

愛知県福祉サービス第三者評価事業 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

②施設・事業所情報

名称： G H Cかしの木	種別： 共同生活援助
代表者氏名： 武田信之	定員（利用人数）： 64名（60名）
所在地： 愛知県一宮市祐久字屋敷裏93番地2	
TEL： 0586-85-8820	
ホームページ： http://www.kasinoki.jp/	
【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 榎の木福祉会	
職員数	常勤職員： 16名
専門職員	(管理者) 1名 (社会福祉士) 1名
	(サービス管理責任者) 3名 内兼任1名 (介護福祉士) 4名
	(看護師) 4名 (精神保健福祉士) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 15ホーム (設備等) 法人所有住居： 9軒
	賃貸住居： 6軒、平屋建て： 6軒
	2階建て： 7件、リフト付き住居
	1軒、スプリンクラー設置： 8軒

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 ひとりひとりひかる
- ・施設・事業所

人は皆、一人ひとりに様々な「差」があります。そのことは、その人全体の価値を決めるような事柄ではありません。私達は、「障害」と呼ばれるハンディもそうした「差」のひとつであり、「人」としての価値全体の重さを決めるものではないと考えます。けれども、このハンディは、彼らが大人として自力で世間を生きていく上では大変な困難をもたらします。社会の経済的な仕組みを「知的」に操作し、理解したり、複雑な日常の生活技術等を獲得することが「苦手」であったりするからです。

我々は、どんなに大きな「差」があろうと、その人その人の個性を認め、その個性的な自己実現を尊重し、彼らができるかぎり逞しく、楽しく、豊かに生活していけるための条件を考え続け、実践して行く活動を行い、その活動を通して、「人が人を理解する」ということの深い意味を探求し、社会がその価値にめざめ、このことを認め合える社会創りのための活動を行っていきたくと願っています。

★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

- ・年に1回日帰り旅行を複数のグループに分かれて実施。
- ・健康管理:看護師と相談し地域の医療機関と連携をとり、早期対応を心掛けている。
- ・一般就労している方、医療的ケアが必要な方、夜間支援が必要な方等、幅広い支援のニーズに対応している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年11月30日(契約日) ~ 令和元年5月7日(評価結果確定日) 【平成31年3月15日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成27年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆事業所統合

今年度の期中に、3つの共同生活援助事業所を1つに統合した。この事業所統合は、管理者の事業経営に関する幅広い情報収集と、先見性を見据えた経営感覚によって成し遂げられた。定員が60名を超えるという大規模な共同生活援護事業所(障害者グループホーム)は県内でも極めて数が少なく、的確な現状分析と綿密な将来予測の上に立って実行された。管理者の下に2名の主任(サービス管理責任者)を配し、その下に生活支援員、世話人が位置するピラミッドが構築され、業務の指示命令系統が明確になった。「大規模減算」の対象ともならず、事業所統合が経営的にも大いに貢献することとなった。

◆地域の福祉ニーズに答えて

市の自立支援協議会への参加や、法人内の管理者会、相談支援事業所からの情報等により、地域のグループホームニーズを把握している。次年度より、市の事業である短期入所事業への参画の計画があり、バックアップ施設である入所事業所「かしの木の里」のオーバーフローした分を受け持つことも計画している。

◆日課表の活用

提供するサービスについてのマニュアルではないが、日課表という形で利用者毎の支援内容(こだわりへの対応、入浴支援、行動障害等々)を記載し、統一したサービスが図られるよう配慮している。注意する箇所には印をつけることや、世話人も含めて修正点を書き込み、更新がされており、実用性の高い日課表となっている。

◇改善を求められる点

◆事業所内研修の計画を

キャリアパスは構築されているものの、職員個々が「期待される職員像」や「必要とされる資格・資質」等への関心を示していない。職員研修に関しても、法人本部で構築されている研修体系に沿い、必要な職員が参加するに留まり、それを補完すべき事業所内研修の計画は作成されていない。年齢や能力、経験、考え方等にバラつきのある世話人層へのきめ細かな事業所内研修の企画を期待したい。

