

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2024 年 8 月 26 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 006-0022

住所

札幌市手稲区手稲本町2条1丁目4-5

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 23-001

代表者氏名 鈴木 正子

下記のとおり評価を行ったので報告します。

## 記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	武田 志津子	福祉医療保健	0013
	(2)	平林 ふじ子	福祉医療保健	0083
	(3)	山木 裕志	福祉医療保健	0085
	(4)	鈴木 正子	総合	0129
	(5)			
サービス種別	共同生活援助			
事業所名称	よつば クローバー			
設置者名称	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2023 年 10 月 29 日	～	2024 年 7 月 30 日	
利用者調査実施時期	2023 年 11 月 29 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2024 年 6 月 24 日			
評価合議日	2024 年 6 月 1 日			
評価結果報告日	2024 年 8 月 26 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道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

サード・アイ合同会社

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 小樽四ツ葉学園

代表者氏名：理事長 岩田 利康

所在地：〒047-0156 北海道小樽市桜3丁目10番1号

TEL 0134-54-7404

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

別紙参照

◇改善を求められる点

別紙参照

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

四ツ葉学園の通所施設は歴史的に古く、先人の想いを受け継ぎながら現在に至っていますが、時代とともに変化を必要とする事柄も多々あり、組織全体での意思統一、支援の方向性等を考える機会となりました。ご家族、利用者様共に歳を重ね在宅での生活が困難となりご家族ごとに支援するケースもありますが、今回の受審で評価の低かった点を再考し、より質の高いサービスが提供できるよう取り組んでいきます。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

## 北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 令和 6 年 5 月 24 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園		
事業所名 (施設名)	よつばクローバー	事業 種別	共同生活援助
所在地	〒 047-0156 北海道小樽市桜2丁目15番26号		
電 話	0134-51-5670		
F A X	0134-51-5670		
E-mail	houjin.honbu@otaru-yotsuba.or.jp		
U R L	<a href="http://otaru-yotsuba.or.jp/">otaru-yotsuba.or.jp/</a>		
施設長氏名	施設長 岩田 邦和		
調査対応ご担当者	南 勝信 (所属、職名：総務・サービス管理責任者)		
利用定員	32 名	開設年	平成 18 年 10 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 施設利用者一人ひとりの人権を擁護します。 人権侵害を許さず、プライバシーを保護し、人としての権利を擁護します。</li> <li>2. 施設利用者へ良質で適切な支援と援助をします。 利用者個人が豊かな生活を実感し、充実した人生を送れるようにします。</li> <li>3. 地域生活を推進し、自立と社会参加をはかります。 ふつうの場所で、ふつうのくらしができるようすべての期間と連携し、地域福祉を推進する。</li> <li>4. 法人の経営基盤の強化をはかります。 施設利用者に良質で安定的な福祉サービスを提供していくための足腰の強い社会福祉法人を構築する。</li> </ol>			
施設・事業所の特徴的な取組：重度高齢の利用者さんが快適に生活できるよう配慮している。			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		3 回	（令和 1 年度）
開所時間 (通所施設のみ)			

【当該事業に併設して行っている事業】

**【利用者の状況に関する事項】（令和6年 5月24日現在にてご記入ください）**

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	0名	1名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
0名	2名	1名	1名	2名	18名
					合計
					25名

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	1名	1名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	2名	名	名	1名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	2名	名	1名	2名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
19名	6名	名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	名	名	名	名	1名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
名	名	1名	名	名	4名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
5名	8名	1名	名	名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
4名	名	名	4名		

(平均利用期間： 12年 3月)

**【職員の状況に関する事項】 (令和6年 5月24日現在にてご記入ください)**

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	サービス管理責任者	世話人
常勤	7名	1名	名	1名	5名
非常勤	24名	名	名	名	12名
	生活支援員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	12名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師(嘱託)	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	(1)名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	名 ( 名)
介護福祉士	1 名 ( 名)
保育士	名 ( 名)
	名 ( 名)
	名 ( 名)

(非常勤職員の有資格者数は ( ) に記入)

**【施設の状況に関する事項】**

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合（ホーム名：よつばクローバー）

(1) 建物面積	145.73 m <sup>2</sup>
(2) 耐火・耐震構造	耐火 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成 3年
(4) 改築年	平成 13年

○成人施設の場合（ホーム名：クローバー1）

(1) 建物面積	119.06 m <sup>2</sup>
(2) 耐火・耐震構造	耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成 5年
(4) 改築年	平成 14年

○成人施設の場合（ホーム名：クローバー2）

(1) 建物面積	116.64 m <sup>2</sup>
(2) 耐火・耐震構造	耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和 49年
(4) 改築年	平成 12年

○成人施設の場合（ホーム名：クローバー3）

(1) 建物面積	143.37 m <sup>2</sup>
(2) 耐火・耐震構造	耐火 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和 58年
(4) 改築年	平成 28年

## ○成人施設の場合（ホーム名：クローバー4）

(1) 建物面積	119.07 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	63年
(4) 改築年	平成	22年

## ○成人施設の場合（ホーム名：クローバー5）

(1) 建物面積	293.13 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	55年
(4) 改築年	平成	15年

