

〔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24日(金)

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はぎわら	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)只井 秀明	定員(利用人数):16名
所在地:〒491-0376 愛知県一宮市萩原町串作女郎花1616-3	TEL: 0586-67-1787

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>地域との連携重視は法人の大きな方針の一つであり、町内会に加入し、総会には管理者が出席している。神社や公民館の掃除にも積極的に参加し、利用者が積極的に地域と係わりを持っている。</p> <p>コロニー再編によるニーズの高まりからホームの増設計画があり、実現すれば福祉面での地域貢献度は高い。また、空き部屋を利用しての体験利用を積極的に進めており、ホームが有効に活用されている。</p> <p>事業所運営の効率化と経費削減に成功した例として、食材の調達方法をホーム個別の仕入れ方法から、外部業者委託へと変更した事例がある。外部業者による献立の作成から食材の納入までを委託し、調理は世話人が担当している。世話人の手が省け、管理業務に時間を回すことが可能となり、共同仕入れによる食材費の節約ともなっている。</p> <p>また、高齢者向けの食事が多いために若い利用者の口に合わなかったことがあり、外部業者へ洋食の希望を出して献立を用意させるなど、できる限り利用者の意向を反映するよう努めている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>世話人に関して、これまでの勤務経験や年齢的にも大きな差があることから、職務に対する意識や知識等にも差が出てきており、15名の世話人への教育・研修体制の構築が今後の大きな課題となっている。また、世話人の福利厚生面は、法人の一般職員の充実度と比べて低く、改善の余地は大きい。</p> <p>サンプリング調査したホームに関しては、スプリンクラーの設置はなく、防災訓練も実施されていなかった。マニュアルの適切性を確認する意味からも、定期的なテスト(訓練)の実施が望まれる。</p> <p>提供するサービスについて、一定水準を保つために手順が必要と思われるもので文書化されていないものもあった。他ホームとも連携を図り、必要なマニュアルが整備されることを期待したい。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>提案頂いた改善点については、今後、熟考の上、改善していきたいと思っております。</p> <p>特に、世話人等の従事者の確保、教育、育成等が緊急の課題と思っております。</p> <p>また、避難訓練等の実施も危機管理という点で、確実にやっていきたいと思っております。</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。

(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	Ⓐ ・ 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

法人の理念とは別に、「居心地の良い生活の提供」とのホーム理念を掲げ、運営の方針についてもパンフレットに記載している。
バックアップ施設の職員を除けば、事業所(5ヶ所のケアホーム・グループホーム)の職員は、生活支援員1名と世話人15名であり、それぞれの就労条件やこれまでの経験にも差がある。時間的な制約もあって、理念等の周知のために集合して研修や勉強会を実施することは難しい状況である。利用者に関しても、理解力や判断能力に個人差が大きく、全員に同じレベルの理解を得るには至っていない。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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

法人の中・長期計画策定会議で決定した計画があるが、新たなケアホーム2棟の建設が計画変更になったにもかかわらず、そのままの状態であった。当期の事業計画として、「平成23年度事業計画書」があり、前年計画の反省(報告書の作成)に立って改善点を明確にし、次年度計画に反映させている。
世話人に関しては、世話人連絡会を通じて周知が図られている。ただし、利用者に関しては特段の取り組みを行っていない。

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 ・ 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。
 管理者は、ホームごとに月1度のホーム連絡会を開き、世話人会では指導的な立場で15名の世話人をまとめている。これまで、世話人を一堂に集めての会議・研修体制を取っていたが、欠席世話人への情報伝達の問題等もあり、ホームごとに連絡会を開くことに変更している。また、事業運営の効率化を図るため、食材の個別調達方法を改め、献立の作成と食材の配達を統一した外部業者に委託している。

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	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 ・ 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

管理者自らが地域圏域アドバイザーとして活躍しており、外部からの情報は十分につかんでいる。さらに、法人による外部講師を招聘しての法制度に関する勉強会や、経営コンサルタントからのアドバイス等もあり、事業所運営上の周辺環境は把握できている。
 世話人に関して、これまでの勤務経験や年齢的にも大きな差があることから、職務に対する意識や知識等にも差が出てきており、15名の世話人への研修体制の構築が今後の大きな課題として認識している。
 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 ・ ② ・ 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 ・ ③
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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ③
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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

