

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29年2月15日(水)
---------------	---------------------

②施設・事業所情報

名称 East Bay	種別：共同生活援助	
代表者氏名：服部 裕美	定員（利用人数）：19名	
所在地：愛知県知多郡東浦町大字緒川字旭21番地2		
TEL：0562-84-1118		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 6年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 相和福祉会		
職員数	常勤職員：52名	
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者)1名
	(生活支援員) 35名	(看護師) 1名
	(世話人) 52名	
施設・設備の概要	(居室数) 21室	(設備等) 談話室・浴室・
		トイレ・洗面所・キッチン

③理念・基本方針

<p>★理念 すべての人にとって 今日一日が充実し 満足できるものであり、明日への希望が豊かなものであるよう努めます</p> <p>★基本方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すべての人が 人を大切にし 人に大切にされていることを実感できるよう努めます ・すべての人の 希望を実現するため 豊かな環境を実現し 智慧を共有します ・ご利用者さま ご家族さまに 十分な満足と笑顔をいただけるサービスを提供します ・ご利用者さまの要望に 迅速 的確にお答えします ・専門性を陶冶し 支援技術の高度化 均質化を追求します ・安心で 安定した 法人・施設運営を目指します
--

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者様が、地域でその人らしく暮らしていく事を大切にしている。法人内の就労継続B型事業所、相談支援事業所のみならず、居宅介護事業所や就労継続A型事業所、社会福祉協議会等が、地域には存在している。それら社会資源を、その人を中心にして、有機的に組み合わせしていくことは、障がいのある方にとって、その人らしく地域で暮らしていくことにおいて、必要不可欠なものと考えている。

今年度途中からは、半田特別支援学校の生徒も入居し、学校や福祉課、生活保護課との連携も始まっている。また、世話人、生活支援員、看護師、相談支援従事者、作業指導員、児童指導員、ジョブコーチ、栄養士、調理員等の多くの職員が関わり合いながら、その人の生活をサポートする体制作りにも注力している。

とはいっても試行錯誤の連続であり、発展途上とも言えるが、基本方針のひとつ「すべての人の 希望を実現するため 豊かな環境を実現し 智慧を共有します」を具現化した取り組みを実践している点

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年11月15日（契約日）～ 平成29年 5月8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

◆バックアップ施設の役割

管理者は若いですが、その役割や責務は、「品質管理組織図」や「品質に関する責任と権限一覧表」等で明確になっている。その若い管理者をバックアップ施設の管理者が側面から支えており、運営の多くをバックアップ施設に頼らざるを得ないグループホーム事業所にあつて、双方の管理者の意識や言動に相違がないことは大きな強みである。夜間は世話人が不在となるため、玄関や廊下に防犯カメラを設置し、バックアップ施設の事務室で夜勤者がモニター画面をチェックしている。世話人の勤務シフトもバックアップ施設の職員を含めて柔軟に組んでおり、バックアップ施設としての役割を十二分に果たしている。

◆積極性を持った地域との係わり

新たなグループホーム（East Bay）の開設に伴い、地域住民にも呼びかけてグループホームに隣接する“つどいの広場”で披露のバーベキューパーティーを行った。利用者、家族、職員に混じって地域からも参加があった。一方、地域から職員の駐車の仕方についての苦情が出て対処に追われることとなったが、そのことで、却って地域にグループホームの存在や考え方を伝える機会となった。職員が、地域活動組織“藤江コミュニティー”のメンバーとして活動している。

◆制約の少ない自由な外出

基本的に平日の夜間は外出しないことにしており、利用者は土・日曜日等の休日に自由に外出している。利用者単独での外出が困難な場合は、ヘルパーの利用もある。休日にはグループホームでの昼食の提供がないことから、ほとんどの利用者が近くのショッピングモールやコンビニに出かけ、食事を摂ったり、買い物をしたりしている。外出時、利用者は緊急時の連絡先を記入したカードを携帯している。

