

障害者グループホーム第三者評価の手引き (令和4年3月)

令和6年3月一部見直し版



社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会
かながわ福祉サービス第三者評価推進機構

目 次

はじめに 障害者グループホーム第三者評価制度創設の背景	P.1
1. 障害者グループホーム第三者評価の基本的な考え方	P.5
(1) 障害者グループホーム第三者評価の基本的視点	
(2) 障害者グループホーム第三者評価の手法	
(3) 推進機構指定「標準となる評価基準」との関係性	
2. 障害者グループホーム第三者評価の概要	P.7
(1) 障害者グループホーム第三者評価項目	
(2) 障害者グループホーム自己評価項目の設定	
(3) 評価の実施単位	
(4) 評価調査者	
(5) 評価結果の公表	
(6) 第三者評価の標準的な手順	
(7) 自己評価の手順	
各種様式 自己評価表(共通評価・内容評価・自己評価表(総括)).....	P.16
(8) 利用者調査の実施方法	
各種様式 利用者アンケート調査表	P.40
(9) 訪問調査の実施方法	
(10) 評価結果報告書の作成方法	
各種様式 評価結果報告書	P.51
3. 障害者グループホーム第三者評価事業実施要綱	P.60

はじめに 障害者グループホーム第三者評価制度創設の背景

(1) 福祉サービス第三者評価の目的と実施経過

福祉サービスの第三者評価は、①個々の事業者が事業運営における課題を把握し、サービスの質の向上に結びつけること、②福祉サービス第三者評価を受けた結果が公表されることにより、結果として利用者の適切なサービス選択に資するための情報となることを目的に、任意の制度として、平成16年度より導入された事業です。

福祉サービスの質の向上のための取り組みについては、社会福祉基礎構造改革による措置制度から契約利用方式への転換に伴い、制度上はじめて「質と効率性の確保」についての方向性が示され、社会福祉法第78条において社会福祉事業経営者の責務として明記されました。

福祉サービスは本来、非常に個別性が高く標準化には馴染まないサービスです。福祉サービスを提供した結果、福祉サービスの理念が実現されたかどうかを外部から評価することは極めて困難です。なぜなら「尊厳の保持や自己決定の尊重、自己実現の達成」が叶ったかは、サービス提供を受けた利用者本人の「実感」によってでしか確認することができず、かつ「実感」にはその時々の思いや暮らしの環境を背景に著しい個人差があるためです。

このため、福祉サービスの第三者評価では、サービス提供の結果や効果ではなく、サービスを提供する体制（職員研修の実施状況、設備・機器の整備等）や手順（マニュアル整備等）など、標準化できる部分に重点を置いた評価が行われており、主に施設サービスを対象に進められていました。この背景には、集団ケアを基本形態とし、サービス提供にあたって一定の標準化をせざるを得ないという施設サービスの特性があり、第三者評価に必要な「指標化」につながりやすいという側面をもっていただけでした。

(2) 神奈川県版：障害者グループホームへの第三者評価の仕組み

施設サービスには施設サービスとしての固有の役割がありますが、障害福祉の分野では長きにわたり、障害のある人の暮らしのあり方について、「地域の中で、自分らしく、あたりまえの暮らし」を営むことがないがしろにされてきたことを省みて、昭和50年代頃から生活ホームや福祉ホームなどの実践が進められ、平成元年には「障害者グループホーム」制度が誕生しました。その後、さまざまな制度改正等が行われ今日に至っています。

障害者グループホームでは、障害のある人が地域の中で少人数による共同生活を営む形態を採り、一人ひとりが自らの意思や自己決定に基づいて主体的な生活を送ることを目指します。障害者グループホームは共同生活の形態ではありますが、そこに暮らす利用者の「自分らしい暮らし」のあり様とは一人ひとり異なるものであり、「個別性の尊重」を基本とした生活支援が展開されています。

一方、昨今の障害者グループホームを取り巻く様々な状況から、障害者グループホームにおける支援の状況について、検証・確認を求める声も高まっていました。小規模体制で利用者と職員の密接な関わりができる反面、密室性も高くなることから外部の目が入ることの必要性、重要性は多くの関係者から課題として提起されているところでもあります。このような背景を受けて、神奈川県では平成21年7月の「かながわ障害者地域生活支援推進プログラム大綱」で、平成22年度からの5年間の取り組みの基本的な方向の一つに「障害者グループホームなどの質の向上と確保」を掲げ、障害者グループホームへの第三者評価の導入を計画しました。

前述のとおり、障害者グループホームのサービスは個別支援を基本としており、標準化することは極めて困難です。施設サービスの第三者評価と同じ視点にたって第三者評価を実施することは可能なのか、障害者グループホームでの支援の質を適切に評価するためにはどのような視点や手法を設定す

るべきかなど、導入にあたっての懸念や様々な課題を整理した結果、本県では障害者グループホームに独自の第三者評価の仕組みを構築しました。障害者グループホームは、利用者の住まいであることと世話人等職員の一人職場になりやすいという特性があります。そのため、組織全体で課題を共有して改善していくことを目的に、他分野と共通の6つの「共通評価対象領域」に7つ目の「日常生活支援」を加え、自己評価を重視する評価手法としました。

そして、平成30年度の事業見直しに伴い、国の評価基準ガイドラインに基づく県全域で共通する標準的な評価基準を取り入れることとなったことを受けて、本県独自の障害者グループホーム第三者評価の仕組みを継承しつつ、評価項目の基本構成の組み替え等を行いました。支援の振り返りを効果的に進めていくため、自己評価項目の「共通評価」の一部には<取組例>を記載するとともに、「内容評価」には、従来の自己評価項目170項目の中から、欠かすことのできない項目<神No.>を追加する形で、神奈川の独自性を継承しました。

<評価手法の変遷>

区分	平成30年度まで	平成31年度・令和元年度から
評価基準	障害者グループホームの特性を考慮して神奈川独自の県全域で統一した評価基準を使用 7つの共通評価対象領域（①人権の尊重、②意向の尊重と自立生活への支援に向けたサービス提供、③サービスマネジメントシステムの確立、④地域との交流・連携、⑤運営上の透明性の確保と継続性、⑥職員の資質向上の促進、⑦日常生活支援）	国の評価基準に準拠しつつ独自性を継承（7つの共通評価対象領域についても全て網羅されていることを確認） 共通評価（管理者向け） 45細目 内容評価（現場向け） 15細目 （計60細目）
自己評価	○170項目 7つの共通評価対象領域に基づく総評の根拠	○共通評価217項目（取組例の記載） ○内容評価150項目（県独自71項目） （計367項目）
利用者調査	○利用者本人・家族のヒアリング ○観察	同左
評価結果公表	自己評価非公表、利用者調査公表 第三者評価結果＝総評＋7領域で<努力・工夫していること><課題と考えていること> グループホーム基本情報住所以下全て非公表	自己評価非公表、利用者調査公表 第三者評価結果＝総評＋26事項で<努力・工夫していること><課題と考えていること> グループホーム基本情報住所以下全て非公表

さらに、令和3年度までの事業見直し検証期間においては、受審事業者アンケートと評価機関・評価調査者の意見をふまえ、受審の効果を一層高めるため、評価機関の役割を明確化する方針で検討し、自己評価項目の整理、自己評価方法の一部修正、評価結果報告書の追加を行いました。

<事業見直しの検証結果をふまえた変更>

区分	平成31年度～令和3年度まで	令和4年度から（一部、令和6年4月から）
評価基準	国の評価基準ガイドラインに準拠しつつ、独自性を継承（7つの共通評価対象領域についても全て網羅されていることを確認）	
評価細目	○共通評価（管理者向け）45細目	○内容評価（現場向け）15細目（計60細目）
自己評価項目	○共通評価：217項目（取組例の記載） ○内容評価：150項目（県独自71項目） （計367項目）	○共通評価：217項目（取組例の記載） ○内容評価：80項目（取組例の記載） （計297項目） ※内容評価のうち、県独自71項目を共通評価と同様に取組例で記載
受審事業者の自己評価	STEP①：自己評価（職員一人ひとり） STEP②：自己評価（ホーム全体） ※◎○△× STEP②：自己評価（ホーム全体で到達度を確認・※判断基準abc） STEP③：STEP①②の自己評価結果を基に、<努力・工夫していること>と<課題と考えていること>を左右に分けて文章で記入	STEP①：自己評価（職員一人ひとり） STEP②：自己評価（ホーム全体） ※◎○△× STEP③：STEP①②の自己評価結果を基に、 <u>現在・将来の取り組みを文章で記入<努力・工夫していること、課題と考えていること等></u>
評価機関の調査手法	○事前書面調査 ○訪問調査 ○利用者調査（利用者本人または家族のヒアリングまたは観察）	○事前書面調査 ○訪問調査 ○利用者アンケート（全員対象） ○利用者ヒアリング（1名以上）
評価機関作成 評価結果報告書 自己評価・ 訪問調査・ 利用者調査を 総合的に判断	○結果報告書：総評（別紙1） ○第三者評価結果（別紙2） 26事項のコメント 左<努力・工夫していること> 右<課題と考えていること> ○利用者調査結果（別紙3）	○結果報告書：総評（別紙1） ○第三者評価結果（別紙2） ・26事項について 左<第三者評価を受審してホームが認識した取り組み状況（努力・工夫していること、課題と考えていること）>… <u>現在・将来の取り組みについて、ホームが認識している内容を記載</u> 右<評価機関からのコメント>…「受審ホームによるサービスの質の向上にむけた取り組み」の促進に特に必要と思われる点（伸びしろ等）を記載 ○利用者調査結果（別紙3）
公表	○評価結果報告書 ○第三者評価結果 ○利用者調査結果	
非公表	○自己評価結果	

* 令和6年3月・一部見直し

(3) 障害者グループホーム第三者評価が目指すもの

障害者グループホームは多様な運営形態でのサービス提供が必要とされています。障害者グループホーム第三者評価では、その特性をしっかりと踏まえて、それぞれの障害者グループホームにおいて利用者に対し一人ひとりに合わせた支援がどう実践されているか、そのための努力や工夫、あるいは今後の課題は何かなどを職員との丁寧な対話により引き出し、多様な障害者グループホームのそれぞれの状況に応じたサービスの質の向上への気づきの促しや動機付けを図ることを目指します。

また、福祉サービス第三者評価では、サービス提供事業所の職員が自らのサービス提供を振り返ることがサービスの質の向上に不可欠であるとして、評価の過程では「自己評価」に非常に重きを置いています。この“自己評価重視”の姿勢は障害者グループホーム第三者評価でも変わりありません。第三者評価の実施が、障害者グループホームにおいて提供しているサービスを職員全員で振り返り、ホームの支援目標や方針の共有を進める契機となるよう、障害者グループホームの取り組みをバックアップしていくことを目指します。

一方、障害者グループホームは「個別支援」を重視したサービスであるため、利用者支援で生じる様々な課題がその利用者の特性から生じる個別(ケース)的な問題とされてしまい、課題が普遍化されにくい面があります。また、障害者グループホームは比較的新しいサービスのため、固有の役割の確立という今後の課題もあります。第三者評価によって、障害者グループホームが直面している課題を明らかにして様々な立場の方々と課題の共有化、課題提起をはかり、制度の基盤強化や発展に向けた動きにつなげていくことを目指します。

このように障害者グループホームの第三者評価は、それぞれの障害者グループホームにおける、支援者の“思い”と利用者一人ひとりの“願い”の結びつけに向けた橋渡しと、障害者グループホーム制度の発展を目指して行います。

※ 評価実施にあたっての留意事項（評価機関・評価調査者の皆さんへ）

- 障害者グループホームでは、利用者一人ひとりの暮らしに合わせた、多様な運営形態でのサービス提供が必要とされています。
- ホームの運営形態やサービス提供の体制、利用者に対する支援についての「望ましさ」や「理想の姿」を一つに固定し、それをすべてのホームに一律的に当てはめ、「グループホームはこうあるべき」「利用者にはこう対応するべき」という一律の尺度を安易にあてて実践を求めることは、利用者の主体性を尊重した生活を損なうことにもつながりかねません。
- 障害者グループホーム第三者評価項目は、サービスの振り返り・気づきの視点を提供することを目的に、他分野に比べ数多くの自己評価項目を設定しています。評価結果の表示（公表）について○×評価、abc評価で示す方式はとりません。
- それぞれのホームの多様性の尊重を基本姿勢とし、評価調査の場面では書面や根拠資料による客観的な取り組みの確認を行うこともさることながら、まずは対話形式による調査面接を重視し、障害者グループホームの職員の「思い」を丁寧に聴いていくことを重点的に行ってください。

1. 障害者グループホーム第三者評価の基本的な考え方

(1) 障害者グループホーム第三者評価の基本的視点

● 基本的視点①「障害者グループホームの多様性を尊重」

障害者グループホームでは、運営の規模や立地条件などによってさまざまな運営形態をとっており、さらに利用者の障害特性などによって求められている支援、提供しているサービスもさまざまです。障害者グループホームの運営形態やサービス提供の体制、利用者に対する支援についての「望ましさ」や「理想の姿」を一つに固定し、それをすべての障害者グループホームに一律的に当てはめ、「グループホームはこうあるべき」「利用者にはこう対応するべき」という一律の尺度を安易にあてて実践を求めることは、利用者の主体性を尊重した生活を損なうことにもつながりかねません。第三者評価にあたっては、それぞれの障害者グループホームの多様性の尊重を大前提とします。

