

(様式 1 - 第三者評価機関公表用)

宮城県福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

NPO 法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ
-----------------------------------

2 施設・事業所情報

名称：障がい者グループホームみんなの家	種別：共同生活援助
代表者氏名：代表取締役 工藤 潤一	定員（利用人数）：20名（17名）
所在地：宮城県名取市増田3丁目10-25	
TEL：080-5743-1022	ホームページ： <a href="https://minnanoiie-shiretoko.com">https://minnanoiie-shiretoko.com</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：2024（令和6）年2月22日	
経営法人・設置主体（法人名等）：株式会社しれとこ	
職員数	常勤職員 3名 非常勤職員 5名
専門職員	介護福祉士 1名
施設・設備の概要	（居室数・設備等） ・けやきホーム（男子棟） 居室（個室10室）、事務室、食堂（2）、洗面所（4）、トイレ（4）、風呂（2）、物干し場 ・さくらホーム（女子棟） 居室（個室10室）、事務室、食堂（2）、洗面所（4）、トイレ（4）、風呂（2）、物干し場 （共有スペース備品）洗濯機、乾燥機、冷蔵庫、電子レンジ

3 理念・基本方針

<p>【理念】</p> <p>利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切で安全な共同生活援助サービスを提供する。</p> <p>【方針】</p> <p>1. 利用者が自立を目指し、地域において共同して自立した日常生活、社会生活を営むことができるよう、利用者の身体及び精神の状況、環境に応じて日常生活上の援助を適切かつ効果的に行う。</p> <p>2. 共同生活援助サービスの実施に当たって、地域との結びつきを重視し、利用者の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者その他福祉サービスまたは医療サービスを提供するものとの密接な連携に努める。</p> <p>3. 障害者総合支援法、その他関係法令を遵守し、利用者、利用者家族、また職員にとっても安全で安心できる環境づくりを行う。</p>
--

#### 4 施設・事業所の特徴的な取組

「株式会社しれとこ」は、不動産賃貸業と障害福祉サービス事業を展開する法人である。同法人は、「宮城県障害福祉計画」や名取市のグループホーム連絡会、相談支援事業所との連携を通じて、女子の入居を希望するグループホームが不足しているという地域ニーズを把握している。「障がい者グループホームみんなの家」（以下「ホーム」という）は、名取駅から徒歩圏内に位置し、市民バスや商業施設も利用しやすい利便性の高い環境にある。ホームは、前事業者から男子棟・女子棟の2棟を引継ぎ2024年2月に事業開始している。虐待や家庭環境の困難を背景に支援を必要とする女性が、精神的に安定して暮らせる場として女子棟を継続して運営していることは、女性の安全確保、地域での自立支援、地域福祉の質を高める社会的価値を有している。

利用者は、救護施設・病院・自宅などから多様な事情により入居しているが、中には虐待を背景としたケースもある。こうした個々の課題を踏まえながら地域で暮らし続けられるよう、ホームは介護サービス包括型で運営している。夜勤者は宿直にとどまらず、バイタルチェック、朝夕の食事提供、服薬の見守り、夜間巡回などを実施し、利用者が生活リズムを崩さず安定して過ごせるよう取り組んでいる。

#### 5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2025（令和7）年 6月20日（契約日）～ 2026（令和8）年 3月16日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回（ 年度）

#### 6 総評

##### ◇特に評価の高い点

##### 1. 感染症予防に計画的に取り組み、利用者の健康管理に努めている点

感染症予防マニュアル、発生時マニュアル、急変時対応マニュアルを整備し、日常的に感染拡大防止に取り組んでいる。年2回ずつ開催している「感染症対策委員会」と「BCP委員会」では、マニュアルや指針をもとに支援の振り返りや改善につなげる機会となっている。また、インフルエンザや食中毒が発生しやすい時期には、全職員がeラーニング研修を受講し、報告書を作成して全体で共有している。日常的に食器や備品の消毒、利用者のバイタルチェックを毎日実施し、支援システムを活用して情報を即時共有することで、予防策が継続的に実践されている。こうした取り組みの積み重ねにより、利用者の体調不良時や排泄物処理が必要な場面でも、職員が適切に対応できている。

以上のことから、利用者の体調変化を見逃さないよう、バイタル測定、日々の観察と記録、感染症予防策を組織的に実施し、感染症に関する健康管理体制が機能していることを評価する。

## 2. 生活環境を整え、利用者の自立・自律を促す支援に努めている点

「夜勤職員マニュアル」に基づき、清掃や消毒については役割分担を明確にし、水回りや洗濯機・食器類などの備品が常に清潔に保たれるよう取り組んでいる。また、職員は、利用者が支障なく日中活動に取り組めるよう、安眠できる環境づくりにも努めている。さらに、利用者の意向を聴き取りながら、入浴時間の調整や冷蔵庫・玄関の使用方法など、ホームのルールづくりを進めている。金銭管理や公共交通機関の利用方法など、利用者の地域生活に必要なスキルの習得も目指し、ホーム外でも自立して生活できるよう支援を行っている。