◆個別支援計画の策定時に他職種や外部関係者の参加を

法人で使用しているアセスメントシートを、グループホーム用にアレンジして使用している。また、アセスメントとは別に世話人用にサポートブックを作成し、分かりやすい内容で記載されており、個別支援計画にも利用者本人と家族の要望が記載されている。個別支援計画を策定する際に、相談支援事業所や居宅介護事業所の職員、看護師、外部からも訪問リハビリの先生、嘱託医等、関係諸氏の参加を請うことも考慮されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

的確な評価だと思います。
現課題、近い将来の課題を見据えた三事業所の統合についての高い評価は、安堵する思いがしました。
職員(世話人、生活支援員)研修、マニュアルの全職員への周知等の課題が再確認でき、組織的に取り組んでいきたいと思っています。

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(64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			
法人の理念と同じく、「ひとりひとりひかる」を事業所理念とし、基本的な方針は事業所独自に、「どんな人も受け入れるホーム」と定めている。3つの生活協同援護事業所が1つに統合されて半年しか経っておらず、理念や基本方針の具体的な周知活動は実施されていないが、これまで通りの法人理念を踏襲しており、職員に関しては周知・理解が進んでいる。利用者・家族に対しては、特段の取り組みがない。			

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			
今回の事業所統合は、管理者の事業経営に関する幅広い情報収集と、先見性を見据えた経営感覚によって成し遂げられた。定員が60名を超えるという大規模な共同生活援護事業所(障害者グループホーム)は県内でも極めて数が少なく、的確な現状分析と綿密な将来予測の上に乗って実行された。			
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			
最大の課題を職員育成としており、世話人(非常勤職員)への研修や正規職員への研修の充実を目指している。事業所統合から半年、まだ具体的な実行計画を立てて取り組むには至っていない。			

