

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11月12日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：GHCびさい	種別：共同生活援助	
代表者氏名：橋本昭一	定員（利用人数）：17名	
所在地：愛知県一宮市祐久字九百坪97番地		
TEL：0586-68-6505		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成22年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 樫の木福祉会		
職員数	常勤職員： 18名	
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者) 1名
	(社会福祉士) 2名	(精神保健福祉士) 2名
	(介護福祉士) 1名	(看護師) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 17室	(設備等) 天井走行リフト
		スプリンクラー

③理念・基本方針

<p>◆基本方針◆ 障害のある方が、地域で生活する上で、安心安全な生活環境が整っている事。居心地のよい生活環境である事。特別な生活でなく、平凡な生活がそこにあること。ひとりひとりの希望や思いが実現できる暮らしである事。</p>
--

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>重症心身障害や行動障害のあるかたが多く利用され、保護者とも何度も話し合いを重ねたホームとして開設。建物を本人の障害特性にあわせた工夫をしている。</p>

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 8月 3日 (契約日) ~ 平成28年 5月 24日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3回 (平成25年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者のリーダーシップ

バックアップ施設の管理者がグループホーム事業所の管理者を兼務していた時期が長かったが、管理者の兼務体制が解け、やっと組織的な動きが見られるようになった。管理者（代理）サービス管理責任者、支援員、世話人と連なる組織の運営体制は明確になった。管理者（代理）は職員や世話人からも信頼を得ており、強い責任感とリーダーシップを併せ持っている。職員の採用には苦労したが、やっと人材も揃ってきた。これで業務改善に本格的に取り組む態勢が整った。

◆ニーズの多様化に 대응

障害者の地域移行の旗手として誕生したグループホームであるが、時の流れと共に多様化する地域ニーズに応えるため、様々な形の運営形態をとって対応している。今回評価でサンプリングした「さつきの家、かえでの家」は、片方を重症心身障害者が利用し、もう一方には強度行動障害を持つ利用者が入居している。医療依存度の高い利用者もいることから看護師の配置は必須であり、全員の食事介助、2名体制の入浴介助が必要であり、手厚い職員配置で臨んでいる。

◆地域の障害者理解

自治会に加入しており、神社の掃除などの自治会活動に利用者も参加する。利用者が積極的に地域に出て、地域の障害者理解を深めるために頑張っている。散歩や買い物に外出すると、行き交う人から挨拶の言葉が掛かるようになった。重症心身障害者を対象とするホームの利用者全員が知多半島まで出かけた。時間はかかったが、先方の配慮もあって楽しく食事を摂ることができた。あちら、こちらで、確実に障害者理解が進んでいる。

◇改善を求められる点

◆慢性的な職員不足の解消を

法人のグループホーム事業は、15棟のグループホームを3事業所に組み分けして管理している。15棟のグループホームは定員もまちまちで、自立度の高いホームや医療依存度が高いホーム等、千差万別である。ところが、事業計画は3事業所15棟を丸めて一本化して策定されている。ホームごとに活動の内容は違うはずである。であるならば、事業所別、ホーム別の事業計画があつてしかるべきであり、事業活動に見合った事業計画の策定が望まれる。

◆ボランティアの有効活用

夜の支援を主体とするグループホームであることから、ボランティアの受け入れは積極的には行っていない。重症心身障害者の利用するホームで、夕食と入浴の支援が重なる忙しい時間帯にボランティアの働く姿を確認したが、余暇の支援や外出の支援にもボランティアの有効活用が望まれる。ボランティアの存在が、障害を持った利用者の行動半径を幾倍にも広げてくれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