これらの取り組みは、利用者の地域生活の継続を支えるものであり、自立・自律を促進している点として評価する。

### ◇改善を求められる点

#### 1. 中・長期的なビジョンを明確にした事業計画の策定が求められる点

「障がい者グループホームみんなの家」では、「利用者の立場に立った適切で安全な共同生活援助サービスの提供」を理念として掲げ、安全・安心な生活環境の整備を重点方針として取り組んでいる。年度事業計画書には、第三者評価の受審、将来的な棟の新設、人材育成への取り組みなど、中・長期的な視点を含む内容が示されており、一定の方向性は示されている。一方で、理念を実現し、事業を継続的に発展させていくためには、単年度で完結しない中・長期的な取り組みが不可欠であるが、5年後・10年後を見据えた組織の将来像や、事業経営の安定化を図るための具体的な中・長期ビジョンおよび事業計画は明確に示されていない。また、掲げた目標を実現するための具体的な行動計画も十分に整理されていない。

今後は、これまでの取り組みを基礎としつつ、関係する職員や利用者の意見を踏まえながら、中・長期的な視点に立った実効性のある計画を策定していくことが求められる。

#### 2. 提供する福祉サービスの標準的な実施方法を明文化して取り組むことが求められる点

運営規程および虐待防止対応規程において、利用者の権利擁護に関する基本的な考え方は明文化されており、虐待防止委員会では職員が研修で得た知識を共有する機会が設けられている。重要事項説明書には、共同生活援助事業で提供するサービスとして、「相談および援助」「食事」「金銭管理」「排泄」「入浴」「着替え・整容等」「活動支援」「健康管理」「体験利用提供」「緊急時の対応」が明記されている。しかし、これらのサービスを実際に提供する際の標準的な実施方法（手順・留意点・支援姿勢）については、「緊急時の対応」を除き明文化されたマニュアル等はない。そのため、組織として統一した支援方法の仕組みが構築されておらず、職員が日々の支援について十分な振り返りができない状況にある。

今後は、各サービスの具体的な手順に加え、利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護の視点を含む標準的な実施方法を明文化し、職員はその内容に基づいた支援を行い、振り返りや改善に取り組むことが求められる。

7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受けることで自分たちでは気づきにくい課題や改善点を客観的に把握することができた。

日々の支援の中で当たり前になっていた対応について見直すきっかけとなりサービスの質の向上につながると感じた。

日頃からの記録や情報共有の重要性も再認識する機会となり、職員間で課題を共有し継続的な改善に取り組んでいきたいと思えます。

8 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり（施設の区分に応じ福祉サービス第三者評価結果票を添付する。）

(施設名：株式会社しれとこ 障がい者グループホームみんなの家)

## 福祉サービス第三者評価結果票

### 【障害者・児福祉サービス版】

※ すべての評価項目（64項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※ 評価項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。

#### 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。		
1	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。	b
<b>&lt;コメント&gt;</b> ホームの玄関に事業所の理念・方針が掲示され、施設紹介パンフレット等が置かれている。方針に掲げている「安全で安心な環境づくり」は重要な内容であり、職員にとっての行動規範として位置付けられている。理念・方針は年度事業計画に記載され、職員会議の議題とすることで職員への周知を図っている。しかし、利用者への援助サービスを主に担っている夜勤職員や中途採用者への周知が不十分である。また、利用者やその家族に対して、理念や方針をわかりやすく説明する資料を作成するなど、理解を得る取り組みも行われていない。 今後は、夜勤職員や中途採用職員に対しても、理念・方針の周知を図ることが望まれる。また、理念や方針を、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫を行い、利用者や家族への周知が図られることも望まれる。		

##### 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。		
2	I-2-(1)-① 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
<b>&lt;コメント&gt;</b> 事業経営をとりまく環境は国や県の障害福祉計画によって把握している。中でも「宮城県障害福祉計画」については、事業所の経営に大きな影響が予想されるため、職員会議で取り上げ話し合っている。その中の福祉ニーズに関するデータについては、ホームの目指すべき方向性を示しており職員間で情報を共有している。また、グループホーム連絡会や相談支援事業所と連携して地域の福祉ニーズの把握や研修（システム、職員配置、メンタルヘルス等）を受講している。しかし、地元自治体である「名取市障害福祉計画」を踏まえての障害種別ごとのニーズの把握については検討されていない。 今後は、名取市の障害福祉計画を踏まえての障害特性に応じたニーズの整理と対応方針を明確		

にすることが望まれる。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
<p>＜コメント＞</p> <p>事業経営をとりまく環境と経営状況について把握・検討している。ホームの経営課題については、職員会議で話し合っている。現在の経営課題は2つである。一つ目は、入居者を確保し空室を無くすこと、二つ目は職員の確保である。事業開始1年半といった中であるが、安定した事業運営を行う上では必要な課題ととらえている。取り組みとしては、入居者の確保に向けては相談支援事業所と連携した働きかけを行っている。宮城県立精神医療センターの統廃合計画は利用者確保にとって大きな影響があった。職員確保については、取り組みが不十分なこともあって進んでいない。</p> <p>今後は、経営課題の実現に向け、振り返りと新たな取り組みの具体化が望まれる。</p>		

### 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。		
4	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。	c
<p>＜コメント＞</p> <p>理念に掲げる「利用者の立場に立った適切で安全な共同生活援助サービスを提供する」と、安全で安心できる環境づくりを行うことを重点方針とする事業所にとって中・長期のビジョンを示すことは重要である。単年度事業計画において、中・長期的目標を掲げているが、事業開始1年半ということもあり、中・長期的な見通しを具体的に示す段階には至っておらず、事業経営や実施する福祉サービスに関する中・長期の事業計画及び収支計画は策定されていない。</p> <p>今後は、理念や方針の実現を目指す中で明確になった課題の解決や、単年度事業計画に掲げている中・長期的目標の具体的な計画として、「中・長期計画」の策定が求められる。</p>		
5	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。	c
<p>＜コメント＞</p> <p>中・長期計画を踏まえた単年度の事業計画の策定は行われていない。そのため、年度事業計画はそれに基づかず単年度ごとの策定となっている。</p> <p>今後は、管理者が中心となって、中・長期計画を作成する必要性を職員内で話し合い、策定をすすめることが求められる。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	c
<p>＜コメント＞</p>		