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			
法人としての中・長期ビジョンが明確になっておらず、また、事業所としてのスタートが期の途中からであったこと等により、中・長期計画の文書化されたものはない。しかし、大規模グループホームに統合するにあたって、法人の管理者会では将来構想が議論されており、事業の方向性については事業所職員にまで伝えられている。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>単年度の事業計画である「平成30年度年間事業計画GHC共同生活援助」は、従来の3つの事業所の事業計画を精査し、共通して取り組むことが可能な4項目を重点目標として設定している。しかし、重点目標に数値目標が設定されていないことから、期中の進捗管理や期末の最終評価が曖昧になることが懸念される。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>急遽の事業所統合であったため、組織的に事業計画を策定することは叶わず、管理者と一部の幹部職員の手で策定された。今後は、職員の参画による事業計画の策定、見直し・評価を期待したい。</p>			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障 7	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>今回の事業所統合に関しては、利用者・家族に十分な説明をし、不安や動揺を与えることの内容に対処した。事業所統合によって、利用者にとって不利益なことやこれまでの支援と相違する部分はほとんどなく、これまで通りの支援の継続を約している。事業の内容をより分かりやすくするために、職員・世話人の勤務表をホーム内に掲示したり、行事予定表にルビを振る等の配慮がある。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>サービスの質の向上を自ら検証すべく毎年自己評価を行っているが、実施した後の分析や検討の機会がなく、形骸化した自己評価となっている。利用者の満足度を高めるために潤沢な職員配置を目指しているが、職員の数的不足は解消されておらず、建物が完成しているにも拘らず、オープンにこぎつけられないホームもある。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>「職員の確保と育成」という大きな命題を背負っているが、それ以外の課題に関しては、統合1年目は具体的な課題を洗い出すことに目的を絞っている。とは言え、現時点で明らかになった課題については、可能なものから随時改善を図っていくこととしており、計画的な改善策を立てて臨むのは次年度以降となる。</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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者の役割と責任については、法人の規定の中で職務分掌が定められている。「GHCかしの木の事業所体制及び法人内他事業所との連携体制」のチャートがあり、管理者の立ち位置が分かる。職員会議でも、常に自らの所信を表明している。管理者不在時の権限委任は、2名の主任(サービス管理責任者)と定めている。</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、事業統合にあたって様々な関係法令を学び、不審点や疑問点、分からないこと等があった場合には、迷わず社会保険労務士や労働基準監督署、児童相談所等に相談している。管理者はコンプライアンス意識が高いが、正規職員や世話人に関しては、管理者との意識の差が大きい。</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>サービスの質の向上の最大要件を「職員の資質向上」と捉え、職員育成に力点を置いている。特に世話人に関しては、年齢や能力、経験、考え方等にバラつきがあり、研修のあり方にも苦慮している。</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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>これまでの課題を解消すべく、3事業所の統合を果たした。管理者の下に2名の主任(サービス管理責任者)を配し、その下に生活支援員、世話人が位置するピラミッドが構築され、業務の指示命令系統が明確になった。「大規模減算」の対象ともならず、事業所統合が経営的にも大いに貢献することとなった。</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>将来的に必要となる人材の確保を目指すも、現実には欠員補充が優先されることとなっている。15棟のホームの中には、重度心身障害者を対象とするものや強度行動障害の利用者が多く入居するホームがある。採用が困難とされていた看護師資格を有する職員に関しては、必要数の確保ができており、あとは、世話人の安定的な雇用が課題として残っている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人主導のキャリアパスは構築されているが、人事考課の制度は運用されていない。毎年1回、管理者と職員との個人面談があり、職員の意見や希望を聴取し、管理者の所感を付して法人本部に提出している。事業所統合によって、職員にとってはキャリアパスが現実味を帯びたものになっているが、効果的な人事管理が動き出すのは次年度以降になる。</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			
事業所統合によって、職員、世話人の業務が平準化された。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、子育て中の職員には優先的に希望休を認める等の対応もある。一方で、管理者と2名の主任(サービス管理責任者)に関しては、依然として業務量が過大な状態である。管理者、主任については、有給休暇の取りづらい状況が継続している。			
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			
年に1度の個別面談時に、職員個々の目標に関する話はしているが、書面に残す等の取り組みはなく、「目標管理制度」としての体裁はない。次年度以降に、法人の制度としての「目標管理制度」の導入が検討されており、事業所としてもその時期を待つこととなっている。検討されている「目標管理制度」が、正規職員だけを対象とするものでなく、世話人をも含めた制度となることを望みたい。			
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			
キャリアパスは構築されているものの、職員個々が「期待される職員像」や「必要とされる資格・資質」等への関心を示していない。職員研修に関しても、法人本部で構築されている研修体系に沿い、必要な職員が参加するに留まり、それを補完すべき事業所内研修の計画は作成されていない。年齢や能力、経験、考え方等にバラつきのある世話人層へのきめ細かな事業所内研修の企画を期待したい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の構築した研修体系に沿い、職員への研修参加を促してはいるが、業務の都合等により参加が叶わないケースが多い。特に、世話人に対する研修への参加率が悪い。勤務時間等の制約はあるが、法人の階層別研修への参加が難しいのであれば、事業所内研修の充実を持って補完することを望みたい。			
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			
法人としては、実習生の受け入れを積極的に行っているが、グループホーム事業所としての直接的な受け入れはなく、バックアップ施設で受け入れた実習生が見学を訪れる程度である。それらの実習生に対し、効率的に見学してもらうためにも、説明資料や事業所内の案内カリキュラム等の作成が望まれる。			

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、法人概要や沿革、財務・会計内容等を載せている。また、事業所一つひとつについても詳細な紹介をしている。課題は、苦情情報の取り扱いである。「福祉サービスに関する苦情解決規程」に沿って、受け付け、検討、対応、フィードバックが行われている。しかし、それらの苦情情報の公開がない。「福祉サービスに関する苦情解決規程」に、会報誌やホームページ等で公開することを記載し、より透明性の高い運営を目指されたい。			