● 基本的視点②「職員の”思い”を聴く」

障害者グループホームでは、職員が外部からの承認や動機づけを得られる機会が多くありません。福祉サービスの現場では、職員が日々の業務への努力を承認される実感を得られたり、あるいは漠然と課題に感じていたことがはっきりと意識されたり、もしくは課題への思いがけない気付きや発見を得られるなどの実感が得られる機会を持つことが大切です。サービスの質を高めるうえではサービスを提供する職員自身が課題解決や質の向上への動機を持つことが欠かせないからです。

第三者評価はこのような動機付けの絶好の機会となります。評価調査の場面では書面や根拠資料による客観的な取り組みの確認を行うこともさることながら、まずは対話形式による調査面接を重視し、障害者グループホームの職員の「思い」を丁寧に聴いていくことを重視します。

● 基本的視点③「振り返り重視」

障害者グループホームでは、限られた空間で利用者・職員間も密度の濃い人間関係が築かれますが、その一方、密室性が高くなり、サービス提供が外部からは見えにくいという面があります。また、外部との接点が少ないことや職員一人での勤務体制が多いことから、サービス提供が提供する側の視点中心で進められてしまう危険性も高くなります。

第三者評価では、自己評価の実施などを通して障害者グループホームの職員が日々のサービス提供について共に振り返り、ホームの利用者支援の目標や方針を共有することにつながるよう、障害者グループホームの取り組みをバックアップすることを重視します。

● 障害者グループホーム第三者評価のもう一つの役割

障害者グループホームの第三者評価には、個別の障害者グループホームに対する質の向上への動機付けなどを行う役割とともに、もう一つ大きな役割が期待されています。障害者グループホームは「個別支援」形態を重視したサービスのため、利用者支援で生じる様々な課題がその利用者の特性から生じる個別(ケース)的な問題とされてしまい、課題が普遍化されにくい面があります。また、個人情報保護の面からも利用者支援の内容を明らかにすることには特に配慮が必要で、結果として課題の実際が外部からは掴みづらく、課題の共有化がはかられにくい状況にあります。

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構(以下「推進機構」という)では、評価機関との協働のもと、第三者評価を通して障害者グループホームの実践の「見える化」をはかり、障害者グループホームが抱えている課題を明らかにするとともに、さまざまな立場の方の参画を得て、個々の障害者グループホームにおける努力だけでは解決困難な課題を普遍化し、制度の基盤強化や発展につなげるよう、課題の共有化、課題提起と政策提言に取り組みます。

(2) 障害者グループホーム第三者評価の手法

前述の基本的な視点をふまえ、本県の障害者グループホーム第三者評価では、他の福祉サービスへの第三者評価とその目的は同じとしつつも、評価手法については、障害者グループホームのサービス特性にあわせた独自の手法を設定することとしました。

① 障害者グループホーム第三者評価では、自己評価（サービスの振り返り）を重視します。

すべての障害者グループホームに共通する第三者評価項目を設けますが、評価調査にあたっては、多様な運営形態をもつ障害者グループホームの特性に留意する必要があります。そこで、自己評価（サービスの振り返り）に重点を置き、サービス提供において努力・工夫している点や課題になっている点などを自己申告した内容に基づいて取り組み状況を中心にした評価を実施します。

② 自己評価（サービスの振り返り）の進め方は次の通りです。

STEP① サービス提供に関する自己評価項目（共通評価（45細目217事項）、内容評価（15細目80事項））について、4段階【◎・○・△・×】の評価を行います。

STEP② STEP①の評価結果を踏まえて、ホーム全体の自己評価項目（共通評価（45細目217事項）、内容評価（15細目80事項））について、4段階【◎・○・△・×】の評価を行います。

STEP③ STEP①②の評価結果について全職員で確認の上、話し合いながら、評価対象・分類単位（6カテゴリ26事項）の取り組み状況や目標などを文章で記述します。

③ 自己評価の結果をもとに、第三者評価の訪問調査を行います。

「取り組み状況」部分については、「努力・工夫している」その取り組みの具体的な内容の確認、「課題となっている」、要因分析や改善計画などの課題認識の確認を、対話を重視した調査面接によって行います（4段階評価の真偽確認のための調査は行いません）。

④ 第三者評価結果は、文章で表現します。

第三者評価結果をまとめるにあたっては、評価調査で確認した取り組み状況を中心に、受審ホームのサービスの質の向上に向けた取り組みを促すために特に必要と思われる点を意識して「第三者評価結果と評価機関からのコメント」「利用者調査結果」を作成します（自己評価結果は公表の対象外です）。

(3) 推進機構指定「標準となる評価基準」との関係性

福祉サービス第三者評価事業の見直しにあたり、推進機構では、県全域で共通して使用することのできる「標準となる評価基準」として、厚生労働省「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」に示す評価基準ガイドライン（判断基準ガイドラインを含む）、福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドラインを使用することとしています。

この見直しを受けて、障害者グループホーム第三者評価における評価項目については、「第三者評価共通評価基準ガイドライン（障害者・児福祉サービス解説版）」「第三者評価内容評価基準ガイドライン（同）」を基礎に、「自己評価項目の設定」を行っています。

なお、障害者グループホーム第三者評価における評価調査手法等については、ホームに特化した課題整理や検証等の積み上げを活かし、従前通り、神奈川県独自の仕組みにより実施します。

2. 障害者グループホーム第三者評価の概要

(1) 障害者グループホーム第三者評価項目

■ 評価項目の概要

評価項目	評価対象／分類／評価項目
1) 共通評価 4カテゴリ 16事項	I 福祉サービスの基本方針と組織 I-1 理念・基本方針 I-2 経営状況の把握 I-3 事業計画の策定 I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組
	II 組織の運営管理 II-1 管理者の責任とリーダーシップ II-2 福祉人材の確保・育成 II-3 運営の透明性の確保 II-4 地域との交流、地域貢献
	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 III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢の明示 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) III-1-(3) 利用者満足の上昇 III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制の確保 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
	III-2 福祉サービスの質の確保 III-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法の確立 III-2-(2) 適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画の策定 III-2-(3) 福祉サービス実施の適切な記録
2) 内容評価 2カテゴリ 10事項	A-1 利用者の尊重と権利擁護 A-1-(1) 自己決定の尊重 A-1-(2) 権利侵害の防止等
	A-2 生活支援 A-2-(1) 支援の基本 A-2-(2) 日常的な生活支援 A-2-(3) 生活環境 A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 A-2-(6) 社会参加、学習支援 A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

(2) 障害者グループホーム自己評価項目の設定

■ 自己評価項目

障害者グループホーム第三者評価の自己評価は、生活支援員・世話人・調理補助員の方など、ホーム運営に携わる職員の全員参加で実施することを想定しています。

支援の振り返りを効果的に進めていくため、標準となる評価基準の共通評価、内容評価に「ホームの取り組み例」をそれぞれ追加し、独自規定としています。

■ 自己評価の取り扱い

評価項目	自己評価項目数	自己評価の実施内容	第三者評価結果の取り扱い
1) 共通評価 4カテゴリ 16事項	217 自己評価項目	STEP①: 297自己評価項目について、個人の◎・○・△・×の4段階評価 STEP②: STEP①を取りまとめホーム全体の、◎・○・△・×の4段階評価 STEP③: STEP①②を踏まえ、評価対象等单位(6カテゴリ26事項)で文章記述	※左記「自己評価」STEP①②③は、 <u>非公表。</u>
2) 内容評価 2カテゴリ 10事項	80 自己評価項目		

■ 評価基準の構造

(例: 内容評価の場合)

用語		評価基準
国 基 準	分類	A-1 利用者の尊重と権利擁護
	評価項目	A-1-(1) 自己決定の尊重
	評価細目	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。
	評価の着眼点 自己評価項目/	A-1-(1)-①-ア 利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。
県 独 自	取り組み《例》 ※平成30年度までの神奈川県独自項目を《例》として表示	A-1-(1)-①-ア 《例》 利用者の要望を出来るだけ尊重し、一方的な介助や支援を行わないようにしている。

※「神奈川県独自版 障害者グループホーム自己評価取り組み例」の設定

生活支援員・世話人・調理補助員など、ホーム運営に関わる全員参加による自己評価を効果的に進めることを目指し、ホーム支援を意図した神奈川県独自取り組み例を設定しています。

■ 評価基準の項目数

用語	共通評価	内容評価	計
評価対象	3	1	4
分類	10	2	12
評価項目	23	10	33
評価細目	45	15	60
評価の着眼点/自己評価項目 (神奈川県独自取り組み《例》含む)	217	80	297

(3) 評価の実施単位

■ 原則として、「住居単位」で行います。

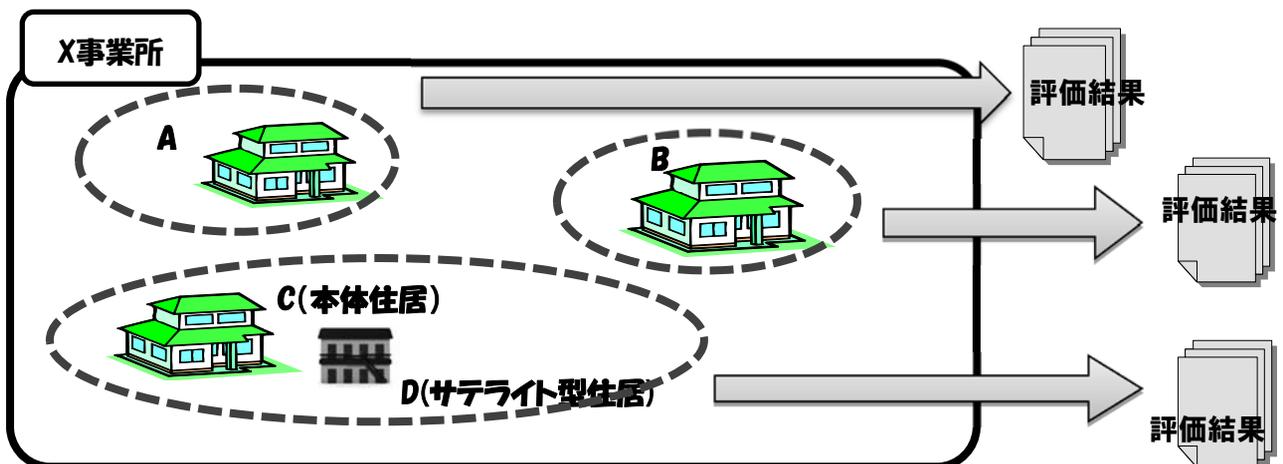
障害者グループホームは、障害者自立支援法により複数の住居をまとめた事業所単位での運営となりました。また、サテライト型住居も制度化されました。同一事業所内であっても、住居ごとで利用者の特性などが異なるため、求められる支援の内容や提供しているサービス内容には違いがみられます。そのため、障害者グループホームの第三者評価は原則として、「住居単位」で行いますが、サテライト型住居においては、一人暮らしに近い形態であることから、本体住居に含んだかたち（※1）で評価を行います。

第三者評価を受審する場合、事業所側は事業所に所属する全ての住居の評価を同時に受けることもできますし、一部の住居だけで評価を受けることも可能です。なお、同一事業所内で複数住居が同時に第三者評価を受審し、当該の複数住居が一体的に運営されている場合（※2）は、各住居に共通する取り組みも多くなるため、事業所と評価機関とが合意すれば、複数住居合同での自己評価表の作成及び訪問調査の実施を可とします。

ただし、その場合でも利用者調査は住居ごとに実施し、評価結果報告書も住居ごとに作成します。また、サテライト型住居を運営している場合、サテライト型住居への訪問調査は必須とはせず、事業所との合意の上で訪問調査や利用者調査の対象や方法を決定します。

※1 たとえば、A・B・Cの3つの住居と、Cを本体住居とするサテライト型住居DがあるX事業所がA～Dの第三者評価受審を希望した場合、評価調査はA・B・Cの本体住居ごと（DはCに含む）に実施し、評価結果報告書は3つとなり、評価結果の公表も3件とします。

※2 同一のサービス管理責任者であること。また、ホーム職員の多くが当該複数住居を兼務して担当しているか、少なくとも常勤職員については全員が当該複数住居を担当している場合。



(4) 評価調査者

■ 評価調査者

1件の評価調査にあたり複数名の評価調査者が一貫して調査にあたります。

《注意事項》

訪問調査時、評価調査者は「評価調査者の身分を証明する書類」を携帯します。ホーム職員や利用者等の関係者から求められた場合、提示してください。

■ 評価調査者の守秘義務の徹底

障害者グループホーム第三者評価の評価調査では、サービスの特性から個別の利用者支援の事例などを具体的に挙げながら取り組みの状況を確認することが多くなりますので、評価調査者はより一層の守秘義務が厳しく求められます。