## ○成人施設の場合（ホーム名：クローバー6）

(1) 建物面積	108.13 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	61年
(4) 改築年	平成	22年

## ○成人施設の場合（ホーム名：クローバー7）

(1) 建物面積	106.92 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	62年
(4) 改築年	平成	22年



【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 5 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

0 人

・ボランティアの業務

【実習生の受け入れ】

・令和 5 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

月に一度、利用者ミーティング・世話人ミーティングを行っていたがコロナ対策のため皆で集まることを極力控えている。夜勤者・世話人さんとその都度電話連絡し情報の共有を図っている。利用者さんの聞き取りは個別に聞き取りを行ったり、世話人さんから情報を聞き取ったり、日々の支援の中で汲み取りながら意見・要望を聞き取っている。

【その他特記事項】

## 総 評（よつば クローバー）

### ○評価の高い点

#### 1,「職員の手厚い支援」

「多目的外出」は利用者にとって楽しみにしている活動です。コロナ禍では、様々な制約を課せられてきましたが、事業所は徐々に体制を戻しつつ、活動を充実させようとしています。

担当職員が利用者の健康状態を考慮し、どのような食事を希望しているのか、好みそうな映画をチェックして外出のスケジュールを提案するなど、嗜好に合わせて行事を楽しんでもらえるように努めています。日頃の職員と利用者のコミュニケーションや信頼関係が、行事を楽しみ充実した時間を過ごすことに繋がっています。

また、職員は家族・代理人の満足度の視点も重要であることも認識しています。高齢化が進む中、行事が日々の生活の張り合いになるように配慮した支援を目指しています。

#### 2,「高齢化にも寄り添った健康管理」

利用者は平均在籍が10年以上で、高齢化による身体機能の低下や疾病が多くなります。歩行に不安を抱える利用者や、ストーマ(人工膀胱・肛門)やカテーテル、紙おむつを利用している方もいます。職員は、排せつ記録を取って健康状態を確認しています。

加齢で運動が難しくなっている利用者には、柔道整復師の資格のある職員から、身体の動かし方のアドバイスを受け、手軽に参加できる足上げや立ち上がり運動を行っています。また、浴槽内で温めた身体を動かし、可動域を広げるように支援しています。入浴時の身体状態チェックや、食事量を把握して、微小な変化にも気が付くように、記録帳へチェック項目を設け、世話人・夜勤員にも容易に確認ができます。

心身の状況に気になることがあった場合は、すぐに看護師へ連絡して助言を得ています。緊急時の連絡指示方法が掲示され、実行されています。

#### 3,「四ツ葉ハビトウスと支援姿勢」

社会学者ブルデューによれば、ハビトウスとは「人々の日常経験において蓄積されていくが、個人にそれと自覚されない知覚・思考・行為を生み出す性向」です。第三者評価は仕組の評価です。個人技よりも集団で機能するパフォーマンスが尊ばれます。当該受審法人は定期的に受審をしていますが、評点は芳しくありません。しかしながら、職員からの面談聴取、対利用者での場面観察からは、引いて余る高い評価の感触が残ります。

第三者評価の自己評価は、職員の意見表明と権利の側面があります。しかし提出された自己評価と書面、面談から結果報告書に体感した評価の高さを記述するには困難を極めます。何故なら、第三者評価基準ガイドラインに評価者は縛られるルールがあるからです。これを離れた記述が許されるのが総評だとしたら、評価の高い点をブルデューのハビトゥス概念を援用して以下のように記します。

「職員個々に利用者支援の技能等が蓄積されるが、職員にはそれと自覚されない知覚・思考・行為を生み出す権利擁護への性向がある。」

本来であれば、理念・基本方針に収斂されるべきものが、障がい者支援の現場で「四ツ葉ハビトゥス」ともいえるまとまりのなさが、逆に機能してきたとしか言い様がありません。職員の一人ひとりが利用者を支援する真摯な姿勢を高く評価します。

#### 4,「利用者の特性を理解した支援」

勤続年数の長い職員が多く、利用者の特性を共有し、日頃からコミュニケーションを良好に保って信頼関係を作っています。利用者の趣味を活かした支援や、タバコ等の嗜好品の買い物の相談では、体調やお金の使い方にアドバイスを行っています。

また、グループホームの固定電話から、直接職員に相談連絡が来ることもあり、随時、対応しています。第三者委員については、「職員に言いにくいことは、直接他の人に相談できること」を伝え、第三者委員の電話番号と「くじょうありませんか？」と書いて掲示をしています。

自己表出の難しい利用者が、意見を出しやすくするための相談方法や、相談相手を自由に選択できることを伝える取り組みを、さらに強化する意向を職員は示しています。

### ○更なる質の向上を求めて

#### 1,「苦情解決の体制の役割とその意義の理解」

職員は、日頃から利用者や家族・代理人の要望に耳を傾けており、意思表示や言語表現が難しい利用者に対しては表情や様子を見て話しかけ、家族・代理人の協力を得て把握に努めています。

第三者委員が設置されており、サービス開始時に重要事項説明で説明をしています。また、施設内に第三者委員についての掲示もされています。しかし形式的な表記で、利用者の関心を引くために、分かりやすく説明を加えた内容ではありません。