通常の日中活動支援事業所（生活介護・就労継続支援B型等）に比べ、グループホーム（共同生活援助）の歴史はまだまだ短い。当初のホームは、保護的なイメージの濃いものでしたが、近年は地域に対し積極的、開放的な機能が求められています。例えば、評価結果Ⅲ-3-(1)-④のコメントに「障害を持った利用者を積極的に受け入れる社会を創る取り組み云々」というくだりがありました。これは大変難しいことですが、けだしあらゆる人に優しい地域を創造する主体は、しょうがい者その人自身である、という糸賀一雄先生のあの絶対理念を示唆しているように思います。生活において居心地の良さというのは、物理的環境だけではなく、寧ろ人間的環境に左右される影響の方が遥かに大きいものがあります。しょうがい者にとっては、直接介護に携わるスタッフであったりしますが、実は施設やホームをとりまく場所の風土というか地域性という条件もまた、居心地の良さに深く関わってきます。利用者さんと散歩しているときに、ご近所から気持の良い挨拶やあたたかい眼差しが返ってくる。かような対人的体験は、わたしたちの存在そのものや創造的活動全体が社会から肯定され、恰も柔らかに包み込む羊水に守られているかのような感覚を惹起します。ホームでの生活全体を最も原初的にそして最も基底的に支える条件とは、実はこうした絶対的安心感の把握によってもたらされるものであると考えます。而も、前述の積極的な福祉社会の創出の主体は、紛れもなくしょうがい者の人たちである、ということです。

さて、さしあたり今回の評価結果の一部だけを切り取り、以上のようにコメントさせていただきました。ありがとうございました。

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。

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			
法人の理念や基本方針は明確になっている。ほとんどの利用者が日中の支援を同法人の他事業所で受けており、理念等の周知は日中活動の方からも得られている。保護者に関しても同様であり、「親亡き後」の利用者をグループホームに託すに当たっては、法人や理念、事業の内容等を十分に考察し、理解した上での決断であろう。			

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			
県のホームページや市の自立支援協議会から情報を得、さらに法人の相談支援事業所や後方支援の「かしの木の会」からも有効な情報、データを収集している。これまでの混沌としていた法人のグループホーム事業が、整然とした形を見せ始めている。			
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			
当面の課題を、「サービスの質の確保(職員の育成)」、「医療的ケアの提供」、「保護者の高齢化」、「余暇支援のための支援者開拓」とし、障害の重い利用者に対しても「意思決定の支援」を提供しようとしている。不足気味であった職員も揃ってきて、これから課題の具体的な取り組みに入っていくところである。			

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人が策定した中・長期計画の「居住支援部会」の部分を準用しており、事業所としての中・長期計画は策定していない。大きな流れとしてグループホームの増設計画があるが、様々な事情から詳細なプランは明確にされていない。			

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			
法人のグループホーム事業は、15棟のグループホームを3事業所に組み分けして管理している。15棟のグループホームは定員もまちまちで、自立度の高い利用者が暮らすホームや、医療依存度が高い利用者を対象としたホーム等、千差万別である。ところが、事業計画は3事業所15棟を丸めて一本化して策定されている。ホームごとに活動の内容は違うはずである。であるならば、事業所別、ホーム別の事業計画があつてしかるべきである。事業活動に見合った事業計画の策定が望まれる。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
勤務形態が変則で勤務場所も分かれており、職員が一堂に会して日常的に会議を開くことは不可能に近い。サービス管理責任者が職員や世話人の意見を聞き取り、それを集約して管理者と検討し事業計画に組み上げている。総論的な事業計画にならざるを得ず、各論的な部分については該当しないホームも出てくる。職員、世話人への周知は不十分である。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
グループホームの事業について、日中活動の事業所の保護者会や「かしの木の会」(母体団体・親の会)の総会に出向いて管理者が説明している。しかし、関心を示さない保護者がいることも事実である。			

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			
これまでも第三者評価を継続的に受審してきたが、今回は職員にも自己評価に参加してもらい、自らの業務内容を振り返る機会とした。職員によっては、自己評価を実施する中で様々な気づきを得ており、その気づきを日常の支援の中で活かしていくことを期待したい。			
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			
抽出した課題は事業計画の重点目標として取り組む仕組みがある。前回評価で挙げられたいくつかの課題(夜間を想定した防災訓練の実施、勉強会による意識統一、職員・世話人の連携強化等)は、実際に事業計画に盛り込まれている。しかし、それぞれの課題に対して、責任者や改善の期限を明確にしたり、スケジュールを作成する等の計画性はない。			

