

## <別紙2 障害者グループホーム版>

事業所名 なごみグループホーム パーラの家

### 第三者評価結果と評価機関からのコメント

#### I 福祉サービスの基本方針と組織（共通評価Ⅰ－１～４）

|   | 第三者評価を受審してホームが認識した取組状況<br>(努力・工夫していること、課題と考えていること)                                                                                                             | 評価機関からのコメント                                                                                                                                |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | (Ⅰ-1 理念・基本方針)<br>「共に生き、共に育つ ～障がいの有無に関わらず地域であたりまえの生活を～」の理念について理事長自らがホームページ上で語っている。また入職時には必ず配付する法人パンフレットにも記載されている。一方、職員が常に意識できているかという点、万全とは言い難い状況である             | 「共に生き共に育つ」という理念に根差した職員の努力や工夫は無論のこと、共同生活をおこなう仲間のサポートも有益と考えています。職員が会話や作業の仲立ちとなって仲間意識が育っていることから、「〇〇君は～」「〇〇さんは～」と他者の事柄が発語になって現れる温かな雰囲気のあるホームです |
| 2 | (Ⅰ-2 経営状況の把握)<br>法人が発行する「なごみだより」において決算報告がなされるとともに、ホームページでも公開している。法人または事業部主導の会議、委員会を通じて管理者は運営状況や制度改正の把握はスムーズであり、また必要に応じてサービス管理責任者にも伝えている                        | 法人や事業部以外からの情報収受としては、集団指導を通じて行政説明を毎年受けるとともに、グループホーム分科会への出席を重ねています。「これはどういうことなのか」となれば分科会として行政へ要望書を提出、社会福祉事業全体の動向における把握を進めています                |
| 3 | (Ⅰ-3 事業計画の策定)<br>事業計画は前年の取組を振り返りつつ、毎年策定しているが、おおむね管理者1名で検討・策定していて、職員からの聴取や会議開催はおこなわれていない。事業計画は全職員がパソコン上から閲覧できるように整備されているが、「見るか、見ないか」の判断は個人に任せている                | 職員の中には事業計画への認識が薄い人もいたり、家族や利用者には十分な説明ができていないことを課題としています。今後は、事業計画は仮作成という段階で職員に回覧し、意見を募るという機会があると良いと考えますし、要約してちらし化したものをホーム内に貼りだすことも一考です       |
| 4 | (Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組)<br>事業計画にも研修開催による人材育成を位置付け、質の担保を図っている。また毎月会議日を設け、利用者意見や職員の考えを受け協議するほか、第三者委員会（川崎市障害福祉施設等苦情解決支援事業）の委員来訪時には、間に入って利用者が話しやすくなるよう支援している | 事業計画が適切に推進されているかどうかは、法人理事会による進捗状況の確認が年度途中にあり、中間報告を法人へ上げることは事業計画の実践を支えることに成っているものと受け止めます。また年度の閉めにあたり、実践内容を振り返り、報告書にまとめることも励行されています          |

#### II 組織の運営管理（共通評価Ⅱ－１～４）

|   | 第三者評価を受審してホームが認識した取組状況<br>(努力・工夫していること、課題と考えていること)                                                                         | 評価機関からのコメント                                                                                                                              |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | (Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ)<br>「人材が充足された」には及ばない状況にあっても、主任やリーダー職の現場における直接支援を減らし、側面的なサポートに移行するよう進めることで全体を把握し、適宜支援に介入できるような体制を構築中である | 前回の受審時には管理者も着任まもなくで、まだ全体を見渡す余裕はなく、実際職員数も現在より厳しい状況でした。現在も楽観視できないものの、「職位にある側が本来の業務を担えることが組織の安定につながる」との考えをもち、ゴールに向かって少しずつ体制を整えていることは評価に値します |

