

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： 共同生活事業所 くるみ	種別： 共同生活援助
代表者氏名： 藤川 洋邦	定員（利用人数）： 68名（66名）
所在地： 愛知県西尾市吉良町友国前深33番地	
TEL： 0563-77-6381	
ホームページ：	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成21年 4月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人くるみ会	
職員数	常勤職員： 22名
専門職員	(管理者) 1名 (生活支援員) 15名
	(サービス管理責任者) 3名 (看護師) 1名
	(世話人) 21名
施設・設備の概要	(居室数)
	(設備等)

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 一人ひとりの一生が有意義になるようにノーマライゼーションの理念に沿って活動します。一人ひとりの一生を地域でお互い助け合えるシステムづくりをし、その活動を広げていきます。
- ・施設・事業所 一人ひとりの求める暮らしを支えます。

★基本方針

「一人一人の求める暮らしを支えます」を基本方針として掲げ、“節度を持って一緒に楽しむ”をモットーに、利用者の生活を支援しています。利用者さんの要望にできるだけ耳を傾け、どのようにすれば実現できるかを本人・職員が一緒になって考えるようにしています。

④施設・事業所の特徴的な取組

今年度から職員ガイドブックを作成した。チームワークを尊重するということを念頭に置いて

- ・人の輪を大切にして、職員同士が協力している。
- ・チームメートを尊重し、お互いの良さを認め合っている。
- ・前向きな話し合いをして、皆で団結して物事に取り組んでいる。

これを徹底することを全職員に周知をしている。

利用者支援に関しては、基本方針「一人ひとりの求める暮らしを支えます」を掲げ、利用者のニーズの実現を達成するために努力をしている。パーソナル支援の充実や、希望要望については迅速に対応することを徹底している。また、マンネリがちになっていた利用者自治会「ひまわりの会」の活動強化を今年度は重点課題としている。

健康に配慮した生活にも重点をおいており、入居する利用者が健康的な生活を送れるような取り組みを実施している。全ホームに浄水器を設置し、体によい調味料の使用などを奨励している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 6月20日(契約日) ~ 平成31年 1月30日(評価決定日) 【平成30年 9月22日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	4 回 (平成27年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆新管理者の新たな挑戦

平成30年4月、共同生活援助事業を営む既存の4事業所が統合され、利用者定員68名の大事業所が誕生した。この機構改革とともに、現管理者が着任した。これまでも共同生活援助事業所のサービス管理責任者として長く勤務しており、知識や組織管理の経験において不足はない。前任者から受け継いだ方針を踏襲しながらも、若い職員群の先頭に立って新たな改革・改善に着手している。「職員ガイドブック」を完成させ、職員意識の統一や業務の標準化が推進された。新たなスタイルの「支援者会議」は、情報の伝達・連絡を目的とせず、職員育成のためのOJTの色彩が濃い。利用者の思いを叶える“パーソナル支援”は、利用者だけでなく家族からも好評を得ている。

◆“働きやすい職場づくり”の実現

事業計画の中に「職員の確保」との項目を掲げ、「従来の勤務体制に捉われない柔軟な働き方」を提案し、ワーク・ライフ・バランスにも配慮した“働きやすい職場づくり”を宣言している。年に1回、管理者と職員との個別面談を実施し、職員の意見や要望を聞きとっている。夏期5連休制度が実施され、年次有給休暇の消化も進んでおり、職種や職位による取りやすさの偏りもない。男性職員の長期(7ヶ月)にわたる育児休暇の取得があり、介護休暇の取得例もある。職員の安定的な雇用に根づいた“働きやすい職場づくり”が着々と進んでいる。

◆利用者の高齢化対策

14ホーム全体の平均年齢が54歳と高齢化が進む中、ホーム利用が困難になってきた利用者には“介護サービス事業所”への移行を進めている。円滑な移行を実現するため、サービス管理責任者と相談支援専門員が窓口となって対応している。昨年度は、4名の利用者が高齢者施設や高齢者の認知症対応型共同生活介護事業所(認知症グループホーム)に移行した。移行にあたっては、利用者・家族から、必要な「情報提供同意書」を得ている。

