

愛知県福祉サービス第三評価事業 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	訪問調査日：平成29年12月 8日（金）
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称： サポートホームしんしろ	種別： 共同生活援助
代表者氏名： 松原宏昌	定員（利用人数）： 19名（19名）
所在地： 愛知県新城市平井字西原2-3 グランデージ峰201号	
TEL： 0536-23-5009	
ホームページ：	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成18年10月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 新城福祉会	
職員数	常勤職員： 5名
専門職員	(管理者) 1名 (生活支援員) 1名
	(世話人) 4名
	(サービス管理責任者) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 19室 (設備等) 冷蔵庫等の家電全般
	個室完備、世話人室
	事務用デスク

③理念・基本方針

<p>★理念</p> <p>・法人 【ともに働き ともに学び ともに生きる】</p> <p>・施設・事業所 「他人を思いやり、お互いを支え、助け合おう」とする互助精神を基本とします。 ともに生きるという共生理念に立って、地域において様々な形で福祉を支えあう文化の形成に貢献します。 ハンディキャップのある人も無い人も平等かつ普通に生きる（ノーマライゼーション） 利用者の自己決定、自己実現を尊重した自立支援、生活支援、社会参加を基本とします。 利用者、職員、家族、地域の方々と協働、連携した法人の運営に努めます。</p>
--

★基本方針

- ①中長期計画に基づき、利用者（希望者含む）の高齢化、重度化に対応し得るホームの建設（自社物件）計画に着手する。
- ②東三河北部圏域における地域生活の拠点となり得るための仕組みづくりを行う（地域生活支援拠点の面的整備）。その一環として、本年度より「安心生活支援事業」を法人内相談支援事業所が受託、事業のバックアップを行う。
- ③利用者個々の思いを聞き取り、より満足度の高い生活を目指す。例）個人レクリエーションの充実。サテライト型住居への移行。
- ④困難ケースに対してはインシデントプロセス法や氷山モデルを活用した事例検討や個別支援会議を併用して対応する。
- ⑤地域の住民と連携して障害の理解を深めるとともに、災害時等の連携がスムーズに行えるよう体制を整備する。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①相談支援事業所を始め、日中活動事業所、居宅介護事業所等との連携。
- ②虐待防止への取り組み。法人職員全体研修にて虐待防止法の周知やグループワークで職員の意識を高める。
- ③地域移行を目指す方（グループホーム入居希望）の受け入れ（29年度サポートホーム第2しんしろに1名入居実績）。
- ④新たなホーム建設の計画
- ⑤東三河におけるグループホーム事業所との連携を深めるため「東三河グループホーム連絡会」を運営。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年10月 5日（契約日）～ 平成30年 2月21日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （平成25年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆中長期計画に基づく計画的な事業展開

法人の中・長期計画の中の居住支援部門として事業所計画を位置づけ、ニーズを的確に捉えた上で中期3年、長期10年の目的と見通しを持った事業を進めている。この中・長期計画は毎年度見直しを実施されており、PDCAサイクルに則った取り組みとなっている。

◆緊急レスパイト事業

地域の在宅障害者の緊急時の支援として、空室を利用したレスパイト事業を実施している。地域福祉の一端を担っており、グループホームが果たす大きな地域貢献事業として、高く評価したい。

◆利用者個々のニーズに沿ったサービス提供

利用者個々の要望を受けた「個人レク」では、映画・外食・買い物・旅行等、個別の特別企画を提供し、利用者に好評である。また、選択可能な外注業者での配食サービス、リフト付き浴槽設置等、安全・安心と利用者ニーズに応える様々な支援を行っている。

◇改善を求められる点

◆事業の利用者理解の促進

理念や基本方針、事業計画に沿った各種の年度計画等、事業所が行う事業に関して、どの利用者でも理解できる資料作りや説明を工夫する等、主体である利用者が納得できる取り組みを進められたい。利用者ごとの理解の程度や満足度を測る取り組みも検討されたい。

◆サービスの振り返りを

支援内容に関し、虐待防止については職員の自己チェックを実施しているが、サービス項目に沿った自己点検は実施されていない。サービス評価から改善に向けての取り組みまでの、支援向上に向けた一貫した手順を検討されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前年度の受審（サポートホーム第2しんしろ）で改善点として挙げられた「PDCAサイクルに則った取り組み」について、今回の受審では評価していただいた。引き続きPDCAサイクルを活用した取り組みを行なっていきたい。