◇改善を求められる点

◆世話人の確保と育成

主体のグループホームは今年度の開設であり、次年度からは事業計画(品質目標)に目標とする数値を設定して取り組むこととしている。特に世話人に対する内部研修を重要視しており、履修時間に目標値を設定したり、法人内の4ヶ所のグループホーム合同の研修を組む構想もある。バックアップ施設からの人的な応援もあって、現状では世話人の充足が見られるが、将来的には不安要素もぬぐいきれず、採用面と育成面の両建ての取り組みが求められる。

◆「個別支援計画」と「サービス等利用計画」の時期的整合を

「個別支援計画」は、半年後に中間評価が行われ、必要に応じて見直しが行われている。見直し事項があった場合には、世話人ミーティングで報告し、周知されており、「個別支援計画」の内容については全く問題はない。ところが包括的な「サービス等利用計画」との作成時期や見直し時期、更新時期がズレている。「個別支援計画」の中間及び終了時評価を「サービス等利用計画」に合わせて実施し、相談支援事業所の職員も同席して行えるよう検討を望みたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

East Bayの特徴である土日の開設と、地域居宅支援事業所や障がい福祉サービス事業所との連携、世話人会議の取り組みなどについて、評価していただいたことは、職員の自己肯定感、達成感の向上に繋がると思われます。専属の常勤社員が1名ということで、自分の行っている仕事を、第三者によって評価を得ることは、大きな自信になっていくものと思われます。また、B評価項目についても、良い気づきを得る機会となっています。今後は、その気づきを気づきのまま終わらせることなく、具体的なサービスや手順書の作成に繋げていけるようにしたいと思います。そして、第一義的課題としてあげられた、人材の確保、非常勤職員の教育機会の確保、教育計画の立案と実施、力量の向上についても、一歩ずつ取り組みを重ねていきたいと思います。

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		
職員・世話人は理念や品質目標(事業計画の骨子)が記載されたカードを携行し、常に理念を意識した支援に努めている。各ホームにも理念が掲示されている。利用者や保護者への理念の周知は日中活動の事業所(主として通所施設・くすの樹)に委ねられており、グループホームが直接的に理念の周知に係わることは少ない。		

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 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
経営協、県知的障害者福祉協会、自立支援協議会等から情報を得ており、法人の相談支援事業所からも情報は入ってくる。バックアップ施設(入所施設・ひがしうらの家)との連携を図り、自立度の高い利用者を入居させることで夜間の職員配置を無人としている。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
全国的に見ても、法人としても、職員の慢性的な不足感は免れないが、バックアップ施設(ひがしうらの家)の職員の兼務や非常勤職員を数多く採用することによって、当面の世話人不足は解決されている。引き続き、課題を「働きやすい職場の実現(世話人の雇用の安定)」として、採用、育成両面での取り組みを継続している。		

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 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の中・長期計画(平成26年度～28年度)が示されており、事業所に関連しては、近い将来の新たな通所施設の開設に備えたグループホームの再整備が計画されている。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画に連動した事業計画(品質目標)が5項目設定されている。「28年度 East Bay事業計画」の一覧表には数値目標の明示はないが、責任者やスケジュール等を明記した実行計画が作成されており、中間評価も実施されている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
半期の進捗を評価し、「28年度 East Bay事業計画中間評価」を作成しており、課題を後期の対応へとつなげている。グループホームに関する世話人の数が多く、職員の理解にバラつきがある。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
行事計画を中心として、利用者には周知が図られている。家族に対しては半期に1度の面接の機会があるが、個別支援計画の説明に時間が費やされ、事業の説明は十分には行われていない。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
満足度調査を実施し、土・日曜日の休日支援は利用者から高い評価を得ている。自己評価を毎年実施しており、その中で見つかった課題(不適合等)は、PDCAサイクルを活用して是正(改善)する仕組みが構築されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価の結果や自己評価での気づきの中から、重要なものは事業計画(品質目標)に取り上げて取り組んでいる。改善活動を確実にするために、実行計画(品質マネジメント計画)を作成し、責任者、スケジュール、実施する内容等を明確にして取り組んでいる。			

