

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16日(月) |
|---------------|----------------------|

②施設・事業所情報

| | | |
|-------------------------------|--------------|----------------|
| 名称：GHCはぎわら | 種別：共同生活援助 | |
| 代表者氏名：橋本 昭一 | 定員（利用人数）：27名 | |
| 所在地：愛知県一宮市萩原町串作字女郎花1616-3 | | |
| TEL：0586-67-1787 | | |
| ホームページ： | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日 平成19年 6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： 21名 | |
| 専門職員 | (管理者) 1名 | (サービス管理責任者) 1名 |
| | (介護福祉士) 2名 | (介護支援専門員) 1名 |
| | | |
| 施設・設備の概要 | (居室数) 室 | (設備等) |
| | | |

③理念・基本方針

| | |
|------|--|
| 理念 | ひとりひとりひかる |
| 基本方針 | <p>①個人の尊厳を尊重します。 ②自己選択・自己決定を尊重します。</p> <p>③プライバシーを尊重します。 ④財産権を尊重します。</p> <p>⑤知る権利を尊重します。 ⑥体罰・暴力・身体拘束を行いません。</p> <p>⑦質の高いサービスを受ける権利を尊重します。</p> <p>⑧意見・質問・苦情を申し立てる権利を尊重します。</p> |

④施設・事業所の特徴的な取組

一昨年度グループホームから一人暮らしに挑戦された利用者に対し、アフターフォロー（週1回の面談）を続けている。結果として、ご本人のやれることが広がり、外にできることが恐怖だった以前から、今では近所の喫茶店を廻ったり、バスに乗って外出できるようになった。

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27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

◆お店の奥さまがホームの職員に

町内会に加入し、利用者が神社の清掃やどぶ掃除等の地域活動に参加している。買い物は地域の商店やスーパーマーケット、コンビニエンスストア等を利用している。何度も顔を合わせるうちに、ある商店の奥さまと馴染みの関係ができ、意気投合して現在では奥さまがホームの職員として働く関係にまでなった。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ことも多い。

◆地域移行した後も

グループホームからひとり暮らしのアパートへ移行した利用者がいる。日常的に暮らしをバックアップしており、食事の面や、「水道の調子が悪いからちょっと来てほしい」等の相談にも迅速に対応している。この姿勢が「GHCはぎわら」の強みと言える。グループホームを卒業した利用者をも大切にするこの思いは、そのままホーム利用者を大切にするにつながついている。この強みを市内他事業所や市民にも発信して「生活モデル」の根付く地域を作っていただきたい。

◆利用者の思いを叶える支援

利用者の「やりたいこと」を可能な限り叶えようとの篤い姿勢がうかがえる。ディズニーランドやユニバーサルスタジオジャパンなどに出かけるにとどまらず、ナゴヤドームで野球観戦、ジャニーズのライブに参加する等、スタッフのフットワークの軽さが利用者の笑顔を引き出している。地域の祭りへの参加や日帰り旅行等、余暇を満喫できる支援を積極的かつ日常的に行っており、事業所の大きな強みとなっている。

◇改善を求められる点

◆改善の種子

事業所からの情報提供として、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。例えば、第三者委員会にまで上げた苦情については、そ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。苦情を「恥」と捉えず、改善の「種子」と考えれば、サービスの質の向上のためには最高の贈り物である。

◆模擬訓練で実証したいマニュアルの実効性

緊急時のマニュアルが欠落していたが、医療ケアに関するマニュアルはおおむね整備が済んでいる。服薬確認がしっかり行われており誤薬もない。感染症予防についても安全衛生委員会で情報共有がなされ、マニュアルも作成されており意識が高い。インフルエンザ等の流行時期にはホームにその予防ポイントについて記載されたチラシが掲示され、スタッフ間で啓発されている。が、望みたいことが一つ。訓練が可能な「吐瀉物の処理」等は、法人看護師等の立会いの下、実地の模擬訓練を実施してほしい。二次感染や蔓延を起こさないためにも、とっさに対応できる下準備を願いたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