|   |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                      |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | <p>(Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成)</p> <p>人材の確保と育成は事業所にとっては一番の課題となる。公的な求人媒体や無料媒体には継続的に求人掲載をしている。また不定期的ではあるが、有料求人媒体も活用し募集をかけている。育成については、入職時の義務研修に加え、年間の内部研修への参加、常勤においては外部研修もキャリアに応じて取組んでいる</p> | <p>受入れた人材は「人材」に育てるべく研修開催等尽力していますが、一方で「健康で長く働いて欲しい」願いを「障害福祉部職員 安全衛生管理規程」において整備しています。衛生推進者を定めるとともに事業部として衛生委員会を毎月運営しており、各事業所の保健衛生に関わることを共有、感染症対策及びメンタルケアの取組を密にしています</p> |
| 7 | <p>(Ⅱ-3 運営の透明性の確保)</p> <p>昨年大きく報道された給食費不正受給の件を受け、川崎市から調査を実施する旨指示があったため、適切か否かを調査中である。透明性を高めるための方策の一つとして、現在一同に集う会議は、7つあるグループホームごとにするなど方法を見直し、より出席者を増やした話し合いが出来たら良いと考える</p>       | <p>給食費の見直しにあたり、他の費用に関しても同様の調査を進め、是正及び改定箇所を洗い出している点は、大変意欲的で感心した次第です。また、他の事業所と同じく独立行政法人福祉医療機構のホームページの中にある「財務諸表等電子開示システム」を通じ、事業所の基本情報を掲載しています</p>                       |
| 8 | <p>(Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献)</p> <p>地域の自治会に加入している。また近隣にはお中元、お歳暮といった季節の挨拶を欠かさず、地域の一員としての関係継続を図っている。上位組織にあたるせせらぎ事業部として「あゆまつり」を開催していることから、同法人内で日中支援事業所に通所する人は催しを通し地域交流の一翼を担っている</p>       | <p>「サッカーが好き」「買い物が好き」と、好みや趣味が明確な利用者の中には、外部とのつきあいに手ごたえがあったのか、スポーツの交流会にも参加するようになっていきます。そのような背景から、支援者会議では日中の職場の職員と一緒に「おこづかいを貯めようね」と約束し合ったとのこと</p>                        |

### 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（共通評価Ⅲ-1-（1）～（5））

|    | 第三者評価を受審してホームが認識した取組状況<br>(努力・工夫していること、課題と考えていること)                                                                                                                                      | 評価機関からのコメント                                                                                                                                      |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9  | <p>(Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢の明示)</p> <p>利用契約時には、重要事項説明書及び運営規定に基づき説明をおこなっている。また運営規定については誰もが目にできるようにホーム内に掲示している。「利用者が楽しく生活できるように努力する」ことを旨として、利用者の特性に応じた必要な配慮は常に意識して支援にあたっている</p>                | <p>事業所が所属する「せせらぎ事業部」の倫理綱領には「生命の尊厳」「個人の尊厳」「人権の擁護」が謳われ、支援者として確固たる倫理観をもって、使命を果たさなければならないことを明示しています。またホームページにも行動指針として尊厳に係る内容が公開されています</p>            |
| 10 | <p>(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))</p> <p>利用契約時にアセスメントをおこなっている。計画相談を利用している場合には支援会議での情報共有や個別面談を通じて支援計画書に反映させるとともに、定期的にモニタリングをおこなっている。セルフプランの場合は本人作成のプランで個別面談をおこない、その後は前述と同様の取組である</p> | <p>個別支援計画策定の責任者は、管理者とサービス管理責任者と定まっています。サービスの開始にあたっては権利擁護なども含み契約内容をかみ砕いて説明するとともに、利用者の自己決定を尊重するべく、要約説明や読み合わせといった配慮や工夫がおこなわれており、「待つ」ことを大切にしています</p> |
| 11 | <p>(Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上)</p> <p>満足度調査はおこなっていないが、普段の面談やモニタリング、支援者会のほか、希望があれば第三者委員会の委員に面談をお願いしている。多面的な情報ツールからの内容を踏まえ、改善できることについてはできる限り対応している。また3年に一度、第三者評価の受審に取組んでいる</p>                     | <p>利用者のアセスメントに取組むとともに、日常の中での気づきを記録に残し、利用者に頼まれたことはできる限り遂行しています。また、言葉による意思疎通が難しい利用者は言葉で説明しても届かないこともあり、物事の判断に普段の信頼関係が影響するため、接し方に留意していることを視認しました</p> |

