

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11月24日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称 あいさんハウス	種別： 共同生活援助	
代表者氏名： 今井 恵美	定員（利用人数）： 29名（27名）	
所在地： 愛知県愛西市早尾町南川並257番地2		
TEL： 0567-24-3725		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成20年 12月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 愛燦会		
職員数	常勤職員：16名	
専門職員	(管理者) 1名	(世話人) 10名
	(サービス管理責任者) 1名	(その他) 1名
	(生活支援員) 3名	
施設・設備の概要	(居室数) 29室	(設備等) 居室・トイレ・台所・
		浴室

③理念・基本方針

★理念	「あなたが楽しいと 私は嬉しい」
★基本方針	<p>全ての人笑顔こぼれるアミューズメントになる みんなが光り輝くエンターテイメントに！</p> <p>①私たちは全ての人々の長所を徹底的に応援します ②私たちは家族の様に結束して地域福祉に貢献します</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

- ① 自立を目指し、自分でやれる事・支援が必要な事に分け、個別対応を徹底している
- ② 門限を21時とし、自主性を尊重している

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年7月21日（契約日）～ 平成29年5月10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

◆自主・独立性を重んじた支援体制

夜間の職員（世話人）配置がなく、一見して不安要素とも考えられるが、利用者の自立度が高く、自主・独立性を重視した自由度の高い支援体制をとっている。飲酒や喫煙も、一定のルールの下で許可されており、規定上の門限も21時とゆるやかである。食事や排泄、入浴、着替え等の身辺自立は当然であるが、自分の部屋の掃除や洗濯等も自分で行えるよう指導している。その方針を徹底させるためもあって、グループホームごとの利用者会の設立が計画されている。“地域移行”の目的に合致したグループホーム運営である。

◆安心・安全な環境整備

バックアップ施設である入所施設「あいさんハウス」と緊密な連携体制を敷き、利用者の安心・安全な生活を担保している。事故発生時の対応と安全確保に関する手順をマニュアルも整備され、夜間の緊急対応は、バックアップ施設が迅速に対応することとなっており、安心・安全に暮らせる環境が整備されている。さらに、生活を支援する職員、世話人や提供するサービスの質の向上を図るために、第三者評価を受審する等、真摯に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

◆世話人育成の仕組みづくりを

人事考課制度が法人主導で運用されているが、対象は正規職員であり、その枠組みから外れている非正規職員（世話人）に対しても、育成面での配慮・工夫が欲しい。さらに、法人本部作成の研修計画があるが、これも正規職員を対象としたものである。非正規職員である世話人に対する研修システムの構築が求められる。

◆マニュアルに基づく利用者支援

職員による統一した支援を行うため、福祉サービスの標準的な実施方法を定めた「支援マニュアル」を整備し、マニュアルに基づく利用者支援を行っているが、より一層職員のマニュアル理解を図り統一した支援を行うことが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めて第三者評価を受けました。
自分達だけで運営していると目の前の事に精一杯になり、課題は分析しても、ついつい後回しになっていたのが現状でした。
今回、PDCAのサイクルの重要性を再認識でき、早速「見える化」をスタートさせています。
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「あなたが楽しいと わたしは嬉しい」との法人理念があるが、利用者に対する理念の周知はバックアップ施設等の日中活動の場に任されている。グループホームにおいても、世話人は当然として、利用者に対しても理念や基本方針の周知活動を期待したい。			

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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者が市の障害者推進委員の職にあり、市の自立支援協議会(部会)への出席や、相談支援事業所との連携の中で事業運営に必要な情報を取得している。さらに、管理者は法人の中核で組織する幹部会の主要なメンバーであり、その場での検討・分析の結果や決定事項は速やかに事業所運営に反映されている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職員に関する課題として「職員(世話人)の不足と研修の不十分」を挙げ、利用者に関する課題としては、「イベント(楽しみの提供)が不十分」を挙げている。これらの中・長期計画や事業計画に取り上げ、実行計画(責任者、取り組みの期限、具体的な実施方法等の明確化)を作成して計画的に取り組むことを望みたい。			