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者の責務は、「品質管理組織図」や「品質に関する責任と権限一覧表」等で明確になっている。管理者は若いですが、実質的にはバックアップ施設の管理者が側面から支えており、運営の多くをバックアップ施設に頼らざるを得ないグループホーム事業所にあつて、双方の管理者の意識や言動に相違がないことは大きな強みである。</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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者のコンプライアンスの意識には問題がないが、様々な経験や経歴を持つ世話人を抱え、そこへの意識付けが課題である。時間をかけて、世話人会議等で研修機会を持つことが望まれる。</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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の満足度調査を毎年実施し、評価の悪かった項目は原因を調べて是正し、大きな課題は次年度の事業計画(品質目標)に取り上げて改善する仕組みがある。グループホーム独自では対応が難しい課題(世話人のシフトや夜間体制等)もあるが、バックアップ施設と緊密に連携することでサービスの質を担保している。</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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>バックアップ施設の管理者の力を借りたり、直接現場に入って世話人を指導したりと、業務の実効性を高めるための取り組みを行っている。とは言っても、世話人の多様性や管理者の年齢的な若さからして、世話人への指導面での課題は残る。</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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>主体のグループホームは今年度の開設であり、次年度からは事業計画に目標とする数値を設定して取り組むこととしている。特に世話人に対する内部研修を重要視しており、同じ地域の4ヶ所のグループホーム合同の研修を組む構想もある。バックアップ施設からの人的な応援もあつて、現状では世話人の充足が見られるが、将来的には不安要素もぬぐいきれず、採用面と育成面の両建ての取り組みとなる。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>人事考課制度の運用とキャリアパスの構築によって、正規職員に対する人事管理の体制は整っている。世話人(非常勤職員)に対する人事考課の制度はあるが、キャリアパスとの連動性がなく、今後の課題である。</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			
有給休暇の繰り越し分を年度内に消化する制度が試験的に運用され、年度内に計画的に付与する取り組みが試みられている。勤務シフトの作成時には希望休暇を聞き取って反映させ、パートタイム(非常勤)の世話人を契約職員へ登用する制度も構築されている。管理者等の役職者には、有給休暇の取りづらさが残っている。			
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			
非常勤の世話人に対する育成の必要性から、次年度から個人目標を設定したり、研修体系に組み入れたり、新たな世話人育成の施策が計画されている。試行錯誤を繰り返しながらの体制を確立していくこととなろうが、来期以降の新たな取り組みに期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
時間的な制約がある中ではあるが、毎月「世話人会議」を開催し、その中で研修を実施している。権利擁護や利用者の固有な障害に焦点を絞った研修内容となっている。「障害者虐待防止」や「強度行動障害」等の研修が実施され、研修後には世話人個々の理解度を検証するためのアンケートを取っている。			
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			
「世話人会議」の時間を使っての研修が実を挙げているが、数多い世話人が均一的な支援を提供するためには研修機会は少ない。次年度からは、世話人を対象とする研修受講の時間的な目標を定め、体系的な研修の実施を目指している。			
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			
実習生の受け入れのための手引きはあるが、グループホームが主体的に実習生を受け入れることはない。バックアップ施設等で受け入れた実習生に対し、「グループホーム事業」を説明する時間がプログラムに入っている。実習生のグループホーム見学は、夕方の支援を中心に見てもらっている。			

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			
事業所のホームページに事業概要や事業計画(品質目標)等を掲載し、事業所の活動や利用者の様子をスナップ写真で伝えている。さらに、透明性の確保を目的として、ホームページ等を活用し、苦情受付の状況や解決に至った経緯等を公表する仕組みづくりを期待したい。			

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			
法人のホームページ上に現況報告書(法人概要・財産目録・貸借対照表・資金収支計算書等)を公開し、法人監事による監事監査を行い、ISO9001の内部品質監査制度も機能している。近い将来の実施が予想される社会福祉法が求めるレベルの外部監査に関し、中・長期計画に組み入れることを望みたい。			

