

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 1月18日(水)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称 アンカレッジ	種別： 共同生活援助	
代表者氏名： 鏡味 まりな	定員（利用人数）： 19名（18名）	
所在地： 愛知県知多郡阿久比町卯坂八神1-6		
TEL： 0569-48-9902		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成18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： 29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・世話人) 29名	(非常勤看護師) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 19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

利用者様がアンカレッジで過ごす余暇時間が通所事業所での活動や就業への活力につながるよう、利用者様の意見を取り入れながら日々充実を図っています。

アンカレッジではお一人での外出が困難な方が多いため、少人数で希望する外出に出かけられるよう毎月計画を立てています。少人数の外出以外では、事業所全体で阿久比マラソンやフライングディスク大会に出かけ、体力の維持・向上を目指したり、忘年会を実施して利用者間の親睦を深めたりしています。また、個人的な外出の希望や通院等、個々の多様な要望に対応するため、共同生活援助以外のサービスも有効に利用できるよう事業所との連絡調整を行っています。

食事はバリエーション豊富なメニューの提供をできるように旬の食材を取り入れたり、利用者様が職員と一緒に調理をする機会を設けています。9月に実施しているBBQではアンカレッジで収穫した玉葱を使って、開放的な雰囲気の中、利用者様・保護者様・職員で食事と交流を楽しみました。

地域との関わりも意識的に行っています。町内会の神社の清掃活動や避難訓練に参加したり、地域の催しがある際には利用者様に情報を提供して、利用者様が興味を持てる催しに参加しています。「掃除のボランティアがしたい」という利用者様の声をきっかけに、阿久比町に紹介していただいた奉仕活動「明るい社会作り運動」にも参加しており、名鉄阿久比駅周辺の清掃を月1回地域住民や阿久比中学校生徒と一緒にしています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 9月20日（契約日）～ 平成29年 6月14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

◆経営効率を考慮した運営

自立支援協議会等に出席して情報を得ており、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・パスピ98）との綿密な連携を図り、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化しており、収益面で経営が難しいと言われるグループホーム事業を黒字化している。

◆中・長期計画と事業計画との整合

法人の中・長期計画（平成26年度～28年度）が示されており、そこに示された7項目の重点課題を反映させた「アンカレッジ 中長期計画」を策定している。この中・長期計画は、班会の場で職員の意見を集約して作成され、必要に応じて見直しも実施されている。さらに、「アンカレッジ 中長期計画」に整合させる形で「平成28年度アンカレッジ事業計画（品質目標）」が策定されている。具体的な取り組みの内容や担当者（責任者）が明示されている。それを「品質マネジメント計画」（工程表）に展開し、誰が（担当者）、いつまでに（月単位のスケジュール）、何をするのか（目標値）を明確にしている。

◆働きやすい職場環境の実現

グループホームで働く職員の大半は非正規雇用の世話人である。その世話人だけについて考えれば、働きやすい職場環境は実現している。有給休暇の消化は進んでおり、勤務日や勤務時間についても本人の希望が聞き入れられている。ワーク・ライフ・バランスにも配慮され、孫の誕生で長期にわたって休暇を認められた世話人もいる。希望すれば外部研修への参加も認められている。

◇改善を求められる点

◆職員育成は長期的な展望で

世話人会議を開き、事業計画や事業報告、班会等の資料を使い、必要な情報を世話人に伝えている。利用者へのサービス提供の直接の担い手として、教育・研修によって世話人の資質の向上を図ろうとしている。事業計画の中にも、世話人に対する研修の充実を挙げ、研修方法として、「手引き」を見直したり、必要と思われる新たな「手引き」を作成することで世話人の意識や資質を向上させようとしている。しかし、年齢や性格、知識、経験、意識の差が大きい世話人に対し、一朝一夕に教育効果を期待することにも無理がある。長い目で見て、継続的な取り組みに期待したい。

◆BCP(事業継続計画)の策定を

備蓄飲食料は近隣同法人施設(パスピ98)が保管している。バックアップ施設(パスピ98)で状況を把握するとともに、警備会社が定期的に巡回して利用者の安全を確認している。AED装置も設置している。利用者の安全はほぼ確保されているといい状態ではあるが、課題を挙げるとしたら、大規模災害時の早期復活を目的とした、BCP(事業継続計画)が策定されていないことである。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