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			
「日本一になるための経営戦略書」(平成27年度～29年度)を策定し、数値目標の設定もあって、適切な見直しも実施されている。課題は、収支計画を伴っていないことである。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
バックアップ施設と同様の形式で具体的な事業計画(重点項目)を策定している。事業計画に示された各重点項目には、数値目標が示されずに抽象的な表記である。可能なものについては数値目標を明確に示し、実行計画(責任者、スケジュール、実施方法等の明確化)や工程表を作成して取り組むことが望まれる。			
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			
事業計画と事業報告との関連性が薄い。少なくとも事業計画で重点項目として取り上げた内容に関しては、事業報告書の中での詳細な結果報告が欲しい。さらに、事業報告書の中で課題として残った項目については、次年度の事業計画へ反映させることが求められる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
バックアップ施設をはじめ、日中の支援を受ける事業所によって事業計画が説明されており、その際にグループホームに関する説明も加えられている。グループホームでは、行事計画(法人内の様々な事業所で開催されるイベント等)に関する説明に重きが置かれている。			

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			
提供するサービスの質を客観的な立場から検証しようと、初めての第三者評価受審となった。サービスの質を判定する際の大きなファクターが「利用者の満足度」であることは理解しているが、この「利用者の満足度」を定期的に測定するための“指標”が定まっていない。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
職員と利用者に関するそれぞれの課題が明確になっている。事業計画の重点項目と同様に、これらの課題を改善につなげるためには、必要な改善策を抽出し、その改善策の一つひとつに責任者と改善期限(スケジュール)を明確にした実行計画を作成して臨むことを期待したい。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の職務分掌を明文化した「職掌」によって、管理者の役割や責任が定められている。訪問調査当日、日中の業務が終了するころから職員が多目的ホールに三々五々集まってきた。間近に迫った法人の「忘年会」で披露するアトラクションの練習が目的である。当事業所の出し物は「混声合唱」であり、管理者が指揮を執る。練習は何度となく繰り返され、練習と言えども妥協を許さない管理者の姿に強い指導力の片鱗が見えた。</p>			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者のコンプライアンス意識は高く、関連する研修への参加もあるが、職員への周知や理解につながる取り組みに課題を残す。平成28年4月に施行された「障害者差別解消法」に関しても、研修や勉強会等、職員に対する特段の取り組みは実施されていなかった。</p>			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
<p>サービスの質の向上のために、サービスの担い手である職員の育成を目指しているが、職員の安定雇用が図られておらず、職員の離職に歯止めがかかっていない。管理者が事業所内の会議や委員会に顔を出してサービスの質の現状把握に努めており、今後打ち出される改善策に期待がかかる。</p>			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業運営の実効性を高めるために、機構の改革にも着手している。法人レベルでは内部統制室が立ち上がったが、事業所としても、職員の働きやすい職場作りを目的とした「リーダー会議」や「世話人会議」を発足させ、毎月のグループホーム会議で職員、世話人の意識の統一を図っている。</p>			

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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
<p>中期計画の「日本一になるための経営戦略書」や単年度の事業計画からは、将来的に必要な人材の育成プランが見えてこない。支援の現場では職員の不足感が根強く、“育成”以前の“採用・確保”に力が注がれている。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人主導の人事考課制度が運用されているが、正規職員のみが対象となっており、非正規職員である世話人は対象となっていない。人事考課の結果は職員の処遇面に反映されているが、職員個々の教育ニーズを明確にする等の職員育成へのつながりに欠ける。キャリア・パス制度も未構築であり、人事考課制度との連動した運用が望まれる。</p>			

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			
職員の定着が悪く、職位や職種によっては有給休暇が取りづらい状況が続いている。その改善のために、管理者が職員、世話人との面談を行っているが、実効は上がっていない。			
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			
人事考課制度が職員個々の目標管理を含んでいるが、目標の進捗管理が行われず、実効性についての課題を残す。さらに、人事考課制度の枠組みから外れている非正規職員(世話人)に対しても、育成面での配慮・工夫が欲しい。			
	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			
法人本部作成の研修計画があるが、正規職員を対象としたものである。非正規職員である世話人に対する教育・研修の方針を定め、世話人育成のための研修システムの構築が求められる。			
	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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人本部作成の研修計画があるが、正規職員を対象としたものである。非正規職員である世話人に対する研修システムの構築が求められる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
実習生の受け入れマニュアルはあるが、夜間の支援であるグループホームでの実習機会はない。母体施設が受け入れた実習生が見学に訪れる程度である。			