また、今年度、事業所独自で行なってきた「緊急一時レスパイト事業」や「個人レク」の取り組みなどは、今後も地域や利用者のニーズに合わせてより充実させていきたい。

改善点として挙げられた点「利用者に分かりやすい説明の工夫」については、利用者個々の理解度や特性に合わせた工夫を進めていきたい。

もう一点の「サービスの職員自己チェック」も方法を検討していく。

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 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
理念、基本方針はパンフレットや事業計画に明記されており、職員に周知されている。保護者へは家族会にて事業報告、事業計画とともに説明されている。ただ、利用者周知という面で、分かりやすい資料や説明の工夫等、一層の配慮が望まれる。		

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 ㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の経営会議、運営委員会にて福祉動向や経営状況・課題等を的確に把握し、自立支援協議会や圏域会議を通してはサービスニーズを把握している。財務状況については、会計士によるデータ解析を受ける等により、十分に把握されている。		
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 ㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人会議で課題を共有し、ホーム会議等で職員間に周知している。事業所固有の課題についても、ホーム会議や世話人会議での共有、検討を経て迅速な改善を図っている。		

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 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
10年の長期計画、3年の中期計画が策定され、経営目標と課題を明確化している。中・長期計画は、数値目標や収支計画を伴うもので、年度ごとに見直しが図られており、実効性の高いものとなっている。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画を受ける形で事業計画が策定されている。具体的な実施計画となっているが、計画予定の住居整備等、未着手な事項もあり、一部の部分ではあるが課題を残している。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月のサービス管理責任者会議、世話人会議にて、状況把握と評価を行っている。事業計画の策定に向けては、前年度の事業計画を事業総括会議を設けて評価・分析し、事業計画策定会議にて策定する手順となっている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は家族会にて説明、周知されている。利用者周知という点で、分かりやすい資料や説明の工夫等の点で不十分さは否めず、一層の配慮が望まれる。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
目標管理では、職員個々のサービス向上を目指した取り組みがなされているが、組織としてサービス向上に特化した体制は整っておらず、課題を残す部分である。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
世話人会議では、サービスに関する評価と改善に向けての検討が行われている。その世話人会議では、利用者の状況確認といった内容が多く、大きく捉えればサービス向上という視点ではあるが、PDCAの機能を活用した組織的な体制にはなっていない。改善計画には、責任者、改善期限、実施方法等を明確にして取り組むことを望みたい。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
各会議等で職員に方向性を示したり意見表明を行っているが、職務分掌の文書化、また役割や責任の周知等はなされておらず、一考を要す。管理者不在時には、サービス管理責任者が職務権限を代行することが決められている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
管理者は各種の研修に参加し、社労士、会計士からの指導によりコンプライアンスに心がけている。事業所の性格上、職員の勤務形態が複雑なこともあり、職員に対する法令等の周知について十分とは言い難い。			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は、事業所内で開催される会議での状況説明やアドバイス、また改善すべき事項に対する具体案の提示等により、組織内で指導力を発揮している。また、職員の研修参加について勤務シフトを考慮する等、多くの点で前向きな対応や取り組みを行っている。			
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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の経営会議に参画し、状況分析と課題を明確に把握し、世話人会等の会議で周知している。また改善に向けての取り組みでは、組織の先頭に立って職員を引っ張っている。率先垂範、安全安心な居住サポートという目的意識を浸透させ、職員に方向性を示している。			

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	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画の中での採用計画と研修等の育成計画を基に、人材の育成・定着を進めている。人事異動や人事交流等は、バックアップ施設である通所の生活介護事業所との連携を図りつつ、パート職員の採用や、研修参加への配慮といった事業所独自の取り組みも行われている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
人事考課制度による職員管理、育成を行っている。人事基準として、昇給昇格に関する基準が不明瞭であり、職員の不信感を招きかねないため、法人として改善を検討されたい。			