中長期計画と事業計画との整合や働きやすい職場環境の実現など、高い評価を頂いた部分について、評価状況を継続できるようにすると共に、さらなる充実をはかっていきたいと思います。

また、職員育成・教育の面などの課題についても、継続的な取り組みにて効果をあげていけるように励んで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。

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			
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・ひらめき2%)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			
自立支援協議会等に出席して情報を得ており、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・パスピ98)との綿密な連携を図り、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おり、収益面で経営が難しいと言われるグループホーム事業を黒字化している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
グループホームに勤務する世話人等への教育・研修と、外部への情報発信を課題としてとらえ、事業計画(品質目標)に盛り込んで取り組んでいる。世話人への教育に関しては、支援の手引き(手順書)の見直しを通して知識や技術の習得を目指しているが、見直しが終わっていないものもある。外部への情報発信に関しては、こまめにホームページ上のブログを更新する等の取り組みが見られる。			

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	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、そこに示された7項目の重点課題を反映させた「アンカレッジ 中長期計画」を策定している。この中・長期計画は、班会の場で職員の意見を集約して作成され、必要に応じて見直しも実施されている。			

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			
「アンカレッジ 中長期計画」に整合させる形で「平成28年度アンカレッジ事業計画(品質目標)」が策定されている。具体的な取り組みの内容や担当者(責任者)が明示されている。さらに「品質マネジメント計画」(工程表)を作成し、誰が(担当者)、いつまでに(月単位のスケジュール)、何をするのか(目標値)を明確にしている。			
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			
事業計画(品質目標)を達成に導くために、「品質マネジメント計画」(工程表)を作成して取り組んでいる。班会で「品質マネジメント計画」を定期的に評価・見直しているが、個々の施策に対する取り組みに濃淡があり、均一的な取り組みとなっていない。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者への周知は、事業計画を分かりやすい資料に作り替えてホーム内に掲示している。保護者に対しては、3月の保護者会で当期の事業計画の終了時評価を報告し、次年度の事業計画(案)を説明している。9月の保護者会は交流会としてバーベキューを行い、法人や事業所の方針、事業内容を保護者に伝える絶好の機会となった。			

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
ISO9001の認証を受け、自己評価も毎年実施されている。しかし、定期的に行っている利用者アンケートや保護者アンケート等のデータが活かされていない。「サービスの質の向上」=「利用者の満足度の向上」と捉え、アンケートの中から適切な“指標”を選び、継続的に“指標”の数値を測り、その上昇、下降をもって「サービスの質の向上」を検証することが望ましい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
自己評価で評価点が悪かった場合には、その項目を要改善の課題として認識している。その課題については、次回の事業計画の策定時に「事業計画(品質目標)」に取り上げて取り組むルールができている。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者としての責任や権限は法人の「組織・職務規程」の中で明確になっている。さらに、「品質管理組織図」や「責任と権限一覧表」等によってもその責任と権限が明確化されている。管理者は年齢が若いこともあって、年長者である世話人との意識のずれを生ずることもあるが、会議等の場を利用し、管理者自らの所信を明らかにすることが求められる。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は、コンプライアンスに関係する研修に自らが参加するだけでなく、課題として取り上げて世話人に対する研修にも力を注いでいる。課題は研修効果の検証が十分でないことであり、研修によって世話人の意識が向上したか否かを検証したり、学んだことが支援の現場でどのように作用しているかを確認する仕組みが欲しい。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>世話人会議を開き、事業計画や事業報告、班会等の資料を使い、必要な情報を世話人に伝えている。利用者へのサービス提供の直接の担い手として、教育・研修によって世話人の資質の向上を図ろうとしている。しかし、年齢や性格、知識、経験、意識の差が大きい世話人に対し、一朝一夕に教育効果を期待することにも無理がある。長い目で見て、継続的な取り組みに期待したい。</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>自立度の高い利用者を選んで入居させており、バックアップ施設との連携、防犯カメラや警備員の有効活用等によって、夜間の職員(世話人)配置を無人化している。世話人が転倒して骨折するという事故があり、原因となったぬかるんだ道に砂利を敷いたり、アスファルトの舗装をしたりと、素早い動きを見せている。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>キャリアパス制度の構築によって、正規職員に対しては期待される職員増をイメージできるが、非正規職員である世話人に対しての育成プランが見えてこない。将来的に必要となる夜間の職員配置に関しても、有効な手は打たれていない。</p>			
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			
<p>法人主導の人事考課制度とキャリアパスの導入によって、総合的な人事管理体系は整っている。しかし、現行制度では、正規職員と比較して、非正規職員である世話人が自ら将来の姿を描くことの難しさは否めない。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
グループホームで働く職員の大半は非正規雇用の世話人である。その世話人だけについて考えれば、働きやすい職場環境は実現している。有給休暇の消化は進んでおり、勤務日や勤務時間についても本人の希望が聞き入れられている。ワーク・ライフ・バランスにも配慮され、孫の誕生で長期にわたって休暇を認められた世話人もいる。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
保有資格の一覧表が作成されており、キャリアパスでも職員の専門資格取得を求めている。世話人の中に社会福祉士や介護福祉士の資格取得にチャレンジする者がいないとも限らないが、正規職員に比べれば意欲は薄い。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
事業計画の中にも、世話人に対する研修の充実を挙げている。研修方法として、「手引き」を見直したり、必要と思われる新たな「手引き」を作成することで世話人の意識や資質を向上させようとしている。この取り組み(手引きの見直し)によって、世話人の意識の变革や現場支援への反映の有無の検証は実施されていない。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
正規職員(兼務職員)に関しては研修計画に組み入れられているが、世話人に対しての体系的な研修計画はない。入職時の現場研修(OJT)は、時間をかけて実施されている。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
マニュアルを整備し、実習生の受け入れのための仕組みは構築されているが、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。法人内の他事業所(通所施設、入所施設)で受け入れた実習生が見学に來たり、実習の一部分をグループホームで行ったりしているに過ぎない。		

