

〔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2月6日(水)

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・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)石田 和夫	定員(利用人数):17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

◇特に評価の高い点 ◆利用者と家族の思いが詰まったホーム 重い障害はあっても、ホームで生活することの楽しさを求めて、利用者と家族の熱い思いで実現したホームである。企画・設計段階から利用者、家族が打ち合わせに加わり、納得のいく“わが家”を造り上げた。途中で、あるいは完成した後で、計画変更や大改造がしばしば行われた。利用者の豊かな暮らしを最大限に演出しようとの思いからである。 ◆手厚い職員配置 利用者の中には、医療依存度が高く、常に看護師の目が必要な利用者もいる。ほとんどの利用者が2名の職員の介助で入浴の支援を受けている。食事に関しても自立している利用者は少ない。特に、夕食、入浴の支援の夕方が忙しい。このような状況下で安全な支援を続けるためには、手厚い職員配置が必要となる。訪問調査日(午後7時頃)にも、利用者の数以上の職員(ボランティアを含む)がホーム内で支援にあたっていた。 ◆思いを叶える支援 ここでは、利用者の自由意思や思いを叶える取り組みがある。利用者の好きなものが食事の材料として使用され、誕生日メニューは希望が叶う。自力で食べられる人には、極力手を貸さない。お風呂は、発作の心配がある利用者のために大改造が行われた。服装に関しても、保護者に情報をもらって、利用者の好む服を着てもらっている。居宅の移動支援を使って、馴染みの理・美容院へ通う利用者もいれば、美容師資格を持っている世話人に頼んで、ホームで好みの髪形にカットしてもらう利用者もいる。移動支援の利用が増えてきて、利用者が希望する場所へ出かけている証明ともなっている。 ◇改善を求められる点 ◆医療的ケアへの対応 医療依存度の高い利用者がいることから看護師の配置があるが、その数を増やすことができず、一部の利用者にとっては、24時間365日型の施設にはなっていない。夜間には自宅に帰ってもらう対応をとっており、その利用者の通常の1日は、自宅～通所事業所～ケアホーム～自宅と、3ヶ所を移動することとなる。利用者が落ち着いて暮らせるだけの、十分な看護師が配置可能な日が来ることを待ちたい。 ◆夜間を想定した防災訓練 他県の高齢者施設の火災例を見るまでもなく、障害者施設においても、職員の配置が薄くなる夜間の事故・災害は怖い。当ホームでは夜間を想定した避難訓練の実施がないが、防災訓練の計画の中に夜間想定避難訓練をぜひ盛り込んでいただきたい。可能であれば近隣の民家にも声をかけて、訓練に参加してもらうことも望みたい。災害から障害者の生命を守るのは、一人でも多くの人の協力である。
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

法人全体で管理体制を見直す必要があることは指摘のとおりである。特に人事についてケアホームの配置をあつくし、世話人の確保が急がれる。改善箇所に書かれた部分より積極的に改善していきたい。

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。

(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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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 ・ ㉗ ・ 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 ・ ㉗ ・ c

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、利用者個々の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。重症心身障害者である利用者については、保護者に伝えることで「善し」としている。

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 ・ ㉗ ・ 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 ・ ㉗ ・ 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	㉖ ・ b ・ c
	Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ㉗ ・ 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 ・ ㉗ ・ c

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。中・長期計画では毎年2棟程度の新規開設を計画しており、また、「平成24年度 年間事業計画」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。事業計画は、管理者、事業マネージャー、利用者代表が検討して作成されている。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	㉠ ・ 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	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	㉠ ・ 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っており、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。職員の不足分に関しては、法人内の他事業所からの配転で対処している。
 今年度施行された「障害者虐待防止法」に関しては、会議の場を使って詳しく説明している。

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 ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

開設から2年目を迎えたホームである。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を、支援現場の職員（サービス管理責任者、支援員、世話人）は肌で感じている。特に、医療依存度の高い利用者の夜間の対応に苦慮している。当面は夜間だけ自宅に戻ってもらっており、ケアホームの使命からして、職員からも疑問が投げかけられている。
 第三者評価の受審は2年連続しての取り組みとなったが、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	㉠ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

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難しく、人材不足は否めない。「職員個別計画書」を作り、職員個々の研修計画を盛り込んだ。実施後に「研修報告書」を提出させているが、個々の研修についての評価を加える仕組みはない。人事考課制度が進みだしており、今後が注目される。

実習生に関しては、バックアップ施設で実習する学生が見学に訪れる程度である。次年度に向け、「社会福祉士実習指導者講習」の修了者の配置を考えている。

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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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。訪問調査日(午後7時頃)にも、利用者の数以上の職員(ボランティアを含む)がホーム内で支援にあたっていた。防災訓練に関し、夜間を想定した避難訓練の実施が無かった。

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉡ ・ 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ホーム内での対応に注力しており、地域への取り組み余力は少ない。そのような中ではあるが、居宅（移動支援）を使つての外出や職員が付き添つての外出件数は増加している。ボランティアの活用も徐々にではあるが増えてきている。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。法人としては、ホームの新設計画を持っており、地域の期待は大きい。	
--	--

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

支援にあたっての姿勢を明確にするため、プライバシー保護を盛り込んだ「基本的な姿勢」を作成して職員に配布した。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がある。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。意見を言いやすい環境作りや迅速な対応から、保護者からの評価も高い。	
--	--

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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

前回の第三者評価受審を機に、様々な改善のための取り組みが実施され、その成果は今回の受審で確認することができた。しかし、改善の取り組みの過程を示す記録が残されていなかった。今後の改善活動時には、それぞれの改善項目について、その内容や目標、期限（スケジュール）、実施にあたっての責任者等を明確にした計画を作成し、記録として残すことを期待したい。

「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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉡ ・ c

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。

ホームから独居の生活を目指して訓練している利用者があり、就労支援センターと連携して支援している。自立度が高くなってきた女性利用者（一般就労）は、仕事上での悩みを相談に来るようになった。

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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

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。アセスメントの手順が文書化されておらず、利用開始後の定期的なアセスメントが不十分である。
 支援計画の策定や変更の際には、思いや意向を表出すること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。
 地域移行ではないが、夜間に自宅へ帰らざるを得ない利用者のために、居宅（移動支援）と連携して安全な帰宅を支援している。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c
	Ⅲ-5-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ 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	㉔ ・ b ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	非該当
	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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

利用者の自由意思や思いを極力叶える取り組みがある。利用者の好きなものが食事の材料として使用され、誕生日メニューは希望が叶う。自力で食べられる人には、極力手を貸さない。お風呂は、発作の心配がある利用者のために大改造が行われた。服装に関しても、保護者に情報をもらって、利用者の好む服を着てもらっている。居宅の移動支援を使って、馴染みの理・美容院へ通う利用者もいれば、美容師資格を持っている世話人に頼んで、ホームで好みの髪形にカットしてもらう利用者もいる。移動支援の利用が増えてきて、利用者が希望する場所へ出かけている証明ともなっている。