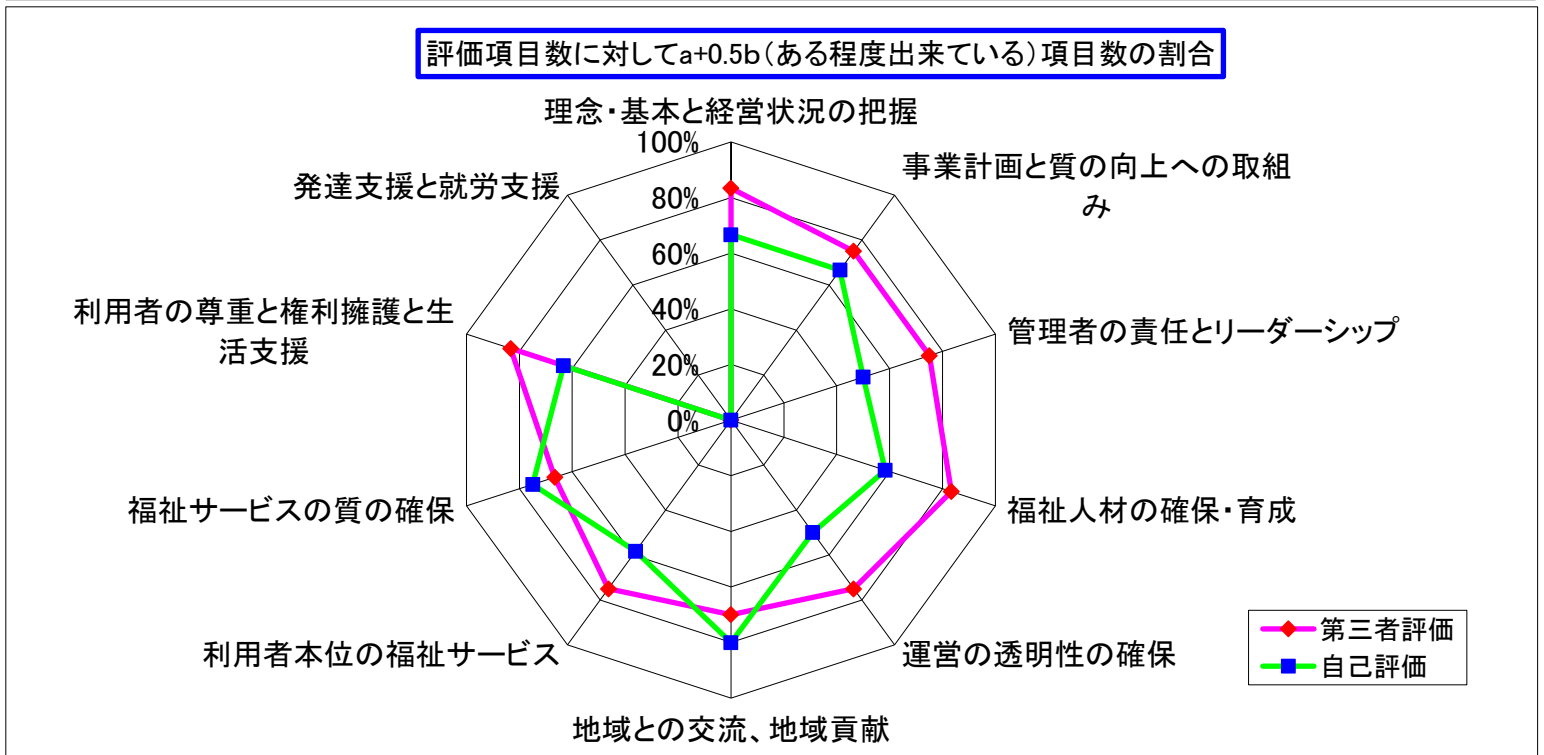
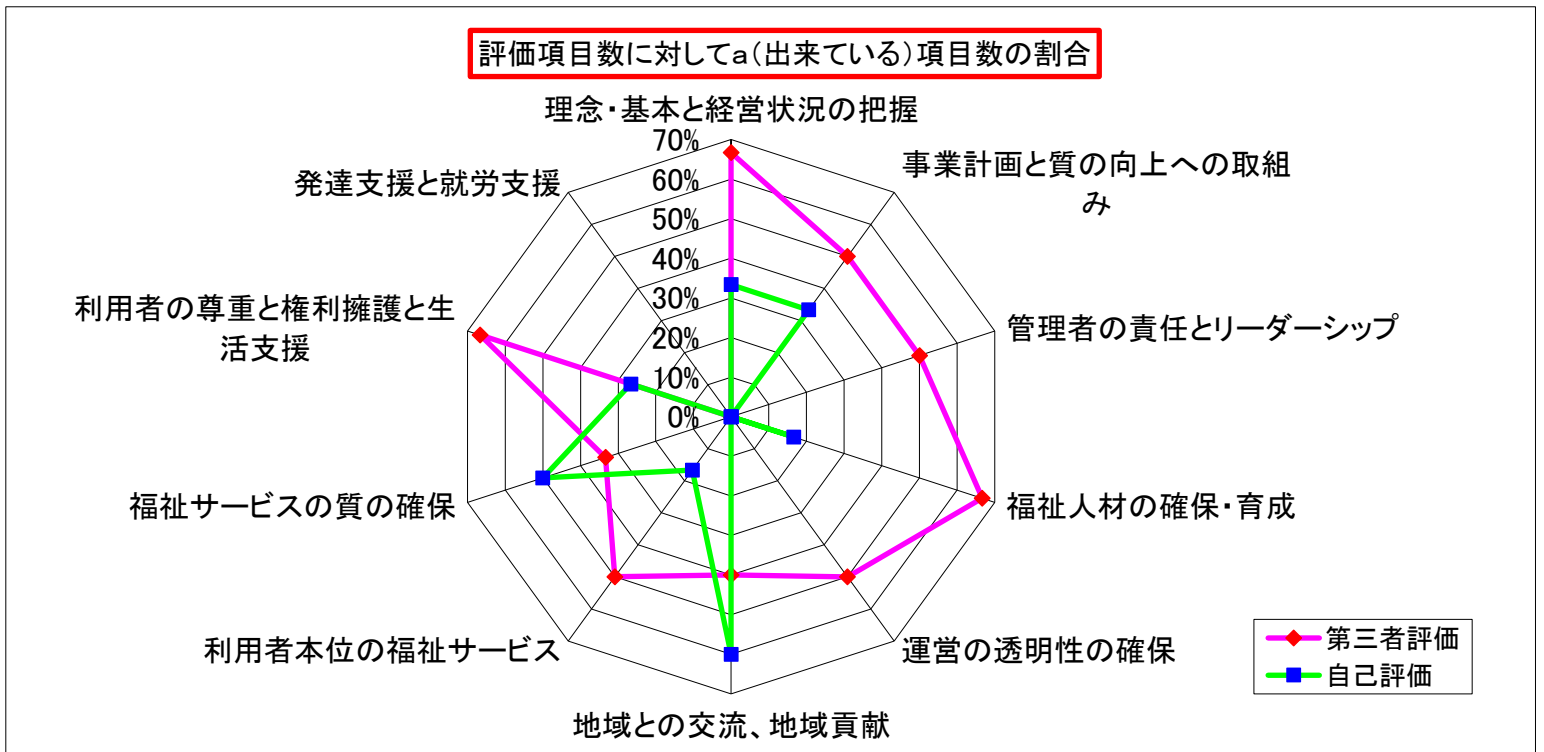
A-2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	b a・(b)・c
<コメント> いつでも相談できる状況を作りながら、相談があった場合にはサービス管理責任者や管理者にも報告がいく仕組みができています。しかし、相談の内容が記録されていないケースがあり、他の職員と情報が共有されない場合もある。変則勤務を理由に、「知らなかった」という認識を常態化させない工夫が必要とされている。			
A-2-(1)-④	個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障51	b (a)・b・c
<コメント> 創作活動やフラワーアレンジメント、散歩等を室内外で行っている。職員の得意なことを活かした出し物を用意し、忘年会や新年会などを盛り上げて利用者を楽しませている。コロナ下での外出制限時に、オンラインの農業勉強会に参加する利用者への支援も行っている。活動が個別化、深化してきたことで、実現するまでに時間がかかることも増えている。			

	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	㉑・b・c
<p><コメント> 自閉症の利用者の固執行動に対する環境整備や嚥下機能維持、刻み食や姿勢保持のための配慮、整容等、利用者一人ひとりが落ち着いて生活できるよう工夫している。また、毎月の職員勉強会を実施し、さらに学んだことの振り返りも行い、支援の向上を目指している。</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	b	㉑・b・c
<p><コメント> グループホームは生活の場であることを意識し、利用者の気持ちに可能な限り応じている。食事は外部業者に委託しており、メニューの選択はできないが、自治会で食べたい物やおやつ等の希望を確認している。今年度の途中から土曜、日曜の朝食は、利用者の要望によりパン食となった。利用者の楽しみの一つとして、テイクアウトの活用を検討している。</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	b	a・㉑・c