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
ホームページに理念や基本方針、事業計画等を掲載し、ブログで事業所の活動や利用者の方々の生活の姿を伝えている。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			
<p>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。外部の会計事務所と契約して毎月の財務・会計の状態をチェックしてもらう仕組みもある。その結果を基に、財務・会計面での助言や指導を受けている。課題としては、公認会計士や税理士等の外部の専門家による外部監査の実施であり、社会福祉法が求めるレベルでの外部監査の受審を、中・長期計画に盛り込んで取り組まれたい。</p>			

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			
<p>地域との係わりを強くするために、事業計画で「地域への情報発信」を取り上げている。地域イベント(祭り、運動会等)に参加し、地域清掃や地域合同防災訓練、中学生との奉仕活動に参加する等、積極的に地域に飛び込んでいる。余暇を有効に利用してグループで外出し、買い物、喫茶店、回転ずし、カラオケ等にも出かけている。</p>			
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			
<p>ボランティアの受け入れマニュアルを整備し、受け入れの体制はできているが、グループホームの役割が夜の支援であることから、ボランティアの来訪はほとんどない。</p>			
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			
<p>グループホームに「緊急連絡一覧」が掲示されており、町の「障害者支援マップ」も作成されている。夜間の支援に欠かせないバックアップ施設、多くの利用者が通う通所施設、総合的な支援計画を作成する相談支援事業所等々、法人内の他事業所とも緊密な連携体制を敷いている。</p>			
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			
<p>地域との係わりは朝夕の通所時と土・日曜日の余暇支援の時間帯に限られるが、近くの神社の庭掃除や中学生と協働して奉仕活動(駅前広場の清掃)等に参加している。AED装置が設置してあることから、地域への広報を望みたい。</p>			
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			
<p>2市2町の広域連合のネットワーク会議に参加し、地域ニーズの把握に努めており、法人の相談支援事業所からも情報を得ている。宿泊体験ができる居室の用意があり、体験入居や緊急一時的な活用方法もある。</p>			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者尊重の基本的な考え方を持っているが、その教育のための非正規雇用の世話人の研修については不足感がある。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
プライバシーへの配慮が適切になされている。「個人情報保護規程」をはじめ、利用者の権利擁護に関する各種の規程、マニュアルが整備されている。施設・設備面においてもプライバシーに配慮した作りになっており、ハード、ソフト両面で十分な体制である。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人のホームページに様々な情報を載せ、事業所のブログでは利用者の日常を紹介している。法人の相談支援事業等からの紹介に対応したり、体験利用のための部屋をひとつ確保したりと実践的な取り組みを行っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法改正や制度変更等によって支援の内容が変更になる場合には、新旧対照表を作成して説明している。体験部屋が用意しており、意思決定が困難な利用者には宿泊体験をしてもらっている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人の入所施設からの移動者が多く、グループホームから他事業所への移動は事例的にも希少である。サービス終了後の対応についてはフォローアップ等を予定しているが、説明資料等の用意がない。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
満足度調査を実施し、自治会でも要望を吸い上げており、内容によっては即座に検討したり改善したりしている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
