

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10月27日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：サポートホーム第2しんしろ	種別：共同生活援助
代表者氏名：松原 宏昌	定員（利用人数）： 11名
所在地：愛知県新城市石田字東金国11番地	
TEL：0536-23-7815	
ホームページ：	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成23年 7月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 新城福祉会	
職員数	常勤職員： 8名
専門職員	(管理者) 1名 (サービス管理責任者) 1名
	(世話人) 4名 (生活支援員) 2名
施設・設備の概要	(居室数) 11室(2軒) (設備等) 居室・世話人室・
	トイレ・浴室・リビング(食堂)

③理念・基本方針

<p>★理念</p> <p>法人：【ともに働き ともに学び ともに生きる】</p> <p>施設・事業所：</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「他人を思いやり、お互いを支え、助け合おう」とする互助精神を基本とします。 ○ともに生きるという共生理念に立って、地域において様々な形で福祉を支えあう文化の形成に貢献します。 ○ハンディキャップのある人もない人も平等かつ普通に生きる社会(ノーマライゼーション)の実現を目指します。 ○利用者の自己決定、自己実現を尊重した自立支援、生活支援、社会参加を基本とします。 ○利用者、職員、家族、地域の方々と協働、連携した法人の運営に努めます。
--

★基本方針

- ①中長期計画に基づき、利用者の特性に応じた居室の改修等を行う(行動援護ハウス)。
- ②利用者(希望者含む)の高齢化、重度化に対応し得るホームの建設(自社物件)計画に着手する。
- ③東三河北部圏域における地域生活の拠点となり得るための仕組みづくりを行う(地域生活拠点の面的整備)。
- ④利用者個々の思いを聞き取り、より満足度の高い生活を目指す。
- ⑤困難ケースに対してはインシデントプロセス法などの事例検討会と個別支援会議を併用して対応する。
- ⑥地域の住民と連携して障害の理解を深めるとともに、災害時等の連携がスムーズに行えるよう体制を整備する。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①相談支援事業所を始め、日中活動事業所、居宅介護事業所等との連携。
- ②東三河におけるグループホーム事業所との連携を深めるため「東三河グループホーム連絡会」を運営。
- ③地域移行を目指す方(グループホーム入居希望)の受け入れ。
- ④新たなホーム建設の計画。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年6月22日(契約日) ~ 平成29年2月7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

◆意思伝達に関する合理的配慮

事業年度の開始に当たり、バックアップ施設と合同で家族会総会を開いて事業計画等を説明している。その家族会総会には家族と共に利用者も参加している。中には判断能力や意思決定が困難な利用者もいるが、事業計画書の内容を利用者に分かりやすい言葉に替え、漢字にはルビをふって、一人でも多くの利用者に事業計画の内容を伝えようとしている。出席した全ての利用者への周知・理解はかなわないが、「障害者差別解消法」が求める合理的配慮の一例として評価したい。

◆事業所都合による利用者決定の排除

どんなに障害が重い利用者であっても受け入れており、利用者の特性に応じた専門的な支援が行われている。特に、自閉傾向が強い利用者の支援では、その人固有のコミュニケーション手段を確保することにより、その人固有の支援が行われており、安定した日常生活を送ることが可能となっている。ともすれば、事業所の都合によって“扱いやすい”利用者を選定しがちな業界ではあるが、あくまでも利用者ニーズを主眼に置いて利用者が決定されている。

◆地域の一員として

試行錯誤を繰り返しながらではあるが、町内会に加入して地域イベント(資源回収、神社の祭礼、合同防災訓練等)に参加したり、買い物は極力地域の商店を利用したりと、地域との交流を広げるための取り組みを積極的に行っている。管理者が、地域の高齢者のグループホームで開催される運営推進会議に出席し、新たな視点で地域の障害者理解のための取り組みを始めている。

