

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 28年2月16日(火)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：フレンドホームきらきら星	種別：共同生活援助
代表者氏名：川崎 純夫	定員（利用人数）： 17名 （16名）
所在地： 愛知県犬山市長者町2丁目72番地	
TEL： 0568-67-0006	
ホームページ：	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成 23年 9月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 あいち清光会	
職員数	常勤職員： 15名
専門職員	（サービス管理責任者）1名（社会福祉士） 4名
	（世話人） 3名（介護福祉士） 4名
	（生活支援員） 11名（精神保健福祉士） 1名
施設・設備の概要	（居室数）
	（設備等）

③理念・基本方針

<p>◇理念 「“この子、我が子なりせば”の親の愛を忘れる事なかれ」（支援者心得12条）を大切に、能力に応じた生きがいのある生活と自己実現の達成によって一人ひとりの豊かな地域生活支援を目指す。</p> <p>◇施設・事業所基本方針 利用者が地域において、共同して自立したその人らしい充実した日常生活または社会生活を営むことができるよう、本人が主体となり、何事にも自己決定、自己選択できるように生活全般に関する相談及び助言、関係機関との連絡、その他の必要な支援を適切かつ効果的に行う。</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・目的別、機能別に合わせた環境（ソフト面ハード面）を整えられるように努めている。（一人暮らし、高齢化重度化向け、車いす対応、人員配置など）
- ・世話人が夜間も常駐している。
- ・食事はできるだけご本人の希望を取り入れたメニューにしている。
- ・身寄りが無い方や重度の方も多いため、家庭的なホームを目指している。
- ・それぞれの生活スタイルを尊重し、ご本人の希望が叶うような生活スタイルの構築を一緒に考えている。
- ・ホームごとにコーディネーターを設置し、利用者、世話人の思いを聞き取りながら、ホームの生活の組み立てができる体制を整えている。
- ・休日などの余暇支援も積極的に行っている。地域の行事などがあればお知らせし、楽しむことを選択が増やせる機会を提供している。
- ・バックアップ施設の看護師と連携し、健康管理に力を入れている。
- ・権利擁護支援の見直し（虐待防止委員会設置、チェックシート、マニュアル作り）

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27年 8月 4日（契約日）～ 平成28年 5月11日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	1 回 （平成 23年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆まとまりのある運営体制

世話人の安定確保に腐心しているものの、母体施設との連携を図りながらまとまりのある運営体制を構築している。管理者（総合施設長）の下に現場業務に詳しいサービス管理責任者を置き、さらにグループホームごとに配置されたコーディネーターが世話人との調整役として機能している。サービス管理責任者、コーディネーター、世話人ともに利用者との良好なコミュニケーションが図られており、利用者からの信頼を得ている。

◆コミュニケーションの手段

意思伝達に支障がある利用者への係わりとして、利用者の障害特性を考慮してカードや写真を使ったり、本人の理解できるような平易な言葉を使ってコミュニケーションを図っている。ホーム内の掲示物等も、利用者に分かりやすいように工夫をしている。夜間にホームを訪問した際には、意思伝達に制限のある利用者の思いを、口達者な他の利用者が代弁して通訳してくれた。意思疎通（コミュニケーション）の手段として、利用者相互の支え合いも有効であると感じた。

◆一人暮らしへのステップ

5名定員のグループホームに隣接して「離れ」が建っている。「一人暮らし支援」の単身用グループホームである。ここに居住する女性利用者は一般就労を果たしており、いずれかの時点でグループホームを出て一人暮らしに移行することを希望している。週の内の幾日かは、コーディネーターや世話人の指導を受けながら調理の訓練を行っている。個別支援計画のプログラムに沿って、着々と「一人暮らし」が近づいてきている。

◇改善を求められる点

◆利用者の満足度の把握

事業所（職員）にとっての「サービスの質の向上」は、利用者にとっての「満足度の向上」と捉えても間違いではない。したがって事業所が質の向上を目指すときには、利用者の満足度を正しく把握して施策を講じなくてはならない。そのためには、適切な時期に適切な利用者調査が必須となる。利用者の満足度を的確に示す指標を定め、その値の上昇、下降によって自らのサービスの質が判定できよう。事業所としてのサービスの質を見極めるためにも、定期的な利用者満足度調査の実施を望みたい。

