

〔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：24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成25年12月3日(火)

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)共同生活援助、共同生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(管理者)松原 宏昌	定員(利用人数)：16名
所在地：〒441-1361 愛知県新城市平井字西浦6-16	TEL：0536-23-5009

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆組織的な事業計画の作成 10年間の長期計画の中に、今後のホーム増設計画に見合った職員(世話人)の確保や、世話人の資質向上のための研修計画が組まれている。それに対応すべく、前年度(24年度)の事業報告書の中で、今後の課題として「3障害に関する世話人の知識、技術の向上」を残した。そして、当期(25年度)の事業計画の中で、「世話人の資質向上のための研修会」を5回計画している。計画されている職員研修は、世話人としての業務遂行上で必須の部分であり、教育ニーズとしての適切性を有している。</p> <p>◆地域の一員としての役割 夜間の生活の場としてのグループホームが、地域の一員としての市民権を確保することは簡単なことではない。それを得るために、それぞれの地域の町内会に加入し、利用者と世話人が地域合同防災訓練や祭礼に出向いたり、地域行事に積極的に参加している。町内会の役員こそ免除してもらっているが、ごみ当番の役割は担っている。</p> <p>◆利用者と世話人との良好な関係 ホームでは家庭的な雰囲気を大切にしており、利用者と世話人等との良好な関係がうかがえた。それぞれのホームには主担当の世話人もいれば、他ホームとの掛け持ち世話人もいる。さらに、パート職員やアルバイト職員等々、シフトによって様々な世話人がホームを担当する。利用者とのヒアリングでは、全ての利用者から「どの世話人さんも優しい」との言葉が返ってきた。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆ボランティアの活用 ボランティアの受け入れは、バックアップ施設と一体で受け付けており、事業所単独での受け入れはほとんどない。ボランティアを活用することで職員(世話人)の負担を軽減できたり、地域のホーム理解が浸透する等、ホーム運営において益する面は多い。「たかがボランティア」と侮らず、積極的なボランティアの活用を期待したい。</p> <p>◆職員間の情報共有 ホームの利用者は、日中は一般企業にて就業したり、生活介護事業所で支援を受けたりしている。質の高いサービスを提供するためには、それらの関係先との連携は欠かせないが、事業所内での情報の共有化に関しては一抹の不安もある。職員間ではメール等も活用しているが、世話人へ情報が正確に伝わっているのか確かめる術がない。各職員が的確に情報共有できる仕組みの構築が望まれる。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の訪問調査において、マニュアルの整備について細かく指導していただきました。
改善点として挙げられたボランティアの活用については、現在直面している「世話人の確保」という課題に大きく関わることなので、今後幅広く活用していきたい。
職員間の連絡についても、今までの方法を改めて見直し、改善していきたい。

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

「レインボーはうす」(通所・生活介護事業等)をバックアップ施設とし、法人理念である「ともに働き、ともに学び、ともに生きる」を柱として支援している。当初は利用者の自立した生活を支援するために、地域移行の一環としてホームが運営されていたこともあった。しかし、現在では親亡き後の生活根拠としての役割も果たそうとしている。

職員構成は、13名中11名が非正規職員(パート、アルバイト)であって、理念や方針の周知に限らず、情報の伝達全般について課題を残している。利用者への周知に関しては、バックアップ施設に頼った支援となっており、一般就労者や他施設利用者への対応は未実施の部分もある。

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	Ⓐ ・ b ・ 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年度に策定された長期10年計画に沿った事業計画が作成されており、ほぼ毎期、1棟ずつのホーム増設を計画している。今期も、平成26年1月に1棟のホームがオープンする。事業計画については、これまでの本部主導から脱却し、「世話人会」、「スタッフ会」、「ホーム会」での意見や要望を反映させたものを作り上げている。

職員への周知に関しては、会議体を使っての伝達となるが、非正規職員(特にアルバイト職員)への説明が不十分であり、全ての職員による情報共有はない。家族に対しては年1回の家族会での資料配布、利用者に対してはホーム会での説明にとどまっている。

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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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、研修への参加回数も多い。しかし、多様な年齢、経験、資質、価値観を持った世話人グループに対し、管理者自らが学びとった知識や情報を伝えきっているとは言い難い。10年の長期計画を見るまでもなく、今後もホームの増設が続くことは明白であり、質の向上のためには適切な世話人の確保とその育成が今後の大きな課題である。

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	a ・ ㉠ ・ 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

法人内の相談支援事業から有益な情報を得ており、各部署が参加する経営会議、法人運営会議等で今後の動向を検討している。課題として、「ニーズに応えるための継続的な新ホームの増設」、「職員（世話人）の確保と安定した配置」、「あらゆる状況に対応可能な、豊富な知識と高い技術力を持った職員（世話人）の育成」を挙げているが、アルバイト職員に頼らざるを得ない現状からは、かなり難度の高い課題と言えよう。外部監査はTKCとの契約のもとに行われ、有益なアドバイスを得ている。第三者評価も2回目の受審である。

