

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25日(金)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：共同生活援助事業所 ひまわりホーム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：及部 佳之	定員（利用人数）：20名（20名）	
所在地：愛知県名古屋市名東区小池町468番地1 サウスサイドアベニュービル3階		
TEL：052-709-3811（バックアップ施設：ヒマワリの風）		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成15年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 ひまわり福祉会		
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	
	（介護福祉士）3名	
	（世話人）16名	
施設・設備の概要	（居室数）20室	（設備等）

③理念・基本方針

◇法人の理念	<p>利用者ひとりひとりが望むその人らしい生活を支援し、利用者から信頼され、地域に貢献できる法人を目指し、全ての人々に対し開かれた、透明で健全かつ活力ある法人作りを行います。</p>
--------	---

◇基本方針

- ・私たちは、利用者の人権及び自己選択・自己決定を尊重した福祉サービス提供の実現を目指します。
- ・私たちは、相談支援や地域自立支援協議会を通じ、地域における福祉ニーズを知り、地域福祉増進のために積極的に対応していきます。
- ・私たちは、健全な法人経営を行うため、透明性を確保し、相互に情報を共有化しネットワーク機能を向上していきます。
- ・私たちは、福祉サービスの質の向上のために、経験に応じた研修を計画的に行い、専門性を向上していきます。
- ・私たちは、笑顔あふれる人間関係を構築し、職員ひとりひとりが生き生きと働き甲斐のある職場づくりを目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者一人ひとりの気持ちに寄り添い、そっと支える気持ちを大事に支援に結び付けています。
- ・おはようからお休みまで、個々の生活を尊重し、心休まる生活の場を感じてもらえるように支援しています。
- ・食事については、毎日が美味しい、旬なものを取り入れ、温かい食事をテーマに食事の支援を行っています。
- ・近隣住民の方々には、支援員は率先して「挨拶」ができるよう気持ちに磨きをかけています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年10月10日（契約日）～ 平成28年7月27日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	0回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の熱い思い

管理者のグループホーム事業に掛ける意気込みや熱い思いが職員を牽引している。職員や世話人に対して率先垂範して業務にあたっており、調理師免許を取得するほどの熱の入れようである。寒い冬の夕食時、食材の不足から汁物が提供されていないことが分かると、管理者は間髪を入れずに世話人に指示し、有り合わせの材料を使って温かなスープを作らせた。通勤には片道2時間半を要するというが、利用者の豊かな暮らしを支援しようとする管理者の熱い思いの前では、さしたる障壁にはなっていないようである。

◆情報の共有と即応性のある業務体制

パソコンのネットワークシステムの構築により、全ホームの利用者の状況を全職員が確認できるシステムができています。グループホームでは、職員の変則勤務や世話人の力量差、利用者の障害特性による対応の難しさから均一的なサービス提供が難しいとされている。しかし、このシステムが有効に機能し、職員の様々な勤務シフトにあっても、情報の共有と即応性のある業務対応を可能にしている。

◆家庭的な環境作り

家庭的な環境を意識した温かな環境作りがなされている。食事時間はホームの状況、帰宅時間等により、利用者それぞれに適した時間帯で設定されており、より家庭に近い環境にある。食堂の席の配置も、利用者と担当職員(世話人等)、あるいは利用者同士のコミュニケーションが図れるように配慮している。入浴は毎日行われ、必要に応じ随時入浴できる。順番等も利用者の話し合いのもとに決められ、入浴が楽しみな時間となっている。

◇改善を求められる点

◆世話人の力量差を埋めるために

世話人は5ホームに16名が配置され、変則勤務で働いている。世話人それぞれに年齢や職歴、勤続年数、意識、知識、技術等に差異がある。しかし、実際の支援の現場では、支援方法や緊急時対応について、世話人の即座の判断に頼らざるを得ない状況も見受けられる。専門性をもった人材確保が難しい状況だからこそ、支援の質向上とリスク回避のためにも基本的な手順書や緊急時マニュアル等の整備が求められる。

