

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : グループホームもみの木・グループホームかしの木  
( 共同生活援助事業 )

評価実施期間 2021年8月4日 ～ 2022年2月28日

実地(訪問)調査日 2021年12月15日

評価決定委員会開催日 2022年2月14日

2022年3月4日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター



様式第11-1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター
-------------------------

②施設・事業所情報

名称：グループホームもみの木 グループホームかしの木		種別：共同生活援助事業		
代表者氏名：松本 雄二		定員（利用人数）：	17 名	
所在地：〒669-5221 兵庫県朝来市和田山町秋葉台 1-99				
TEL：079-672-4265		ホームページ： <a href="http://www.kobeseirei.or.jp/publics/index/43">http://www.kobeseirei.or.jp/publics/index/43</a>		
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：2012年 4月 1日				
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 神戸聖隷福祉事業団				
職員数	常勤職員：	1 名	非常勤職員：	11 名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を指す	施設長	1 名	職業指導員	0 名
	サービス管理責任者	1 名	看護師	0 名
	生活支援員兼世話人	1 名	栄養士	0 名
施設・設備の概要	居室（1人部屋）	5室/7室/5室	談話室（共用室）	各1室
	浴室	1室/2室/2室	台所・食堂	各1室
	便所	1室/2室/2室	管理人室	1室（かしの木）

③理念・基本方針

<ol style="list-style-type: none"> <li>利用者一人ひとりの人権を尊重し、自立へ向けての個別支援を行います。</li> <li>利用者が、安全・安心・快適な生活を送られるように支援します。</li> <li>地域との連携を重視し、地域に根ざしたホーム作りに努めます。</li> </ol>
--

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>「キリスト教精神に基づき 聖書に示された愛と奉仕の実践を通して 社会福祉の向上に貢献します」礎となるキリスト教（精神）を基に、事業に取り組む。</p> <p>基本的には就労をされている障害者を対象に、基本的には ADL が自立されていらっしゃる方が対象としています。地域の中で生活されている生活者として、一般的な社会生活マナーに沿った生活を送って頂く場として、利用して頂いています。</p>
--

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2021年 8月 4日（契約日）～ 2022年 2月 28日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回目（2017年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>法人及びバックアップ施設との連携のもと、事業運営や組織運営の仕組みを確立され、地域に根差した福祉サービスの提供に取り組まれています。</b> 法人及びバックアップ施設の仕組みの中で、経営課題を明確にした第4期中期計画(2020～2023)に基づき、単年度事業計画の策定が行われ、総合的な人事管理が行われ、地域に密着した人材確保に努めています。また、運営の透明性に関する情報公開や公正かつ適正な経営・運営に取り組まれるとともに、地域の自治会との連携のもと、地域清掃活動や地域のお祭り等にも参加し、地域に根ざしたホーム作りに努めています。</li> <li>○ <b>利用者の自己決定を尊重する取り組みと地域社会での暮らしの継続に向けた取り組みが行われています。</b> 利用者の希望である「少しでも長くグループホームでの生活を送りたい」という思いに対して、電動ベッドの導入や利用可能な福祉サービスの活用などを通してなど、利用者自らが気づき、考え、自己決定を尊重する支援が行われています。また、利用者の地域生活の継続に向けた、買い物のための自転車の準備や地域で行われる祭りや避難訓練などの情報提供をはじめ、生活保護の申請や社会保険などの行政手続きなどの支援が行われています。</li> </ul> <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>グループホームに関わる職員の質の向上に向けた体制を確立していくことが重要です。</b> 法人において、職員一人ひとりの目標管理や研修計画など、人材育成の仕組みが構築されていますが、グループホームに関わる非常勤の世話人には適用されていません。今後は、グループホームの特殊性に考慮した研修カリキュラムを作成するなど、グループホームに関わる職員一人ひとりの育成に向けた仕組みを構築していくことが望まれます。</li> <li>○ <b>支援の標準化に向けた取り組みが重要です。</b> 神戸聖隷基準マニュアルに基づいて、標準的な福祉サービスの提供が行われていることがうかがえましたが、標準的な福祉サービスの実施状況についての研修の実施や確認には至っていません。今後は、事業所の特性に合わせたマニュアルの整備や定期的な見直しとともに、サービスの実施状況の確認や職員に対する研修の実施が求められます。</li> </ul>
--

