

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名：株式会社 中部評価センター (認証番号:21地福第785号)
訪問調査 実施日：平成22年11月17日(水)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 新城福祉会 (施設名) サポートホームしんしろ	種別:(施設種別)共同生活介護、共同生活援助 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 松原 宏昌	定員(利用人数):20名
所在地:〒441-1301 愛知県新城市平井字西浦6-16	TEL:0536-23-5009

③総評

◇特に評価の高い点

バックアップ施設である「レインボーはうす」との連携により、就労(活動)と家庭生活が一体的に管理され、利用者個々の実情に合わせた支援が行われていた。夕刻から夜間にかけてのグループホームでの支援の現場では、玄関の鍵の開閉訓練やガイドヘルパーを利用して買い物外出する利用者への支援、職場での残業のために帰宅時間が遅くなる利用者への対応等、様々な“日常”を観察できた。

基本的な生活支援の時間帯が夜間となるため、地域との交流は制約されるが、休日を利用して地域清掃に参加したり、葬儀に参加するなどして限られた中での最大限の取り組みを行っている。また、町内会の回覧板は、利用者が届けに行く。

法人が行った利用者及び育成会会員に対するアンケート調査の結果を分析し、中・長期計画の中にグループホームの増設を盛り込んでいる。

◇改善を求められる点

中期3年・長期10年の計画が策定されていたが、ホームの増設以外の計画には具体性のある内容が乏しく、単年度の事業計画への反映が薄いものとなっていた。

4ヶ所に分散したグループホームを、正規職員と登録世話人(非正規職員)とで管理・運営しているが、登録世話人への教育・研修が軌道に乗らず、情報量の不足や意識格差となって表れている。今後、ホームの増設が計画される中、適切な世話人の確保やその後の育成は大きな課題となる。

支援の現場で作成されている記録類については、作成日付の未記入等の不備が散見された。他のホームについても、横展開の改善をお願いしたい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

ホーム利用者のヘルパー利用での外出支援や帰宅時間の遅い利用者への対応など、現場での支援の実際を見ていただくことができ、評価を受ける側としても有意義な時間となった。

今後の展開としてホームの増設も計画しているが、ご指摘の通り、ホームの増設と世話人の確保・人材育成を並行して行うこととなるので支援体制及び育成プログラムを整えていくことが必要であると再認識している。

また、ご指摘のあった支援現場での記録類の作成、整理することは最も基本的なものであるので、真っ先に改善に取り掛かるものである。

⑤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。

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(80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、基本方針が確立されている。			
	I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	障 1	㉖ ・ b ・ c
	I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	㉖ ・ b ・ c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	a ・ b ・ ㉗
	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	a ・ ㉘ ・ c

評価機関のコメント

バックアップ施設である「レインボーはうす」とともに、法人設立時からの理念である「ともに働き ともに学び ともに生きる」を柱とし、現時点だけでなく、親亡き後の生活根拠としての役割を果たそうとしている。施設から、あるいは職場からと、夕刻には次々と利用者が帰宅したが、帰宅後についてもガイドヘルパーと連携を取っての支援が展開されており、理念の実践が確認できた。

ただし、登録世話人に対する理念や基本方針の周知について、継続的な教育・研修の体制が整っておらず、母体施設の職員と比較すると意識の希薄さは否めない。

I-2 計画の策定

		第三者評価結果	
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	障 5	㉖ ・ b ・ c
	I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	a ・ ㉘ ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	a ・ ㉘ ・ c
	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ㉘ ・ c
	I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ ㉘ ・ c

評価機関のコメント

平成21年度に策定された中期3年、長期10年の事業計画があり、ほぼ毎期、1棟ずつのホーム増設を計画している。しかし、中・長期の計画には、年度毎の福祉サービスの具体的な肉付けが行われていないことから、単年度の事業計画への反映が薄いものとなっている。

事業計画の策定についても本部主導の色彩が濃く、現場を預かる世話人の意見を十分に反映するまでには至っていない。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	障 10	㉑ ・ b ・ c
I-3-(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
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	障 12	㉑ ・ b ・ c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ㉒ ・ c

評価機関のコメント

管理者は法人設立前から施設運営に携わっており、職員や利用者・家族からの信頼も厚い。県や地域の責任者会議(グループホーム連絡会、福祉協会等)に積極的に参加し、質の向上を目指している。また、グループホームで起きた事故の反省に立ち、様々な改善を実施しようとしている。
他の法人同様、当該法人についてもホームの増設が続くことは明白であり、適切な世話人の確保とその育成が今後の課題と言える。

評価対象 II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

			第三者評価結果
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
II-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	障 14	㉑ ・ b ・ c
II-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	障 15	a ・ ㉒ ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

市行政と綿密な連帯を組み、情報の収集にとどまらず、地域における障害者福祉の物心両面で、相互に補完しあえる関係を構築している。平成21年度には大規模なアンケート調査を実施し、事業経営・事業所運営に資するデータを分析して中・長期計画の策定に盛り込んだ。
外部監査はTKCとの契約のもとに行われており、有益なアドバイスを得ている。