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			
時間外勤務や休暇のデータ把握、産休・育休の取得、外部カウンセリングの設置、安全衛生委員会での労務管理、福利厚生事業の加入等々が実施されており、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境となっている。職員の不安解消やストレス軽減のためにも、メンタルヘルスケア以外の職員相談についても、組織として取り組んでいくことが望まれる。			
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			
目標管理を導入し、自己評価と上司評価を行い、目標達成に向けての組織的な支援を実施している。目標達成の面談は行われるが、進捗状況の把握と目標変更を行うための中間評価が実施されていない。人材育成の手段としての目標管理のシステムを有効に機能させるためにも、中間評価を制度化し、PDCAサイクルに沿った取り組みを期待したい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「職員研修要綱」に基づき、研修計画が策定され、研修委員会にてプログラム等が組まれている。一方で、研修の効果測定という点で、不明瞭な部分があるため、検討を要す。			
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			
新人から上級職員までの階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等、様々な研修機会を通して職員育成を進めている。更なる資質向上と支援技術習得に向け、組織的なOJTの実施を検討されたい。			
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			
利用者の在居する時間帯の関係で、実習の受け入れがしづらく、バックアップ施設で受け入れた実習生が見学を訪れる程度である。しかし、障害者の生活状況を知る上で有用な事業所であるので、実習指導者の養成も含め、積極的な実習生の受け入れを検討されたい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページや広報誌、パンフレットを通して様々な情報を開示している。パンフレットの市役所設置や第三者評価受審等、風通しの良い運営がなされている。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
「経理規程」による適正な事務管理、会計士による財務チェック等が実施されており、健全な経営を目指している。必要な事務的なルールの職員周知を図り、また自己牽制の意味においても内部監査の実施については是非とも検討されたい。			

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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
町内会に加入し、地域の一員として活動している。また、日々の買い物や回覧板、通勤時の挨拶等々を通し地域住民と関わり、地域の祭りに参加する等の地域交流も奨励している。居住する地域との関わりに力点を置くという方針を、より前面に打ち出した事業方針を明文化されたい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの受け入れマニュアルは整備されているが、事業所としての受け入れはない。休日等の利用者在籍時に受け入れ可能なボランティアの検討を望みたい。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は東三河グループホーム連絡会の会長を務めており、同種事業所の見学研修や情報交換を進め、連携を図っている。また、市・居住連絡会では基幹相談センターとの連携をはかり、圏域会議では地域移行と定着に向けた地域生活支援拠点の面的整備を進める等、様々な団体や事業所とのネットワークを組んで協働している。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
居住支援を主な機能とする事業所であるため、地域還元という点では限られるが、地域の防災訓練に参加したり、法人主催の市民フォーラムの開催の側面支援等の取り組みが見られる。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
地域ニーズとして、相談支援事業所との連携により、事業所の空室を利用して緊急時のレスパイト事業を実施しており、地域貢献している。また、地域の安心生活支援事業の一端を担うべく活動中である。今後は、地域住民への相談活動等、可能な地域向け事業を増やしていきたい。			

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			
共通理解を得るための機会として、「個別支援会議(随時)」「世話人会(毎月1回)」「ホーム会(月1回)」等が用意されており、世話人等に必要な情報が回る仕組みがある。課題としては、全職員の参加が難しいことであり、情報の回覧等は行うものの、その後のフォロー(理解しているかどうか)が確実に行っていないことにある。			
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			
法人全体で行われる研修会への参加や定期的実施している「虐待防止セルフチェックシート」を活用する等、虐待防止等に対する取り組みがなされている。課題としては「全職員の理解」であり、1人職場という特性上、より高い意識で臨む必要がある。“声かけなし”で利用者の居室に入ったり、郵便物を開けてしまうことがある等、細かな部分を見ていくとまだまだ教育及び改善を行う余地はある。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレットにて情報を得ることができる。また、ホーム独自の事業概要も用意されており、より詳しい内容を知ることができる。見学者に対してはその都度対応し、利用希望者のニーズ(例:1人暮らし希望、重度向けを希望、アパートタイプを希望等)に応じて、見学するホームを選択して情報提供を行っている。			
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			
パンフレットの提示や口頭による説明が中心であるが、なるべく分かりやすく伝える努力を行っている。ただ、利用者の十分な理解を得るための工夫については、具体的な取り組みが弱いため今後の改善に期待したい。			
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			
ホーム退居後、諸事業により再度利用されるケースがあるように、退居後においてもアフターフォロー体制は整っており、サービス管理責任者及び相談支援専門員が窓口となって十分な対応を行っている。相談方法及び担当者について口頭及び暗黙の了解で周知している程度であるため、これらに関する文書の作成・配付が課題と言える。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者から意見や要望を聞いた場合には、その内容を「引き継ぎノート」に記載したり、サービス管理責任者に直接伝達する仕組みはできている。ただし、組織として積極的に満足度を把握する機会は用意されておらず、今後の取り組みに期待したい。家族会は組織されているが、36人中10名程度の固定メンバーによる参加に留まっている。この会には職員も参加しており、情報を収集する仕組みは整っている。			