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>今回で2回目の第三者評価の受審となりましたが、障害者が地域の中で日常生活を送られているはずのグループホームと、施設入所支援サービス等を提供されている事業目的と同等基準で評価するのではなく、やはり福祉事業毎に事業目的がある様に、事業目的毎の評価基準をもって評価が行って頂ける様になることを期待したいと思います。</p> <p>基本的にはお一人お一人のご利用者の思いに寄り添いながら支援させて頂ける施設を目指したいと感じると共に、提供させて頂くサービスの質とご利用者の思いとの乖離がない事業所を目指したいと感じました。</p>
--

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

(別紙)

## 第三者評価結果

### 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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「キリスト教精神」を基本とした法人理念をもとに、福祉職員としての行動規範と施設の4つの具体的な方針を文章化し、ホームページ、パンフレットに記載するとともに、世話人連絡会議で理念を唱和し、牧師による聖書の学習の機会を持つなど、継続的に周知する取り組みが行われています。また、法人として、理念について詳しく説明した「神戸聖隷ハンドブック」を作成され、利用者等に配布されています。</li> <li>○ 今後は、さらに利用者や家族に対して、基本理念や基本方針がより理解しやすいように、わかりやすく説明した資料を作成するなど、更なる工夫や配慮を期待します。</li> </ul>		

#### 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 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 社会福祉事業全体の動向は法人本部からの通知や通達、行政からの情報を確認され、情報の把握に努め、また朝来市福祉計画の策定委員会や南但自立支援協議会に参画することを通じて、地域のニーズや状況、事業を取り巻く状況を把握していることがうかがえます。また、経営状況については、毎月法人に提出する実績報告書や目標達成月次チェック表等により利用率の分析や経費の推移が示され、検討がなされています。</li> </ul>		
③	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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設における経営状況や課題については、毎月の実績報告書、目標達成月次チェック表に明記され、本部常任理事会、中期実行管理会議で共有されています。また、毎月の地区施設連絡会でも報告され、事業所内の職制会議や職員と協議され改善に取り組まれています。</li> </ul>		

#### 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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人の第4期中期計画(2020～2023)のビジョンをもとに、和生園第4期中期計画(2020～2023)が策定されています。計画は地域・経営・QOL・人材・理念に大きくわけ、中・長期的に必要と思われる課題を職員から集約し、計画目標を設定し作成されています。中期計画の見直しは、年度ごとのシートと月ごとのシートを本部に提出し、進捗状況の分析等を行っており、乖離している場合は計画の見直しが行われています。</li> </ul>		

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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 和生園第4期中期計画を踏まえ、単年度の和生園事業計画にグループホームの内容が盛り込まれています。事業計画は、実施状況の評価が可能な具体的な取り組みが記載されています。</li> </ul>		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業計画は管理職で方針を決め、担当において実行計画を策定されています。また、法人の仕組みにもとづいて、実施状況や評価を「月次報告シート」で報告され、必要に応じて、見直しが行われています。</li> <li>○ 今後は、事業計画の策定期間や手順のスケジュール化を図り、事業計画の策定に職員（世話人）による意見が反映されていることを明確にされることが望まれます。</li> </ul>		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 行事の計画は利用者話し合い決めていることがうかがえますが、事業計画の周知には至っていません。今後は、利用者等の参加を促す観点から、事業計画の主な内容をわかりやすく説明した資料の作成し、事業計画について利用者・家族と話し合う機会を設けることで、周知や理解を深めていく工夫が求められます。</li> </ul>		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 定期的な利用者満足度調査をもとに改善サイクルに基づいて改善が図られ、PDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取り組みが実施されています。</li> <li>○ 今後は、継続的に自己評価を行う仕組みを構築し、評価結果の分析・検討に基づいたサービスの質の向上を図られることが望まれます。</li> </ul>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもと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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 満足度調査の結果をまとめられ、課題を文書化し、全職員に共有され、改善の検討が行われています。</li> <li>○ 今後は、年1回以上の自己評価を実施され、評価結果にもとづく組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策や改善計画を策定され、実施状況の評価や改善計画の見直しなどが望まれます。</li> </ul>		