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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の休日(土・日曜日、祝日等)を利用し、地域との積極的な取り組みを行っている。新たなグループホームの開設に伴い、地域住民に呼びかけてグループホームに隣接する“集いの広場”で披露パーティー(バーベキュー)を行った。職員が、地域活動組織“藤江コミュニティー”のメンバーとして活動している。			
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			
支援の中心が夜間となるため、積極的なボランティアの受け入れはなく、バックアップ施設のマニュアルを共用している。			
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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
関係機関が記載された一覧表がある。世話人のいなくなる夜間の連絡先として、バックアップ施設の電話番号が貼りだしであり、万が一の場合には、利用者は迷うことなくバックアップ施設の夜勤者と連絡が取れるようになっている。就労移行に関し、就労支援センターやハローワークとも障害者雇用に関する話し合いを行っている。			
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			
新たなグループホームの開設に伴い、地域に参加を呼びかけて披露パーティーを実施した。地域から「騒音の苦情」が出て対処に追われたが、かえって地域にグループホームの存在や考え方を伝える機会となった。現時点では地域貢献としての見るべき点は少ないが、積極的に地域への係わりを求めていることから、今後には期待が寄せられる。			
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			
広域連合(2市2町で構成)のネットワーク会議に参加して地域ニーズを把握し、法人の相談支援事業所からも在宅の福祉ニーズを集めている。他法人を含めて入所施設が満杯の状況であり、入所施設からの地域移行の受け皿としてグループホームが期待されている。優先的に、高齢の障害者を対象としたグループホームの整備が進められる予定である。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人理念及び基本方針は、名刺サイズのカードに記載され、全職員が携帯している。全世話人が集まるのは月1回のミーティング程度のため、理念及び基本方針についての共通理解を図る取り組みを期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
虐待防止や権利擁護に関する規程が整備されている。また、虐待防止については、セルフチェックシートの活用や利用者へアンケート調査を実施して検証している。建物自体もプライバシーに配慮した構造になっている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
パンフレットは、文字も大きく写真を多く活用する等、グループホームのイメージが分かりやすく作成されている。また、見学者も積極的に受け入れ、丁寧に対応している。			
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			
サービス内容及び契約等については、管理者がパンフレット等を使って丁寧に説明を行っている。グループホーム入居時の持ち物については、個人ごとに必要な物が違うので、利用時の説明の工夫を検討されることを期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内には「相談支援事業所ハーネス」があり、必要に応じて連携できる体制が整えられている。退所後のマニュアルも整備され、移行後も支援できる体制になっている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
満足度調査を実施して、出来ることから取り組んでいる。満足度調査以外にも、日々の生活から出てきた意見は業務日誌に記録を残し、場合によっては「要望受付書」を作成して対応を検討している。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
「苦情解決規程」が整備され、重要事項説明書にも記載されている。グループホーム内にも案内が掲示されている。苦情が拳がった場合の手順は定められているが、公表については具体的に定められておらず、至急検討されることを期待したい。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
グループホーム内に相談窓口の案内が掲示されている。また、夜間世話人がいない時間帯に困ったことがあれば、利用者はバックアップ施設である「ひがしうらの家」に電話相談することを認識している。		
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		
世話人は、利用者からの相談や意見を連絡ノートに記載することになっており、担当職員が確認し速やかに対応することとしている。しかし、グループホームの運営には世話人やバックアップ施設の職員等、複数の関係者がいるため、迅速に情報共有できる仕組み作りを期待したい。		
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		
グループホームの世話人に、定期的にリスクマネジメントの研修の機会を検討されたい。リスクマネジメントに関する委員会については、法人内には複数の事業所を有しているため、法人全体で情報共有できるような体制整備を期待したい。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「感染症予防マニュアル」が整備されており、緊急時には協力医療機関に通院できる体制を整えている。朝・夕に検温を実施し、早期発見に取り組んでいる。また、二次感染防止のための嘔吐物処理キットは、世話人部屋に設置されている。		
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		
「防災規程」に基づき、計画的に訓練を実施しているが、夜間災害が発生した際には世話人が不在のため、バックアップ施設から職員が到着するまでに時間がかかる。町内会組織や民生委員との連携等、複数の対策を検討されることを期待したい。		

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		
ISO9001(品質マネジメントシステム)が導入されており、プライバシーの保護や権利擁護等、標準的なサービスの手引きとして文書化され、レビュー・検証・妥当性確認により定期的に見直しされている。しかし、手引き書は膨大な量となっているため、世話人が手引きを確認する機会を設けられるよう検討を期待したい。		