◇改善を求められる点

◆利用者の地域における活動の幅を広げるために

グループホームの事業特性(夜間支援)から、ボランティアの受け入れに関しては限定的な取り組みとなっている。「グレースライオンズ」に所属する女性6名が定期的に訪れ、盆踊りでは利用者を指導したり一緒に踊ってくれたりしている。その他、特に目立った受け入れはなく、マニュアルも作成されていなかった。ボランティア受け入れの意義や目的を明確にしたマニュアルを整備し、利用者と地域との懸け橋であるボランティアの有効活用を図ることを期待したい。

◆グループホームを訓練の場に

グループホームは訓練の場ではないが、買い物や調理・掃除等を日々世話人と一緒にすることで、結果的に生活訓練となっている。機能訓練は実施していないが、現在の利用者個々のストレングスに着目して動機付けを促し、少しでも衰えを遅らせることは可能である。職員がPT(理学療法士)やOT(作業療法士)等の専門家から助言や指導を受け、グループホームでの余暇活動等の機会を活用して、利用者への機能訓練につなげて欲しい。その場合には、日中支援事業所との連携にも配慮されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回の受審(27年度)と比べ、事業体制が大きく変更している中で、新たな取り組み(ガイドブック作成による業務ルールの視覚化、サービス管理責任者中心となった事業運営等)を評価して頂きました。

介護保険事業所の連携、パーソナル支援の強化、働きやすい職場作り等、今後も推進していきます。

改善の余地のある部分についても、管理者、サービス管理責任者、現場支援者で話し合いながら、よりよい方法を模索していきます。

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者一人ひとりを大切に作る空気が法人全体を包み、当事業所においても「一人ひとりの求める暮らしを支えます」を基本的な方針として掲げている。一般就労企業へ、就労継続B型事業所へ、生活介護事業所へと、利用者一人ひとりの日中の生活の場は違っていても、夜になれば気の合う仲間が一つの家に戻ってくる。利用者が、「みんなと一緒にいられるのが良い」と、笑顔で話してくれた。			

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			
県のグループホーム連絡会に加入し、会議や研修に参加することで事業運営に必要な情報を取得している。法人内では、理事長以下全管理者が出席する月例の「月次会議」が機能しており、経営分析や事業方針等が討議されている。時代を先取りした形でグループホームの再編成を実施し、それを機会にグループホームの事務所を法人本部から分離して独立させた。このことが、職員のやる気を喚起させることとなった。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
法人内の入所事業所、通所事業所に籍を置く利用者のうち、40名ほどがグループホームへの移行を希望している。そのニーズに如何に応えていくかが当面の大きな課題となっている。グループホームの増設には、職員の新規採用が求められるが、慢性的な職員不足を抱える福祉施設としては解決(職員の安定雇用)の道筋が見えてこない。			

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
単年度の事業計画の積み上げで中・長期計画を策定している。3年後、5年後等に到達すべき目標値を設定した中・長期計画を策定し、単年度の事業計画に枠組みを示すことが望ましい。			

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			
単年度の事業計画には、事業運営の基本的な方針を述べ、その方針に従って直接支援や間接支援の主要な項目を項立してしている。そこに取り上げた項目については、支援や取り組みの内容は明確になっているが、具体的な数値目標が設定してあるものは少ない。それぞれの項目について、責任者(誰が?)、期限(いつまでに?)、実施方法(何をやる?)を明確にした実行計画(工程表)を作成して取り組むことを望みたい。			
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			
管理者以上が集まる月次会議(管理者会議)で、事業計画の進捗についての報告や意見交換を行っている。しかし、期中での見直しや改定は実施されておらず、事業計画に具体的な数値目標が設定されていないことから、期末に実施した最終評価の結果としての事業報告が、曖昧にならざるを得なくなっている。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
「重要事項説明書」等、一部の文書にはルビを振る等、利用者の障害特性に配慮した取り組みもあるが、事業計画について利用者の理解度を計る手段を持っていない。一人でも多くの利用者の理解が得られるよう、事業計画の内容を分かりやすく書き換えた資料の作成が望まれる。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
これまで定期的に第三者評価を受審し、利用者アンケートの結果をも考慮して改善課題を抽出し、優先順位を付けて可能な範囲で改善活動を実施してきた。グループホーム4事業所の統合を機に、従来の「第三者評価係」を廃し、管理者と3名のサービス管理責任者が主体的に第三者評価に関与することとした。この機構改革によって、より実効性を伴った運用を図ろうとしている。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
定期的な第三者評価受審によって得た改善課題は、事業計画に取り上げる等して改善を図ってきた。特に、マニュアルの整備は大きく進み、支援の標準化を前進させる原動力ともなった。さらなる改善のための課題としては、これまで実施してきた数々の改善が、利用者にとっての最善の利益に結びついているか否かの検証であろう。			

