

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： グループホームスクラム	種別： 共同生活援助
代表者氏名： 田村真美子	定員（利用人数）： 13名（13名）
所在地： 愛知県豊川市平尾町諏訪下10番	
TEL： 0533-88-7500	
ホームページ： http://www.apatheia.jp	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成28年10月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人アパティア福祉会	
職員数	常勤職員： 10名
専門職員	(管理者) 1名 (生活支援員) 10名
	(サービス管理責任者) 1名 (世話人) 7名
	(看護師) 2名
施設・設備の概要	(居室数) 14室 (設備等) 食堂、洗面所、浴室、
	ホームエレベーター、介護者室
	便所（男性、女性、車椅子）

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 すべての人を尊重し、共感をもって寄り添い、支えます。
- ・施設・事業所 ともにいきる 色彩のかがやき みち照らす

★基本方針

- ・一人ひとりが、主体的に自分の人生を生きることができるよう支援します。
- ・一人ひとりの尊厳が護られ、豊かに生活できるように支援します。
- ・一人ひとりが、社会を構成する一員であると実感できるような、機会と場の支援をします。
- ・一人ひとりの思いに寄り添い、理解して、多様さを認め合えるような地域づくりに努めます。
- ・一人ひとりに誠実に向き合い、自分を磨き、貢献できるように成長します。

④施設・事業所の特徴的な取組

・入所施設からグループホーム生活へ移行できることで、利用者が地域の一員として生活の幅が広がることを大切に考え、支援している。お祭り、清掃等地域の行事や活動等に参加することで、地域になじみ、理解、共生につなげている。

・利用者の余暇活動の希望、出かけたい、体験したい等の希望を生活の中に取り入れている。

・芸術活動は、自室で自分のペースで没頭できる支援により、利用者の才能の発揮になっている。利用者の余暇、趣味の充実、自身につながっている。コンテストや展覧会に出展する機会が多くあるようにし、既に入賞の実績がある。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 5月24日（契約日）～ 平成31年 4月30日（評価結果確定日） 【平成31年 1月23日(訪問調査日)】
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

◆地域との積極的な交流

夜間支援が中心のグループホームでありながら、積極的に地域との交流を図っている。町内会には未加入であるが、職員とともに利用者が地域の清掃活動に参加し、祭礼にも出かけている。利用者の書いた絵画を地域の公的機関や金融機関に展示し、毎月の絵画の取り換えには利用者も帯同して地域の住民と会話を交わしている。これらの取り組みによって、事業所や利用者への認知度が高まり、地域の住民が利用者のことを知っていたり、園芸農家から花をプレゼントされたりと、徐々に効果が表れてきた。

◆エンパワメントの理念に基づいて

利用者のやりたいことを形にする(見える化)取り組みとして、絵画や小作品の制作を支援している。電車が好きで、空き箱や廃材を利用して電車の模型を作る利用者がある。グループホームには、彼が作った線路の上に赤い電車が何十輛も並んでいる。美術展の見学を機に、絵画制作に取り組んで才能を開花させ、“画伯”と呼ばれるに至った利用者もいる。彼の絵画が「アティックアート」に採用され、絵画の使用権に対する対価を得ることとなったが、天賦の才能を開花することなく逝ってしまった。エンパワメントの理念に基づき、隠れた才能の発掘を目指して、“第2の画伯”、“第3の画伯”を目指す利用者たちと、それを支える職員の手厚い支援がある。

◆安全・安心な施設として

バックアップ施設の施設長、ホームの管理者、サービス管理責任者の3名が3カ月に1回「ヒヤリハット会議」を行い、過去3ヶ月間におけるヒヤリハット分析を実施している。分析においては「いつ」、「どこで」、「どんな」ヒヤリハットだったのかを細かく数値化し、未然防止、再発防止の情報として活用している。また、未然防止や再発防止の対策を講じた後にも、それらの対策が有効であったか否かの検証を行っており、事故等が再発していないことの確認を行っている。事故発生時におけるマニュアルをホーム内に掲示し、いつでも誰でも対応できるようになっている。

