

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：フレンドホームこすも	種別：共同生活援助
代表者氏名：川崎 純夫	定員（利用人数）：18名（16名）
所在地：愛知県小牧市池之内1270番地1	
TEL：0568-78-1919	
ホームページ：	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成 16年 4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：24名
専門職員	（サービス管理責任者）1名（社会福祉士）3名
	（世話人）3名（介護福祉士）4名
	（生活支援員）20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。
- ・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。
- ・『フレンドホームこすも』を構成する4棟の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、楽しむことの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

◆本体施設との連携

利用者の活動、職員シフト、運営管理等、多くの点で本体施設との連携が保たれ、円滑に機能している。利用者の体調の変化にも、本体施設の看護師資格を持つ職員がフォローし、適切な助言をしたり、医療機関との連携をサポートしている。

◆利用者の主体的な活動の尊重

各ホームのコーディネーターが中心となり、利用者が希望する主体的な活動を提供できるよう、側面的に支援している。具体的には、利用者がピアノ教室やエアロビ教室に通ったり、就労先の忘年会や新年会、社員旅行に参加したり、友人と外出する機会を作る等でホームの生活に潤いをもたらしている。大型入所施設にはない、グループホームならではの“自己実現”である。3年に1回、グループホーム利用者全員が参加する旅行を実施するなど、各ホームがそれぞれ特徴を持ち、利用者ニーズに沿った効果的な運営が展開している。

◇改善を求められる点

◆ホーム毎の運営目標設定

フレンドホーム「こすも」は、4棟（4ホーム）の定員18名構成である。ホーム毎に利用者のニーズや障害特性、支援の程度が異なっている。さらに、ホームが立地する地域の特性も違う。しかし、事業計画は「こすも」として全体を包括したものしか策定されていない。事業計画に限らず、ホーム毎に具体的な運営目標が掲げられると、より利用者個々の主体性を育む有効な支援に結びつこう。それぞれのホームに適した独自の事業計画の策定が望まれる。

◆災害時の利用者の安全確保

法人に防災委員会が立ち上がり、利用者の安心・安全な暮らしの支援に資することとなった。現在作成中の防災マニュアルに基づいて、各ホーム毎の防災体制を整備する必要性が出てきた。利用者が移動中に発生した災害への対処は、本体施設や関連先（勤務先等）と連携した防災訓練の実施や、机上での想定訓練が必要である。夜間の災害発生時は地域との連携が不可欠であり、地域との連携体制の構築を急ぐ必要がある。実際に利用者と連れ立って歩き、避難場所への避難経路の確認をしておくことも望みたい。

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。その一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。

(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		
理念、基本指針はパンフレット、ホームページに記載され、各ホームにも掲示してあり周知されている。利用者には、分かりやすく支援の中で伝えている。		

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		
経営環境や福祉業界の状況を管理者がいち早くつかみ、分析している。また、自立支援協議会や相談支援事業所を通じて潜在的利用者の状況等の情報をつかんでおり、先を見据えて対処することが可能となっている。		
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		
ホーム毎の細かな課題はコーディネーター会を通じて運営会議で検討され、重要事項は理事会に上げている。主たる課題は慢性的な人材不足で、改善に向けての具体的な取り組みが望まれる。		

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		
法人全体の中長期計画の中に含まれる。ホーム単独の具体的な計画は策定されておらず、ビジョンの明示が必要である。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
「こすも」としての年度計画が策定されているが、数値を示すような具体的なものではなく、基本指針に近い形となっている。個別性、具体性に乏しいため今後の課題となる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は「こすも」全体のものが策定されている。ホーム毎に利用者のニーズや障害程度が異なることもあり、それぞれのホームに適した独自の事業計画の策定が望まれる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
家族会で年度計画を詳細に説明し、理解を得ている。家族会が法人全体の構成であり、利用者の多くが日中事業所を利用しているため共通事項も多いが、ホーム毎の仔細な計画提示を考えたい。			

