

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成27年12月12日(土)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：共同生活事業所 ながなわ	種別：共同生活援助（介護サービス包括型）	
代表者氏名：山口 礼	定員（利用人数）：17名	
所在地：西尾市家武町深篠96番地		
TEL：0563-52-2565		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成18年10月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人くるみ会		
職員数	常勤職員： 12名	
専門職員	（管理者）1名	（統括責任者）1名
	（サービス管理責任者）1名	世話人兼生活支援員）7名
	（世話人）1名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）平成22年9月新築の
		味浜東はバリアフリー構造となっ
		ている。誘導灯設置済：ホーム
		永吉、ホーム味浜東

③理念・基本方針

《基本方針》一人ひとりの求める暮らしを支えます。
《モットー》節度を持って一緒に楽しむ

くるみ会の基本理念に基づき、ホームの基本方針“一人ひとりの求める暮らしを支えます”を掲げ、お一人おひとりの生活を、職員も共に楽しむことをモットーに家庭的な雰囲気支援できるように心がけています。

④施設・事業所の特徴的な取組

◆高齢化対策：利用者61名の平均年齢は54歳を超え高齢化が深刻な問題となっている。そんな中、高齢者係を中心に大浴場での入浴支援やゆったりとした余暇活動を企画し、楽しみながら現存機能の維持、健康状態の把握を行っている。

◆自治会活動：平成23年10月に利用者さんの自治会“ひまわりの会”が発足したが、利用者さん一人ひとりの思いを大切にすることを基本に毎月話し合いを重ねている。職員は利用者さん主体の活動をさりげなくサポートするように心がけている。

◆建物の維持管理：市内15カ所あるグループホームでは建物の老朽化と利用者の高齢化が進んでいる。現在の利用者さんに安心して住み続けていただく為に、高齢の方が安全に暮らせる設備と同時に老朽化に対する整備も進めている。

◆地域交流：自治会を通し、以前より関わっていただいているボランティアの方々との交流を続けている。又、各ホームごとに町内会の行事に参加したり近所の方と日々の挨拶を交わすなど、特別でないことを大切にしよう心掛けている。

◆職員のメンタルケア：マインドマップの導入、個別面談、たてとよこのつながりを密にする体制作り等、出来る限り職員一人ひとりのメンタルケアを気にかけるようにしている。職員自らが仕事にやりがいを感じ利用者さんと共に楽しめるような職場づくりを目指している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 7月28日（契約日）～ 平成28年 4月15日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	0回（ 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆職員研修におけるPDCAサイクルの活用

事業計画書の中の「質の向上」の項目に、“OJT”と“OFF-JT”の取り組みを取り上げ、職員の教育・研修の具体的な方向性を示している。職員それぞれのキャリアに応じた研修計画が生まれ、研修履修後の「研修報告書」の「所感」欄には、「研修で得たものを、支援の現場でどのように活用するか？」が書かれている。PDCAサイクルが活用されている実例である。

◆利用者に合わせた事業計画等の周知

これまでなかった法人全体の家族会が組織され、家族に対してはこれまでに比して一段と事業活動の周知が深まる結果となった。事業所の取り組みとして「係活動」があり、利用者への周知は「自治会係」が担当している。様々な障害特性を持った利用者にとっては、とかく理解しづらい事業活動の内容ではあるが、自治体係が極力分かりやすく説明した後で、利用者の理解度を把握するため、クイズ形式で問題を出して回答をもらう方法を取っており、利用者への周知も進んでいる。

◆地域への移行を前提として

職員が地域移行に関する研修やセミナーに参加する等、グループホームといえども地域移行に関する情報収集や意識向上に力を入れている。自立度の高い利用者が多く、地域との積極的な交流の機会がある。地域の祭り、防災訓練、清掃活動等に参加しており、回覧板も回ってくる。ある利用者は、しばしば地域の引きこもりの青年の家を訪ね、数少ない話し相手の一人となっている。利用者の自立訓練（金銭支援）を応援するため、地域のコンビニエンスストアが協力を申し出てくれた。