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		
苦情の公表については法人全体で行っており、細かい内容が記載されている。苦情受付体制が整っていたり、所定の用紙が用意されている等、仕組みは確立している。平成28年度は苦情が1件もなかったことを考えると、組織として積極的に苦情を拾い上げる取り組みが必要であると思われる。そのための仕組み作り(工夫)の検討に期待したい。		
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		
グループホームという環境から、利用者本人の部屋もしくは世話人部屋が主な相談場所となっているが、いずれも環境的には相談しやすい体制が整っている。相談相手は利用者が自由に選ぶことができ、不自由なく生活することができるものと思われる。しかし、相談に関する説明やその文書の掲示がなされていないことから、さらなる周知を図る取り組みを期待したい。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
実際の相談の受付窓口は世話人が多いが、各ホームでは「引き継ぎノート」が用意されており、利用者からの要望や相談ごと、意見について記す仕組みができています。その内容を受け、サービス管理責任者が適宜対応することになっている。内容によっては各種会議の議題に挙がるが、緊急性の高いものについてはサービス管理責任者主導で動くこともある。課題としては、マニュアルの整備が挙げられる。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
事故発生時における手順及び使用する書類は決められており、その記録も行われている。流れとしてはヒヤリハット等が起きた場合は直ぐにサービス管理責任者に報告し、対策を決めた後書類を起こして会議等で報告することになっている。ヒヤリハットの多くは投薬ミス(飲ませ忘れ)であるが、改善に向けての責任者が明確になっていない点が課題である。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
感染症に関する対応マニュアルが用意されており、職員に周知されている。予防策としては手洗い及びうがいの方法について掲示してあり、利用者にも促す取り組みがある。大きな感染は起きてはいないが、職員教育については課題を残しており、全職員が正しい知識を得るための時間の確保と研修の機会が必要である。		
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		
地域の防災訓練に参加できていないホームがあるものの、一部のホームについては実施されており、地域住民の一部として取り組まれている。備蓄についてはリスト化されており、各ホームで人数×3日分が用意される等、非常災害時の対策がなされている。課題としては、夜間発生時における対応であり、特に職員不在のホームについては具体的な安全確保の管理体制について検討を要す。		

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		
標準的な実施方法を定めたマニュアルについては一部文書化されているが、全体的に整備する必要性を感じる。中には週に1回程度しか勤務しない世話人もいることから、情報伝達として活用している「引き継ぎノート」だけでなく、サービスの標準化を目指したマニュアルが必須である。		

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			
<p>細かな業務内容の変更については「引き継ぎノート」にて周知を図っている。ただし、作成されている標準的なマニュアルについてはその都度見直しをしているものの、組織として「いつ」「誰が」「どうやって」という仕組みが明確になっておらず、見直しのルール化が望まれる。</p>			
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			
<p>相談支援専門員やサービス管理責任者、世話人等を交えて「個別支援計画」を作成している。具体的な利用者・家族のニーズも記載されている。アセスメントシートについては様式が定められており、個々で用意されているものの、更新が行われておらず、古いままとなっている。毎年「個別支援計画」の作成時に合わせて、再アセスメントの実施を望みたい。</p>			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>相談支援専門員やサービス管理責任者、世話人等を交えて半年に1度「個別支援計画」の見直しが行われている。利用者の同意については、家族等の都合がつかずに利用者本人がサインする機会が多い。そのような場合には、利用者が理解できるように工夫をしながら説明を行っている。</p>			
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、職員間で共有化している。	障 44	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>ホーム用の様式があり、生活状況や身体状況について記載している。日々の記録については「引き継ぎノート」に詳細が記載されており、利用者個々の様子が分かるようになっている。課題としては日々の記録と「個別支援計画」の関連性が見いだせないことであり、「個別支援計画」を意識した記録のあり方を検討する余地がある。</p>			
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			
<p>ホームで管理している書類については、世話人部屋に設置してある保管庫にて管理している。保管庫は鍵がかかるようになっており、漏洩防止がなされている。また、記録物は全て手書きであることからパソコンのデータのように、個別で持ち出しをしない限り流出しない環境となっている。職員教育については採用時に行っているが、その後の継続的な教育までには至っていない。</p>			

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			
<p>利用者で組織される会はないものの、日々の支援の中で利用者の意向を尊重する仕組みがある。具体的には、帰省の希望をはじめ余暇で行いたいこと、個人レクリエーション等、利用者の思いを実現させている。職員に対しては「意思決定支援」に関する研修を実施している。</p>			

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非常勤職員を含め隔々まで研修に参加させることは難しい環境ではあるが、回覧文書を作成したり伝達会を実施したりして対処している。年に数回開催される権利侵害に関する法人内の内部研修に必ず1回は参加する等、業務多忙の中でも、できる限りの取り組みを行っている。虐待防止に関する「セルフチェックシート」を活用しながら、周知を図っている。		

