

(障がい者・児福祉サービス版)

令和6年度

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

共同生活援助事業のぞみホームズ

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会

福祉サービス第三者評価結果公表事項

① 第三者評価機関名

社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：のぞみホームズ	種別：共同生活援助（グループホーム）	
代表者氏名：管理者 宇都宮 浩人	定員（利用人数）：105名（103名）	
所在地：松山市内宮町2007番地5		
TEL：089-978-7778	ホームページ： https://www.hukuzumi.com	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成18年10月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 福角会		
職員数	常勤職員：22名 非常勤職員：28名	
専門職員	社会福祉士 2名 介護福祉士 2名	
	精神保健福祉士 2名	
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	全ホーム 105室	

③ 理念・基本方針

【法人・基本理念】

社会福祉法人福角会は、「この子らを世の光に」の心を心として、全ての人たちが地域の中で安全で安心して暮らせる豊かな生活の実現を目指します。

【法人・基本方針】

社会福祉法人福角会が持つ機能と役割を十分発揮し、多種・多様化する地域への対応と社会的・福祉的支援を必要とする利用児・者およびその家族へのサービス提供に応えます。併せて、地域福祉の拠点として、その役割と使命を果たし、社会・地域の福祉ニーズに即応した事業展開を図ります。

【施設・基本方針】

関係法令に基づき、共同生活援助事業を実施する中で、利用者の意志や人格を尊重し、本人らしい自立と社会参加を促進する個別支援計画を作成し、豊かで生き甲斐のある生活に向けた支援とサービスを提供する

④ 施設・事業所の特徴的な取組

自立している利用者が多く、ほとんどの利用者は、日中に一般就労のほか、就労継続支援事業所等での通所や活動をしている。事業所内の自治会を中心に、希望する利用者に向けて、積極的に外出や行事などの余暇活動が行われている。また、連絡や報告で行先や連絡先が分かっている場合には、基本的に利用者の外出や外泊は自由に行うことができる。日中の活動のない休日にも、各グループホームで利用者は自分の時間を満喫している。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年9月17日（契約日）～ 令和7年3月21日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（令和元年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

自立型のグループホームとして、利用者の自己決定や自己実現を尊重し、自由で豊かな生活が送れるよう支援している。

平日は様々な日中活動に参加し、休日は余暇活動を行うために、事業所内の自治会で協議された活動や行事に参加する利用者も多く、自己決定が難しい利用者にも、充実した余暇が過ごせるよう工夫している。また、利用者が結婚や一人暮らしなど、人生において様々な選択ができるように支援するとともに、職員が一丸となって、地域社会での自立した生活に向けた支援に取り組んでいる。

各グループホームの拠点が離れているものの、タブレットにより、一人ひとりの利用者のバイタルや支援状況を確認できるシステム（FTケア）が導入され、勤務交代時の職員間の引き継ぎは、システムで利用者の状態を確認し、確認後にチェックをしてから、業務に就く仕組みづくりが行われている。

◇改善を求められる点

前回の第三者評価の受審結果を受けて、明確になった具体的な課題の改善計画を作成し、職員への周知と改善に向けた取り組みを予定していたが、コロナ禍の感染対策等もあり、実践までには至っていない。今回の第三者評価の受審結果をもとに、改善に向けた計画を作成して職員への周知を図るとともに、計画的に改善に向けて取り組むことを期待したい。

事業所内に苦情申出窓口等と意見箱を設置している。今後は、グループホーム内で利用者が誰に相談すればよいのか分かりやすいように、作成した文書の掲示や配布をしたり、出勤している職員の氏名と顔写真を掲示したりするなど、工夫された周知方法の検討を行い、実践していくことが期待される。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、二度目の第三者評価を受審するにあたり、全職員で自己評価を行い法人や事業所がこれまで行ってきた取り組みについての確認を行いました。その中で理解できていない点や周知不足の点を知る機会となり、評価結果を踏まえ改めて全従業者に周知を行い共通理解を深めていきたいと考えております。

特に改善を求められる点の具体的な課題の改善計画について、評価結果から一つ一つ計画的に取り組む改善を行いたいと思います。また意見・要望・苦情の受付につきましては、これまで以上に利用者の方が言いやすい環境整備を行い、安心して生活を送っていただけるよう取り組んでいきたいと思っております。