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 ㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
バックアップ施設の管理者がグループホーム事業所の管理者を兼務していた時期が長かったが、管理者の兼務体制が解けて、やっと組織的な動きが見られるようになった。管理者(代理)は職員や世話人からも信頼を得ており、強い責任感をも持ち合わせている。		
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 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
たび重なる制度改正や新たな法令の施行等、グループホーム運営に関する外部研修には積極的に参加しようとの意識を持っている。内部での勉強会が開催されるようになったが、職員、世話人への周知・理解には今しばらくの時間がかかる。		
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		
サービスの質の向上のためには、職員個々の資質の向上が必須として、職員や世話人の外部研修への参加を促している。業務の都合で研修参加が思うにまかせず、実効を挙げるに至っていない。		
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		
管理者、サービス管理責任者、支援員、世話人と連なる組織の運営体制は明確になった。人材も揃ってきており、いよいよ業務改善に本格的に取り組む時期となった。次年度の事業計画にその取り組みの具体策を示してもらいたい。		

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		
計画的な人材確保や定着対策は取られておらず、離職者の穴を補充する採用活動が主となっている。法人内に人事検討委員会が組織されたが、委員会が機能して職員の安定雇用のための有効な施策が打たれることを期待したい。		
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		
法人の人事部門の機能発揮がなく、これまでには何度も人事考課制度の導入、中断を繰り返している。キャリアパスも運用されていないことから、職員が自らの将来の姿を思い描くことができず、自らを見極めることができない状態である。早期離職者が多いことや職員雇用の不安定さは、このあたりに遠因がありそうである。誕生したばかりの人事検討委員会に期待を掛けざるを得ない。		

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			
変則勤務を強いられる職場環境であり、定期的な会議の開催は難しいが、何とか時間を調整して開催するところまで漕ぎつけた。この会議を形骸化させず、職種の違いを超えて何でも話し合える場としてほしい。メンタルヘルスの“きも”は、思いを心底に押し込めずに吐き出すことにある。管理者にはそれを受け止め、受け入れるだけの力がある。			
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			
ホーム内研修では管理者が講師を務め、パワーポイント等も活用して職員の資質の底上げを期している。個別の面談においても、就労面に関することを含めて親身に話し合い、信頼関係を築いて人材育成につなげようとしている。法人主導の人事制度の構築と連動して、事業所単位での目標管理の仕組みが導入されることを望みたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人としての職位別、階層別等の研修体系が構築されていない。実施される研修自体も単発で、人材育成の面よりも即戦力としての効果を狙った感が強い。研修実施後にはレポートやアンケートが提出されているが、それらを有効に活用して教育・研修の必要性評価に資しているとも思えない。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人としての職位別、階層別等の研修体系が構築されていないことから、研修の基本は「自己啓発」となっている。管理者から適切な研修への参加要請が案内されるが、職員意識(自己啓発)の差が研修参加の頻度の差となって現れている。世話人に対する研修や世話人会議も計画倒れになることが多い。			
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 ・ ㉠
評価機関のコメント			
実習生の受け入れはない。現行法の執行が続く限り、グループホームの必要性が増すのは火を見るより明らか。現実に当法人においても、大型入所施設の受け入れ利用者を大きく上回るグループホーム居住者がいる。福祉職を志す学生が障害者施設に配属される場合、グループホームに係わる業務に就く可能性はかなり高い。支援の内容や難しさ、意義や目的等々、正しい知識を学生のうちに身に付けることが肝要と思える。母体施設との連携を含め、受け入れの可能性を探ってほしい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
パンフレットやホームページを使って事業内容を紹介している。第三者評価を継続して受審し、事業の透明性を担保している。課題は、苦情等を受け付けた時の公表システムが未構築であること。苦情の内容や改善の結果、対応の状況等を苦情申立人等の利害関係者にフィードバックするだけでなく、広く社会一般に公表することが求められる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
公認会計士や税理士による定期的な外部監査の実施はない。しかし、内部監査の機能が発揮されており、専門的な知識を有する2名の法人監事によって法人内の全事業所全部門に監査の目が入っている。不適合部分の指摘にとどまらず、改善や是正のための指導・アドバイスも行われている。			