職員には、第三者委員の設置の意義や苦情解決の仕組みについての理解が徹底されていません。日々の支援の場面で、利用者へ周知と理解の促進を行うために

は、まずは職員の理解が求められます。

ホームページの情報公開には、苦情処理結果との表題があるのみです。苦情解決の意味は、施設が苦情対応から支援内容を省みる機会とし、サービスの質向上につなげることにあります。

今後は、苦情解決の体制について職員の理解と利用者への周知を図り、状況を公表することで、更なるサービスの質の向上が望まれます。

## 2,「福祉避難所としての役割強化」

施設は、「社会福祉法人懇話会・しあわせネットワーク」に参加して、生活困窮者へ物資提供を行い、企業から委託事業「高福連携(高速道路企業と福祉事業者との連携)」として花壇整備をしています。また、地元学校からの依頼を受けて、福祉授業を担うなど活動の広がりがあります。但し、地元の福祉ニーズを把握するために、民生委員との繋がりを深めるようなことは充分とはいえません。

施設内にAEDを設置していますが、地域への周知は不十分です。施設は、小樽市指定の福祉避難所となっています。今後は、避難所としての周知に加えて、民生委員などを通して、地元の福祉ニーズを掘り起こしていく必要があります。

更に、災害時における行政や地域との協力体制を明確にして、地域に周知していくことに期待します。

## 3,「利用者の意向を尊重した地域生活のために」

2024(令和6)年度から、すべての利用者に地域移行の意向確認が必要となりました。但し、入所利用者は在籍期間が平均20年超と長く、意思確認が困難な重度障がいや高齢の方も多量中、通所利用者の家族・代理人からは、入所を希望する声が多く聞かれています。施設は、利用者本人に地域移行に関しての希望を、定期的・正式の確認がなく、将来の選択に必要な情報提供が不十分です。

今後は、利用者自身が望む将来の生活の場を選択するために、利用者本人や家族・代理人に対して、利用者の体験談なども含めて、積極的な情報提供をすることが望まれます。

## 4,「指揮命令系統と法令遵守」

事業所は、法人をあげてコンプライアンスの徹底に努めています。具体的には、社会保険労務士の指導を受けています。直近では、2023(令和5)年4月に就業規則が見直されている他、諸々の規定が整備されています。しかし、訪問時の書面調査では記録等を始め、十分な確認には至りませんでした。

なかでも、利用者の自傷行為への対応について、同意書等の整備が乏しく、虐待対応防止には十分ではありません。書類の有無・用途を尋ねても回答が曖昧です。管理者が不在であっても組織が動く指揮命令系統と責任の所在を明確にする必要

があります。

第一には利用者の権利擁護、そして、職員個人と組織を守るためにも法令遵守の徹底が期待されます。

#### 5、「職員個々の支援を計画に活かし、マニュアルを充実させる」

グループホームそれぞれに、利用者の特性に合わせたマニュアルが細かく時系列で作成され、投薬時や入浴後の注意点、嗜好品なども書かれ、世話人、夜勤者、バックアップ職員が協力して利用者の QOL を高めようと支援しています。

しかしマニュアルはグループホームとしての組織的な作成ではなく、検討や定期的な見直しについて定められていません。いずれのグループホームであっても基本的な標準的サービスの実施内容を検証し、マニュアルの見直しに活かしていく組織的な対応が望まれます。

さらに、利用者の高齢化による課題は、職員ミーティングで、健康維持のための体操などが共有されていますが、支援計画には連動されていません。短期や長期の目標設定において利用者のニーズの把握をどのように反映するのかを確認し合い、共通認識とする必要があります。日々の支援での成功事例や失敗事例をグループホーム同士で情報交換し、支援を標準化するためにも、マニュアルを共有化し、更なる支援の充実を期待します。

#### 6、「利用者とともに家族支援」

グループホームの利用により、地域で自立的な生活をしていますが、家族・代理人との絆は尊いものです。利用者が帰省した時には、担当職員が電話で様子を聞き、家族との意思疎通を図っています。

利用者支援は家族支援でもあります。家族・代理人が高齢となり、家庭の生活状況の変化を含めて、利用者支援のための家族支援が必要となっています。

職員は、家族の変化や困りごとの発見のためにアンテナを張り、家族の困ったことを発見した場合には、上司に相談・支持を仰いでいます。

今後は、さらに対応が必要な事例が増えることが予想されることから、都度の対応ではなく、蓄積した事例を整理し、関係機関や社会資源を活用して対応方法を共有することに期待します。

# 評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

## 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	コメント
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	ホームページ、要覧等に法人小樽四ツ葉学園を象徴する4つの基本理念を明示している。法人設立時の指針である「十訓」を次世代の職員にも伝わるように、理念と基本方針を再検討する議論がある。総合パンフレットを刷新する予定もあり、家族や地域への周知も含めて今後に期待したい。

### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
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	法人開設時には通所として初の事業だった。後年、入所やグループホームを展開してきたが利用者数の大きな増加は見込んでいない。入所と通所で高齢化した利用者とその家族がこの先も安心して暮らせる事業所として存続するためには、老朽化した本体施設の建て替え時期が迫っている。税理士事務所と提携して全事業所の経営改善に努めている。法人運営の舵を大きく切る時期が迫っている。この判断のための経営状況の把握と分析を極めることに期待したい。
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	本体施設の全面建て替えを課題としており、青写真まではできている。しかし具体的な計画に俎上していない。多額の予算編成が必要なので慎重にならざるを得ない。であれば尚更のこと、A案・B案といった目に見える形での幹部職員の討議と一般職の意見も与える具体的な動きとなることに期待したい。