<p>事業計画の策定は、職員会議で行うことで職員の参加を位置付けている。その進め方は、職員一人ひとりが振り返りと次年度事業計画の素案づくりを行い、職員会議を経て役員会で決定する仕組みになっている。しかし、夜勤職員も含めた事業所全体での事業計画の評価・見直しが十分できていない。利用者へのサービス提供は夜勤職員も担当している現状を考えると、不十分である。</p> <p>今後は、オンラインを活用するなどにより手段を工夫して、あらかじめ定められた時期・手順に基づいて事業計画が評価されることが求められる。</p>		
7	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。	c
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>事業計画は、利用者等に周知されておらずホームページ等にも掲載されていない。また、事業計画に含まれる行事計画は掲示されていない。</p> <p>今後は、事業計画をホーム内にも掲示するとともに、利用者が理解できるような資料を作成し、行事計画を含めて周知されることが求められる。また、地域連携推進会議などの場を活用して利用者・家族への周知を進めることが求められる。</p>		

#### 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。		
8	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。	c
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>ホームの年度事業計画において、「福祉サービスの質の向上」につながる取り組みについて、組織として共通の基準や手順が十分に整備されていない。</p> <p>今後は、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みについて、PDC Aサイクルに基づき職員間で意識を醸成することが求められる。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果に基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。	c
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>第三者評価受審は今回が初めてである。第三者評価受審にあたり、その意義を職員会議で話し合っている。</p> <p>今後は、今回の評価結果に基づきホームとしての課題を明文化し、改善に向けて取り組むことが求められる。</p>		

## 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。		
10	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、自らの役割と責任をキャリアパス表を用いて職員に示している。管理者が不在時の連絡先をフォーマットにして掲示している。職務分掌に示された管理者の役割と責任については、管理者の言葉での表明が行われていないなど、理解を得る取り組みが不十分である。</p> <p>今後は、管理者としての自らの役割と責任を含む職務分掌について、職員の理解を得る取り組みが行われることが望まれる。</p>		
11	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、ホーム内の法令遵守に向け、研修会等を位置付けている。そして、共同生活支援に関わる障害福祉関係法や労務関係、ハラスメントに関するルール等、重要度の高い職員向け研修に参加している。また、事業所には障害福祉関係法を常備している。相談支援事業所と連携し、利用者の権利が守られ、不利益を被ることの無い関係を維持するための取り組みを行っている。しかし、遵守すべき法令等はリストとしてはまとめられておらず、その対象も明確になっていない。</p> <p>今後は、職員が遵守すべき法令等をリスト化し、理解の浸透を図ることが望まれる。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上に関する取り組みを事業年度計画に一部位置付けている。毎月開催される職員会議において職員の意見を取り入れながら取り組んでいる。課題として挙げられているのは、個別ケアの統一化、障害の違いによるケアへの不満への対応である。また、課題解決に向け外部研修を位置付け、夜勤職員を含めeラーニング研修や職員へのフォローアップ研修（法定研修を含め）に取り組んでいる。しかし、組織的に福祉サービスの質の向上に向けた具体的な取り組みについての評価・分析が不十分である。</p> <p>今後は、管理者の指導力を発揮して、研修報告を全員で共有するなど組織として評価・分析が行われることが望まれる。</p>		
13	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。	b

**<コメント>**

管理者は、業務の実効性を高める取り組みとして、ライフスタイルに合わせた働き方に向けて、勤務シフトの調整などの働きやすい職場環境づくりに力を入れている。しかし、夜勤職員からの要望である夜勤者の2名配置体制などの課題に向けて努めているが、職員不足もあって実現できていない。また、夜勤職員を含めた話し合いの場が設けられていない。

今後は、働きやすい体制作りに指導力を発揮し、職員確保に向けた取り組みが行われることが望まれる。

**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。		
14	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。	b
<b>&lt;コメント&gt;</b> ホームとしての体制表は作成されている。福祉サービスの質を確保するため組織として必要としている有資格職員として、社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士を位置づけている。これらの有資格者を確保するため、ネット求人を活用し成果を上げている。しかし、職員の確保と同時に重要となる職員の定着に向けた取り組みについては不十分である。 今後は、福祉人材の確保と定着の双方を見据えた具体的な計画を作成し、継続的に取り組んでいくことが望まれる。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<b>&lt;コメント&gt;</b> 法人としてキャリアパスを導入し、人事基準が明確に定められている。キャリアパスは職員が自由に見られるよう職場に備えている。新人職員に対しては入職後3ヶ月で面談し説明を行っている。職員の職務遂行能力の評価や職務に関する成果や貢献度に管理者との面談を位置付けている。職員の意向は管理者による面談によって把握し、改善策を職員会議で検討している。職員から出された夜勤者の2名配置体制の意見等は職員会議で改善策を検討している。しかし、組織が求める職員像としての「期待する職員像」は作成されていない。 今後は、事業所の理念・方針に基づき「期待する職員像等」を明確にし、職員が自らの将来の姿を描けるように取り組むことが望まれる。		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	b
<b>&lt;コメント&gt;</b> 職員の有給休暇の取得率、時間外労働時間数については、システムにより把握されている。また、ワーク・ライフ・バランスにも配慮したシフト作成がなされており、管理者は職員の働き方に関する意向の把握や、心身の健康および安全の確保に努めている。さらに、職員が自由に意見		