◇改善を求められる点

◆「苦情」を、改善の「種」に

法人内のグループホーム事業所のいずれかが、毎年必ず第三者評価を受審し、提供するサービスの透明性を確保しようとしている。さらに、苦情解決のための組織が構築されており、ホームページ等で法人内外に公表している。しかし、受けつけた苦情そのものに関しては、改善や対応等の内容を公表していない。法人や事業所にとって都合の悪いことや苦情を忌み嫌うのではなく、改善を図って利用者や家族の満足度を向上させる「種」にすることを期待したい。

◆エンパワメントの理念の実践

特別なプログラムは用意されていないものの、調理や洗濯、掃除など日常生活を送る上で必要となる活動になるべく従事してもらうよう配慮している。地域のコンビニエンスストアが、金銭支援の練習に協力してくれてもいる。課題は、これらの活動の多くがプログラム化、マニュアル化されていないことである。活動を文書化することにより、活動そのものの意義や目的を明確にしてほしい。さらに、それらのエンパワメントの理念の実践を通して、地域を変える力を蓄えてほしい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成24年度から毎年4事業所を順番に受審させていただき、利用者支援の充実に取り組んで参りました。今年度に関しては評価基準が変更となったこともあり、また新たな気づきがありました。いただいた評価結果を受けて、「私たちは利用者の意見を積極的に把握し、生活のあらゆる場面で発信のない利用者の方への配慮を怠っていなかったでしょうか？」ということを見点を改めて見直す必要があると感じました。又、早急に取り組むべきことは安定した職員の確保であり、その上で、人に関わるこの仕事にやりがいを持てるような雰囲気作りと人材育成にさらに力を入れていきたいと強く感じました。職員が元気で楽しく仕事が出来なければ利用者の豊かな生活も実現できないということで、今回の評価結果から、関連する部分に注目し、皆で話し合い、来年度に反映させていきます。貴重な機会をいただき有難うございました。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(72項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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。	障 1 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
月に1回開催される支援者会議において、法人理念と事業所理念の確認を行っている。理念を具体的な支援につなげるための道案内である「マインドマップ」は、職員だけでなく利用者も加わって作成されている。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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。	障 2 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
毎月、法人全体の管理者が集まる「管理者会議」があり、法人としての支援の方向性を確認し、それぞれの事業所の月次報告と情報交換を行っている。この会議では、事業の収益性や人事・労務に関する情報についても収集・分析が行われている。		
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障 3 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
利用者の高齢化、施設の老朽化、利用者増による事務量の増加、職員の確保・育成等を課題として抽出し、改善のための取り組みを行っている。それぞれの課題に対して手を打ってはいるが、職員の採用・確保に関する精神的な重圧があり、職員の安定雇用を果たさずには他の改善課題への注力もままならない状況である。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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。	障 4 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
中期の3ヶ年計画を策定しているが、具体的な内容に乏しく、事業計画策定のための枠組みを示すに至っていない。		

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。	障 5	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
中期3ヶ年計画の内容が薄いことから、事業計画の実施項目にまんべんなく連動しているわけではないが、必要な項目について詳細に計画建てている。成果等を確認するために、一部の項目(取り組み)には数値目標が設定されているが、さらに数値目標の設定項目を増やすことが求められる。			
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
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。	障 6	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「管理者会議」で事業内容を報告し、そこでの討議を経て得られた結果を事業所の「支援者会議」に諮り、職員の情報共有の下に支援の充実につなげている。事業報告書には「来年度に向けて」の項目があり、1年間の事業活動から得られた貴重な改善課題を次年度の事業計画に反映させている。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	障 7	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人全体の家族会が組織され、これまでに比して一段と事業活動の周知が深まる結果となった。事業所の取り組みとして「係活動」があり、利用者への周知は「自治会係」が担当している。利用者の理解度を把握するため、クイズ形式で問題を出して回答をもらう方法を取っており、利用者への周知も進んでいる。			

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
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。	障 8	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
初めての第三者評価受審であるが、法人内の他のグループホーム事業所が第三者評価を受審するたびに、改善課題や問題点を横展開して取り込み、PDCAサイクルに沿って改善を実施してきた。しかし、変則の勤務体制もあって、事業所内の全ての職員が均一の改善意識を持つには至っていない。			
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	障 9	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
今回の第三者評価の受審に際し、既に自己評価の時点で様々な改善の気づきを得ている。しかし、改善に向けたスケジュールの策定や責任者を明確にしての取り組みは、次年度の事業計画への盛り込みを待つこととなろう。綿密な計画を立てての改善活動に期待したい。			