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>今年度、共同生活援助事業を営む法人内の4事業所が統合され、定員50名を超える大きな共同生活事業所「共同生活事業所くるみ」が生まれた。新たなグループホームの誕生を機に着任した現管理者は、これまでもグループホームのサービス管理責任者として長く勤務しており、知識や組織管理の経験において不足はない。前任者から受け継いだ方針を踏襲しながらも、若い職員群の先頭に立って新たな改革・改善に着手している。</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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
<p>業務の基本が夜間支援であり、勤務形態も一人職場という特殊性を考慮すると、世話人には相応の役割と責任がのしかかる。虐待等の不適切な支援の防止にも配慮がある。法人の実施する権利擁護研修に正規職員が参加し、それを伝達研修の形で非正規の世話人等に伝えている。伝達研修の実施を以って「善し」とせず、確認テストを実施する等、伝達研修の受講者の理解の度合いを確認してほしい。</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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>事業所の基本的な方針である「一人ひとりの求める暮らしを支えます」の実践として、利用者の思いや意向を叶える“パーソナル支援”に取り組んでいる。“パーソナル支援”の一環として、利用者の意向を反映した一泊旅行も計画されているが、趣旨を家族に説明して、職員の費用については利用者側で負担することとなった。利用者・家族の満足度が、福祉サービスの質と一体となって向上している。</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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>今年度、念願の「職員ハンドブック」が完成した。職員として必要な知識や情報、考え方が網羅されており、法人の定めた規則や行動規範、事業運営に関する支援のマニュアル等が載っている。新人研修にも活用できるツールであり、一人職場での安心感にもつながっている。「職員ハンドブック」の完成によって、業務効率の改善が大幅に進むこととなった。</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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>人材の確保・定着を、法人や事業所の事業計画の重点項目に位置づけ、将来展望を踏まえた構想を練っている。現状、法人内だけでも40名ほどのグループホームニーズがあり、ハード(建物)とソフト(職員による支援)両面にわたる対応が急務となっている。法改正や制度改革を考慮すると、正確に将来を展望することの難しさはつきまとうが、日中サービス支援型グループホームの建設をも視野に入れた構想が検討されている。</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>キャリアパスが構築され、「職員ハンドブック」の完成によって「目指すべき職員像」が明確になった。キャリアパスに示された各階層の詳細な職能要件を定め、職員全員を対象とする人事考課制度の構築を望みたい。</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		
事業計画の中に「職員の確保」との項目を掲げ、「従来の勤務体制に捉われない柔軟な働き方」を提案し、ワーク・ライフ・バランスにも配慮した“働きやすい職場づくり”を宣言している。年に1回、管理者と職員との個別面談を実施し、職員の意見や要望を聞きとっている。夏期5連休制度が実施され、年次有給休暇の消化も進んでいる。男性職員の育児休暇や介護休暇の取得例もあり、“働きやすい職場づくり”が着々と進んでいる。		
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		
「目指すべき職員像」は明確に示されているが、職員一人ひとりについての目標を設定して、職員を育成しようとする動きには繋がっていない。事業計画に定められた重点目標(重点項目)に対し、それに呼応する職員個々の目標を設定し、職員の目標達成が事業所の目的達成につながる仕組みの構築が期待される。		
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		
新たな管理者の下で、職員研修にも新しい風が吹き込んでいる。OJTの一環として2ヶ月に1度、「支援者会議」を開催することとなった。“単なる伝達・連絡の会議としない”と定義づけ、勉強会の色彩が強い会議となっている。法人が継続的に開催している「インシデント法研修」(外部からの参加も可)や外部研修である「強度行動障害研修」に職員が参加しているが、職員個々に研修計画を作成するには至っていない。		
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		
職員個々の研修計画は作成されていないが、必要に応じて法人内研修や外部研修に参加し、職員は履修後に「出張予定及び事跡書」を提出している。勤務シフトの都合によって、受講したい研修を履修できないこともあり、勤務シフトの調整による柔軟な対応が望まれる。また、「出張予定及び事跡書」の提出を以って研修が完結することが無いよう、研修効果を検証する仕組みの構築を望みたい。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
今年度は事業所としての実習生の受け入れはなかったが、これまでにバックアップ施設で受け入れた実習生が、事業所(ホーム)を訪れて見学した事例はある。実習生に対応するマニュアルは作成されているが、実習(見学)の具体的な内容を記載したカリキュラムは作成されていなかった。担当する職員によって差異が生じないよう、指導すべきことや伝えなくてはならないこと等を盛り込んだカリキュラムを確立されたい。		