◇改善を求められる点

◆PDCAサイクルを活用した事業計画の策定を

平成27年度事業計画と平成28年度事業計画とを比較すると、体裁、内容共に大差のない記述に終始している。その原因として、評価・見直しとしての事業報告(平成27年度事業報告)が核心に迫っておらず、課題の抽出も行われていない点が挙げられる。事業計画の策定に関しても、P(事業計画)→D(事業報告:実践の記録)→C(事業報告:課題の抽出)→A(次年度の事業計画)のサイクルを回すことが望まれる。さらに、事業計画の内容として、重点的に取り組む項目を挙げ、職員が同じ方向性を持って取り組むことが可能となるような仕組みも必要となる。

◆“権利擁護”に関する研修の実施を

利用者への虐待防止に向けた取り組みとして、産業医による職員のストレスチェックやアンガーマネジメントの研修が実施されている。グループホームの勤務体系は一人勤務になることが多く、まさに的を射た取り組みと言える。その取り組みを万全なものとするためにも、取り組みの根拠となっている“権利擁護”に関する研修を実施し、目的を理解した上で日常的な取り組みの充実を図ることが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

改善点に挙げられた「PDCAサイクルを活用した事業計画の策定について、次年度は内容を再考していく。

非常勤世話人に対する研修についても、全員に周知できるよう研修日程を再考する。

グループホームの特徴である「地域との関わり」や利用者支援の合理的配慮について評価していただいた。

今後も地域とともに生きるホーム作りを目指していきたい。

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針は、パンフレットや事業計画書等に記載されている。意思疎通に制限のある利用者に対し、周知を図るための特段の取り組みは行っていない。全ての利用者に対しての周知・理解は難しいが、一人でも多くの利用者の周知・理解を求めるためのツールの作成が求められる。			

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	② ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事務所を同じくするバックアップ施設の管理者が市や地域(東三河地区)の関係団体の要職に在る。事業運営に関する豊富な情報を持っていることから、連携して必要な情報を得ている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
大きな課題である「慢性的な世話人の不足」は、法人内の人事異動や求人活動が功を奏して現状では解決している。法人が入所施設を持たないことから、緊急的な一時入所や保護はグループホームが受け皿となる。しかし、定員が満床での運営であり、緊急のニーズには対応が難しい状況である。世話人への研修も、日程調整が難しく実施に至っていない。			

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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人としての「新城福祉会 中・長期計画」が策定されている。中期3年、長期10年のビジョンが示され、3年ごとの見直しによって、現在は平成28年度～37年度の長期計画が動いている。資金計画についても可能な限り盛り込まれている。			

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			
平成28年度の事業計画が策定されているが、総論を述べるに留まっており、重点的に取り組む具体的な施策が見えない。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
平成27年度事業計画と平成28年度事業計画とを比較してみても、大差のない記述に終始している。評価・見直しとしての事業報告(平成27年度事業報告)が核心に迫っておらず、課題の抽出も行われていない。事業計画の策定に関しても、P(事業計画)→D(事業報告:実践の記録)→C(事業報告:課題の抽出)→A(次年度の事業計画)のサイクルを回すことが望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
バックアップ施設と合同で開催する家族会総会には利用者も参加している。「家族会総会」で事業計画を説明する際、利用者用には分かりやすい言葉に作り替え、ルビをふった資料を配布する等の合理的配慮が見られる。			