苦情が出た場合には、「苦情解決規程」に則り改善している。しかし、苦情を公表するプロセスがなく、解決した内容を苦情申し出人にフィードバックして、第三者委員に報告することで完結している。ホームページ等を利用して、受け付けの状況や解決に至った経緯等を公表することが望ましい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
自治会を経由したり、直接支援員に伝える利用者もいるが、連絡帳を通じて利用者の思いを汲み取る場合もある。他人に話を聞かれない場合には、応接室で個別に話を聞いている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
相談や意見に対して、物理的に対応できない場合には自治会を通して、全体化しながら、分かりやすく説明している。連絡帳への記載による相談には、迅速に対応することを旨とし、可能な限りその日のうちに回答している。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
様々なリスクに対応するためのマニュアルの整備だけでなく、障害特性を一覧にした表をスタッフに回覧している。リスクマネジメントに関する責任を明確にするためにリスクマネジャーを選任し、委員会等の専門部門を組織化することも一考である。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
予防と対応のマニュアル、備品、協力医療機関等を整備し、バイタルチェックも毎日行っている。インフルエンザ等の発生が心配される時期には、班会でも手引きを利用した勉強会を実施している。		
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している。	障 39	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
備蓄食料は近隣同法人施設(パスピ98)が保管している。バックアップ施設(パスピ98)で状況を把握するとともに、警備会社が定期的に巡回して利用者の安全を確認している。AED装置も設置してある。大規模災害時の早期復活を目的とした、BCP(事業継続計画)の策定を望みたい。		

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		
提供するサービスの標準化はできているが、全てのスタッフへの周知徹底するための研修指導は検討中である。		

	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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
品質マニュアル、計画表等は規定により定期的に見直しすることとしている。しかし、グループホームの支援の基となる「手引き」については、見直しが遅れているものもある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントで得られた情報を基に個別支援計画を作成しているが、直接処遇職員だけでなく、管理者やサービス管理責任者が加わり、必要な場合には看護師のチェックも受けている。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の中間評価では、利用者・保護者との面接を実施し、ケース検討会議を経て中間評価を行っている。最終的に終了時評価を行うが、その結果は次回の個別支援計画に反映される。再アセスメントも適切に行われている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
日々の様子は業務日誌に記録されるが、法人内の事業所間はネットワークが構築されている。グループホームでパソコン入力された情報は、日中活動の事業所でも情報共有されている。			
	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			
法人内の規定により記録の管理体制は取り決めができており、個人情報に関しても厳密な規定がある。記録管理の責任体制も明文化されており、サビ管や管理者が運用の適正について確認している。職員からは、守秘義務順守の誓約を取っている。			
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			
ほとんどの利用者が、グループホームへの地域移行を果たしており、現段階でさらなる移行を希望する者は少ない。しかし、単身生活希望者への支援(生活訓練)を行っており、一般就労を希望する者がいれば、ハローワークや就労移行支援事業所を紹介している。			