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
<コメント> ○ 管理者は、グループホームに関する自らの役割・責任や方針を、世話人連絡会や広報誌で表明されています。和生園においては、職務分掌や有事の際の権限委任の記載はうかがえますが、グループホームに関する役割は明確になっていません。 ○ 今後は、グループホームにおける管理者の具体的な役割と責任を明確にしていくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 管理者は、利害関係が生じる場合は相見積もりを行うなど経理規定による適正な関係を保持されています。 ○ 今後は、社会福祉関係法令に限らず、グループホームの運営に必要な法令について把握されるとともに、遵守すべき法令については世話人等に周知していくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 管理者は、福祉サービスの質の現状について、事業計画への取り組み「月次報告シート」により評価・分析がされ、職員の意見を聞く機会を設け、夜間支援体制の強化の取り組みを行い、指導力が発揮されています。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上について、世話人の教育・研修の充実を図っていくことが望まれます。		
13	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。	b
<コメント> ○ 管理者は、労務、財務に関して財務データに基づく試算表を作成し、法人の人事・労務・危機管理部会に報告しています。また、人員配置では指定基準を上回る支援体制や宿直体制の整備など働きやすい環境に取り組んでいます。 ○ 今後は、経営の改善や業務の実効性を高めるために、組織内に具体的な体制を構築していくことが期待されます。		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人の第4期中期計画において、「人材確保育成の視点」として方針が示され、シルバー人材センターの活用や、求人チラシの配布など、地域に密着した人材確保に努めています。しかし、人事に関しては法人で一元的に管理されているので、具体的な計画（人事プラン）は確認できませんでした。</li> <li>○ 今後は、必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画（人事プラン）を確立し、その計画にもとづいた取り組みが望まれます。</li> </ul>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人において、人事に関する規定を整備するとともに、キャリアパスフレームで人事基準が示され、貢献度などは人事考課制度で評価が行われています。また、職員の意向・意見は「意向シート」により管理者が面接をしています。しかし、世話人の人事基準や人事考課制度は明確ではありません。</li> <li>○ 今後は、世話人に関する人事管理の仕組みを明確にしていくことにより、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりが望まれます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 労務管理に関する責任体制は管理者が中心となって総務部門と連携しながら、時間外労働、有給休暇取得状況など勤怠管理が行われています。また、職員のストレスチェックや個別面談も実施され、有給休暇の取得の推進や個別事情に応じた勤務配慮など、働きやすい職場づくりに配慮されています。</li> <li>○ 今後は、世話人の福利厚生について検討され、充実を図っていくことが期待されます。</li> </ul>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人において、職員一人ひとりの目標管理の仕組みが構築されていますが、世話人には適用されていません。今後は、世話人の目標管理の仕組みを構築していくことが必要です。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「期待する職員像等」は法人基本理念や行動規範に示されています。研修については、事業所内の研修開催や職員の出席は確認できましたが、具体的な研修計画は確認できませんでした。</li> <li>○ 今後は、研修計画にもとづき、教育・研修が実施され、研修計画、研修内容・カリキュラム等の定期的な評価・見直しを行う仕組みを確立されることが望まれます。</li> </ul>		