	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			
見直しを行う仕組みや手順は確立されており、職員や利用者の意見を考慮して実用的なものになるように定期的に取り組まれている。実施方法に不都合なことがあれば、世話人会議で検討されている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用開始時にはアセスメントを行い、ストレングスに着目した個別支援計画の作成を心がけている。個別支援計画がサービス等利用計画に添った計画になっているか、また、個別支援計画とサービス等利用計画の作成及び中間評価の時期を合わせるように検討されることを期待したい。			
	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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画は、半年後に中間評価が行われ、必要に応じて見直しがされている。見直し事項があった場合には、世話人ミーティングで報告し、周知されている。中間及び終了時評価をサービス等利用計画に合わせて相談員も同席して行えるように検討を望みたい。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
日々の記録は業務日誌に記載されている。ホームごとの情報は「世話人ノート」で情報を共有できるようになっているが、ノートを確認したチェック欄を設ける等、確認漏れがないように対策を検討されたい。			
	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」の定めにもとづき、適切に保管されている。ケースファイルはバックアップ施設である「ひがしうらの家」で、個別ファイル等はホームの世話人部屋の鍵付き書棚で保管されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
当面、在宅や入所施設からグループホームへの地域移行を果たしており、さらなる地域移行を望む利用者・家族は少ない。しかし、グループホームでの生活から地域での一人暮らしを希望する利用者には、基本的な生活訓練を支援したり、相談支援事業所と連携して情報提供を行う体制が整えられている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
グループホームの利用者は全員自立度が高く、特別なコミュニケーションツールが必要な方はいないが、個々の障害特性を把握することに重きを置き、自らの帰省予定の把握が難しい利用者には、カレンダーを利用して説明する等の工夫がある。			
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			
ヘルパーとの外出を希望される利用者には、移動支援事業所に連絡したり、個人で外出する利用者にはスケジュールの調整を行うなど、主体的な活動ができるように支援している。			
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			
アセスメントの情報や個別支援計画の内容は、世話人会議で周知されている。自立度が高い利用者ばかりなので、見守りが中心となっている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
社会適応力を高めるために、個別支援計画に沿って買い物練習やお小遣い帳を使っての金銭管理等の取り組みをしている。また、地域行事に参加を希望される利用者には、その人の能力に合わせて一人で参加したり、付き添いが必要な利用者には、移動支援事業所に連絡・調整をする等の支援を行っている。世話人が複数体制のため、対応の仕方を統一することが課題となっている。			
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			
利用者が少人数のため、利用者の状態や要望にあわせての対応が可能である。メニューは「ひがしうらの家」と同じで、ご飯だけホームで炊いている。風邪等の病気の際は、お粥であったりおじやの対応も可能となっている。			
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			
調理は各ホームで行われ、家庭のように温かい状態で提供されている。冬は鍋料理を提供する等、季節に合わせた食事を工夫している。土・日曜日の昼食は、個人ごとに好きな物を買って食べている。			
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			
コップや箸、茶碗は個人用にする等、家庭的な雰囲気を提供できるように心がけている。基本的には、全員揃って食事を取るようにされているが、個別対応も可能である。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
自分一人で入浴することが出来る利用者ばかりのため、特別な介助はしていない。浴室内に呼び出しボタンがあり、何かあれば連絡できるようになっている。本人の承諾を得て、洗髪や洗体後の状態を確認する等の配慮を検討されたい。		
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		
毎日入浴でき、順番は利用者の希望で決めているため、トラブルはない。また、汗をかいた時等、必要に応じて自由に入浴できる。		
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		
最近オープンしたグループホームのため、浴室や脱衣場は最新の設備でとてもきれいになっている。脱衣場にはエアコンが完備され、快適な環境である。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の身辺自立度が高く、現在は介助の必要な利用者はいない。今後、介助が必要になった場合には個別支援計画に記載し、声掛けやトイレ誘導等を個別に行うこととしている。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
暖房便座、自動消毒機能付き便器等、最新の設備で清潔と衛生を保っている。毎日利用者によるトイレ清掃も実施されており、利用者が当番制で掃除をし、それを世話人が点検・確認している。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者自身が休日を利用して近くのショッピングモールに出かけ、好みの衣服を購入している。自分で選ぶことが困難な利用者や間違ったサイズの衣類を買ってしまう心配のある利用者については、ヘルパーに情報を伝えてヘルパー外出時に購入するようにしている。		
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		
各居室にはクローゼットが設置してあり、利用者は自身の意思で衣服を選んでいる。汚れや破損に利用者が気付いていなかったり、何日も同じ衣服を着ている時には注意を促すこととしているが、そのような例はほとんどない。破損や消耗等によって廃棄が適切と思われるときには、利用者と世話人が一緒に確認して廃棄の適否を判断している。		