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		
ホームページの有効活用を図り、事業報告書や財務諸表等を公開している。苦情・相談に関しては、受け付け件数、対応・改善の状態、責任者(総務部)を明確にして取り組み、より透明性の高い事業所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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
今年度、新たに誕生した「職員ガイドブック」によって、職員に求められる資質、考え方等が明確になった。事業所の事務、経理、取引等は、法人の定めた各種規程やマニュアル、手順書によって適切かつ円滑な処理が進められている。しかし、一人職場であることを考えると、不正防止や虐待等の不適切な支援の予防のためには、常に監視機能が働くような仕組みづくりを望みたい。			

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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画書の冒頭の〈基本理念〉の中で、利用者と地域との関わりの方角性を明確に示し、法人理念である「ノーマライゼーションに沿った活動」の実践を宣言している。地域の祭礼や防災訓練に参加し、地域の一員としての存在をアピールしている。地域の障害者理解も進んできており、散歩の途中で行き交う人から挨拶の声かけがあったり、近隣の農家からグループホームに新鮮な野菜の差し入れがあったりする。			
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			
グループホームの事業特性(夜間支援)から、ボランティアの受け入れに関しては限定的な取り組みとなっている。「グレースライオンズ」に所属する女性6名が定期的に訪れ、盆踊りでは利用者を指導したり一緒に踊ってくれたりしている。ボランティア受け入れの意義や目的を明確にしたマニュアルを整備し、利用者と地域との懸け橋であるボランティアの有効活用を図ることを期待したい。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非常勤ではあるが看護師資格を有する職員を配置し、医療連携体制を構築して利用者の健康管理を行っている。夜間の利用者の体調異変に備えて、グループホームの事務室には医療機関のリストが掲示されている。市が作成した小冊子「西尾市の障害者福祉」を活用し、移動支援事業所等との連携を図って利用者の活動の幅を広げている。高齢化する利用者の適切な移行先として、介護施設との連携が強化されてきた。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
地域の清掃活動に利用者が参加し、地域の一員としての役割を果たしている。事業所の盆踊りには、周辺の住民に声かけして来場を呼び掛けている。昼間の“空き時間”にはグループホームの玄関前を地域に開放しており、そのスロープを利用して地域の子どもたちがスケートボードを楽しんでいる。バックアップ施設との連携によるBCP(災害時事業継続計画)の作成を急ぎ、大規模災害発生時の地域での役割を明確にされたい。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
市の自立支援協議会に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めるとともに、相談支援事業所からも生の情報を得ている。町内会役員や障害者の親の会等の見学を受け入れ、その際にも貴重な情報が得られている。しかし、法人内の40名程のグループホームニーズの存在があまりにも重く、地域ニーズには目が向かない。日中サービス支援型グループホームの開設に向けた今後の動向が、地域福祉の大きな鍵を握っている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
グループホームの理念や基本方針、行動規範等を明記した独自のガイドブックを作成し、全職員に配布し周知している。全体では、2ヶ月に1回の支援者会議を開催している。各グループホームで問題が発生した場合には、グループホームごとに関係するスタッフ全員が集まり、ミニ会議を開催して対応策を検討し、情報を共有している。			
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			
グループホーム全体会議時には、独自のガイドブックの読み合わせをして権利擁護の意識を高めているが、非常勤職員にまでは教育が行き届いていない。グループホームの特性上、一人職場の時間が長いので、より高い意識を持って取り組む必要があり、今後は全職員に「虐待防止チェックシート」等を活用し、意識を高めていく必要がある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
主に「くるみ会」の契約利用者対象であるが、家族を中心に情報提供を行っている。ホームページには各事業案内があり、更新頻度も高く、ブログで行事等の内容まで見ることができる。ホーム利用にあたり、見学はもとより体験利用を30日間を行い、適性判断や利用者の不安軽減を図っている。また暴風警報発令時等、緊急な連絡事項はリアルタイムでホームページに載せ、利用者の家族も確認できるようにしている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「契約書」や「重要事項説明書」、「個別支援計画書」にはルビがふってある。特に「個別支援計画書」においては、A3用紙で大きく記載されており、利用者も見やすく読みやすい。大きいため名前も記入しやすくなっている。対応する説明者も、管理者もしくはサービス管理責任者で統一されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
14ホーム全体の平均年齢が54歳と高齢化が進む中、ホーム利用が困難になってきた利用者には“介護サービス事業所”への移行を進めている。円滑な移行を実現するため、サービス管理責任者と相談支援専門員が窓口となって対応している。昨年度は、4名の利用者が高齢者施設や高齢者のグループホームに移行した。移行にあたっては、利用者・家族から、必要な「情報提供同意書」を得ている。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
利用者主体の自治会があり、1泊旅行や夏祭り等の行事を立案して行っており、行事後にはアンケートを実施して次年度の計画に反映させている。また、「くるみ会」独自の“パーソナル支援”があり、利用者個々の希望する外出等(大相撲観戦、野球観戦、レゴランド等)に、グループホーム職員が対応している。行事アンケートは行っているものの、総合的な利用者満足度調査の実施も検討されたい。			

