

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27年12月7日(月) |
|---------------|---------------------|

②施設・事業所情報

| | | |
|---|---------------|----------------|
| 名称：いきいきホーム | 種別：共同生活援助 | |
| 代表者氏名：高須 博久 | 定員（利用人数）：14名 | |
| 所在地：愛知県豊橋市高師町字北原1番地107 | | |
| TEL：0532-61-3530 | | |
| ホームページ： http://tf-jigyokai.org/grouphome/ | | |
| 【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）：社会福祉法人豊橋市福祉事業会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 13 名 | |
| 専門職員 | （所長）1名 | （管理者）1名 |
| | （サービス管理責任者）1名 | （世話人）5名 |
| | （生活支援員）4名 | （事務員）1名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等）台所、洗面所、浴室 |
| | | 居間（食堂） |

③理念・基本方針

| |
|--|
| <p>◆理念◆ （法人） 地域の中でいきいきと生活するために。 （施設・事業所） 一人ひとりの個性と人権を尊重し、利用者の立場に立った支援を提供する。</p> <p>◆基本方針◆ 知的障害者が「地域の中でいきいきと生活するために」、安心して共同生活ができるよう、入居者一人ひとりの状況に応じた個別支援計画に基づき生活支援する。</p> |
|--|

④施設・事業所の特徴的な取組

(1)障害者問題は人権問題ととらえ支援します

障害者の権利条約は、障害者がおかれた厳しい現状を認識し、特別な権利ではなく同年齢の市民と同等の権利として、「障害に基づいかなる差別もなしに、全ての障害者のあらゆる人権及び基本的自由を完全実現すること」を約束しています。私たち支援者も“強く”人権意識を持ち、支援をしていきます。

(2)グループホームは利用者にとって『自分の家』

グループホームは、『施設』ではなく、利用者一人ひとりが地域での生活を希望し、地域で当たり前前に暮している『自分の家』として支援します。

(3)グループホームは一人ひとりのペースで生活する場

グループホームは、決められた日課で訓練や集団生活や共同生活をするのが目的の場ではなく、利用者一人ひとりが自分のペースで生活をする場として支援します。

(4)一人ひとりの夢の実現ために『個別支援計画』にもとづいて支援をしていきます

「こんな暮らしがしたい」という思いを利用者一人ひとりが持っています。その思いをもとに『個別支援計画』を立て、グループホームでの支援を行います。夢が実現できるよう、グループホームの職員の支援だけでなく、ヘルパーや他の事業所、ボランティアなどの社会資源を積極的に活用していきます。さらに、夢の実現のために、一人暮らしや他の入居先への変更など、生活の場の選択の幅が広がるよう支援していきます。

(5)できることを増やせるよう支援します

生活の場として、食事作り、掃除、洗濯、金銭管理など、日常生活全般にわたり生活技術を身につけられるよう支援をします。また、生活技術に限らず、一人ひとりができることを増やし、「できた！」を実感できるように支援をします。

(6)生きるよろこびを感じられる支援をします

自分の成長を実感できた時や抱えていた問題を解決することができた時、人は生きるよろこびを感じることができます。利用者同士のトラブル、医療機関や役所などでの手続き、地域とのかわりなど、地域で生きることは様々なわずらわしさがあると思います。利用者ができることは、極力、利用者自身の手で行っていただき、わずらわしさを克服することで、生きるよろこびを実感していただけるよう支援をします。

(7)就労はいきがいと生活費の確保をめざします

利用者の日中の活動は『就労』です。就労には、『一般就労』と呼ばれる企業に就職し、給料を受け取るものと、『福祉的就労』と呼ばれる障害者総合支援法に基づく、福祉サービスの事業所に通所し、工賃を受け取るものがあります。『就労』はいきがいと生活費の確保という観点から検討し、利用者や家族と確認しながら変更も視野に入れて支援します。

