

2014 年 5 月 30 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 069-0863

住所

江別市大麻新町14-9 ナルク江別内

電話番号 011-388-1251

特定非営利活動法人

評価機関名 ニッポン・アクティブライフ・クラブ
ナルク北海道福祉調査センター

認証番号 北海道 第14-002号

代表者氏名 代表 霜山 幸雄



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)	吉村 信義	総合	第0001号
	(2)	霜山 幸雄	組織運営管理	第0119号
	(3)	佐藤 俊和	組織運営管理	第0204号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	共同生活介護・共同生活援助			
事業所名称	アットホームのぞみ			
設置者名称	社会福祉法人 あけぼの福祉会			
運営者(指定管理者)名称				
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2013 年 8 月 30 日	～	2014 年 5 月 30 日	
利用者調査実施時期	年 月 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2014 年 3 月 25 日			
評価合議日	2014 年 5 月 13 日			
評価結果報告日	2014 年 5 月 30 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

特定非営利活動法人
ニッポン・アクティブライフ・クラブ

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称: 社会福祉法人あけぼの福祉会

代表者氏名: 理事長 牧口 光則

所在地: 〒045-0024 岩内郡岩内町字野東210番地

TEL 0135-62-9701

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

1. 法人30年の歩みと共同生活援助事業等

利用者の地域生活支援の方策は基幹施設の「あけぼの学園」の成果を反映して、逐次事業の進展が図られ、現在4か所定員20名が在籍している。背景には、同系の通所授産施設や地域の産業の要望に併せて拡充を図ってきた。

こうした法人の事業経営の一貫性と生活援助事業経営へのたゆみない真摯な努力と地域の支援が地域に定着した、利用者の安定した生活の基盤と環境を提供している。

2. 自主的・自治的な活動と組織的支援

4共同生活事業所は近隣の通所就労継続支援施設や地元企業との密接な連携の下に、支援員と支援ワーカーの組織的な生活支援活動によって利用者の自主・自治的で個別的な生活を支援し、安定した環境の維持向上を図っている。

◇改善を求められる点

1. 評価体制の充実を

法人は、概ね3年に1度の第三者評価を受審する等事業の展開に対する姿勢は明確にしている。今後、利用者の日常生活支援が中心の事業にあっても、関連事業の就業状況や福利厚生事業の関連性を含め、利用者の心身の健康等の生活状況と支援関連のサービスの充実と向上について、逐年の自己評価計画の策定について検討を期待したい。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

グループホームを利用されている利用者の方達の地域生活を支える支援が、高い評価を頂けたのは、目に見えない現場スタッフの努力の賜物であることと思っております。沢山のアドバイスやご指導を頂き、大変勉強になりました。ご指摘頂いた、改善点につきましては、真摯に受け止め、速やかに対処して参ります。今後につきましても、継続して評価をして頂き、利用者の方、ご家族、又、地域の皆様等に信頼される事業所でありますように、努めて参ります。様々な視点から、学ぶことが出来たこと、心から感謝申し上げます。

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： 平成 25 年 12 月 31 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人あけぼの福祉会		
事業所名 (施設名)	アットホームのぞみ	事業 種別	共同生活介護 共同生活援助
所在地	〒 045-0001 岩内郡岩内町大浜 5 番地 2		
電 話	0135-62-0573		
F A X	0135-62-9000		
E-mail	iwanaiakebono@iris.ocn.ne.jp		
U R L	http://akebono-swc.or.jp		
施設長氏名	池田 智子		
調査対応ご担当者	池田 智子 (所属、職名： 管理者)		
利用定員	20 名	開設年	平成 18 年 10 月 1 日
<p>理念：①利用者の方1人ひとりの意志を尊重する。 ②利用者の方1人ひとりの個別的な支援に努める。 ③利用者の方の尊厳を大切にし、権利擁護に努める。 ④明るく、暖かく、清潔な事業所運営を目指す。</p> <p>基本方針：当事業所を利用する方が人として尊重され、その人生を有意義に主体的に過ごしていけるよう利用者の方の権利を尊重した支援を展開します。そのために社会福祉法人あけぼの福祉会倫理規程及び共同生活援助・介護事業所職員行動基準を遵守し、利用者の方個々のニーズを的確に把握し、選択に基づく意志確認と合意を常に求め、契約を遵守しながら日頃の支援を通じ、なお一層の権利擁護と生活の質の向上に努めます。また、職員は、専門的な知識や技能を習得し、利用者の方の生活を充実させるため、基本的な視点に立った重点目標を設定し、その実現に努めます。</p>			
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】

(例) ○○事業 (定員○名)