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		
苦情受付から苦情解決までの体制は整っており、上がってきた苦情に対しての記録、検討内容、対応策を書面で残している。さらに、事業報告書やホームページ等を使い、利用者のプライバシーに配慮した上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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者本人からの日々の相談や意見は、リビングや居室にて随時聴くことができる環境下にある。利用者とは話しやすい関係性を築いてはいるが、家族からの意見や要望等は電話で聞き取る機会が多いため、十分な聴取ができているとは言い難い。時間をつくり、「座談会形式」等で、直接話す機会を設けることが望ましい。		
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		
グループホーム内での相談や意見は日中支援事業所でのこと、日中支援事業所での相談や意見はグループホーム内でのことが多いと思われる。聴いたことを口頭で伝えるだけではなく、記録として残し、日中支援事業所とグループホームとの双方で共通認識できるような仕組みづくりを期待したい。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
ヒヤリハット・事故報告の収集をしており、各グループホームでのミニ会議にて関係者に周知をしている。事故報告は、保護者への報告も怠っていない。看護師主導でのリスクマネジメント研修も行っているが、グループホームの性格上、「投薬関係」のヒヤリハット・事故報告が多く、改善に向けての根本的な対策が必要と思われる。		
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	⑨ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
感染症発生時の対策は徹底しており、グループホーム内で一人が発症した場合には、他のグループホーム利用者であっても、日中支援事業所の利用をやめている。感染症予防の手順書、予防対策と対応マニュアルも整備されており、看護師による勉強会も開催している。		
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行っている。	障 39	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
各グループホームが属している地域の防災訓練に参加をしている。また、ホームを地域別に3グループに分け、合同での防災・避難訓練も年1回行っており、訓練時には利用者を集めて「こんな時はどうする?」、「これは何?」等の「防災クイズ」を行い、利用者への防災意識を高めている。また大規模災害時の事業継続計画(BCP)も現在作成中である。課題としては、夜間発生時における対応や具体的な安全確保への体制整備である。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
各グループホームの特性が違い、サービスの標準化は難しいところではあるが、それぞれのホームマニュアルは整備されている。すべてのマニュアルに「目的」が記載されており、高く評価したい。しかしながら、週1日程度しか勤務しない非常勤職員に至るまで浸透しているか否かは疑問であり、マニュアルの見直しを含め、定期的に周知徹底していく必要がある。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
職員や利用者から、実施方法の変更を求める意見や要望があったり、問題が発生したりした時には見直しが行われている。しかし、「いつ・誰が見直すのか・どのように関係職員に伝えていくのか」等の仕組みが定められていないため、見直しのルール化が望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
アセスメント手法は確立しており、相談支援専門員が作成した「サービス等利用計画」に沿って世話人とサービス管理責任者とで利用者ニーズに合わせた「個別支援計画」を策定している。「サービス等利用計画」と「個別支援計画」との策定期間も合わせている。ただ、アセスメントの更新が疎かになりがちなところがあり、日々の様子や利用者の意向を把握して随時更新することが望ましい。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