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	㉠ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

長期計画(10年)の中に、今後のホーム増設計画に見合った職員(世話人)の確保や、世話人の資質向上のための研修計画が組まれている。それに対応すべく、前年度(24年度)の事業報告書に、今後の課題として「3障害に関する世話人の知識、技術の向上」を残し、当期の事業計画の中で、「世話人の資質向上のための研修会」を5回計画している。計画されている職員研修は、世話人としての業務遂行上で必須の部分であり、適切性を有している。
 実習生の受け入れは、バックアップ施設が受け入れた実習生のカリキュラムの一部にとどまり、積極的な働きかけや取り組みは見られない。

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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

東日本大震災以降、想定を超える事象に対応するマニュアルの必要性が叫ばれているが、その観点から見ると緊急事態に対するマニュアル類は整備途上の感を免れない。
 2ヶ月に1度の防災訓練だけでなく、地域の合同防災訓練にも参加し、利用者に災害への適応能力を身につけさせている。さらに、地域の区長には、万一の事態に備えて利用者情報を伝えている。
 自転車を交通手段としている利用者には、交通安全の話をしているものの、それぞれのホーム周辺に潜むリスクを洗い出す等の取り組みはない。

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	利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

ホームを地域の一員として認知してもらうために町内会に加入し、世話人の付き添いの下で地域の祭礼や清掃活動等に参加している。ボランティアの受け入れは、バックアップ施設と協力して行っており、ホーム単独での受け入れはほとんどない。

市・担当課とは緊密な連携が図られており、法人が主催する「市民福祉フォーラム」には市の後援がある。

法人内(会員)の福祉ニーズは保護者アンケートによって、地域の福祉ニーズは法人の相談支援事業所から得ている。ニーズ分析から、ホーム増設計画が長期計画に盛り込まれている。

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	Ⓐ ・ 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) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇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	Ⓐ ・ 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

利用者を尊重したサービス提供のため、スタッフ会議や世話人会等の場で、利用者支援や虐待防止等の話し合いがある。サービス向上のため、利用者満足度調査を中長期計画策定に併せて実施している。

食事の調理方法や近隣との関係等の苦情を真摯に取り上げており、改善に向けた取り組みが見られる。

利用者のプライバシー保護については、個室で話をするなど一定の配慮を行っているが、職員間の共通認識と統一した対応がなされるように文書化することが課題となっている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

第三者評価を継続的に受審し、サービス改善を恒常的に実施するよう努めている。今後については、改善内容や計画について記録に残す等の文書化する取り組みを期待したい。標準的なサービスの実施方法については、それぞれの利用者に合わせて支援マニュアルを整備している。見直しを行うにあたっては、職員のサービス実施結果や得手・不得手等をスキルマップを用いて評価・分析し、改善点について話し合いを行っている。

情報の共有化に関しては、メール等も活用しているが、世話人へ情報が正確に伝わっているのか確かめる術がない。各職員が的確に情報共有できる仕組みを整えてほしい。

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

事業所についての情報を、ホームページ、パンフレット等を通して利用希望者に対して広く公開している。

サービス開始の手続きについて、利用者と契約書及び重要事項説明書を適切に交わしている。契約時、利用者の代弁者としての保護者へ適切に説明が行われ、事業所内にも重要事項説明書の掲示がある。今後は、利用者自身の障害程度に応じた配慮がなされ、さらに利用者自身の理解が進む環境が整うことが望まれる。

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	㉑ ・ b ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

詳細にアセスメント及び個別支援計画が作成されている。アセスメントの見直しについては、家族等の状況や利用者の最新の状況や意向が反映されるように、組織として見直しに掛かる手順について定めることが望まれる。
ホームからの地域移行は進んでいないが、利用者の地域生活支援については、法人の事業である「ウィル(東三河北部障害者就業・生活支援セーター)」を利用して支援している。

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	㉑ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

ホームでは家庭的な雰囲気大切にしており、利用者と世話人等との良好な関係がうかがえた。地域行事への参加や電車等の公共交通機関を利用した外出等では、利用者の希望に添えるようにヘルパー事業所との調整を行っている。車椅子の利用者も毎日入浴でき、脱衣所、浴室の室温も快適に保たれていた。

健康管理や体調に変調があった際の対応手順等について、標準となるマニュアルが未整備の状態にある。各ホームのルールに委ねる部分に加えて、法人及び事業所として大切にすべき共通した基準についての整備が望まれる。マニュアルの整備・見直しにあたっては、必要な基準や数値の明記等を行うことで、より実効性の高いマニュアルになることを期待したい。