--	--

【利用者の状況に関する事項】（平成25年12月31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
0名	0名	1名	3名	0名	3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
3名	8名	1名	1名	名	名
					合計
					20名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	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	1名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	1名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	名	1名	名	名	名	1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
5名	15名	0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	1名	1名	1名	名	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
2名	4名	名	4名	1名	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
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	6名		

(平均利用期間： 10年6か月)

【職員の状況に関する事項】(平成 25 年 12 月 31 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	サビ管	事務員	主任支援ワーカー
常勤	9名	1名	名	名	1名
非常勤	2名	名	1名	1名	名
	支援ワーカー	生活支援員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	5名	2名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	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	名 (名)
保育士	1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 アットホームのぞみ

(1) 建物面積	148.72㎡	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	☑ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☑ 1. はい ☐ 2. いいえ
(3) 建築年	平成	4年
(4) 改築年	平成	22年

【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 ホームつばさ

(1) 建物面積	158.64㎡	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	☑ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☑ 1. はい ☐ 2. いいえ
(3) 建築年	平成	20年
(4) 改築年	平成	年

【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 ホーム翔

(1) 建物面積	143.36㎡	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	☑ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☑ 1. はい ☐ 2. いいえ
(3) 建築年	平成	17年
(4) 改築年	平成	年

【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 ビィラコスモス

(1) 建物面積	130.54㎡	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	☑ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☑ 1. はい ☐ 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	46年
(4) 改築年	平成	21年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

- ・平成25年度におけるボランティアの受け入れ数（述べ人数）0人

・ボランティアの業務

【実習生の受け入れ】

- ・平成 25 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。

- ・利用者の方の苦情や意見、要望等を聞くため、苦情受付箱を設置している。
- ・生活支援ワーカーや生活支援員が日常の会話の中で利用者の方の話を聞いたり、管理者、サービス管理責任者が巡回し、利用者の方との会話の中から意見や要望を聞いたり、相談を受けた際には、随時対応させて頂いている。
- ・利用者の方の主体的な活動を大切にしており、利用者自治会「大空会」の活動として、役員会、定例会を2ヶ月に一度程度実施し、行事や日々の生活について等、意見を活発に出し合っている。

【その他特記事項】

- ・利用者主体の活動を大切にしており、大空会の行事としては春は観桜会、秋は一泊旅行、ポウリング、冬は新年会、誕生月の誕生会（グループホーム内での会食や居酒屋、寿司屋等、誕生者が希望する内容に留意し）を実施している。
- ・食事の提供については、利用者の方の希望を取り入れる他、地元の食材を使った料理や季節の旬の野菜、果物等をメニューに取り入れている。
- ・避難訓練については、年4回、避難訓練、消火訓練、通報訓練、夜間を想定しての訓練を行い、また、土砂災害及び原子力災害等に向けての訓練計画を作成中である。
- ・家族と連携を図り、利用者の方の健康状態等の情報を共有している。また、家族との関わりが薄い方についても、帰省に代わる行事を計画し、満足して頂けるよう支援を行っている。

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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	法人の倫理規程、職員行動基準に、利用者の主体性を尊重した理念を明文化し広報パンフレット等に記載している。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	利用者に対する人権の尊重等、法人理念に整合した基本方針を職員行動基準、事業計画書に明文化している。
Ⅰ-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	年度末に事業計画書を配布し、運営会議、職員会議、職員研修など数度の機会を設けて、全ての職員を対象に説明周知に努めている。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	利用者、家族等に事業計画書を配布し、利用者自治会、父母会で説明し周知に努めている。なお、利用者への資料について、より理解しやすい資料の作成配布が望まれる。

Ⅰ-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	c	前年度の理事会において、収支計画等を決議し、年度の事業計画が編成されている。組織として取り組むべき設備の整備、職員体制、人材育成などについて、中・長期計画を作成することを期待する。
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	単年度に関わる事業計画が、毎年度連続的に策定されている。中・長期計画の内容を反映した事業計画の作成を期待する。
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	事業計画の策定は、職員が参加して組織的に行われている。実施状況の把握や評価、見直しについても、組織的に行われている。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	年度末に事業計画書を配布し、運営会議、職員会議、職員研修など数度の機会を設けて、説明周知に努めている。
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	利用者、家族等に事業計画書を配布し、利用者自治会、父母会で説明し周知に努めている。なお、利用者への資料について、より理解しやすい資料の作成配布が望まれる。