◇改善を求められる点

◆文書、記録類の欠落

「実習生受入マニュアル」がマニュアル集に保管されておらず、「外部文書一覧表」も本来あるべきところに綴られていなかった。それぞれ見直し中とのことであったが、マニュアルは、“必要な時に”、“必要なところで”、“必要な人が”手にすることが求められる。見直し・改訂が完了するまでは（最新版が完成するまでは）、マニュアル集に維持することが必要である。また、記録としての性格をもつ「外部文書一覧表」は、その時点での証拠性を担保するものであって、欠落は実践の否定となる。文書、記録類の総点検を望みたい。

◆特殊な勤務形態であるだけに

個人情報については規程が整備されており、職員には採用時に説明されている。正規職員や契約職員についてはバックアップ施設が開催する研修会に参加しており、周知が図られている反面、非常勤職員等への教育機会が少ないのが現状である。グループホームは朝・夕・夜という特殊な勤務形態であり、かつ職員一人で判断したり、解決せざるを得ない場面も考えられる。それらの業務の特殊性を考慮すると、ホーム独自（単独）で行う研修の機会や、情報を的確に周知する独自の仕組みの構築を望みたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度の受審により、地域生活を支えるグループホームの役割を確認する機会になりました。ご利用者一人ひとりの、自分の生活をどのようにしたいか、の希望を支援できる体制作り、努力していきます。

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。

(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(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			
法人の理念を受けて、平成28年度に副主任以上の職員が協議して“オール・シンシア豊川”の理念を策定した。「ともにいきる 彩彩(とりどり)のかがやき みち照らす」との理念を朝礼で唱和し、職員は脳裏に刻んでいる。毛筆で書かれた大きな“理念”が、グループホームのリビングの壁面に掲示されていた。作者は、“画伯”と呼ばれ、その非凡な画才をもって将来を嘱望されていた利用者であるが、今回の訪問調査を待たずに急逝されていた。合掌。			

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			
全国や県の「知的障害者福祉協会」の会員として各種研修に参加し、管理者が事業運営に有益な情報や知識を取得している。そこで得た情報等は、事業所の「主任会議」(主任以上が出席)や「主任・副主任会議」(副主任以上が出席)で検討され、会議参加者に周知される。			
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			
経営課題として、「災害に対する安全対策の整備」と「高まるグループホーム・ニーズへの対応」の2点を挙げている。「災害に対する・・・」は、全国各地で発生している自然災害を教訓に、罹災後の速やかな地域復興のための事業所機能の早期再開を見据えてのことである。「高まるグループホーム・ニーズ・・・」は、利用者の障害特性に合わせたホームの増設を胸に描いている。2点共に、計画立てでの取り組みが期待される。			

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	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
法人の中・長期計画に合わせ、“オール・シンシア豊川”の中・長期計画を策定し、さらにそれを各部署に展開して、事業所(グループホーム)の中・長期計画につなげている。事業所の中・長期計画は、長期目標(5年)や中期目標(3年)をそれぞれ1点設定することで完結しているが、事業所の事業全体を捉えたものとして策定し、連動した収支計画も策定することが望まれる。			

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・長期計画と同様に事業計画もまた、「単年度目標」、「単年度目標の成果指標」、「単年度の事業計画」をそれぞれ1点取り上げるに留まっている。グループホーム事業全般にわたる施策を網羅されたい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の策定や見直しに際しては、まず最初に施設長が基本的な方針を示し、次に管理者がそれに合致する計画の素案を策定している。それをマネジメント会議(管理者、主任、副主任、正規職員が参加)で検討して成案としている。グループホーム事業そのものが定員13名と小規模であり、職員の周知・理解も進んでいる。			
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			
家族に対しては、年度初めの「家族会総会」で、利用者へは、毎月開催される「利用者会」で説明している。家族会への参加は約半数であり、不参加の家族に対するフォローの方法に課題が残る。また、利用者に関しては、ルビを振ったり、分かりやすい文章に書きかえるなどして、利用者個々の障害特性に合わせた説明方法の工夫が望まれる。			

