

〔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16日(月)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人豊橋市福祉事業会 (施設名)てんぱくホーム	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)杉浦 伸枝	定員(利用人数)：10 名
所在地：〒440-0845 愛知県豊橋市高師町字北原1番地107	TEL：0532-61-3530

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆管理者の使命感 管理者は、グループホーム部門を担当することとなって2年目を迎えた。初年度に比し、管理者自身の使命をより鮮明に意識した取り組みが見られる。利用者に関しては、住居を単なる「寝るための夜の支援施設」としてではなく、地域生活が普通にできる「自分の家」として定着させることであり、職員に関しては、障害者への支援や社会経験の短さを補うための研修や指導によって、質の高いサービスを担保することとらえている。</p> <p>◆利用者の自主・自立した生活の支援 利用者が「自分の家」で自主・自立をした暮らしを可能とするために、様々な試行や模索がある。利用者自治会が毎月開催され、意見や要望が吸い上げられている。忘年会等の行事には、企画段階から利用者が参画している。食事では、職員個々の対応に任せるのではなく、食事の宅配業者と契約し、栄養面での管理も十分な食事が提供されている。銀行に行き、預金したり下ろしたりできないか、人生設計ができないか等、さまざまな課題を検討し、指導、支援をしている。</p> <p>◆地域との積極的な交流 障害者に対する理解が、比較的進んでいる地域性もあるが、グループホームからも積極的に地域に働きかけを行っている。自治会に加入し、地域の清掃活動やお祭り、合同防災訓練等への参加がある。買い物も極力地域の商店を使う等、利用者にも地域の一員としての自覚が芽生えている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆強い組織にするための仕組み作り 経験の浅い職員や非正規職員の混在する職場環境で、均一した質の高い支援を提供するためには欠かせないものがある。業務の標準化を狙った「マニュアル」と、強い組織にするために必須の「仕組み作り」である。「マニュアル」はほぼ整備が済んでおり、残された課題はP-D-C-Aサイクルを意識した「仕組み作り」である。C(チェック)に着目し、反省や評価、検証のシステムを構築すれば、おのずとA(アクション)による改善は見えてくる。</p> <p>◆実習生、ボランティア受け入れの意義 実習生の受け入れがなかったが、利用者の地域移行の主体がグループホームになっている現状、実習生にその現場を見せることは重要と思われる。母体施設の実習カリキュラムにグループホームへの見学実習を盛り込む等、働きかけを期待したい。実習生に福祉現場の現状を正しく把握させるためにも、対応する職員の育成のためにも、前向きな検討を期待したい。低調なボランティアの受け入れに関しても、地域との交流・連携を図る「懸け橋」としての役割を理解し、ボランティア活用の検討を望みたい。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

社会福祉法人豊橋市福祉事業会グループホームとしては、毎年、第三者評価受審をしていますが、その都度、気づかされることがあります。事業所としては、指摘していただいたことを真摯に受け止め、改善に向けて努力をしていきます。

今回、職員アンケート、家族アンケートが実施され、職員に伝えているつもりでも伝わっていないことや事業所がお聞きしてもご家族からは出されなかった内容が記載されており、第三者でもアンケートを行っていただいた大きな意義がありました。職員には改めて伝え、ご家族から出されていた疑問点も家族懇談会で説明させていただきました。また、実習生・ボランティアの受け入れについては、今年度、法人内の施設訪問研修を初めて実施し、他施設の職員を研修生として受け入れました。その結果を今後の実習生受け入れに活かしていきたいと思えます。支援内容について、評価、検証を行い、利用者が地域で幸せに暮らすために、より良いサービスを追求していく所存です。

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	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	① ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

「地域の中でいきいきと生活するために」との法人のゆるぎない理念を基に、事業所独自の理念と基本方針を定めて支援にあたっている。それぞれの利用者にとって、グループホームは「施設」ではなく、地域で当たり前の生活を営む「自分の家」として感じられる環境整備を目指している。
理念や基本方針の周知に関しては、職員、利用者等共に十分な周知が図られていることがアンケート結果から推測される。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

5年後までの中・長期計画が作成されており、それと整合する事業計画が作成されている。事業計画の作成にあたっては、全職員から「業務の改善アンケート」を取り集め、検討を加えて事業計画に反映させている。
特筆すべきは、ホーム利用者全員についての将来的な収入や支出の状況を試算・予測し、住み馴れた「自分の家」で充実した暮らしが継続できるような支援に役立っている。

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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

グループホーム部門を担当することとなって2年目の管理者であるが、初年度に比し、管理者自身の使命をより鮮明に意識した取り組みが見られる。利用者に関しては、住居を単なる「寝るための夜の支援施設」としてではなく、地域生活が普通にできる「自分の家」として定着させることであり、職員に関しては、障害者への支援や社会経験の短さを補うための研修や指導によって、質の高いサービスを担保することとらえている。これまでの他部署での豊富な業務・管理経験を基に、業務改善や改革に大きな影響力や指導力を発揮している。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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