GHCびさいとGHCはぎわらの理念・基本方針は表記上の違いはあるにしても、ベースは全て同一である。すなわち、利用者の生活場をサポートするには、①安心の持てる生活 ②安全を確保できる生活 ③その人のスタイルに合った生活 ④将来性・創造性のある生活 ⑤地域と繋がりを持つ生活、等の提供が重要ポイントであると考え。日中活動に対しグループホームは地味ではあるにしても、しょうがいを持つ人たちへのサポートは非常に繊細な支援形式になる。なぜなら、日中活動の目的が外界に向かっての何らかの緊張を伴う創作的・目的的・動的活動にあるのに対し、ホームにおいては利用者自身の身体面及び心理面の静的な調整すなわちリラックスこそが第一の目的であるからだ。さて、今回のGHCはぎわらの評価は、(イ)地域との密な関係性 (ロ)退所者アフターケア (ハ)レクリエーション活動等において良い結果が得られたが、偏にスタッフの理念等の理解、それを体現するスキル、それを支えるチームワークの賜物といえる。一方、(a)苦情への公表システムの構築 (b)感性予防等に関するマニュアル整備等においては改善事項として宿題をいただいた。また、それ以外にも人財育成システムの目的が、スタッフをその人格において育てるものではなく、寧ろそれが利用者支援の為のスキルアップの方向にあるのではないか、という辛口の評価もあった。グループホームのスタッフは、各々のホームにおいて単身で利用者を支援する勤務体制にならざるを得ない現況があり、チームの中で相互に励まし合い、牽制し合い、評価し合いながら切磋琢磨することは大きな課題である。我々は、以下の各項目のように改善を目指すことが肝要である、すなわち①ホーム全体の人的な配置にゆとりがあり、緊急時に配置できるスタッフが居ること、②ホーム全体を管理するスーパーバイザーが配置され、個々のスタッフとの面談の機会があること、③定期的に、各ホームの実態をチェックする機能があること、④スタッフに研修の機会が保障されていること、⑤スタッフ相互の報告会、意見交換会の場が設定されていること、⑥他の異種事業所(日中活動系、相談系等)と交流できる機会があること、⑦スタッフに対する人事考課システムがあること、⑧定期人事異勤のシステムがあり、スタッフ本人の希望等により、ホーム勤務以外の異種事業所に異勤する機会があること、等。上記以外にもまだ列挙されるべきことはあるにしても、もはや広く・深い課題群を徐々に解消していく歩みを阻害することはできない。

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 | a ・ ⑥ ・ 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。保護者に関しては、「かしの木の会」総会等に管理者が出向いて説明している。職員、世話人に対しては、会議が開催できなかったり、研修参加が少ないこともあり、関心の薄い者も見受けられる。 | | | |

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 | 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 当面の課題を、「人材確保と人材育成」、「緊急時の対応」、「世話人の研修や会議参加」、「マニュアル等の更新」とし、管理者(代理)を中心に一丸の体制で取り組んでいる。課題の4件は、根本の要因として「職員雇用の不安定—人手不足」があることから、ここに適確な改善の手を入れる必要がある。 | | | |

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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 法人幹部や管理者が参加する会議では、法人や事業所の将来構想が話し合われるが、明文化はされていない。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。 | | | |

| | | | |
|--|---|-----|-----------|
| 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、自立度の高いホームや、医療依存度が高いホーム等、男性のホーム、女性のホームと千差万別である。ところが、事業計画は3事業所15棟を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。前年度の事業計画の評価を実施し、残された課題を次年度計画にスライドさせている。さらに、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。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。当面の課題である、「人材確保と人材育成」、「緊急時の対応」、「世話人の研修や会議参加」、「マニュアル等の更新」に関しても、今年度の事業計画に網羅されている。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、スケジュールを作成して取り組むことを望みたい。 | | | |

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 | a ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 法人が作成した「権限一覧表」があるが、職員には公表されていない。管理者(代理)が実質上の管理者業務を行っている。 | | | |
| 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 | | | |
| 内部研修には世話人にも声をかけ、コンプライアンスに関する勉強会を行った。定期的な開催には至らず、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 | ㉓ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 収入と支出の内容の洗い出しを行い、入居ルールを明確に定めた。これによってグループホームの運営体制が正常化の方向に向いてきた。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も明確になった。部分的には人材の不足感もあるが、いよいよ業務改善に本格的に取り組む時期となった。 | | | |

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 ・ ㉞ ・ 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、職員のメンタルヘルスが心配されているが、精神的な疾患で休職したり退職したりする職員は出ていない。業務がルーティン化されている世話人についてはほとんど残業はない。課題は、定期的な会議や勉強会を開けるだけの気持ちの余裕がほしい。 | | | |
| 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 ・ ㉞ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 法人主導の統一した人事考課の制度が無いことから、個別の面談において、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。面談では職員個々に課題を与え、年間を通しての業務の方向性と目標地点を示している。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機能することを望みたい。 | | | |
| 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 ・ ㉞ ・ 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。支援の現場で使える基本的な知識や技術を身に付けることを目的としている。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 ・ ㉞ ・ 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(代理)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。世話人の一部が法人の計画する研修に参加したこともあるが、世話人を対象とした研修や世話人会議は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 ・ ㉞ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 母体施設で受け入れた実習生がホームを見学に来ることはある。しかし、ほとんどの場合は利用者のいない昼間であり、ホームの支援を見るには至っていない。現在の時点では実習生の受け入れの構想はない。 | | | |