(8)希望される方はグループホームでの生活が続けられるよう支援します

支援費制度の導入(2003年・平成15年)以降、利用者は、住む場所、通う場所を選択できるようになりました。日中活動先の通所が困難になるまで、グループホームでの生活ができるよう支援をします。日中活動先の通所が困難となった場合、グループホームもご家族の方と一緒に移行先をさがします。

(9)「問題行動」を利用者自身の発達課題ととらえ支援します

「問題行動」とは、あくまでも現象です。行動の背景にある利用者の願いや要求をどうつかむのかが問われます。職員が利用者を気持ちの上でも受け入れないと、そのことが利用者に敏感に伝わり、「問題行動」が解決できなくなります。「問題行動」は職員が変えるのではなく、利用者自身が自分をつくり変える課題ととらえ、職員は柔軟に対応していきます。また、叱ることは決してせず、お説教は30秒以内にとどめます。

(10)利用者支援はチームワークがあってこそ成り立つものという認識で行います

しっかりしたチームワークがあってこそ適切な支援が行えます。職員一人ひとりがチームの中における自らの役割を認識し、支援における共通の認識を持つことで、利用者への一貫した適切な支援をすすめます。“いつもと違う”“普通と違う”状況については、必ず、報告・連絡・相談します。また、職員同士で支援の仕方を点検し合い、事業所全体の支援の向上に努めます。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|---|
| 評価実施期間 | 平成27年10月 8日（契約日）～ 平成 28年 4月 11日（評価結果確定日） |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 2回 （平成24年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆中・長期計画策定の仕組み

利用者、家族、職員を対象として定期的にアンケートを実施し、意見、要望を吸い上げて分析し、中・長期の計画や単年度の事業計画に反映させている。法人や事業所主導の計画作成に留まらず、広く意見や要望を求めて計画に取り入れ、真に利用者のための事業運営を目指している。平成26年度～31年度を対象とした策定された中・長期計画には、時系列で利用定員の増加が計画され、今後の第三者評価受審やハード部分（風呂の暖房設備、テレビの配線工事等）に関しても記載があった。

◆提供するサービスの透明性確保

サービス面での透明性を確保するために、定期的に第三者評価を受審している。さらに、地域や家族等から受け付けた苦情については、法人のサービス向上・苦情対策委員会に諮り、改善・対応状況を法人のホームページ上で公表している。ともすればベールで包んでしまいたくなる「苦情」を、白日の下に明らかにし、改善の糧（利用者の利益）にしようとする勇気を高く評価したい。

◆職員の負担軽減

支援を充実させようとするすると管理資料や記録類は増え、それらの作成のために職員の負担が増す。その悪弊を払拭するため、管理資料の簡素化に取り組んだ。その一つが「月のまとめ」の廃止。利用者ごとの報告書に記載することで支援の振り返りが容易となり、職員の時間的なゆとりも得られた。超過勤務時間が減少して職員が利用者とは係わる時間が増え、充実した支援につながっている。職員の負担軽減は、副次的に職員の安定雇用にも益している。

◇改善を求められる点

◆実習生受け入れに新たな風を

バックアップ施設が受け入れた実習生が、カリキュラムの一環としてグループホームを訪れている。利用者のいない昼間に、見学程度の訪問である。現在の制度が今後も続くと想定すると、夜間の支援の主流は大型入所施設からグループホームに移ることは明白である。実習生が福祉の仕事に着くとすると、当然そこでの就労機会も増える。職員となったその時点でグループホームを学ぶのではなく、学生の時代に学んでおく必要性を感じる。夜勤帯の実習も念頭に置き、新たな枠組みでの実習生受け入れの風を起こしてほしい。