評価結果報告書をまとめる際も、公表により不特定多数の人の目に触れることを意識し、個人情報保護に配慮して作成することが求められます。

(5) 評価結果の公表

■ 評価結果の公表手続き

評価機関は、評価結果等公表要綱に基づき事業者の同意を得た上で公表手続きを行います。

第三者評価結果報告書（総括）・第三者評価結果（6カテゴリ26事項）・利用者調査結果を、推進機構のホームページで公表します。

【評価結果等公表要綱】 第3条

第3条 評価機関は、評価結果の公表について事業者の同意を得た上で、事業者に評価結果を同意した日から原則として1週間以内に、第三者評価実施報告書（様式1）に必要な書類を添付して、推進機構に報告するものとする。

2 推進機構は、当該報告書等が提出されてから原則として30日以内に、評価機関から報告された内容を確認し、公表するものとする。ただし、事業者が公表に同意しない場合は、その旨を公表するものとする。

■ 評価結果の公表期間

評価結果等公表要綱第6条（公表期間）に基づき、評価結果の公表期間は、公表日から3年目に該当する年度の末日までとします。ただし、公表日から3年目に該当する年度の末日までに、当該事業者の新しい評価結果が公表された場合は、旧評価結果は公表を取り止めるものとする。

(6) 第三者評価の標準的な手順

① **評価機関の選定・契約** 評価機関を選び、契約します。

② **自己評価の実施** 事業所が自己評価を実施します。

「住居単位」で自己評価表を作成します。

※複数住居を一体的に運営している場合は、複数住居合同で自己評価表を作成しても可。

③ **利用者調査** アンケート調査とヒアリング調査

利用者全員を対象としたアンケート調査を行ったうえで、その結果をふまえて1名以上にヒアリング調査を実施します。

アンケート調査では読み取ることができなかった疑問点や生活の実感を、ヒアリング調査で確認。

④ **訪問調査** 訪問調査は複数名の評価調査者が1日以上実施します。

複数名の評価調査者が本体住居を訪問し、自己評価結果と利用者調査結果をもとにヒアリングを行います。 ※サテライト型住居は、事業所との協議のうえで訪問の有無を決定。

⑤ **訪問調査終了後の合議と報告書の作成**

訪問調査で得られた情報は評価調査者間で共有し、報告書に盛り込むべき情報を十分収集できたか、評価調査者間で認識に違いがないか等を確認します。情報の不足や不明確な点があれば、速やかに事業所に確認します。さらに、事前準備段階で明確にした評価の視点に基づき、報告書をどのような方向性で取りまとめるのか、評価26事項に関する事業所の強み・弱みから伺える今後の伸びしろ等について確認し、記載すべき内容を話し合います。

⑥ **評価機関としての報告書の取りまとめ**

評価機関では、客観性が保たれているか、内容の整合性がとれているか、事実誤認がないか等について十分に確認して調整を図り、正式な評価結果報告書として決定します。

評価機関は、公正な評価決定を行うために「評価決定委員会」を設置し、評価決定プロセスの透明性を確保します。

⑦ **事業所への報告**

評価機関で決定した評価結果報告書は、事業所に確認してもらい、調整を図った後に最終決定となります。

⑧ **評価結果の公表**

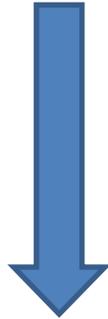
評価機関は評価結果報告書を推進機構に提出、推進機構ではHPで公表します。

(7) 自己評価の手順

- ・自己評価表は、管理者とサービス管理責任者が中心となり、共同で作成します。
- ・生活支援員・世話人・調理補助員などホーム運営に関わる全職員が、自己評価（サービスの振り返り）のプロセスに携われるよう調整を図ってください。

STEP①

職員一人ひとりの自己評価



共通評価（45細目）

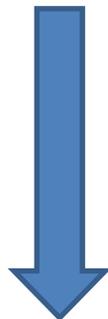
I 福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		自己評価 ◎○△×
【1】 ④ 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		
1	理念、基本方針が運営法人、ホーム内・・・	○
2	理念は、運営法人、ホームが実施する福祉・・・	◎
3	基本方針は、運営法人の理念との整合性・・・	△
4	理念や基本方針は、会議や研修会での説明・・・	△
5	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料・・・	○
6	理念や基本方針の周知状況を確認し・・・	△

STEP②

ホーム全体の自己評価



共通評価（45細目）

I 福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		自己評価 ◎○△×
【1】 ④ 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		
1	理念、基本方針が運営法人、ホーム内・・・	○
2	理念は、運営法人、ホームが実施する福祉・・・	◎
3	基本方針は、運営法人の理念との整合性・・・	△
4	理念や基本方針は、会議や研修会での説明・・・	△
5	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料・・・	○
6	理念や基本方針の周知状況を確認し・・・	△

STEP③

STEP①と②をもとに、ホームでの取り組み状況など文章で記入

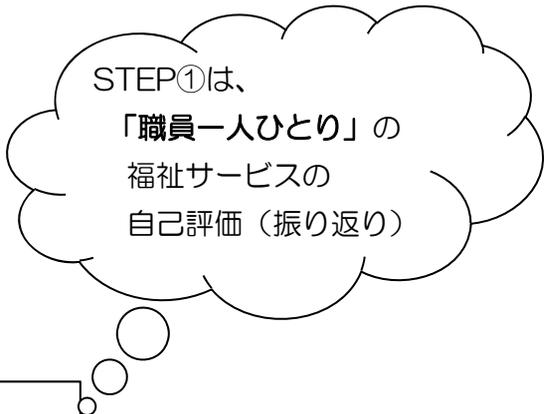
自己評価表（総括）

I 福祉サービスの基本方針と組織（共通評価I-1～4）

	取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等）
1	（I-1 理念・基本方針）
2	（I-2 経営状況の把握）
3	（I-3 事業計画の策定）
4	（I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組）

STEP①

「自己評価表」（60細目297自己評価項目）について、
4段階（◎○△×）で自己評価します。
※該当者がいないなど当てはまらない事項は
「非該当」と記入します。



<記入例>

共通評価（45細目）		
I 福祉サービスの基本方針と組織		
1 理念・基本方針		
(1)	理念、基本方針が確立・周知されている。	自己評価 ◎○△×
【1】 ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		
1	理念、基本方針が運営法人、ホーム内…	○
2	理念は、運営法人、ホームが実施する福祉…	◎
3	基本方針は、運営法人の理念との整合性…	△
4	理念や基本方針は、会議や研修会での説明…	△
5	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料…	○
6	理念や基本方針の周知状況を確認し…	△
【A12】 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。		
276	医療的な支援の実施についての考え方(方針)と… 《例》・利用者が終末期を迎えた場合の対応について方… ・必要に応じて、利用者及び家族に終末期を迎えた…	◎
277	服薬等の管理(内服薬・外用薬等の扱い)を… 《例》・薬の効能や副作用等を知り、利用者の… ・利用者に薬の正しい知識を知らせ、本人が…	○
278	慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については…	△
279	介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の…	△
280	医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が…	非該当
281	医療的な支援に関する職員研修や職員の…	○

すべての自己評価項目について、4段階評価を行い、その結果を記入します。

《4段階評価》

◎：よくできている
○：できている
△：一部できていない
×：できていない

※共通評価(45細目)は、全てのサービス種別の共通項目です。運営法人の別施設が第三者評価を受けている場合、その自己評価結果を参考にすることができます。

対象となる利用者がいないなど、当てはまらない事項は「非該当」とします。

☑自己評価の進め方 ～全員参加を目指そう！～

- ・ 自己評価は、職員のさまざまな思いや価値観、認識の違いに気づくことから始まります。
- ・ 「全職員が個別に自己評価表に取り組む」「職員の階層別に評価項目を分担する」「課題認識に応じて評価項目を抽出する」など、ホームに合った取り組み方を工夫し、全員参加を目指します。

STEP②

職員全員で話し合います

STEP①を踏まえ、ホーム全体の4段階評価（◎○△×）
をとりまとめます。

<記入例>

共通評価（45細目）		
I 福祉サービスの基本方針と組織		
1 理念・基本方針		
(1)	理念、基本方針が確立・周知されている。	自己評価 ◎○△×
【1】 ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		
1	理念、基本方針が運営法人、ホーム内…	○
2	理念は、運営法人、ホームが実施する福祉…	◎
3	基本方針は、運営法人の理念との整合性…	△
4	理念や基本方針は、会議や研修会での説明…	△
5	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料…	○
6	理念や基本方針の周知状況を確認し…	△
【A12】 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。		
276	医療的な支援の実施についての考え方(方針)と… 《例》・利用者が終末期を迎えた場合の対応について方… ・必要に応じて、利用者及び家族に終末期を迎えた…	◎
277	服薬等の管理(内服薬・外用薬等の扱い)を… 《例》・薬の効能や副作用等を知り、利用者の… ・利用者に薬の正しい知識を知らせ、本人が…	○
278	慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については…	△
279	介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の…	△
280	医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が…	非該当
281	医療的な支援に関する職員研修や職員の…	○

STEP②は、
「ホーム全体の」の
福祉サービスの
自己評価（振り返り）

STEP①の結果を踏まえ、ホーム
全体としての4段階評価
（◎○△×）を取りまとめます。

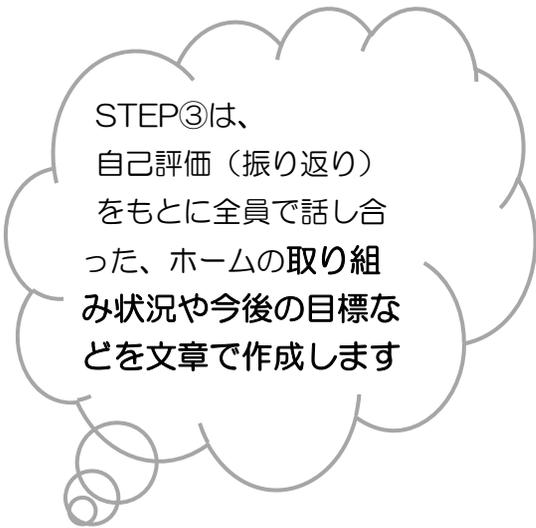
☑ 自己評価の取りまとめ方 ～丁寧に深めよう！語り合おう！～

- ・ 自己評価の取りまとめでは、職員間の相互理解を深め、事業所の方針や目標を共有し、職員全員で取り組むための機運や土壌をつくるのが重要です。
- ・ ホーム職員が個別に取り組んだ4段階評価（◎○△×）を見比べ、認識が同じところは具体的な言語化に取り組み、認識の違うところはお互いの思いを話し合う相互理解のプロセスを大切にしてください。

STEP③

記入にあたっては、必ず全職員での話し合いを行います

評価対象・分類（6カテゴリ26事項）で、
ホームでの取り組み状況と認識（努力・工夫している
こと・課題と考えていること）を文章で記入します。
記入にあたっては、必ず全職員での話し合いを行います。



STEP③は、
自己評価（振り返り）
をもとに全員で話し合
った、ホームの取組
み状況や今後の目標な
どを文章で作成します

自己評価表（総括）

I 福祉サービスの基本方針と組織（共通評価 I - 1～4）

	取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等）
1	（I-1 理念・基本方針）
2	（I-2 経営状況の把握）
3	（I-3 事業計画の策定）
4	（I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組）

※障害者グループホーム第三者評価の自己評価結果は、すべて「公表の対象外」です。

（ホームページ等では一切公開されません。）

障害者グループホーム第三者評価 自己評価表(※非公表)

STEP ①②

自己評価表【共通評価45細目・内容評価15細目】

STEP ③

自己評価表(総括)【6カテゴリ26事項】

法人名	
事業所名	
自己評価表作成日	

自己評価表【共通評価45細目】

I 福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

自己評価
◎○△×

【1】 ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		
1	理念、基本方針が運営法人、ホーム内の文書や広報媒体(パンフレット、ホームページ等)に記載されている。	
2	理念は、運営法人、ホームが実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた運営法人、ホームの使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	
3	基本方針は、運営法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
4	理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	
5	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	
6	理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	

2 経営状況の把握

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

自己評価
◎○△×

【2】 ① ホーム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。		
7	社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	
8	地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	
9	利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、運営法人(ホーム)が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	
10	定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	
【3】 ② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。		
11	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	
12	経営状況や改善すべき課題について、役員(理事・監事等)間での共有がなされている。	
13	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	
14	経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	

3 事業計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

自己評価
◎○△×

【4】 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。		
15	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。	
16	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	
17	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	
18	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	

【5】 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。		
19	単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	
20	単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。	
21	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	
22	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	

(2) 事業計画が適切に策定されている。

【6】 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。		
23	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	
24	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。	
25	事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。	
26	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。	
27	事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)がされており、理解を促すための取組を行っている。	

【7】 ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		
28	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。	
29	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	
30	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。	
31	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(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。

自己評価
◎○△×

【8】 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。		
32	組織的に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組を実施している。	
33	福祉サービスの内容について組織的に評価(C: Check)を行う体制が整備されている。	
34	定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	
35	評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	

【9】 ② 評価結果にもとづきホーム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。		
36	評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。	
37	職員間で課題の共有化が図られている。	
38	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。	
39	評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	
40	改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	

II 組織の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。

自己評価
◎○△×

【10】 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。		
41	管理者は、自らのホームの経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	
42	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。	
43	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。	
44	平常時のみならず、有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	
【11】 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。		
45	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者(取引事業者、行政関係者等)との適正な関係を保持している。	
46	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	
47	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。	
48	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

