

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28年12月12日(月)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：てんぱくホーム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：杉浦 伸枝	定員（利用人数）：10名（10名）	
所在地：愛知県豊橋市高師町北原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 7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： 10 名	
専門職員	（所長） 1名	（サービス管理責任者） 1名
	（管理者） 1名	（生活支援員） 4名
	（事務員） 1名	（世話人） 2名
施設・設備の概要	（居室数） 10室	（設備等） 台所、洗面所
		食堂、浴室、居間
		宿直室

③理念・基本方針

<p>◆法人理念 「地域の中でいきいきと生活するために」</p> <p>◆事業所理念 「一人ひとりが安心して、自分らしい地域での生活を送ることができるように支援する」</p> <p>◆基本方針 障害者が「地域の中でいきいきと生活するために」、利用者一人ひとりの状況に応じた個別支援計画に基づき共同生活援助を提供する。</p>
--

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①虐待の防止 施設・事業所で虐待認定数の一番多い事業所はグループホームであることを十分認識して支援する
- ②障害者問題は人権問題ととらえ支援する
- ③グループホームは利用者にとって『自分の家』ととらえ支援する
- ④グループホームは一人ひとりのペースで生活する場ととらえ支援する
- ⑤一人ひとりの夢の実現のために『個別支援計画』に基づいて支援する
- ⑥できることを増やせるよう支援する
- ⑦生きるよろこびを感じられる支援をする
- ⑧就労は生き甲斐と生活費の確保を目指す
- ⑨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する
- ⑩「問題行動」を利用者自身の発達課題ととらえ支援する
- ⑪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う

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 6月24日（契約日）～ 平成29年 3月28日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	1回 （平成25年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆所長の改善意識

法人の3つのグループホーム事業所を束ねるポジションに所長がいる。毎年、いずれかの事業所が第三者評価を受審しており、そこでの気づきや改善課題は横展開され、全てのグループホームで改善活動等が実行されている。マニュアルの整備、記録・帳票類の改訂、居室に内鍵の設置、脱衣場にヒーターの設置、週末のお好みメニューの導入等々、利用者の生活向上のための改善が実施されている。組織や部下を牽引する力が強いが、その源には改善意識の高さがある。

◆利用者の主体性の尊重と合理的な配慮

利用者自治会「なないろ」が組織され、法人内のホームの自治会代表者が月1回集まって各ホームからの意見を報告し、周知が図られている。そこでは、書記も利用者の中から選出されており、利用者の手による議事録を確認することができた。利用者を対象とした勉強会は、心理士が講師となって講義が行われているが、利用者それぞれの理解力や判断能力に差があるため、2回に分けて実施している。理解力のあるグループと理解が難しいグループに分け、一人でも多くの利用者が理解できるように、合理的配慮を持って取り組んでいる。

◆事業運営の透明性確保:苦情情報の公表

事業運営の透明性を確保するための取り組みとして、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ている。さらに、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。単に苦情件数を報告するだけでなく、苦情の内容や解決に至るまでの状況を公表している。関連する規程の改訂作業が遅れているが、先鋭的な取り組みとして評価したい。

◇改善を求められる点

◆職員の安定雇用を

福祉事業全般に見られることではあるが、当該事業所に関しても例外ではなく、職員の安定雇用が図られていない。人事政策上も、職員の補充や採用に大きな力が使われ、職員の育成面への力が削がれてしまっている。功を急がず、中・長期的な展望に立って、人事制度の見直しや職員の働きやすい職場づくりの推進を期待したい。

◆適切な排泄支援を

排泄に関しては、利用者のプライバシーや自尊心、羞恥心への配慮から、積極的な排泄支援が行われない場合がある。利用者自身で排泄後の始末が不十分な場合には、職員が支援して着替えや清拭等の対処をすることとなっている。しかし、利用者の気持ち(自尊心や羞恥心)に配慮するあまり、それを見逃してしまうと、利用者にかえって嫌な思いをさせることとなる。利用者の排泄を管理することは、生活支援や健康管理の重要な部分と位置づけ、プライバシーにも配慮しつつ適切な支援を望みたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