◆エンパワメントの理念の流布

社会的自立を可能とするため、調理、買い物、お金の使い方等々、グループホームの内外で練習のプログラムが実施されている。エンパワメントの理念が、当たり前日々のプログラムの中に盛り込まれている。しかし、エンパワメントの理念の真の狙いは、障害があっても潜在能力を發揮して、夢や希望を持って暮らせる社会を作ること。社会を変えることは、一事業所だけの取り組みでは果たせない。市内他法人の事業所にもこの考えを伝える役割を担うと、地域全体の福祉力がアップし、社会を変える力の結集になると思われる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設・事業所での虐待認定数が一番多い事業所はグループホームという残念な結果が出ています。私たちのグループホームでも虐待はいつでも起こりうることを認識し、“小さな”権利侵害を見逃さずに、ひとつひとつ丁寧に正していきたいと思います。障がい者問題は人権問題であるという観点から、人権意識を職員全体で高めていけるよう研修の充実をはかっています。また、ご指摘いただいた「地域全体の福祉力がアップ」できるよう、私たちのグループホームでできることを探し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 ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 職員の安定雇用が継続しており、質の高いサービスを提供している。しかし、勤務形態が複雑(変則勤務)であることから職員意識を統一することが難しく、パート職員にも研修参加を促して意識の共有化を図ろうとしている。 | | |

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 ㉒ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 「経営協」や市・担当課からの情報、バックアップ施設や法人の相談支援事業所からの情報等、多角的に情報を集め、グループホーム事業を取り巻く環境を把握しており、事業の収益性についても詳細な分析を行っている。 | | |
| 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 ㉓ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 法人の運営会議で問題点を浮き彫りにし、事業所の職員会議に諮っている。サービス管理責任者と職員(パート職員を含む)との年齢差による職員指導の難しさ、変則勤務による職員間の意識の統一の難しさ等、人材育成面の課題が明確になっている。改善策として、パート職員の研修参加を推進したり、研修の仕組みを変更(出張型から講師呼び寄せ方に変更)したりして対応している。 | | |

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 ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 定期的に、利用者、家族、職員のアンケートを実施し、意見や要望を吸い上げて分析し、中・長期の計画に反映させている。平成26年度～31年度を対象とした策定された中・長期計画には、時系列で利用定員の増加が計画され、今後の第三者評価受審やハード部分(風呂の暖房設備、テレビの配線工事等)についても記載があった。 | | |

| | | | |
|---|---|-----|-----------|
| 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 | | | |
| 事業計画書ともいえる「支援のしおり」を策定し、全職員に配布している。中・長期計画との関連も図られており、職員の支援の方向性を示す10項目に展開されている。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 年度の終わりに、事業報告書に該当する「グループホーム評価と課題」を作成し、次年度の事業計画に反映させている。事業計画の策定に先立ち、全職員からアンケート(意見・希望・提案)を取って主要な意見を事業計画に取り入れている。 | | | |
| 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 ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者に事業計画のあらましを説明するために、配布資料にはルビをふって理解の助けにしようとの工夫がある。同じ資料は、保護者会にて家族にも配布されている。利用者への周知を深めるためには、絵やイラスト、写真等を用いて伝えることも一考か。 | | | |

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 | | | |
| 法人内にはグループホームを運営する事業所が3ヶ所ある。計画的に、毎年いずれか1ヶ所の事業所が第三者評価を受審しており、そこで得た結果(課題や気づき)は横展開され、他のグループホーム事業所にも伝播されている。PDCAサイクルに沿って取り組む手法も会得している。 | | | |
| 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 ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 改善課題が明白になると、会議やサイボウズを使って管理者から適切な指示が出る。ほとんどの場合が口頭による指示であり、改善期限(スケジュール)や責任者を明確にした改善計画を策定して取り組むことは少ない。 | | | |

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 ㉠ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 管理者に着任以来、グループホーム運営の効率的運用や職員の安定的な雇用、利用者の待遇改善等に積極的に取り組んで来た。責任感が強く、部下からの信頼も厚い。 | | |
| 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 ・ ㉠ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| グループホーム運営に関連する各種の研修に参加し、日々研鑽を積んでいる。自らが得た知識や情報を、会議やサイボウズで職員に伝えている。パート職員も含めた職員研修が年間2回開催されているが、コンプライアンスに関する全職員の意識統一には至っていない。 | | |
| 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 ㉠ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 自らが統率する3ヶ所のグループホーム事業所が、計画的に毎年交互に第三者評価を受審しており、サービスの質の向上への思いは人一倍強い。率先垂範で、改善活動にも積極的に取り組んでいる。 | | |
| 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 ㉠ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 職員の処遇改善に取り組み、超過勤務を減らして働きやすい職場作りに取り組んだ。一例として、“管理のための記録類”を減らすことを試みた。具体的には、「月のまとめ」を廃止し、利用者毎の報告書で代替させることとした。これだけのことで職員に余裕ができ、利用者と係わる機会が増加した。 | | |