【12】 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。		
49	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	
50	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	
51	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	
52	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	
53	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	
【13】 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。		
54	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。	
55	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取組んでいる。	
56	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	
57	管理者は、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、自らもその活動に積極的に参画している。	

2 福祉人材の確保・育成

(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。

自己評価
◎○△×

【14】 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。		
58	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	
59	福祉サービスの提供に関わる専門職(有資格の職員)の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	
60	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	
61	運営法人(ホーム)として、効果的な福祉人材確保(採用活動等)を実施している。	
【15】 ② 総合的な人事管理が行われている。		
62	運営法人(ホーム)の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。	
63	人事基準(採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準)が明確に定められ、職員等に周知されている。	
64	一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。	
65	職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。	
66	把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。	
67	職員が、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できています。	

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

【16】 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。		
68	職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。	
69	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。	
70	職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。	
71	定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。	
72	職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。	
73	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。	
74	改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。	
75	福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。	

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【17】 ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		
76	組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	
77	個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。	
78	職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。	
79	職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。	
80	職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	
【18】 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。		
81	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	
82	現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要なとされる専門技術や専門資格を明示している。	
83	策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。	
84	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	
85	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	
【19】 ③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		
86	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。	
87	新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。	
88	階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。	
89	外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。	
90	職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	

(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】 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。		
91	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。	
92	実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。	
93	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	
94	指導者に対する研修を実施している。	
95	実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	

3 運営の透明性の確保

(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

自己評価
◎○△×

【21】 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。		
96	ホームページ等の活用により、運営法人(ホーム)の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	
97	ホームにおける地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	
98	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る。	
99	運営法人(ホーム)の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、運営法人(ホーム)の存在意義や役割を明確にするように努めている。	
100	地域へ向けて、理念や基本方針、ホームで行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	
【22】 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。		
101	ホームにおける事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	
102	ホームにおける事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	
103	ホームの事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。	
104	外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	

4 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている。

自己評価
◎○△×

【23】 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。		
105	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	
106	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	
107	利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	
108	ホームや利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	
109	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく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するよう推奨している。	
【24】 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。		
110	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	
111	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	
112	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。	
113	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。	
114	学校教育への協力を行っている。	

(2) 関係機関との連携が確保されている。

【25】 ① ホーム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。		
115	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	
116	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	
117	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
118	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	
119	地域に適当な関係機関・団体がいない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取組んでいる。	

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【26】 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。		
120	ホーム(運営法人)が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	
【27】 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。		
121	把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。	
122	把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	
123	多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。	
124	ホーム(運営法人)が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。	
125	地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

自己評価
◎○△×

【28】 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。		
126	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	
127	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	
128	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	
129	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	
130	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	

【29】 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。		
131	利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。	
132	規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。 ----- 《例》 ・外部ボランティア・見学者等の受け入れは、必ず利用者の了解を得てから行い、外部ボランティア 見学者等に対して利用者のプライバシー尊重等の留意事項を伝えている。	
133	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。	
134	利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。	

(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】 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。		
135	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容やホームの特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	
136	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	
137	ホームの利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	
138	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	
139	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	
【31】 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。		
140	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	
141	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	
142	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。	
143	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	
144	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、適正な説明、運用が図られている。	
【32】 ③ ホーム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。		
145	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	
146	他のホームや地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	
147	福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	
148	福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	

(3) 利用者満足の上昇に努めている。

【33】 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。		
149	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	
150	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。	
151	職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 ----- 《例》・サービス管理責任者・事業所管理者・運営法人の関係職員等が、利用者全体的話し合いの中に入るなどして、通常のバックアップとして相談以外の苦情を聞きとりをしている。	
152	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。	
153	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	

(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】 ① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		
154	苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)が整備されている。	
155	苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	
156	苦情記入カードの配布やアンケート(匿名)を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	
157	苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。	
158	苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	
159	苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。	
160	苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	
【35】 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。		
161	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。	
162	利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	
163	相談しやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	
【36】 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。		
164	職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。	
165	意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。	
166	相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。	
167	職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。	
168	意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	
169	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	

(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】 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。		
170	リスクマネジメントに関する責任者の明確化(リスクマネジャーの選任・配置)、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ----- 《例》・利用者が外出先でトラブルにまきこまれた際の対応体制を整えている。	
171	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順(マニュアル)等を明確にし、職員に周知している。 ----- ・緊急時の連絡体制について、スタッフおよび利用者に周知している。 《例》・緊急時、スタッフの勤務時間外または出勤者のみでの対応困難な場合、短時間でホームへ出勤できる職員を決めている。 ・緊急時、当該利用者以外の利用者への支援対応について連絡体制等を決めている。	
172	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	
173	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	
174	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	
175	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	
【38】 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。		
176	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	
177	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。	
178	担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。	
179	感染症の予防策が適切に講じられている。	
180	感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。	
181	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。	
【39】 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。		
182	災害時の対応体制が決まっている。	
183	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	
184	利用者及び職員の安否確認の方法が決まれ、すべての職員に周知されている。	
185	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	
186	防災計画を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	

2 福祉サービスの質の確保

(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。

自己評価
◎○△×

【40】 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。		
187	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	
188	標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	
189	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	
190	標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	

【41】 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。		
191	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	
192	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。	
193	検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。	
194	検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。	

(2) 適切なアセスメントにより個別支援計画書が策定されている。

【42】 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。		
195	個別支援計画策定の責任者を設置している。	
196	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	
197	部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 ----- 《例》・本人の状況について、通所している施設等と情報交換を行っている。 ・相談支援専門員と連携して、サービス等利用計画の立案やモニタリングに協力している。	
198	個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	
199	個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 ----- ・個別支援計画は、サービス等利用計画と連動している。 《例》・個別支援計画策定の際、利用者に分かりやすい表現などを工夫し、利用者が自分のものと感じられるよう努めている。	
200	個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 ----- 《例》環境に変化が生じた場合、または、最低6ヶ月に1度モニタリングを行い、個別支援計画書に反映させている	
201	支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 ----- 行政等関係機関からの要請に応じ、積極的な受け入れ調整を行っている。 《例》(公立施設退所者、児童養護施設退所者、刑務所等矯正施設出所者など行政要請への対応。区分軽度だが社会的自立に難しさを抱える人、就職したものの馴染めずに退社した人への支援、報酬上の評価は低い、支援ニーズの高い人たちへの積極的かつ適切な支援等)	
【43】 ② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		
202	個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	
203	見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。	
204	個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	
205	個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容(ニーズ)等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。 ----- 《例》・利用者の生活状況の変化やサービス内容に変更があった場合、相談支援専門員と連携して対応している。	

(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】 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。		
206	利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	
207	個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	
208	記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。	
209	組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。	
210	情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。	
211	パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの閲覧等を実施して、ホーム内で情報を共有する仕組みが整備されている。	
【45】 ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		
212	個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。	
213	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が規定されている。	
214	記録管理の責任者が設置されている。	
215	記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	
216	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	
217	個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。	

自己評価【内容評価15細目】

A-1 利用者の尊重と権利擁護

(1) 自己決定の尊重

自己評価
◎○△×

【A1】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。		
218	<p>利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。</p> <p>・利用者の要望を出来るだけ尊重し、一方的な介助や支援を行わないようにしている。 《例》・ひとりで入浴できる場合、可能な限り、利用者の希望する時間に入浴やシャワー浴をできるようにしている。</p>	
219	<p>利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。</p> <p>《例》・利用者の思考・行動を先回りせず、その人らしさや、失敗経験を含めた利用者の自己決定を支える支援に努めている。</p>	
220	<p>趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。</p> <p>・酒やたばこの害について、利用者が理解できるよう説明し、場所や時間、適度な量などを利用者と話し合うなどしている。 ・衣類の購入・選択や着替えについて、自分でできる場合は利用者本人に任せ、支援が必要な場合には相談に応じたり手伝ったりしている。 《例》・身だしなみについて、自分でできる場合は利用者本人に任せ、支援が必要な場合には季節や天候に合わせた衣類の選択など、相談に応じたり手伝ったりしている。 ・理美容について、自分でできる場合は利用者本人に任せ、支援が必要な場合には理髪店・美容院の予約や同行をしたり、要望があれば髪形や化粧の仕方について相談に応じたり手伝ったりしている。</p>	
221	<p>生活に関わるルール等については、利用者と話し合う機会(利用者同士が話し合う機会)を設けて決定している。</p> <p>《例》・共用の部屋にあるテレビ等の利用方法は、利用者同士の話し合いで決められるよう支援している。</p>	
222	<p>利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組をつうじて具体化されている。</p>	
223	<p>利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。</p>	

(2) 権利擁護

【A2】① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		
224	<p>利用者の権利擁護について、規定・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</p> <p>《例》・虐待防止に向けたツール(マニュアル等)を作成し、全職員に周知している。</p>	
225	<p>利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。</p> <p>《例》・利用者個々人の障害特性をふまえた虐待防止策について検討し、個別支援計画に記載している。</p>	
226	<p>権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。</p> <p>・利用者に声を掛けるときは、年齢相応の適切な言葉づかいと呼称をしている。 ・利用者に同等に対応し、利用者間で差別されていると感じさせないように努めている。 ・利用者へ一方的にルールを押し付けたり、無自覚に禁止語や命令語を使わないようにしている。 ・居室には、必ずノックや声かけ等の合図をしてから入るようにしている。 《例》・利用者個人あての手紙や電話等については、通信の秘密が守られるよう配慮している。 ・職場での労働条件・トラブル等について、所管ハローワークや福祉事務所等の専門機関、家族と連携して問題解決に取り組むようにしている。 ・利用者個々人の障害特性に応じた個別支援計画に虐待防止について反映して記載し、全職員に周知している。</p>	
227	<p>原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。</p>	

228	所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。 ----- 《例》・利用者や家族等に対して、障害者虐待防止センター等への通報について説明・周知を行っている。	
229	権利擁護のための取組について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。 ----- 《例》・利用者支援に関して不適切な対応がないよう、ホームのスタッフ間の連携のもと、相互に確認・検証する体制がある。	
230	権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。	

A-2 生活支援

(1) 支援の基本

自己評価
◎○△×

【A3】① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		
231	利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。	
232	利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。	
233	自律・自立生活のための動機づけを行っている。	
234	生活の自己管理ができるように支援している。 ----- ・調理・洗濯・清掃について、自分でできる場合、利用者本人に任せられるように必要な設備や環境の整備をしている。 ・買い物について、何を購入するかは利用者の判断に任せているが、明らかに問題があると思われるときは助言したり、支援が必要な場合には本人の意思を確かめながら相談に応じたり手伝ったりしている。 ・居室の管理・清掃について、自分でできる場合は利用者本人に任せ、支援が必要な場合には相談に応じたり手伝ったりしている。 《例》・衣類の清潔保持について、自分でできる場合は利用者本人に任せ、支援が必要な場合にはスタッフが代わりに洗濯したり、声かけなど支援をしている。 ・極端に不潔な衣類は、利用者本人の理解を求め処分している。 ・調理について、自分でできる場合は利用者本人に任せ、献立の栄養バランスや食材の価格、調理方法、盛りつけ等の相談に応じたり、気付いたことを助言したりしている。 ・金銭管理について、自己管理できる場合、利用者本人に任せ、要望があれば金庫に預かるなど支援している。自己管理が難しい場合、スタッフと一緒に出納帳を付けるなどして自己管理ができるよう支援したり、無計画な消費に気づいた際は本人収入に応じた家計管理について説明し、適切な使い方ができるよう相談に応じたり、気付いたことを助言したりしている。	
235	行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。 ----- ・入院・通院の際、付添いが必要な場合は、地域の社会資源を活用したり、運営法人の関係職員と連携したりして支援をしている。 《例》・失業し、求職する人に対しては、必要に応じてハローワーク等の利用支援を行っている。 ・利用者または家族・親族の求めに応じて、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用支援（専門機関や相談機関へのつなぎ等）をしている。	
【A4】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。		
236	利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機会や方法によりコミュニケーションがはかられている。	
237	コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。 ----- 《例》・言葉で表現することが難しい人の意向を感じ取るために、サービス管理責任者や管理者、法人関係者等とも協力してコミュニケーション支援を工夫している。	
238	意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。 ----- 《例》・言葉による表現が難しい利用者の場合でも、本人意向を把握するよう努め、絵や写真を見せるなど工夫している。	
239	利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。	
240	必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。	