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。

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・c
<p><コメント></p> <p>法人の基本理念と基本方針等が明文化され、ホームページやパンフレットで公開している。入職時のオリエンテーションの中で、職員に説明するとともに、新任研修等でも、理事長自らの講和により、職員への周知が図られている。また、利用者や家族にも、事業所の自治会等や送付により、周知している。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>松山市地域福祉計画や松山市障害福祉計画・障害児福祉計画等で、事業経営を取り巻く環境等の情報を収集している。毎月の利用者数や利用率の把握や分析が行われ、事業報告や決算報告、第三者評価の受審結果等の作成や公開をするなど、経営状況を把握している。また、職員にも、職員会や事務局だよりで周知している。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の施設長会やコンプライアンス委員会等を中心に、経営課題の調査や分析をしている。また、全ての職員を対象とした「従業者意識調査アンケート」を実施し、結果を取りまとめるとともに、分析された課題等を中長期計画の内容に反映させている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>10か年の法人の中長期計画を策定するとともに、3年に1回、施設長会等の中で検討が行われ、計画の見直しをしている。事業ごとの分析や課題、新たな事業実施に向けた計画など、具体的な数値目標が定められた計画の策定が行われている。</p>		

(障がい者・児福祉サービス版)

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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>中長期計画の内容を踏まえて、毎年11月頃に各委員会で事業計画の内容等を協議し、検討した内容を反映して、新たな単年度の事業計画を策定している。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>中長期計画は、法人の各施設・事業所から選出された中長期計画プロジェクトチームと施設長会の中で検討が行われ、計画の評価や見直しをする仕組みを整備している。単年度の事業計画は、職員に作成の手順を説明した上で、基本的に全ての職員が参画し、計画の策定が行われている。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者や家族に向けて、行事等を分かりやすくまとめた生活者支援だより「ちいき」が発行され、配布して周知を図っている。毎年事業所の自治会が開催され、利用者に関係する行事や計画を分かりやすく説明している。また、ルビが振られた事業計画も作成している。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>今回が2回目の福祉サービス第三者評価の受審で、今後も自己評価の作成と5年に1回の受審を予定している。各種委員会により、協議された支援に必要なマニュアルは、基本的に全ての職員で見直しや改善をしている。利用者アンケートのほか、事業所内の自治会により、利用者から出された建設的な意見を反映しながら、サービスの質の向上を図っている。</p>		
9	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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>前回の第三者評価の受審結果を受けて、明確になった具体的な課題の改善計画を作成し、職員への周知と改善に向けた取り組みを予定していたが、コロナ禍の感染対策等もあり、実践までには至っていない。今回の第三者評価の受審結果をもとに、改善に向けた計画を作成して職員への周知を図るとともに、計画的に改善に向けて取り組むことを期待したい。</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・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画には組織図と職務分掌が明記され、管理者は職員会等で説明している。また、災害・緊急時の組織図等にも、管理者の役割と責任のほか、権限移譲等が明記されている。</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・c
<p><コメント></p> <p>定期的に、法人のリスクマネジメント委員会、コンプライアンス委員会、人権委員会、危機管理委員会、人材マネジメント委員会等が開催され、必要に応じてマニュアルの作成や変更が行われ、職員への周知が図られている。法人のマニュアルを基本として、各施設・事業所の実情に応じて必要なマニュアルが作成されている。また、定期的に遵守すべき法令等の研修会も開催され、職員会で周知や話し合いも行われている。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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・c
<p><コメント></p> <p>年間の研修計画に基づいて職員研修を実施し、職員に必要スキルや知識を学ぶ機会が設けられている。また、職員会の中でも、福祉サービスの質の向上に必要な議題を協議し、管理者は助言するなどの指導力を発揮している。</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・c
<p><コメント></p> <p>法人本部と連携を図りながら、管理者は経営課題を把握するとともに、各種会議や委員会等に参画して適切な助言をするなど、経営の改善や業務の実効性を高める取り組みに指導力を発揮している。また、管理者は適切な事業所の人員配置を確認するとともに、「従業員意識調査アンケート」の結果等を反映し、働きやすい職場環境づくりにも取り組んでいる。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>法人の中長期計画の中に、人材の確保とその定着と育成が明記され、採用計画に基づき、計画的に職員を採用している。日比介護国際共同組合にも加入し、積極的な外国人の採用も行われている。また、法人の人事考課マニュアルが整備され、職員がキャリアアップできる仕組みを明示している。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>法人本部による総合的な人事管理が行われている。目標管理制度やキャリアパス、昇任・昇格基準、給与基準、期待される職員像等を明確にした法人の人事考課マニュアルが作成され、全ての職員に冊子の配布と周知が行われている。マニュアルには、各施設・事業所の項目により、キャリアアップを図れるように分かりやすく明記され、職員が目標をもって職務を実行できるように、年4回管理者等は職員との個別面談を実施するなど、業務への意識向上に繋げている。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>法人として、厚生労働省から子育てサポート企業を認定する「プラチナくるみん」と、女性の活躍を推進する「えるぼし」の2つの認証を受けている。法人の心の健康づくり計画等が作成され、職員の「従事者意識調査アンケート」やストレスチェックを実施するとともに、管理者等は職員との個別面談で、就業状況や意向を把握するなど、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。また、年6日以上の有給休暇の取得のほか、男性の職員を含めた育児休暇の取得率が100%となっている。</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。		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>目標管理制度が整備され、一人ひとりの職員が自己申告票で設定した目標により、年4回管理者等による職員との個別面談を実施し、目標の設定や取り組み状況、振り返りが行われている。面談は、パート職員や世話人等を含む全ての職員に実施している。また、職員の個別育成シートが作成され、研修の受講記録や面談記録を残すなど、育成に向けた取り組みも行われている。</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・c
<p><コメント></p> <p>職員に必要なスキルや知識等は、法人の人事考課マニュアルに明記され、職員への周知が図られている。年間の研修計画を作成し、一人ひとりの職員の希望等に応じて、定期的に法人や事業所内の研修等が実施されている。また、キャリアパスプログラムには、階級や職種ごとに必要な研修内容を明示している。</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・c
<p><コメント></p> <p>年間の研修計画が作成され、全ての職員に教育・研修の機会を確保するとともに、受講できるよう配慮されている。外部研修にも参加することができ、参加した職員は報告書を作成するとともに、事業所内で伝達研修を実施している。また、メンター制度が導入され、新任職員は中堅職員に就いて約半年間業務を学ぶなど、丁寧な人材育成も行われている。</p>		