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			
提供するサービスの透明性を担保するため、初めて第三者評価を受審することとした。苦情に対する解決の体制は構築されているが、公表の仕組みはない。ホームページの活用等、公表の仕組み作りが待たれる。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
財務・会計面についての不正防止対策については「コンプライアンス規程」があり、内部統制室の内部監査や法人監事による監事監査、行政の監査等を受けている。さらに透明性を確保するために、公認会計士や税理士等の専門家による外部監査の導入に前向きに取り組まれない。			

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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
町内会には加入しているが、回覧板が回ってこないグループホームもあり、地域の情報は多くない。それでも、買い物は極力地域の商店を使うようにしており、地域清掃にも参加する予定である。今後、地域にグループホームの存在を知らしめる取り組みが求められる。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの受け入れマニュアルが作成されているが、受け入れの実績はない。利用者の生活を豊かにするためにも、土曜日や日曜日等の休日の生活支援(余暇支援や外出支援等)を中心とした、積極的なボランティアの活用を望みたい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
地域資源のマップやリストの作成はなく、世話人のいない時間帯の緊急連絡体制を構築している。			
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 ・ b ・ ㉟
評価機関のコメント			
今後、地域の清掃活動に参加する意向を持っているが、現時点での地域貢献活動の実施はない。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
法人の方針として、これまでは世話人の夜間配置を必要としない軽度の障害者用グループホームを整備してきた。地域の福祉ニーズとして、重度障害者(重心)のグループホーム需要があるが、これへの対処は法人としての大きな課題である。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示しており、世話人を含む職員全員への周知が図られている。世話人会議を定例的に行っており、職員会議にも世話人が参加する予定である。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者のプライバシー保護や虐待防止に関する規程やマニュアルが整備されており、毎月開催している世話人会議の場において、権利擁護に関する研修を行っている。利用者にとって生活にふさわしい快適な環境を提供し、プライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。不適切な事案が発生した場合の対応については、具体的な対応方法を取り決めておくことが望まれる。			
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	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの選択に必要なと思われる情報については、ホームページ等で積極的に提供しており、見学や体験入所についても受け入れをしている。市役所等に、施設を紹介したパンフレット等を置くなどしている。引き続き、積極的な情報提供を図ることが望まれる。			
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの変更にあたっては、利用者や家族に分かりやすいよう工夫して説明しており、サインにて同意を得た上でその内容を文書にて残している。意思決定が困難な利用者については、家族や後見人に説明をして同意を得るようにしているが、現在のホームの利用者については、本人からの同意を得ることができている。			
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 ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスが終了した後も利用者や家族が相談できるよう、担当者を決め相談に乗れるようにサポートしている。他の福祉施設への移行にあたり、一定の引継ぎ文書等の様式を定めておくことが望まれる。			
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	⑥ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足を把握するため、モニタリングの機会を通して利用者や家族から要望を聞いたり、家族会に職員が参加して要望等を聞くように努めている。把握した要望等については、担当者会議に諮り、検討して具体的な改善へと繋げるようにしている。			

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			
苦情解決の仕組みを確立しており、玄関に掲示する等で利用者等に周知している。苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管しており、家族にフィードバックするようにしている。苦情処理を図った内容については、ホームページや広報誌等での公表が望まれる。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
世話人を始め職員は利用者との話し合いの場を多く作り、相談や意見を述べやすい環境となるように努めている。利用者からの相談は突発的に来ることが多く、その都度丁寧に相談に乗るようにしている。口頭で対応した相談や意見についても、記録(「記録ノート」)に残して職員、世話人間の情報共有を図りたい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者から相談を受けた場合には、必ず「記録ノート」に記載し、職員間での情報共有を図ることとしている。意見箱については、敢えて設置はしていないが、検討事項となっている。			
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			
ヒヤリハット事例を多く集めることで、事故に繋がるリスクの軽減を図っている。事故発生時の対応と安全確保に関する手順をマニュアルとして作成しているが、世話人へのマニュアルの理解が十分でなく、研修の機会を確保してマニュアルの周知が望まれる。			
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			
感染症の予防と発生時の対応マニュアルは作成しているが、世話人への周知が十分でなく、積極的な活用ができていない。世話人会議を利用して、マニュアルの積極的な活用を図ることを望みたい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
防災計画等を作成して定期的な訓練を行っているが、地域との協力体制が十分でなく、地域と連携した訓練を実施して協力体制を強化する予定である。BCP(事業継続計画)についても、作成していく予定である。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの標準的な実施方法を定めた「支援マニュアル」があるが、世話人の理解が十分でなく、周知を図ることが望まれる。			