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
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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。	障 10 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者の母親が法人の理事長であり、自らの立場の重さや責任の所在を人一倍強く自覚して職務に就いている。第三者評価の受審に限らず、様々な機会を通して利用者の生活向上を図ろうとの強い意志を持っている。</p>		
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。	障 11 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>人権擁護に関する研修には積極的に参加し、事業所内の支援者会議で周知を図っている。研修や会議への参加の機会が少ないパート職員に対しては、法令等の内容を支援の現場での具体的な事例に置き換えて説明し、理解しやすいように工夫している。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	障 12 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>サービスの質の向上を、利用者の満足度を高めることと位置づけ、利用者の意見や要望に迅速に対応することや、その受付の窓口を多様化(複数化)する等の対応をしている。利用者の満足度を図る調査を行っているが、今後も継続的、定常的な取り組みとなることを望みたい。</p>		
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>制度に合わせて就業規則を改訂し、夜勤体制を見直したり、2人体制のシフト制を敷いたり、就業環境を改善して働きやすい職場づくりを推進している。食材の調達を外部の食配業者に委託したのもその一環である。ハード面では、ニーズに合わせて居室を増設したり、別の地域に「共同浴場」の設備を備える等、思い切った改善・改革も行った。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
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。	障 14 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>事業計画では、「質の向上」と「職員の確保」の2つの項目で人材の確保・育成の事業所方針を述べている。実際の支援現場では、離職した職員の後任を補充することに重きが置かれており、人材育成が計画通りに進めづらい状況である。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人の制度としての人事考課制度はなく、今年度に発足した「人事委員会」が仕組みづくりの役割を担うこととなる。マインドマップによる人事管理も軌道に乗ってきた。</p>		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	障 16	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
年1回ではあるが、管理者との面談が組織的に行われている。業務の振り返りと次年度に向けた職員個々の業務の確認を主目的とするが、就労条件の話題や私事の話も出る。職員の相性を考えての職員配置に役立てており、職員にとっては「ガス抜き」の効果もあって好評である。変則勤務による有給休暇の取りづらさは否めず、今後の課題である。			
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	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	障 17	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「係活動」の実施によって職員が様々な能力を身につけ、職員育成の有効な手段となっている。しかし、階層別、職種別等の人材育成のプログラムはなく、今後の仕組みづくりに期待したい。			
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。	障 18	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画書の中の「質の向上」の項目に、「OJT」と「OFF-JT」の取り組みを取り上げ、職員の教育・研修の具体的な方向性を示している。研修履修後の「研修報告書」の「所感」欄には、「研修で得たものを、支援の現場でどのように活用するか？」が書かれている。			
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。	障 19	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人が「インシデント法研修」の受講を推奨しており、職員が自発的に参加している。管理者との個別面談においても、キャリアに合った研修の受講を勧めている。			
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
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。	障 20	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
実習生を受け入れる仕組みは作ってあるが、実際の受け入れはない。これまでも、バックアップ施設で受け入れた実習生が見学を訪れることはあっても、グループホームの夜間の支援に携わったことはない。しかし、今後も現在の国の制度や方向性が変わらないと仮定すれば、夜間の支援の中心は大型入所施設からグループホームに移る可能性も考えられる。夜勤実習をも含め、グループホームでの実習受け入れのカリキュラムを用意すべき時と思われる。			

II-3 運営の透明性の確保

			第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
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。	障 21	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人内のグループホーム事業所のいずれかが、毎年必ず第三者評価を受審し、その結果を他の事業所も共有している。苦情解決のための組織が構築されており、ホームページ等で法人内外に公表している。しかし、受けつけた苦情そのものに関しては、改善や対応等の内容を公表していない。			

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。	障 22	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の監事監査に留まらず、外部の専門家(弁護士、税理士、社会保険労務士)に監査を依頼している。外部専門家は、事業所の様々な相談にも対応している。			