<p>を述べる事ができる職場づくりを目指し、職員から出された意向については職員会議の場で検討している。しかし、職員不足などの状況も影響し、これらの取り組みが不十分である。</p> <p>今後は、定期的な面談の仕組みを整備し、職員一人ひとりの意向を継続的に把握するとともに、出された意見を記録・共有することで、働きやすい職場づくりに向けた具体的な取り組みをすすめることが望まれる。</p>		
<p><b>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b></p>		
17	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。	c
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>職員一人ひとりが自らの将来像を確認できる仕組みが整っていない。</p> <p>今後は、ホームの理念を基に「期待する職員像」等を作成し、職員一人ひとりの育成に向けた取り組みが行われることが求められる。</p>		
18	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。	b
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>職員の教育・研修についてはキャリアパスや年間研修計画に明示している。また、組織が必要とする専門資格（介護福祉士、精神保健福祉士、社会福祉士等）については、キャリアパスに明示し、職員の資格取得を支援する仕組みを設けている。事業運営上に必要な研修を優先的に実施している。研修はeラーニングを活用し、「障がい者虐待防止について」「感染症対策」「事故報告書の書き方」「精神障害基本特性」など年間計画に基づき、受講期間を決めて研修が行われている。しかし、教育・研修に関する基本方針等は策定されていない。</p> <p>今後は、職員の教育・研修についてのホームとしての基本方針が策定されることが望まれる。</p>		
19	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。	b
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>職員の資格取得状況・技術水準・eラーニングの毎月の受講状況は、本部にて把握・記録されている。名取市のグループホーム連絡会による外部研修などは、職員の参加要件を特に設けずに全職員にメールを転送する形で情報提供している。職員一人ひとりに研修参加を呼び掛け、勤務シフトの調整を行い支援している。しかし、新人職員についての研修参加の体制は整っていない。</p> <p>今後は、把握している資格取得状況等を踏まえ、職員一人ひとりの計画的な教育・研修の機会が確保されることが望まれる。</p>		
<p><b>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。</b></p>		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	c
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>実習生の受け入れについて、ホームとしての基本姿勢が明文化されていない。そのため、実習生の受け入れも行っていない。</p>		

今後は、社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れについて、基本姿勢を明文化することが求められる。

### 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。		
21	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームの透明性を確保するための事業や財務等に関する情報は公開していない。また、地域連携推進会議の設置はできていない。今回初めて、第三者評価を受審した。</p> <p>今後は、ホームページやパンフレットなどで事業運営の公表を行うことや、地域連携推進会議の場などを通じて運営の透明性を高める取り組みを進めることが求められる。</p>		
22	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取り組みが行われていない。また福祉施設として、公正な透明性の高い経営・運営を行うための基本的な考え方が明確にされていない。</p> <p>今後は、公正で透明性の高い適正な経営・運営となるための考え方を明確にし、法人による内部監査や経営管理が行われることが求められる。</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。		
23	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>今年、町内会に加入し地域情報を取得できるようになった。町内会会報や市政だよりを玄関に常備している。そうした情報をもとに、利用者は各自の判断で夏祭りに参加するなどし、地域との関りを持っている。また、利用者は買い物や通院の際などに便利な市民バスを利用するなど、地域の社会資源を活用している。その際、利用者の求めに応じて職員が同行することもある。しかし、ホームとしての地域との関りは総合防災訓練への参加など限定的である。</p> <p>今後は、相談支援事業所との連携により地域への働きかけを進めるとともに、地域とホームとの関りについての基本的な考えを明文化することが望まれる。</p>		
24	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