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	
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 ・ ㉑ ・ 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が中心となり、意見集約や改善事項の周知を行ってサービスの質の向上を図っている。ホームでは、自治会に替わるシステムとして、コーディネーターが入る利用者会議が月に1回程度行われ、サービスアップに結びつけている。ただし、サービス評価については、ケース毎の検証以外は組織的には実施されていない。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
PDCAサイクルのシステムとしては本体組織と同様の運用を図っている。サービス評価と改善策の実施は、大きな課題が生じた時以外に計画的に行われることはない。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
職員組織図(「平成27年度あいち清光会組織図」)を周知し、各職員の役割を明確にしている。管理者自身の役割や責任表明については明確にはなされず、さらなる周知の必要性を感じる。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
社労士による労務管理のアドバイスを受けたり、管理者自らがセミナーに参加する等、必要な情報収集を行って職員に周知している。			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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			
管理者は多くの見識をもって具体的な指示、指導を行っている。また、コーディネーターが個々の職員の意見聴取を行い、その情報を基に管理者が対応している。専属の世話人(非常勤職員)への研修等、資質向上の取り組み体制は未整備の状態であり、課題として残る。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
社労士、TKCのアドバイスを受けながら経営改善を進めている。職員の人員配置やローテーションに苦慮しており、グループホームの人事管理に関しては、経営改善に特化した活動はなされていない。			

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			
慢性的な人材不足に対し、ハローワークでの求人や就職フェアへの出店などに取り組んでいる。職員定着への具体的な対策や計画的な人材確保の計画が必要である。			
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			
目標管理での単年度目標の評価が実施されている。キャリアパスの導入や昇格要件の明示がなく、人事考課も実施されていないため、職員自身が将来像を描きにくく、目標も立てにくい状況である。			
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			

II-2-(2)-①	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			
有給休暇の取得のしやすさや他の休暇制度の構築、福利厚生面の充実から、職員にとっては働きやすい職場である。また、産業医によるメンタルケアのシステムもある。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
自己啓発シートでの目標管理では、中間面談による確認、修正が課題となる。新任OJTの制度は効果を発揮しており、また職員全員に対して内部・外部ともに研修の機会が確保されている。			
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			
研修計画による計画的な研修機会を確保し、研修の評価まで実施している。組織として期待する職員像が明示されておらず、将来的な自己目標が立てにくい点は要検討事項であり、キャリアパス制度の導入を前提とした検討が急がれる。			
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			
新任職員に対するOJTをはじめ研修参加を勧めているが、意欲的に取り組めない職員も存在する。変則的な勤務体制を余儀なくされる職場事情であり、高いレベルの均一的なサービスを提供しようとする上では課題は残る。			
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			
実習生の受け入れ依頼はなく、これまでに実績もない。現在及び近未来の障害者福祉の業界の動向を考慮すれば、グループホームでの実習の必要性は高い。受け入れマニュアルの整備、積極的な受け入れへの具体的取り組みが望まれる。			

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
ホームページによる情報公開を行っており、第三者評価も定期的に受審している。苦情解決についてはシステムはあるものの運用実績がなく、第三者への公表の仕組みも構築されていない。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
TKCによる財務管理がなされ、適正化を目指している。公認会計士や税理士等の専門家による外部監査がなされておらず、透明性が完全に担保されているとは言い切れない。			

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の祭りや行事、催し物は、各ホームにチラシを配布する等の支援を実施して参加に結びつけている。通院や買い物も地域にある施設や店舗を利用し、地域との良好な関係を保っている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
受け入れ要領を整備してボランティアへの間口は開けているが、実際の受け入れはない状況である。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
小牧市と犬山市の事業所マップに事業所を記載している。県・知的障害者福祉協会地域支援部会で情報を得て、他法人のホームの状況を把握している。それらの情報は職員間で共有している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
見学会、相談窓口を設けて地域へアピールしている。利用者は地域に出て行くが、地域からホームへの人の流れが希薄であり、地位交流、連携の点で課題が残る。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
地域の福祉ニーズをも考慮したグループホームの増設計画がある。利用者の地域活動への参加はあるものの、民生委員・児童委員との連携や機能還元、地域貢献といった点での取り組みに欠ける。			