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 ㉠ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 中・長期計画や「支援のしおり」に人員計画が載っており、サービス管理責任者の資格取得や人材育成等、その計画に沿った取り組みを実践している。 | | |
| Ⅱ-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | 障 15 ㉠ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 法人の人事考課制度の下、職員の育成面(職員個々の教育ニーズの把握)をも考慮して運用している。部下が役職者を評価する「上司評価」も取り入れられている。 | | |

| | | | |
|---|---|------|-----------|
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>管理者と職員との個人面談が年に2回あり、職員は気兼ねなく管理者に自らの思いや意向を伝えている。有給休暇の取得も進んできており、職種に偏ることなく、職員はまんべんなく有給休暇を取っている。</p> | | | |
| 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 ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>職員個々が目標を持ち、目標管理の制度が動いている。ただ、グループホームとして設定された目標との関連が薄い個人目標もあり、可能な限り、グループホームの目標との関連付けが望ましい。</p> | | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>「支援のしおり」に今年度の研修の方針や一覧が明示しており、事業所としての方向性を知ることができる。研修実施後は報告書の提出を求め、評価・検証も実施されている。</p> | | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>人事考課制度を活用し、その結果(自己評価と上司による評価点のギャップ)から職員個々の研修ニーズを導き出している。変則勤務の職員に研修機会をより多く与えるために、これまでの「出張方式」の講義参加から、出前講座の「講師呼び寄せ方式」に路線変更した。グループホーム事業ではあるが、研修の機会が多い。</p> | | | |
| 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 ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>バックアップ施設が受け入れた実習生がグループホームの見学に来ることはあるが、グループホームで実習が行われたことはない。制度的な制約があって、今後も大型の入所施設の新規設置が難しい状況が続くことを考慮すると、グループホームに勤務する可能性がある福祉実習生が、グループホームの正しい情報提供を受け、そこで支援方法を学ぶ実習の必要性は高い。グループホームにおける実習生受け入れのルール作りを期待したい。</p> | | | |

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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>事業運営の透明性を確保するための取り組みが先進的に行われている。法人のグループホーム3事業所が、毎年交互に第三者評価を受審し、その結果(改善課題や気づき)を横展開してグループホーム事業全体に波及させている。苦情として受け付けた案件は法人のサービス向上・苦情対策委員会に諮り、改善・対応状況を法人のホームページで公表している。</p> | | | |

| | | | |
|--|----------------------------------|------|-----------|
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 法人の内部監査が制度化されており、税理士事務所と契約して外部監査を受けている。外部監査で指摘された改善課題は、計画立てて取り組んでいる。 | | | |

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 ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 校区の防災訓練に利用者が職員と共に参加し、地域の祭りでは一般家庭同様に「役割り」を引き受けている。利用者がグループホームの外に出ていく取り組みに比較し、外部の者(地域住民等)がグループホームを訪れる機会は少ない。 | | | |
| 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 ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者の余暇の支援や夜間の支援に、ボランティアの力を有効に活用しようとの思いがあり、ホームページを利用してボランティアを募集している。しかし、反応は薄く、ボランティアの受け入れはほとんどない。 | | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| グループホームごとに「関係機関一覧表」を作成し、利用者の暮らしに必要な社会資源を明確にしている。関係機関との調整にも問題はなく、地域が障害を持った利用者を温かく受け入れる姿勢がある。 | | | |
| 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 ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 市との取り決めにより、障害者の緊急受け入れ先として登録してある。 | | | |
| 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 ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 地域の福祉ニーズは、市の担当課や法人の相談支援事業所からの情報で把握している。利用者や家族へのアンケート調査からも有効な情報が得られる。法人の相談支援事業所を通じての相談があり、電話での説明や見学者への対応をしている。 | | | |

