

〔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24年2月22日(水) 平成24年2月26日(日)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人樫の木福祉会 (施設名)GHCびさい	種別:(施設種別)共同生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)石田 和夫	定員(利用人数):18名
所在地:〒494-0017 愛知県一宮市祐久字九百坪97	TEL 0586-68-6505

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>今回サンプリング調査を実施したケアホーム「さつきの家」、「かえでの家」は、保護者の強い希望や協力によって開設されたホームであり、日常的・全面的な身体介護や医療ケアを必要とする利用者も入居している。医療ケアを伴う利用者であっても安全・安心な暮らしを提供しようと、看護師資格を持った職員を配置して対処している。ただし、夜勤帯に看護師配置の体制を取れない場合には、利用者には自宅(保護者の元)に帰ってもらっている。</p> <p>ホームの開設が続いたために人員不足となつてはいるが、職員配置を工夫・調整しあって、1泊旅行を行った。この旅行には医療ケアを必要とする利用者も参加しており、利用者・家族の満足感や喜びは大きかった。</p> <p>利用者一人ひとりに合わせて、細かな対応までも統一できるよう工夫しており、個別の写真を利用したマニュアルも設置されている。利用者の動線に合わせてリフトレールを設置したり、利用者の生活パターンに合わせてテレビを設置したりと、個々に合わせた対応をしている。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>ケアホームの増設が法人の方針となっており、ホームは開設されるが職員(支援員、世話人)の採用が間に合わない状況となっている。さらに、重度障害者や医療ケアを必要とする利用者を、現行制度の中で支援することの難しさが、支援現場の職員(サービス管理責任者、支援員、世話人)の意識(モチベーション)を下げる結果となっている。法人として、ケアホームを運営していく上での、職員が一丸となれる明確な方針・方向性を打ち出す必要性が出てきている。</p> <p>地域との連携強化は法人の方針でもあるが、ホーム内での日常生活への支援に注力するあまり、地域との取り組みが手薄にならざるを得ない状況にある。ボランティアの有効活用とも併せ、地域交流の活性化策の検討に期待したい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

当初の評価ではb、cが多くなりました。個別対応マニュアルなどは、ヘルパーの応援にも必要。支援は細かく、理解がいきます。世話人さんやヘルパーさんの確保と人材育成が重い課題になっています。利用者満足を得るには、制度の充実と法人全体の組織的な対策を必要としています。今回初めて受審し、改めて事業に必要なことを認識しました。第三者への説明が充分にはできませんでしたが、頂いたご意見などは勉強になりました。
--

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。

(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(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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ b ・ ㉠

評価機関のコメント

法人の理念・方針の下に、軽度から重度の障害を持った利用者の共同生活介護及共同生活援助支援を行っている。しかし、理念と現実の支援との間に大きなギャップが存在することも事実であり、利用者個々に理解力等に大きな差があることから、周知・理解のための方法を模索している。

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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ⑥ ・ 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 ・ b ・ ㉠

評価機関のコメント

法人が、中・長期計画策定会議で策定した計画が進んでいる。また、単年度の事業計画の中には、10名程度のケアホーム建設(2棟)が明記されている。
法人理念・方針の周知同様、利用者等への事業計画の説明が十分には行われていないことから、伝達の方法やツール等の検討が期待される。

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	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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

※当該事業所における制度上の「管理者」は、バックアップ施設の管理者が兼務しているが、当該事業所の管理業務全般がサービス管理責任者に委ねられていることから、I-3項に限り「管理者」を「サービス管理責任者」と読み替える。
 職員、世話人がチームを組んで支援にあたり、サービス管理者はじめ各々が役割や責任を理解している。重度障害のある利用者が入居するケアホームには、看護師資格を持った職員も配置されている。
 要員の補充が間に合わず、人手不足の感がある。しかし、職員配置を工夫して、医療ケアを必要とする利用者をも含めて1泊旅行を実施している。

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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉑

評価機関のコメント

重度障害者や医療ケアを必要とする利用者を、現行制度の中で支援することの難しさに、支援現場の職員(サービス管理責任者、支援員、世話人)は戸惑いを隠せない。法人として、ケアホーム、グループホームを運営していく上での、職員が納得できる明確な方針・方向性を打ち出す必要性が出てきている。
 外部監査は実施されていない。

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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ㉔
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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ㉔
	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 ・ ㉔
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 ・ ㉔

評価機関のコメント

人事考課制度が始まったが、まだ試行的な段階であり、実効は今後の検証を待つこととなる。
 ケアホームの増設を法人の事業計画に盛り込み、重点施策としている。しかし、効率的な管理と充実した支援を実践するに十分な人材の確保と育成ができておらず、質の向上を狙った研修とOJTとが計画通りには進んでいない。
 実習生の受け入れに関しては、ホームの稼働時間と実習時間とにズレがあるため、実習生からの希望はなく、ホームとしての積極的な取り組みは行っていない。

