

## 〔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23年11月18(金)

#### 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)サポートホームほうらい	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)：8名
所在地：〒441-1634 愛知県新城市長篠字下り箆55-15	TEL：0536-32-0230

#### ③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>障害分野の先進的な担い手の法人施設として関係機関との連携を重視し、障害者を取り巻く情勢・状況の把握に努め、地域のニーズに応じて障害者の自立を目指して開設されたホームである。平成22年に開設されたホームでトイレ等もスペースを充分取り、車椅子利用の利用者も安心して生活できる環境であった。</p> <p>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、日中活動と家庭生活が総合的に管理され、利用者個別の事情に合わせた支援が行われている。</p> <p>地域との交流も盛んに行われており、管理者の話として、「近隣の住民の方が利用者の事を気にしてくれている」との言葉も聞けた。</p> <p>地域のお祭りをはじめ町内の行事の案内が来たり、ごみも家庭ごみとして処理され、地域清掃へ利用者の参加があるなど、町内会の一員として一般家庭と同じ扱いを受けている。又、町内会の回覧版は、その都度利用者が届けに行っている。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>法人の中・長期計画で、ホーム増設の計画はあるが、福祉サービスに関して具体的な内容への踏み込み不足で、年度計画への展開が乏しい。その結果、事業計画への展開が難しく、日常業務中心の内容になっている。</p> <p>重要事項説明書・契約書に関して同意書は取り交わしてはいるものの、内容的に家族向けになっており、ふり仮名をつける等すると共に、利用者が理解できる説明を期待したい。</p> <p>外出・レクリエーションについては、平日夕方、休日と時間的に制約はあるものの、利用者の思いを聴き取り、思いを叶えて少しでも楽しんでもらえる支援を期待したい。</p>

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回訪問していただいたホームは、重度の方を主に受け入れをしており、その方たちへの支援を直接ご覧いただき、有意義な評価となりました。</p> <p>改善点として挙げられたことを意識し、今後より良い支援に結びついて行くよう努めていきます。</p>
--

#### 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c
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 ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

バックアップ施設である『レインボーハウス』と共に、法人設立時からの「ともに働き とともに学び とともに生きる」を理念として地域生活を希望する利用者が、共同して日常生活が出来るように支援している。夕刻には、世話人が車イスの利用者を迎えに行き、帰宅後に入浴、掃除、調理等の支援を見る事で理念の実践が確認できた。  
世話人への周知に関しては、資料の配布はしているものの、周知の徹底には至っていない。同様に、家族に対しては年一度の家族会での理解活動のみであり、世話人・家族への更なる周知の工夫を求めたい。

### 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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 ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

平成21年度に策定された法人の中・長期計画があり、ほぼ毎期、グループホームの新規設置はある。しかし、福祉サービスに関しての具体的な内容にまでは踏み込んでいない為、年度事業計画への展開が乏しいものとなっている。その結果、事業計画も課題解決の計画への展開が難しく、日常業務中心の内容になっている。

### 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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・利用者・家族からの信頼も厚い。県・地域のケアホーム・グループホーム部会の中心メンバーとして活動し、把握した情報や必要な法令等を世話人会やホームスタッフ会等で周知に努めており、メンバーの質の向上に取り組んでいる。管理者として、当該施設の課題を「適切な人材確保」、「世話人のスキルアップ」と認識しており、最重要課題として取り組んでいる。

### 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	㉠ ・ b ・ 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』が地域で唯一の障害施設であり、行政と一体となって地域福祉に取り組んでいる。バックアップ施設との連携を深めることが必須であり、様々な面で綿密な計画を立て、連携を強固にした的確に対処している。TKCによる外部監査を実施しており、会計処理だけでなく施設の運営そのものにアドバイスを受けている。