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			
理・美容や化粧について、利用者から相談や質問があれば応じることとしているが、深い興味を示す利用者もいないことから、地域の情報・パンフレットや情報誌の提供はしていない。			
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			
地域の理・美容室の利用を希望する利用者には、先方の理・美容室と、髪型や髪の長さ、カラーリング等の希望を電話連絡したり、日程・予約時間の調整等を支援している。日中活動の事業所での訪問理・美容(ビューティーサポート)を利用する利用者も多い。			
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			
自立度の高い利用者ばかりではあるが、夜間の支援には課題が残る。玄関や廊下には防犯カメラが設置され、バックアップ施設の事務室で確認ができる体制である。緊急時にはバックアップ施設からグループホームの近くに住む職員に連絡が入る仕組みであるが、365日オンコールの体制は難しい。夜間不眠者の対応も、現場での直接支援が不可能であり、課題を残す。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
バックアップ施設(「ひがしうらの家」)や日中活動の事業所(主として「くすの樹」)と連携した健康管理を行っており、必要な利用者には朝・夕の検温・血圧測定を行っている。健康診断や歯科検診、インフルエンザの予防接種等も、バックアップ施設との連携で実施されている。			
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			
世話人の不在時に緊急的に医療が必要になった時には、バックアップ施設が医療機関に対応することになっている。生活保護受給者に関しては、行政(市・町)との連絡・調整のうえ医療機関を受診している。			
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			
利用者の薬は、薬局からバックアップ施設の看護師が受け取り、管理者が小分けしてグループホームに渡している。グループホームでは鍵のかかる場所で保管し、世話人が管理している。利用者の服薬は手引きに従って行われている。薬の使用状況についての管理に課題を残す。			
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			
余暇・レクリエーションの支援は、ほぼ土・日曜日の休日支援に限られる。ヘルパー事業所と調整して、可能な限り利用者が“余暇を楽しむ”ことができるように配慮している。利用者の希望によって、カラオケ、買い物、温泉(スーパー銭湯等)、ボウリング等に出かけている。小旅行として、「なばなの里」等へのドライブもある。テレビで好きな番組を観て過ごす利用者も多い。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
基本的に平日の夜間は外出しないことになっており、利用者は土・日曜日等の休日に自由に外出している。休日にはグループホームでの昼食の提供がないことから、ほとんどの利用者が近くのショッピングモールやコンビニに出かけている。外出時、利用者は緊急時の連絡先を記入したカードを携帯している。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
外泊や帰省については日中活動事業所での調整となるが、利用者本人から日にちの変更等の希望があった場合には、世話人や担当職員が調整している。家族と調整できたものに外泊許可を出しているが、利用者同士の外泊については許可していない。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
金銭を自己管理できる利用者については、小遣い帳を付け、管理責任者が確認している。自己管理できない利用者については、「預り金規程」に沿って対応し、必要な金銭をグループホームで保管している。今後は、成年後見人との連携、調整が必要になることが予想されている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
新聞は共有のものがあり、自由に読むことができ、テレビも共有のものがリビングに設置してある。居室には個人所有のテレビがあり、利用者ヒアリングでの「(楽しい)余暇の過ごし方」では、「テレビ・ビデオ視聴」と「買い物」が双璧をなしていた。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
毎週土曜日を飲酒日とし、希望する利用者は飲酒している。喫煙は、決められた場所で、決められた時間帯のみ認めている。災害(火災)やトラブルを未然に防止するために、酒とタバコは職員が預かり、希望があった時に利用者に渡している。一般常識として、全員を対象として飲酒や喫煙の弊害(アルコール中毒や依存症、喫煙の常習性や副流煙による受動喫煙等)を学ぶ機会の提供を望みたい。		