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 ・ ㉞ ・ 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。第三者委員会にまで上げた苦情については、そ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 | | | |
| 町内会に加入し、利用者が神社の清掃やどぶ掃除等の地域活動に参加している。買い物は地域の商店やスーパーマーケット、コンビニエンスストア等を利用している。何度も顔を合わせるうちに、ある商店の奥さまと馴染みの関係ができ、現在は奥さまがホームの職員として働く関係にまでなった。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ことも多い。 | | | |
| 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。ある利用者の母親がボランティアで「かしの木の会」の会員として積極的に活動している。 | | | |
| 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、ホームの事務室にリストが掲示してあった。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。市民講座でグループホームが取り上げられ、バスツアーで見学者が訪れた。 | | | |
| 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 | | | |
| 地域のグループホームニーズは高く、「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。グループホームの増設が暗礁に乗り上げており、ショートステイの利用を勧めている。 | | | |

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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 虐待防止に関する話し合いが日常的に行われている。職員・世話人用のマニュアルに権利擁護について明記されている。また、法人として権利擁護研修が開催されており、ホームの職員・世話人にも参加しやすく時間設定が工夫されている。 | | | |
| 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 ・ ㉗ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| プライバシー保護マニュアルが作成されているが、全職員に周知され活用されているとはいえない。実習生、ボランティアに対しては守秘義務の重要性を口頭で伝えてある。利用者は完全個室でプライバシーは保護されている。利用者や家族に対しても、プライバシー保護に対する取り組みについて伝えていくことが望まれる。 | | | |
| 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 | ㉘ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| ホームページがわかりやすく充実しており、それを見た一般の方からの問い合わせが多い。キャパシティの問題から体験利用ができないが、入居希望者に対しては待機者リストに登録している。現在、約70名の待機者がおり、ニーズの高さがうかがえる。法人の取り組みとしてグループホーム事業を推進し、体現しながら「グループホームという選択肢」を市民に対して分かりやすく表している結果であろう。 | | | |
| 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 ・ ㉙ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 丁寧な聞き取りと十分な説明が行われている。口頭の説明が中心であるが、利用者と家族が納得できるよう何度も確認作業が行われている。意思伝達に制限のある利用者に対して、目で見て分かるような、分かりやすい説明資料の作成を望みたい。 | | | |
| 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 | ㉚ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| グループホームからひとり暮らしへ移行した利用者があるが、日常的に「暮らしをバックアップ」している。食事の面や、「水道の調子が悪いからちょっと来てほしい」等の相談に対して迅速に臨機応変に対応している。この姿勢が特に「GHCはぎわら」の強みと言える。グループホームを卒業した利用者をも大切にすることの思いは、そのままホーム利用者を大切にすることにつながっている。この強みを市内他事業所や市民にも発信して「生活モデル」の根付く地域を作っていただきたい。 | | | |
| 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 ・ ㉛ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 定期的なモニタリングの時期に要望等を聞き取ることはしているが、アンケート等による満足度調査は行われていない。ただ、食事に関するアンケート調査については取り組みを始めている。食事についてはホームにおける満足度に関して中核とも言えるのでこの調査は有効と言える。食事アンケートをさらに進化させ、全体的な満足度向上につながる仕組みも検討していただきたい。 | | | |

| | | |
|---|------|-----------|
| 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 | | |
| 苦情解決委員会があり苦情解決マニュアルもある。苦情解決に対して積極的に取り組んでいる姿勢がうかがえる。さらに、ホームページや法人広報誌等で苦情内容や件数等が公表されると、ホームのみならず法人全体のレベルアップにつながるの期待したい。 | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 利用者からの相談は、直接あるいは携帯電話等で随時受け付けており、その件数の多いことから相談しやすい環境であることがうかがえる。何よりスタッフの「いつでも聴く」、「真剣に聴く」という姿勢が利用者伝わっており、安心感につながっている。 | | |
| 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 | | |
| 相談を受けてから解決までのマニュアルはないが、実際には迅速に対応している。マニュアルを作成し、活用して全スタッフが同じような対応ができるよう周知すれば、さらに利用者本位のサービスにつながるはずである。 | | |
| 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 | | |
| 法人として安全衛生委員会が設置され、毎月開催されている。ヒヤリハット等のリスクマネジメントに対する仕組みはある。ヒヤリハットを実際にリスクマネジメントに活かすには相当の件数とその分析・検証が必要である。その重要性をスタッフ間で共有することが求められる。 | | |
| 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 | | |
| 感染症予防についても安全衛生委員会で情報共有がなされ、マニュアルも作成されており意識が高い。インフルエンザ等の流行時期にはホームにその予防ポイントについて記載されたチラシが掲示され、スタッフ間で啓発されている。訓練が可能な「吐瀉物の処理」等は、法人看護師等の立会いの下、実地の模擬訓練を実施することを望みたい。 | | |
| 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行っている。 | 障 39 | a ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 避難訓練は実施されているがその頻度が不足している。「災害時どうするか」のDVDを借りてきて皆で観る」、「消防署に緊急通報するための練習をする(通報訓練)」等、比較的簡単な訓練でも防災意識を高めることにつながるの期待したい。非常食については隣接する喫茶店「ふらっと」が災害時の食糧倉庫として期待できる。法人としてグループホームの非常食を予算化し、備蓄することも期待したい。 | | |

