

評価細目の第三者評価結果

（障害者・児福祉サービス分野）

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	コメント
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-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。	b	法人理念、基本方針はパンフレットやホームページに記載されている。利用者・家族には、重要事項説明書に合わせ利用契約時に説明している。職員は年1回の全体会で読み合わせを実施している。

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-1 (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。	b	毎月行う春日部会議にて状況分析を行い、コスト分析は毎月実施している。分析されたデータに基づき、事業報告書・事業計画書が作成されている。
I-2-1 (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。	b	経営課題に関して、月1回の役員会で共有が図られ、事業所における課題である、職員の支援技術の向上に向けた取り組みが行われている。

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-3-1 (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)-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。	c	毎年10月エリア会議の中で単年度の実施状況の評価が行われている。中・長期計画とされる目標が明確となっておらず、グループ全体の方針を中・長期計画とともに作成されることを期待する。
I-3-1 (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。	c	中長期計画は作成されていないが、法人としての単年度計画が作成され、グループホームとしての数値目標達成に向けた取り組みが行われている。
I-3-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-1 (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。	b	事業計画は毎年2月末に作成され、経営会議の承認を得て、毎年4月に行われる職員説明会を通じて周知が図られている。
I-3-1 (2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	事業計画は、利用者が周知できるよう各ホームに設置している。利用者家族への周知においては今後の工夫を期待したい。

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	コメント
I-4-1 (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)-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。	a	サービスの向上のために年3回グループ会社と合同で内部研修をおこなっている。研修講師は、グループ内職員が担当し法人全体での取り組みが行われている。
I-4-1 (1)-② 評価結果に基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。	b	当該年度が初めての第三者評価受審となり、今後継続受審する方針となっている。自己評価及び評価結果を踏まえ、職員間の共有が図られることを期待したい。

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	コメント
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。	b	役割分担表に職名・役割・業務内容等が明確に記載され、全職員に配布されている。職員が周知するため各会議等で経営・方針含めて伝えている。管理者不在時の緊急時対応は代行者が示されている。
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。	b	埼玉県や春日部市など行政の各研修や情報、また外部施設の研修など積極的に参加し、得られた情報を各会議で周知し、記録に残し周知を図っている。
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。	a	毎月実施する研修を設定し、管理者は実施後の職員アンケートをもとに把握・分析をおこなっている。管理者自らも外部研修に参加し指導力を発揮している。
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。	a	職員の育成計画に対して、目標達成期間を項目ごとに期間を設け、職員が確認できるチェックシート、根拠がわかる資料が閲覧できるように工夫されている。

II-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
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。	a	SNSだけでなく、掲示板や商業施設も活用し採用活動が行われている。採用された職員は、OJTにおいては、半年ごとに目標をたて、段階的な人材育成が行われている。
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	自己評価をふまえ、半年に1回人事評価の面接をおこなっている。利用者からのサービスチェックも実施され、双方向からの評価体制が確立されている。
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。	b	職員の就業状況は、システムを活用し把握されている。定期的な個別面談を行い、職員の希望も踏まえ契約内容の変更などワークライフバランスを配慮した取り組みが行われている。
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 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	b	半年ごとに実施する自己評価を基にした面談の中で、半年後、1年後の目標の確認をし、立てた目標に対する進捗を把握できるようにしている。
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。	a	人材育成の方針や年間の実施研修については、事業計画に反映され職員と共有している。年度末に振り返り、グループ会社と合同で行う研修内容を決めている。サービス管理責任者や強度行動障害支援者養成研修など、人材育成として必要となる資格の受講を推奨している。
II-2-(3)-③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	b	専門資格の取得状況は事業所ごとに把握している。新人・初等職員、中堅職員、監督職などの階層別に目標が設定され、職員研修の計画に反映されている。
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。	c	現在のところ受入実績はないが、養成施設等からの要請があれば積極的に受け入れたいと考えている。また受け入れ体制を整備するため、指導者の養成研修の受講や受け入れマニュアルの整備を検討している。

II-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。	b	法人理念や事業計画、事業報告、予算、決算書等公開させるべき情報は作成されている。当該年度より第三者評価受審から、適切な情報公開が望まれる。
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。	b	事業計画書、事業報告書、役割分担表を整備し、職員へ配布の上周知を図っている。年1回内部監査、外部監査の実施が適切に行われている。