◆地域交流・連携の活性化を

日中活動の場からの帰路、突然降り出した雨のためにたたずんでいる利用者を案じ、地域住民が傘を貸してくれたり、利用者同士のトラブルの仲裁に地域住民が割って入ったりと、確実に地域の障害者理解が深まっている。ボランティアや地域の社会資源の活用を図り、ホーム機能を地域に還元する方策を案じ、それら相互の交流・連携の具体例を事業計画に盛り込むことで、グループホーム事業がさらなる広がりを見せることに期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価について、職員間で今後に向けた話し合いを早急に行ない、短期目標から長期目標を定め、評価値が下がらないよう対応して行きたいと思いました。評価時の話し合いや聞き取り時より、気が付く事や初めて知り得た事など非常に多く、より良い事業所となることや、利用者様への良い支援に繋がるように、改めて感じました。

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。

(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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人理念は、職員会議や支援員会議等を通じて職員間に周知されており、ホーム内の研修時にも十分な説明がある。利用者に関しては、バックアップ施設での周知に任されており、ホーム独自の取り組みは薄い。			

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	② ・ b ・ c
評価機関のコメント			
全国レベルの会議や研修会に参加し、区の自立支援協議会からも情報を得ている。バックアップ施設の施設長からも適切な情報が寄せられている。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の高齢化、症状の重度化が課題となっており、加えて保護者の高齢化にも対応せざるを得ない状況が出てきている。福祉業界全体の課題でもある人材不足が、当事業所においても例外なく課題として挙がっている。利用者の課題、職員の課題共に今後の継続的な対応・対策が必要であり、事業所(ホーム)だけでなく法人としての計画的な取り組みが求められる。			

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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
法人の中・長期計画(平成26年度～30年度)に沿って、事業所の中・長期計画を策定している。利用者ニーズの高まりから、「ホーム増設」が計画されているが、資金計画等に関しては事業所レベルでの計画作成には至っていない。			

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			
事業計画の一覧表として「平成27年度 共同生活援助事業工程表」があり、7項目の事業を重点的に取り上げている。それぞれの課題に対して担当者(部署)を決めて目標を掲げているが、その目標には数値が設定されていない。目標の達成度を判定するためにも、数値目標の設定が望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
研修会としての「世話人会」が、年間2回程度開催されている。世話人個々の年齢、経験、意識、知識、技術等、力量差が大きく、事業計画の作成やその実施における係わりや理解の程度にバラつきがある。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
毎月開催されていた家族会が、家族からの意見によって休会になるケースが増えてきた。6割以上の家族が参加する家族会であっただけに、今後の「親亡き後の…」が重要なテーマとなっていることもあり、定期的な会議開催の継続を願いたい。			

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			
今回初めて、本格的に自己評価や第三者評価に取り組んだ。今回の受審結果を基に、取り組む課題を明確にして計画的に改善活動を実施することとしている。			
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取り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			
事業計画に取り上げた課題に対しての取り組みは見られるが、前年度と同様の項目の羅列になっており計画性に乏しい。中間の進捗評価や年度末の総括評価で明らかにした課題を、次年度の事業計画に具体的に盛り込むことが望まれる。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
管理者のグループホーム事業にける意気込みや思いは強く、通勤には片道2時間半を超える時間を費やしての勤務である。与えられた責務を果たすために全国レベルの会議や研修に参加し、調理師免許を取得する等、必要な知識や技術の習得にも励んでいる。「ひまわりホーム組織図」や「ホーム業務分担」によって管理者の責任の所在を明確にしているが、その責任を果たすために行き得る権限の明確化が図られていない。			
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			
総括管理者であるバックアップ施設の施設長の支援を受けており、コンプライアンスに関する標準的な知識や意識は持っている。ただし、それらを職員や世話人に等しく周知していく取組は構築されておらず、特に年齢や職歴、勤続年数、意識、知識、技術等に差異がある世話人に対する教育・研修が望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
世話人の資質の向上をサービスの質の向上と捉えており、管理者より年上の世話人に対して、「人生の先輩」としての敬いの意識を持って指導にあたっている。事業所の運営を円滑かつ適切に行っていくための意欲は人一倍強く、職員や世話人からも信頼されている。			
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			
業務改善の一環として、業務のマニュアル化を進めようとしている。標準的な実施方法を確立し、質の高いサービスを均一的に提供するとともに、職員にとっての働きやすい職場作りをも念頭に置いている。課題の一つとなっている職員のストレス対策やメンタル面でのフォロー体制等を構築し、業務改善を推進してほしい。			

