

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21日(月)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：GHCやまと	種別：共同生活援助	
代表者氏名：橋本 昭一	定員（利用人数）： 14名	
所在地：愛知県一宮市祐久字屋敷裏93番地の2		
TEL：0586-85-8820		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成24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： 5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) 1名	(精神保健福祉士)
	(介護福祉士) 1名	(看護師)
施設・設備の概要	(居室数) 室	(設備等)
		スプリンクラー

③理念・基本方針

◆法人理念◆

ひとりひとりひかる

◆事業所基本方針

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 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。 |
| ③プライバシーを尊重します。 | ④財産権を尊重します。 |
| 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。 |
| ⑦質の高いサービスを受ける権利を尊重します。 | |
| ⑧意見・質問・苦情を申し立てる権利を尊重します。 | |

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・今年度、GHCの再編があり、体制が大きく変わる。GHCやまとの本部を新規開設のホームに移す。
- ・今年度5月より、女性5名+SS2名のホームを新規開設する。

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28日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成25年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆地域の障害者理解のために

自治会に加入し、地域行事に参加する等、利用者が積極的に地域に出ている。一人で外出して、デートを楽しむ利用者もいる。買い物もできる限り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を利用している。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こともある。隣近所から野菜の差入れが届くホームがある。一方で、地域の理解が進んでおらず、利用者が悲しい思いをすることもある。それでも、地域の障害者理解が進むよう、利用者と職員は積極的に地域へ出て行く。

◆丁寧な日常生活の支援

食事支援マニュアル、排泄支援マニュアル、入浴支援マニュアル等に従い、それぞれの利用者に応じて丁寧な日常生活の支援が行われている。居室や寝室・寝具は利用者の個性を尊重して落ち着いた内容になっており、安心して生活できるよう細かく配慮されている。夜中に目を覚まして眠れない利用者には、不眠対応マニュアルがあり、他の利用者に迷惑がかからないように配慮している。

◆関係先との緊密な連携

変則勤務を強いられる職員や世話人にとって、関係先との連絡や調整は大切なことではあるが、煩わしさもつきまとう。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わざるを得ない。しかし、頼もしい助っ人もいる。ホームの「共同携帯電話」の中には、主要な関係先がリスト化されて入っている。「共同携帯電話」は、職員、世話人にとっての七つ道具である。

◇改善を求められる点

◆利用者の権利擁護

利用者のプライバシー保護や人権擁護に配慮した福祉サービスを提供するために、プライバシー保護や虐待防止等の人権擁護に関する規程やマニュアルを整備するとともに、職員が統一した理解を持って支援に当たることができるよう、職員間で学習を深めることが望まれる。完全施行となる障害者差別解消法に関しても配慮が必要となろう。

◆社会を変えるためのプログラムの用意

エンパワメントの理念に照らし、居宅介護事業所や公共交通機関を利用して喫茶店、買い物、プール等のホーム外の社会資源を活用した活動プログラムは整備されている。さらに、社会生活力を高めるための、社会進出のためのプログラムの整備を望みたい。エンパワメントの理念は、障害者の潜在能力の発揮を目指すだけのものではなく、彼らを受け入れる社会を創ることを第一義とする。そのためには、彼らの“得意とするもの”を使って社会を変えていくプログラムの用意が要る。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

総評を拝見すると、①地域との関係、②日常生活支援、③関係機関との連携、において良好な評価をいただいたが、偏にスタッフの普段からの行き届いた支援の賜物である。しかし、一方では①利用者権利擁護、②エンパワメント、においては改善を求められた。これについては、今後の課題として適正に対応していく必要がある。また、それ以外の指摘事項として、例えばⅡ-2-(1)-②には「早期退職者が多いことの遠からずの原因として、人事考課及びキャリアパスが未だ導入されていないことが考えられる。」との指摘がある。まず、人事考課においては各事業所の考課者（管理者若しくはサービス管理責任者等）全員が、共通の評価感覚・判断基準を持つことが必要である。また、普段から考課者と被考課者（現場のスタッフ）とのフォーマルな信頼関係も大切なファクターであることは間違いない。次に、キャリアパスにおいても管理者は常に人材育成という視点からスタッフと向き合うことにより、スタッフ自身の将来性を協働して見通すことが可能になる。ハード面から、就業規則や賃金規程等にこうしたシステムを付加することはた易いことにしても、問題はソフト面すなわち福祉現場自体が、「評価する⇔評価される」という関係に違和感や疑問等を持つことなく、そうしたことがノーマルな状態であると平生から共通認識を持てるかどうか、という点に大きな壁があるように思う。しかし、社会が障害福祉サービスの内容やレベルの均一化・画一化を望むのであれば、必然的にあるモデルが指定されそれを満点にした評価システムが作られるであろう。果たして、そういう社会的方向性が望ましいかどうかということについては判断しかねるが、障害福祉をサービス業として捉えるならばそれも然りと言える。いずれにせよ、障害福祉サービスの理想モデル、サービスの方法論に関する各種マニュアル、後見人制度・虐待防止法を初めとする各種法律等々、そのような状況下においては、我々サービス提供者としての人間的自由度が次第に浸食されていくと、不安を感じるのは不自然なことだろうか。利用者の主体性、利用者の権利擁護、利用者の意思・決定等については当たり前のこととしてこれを最重視しなければならない。であるにしても、要援護者と支援者との喜怒哀楽豊かでダイナミックな相互主観的關係こそが、当のご本人の人生にとってはそこに蓄積される経験や記憶内容等の充実化に、大いに貢献してゆくだろうと私は確信する。なぜなら、我々はあくまでも独居的な存在ではなく群居的な存在であるからだ。