II-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
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。	b	自治会に参加し、清掃活動や地域の行事に参加している。日常生活の中でも、利用者は近所で買い物をしたり、地域の中で生活できるよう努めている。
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。	c	ボランティアの依頼、受け入れ実績ともにまだないが、今後は積極的に受け入れていきたいと考えている。職員には、ボランティア受入が特別でなく、いつでも日常支援の中で受入ができるよう日々見直しが行われている。
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。	b	病院や相談支援事業と連携し、利用者支援が行われている。職員の情報共有は月1回行われる会議を通じて周知が図られている。
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。	b	事業計画書に地域とのつながり、地域への貢献が示されており、自治会への参加、ゴミ清掃、イベント参加、文化的活動への参加などが明文化されている。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	b	地域の社会福祉法人が実施するお祭りなど年2回、地域のコミュニティにおける街づくりに参加している。

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	コメント
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。	b	利用者を尊重した福祉サービスについて、ホームページ、リーフレットに明示されている。職員には研修を通じて、サービスの質の向上の理解を深めている。
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。	b	個人情報保護、プライバシー保護について規定が策定され、職員が周知するための研修が行われている。複数のホームにおいて、男女別ホームや同性介助など、利用者のプライバシー保護となる支援が行われている。
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。	b	事業説明会、見学や体験利用など各広報活動時に、パンフレットを配布の上、見学はできるだけ実施できるように希望者の都合に合わせて実施している。
III-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等に分かりやすく説明している。	b	利用契約時は重要事項説明書を用いて説明している。より分かりやすく捉えていただけるよう選択肢を設けたり、実物や写真、カード等を利用し工夫している。
III-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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。	b	重要事項説明書に退居時の相談や援助に関する内容を明示し、説明をしている。相談、援助内容等は記録に残し、周知を図っている。

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。	b	利用者満足度について6か月に1回はモニタリングをおこなっている。1か月に1回は春日部事業所会議をおこない、職員・利用者からの意見も踏まえ、行事のことなども話し合う。
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。	b	ホームの中に閲覧用の苦情解決の重要事項説明書がいつでも見られるようになっている。苦情が出たときは相手が納得できるように説明し、記録に残す。家族・利用者には回覧する。近所からの苦情にはどのように伝えるかは今後考えていく。
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。	b	重要事項説明書の中に苦情解決責任者や苦情窓口が明記してある。グループホーム内に明示した時にいたずら電話をする人が多かったため、今は明示していない。相談事は個室で話をするようにしている。
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。	b	相談しやすい環境を作る。意見箱を置いたこともあるが、うまく活用されず、今は置いていない。対応マニュアルはあり、それに従って対応することはできている。
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。	b	リスクマネジメントとして、事故対応マニュアルなどは事例を提示しながら作成してある。改善に関しては職員も参加して、今後の対応まで考えている。リスクマネジメント研修もおこなっている。定期的な見直しとして、チェックリストを活用している。
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。	b	感染症に対して、BCPを作成している。感染症予防マニュアル、発声マニュアルは完備されていて、年2回勉強会をおこなっている。消毒のチェックリスト、換気のチェックリストも付け、予防にも努めている。グループホームで発生したら7日間待機する。
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。	b	避難区域（水害）のグループホームもあり。安否確認にはホーム用の携帯電話を使うことになっている。消防計画は春日部消防署に提出し、訓練は8月と2月の年2回。自治会との連携はおこなえていないので、今後おこなってきたい。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。	b	マニュアルは本社ですべての物がそろえてあり、文書化されている。それらを最大限に活用しながら、ホーム独自の物も作成している。
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。	b	実施方法の見直しは毎月1回おこなわれる会議で見直している。その他、何かあった時も、適宜、見直しをおこなう。その時、現場の意見も確認しながら、見直しをおこなっている。
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的な福祉サービス実施計画（個別支援計画）を適切に策定している。	b	利用者からの聞き取り、世話人の意見などを聴取し、ホーム長が観察し、アセスメントしながら、個別支援計画の策定をおこなっている。
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画（個別支援計画）の評価・見直しを行っている。	b	個別支援計画の見直しは、毎月1回は必ずホーム長がおこなっている。その他、エリア会議でも話し合う。その結果、個別支援計画を立て直す必要がある場合は、その都度、立て直している。
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)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況（個別支援計画）の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b	個別ケース記録をファイル化し、ファイルに目を通すことで職員間の情報を共有している。日々の援助行動には支援計画の番号を振り、支援計画が適切に行われていることが一目見て分かるようになっている。1日1回はホームで直接、顔を合わせる工夫をし、話をする機会を増やし、職員間の情報共有に努めている。
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。	b	利用者に関する記録の書類は、事務室の鍵付きのロッカーに入れ管理をしている。