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			
求める人材として、職員に対しては「グループホームに対する熱意」を求め、世話人に対しては「人を育てた豊かな経験」を要求している。人材育成面の計画(会議や研修等)が思うに任せず、職員採用が優先されているきらいがある。			
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			
法人主導で、「Do-capシート」を使った人事管理が実施されているが、対象は職員に限定されており、世話人に対する人事管理(「Do-capシート」の取り組み)が行われていない。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
面談を実施して職員、世話人の意向を把握して事業運営に反映させる等、働きやすい職場作りを進めている。有給休暇は取りやすくなってきており、連休の取得も奨励している。法人内にワーク・ライフ・バランス委員会も立ち上がっており、年間を通じてメンタル面での休職者や離職者は出ていない。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
一部の職員に限られるが、「Do-capシート」を使った職員個々の目標管理が行われている。検討中のキャリアパス制度や法人統一の人事管理体制を構築し、職員一人ひとりが目指す目標を定め、個々の将来が明確になるような仕組みづくりを期待したい。		
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント		
法人研修や事業所独自の研修が生まれ、復命書によって研修内容を報告させている。会議等を利用して職員間に共通理解を促す取り組みはあるが、研修履修者が得た知識や技術、あるいは意識の変革が、支援の現場で活用されたか否かを検証する仕組みが構築されていない。		
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント		
1年間に法人の全体研修が5回、事業所内研修が3回実施された。これまでの経験等に大きな差異がある世話人について、均一したサービス提供を可能とするための「研修マニュアル」の作成を検討願いたい。世話人全員一律の研修の他に、個々の不足力量を補うための研修機会も必要であろう。		
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 ・ ⑤
評価機関のコメント		
これまでに実習生の受け入れはなく、バックアップ施設で実習する社会福祉士実習生や教育関係の実習生が見学を訪れる程度である。現行の福祉行政が継続すれば、夜間の支援の主体は入所施設からグループホームへと移行してくる。そのためにも、グループホームでの実習の必要性は増しており、積極的に養成校や教育機関に働きかけ、新たな実習の枠組みを考察していくことが求められる。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
法人のホームページによる情報公開を行っているが、グループホームに関する情報量が極めて少ない。また、苦情解決システムに関しては、仕組みは作ってあるが実際に運用された形跡はない。苦情等の公表システムも未構築である。		