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 | | | |
| 法人として権利擁護研修、虐待防止研修を積極的に行っている。また、グループホーム職員に対して、毎月「不適切対応アンケート」を実施し、それぞれが利用者に対する関わり方を振り返る機会をもっている。さらに、アンケートの内容は毎回少しずつ変えており、マンネリズムに陥らないような工夫がある。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| ふすま引き戸にはつけにくい内鍵を設置する等、グループホームの環境面においてできる限りの工夫、配慮がみられる。また、「プライバシー保護マニュアル」により、気を付けるべきポイントが具体的に明示されている。 | | | |
| 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 | | | |
| 法人の広報誌「ふくしの泉」や法人のホームページ等により積極的に情報提供を行っている。グループホームに関する問い合わせに対しては、積極的に見学を勧め、来訪者には丁寧に案内・説明をするなどして対応している。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 事業計画等にふりがながふってあり、利用者に対してわかりやすく伝える工夫がみられる。また、定期的な面談等で利用者の思いや訴えを汲み取ろうとする姿勢が事業所全体に行き渡っている。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| グループホームから家庭へ移行した事例があり、移行後も相談を受ける体制は整っている。マニュアルには引き継ぎ手順が記載されている。 | | | |
| 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 | | | |
| 満足度調査のアンケートを毎年実施している。また、法人内の別のグループホーム職員が利用者から聞き取りを行い、リアルニーズ、要望を引き出している。さらに、利用者が主体的に関わるべく自治会代表者会議を毎月行っている。 | | | |

| | | |
|---|--|------------------|
| 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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 法人内に苦情解決委員会が設置されており、グループホームのサービス管理責任者も委員として参画している。サービス管理責任者は各ホームを巡回し、利用者から要望を聞き取っている。実際に苦情があった場合、その受付から解決までの流れを月ごとに法人ホームページで公開している。苦情をネガティブに捉えず、満足度向上や地域への理解のチャンスと、前向きに取り組んでいるところは大きな強みである。 | | |
| 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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| サービス管理責任者が各ホームを巡回し、積極的、意図的に利用者から意見を聞き取っている。利用者自治会には各ホームの利用者代表が参画している。利用者同士、あるいは利用者と職員とが気軽に意見を言い合える、風通しのよい事業所となっている。 | | |
| 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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 月1回のホーム会議等により、利用者から出た意見をグループホームの行事に反映させるなど、迅速でわかりやすい対応を行っている。 | | |
| 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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 法人にリスクマネジメント委員会が設置され、アクシデント(事故)の度に対策会議を開催して解決に向けた取り組みを行っている。また、ヒヤリハットは些細なことも直ぐに記入できるよう、業務日誌に記載欄が設けてある。このことが事故の未然防止につながっている。 | | |
| 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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 法人に医療委員会が設置されている。各ホームには感染予防等のマニュアルがあり、詳細に対応方法が記載されている。定期的な更新も行われている。法人内の他事業所(バックアップ施設)の看護師や栄養士には直ぐに相談でき、助言がもらえる環境にあることも強みと言える。 | | |
| 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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 法人として、毎月第3木曜日を防災訓練の日と定めており、高頻度の訓練が行われている。年間予定によって、月ごとの訓練内容が決まっている。地域の防災訓練にも参加しており、防災への意識が高い。年に一度は、法人全体の総合防災訓練も実施されている。 | | |