職員の安定雇用については、様々な要因が考えられますが、職員の支援の力量を伸ばすこと、職員がお互いにフォローをし合うこと、職員がおこなっている支援の“意味”について考え続けていくことを雇用条件の向上と共に、さらに、取り組んでいきます。排泄支援については、プライバシーと支援内容について考えていきます。中長期計画の工程表については、わかりやすいものを工夫してみます。

私共の事業所でおこなわれている支援について、高い評価をいただき感謝申し上げます。現場で、利用者みなさんと日々関わっている職員の励みになります。今後も利用者みなさんが地域で幸せに生活が続けられるよう努力をしていきたいと思っております。

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
職員の安定的な雇用が図られておらず、理念や基本方針の周知・徹底には至っていない。利用者の多くが同法人の日中活動施設に通所しており、利用者や家族に対してはそれらの施設で周知が図られている。利用者に対しては自治会が、家族に対しては家族懇談会の場が周知の機会となっている。		

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 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
経営協や知的障害者福祉協会の会員として各種の会議や研修に参加し、幅広く情報を収集している。また、法人内の施設長会や相談支援事業所からも有効な情報を取得し、事業運営に活かしている。		
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		
最大の経営課題として、「職員の確保、育成」を挙げている。世話人の確保に奔走しているが、安定的な雇用は実現しておらず、様々な年齢や意識、経歴の違う世話人の育成についても膠着状態が続いている。		

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		
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、年度ごとに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(増設、改修計画等)に関しても盛り込みがある。予算数値も記載されており、単年度の事業計画策定に関しての枠組みを示すに十分である。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画を事業計画に反映させており、予算数値や数値目標を設定している。しかし、重点的に取り組む課題に対して、実行計画(工程表)を作成して取り組むには至っていない。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の策定にあたっては、利用者、家族、職員の意見を集め、それらの意見を調整した上で「来年度に向けて」との編成指針を作っている。編成指針に沿って事業計画が策定され、中・長期計画の見直しにまで発展することもある。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
グループホームの利用者38名(3事業所合計)を対象とした説明会を開き、理解力や判断能力に差のある利用者に対して、一人でも多くの利用者の理解を得るために、分かりやすい言葉に書き替えてホームに掲示している。家族には家族懇談会の場で事業説明をしている。			

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			
定期的に第三者評価を受審することを中・長期計画の中で示し、サービスの質の向上に対する高い意識を持っている。毎年利用者アンケートを実施しており、「今後、どこに住みたいか？」を尋ね、それを事業運営に反映させようとしている。			
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			
法人内に3つのグループホーム事業所があり、毎年いずれかのグループホームが第三者評価を受けている。第三者評価の受審で得た気づきを3事業所が共有し、それを活かした改善が進んでいる。しかし、計画を立てての改善活動の実施は少なく、改善項目ごとに責任者(担当者)や改善期限(スケジュール)を決めて取り組むことを望みたい。			

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		
「グループホーム体制表」、「人事制度・運用の手引き」の中で、管理者としての役割と責任が明確にされている。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、管理者は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。平成28年4月に施行された「障害者差別解消法」に関しては、職員会議で勉強する時間を取って説明したが、法が求める「合理的な配慮」に関して深く掘り下げておらず、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。率先垂範して改善活動にも積極的に取り組んでおり、「居室の内鍵設置」、「ヒーターの設置」、「週末のお好みメニュー」、「ホームイベント(サマーパーティー、忘年会等)の個人負担の費用」等が改善実績である。		
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		
unnecessary 記録類を整理し、記録作成に費やす職員の時間にゆとりを持たせた。業務改善手当を改定したり、非正規職員(パート職員)の時給をアップさせたりと、職員の処遇改善にも取り組んでいる。		

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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
中・長期計画に人員計画が示されているが、安定的な必要人材の確保・育成には課題を残している。正規職員の採用は法人主導で行われているが、非正規職員は事業所に任されている。世話人等の補充に重点が置かれており、計画的な育成は後手に回っている。		
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		
法人作成の「人事制度運用の手引き」に従って人事考課が行われており、職員が自己査定をした後に上司が査定し、その結果を基にしたフィードバック面接が行われている。役職者に対しては、部下が上司を評価する制度も運用されている。		