II-4 地域との交流、地域貢献

			第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
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。	障 23	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自立度の高い利用者が多いことから、地域との積極的な交流の機会がある。地域の祭り、防災訓練、清掃活動等に参加しており、回覧板も回ってくる。ある利用者は、しばしば地域の引きこもりの青年の家を訪ね、数少ない話し相手の一人となっている。利用者の自立訓練(金銭支援)を応援するため、地域のコンビニエンスストアが協力を申し出てくれた。			
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。	障 24	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
数は少ないが、継続的にボランティア(グレースライオンズ)が来訪しており、利用者を様々な所へ連れて行ってってくれる。ボランティアは地域との懸け橋的な役割を持っており、受入れの意義や目的を明確にしたマニュアルの作成が望まれる。			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	障 25	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
グループホームの事務所には、医療機関等の関係機関のリストが掲示されている。今後の課題は、利用者の暮らしの充実を図るための地域のネットワークづくりである。			
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障 26	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
盆・暮れの地域への挨拶を欠かさず、「来る者は拒まず」の姿勢で臨んでいるが、日常的にグループホームを訪れる人は少なく、機能の地域還元もさほど大きいとは言い難い。カラオケセットを地域に貸し出したことがある。			
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。	障 27	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
今年度に組織化された法人単位の家族会や相談支援事業所、通所施設、特別支援学校等から情報を取り、地域ニーズの把握に努めている。ニーズを受けて居室の増設を行ったり、地域から緊急性のある利用者を受け入れたこともある。			

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	
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。	障 28	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
年2回(3月・9月)、法人全体で行われる「全体会議」において、利用者尊重に関する周知を図っている。参加する職員は正規職員が中心となっており、虐待に関する研修等を行っているが、会議に参加できない職員(主に非常勤職員等)については、書面を配布して周知している。定期的な状況の把握やその評価についての取り組みまでには至っておらず、今後の課題となっている。			
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。	障 29	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
規程類は整備されているが、マニュアルについては整備されていない部分もある。権利擁護に関係する外部研修に行く機会が設けられており、その研修内容を後日該当する職員に周知する取り組みが見られる。			
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。			
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。	障 30	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
グループホームを紹介する専用のパンフレットが用意され、必要な情報が盛り込まれている。これらの資料は公共機関には置かれていないものの、法人の相談支援事業所に置いてあり、いつでも情報収集できる環境が用意されている。パンフレットについては見やすさへの配慮は特別感じないものの、内容については十分であり、口頭で分かりやすく説明することで、利用希望者には十分な理解が得られている。内容についても適宜見直しを行っている。			
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。	障 31	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者用にルビをつけた資料を作成しており、利用開始前の説明時に活用している。利用者の自己決定を尊重する姿勢を持ちつつ、家族の意向もきちんと確認した上でサービスの変更等を行っている。あえて課題とするならば、意思決定が困難な利用者に対する配慮をどのようにルール化していくかという点であろう。			
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。	障 32	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
高齢による異動や人間関係による異動等、様々な理由で他のホームや施設に異動する機会がある中、サービスの継続性に配慮した手順(フローチャート)が用意されており、引き継ぎ文書も作成されている。退居後の相談窓口も設置しており、その内容を含めた文書を配布する等、アフターフォローの体制の整備も万全である。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障 33	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者への満足度調査については「イベント」に関するものはあるものの、その他サービス全般に関する調査は行われていない。法人全体で「本人家族の会」が組織されており、その会合に職員が参加する機会がある。さらに、利用者が組織する自治会にも職員が関与する機会があるため、情報収集する体制は十分に整っている。積極的に満足度を調査する体制の構築と、得られた結果を改善に役立てていくことが課題と思われる。			