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
法人としては内部監査の仕組みが定着しており、提供するサービス全体の、あるいは個々の取り組みの有効性をチェックする体制が構築されている。しかし、事業開始から日の浅いグループホーム事業は内部監査の枠組みから外れている。PDCAサイクルを活用することの必要性は理解されており、自己評価や第三者評価の有効活用を望みたい。			
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			
教会に通いたい利用者の便宜を図ったり、自家用車で迎えに来ることができない家族に代わって電車で帰省する支援をしたり、あるいは亡くなった母親の写真を自宅から取り寄せる手配をしたりと、利用者の細かな意向や要望に応えている。しかし、サービス全体を通して改善課題を抽出する仕組みは弱い。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>文書名は記載されていなかったが、組織図(通称)が作成されており、「品質に関する責任と権限一覧表」によって管理者の役割や責任の所在が明確になっている。利用者と地域との交流・連携の促進、利用者の思いや意向を反映させた個別支援計画の作成等、自らの所信を会議やミーティングを通して職員に訴えている。管理者不在時の権限委任についても、「緊急時の連絡フロー」にて明確化を図っている。</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>事業所に関係する法令等について、「外部文書登録票」にリスト化されているとのことであったが、「外部文書登録票」そのものを確認することができなかった。法改正等の情報を、研修を実施して伝えることのできない世話人について、有効な伝達手段の考察が求められる。</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>「利用者の最善の利益」の追求は、利用者が地域の一員として認められ、地域の中で普通の生活を営めることと捉え、積極的に地域交流を図っている。自治会長の好意もあって、自治会には未加入であるが、地域清掃やお祭りに参加して地域の一員としての存在をアピールしている。地域の住民が利用者を知っていたり、園芸農家から花をプレゼントされたりと、徐々に効果が表れてきた。</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>利用者の昼間の支援をする日中事業所と、夜間の支援をするグループホームとが、連携して支援することが「支援の継続性」にとって重要であると考えている。職員配置上の苦肉の策ではあるが、日中事業所の職員がグループホームの宿直を担当するシステムが、結果として「支援の継続性」を担保している。利用者の健康管理の面においても、このシステムが有効に機能している。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業計画に、「職員に長く勤めてもらう」ことを取り上げて様々な施策を講じている。職員の採用に関しては法人本部の役割となっており、事業所は職員の定着、安定雇用に腐心している。職員研修は、「オール・シンシア豊川」で計画されており、スキルアップ研修や階層別の研修等、教育・研修システムは充実している。</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>キャリアパスの仕組みが構築され、人事考課の制度も運用されている。しかし、人事考課の制度適用は一部職員に限定されており、現場で主力となって勤務している世話人に関しては適用されていない。事業所として「見える化」に取り組んでいるが、人事制度についても具体的な「見える化」を推進することが望まれる。</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			
「職員に長く務めてもらう」ことを事業計画に盛り込み、「働きやすい職場づくり」に取り組んでいる。職員の定着も良く、世話人の安定雇用もあって「働きやすい職場づくり」は実現しているかに見える。しかし、上位職階の職員(管理者、サービス管理責任者等)の有給休暇の消化が進んでおらず、一部の職員の犠牲的な精神に頼っているとの感拭い去れない。			
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			
人事考課の面談や定期面談があり、階層別研修等によって職員を育成する仕組みが構築されている。正規職員の育成システムは制度化されているが、非正規職員である世話人の育成システムが明確になっていない。世話人に関しては、OJTが中心になると思われるが、体系づけた育成の仕組みづくりが課題である。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
外部研修を含んだ「平成30年度教育・訓練計画表」に沿って、研修が行われている。新人の世話人に対しては、「グループホームスクラム新人クルー研修」がOJTにて実施されている。新人クルー研修は、履修したことを確認するフォーマットがあり、研修の管理体制も築かれている。			
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			
研修履修後には「研修報告書」が作成され、統括管理者である施設長にまで報告されている。しかし、「研修報告書」で研修が完結しており、研修効果の検証が実施されていなかった。また、世話人に対する伝達研修に関しても、理解したか否かを確認する仕組みを構築されたい。			
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			
“オール・シンシア豊川”(入所、通所、グループホーム、相談支援事業所)で実習生を受け入れている。社会福祉士、介護福祉士、保育士を目指す実習生や教員体験実習を受け入れており、グループホームとしても積極的な取り組みを行っている。研修の終了時に反省会が開催されているが、その記録が残されていなかった。また、「実習生受入マニュアル」が見直し中のことで、手順書の綴りに入っていない。新版配布まで、旧版を保持されたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「サービスに関する苦情解決規程」があり、それに則って苦情処理を行っている。「サービスに関する苦情解決規程」には、「苦情はホームページにて実績を公表する」とあるが、実際にはホームページ上への記載はなかった。規程と実践との不整合を是正されたい。また、苦情受け付けの実績(受付数)だけでなく、苦情の内容、改善や対応の状況についても公表することが求められており、規程の見直し、改訂も必要である。			