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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 職員台帳で一人ひとりの技術水準、資格の取得状況を把握され、新任職員のOJT（日常業務にもとづいた研修）が実施されています。2カ月に1回、世話人研修が行われ、研修の参加を促しています。</li> <li>○ 今後は、グループホームの特殊性に考慮した研修カリキュラムを作成していくことが望まれます。</li> </ul>		
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。		
20	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 実習生の受け入れは行われていません。専門職の研修・育成への協力は、法人・事業所の社会的責務の一つとして、人材確保に大切な取り組みです。今後は、和生園と連携のもと実習生受け入れに関する基本姿勢を明確にした体制整備やプログラムを用意するなど、積極的な取り組みが求められます。</li> </ul>		

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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人として、ホームページに、法人基本理念や行動規範、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、決算報告、第三者評価等の詳細な情報公開がされています。地域に対しては、広報誌（法人年3回、事業所年1回）が配布され、法人、事業所の存在意義や役割、活動を明確にするように努められています。</li> <li>○ 今後は、第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表していくことが望まれます。</li> </ul>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所における事務、経理、取引等は法人経理規定により業務遂行され、職員にも周知されています。必要に応じて相談や助言は法人契約の顧問社労士、顧問弁護士を配置し、講評及び研修を行っていることがうかがえます。また、定期的に監事による内部監査や法人契約の公認会計士による外部監査が行われています。</li> <li>○ 今後は、グループホームの経理や取引などについて、ルールを明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		

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 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 基本方針の中に「地域との連携を重視し、地域に根ざしたホーム作りに努めます。」が掲げられ、基本的な考え方が明記されています。地域清掃活動や地域のお祭り等にも参加し、地域の情報は事業所内に掲示されています。個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用し、外出などが行われていることがうかがえました。</li> <li>○ 今後は、グループホームや利用者への理解を得ることを目的として、定期的に地域の人々と利用者との交流の機会を設けていくことが期待されます。</li> </ul>		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人として地域の学校教育等への協力について、基本姿勢を明文化され、市内の小、中学校等の福祉教育の実施に協力しています。また、和生園と合わせて草刈り、窓ふきなどのボランティア活動を受け入れている事例が確認できました。</li> <li>○ 今後は、グループホームとして、ボランティア等の受け入れについての基本姿勢や受け入れ手順を明文化していくことが望まれます。</li> </ul>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ バックアップ施設の和生園として地域の就労支援ネットワーク会議や南但馬自立支援協議会との連携が図られています。また、今年度から朝来市自立支援協議会の発足準備に参加していることがうかがえました。</li> <li>○ 今後は、利用者の状況に対応できる社会資源についてリスト化し、職員間で情報を共有していくことが望まれます。</li> </ul>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ バックアップ施設の和生園として、小学校の車いす体験・視覚障害者体験など福祉教育に協力しています。また、災害時の地域での役割として、一時避難所として協定を締結しています。</li> <li>○ 今後は、事業所が有する資源や機能を地域に知らせていく取り組みが期待されます。</li> </ul>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ バックアップ施設の和生園として、地区の住民総会に参加をし、地域の福祉ニーズの把握に努めています。また、「地域貢献の視点」として活動計画が明記され、具体的な取り組みを行っていることがうかがえました。</li> <li>○ 今後は、地域の社会資源として、地域の福祉ニーズにもとづく、事業活動を明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		