A 個別評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
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。	b	相談の時は、他者の眼の無い環境を作り、個人的に話をする機会を多く持つようにしている。その時本人の要望を聞き取り、自己決定出来るような支援をおこなっている。それらは、個別支援計画に反映させている。美容室なども行きつけの美容院に通っている。
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
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。	b	権利擁護に関するマニュアルを完備し、毎月おこなわれる職員研修の中でも虐待防止や個人情報保護の話など、権利擁護に関する話は必ず触れるようにしている。

A-2 生活支援

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。	b	自律のための支援としては、まずは現状を維持していくことを目標にグループホームでの日常生活の自立に向けて支援をおこなっている。各居室は自分で管理、掃除をおこなう。共有部分は申し出により、食器洗い、浴室掃除、トイレ掃除などおこない生活の自立を促している。移動支援や後見人の利用なども活用している。
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。	b	利用者の状況によるコミュニケーションとして、じっくり傾聴、共感を心掛けながら、対応している。作業中なのにいろいろ話しかけてくる人には、『今ではないよね』と適止めを効かせることもある。それにより、場に応じた適切なコミュニケーション能力が培われることもある。

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。	b	個人の意思を尊重するためにも個別相談の機会を月1回以上は取っている。積極的に相談してくる人もいるが、相談してこない人もいるため、逆に、そういう人たちにはこちらから積極的に声掛けをし、個別相談の機会を設けるようにしている。相談内容は必要に応じて、申し送りノート等で職員間で共有する。
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。	a	個別支援計画により、さまざまな活動をおこなっている。自立に向けて、グループホームで一人で過ごす取り組みや、散歩で遠出する、地域でおこなわれる大風祭りに参加する、マラソンの応援に行く等、個別に対応している。相談員の紹介で、地域のダンスクラブに入り、発表会に出る人もいる。
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。	b	グループホームの部屋割は動作によって2階を1階に変更したりする。食事もホールで食べる人、部屋で食べる人、状況に応じて対応している。支援の変更は申し送りノートにより、職員間で共有している。申し送りノートは毎日、生活介護とグループホームの間を行き来し、全員で共有している。
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生活支援を行っている。	b	個別支援計画により、毎日、入浴することができる。入る順番は入居者同士で話し合い、自由に決めることができる。個別で洗濯機を回すこともできる。排泄支援としては薬の影響も考え、便秘に注意をしている。移動支援を利用しながら、散歩等にも行っている。
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。	b	危険物等は鍵のかかるロッカーに保管している。各部屋に消火設備は完備されている。エアコンやテレビ、ベッドなどは、自分のすきなものを持ち込める。居室は自分で清掃管理する。共有部分は皆で協力し合って清潔を保っている。
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。	b	生活訓練としては、自分の事は自分でおこなうようにしている。機能訓練としては、特に該当の人がいないため、おこなっていない。

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。	b	体調管理として毎日バイタル測定をおこなっている。往診も内科、皮膚科、精神科と月1回はおこなっている。急に体調変化があった時は、適時、オンラインで診療が受けられるように対応している。薬の処方近隣の薬局まで、職員が取りにいている。
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。	b	日々の観察力を上げるために、職員には研修をおこなっている。例えば、便秘に関する研修や、膀胱炎の研修などをおこない、日頃の観察の中で、トイレの回数が多い時など異常が早期発見できるように取り組んでいる。糖尿病でインスリンの自己注射をおこなっている利用者もいる。各人の薬は作業所管理として鍵のかかる所定の場所に保管してあり、毎日、送迎時にグループホームに送っている。
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。	b	就労支援施設などが営業に来て置いて行ったパンフレットを利用者と一緒に見る。本人の希望があれば、そこに一緒に見学に行く。その他、希望があればそれぞれ情報を提供し、本人と今後のことについても話し合う。
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。	b	預り金を利用して、近所のスーパーでくだもの類を購入して、食事に追加したりと地域での生活になじめるような支援をおこなっている。
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。	b	家族とは適時、連絡を取り合い、情報提供をしている。必要なものは代理購入することもあるが、代理購入したものはレシートをつけて、手紙とともに家族に送っている。ホーム長の連絡先が明記してあり、24時間体制で連携を受け付けている。家族からの要望は積極的に対応するようにしている。後見人が付いている人もいるが、後見人は2か月に1回程度定期的に面会に来る。
A-3 発達支援		
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。		評価外
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。		評価外
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。		評価外
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。		評価外