◆積極的な情報提供を

社会全般にインターネット環境が整備され、情報の提供や取得がインターネットを媒体として行われる頻度が増加している。当法人も、法人のホームページで事業説明等の情報提供を行っている。しかし、残念なことにグループホーム事業に関する情報の提供量は少ない。ホームページの中にブログの「活動報告」のコーナーがあるが、日中の事業所（サンフレンド、銀河）での支援を中心に掲載されており、グループホームに関連しては竣工時の紹介にとどまっている。華やかな“非日常のイベント”を紹介するのも情報提供であるが、地道な“日常の姿”を正しく伝えることも重要な情報提供である。地域をはじめ他者の障害者理解を深めるためにも、積極的な情報の提供を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審で得たことはご指摘頂いた事、自身で気がついた事等とても多くあります。その1つひとつを組織で丁寧に再確認し、順に改善していきたいと思っております。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「“この子、わが子なりせば”の親の愛を忘れることなかれ」の理念がホームにも掲示してある。世話人も、ホーム担当の職員も、そして利用者も、常にこの理念を見て生活している。折に触れて唱和されており、理念の浸透度は深い。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
グループホーム運営だけでなく、障害者福祉全般を捉えて経営環境を考えている。当初は、一般就労を前提とした地域移行の旗手としてのグループホーム設置を推進し、次の段階では高齢化、重度化した利用者の受け皿としての設置を推進した。これまでのグループホーム運営の延長線上に、今、法人事業の再編成、再統合を目指した「いわさき福祉ヴィレッジ計画」が進められている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
大きな課題として、「世話人の安定確保」と「世話人の育成」がある。変則勤務であることや、世話人の年齢、経験、知識、支援技術、考え方等に大きな差異があることが、課題の解消を阻んでいる。サービス管理責任者が現場に入って直接指導にあたっているが、「人材不足」の決定的な改善とはなっていない。			

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人の中・長期計画である「あいち清光会 5ヵ年計画(第4次)2014年～2018年」では、「地域移行」の段落にグループホームの整備計画を載せている。平成25年(2013年)年に策定されたこの計画が見直されておらず、「いわさき福祉ヴィレッジ計画」も盛り込まれていない。			

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			
フレンドホーム「きらきら星」としての中・長期計画の策定はなく、法人策定の5ヵ年計画を準用している。各ホームの事業活動を円滑・有効に展開するためにも、法人の中・長期計画～事業所の中・長期計画～事業所の単年度事業計画～各ホームの事業計画へとつながる、筋の通った仕組みが欲しい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
フレンドホーム「きらきら星」は、共同生活の3ホームと、独り暮らし支援の1ホーム、計4ホーム17名定員の構成である。各ホームが独自性(設置の目的、利用者の特性、地域特性等)を持っているが、事業計画はグループホーム事業全体を捉えて策定されており、それぞれのホームの具体的な支援の方向性が見えてこない。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人全体の家族会が組織されており、約80%の参加率で毎月開催されている。家族への周知はこの家族会の場で図られている。利用者へは特段の資料を用意せず、日々の支援の中で周知を図っている。利用者の主たる興味は「行事計画」であることから、関連する資料・情報はホームに掲示されている。意思伝達に制限のある利用者への伝達ツールの工夫が望まれる。			

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			
各ホームのコーディネーターとサービス管理責任者を核に、サービスの質の向上に取り組んでいるが、世話人や担当職員による均一したサービス提供にはなっていない。			
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			
解決すべき課題として、「世話人の不足解消、資質向上」、「利用者の高齢化、重度化対応」、「一般就労先との連携」、「世話人と担当職員との連携」を挙げており、それぞれの課題に手が付けられている。それぞれの課題について実施事項を明確にし、責任者とスケジュールの明確化を図れば、改善活動は一段と具体性を帯びるものとなる。			