(障がい者・児福祉サービス版)

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。	a・ b ・c
＜コメント＞ 利用者が日中活動で不在のため、実習生の受け入れは過去にも行ったことがないが、実習生受け入れについてのマニュアルは整備している。マニュアルの他、実習生の専門的な研修・育成について体制が整備できるよう期待したい。		

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。	a ・b・c
＜コメント＞ 生活者支援だより「ちいき」が発行され、のぞみホームズを含む行事や活動の内容を、利用者や家族、関係者、公民館等に配布し、周知している。また、法人のホームページには、法人と各施設・事業所の事業計画や事業報告、収支予算、収支決算、第三者評価結果、サービス内容等が掲載され、誰でも閲覧できるようになっている。		
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。	a ・b・c
＜コメント＞ 法人として、税理士事務所と顧問契約を締結し、毎月税理士が経理や運営状況等を確認するとともに、年1回税理士の立ち合いによる内部監査が行われている。経理処理は、基本的に法人本部が担い、経理規程等の見直しなどにも携わっている。また、事業所内で小口現金とプリペイドカードが管理されている。		

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。	a ・b・c
＜コメント＞ 年2回、地域の清掃活動が行われ、利用者と一緒に協力をしている。秋祭りには御輿の来訪があるほか、積極的に地域のお祭りや敬老会等の行事に参加している。また、法人として、地域住民も参加できる合同研修会が実施され、交流のほか、施設・事業所と障がい者の理解してもらう機会にも繋がっている。		
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。	a ・b・c
＜コメント＞ 法人においてボランティア募集の啓発やマニュアルが整備され、毎年福角会祭では関係者に案内をしてたくさんのボランティアが活動をしている。		