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			
法人の各種規程やマニュアルによって、事務、経理、取引は健全性が保たれている。法人監事による内部監査や、市や県による行政監査で指摘された事項は、即座に改善を図る仕組みができています。法人の課題として、今後策定される中・長期計画には、「社会福祉法」が求めるレベルの外部専門家による外部監査の実施と予算措置を盛り込まれたい。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「平成30年度年間事業計画GHC協働援助」の「事業の目標」には、「地域の中で、安心・安全な生活環境を整備する」ことを取り上げている。しかし、重点目標への落とし込みがないため、組織としての具体的な活動や取り組みへの進展が見られない。15棟のホームが属する地域によって、ホームに対する対応の違いがあることも事実であり、それぞれの実情に合った地域交流や連携を図られたい			
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			
法人として「ボランティア委員会」が組織されており、事業所からも委員が参加している。委員会の主たる活動は、「かしの木フェスティバル」へのボランティア受け入れである。「かしの木フェスティバル」には事業所も模擬店を出店するが、その際には委員会経由で4～5名の中学生ボランティアが手伝いに加わる。事業所独自に、他のボランティア受け入れの検討を期待したい。			
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			
事業所として一括した社会資源のリストはないが、15棟それぞれのホームで必要な社会資源を明確にしている。電話帳であったり、事務所内の貼り紙であったりと、形は様々である。可能であれば、様式を定めて、15棟のホームが同じレベルの社会資源情報を持つことを期待したい。			
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			
町内会と連携し、町内会行事の際に事業所の駐車場スペースを無料で貸し出している。事業所独自の地域貢献の取り組みは少なく、法人の取り組みとなっているものには、「福祉避難所登録」や「かしの木フェスティバル」等がある。			
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 27	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
市の自立支援協議会への参加や、法人内の管理者会、相談支援事業所からの情報により、地域のグループホームニーズを把握している。次年度より、市の事業である短期入所事業への参画の計画があり、バックアップ施設である入所事業所「かしの木の里」のオーバーフローした分を受け持つことも計画している。			

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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	障 28	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「倫理綱領」や人権尊重に関する規程類は整備されている。新人研修において利用者を尊重した支援の理解を深める取り組みが行われているが、定期的に振り返り、評価等をする仕組みができていないため、今後の課題として取り組んでいただきたい。			
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			
法人で「虐待防止委員会」を運営しており、定期的開催されている。話し合われた内容は、管理者からサービス管理責任者へ伝達されている。現場職員へは支援を通しての助言、指導により意識付けがされている。全ての職員の知識を深めるために、各ホーム担当職員も含めて現場職員へ指導、助言できるシステム作りが求められる。また、その為のツールとして、対応方法を記したマニュアルの整備も進められたい。			
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			
ホームページ会議が開かれており、更新内容、情報について話し合われている。法人本部がホームページを管理しているため、現場職員が更新情報を把握できていない場合もある。利用希望者に対しては、電話連絡も多く受けており、相談支援事業所と連携して受け付け、見学を随時行っている。「待機者名簿」を作成し、空きが出た際には障害特性に応じたホームを紹介できるよう管理、運営されている。			
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			
利用開始時には、書面を用いて口頭にて説明している。今後、日中一時支援事業も開始されることから、利用を通じて利用希望者がサービス内容の理解も進むと思われる。説明に用いる資料に関して、文章理解ができる方へはルビを振る、文章の理解のない方へはイラストを用いるなどの工夫が求められる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
手順や引き継ぎ文書は作成されていないが、退所後も丁寧な対応が取られており、記録(1回/週の面接記録)にも残されている。サービスの変更、退所に対する事情を考慮し、当事者それぞれに合った支援が適切に行われている。相談窓口、担当者は書面で確認できるよう整備してあると、利用者、家族の安心も深まると思われる。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇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			
定期的な調査としては、年に2回のモニタリング時に行っている。個別の相談としては、帰省時(口頭・連絡ノート)や携帯電話で多くの意見が出されている。利用者会や家族会はなく、直接的な満足度調査も実施されていないため、今後は、満足度を測るための調査、アンケートの実施が求められる。			