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			
理念や基本方針において利用者を尊重した福祉サービスの提供を明示しており、「支援者心得12条」で職員が共通の理解で支援に望む体制を整備している。虐待防止委員会を新たに立ち上げ、利用者の基本的人権に配慮した取り組みの充実を図っている。			
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			
職員行動規範において規定しており、現在具体的な内容について見直し中である。虐待防止委員会の取り組みにおいて、プライバシー保護や虐待防止等の権利擁護に関する規程・マニュアルの整備が望まれる。			
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	a ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレット、事業展開図にて情報を提供しており、見学者にも随時対応している。地域(潜在的な利用希望者)への理解や浸透にも工夫を望みたい。			
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			
運営規程や重要事項説明書、契約書により丁寧に説明し、同意を得た上で開始・変更をしている。意思決定困難で適切な保護者がいない利用者については、成年後見制度の利用を促している。			
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			
福祉サービスの変更に当たっては、継続性に配慮した内容で引き継ぐようにしているが、現在のところ事例がない。今後の事例発生に備え、対応手順や引き継ぎ様式の制定等を検討されたい。			
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 ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント			
年度初めのアセスメント時に、利用者のニーズの聞き取りをしている。日常生活の中での利用者との会話を通して思いを汲み取り、コーディネーター会議にてその思いを実現できるよう取り組んでいる。アセスメント時以外にも、利用者満足に関する調査を定期的に行うことが望まれる。			

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		
苦情解決のシステムを分かりやすくホームに掲載している。各分野ごとに苦情担当者を配置し、できるだけ多くの窓口を広げて対応している。保護者には「帰宅ノート」や家族会を通し、いつでも苦情を受け付けていることを説明している。苦情内容や解決結果等の公表について、ホームでの取り扱いを検討することが望まれる。		
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	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を始め世話人や日中活動の職員は、常日頃から利用者との信頼関係を築き相談をしやすい環境を作っており、利用者にもその旨を伝えている。他人に聞かれない話をする場合の適切な場所について、ホームの構造上用意できない場合があるが、その場合の対応に関してルールを作り、世話人(担当者)毎に対応の違いが出ないような配慮を望みたい。		
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		
各ホームのコーディネーターが迅速に対応し、グループホーム会議を通して検討している。各ホームが組織的に対応できるように、より詳細な対応マニュアルの整備が望まれる。		
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		
事故発生時の対応と安全確保のためのマニュアルが作成されており、ヒヤリハット報告や事故報告書の提出を受けて職員への啓発を行っている。事故の未然防止のため、ヒヤリハット事例の分析を行ったり、事故防止対策の実効性の検証(同様の事故が再発していないことの確認)を行うことが望まれる。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
本体施設に衛生委員会を設置しており、感染予防マニュアルが作成されている。各ホームにもマニュアルを置き、マニュアルに従った対応ができるよう周知している。本体施設で行っている研修会への世話人の参加や、衛生委員会の取り組みの周知をより一層図ることが望まれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
本体施設に防災委員会を設置しており、ホームも合わせて詳細な防災マニュアルを作成中である。現在は、年3回避難訓練を行い、3日分の食糧の備蓄と防災ヘルメット、防災頭巾を配備している。避難訓練では本体施設との連携体制の確認や、ホームごとの地域の避難場所への避難経路を確認することも必要と思われる。		

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
各ホームごとに、支援の内容や留意点を文書化したマニュアルが作成されている。職員が統一して支援が行えるよう、利用者ごとの支援の留意点や食事・入浴等の業務手順を定め実施している。		