#### 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 ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

中・長期計画で、組織・人事・実習生受け入れに関しての計画が明文化されており、23年度事業計画には課題として取り上げているものの、具体的計画には至っていない。  
人事考課制度の基準となる『力量マップ』を構築し、「人事考課制度」、「研修計画」があるべき姿に近づく事を期待したい。

### 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 ・ ㉑ ・ 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	㉒ ・ 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	㉒ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

区長・民生委員を通して、地域の災害時要援護者名簿に利用者個人名を登録し、有事の際は地域住民の支援の体制も出来ている。  
2ヶ月に1回の防災訓練を実施しており、災害・感染・事故等の緊急時対応マニュアルを作成して研修会で周知している。  
ヒヤリハット事例を収集し、世話人会で事故発生要因の分析と未然防止策について検討している。

### 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	㉒ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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

地域との関わりについては、町内会に加入して清掃活動・運動会等に積極的に参加している。回覧板を廻す際は、利用者と一緒に隣を訪ねている。ゴミ出しも一般家庭と同じ扱いを受ける等、地域に溶け込んでいる事が随所にうかがえた。又、同一法人内の相談支援事業所と連携し、地域の福祉ニーズの把握に努め、ニーズに応え23年1月よりショートステイを開始している。

### 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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

利用者を尊重する姿勢は理念に表明されており、理念に基づきサービス提供に努めている。又、利用者の自己決定・自己実現を尊重した自立支援においては、正に「利用者が主役、世話人はそれを支援する」と言う取り組みが徹底されている。利用者満足度の向上として、満足度調査、給食アンケートの実施等、意欲的に取り組んでいる。

### 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	㉠ ・ b ・ 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 ・ ㉡ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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 ・ ㉡ ・ c

#### 評価機関のコメント

昨年度、本年度と第三者評価を受審し、自己評価を行う体制は確立され、それらによって得た課題を世話人会・ホームスタッフ会で検討し改善計画をたてている。事業計画の実施については、自ら年度末に総括するしくみがある。個別支援計画の策定・実施・見直しについては、バックアップ施設である「レインボーはうす」との連携により定期的に行っていた。世話人会、スタッフ会、ホーム会等で、管理者、サービス管理責任者、世話人、登録世話人の会議を定期的に行い、質の良いサービス提供を実施できる体制を確立している。

### 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	㉠ ・ b ・ 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	a ・ ㉡ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

重要事項説明書や契約書は取り交わされており、その中で利用料金も詳細に明示されていた。内容的には家族向けになっており、主体となる利用者向けには、ふり仮名ををつける等解りやすくする取り組みにも期待したい。体験利用希望者に対して個室が用意されており、実際に体験入所できる環境が整っている。又、同一法人内の相談支援事業所・日中活動事業所と連携し、一人暮らしを始める利用者へのアパート探し等、退去後の生活に有効な情報を提供している。

### 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	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

個別支援計画において、アセスメント、課題やニーズの把握、計画の策定、評価、見直し等はバックアップ施設である「レインボーはうす」と連携をとり行っている。  
ひとり暮らしを希望する利用者に対し、アパート探しから引っ越し支援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確認できた。

### 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	㉑ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ ｂ ・ 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	ａ ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ ｂ ・ 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	ａ ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ ｂ ・ ｃ

## 評価機関のコメント

日中利用を行っているレインボーはうすとの連携を図るため、連絡帳を使用している。サンプリング調査のホームは平成22年1月開所であり、トイレは車イス利用者も使用しやすく、各居室も談話室を囲む配置になっており、個人のスペースを確保しつつ、会話や対話にも配慮した様子がうかがえた。

レクリエーション・外出に関しては、時間的制約がある中で、利用者の思いを聞きだし、さらに満足される支援を期待したい。

退院1週間の利用者は、訪問看護を利用し健康面に配慮した生活をおくっている事も確認できた。又、必要に応じて同一法人内の居宅介護事業所と連携し、地域生活のサービスの継続性に配慮した支援が行われている。