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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
一人暮らしに向けた支援として通院や食事作り等の支援を行い、平成30年3月の移行に向けて取り組んでいるケースがある。「できることは自分(=利用者本人)で行う」という統ルールの下、サービス提供を行っている。現時点では事例は1名であるが、その他のホーム利用者に対しても、自立に向けた具体的な訓練プログラムの作成・実施や動機付け等が望まれる。		
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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
言葉による意思疎通が基本となっているが、絵カード等を使いながら視覚的に分かりやすい取り組みを行っている。特にスケジュールにおける変更では、混乱が生じないよう配慮している。多くの職員は支障なくコミュニケーションを取ることができているが、それでも職員個々によってスキル、利用者との親密度等が異なるため、利用者の思いをくみ取るための理解度に差がある。その差を埋める工夫を望みたい。		
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を適切に行っている。	障 50 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
利用者が世話人等の職員に話をする機会は常に用意されており、その記録も「引き継ぎノート」を活用してサービス管理責任者等に伝達される仕組みがある。情報提供については各種雑誌やテレビから得られる情報を基に適宜相談に乗り、ヘルパー外出等に反映させている。「引き継ぎノート」については十分機能しているが、記載した職員名が明記されていないこと、管理者が確認したことが分かるような押印欄がないこと等が改善点である。		
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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
日中活動支援は主に週末となるが、利用者のニーズを把握した上で、ヘルパー外出等を企画して余暇の充実を図っている。多くの利用者がヘルパーを利用している中、「個人レク」と呼ばれる特別な企画も用意されている。利用者個々の要望を実現する取り組みであるが、過去に「居酒屋外出」「USJへ外出」「東京旅行」等を行っており、利用者には好評の企画となっている。		
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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
各種研修に参加する機会は用意されているが、非常勤職員への取り組みは時間的な都合もあり十分とは言い難い。回覧したり資料を配付する機会はあるが、その後のフォロー(理解度の把握)までには至っておらず、改善を要する。回覧や配付により理解度を確認するためにテストやヒアリング等の「効果測定」が行えると、更なる支援の資質向上につながると思われる。		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の嗜好を考慮して食事提供を行っている。世話人が買い出しに行き食事を作るホームや、予め献立が決まっており届けられた食材を調理するホーム等、それぞれ特徴ある食事提供となっている。入浴については利用者の実態に合わせており、ホームによってはリフトを使った浴槽も完備している。安心・安全なホーム生活実現のための配慮がなされている。		

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			
各ホームは全て個室となっており、世話人部屋も用意されている。特に世話人部屋については利用者も利用することができ、世話人とのコミュニケーションの場にもなっている。また、利用者が気分転換等の目的で、一時的に過ごす部屋としても活用されている。ヒーターやエアコン等も整備されており、快適な環境となっている。			
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	0 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
買い物や調理等を通じて生活訓練を行っている。法人内他事業所に看護師や主治医がいるため、必要に応じて連携する体制が整っている。課題としては、生活訓練・機能訓練に特化した個別の計画作成と、それに伴うサービスの実施等であり、今後の取り組みに期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的に主治医に相談したり意見を求める環境が整っている。健康状態の把握については、毎日朝・夕に行う検温を実施している。健康診断は日中の事業所にて行っており、その結果を入手するようにしている。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
投薬については、世話人が利用者個々に薬をセットし、投薬後に所定の用紙に記入して投薬ミスが起きない仕組みがある。課題としては夜間世話人が常駐しないホームにおいて、医療的な問題が発生した際の対応方法やその仕組み、安全管理体制について検討する余地がある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
公共交通機関を使ったヘルパー外出を積極的に実施し、社会資源の活用機会を提供している。市内への外出はあまりなく、近隣市町(豊川市・豊橋市等)まで出向いて、映画や買い物、プール外出等を行っている。それに伴い、金銭管理も利用者と共に、学習する機会となっている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サテライト型住居を利用している利用者向けに、一人暮らしを想定して「通院」や「調理」、「金銭管理」を中心にスキルを高めるための支援を実施している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
家族会が組織されており、生活の状況や詳細の報告を行いながら、様々な意見を交わす機会が用意されている。家族がいなかったり、高齢であったりと諸事情により参加人数はそれほど多くはないが、家族会を存続させながら職員(施設)と二人三脚で利用者をサポートしている。			

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			
非該当			

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			
非該当			
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			
非該当			
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			
非該当			