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。		
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。	障 34	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の体制は整っており、その資料も掲示してある。ただし、掲示物は文字が小さく、利用者にとって分かりやすいとは言いがたい。かつて、苦情申し出がしやすい工夫として「ポスト」を設置していたが、効果がない(投函実績が無い)との理由から現在は撤去されている。苦情や要望を口頭で表出できない利用者が多いことを考慮すれば、言わない利用者、言えない利用者への配慮については課題となっている。		
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。	障 35	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者に分かりやすいように、「いつでも相談して下さい」という内容のイラストが用意されており、独自の取り組みである。具体的な対応としては、他の利用者に会話の内容等が聞かれないよう、リビングではなく自室で話を聞くよう配慮している。		
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。	障 36	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの意見について、「希望・要望受付書」と呼ばれる書類が用意されており、適切に記録されている。また、これらの仕組みを支えるマニュアルも用意されている。ただ、マニュアルの見直しが不十分であること、利用者の意見を積極的に把握する仕組みが弱いことが課題として挙げられる。		
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。		
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。	障 37	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
マニュアルは用意されているが、職員への周知については十分とは言えず、改善の余地がある。リスクに関する情報の収集はできているが、積極性に欠ける。今年度から「ヒヤリハット会議」をホーム全体で実施することとなり、2人の係が連携しながらリスクマネジメントに対する取り組みを行っている。グループホームで組織された支援者会議が月に1回行われており、話し合いの体制も取られているなど、全体的にリスクマネジメントの取り組みを重要視している姿勢が見て取れる。		
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。	障 38	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
感染症に関するマニュアルが整備され、その内容についても問題はない。周知についても確実に実行されており、職員の感染症対策に関する意識は高い。		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。	障 39	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人内のグループホームで組織された「防災係」が設置されている。年間防災計画が立てられており、年2回の避難訓練の実施をはじめ、「利用者向けの消防署による講習」、「消火器の使い方の練習」、「火事に関するビデオ鑑賞」等、利用者を巻き込んで防災意識の向上を目指している。備蓄についても、利用者4~5人が毎食食べても1週間は過ごせるだけの保存食を確保し、有事に備えて防災への意識を高めている。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
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。	障 40	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
標準的なマニュアルは用意されている。マニュアル作成に関する組織表が用意されており、フローチャート形式となっているため作成手順が分かりやすい。マニュアル作成担当は主に第三者評価担当者が行っている等、誰が行うのかも明確になっている。課題としては、職員への周知方法が弱く、個人レベルに委ねられていることや、マニュアル通りにサービスが提供されているかどうかの確認をする仕組みがないことが挙げられる。		

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。	障 41	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
見直しをする仕組みについては明確にされておらず、見直しがされているものもあるが、定期的に行っているわけではない。いつ、誰が、どのように、見直しを行っていくのかというルール作りが望まれる。		
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。		
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。	障 42	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
A3サイズのアセスメント表が特徴となっている。内容についても十分な項目数となっており、記録内容も適切に維持・管理されている。ファイルについては世話人部屋にて管理されており、いつでもその内容を確認する体制が整っている。		
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。	障 43	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
見直し時期は半年に1回となっており、通常は9月に行っている。検討会議の職員は基本的には世話人(正規職員)とサービス管理責任者となっており、利用者から聞き取りを行った上で見直し等を行っている。職員への周知については、口頭で行うことが多いものの、パソコンやファイルでもその内容について見ることができるようになっている。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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、職員間で共有化している。	障 44	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
見直し時は手書きでその都度記す仕組みがあり、速やかに対応できる体制が整っている。手書きのものについては、後でパソコン入力している。日々の利用者の様子については、専用のパソコンシステムによって適切に記録している。月1回のホーム支援者会議にて情報共有を行うだけでなく、日々の情報についても前日の様子が分かるようになっている。情報共有についての体制が整っている。		
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。	障 45	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
法人全体会議にて年2回、個人情報保護に関する教育が行われており、「個人情報保護規定」の策定や責任者の設置等も確実に行われている。課題としては、情報の漏洩対策が弱いこと、利用者や家族に個人情報の取り扱いについて十分な説明がなされていないことが挙げられる。		
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。		
Ⅲ-2-(4)-① 利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 46	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地域生活への移行については、毎年年度末にアンケートを実施し、折に触れて確かめる仕組みがある。職員自身も地域移行に関する研修やセミナーに参加する等、グループホームといえども地域移行に関する情報収集や意識向上に力を入れている。		

Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	障 47	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
当事業所を利用している利用者は、言葉によるコミュニケーションをとることができ、現段階では特別な配慮や工夫を要したコミュニケーション手段は必要とされていない。それでもなお、個々の障害特性に合わせた対応を心がけており、その対応方法がフェイスシートに記載されている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
自治会担当職員が配置されている。自治会が定期的開催され、職員は利用者の要望(〇〇したい、〇〇へ行きたい等)の把握に努めている。課題は、施設外の障害者や知人等と自由に交流できるような便宜を図ることが十分ではないことであり、今後の改善に期待したい。			
Ⅲ-3-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が、整備されている。	障 49	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
見守りすべき人、そうでない人を専門的見地から判断して対応しているが、原則として利用者もしくは家族の意向を確認するようにしている。中には、衛生面を適切に維持しなければならない利用者が支援を拒むケースもあったようだが、十分な説明を行い、納得してもらった上で支援している。			
Ⅲ-3-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 50	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
特別なプログラムは用意されていないものの、調理や洗濯、掃除など日常生活を送る上で必要となる活動になるべく従事してもらうような配慮を行っている。課題としては、これらの活動のプログラム化や施設外における体験機会の提供などが挙げられる。			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 51	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
宅配食を活用しており、宅配業者から食材とそのメニューのレシピが届き、それを基に職員が調理している。食事内容については刻み食やおかゆ等、ある程度個別の対応を行っている。カロリー計算された食事となっており、健康面にも配慮している。個々の利用者に必要とされる食事内容や提供方法、留意点については個別支援計画に記載されており、それに沿ってサービスを提供している。			
Ⅲ-3-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 52	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
年に1回嗜好調査を行い、メニューに反映させる努力を行っている。ホーム毎に食事提供の体制が異なっているため一概には言えないが、宅配食では事前に2種類のメニューから選ぶことができるようになっている。献立もあらかじめ利用者に提示しており、情報公開も行われている。課題は、給食会議に利用者に参加できていないことだが、開催時間が遅いため時間的に利用者の参加は難しい。会議への参加こそないが、それ以外の場面で利用者の意見を取り入れる機会は用意されている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事を摂る時間はある程度決まっているが、その中で自由に摂れるように配慮している。体調によっても臨機応変に対応し、利用者の自室で摂れるような便宜も図っている。食堂の設備に関する検討会議については、定期的ではないものの、食堂の不備等(備品の破損等)が発生した場合は速やかに対応している。「提案・改善要望書」と呼ばれる書類が用意されており、活用もされている。			

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(3)-①	入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 54	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「個別支援計画書」に利用者個々の入浴に関する情報が記載されており、個別性を重視している。入浴介助が必要な利用者については、別途介助手順書が用意されている。マニュアルについては写真付きで用意されているものもあり、支援する側も分かりやすいものとなっている。記録についてもシステムに入力する仕組みとなっており、必要に応じて入力している。			
Ⅲ-3-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームによって入浴に関するルールが異なっているが、どのホームも利用者の意向を最大限に尊重して対応している。その日の体調によって入浴方法や順番等が変わることもあるが、利用者の同意を得て適切に対応している。入浴については毎日利用することができる。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的な検討会議は行われておらず、随時開催となっている。「要望・改善提案書」にて、利用者の意見や要望、職員の気づきが迅速に改善活動につながっていることが確認できた。今回の事例では「手すりの必要性」について記載されていたが、職員の気づきにより手すりの設置が行われていた。冷暖房の設置については、冬はヒーター、夏は扇風機を使うなどの配慮がある。			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 57	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
排せつ介助のマニュアルが用意されており、排泄に関する支援は利用者個々に応じて適切に対応されている。課題としては、個別のチェックリストの整備や、衛生や防臭に考慮したマニュアルの整備が挙げられる。排せつ介助の結果記録については、日中活動施設との連携を図っているが、ホームによってはその記録が整備されているところとそうでないところがあるため、全ホームへのルールの統一・徹底を期待したい。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
トイレについては綺麗に維持されており、防臭対策等もしっかりと行われている。その他、採光や照明も適切であり、プライバシーにも配慮した構造となっている。			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 59	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
衣類の選択については利用者の意思を最大限に尊重して個別に対応している。気候に合わせた適切な衣類を選択することができない利用者については、適宜アドバイスの声かけを行っている。衣類の購入についても、職員が利用者の希望を聞き、代理として購入することもあれば、職員が同行して利用者自身が購入する場合もある。			
Ⅲ-3-(5)-②	衣服の着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 60	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
汚れや破損が見つかった場合、速やかに対応するよう心がけており、利用者の意思を尊重するよう配慮されている。課題としては、業務手順が用意されていないため、汚れや破損が発見された場合、職員の判断に委ねられ、その結果、判断に個人差が生じてしまう可能性がある。			

Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(6)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 61 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
髪形や化粧の仕方については利用者の好みを尊重しており、社会通念上の問題がなければ干渉することはない。情報提供についても必要に応じて行われている。		
Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
行きつけの美容院や理髪店への送迎を、必要な利用者には行っている。その際、理・美容店との連絡調整についても支援している。その他、理・美容については、「ホームに来る美容師に切ってもらう」、「自力で美容院に行く」、「帰省中に理髪する」等、バリエーションも豊かである。		
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 63 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
各居室に冷暖房が完備されており、環境的には十分と言える。ベッドなどの寝具類も個人持ちとなっている。夜間の支援記録については、専用のシステムを使って適切に記録されている。完全に個室となっているため、不眠等で同室者に影響を及ぼすようなことはなく、他の個室を用意する必要はない。		
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 64 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
健康診断は夏と冬の年2回実施されている。歯科通院については世話人が個別に通院支援を行っているが、歯科検診自体は行っていない。そのため、虫歯がない利用者や異常がない利用者については歯医者に行く機会はなく、虫歯になって初めて歯医者にかかっている。さらなるサービスの質の向上を目指すのであれば、「歯科検診」の導入を検討してほしい。インフルエンザ予防接種や健康管理マニュアル、健康管理票の整備等、健康管理に必要なサービスは概ね揃っている。		
Ⅲ-3-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
体調不良時等におけるマニュアルが用意されており、その流れも分かりやすいものとなっている。医療機関も車で数十分のところであり、速やかに利用できる環境が整っている。ホームごとにかかりつけ医が異なっているため、その一覧表が用意されており、電話の近くに備え付けてある。		
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 66 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の薬に関する情報は適切に管理され、どの職員もその情報を入手できる環境が整っている。投薬のマニュアルも用意され、特に「投薬時におけるダブルチェックシステム」を構築し、誤薬対策を行っている。投薬時における記録も適切に行われている。		
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-3-(9)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 67 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
日頃の利用者とのコミュニケーションから得られる要望をはじめ、自治会による希望等を基に、お花見や盆踊り、新年会等を、利用者にも企画の段階から関わってもらうようにしている。1泊旅行の行き先についても、利用者主体で決めるようにしている。		

Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>外出希望は週末に多く、「喫茶店に行きたい」、「買い物に行きたい」、「自転車で出かけたい」、「くるりんバス(西尾市営バス)に乗りたい」、「墓参りにいきたい」等の要望がある。その要望に極力応えるように努めている。「モーターショーに行きたい」、「野球を見に行きたい」等の大きな外出にも対応することがある。外出のルールについては、「マインドマップ」と呼ばれる手法を活用し、自治会を通じて利用者と話し合う機会を設けている。</p>		
Ⅲ-3-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 69	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の高齢化が進んでいる中、それ以上に家族も高齢となっており、以前に比べると帰省できる機会が減っている。そのような中、利用者の希望を聞いた上で保護者へ連絡して協力を求め、極力希望に添えるようしている。必ずしも希望に添えるわけではないが、現時点で可能な限りの対応に努めている。</p>		
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 70	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>契約時に「預かり金管理契約書」及び「承諾書」を用意し、利用者・家族に同意を得た上で管理している。金銭を自己管理できる利用者は数名のみであるが、本人の希望に添って管理している。ただし、紛失等のリスクを考え、通帳や日常生活に不必要な大金は施設で管理するようにし、あくまで小遣い(1万円)程度を管理してもらっている。居室にお金を保管する金庫等は用意されていないが、居室自体が施錠できる環境となっている。</p>		
Ⅲ-3-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 71	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>新聞については個人で購入できることは当たり前として、さらにホーム自体でも新聞を購入しているところもある。テレビやラジオの個人所有については全て認めており、特にテレビについては全ホームの利用者が個人で所有し、居室に設置してある。</p>		
Ⅲ-3-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 72	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>喫煙及び飲酒いずれにおいても利用者話し合いを持ち、ルールを設けて提供している。飲酒については週に1回(金曜日)、希望する利用者が飲んでおり、たばこについては数名の喫煙者がいるが、主治医の意見の下、本人と相談して本数を決めている。その際、健康に関する情報(喫煙することによる害)を口頭ではあるが説明する等の配慮を行っている。喫煙場所についても、同意の上提供している。</p>		