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			
グループホーム利用者の自立度は高く、日常会話での意思疎通が図られる利用者が多い。意思表示に障害のある利用者には、コミュニケーションカードやスケジュールカードを作って利用している。使い方を職員間で情報共有し、利用者との意思疎通を図っている。			
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			
毎月チーム外出すると共に、一人一回は好きな行きたい所に行くようにしている。自力で外出できる利用者の自主性は保たれるが、外出に介助を必要とする利用者については、職員配置や移動支援の都合によって思い通りにならない場合がある。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画を基に支援方法の統一とスキルアップを図っている。自立度の高い利用者が多いことから、必要最低限の介助にとどめ、見守り主体の支援である。課題としては、職員会議等で決定した支援方法が、変則勤務の世話人に確実に周知される手順を確立することである。			
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			
通勤のために交通機関を利用する訓練、洗濯や掃除、調理実習等の訓練が、エンパワメントの理念に基づくプログラムとして設定されている。社会を巻き込んでのプログラムの開発を期待したい。			
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			
障害特性に応じた食事形態で毎食提供している。体調不良時には、粥やスポーツドリンク等で工夫をしている。世話人は、常に安心・安全を心がけている。			
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	② ・ b ・ c
評価機関のコメント			
畑で育てた玉ねぎをバーベキューで食べたり、外食も適宜利用している。苦手な献立も好みのもので変更できる選択肢を用意する場合もある。グループホームでの食事タイムは団欒の雰囲気があった。。			
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			
規則正しい食事のリズムで提供することを基本としながら、個々の事情によって、時間を変更することもできるよう配慮している。箸やコップは好きな物を用意し、共通の食器は陶器製にして、家庭的雰囲気をもてるように配慮している。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
見守りや介助方法は個別支援として周知されており、適切に行われているが、職員配置の関係から同性介助までは実施できていない。			
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			
入浴順序は利用者の意向を尊重しつつ、自治会で話し合ったとおりに決定され、実施されている。入浴準備を利用者自身に練習してもらい、自身で入浴できるようになっている。汗をかいた時や汚れた時には、順序に限らず適切な時間に入れるようになっている。			
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			
脱衣所に冷暖房はないが、リビングから脱衣所に直接つながっているため、冬季はリビングを暖かくして対応している。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
現在は介助の必要な利用者はいないが、必要な場合には個別支援計画に記載し、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			
清潔にされている。保温便座を使用している。便の付着があった場合には消毒を行いながら、清潔に保っている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
毎月1回の買い物を実施し、本人の好みや季節に応じた靴や衣類を買えるよう付き添っている。個別支援計画にも記載している。利用者の好きな時にいつでも買い物に行ける工夫が欲しい。			
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			
出かける前に、世話人や職員が汚れ等をチェックしている。衣替え時は、土・日曜日を使って対応している。			

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
髪型の相談に応じ、意思表示できる人は地域の理髪店に行っている。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
外出支援の一環として理髪店に行くこともある。女性は短い髪の人が多く、訪問理容も行っている。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
通所施設と連携して、昼夜のリズムを崩さないような配慮も行っている。部屋の調光は自分でできるようになっている。夜の巡回は警備会社が行っている。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
朝夕の検温・視診を行っている。体調不良の訴えがあれば職員が付き添って通院している。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
かかりつけ医への定期受診とFAXでの現状報告を欠かさず行っているため、迅速な対応が可能となっている。		
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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
各個人の一つのファイルで服薬投薬カルテを管理し、分かりやすくしている。飲み忘れ等の誤薬が発生しているが、誤薬があった場合は是正計画で対策を立てている。保護者への情報提供も怠っていない。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
絵画、フライングディスク、マラソン大会、陶芸教室等々、様々な活動に屋内・屋外・地域を問わずに参加できている。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
日中活動事業所の調査票で前月に確認して、移動支援等と契約して外出している。自立度の高い利用者については、一人で散髪にも行けている。障害特性によって、希望通りの外出ができない利用者もいる。		
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 ・ ⑥ ・ 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、利用者本人の希望と受け入れる側の家庭の事情を考慮し、調整できたものに外泊許可を出している。受け入れ側のキーパーソンの高齢化や死亡等によって、利用者の希望通りの帰省が出来なかったり、帰省先を失うケースが増えている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
預り金に関しては管理責任者が決められており、自己管理が可能な利用者は小遣い帳をつけ、小遣い管理票を毎日確認している。		
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		
居室に個人所有のテレビがあり、共用テレビによるトラブルにはならない。買い物外出時に新聞雑誌等を購入できる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
毎週日曜日を飲酒日とし、好きなアルコールをたしなむことができる。グループホームの敷地内は禁煙であるが、外出時には喫煙することができる。しかしながら災害トラブル防止の観点から、酒とタバコは職員が預かり、希望があった場合に取り出せるようにしている。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。		