	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の様子を見ながら、必要に応じてコーディネーター会議等で実施方法の変更を検討している。標準的な実施方法の見直しについては、“必要に応じて”の見直しにとどまらず、“定期的に”検証と見直しを図ることが望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>各利用者ごとのアセスメントに基づいて個別支援計画を立てている。毎月モニタリングを行い、進捗状況を確認している。支援困難ケースについては、その都度話し合いの場を設け、統一した支援を心掛けている。</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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>個別支援計画は定められた手順で定期的に評価・見直しを行い、変更・継続・中止を検討している。緊急に支援計画を変更する場合は、コーディネーター会議等で検討し、利用者・保護者に同意を取った上で、職員間で確認して変更している。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>パソコンの管理ソフトにより利用者への支援の内容を毎日記録しており、ネットワークシステムにより職員間で情報を共有している。申し送り事項等も各ホームの世話人が共有できるようファイルにしており、世話人からの申し送りがコーディネーター、サービス管理責任者、管理者に伝わる仕組みがある。記録の表現方法については、職員間で差異の生じることもあるため、記録要領等により統一を図ることが望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の個人情報の取り扱いや、守秘義務の徹底については、運営規程や重要事項説明書等に明記しており、職員が常に意識して個人情報を扱うよう会議等で周知している。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者や保護者の要望を聞き、家族会等で情報提供するようにしているが、グループホームからの移行については事例がない。</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			
利用者とのコミュニケーションを確保するために、カードを使ったり、話し言葉を工夫したりしている。相手によって話ができたりできなかったりするの、担当職員だけでなく様々な職員が関わりながら、思いを引き出すようにしている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
各ホームのコーディネーターが中心となり、利用者の主体的な活動を引き出すようにしている。具体的には、ピアノ教室やエアロビ教室に通ったり、就労先の忘年会や新年会、社員旅行に参加したり、友人と外出する機会を作る等している。また、3年に1回、ホーム利用者全員が参加する旅行を実施している。この時の行先の決定についても、利用者の意向が最優先されている。			
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			
自分でできることはできるだけ自分で行えるよう、身守りの姿勢を取るようしており、必要な場合のみ支援するようにしている。時間に追われ、職員によっては手を出し過ぎてしまうこともある。自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるような支援の充実が望まれる。			
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			
利用者の趣味や好み、強味を引き出して個別支援計画を作成しており、計画に基づいて生活力を高めるようなプログラムを提供している。エンパワメントの理念をさらに推進するために、地域を巻き込んだプログラムの開発が望まれる。			
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			
利用者の興味、嗜好、能力(嚥下、咀嚼)に応じて個別支援計画を作成し、食事介助などのマニュアルにより食事サービスを提供している。家庭的な雰囲気の中で、利用者の体調に応じて適切な対応をしている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームによって日々の献立は変わるが、基本として、できるだけ利用者の希望に沿ったメニューで提供するようにしている。宅配を利用するホームでは、昼食と夕食が同じものにならないよう配慮している。適温の食事を提供しており、季節に合わせた食材、野菜や果物を多く提供して健康管理面での配慮をしている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
喫食環境はホームによって多少異なるが、それぞれのホームが家庭的な雰囲気を大切にしている。ホームに帰ってくる時間に差がある利用者にも、帰宅時間等を事前に打ち合わせて適温の食事を提供している。			