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。保護者に関しても同様である。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」、「ショートステイの有効稼働」、「緊急時の対応」、「世話人の研修や会議参加」とし、新規のホーム開設に向けて準備段階に入っている。			

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。会議の中では将来構想が話し合われるが、計画としては文書化されていない。			

	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>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。</p>			
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			
<p>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。</p>			
	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			
<p>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)の総会に出向いてサービス管理責任者が説明している。しかし、関心を示さない保護者がいることも事実である。</p>			

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			
<p>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。</p>			
	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			
<p>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(マニュアルの整備、書類関係の統一、文書での利用者との意見交換等)は、大方改善されていた。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見られない。</p>			

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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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。変則勤務のために、職員全体のレベルの底上げが図れない。			
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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の居住支援部会の活動が充実しており、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は明確になった。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。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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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。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。			
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			
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 ・ 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。法人合同では、権利擁護に関する研修が行われている。			
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	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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
現在の時点では実習生の受け入れはない。しかし、将来的な受け入れ体制を想定して、マニュアルの改訂を行った。			

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。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			
自治会に加入し、地域行事に参加する等、利用者が積極的に地域に出ている。一人で外出して、デートを楽しむ利用者もいる。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こともある。隣近所から野菜の差入れが届くホームがある。一方で、地域の理解が進んでおらず、利用者が悲しい思いをすることもある。それでも、地域の障害者理解が進むよう、利用者は積極的に地域へ出て行く。			
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。親しく声を掛けてくれる住民もいるが、ボランティア参加までの深入りはない。			
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、「共同携帯電話」の中に連絡先がリスト化されて入っている。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。興味のある地域の住民に対しては見学を受け入れ、ホームの内部を案内している。			
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			
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	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。職員が共通の理解を持ってサービスを提供できるよう、引き続き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、職員の理解を得るため職員研修が実施されているが、経験年数により理解度にばらつきが見られている。利用者のプライバシー保護及び虐待防止等の権利擁護の規程やマニュアルを整備し学習を深めることで、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、意思決定が困難な利用者にも分かりやすい資料を作成する等の配慮が望まれる。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に基づいて担当者間の引継ぎ文書にて、安心してホームの生活に入れる配慮をしている。現在のところは他の事業所や家庭への移行は少ないが、基本的には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			
利用者満足に関する取り組みについては、利用者の日常生活を支援する中で把握するようにしており、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と面接したり「連絡ノート」により意見を聴取することで把握するようにしている。定期的に利用者満足に関する調査を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		
苦情解決のため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を作成し掲示するようにしている。利用者や家族には運営規程や重要事項説明書により仕組みを説明している。職員間で苦情解決のための仕組みを確認し、十分に機能するよう取り組むことが望まれる。		
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		
利用者が相談や意見を述べやすい環境となるよう個別に時間を設けて話を聞いており、利用者が話をしやすいような配慮をしている。利用者や家族が相談や意見を出しやすいように、相談する相手を自由に選択できることを説明した文書により周知を図ることが望まれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
毎月開催される法人全体の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ている。事故の未然防止につなげるようにするため、報告された改善策の周知を職員会議で図るようにしている。リスクマネジメント体制が有効に機能するように実効性を検証し、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 ・ ㉔ ・ 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、マニュアルの周知徹底を図り実施研修を徹底させることが望まれる。		
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		
法人として「非常災害対策計画」を作成しており、毎月の避難訓練や災害時の対策に取り組んでいる。避難訓練や通報訓練を確実にし、断水時の対策、停電時の対策、防災グッズ・非常食の準備等に取り組むとともに、行政機関や地域住人との連携を図る体制の整備が望まれる。		

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法として「サポートブック」(支援対応マニュアル)を文書化し整備している。「サポートブック」を確実に職員に周知して、どの職員が支援しても同程度の福祉サービスが受けられるようにし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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
支援対応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対応マニュアルとなるよう見直しすることが望まれる。			
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	a ・ ⑥ ・ 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のか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	a ・ ⑥ ・ 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し、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が、職員間での情報の共有をより一層図ることが望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ 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」や「職員間の連絡ノート」に記録し、職員間で情報を共有するとともに、「日中活動支援事業所との連絡ノート」や「家庭との連絡ノート」によりホーム外との情報共有を図るようにしている。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に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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個人情報保護規程により、個人情報の管理体制が確立しており、個人情報の不適切な利用や漏えいに対しては、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書」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。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
グループホームへの入居希望がある場合は、出来るだけグループホームで暮らせるよう個別移行計画を作成し積極的に支援しているが、ホームから出て立ち立ちたいと希望する利用者については、受け皿の問題もあり充分に対応できていない。			