II-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
II-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 17	a ・ ㉒ ・ c
II-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 18	a ・ ㉒ ・ c

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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	障 19	a ・ (b) ・ c
	II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	障 20	a ・ (b) ・ c
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	障 21	a ・ (b) ・ c
	II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	障 22	a ・ (b) ・ c
	II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	障 23	a ・ (b) ・ c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
	II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 24	a ・ b ・ (c)

評価機関のコメント

中・長期計画で示された今後のホーム増設計画に見合った職員の確保や、登録世話人の資質向上のための研修計画が、当期の事業計画の中で具体的になっていなかった。
 実習生の受け入れはバックアップ施設の主導で行なわれており、当該事業所としての積極的な働きかけや取り組みは見られなかった。

II-3 安全管理

			第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
	II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	a ・ (b) ・ c
	II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	(a) ・ b ・ c
	II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	障 27	(a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

ホームの外に造られたウッドデッキで車いす利用者の転落事故があり、“利用者の安全”に関する意識が高くなった。各種の予防・対応マニュアルを整備し、2ヶ月に1度の訓練によって、利用者にも緊急事態への適応能力を身につけさせようとしている。
 立地条件にもよるが、周辺に民家が建ち並んでいるホームについては、地域と連動した災害対策の推進が待たれる。

II-4 地域との交流と連携

			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 利用者地域との関わりを大切にしている。	障 28	a ・ (b) ・ c
	II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	a ・ (b) ・ c
	II-4-(1)-③ ボランティア受け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 30	a ・ (b) ・ c

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	障 31	Ⓐ ・ b ・ c
	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	Ⓐ ・ b ・ c
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 地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	a ・ Ⓑ ・ c
	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 34	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

ホームにおける利用者の生活時間帯は夜間が中心であり、地域との係わりは薄くならざるを得ない。それでも、町内の清掃活動に参加したり、葬儀に参列するなど、限られた時間の中での係わりを持つ取り組みをしている。アンケートの結果を基に、中・長期の計画にはグループホームの増設が盛り込まれた。

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組を行っている。	障 35	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	障 36	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	障 38	a ・ Ⓑ ・ c
	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	障 39	a ・ Ⓑ ・ c
	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	障 40	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

個人情報についての規程や苦情に関する仕組みは整備されており、苦情の記録も適切に管理されていた。定期的に関われる世話人会や法人運営委員会において、ケース検討、個別支援会議等が実施されている。また、評価中に偶然みられた利用者サービス管理責任者の日常的な会話の中に、両者の間に十分な信頼関係が培われていることが伺えた。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。			
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	障 41	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	障 42	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	障 43	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(2)-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 44	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 45	㉑ ・ b ・ c
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 46	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	障 47	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

世話人会、スタッフ会、ホーム会等、各出席職員の職責に応じた会議が定期に開催され、事業の適正な運営について検討される体制が整っていた。その中で、個別支援計画策定の評価・見直し、常勤職員と非常勤職員との情報の共有化、研修などが行われていた。
また、利用者定員20名に対し、常勤職員を3名配置し、全体の常勤換算職員数が、6.5人を実現させている現状において、組織としてのこの事業に対する熱意が感じられた。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	障 48	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	障 49	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 50	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

重要事項説明書や契約書は適切に取り交わされており、その中で各ホームの部屋代や光熱水費も明示されていた。また、就業先やヘルパー事業所との連携についても適切な情報交換が行われており、利用者が安心してホームで暮らせる体制が整っている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

			第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	障 51	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	障 52	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 53	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	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 54	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

個別支援計画が策定され、見直しも行われていた。しかし、記録の策定日が未記入であったり、個別的な課題(ニーズ)と業務日誌との関連において、課題や目標に対する取り組みが、日々の記録から十分読み取れないところもあった。今後の課題であると言える。

一方、一人暮らしを希望する利用者に対してのアパート探しから引っ越し支援、就業先との連絡調整、ヘルパー事業所との連携等の取り組みが実行されており、計画そのものの有効性は、十分見いだすことができた。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(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 55	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(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 57	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(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 58	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(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 59	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(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 60	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、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 62	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉑ ・ b ・ c

Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 65	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(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 67	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(5)-② 衣服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 68	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(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 69	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 71	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 72	a ・ ㉠ ・ c
	Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	a ・ ㉠ ・ c
	Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(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 75	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(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 77	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(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 78	a ・ ㉠ ・ c
	Ⅲ-5-(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 79	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(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 80	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

実際の食事提供場面の観察において、そのできばえに十分な利用者満足を得られるであろうことが推察できた。勤務先での残業のため、帰宅時間が遅くなる利用者に対しても十分な対応をしていた。付き添いヘルパーを利用し、1時間の散歩(買物)をする場面も同時に観察することができたが、これらの実践には、栄養士や看護師の配置がされないこの事業において、食材配送業者の利用やヘルパー利用など社会資源を有機的に結びつけるケアマネジメント手法が活かされていた。見学したホームは、築十年以上の建物であったが、台所、風呂なども清潔に管理されている。