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	① ・ 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。更生休暇が年に5日付与され、有給休暇の取得も進んできている。妊婦の雇用もあり、産休・育休に入るまでの間はシフトに柔軟性を持たせ、ワーク・ライフ・バランスに配慮した施策を取っている。</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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
<p>「人事制度運用の手引き」に、職務、職階に求められる基準が示されている。それを受け、今年度からはサービス管理責任者が管轄する職員全員の「職員指導・育成計画書」を作成し、職員の育成を図ることとなった。中間報告書の段階までは順調に制度運用されているが、慢性的な職員不足が解消されておらず、制度の成果確認は次年度以降の検証となる。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>年間の研修計画に従って職員は研修に参加しており、研修終了後に復命書を提出している。一昨年度から復命書の様式(記載内容)を変更し、研修終了後1ヶ月時点で、職員自身が研修で得た気づきや知識、技術等を日々の業務にいかしたかを振り返らせている。それを上司が評価し、次の研修計画に反映させようとの取り組みである。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>年度初めに事業所としての研修計画を作成し、それを個人別の研修計画に落とし込んでいる。外部講師による研修を盛り込み、職員間の意識統一やレベル合わせを試みている。職員個々の履修履歴も管理されている。</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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
<p>制度上、直接的な実習生の受け入れはないが、バックアップ施設等の同法人の事業所が受け入れた社会福祉士実習生の見学には協力している。</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	① ・ 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として、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ている。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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人監事による監事監査、税理士事務所による財務・会計のチェックや指導は行われているが、会計監査人による外部監査は実施されていない。			

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			
事業の性格上(夜間の支援)、地域住民が日常的にホームを訪れる機会は少ない。利用者が積極的に地域に出ることで、地域との交流や連携の基盤を築こうとしている。町内会のボウリング大会に参加したり、地域の祭りに参加する等の取り組みがある。休日に職員が引率して、クラフト教室やクッキング教室に通う利用者もいる。			
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			
日中の支援は休日に限られることから、定期的なボランティアの受入れはない。土地と建物のオーナーがボランティアで庭木の手入れをしてくれたり、就職希望者がボランティアとして夜の支援を手伝ってくれたり、散発的な受け入れに留まっている。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
関係機関の一覧表が作成され、玄関に備え付けられている。夜間はグループホームを管理する世話人が不在となるため、緊急時には利用者が関係機関(管理者やバックアップ施設を含む)と速やかに連絡が取れるように配慮している。			
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			
地域をも対象にした障害者理解のための「福祉まつり」の開催等、法人としては積極的な地域貢献活動を実施しているが、グループホーム事業としての地域への機能還元は乏しい。			
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			
緊急一時的に、「やむを得ない措置」として障害者を受け入れることを市と協定しており、実際に受け入れ実績もある。相談支援事業からの情報として、今後の地域のグループホーム需要は確実視されているが、法人としてのグループホーム増設計画は明確になっていない。			