「個別支援計画」のモニタリングは定期的に行われており、日中利用の事業所とも共有しているが、個々の利用者の状態（高齢化による減退）や利用者の意向の変化時にも気を配り、定期的（半年）のみと思わず、その都度見直すといった考えを持って見直しを実施されたい。			
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、職員間で共有化している。	障 44	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
各グループホームの世話人により、手書きであったり、パソコンデータ入力であったりと、記録手法は違うが、基本的には毎日利用者の様子等を記録している。逆に手書きの方が共有化するにあたり「見える化」となり、周知するには都合がいいこともある。引き継ぎノートは手書きで記載しており、すべてのグループホーム世話人が認知後、確認の押印をしている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
記録物は世話人部屋で鍵のかかる場所に保管している。個人情報の取り扱いに関しての規定も整備しており、利用者・家族からの情報開示にも規定を定めている。複数かつ非常勤の世話人が勤務しているため、個人情報の取り扱いに特化した研修・会議を行い、全職員が理解を深めていく必要がある。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者主体の自治会が組織されており、グループホーム利用者の意向を尊重する基盤はできている。また、利用者個々においても本人の意志や希望を受け止め、理美容・衣服・趣味・嗜好等、それぞれ配慮がされている。特に食事の面では、苦手な食材は変更することができ、個別に調理方法も変更することができる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
虐待防止・権利侵害等に関する周知・検討・対応等の取り組みは、支援者会議で行っている。身体拘束における手順書も明確に定めている。週一日勤務程度の非常勤職員まで徹底することが厳しい環境であるため、虐待防止に関するチェックリストを活用し、いっそうの周知徹底をすることが望まれる。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホーム全体で高齢化が進んでおり、“一人暮らしに向けて”は難しいところである。グループホーム生活の中で、小遣い管理・買い物・調理・掃除等の生活全般において、「自分でできることはやらせよう」との基本ルールがあり、無理のないように配慮しながら自律・自立生活支援を行っている。各種手続きも職員が同行し行っており、移動支援を利用する利用者も多く、本人の希望に沿って対応している。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の状況(障害特性)に応じたコミュニケーション手段(絵カード・注文カード等)があり、適切なコミュニケーションが図られている。しかしながら、グループホーム生活内においては、食事・掃除・入浴時等の日常的な関わりの中で、利用者個々とコミュニケーションが図られる場面が多くある。一方で、コミュニケーション能力を高めるための職員スキルに差が出てしまうことが危惧される。			
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を適切に行っている。	障 50	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
グループホーム内では、利用者の居室やリビング等で個別に相談できる環境下であり、相談内容やニーズ等は「引き継ぎノート」に記載し、すべてのグループホーム職員が共有している。また、ニーズは「個別支援計画」に反映されており、必要とあればサービス管理責任者・相談支援専門員も交え、外部のサービスとの調整も行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
グループホームなので、平日の日中は日中支援事業所を利用しており、ここで対象となるのは、主として土・日曜日の日中活動のみである。利用者の希望を聴き、移動支援での外出や余暇活動・地域でのイベント参加等、個々に合わせた支援を用意している。月に1~2回(休日)、各グループホームが集まり、大きな風呂のある法人所有の施設での合同入浴を楽しんでいる。日頃入浴が苦手な利用者も、その日は楽しく入浴できている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