<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>ホームの特性もあり、専門的な対応が求められるため、ボランティアの受け入れが難しい状況である。ボランティアについての組織としての基本姿勢が明文化されていない。</p> <p>今後は、地域の福祉施設として、ボランティアについての基本姿勢を明確にすることが求められる。</p>		
<b>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>		
25	<b>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>	b
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>2ヶ月に1回程度、名取市のグループホーム連絡会に積極的に参加している。その場では、地域拠点の整備や研修会の実施、地域連携推進会議の運営などについて情報収集や検討するなど積極的に交流を図っている。また、住まいについては相談支援事業所や精神科の病院等とも連携しながら情報を共有し、職員に周知している。しかし、地域の関係する機関・団体について、一人ひとりの利用者の状況に対応できる社会資源リストは作成されていない。</p> <p>今後は、一人ひとりの利用者の状況に対応できる社会資源リストを作成し、関係する機関との連携が進むことが望まれる。</p>		
<b>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>		
26	<b>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>	b
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>相談支援事業所との連携を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。その中で、市では女性の入居希望者が多く、特にアパートタイプを希望している人の要望にも応えられていない状況が続いていること、またショートステイを望むニーズがあることを把握している。こうした地域ニーズに対して、法人としてどのように応えていくか検討している。</p> <p>今後は、更に地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めると同時に、把握した地域ニーズをホームとしてどのように具体化していくのかについて検討を進めることが望まれる。</p>		
27	<b>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>	c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>公益的な事業・活動についての事業所の方針が策定されていない。そのため、ホームとして把握した地域ニーズに基づく公益的な事業・活動についての分析が十分に行われていない。管理者は、町内会が行う防災訓練に参加することなどを検討している。</p> <p>今後は、把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動に取り組まれることが求められる。</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。		
28	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や基本方針は明文化されている。職員は、eラーニング研修を通じて「支援者のマナー」として支援姿勢を学ぶ機会がある。研修後には、職員が各自の気づきや感想を記録しており、利用者に寄り添った支援や、環境・対応の見直し、職員間の連絡・共有によるチーム支援の重要性について理解を深めている。しかし、これらの意識を日々の実践へとつなげるための仕組みは整っていない。</p> <p>今後は、理念を具体的な行動へと落とし込むために、行動指針や倫理綱領を整備して組織として統一した支援を実践できる体制を構築することが望まれる。</p>		
29	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室への入室や私物の片付けについては、本人の同意を得てから実施している。また、利用者が自らの言動や意見を他者に知られたくないと望む場合には、特定されないよう配慮しながら生活ルールの改善に取り組むなど、プライバシー保護を意識した支援を実践している。</p> <p>個人情報保護規程に、従業者の義務として「プライバシー情報の保護に関しても法令等を厳守するよう努める」とあるが、プライバシーに関する研修やケース検討の機会はなく、職員間で共通認識をもって支援を行う体制には至っていない。</p> <p>今後は、プライバシー保護に関する標準的なマニュアルの整備や、個別ケースを踏まえた検討の場を設け、実践につなげていくことが求められる。</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。		
30	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームの玄関に施設理念と基本方針を掲示し、パンフレットを置いている。ホームページでもパンフレットと同じ内容の情報が確認できる。見学者にはパンフレットを用いて説明し、体験入所の希望にも対応している。利用を前提とした説明では重要事項説明書、契約書、重度化対応に関する指針、設備、利用を始めるにあたって準備するものについて読み上げながら説明し、共同生活の理解を促している。特に自立・自律のため、就労や日中活動のサービスを利用することを条件としている点について利用者とともに確認をしている。</p> <p>今後は、説明資料の文字の大きさやルビをふるなどの工夫をするとともに、ホームの特徴がわかるパンフレットや資料も、ホームの玄関以外にも置くなどの取り組みが望まれる。</p>		

31	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。	b
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>利用開始に当たっては、重要事項説明書を使って読み上げて説明し、本人と家族から同意を得て契約している。職員は利用者本人の言葉を最後まで聞くこと、利用者の選択と決定を尊重すること、相手が理解できるまで話しをすることの3点について留意しての説明と同意を得ている。また、成年後見制度の利用については、パンフレットを用いて説明し、代理行為目録書を一緒に確認する等、本人が理解しやすいよう支援している。しかし、意思決定が困難な利用者に対して理解を得るための手順やマニュアルは整備されていない。</p> <p>今後は、利用者が理解できる資料を工夫し、意思決定が難しい利用者への配慮についても組織としてルール化されることが望まれる。</p>		
32	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。	b
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>利用者が退去の際は、改めてサービス管理責任者の名刺と施設パンフレットを渡し、退去後も利用者や家族が相談できることを伝えている。本人、家族からの相談実績はないが、郵便物の転送などの対応をしている。他グループホームに移行した利用者について、移行先のグループホームやかかりつけ医からの問い合わせに応じている。</p> <p>今後は、福祉サービスの継続性に配慮した移行時の支援方法や引継ぎ文書を整備することが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足度の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>食事について委託している業者から年4回のアンケートが実施されている。利用者からの希望でお楽しみレクリエーションとして外食店のテイクアウトなど行い、満足度を高めている。また、トイレや靴箱の使い方についてアンケートを取り、その内容を基にルールを設け、利用者が気持ちよく生活できるように改善している。利用者との面談は、モニタリングの時期や相談があった際に随時実施されているが、面談内容の集約や組織的な検討は十分とはいえず、利用者満足度の向上に向けた体制は整っていない。</p> <p>今後は、利用者満足度に関する情報を組織的に把握・検討する仕組みを構築し、継続的なサービス改善につなげていくことが望まれる。</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。		
34	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。	c
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>職員は、利用者が話しやすい環境をつくり、苦情相談があれば面談して記録している。しかし、</p>		

<p>苦情受付や対応の統一した記録様式はなく、内容、経過、対応の結果などが不明確である。苦情受付窓口、苦情解決責任者は重要事項説明書等に明記して説明しているものの、苦情対応マニュアルが未策定である。また、第三者委員は設置されていない。</p> <p>今後は、第三者委員を設置することや苦情対応の体制について掲示するなどして周知を図り、苦情の公表を行うなど、福祉サービスの質の向上に関わる取り組みが行われていくことが求められる。</p>		
35	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
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>ホーム内には専用の相談室は設置されていない。利用者には日常的に「気軽に声をかけて」と伝えている。利用者が手紙やメモなどで相談や意見を伝えることもでき、職員は利用者に合わせて対応している。また、事務所で面談することや外出同行時にも相談に応じる等、話やすい環境づくりをしている。</p> <p>今後は、相談や意見がある場合の相談方法について明文化して配布や掲示するなど、利用者と家族に周知することが望まれる。</p>		
36	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
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>相談内容は支援システムを使用して記録し職員間で共有している。モニタリングのタイミング（年2回）に合わせての利用者面談や随時意見要望に対して、利用者アンケートを実施し、その結果を基にルールの改善を図っている。備品の使用方法など、共同生活において必要な見直しを実施している。しかし、利用者からの意見や要望・提案への対応マニュアルが整備されていない。</p> <p>今後は、対応マニュアルを整備し、さらに福祉サービスの質の向上に関わる取り組みを行っていくことが望まれる。</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。		
37	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
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>「事故防止及び発生時対応マニュアル」が整備され、事故防止対策委員会が設置されている。また、緊急時対応フローチャート（けが、急病時・離設）は事務所に掲示しており、「事故報告書の書き方」は、全職員がeラーニング研修を受けている。また、ヒヤリハットは報告書の書式があり、3ヶ月毎、年度末には1年分を集計したものを職員に回覧して共有している。しかし、改善策や再発防止についての検討が不十分である。</p> <p>今後は、事故対策委員会においては、記録した事故報告書やヒヤリハットをもとに検討して事故防止策につなげ、安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っていくことが望まれる。</p>		