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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| サービス提供マニュアルにおいて、全てのサービスについて網羅されており、分かりやすく記載してある。新人職員や非常勤の職員も、このマニュアルがあることで不安なくサービスの提供ができています。 | | |

| | | | |
|--|---|------|-----------|
| | 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 | | | |
| マニュアルを毎年見直し、更新されている。定期的なモニタリング、ケース検討会議等により、常に支援方法などが検証され見直されている。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| アセスメントは毎年見直しが行われている。また、その内容はグループホーム(暮らし)に特化したものとなっており、それに基づいた個別支援計画が作成されている。 | | | |
| | 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 半期に一度のモニタリングにより評価、見直しが行われている。 | | | |
| 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、職員間で共有化されている。 | 障 44 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 業務日誌やケース記録は、サイボウズにより職員間で無理なく漏れなく共有されている。また、日々のケース記録は漫然と利用者の様子を記録するのではなく、「個別支援計画」が意識されてリンクする内容となっている。相談支援事業所との連携により、「サービス等利用計画」との整合性も取れている。 | | | |
| | 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 | | | |
| 「文書取扱規程」により、保管、保存、廃棄が定められている。収納スペースの関係で、バックアップ施設のちぎり寮の書庫で管理されているが、各ホームでも「個別支援計画」は職員が閲覧できるようになっている。 | | | |
| 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 ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 自己評価では「現在地域生活をしている」という理由で非該当となっていたが、ここでは「ホームから独り暮らしへの移行」について聞き取りを行った。まだ、独り暮らしへの移行例はないが、相談支援事業所とも密接な連携を取り、独り暮らしを将来の視野に入れて調理等の支援をホーム内で行っている。 | | | |

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 | | | |
| 必要な利用者に対しては、食事メニューを選ぶ際に写真を使ったり、旅行の行き先等はインターネット画像やパンフレットを使って伝えている。 | | | |
| Ⅲ-3-(1)-② | 利用者の主体的な活動を尊重している。 | 障 48 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者自治会「なないろ」が組織されており、利用者の主体的な活動を支援している。各ホームにおいて、代表者が意見をまとめる役を担っており、代表者会議へ声を届けている。自治会名の「なないろ」も、利用者が自分たちで主体的に考えて決定した。 | | | |
| 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 | | | |
| 利用者が自分で決められることは、全て自分でやってもらうよう支援している。利用者はグループホームの中で、「何が自分たちでできるか」を自分たちで考えている。 | | | |
| 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 | | | |
| 利用者が、自分でできそうなことを職員と共に考え、チャレンジしてみようという風土がある。生活力を高めるための外出や買い物などの支援は、居宅介護事業所とも連携して個別に行っている。エンパワメントの理念が、当たり前日々のプログラムの中に盛り込まれており、これも大きな強みと言える。しかし、エンパワメントの理念の真の狙いは、障害があっても潜在能力を発揮して、夢や希望を持って暮らせる社会を作ること。市内他法人の事業所にもこの考えを伝える役割を担うと、地域全体の福祉力がアップすると思われる。 | | | |
| 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 | | | |
| 大きく食事制限のある利用者はいないが、該当者には「個別支援計画」にその旨を記載している。また、独り暮らしを目指す利用者に対しては、食事作りについて「個別支援計画」に載せてあり、個別の対応が行われている。 | | | |
| 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 | a ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 食材は配食サービスを利用しているが、その中でも可能な限りメニューを利用者が選択できるように工夫している。また、誕生日、クリスマス等には、特別メニューを提供して彩りを添えている。季節に応じた新鮮な食材を購入することで、食事を通して健康はもちろん、季節感を演出している。ただ、食事のボリュームに関しては、何人かの利用者から「ちょっと少ない」という意見もあるので再検討されたい。 | | | |
| 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 | | | |
| 利用者の出勤時間に応じて食事ができるように配慮されている。平日の朝食は基本的には米飯だが、休日は利用者の希望に添って、パンやホットケーキ等も提供し、メリハリをつけている。 | | | |