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		
法人で「苦情解決委員会」を運営しており、苦情解決の体制は整備されている。受け付けた苦情に対しても解決に至るまでの記録を確認することができた。ただ、最終の対応方法、解決策について、苦情申出者にフィードバックしたことの確認の署名を求めたい。また、利用者に対して仕組みを分かり易く説明した資料、掲示物が用意されると、理解が深まると共に更に申し出し易くなると思われる。		
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		
グループホームのため、居室にて個別の対応を取ることが可能である。携帯電話(24時間対応可能)、連絡ノートにより、いつでも意見を述べる環境が整っている。各ホームの固定電話にも短縮ダイヤル機能があり、サービス管理責任者と連絡を取ることができる。受け付けた内容を手帳で記録し、内容によっては会議に提出する流れとなっている。現在の方法で問題無く対応できているが、相談、意見受付一覧等を作成し、書面での管理を望みたい。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
相談や意見を受け付けてから、会議で検討されるまでの記録が確認できた。記録の方法、報告の手順についてマニュアルが整備されておらず、サービス管理責任者以外の職員でも対応ができる仕組みの整備を期待したい。また、必要に応じて連絡ノート、携帯電話以外の意見を収集する取り組みを検討されたい。		
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		
「安全衛生委員会」が設置されており、ホーム毎に内容を変えてマニュアルを設置している。法人内他施設の事例も法人全体で防止策を水平展開する取り組みもある。定期的な評価、見直しには至っていないため、ヒヤリハットの多い事例は対策を検討し、更なる安全の確保に努められたい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
感染症についても「安全対策委員会」において話し合いが行われている。医療的ケアが必要なホームには、朝、夕と看護師を配置している。その他、週に1回看護師と話し合う機会があり、アドバイスを受けることができる。予防接種も実施しており、一般就労している利用者へも通院支援をしている。会議の議題として感染症を取り上げて注意喚起をしているが、マニュアルを用いた世話人への勉強会を実施し、周知徹底することが望ましい。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
「防災会議」が開催されており、「防災計画」も作成され、避難経路、備蓄リスト等(非常食3日分)の記載もされている。火災、地震を想定した訓練を年に3回実施しているが、職員の防災に関するマニュアルの理解度が低いため、今後、夜間想定や風水害についてもマニュアルを基にした訓練を通じて理解を深められたい。		

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
提供するサービスについてのマニュアルではないが、日課表という形で利用者毎の支援内容(こだわりへの対応、入浴支援、行動障害等々)を記載し、統一したサービスが図られるよう配慮している。注意する箇所には印をつけることや、世話人も含めて修正点を書き込み、更新がされており、実用性の高い日課表となっている。		

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			
標準的な実施方法の見直しについては、基本的に年1回と決められているが、頻繁に検証、見直しがされている。文書作成日の記載があり、最新版を確認することができる。周知方法としては、どこが変わったのかが確認しやすいように、変更箇所印を付けることや、新旧対照表等の作成が望まれる。			
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支援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			
法人で使用しているアセスメントシートを、グループホーム用にアレンジして使用している。また、アセスメントとは別に世話人用にサポートブックを作成し、分かりやすい内容で記載されており、個別支援計画にも利用者本人と家族の要望が記載されている。個別支援計画を策定する際に、相談支援事業所や居宅介護事業所の職員、看護師、外部からも訪問リハビリの先生、嘱託医等、関係諸氏の参加を請うことも考慮されたい。			
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障 43	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
半月に一度、モニタリングが行われており、利用者・保護者の要望を聞き取り、次期計画に反映させるプロセスができていいる。ただ、モニタリング様式に利用者、保護者の意見を記録する項目がないことや、支援目標毎に達成度が一目で分かる工夫を検討して頂きたい。ホーム毎に作成しているファイルに綴じられてはいるが、世話人を含め全ての職員が確認したことが不透明のため、印鑑やサインなどで確認する方法を考慮願いたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
業務日誌に業務の引き継ぎ事項が記録されており、ケース記録に本人の様子や支援内容が記録されている。世話人によって支援記録のボリュームが変わることから、統一された記録方法・内容となるよう、標準化のための職員教育を望みたい。ネットワークシステムは活用されていないが、今のところノートに記録を取ることで問題なく実施されている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」があり、利用開始時に同意書についても説明が行われている。採用時に職員に対して秘密保持についての教育をしていおり、プライバシーについての説明は支援中や会議でも取り上げられている。「文章管理規程」は作成されているが、周知されていないため、適切に管理、廃棄する流れを整えられたい。			