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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 支援方法についてはマニュアルがあり、スタッフが迷うことなく支援に当たれるようになっている。また全スタッフが個別支援計画に基づいた支援を実施するべく情報共有を行っている。グループホームは、基本的には「一人職場」である。マニュアル通りの支援が実践されているか否かを検証する仕組みも必要である。 | | |

| | | | |
|---|--|------|-----------|
| | 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>定期的な見直しが行われている。法人として第三者評価受審に対して非常に積極的に取り組んでいる。サービス管理責任者は向上心が高く、常によりよいサービスを提供したいという姿勢である。短時間の非常勤スタッフが、サービス向上についての関心を持てば、全体としてさらなるレベルアップが期待できる。</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 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>アセスメントは実施されているが、その更新頻度が少ない。少なくとも年に一度は見直して、それをスタッフ間で共有したいところである。ただ、現在の取り組みとして事業所オリジナルの「サポートブック」を作成し始めたところであり、これは「グループホームに特化したアセスメント」として大いに期待できる。自信を持ってアセスメントとしての「サポートブック」を完成していただきたい。</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 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>定期的に丁寧なモニタリングが実施されている。個別支援計画やモニタリングに関して「ストレングス視点」をさらに意識することで、より利用者本位の支援につながる。「ストレングス視点」について非常勤を含めた全スタッフで共有されることが望まれる。</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>記録は行われているが、「個別支援計画に基づいた日々の生活記録」となっているとは言いがたい。個別支援計画と日々の生活記録をリンクさせるよう意識することが、そのまま「個別支援計画に基づいたサービスの実施」につながる。記録を行うスタッフに対して「記録をつけるときのポイント」をミーティング時等にサービス管理責任者から伝える等、今一度見直しをされることを期待したい。</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>記録物については鍵付きの書棚に管理されていて文書管理マニュアルもある。文書管理マニュアルが全スタッフに周知され、運用されるとさらによい。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>グループホームからアパートでのひとり暮らしに移行した利用者があり、そのバックアップを現在もきめ細やかに行っている。地域移行後もその人に合った暮らしを可能な限りサポートしており、このことが事業所としての最大のストレングスと言える。利用者や家族にとっての「安心」を提供しており、地域の旗頭としての役割も期待したい。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 一人ひとりに合わせて、写真やイラストなどで図示する等、分かりやすく伝える工夫が日常的に行われている。さらに利用者の思いをくみ取るために、臨床心理士や言語聴覚士等の力を借り、利用者の生活の幅を広げる取り組みに期待したい。 | | | |
| 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「やりたいこと」を可能な限り叶えようとの篤い姿勢がうかがえる。日帰り旅行でディズニーランドやユニバーサルスタジオジャパンなどに出かけるにとどまらず、ナゴヤドームで野球観戦、ジャニーズのライブに参加する等、スタッフのフットワークの軽さが利用者の笑顔を引き出している。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 自力で行える日常生活上の行為に対して、「必要以上に手を出してしまうことがあるのではないか」という自問自答がスタッフ間で共有されている。このことが「必要最小限の支援」、「ストレングスの活用」、「エンパワメント」につながっている。 | | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 多くの利用者が自らニーズを伝えることが可能という特長を活かした本人中心の支援が日常的に行われている。その生活行為サポートそのものがエンパワメントの理念に基づいたプログラムに自然となっている。ただ、エンパワメントの理念には受け入れる側の「社会」にも命題を与えている。夢や希望を持って生きようとする障害者を、進んで受け入れようとする「社会」を創っていくプログラムの用意も要る。 | | | |
| 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 | | | |
| 食事に <u>おいて</u> 配慮が必要な利用者に対しては、個別支援計画や支援マニュアルに明記されている。 | | | |
| 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 | | | |
| 嗜好調査が実施され、それが実際の食事に反映されるべく「食材配達サービス業者」に要望を伝えられている。また業者もそれにきめ細かく応じている。 | | | |
| 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 | | | |
| 食事の時間についてはある程度の自由が担保されている。また誕生日やクリスマスなど季節に応じたプチイベントで楽しい雰囲気作りに努めている。 | | | |