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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>※制度上の管理者はホーム運営に直接的には関与していないため、以下の4項目は「サービス管理責任者」に読み替えて評価する。</p> <p>各ホームのコーディネーターと連携を密にし、GH会議を有効活用して組織をまとめている。世話人や利用者からの人望もある。</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 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>自ら外部研修に参加して見識を深め、法令順守の必要性を事業所内に伝えようとしている。世話人、担当職員への周知、理解がどの程度進んだか、を検証するには至っていない。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>コーディネーターと協働してGH会議を運営し、利用者の意見や要望に応じて満足度を上げようとしている。利用者の要望から、お風呂の入浴順の改善、外出支援の行先の決定、食事内容の改善等が実施された。課題は、サービスの質の向上(利用者満足度の向上)に向けての世話人への研修機会の提供である。</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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者同士の相性を考慮して、ホーム間の利用者の組み替えを実施した。該当利用者は落ち着きを取り戻しており、組み替えは成功した。コーディネーターに一般就労の意義・目的等を十分に理解させ、それを世話人に伝えたことによって利用者の精神的な安定につながった。一般就労している女性利用者は一人暮らしを希望していることから、その訓練のために「ひとり暮らし支援」のホームを設定した。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>世話人の確保が課題であるが、有効な手立てもなく、ハローワークへの求人登録や就職フェア、転職フェアでの採用活動に頼っている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>職員個々の目標管理による人材育成の仕組みを取り入れて運用を始めている。まだ成果は見えていないが、この目標管理のシステムを、近い将来に立ち上がるであろうキャリアパス制度と連動させ、職員が自らの将来像を描いて職務に邁進することができる仕組みづくりを期待したい。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
目標管理の制度運用で職員面談が組まれており、その場を利用して就労面の聞き取りも行っている。人員配置の厳しさはあるが、平均的に有給休暇の消化が進んでおり、働きやすい職場作りが推進されている。メンタルヘルスに関連しての離職、退職者はいない。			
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
世話人に対する体系的な人材育成プログラムがなく、世話人個々の年齢や経験、知識、技術力、考え方等のギャップを埋めきれしていない。自己啓発シートを活用した目標管理制度の成果に期待したい。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
法人主導の職種、階層別の研修体系が未構築であるが、職員それぞれが必要と思われる外部研修に参加している。研修終了時には復命書(研修報告書)の提出を求め、一定期間を置いて研修の有効性を評価する仕組みがある。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
変則勤務を行っている世話人に対する教育・研修の機会を均等に確保することが難しく、今後の課題となっている。			
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 ・ b ・ ③
評価機関のコメント			
母体の事業所で受け入れた実習生が見学を訪れる程度であり、実習生として受け入れた実績はない。今後、グループホームでの実習の必要性が論じられる可能性もあり、受入れのプログラム(実習のカリキュラムを含む)を用意して、積極的に養成校(学校、教育機関)にアプローチすることを望みたい。			

II-3 運営の透明性の確保

			第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価を定期的に受審しており、事業運営の透明性を確保しようとの意識は高い。苦情解決の仕組みは確立しており、ホームにも掲示があった。ただ、制度は作られたが運用実績がなく、第三者への公表の仕組みが整備されていない。			

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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
法人監事による内部監査が実施されており、TKCによる財務・会計のチェック機能もある。今後法制化されるであろう公認会計士や税理士等の専門家による外部監査の実施を期待したい。			

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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域との交流・連携を大切にしており、町内会に加入し、回覧板は利用者が手渡しで次の家に回している。お祭り等の地域の行事には積極的に参加し、「城見市」では職員と利用者がバザーを出店する。馴染みの美容院を持つ利用者もおり、買い物も地域のスーパーを利用している。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティア受け入れの体制は敷いているが、実例はほとんどない。夕方から就寝までの繁忙を極める時間帯の応援や、利用者の余暇の有効利用のためにもボランティアの積極的な活用が望まれる。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「福祉サービス事業所一覧表」があり、ホームの世話人室(事務室)には必要と思われる関係機関の連絡先(電話番号)が掲示してある。一時期、一般就労先との連携に問題があったが、各ホームのコーディネーターが連絡、調整を図ることとして取り組み、現在では問題は解消されている。			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
「城見市」にバザーを出しており、地域からも好評である。大規模災害時に、地域の罹災者を受け入れることの是非について検討している。小学生や中学生の福祉体験学習の受け入れも検討しているが、グループホームが「夜の支援」であることから、実際の実施方法については難しさが伴うことが予測される。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の福祉ニーズを直接調査したことはないが、相談支援事業所や特別支援学校から情報を得て、グループホームの増設計画を立てている。法人の一大事業となるが、市の期待を担って「いわさき福祉ヴィレッジ計画」が進行している。			