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・c
<p><コメント></p> <p>看護師による医療機関のリストが作成され、訪問看護ステーションや法人の相談支援事業と連携を図っている。制限やしびりがなく、利用者は生活を送ることができ、自分に必要な社会資源を利用者自らが確保している。必要に応じて、個別対応が行われているものの、外出が難しい利用者のために、より多くの社会資源を明示したリストや関連資料の作成が行われることを期待したい。</p>		
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 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・c
<p><コメント></p> <p>法人本部や相談支援事業所、松山市障がい者北部地域相談支援センターなどと協力し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。法人として、夜間あんしんサポート事業や在宅安心さぽーと事業を実施することより、地域のみならず、幅広く障がいサービスなどに関する相談や対応をするとともに、福角会祭には多数の地域住民やボランティアが集い、地域の課題やニーズを把握する機会に繋がっている。また、地区の社会福祉協議会や民生委員から福祉ニーズを聞き、把握することもある。</p>		
27	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>法人として、地域の課題や福祉ニーズに基づき、夜間あんしんサポート事業や在宅安心さぽーと事業を実施している。また、一般の方が参加できる合同研修会を開催し、地域住民等に各施設・事業所と障がい者の理解促進に繋がっている。</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・c
<p><コメント></p> <p>入職時に、利用者支援に必要なマニュアルや規程を配布して説明するとともに、新任職員に実施する研修の中で、必ず「従事者行動基準」の基本姿勢が示され、福祉サービスの質の向上を図っている。利用者の支援内容や個別支援計画等の必要な情報は、導入されたシステム（FTケア）をタブレットで確認することができ、職員間で共有している。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等に配慮した福祉サービス提供が行われている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>法人・事業所で協議されたプライバシー保護等のマニュアルが整備され、職員研修等の中で周知が図られている。グループホームは全室個室で、プライバシーの確保や利用者が快適に過ごせるような環境が整備されている。</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。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページには、利用者や保護者が必要なサービス内容などの情報が分かりやすく掲載するとともに、利用希望者には、パンフレットなどを活用して分かりやすい説明が行われ、必要に応じて見学や体験にも対応している。また、毎年パンフレットの内容や情報は更新され、地域の公民館に配布するなど、情報を発信している。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用開始時や変更時には、ルビが振られた重要事項説明書を活用して、事業所の設備ほか、必要な事項をわかりやすく利用者等に説明している。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望により、グループホームの変更や自宅に帰る場合には、その都度職員が対応するとともに、その後も一緒に考えながら支援している。また、サービスの利用終了時には、契約終了時の相談リストを利用者や家族に配布し、継続した相談が行えることを周知している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月事業所内の自治会のほか、年1回自治会の総会が開催され、利用者からニーズを聞くとともに、のぞみの会アンケートを実施するなど、利用者の個々の要望や希望する行事等を模索している。また、アンケート結果は職員会等で周知され、必要に応じて改善を図るとともに、余暇活動の内容等に反映している。</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。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情申出窓口が設置され、苦情解決責任者や苦情受付担当者等を事業所内に掲示し、利用者等に周知している。また、事業所の重要事項説明書にも窓口等が明記され、丁寧な説明も行われている。苦情に関する意見箱も設置され、月1回投函状況を確認している。</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。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>意見箱を設置しているものの、活用する利用者はおらず、直接職員に相談や意見を伝えるに利用者が多い。毎年事業所内の自治会が開催され、出された意見や要望は、必要に応じて担当者会議で検討するなど、利用者から発言や意見を伝えやすい環境を整えている。今後は、グループホーム内で利用者が誰に相談すればよいのか分かりやすいように、作成した文書の掲示や配布をしたり、出勤している職員の氏名と顔写真を掲示したりするなど、工夫された周知方法の検討を行い、実践していくことが期待される。</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・c
<p><コメント></p> <p>毎年職員が参加する事業所内の自治会総会が開催され、利用者から意見や要望を聞くほか、毎年のぞみの会アンケートが行われ、集計結果や利用者の要望や希望を反映した余暇活動計画等を作成した支援が行われている。また、「利用者さんの相談対応の流れ」のフローチャートを作成され、組織的かつ迅速に対応している。必要な連絡事項は、システム（FTケア）に記録が残され、タブレットを活用して、職員間で共有しやすくなっている。</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・c
<p><コメント></p> <p>年4回程度、法人のリスクマネジメント委員会が開催され、各施設・事業所から選出されたリスクマネージャーが参画している。必要な協議事項は、事業所の職員会の中で話し合うとともに、委員会の中でも検討が行われている。また、「ヒヤリ・ハット」や「事故報告書」等で収集した事例を取りまとめた「ヒヤリ・ハット事例集」が作成され、職員への周知も図られている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の感染対策指針を作成するとともに、感染症予防・対策マニュアルなどを活用して、研修や訓練を実施し、職員への周知徹底を図っている。また、法人の危機管理委員会で、感染症対策の事業継続計画（BCP）が策定され、各施設・事業所ごとに感染症発生時の体制を確立している。</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・c
<p><コメント></p> <p>法人の危機管理委員会で、各種災害の事業継続計画（BCP）が策定され、2か月に1回防災委員会を開催し、防災対策等の検討が行われている。定期的に、火災や風水害、地震などを想定した避難訓練を実施したり、地域の自主防災訓練に参加協力したりするなど、組織的に災害対策に取り組んでいる。また、四国内の4法人による人材支援と物資支援の法人間連携協定を締結するなど、支援体制を強化している。災害発生時に迅速に対応できるように、順次、職員は防災士資格を取得している。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法が記載された福祉サービスに必要な支援のマニュアルなどが整備され、入職時等に職員に説明し、周知を図っている。各種規程やマニュアルは、事業所に設置しているパソコンやタブレットから、共有ファイルでいつでも確認できるようになっている。今後は、パソコンのデータの保管のみに留まらず、いつでも職員が確認できる支援マニュアルの作成や配置しておくことが期待される。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスに必要な支援のマニュアルは、定期的に該当する各委員会の中で検討が行われ、必要に応じて標準的な実施方法等の見直しをしている。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>相談員が作成したサービス等利用計画書を、事業所側の意見を踏まえて協議するとともに、訪問看護ステーションの看護師や専門職の意見を取り入れて、年度末にアセスメントシートを作成している。また、利用者のほか、サービス管理責任者や生活支援員等が参加した個別支援会議が開催され、個別支援計画を作成している。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>6か月に1回を基本に、モニタリングを実施して評価を行うとともに、個別支援計画の見直しをしている。利用者のニーズのほか、必要に応じて個別支援計画を作成する時期を変更することもある。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>各グループホームの拠点が離れているものの、タブレットにより、一人ひとりの利用者のバイタルや支援状況を確認できるシステム（FTケア）が導入され、勤務交代時の職員間の引き継ぎは、システムで利用者の状態を確認し、確認後にチェックしてから、業務に就く仕組みづくりが行われている。また、支援記録等はシステムに保存され、いつでも職員は各ホームに置かれたタブレットを使用して確認できるようになっている。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規程や特定個人情報等取扱規程等に基づき、利用者に関する記録が適切に管理されている。法人に設置しているパソコンは、USB接続ができない特殊構造で、データの持ち出しを防止するとともに、ウイルスバスターのインストールのほか、愛媛総合警備保障による外部からのウイルス対策も講じられている。また、利用者の支援状況等の必要な記録は、各職員に割り振られたIDとパスワードを使用して確認するなど、管理体制も構築されている。</p>		