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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
初めての第三者評価受審であるが、法人内の他のグループホーム事業所の受審結果を基に、横展開した改善活動を実施してサービスの質を担保している。しかし、利用者や家族の満足度を調査する取り組みがない。サービスの質の向上(利用者・家族の満足度の上昇)を測る指標を定め、定常的な満足度調査を実施することが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
体系的に抽出した課題ではないが、それぞれのグループホームで持ち上がった問題を課題として持ち寄り、毎月1回、世話人のミーティングを開催している。課題に関する話し合いの結果、様々な改善案が記録に残されていた。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は、長きにわたってグループホームの運営に主体的に携わってきた。「組織体系図」や「緊急連絡網」によって責任体制は読み取れるが、管理者を含めた組織の要員についての「職務権限規程」や「職務分掌規程」を定め、それぞれの職制の責任と権限を明確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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は、関連する研修機会をとらえて自らの資質向上に努めている。世話人への権利擁護に関する研修の実施を課題として捉えてはいるが、時間的な調整が難しく、実施を見るに至っていない。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は、サービスの質の向上と利用者満足度との相関関係を理解している。利用者に対するヒアリングの結果から見て、概して利用者の満足度は高いが、それを客観的に把握する(実証する)根拠を持っていない。定常的な(定期的、同じ視点の設問)利用者満足度の調査の実施を期待したい。</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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人の主要なメンバーで構成される経営会議に参加し、中・長期計画に示された「人づくり」を推進している。特に、福利厚生施策(様々な休暇・休業制度等)に重点を置き、慢性的な「世話人不足」は、法人内の人事異動や積極的な採用活動もあって、改善の方向に向かっている。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>常に課題となるのは、「世話人の安定的な雇用」であるが、採用・定着に力点が置かれており、育成面の取り組みが遅れている。研修体制を整備し、質の高い均一の支援体制の構築が望まれる。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>非正規職員を正規職員に登用する「正規職員登用選考会」がある。しかし、法人としての人事考課制度やキャリアパスの構築がなく、体系的な人事管理体制の一部分が欠落している。職員自らが、自身の将来の姿を想定し、高いモチベーションを持って職務に就ける体制の構築が待たれる。</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		
職員の福利厚生に重点を置き、産前・産後休暇、育児休暇、介護休暇、介護休業の制度利用があり、誕生日や結婚記念日等の職員個々の事情に配慮した記念日休暇(特別休暇)も有効に活用されている。働きやすい職場作りは着々と進んでいるが、潜在的な雇用不安(世話人の不足)は拭いきれない。		
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		
法人主導の階層別研修にグループホームの世話人も参加しているが、世話人に対する専門的な知識や技術を習得するための研修体制がない。年齢、経験、知識、意識等がそれぞれの世話人によって大きく異なり、均一で質の高いサービスを提供するための研修プログラムの開発が待たれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
中・長期計画の命題でもある「人づくり」の実現に向け、職員は法人(研修委員会)の作成した研修計画に沿って研修に参加している。研修終了後には報告書(「研修受講後の所感」)を提出しているが、研修効果を測定する仕組みはない。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
世話人に対しても、階層別研修への組み込みが行われたが、世話人という職務の専門性に着目した研修プログラムはない。OJT教育も含め、適切な研修体系の構築が待たれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
バックアップ施設が実習生を受け入れた場合に、グループホームへは見学程度の時間を割いて実習生が訪れている。その対応のための「受け入れマニュアル」はなく、早期にマニュアルを整備することが望まれる。		

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		
グループホーム独自のパンフレットを作成し、ホームページを開設して情報を提供している。苦情等の内容や対応した状況についての公表システムは構築されていない。		

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			
法人監事による内部監査、行政による行政監査等の実施はあるが、「社会福祉法」が規定するレベルでの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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
試行錯誤を繰り返しながらではあるが、町内会に加入して、地域イベント(資源回収、神社の祭礼等)に参加したり、買い物は極力地域の商店を利用したりと、地域との交流を広げるための取り組みを行っている。管理者が、地域の高齢者のグループホームで開催される運営推進会議に出席し、新たな視点で地域の障害者理解のための取り組みが始まった。			
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			
グループホームの基本が「夜間の支援」であることから、ボランティアの受入れに関しては大きな制約がある。毎月、ボランティアグループ「はぐるまの会」が清掃活動にグループホームを訪れている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
社会資源のリストは作成されていなかったが、グループホームの事務室には法人内の事業所や関係団体、医療機関等の電話番号が掲示してあった。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人が主催する「市民福祉フォーラム」に係わり、地域の障害者理解や社会福祉の増進に寄与している。法人のみならず、圏域のグループホームの共通の課題である「世話人の不足」を解消すべく、世話人養成研修の方策を模索している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
常に満床の状態での運営を迫られており、緊急一時保護やレスパイトの受入れの余裕がない。法人の相談支援事業や市の自立支援協議会からの情報取得によって、グループホーム入所の潜在的なニーズがあることは把握しているが、利用希望者の求める時期や人数等の実態把握には至っていない。			