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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	中長期ビジョンは経営陣のなかにはあるが文面化されておらず、理事会議事録にて検討が継続されている。利用者支援の根幹にも関わることなので、利用者を代弁する職員の意見も聴取して設計図に取り込む意気が経営陣には求められる。
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	中長期計画がないため、これを反映した単年度の事業計画とはいえない。中長期計画作成後には単年度計画に反映させることが望まれる。

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 単年度の事業計画の策定には、必要な物品等の他、設備面でも職員の意見を聞いている。しかし、計画策定に関しては十分な参画があるとはいえない。計画実施後の評価や見直しに関しては、会議録の不備もあり、職員の意見が汲み取られているか不明確である。組織としての仕組みを見直すことが望まれる。
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。	b 事業計画の周知としては、行事を中心として利用者には、それぞれの障がい特性に応じて伝えている。利用者の家族や代理人に対しては、懇談会・家族会等で説明している。日々を過ごす施設生活や日中活動の充実のためにも、内容のある事業計画をわかりやすく本人に伝えること、代理人が理解しやすく、地域の理解も得るような周知に期待したい。

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) 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 定期的に第三者評価を受審しており今回で4回目である。グループホームは、世話人・夜勤員支援員の自己評価チェックリストによりグラフ化してホーム毎の改善点を洗い出して臨んだ。但し、第三者評価基準を使用した職員グループの討議までには至らず、訪問調査までの改善には至らなかった。サービスの質向上に向けた組織的な仕組みとして、全体的な質の底上げとなる見直しを期待したい。
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。	c 定期的に受審してきたが、評価結果を活かした課題解決が計画的に行われていない。今後の抜本的な組織編成に期待したい。

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	コメント
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 組織図に役職が明示されている他、業務分担についても更に明確にして組織的な対応力をつけようとしている。法人設立時の「十訓」と、そこにある「人が人を援助する志」を管理者として全職員へ伝えることに期待したい。
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 2023(令和5)年4月に就業規則が見直されている。諸規程の整備、コンプライアンスの徹底等を社会保険労務士の指導を受けている。但し、利用者の自傷行為への対応が同意書等の書面の整備が乏しく、虐待対応防止には不十分である。業務の指揮命令系統も含めて責任の所在を明確にして、利用者の権利擁護のためにも法令遵守の徹底が期待される。

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	事業所では、管理者も利用者の送迎を担っている。職員の支援力が高まるように朝夕のミーティングや機会を見ては具体的な指導に努めている。職員研修の充実を目指してはいるが、感染症対策もあったとはいえ実施回数は少なく、代替の工夫が見られない。職員の学ぶ意欲はあるので、企画の段階から任せ主体的な研修・学習会の運びとなる管理者の指導力にも期待したい。
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	働きやすい職場環境づくりが功をなして、近年の職員の定着率は安定している。重度の行動障がいへの支援向上のためにも、加算の対象ともなる講習会受講に向けて全員参加を予定している。経営改善の一助としてネット通販を企画したが諸事情で販売展開できなかった。ホームページリニューアルを再度予定しているので、職員の役割分担も含めた今後の指導力に期待したい。

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。			
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。	c	ホームページやハローワーク、学校への求人募集、知人への働きかけ等を行っているが、特に夜勤対応職員の求人が難しく、人材確保に至っていない。社会福祉士・介護福祉士等の有資格職員には、施設独自の手当を付けるなど、必要な人材育成の動きはあるが、法人として福祉人材確保のための具体的な計画はない。今後の計画作成が望まれる。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c	2023（令和5）年度には、理事長と職員との個別面談が一部行われた経緯はあるが、2024（令和6）年度は未定である。採用時には、資格に応じた待遇が明記されているが、採用後の資格取得等について、配置や異動、昇進・昇格は明文化されていない。2024（令和6）年度は、行動障がい支援者養成研修を全職員に義務付け、処遇改善に結び付ける意向がある。総合的な人事管理を実施することが望ましい。
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組んでいる。	b	介護・看護・育児休業、時短勤務などの国が定めた休暇制度を実施している。グループホームでは、世話人・夜勤者それぞれが、お互いにシフト・勤務日数の調整をして有休を取得しやすくしている。バックアップ職員は、日誌の内容や電話での訴えに随時対応して不安を聞き取っている。就業規則改正では、社会保険労務士が全職員に説明会を開いた。理事長と職員との定期的な個人面談の機会を復活してほしいとの要望もあり、相談窓口の設置とともに今後期待したい。