【A5】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。		
241	利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。	
242	利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。 《例》・行政・関係機関・住民組織から得られた情報は、利用者にわかりやすく説明できるようにしている。	
243	利用者の意思決定の支援を適切に行っている。 《例》・こちらから伝えたことが、理解されているかどうかの確認を必ず行うようにしている。 ・通勤を躊躇したり無断欠勤するなど利用者に変化が見られたり、勤務先から連絡が入ったりした場合、本人と話し合い、サービス管理責任者・事業所管理者・運営法人の関係職員等の協力を得るなどしている。	
244	相談内容について、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有を行っている。 《例》・利用者間トラブルが発生したときの対応について、スタッフ、運営法人の関係職員等全体で確認している。	
245	相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。	
【A6】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。		
246	個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動(支援・メニュー等)の多様化をはかっている。 《例》・余暇の過ごし方を自分で選択することが難しい人のために、ホーム内または地域の社会資源を利用して参加できるプログラムを用意している。	
247	利用者の状況に応じて活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。 《例》・送迎が必要な場合、移動支援との連携など関係職員の協力を得ながら利用を支援している。	
248	利用者の意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されている。	
249	文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供を行っている。	
250	地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。 《例》・日中活動の場が得られない場合、関係機関の協力を得ながら、短時間でも参加できる地域の社会資源を探す努力をしている。 ・週末や盆、正月等には、利用者が希望すれば、運営法人等の行事などに参加できるようにしている。	
251	個別支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。	
【A7】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。		
252	職員は障害に関する専門知識の習得と支援の向上をはかっている。	
253	利用者の障害による行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。 《例》・自傷・他害・物損などの危険行為のある利用者に対し、その人の特性を受容する姿勢で受けとめ、 《例》利用者の心身を傷つけずに対応するためのマニュアルを用意するなど、スタッフで統一した対応をしている。	
254	利用者の不適応行動などの行動障害に個別的かつ適切な対応を行っている。 《例》・必要に応じて専門医の協力を得るなどして、行動障害の誘因や刺激、人的・物的環境との因果関係を分析し対応している。	
255	行動障害など個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等にもとづき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。	
256	利用者の障害の状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。	

(2) 日常的な生活支援

【A8】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。	
257	<p>食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本としておいしく、楽しく食べられるように工夫されている。</p> <p>《例》・食事の献立は、利用者と一緒に考えるようにしている。</p>
258	<p>利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援等を行っている。</p> <p>・利用者の健康状態に応じた食事内容や調理方法・形態を踏まえ、盛りつけや配膳を工夫して、おいしく食べられるように配慮している。</p> <p>《例》・出勤時間の都合や食事をとるペースなど、個々の利用者に合わせて時間帯で食事がとれるようにしている。</p>
259	<p>利用者の心身の状況に応じて入浴支援や清拭等を行っている。</p> <p>《例》・浴室・脱衣場でのプライバシー保護に配慮し、支援が必要な場合は、原則、同性介助を守っている。</p> <p>・洗体・洗髪等の介助が必要な利用者も、毎日、入浴ができるよう支援をしている。</p>
260	<p>利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。</p> <p>・トイレでのプライバシー保護に配慮し、支援が必要な場合は、原則、同性介助を守っている。</p> <p>《例》・利用者に失禁や夜尿があった場合、すみやかに処置をしている。</p> <p>・夜尿のおそれのある利用者については、本人および専門家の意見も取り入れて、必要な夜間ケアの工夫をしている。</p>
261	<p>利用者の心身の状況に応じて移動・移乗支援を行っている。</p>

(3) 生活環境

【A9】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。	
262	<p>利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されている。</p> <p>《例》・移動に支障のある利用者のための手すり、洋式便器やバスチェアなど、身体に障害があったり、日常生活に多くの介助を必要とする利用者にも不便のない環境整備をしている。</p>
263	<p>居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔、適温と明るい雰囲気を保っている。</p> <p>・居室、食堂、浴室、トイレ等の設備や雰囲気について、利用者の意見を取り入れ改善に努めている。</p> <p>・快適な採光・風通し・室温調節など、健康面に留意した住環境の整備に努めている。</p> <p>《例》・清掃は毎日行い、汚れた場合は放置せず直ちに清掃している。</p> <p>・設備・備品等が故障したり消耗した場合には、速やかに修理や取替えをしている。</p> <p>・換気や消臭器具などを配備し、防臭対策をしている。</p>
264	<p>利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠(休息)できるよう生活環境の工夫を行っている。</p> <p>・天気の良い日には寝具を干したり、定期的にシーツの洗濯・交換をしたり、毛布やタオルケット等の</p> <p>《例》季節に応じた寝具を快適に利用できるよう支援している。</p> <p>・安眠を妨害するような光や音が、利用者の居室に入らないよう配慮している。</p>
265	<p>他の利用者に影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を使用するなどの対応と支援を行っている。</p>
266	<p>生活環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。</p> <p>《例》・居室の家具やしつらえなどは、利用者本人の好みを反映して整備するよう努めている。</p>

(4) 機能訓練・生活訓練

【A10】 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。		
267	生活動作や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている。	
268	利用者が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう工夫している。	
269	利用者の障害の状況に応じて専門職の助言・指導のもとに機能訓練・生活訓練を行っている。	
270	利用者一人ひとりの計画を定め、関係職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っている。	
271	定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練計画や支援の検討・見直しを行っている。	

(5) 健康管理・医療的な支援

【A11】 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。		
272	入浴、排せつなどの支援のさまざまな場面をつうじて、利用者の健康状態の把握に努めている。	
273	医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。	
274	利用者の障害の状況にあわせた健康の維持・増進のための工夫を行っている。	
275	<p>利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。</p> <p>《例》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が身体に異常を感じた場合、本人がスタッフに伝えることができるよう、日頃からその方法などについて話し合っている。 ・利用者の勤務先・日中活動先・外出先などで、「体調が急変して休養が必要」等の連絡が入った場合、サービス管理責任者・事業所管理者・運営法人の関係職員等との連携体制を整えている。 ・利用者の体調急変時、当該利用者以外の利用者への支援対応について、運営法人の関係職員等との連携体制を整えている。 ・事前に家族等の協力を得て健康管理に必要な情報を得るなど、利用者の体調急変時、医療機関に伝達すべき事項はあらかじめ整理している。 	
276	障害者・児の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	
【A12】 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。		
277	<p>医療的な支援の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。</p> <p>《例》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。 ・必要に応じて、利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認とホームでの対応やケアについて説明し、対応している。 	
278	<p>服薬等の管理(内服薬・外用薬等の扱い)を適切かつ確実にしている。</p> <p>《例》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬の効能や副作用等を知り、利用者の健康状態を把握するとともに、自己管理が難しい場合はスタッフが適正な服薬・塗布などをするように支援している。 ・利用者に薬の正しい知識を知らせ、本人が納得して服薬できるように支援している。 	
279	慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。	
280	介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。	
281	医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が構築されている。	
282	医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	

(6) 社会参加、学習支援

【A13】 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。		
283	利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。 ----- 《例》・地域で行われている行事や地域の運動施設、娯楽施設などの情報をわかりやすく提供し、利用希望者には、必要に応じて支援をしている。	
284	利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。 ----- ・利用者が希望すれば、レストラン等に出かけて外食をすることがある。 《例》・利用者個人にかかってきた電話は、原則として必ず取り次いでいる。 ・利用者個人への来客は、利用者の意思を確認の上、迎え入れるようにしている。	
285	利用者や家族等の希望と意向を尊重して学習支援を行っている。	
286	利用者の社会参加や学習の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。	

(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

【A14】 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。		
287	利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。	
288	利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意欲を高める支援や工夫を行っている。	
289	地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望が尊重されている。	
290	地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。	
291	地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域の関係機関等と連携・協力している。	

(8) 家族等との連携・交流と家族支援

【A15】 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。		
292	家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。	
293	利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。 ----- 《例》・金銭の自己管理が難しい利用者について、家族等からの預かり金がある場合、支出状況を毎月、当該家族等へ報告している。	
294	利用者の生活や支援について、家族等と意見交換する機会を設けている。	
295	利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。	
296	利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。	
297	利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。	

自己評価表（総括）

I 福祉サービスの基本方針と組織（共通評価 I - 1 ~ 4）

	取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等）
1	（I-1 理念・基本方針）
2	（I-2 経営状況の把握）
3	（I-3 事業計画の策定）
4	（I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組）

II 組織の運営管理（共通評価 II - 1 ~ 4）

	取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等）
5	（II-1 管理者の責任とリーダーシップ）
6	（II-2 福祉人材の確保・育成）
7	（II-3 運営の透明性の確保）
8	（II-4 地域との交流、地域貢献）

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（共通評価Ⅲ-1-(1)～(5)）

	取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等）
9	（Ⅲ-1-(1)利用者を尊重する姿勢の明示）
10	（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)）
11	（Ⅲ-1-(3)利用者満足の上昇）
12	（Ⅲ-1-(4)利用者が意見等を述べやすい体制の確保）
13	（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）

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保（共通評価Ⅲ-2-(1)～(3)）

	取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等）
14	（Ⅲ-2-(1)提供する福祉サービスの標準的な実施方法の確立）
15	（Ⅲ-2-(2)適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画の策定）
16	（Ⅲ-2-(3)福祉サービス実施の適切な記録）

A-1 利用者の尊重と権利擁護（内容評価A-1-(1)、(2)）

	取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等）
17	（A-1-(1)自己決定の尊重）
18	（A-2-(2)権利侵害の防止等）

A-2 生活支援（内容評価 A-2 - (1) ~ (8)）

	取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等）
19	(A-2-(1) 支援の基本)
20	(A-2-(2) 日常的な生活支援)
21	(A-2-(3) 生活環境)
22	(A-2-(4) 機能訓練・生活訓練)
23	(A-2-(5) 健康管理・医療的な支援)
24	(A-2-(6) 社会参加、学習支援)
25	(A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援)
26	(A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援)

(8) 利用者調査の実施方法

■ 利用者調査の目的

障害者グループホームにおけるサービス理念は「障害のある人の地域での主体的な暮らしの実現」であり、サービス提供の主な目的は、障害のある人が地域で安心して、その人らしく生活することを支援することにあります。

利用者調査では、そのような理念と目的が実現されているかどうか、利用者本人の「ホームでの生活の実感」（1人1人の主体的な暮らしが支援され実現しているか等）を把握することを通して確認します。その把握によって、受審事業所の振り返り、気づき、今後の方向性への動機付け等が促進されることを目指します。

利用者の実感、評価を決定する際の重要な情報です。しかし、利用者による評価イコール第三者評価ではないことに留意する必要があります。受審事業所の振り返りに役立てるための貴重な情報として受け止め、利用者の実感の背景にあるものの理解に努めることが重要です。

■ 利用者調査の事前準備

障害のある人の言動や行動は障害特性等によって様々であり、表面的な捉えでは利用者本人の思いを把握することは困難です。また、ホームは生活の場であり、生活習慣は個々人によって様々であることをふまえて、一律に「普通」の価値観を持ち込むことは慎まねばなりません。このため、ヒアリング調査にあたっては、必要に応じて、ホーム職員から利用者の障害特性や状態などの事前説明を受けるようにします。それをふまえて、ヒアリングの場所や実施方法等、利用者負担をかけすぎないための留意事項等について予め事業所と相談しておくことが重要です。

■ 利用者調査の手順

利用者全員を対象としたアンケート調査に加え、訪問調査における利用者ヒアリング調査を実施します。

利用者アンケート調査



推進機構が定めたアンケート調査項目により、利用者全員を対象にアンケート調査を行います。

利用者ヒアリング調査
の事前準備



アンケート調査の集計結果を示すだけでは、利用者の実感を理解できたとは言えません。アンケート調査結果の傾向や特徴・疑問点などを整理するとともに、ヒアリング調査での確認内容等を整理します。

利用者ヒアリング調査

アンケート調査では読み取ることができなかった疑問点や生活の実感をヒアリング調査で確認します。

- ・ 1ホームにつき1名以上のヒアリング調査を実施します。
- ・ 利用者の理解しやすい表現や伝え方を工夫しながらヒアリング調査を行います。
- ・ 利用者本人の言葉そのものだけでなく、言葉に含まれた思いなどについて、事業所から得た背景情報も含めて総合的に判断します。

■ 利用者調査に関する規定事項

事項	規定事項
調査対象	利用者本人とする。利用者にはホーム職員から第三者評価利用者調査の趣旨の説明と調査協力の了承を得てもらう。
調査対象人数	アンケート調査は、利用者全員を対象として行う。 ヒアリング調査は、1ホームにつき1名以上に行う。
調査項目	アンケート調査は、推進機構が定めたアンケート調査票により行う。
調査実施方法 (アンケート調査)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個々の利用者がアンケート用紙に記入して回答するが、一人での回答が難しい場合には、利用者が望むホーム職員や家族等が回答を手伝えるように依頼する。 ・ アンケート用紙の回収は、個別に封筒に入れて封をし、記載内容がホーム職員や他の利用者等の目に触れることがない方法とする。
調査実施方法 (ヒアリング調査)	<p>〈対象者の選出〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 協力可能な利用者の選出を事業所に依頼し、その利用者の障害特性等について予め説明を受ける。 <p>〈ヒアリング調査の注意点〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 開始時には、利用者に対し、調査の目的並びに個人情報及びプライバシー情報の守秘義務について説明を行う。 ・ ヒアリング調査は、利用者が落ち着いて安心して話せる環境で行う。利用者によっては、ホーム職員と一緒にいることで安心する場合もあるが、その場合でも、利用者が遠慮なく話ができるよう配慮する。 ・ 時間は利用者の負担にならないように配慮しつつ、利用者の話したい気持ちを尊重して丁寧に行う。 <p>〈障害特性への対応〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者によっては言葉が出にくい場合があるが、必要に応じて利用者の状況や障害特性等についての情報を得て、利用者の出しているサインや雰囲気からも気持ちを汲み取るよう努める。 ・ 緊張等から表現が偏ってしまうような場合も想定されるが、事前に障害特性や体調を理解しておき、言葉の表面的な理解に留まらず、背景を理解するように努める。 ・ 利用者の発する言語情報が得られない場合には、事業所と相談の上で、自室やホーム内で過ごす様子やホーム職員との関わりの様子から生活実感（安心感、楽しみ等）を推し量るよう努め、記録する。
利用者調査 結果報告書	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヒアリング調査で確認した利用者の「声」、話の内容1つ1つを具体的事実として羅列するのではなく、障害特性や利用者本人の背景情報や表情等も含めて総合的にとらえる。 ・ 利用者の語りが「生活の実感」として何を意味するかを慎重に検討し、必要に応じて言葉の意味等を事業所に確認したうえで評価結果としてまとめる。
調査結果の 取り扱い	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調査において利用者が話した内容に、ホーム職員や他利用者など個人を特定する情報が含まれる場合は、個人が特定できないように留意する。 ・ 調査結果は、調査に協力した利用者が不利益を被ることがないように、十分に配慮しながら記載して取り扱う。