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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内に権利擁護委員会を設置し、利用者を尊重した福祉サービスの実現を図っている。また、基本的人権に配慮するため、職員の教育や研修を行っている。			
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	a ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント			
産業医による職員のストレスチェックやアンガーマネージメントを行い、利用者への虐待防止に向けた取り組みを充実したものにしている。利用者のプライバシー保護については、ソフト面では充分配慮されているが、ハード面での改善を残している。			
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	㉘ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者に対して、ホームページやパンフレット等にて福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供するとともに、見学や体験利用の希望にも積極的に対応している。ホーム独自の事業概要を作成し、見学があった場合等の説明資料としている。利用希望者に提供している情報内容については、適宜見直しを行っている。			
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	a ・ ㉙ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始・変更にあたっては、重要事項説明書や契約書等により分かりやすく説明し、利用者や家族の同意を得たうえで開始・変更している。意思決定が困難な利用者への配慮については、ルール化の検討が必要と思われる。			
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 ・ ㉚ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの内容に変更のある時は、個別支援会議やサービス担当者会議等において、変更後のサービスの内容に不利益が生じないように、十分に話合われている。変更にあたっての手順等が定められていないので、一定の内容を取り決めておくことが望まれる。			
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 ・ ㉛ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の満足度の把握については、個別支援計画の策定時やモニタリング・見直しの時に、利用者から直接聞き取りを行っている。家族会に出席して、家族からの意見や要望を聞く機会を設けている。今後、アンケート等による満足度調査の実施を検討しており、実効性のある取り組みに期待したい。			

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		
苦情解決のための仕組みが確立されており、職員等に周知され充分機能しているが、より苦情を申し出しやすいような工夫をすることや、苦情解決結果等の公表の方法について検討することが望まれる。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の要望に応じて、相談時間や場所を確保して相談にのっているが、その取り組み内容を文書化して利用者等に周知を図ることが望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者から相談や意見があった場合には、その内容を必ず「連絡ノート」に記入し、世話人会やホーム会で内容を検討している。ホーム内で解決できない場合は、法人運営委員会や経営会議にて検討することとしている。利用者からの相談や意見を積極的に聞くための取り組みをマニュアル化しておくことを望みたい。		
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		
事故発生時の対応と安全確保については、マニュアルを作成して職員に周知を図っている。事故報告書やヒヤリハット報告書の作成を徹底することで、ヒヤリハットに対する職員の意識の向上を図っている。リスクマネジメント体制をより確実なものにするために、リスクマネジメント委員会を設置する等の対応が待たれる。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
インフルエンザ・ノロウイルス等の感染症予防と発生時の対応マニュアルを作成し、職員に周知徹底を図っている。感染症が発生した場合は、通所先や勤務先と連携して適切に対応をしている。定期的に感染症に関する勉強会を開く等、感染症対策を適切に行うとともに、利用者の特性に応じた対策を検討しておくことが望まれる。		
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		
法人内に防災委員会を設置し、食料等の備蓄、災害時要援護者名簿への登録等、ホーム独自の災害時の対応体制を整えている。また、指定避難所までの避難経路を使った避難訓練の実施や、避難所までたどり着けない時の安否確認の方法を検討する等の取り組みを予定している。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法として業務手順を作成しており、手順に従った福祉サービスを提供している。業務手順の中に、利用者の尊重やプライバシー保護・虐待防止等の姿勢を明示しておくことが望まれる。		