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		
入浴はそれぞれの利用者に合わせた介助方法があるため、職員が共通の理解を持って支援にあたっている。		
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		
入浴は設定された時間以外でも、必要に応じて入ることができる。湯の温度が高めが好きな人や、湯の量が多めが好きな人等、利用者の希望に応じ、相談しながら順番を決めている。		
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		
浴室や脱衣室等の設備はホームによって多少違うが、日々利用するの中で適切な環境となるよう努めている。脱衣室には扇風機や暖房設備を置く等の工夫をしており、プライバシーについても守られている。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
排泄介助マニュアルはないが、個別の対応マニュアルにより排泄支援しており、所定の記録用紙に排泄の状況等を記録している。		
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利用者の状態に合わせ、手すりなどの設備を整えている。掃除は毎日行い、汚れたらすぐ対応するようにしている。便座は、ウォーマータイプになっている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
基本的に衣類は利用者の好みに合わせ選んでおり、自分で選択できない場合は、個性、好み、年齢に合わせたものを世話人が選ぶようにしている。		
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		
業務手順として用意していないが、汚れたり破損したら着替えをするように決め、利用者に合わせて対応をしている。汚れや破損の程度によって着替えの必要性についての可否判断が、世話人(職員)毎にバラつきを生じないよう、統一可能な部分の標準化(ルール決め)が望まれる。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の希望に応じた髪型や化粧を提供できるように配慮している。世話人業務は限られた時間の中でルーティン化されており、利用者とゆっくり接する時間的な余裕がなく、利用者一人ひとりについての整容について、相談に乗ったり、アドバイスをすることには限界がある。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
理・美容店の利用について、馴染みの店を持っている利用者もあり、必要に応じて送迎や同行をしている。理・美容店のスタッフには、必要に応じて協力が得られるように連絡を取っている。		
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		
利用者は一人部屋で自分の好みの寝具を利用しており、安眠できるよう配慮している。排泄介助が必要な場合や睡眠の乱れがある場合には、個別支援計画に取り上げて支援しており、個別に対応したことに関しては所定の記録用紙に記録して申し送りをしている。		
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		
定期的に健康診断や歯科検診を行い、インフルエンザの予防接種を行っている。週1回体重測定を行っており、利用者毎に血圧測定、検温を行っている。定期的に医師・看護師による健康相談を受けることができる。世話人(担当職員)によって、これまでの経験や医療的な知識、技術に差があり、一定水準の知識や技術の習得の機会を設けることが望ましい。		
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		
体調の変調があれば、昼夜を問わず協力医療機関に受診ができる。必要に応じて、本体施設の協力(看護師の助言、通院の付き添い等)を得ることができる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者ごとに処方されている薬については、フェイスシートに記入しており、処方箋も一緒に管理している。管理は看護師から各ホームのコーディネーターに任せ、ホームで責任を持って管理している。使用に誤りがあった場合は、マニュアルに従って直ちに看護師に相談し、必要に応じて医療機関に相談するようにしている。誤薬は人命にも係わることであり、引き続き、誤薬等の防止対策について万全を期すことが望まれる。		
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		
余暇・レクリエーションの実施にあたっては、利用者に希望を聞いたり、普段の話の中から希望を汲み取って、希望に応えるようにしている。他施設の行事や、地域の催し物の情報を提供し希望に応じて参加している。地域の社会資源の利用が十分には図られていない。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の希望に応じて個別の外出支援を行っている。外出時のルールは利用者ごとで取り決めており、外出の都度確認してから出かけている。個別支援を充実するためヘルパー利用をしているが、移動支援の利用が十分できないため、個別の外出支援に希望通りには対応できない場合がある。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の希望に応じて自宅へ外泊しているが、キーパーソンの高齢化等、家族の側にもさまざまな事情があり、利用者の希望通りにならない場合もある。利用者の希望と受け入れる家族の事情を調整し、相談しながら外泊の可否を決めている。		
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		
「預り金管理規程」に基づいて適正に管理している。自分で管理している利用者については、こづかい帳をつけて世話人が確認をしており、毎月管理者が再確認している。現金の管理には、簡易金庫を使用しているが、ない場合は机の引き出しに鍵をつけて管理している。		
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		
新聞・雑誌は個人で自由に購入できる。テレビは各個人で所有しており、BSやDVDも希望に応じて設置している。自由に視聴ができる。		
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		
各ホームで飲酒やたばこのルールを決め、利用者の希望にできるだけ応えるようにしている。酒やたばこの害について、助言し調整することがある。		