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			
「職員のしおり」が、ホームにも設置されていた。そこには、法人の基本理念をはじめとして、倫理綱領や就業規則等、職員として理解すべき項目が明示されており、月1回のホーム運営会議等で周知が図られている。年度毎の更新履歴もあり、定期の見直し、分析が反映されたものとなっている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
プライバシー保護に関する規程やマニュアル類は整備されており、職員の具体的な仕事内容を示す「手順書」も作成されている。年3回ほど行われている「家族懇談会」において、家族への周知を図る仕組みも整っている。福祉サービスの提供に関しては、不適切な事案があった場合に作成されるアクシデントリポートを活用して原因が分析され、結果や改善策が業務日誌に反映される仕組みも構築されている。			
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			
ホームページに、ホーム内の居住環境が分かる写真や外出時の様子等が掲示されている。新規の入居希望者には見学会、体験利用の仕組みも整っている。虐待を受けた利用者が、体験利用や関係機関との調整等を経て入居に至った例もある。地域の行事等の情報を回覧板で収集し、ホーム内の掲示板に提示している。その参加についても関係機関と調整して実現しており、ホーム利用者の地域生活をバックアップする体制も確認できる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
重要事項説明書においては、家賃等の料金表の他に、第三者委員や障害者差別解消等の受付機関の明示もあった。契約書においても、必要事項が明記されており、「特定個人情報・個人情報にかかる同意書」も作成されていた。半期に一度、個別支援計画を見直し、利用者・保護者等に説明している。但し、利用者に分かりやすい説明、意思決定の困難な方への適切な説明に関しては、工夫の余地を残しており、改善に向けた検討が行われている。			
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			
サービスの継続性に関しては、法人内の他施設長・管理者・相談支援事業所等との調整会議が行われ、移行について体制整備は整っている。実際には、施設移行した利用者は、現在までいないとのことであったが、引き継ぎに関する手引き書は整っている。地域から「虐待を受けた障害者」を受け入れた実績から、その手順書の有効性においても妥当なものと認められる。			
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			
利用者からの意見は、サービス管理責任者が聞き取り、月1回の「ホーム会議」に諮る仕組みが整っている。利用者代表者会議も月1回開催され、法人内のホーム自治会代表者による「ホーム自治会代表者会議」が開催され、その内容を各ホームに持ち帰って報告する体制も整っている。利用者満足度調査を定期に実施しており、その分析・結果においても全体に報告している。			

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		
苦情受け付けの仕組みが整備され、規程・手順書類も整っており、職員へもその内容の周知が図られている。また、その結果も公表されていた。但し、その改善方法について、手引き書の改訂がなされていない事例が一部見受けられた。口頭等で職員・保護者等へ伝えられていることとは推察できたが、記録として整備されることが望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の自治会、サービス管理責任者の聞き取り等で、ホーム利用者からの意見・希望の収集ができる体制が整っている。利用規則の中にも「〇〇してみたい」「〇〇がほしい」等、分かりやすい文言で利用者への周知が図られている。「カラオケに行きたい」との希望を、関係機関と調整を重ね実現させ、さらにステップアップした「一人で映画を見に行く」という希望をも実現させた事例があった。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者自治会による意見収集、個別聞き取りによる意見収集、利用者満足度調査、第三者評価受審等、様々なツールによって利用者の希望や意見を収集し、分析を図り、それらの結果を支援に反映させる仕組みが整っている。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
リスク管理については、責任と権限が明確になっており、リスクマネージャーが選任されている。また、リスクマネジメント委員会も設置されている。具体的な取り組みとして、アクシデントレポートにより事故の分析、改善方法が明示され、業務日誌による非常勤職員も含めた全体への周知を確実にできる仕組みが構築されていた。		
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		
感染防止や感染症発生時の手順がホームの見やすいところに掲示され、職員だけでなく利用者への注意喚起ができるよう工夫されている。手洗いや嘔吐処理の方法についての手順も、各洗面所やトイレ等に掲示されている。職員からの聞き取りや、ホーム内の記録や掲示物を確認するに、就労先を含めた外部の人々との接触が日常的に必須であるホームの特性を踏まえた、感染予防に対する高い意識がうかがえた。		
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やっている。	障 39	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
各ホームでの月1回の防災訓練が計画され、年1回法人全体での総合防災訓練も計画されている。地域の防災訓練にも参加し、地元の警察や消防等の関係機関との調整も図られている。活動場所や就労先等の日中活動が様々な場所であるホーム利用者にとって、月1回の訓練を実施していることについては、参加人数の調整や方法に様々な工夫がされていることがうかがえる。ホームセキュリティシステムの導入や耐震工事も実施されている。		