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	内部研修等を利用して、職員全体の研修としているが、職員一人ひとりの育成に向けて、組織の目標や方針の周知とともに、職員一人ひとりの目標を設定しているとまではいえない。職員一人ひとりの育成に向けた目標設定が望ましい。
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。	c	2023（令和5）年度は、コロナ感染症の影響から、個別の職員の必須資格更新の研修を実施したのみである。感染症などの必要な研修がある場合に、関係職員を随時受講させている。グループホームでは、世話人・夜勤者に対して、バックアップ職員が内部伝達研修を実施している。基本方針に基づく計画がないため、研修の目的を明確にし、体系化された研修計画を組織として策定することが望ましい。
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	外部研修では、報告書のフィードバックとともに内部伝達研修を実施して、全職員への研修機会としている。新任研修などの基本的な研修を確保している。現場に即したスキルアップ研修として、職員側から高齢化に伴う介護技術研修を提言し、2024（令和6）年度実施の予定である。グループホームでは伝達研修に加えて、世話人・夜勤者が看護師からレクチャーを受けるOJTが機能している。今後は、個別の職員の知識や技術水準、専門資格の取得状況を把握して、それに応じた研修を実施することに期待したい。
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。	b	グループホームでは、実習生の受け入れはしていないが、学生の障がい理解のために、依頼があれば、見学などを含めて柔軟に対応している。実習生は、日中活動を通して、利用者と接する機会がある。事業所は、入所・通所とグループホームの利用者の自立度の違いを学んでほしいと考えている。しかし、職員に対する研修や受入れに関する職員へのマニュアルは不十分である。今後は社会福祉士の養成プログラムの完成に加え、受入れ体制のマニュアル化が期待される。

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。			
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	法人のホームページに、施設の基本情報や必須及び任意事項の情報を公開している。関係のリンク先も掲載されている。日頃の利用者の様子については、年に4回、「四ツ葉だより」を発行して、家族・代理人に送付している。ホームページには、利用者の苦情等の公開が求められる。今後は、積極的にホームページを活用して、施設の活動の様子や、作品・製品等を紹介し、求人活動を活性化させるなど、施設理解に繋げることに期待したい。

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	内部監査は、監事が4半期毎に実施している。外部の税理士により、毎月財務・経営管理等について指導・助言を受けている。
----	--	---	---

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。			
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	グループホームでは、町内会の衰退と利用者の高齢化により、職員が代わって町内会の清掃行事や、除雪・草刈りを行っている。利用者は、近隣の美容室の利用、日常的に挨拶を交すなどを通して、地域との基本的な交流を継続している。現在もコロナ禍以前と同様に、地域交流の活性化に努めている。ホームページを活かして、新たな地域交流の方法を模索していることから、今後に期待したい。
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	現在は、グループホームとしてボランティアの受け入れはない。しかし、受入れ規程や誓約書は作成中である。同法人の行事ではボランティアの受け入れが実施されていることから、今後は、トラブルや事故防止のためにも「ボランティア受入れ規程」や誓約書の完成と受入れ体制の充実が期待される。
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	グループホームでは、関係機関の連絡先を電話機の横に掲示している。相談支援事業所が、本体施設内に併設されていることから、各種の連絡は取りやすい。社会福祉法人のネットワークや商工会議所との連携、地元学校との繋がりもある。但し、利用者に関する社会資源は、担当職員が把握しているのみで、全体に周知するためのリストは明確になっていない。今後は、連携を有効に活用するためにも、職員間でリストの意味付けを共有し、利用者の選択肢の拡大と支援の向上に繋げることに期待したい。
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	「障がい児・者支援協議会」や、市内の社会福祉法人の有志による「社会福祉法人懇話会・しあわせネットワーク」を通して、生活困窮や障がい者雇用などの地域の福祉ニーズの把握に努めている。施設内にAEDを設置しているが、地域に周知していない。今後は、民生委員などを通して、地元の福祉ニーズを把握することに期待したい。

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	「社会福祉法人懇話会・しあわせネットワーク」に参加して、生活困窮者へ物資提供支援を行っている。また、「高福連携（高速道路企業と福祉事業者との連携）」として企業から委託事業として花壇整備をしている。地元学校からの依頼を受けて、福祉授業を担うなど活動の広がりはある。但し、施設は、小樽市指定の福祉避難所となっているが、近隣住民に対して、設置されているAEDの周知をしていない。今後は、災害時における行政や地域との協力体制を明確にして、地域に啓発していくことにも期待したい。
----	--	---	--

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	コメント
Ⅲ-1-1 (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	十訓、倫理綱領、理念・基本方針がグループホームに掲示されている。世話人・夜勤員・支援員は、今回の受審に備えて個々に自己チェック表を用いて、8棟のグループホーム毎に振り返りを行った。また、権利擁護・虐待防止などの研修に支援員は参加している。しかし、内容の理解についての学習会などは実施されていない。日常のサービス提供において、利用者の尊重や基本的人権への配慮となるためには、職員間で共通理解を深めることに期待したい。
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	グループホームは全室が個室である。施設は、本人から希望があれば取付可能である。入浴は同性介助を実施している。利用者は固定電話を利用しているが、リビングに設置されているために、会話内容に対するプライバシー保護への工夫が期待される。プライバシーポリシーは、グループホーム内に掲示し、世話人や夜勤員も目にしてはいるが、改めて内容の理解を共有する機会はない。今後は、グループホームの利用者のプライバシー保護実施のために、全職員が共通認識できる研修の機会を期待する。
Ⅲ-1-2 (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	グループホーム見学の希望者には、随時対応している。ホームページが開設され、パンフレットを準備して、利用希望者へ配布している。しかし、パンフレットの施設の紹介文には、平易な表現やふりがながなく、イラストなどで分かりやすい利用者向けの資料が作成されていない。また、料金の掲載がない。現状では、グループホームへの入居は、同法人の入所施設や通所からの場合が多いが、利用者の権利擁護の観点からは、当事者視点でのパンフレットや資料作成が期待される。