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		
内部監査の対象外であるため、内部牽制や不正防止に関しては万全とは言い難い。金銭的な事故は発生していないが、未然防止のために管理体制の構築が望まれる。特に一人職場であるグループホームの世話人に関しては、職務分掌を明確に定めることを含め、管理体制の整備が求められる。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「地域との交流機会を増やす」ことを長期5ヶ年計画に掲げ、様々な取り組みを始めている。地域の清掃や祭礼等の地域イベントに利用者と職員が積極的に参加し、地域との交流機会は確実に増加している。利用者が描いた絵画を地域の金融機関のフロアに展示し、金融機関の顧客から好評を得ている。毎月の絵画の取り換えに利用者が帯同し、顧客との会話もあって、ここでも地域との交わりができています。		
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		
ボランティア受け入れのマニュアルがあり、それに沿ってボランティアを受け入れている。ローカル線を残す活動をしている大学生のグループが、電車が好きな利用者を迎えに来て、一緒に鉄道の旅を楽しんでいる。近隣の高齢者施設からは、浴衣の無料貸し出しがあり、利用者が浴衣を着て盆踊りに参加している。それらは記録システム「クレヨン」に記録されているが、ボランティア受け入れの総括や個々のボランティアに対する評価の記録がない。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
世話人や宿直担当職員にとって、利用者の健康管理は大きなウエイトをもつ業務である。その意味で、緊急時の連絡体制の確立は万全を期す必要がある。グループホームは、男性棟と女性棟が並んで建てられている。男性棟には「緊急時の連絡フロー」が備えてあったが、女性棟には備え付けがなかった。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
実施には至っていないが、日中のホームの空き時間を活用して地域に開放する計画がある。利用者の絵画を公的機関や金融機関に貸し出している。「画伯」と呼ばれる利用者の作品が、絵画の使用権に対する対価がもらえる「アティックアート」に採用された。2ヶ月後の表彰式を前に、「画伯」が急逝するという悲運に見舞われたが、事業所では、「第2の画伯」、「第3の画伯」を輩出し、地域に貢献しようと頑張っている。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
2ヶ月ごとに開催される市のグループホーム連絡会に参加し、地域の福祉ニーズを把握している。法人の相談支援事業所からも有益な情報が入ってくる。市内のグループホームニーズは高いが、現状では法人内入所事業所や通所事業所からのニーズに応えるだけで手いっぱいの状態である。重度障害者にも対応可能な「日中支援型グループホーム」に関しても、開設に向けての検討を期待したい。		