38	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。	a
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>感染症の予防と発生時のマニュアルを作成し、職員に周知徹底している。感染症対策委員会とBCP委員会が設置され、感染症発生時における業務継続計画も策定している。業務継続計画では全体を統括する責任者を管理者とし、「体制構築・整備」「情報の共有・連携」「感染防止に向けた取組の実施」などの対応事項を8項目に分類して役割と担当者を定めている。また、通常業務では、訪問看護事業所と連携を行い、健康観察や毎朝バイタル測定を実施し感染予防に努めている。インフルエンザや食中毒など流行が予測される季節に合わせ年2回のeラーニング研修が行われ、全職員が受講している。そうした中、利用者が体調不良で排泄物の処理が必要になった場面でも、職員は適切に対処することができている。</p>		
39	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
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>「自然災害発生時における業務継続計画」を策定し、災害時の対応体制が明確になっている。ホームは、行政のハザードマップにおいて被災想定地域ではないが、食料や備品類等の備品リストを作成し、管理者が管理している。昨年は、利用者・職員が地域の総合防災訓練にも参加している。しかし、災害時の利用者および職員の安否確認の「確認シート」の整備や職員への周知は不十分である。</p> <p>今後は、「自然災害発生時における業務継続計画」を基に、職員全員への周知徹底と行政や他施設との連携協定書を締結する等の体制をつくり訓練を実施していくことが望まれる。</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。		
40	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明文化され福祉サービスが提供されている。	c
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>「重要事項説明書」には、共同生活援助事業において提供するサービスとして、「相談および援助」「食事」「金銭管理」「排泄」「入浴」「着替え・整容等」「活動支援」「健康管理」「体験利用提供」「緊急時の対応」が明記されている。それぞれのサービス内容についても明文化されているが、これらのサービスを提供する際の標準的な実施方法（マニュアル）については、「緊急時の対応」を除き整備されていない。</p> <p>今後は、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢が明示された標準的な実施方法を整備し、それに基づいた支援が行われるよう取り組んでいくことが求められる。</p>		
41	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。	c

<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>福祉サービスの標準的な実施方法として、「相談および援助」「食事」「金銭管理」「排泄」「入浴」「着替え・整容等」「活動支援」「健康管理」「体験利用提供」については整備されていない。</p> <p>今後は、標準的な実施方法を整備し、職員や利用者からの意見や提案が反映されるよう定期的に見直しを行うなどの仕組づくりが求められる。</p>		
<b>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。</b>		
<b>42</b>	<b>Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。</b>	<b>b</b>
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>ホームで定めた「身体の状況」「精神面の状況」「経済状況」「支援目標」「本人の希望」「家族(キーパーソン)」「区分・関係機関」「留意事項」の項目があるアセスメント表を用いて、サービス管理責任者が個別支援計画書を作成している。しかし、家族関係や生活歴、その他利用者を取り巻く基本情報の収集が十分とはいえず、計画に反映される情報が限定的である。</p> <p>今後は、アセスメントから計画策定、実施、評価、見直しまでの一連のプロセスを通じて、必要に応じて関係機関(相談支援事業所職員や就労先等)と情報を共有し、職員も一連のプロセスの理解を深めえた上で、その内容を個別支援計画に反映できるよう取り組むことが望まれる。</p>		
<b>43</b>	<b>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。</b>	<b>b</b>
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>サービス管理責任者が、原則として半年に1回、個別支援計画の評価・見直しを実施している。入院や状態の変化があった場合には、随時本人と面談し、関係機関や職員と情報を共有したうえで、必要な内容を個別支援計画に反映している。見直し後は、個別支援計画書の原本を供覧し、職員への周知を図っている。</p> <p>今後は、計画を緊急に変更する場合や、評価・見直しが必要となる場合の基準的な手順を明確にし、支援の課題を整理することが望まれる。</p>		
<b>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>		
<b>44</b>	<b>Ⅲ-2-(3)-① 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。</b>	<b>b</b>
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>利用者の支援記録は支援システムを用いて入力されており、すべての職員が閲覧・入力できる体制が整っている。特に重要と思われる記録には「重要」のチェックを入れることで赤字表示となり、職員が優先的に確認しやすい仕組みとなっている。また、職員はeラーニング研修で記録方法について学び、5W1Hを基本とした記録を行っている。しかし、記録内容には職員間で差がみられ、指導の機会は十分に整っていない。</p> <p>今後は、よりの確な利用者状況の記録を行い、職員間で情報を共有しながら支援に活かしていく体制整備が望まれる。</p>		
<b>45</b>	<b>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>	<b>b</b>

### <コメント>

個人情報保護規程が策定されており、支援システムの記録は事務所内のパソコンで管理している。管理者と責任者以外は事務所外で使用できない設定であり、職員は個別の ID でログインするなど、アクセス管理も行われている。夜勤者はタブレットのみを使用して記録し、夜勤終了後には事務所へ戻すことを徹底している。また、職員が事務所を離れる場合には施錠を行い、職員採用時には「秘密保持に関する誓約書」の提出を求めるなど情報漏えい予防に取り組んでいる。