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			
法人監事による内部監査と行政監査の実施はあるが、外部の専門家に依頼しての外部監査は実施していない。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
自治会に加入し、積極的に地域イベント(一斉清掃、祭礼等)に参加することによって、確実に地域の障害者理解が深まっている。日中活動の場からの帰路、突然降り出した雨のためにたたずんでいる利用者を案じ、地域住民が傘を貸してくれたり、利用者同士のトラブルの仲裁に地域住民が割って入ったりと、相互の関係の深まりが見える。事業計画には自立支援協議会との係わりを取り上げているに過ぎないが、事業計画に具体例を盛り込むことでさらなる広がりを期待したい。			
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			
ボランティアの受け入れに対する準備は整っているが、受け入れの実績は出ていない。日中の利用者不在時のボランティア受け入れ、夜の支援のボランティア、休日のホーム在宅時のボランティア等々、場面に応じて必要となるボランティアの種類をリストアップし、それぞれに対して具体的なアクションを起こしていくことを期待したい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の移動を適切に行うために、移動支援サービス事業所と連携する例はあるが、他には地域の社会資源の有効活用の例は少なく、必要な社会資源のリスト化も進んでいない。利用者の暮らしの充実を図るため、活用が可能な地域の社会資源の洗い出しが望まれる。			
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			
地域の一斉清掃に協力したり、合同防災訓練に参加したりと、地域との融合を試みているが、ホーム機能を地域に還元する具体例に乏しい。有事の相互協力を約するため、地域との自主防災協定を結ぶ計画がある。			
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			
区の自立支援協議会や相談支援事業所からの情報を集約し、地域のグループホームに対する潜在需要を把握している。法人としての今後の方向性として、グループホームの増設が計画されている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の理念と基本方針に基づく共通理解で支援がなされている。ただ、サービスの標準的な実施マニュアルが無く、また利用者の人権に特化した研修等が行われていない。基本理念が実際の支援に結びつく具体的な取り組みを持ちたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
権利擁護、プライバシー保護に関しては、就業規則内及び個人情報保護規則の中に職員の服務として明示されているものの、運用の具体性に欠け、現場では職員のモラル任せという状況がある。不適切事案への対応を考えれば、マニュアル等による明文化が必要である。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
パンフレット、機関紙にて分かりやすい説明に努めている他、個々に応じた説明や体験などを適宜実施し理解を得ている。ただ、ホームページの有効な運用が図られておらず、法人他事業所の積極的な活用に比し大きく水をあけられている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
サービス開始、変更にあたっては、丁寧な説明にて利用者本人、家族の理解を得ている。しかし、契約に至るまでの書面に残す必要のある同意書や統一ルールは特に定めておらず、早急の改善が必要であろう。一方、利用希望者に対しての実際の居住環境の確認や食事体験等、評価できる点多々ある。			
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 ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
過去に事例が少なかったこともあるが、この項目に関しては配慮はするものの、移行時の引き継ぎ書やアフターケア等に関する取り組み方法が明記されたものが存在しない。環境継続性の重要さと今後の可能性を考えると検討の余地は大きい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足度については調査を行い、ケース記録に記録し、また保護者意見についても保護者会時に聴取し、いずれも支援会議に乗せ検討している。しかしながら、調査結果の分析や利用者参加の会議は開催されておらず、利用者の意向に沿った支援の向上についての取り組みが望まれる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決のシステムがあり、仕組みの掲示もされている。一方、記入カードの設置や記録等、苦情を申し出やすい環境改善は必要である。合わせて、苦情についての公開のルール作りも検討されたい。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
日々の支援の中で、職員が利用者の意見を聞くことを心がけ、勤務表の掲示などにより担当職員の勤務日、職員の電話番号なども明確になっている。一歩進んで、利用者の意見や相談を受けた場合の対応について、文書による明文化を図り、分かりやすくシステムが伝わる掲示等の工夫を考えられたい。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの意見や訴えについて、全職員が日誌への記載やケース記録への記載、また迅速なサービス管理責任者への連絡体制等が徹底されている。しかし、手順や対応策についてのマニュアル、意見箱、利用者アンケート等は未実施であり、積極的な生活向上への支援について十分な検討が必要と思われる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者本人の主体性を重視したホームでの生活への支援の中で、最重要事項の一つである。職員研修の実施、支援会議での検討、てんかん時処理の掲示、連絡体制等々評価できる点もあるが、安全確保や事故発生時の手順書、事後の検証、評価、改善策周知等、管理体制の点検が必要である。		
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		
ホーム会議にて、感染症予防の職員周知や注意喚起の掲示物による利用者周知がなされている。ただ、感染時の一般的な対応はなされているものの、予防策、対応・処理等のマニュアル作成等、より徹底した管理体制の確保が必要と思われる。		
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やっている。	障 39	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
定期的な避難訓練、地域との合同訓練の実施、備蓄品の確保、落下防止措置等、安全確保対策は評価できる。今後は地域機関との一層の連携と連絡体制の徹底を図られたい。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
標準的なサービスの実施方法については、バックアップ施設(「ひまわりの風」)の実施マニュアルに準じ行われている。各職員は年に3~4回の各種研修により支援力向上を図っている。サービス実施に当たってはバックアップ施設との環境や職員体制の違いなどもあることから、ホーム独自の実施マニュアル作成し、より適切な支援の実施につなげられたい。		