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			
バックアップ施設の朝礼等にグループホーム関係職員が同席した上で「理念・基本方針」を読み合わせする機会が毎日用意されている。人権擁護委員会がバックアップ施設にあり、ホームの管理者やサービス管理責任者が同席し、人権に関する勉強を行う機会がある。ただし、その情報が世話人全員に行き渡っていないこと、「倫理綱領」や規程について全職員に周知する仕組みが十分整っていないことが課題として残る。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
虐待防止を目的に半年に1度、「職員セルフチェック」を行い、自らの行動・支援を振り返る仕組みがある。チェック後は管理者・サービス管理責任者が目を通し、気になる職員がいた場合は個別面談を行うなど、アフターフォローも実施している。プライバシー保護については規程類は整っているものの、実際に現場で業務を遂行する上で必要なマニュアル等は用意されておらず、今後はその整備と職員への周知徹底に期待したい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
見学や体験利用等では、利用者の障害特性やニーズ等に合わせて個別対応が可能となっている。実際に、2名の利用者が入居を前提とした体験利用をそれぞれ1週間程度行えるよう検討されているなど、体制も整っている。情報提供については、ホームページ等で把握することができるものの、パンフレットから得られる情報量が少なく、ホームの詳細について読み取ることができないことから、「分かりやすさ」という視点で新たなパンフレット等を用意されたい。			
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			
ホーム利用者の多くが入所施設からの移行である中、家族及び利用者本人の意向を尊重した上でサービスを開始している。「重要事項説明書」や「契約書」などの整備は当然のこととして、なるべくかみ砕いて分かりやすい説明に努めている。ただし、その説明に関する分かりやすい資料等は特別に用意されておらず、更なる理解促進のため資料の整備が必要である。			
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			
担当窓口を施設長やサービス管理責任者としており、サービスの継続性が確実に行われるよう体制は整っている。課題としては、明確に定められた引継文書はなく、個人ファイル等にファイリングされている各種資料が主なものとなっている。引継文書を定め、併せて引き継ぎ及び申し送りの手順や、退所した利用者・家族へ確実に周知し理解してもらうための案内文書等も未整備のため作成が望まれる。			
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			
毎月自治会が開催され、利用者から要望等を聞く機会がある。具体的にはホームごとに自治会があり、会長・副会長・書記が置かれ、職員がサポートしながら実施運営されている。そこで出された要望に対するフィードバックの仕組みも備わっている。また家族会が年に1回行われ、その場では家族の満足度を把握することができる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の体制は整っており、責任者の設置をはじめ、苦情受付から終結までに活用する記録様式も整備されている。ただ、利用者・家族への説明は「重要事項説明書」止まりになっており、苦情に関する周知体制に課題を要する。また、苦情がないため公表するまでには至っていないものの、ホームページ上には苦情処理に関する報告ページがないため、併せて整備が望まれる。		
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		
世話人が窓口となって、意見や相談を聞くことが多く、対応した職員はメモを残して管理者やサービス管理責任者に伝えたり、パソコンソフト「クレヨン記録システム」にて入力するなど、その体制は整っている。相談できる環境にも配慮し、「相談ごとがあったら職員に言って下さいね」と口頭で伝えてはいるが、文書として作成されているものはなく、その周知も未実施のため、利用者・家族から目に見えて分かるような取り組みを望みたい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
情報を専用のシステムに入力し、職員が毎日見ることによって速やかに情報が得られる体制がある。責任の所在も管理者とサービス管理責任者となっており、誰が対応していくのかも定まっている。意見等に基づき「アート展」への出展を行うなど、可能な限り要望に対して実現させる努力も行っている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
バックアップ施設の施設長、ホームの管理者、サービス管理責任者の3名が3カ月に1回「ヒヤリハット会議」を行い、過去3ヶ月間におけるヒヤリハット分析を実施している。分析においては「いつ」、「どこで」、「どんな」ヒヤリハットだったのかを細かく数値化し、再発防止の情報として活用している。事故発生時におけるマニュアルはホーム内に掲示し、いつでも誰でも対応できるようになっている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
インフルエンザのシーズンにおいても感染症者はほとんどおらず、対策が功を奏しているものと思われる。職員自身が感染源とならないよう、出勤時には手洗いやマスク着用、検温などを徹底して行い、感染予防に努めている。また、看護師資格を持つホーム職員をはじめ、バックアップ施設の看護師と協力して研修会等を実施している。頻度はそれ程多くないものの仕組みは整っている。マニュアル等もバックアップ施設のものを活用して対応している。		
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		
歩いて10分程度の場所にあるバックアップ施設(入所施設)に、ホーム利用者の備蓄品が1日3食の計算で4日分用意されている。避難訓練は地震・火災・夜間・昼間の組み合わせにて、いろいろなパターンを想定して年2回実施している。課題としては、綿密な「非常災害対策計画」が未作成であり、今後の整備に期待したい。		