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	
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員の行動規範として「支援者心得12条」を定め、利用者主体の支援の徹底を図っている。各種の規程やマニュアル、個別支援計画、日々の支援の隅々まで、この精神が行き渡っている。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
利用者に対する権利擁護の取り組みが動き出している。虐待防止委員会が組織され、権利擁護に関連する外部研修への参加や、内部研修が実施されている。プライバシーの保護に関する規程をはじめ、整備の遅れが目立つ規程・マニュアル類の作成が急ピッチで進んでいる。			
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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
法人のホームページで事業説明をしているが、グループホーム事業に関する情報は少ない。「活動報告」のブログのコーナーがあるが、日中の事業所(サンフレンド、銀河)での支援を中心に掲載されており、グループホームに関連しては竣工時の紹介にとどまっている。華やかな“非日常のイベント”を紹介するのも情報提供であるが、地道な“日常の姿”を伝えることも重要な情報提供である。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用開始時には、利用者本人と家族に対して詳細に説明し、同意を得た上でサービスの提供を開始している。利用者同士の相性の問題が起き、居住するホームを変更して対処したが、双方が納得して受け入れて安定した生活を取り戻した。サービス管理責任者、コーディネーター、世話人の協力体制で、利用者のホーム間移動を成功裏に収めた。			
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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
これまでにグループホームからの地域移行の例はないが、1名の女性利用者が地域移行を前提として「一人暮らし訓練ホーム」に入居している。5名定員のホームと同一敷地内に「離れ」として建つ独立した建物で、日常の家事が練習できるように配慮されている。地域移行後のフォロー体制を含め、今後の様々な対応についての手順の用意が期待される。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意見や要望は日々の支援の中で世話人を介して伝わってくるが、サービス管理責任者やコーディネーターが直接利用者の話を聞くグループホーム会議がある。定期的に利用者の満足度を把握(検証)する取り組みがあると、世話人に対する指導の方向性も明確になるとと思われる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの大きな苦情はなく、入浴の順序や洗濯物の整理の仕方、外出先の要望等、日々の支援の中で話し合っ解決できている。苦情を受理した場合の手順として、解決した後の発信者へのフィードバックで完結させず、苦情内容や解決結果(解決していない場合は状況)等の公表についてもルール化することを望みたい。公表の対象は関係者だけでなく、広く第三者を対象とすることが望ましい。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
サービス管理責任者やコーディネーターが出席するグループホーム会議が適宜開催されており、利用者は意見や要望を表出している。個人的な相談は居家で話を聞いている。利用者と(世話人を含む)職員との信頼関係はできているが、時間的な制約を持ってルーティン業務を行っている世話人には時間的な余裕がなく、時には利用者の望むタイミングで相談を受けられない場合もある。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者、家族からの相談や意見には即座に対応しようとの姿勢がある。家族との連絡は「帰宅ノート」を使って行われることが多いが、重要な相談ややり取りも記載されている。このノートは最終的に家族が保管することとなるため、ホームには記録として残らない。組織的な対応を可能とする(情報を共有化する)ためにも、「帰宅ノート」でのやり取りの重要部分をホームの記録として残すことが望ましい。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
防災委員会が組織化され、利用者の安心・安全な暮らしを支援する上での制度整備が進んだ。ただ、リスク管理の責任体制が未構築のために、ヒヤリハット分析の結果や、事故報告書による再発防止の取り組みが有効に完結していないケースもある。変則的な勤務を要求される事業形態であるだけに、リスク管理の責任体制を明確にする必要がある。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
感染症や食中毒に関する予防・対応のマニュアルは整備されている。疑問や問題の発生した時には、専門性のある母体施設の看護師にアドバイスをもらっているが、世話人として必要最低限の医療的知識や技術は備えたい。吐瀉物の処理等については、看護師の指導を受けて模擬訓練を実施する等の必要もあろう。		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	障 39	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
夜間の災害発生時には、地域の協力や相互の連携が不可欠となる。年間計画に基づいて実施される防災訓練(避難訓練)には、ぜひとも地域住民の参加を呼び掛けたい。さらに、地域合同防災訓練には職員、利用者が参加し、地域指定の避難場所への避難経路を確認することも必要である。通勤や送迎中の利用者の安全確保に関しては、先方(一般就労先企業、福祉施設等)との共通認識を持つための調整が必要となる。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
標準的な業務マニュアルに加え、各ホームが業務に合わせた手順書等を完備している。各利用者には支援の留意点の記された書類があり、職員が統一した支援を行える体制を作っている。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>日々様子を見ながら見直し、変更をしている。3ヶ月に1度開催されるコーディネーター会議の中で、世話人、コーディネーター、サービス管理責任者の話し合いを行い、マニュアルに沿ったサービス提供ができているか振り返っている。マニュアルや手順に関しての定期的な見直しのルールは決まっていない。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
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		
<p>各利用者に対してアセスメントに基づいて個別支援計画の作成を行っている。困難ケースについてもその都度話し合いをして対応している。</p>		
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		
<p>月に1度モニタリングを行い、個別支援計画の内容等の状況を確認している。それに合わせて見直し、変更できる体制が取られている。利用者の相性の問題から同じホームでの生活が難しいと判断し、検討の結果、1名を他のホームに移動してもらうこととした。この住居変更が功を奏し、双方が穏やかな生活を取り戻している。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>記録様式において、利用者毎の支援計画の内容や情報は共有できている。申し送り等の内容も、コーディネーター、サービス管理責任者、管理者に伝わる仕組みができている。記録は日ごとで日報形式になっており、情報量としては不足はない。ただ、表現の統一部分ではまだ課題が残っている。</p>		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者に関する記録には多くの個人的情報が網羅されており、その取扱いについては特段の配慮を要する。それらの記録の管理については、職員には守秘義務を課して同意書を取り、利用契約書や重要事項説明書等でもその旨を明文化している。個人情報保護等についての職員意識には差異が生じており、研修等によって意識の統一を図ることが望まれる。</p>		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
<p>これまでにグループホームから独り立ちして地域に移行した例はないが、現在一般就労している1名の女性利用者が地域移行を目指して訓練している。</p>		