### 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
<コメント> ○ 利用者を尊重したサービス提供について、法人の理念の行動規範や事業所の基本方針において具体的に示され、基本的人権の勉強会を行い、虐待チェックリスト、不適切行為の研修を行っています。 ○ 今後は、世話人に利用者の尊重や基本的人権、配慮について定期的に状況の把握ができるような仕組みづくりが望まれます。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<コメント> ○ 法人において虐待防止規定が定められており、虐待に対する受付・対応手順をフローチャートで示し、不適切な事案が発生した時の対処方法が周知されています。 ○ 今後は、プライバシーに配慮した支援など、権利侵害の防止についてマニュアルを整備するとともに、共有スペースにおけるプライバシーに配慮した環境整備を進めていくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ ホームページやパンフレットをはじめ、事業所を紹介する資料を作成し、相談支援事業所などに選択に必要な情報提供を行っています。また、利用希望のある障害者や保護者に対して、随時、見学などを通して選択に必要な情報を提供していることがうかがえます。 ○ 今後は、適宜、提供する情報を検討することによって、さらにわかりやすい利用者の特性に応じた情報提供が望まれます。		
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
<コメント> ○ サービスの開始・変更にあたっては、重要事項説明書に加えて、利用者の特性に合わせ、伝える内容を検討し、利用者本人の同席のもと説明され、同意を得られていることがうかがえます。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、更に障害特性に応じたわかりやすい説明、工夫を図られることが望まれます。		

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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退所する利用者等、福祉サービスの変更については、相談支援事業所等の関係機関と連携のもと、説明や引き継ぎを行い、継続性に配慮した取り組みがうかがえました。</li> <li>○ 今後は、アフターフォローについての相談先や手順を整備していくことで、継続性に配慮した仕組みを明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人部会（QOL推進部）として利用者満足度調査を定期的実施するとともに、必要に応じて利用者との個別懇談を通じて、要望を吸い上げ、利用者の満足度の把握に努められています。</li> <li>○ 今後は、把握された要望やアンケート結果を分析することで、利用者の意向をサービスに取り入れるプロセスを明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確立されている。		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 苦情解決の仕組みについては、受付から解決処理まで手順を定め、事業所に掲示されています。また、それにもとづいて利用者の参画のもと、苦情解決委員会等の検討を経て、サービスの質の向上を図っていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、利用者の苦情や意見を取り入れる方法を明確にするとともに、苦情内容及び解決結果を公表するなど、苦情をサービス改善に活かす仕組みを明確にすることが期待されます。</li> </ul>		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 苦情相談窓口が整備され、各事業所に掲示されています。また、重要事項説明書についても、苦情受付担当者ならびに苦情解決責任者が明記されているとともに、利用者個々の居室で相談や意見を聞いていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、家族に対する相談や意見を受け付けることを家族へ周知する取り組みが期待されます。</li> </ul>		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人の苦情対応マニュアルの整備やQOL推進部が設置され、利用者からの相談や意見を受け付ける体制が構築されています。また、年2回の満足度調査から壁紙の張替えや食事メニューの改善などが図られた事例とともに、管理者が常駐する相談室を開放し、いつでも利用者からの相談や意見を受け付けることができる環境を意図的につくられていることがうかがえます。</li> </ul>		

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
<コメント> ○ 事故対応マニュアルが整備され、リスクマネジメント委員会や職員会議を通じて、事故の検証を踏まえて、転倒などのリスクを回避する具体的な取り組みが行われていることがうかがえます。 ○ 今後は、職員に対する安全確保や事故防止に向けた研修の実施とともに、ヒヤリハット事例（安全を脅かす事例）の収集を積極的に行っていくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 感染症対策マニュアルが整備され、年1回手洗いの方法や嘔吐物処理などの感染症予防に関する研修が実施されています。また、手洗いチェッカーの導入など、感染症予防や発生時における利用者の安全確保に向けた取り組みが行われています。		
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している。	a
<コメント> ○ 但馬地区の法人施設との相互支援の体制が整備され、緊急連絡網や非常食の備蓄、防災計画などの具体的な体制の整備や有事における計画が策定されています。また、地域の災害訓練にも参加され、地域との連携を深められています。		