だいさんしゃひょう か しょうがいしゃ
第三者評価 障害者グループホーム

りようしゃ アンケート ちょうさ ねが
利用者アンケート調査のお願い

あなたが現在利用しているサービスを、よりよいものにするために、福祉サービス第三者評価を行うことになりました。

この評価は、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構によって認められた〇〇〇評価機関が行います。

皆さんが、日常のサービスに対して、どのように感じていらっしゃるかを調べるため、アンケート調査を行います。

結果は、誰にお答えいただいたかがわからないようにいたしますし、第三者評価の目的以外に使用することは絶対にいたしません。お忙しいところ申し訳ありませんが、ご協力のほどお願いいたします。

■ アンケートの回答にあたって

- ・ あなたの気持ちに近いものに○をつけてください
- ・ 調査表は、封筒に入れ封をしてください

しょうがいしゃ しょうがいしゃグループホーム 利用者アンケート調査表(※非公開)

アンケート回答方法(あてはまる番号に○をつけてください)

1. 自分で回答した
2. 職員に手伝ってもらって回答した
3. 他の人に手伝ってもらって回答した

評価機関

	質問	回答(※あてはまる番号を1つ選んで○をつけてください)		
		①	②	③
1	あなたは、グループホームでの生活は好きですか。	好き	あまり好きではない	わからない
2	あなたは、グループホームでは自分のペースで過ごしていますか	過ごしている	あまり過ごせていない	わからない
3	あなたは今、困っていることや不安なことはありますか。	ある	ない	わからない
4	グループホーム内で悩みを聞いてもらったり、相談できる人はいますか。	相談できる人がいる	いない	わからない
5	あなたに、職員・スタッフは丁寧な言葉で話してくれますか	話してくれる	話してくれない	わからない
6	あなたは職員・スタッフから大切にされていると感じますか。	感じる	あまり感じない	わからない
7	利用者同士でトラブルのあった場合、職員・スタッフが対応してくれますか。	対応してくれる	対応してくれない	わからない
8	あなたは、自分のお金がどのくらいたまっているか知っていますか。	知っている		わからない
9	(ホームにお金を預けている場合) あなたはホームに預けているお金の使い道や、使った金額を毎月報告してもらっていますか。	聞いている	聞いていない	わからない
10	自由に外出したり、友達に会いに行ったりできますか。	自由にできる	できない	わからない
11	あなたはグループホームでの生活についての不満や苦情(困っていること)がありますか。	ある	ない	わからない
12	あなたはグループホームでの生活に関する不満や苦情(困っていること)がある時に、誰かに伝えることができますか。	できる	できない	わからない

(9) 訪問調査の実施方法

■ 訪問調査の目的

対話形式による調査面接により、強みや課題の整理や明確化、言語化を促し、自己評価だけでは得られない気づきを与え、今後の取り組みの意欲を高めることを目指します。

- ・自己評価 STEP③の取り組み状況(努力・工夫していること・課題と考えていること)に基づいて、その背景や理由など具体的に掘り下げて聞き、気づきを促し、言語化を助け、振り返りを深めることを目指します。

STEP③はSTEP②の結果が反映されたものなので、STEP③を確認する際は、STEP②の結果も適宜参照してください。

- ・職員の思いや大切にしていること等を聴き、強みの再確認や改善への動機づけを図ります。

■ 訪問調査の事前準備

①制度動向と評価項目(*)の理解

- ・日ごろから障害者グループホーム(共同生活援助事業)に関する施策の動向について情報収集します。
- ・「神奈川県版障害者グループホーム第三者評価項目」は、「標準となる評価基準」の判断基準ガイドライン(障害者・児福祉サービス解説版)に準拠しているため(手引き6ページ「(3)推進機構指定「標準となる評価基準」との関係性」を参照)、同ガイドラインの「評価基準の考え方と評価の留意点」を熟読し、項目の意図を説明できるようにしておきます。

「神奈川県版障害者グループホーム第三者評価項目」と「標準となる評価基準(障害者・児福祉サービス解説版)」との関係は、43~44ページ「神奈川県版・障害者グループホーム第三者評価項目・評価基準の構造」および「神奈川県版障害者グループホーム第三者評価項目26事項と各細目の関係表」を参照してください。

(*)STEP①②の自己評価項目には、「標準となる評価基準」の「評価の着眼点」を採用しています。

②全体像の把握から質問を準備

- ・受審事業所が大切にしている理念、方針の把握をします。
- ・自己評価結果や事前提出資料で受審事業所の全体像、強み、弱み(伸びしろ)を把握します。
- ・個々の項目に注目するだけでなく、理念と実態のギャップをとらえ、そこを埋めるために必要なことを想定して、認識や実態の詳細を聞く質問を準備します。
- ・継続受審の場合、前回受審後の改善の取り組み、変化の状況を把握し今回の受審にあたっての重点的なポイントや意向を確認します。

具体的な準備のポイントは、45ページ~48ページ「神奈川県版・障害者グループホーム第三者評価訪問調査実施にむけた準備のポイント」を参照してください。

神奈川県版・障害者グループホーム第三者評価項目・評価基準の構造

－【評価項目 26 事項】と【標準となる評価細目および自己評価 STEP①②細目(60 細目)】の関連－

■ 評価項目の構成

「神奈川県版・障害者グループホーム第三者評価項目 26 事項と細目の関係表」（44 ページ）参照

- ・共通評価・内容評価とも、厚労省ガイドライン（障害者・児福祉サービス版）の「共通評価基準・内容評価基準ガイドライン」を基に構成。各評価項目の判断に関しては、共通および内容評価基準の「各評価項目の判断基準に関するガイドライン（障害者・児福祉サービス版）」を使用。
- ・評価項目 26 事項（「神奈川県版・障害者グループホーム第三者評価項目 26 事項と細目の関係表」の網掛け部分）は、それぞれ厚労省ガイドライン（障害者・児福祉サービス版）の、「分類」Ⅰ－1～Ⅱ－4の「8 分類」、および「評価項目」Ⅲ－1－（1）～A－2－（8）の「18 項目」に対応。

26 事項として採用した厚労省ガイドラインの水準が一律ではない（「分類」または「項目」）ことに留意すること

評価対象Ⅲ「適切な福祉サービスの実施」と「内容評価」は、具体的な支援の在り方に関する部分であり、より具体的な視点で確認をして評価できるようにしている。

（神奈川県版独自の重みづけ）

1) 共通評価

- ・評価対象Ⅰ「福祉サービスの基本方針と組織」は、分類 1～4 で構成され、各分類に厚労省・共通評価基準ガイドライン[障害者・児福祉サービス版]に基づく評価項目（以下、厚労省・評価項目）5 項目と、各項目の下位にある 9 細目が関連づけられている。
- ・評価対象Ⅱ「組織の運営管理」は、分類 1～4 で構成され、各分類に厚労省・評価項目 10 項目と 18 個の細目が関連づけられている。
- ・評価対象Ⅲ「適切な福祉サービスの実施」は、分類 1 および 2 で構成され、厚労省・評価項目 8 項目と各項目の下位にある 18 個の細目が関連づけられている。

2) 内容評価

- ・内容評価は分類 1 および 2 で構成され、厚労省・評価項目 10 項目と各項目の下位にある 15 個の細目が関連づけられている。

* 自己評価表 STEP①②は、各細目（合計 60 細目）の「評価の着眼点」（厚労省・各評価項目の判断基準に関するガイドライン（障害者・児福祉サービス版）を参照）により構成されている（合計 297 項目）。

評価の実施にあたり、厚労省ガイドライン（障害者・児福祉サービス版）を使用する際は、事項・項目・細目との関係を充分理解すること。

神奈川県版・障害者グループホーム第三者評価項目 26事項と各細目の関係表

* 網掛け部分(①～⑫)が神奈川県版・障害者グループホーム第三者評価項目

評価項目	評価対象	分類	対応する標準となる評価項目 【厚労省・共通/内容評価判断基準ガイドライン(障害者・児福祉サービス版)より】	対応する 評価細目番号(標準 & 神奈川県版 STEP①②)	STEP①② 自己評価 項目番号
1 (共通評価 (4 カテゴリ) 16 事項	I 福祉サービスの 基本方針と組織	① I-1 理念・基本方針	I-1-(1)理念、基本方針が確立・周知されている。	(1)1 (1細目)	1~6 (6項目)
		② I-2 経営状況の把握	I-2-(1)経営環境の変化等に適切に対応している。	(1)2,3 (2細目)	7~14 (8項目)
		③ I-3 事業計画の策定	I-3-(1)中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 I-3-(2)事業計画が適切に策定されている。	(1)4,5 (2)6,7 (4細目)	15~31 (17項目)
		④ I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	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。	(1)8,9 (2細目)	32~40 (9項目)
	II 組織の運営管理	⑤ II-1 管理者の責任とリーダーシップ	II-1-(1)管理者の責任が明確にされている。 II-1-(2)管理者のリーダーシップが発揮されている。	(1)10,11 (2)12,13 (4細目)	41~57 (17項目)
		⑥ II-2 福祉人材の確保・育成	II-2-(1)福祉人材の確保・育生計画、人事管理の体制が整備されている。 II-2-(2)職員の就業状況に配慮がなされている。 II-2-(3)職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 II-2-(4)実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育生が適性に行われている。	(1)14,15 (2)16 (3)17~19 (4)20 (7細目)	58~95 (38項目)
		⑦ II-3 運営の透明性の確保	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。	(1)21,22 (2細目)	96~104 (9項目)
		⑧ II-4 地域との交流、地域貢献	II-4-(1)地域との関係が適切に確保されている。 II-4-(2)関係機関との連携が確保されている。 II-4-(3)地域の福祉向上のための取組を行っている。	(1)23,24 (2)25 (3)26,27 (5細目)	105~125 (21項目)
	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	⑨ III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢の明示	(1)28,29 (2細目)	126~134 (9項目)
			⑩ 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)	(2)30,31,32 (3細目)	135~148 (14項目)
			⑪ III-1-(3) 利用者満足の向上	(3)33 (1細目)	149~153 (5項目)
			⑫ III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制の確保	(4)34,35,36 (3細目)	154~169 (16項目)
			⑬ 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	(5)37,38,39 (3細目)	170~186 (17項目)
		III-2 福祉サービスの質の確保	⑭ III-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法の確立	(1)40, 41 (2細目)	187~194 (8項目)
			⑮ III-2-(2) 適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画の策定	(2)42, 43 (2細目)	195~205 (11項目)
			⑯ III-2-(3) 福祉サービス実施の適切な記録	(3)44, 45 (2細目)	206~217 (12項目)
2 (内容評価 (2 カテゴリ) 10 事項	A-1 利用者の尊重と権利擁護	⑰ A-1-(1) 自己決定の尊重	(1)A① (1細目)	218~223 (6項目)	
		⑱ A-1-(2) 権利侵害の防止等	(2)A② (1細目)	224~230 (7項目)	
	A-2 生活支援	⑲ A-2-(1) 支援の基本	(1)A③~⑦ (5細目)	231~256 (26項目)	
		⑳ A-2-(2) 日常的な生活支援	(2)A⑧ (1細目)	257~261 (5項目)	
		㉑ A-2-(3) 生活環境	(3)A⑨ (1細目)	262~266 (5項目)	
		㉒ A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	(4)A⑩ (1細目)	267~271 (5項目)	
		㉓ A-2-(5) 健康管理・医療的な支援	(5)A⑪,A⑫ (2細目)	272~282 (11項目)	
		㉔ A-2-(6) 社会参加、学習支援	(6)A⑬ (1細目)	283~286 (4項目)	
		㉕ A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	(7)A⑭ (1細目)	287~291 (5項目)	
		㉖ A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	(8)A⑮ (1細目)	292~297 (6項目)	

【評価項目について】 ■神奈川県版・評価項目26事項のうち、①～⑫は厚労省ガイドラインの[分類](I-1~II-4)、⑬～⑳と同
[評価項目](III-1-(1)~A-2-(8))を採用していることに注意