Ⅰ-3 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
Ⅰ-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅰ-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	管理者の責任と役割は、法人の倫理規程、運営規程、組織図、災害時などで職務分掌と責任を明確化し、職員会議、運営会議で自らの役割、責任について表明している。
Ⅰ-3-(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。	a	各研修会に参加し遵守すべき法令等の理解に取り組んでいる。職員に対しては、虐待など遵守すべき法令等を会議の中で周知している。
Ⅰ-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅰ-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	研修会等へ積極的に参加し課題の把握に努め、職員との面談等でそれぞれの課題を把握し、事業所運営における管理者のビジョンを明示して、職員会議、個別支援会議調整会議等で改善のための取り組みを行って指導に当たっている。
Ⅰ-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	業務の効率化を図るとともに、労務、財務面からの分析、業務内容の見直しを行い、利用者状況の把握、安定した職員配置を行って、効率的な事業運営に努め指導力を発揮している。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-1 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-1-1-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a		社会福祉事業全体の動向を把握するため、行政、関係団体の情報、関係団体の研修会に参加し、情報を収集している。地域の利用者数等についても、法人三箇所の施設が連携して、過去数年に涉り利用者数、地域の特徴、利用者像の変化による新たなニーズを把握して、各年度の事業計画に反映している。
Ⅱ-1-1-1-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a		過去数年に涉り地域の利用者の推移、利用者像の変化、利用率などの分析を定期的に行い、経営状況や改善すべき課題について、職員会議等で周知し、各年度の事業計画に反映している。
Ⅱ-1-1-1-③ 外部監査が実施されている。	c		公認会計士等による外部監査は実施していない。法人の監事(税理士事務所職員)により年4回監査を実施している。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

Ⅱ-2-1 人事管理の体制が整備されている。		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1-1-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b		年度の事業計画等に基づき、必要な人員体制に関する具体的なプランを立て、必要な人員配置基準は遵守されている。専門的な知識を有する人材の確保は難しい状況にあるが、福祉サービスの質を確保するため、有資格者の配置について、計画的な人事管理を期待する。
Ⅱ-2-1-1-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a		法人の人事考課制度運用規程に基づき、リーダー職員、一般職員に分けて人事考課項目により年2回実施している。結果については職員にフィードバックし透明性の確保が図られている。
Ⅱ-2-2 職員の就業状況に配慮がなされている。			
Ⅱ-2-2-1-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a		職員の有給休暇等の就業状況は、担当者が定期的に点検・分析して改善に向けた取り組みがなされている。職員の意向を把握するため、年2回個別面談を行い相談しやすい体制となっている。
Ⅱ-2-2-1-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a		福利厚生センターへの加入、ガン検診の実施、法人内保育の実施、職員親睦会によるスポーツ大会など、職員の福利厚生事業の充実を図っている。
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-2-3-1-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a		法人の行動規範に基本姿勢を明示し事業計画に反映している。専門資格取得のため教材費の補助について配慮している。
Ⅱ-2-3-1-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a		法人の行動規範、事業計画に基づき、職員の専門性をより高めるために、職員一人ひとりについて、勤務年数、職種、専門資格の必要性などを把握して、研修計画を策定し、研修を計画的に受講させることが確立している。
Ⅱ-2-3-1-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a		研修に参加した職員は、復命書・レポートを作成し、職員会議、職場内研修で発表し、次の研修計画に反映している。
Ⅱ-2-4 実習生の受入れが適切に行われている。			
Ⅱ-2-4-1-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	c		グループホームは個人の居住の場のため実習生は受け入れていない。

Ⅱ-3 安全管理

Ⅱ-3-1 災害時に対する利用者の安全確保の取組が行われている。		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-3-1-1-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a		法人に災害対策委員会を設置して、防火管理者、防火及び防災担当者を指定し、責任を明らかにして、消防機器の管理、点検業務、防火・防災に関する企画立案、実施などを行っている。非常緊急時・感染症対策マニュアルなどが整備され安全体制を整えている。利用者外出時には身分証明書を持参させ、警察、消防署、自治会などと協力体制を築いている。
Ⅱ-3-1-1-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a		避難訓練を消防署、設備業者の指導・協力を得て実施し問題点の把握に努めている。又、原子力防災訓練に参加して、原子力などの大規模災害発生時には伊達市などの施設と避難協定を結んで利用者の安全確保に努めている。夜間の支援体制として、職員緊急連絡網を作成している。
Ⅱ-3-1-1-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a		ヒヤリハット・事故報告書などを用いその都度発生原因を分析、会議等で全職員に周知し事故防止に努めている。毎日、生活日誌に利用者の状況を記録して、職員が共有することにより、利用者、個々の様々な状況に対応できる体制に努めている。