	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			
個別支援計画については、毎月の世話人会議等において支援内容を検討して意見交換を行っている。標準的な実施方法について、定期的な見直しを図ることが望まれる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメント手法が確立されており、適切なアセスメントが行われている。個別支援計画には利用者のニーズが明示されており、課題と支援目標が明記されている。			
	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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画は6ヶ月毎に評価・見直しが行われており、見直しによって変更した内容は赤字で明記している。関係職員へは、担当者会議等で変更を報告している。			
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			
福祉サービスの実施状況の記録について、必要事項を記録用紙に記録し、毎月上司の決裁を受けている。「記録要領」は作成しておらず、職員によって多少の書き方の違いが見られる。記入しやすい様式に記録用紙を変更する等により、より一層職員間での情報の共有化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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」等により利用者の記録管理の詳細が定められているが、世話人への周知徹底が十分でなく、教育や研修を行うことが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者はグループホームへの地域移行を実現しており、さらなる移行については希望が少ない。利用者が家族との生活を望んでいたりと、一人暮らしをしたいという要望があれば、要望に応じられるような取り組みを検討し、生活訓練を行うこととしているが、事例的には極めて少数である。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者のコミュニケーション能力を高めるため、個別支援計画の中に「絵カード」や「筆談」等の支援内容を組み込んで作成している。利用者とのコミュニケーションを図るため、必ず一人ひとりに声掛けをするよう徹底している。引き続き、利用者のコミュニケーション能力を高める支援の充実が望まれる。</p>			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者からの要望については、自主的な活動となるようグループホーム毎で検討し、取り入れるようにしている。利用者による自治会は開催していないが、グループホーム毎での利用者の会を立ち上げることを検討中である。</p>			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>現在のところ、グループホームでは身体的介助を必要とする利用者はいないが、日常生活で介助が必要と判断された場合には、医務や家族と相談して必要な支援を検討している。利用者への見守りや声掛けについては、必要以上の声掛けはしていない。引き続き、利用者の見守り支援について、声掛けのタイミング等を、職員間での指導の統一を図ることが望まれる。</p>			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>エンパワメントの理念に基づくプログラムとしては作成していないが、自分の部屋の掃除や洗濯等を自分で行えるよう指導しており、それぞれの出来る範囲での自立を目指した支援を行っている。休日を無為に過ごさず、社会性を身に付けるための自主的な(職員の支援がなくても実効が可能な)プログラムの開発を望みたい。</p>			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>個別支援計画の中に栄養量や食事介助の方法は明示しているが、食事形態や水分補給については記入していない。体調不良の場合は、世話人が臨機応変な対応をしている。ホームでは肥満が問題となっており、主食の制限をしたり運動を推奨する等の工夫をしている。</p>			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>定期的に嗜好調査を行って献立に反映しているが、好き嫌いが多い利用者には、食材を工夫して食事を提供している。手作りの食事の際には、食器を陶器にする等の工夫をしている。基本的には適温の食事が提供されており、調味料や香辛料は必要に応じて個人で購入して使用している。</p>			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>食堂の雰囲気は家庭的であり、食事時間についても利用者が好む時間に食べている。定期的に、グループホームの運営に係わる職員と世話人による“食事会議”の開催を期待したい。この会議には、都合が付けられれば、バックアップ施設の栄養士や調理員の参加を求められたい。</p>			