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人内に複数のホームがあり、さらに相談支援事業所や複数の障害者支援施設等があり、それぞれの事業所間の情報共有や調整連絡をはかる体制が整っている。そのため、様々な角度から検討された福祉サービスの実施方法が文書化されており、それに基づくサービスの提供が行われている。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個別支援計画が作成され、半年に1度定期に見直しがされていた。ホーム内の利用者ケース会議も定期的に行われ、利用者の日常を把握している世話人からの意見や情報も取り入れる仕組みが構築されており、見直し・変更についても必要に応じて実施されている。		
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		
アセスメントを適切に行い、個別ニーズの把握に努めている。そして、それに基づく個別支援計画が立てられている。計画作成においても、複数の専門職(サービス管理責任者・看護師・栄養士・生活支援員、世話人等)が関与して作成している。		
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		
半年に1度の見直しについては、複数の関係職種の職員が集まり、評価・見直しを行っている。具体例として、骨折による利用者ニーズの変化に対し、日常生活支援の変更と居室の変更や手すり設置等の住環境をも適正に整える等、生活全体の支援を見直した事例があった。見直された内容は、業務日誌により現場職員へ周知する体制も整っている。		
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		
日々の支援の記録については、手書きでケース記録に記載し、どの職員でもいつでも確認できる体制をとっている。情報の伝達には、サイボウズという別の情報伝達ソフトを用い、その周知を図っている。それらのソフトの活用状況を、管理者が抜き打ち的に各ホームを巡回して確認し、その実効性を高める取り組みも実施されている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「個人情報保護規程」や「文書管理規程」等が整備され、記録管理も適正に行われている。法人として取り組むことによつて、体制整備については高いレベルで実現できている。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
グループホームであることから、既に地域生活を送っている利用者を対象としている事業所である。しかし、一般就労している利用者が多く、地域からの入所要望(虐待を受けていた障害者の受け入れ)への対応をみると、障害者の地域生活をより高い次元で実現しようとする意識の高さがうかがえる。法人としてのGOサインはないが、所長の「ちょっとでも、空き地を見つければ、すぐホームが建てられないかと思ってしまう」との言葉が印象的であった。		

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者とのコミュニケーションに着目し、一人ひとりの方策について検討会議等を実施している。各利用者の生活スケジュールを一覧表にすることによって、利用者とのコミュニケーションにおいて共通認識を図る取り組みも実施されている。今後、意思伝達に制限のある利用者に対し、新たなコミュニケーション手段を開発しようとする取り組みが期待される。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者自治会「なないろ」が組織されている。法人内のホームの自治会代表者が月1回集まり、そこで各ホームからの意見が報告され、周知が図られている。そこでは、書記も利用者の中から選出されており、利用者の手による議事録を確認することができた。議事録が利用者によって作成されている事で、利用者の主体性を側面的に支援する職員の基本的な姿勢が如実に見て取れる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
一般就労を果たしている利用者もおり、利用者の自立度は高い。事業所内の会議において、利用者が自力で行うことに対する見守りについて確認している。また、その方法についても手引き書として整備されていた。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホーム内の台所や浴槽、トイレ等に掃除の仕方に関する分かりやすい掲示物が貼られており、それを基に洗濯する利用者の姿が確認できた。「利用者のできることは、利用者自身で」という目標が、端的に表れている事例である。その他、「バスの回数券を自分で購入する」や「買い物や動物園に一人で行く」等の希望を、その人の持っている力を活かすことで実現させた事例もある。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
平日は外宅配サービスを利用しているが、必要カロリー、食事形態、体調等を考慮できる内容となっていた。メニューについても、選択可能となっており、利用者の意見が反映できる仕組みとなっている。また、土・日曜日においては、世話人が利用者の意見を参考にしながら、オリジナルメニューの食事を提供している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
外宅配サービスでの提供であるが、カロリーの明示、選択可能なメニュー、季節感のある食材を使用する等、食事提供に必要な項目は整備されている。調理に関しては外注業者の調理手順書が用意され、男性世話人でも問題なく調理できる内容となっている。調査日当日も「サワラの味噌煮、茄子と豚肉のそぼろ和え、吸い物」のメニューを、男性職員が調理していた。出き映えも申し分なく、とてもおいしそうに仕上がっていた。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食器は陶器が使用され、台所と一体となった食堂は家庭的な雰囲気があり、そこでの利用者個々の表情も明るいものであった。就労先の関係で朝7時にはホームを出る利用者があるが、その対応においても、夕食時に準備してレンジで温める等の工夫が施されていた。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
入浴状況に関する記録も整備され、利用者の個人的事情を考慮した個別マニュアルも作成されていた。具体的なものとして、てんかんの既往歴のある利用者へは、留意事項等の記載のある手順書が備えられていた。他に、洗濯や着替えについての手順書も用意されていた。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
入浴の順番については、利用者同士の話し合いによって定められている。また、浴槽の掃除についても利用者による当番制によって実施されており、清潔が保たれている。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
脱衣室・浴室ともに家庭用のものであるが、整理・整頓されて清潔な環境が整っている。設備のハード面での改善の取り組みとして、昨年度脱衣場にヒーターを設置し、冬期の温度管理ができるようになっていた。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
排泄に関しては、プライバシーや自尊心への配慮から、積極的な排泄チェックが行われておらず、排泄時の拭き取りに関しては、十分にできていない場合もある。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
トイレは清潔に保たれており、臭いに関しても調査日当日は全く気にならない程度まで防臭対策がとられていた。しかし、既存の建物を改造してのホームであり、配管の関係で防臭に関して課題が残っている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
衣服の購入に関しては、情報を提供して利用者の希望を聞き、必要に応じて外出支援サービスの利用も含め、利用者が直接買い物できる体制となっている。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
調査訪問時において、各利用者の服装や整容状態については、全く問題のないものであった。どの利用者も自分の好みの服装をしており、洗濯においても毎日各自が行っている。嘔吐等で服が汚染された場合の着替えについても、手順書が整備されていた。		