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	希望者には、個別に見学案内や説明をしている。利用者の特性は職員全体へ周知している。グループホームの週間予定表が作成されており、入居時に配布している。しかし、具体的な生活の説明や同意書について、利用者や代理人に分かりやすく説明するためのマニュアルや記録がない。今後はマニュアルの作成と説明過程から同意を得るまでの過程の記録についても期待される。
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	グループホームから介護保険施設等へ変更となった場合は、看護師が中心となり本人の意向に沿って代理人と連携しながら支援の継続に努めている。法人内の入所へ変更の場合は、利用者十分に説明をした上で不安を聴き取り、入所先へ利用者の特性なども合わせて情報提供している。退居後の相談窓口は担当であった職員が担っている。しかし、引継ぎ手順は作成されていない。今後は組織としてサービスの継続性に配慮した手順書等の作成が期待される。
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	利用者の日常的な希望や要望は、世話人・夜勤員が対応している。代理人へは、個別支援計画の作成や要望があった時点で聴き取っている。今後は、利用者や代理人に、定期的な満足度調査を実施して、結果を分析・検討するなど、組織的な対応が期待される。
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。			
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	グループホームの壁には、「くじょうありませんか？」という、第三者委員の説明や委員の氏名が平仮名で書かれ、電話番号とともに掲示されている。職員は、苦情になる具体的な内容について、利用者に説明をしている。第三者委員は利用者と年に2～3度顔を合わせる機会がある。しかし、苦情解決状況の公表がされていない。今後は利用者や代理人へ第三者委員について定期的に周知することが期待される。また、苦情解決状況の公表が望まれる。
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	グループホームには、利用者が自由に使用できる固定電話が設置されている。電話の場所には、「くじょうありませんか？」と第三者委員の電話番号が掲示されている。また、利用者が設置されている電話から、相談しやすい職員へ電話で相談をすることもある。世話人・夜勤員は、利用者の特性を共有した上で、日常的なコミュニケーションから、利用者の相談や意見を聞き取っている。しかし、それぞれのグループホームの職員、世話人、夜勤員が、どのように相談や意見を引き出し受け止めているかは、職員個々に任せられている。自己表出の難しい利用者でも、相談方法や相手を自由に選択し意見を出せるよう、働きかけられることが期待される。