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			
自治会に加入し、利用者が積極的に地域に出て、地域の障害者理解を深めるために頑張っている。散歩や買い物に外出すると、行き交う人から挨拶の言葉を掛けられるようになった。重症心身障害者を対象とするホームの利用者全員が知多半島まで出かけた。時間はかかったが、先方の配慮もあって楽しく食事を摂ることができた。あちら、こちらで、障害者理解が進んでいる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
夜の支援を主体とするグループホームであることから、ボランティアの受け入れは積極的には行っていない。重症心身障害者の利用するホームで、夕食と入浴の支援が重なる忙しい時間帯にボランティアの働く姿を確認したが、余暇の支援や外出の支援にもボランティアの有効活用が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
日々の支援の中で必要な関係先については事務室に掲示してある。利用者の出向く先が、一般就労の企業、複数の通所作業所、通所の療育施設等々複雑であり、送り出し、受け入れには神経を使っている。市内の他法人のグループホーム事業所とのネットワークが構築されており、法人の相談支援事業所とも密な連携が図られている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ホームそのものを利用した地域貢献はないが、買い物は極力地元の商店やスーパーマーケット、コンビニエンスストアを利用するように心がけている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「かしの木の会」への加入の如何を問わず、グループホームの利用希望があれば相談に乗っている。地域からの相談を受ける体制を敷き、ホーム周辺の地域を対象に連絡先を記した年賀状を配った。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの提供を明示しており、「倫理綱領」を始めとして基本的人権を守るための職員研修が行われている。変則勤務の事業所だけに、職員が共通の理解を持ってサービスを提供できるよう、更なる支援方法の統一を図ることが望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
運営規程や重要事項説明書に利用者のプライバシー保護や虐待防止について明示しており、職員研修も何度か行われているが、職員の理解度には差が見られている。規程やマニュアルを整備し、職員が統一した理解を持って支援に当たることが望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者には積極的に情報を提供し、希望があれば見学や体験を受け入れている。多くの人に関心を持ってもらうために、パンフレット等の資料を公共施設等に置くことが望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始・変更にあたっては、パンフレットや重要事項説明書・契約書により保護者を中心に説明しているが、利用者にもわかりやすい資料を作成する等の工夫が望まれる。利用者や家族には、書面で同意を得ている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
他の事業所等からの移行にあたっては、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書にて、安心してホームの生活に入れる配慮をしている。他の事業所等への移行についても、同様の配慮をしている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足の調査では、利用者から直接聞き取ることができない場合は、代弁者である保護者から意見を聴取することで把握するようにしている。重度の障害を持つ利用者の満足度の評価については、日常生活の中で利用者の笑顔が増えたのか減ったのかで評価する等、評価方法を検討してみることが望まれる。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の体制が整備されており、苦情解決の仕組みを説明した文書が掲示されている。苦情の受付から解決を図った記録が残され、申立者に結果をフィードバックしている。ここで完結させず、社会一般に苦情等の内容や改善・対応の状況等を公表することが求められる。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
重症心身障害者の利用するホームでは、利用者を代弁する形で保護者から意見を聞き取ることで、支援に反映できるものについては反映させているが、タイムリーに結果が伝わらないことがある。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
利用者や家族から相談や意見があった場合は、職員間のノートに記載して会議等で内容を検討し、問題解決を図るようにしている。職員は、日常生活の支援の中で利用者から意見が出しやすいような環境作りをしているが、意見箱の設置や保護者へのアンケート等を行うことで、幅広く意見を聞く体制を作ることが望まれる。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
毎月開催される安全衛生委員会にて、「ヒヤリハット」、「事故報告書」の事例検討が行われ、改善策・再発防止策が報告されるが、報告がタイムリーなものとなっていない場合がある。職員には、1ヶ月に1枚のヒヤリハット報告書の提出を義務付けて、事故の未然防止につなげている。リスクマネジメント体制の有効性や実効性を検証し、改善の余地について検討することが望まれる。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
感染症対策マニュアルがあり、予防や安全確保を図る体制が整備されている。職員により理解度や対応力に差があるため、繰り返しマニュアルの確認を行うとともに、実地の訓練が可能な「吐瀉物の処理」等は、模擬訓練を含んだ研修を実施することが望まれる。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
法人として、「非常災害対策計画」を作成し、毎月の避難訓練や災害時の対策に取り組んでいる。断水時の対策や、停電時の対策、防災グッズ・非常食の準備等に取り組んでいる。夜間の災害発生時には、地域の協力が不可欠となる。地域に理解を求めて協力を要請し、夜間想定防災訓練(避難訓練)の実施日には、地域住民の参加が得られるように取り組んでほしい。		