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	㉔ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

必要なマニュアル類を整備している。さらに、身体的な介助を必要としたり、医療ケアを必要とする利用者の安全に配慮し、帰宅～入浴～夕食の時間帯に職員を厚く配置している。
 常に看護師との連絡は取れるようにしてあるが、看護師資格を持つ職員の数にも制限があるため、夜間に看護師が不在となる夜は、医療ケアを必要とする利用者は自宅(保護者の元)に帰っている。

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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ㉔

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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

地域との連携重視は法人の大きな方針の一つであるが、重度の障害を持った利用者や医療ケアを必要とする利用者の対応に注力しており、地域への取り組み余力は少ない。
現時点では、地域へのホーム機能の還元や、ボランティアの有効活用事例がなく、利用者の日常生活に重点を置いた支援となっている。
保護者の強い希望と協力があって実現したホームであり、空き部屋を利用して体験入所もできる。コロニー解体により、ニーズの高まりからホームの増設が計画されており、福祉面では地域に大きく貢献することとなる。

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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

利用者・保護者の希望で建ったホームであり、住みやすく支援しやすい工夫の宝庫になっている。さらに、利用者や保護者の意見を聴くことに気を配り、居宅介護事業所と連携を図って、電車を出掛けたいという希望を叶えたこともある。
希望を言いやすい環境や迅速な対応から、保護者より「自分たちで出来ない事もしっかりやってくれた」と感謝の言葉も出る程である。利用者や保護者との関係作りと共に、迅速な対応を目標として上げており、今後は楽しみである。

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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

今回の第三者評価受審を機に、改善策の発見や評価の継続的な実施を視野に入れた目標を上げている。利用者と保護者とを共に支えられるよう、さらなる職員の教育や研修体制整備の強化を期待したい。
「支援マニュアル」が整備されており、定期的に見直しをして変更している。
利用者の状態の変化に応じて保護者や居宅介護事業所と話し合いを行い、その都度適切な記録を残している。

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	① ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ b ・ ③

評価機関のコメント

ホームページやパンフレットにより情報提供している。医療的ケアや特別な配慮が必要な利用者の家族の希望で建てられたホームということもあり、サービス開始について利用者や保護者の納得の上で利用され、同意も得られている。
ヘルパーを利用しての外出支援や職員付き添いでのショート利用など、個々に合わせた支援は実施されているものの、サンプリング調査したホームに関しては地域や家庭への移行はまだない。

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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

写真付きの「サポートブック」を活用し、アセスメントが行われている。サービス開始時と比べ、利用開始後の定期的なアセスメントが不十分である。書式の統一、実施時期等を含め、アセスメントの手順の確立を望みたい。
 支援計画の策定や変更の際には、希望を表現するのが困難な利用者の代弁者である保護者との話し合いによりニーズ調査表が作成され、見直しが行われている。
 一般就労を含む地域移行に関しては、希望者がほとんどいないこともあって、積極的な取り組みは見られない。

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	① ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	① ・ 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	Ⓐ ・ ㉑ ・ ㉒
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	Ⓐ ・ ㉑ ・ ㉒
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	㉑ ・ ㉒ ・ ㉓
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	㉑ ・ ㉒ ・ ㉓
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	㉑ ・ ㉒ ・ ㉓
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	Ⓐ ・ ㉑ ・ ㉒
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	Ⓐ ・ ㉑ ・ ㉒
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	Ⓐ ・ ㉑ ・ ㉒
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	Ⓐ ・ ㉑ ・ ㉒
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	Ⓐ ・ ㉑ ・ ㉒
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	㉑ ・ ㉒ ・ ㉓
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	㉑ ・ ㉒ ・ ㉓
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	㉑ ・ ㉒ ・ ㉓
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	㉑ ・ ㉒ ・ ㉓
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	Ⓐ ・ ㉑ ・ ㉒
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	㉑ ・ ㉒ ・ ㉓

評価機関のコメント

入浴について、利用者一人ひとりに合わせた環境整備が行われている。さらに、個別の写真を利用したマニュアルも設置されており、細かな対応までも統一できるよう工夫されている。食事はホームで職員が調理している。以前、外注での食事提供を行っていたが、利用者個々に合わせた対応が出来ないという理由から、現在の形に変更している。

利用者の動線に合わせてリフトレールを設置したり、利用者の生活パターンに合わせてテレビを設置したりと、個々に合わせた対応をしている。預かり金や嗜好品に関しては、手順は定めてあるが現在希望者がおらず、管理事例がないため(b)評価とした。