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	
A-1-(1) 自己決定の尊重			
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	障 46	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域に行きつけの理髪店があり、障害者への理解もあるため、利用者の希望に添った調髪ができていいる。外出も帰園時間を定め、「外出記録簿」に記載することで、利用者の意思に応じて外出することができる。外出支援として、外出先での住民や店員との関わる場合の挨拶、お小遣いの出納帳等が適切に行えるよう支援している。生活場面では利用者同士の話し合いに職員も関わり、生活に関わるルールについてトラブルとならないよう配慮している。			

A-1-(2) 権利侵害の防止等			
A② A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障 47	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「虐待防止委員会」が運営されており、案件が挙げた際には全職員への周知、検討が行われている。セルフチェックリストを配布したが、集計、改善に至る経過までは確認できなかった。今のところ身体拘束の事例はないが、やむを得ない場合の実施方法について手順化・周知が求められる。行政への届出、報告についてもフローチャートを用いて掲示する等、世話人へも連絡方法の周知と意識を高める取り組みに期待したい。			
A-2 生活支援			
			第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本			
A③ A-2-(1)-①	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	障 48	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントを基に支援度を共通認識し、見守りの姿勢を基本とした支援がされている。必用に応じて成年後見制度や日常生活自立支援事業を利用している。通院支援も頻繁に行う必要があるが、サービス管理責任者が管理しており、利用者の希望に添って通うことができている。			
A④ A-2-(1)-②	利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	障 49	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
スケジュールボードの活用、ジェスチャー、独語の理解等、個々の利用者に合わせてコミュニケーション手段を用意している。特に注意が必要な利用者に対しては、起床から通所するまでの返答を記したものが用意してある等、こだわりの強い利用者へのコミュニケーション支援も積極的に取り組まれている。その他、就労されている利用者へは外出時、会社での挨拶や返事についても能力を高める支援がされている。			
A⑤ A-2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等適切に行っている。	障 50	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
少人数での生活のため、常に話しやすい環境はできている。サービス管理責任者が相談を受け付け、相談支援事業所と連携して対応することもあり、市の自立支援協議会ホーム連絡会において困難事例についても情報交換している。世話人も含め、意思決定についての勉強会を開催して支援技術の向上を図る取り組みや、相談を受けた場合のサービス管理責任者、管理者への伝達手順、記録様式を用意する等、まだ改善の余地がある。			
A⑥ A-2-(1)-④	個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障 51	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
休日はヘルパー外出に行く利用者に対し、事業所間での調整(月1回利用できるように配慮している)や、外出先の相談をしている。個人で外出する利用者も多いが、日中活動プログラムは用意していない。法人内の行事にも参加できるように予定を組んでおり、地域の情報は広報誌等で情報を収集している。活動希望の調査等は行われておらず、満足度調査を含め現在の活動に満足されているか確認する取り組みや、要望が出された際の対応に期待したい。			
A⑦ A-2-(1)-⑤	利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	障 52	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
強度行動障害に対して、声掛け等の支援方法の検討、服薬調整等(嘱託医、看護師への相談)、ケース会議を重ねて対応している。障害特性に対する理解不足が挙げられているため、勉強会、研修を通じて支援技術の向上を目的とした取り組みに期待したい。			
A-2-(2) 日常的な生活支援			
A⑧ A-2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	障 53	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
食事は外部委託となっているが、アンケート調査を行い、結果を委託業者へ提出している。苦手なものがある場合は、職員が配慮して提供している。その他、一口、刻み、とろみ等、個々の食事形態に合わせて調理している。中には胃瘻の利用者もあり、看護師と支援員で対応している。補装具、歩行器を使用する利用者が入居するホームは、移動しやすい居住空間となっている。見学时、食事ができあがってからの待ち時間が長いように感じられた。			