今後は、採用時だけでなく、個人情報保護に関する教育や研修を継続的に実施し、組織全体で個人情報保護に取り組むことが望まれる。

## 評価対象 A 福祉サービスの内容

### 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		
46	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
<h3>&lt;コメント&gt;</h3> <p>e ラーニング研修において、職員は自己決定支援に関する研修を各自で受講し、その内容は全員分の受講報告書を回覧することで共有している。日常の会話から「美容室に行きたい」「ベッドを新しくしたい」といった希望が聞かれた場合には、申し送りノートを通じて職員間で情報共有を行い、事前準備や同行するなど個別支援を実施している。トイレや下駄箱の使用方法については利用者アンケートを実施して不満や意見を把握しているが、利用者自身が生活ルールについて話し合う機会は設けられていない。</p> <p>今後は、アンケート結果を基に、利用者自身が話し合いに参加し、生活環境の改善に主体的に関わる仕組みを整えていくことが望まれる。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
47	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。	c
<h3>&lt;コメント&gt;</h3> <p>運営規程や虐待防止対応規程には、利用者の人権擁護を明文化している。また、虐待防止委員会のファイルには報告様式も整備している。虐待防止委員会では、職員が研修で得た知識を共有しているが、日々の支援に結びつく支援方法を検討するには至っておらず、職員による理解や実践は十分ではない。</p> <p>今後は、運営規程や虐待防止対応規程をもとに、日々の支援を振り返りながら知識を深めて権利擁護への取り組みを徹底することが求められる。</p>		

## A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
48	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者から「調理方法を教えてほしい」と希望があれば対応し、調理は、利用者の身体状況に合わせて必要な部分のみ支援している。金銭管理においては、利用者の理解の程度を把握して使い方の支援を行っている。浴室やランドリーには、利用者が確認できるように使用ルールや時間割を掲示して、自己管理が行えるよう自律を促している。手帳の更新や福祉サービスの利用に関する手続きは、相談支援事業所の相談員へ連絡調整を行っている。</p>		
49	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が理解しやすい言葉や数量表現を用いてコミュニケーションを図っている。対話が苦手な利用者にはメモを活用して意思を伝えてもらうなど、利用者の能力に応じた方法を工夫しながら支援している。また、家族や就労先などの関係機関と連携し、利用者の意向を確認している。意思表示が困難な場合や障害特性のある利用者に対しては、家族や関係機関との情報共有はしているが、個々に応じた手段や工夫は不十分である。</p> <p>今後は、より多様な状況にある利用者に対応できるよう、コミュニケーション手段の工夫や支援方法の充実を図ることが望まれる。</p>		
50	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>モニタリング時や必要時には、食事準備時間帯を除き、利用者の希望する場所や方法で相談に応じている。日中活動や就労、洗濯やお金の使い方などの生活技術について相談があり、職員は、支援システムを活用して記録し共有している。しかし、サービス管理責任者と職員で検討した記録や個別計画へ反映した過程は不明確で整備は不十分である。</p> <p>今後は、利用者の意思表示や決定過程について職員間で共有したことを検討し、職員全体で取り組み個別支援計画書へ反映する仕組みづくりが望まれる。</p>		
51	A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日中活動や就労、通院、訪問看護の来訪予定を把握し、利用者の状況に応じて声かけを行い、日中活動先の事業所や関係機関と情報共有しながら確認している。また、ホームの玄関には公共交通機関の時刻表や就労継続支援事業所のパンフレットを設置し、利用者の希望があればパンフレットの説明や相談に応じるとともに、相談支援事業所と連携している。しかし、職員は個別支援計</p>		

<p>画に基づく支援の理解が十分とはいえず、計画に沿った支援プロセスを踏まえた取り組みには至っていない。</p> <p>今後は、個別支援計画に基づく支援の実践を進めていくことが望まれる。</p>		
52	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>統合失調症やてんかんの病状および基本的支援について、e ラーニング研修を活用した研修計画があり、全職員が受講している。利用者の状況に応じて相談支援事業所や訪問看護師と連携し、必要に応じて受診や入院につなげる支援を行なっている。利用者の症状や行動については、支援システムを活用し記録して共有しているものの、記録は個々の場面对応にとどまり、検討の積み重ねや対応経過の整理、支援内容の見直しにつなげる仕組みは十分に整備されていない。</p> <p>今後は、各利用者の行動特性に応じた支援をより適切に行うため、支援記録を活用した検討会を設定するなどの仕組みを充実させて環境整備を進めていくことが望まれる。</p>		
<p><b>A-2-(2) 日常的な生活支援</b></p>		
53	A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事は、業者による献立と食材を購入し、職員は湯せんによる加熱、炊飯、配膳を行っている。また、業者が実施した利用者アンケートの結果から嗜好や要望を把握し、月1回のレクリエーション食（テイクアウト等）を取り入れるなどの工夫をしている。入浴の時間の相談や利用者の状況により声かけも実施している。しかし、個別支援計画に基づいた支援を実践する仕組みは十分に整っておらず、ホームのルールをもとにした個別対応になっている。</p> <p>今後は、食事・整容などの日常生活支援についても、標準マニュアルや手順を整備し、個別支援計画に基づく記録とモニタリングを行う仕組みの構築が望まれる。</p>		
<p><b>A-2-(3) 生活環境</b></p>		
54	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>男子棟と女子棟があり、利用者は男女独立した環境で過ごすことができる。また、共有スペースには、冷蔵庫や電子レンジ、洗濯・乾燥機などの家電設備が整っており、各居室にはエアコンを設置している。「夜勤職員マニュアル」には、清掃や消毒などの手順が明確化され衛生管理をしている。トイレや下駄箱、冷蔵庫などの共有設備の使用については、利用者アンケートを実施し、利用者の意向を踏まえてルールを設定するなど、工夫しながら改善に取り組んでいる。包丁などの危険物、利用者の同意を得たうえでたばこなどの火の元になる物は預かり、事務室で管理している。さらに、利用者が安眠できるよう、食洗機や洗濯機の生活音にも配慮した環境整備が行われている。</p>		