障害の状態に応じて情報の共有、支援方法、見直し等は、ミニ会議等を通じて行っている。看護師やサービス管理責任者等の助言を得ながら、支援に関わる職員が連携している。利用者の高齢化に伴い、関与する看護師の負担が大きくなることが予想され、今後は「訪問看護」の利用も考慮することが望ましい。障害特性に配慮した様々な調整をしており、今後はより積極的に研修参加をし、専門性の向上を図ってもらいたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事は配食サービス(月~金)を利用しているホームと、世話人が買ってきた食材を利用して作るホームとがある。休日は利用者の嗜好を加味し、希望のメニューを提供することもある。健康状態に配慮した特別食も提供しており、嫌いな食材は変更もできる。月1~2回は、ホーム外の施設で合同入浴を行っている。利用者個々の、食事・入浴・排泄等、日常的に必要な支援については、個別支援計画の支援状況表に記載されている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の障害特性に配慮したグループホームを用意しており、完全個室はもとよりバリアフリー化により安全で快適なホーム設計になっている。各ホームは4～5人での共同生活であるが、利用者同士の相性を考慮し、さらに利用者本人から意向を聞いて、最もふさわしいホームを決定している。そのような状況を随時見直し、ホーム入居の入れ替えも行っている。</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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>グループホームは訓練の場ではないが、買い物や調理・掃除等を日々世話人と一緒にすることで、結果的に生活訓練となっている。機能訓練は実施していないが、現在の利用者個々のストレングスに着目して動機付けを促し、少しでも衰えを減らせるよう作業療法士等の専門家からの助言・指導を受ける機会が欲しい。その場合には、日中支援事業所との連携にも配慮されたい。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の健康管理に関するマニュアルがあり、それに沿って看護師が利用者の健康管理にあたっている。定期的な血圧測定や検温は、マニュアルに則って看護師が行っており、利用者の体調変化には、世話人からサービス管理責任者や看護師へ連絡が入る。医療連携の体制が整っており、市民病院が協力医療機関となっている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>看護師を配置し、医療連携の体制を整えている。利用者の服用する薬を預かり、世話人が管理しているが、薬のセットは看護師が行うこともある。利用者や家族からの希望があれば、地域の訪問看護ステーションと契約して、さらに充実した医療支援の体制を組むこともできる。これまでに、2名の利用者が訪問看護ステーションと契約して支援を受けた経緯がある。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>約半数の利用者については、本人から直接社会参加や学習機会についての希望を聞き取ることができる。それ以外の利用者に関しては、家族等から意向を聞き、パーソナル支援(利用者の希望を叶える支援)や休日の支援に反映させている。移動支援事業所を活用して外出する利用者もおり、レクスポやだんだんコンサート、クリスマスコンサート等の外部イベントへの参加もある。</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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>グループホームを最終的な地域移行先と決め込んでいる訳ではないが、現時点ではホームから地域移行を果たした利用者はいない。利用者によっては、食事や入浴、排泄、洗濯、買い物等の日常的生活の場面が、結果的には地域移行の訓練となっているが、具体的に地域移行を意識した取り組みではない。職員の積極的な働き掛けによって、地域移行に対する利用者の意識の発揚が期待される。</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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の高齢化とともに家族の高齢化も深刻度を増しており、「家族交流・支援の促進」が、今後の重要な課題であるとの認識はあるが、事業計画に取り上げての取り組みは薄い。事業計画の「生活全般に関すること」の中の、「生活に関する相談」の項目で若干の言及はあるが、「家族支援」の具体的な方向性は見えてこない。</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			