A-2-(3) 生活環境			
A ^⑨ A-2-(3)-①	利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	障 54	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>全て個室のため、快適に過ごすことができていますが、障害特性に応じて壁紙(刺激の少ないもの)を変更、緩衝材を使用する等、工夫が見られる。生活環境に対する要望は挙がっていないとのことだが、ホームによっては老朽化が進んでいるところもあるため、適時、聞き取りを行い、要望を受け付け、改善する取り組みに期待したい。</p>			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A ^⑩ A-2-(4)-①	利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障 55	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>個別支援計画を基に心身の状況に応じてリハビリ、通院、鍼灸師等の対応をしている。残存機能の維持を目的とした対応がされており、週に1度、看護師からの助言をもらい支援に反映させている。支援、訓練の記録について、心身の状況の変化、経過が時系列で分かりやすく記録されていると見直しの際に活用でき、世話人も含め機能訓練・生活訓練についての理解が深まると思われる。</p>			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A ^⑪ A-2-(5)-①	利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	障 56	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>毎日、検温、血圧(必要な方)等のバイタルチェックを行っており、変化があった場合は日中支援事業所と連携して対応をしている。高血圧や糖尿病などの疾患がある利用者は、看護師とも連携して対応にあたっている。健康管理等についての研修・勉強会は新人研修時に行われているが、定期的に世話人も含めて知識の向上を図る取り組みに期待したい。</p>			
A ^⑫ A-2-(5)-②	医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	障 57	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>服薬の管理方法として、薬を朝・昼・夕・就前と色分けして管理しており、投薬後の袋の管理方法、日誌記入と投薬ミスを減らす取り組みがされている。「服薬管理マニュアル」も整備されている。また、日課表には薬の飲ませ方等、支援方法を記載するなど、管理体制は整っているが、薬の副作用や、変更について世話人を含めた職員研修があると安全管理の理解が深まると思われる。</p>			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A ^⑬ A-2-(6)-①	利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障 58	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>新たな体験、経験ができるようにヘルパー外出を計画するなど、社会参加を促す取り組みが行われている。一般就労を目指している利用者に対して通勤・通院の練習をしており、決められた時間内であれば「外出予定表」に外出先を記入することで外出許可をする等、柔軟に対応している。今後、サークル活動等も検討する予定があり、調査・聞き取りの結果、ニーズが出た際の取り組みに期待したい。</p>			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A ^⑭ A-2-(7)-①	利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	障 59	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>グループホームでの生活を継続するため、新設のホームでは身体面で配慮が必要な利用者でも暮らすことができる設備が整っており、本人の気持ちが一番優先に考えられている。単身生活に移行した利用者は2名おり、近々、もう1名の利用者が移行を予定している。</p>			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A ^⑮ A-2-(8)-①	利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障 60	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>帰省時に「連絡ノート」を用いて細かく情報交換をしている。通院時の連絡等、体調不良時は連絡網でサービス管理責任者に連絡が入るため、専用の携帯電話を使用して家族等と常に連絡を取ることができる。後見人についても、手続きも含め支援の相談もされている。</p>			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A ¹⁶ A-3-(1)-①	子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	障 61	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

A-4 就労支援

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
A ¹⁷ A-4-(1)-①	利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	障 62	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
A ¹⁸ A-4-(1)-②	利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	障 63	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
A ¹⁹ A-4-(1)-③	職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	障 64	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			