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		
ホームの利用者は基本的には自立しているため、介助を必要としない場合が多いが、体調不良等で介助が必要な場合には必要な援助をしている。安全確認やプライバシーの保護に関する助言方法については、一定の手順を用意しておくことが望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の希望に沿って、好きな時間に入浴している。失禁や汗をかいた際にも、シャワー浴を行っている。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
浴室や脱衣室の設備等については、必要に応じた改善を図っている。プライバシーの保護に関しては、十分に守られている。将来的に課題となってくる“身体的な介護”を想定し、中・長期的な視野に立っての環境整備を期待したい。		
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		
母体の入所施設で使用しているマニュアルがあるが、ホームの実態に合わせたマニュアルが整備されておらず、今後整備する予定である。基本的に、ホームの利用者は排泄が自立しているために介助の必要はないが、利用者によっては排便状況を確認して体重チェックを行う等している。		
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		
毎日トイレの清掃をしており、汚れた場合には直ぐに対応をしている。冷暖房設備については、構造上設置が難しい。		
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		
利用者の個性や好みにより衣類を購入しており、購入には職員が付き添い援助をしている。必要に応じて、衣類の選択の相談に乗っている。		
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		
利用者の意思で着替えており、季節に応じた衣服を着用するよう助言をしている。汚れや破損が生じた場合は、速やかに洗濯や修繕をするようにしている。		

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の好みに合わせ、利用者自身で髪型を決めて散髪している。必要に応じて、理・美容に関する情報を用意する予定である。			
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			
バックアップ施設である“あいさんハウス”での理・美容を利用しているが、利用者の要望により近隣の理髪店を利用することもある。			
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			
利用者はそれぞれ個室の部屋があり、自分の好みに応じて寝具等を準備し安眠できるように工夫している。夜間の職員配置がないため、“安眠”を妨げられる事態が生じた場合の対応の遅れが懸念される。あらゆる“安眠阻害”の要因を抽出し、未然の防止策を講じるよう望みたい。			
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			
利用者の健康管理に関するマニュアルを用意し、日常の健康管理に注意を払っている。年1回、医師による健康診断やインフルエンザの予防接種を行っている。「健康管理マニュアル」に基づいて、健康管理票を作成する等の工夫が望まれる。			
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			
熱発や病気の場合の対応について、各グループホームに「医務マニュアル」が設置してあり、マニュアルに従った対応をしている。定期的な通院には、原則として職員が同行するようにしている。主治医による定期的な診察を受けている。			
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			
利用者が服薬している薬の処方箋を保管し、薬に関する必要な情報を得るようにしている。薬は個々のケースに入れ、名前を記入して鍵付きのキャビネットに保管している。薬の使用状況については、チェック表で確認している。誤薬や服用忘れ等の事故が起こらないよう十分注意をしているが、引き続き、薬に関する事故防止対策を充実することが望まれる。			
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			
各グループホーム毎で月1回、レクリエーションを企画し、実施している。4軒のグループホーム全体でのレクリエーションについては、利用者と話合いをして、半年に1度実施している。休日を含む、日常生活での余暇活動支援の充実が望まれる。			

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		
<p>月2回、利用者と職員とで外出している。利用者からの外出希望に応じて、職員が付き添う等の外出支援をしている。地域で開催されるイベント情報を収集し、希望に応じて参加しているが、頻度としては少ない。地域の障害者理解を進める意味からも、積極的な外出支援を期待したい。</p>		
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		
<p>利用者や家族の外泊希望に応じて外泊届を提出してもらい、自由に外泊してもらっている。外泊の受け入れ希望日や帰省の日数等は、利用者の意向よりも受け入れる側の家族等の都合が優先されるケースが多い。</p>		
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		
<p>利用者の預かり金については、グループホームで管理せずにバックアップ施設である“あいさんハウス”の事務所で管理している。お金の自己管理ができる利用者については、週末に必要額を手渡しており、小遣い帳を付けて自己管理してもらっている。グループホーム内で金銭トラブルを発生させないよう、必要最低限のルール作りが望まれる。</p>		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>新聞や雑誌は個人で購買しており、共同での利用はしていない。テレビ・ラジオの持ち込みは自由であり、利用者は自分の部屋にて自身で管理している。</p>		
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		
<p>喫煙する利用者には、喫煙場所を定めて自由に喫煙してもらっている。飲酒する利用者には、自分の部屋にて飲酒するようにしている。喫煙や飲酒の習慣のない利用者をも含めて、飲酒や喫煙の弊害(アルコール中毒や依存症、たばこの副流煙による受動喫煙等)を学ぶ機会の提供が望まれる。</p>		