| | | |
|--|------|-----------|
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| ほとんどの利用者が自分ひとりで入浴ができているが、中には見守りが必要な利用者もいる。入浴支援マニュアルにより、必要な個別対応方法が網羅され、適切な入浴支援が行われている。 | | |
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 入浴の順番は特に制限はなく、その日その日で利用者同士が相談し合って入浴の順序を決めている。基本的にはいつでも入浴が可能であり、柔軟度の高い入浴支援である。 | | |
| Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | 障 56 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 建物の老朽化により浴室が冷えやすいということがあるが、冬場は暖房器具で可能な限り温め、利用者が快適に入浴できるよう配慮している。 | | |
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 排泄において介助を必要とする利用者はいないが、「排泄マニュアル」に標準的な対応方法が記載されている。 | | |
| Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。 | 障 58 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| トイレの設備は決して新しくないが、清潔に保たれている。また防臭対策にも努めており、できる限り快適に利用できるようにという配慮が見られる。 | | |
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 基本的には利用者本人がその日の衣服を選んでいる。ただし、いかにもコーディネートが不自然な時や季節、気温に合っていないときは、職員が必要最小限のアドバイスをしている。衣服を購入する際には、職員が同行するという支援が自然に行われている。 | | |
| 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 | ㉖ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 気温や季節に応じて職員が衣服の選択の助言をしているが、利用者の意思を尊重して必要最小限に留めている。 | | |

| | | |
|--|--------------------------------|------------------|
| 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 | | |
| 髪型や化粧は本人の意思を尊重し、必要に応じてスタッフが助言している。職員が地域の理髪店の情報を集め、利用者に提供している。 | | |
| 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 | | |
| 地域の理髪店を利用し、必要に応じてスタッフが同行することもある。また、利用者によっては職員がメモを作成し、お店の人に利用者の要望が分かりやすいように配慮している。 | | |
| 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 | | |
| 睡眠について問題のある利用者はいない。未明に起きてしまう利用者があるが、部屋を暗くするなどして他の利用者に影響がないように配慮している。寝具は利用者に応じたものが個別に用意されている。 | | |
| 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 | | |
| 毎日の検温、毎月の体重測定、必要に応じての血圧測定等、適切に健康管理が行われている。法人内の看護師や地域の医療機関とも密接な連携が図られ、利用者や家族にとって安心できる環境と言える。エアコンの温度やタイマー設定等、日常的な住環境の支援も行われている。健康管理に関するマニュアルも整備され、必要に応じて活用されている。 | | |
| 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 (a) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| マニュアルが整備され、地域の医療機関との連携が図られている。協力医はホームから近く、インフルエンザ等の流行時には必要に応じてグループホームまで訪問診療に来てくれる。往診対応が可能であることは、利用者だけでなく職員にとっても大きな安心材料の一つである。 | | |
| 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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 自身で薬を管理している利用者はおらず、「サービス提供マニュアル」、「服薬管理マニュアル」によって薬が管理されている。内服薬には名前、時間、日付が一包ごとに印字され、誤薬予防につながっている。かつては、薬の飲み忘れがあったが、チェック体制を改善して再発の防止につなげている。 | | |
| 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) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 利用者全員からアンケートを取り、余暇の過ごし方やレクリエーションの種類に反映させている。テニス、陶芸教室、地域の集まりへの参加、AKB48のファンクラブへの加入等、利用者は余暇を有効に過ごしている。日中の支援の休みの日には、料理や買い物、お金の使い方の練習も行っている。 | | |

| | | |
|---|------|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 自由な外出を支援しており、希望があれば移動支援事業のヘルパーを手配して支援している。 | | |
| 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 | a ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 利用者の高齢化もさることながら、キーパーソンの高齢化が進んでおり、帰省や外泊への対応が難しいケースが出てきた。利用者サイドにも帰宅願望が薄れてきており、利用者と家族との関係が希薄になってくる恐れがある。 | | |
| 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 | | |
| 金銭管理に関するマニュアルが整備され、利用者自身で管理できない場合はホームで預かっている。希望者に対し、休みの日に外出支援を兼ねて、お金の使い方を練習する取り組みもある。 | | |
| 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 | | |
| 居室へのテレビの持ち込み、新聞、雑誌の個人購読に関しては、まったく制限を設けていない。 | | |
| 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 ・ ③ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 飲酒や喫煙を希望する利用者はほとんどおらず、ルールが決められていない。飲酒や喫煙の希望が出た時に統一した対応がとれるよう、取り決め(ルール)や対応マニュアルの整備が必要となろう。 | | |