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 ・ ㉑ ・ 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、個別のサインを発見し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、TEACCH等の研修受講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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の好きなことを聞き出したり、保護者からの意見を聞いたりしながら活動を計画しており、利用者が主体的に活動できるように支援している。ホームによっては自分達で計画して実施する活動を多く取り入れている。今後は自治会等の活動を支援する取り組みが望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ 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、入浴や排泄・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が、職員間での支援が統一されていない場合があるので、統一した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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
居宅介護事業所や公共交通機関を利用し、喫茶店、買い物、プール等のホーム外の社会資源を活用した活動プログラムは整備しているが、社会生活力を高めるためのプログラムの整備が望まれる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画にもとづいて、利用者に合わせて食事形態やケア食器を用いた支援を行っている。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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
食材は外部業者に委託しているため利用者の意見は反映されにくいだが、職員が調理方法や味付け等工夫することにより、適温で家庭的な食事を提供するようにしている。食事介助にあたっては、せかせか食べさせることのないよう、利用者の様子をよく見ながら介助している。定期的に利用者から意見を聞く機会を作り、嗜好を調査しておくことが望まれる。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食堂は家庭的な雰囲気落ち着いて食事ができる環境となっており、カウンターから直接配膳できる構造になっている。原則、食事は全員が一緒に採るようしているが、利用者の体調や身体状況に応じて、食事時間や場所を配慮することは可能である。			

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		
入浴は利用者が一人ずつ順番を決めて入っている。入浴中の安全と衛生管理のため、入浴支援マニュアルに従い入浴支援を行っており、利用者に合わせて必要な介助を行っている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
入浴は毎日行っており、入浴時間や順番については利用者と相談して決めており、トラブルに発展したことはない。		
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		
浴室・脱衣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おり、安心して安全に入浴できるように環境を整えている。		
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		
利用者により排泄介助の方法・内容が異なるため、個別の排泄介助マニュアルに従い介助している。この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。		
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 ・ ㉑ ・ 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。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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
汚れや破損が生じたときは、その都度着替えを行っている。衣服に強いこだわりがあって、着替えを拒否する利用者の方について、職員間での対応力に差がある。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
髪型や化粧は利用者の意思で決めており、職員は要望に応じて援助している。理・美容に関する情報はあまり用意できていないが、要望があれば提供できる。年齢にふさわしい整容や、社会通念上で許容される髪型、カラーリング、化粧等の限度を伝え、社会人としての自覚ができる支援にも期待したい。		
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		
居宅介護事業所に移動支援を依頼したり職員が同行したりして、定期的に理美容店を利用している。理美容店では、利用者の個性や好みを尊重して散髪が行われている。		
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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
部屋は一人部屋になっている。部屋ごとに寝室やベッドの位置を変えており、寝具は利用者に応じたものを使用している。夜間就寝中の支援体制が統一されており、安眠を第一にしておむつ交換はしないことや、不眠者への対応等がマニュアルに従い行われている。		
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		
定期通院や健康診断、日常のバイタルチェックにより、日常生活上で必要な健康管理体制を整備している。利用者一人一人のアセスメントの中に健康管理のマニュアルが記載しており、それに基づいて支援している。健康の維持・増進のため、散歩や踏み台昇降以外にも日常生活の中で取り入れられるプログラムの開発が望まれる。		
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		
健康面で変調があり緊急に対応するための手順は整っており、地域内に協力的な医療機関を確保している。急な通院で職員が欠けた場合、職員体制を確実なものにすることを検討しておくことが望まれる。		
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		
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が、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		
利用者との話し合い等を通じて希望を把握し、利用者が楽しめる内容になるよう配慮している。利用者が主体的に企画・立案して実行できる活動となるよう、側面的な支援をしていくことが望まれる。		

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		
利用者の希望に応じて、一人で外出したり居宅介護事業所等を利用したり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ことを検討してみることが望まれる。		
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家族と相談しながら行っているが、利用者の思いと家族の状況とにずれがある場合があり対応に苦慮している。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
預かり金については小遣い帳により収支をつけており、支出の都度職員が現金と付け合わせることで適切な管理を行っている。自己管理という形ではできていない。		
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・雑誌は個人で自由に購入し、自分の部屋で利用している。自分の部屋のテレビを見ることが多いが、食堂やリビングのテレビは利用者間で番組等を決めて使用している。		
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		
タバコを吸う場合は、周りの人に迷惑にならないよう屋外で吸うように決めている。煙草を吸わない利用者に対しても、喫煙の弊害(副流煙による受動喫煙)についての周知が必要と思われる。酒については、飲まれる利用者はいない。		