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
業務入力ソフトの「指示出し機能」を活用し、「いつ」、「誰に」、「何をするのか」が明確になっている。指示は管理者が出し、現場職員は実施したら「実施済み」という記録を残し、サービスの標準化(漏れがないように)を心がけている。ただし、マニュアルについてはそのほとんどがバックアップ施設のものをそのまま準用しており、ホーム独自のマニュアルは掲示物中心となっている。ホームの実態に合わせたマニュアル作成を期待したい。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
マニュアルと呼ばれる書類はバックアップ施設のものをそのまま適用しており、直接的に見直しをする機会はないが、掲示物等による指示事項(業務手順)については適宜見直しを行っている。ただし、見直し時期や方法等については定められていないため、ルール化が課題として残っている。			
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支援計画を適切に策定している。	障 42	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画策定の責任者をサービス管理責任者と定めている。様式が決まっており、内容についても幅広くカバーし、充実した内容となっている。ニーズについても記載はもとより、計画につながったものとなっている。ただし、アセスメントの見直しが定期で行われておらず、入所施設からホームに移行した利用者のアセスメントが現在も生きているなど、やや弱い面も見られた。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
見直し時期は6ヶ月に1度と定め、定期的実施されている。計画の大幅な見直しが必要になった際にも適宜変更するなど、その体制も整っている。個別支援計画作成時同様、変更時においても「周知」がやや弱く、バックアップ施設の施設長、ホームの管理者、サービス管理責任者止まりになっている。「クレヨン記録システム」にて全職員へ周知する仕組みはあるが、実際には末端の職員まで周知できていないことに課題がある。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「クレヨン記録システム」を活用して、日々の記録を行っている。「ワークシート」の機能を使って、「いつ」、「誰に」、「何をするのか」という細かな指示により職員が仕事をこなす仕組みとなっており、実施したら「実施済み」として処理することとなっている。そのため、必然的にその支援を行ったのか否かが分かる仕組みがある。ただし、職員による記録内容の差異があるため、その統一について改善の余地がある。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個人情報については規程が整備されており、職員には採用時に説明している。正規職員や契約職員についてはバックアップ施設が開催する研修会に参加しており、周知が図られている反面、非常勤職員等への教育機会が少ないのが現状である。朝・夕・夜という特殊な勤務形態を考慮すると、ホーム独自(単独)で行う研修の機会や情報を的確に周知する独自の仕組みの構築を望みたい。			

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の主体性を尊重する取り組みとして、「創作活動」の積極的な導入がある。生活施設ではあるが、利用者の思いを大切に、個々の利用者に合わせて活動を提供している。具体的には絵画や折り紙、写真撮影、編み物などができる環境を用意している。また、一人で帰省したいという思いに応えるため、帰省できるよう配慮し実現させるなどの実績がある。生活に関わるルールについては、利用者の合意の上進めていく仕組みが整っている。			

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			
バックアップ施設が中心となって組織される「人権擁護委員会」にホーム職員が参加し、共に利用者の人権について検討する機会が整っている。権利侵害の防止については「職員セルフチェック」を半年に1回実施することで対応しているが、早期発見についてはその仕組みや周知が末端職員まで届いていない。また、虐待が起きた際の手順についても明確なものがなく、周知も弱い改善を要する。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「自分でできることは自分で行っていただく」という基本姿勢の下、食事準備・片付け、掃除、衣類の洗濯、ゴミ出し、シーツの洗濯等、役割を細かく定め、利用者自らが生活の主体者となるよう配慮している。一人で帰省したいという思いを叶えるため、課題であった駅までの移動手段をタクシーとするため「タクシー券」をもらう手配を行うなど、実際に自立生活の支援を行っている実績がある。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
言葉でのコミュニケーションが難しい利用者については、筆談にて対応したり、時計の理解が難しい方には個別でタイマーを用意して、終了時間や開始時間が分かるように配慮している。利用者の何気ない行動についても複数の職員が観察し、その行動の真意を発見するというエピソードもあるなど、決して大きく特別なことは行ってはいないものの、組織として利用者の意思表示を的確に把握するような体制がある。			
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			
利用者からの相談については個別対応にて傾聴する体制があり、それは利用者ヒアリングからも読み取れる。言葉でのやりとりができる利用者であれば概ね意思を尊重することができるものの、意思疎通が難しい利用者の想いを汲み取る手段や意志決定を促すための情報提供のあり方については課題を残している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
グループホームでありながら日中活動にも力を入れており、絵画教室や生け花教室、地域で開催されているフラワーアレンジメント教室に通うなど、多様な文化的活動を用意し、利用者の余暇を支えている。特に「創作活動」を大切な活動と位置づけ、作品展覧会に積極的に出品する取り組みには目を見張るものがある。利用者の生き甲斐や楽しみを見出すだけでなく、展覧会で賞を取るなどその成果も出ている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
自閉症の利用者への対応についてはこだわり、行動を理解した上で接することはもちろん、嚙下がスムーズに行えるよう食事前に発語練習したり、車イスの利用者は必ずイスに移乗してから食事をするなど、個々の障害に応じた支援を実施している。ただ、経験に依存することが多く、利用者支援に関する情報の共有についても、記録ではなく日々のやりとりで対処していることもあるため、情報が確実に伝わる工夫を期待したい。			
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			
決められた献立を基に食材が届けられ、職員がその食材を使ったレシピで食事を作る形態をとっている。栄養バランスは優れている反面、献立の自由さ(融通さ)がなく、利用者の「〇〇が食べたい」というニーズに応えることが難しい。そのような中、年2回、外食する機会が用意されていたり、2~3ヶ月に1回、食材宅配サービスをやめて利用者からリクエストを聞いて、食材の買い出しを行った上で食事の提供をするなどの工夫も見られる。			