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法として支援マニュアルが文書化され整備されているが、支援マニュアルにもとづいて福祉サービスが実施されているか否かを確認する仕組みを作っていくことが望まれる。		

	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			
支援マニュアルは定期的に行われるモニタリングにより見直されているが、職員や保護者等からの意見や提案を受けて、より実効性のある支援マニュアルとなるよう見直しすることが望まれる。「適宜の見直し」だけでなく、「定期的の見直し」も必要である。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
独自の様式で作成した「サポートブック」によりアセスメントを行い、個別支援計画を作成している。個別支援計画は利用者一人ひとりのニーズを明示し、課題を整理して支援目標を設定しているが、支援計画通りにサービスが提供できているか否かを検証することが望まれる。			
	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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
担当者が利用者や保護者から聞き取りを行い、定期的に個別支援計画の見直しをしている。サービスの変更があれば担当者会議にて周知をして支援の統一を図るようにしている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の身体状況や生活状況の様子を「活動記録」に記録し、問題のある事例等があれば職員会議において報告・検討している。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、「記録要領」を作成するなどして、記録に対する意識の向上を図ることが望まれる。			
	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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個人情報の不適切な利用や漏えいに対し、職員には職員教育を実施するとともに個人情報保護に関する誓約を取り、保護者からは「個人情報提供同意書」を提出してもらっている。これまで、個人情報の取り扱いに関して問題が生じたことはない。			
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			
今回サンプリングしたグループホームは、重症心身障害者を対象としたホームと、強度行動障害を持つ利用者の住まうホームであり、当該ホームから一般の地域生活への移行は困難と思える。それ故、出来るだけグループホーム等の地域で暮らせるよう積極的に支援しており、定期的に地域の方とふれあう場を提供している。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者固有のコミュニケーション手段やサインがあり、個別のサインを見逃さないよう支援している。必要に応じてツール等を活用するなどの専門的な知識が求められており、研修等による職員の資質向上が望まれる。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者が望むこと(好きなこと)を尊重し、保護者からの意見を聞きながら活動を計画している。昨年、日帰り旅行を実施しているが、利用者の思わぬ一面を発見する機会となっている。重症心身障害者や強度行動障害を持つ利用者が利用するホームでは、全員が同じ目的を持って行動することは困難であるが、可能な限り本人の意向を尊重して対応している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の残存機能の維持・向上のため、本人が出来る行為は見守りの姿勢を保ち、体位交換や排泄・食事等で介助が必要と思われる場合に支援する方針を統一している。職員不足により支援体制が十分でない場合があるので、確実な支援体制の整備が望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
居宅介護事業所を利用し、公共交通機関を使って喫茶店、買い物、プール等の施設外の社会資源を活用した活動プログラムを数多く整備している。利用者の潜在能力を発揮させる取り組みと、障害を持った利用者を積極的に受け入れる社会を創る取り組みとの、双方を組み合わせたプログラムの開発を望みたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画に基づいて、利用者に合わせて食事が提供されている。利用者により支援方法や内容が異なるため、個別に支援マニュアルを作成している。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の嗜好を調査し、献立に反映している。季節に応じた食材を使い、適温の食事を提供している。全介助の場合、せかせか食べさせることのないよう、利用者の様子を見ながら介助している。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の体調や身体状況に応じて、食事内容や時間・場所を配慮している。定期的に給食会議を行うことが望まれる。			