<b>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</b>		
<b>55</b>	<b>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>	<b>b</b>
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>金銭管理が自立して行えるよう、週単位での金銭手渡しやレジでの支払いを通した生活訓練が実施されている。また、日中活動での就労に合わせて、水分摂取量や睡眠時間などの体調管理を自ら行えるよう支援している。しかし、個別支援計画に基づく支援やモニタリング結果と連動した支援体制は十分に整っていない。</p> <p>今後は、個別計画書に基づき、支援方針の検討や見直しが実施されることが望まれる。</p>		
<b>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</b>		
<b>56</b>	<b>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>	<b>b</b>
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>毎日のバイタルチェックに加え、入浴や身体状況、食事や水分量も個別に把握し、支援システムを活用し記録して職員間で共有している。本人の状況に応じて、訪問看護の導入検討や共有を行い、必要に応じて通院同行や入退院に係る関係機関との連携も実施している。しかし、健康管理に関するマニュアルや手順の整備は不十分であり、関係機関との連携や担当者の役割分担は明確ではない。</p> <p>今後は、健康管理、通院同行、関係機関連携について、標準的なマニュアルを整備し、実施できる体制を構築することが望まれる。</p>		
<b>57</b>	<b>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>	<b>b</b>
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>胃ろうや痰吸引などの医療的支援を必要としている利用者はいない。「夜勤職員マニュアル」に基づき、利用者の服薬管理を支援している。預かっている薬は、事務室の鍵のかかる保管庫にて管理している。また、利用者の状況により、訪問看護師と連携して支援している。事故防止及び発生時対応マニュアルや重度化対応に関する指針を策定しているが、緊急時対応フローチャートには手順を明記するにとどまっており、責任者や担当役割は明確ではない。</p> <p>今後は、ホーム全体で医療に関する責任者の役割や支援手順を明確にして支援することが望まれる。</p>		
<b>A-2-(6) 社会参加、学習支援</b>		
<b>58</b>	<b>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>	<b>b</b>
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>アルコール依存や PTSD (心的外傷後ストレス障害) のミーティング予定を職員が把握している。職員は、利用者がこれらの治療プログラムへ自主的に参加することを見守っている。</p>		

外出時の移動手段や就労に関する相談を受け付け、必要時には見学に同行することもある。また、地域イベントや夏祭り等の情報提供を行っている。しかし、利用者の希望による対応にとどまり、利用者の一人ひとりの意向を把握した情報提供や支援は不十分である。今後は、全ての利用者の意向を踏まえたうえで、組織的に支援することが望まれる。

<b>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</b>		
59	<b>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>	b
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>公共交通機関の利用や金銭の使い方などについて支援を行っている。また、関係機関と連携して入院の調整や実家で過ごす機会の確保など、利用者が地域での生活を継続できるよう取り組んでいる。関係機関に対しては、利用者の経過や状況を整理して情報提供を行っている。しかし、利用者の希望や意向に関する課題整理は十分とはいえず、その都度の対応にとどまっている。</p> <p>今後は、全ての利用者の希望や意向を把握し、課題を明確にしたうえで、利用者の自己実現を目指した支援を組織的に実践していくことが望まれる。</p>		
<b>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</b>		
60	<b>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>	b
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>家族や後見人へは、毎月の請求書や預かり金の報告、病状変化や処方薬の変更などを連絡している。緊急時対応のフローチャートを準備し、連絡先は個人ファイルに明記している。また、実家への外出や外泊前後の状況を家族と共有し、家族の意向や相談事も確認している。利用者と家族の意向が異なる場合の調整にも取り組んでいるが、家族に関する情報が十分にアセスメントに反映されていない。</p> <p>今後は、利用者の状況と家族関係を踏まえたアセスメントに基づき、家族への報告や連携を計画的に進めていくことが望まれる。</p>		

### A-3 発達支援

		第三者評価結果
<b>A-3-(1) 発達支援</b>		
61	<b>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。</b>	評価外
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p>		

#### A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
62	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームには、一般就労や就労継続支援を利用して就労をしている利用者がある。職員は、利用者の就労意向を把握して、就労先の情報提供や相談支援事業所へ連絡をし、見学の日程調整などの支援をしている。睡眠や食事など、生活リズムを整えて就労継続できるよう配慮している。また、利用者の状況や変化は、就労先と共有して連携して支援している。しかし、相談支援事業所の計画書と連動した個別支援計画書への反映や取り組みは不十分である。</p> <p>今後は、利用者の就労意向や可能性を関係機関と共有し、更に計画的に支援を進められる仕組みづくりが望まれる。</p>		
63	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
<p>&lt;コメント&gt;</p>		
64	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。	非該当
<p>&lt;コメント&gt;</p>		