60細目 297項目

【自己評価について】 ■STEP①,②で60細目に対応する297項目について自己評価を実施(自己評価297項目は標準となる評価基準・判断基準
ガイドラインの「評価の着眼点」をベースに構成)

■STEP③で評価項目①～⑫の26事項について自己評価・総括を実施

神奈川県版・障害者グループホーム第三者評価訪問調査実施にむけた準備のポイント

【特に留意する点】

- ・神奈川県版・障害者グループホーム第三者評価項目である【6 カテゴリ 26 事項】〈別紙 2 障害者グループホーム版 第三者評価結果と評価機関からのコメント〉記述のためのヒアリング方法
- ・自己評価を重視するヒアリングの準備と、〈別紙 2〉の記述へのつなげ方

⇒ 訪問調査（ヒアリング）前の準備で、〔気づきを促すポイント〕を定めることが重要！

【ヒアリングの準備の流れ】

(1) 「神奈川県版・障害者グループホーム第三者評価項目 26 事項と細目の関係表」(手引き 44 ページ)を参考に、【6 カテゴリ 26 事項】 (= 神奈川県版・障害者グループホーム第三者評価項目) と、【60 細目 297 項目】 (= 厚労省・各評価項目の判断基準に関するガイドライン (障害者・児福祉サービス版)) との関係を理解する。

(2) 自己評価 STEP② (◎○×△、297 項目) と自己評価 STEP③ (総括、26 事項) の両方の文章記載内容を確認する。

・STEP②は、自己評価チェック 297 項目について、ホームとして◎○×△評価を行うもの。「厚労省・各評価項目の判断基準に関するガイドライン(障害児・者福祉サービス版)」の評価細目毎に複数ある「評価の着眼点」を採用し作成した 297 項目：各項目に複数の自己評価チェック項目 (= 評価の着眼点) が紐づいている。

・STEP③は、STEP②の結果を踏まえて 26 事項の自己評価結果を文章として記載するもの。

【参考 1】(*47 ページ)の例・・・STEP③の 26 事項の 3 番目 (I - 3 事業計画の策定) について

・STEP②では、当該事項に対応して 4 つの細目に 17 の自己評価細目 (◎○×△自己評価チェック項目) で構成されている。

・STEP③の記載と、対応する STEP②の自己評価チェック項目 (15~31、17 項目) を比較、確認する (事項毎に対応する◎○×△を確認) 。

(3) STEP②で伸びしろと思われる部分 (×△) に注目し、STEP③の文章記述と見比べ、「伸びしろと思われるのに言語化できていない (曖昧、言及がない等) 部分」を、〔気づきを促すポイント〕と認識し、ヒアリング当日の確認事項として整理・準備する。

これが重要です

- (4) STEP②で◎○だけでも、STEP③の各評価項目の文章記述と合わせて、各評価項目に対応する「厚労省・各評価項目の判断基準に関するガイドライン（障害者・児福祉サービス版）」をよく読み（特に細目の「評価基準の考え方と評価の留意点」、STEP③の「取組の状況」に文章化（言語化）されていない部分（←「まだ伸びしろがある」と思われる部分）についても、同様に「気づきを促すポイント」として整理・準備する。

【参考2】(*48 ページ)の例・・・自己評価 STEP②が◎○ばかりの場合

- ・意識された強みなので、頑張りを承認するポイントとする。
⇒本当にできているのか（◎○なのか）の確認が目的ではないことに注意！
- ・「○」であってもSTEP③の記載にはない箇所はあまり吟味されていないかもしれないと意識する。
・そのうえで、判断基準ガイドラインに基づいて確認すると不足している可能性（伸びしろを含む可能性）があるかもしれないと意識し、それをヒアリングで確認し、気づきを促す。

- (5) (3) および (4) の整理・準備に際しては、STEP③「自己評価表(総括)」の 26 事項ごとに「気づきを促すポイント」を用意しておく、評価結果報告書「第三者評価結果と評価機関からのコメント<別紙2>」の記述につなげやすい。

- (6) 「気づきを促すポイント」候補として優先度が高いのは、○なのに文章記載がない部分や曖昧な記述の部分、△で改善の取組みにつなげるべきと思われる部分である。ヒアリングの結果、ホームの気付きとなり、課題であると認識していることが確認できれば、第三者評価結果<別紙2>「第三者評価を受審して認識した取組状況（努力・工夫していること、課題と考えている事）」欄の記述にいかす。

*** 第三者評価結果<別紙2>の記述へのつなげ方**

<別紙2>の「第三者評価を受審してホームが認識した取組状況（努力・工夫していること、課題と考えている事）」欄は、STEP③の自己評価を踏まえた訪問調査時のヒアリングでの気づきも含めたホームの認識を言語化/整理して記述する。

「評価機関からのコメント」欄は、「受審ホームによるサービスの質の向上にむけた取組み」が促進されるために特に必要と思われる点（伸びしろ等）について、判断基準ガイドラインで示されている目指すべき水準を踏まえた客観的視点で記述する。

(52 ページを参照)

STEP ②

【参考 1】

自己評価（評価項目）共通評価（45 細目）

I 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針 ～ 2 経営状況の把握(略)
- 3 事業計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

		自己評価 ◎○△×
【4】 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。		
15	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。	×
16	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	×
17	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	×
18	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	×
【5】 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。		
19	単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	×
20	単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。	△
21	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	○
22	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	△

(2) 事業計画が適切に策定されている。

【6】 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。		
23	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	△
24	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。	○
25	事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。	○
26	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。	○
27	事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)がされており、理解を促すための取組を行っている。	○
【7】 ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		
28	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。	△
29	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	○
30	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすい工夫を行っている。	○
31	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	○

評価機関

STEP②③の対応するそれぞれの自己評価結果の内容を確認する。

STEP②の結果(特に×や△)が、STEP③の文章に十分表現されているか？

⇒表現されていないものが伸びしろ(気づきを促すポイント)

STEP ③ 自己評価表（総括）

I 福祉サービスの基本方針と組織（共通評価 I - 1 ～ 4）

取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等）	
1	(I-1 理念・基本方針)
2	(I-2 経営状況の把握)
3	(I-3 事業計画の策定) 事業報告や計画を立て、事業所としての振り返りや次年度に向け取り組んでおり、運営委員会を通して法人の会員や地域に説明している。また計画期間中の事業の進行管理は半期ごとに実施している。 しかし中長期ビジョンについて計画がないため、組織の将来像をつかめておらず、単年度ごとの事業計画と報告に追われている。 ホームの年間計画等も利用者や家族に事業の取組を伝えることで共通の話題になる、日々の暮らしがイメージできるなどの効果もあると考えている。
4	(I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組)

例えばこのケースでは STEP②の自己評価 23 は△だが、STEP③にそのこと(職員の参画 etc.)の記載がないため「計画策定プロセスへの職員の参画」が伸びしろ(気づきを促すポイント)ではないか？と考える。

***事前調査およびヒアリング結果等に基づく評価調査結果報告書<別紙2>への記述方法については52ページを参照。**

STEP②

自己評価（評価項目）共通評価（45 細目）

II 組織の運営管理

- 1 管理者の責任とリーダーシップ ～ 3 運営の透明性の確保(略)
- 4 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている。

自己評価
◎○△×

【23】 ① 利用者との交流を広げるための取組を行っている。

105	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	△
106	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	○
107	利用者の個別状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	◎
108	ホームや利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	◎
109	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく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するよう推奨している。	◎
【24】 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。		
110	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	△
111	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	◎
112	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。	×
113	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。	◎
114	学校教育への協力をしている。	◎

(2) 関係機関との連携が確保されている。

【25】 ① ホーム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。

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

◎

評価機関

【参考2】

このケースでは評価項目⑧「II-4 地域との交流、地域貢献」の STEP②の自己評価について◎○が多い。

これはホームとして意識された「強み」なので、「頑張り」を承認するポイントとするが、さらに多くの気づきをホームに促すために、事前準備の段階で「判断基準ガイドライン」を参考に STEP③の記載に不足が見られる(=伸びしろの部分がある)かを確認し、ヒアリングでそれらに対する気づきを促していく。

例えば...「評価細目【23】①利用者との交流を広げるための取組を行っている。」の趣旨について、

判断基準ガイドライン(厚労省/障害者・児福祉サービス解説版 48 頁)では、①利用者支援において地域との関係づくりが重要、②そのためには体制整備が必要、③ホームが地域社会の一員としての役割を果たす、④定型的でない個々人のニーズに応じて地域に出でいける(つながる、利用する)ことを支援する、と解説されている。

これらをもとに自己評価項目(=判断基準ガイドラインに記載の着眼点)を再確認してみると、例えば自己評価項目のうち「△」の105については「文章化された基本方針は、形式的あるいは場当たりのでない実行が目指されているか?」、「○」の106については「利用者への情報提供は、形だけでなく利用者に理解されているか?」、さらに「◎」の108についても「交流の機会を設定している場合、施設・事業所を知ってもらっても、個々の利用者との交流に至っているか?」といった「気づきを促すポイント」が見えてくる。

一連の確認作業で準備した「気づきを促すポイント」は、STEP③に文章で記載されたホームの認識を、さらに掘り下げて聞くために活用すること。

* 事前調査およびヒアリング結果等に基づく評価調査結果報告書<別紙2>への記述方法については52ページを参照。

■ 訪問調査時の留意点

①受審事業所は対話重視の第三者評価を望んでいます

- ・訪問調査の前に事業所の理念・基本方針を把握し、過去の第三者評価受審履歴等を含め事業所のことを深く理解することが大切です。受審事業所の側も、第三者評価項目と障害福祉サービスに対する専門的な知識、視点を評価調査者に期待しています。
- ・受審事業所は「評価」という言葉に緊張しがちです。事業所の職員が安心して気持ちよく、評価調査者を受け入れてくれる信頼関係を築くためには、好感が持たれる態度で接することは勿論、相手に対する受容と傾聴の姿勢を身に付けていることが必要です。その上で、求める情報を過不足なく引き出すためのコミュニケーション技術を併せて備えていることも必要です。
- ・事業所に「自分たちの取組を十分伝えられた（理解が得られた）」と感じてもらえるよう、事前準備の段階から対話の重要性を意識し、実践することが大切です。

②調査場所と調査時間帯 ～「利用者の生活ペース」を優先して設定します

- ・障害者グループホームは、まさしく「家」であり、通常は限られた人が出入りするだけです。第三者評価の実施に際しては、事前にホーム職員から利用者に十分な説明をすることとされていますが、利用者が就労先や日中活動の場から帰宅したとき住居に見知らぬ訪問者がいると普段と異なる雰囲気のために落ち着けない、あるいは訪問者のことが気になり、調査の内容が自分に関することではと不安で緊張を感じてしまうこともあります。
- ・住居内は物理的な空間も限られるため、調査で共用スペース（主にリビング）を長時間占有すると、利用者の帰宅時の行動を制限する、また夕食までの時間の住居内での過ごし方のペースを乱す、といった恐れもあります。帰宅後の時間は、利用者にとっては就労先や日中活動の場でのその日のできごとをホーム職員に話して気持ちを切り替える時間、そして職員にとっては利用者とは会話をしながら、いつもと違う様子はないかななどを観察する重要な時間でもあります。
- ・このため住居内でのホーム職員への調査は、原則として利用者が帰宅するまでに終わるようにします。また、利用者のいるまえで書類を広げて調査をすることは極力避けるようにし、利用者が在宅している、または帰宅時間が早いなどの場合は、法人内の他の事業所の空きスペースを活用するなど、できるだけ利用者の生活ペースを乱さないように留意します。第三者評価の調査は“現場をしっかりと見る”ことが求められますが、利用者のプライベートスペースであることもふまえ、短時間で必要なポイントを押さえ、効率的に調査を実施します。

【訪問調査当日の流れ(案)】 下記①～③は利用者がホームに帰宅するまでの間に行うことが望ましい

調査内容等	留意事項
① 評価調査者の訪問 ② オリエンテーション ・ホームの沿革の説明 ・住居内の見学（共用部分）	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が在宅している、あるいは帰宅時間が早い、複数住居を合同で同日に調査するなどの理由により、住居以外の場所で調査を行う場合は、調査開始以前に住居内を見学する。 ・本人の了解がなければ居室の見学は不可。 （*）必要に応じ管理者等の了解を得たうえで世話人等へのヒアリングも行う。
③ 職員側への調査 ・管理者及びサービス管理責任者を中心にヒアリング調査、書面確認など（*）	
④ 利用者へのヒアリング調査 （事業所と相談し、夕食までの過ごし方などの様子を観察する等、ヒアリング調査を補う情報収集にも努める）	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者へのヒアリング調査は単独、グループ形式のどちらでも可とする。 ・複数住居を同日調査する場合でも、利用者調査はそれぞれの住居で行う。
⑤ 調査内容の確認や追加質問 ⑥ 退出	<ul style="list-style-type: none"> ・特に確認等が必要な場合は、利用者調査が終了後、退出する。

(10) 評価結果報告書の作成方法

■ 評価調査者

すべての評価調査で得た情報を総合的に捉えるため、評価調査者間で意見交換を行います。そこで、評価結果報告書作成の方向性と総評で取り上げる「特長や今後期待される点」について確認してから、個々の評価結果報告を作成します。