	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>月3～4回のホーム会議、毎月の支援会議に見直し議案を載せ、検討して変更が必要な場合は周知し、個別支援計画の見直しにつなげていく手順が構築されており、適切に取り組まれている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者一人ひとりのニーズを聞き取り、看護師、栄養士等の意見を踏まえ、運営会議や衛生会議等で調整の上、実施計画に反映させている。ホーム会議での職員周知も徹底して行っており、万全を期している。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>半年に一度、個別支援計画の見直しを実施し、また必要な際は年度途中にも実施している。会議の場で課題、変更事項の周知も行う仕組みになっており、利用者の状態に合わせた柔軟性のある取り組みがなされている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>記録はその都度適切に記録され、データはパソコンネットワークにより全ホームの職員で共有され、いつでも確認できる体制を確保している。</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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
<p>規程により、情報の保護、管理について定められている。記録類の保管について、事務所の出入口の施錠をもって善しとしているが、個人情報に関する書類や重要な文書に関しては、鍵のかかる保管庫を用意することが望ましい。</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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
<p>地域移行に向けての金銭管理をはじめ交通機関の利用方法、挨拶、買い物等、様々な支援と配慮がなされている。それらの取り組みは個別支援計画の範囲でなされ、利用者ごとの移行計画は策定されていない。地域移行を計画的に進めていくためにも、利用者個々の移行計画の作成が期待される。</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			
利用者一人ひとりの特性に配慮したコミュニケーション支援がなされている。事業所からの連絡事項や情報を分かりやすく掲示することや、担当職員やサービス管理責任者による個別の説明を行う機会を設ける等、ニーズの発見や意向の確認にも役立っている。食堂の席の配置も、利用者と担当職員(世話人等)、あるいは利用者同士のコミュニケーションが図れるように配慮している。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々の意見聴取により、様々な活動や行事計画等に反映させる配慮がある。利用者個々には日々の主体的な生活を尊重した支援がなされているが、利用者の自治会のような組織は存在しない。利用者の生活をより良くするための話し合いや、利用者間の問題を利用者自身が協議・調整できるような場の確保に至っていない点に課題が残る。			
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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者のエンパワメントを最大限生かし、見守りの姿勢を重視している。あらかじめ利用者の自立可能な範囲と意向を確認し、過介護にならないような関わり方を実施している点等、生活しやすい環境が保たれている。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々のニーズや適性、意向に応じた支援プログラムを考え、社会性を高める支援を中心に据えて余暇の支援まで幅広く実施している。新聞定期購読はじめ情報の掲示もなされ、利用者が選択できる環境づくりにも配慮がうかがえる。さらにエンパワメントの理念を推し進めるために、障害のある人を抵抗なく受け入れる社会の意識改革を狙ったプログラムの用意が待たれる。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の中に、栄養士との連携による食事の細かな支援内容が明記され、また体調や病状に応じた個別食などの配慮もなされている。今回の第三者評価でサンプリングしたホームには介助が必要な利用者は今のところいないが、食事に関する支援マニュアルは無く、高齢化を前に今後整備されることが望まれる。			
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			
嗜好の聞き取りや希望により食事献立への反映が行われ、バラエティに富んだ食事の提供がなされている。食卓も家庭的で、職員の調理を見守りながらの時間も取ることができている。しかし、調理を担当する職員(世話人等)の力量や予算との関係によって、食事内容に影響が出ているのも事実である。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
支援会議で食事に関しての事項を話し合い、必要な部分は改善を図っている。食事時間はホームの状況、帰宅時間等により、それぞれに適した時間帯で設定されており、より家庭に近い環境にある。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
現在のところ唯一の介助要件としてのてんかんの持病を持つ利用者への支援は、マニュアルが用意され、慎重な見守りのもとに行われている。それ以外の利用者も個別事情に配慮した声かけなどが行われている。ただ、個々の介助マニュアルや所定の記録用紙はないため、必要な文書、記録類の検討・整備を要す。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入浴は毎日行われ、必要に応じ随時入浴できる。順番等も利用者の話し合いのもとに決められ、入浴が楽しみな時間となっている。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
それぞれプライバシーが保たれた浴室で、構造上冷暖房設備はないが、改装を行うなど様々な工夫のある環境づくりがなされている。これに特化した検討会議はないが、適宜支援会議にて情報共有や課題の検討がなされている。最低限かつ十分な入浴設備である。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
トイレは構造的に狭く、また現状で要介助者がいないために支援マニュアルは作成していない。安全面や利用者の将来的な状況を考慮し、準備していく必要性を感じる。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
毎日の定期点検や清掃を実施し、清潔を保っている。ウォシュレット設備を全トイレに設置したい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の意思を尊重し、衣類の選択は各自に任せている。必要時には相談や買物の同行支援に応じ、情報提供も行ってそれぞれに合った支援がなされている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
着替え時の支援はご本人の意向に応じ対応している。汚れや破損時、TPOの支援も必要に応じ随時行っている。外出着から普段着に、お風呂の後にはパジャマにと、利用者の思い思いの衣服についても主体性がうかがえる。			