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重

	第三者評価結果
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・c

所見欄

自立型のグループホームとして、利用者の自己決定や自己実現を尊重し、自由で豊かな生活が送れるよう支援している。利用者個人の希望などを尊重した個別支援計画が作成られ、自分で生活の基盤を築けるよう支援している。

A-1-(2) 権利擁護

	第三者評価結果
A② 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・c

所見欄

法人の人権委員会を設置し、障害者虐待の防止と対応時虐待マニュアルを整備している。2か月に1回事業所内でも人権擁護委員会が開催され、利用者の権利侵害や虐待の防止に努めている。また、「利用児者への不適切な支援・保育にならないための事例集」を作成して、職員への注意喚起を図るとともに、人権侵害等にかかる研修会も開催するなど、職員への周知徹底に努めている。

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本

	第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
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・c
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・c
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・c
A⑦ A-2-(1)-⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	Ⓐ・b・c

所見欄

利用者の個別支援計画において、本人の自立に向けた支援内容が多く、外出制限は設けられていないため、基本的に報告があれば、自由に外出や外泊をすることができる。中には、一人でコンサートやテーマパークに出かける利用者もいる。高齢化に伴い買い物や外出の際、職員の支援が必要な利用者も増えており、後見人制度の活用や職員が金銭管理を行いながら、利用者は自由な生活を送ることができる。