Ⅱ-4 地域との交流と連携

	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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	法人の行動規範に「地域との共生」を明記し、地域との連携を深めるため、町内会に加入して、清掃、除雪など地域の一員として参加、買い物などで地域と結びついている。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	事業計画書に地域貢献に向けた取り組みを明記し、小学生の職場体験学習の受け入れ、地域の理解や協力を得るため、広報誌を配布している。更に地域のために何が出来るか、何を必要としているか積極的に取り組んでいる。
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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	グループホームは、個人住宅のため、ボランティアは受け入れていない。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	警察、消防署、保健所、病院、役場、介護タクシー等の社会資源を明示し、管理している。職員間の連携が良く、情報の共有が図られている。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	知的障がい福祉協会地域支援部会、自立支援協議会、障がい児親の会など地域の団体・関係機関と定期的に会議等を開催し、情報を共有して課題解決に当たっている。
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 地域の福祉ニーズを把握している。	a	体験事業「グループホーム見学会」を企画して、見学者を受け入れ、更に、法人の行動規範にある地域との共生、地域の多様な主体と連携して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	施設見学の受け入れや相談事業などから把握した地域の福祉ニーズに基づき、地域で日中活動を行う場所の設置など、事業計画書に年度の基本方針、重点目標を明記して、あるべき姿を実践している。

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) 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。	a	利用者尊重の基本姿勢は理念・基本方針を年度の事業計画書に明記し、職員倫理規程や行動基準とともに共有理解し、職員相互が業務の執行に活かしている。
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	職員は倫理規程、行動基準等を遵守し、プライバシー保護の規程や個別的支援のマニュアルを設け利用者の生活環境を整備して支援に当たっている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者自治会を月例開催して、食事・嗜好・行事・担当職員選択など運営方針を周知。担当部署による意向・要望・改善等の意見聴取や調査を行い、検討結果を提示して利用者満足の上昇を図っている。
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	利用者の相談・意見を述べ易い環境整備の取り組みは定例の利用者や父母会での説明や説明文を提示している。窓口担当や担当者選択の明示を徹底し、職員は相談対応への受容姿勢を共有した体制にある。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	苦情第三者委員制度の活用を自治会や父母会に周知するとともに、内部の組織体制を整え、日常的に、利用者の意向把握とその支援に努めている。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	利用者からの意見等には対応マニュアルを設け、相談相手選択の徹底や個別対応、月例職員会議での一般対応など迅速な対応に努めている。意見・苦情を記録し改善に活かしている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b	第三者評価は概ね3年に1度受審。その間、サービスの質の向上を目的に利用者支援等の計画策定、過程の確認、改善解決課題の明確化に努めている。なお、評価基準による自己評価と合わせた取り組みが望まれる。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	事業結果報告は計画的執行の確認、反省・見直し・改善を図っているが、さらなる質的向上を目的に、毎年評価基準による自己評価と合わせた改善計画の策定が望まれる。

Ⅲ-2-（2） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-（2）-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	利用者個々への支援の基本姿勢、生活・活動状態に応じた支援方法の重点を明文化し、かつ、個別的对応への実施方法を具体化したサービスが実施されている。
Ⅲ-2-（2）-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。	a	利用者個々の状況に応じた基本方針と支援実施計画の基に実行し、点検し、見直し改善の仕組みを確立している。
Ⅲ-2-（3） サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-（3）-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	利用者個々のアセスメント、支援計画、モニタリング等のサービス過程は様式に準じた記録責任と利用者承諾を明確にして、的確に記録されている。
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。	a	個人情報保護等管理規程の下で、責任、保存・廃棄を明確にし、保管場所・保存方法・情報開示の承諾などを含む管理体制を整えている。
Ⅲ-2-（3）-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	利用者への基本的対応や具体的支援事項に関しては、各グループホームの生活日誌や引き継ぎ簿を介して、情報を共有化すると共に、職員会議で全体周知、および検証を行う仕組みが出来ている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-（1） サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-（1）-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	希望者には事業の沿革から事業内容、利用者の活動状況、見学・体験対応などをわかり易く、多様な活動状況と管内の相談センターの役割を含め、サービス選択に資する情報提供に努めている。
Ⅲ-3-（1）-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	サービス開始に当たっては契約内容や重要事項の説明、生活や活動内容の詳細を資料とともに提示・説明して同意を得ている。
Ⅲ-3-（2） サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-（2）-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	継続施設との情報交換や家庭への復帰支援に役立つ情報提供に努めている。マニュアルに基づく経過記録の定期的点検などが望まれる。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-（1） 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-（1）-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	アセスメントの手順等を様式化し、利用者個々の状況に合わせて具体的な見直しを計画化している。また、ニーズを明確にして解決課題への取り組みを記録している。
Ⅲ-4-（2） 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-（2）-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	実施計画はアセスメントに基づき、組織のチームケア体制の下で、担当責任者が意見を集約・調整して家族・本人の承諾を得て策定している。
Ⅲ-4-（2）-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	実施計画の評価・見直しは支援課長を軸にケアマネジメントの過程を踏まえ、概ね6か月ごとに行うとともに、心身の変更状況に応じた対応を本人・家族の承諾を得て実施している。