<p><コメント> 利用者の居室等は安心・安全に配慮し、角にはコーナーガードを設置し、力の加減が難しい利用者のために、ドアにクッション材を貼るといった工夫がある。洗面台がトイレにあるため、排泄と歯磨きが重ならないよう職員が声かけをしたり、仕切りを配置する等の対応をしている。問題が起こる前に、ハード面での改修が望ましい。</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	b	㉑・b・c
<p><コメント> グループホームの生活の中で、ラジオ体操や筋力維持のための散歩、食事前の嚥下機能維持のための発声練習、血行促進のためのマッサージ、理学療法士によるリハビリ等々を行っている。地域生活の基本である挨拶等は、グループホームの中でも特に重視して行っている。定期的にモニタリングを実施し、取組みに対する検討・見直しを図っている。</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	b	a・㉑・c
<p><コメント> 内科、精神科に定期受診し、医療機関とも密な連携が取れている。また、看護師を配置しており、日頃の健康状態の把握に加え、職員に対しての研修も実施している。体調変化について口頭での報告、連絡、相談はあるが、その内容が記録されていないケースがあり、変則勤務中での情報共有という点で改善の余地がある。</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	a・㉑・c
<p><コメント> 体調不良時は、入所施設「シンシア豊川」の手順に沿って対応している。薬剤情報も看護師によって適切に管理されている。服薬については、ダブルチェックの仕組みがある。しかし、飲ませ忘れといった状況が無くならないのも事実であり、根本的な原因分析を行い、チームとしての一貫した取組みを期待したい。</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	b	㉑・b・c
<p><コメント> 社会参加の機会として、買い物に出かけることやヘルパーとの散歩、農作業のオンライン研修会の参加等を行っている。コロナ禍によって、地域行事への参加やフラワーアレンジメント教室に通うことは中断している。その分、グループホーム内での生活の充実に努めており、パソコンの活用等が増えている。</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	a・b・c
<コメント> ひとり暮らしを希望する利用者に対し、挨拶や金銭管理の支援を行っている。今後、ひとり暮らしが現実のものとなるよう、サービス管理責任者と相談支援専門員が連携して、利用者の希望と意向を尊重した取組みが求められる。			