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			
それぞれの利用者の障害特性を考慮し、カードや写真を使ったり、本人の理解できるような言葉を使ってコミュニケーションを図っている。ホーム内の掲示物等も、利用者に分かりやすいように工夫をしている。夜間にホームを訪問した際には、意思伝達に制限のある利用者の思いを、口達者な他の利用者が代弁して通訳してくれた。意思疎通(コミュニケーション)の手段として、ホーム内には利用者相互の支え合いもある。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意思決定を尊重しようとの支援が徹底されている。利用者の要望から、ピアノ教室やエアロビ教室に通っている利用者がいる。一般就労先での行事参加はもとより、本人希望によって忘年会や新年会、社員旅行にも参加する利用者がいる。お風呂の入浴順序や洗濯物の片づけ方法、外出支援の行先等、利用者の意向を反映させて取り決めている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画で世話人や担当職員の意識を統一し、利用者のストレンクスに着目してできる限り見守りをするようにしている。しかし、時間的な制約からつい手を出してしまうケースも見られる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
その人に応じての支援計画の内容で支援をしており、エンパワメントの理念に則った特段のプログラムの用意はない。情報提供についてはホーム内で地域の情報等を提供をしている。利用者の社会的自立を助け、社会への進出を可能とするようなプログラムの開発を期待したい。			
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			
アセスメントの実施によって、利用者固有の食事形態が必要と判断される場合には個別支援計画に盛り込み、食事介助のマニュアルに沿って食事の支援をしている。疾病や体調に応じて食事が提供されており、塩分調整や主食の減量等の対応がある。			
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			
日々の会話の中で利用者の嗜好を把握できており、敢えて利用者を含んだ食事や献立に関する検討会を持つことはしていない。帰宅時間が遅い一般就労している利用者を除けば、決められた時間に利用者全員が同じ食事を摂っている。当番制で配膳の手伝いをする利用者の姿に、一般家庭と同様の雰囲気を感じた。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
一般就労している利用者は、帰宅時間が遅いために他の利用者とは時間をずらして喫食している。また、一人暮らしの訓練のために、他の利用者とは違うメニューで独自に調理をすることもある。本宅5名と離れ1名の変則的な運営ではあるが、個別支援計画によって食事の支援も円滑に行われている。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入浴時の介助方法等については共通理解をして支援をしている。変更時なども記録や申し送りがされている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者から入浴の順番に関しての意見があり、利用者を含めた話し合いを行い、利用者の意向を反映させた方法を取るこ ととなった。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の要望等を聞き、利用者のプライバシーの保護を念頭に置いて、快適な入浴が可能となるよう環境を整えている。 現時点では、ハード面の問題は発生していない。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
排泄に関しての自立度の高い利用者もおり、個別の対応が必要な利用者は個別支援計画に配慮すべき留意点を記して いることから、標準的な実施方法を定めたマニュアル等の整備はない。排泄支援に関しては、多くの利用者のプライバシー への配慮が必要となる。プライバシー保護の精神を盛り込んだ排泄介助のマニュアル化を望みたい。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
それぞれのホームの状況(利用者の特性、状態)に合わせて、手すりの設置や暖房便座などの対応をしている。掃除は毎 日行われているので清潔に保たれている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者から助言を要求されれば世話人が対応するが、通常は利用者が自身の好みで衣服を選んでいる。自身で選択でき ない利用者の場合には、意向に合うように世話人や担当職員が準備をしている。衣服購買の必要がある時には、職員が買 い物支援等で対応している。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
汚れたり理破損したりした衣服は、その都度着替えている。汚れや破損の程度によって、更衣の必要か否かの判断に職員 ごとの差異が出ないよう、業務手順を定めて最低限の統一した基準を持つことが望ましい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者本人の希望を尊重した対応ができています。必要な場合には相談にも乗っているが、利用者が女性として、その年齢にふさわしい服装や髪形、カラーリング、化粧等について、社会通念上許される限度等の指導には至っていない。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地域の美容院を馴染みのお店として利用している利用者があり、依頼があれば美容院への付き添いを行っている。利用者と美容院のスタッフとの間に入って、様々な調整もこなしている。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者全員が個室での対応であり、プライバシーは確保されている。夜間の対応(排泄介助等)が必要な利用者については、個別支援計画に取り上げて支援している。寝具等については利用者の希望に合わせて好きなものを使ってもらっている。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者に応じて健康管理、バイタルチェックを行っている。制度として健康診断を年2回、歯科検診を年1回、インフルエンザ予防接種が決められており、毎年実施されている。歯科検診は、職員も一緒に歯磨き指導を受けている。利用者の急変時には、提携医療機関や母体施設の看護師に連絡して指示を仰いでいるが、世話人の一人ひとりが、必要最低限の医療的知識や対処の技術を習得することを望みたい。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
体調の変化等があった場合には、協力医療機関に受診して母体施設の看護師との連携を取っている。緊急時の対応等の研修も行っている。		
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
フェイスシートに服用の薬等の記載があり、処方箋も保管されていた。母体施設の看護師より各ホームのコーディネーターへ薬の管理が任されており、薬の管理の責任が明確になっている。誤薬時などの対応は決められていたが、さらに詳細なマニュアルとすべく見直しが必要である。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
地域行事やイベント等の情報提供をし、利用者の希望を聞いて参加している。法人が運営していた移動支援事業が廃止となったことにより、(他法人の)移動支援事業所を利用して余暇活動をする機会が減っている。		