■ 評価機関

評価機関として評価結果報告書を取りまとめる際には、全体的な視点をもって作成します。「個々の記載内容の整合性が取れているか」「客観性が保たれているか」「受審事業所が今後のサービスの質の向上に活かせる内容になっているか」等が重要です。

なお、当該事業所の評価結果報告書だけでなく、評価機関の取りまとめ方針やこれまでの他の事業所の評価結果報告書と比較し、取りまとめ方に極端な相違がないかなども確認します。

■ 評価結果報告書

評価結果報告書は、「第三者評価結果報告書<別紙1>」・「第三者評価結果と評価機関からのコメント<別紙2>」・「利用者調査結果<別紙3>」で構成されています。

■ 結果報告書作成の留意点

① 誰に対してコメントを書くかを意識します

- ・受審事業所が強み・弱みを理解でき、改善へのやる気が出て、質の向上のための具体的な取り組みにつながる表現でコメントします。
- ・サービス利用者や家族等が受審事業所を知るうえで重要となるポイントを明記します。

② 総評は全体的に捉えたうえで記述します

- ・事業所の特徴や理念をふまえ、その実現へ向けての強み（特長）と伸びしろ（今後期待される点）を明記します。

③ 受審事業所との合意づくりのためのコミュニケーションを重視します

- ・一方的に評価結果を通知するのではなく、十分な時間をとって双方で確認・共有し、あいまいな点はなくします。
- ・事実誤認や不適切な言い回しが発覚した場合、誠意をもって確認し、修正します。
- ・事業所の納得のうえでの合意（「やり切った感」）があつてこそ、今後の質の改善に活かされる評価結果となります。

④ 評価結果報告書は一般公表されます

- ・評価結果報告書は、推進機構をはじめ評価機関のホームページ等で公表され、不特定多数の目に触れるものです。
- ・障害者グループホーム第三者評価では、サービスの特性から、個別の支援の事例などを例に挙げながら取り組みの状況を確認することが多くなると想定します。評価結果報告書の作成にあたっては、一般公表を前提に、個人情報、プライバシー情報への配慮を十分にはかるよう留意してください。（自己評価結果は非公表です）

① 第三者評価結果報告書(総評) <別紙1>

事業所の基本情報を記載します

評価機関

<別紙1>

第三者評価結果報告書

① 第三者評価機関名

② 施設・事業所情報

名称：	種別：	
代表者氏名：	定員（利用人数）：	
所在地：		
TEL：	ホームページ：	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日		
経営法人・設置主体（法人名等）：		
職員数	常勤職員： 名	非常勤職員 名
専門職員	（専門職の名称） 名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）

「施設・事業所の特徴的な取り組み」は、当該障害者グループホームの特徴（利用者の特性、運営形態など）と、その特徴・特性に対して、ホームがどのように取り組んでいるかについて記載します。

③ 理念・基本方針

④ 施設・事業所の特徴的な取組

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	年 月 日（契約日） ~
	年 月 日（評価結果）
受審回数（前回の受審時期）	回（ 年度）

「総評（特長や今後期待される点）」は、自己評価・訪問調査・利用者調査の全行程を通じた評価調査結果を総合的に見て記載します。

他の障害者グループホームとの比較など相対的な評価ではなく、当該ホームとしての努力事項や工夫点、今後の伸びしろを取り上げます。

⑥ 総評

◇特長や今後期待される点

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所のコメント
評価実施後、ホーム側の自由意見を記述します（第三者評価受審の感想、受審を通しての気づきなど）。

② 第三者評価結果と評価機関からのコメント<別紙2>

別紙2（6カテゴリ26事項）の作成は、自己評価の記載をふまえて訪問調査で確認したことを文章で作成します。

評価機関

<別紙2 障害者グループホーム版>

第三者評価結果と評価機関からのコメント

I 福祉サービスの基本方針と組織（共通評価I-1~4）

第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 (努力・工夫していること、課題と考えていること)	評価機関からのコメント
1 (I-1 理念・基本方針)	↑
2 (I-2 経営状況の把握)	
3 (I-3 事業計画の策定)	

- 自己評価を踏まえた訪問調査時のヒアリングでの気づきも含めたホームの認識を言語化/整理して記載します。
- 強みである<努力・工夫していること>と今後の伸びしろでもある<課題と考えていること>を整理/区分けして文章化します。

それぞれの取組状況に対し、「受審ホームによるサービスの質の向上にむけた取り組み」が促進されるために特に必要と思われる点（伸びしろ等）について、判断基準ガイドラインで示されている目指すべき水準を踏まえて明瞭簡潔に記述します。

ホームの認識が充分言語化でき、かつ判断基準ガイドラインで示された目指すべき水準との比較で不足がないと判断できる場合は、取組状況を評価する形で記述します（例：〇〇について適切に取り組まれています）。

* 未記入（空欄）や「特になし」等の記述がないようにしてください。

③ 利用者調査結果<別紙3>

<別紙3 障害者グループホーム>

利用者調査結果報告書

事業所名: _____

利用者調査概要	利用者調査総合結果
利用者総数: 名 アンケート調査対象: 名 ヒアリング調査対象: 名	

利用者調査概要は、調査対象者数や実施方法等を記載します。

利用者調査総合結果は、両方の調査結果に基づき、利用者の生活実感を記載します。

（回答者が特定されないよう、匿名化して記載します）

利用者が語った言葉そのままが評価結果ではありません。利用者の語りが「生活の実感」として何を意味するかを解釈し、言葉の裏に隠された背景を推察し慎重に扱います。安易な言い換えは誤解を招くので、場合によっては事業所側に解釈の妥当性を確認することも必要です。

障害者グループホーム第三者評価 評価結果報告書

- ・評価結果報告書(別紙1)
- ・第三者評価結果と評価機関からのコメント(別紙2)
6カテゴリ26事項
- ・利用者調査結果(別紙3)

<別紙1>

第三者評価結果報告書

評価機関

①第三者評価機関名

--

②施設・事業所情報

名称：	種別：	
代表者氏名：	定員（利用人数）： 名	
所在地：		
TEL：	ホームページ：	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日		
経営法人・設置主体（法人名等）：		
職員数	常勤職員： 名	非常勤職員 名
専門職員	（専門職の名称） 名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）

③理念・基本方針

--

④施設・事業所の特徴的な取組

--

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	年 月 日（契約日） ～ 年 月 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	回（ 年度）

⑥総評

◇特長や今後期待される点

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

--

⑧第三者評価結果

別紙2のとおり

<別紙2 障害者グループホーム版>

事業所名 _____

第三者評価結果と評価機関からのコメント

I 福祉サービスの基本方針と組織（共通評価 I - 1 ~ 4）

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 (努力・工夫していること、課題と考えていること)	評価機関からのコメント
1	(I -1 理念・基本方針)	
2	(I -2 経営状況の把握)	
3	(I -3 事業計画の策定)	
4	(I -4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組)	

評価機関

II 組織の運営管理（共通評価 II - 1 ~ 4）

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 (努力・工夫していること、課題と考えていること)	評価機関からのコメント
5	(II -1 管理者の責任とリーダーシップ)	
6	(II -2 福祉人材の確保・育成)	
7	(II -3 運営の透明性の確保)	
8	(II -4 地域との交流、地域貢献)	

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（共通評価Ⅲ-1-（1）～（5））

評価機関

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 （努力・工夫していること、課題と考えていること）	評価機関からのコメント
9	（Ⅲ-1-（1）利用者を尊重する姿勢の明示）	
10	（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））	
11	（Ⅲ-1-（3）利用者満足の向上）	
12	（Ⅲ-1-（4）利用者が意見等を述べやすい体制の確保）	
13	（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）	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保（共通評価Ⅲ-2-（1）～（3））

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 （努力・工夫していること、課題と考えていること）	評価機関からのコメント
14	（Ⅲ-2-（1）提供する福祉サービスの標準的な実施方法の確立）	
15	（Ⅲ-2-（2）適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画の策定）	
16	（Ⅲ-2-（3）福祉サービス実施の適切な記録）	

A-1 利用者の尊重と権利擁護（内容評価 A-1-（1）、（2））

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 （努力・工夫していること、課題と考えていること）	評価機関からのコメント
17	（A-1-(1) 自己決定の尊重）	
18	（A-2-(2) 権利侵害の防止等）	

A-2 生活支援（内容評価 A-2-（1）～（8））

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 （努力・工夫していること、課題と考えていること）	評価機関からのコメント
19	（A-2-(1) 支援の基本）	
20	（A-2-(2) 日常的な生活支援）	
21	（A-2-(3) 生活環境）	
22	（A-2-(4) 機能訓練・生活訓練）	
23	（A-2-(5) 健康管理・医療的な支援）	
24	（A-2-(6) 社会参加、学習支援）	

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 (努力・工夫していること、課題と考えていること)	評価機関からのコメント
25	(A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援)	
26	(A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援)	

<別紙3 障害者グループホーム版>

利用者調査結果

評価
機関

事業所名 : _____

利用者調査概要	利用者調査総合結果
利用者総数 : 名 アンケート調査対象 : 名 ヒアリング調査対象 : 名	

**社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会
かながわ福祉サービス第三者評価推進機構
障害者グループホーム第三者評価事業実施要綱**

(目的)

第1条 この要綱は、社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会かながわ福祉サービス第三者評価推進機構（以下「推進機構」という。）運営要綱第3条に基づき、障害者グループホーム第三者評価の実施に関する必要な事項を定め、障害者グループホームのサービスの質の向上を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において第三者評価の対象とする障害者グループホームとは、障害者総合支援法に規定する「共同生活援助」をいう。

(評価機関)

第3条 障害者グループホーム第三者評価は、推進機構福祉サービス第三者評価機関認証要綱に基づき認証された評価機関（以下「評価機関」という。）が行うものとする。

(評価調査者)

第4条 障害者グループホーム第三者評価の評価調査は、推進機構登録評価調査者が実施するものとする。

(評価調査活動)

第5条 障害者グループホーム第三者評価の実施は、推進機構福祉サービス第三者評価機関認証要綱第5条によるものとする。但し、評価基準及び評価手法の詳細については「障害者グループホーム第三者評価の手引き」に基づき実施するものとする。

(評価結果の公表)

第6条 評価結果の公表は、推進機構評価結果等公表要綱に基づいて行う。但し、評価結果の公表様式は「障害者グループホーム第三者評価の手引き」に定めるものとする。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、障害者グループホーム第三者評価の実施に必要な事項は、「障害者グループホーム第三者評価の手引き」に定めるものとする。

附 則 この要綱は、平成23年2月2日から施行する。

附 則 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

日本国内でのボランティア活動中のケガや賠償責任を補償!!

令和3年度

ボランティア活動保険

全国200万人
加入!!

保険金額・年間保険料（1名あたり）

保険金の種類		プラン		
		基本プラン	天災・地震補償プラン	
ケガの補償	死亡保険金	1,040万円		
	後遺障害保険金	1,040万円(限度額)		
	入院保険金日額	6,500円		
	手術 保険金	入院中の手術	65,000円	
		外来の手術	32,500円	
	通院保険金日額	4,000円		
賠償責任の補償	地震・噴火・津波による死傷	×	○	
	賠償責任保険金 (対人・対物共通)	5億円(限度額)		
年間保険料		350円	500円	

団体割引20%適用済 / 過去の損害率による割増引適用

<基本プランに加入される方へ>

基本プランでは、地震・噴火・津波が起因する死傷は補償されません。

◆災害ボランティア活動の参加は、「天災・地震補償プラン」への加入をおすすめします。

※被災地でのボランティア活動では、予測できない様々な事態が想定されます。二次被害への備えとしても、あらかじめ「天災・地震補償プラン」に加入いただきますと、より安心してボランティア活動に参加いただけます。

<https://www.fukushihoken.co.jp>

ふくしの保険

検索

商品パンフレットは
コチラ
(ふくしの保険ホームページ)



ボランティア行事用保険

送迎サービス補償

福祉サービス総合補償

(傷害保険、国内旅行傷害保険特約付傷害保険、賠償責任保険)

(傷害保険)

(傷害保険、賠償責任保険、約定履行費用保険(オプション))

●このご案内は概要を説明したものです。お申込み、詳しい内容のお問い合わせは、あなたの地域の社会福祉協議会へ●

団体契約者

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

取扱代理店

株式会社 福祉保険サービス

〈引受幹事
保険会社〉 損害保険ジャパン株式会社 医療・福祉開発部 第二課
TEL:03(3349)5137

受付時間：平日の9:00~17:00(土日・祝日、年末年始を除きます。)

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル17F
TEL:03(3581)4667 FAX:03(3581)4763
受付時間：平日の9:30~17:30(12/29~1/3を除きます。)

この保険は、全国社会福祉協議会が損害保険会社と一括して締結する団体契約です。

(SJ20-12302 2020.12.28 作成)

障害者グループホーム第三者評価の手引き

令和4年3月発行

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会
かながわ福祉サービス第三者評価推進機構

〒221-0825 横浜市神奈川区反町3-17-2 神奈川県社会福祉センター
TEL045-290-7432 FAX045-312-6302
E-mail daisansya@knsyk.jp
URL <http://www.knsyk.jp>