### 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文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<コメント> ○ 神戸聖隷基準マニュアルに基づいて、標準的な福祉サービスの提供が行われています。また、世話人連絡会の中で、日々の支援について標準化を図るための情報共有が行われています。 ○ 今後は、標準的な福祉サービスが行われているかを確認する取り組みや標準マニュアルを職員に周知するための研修の実施が望まれます。		
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
<コメント> ○ 神戸聖隷基準マニュアルに基づいて、日々の支援が行われていますが、事業所の特性に合わせたマニュアル整備や定期的な見直しが求められます。		

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。		
42	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ アセスメントから計画の策定、実施、評価、見直しの過程を定められた手順に基づいて、利用者や家族、世話人、サービス管理責任者など、横断的な情報の共有を通して、個別支援計画が策定されています。</li> <li>○ 今後は、個別支援計画に基づいたサービスの実施状況を確認する仕組みを明確にすることが望まれます。</li> </ul>		
43	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個別支援計画が策定された際には、世話人にノートや口頭で周知されている事がうかがえました。</li> <li>○ 今後は、緊急に個別支援計画を変更する際のマニュアルの見直しと、職員への周知の方法を明確にすることが望まれます。</li> </ul>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 統一されたフェイスシート（モニタリングシート）を用いた様式が整備され、世話人による支援の内容がケア記録に記載され、世話人ノートや世話人連絡会を通して支援内容の共有が図られている事がうかがえました。</li> <li>○ 今後は、記録の内容に差異が生じないように、記録要領の作成や個別支援計画に基づいた記録の書き方を統一していくことが望まれます。</li> </ul>		
45	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人による文書管理規定をはじめ、各種規定により、個人情報の扱いについて明確に示されています。また、職員には個人情報保護の誓約書をとられ、利用者や家族に対しては、契約時に説明し同意が図られています。</li> <li>○ 今後は、利用者に関する記録の管理体制について、職員に対する教育や研修の実施とともに、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法を明文化していくことが望まれます。</li> </ul>		

## 評価対象A 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		
A①	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
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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。	b

#### 特記事項

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の希望である「少しでも長くグループホームでの生活を送りたい」という思いに対して、電動ベッドの導入や利用可能な福祉サービスの活用などを通して、利用者自らが気づき、考え、自己決定を尊重する支援が行われています。</li> <li>○ 権利侵害防止に向けた、年2回のセルフチェック（虐待防止チェック）の実施や虐待事例検討会、苦情防止委員会などの取り組みを通して、利用者の権利侵害の防止に向けた取り組みが行われています。</li> <li>○ 今後は、生活に関わるルールを利用者と共に話し合う機会をつくっていくことが期待されます。また、利用者自らの権利について、理解を深めたり、意見を発しやすくするための利用者への説明とともに、世話人も含めた組織全体での取り組みが望まれます。</li> </ul>
---

### A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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
A④	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
A⑤	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
A⑥	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。	b
A⑦	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
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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。	b
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	c
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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

A⑫	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。	c
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	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
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	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。	a
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	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

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の地域生活に向けた、買い物のための自転車の準備や地域で行われる祭りや避難訓練などの情報提供をはじめ、生活保護の申請や社会保険などの行政手続きなどの支援が行われています。</li> <li>○ イラストや写真を用いた視覚的な支援や利用者ごとの状況に合わせた筆談などのコミュニケーション手段が確保されています。また個別的な配慮として、複数での説明や一緒に読み合わせを行うなど利用者の理解を促す取り組みが行われています。</li> <li>○ 利用者の意思を尊重するために、随時の相談を受けたり、成年後見制度や金銭管理、送迎の意思確認など利用者個々に応じた意思決定の支援が行われている事がうかがえます。</li> <li>○ 個別支援計画により、日中活動内容をより具体的に検討されています。具体的な事例として、月2回程度ガイドヘルパーの利用を促したり、就労継続支援事業所や一般就労先での就労について事業所間の連携を図る取り組みが行われている事が確認できました。</li> <li>○ 外泊や外出等については、基本的に制限は行われていません。また、ケーブル放送や回覧板、広報等により地域行事の参加についての周知し参加を促すとともに、スマートフォンやSNSの使い方などの注意喚起や学習支援が行われています。</li> <li>○ より長くグループホームで生活したいという本人のニーズに応じて生活環境の改善（電動ベッド、壁紙の張替えなど）、通院の補助、服薬管理などが行われています。また、地域の住民の方との地域行事への参加を通じて、地域の中で暮らし続けることを大切に支援が行われています。</li> <li>○ 今後は、利用者の体調変化による緊急時の迅速な対応等についての手順の整備や健康管理に関する世話人への研修の実施が望まれます。</li> <li>○ 今後は、本人のニーズを把握した上で、社会参加や学習の意欲を高める取り組みが期待されます。</li> </ul>
--