|    |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | <p>（Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制の確保）</p> <p>第一の窓口としては直接支援している職員に相談している。苦情受付担当者を配置するとともに、ホーム内にわかりやすく掲示してあるほか、第三者委員会を活用している。またそのリーフレットも掲示され、そこには他の相談機関の連絡先も記してある。職員にも「話をよく聞いてほしい」と呼び掛けている</p>                              | <p>苦情受付担当者及び解決担当者を設けるとともに、特定非営利活動法人川崎市障害福祉施設事業協会を第三者委員として苦情解決の体制を整えています。相談については、サービス管理責任者、または管理者が各ホームの巡回を日々積み重ねるとともに、職員も利用者に適宜声をかけ、言いやすい状況をつくっています</p> |
| 13 | <p>（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）</p> <p>福祉サービスに直接的に係る研修だけでなく、感染症や防災についても、主に会議の時間を使い年一回以上実施しており、出席が叶わなかった職員には動画や資料を閲覧できるよう図っている。利用者については年4回の避難訓練が設定され、課題としては「土日のみと勤務が固定された職員も参加できるよう開催曜日は万遍なくおこなう」ということがある</p> | <p>コロナ禍を経て手洗い、うがいは定着しつつあり、訪問時にも真っ先に手洗いする利用者の姿を視認しました。BCP（感染症発生時における事業継続計画）は策定中なものの「感染に係る発症時の対応のフロー」を備え、年1回以上の研修とシミュレーション訓練をおこなうこととし、本年は11月を予定しています</p> |

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保（共通評価Ⅲ-2-（1）～（3））

|    | <p><b>第三者評価を受害してホームが認識した取組状況</b><br/>（努力・工夫していること、課題と考えていること）</p>                                                                                                                                       | <p>評価機関からのコメント</p>                                                                                                                                                  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14 | <p>（Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法の確立）</p> <p>個人毎にサービス内容は確立している。基本的な部分としては、業務マニュアルに基づき支援にあたっている。その中には各利用者の一日の流れやホームでの過ごし方も記載されている。複数の利用者が共に生活しているので、細かな要望まで聞き入れるのは難しいものの、標準的な支援についてはそれぞれの個別支援計画と連動している</p> | <p>アセスメントから個別支援計画が策定され、此处での生活がスタートしています。同時に支援手順書が作成されており、特性から見たてをおこない、関わる視点を整理しています。その後の日常においては、食事・睡眠・入浴・服薬・検温・特記事項で構成された業務日誌の記録を通じて変化に気づき、ニーズへの把握と個別支援につなげています</p> |
| 15 | <p>（Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画の策定）</p> <p>担当者会議（一部の人はセルフプランでおこなう）がおこなわれ、大枠の計画は予め存在している。新規の場合は入居前、利用者は概ね年に一度アセスメントをおこない、その後個別支援計画書を作成している。定期的にモニタリングも実施している</p>                                      | <p>アセスメントシートについては、支援課題の整理表も別に作成しています。障害のグループホームでは日中活動を可能とする利用者であることから本件が脆弱な傾向にあることが否めませんが、障害の他種別もある法人であることや転勤者もいるためか、手順が確立しています</p>                                 |
| 16 | <p>（Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の適切な記録）</p> <p>新しい福祉システムを導入し、業務日誌として日々の記録をパソコン上で職員が記録している。ケース記録とも連動しているため、その日の全体の情報だけではなく、毎日の個別の記録も抽出できもので、更に時系列の経過記録にもつなげることができている</p>                                             | <p>「記録は概ね問題ないが、けが等の記録が前日と同じものがあるのが気になる」と管理者は課題を述べています。勤務体制から研修会を重ねるのは困難と推測されますので、「インプット（記録）後に記録のチェック項目を5つ程度に絞っておこなう」といった工夫があることを期待します</p>                           |