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	マニュアルを用意し、記録様式や報告の手順も定められている。利用者からの苦情や相談に対する対応フロー図はあるが、第三者委員へ相談した際のフローは入っていない。利用者の変化に夜勤職員が気づいた時は、引き継ぎ文書を夜勤箱へ入れ、バックアップ職員に電話で報告をしている。バックアップ職員は世話人から利用者の様子を丁寧に聴き取り、問題解決に努めている。今後は第三者委員も含む相談対応フロー図の作成が期待される。
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。			
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	ヒヤリハットは、要因分析と対応策を記入してファイル化し、職員間で確認している。ヒヤリハットや事故については、ミーティングで即日に周知している。緊急性が高い場合は、掲示もしている。夜勤職員へは夜勤箱で連絡事項を伝達することで、全職員に漏れなく共有ができています。刃物や洗剤については、現在、施設は行っていない。誤薬防止のために、夜勤員と世話人で二重チェックしている。薬は利用者の特性により、ホーム毎に保管方法が異なり、施設しているグループホームもある。今後は、物品の保管方法など、利用者の危険な行動に都度対応するだけではないリスク対策が期待される。
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	看護師は、感染症防止の研修や実地研修を、世話人や夜勤員も含む全職員に実施している。職員の感染症発症時には、代替職員の配置が利用者の負担にならないように配慮した。グループホームでは、利用者の法人内の日中活動時に対応する職員が、緊急時には夜勤員の代替職員となれるように、日頃の人事交流を希望している。感染症発症時には電話連絡などで代理人へ知らせている。マニュアル冊子はグループホームに置かれている。しかし、マニュアルは見直しの更新時期の定めはなく、必要に応じた都度の変更のみしている。今後は、感染予防対策やマニュアルの定期的な評価・見直しの実施と、世話人・夜勤員の代替職員についての検討が期待される。
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。	c	災害時の訓練は年に2度、避難経路を実際に使って実施している。利用者参加のもと、非常警報装置を実際に作動させている。地震に備えて収納棚の固定はしているが、中身の飛び出し防止はされていない。非常袋は用意しており、避難訓練では持ち出しを行っている。備蓄品リストによる物品の用意がある。停電時の自家発電機は男性職員が可動する。BCP対策の書類はあるが周知されていない。特に、「事業継続計画（BCP）」は2024年4月から義務化されている。「事業継続マネジメント（BCM）」と合わせて、研修を含めた災害などの緊急事態に備えることが早急に望まれる。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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	支援マニュアルは、利用者の特性に配慮し作成されている。法人で作成されたマニュアルや職員として遵守すべき内容が「サービスガイドライン」に記載されているが、日常的な支援場面では活用されていない。勤続年数の長い世話人に対して、他のグループホームの世話人が支援の相談をすることがある。コロナ禍以降、相談を含めた情報交換が少なくなり、ミーティング等の必要性は高い。今後は遵守すべき内容や支援場面ごとのマニュアルが職員へ共有され、グループホーム間の情報交換や交流を含めたミーティングが質の高いサービス提供に活かされることを期待する。
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	グループホームごとで作成されたマニュアルは、利用者個々の支援に対応している。支援に変更が出た都度、適宜見直しがされているが、定期的な見直しは実施されていない。自傷他害の対応については、利用者個々の特性なども合わせて文書化し、利用者支援に特化したファイルに綴られ支援計画にも反映している。そのため、マニュアルによる支援事例が共有される機会が乏しく、他のグループホームの支援に活かされにくい。今後はグループホーム間の情報共有により、組織的にマニュアルの検討や定期的な見直しを行い、サービスの実施内容を検証することが望まれる。
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。			
42	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を適切に策定している。	b	支援計画作成の手順は決まっている。前回の受審から「本人の役割」という項目が追加されたことで、職員自身が支援内容を振り返るきっかけになっている。モニタリングで、見直しの会議をして支援内容を検討している。個別支援計画の様式は施設共通だが、目標の設定期間が半年、2~3年と理由なく統一性がない。定例ミーティングで利用者の支援について詳細に話し合われているが、内容が支援計画へ反映されていない部分がある。具体的な目標設定のためには、ミーティングを活かした個別支援計画の作成が期待される。
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b	緊急時の支援の変更について、支援変更の慣例的な流れはあるが文書化されたものはない。緊急時の支援変更を行っても個別支援計画に反映されていないことから、緊急に変更する場合の仕組みが必要だと認識はある。今後は、個別支援計画の見直しと変更の手順や、関係職員への周知方法を組織として定めることを期待する。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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	夜勤日誌は、支援のチェック記録があり、連絡ノートは利用者の様子や備品の不足などが記載されている。個別支援計画にもとづくサービス実施のために、日常的に利用者に関わる職員が目標を共有している。記録方法では、呼称や表現について、その都度サービス管理者から指導がある。しかし、一日の活動記録は、利用者の様子について、記載する内容の統一がされていない。また、世話人の日誌に献立等の記載はあるが、利用者の様子については記載の有無がある。今後は、記録者によって記録内容の有無や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や共有が期待される。
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	情報開示に関しては運営規程に明記されている。これまでに開示請求がなく、内容についての学習機会はなかった。職員は就業規則や個人情報保護規程において個人情報守秘に誓約している。しかし、職員の業務中の個人のスマホ所持や使用方法について、世話人、夜勤員、職員間で認識の違いがある。個人情報保護規程の見直しも事業所として実施されていないことから、規程の見直しと、個人情報漏洩防止対策として職員への教育や勉強会の実施が期待される。

評価対象 障がい者・児施設 内容基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
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	ホームには、日常的に世話人・夜勤員に希望や意向を伝える環境があり、趣味の釣りをはじめ外出希望には職員が勤務調整をして対応している。言葉での意思伝達が難しい利用者の意向は、表情やしぐさで判断している。自分できることを伸ばすよう個別支援計画に「ご本人の役割」欄が前回の受審より新設された。今後は、目標に自己決定に関する事柄や、利用者が達成感を得られる設定が期待される。また、障がいに応じた配慮や権利について職員で共通した認識での支援を期待したい。
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。	c	利用者の権利擁護は法人理念や倫理要綱の十訓に明記され、マニュアルは各ホームに掲示されている。権利擁護の研修は世話人等を含めて法人全体で定期的開催されているが、具体的な対応・各ホームの課題を十分に確認していない。職員研修の機会に権利擁護に関する具体的な支援内容を検討し、支援マニュアルに反映されることと共に、世話人・夜勤員への理解浸透が望まれる。