<p>「平成23年度事業計画」の中に研修計画があり、人材育成の概要を示しているが、ホーム増設に伴う世話人の確保に追われており、将来に向けての具体的な人事プランを構築するには至っていない。懸案であった「人事考課制度」が動き出したが、まだ本格的な運用とはなっていない。</p> <p>世話人の福利厚生面は、法人の一般職員の充実度と比べて低く、改善の余地は大きい。</p> <p>集合研修を予定していた今期の研修計画は実施できておらず、新しい研修の仕組みを構築しようとしている。実習生の受け入れは、見学程度の対応である。</p>

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	① ・ 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 ・ ③
	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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

<p>冊子になっている「業務マニュアル」の中に、ホームに必要なマニュアル類が綴じこんであり、緊急時の対応マニュアルも入っている。サンプリングしたホームに関しては、スプリンクラーの設置はなく防災訓練も実施されていなかった。マニュアルの適切性を確認する意味からも、定期的なテスト(訓練)の実施が望まれる。</p> <p>ホームでの食事中に、利用者が喉に食物を詰まらせるという誤嚥事故が起こったが、すぐにマニュアルを改訂し、職員(世話人)研修を強化して対処している。</p>
--

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	① ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ③

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ 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り、町内会に加入し、総会には管理者が出席している。神社や公民館の掃除にも積極的に参加し、利用者が積極的に地域と係わりを持っている。ただ、ボランティアの有効活用例がなく、利用者の日常生活や余暇を有意義なものとするためにも、ボランティア受け入れの検討を望みたい。
空き部屋を利用して体験入所を積極的に推進している。コロニー再編により、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	① ・ 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 ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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

見やすい「業務マニュアル」があり、それが援助の拠り所になっている。ホームごとに2ヶ月から3ヶ月の周期で連絡会議があり、利用者を理解することや援助方針、方法について確認している。
利用者の意見を聞くことは日常的に行われているが、記録に残すことが曖昧になっている。苦情について、別のホームで起こった苦情と対応の様子を、当該ホームの世話人連絡会で紹介するなど、情報共有と啓蒙活動を行っている。

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	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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉒ ・ b ・ c

評価機関のコメント

日頃のサービス内容の評価は、年度末に実施する総括によって行っている。今回第三者評価を受審し、その結果を踏まえて総括(自己評価)にも反映しようとしている。

個別の援助方法については文書化されている。ただし、提供するサービスについて、一定水準を保つために手順が必要と思われるもので文書化されていないものもあり、他ホームとも連携を図って整備をお願いしたい。

日々の記録について、世話人の力量によって充実度が異なるので、研修等を通して、必要な記録が適切に作成される仕組みづくりを期待したい。

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	㉒ ・ 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	㉒ ・ 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

法人の会員、非会員を問わず利用の相談を受け付け、利用希望者には、面談を通して情報提供し、体験利用などにも応えている。サービスの開始にあたり、重要事項に沿って説明を行い、利用者・家族が十分な理解を持ったうえで契約が行われている。

施設間の移行に関しては、退所先の事業所から情報を取得し、定期的に訪問してフォローしている。今後予想される「コロナ再編」に伴う利用者受け入れに際しては、「引き継ぎ書」等の書式統一を図り、万全の態勢で臨むことを期待したい。

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 ・ 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

指定されたアセスメント票に基づき状態の把握を行っており、サービス実施計画作成に活かしている。
 サービス計画は適切に作成され、計画の評価・見直しについても1年に1回実施されているが、本人・家族の同意を得られたかどうか不明瞭な計画書があり、管理者決裁が行われていないものも見受けられた。計画作成の手順を明らかにし、手順通りに実施できているか否かの評価も必要である。
 1名の利用者が単身生活への移行を果たしており、移行後も関係を継続して支援している。

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	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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 74	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

業者委託に変更して、献立の充実・経済的な食材の確保に成功している。ただし、高齢者向けの食事が多いため、外部業者へ洋食の希望を出して献立を用意させるなど、できる限り利用者の意向を反映するよう努力している。食事は一斉ではなく、準備ができて食堂に来た人から食べ始めるなど、特に決まりや制約を設けていない。

浴室やトイレは一般家庭と同じであり、脱衣場に冷暖房設備はないが利用者の不満は出ていない。薬を預かっているが、管理の手順が明確になっていない。誤薬事故の対応を含め、傷病に関する包括的なマニュアルの整備が望まれる。