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	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。	非

特記事項

--

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	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。	非
A⑱	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。	非
A⑲	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

特記事項

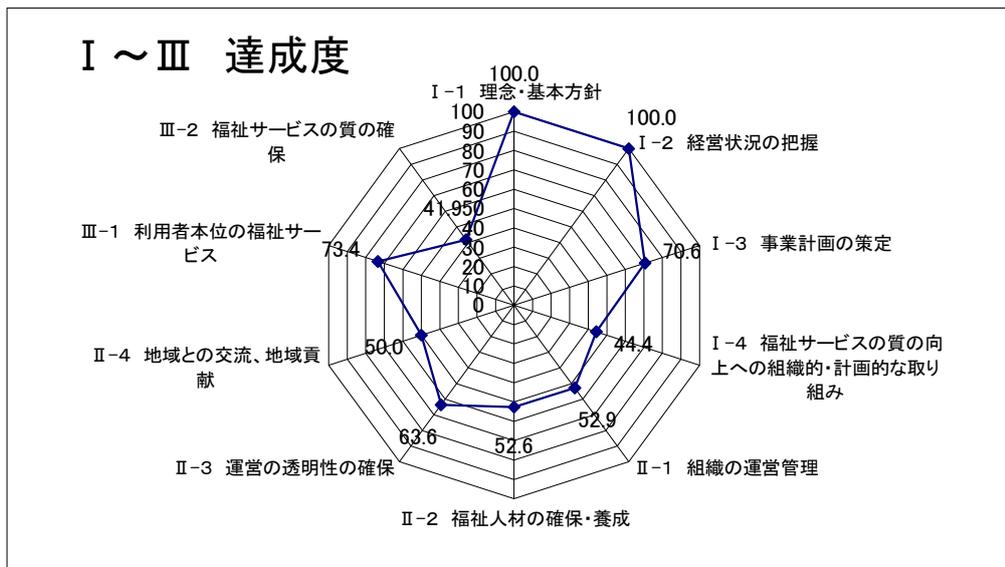
- 一般就労されている利用者や就労継続支援事業所を利用されている方などの送り出しや事業所との連携を通じて、利用者が働く力や可能性を支える支援が行われています。また、地域とのつながりを大切にしながら、事業所と職場（事業所）のみならず、地域で生活していくための支援が行われています。

(別紙2)

## 各評価項目に係る評価結果グラフ

### I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	12	70.6
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み	9	4	44.4
II-1 組織の運営管理	17	9	52.9
II-2 福祉人材の確保・養成	38	20	52.6
II-3 運営の透明性の確保	11	7	63.6
II-4 地域との交流、地域貢献	26	13	50.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	47	73.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	13	41.9
	227	139	61.2



## A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 自己決定の尊重	6	5	83.3
1-(2) 権利侵害の防止等	6	3	50.0
2-(1) 支援の基本	26	19	73.1
2-(2) 日常的な生活支援	5	4	80.0
2-(3) 生活環境	5	4	80.0
2-(4) 機能訓練・生活訓練	5	0	0.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	5	2	40.0
2-(6) 社会参加、学習支援	4	3	75.0
2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	5	100.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	4	66.7
	73	49	67.1
	300	188	62.7