A-2 生活支援

2-(1) 支援の基本		
A 3	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 ホームの居室は一人部屋で、利用者は洗顔、着替え、金銭管理など自力でできることを行っている。居室の清掃や寝具の出し入れのほか、健康を意識して積極的に運動をしている利用者もいる。しかし、高齢化が進み、以前は自力で洗濯をしていた方も、現在は世話人に依頼するなどADL（日常生活動作）の低下が見受けられる。個別支援計画に新設された「ご本人の役割」欄では、利用者の自律・自立した生活実現を記載しているが、抽象的な印象が残る。目標設定には利用者が達成感を得るような短期目標の設定が期待される。
A 4	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 意思表示や伝達の困難な利用者へは、写真や絵文字などを活用してコミュニケーションを確保している。長期の利用の方が多く、職員との意思疎通は言語でなくても取れている。新規利用者には、家族や相談支援事業所からの情報提供によりコミュニケーション確保に努めている。利用者の真意を汲み取るため職員間での意見交換を頻回に行っているが、利用者自身のコミュニケーション能力を高めるためには、組織的な個別支援方法の検討や実施を期待したい。
A 5	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 利用者の意向や希望は、支援員や世話人・夜勤員が日常会話をする中で、把握している。利用者は利用期間が長いと職員とのコミュニケーションは確保できている。意向や希望の内容は、上司に報告・相談され、可能なことから支援されている。しかし、利用者の意向・希望が現状の選択肢の範囲で留まっていることは否めない。利用者が様々な経験や情報を取得すること、興味・関心を広めることなどを通して、意向・希望の選択肢が増えるような相談等が期待される。
A 6	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 朝夕や休日のホームでの生活は、テレビやDVDの観賞で過ごすことが多い。一部の利用者は、釣りや居酒屋での飲食など、趣味に応じた外出支援が実施されている。活動や行事参加は事前に確認した利用者の意向を考慮しており、個別支援計画には活動の目標や課題が記載されている。しかし、長期に及ぶコロナ禍の影響で、全体的には自由な外出など、活動が停滞している。感染症対策を考慮しながらもグループホームでの地域生活の質を高める個別支援計画による日中活動と支援が期待される。
A 7	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 不適応行動などの行動障がいの利用者には、ホーム内で落ち着いて過ごせるよう支援し、他の利用者との関係性にも目配せしている。高齢による身体機能の低下が見られる方には、介護保険サービスの「訪問入浴」を利用している。また、転倒防止のため段差の解消や手すりの設置をしている。しかし、グループホームは一般住宅を使用しており、車椅子での移動や排せつ時は、困難が伴う。利用者の高齢化・障がいの重度化に合わせた早期の環境改善が期待される。



2-（2） 日常的な生活支援		
A 8	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 介護度の高いグループホームでは、ストーマ（人工膀胱・肛門）やカテーテルの使用があり、個別に排泄の記録をしている。入浴は年齢・介護度に応じて「訪問入浴」や、介護用品を利用している。食事では、咀嚼状況に応じた刻み食や、糖尿病の制限食を提供、介護用食器も状況に応じて使用している。グループホームごとに、誕生日には行事食を世話人が本人の希望に応じて調理を担っている。勤務歴の長い世話人・夜勤員に現在までのグループホームは支えられてきた。このノウハウを標準化できるように支援マニュアルの充実にも期待したい。
2-（3） 生活環境		
A 9	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 グループホーム内は整理整頓されている。利用者の快適な環境設備として、希望者には居室にエアコンが設置されている。また転倒時や自傷行為の危険防止のため、柱等の材質の硬いところにはクッション材を当てている。法令に従いスプリンクラーなどの消防設備の設置や避難訓練が実施されている。プライバシーに配慮して希望者には居室を施錠できるように改修している。入浴時の支援は同性介護である。立地が傾斜地のホームがあり、外出時には転倒がないように職員が同行している。年を重ねるほどに利用者の高齢化は進む。安心・安全な生活環境の提供として、ホームごとのハード面の改善が期待される。
2-（4） 機能訓練・生活訓練		
A 10	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 利用者の機能訓練としては、利用者の身体機能向上維持のため努めて、足上げや立ち上がり運動や散歩などを行っている。浴槽内で温めた身体を動かし、可動域を広げるよう支援している。柔道整復師の資格のある職員から、身体の動かし方のアドバイスを支援員が受けている。目標達成時は利用者の喜びとなるように、個別支援計画書に目標数値を記載することなどを期待したい。
2-（5） 健康管理・医療的な支援		
A 11	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。	a 利用者の高齢化による身体機能の低下や疾病が多くみられる。日常から排せつ記録を取り健康状態を把握している。入浴時の身体状態変化チェックや、食事量を把握している。利用者の健康や医療の情報について必要な際は、看護師の助言を受けている。健康管理は記録帳にチェック項目を設け、記録や確認が容易にできるようにしている。緊急時の連絡指示方法が掲示され職員に周知されている。
A 12	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。	非該当

2 - (6) 社会参加、学習支援			
A 13	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	外出先は利用者の希望を可能な中で汲み取るように努めている。「ラベンダーの会（利用者の会）」代表者が、当事者の会の全道大会に参加し、交流や情報交換を行っている。参加した利用者からは勉強になったと報告されている。新型コロナの五類移行を受け、町内行事も徐々に再開されている。利用者や家族の希望を再確認し、身近な社会活動として町内行事への参加などを期待したい。
2 - (7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A 14	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	利用者は高齢となり、意思確認が困難な方もいる。平均利用期間は10年以上となっている。しかし、30～60歳未満の方が5名いる。個別支援計画策定時には「訪問入浴」など介護保険との併用で「今の生活」を望む利用者の声が多かった。2024（令和6）年から全利用者に地域移行の意向確認が必要となった。訪問調査の6月24日現在、本人への生活意向の希望調査は実施されていない。今後の生活希望について、本人へ意向確認することが望まれる。
2 - (8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A 15	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	家族や代理人には定期的に広報誌「四ツ葉だより」とご本人の様子を送付している。長期の帰省中には、担当職員から電話で利用者本人や家族の様子を確認している。高齢となった家族もあり、家族支援が必要な方もいる。利用者担当の職員としては、家族支援も必要な場合があるとの認識がある。今後は、関係機関との連携で支援が進むことに期待したい。

A-3 発達支援

3 - (1) 発達支援			
A 16	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 就労支援

4 - (1) 就労支援			
A 17	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 18	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 19	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