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>外出支援のマニュアルはなく、外出時のルールについてはその都度決めている。地域行事や他法人のイベントなどの情報も提供し、できる限り希望に添えるように対応しているが、移動支援事業所との連携が図られずに、利用者の思い通りの外出ができないこともある。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>外泊に関するルールは決められておらず、利用者からの要望が出る都度家族に連絡して、外泊受け入れの可否を決定してもらっている。利用者の高齢化が問題になっているが、家族の高齢化はさらに深刻度を増しており、家族の都合によって年々帰省の受け入れを拒まれるケースが増えている。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
<p>グループホーム共通の預り金管理規程があり、規程に基づいて適切に管理をしている。利用者一人ひとりに金銭管理上の能力差があり、小遣い帳の管理等、個人の対応能力や状況に合わせて管理方法を工夫をしている。金銭感覚を磨いたり、お金を使うことの支援に関しては、特段のプログラムの用意がない。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の希望に沿って対応しており、テレビ等はほとんどの利用者が個人で所有して居室に持ち込んでいる。新聞、雑誌の購読に関しても、特段の規制や条件は設定されていない。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の希望に合わせて飲酒、喫煙を認めているが、飲酒、喫煙等の弊害や健康面等も考慮して助言をしている。現在では、ほとんどの利用者について飲酒、喫煙がなく、問題としては上がっていない。</p>		