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			
ホームエレベータが用意されており、2階への移動もスムーズに行える。冷暖房も完備されており、オールシーズン快適な環境の中で生活することができる。生活環境に関する意向を聞く機会として自治会があり、意向を把握する体制がある。また、「サーベイランス表」により、毎月1回環境や言葉使いなどをチェックする仕組みがある。環境面では「入浴」、「食事」、「備品」などのカテゴリーがあり、快適な環境が提供できるよう確認している。			
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			
毎日ラジオ体操を行い、体を動かす習慣を身につける取り組みがある。PT(理学療法士)のアドバイスを受け、対象利用者にリハビリを行っている。食事前には「あいうべ体操」を実施し、嚥下機能の維持を行っている。車イス利用者については毎食時、イスに移乗し上下運動を軽く行うなど、日常的に機能訓練を意識した取り組みが見られる。課題としては、これらの取り組みに対するモニタリングが十分に行えていないことである。			
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	③ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
健康診断はもとより、毎月2回、内科及び精神科の医師による定期診察が行われており、健康に関する把握がなされている。薬の管理についてはバックアップ施設の看護師が行っており、有事の際の連絡体制も整っている。特別な工夫として、利用者の体調変化が起きた際の手順(フローチャート)が見直され、どの職員も見てすぐ分かるような書類が用意されており、速やかな対応ができる体制が整っている。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
投薬支援については、管理者やサービス管理責任者が力量をチェックし、ある一定の基準をクリアしたら利用者自らの服薬を可能とするなど、その体制が整っている。薬の管理については鍵のかかる世話人部屋で保管するなど、適切な取扱いがなされている。課題としては、直接支援に関わる非常勤職員全てに医療に関する職員研修や情報伝達が十分に実施されていないことである。その体制の構築が望まれる。			
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 ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
年2回、外食を含めた遠足活動を実施したり、選挙に行ったりするなど、利用者の希望を把握しながら社会参加の支援を行っている。名前を書く練習や、くもんの学習帳を利用したり、お金の使い方などを個別対応にて指導している。しかし、利用者に対する定期的かつ明確な意思表示を確認する仕組みが弱く、家族等へのヒアリングもないため、積極的に意向を把握する仕組みを作ることが課題である。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
2ヶ月に1回開催される「豊川市グループホーム連絡会」に出席し、横のつながりを大切にしている。そこから得られる情報を法人内で共有する仕組みもある。ただ、開所して間もないため「第三者評価」が求める地域移行に関する具体的な取り組みについては十分に行えていないのが現状である。			
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 ・ ⑦ ・ c
評価機関のコメント			
年に1回、家族の参加する「家族会」をバックアップ施設と共に開催し、情報共有を行っている。これとは別に、グループホームが主催で行う「個別懇談会」を開催し、家族等に来所していただき情報交換を行っている。来所が難しい場合は電話にて対応するなど、臨機応変に取り組んでいる。体調不良や急変時の連絡に関するルールが曖昧であることから、明確な仕組みの構築が望まれる。			

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			

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			
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			
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			