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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
理美容に関する情報を提供し、地域の理容業者と連携を図って支援をしている。理・美容、整容に関して特段問題となるような利用者はおらず、髪形やカラーリング、化粧等は社会通念上で許される範囲となるように指導している。		
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
近隣に理・美容店が無いため、必要に応じて職員の送迎により地域の理髪業者に通っている。また、利用者自身が地域の理髪店を訪問する際は、メモ用紙等で本人の好みを伝えるよう工夫している。		
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
夜間支援については、個別支援計画で明示され、嘔吐や発熱時の様子は宿直日誌に記録されている。居室は一人部屋であるため、寝具は個人の好みを反映されたものが準備されている。また、夜間の室温管理については、エアコンのタイマーにより行われている。		
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
月1回の体重測定、毎日の検温、必要に応じた血圧の測定を実施している。また、内科、歯科、耳鼻科の通院を行い、口腔ケアや耳垢清潔の指導を受ける体制が整っている。		
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
協力病院や医療機関との連携を図っており、迅速な医療が受けられる体制が整っている。これまでも、医療機関との連携において問題が起きたことはない。		
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
投薬についての手引き書が整備され、投薬間違いや服薬拒否の場合等に対応する手引き書も準備されている。また、1週間毎に薬の管理ができる投薬壁掛け確認表が整備されており、投薬間違いが起きないように配慮されている。		
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
全利用者を対象としたアンケートを実施し、その結果に基づいて余暇支援の計画を立てている。月に2回の外出計画が立てられ、その実施状況においても、ホームページ等に掲示されている。また、地域での行事についての情報提供にも積極的に取り組んでおり、地域の歌声サークルへ利用者が参加している事例や、クッキング教室、クラフト教室に出かけている事例もある。		

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		
地域での行事等の情報提供を行い、ヘルパー事業所との連携を図り、利用者の希望に沿った外出の実現が図られている。また、緊急時に備えて連絡先を明示したカードも準備され、不測の事態への対応も行われている。		
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、家族の状況を配慮し、家族や利用者調整しながら実施されている。		
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		
「預り金取り扱い規約」を定め、責任の所在を明確にしている。また、エンパワメントの観点から、金銭の自己管理ができるよう体制整備も図られている。映画を一人で見に行く実践からも、その取り組みの妥当性がうかがえた。		
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		
新聞や雑誌、テレビ、ラジオ等は個人所有ができるよう配慮され、共用されるテレビや新聞については、その使用方法について利用者間での定めがある。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
喫煙に関しては、現在、希望される利用者はいない。飲酒に関しては、希望する利用者には適度に提供している。飲酒のルール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求められる。		