各ホームに意見箱が設置されているほか、必要に応じて利用者は職員に相談でき、迅速に対応している。また、職員が参加する事業所内の自治会が開催され、利用者から発言や意見を伝えやすいように環境を整えるとともに、希望する活動や行事等を協議し、希望する利用者に向けて、積極的に休日の外出や行事などの余暇活動の支援が行われている。聴覚や視覚に障害のある利用者には、筆談や指差しなどでコミュニケーションを図るとともに、自己発信が難しい利用者にも、自分に必要な場面で職員に意思を伝える手段を確立している。

専門的な知識を職員間で共有しながら利用者支援を行うとともに、隣人や人間関係でのトラブルはあるものの、その都度迅速に対応している。

A-2-(2) 日常的な生活支援

	第三者評価結果
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。	㉑・b・c

所見欄

支援が必要な利用者には、入浴時の着替えなどの生活支援が行われている。平日の夕食は、基本的に利用者は弁当を注文し、バランスの取れた食事が提供されている。中には、減塩対応の弁当を注文する利用者もいる。自立を目指す利用者が多く、本人の日常生活の安定と希望に沿った個別支援計画が作成されている。

A-2-(3) 生活環境

	第三者評価結果
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。	㉑・b・c

所見欄

グループホームは全室個室で、プライバシーの確保のほか、防災設備等も整備され、利用者に配慮された安心安全な生活環境となっている。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

	第三者評価結果
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。	㉑・b・c

所見欄

訪問リハビリのほか、怪我の影響で訪問した機能訓練を利用している利用者もいる。ホーム内にもルームランナーなどの運動器具が設置され、定期的に使用する利用者もいる。

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

	第三者評価結果
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。	㉑・b・c
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。	㉑・b・c

所見欄

ストーマ（人工肛門等）の生活やてんかん発作のある利用者があり、それぞれのマニュアルに沿って対応している。毎日利用者のバイタルチェックを行い、タブレットにより、一人ひとりの利用者のバイタルや支援状況を確認できるシステム（FTケア）を活用して、職員は一覧で利用者の状態を確認している。年1回医療機関による健康診断が行うとともに、発熱がある場合には、常にバイタルチェックを行い、職員間等で情報を共有している。

服薬は、個別に朝・昼・夕と分けて、的確に行われている。病院等を受診した際には、システムで情報を共有するとともに、勤務交代時の職員間の引き継ぎは、システムで利用者の状態を確認し、確認後にチェックをしてから、業務に就く仕組みづくりが行われている。

A-2-(6) 社会参加、学習支援

	第三者評価結果
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。	㉑・b・c

所見欄

自治会の中で、利用者の希望に沿った活動や行事が実施できるように話し合いをしている。ほとんどの利用者は平日の日中に活動をしており、日曜日に余暇活動を実施している。中には、一人で県外のテーマパークやコンサートに出かけるなど、余暇活動を楽しむ利用者もおり、きちんと職員に連絡と報告を行い、自由に行動している。また、利用者には、自転車の安全運転教室のほか、オンラインでのスマートフォンによるトラブル回避などの研修も行われている。

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

	第三者評価結果
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。	㉑・b・c

所見欄

一人暮らしを希望する利用者には、希望に沿って支援している。一人暮らしを始めた利用者もおり、支援対象にならないものの、近況を確認するなどの継続した支援も行われている。中には、グループホームでの生活に合わない利用者もおり、希望に沿って部屋を変更したり、違う場所にあるホームに移ったりするなどの対応をすることもある。結婚した利用者もおり、現在幸せに過ごしているものの、グループホームで生活を送ることができないため、様々な課題も残されている。

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

	第三者評価結果
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。	㉑・b・c

(障がい者・児福祉サービス版)

所見欄

高齢化等に伴い、約半数の利用者の親は亡くなり、兄弟がいる利用者のほか、身寄りがない利用者もいるため、通所施設のように家族等と活発に意見を交わすことはない。また、家族等と連絡を取れる体制を整え、年4回生活者支援だより「ちいき」を発行して送付するなど、グループホーム内での活動の理解促進に努めている。

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援

	第三者評価結果
A⑯ A-3-(1)-① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	非該当

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援

	第三者評価結果
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。	非該当
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。	非該当
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。	非該当