### A-1 利用者の尊重と権利擁護（内容評価A-1-（1）、（2））

|    | <p><b>第三者評価を受害してホームが認識した取組状況</b><br/>（努力・工夫していること、課題と考えていること）</p>               | <p>評価機関からのコメント</p>                                                   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 17 | <p>（A-1-(1) 自己決定の尊重）</p> <p>共同生活の場ということで一定のルールやお願いベースの物はあるが、「外泊したい」「友達と出かける</p> | <p>指示ではなく支持となるよう、まずは利用者に「どうしたいか」を聞くようにしています。休日に外出支援のヘルパーを活用している利</p> |

|    |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                         |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | ので夜遅くなる」「食事はある程度自分で買って食べたい」「休日に外出サービスを利用したい」などの要望に応じている。基本的には担当者会議の中で検討していくことになるが、個別に応じることも間々ある。また情報提供には、自分で判断できるよう配慮している                                                 | 用者もいます。「目的地に行ったら帰ってきてしまった」といったトラブルも時折あります。「難儀だろうな」と外部者としては思いますが、事業所は本人の意向を都度確認して、今後どのようにしたらよいかを検討しています                                  |
| 18 | (A-2-(2) 権利侵害の防止等)<br>虐待、身体拘束、権利擁護は年一回以上の義務研修として定め、その内容は運営規定にも記載し各ホームに掲示している。また事業部として定期的に虐待防止委員会を開催、必要に応じて会議の場で事例を共有している。虐待につながらないように、まずは言葉遣いに気をつけるようにしており、声掛けから見直しを図っている | 3か月毎で開催する事業部主導の虐待防止委員会では各事業所の事故やヒヤリハットが共有されるほか、虐待防止と身体拘束、権利擁護に関する研修の推進が取組まれ、本件に係る堅固な体制があります。利用者の居室はお宅との認識をもって、入室にはノックや声がけを励行、呼称は「～さん」です |

、  
A-2 生活支援（内容評価 A-2-（1）～（8））

|    | 第三者評価を受害してホームが認識した取組状況<br>（努力・工夫していること、課題と考えていること）                                                                                                                                                                  | 評価機関からのコメント                                                                                                                                                                                        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19 | (A-2-(1) 支援の基本)<br>本人の意向を個別支援計画に細かく落とし込むことは難しいが、基本的には支援計画に沿って利用者支援を展開している。職員はパソコン上で支援計画を閲覧でき、利用者にとって不利益が生じないよう、また穏やかに安心して生活してもらえる支援に取り組んでいる。利用者のできること、苦手なこと、できないところを見極め自立につながるよう支援している                              | 個別支援計画書には、具体的な取組が一人ひとり明確に示されています。理念に基づき、「利用者とは対等な関係であること」を念頭に、支援に取り組んでいます。実際、バスや電車を見るのが大好きな利用者の靴底の減りが早い為、管理者は時間を調整して買い物の同行支援に努めています。また日中支援事業所からの宿題がある利用者には「手伝わない」という支援を図っています                      |
| 20 | (A-2-(2) 日常的な生活支援)<br>グループホーム設立当初からいた職員も次第に定年を迎え、特に夜間支援と調理の職員減が顕著であり、昨年度は法人内の夢花事業部が採用するセントラルキッチン業者を利用、また今年度はせせらぎ事業部に「ひとと」（日中支援施設）が開所したことで、その厨房で一括調理を委託するに至っている。安定的な食事の提供をおこなっていくことを主眼に、業務委託による食事提供にシフトしていく方向性で進めている | バリアフリーの広いスペースがある環境がそう思わせるのか、利用者はゆったりと自分のリズムで生活しているように映ります。また利用者同士の仲が良く、親愛が伝わってくることも居心地の良さを高めています。冷凍パックされた総菜を温めて提供するというのは味気ないと思うものの、毎日の食事を欠かさず提供することがより重要です。誕生日のリクエストメニューや行事食などに一層の配慮や工夫があることを期待します |
| 21 | (A-2-(3) 生活環境)<br>ホーム共通の課題としては「生活音」が挙げられる。利用者意見に耳を傾けながら、各種ボリュームの確認や状況に応じて職員からの声掛けのほか、同意を得て部屋の変更となることも視野にある。日常的には安心安全に生活できるよう清掃や戸締りを職員がおこなっている。特に週末は開所していないので、電気系統の切り忘れなども気を付けている                                    | 6事業所の中で唯一の完全バリアフリー（2階建てエレベータ設置あり）です。最寄り駅も徒歩 15 分圏内と公共機関へのアクセスも良い場所となっており、道路から 1 本入っているため静寂に包まれているとともに、利用者の生活音が近隣の迷惑となることもなく、他のホームに比べ隣近所への気遣いが些少となっています                                             |
| 22 | (A-2-(4) 機能訓練・生活訓練)<br>法人の方針として、グループホームを訓練の場としては捉えていないので、必要に応じて他サービスの利用につなげている。ホーム内では利用者のそれぞれ                                                                                                                       | 機能訓練を必要としたり、本人または家族が要望する場合には、担当者会議での協議を経て、関係職種が連携する訓練につなげており、医師の指示書のもと作業療法士の訪問を受け                                                                                                                  |