| | | |
|--|------|-----------|
| 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 | | |
| 配慮が必要な方については、個別支援マニュアルや入浴マニュアルに明記されている。 | | |
| 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 | | |
| 入浴の順番は利用者同士の話し合いで決められておりトラブルはない。 | | |
| 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 | | |
| 季節に応じて扇風機やストーブを設置し、快適な環境になるよう努めている。また浴室窓に目隠しを設置してプライバシー保護にも配慮されている。 | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 配慮が必要な方に対しては個別支援マニュアルに明記してある。 | | |
| 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 | | |
| 清掃も行き届いており、消臭剤等で清潔感のある環境になっている。 | | |
| 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 | | |
| 利用者本人が衣服を選んでいる。また休日にはスタッフが一緒に服を買いに行くことも日常的に行われている。 | | |
| 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 | | |
| 基本的に本人の意思を尊重しながら迅速に対応されている。ただ、職員や世話人によって、汚れや破損の程度による着替えの必要性の判断に差があることから、最低限統一できる部分は業務手順として整備することを望みたい。 | | |

| | | |
|---|--------------------------------|----------------|
| 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 | | |
| 基本的に本人の意思により髪型等決めている。必要に応じた支援が行われている。年齢にふさわしい整容をさりげなく教え、社会通念上で許容される髪形やカラーリング、化粧等の限度をアドバイスする等、社会人としての自覚が芽生えるような取り組みを期待したい。 | | |
| 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 | | |
| 理容室の予約や同行など本人の意思を尊重しながら支援が行われている。理・美容師と利用者がトラブルとならないよう、事前に説明したりして調整することもある。 | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 寝具等は利用者が自由に決めている。不眠の利用者が他の利用者の安眠を阻害することがあり、適切な対策が立てられていない。 | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 利用者はほぼ健康に暮らすことができている。ただ、ホームによってスタッフがバイタルチェックを行っているところとそうでないところがある。体重測定や検温など基本的なチェックを日常的に行うことが求められる。 | | |
| 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 | | |
| 医療機関と連携が取れており、スタッフによる通院同行も確実にできている。ただ、緊急時のマニュアルがないので作成が急がれる。 | | |
| 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 | | |
| 服薬確認がしっかり行われており誤薬もない。個別支援マニュアルに服薬内容については明記されている。誤薬はないが、誤薬事故を起こした時の対応マニュアルの必要性を感じる。 | | |
| 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 ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 地域の祭りへの参加や日帰り旅行、スポーツ観戦、ジャニーズライブ鑑賞等、余暇を満喫できる支援を積極的かつ日常的に行っており、事業所の大きな強みとなっている。 | | |

| | | |
|---|------|-----------|
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 平日の夜間は買い物程度の外出であるが、休日には余暇の支援と並行する形で外出を支援している。職員が付き添えない場合には、居宅介護事業所の移動支援を使って対応している。利用者ごとに外出回数の不公平が起きたり、職員の都合によって、外出したくない利用者までも同行させる等の無いような配慮を望みたい。 | | |
| 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 | | |
| まだ深刻な問題になっている例は少ないが、保護者の高齢化から外泊を断ったり、保護者が亡くなられたために帰省先を失ったりするケースが出ている。今後の同様ケースの増加を見越し、「帰れる人」と「帰るところのない人」との間に不公平感が生じないような工夫をお願いしたい。 | | |
| 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 | | |
| 預り金についての管理体制が明確になっていない。取扱いに関する規定を整備し、責任の所在を明確にすることが求められる。金銭感覚を磨くことや、お金を正しく使うことを学ぶプログラムの用意も望みたい。 | | |
| 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 | | |
| 新聞や雑誌を始め、居室への持ち込みについてはほとんど制限していない。またほとんどの利用者が、個人所有のテレビを居室に持ち込んでいる。 | | |
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 喫煙者はいないが、飲酒を希望する利用者があり、場面やタイミングを計って提供している。飲酒、喫煙については、利用者全員に対してその弊害(副流煙による受動喫煙、アルコール中毒)を周知する取り組みが望まれる。 | | |