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		
髪型や化粧に関しては、それぞれの意向により対処、情報提供や必要に応じた支援が行われている。社会人として許容される服装、装身具、化粧や身だしなみ、髪型、カラーリング、マニキュア等、利用者が学ぶ機会を作ったり、おしゃれを楽しむことの支援にも配慮が望まれる。		
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		
利用者それぞれの意向と必要性を考慮し、希望があれば理・美容店への送迎や同行支援を実施している。また予約の連絡等、地域店舗との調整も行う等、適切な支援が行われている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
安眠へのアドバイス、眠剤の管理等の配慮を実施しており、睡眠の状況も記録されている。睡眠に関してのマニュアルがないため、緊急時以外は職員任せの状況である。利用者個々のニーズと専門的な見地からの手順書の作成が望まれる。		
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		
定期の健康診断、毎週のバイタルチェック、50歳以上のがん検診等の他、ウォーキング等の日常的な運動支援を行っている。インフルエンザワクチン接種等、感性症予防にも心がけており、バックアップ施設の看護師による健康管理もなされている。緊急時への準備・対応として、個人の既往歴、血液型、投薬内容等の分かる個票の作成が望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
近隣の医療機関との連携は密にされている。健康不調時の対応マニュアルについて、特にてんかん発作に関しては徹底されており、日常的な健康に関する事項についてはホーム会議で確認、対応し、支援につなげている。		
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		
内服薬の管理については、事務所のパソコンにて情報共有し、変更時にも迅速に対応している。自己管理の利用者もあり、誤薬、怠薬の解消に向け、保管から服薬確認に至るまでの具体的なマニュアルの整備が必要と思われる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
適宜、利用者の希望に沿って行われている。行事の企画等も利用者の意向に合わせて側面的な支援を行い、大きな満足を得ている。また、新聞や雑誌による情報提供やテレビ等を見て様々な希望がでてきた際の相談の実施等、利用者目線での対応は評価できる。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ヘルパーが同行する外出や、必要時には職員が同行する場合もある。外出支援のほとんどが利用者の意向に沿った形で計画、実行されている。また、職員を伴わない外出の際には、職員の名刺を持参して緊急時の連絡に備えている。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
外泊に関しては、特別なルールはなく、利用者の希望やご家族の意向によって自由に行われている。外泊を強制することではなく、盆正月の残留者には家庭的な特別支援も実施している。外泊を受け入れる保護者の高齢化や死亡によって、今後増加が予想される「帰省先のない」利用者への支援に配慮し、外泊に関するルール作りや手順書の用意が望まれる。		
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント		
預り金に関しては、取扱規程が定められて進められている。出納簿は現場の世話人だけでなく毎月管理者までがチェックし、管理を徹底している。金銭の自己管理については、自立への第一歩と捉え、利用者の力量に合わせて側面支援している。具体的なプログラムを用意する等、積極的な金銭管理の自立に向けた支援を望みたい。		
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
新聞については定期購読しており、本や雑誌等の購入は利用者各自が自由に行っている。テレビは居間にも共有のものがあるが、個人で購入される方もおり、特に制限は設けてない。		
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	a ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント		
現在習慣のある利用者がいないため、喫煙、飲酒に関して特別なルールは定めておらず、特に健康指導なども実施していない。旅行等特別な場面での飲酒については、呑みすぎへの注意等を随時実施している。アルコール中毒や依存症、副流煙による受動喫煙等の副作用・弊害について学ぶ機会の提供や、今後の喫煙者などの入居に備えてのルール作りも考えたい。		