	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			
<p>個別的な福祉サービス実施計画の内容を定期的に見直すことで、標準的な実施方法の見直しを図っている。標準的な実施方法である業務手順についても、定期的な見直しを望みたい。</p>			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>福祉サービス実施計画を策定するにあたっては、アセスメント手法が確立しており、適切なアセスメントが実施されている。相談支援事業所等の部門を横断した関係職員との協議があり、支援困難なケースの対応についても同様の連携が保たれている。</p>			
	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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>福祉サービス実施計画の評価・見直しについては、見直しを行う時期、検討会議への参加職員、利用者のニーズの把握と同意を得る手順等を決めて定期的に行っている。</p>			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者に関する福祉サービスの実施状況の記録については、ケース記録として一人ひとり適切に記録・管理をしている。利用者の日々の状況の記録については、「連絡ノート」に詳細に記入しており、ノートを通して情報共有を図っている。フェースシートやアセスメントシートのパソコンによる記録管理を予定しており、更なる情報の共有化が期待される。</p>			
	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			
<p>ケース記録の適正な管理や、不適正な利用、漏えいに対し、「個人情報保護規程」を整備して対処している。「個人情報保護規程」等を理解し、遵守するための教育・研修の充実を図ることや、ケース記録の記録担当者と管理者・サービス管理責任者間での話し合いの場を設けることが検討されている。</p>			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>非該当(グループホームが地域生活を実現しているため評価不可)</p>			

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			
<p>自閉傾向が強い利用者が多いため、コミュニケーション手段を確保するためのツールの発見と活用に努めている。その人固有のコミュニケーション手段を確保することにより、その人固有の支援を行うことができるようになり、安定した日常生活を送ることが可能となっている。</p>			
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			
<p>利用者の主体的な活動に対しては、直接利用者の要望を聞き取って、できる限り実現できるように支援をしている。具体的には、「青年学級」への参加や、ヘルパーによる移動支援等を利用者と話し合いのうえで計画している。自治会については、自治会の中での利用者間の実質的な話し合いが困難なことから、その方法や内容について検討中である。</p>			
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			
<p>利用者が自力で行う日常生活上の行為に対しては、余分な支援はせずに見守りの姿勢で臨むことを原則としている。突発的な危険行動に対して、利用者の安全確保を図るため、統一した支援方法を盛り込んだマニュアルを作成する予定である。</p>			
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			
<p>利用者の特性や強味を生かした活動を提供できるように、就業・生活支援センター等と連携して学習や体験の機会を提供している。利用者の人権意識を高めるための情報提供や、社会資源に関する情報提供については、現在その内容を検討中である。</p>			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の体調や身体状況に応じた食事を提供しており、必要に応じて個別支援計画に支援の内容等を記載するようにしている。食事介助を要する利用者がいないため、支援マニュアルは作成していないが、食事時の声掛け等の支援内容をマニュアルとして作成する予定である。</p>			
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			
<p>利用者の嗜好を考慮して日々の献立を決めている。献立は前日の献立を参考にして決めており、予め献立表としては提示していないが、何らかの形で事前告知することを検討している。かき込みで食べることによる窒息防止のため、盛り付け方や食器を工夫している。</p>			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
<p>障害特性に応じて幅のある時間で食事を提供しており、状況によっては個別で提供することもある。食堂の設備や雰囲気等については、利用者からアンケート等を取って意見を聞く予定である。</p>			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の障害特性を見極めながら、入浴の順番等を決めている。入浴介助を必要とする利用者はいないが、安全確認や声掛けの方法等をマニュアルとして作成する予定である。洗体から浴槽に浸かるまでの手順については個別での対応となっている。			
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	㉞ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入浴は、利用者の希望に沿って毎日行われている。入浴の時間や順番については、利用者の障害特性を考慮して決めている。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
浴室・脱衣室は2ヶ所設置しており、それぞれ適切な環境となっている。利用者の基本的なプライバシーは守られている。冷暖房設備の設置については検討中である。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
排便リズムが整わない等で排泄介助が必要な利用者に関しては、サービス利用計画にその内容を記載しており、個別のチェックリストを活用して排泄支援を行っている。リハビリパンツ等の排泄用具の使用法や処分に関するマニュアルを作成予定である。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
トイレにこだわりのある利用者がいるため混雑する時があり、増設を検討中である。毎日清掃しているが尿をこぼしてしまうことが多く、床をタイルに変更することも検討中である。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
衣類は利用者の意思で選択して着用しており、それぞれの居室にて管理している。障害特性により、一時的に衣類を預かる場合もある。衣類購入の選択肢の幅を広げるため、必要な情報提供を行うことを検討中である。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が着替えを希望した場合は、特殊な場合を除き、その意思を尊重している。着替えの衣類が乱雑になるため、着替え置き場等の工夫を検討中である。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の意思により、希望する内容での理美容を受けることが可能であり、利用者が希望する金額に応じた理美容店の情報を提供している。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
ヘルパーを利用する等で、地域内の理容店や美容院を利用しているが、理美容店に対しての障害者理解を深める取り組みには至っていない。利用者の障害特性によっては、必要に応じて職員が個別に対応することもある。		
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント		
利用者が安眠できるよう環境を整えているが、夜間支援が必要な利用者による騒音の影響により、安眠が妨げられる場合がある。一時的に使用できる部屋の確保や、防音設備を備えた部屋を確保する等を検討中である。夜間支援に関しては、個別支援計画に支援内容を記載して対応している。		
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント		
法人内の事業所に配置された看護師と連携し、利用者の健康管理を行っている。通所先や勤務先にて毎年健康診断を行っており、必要に応じて通院等の対応をしている。健康管理マニュアルは作成されていないが、健康に関するセルフチェックができる仕組みを検討中である。		
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	⑤ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
健康に変調があった場合には「対応マニュアル」に従って対応することとしており、必要な時には個別に用意しているかかりつけ医の診察を受けることができる。また、協力医療機関による適切な医療が受けられる。		
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	⑥ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
内服薬・外用薬の管理は、「服薬ボックス」を設置し個別に対応している。「誤薬対応マニュアル」を作成し、薬の取り違い等の対応を図っている。利用者が服薬している薬の内容等については、個々のケース記録に処方箋の写しを保管し適切な情報を管理している。		
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 ・ ⑦ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの要望を取り入れ、余暇・レクリエーション活動を行っている。余暇・レクリエーション活動の幅を広げるため、幅広い情報を提供していく予定である。		