|    |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | れの状況に応じて、支援するのか、見守ったほうがよいのかを検討しながら進めている。機能訓練については、担当者会議をベースに日中支援事業所、訪問看護事業所と連携しながら進めている利用者もいる                                                                                            | ている利用者もいます。事業所としては訓練として位置付けない「その人なりの自立」があると考え、訓練に及ばない支援を模索しています                                                                        |
| 23 | (A-2-(5)健康管理・医療的な支援)<br>家族、本人の高齢化により、医療的サポートを引き継ぐケースが増加している。また合併症等があり、他科にわたり通院が必要となる利用者も増えているため、自身での通院が難しい場合は担当者会議等で話し合い、訪問診療を導入している。服薬や通院に不安のある利用者には、薬の仕分けや服用時の提供、必要に応じて通院同行の支援もおこなっている | 現在、訪問看護事業所を利用する利用者は1名います。服薬については、薬をポケットに入れたカレンダーを下げています。「そこから職員が取り出して本人専用の箱に置き、本人は飲んだら空袋を箱に入れ、職員がカレンダーのポケットに戻す」というルーティーンが定着している利用者がいます |
| 24 | (A-2-(6)社会参加、学習支援)<br>社会参加、学習支援については利用者の要望に応じてということになる。事業所としては必要に応じて情報提供をおこなうに留まる。余暇面の展開では、金銭面の負担も絡むため、希望を確認しつつ大枠は担当者会議で話し合ったうえで、各サービスの窓口と連携をとることもある                                     | 利用者の希望と意向はアセスメントで把握していますが、地域の一員としての活動について、利用者の意思確認をおこなったことはありません。社会参加に資する情報に実ればと、ホーム内には月間で地域情報を貼りだす掲示板の設置があります。必要があればバスの時刻表なども貼りだしています |

|    | 第三者評価を受審してホームが認識した取組状況<br>(努力・工夫していること、課題と考えていること)                                                                                                                      | 評価機関からのコメント                                                                                                                                                      |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 | (A-2-(7)地域生活への移行と地域生活の支援)<br>地域生活の支援は、ホーム単体として検討する場合もあるが、基本的には担当者会議を通して。本人の希望に応じるにはどのような方法があるかなどを全体で協議し、可否も含め検討している。すぐというわけではなく、数年先にひとり暮らしをしたいという希望は7事業所全体で数件ある         | 地域移行となるケース事例は少ないのですが、次のステップに向かってけるよう支援していきたいとの方針を事業所は持っています。一方で「住み慣れたところで暮らし続けたい」「此处から出たくない」との思いにも応えたい考えもあり、「看取りはおこなう」として「共同生活援助重要事項説明書」にも記載しています                |
| 26 | (A-2-(8)家族等との連携・交流と家族支援)<br>年に3回、せせらぎ事業部として合同で家族会を開催している。その中で事業所としての報告や家族との意見交換をおこなっている。平日の日中開催ということもあり、ホームの家族の参加者は固定されつつある。他には支援会議や連絡帳、職員との電話、メールでのやり取りを通して情報の共有に努めている | 家族会が事業部で運営されている以上、当事業所単体の都合では開催曜日や時間帯は決めることができないのは致し方ありません。「どのような生活をしているのか」心配となる家族もいますので、利用者本人の許可をとって居室の様子や生活の一場面を撮影のうえパソコンに落とし込み、個別の通信として家族に届けるような取組もあることを期待します |