積極的に同業者団体(日本知的障害者福祉協会)の会議、研修に参加し、最新の情報に触れる機会としている。毎月、法人内では「施設長会」が開催されており、法人の方針を確認して事業所運営を行っている。管理者と主任、各事業所のサービス管理責任者とが協議する「運営会議」が毎月開催されており、課題の把握やその改善策が話し合われている。公認会計士事務所職員による財務・会計面での監査が実施されている。また、法人内の他のグループホーム事業所が受審した第三者評価の受審での気づきを横展開し、サービスの改善に活用している。

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	㉠ ・ b ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ b ・ ③

評価機関のコメント

中・長期計画に必要な人材に関するプランを盛り込んでおり、サービス管理責任者の養成を急務としている。職員の不足力量を、障害者支援や社会経験の短さに起因するものにとらえており、今後の研修の大きなテーマとしている。年間研修計画を立てて研修が実施されているが、研修実施後の教育効果の評価・検証面では、改善の余地を残している。管理者との面談、業務改善のアンケート実施、有給休暇を取りやすい仕組み作り等、福利厚生面の充実にも取り組んでいる。実習生の受け入れがない。利用者の地域移行の主体がグループホームになっている現状、実習生にその現場を見せることは重要と思われる。母体施設の実習カリキュラムにグループホームへの見学実習を盛り込む等、働きかけを期待したい。

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 ・ ② ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者の安全・安心な暮らしを支えるための必要なマニュアル類は整備されているが、夜間に世話人が不在となる施設に関しては、防犯、災害、傷病時等において、不安が完全に払拭されているとは言い難い。毎月第3木曜日には、条件設定を変えて防災訓練を実施しており、緊急時の連絡網(法人緊急連絡網、事業所緊急連絡網)も整備されている。薬の飲ませ忘れ等の軽微な報告はあるが、通院を必要とするような事故報告は出ていなかった。

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 ・ ② ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

ホームの周辺環境は、田園地帯の中にできた比較的新しい住宅地であり、自治会の意識が高くまとまりが良い。障害者に対する理解や受け入れにも好意的で、差別や偏見はない。その地域の自治会に加入して、地域清掃や祭礼、合同防災訓練に参加している。ボランティアの受け入れに関しては、「サービス提供マニュアル」の中にボランティア受け入れの手順があるが、受け入れは行われていない。

「社会資源一覧表」を作成して支援の現場に備えてあり、連携に支障をきたしたことはない。相談支援事業所からの情報を待つことなく、法人内外にグループホーム利用の需要は大きい。新たな建設計画は中断している。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

管理者、職員ともに、利用者へのサービス向上(利用者の満足)に関する意識は非常に高い。その中で、グループホームという自立した社会生活をどのように利用者同士で進められるかということに、しっかり向き合っていきたいとの意識も見られる。その一環としての「ホーム会議」が毎月開催されており、利用者の意見や要望が聞き取られている。また、その場で職員からも具体的な提案もできている。

これらの一連の活動が、記録として残されている。しかし、検討の結果、取り上げられなかった意見や要望に対しても、その理由を記録に残して利用者へフィードバックする仕組みの構築が望まれる。

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	㉠ ・ b ・ 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

管理者や職員が、利用者の昼間の活動をはじめとする様々な情報を共有することは、複数のグループホームを抱える事業所にとっては非常に難しい問題である。その解決策の一つとして、当該事業所ではサイボウズというソフトが活用されていた。管理者をはじめ職員が、いつでもどこでも情報の把握ができるということで、十分に利用者に配慮したサービス提供が可能となっている。

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	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

利用者及び利用希望者の主体性を尊重した支援が、確実に実施されている。利用希望者には、見学や体験利用を勧め、本人が理解し納得した上で契約を結んでいる。しかし、管理者・職員は現状に満足することなく、利用者自らが更に理解を深め、「自分の家」としての認識を持って利用できる方法はないか検討が加えられている。利用者の意識はそこまで到達していないが、職員からは「グループホームは入所施設とは違う」という高い意識が感じられる。事例は少ないが、施設の変更や家庭への移行に関しては、「サービス提供マニュアル」の中に「退居手続き」として明示されている。

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	㉑ ・ b ・ 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	非該当

評価機関のコメント

すべての利用者に対し、サービス実施計画を3月に掲示して支援を実施している。グループホームの特性として、ある程度の支援については事業所側でコントロールできる立場にある。職員の都合を優先するならば、サービス実施計画の作成についても、すべて一時期に集中させて作成したり、実施したりする必要もないのだが、利用者側の視点に立ち、生活リズムに配慮して現行の方法を継続している。

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	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	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	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	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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	非該当
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ b ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ b ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ b ・ c

評価機関のコメント

すべての項目において、利用者の自主・自立を意識した高いレベルでサービスが提供されていた。その根底には、管理者の強い思い(「施設」ではなく「自分の家」)がある。食事では、職員個々の対応に任せるのではなく、食事の宅配業者と契約し、栄養面での管理も十分な食事が提供されていた。グループホームを強く意識し、「集団生活でも個々を意識した取り組みが実現できないか」を模索している。例えば、銀行に行き、預金したり下ろしたりできないか、人生設計ができないか等、さまざまな課題を検討し、指導、支援をしている。周りの生活環境が未整備の中、難しい部分もあるが、前向きに取り組む、少しでも実現に向かっていくことを期待したい。