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
基本的に外出は自由であり、利用者の希望に応じて行われている。個別の買い物についても、必要に応じて職員やヘルパー等による支援を活用している。年間数回の外食レクがあるが、さらに活動の幅を広げるため、情報提供を推進していく予定である。ボランティアの活用については課題となっている。			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
外泊、帰省に関しては、「利用者自らの意思を尊重する」ことを基本とし、数名の利用者はヘルパーや職員の支援を受けずに外泊している。帰省に関しては、受け入れる側の家族にも理解・協力が得られている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「預り金規程」に則って利用者の金銭を預かっているが、自己責任で金銭を管理している利用者もいる。無駄遣いを防いだり、お金を有効に使う等の金銭管理や金銭感覚を培うためのプログラムは用意されていない。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者からの希望があり、法人負担でスポーツ紙を購読することとなった。ほとんどの利用者が居室に個人所有のテレビを持ち込んでおり、リビングの共同利用のテレビについてのチャンネル争い等のトラブルは発生していないが、予防措置として共同利用についてのルールを決めておくことが望ましい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
飲酒、喫煙は自由意思に任せており、毎晩、晩酌を楽しむ利用者もいる。喫煙については、「煙草は自室で」との暗黙のルールが伝わっている。飲酒、喫煙等の嗜好品に対する基本的なルールを文書化することが望まれる。さらに、飲酒についてはアルコール中毒や依存症の知識を、喫煙については健康被害や副流煙による受動喫煙の弊害等を学ぶ機会の提供が求められる。			