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		
入浴支援マニュアルに従い、利用者に合わせて入浴介助している。重症心身障害者の利用するホームでは、利用者一人につき1時間近くの入浴時間を要し、さらに職員2名体制での介助である。夕食時間と重なり、ボランティアを含めると利用者より多い数の職員が支援を行っている。		
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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
入浴の時間や回数については、利用者と相談して決めている。設定された時間以外の入浴については、居宅介護事業所との契約もあるため難しい。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
浴室は適切なスペースを確保しており快適な環境となっているが、プライバシーの保護、配慮が出来ていない場面もあり改善が望まれる。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
利用者により排泄介助の方法・内容が異なるため、排泄介助マニュアルとしては整備していない。個別の介助内容を整理してマニュアル化することが望まれる。		
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		
身体状況に応じた構造・設備になっており、毎日清掃し清潔に保たれている。特に重症心身障害者の利用しているホームでは、ほとんどの場合に職員の介助が必要であり、介助に入る職員によってトイレの汚れは常にチェックされている。		
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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の個性や好みに応じた衣類提供をしているが、利用者によっては必ずしも好みだけで選択しない時もある。利用者の意思が確認できない場合は、これまでのパターンを参考にして職員が選んでいる。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
汚れや破損が生じたときは、速やかに交換するようにしている。衣類に特別のこだわりを持っている利用者については、うまく対応できない職員もいる。		

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
理容師資格を持った職員が理髪をしており、利用者の個性や好みを把握したうえで理髪サービスを提供している。利用者サイドの時間的な要望にも応えることが可能であり、保護者からも喜ばれている。		
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
理容店を営む保護者の方がおり、理解と協力が得られるよう連絡・調整している。定期的に居宅介護事業所に移動支援を依頼し、理容店にでかけている。理容店では、利用者の個性や好みを尊重して調髪が行われている。		
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
あるホームは、利用者・家族の要望を入れ、居室の一部をオーダーメイドできる仕組みがある。居室ごとに寝室やベッドの作りを変えており、体位交換できない利用者には電球の位置にも配慮されている。寝具は利用者に応じたものを用意している。夜間就寝中の支援体制も整備されており、体位交換やおむつ交換、不眠者への対応等がマニュアルに従って行われている。		
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		
バイタルチェックは毎日行っており、日常生活上で必要な健康管理体制が整備されているが、健康管理マニュアルの整備が望まれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
定期的に健康診断を行っており、緊急な場合には迅速に受診できる体制が整っている。24時間365日体制の看護師配置はなく、医療依存度の高い利用者は夜間には自宅に帰らざるを得ない状況がある。		
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		
服薬管理マニュアルにより、一人ひとりの利用者が服用している薬の管理から服用・確認に至るまでをチェックリストにより確認をしている。誤薬や服用忘れ等の場合の対応について、マニュアルに落とし込むことが望まれる。		
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		
話し合いやアンケートを通じて利用者の希望を把握し、利用者が楽しめる内容になるよう配慮している。重症の障害者や医療依存度の高い利用者でも利用が可能な、地域の社会資源の発掘に期待したい。		

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、居宅介護事業所の移動支援等を利用して対応しているが、保護者との話し合いを設けて外出の巾を広げる等を検討することが望まれる。外出支援に保護者の協力が得られれば、利用者の行動半径は格段に拡大されることとなる。		
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		
保護者の高齢化が進んできたり亡くなれたり、利用者の実家の状況も様変わりを見せている。家庭(保護者)の都合で外泊を断られたり、日にちが変更になったり、あるいは帰省する家そのものがなくなるといったケースが出てきた。必ずしも利用者の希望通りにならないことがある。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
預かり金については、「財産管理委託契約書」及び「日常生活金銭管理援助サービス契約書」により、適切な管理を行っているが、自己管理という形はできていない。金銭感覚を磨いたり、正しくお金を使うことを学ぶプログラムの用意が望まれる。		
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しており、リビングのテレビは利用者間で使用方法等を決めて使用している。居室への持ち込みも、ほとんど制限はしていない。		
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		
現在はタバコを吸う利用者はいないが、自分の健康や周りの人への害がないよう配慮するようにしている。飲酒については、一部の利用者には家族と話し合いをしてルールを決め、ノンアルコールビールを飲んでもらっている。		