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	a	a・b・c
<コメント> コロナ禍で帰省の制限はあるが、希望する利用者には面会や電話で家族との交流ができるようにしている。年に1回行われる個別懇談会では、ホームでの生活の様子を家族に伝えている。「ケアカルテ」という記録ソフトで家族に伝えるべき内容を確認し、毎月25日に発行する「家族便」という手紙で定期的に報告を行っている。			
A-3 発達支援			
		自己評価	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

		自己評価	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			



評価項目	第三者評価								自己評価							
	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数		
理念・基本と経営状況の把握	3	2	1	0	67%	33%	0%	83%	1	2	0	33%	67%	0%	67%	
事業計画と質の向上への取組み	6	3	3	0	50%	50%	0%	75%	2	4	0	33%	67%	0%	67%	
管理者の責任とリーダーシップ	4	2	2	0	50%	50%	0%	75%	0	4	0	0%	100%	0%	50%	
福祉人材の確保・育成	6	4	2	0	67%	33%	0%	83%	1	5	0	17%	83%	0%	58%	
運営の透明性の確保	2	1	1	0	50%	50%	0%	75%	0	2	0	0%	100%	0%	50%	
地域との交流、地域貢献	5	2	3	0	40%	60%	0%	70%	3	2	0	60%	40%	0%	80%	
利用者本位の福祉サービス	12	6	6	0	50%	50%	0%	75%	2	10	0	17%	83%	0%	58%	
福祉サービスの質の確保	6	2	4	0	33%	67%	0%	67%	3	3	0	50%	50%	0%	75%	
利用者の尊重と権利擁護と生活支援	15	10	5	0	67%	33%	0%	83%	4	11	0	27%	73%	0%	63%	
発達支援と就労支援	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0%	0%	0%	0%	
合計	59	32	27	0	54%	46%	0%	77%	16	43	0	27%	73%	0%	64%	