

〔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26年1月15日(水)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人ぬくもり福祉会 (施設名)アットホーム	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)飯野 恭央	定員(利用人数):18名
所在地:〒446-0005 愛知県安城市池浦町丸田117	TEL: 0566-77-0555

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・常勤世話人が平日の朝・夕勤務する態勢となっており、非常に利用者に寄り添った支援が実践されている。実際にホームの見学をする中で、世話人が利用者のことをよく理解しており、利用者もホームで安心して生活していることがしっかりと伝わってきた。本当の我が家のような、まさに「あっとほーむ」な雰囲気作りがすばらしかった。・利用者のアセスメントについて、非常に詳細な情報が収集されており、利用者の生い立ちから現在までの生活状況がよく分かるよう整備されていた。本人理解において非常に有効な支援が行われている。 <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・利用者の安全確保のためのマニュアルは用意されているが、汎用性の高いものであって、具体的な数値等が記載されておらず、事業所の特色に配慮がなされているものになっていない。今後、見直しを行う際に、事業所の特色に対応できる内容へ改定することを期待したい。・改善点の分析や改善意欲が非常に高く評価できる。一方で、計画、実行、評価、見直しのPDCAサイクルの意識がやや低い。事業計画や事業報告をはじめ、PDCAの意識をしっかりと持ち取り組むことで、これまでよりも効率的かつ本質的な改善が期待できる。
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>各ホームでのサービス提供には自信を持っていたため高評価をいただいた結果に満足している。しかし総評意見にもあるようにPDCAサイクルの流れが不十分で、その時々に対応で支援、サービス提供をおこなっている。新年度はあらためて、PDCAサイクルを重点においたサービスをおこなっていきたい。たくさんのアドバイスをいただいたことを感謝し、よりよい利用者サービスをスタッフで考え実行し、改善を繰り返し利用者の笑顔を増やしていこうと思う。</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。

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

理念や基本方針について、分かりやすくまとめられ、法人パンフレット等へ記載されている。常勤職員へは法人内研修等の機会をととして周知に努めているが、非常勤職員へは現状では不足している。
利用者等への周知について、保護者会等をととして周知の機会を設けているが、利用者に対しては各ホームに掲示等はされているものの、理解しやすい工夫はされておらず、十分な周知に至っていない。

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

評価機関のコメント

中期計画では、法人としての課題について具体的な記載がなされているが、アットホームの項目については、解決すべき具体的な課題や計画に乏しく、法人理念や方針の実現に向けた内容とは言い難い。
単年度の事業計画についても中期計画との関連性に乏しく、運営規定等に記載されている内容に留まっている。

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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

管理者の役割については規定に文書化されている。また、機会を通じて地域とのつながりを大切にしていくことを、職員に向けて話をしている。地域の防災等の会議にも参加し、地域へ事業所のことを知ってもらうことで、平時の安心が有事の安全になるよう努めている。

第三者評価でのアンケートや職員に対して実施した「施設長に望むこと」アンケートについての受け止めを行い、改善に移していく意欲をもっている。管理者としての初年度でもあり、現在は事業所運営の円滑化に重点を置いており、業務改善等の具体的な取り組みは次年度以降の課題となっている。

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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

法人として在籍している利用者や保護者の意向を把握し、ケアホーム及び日中の生活の場所や日中一時支援事業等を新たに整備するなど福祉ニーズの把握、対応を積極的に行っている。

法人の理念、方針を大切にし、各ケアホームに保護者、本人の安心のため、常勤職員を配置している。そのため、人件費等の経営上の課題が存在していることを把握している。この点についてどのように対応していくのか、中長期計画、事業計画への反映が十分ではない。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

法人として、必要な人材に関するプランが確立され、その実現に向けた人事管理が計画的に行われている。半年毎に人事考課を実施し、結果について職員へフィードバックを行っている。現在は人事考課にあたって、適切な評価を行えるよう評価者の育成が課題となっている。

研修については基礎、初級、中級と階層に分けて、外部から講師を招いて職員研修を実施している。また、内部研修として、てんかん発作、記録の取り方等について研修を実施しているが、個別の教育計画の策定には至っておらず、それぞれの職員に優先的に実施すべき教育内容を分析し、実効性のある教育・研修計画の策定を期待したい。

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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

利用者の安全確保のためのマニュアルは用意されている。しかし、汎用性の高いものであって、具体的な数値等が記載されておらず、事業所の特色に配慮がなされているものになっていない。今後、見直しを行う際に事業所の特色に対応できる内容へ改定することを期待したい。

4ヶ月に一度、避難訓練を実施している。ホームでは災害時に備えて、おかしや水、防災グッズ等をホームごとに用意している。法人内の事業所で起きた事故やひやりはっと事例を収集し、水平展開をしている。しかし、事例収集にとどまり、自施設に置き換えた上で類似事故の発生を予防するための分析、対策等を行うには至っていない。

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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者は施設所在地の町内会理事会、自立支援協議会や男女共同参画会議、街づくりの会等、地域の活動に積極的に関わり、地域のネットワークづくりを大切にしている。地域の福祉ニーズについて、法人としてケアホーム及び日中の場を設ける等、計画的に取り組んでいるが、アットホーム独自の取り組みとして、地域の福祉ニーズについて事業計画等への文書化は行われていない。今後は把握した福祉ニーズに基づいた活動についても事業計画等で文書化し、組織としての取り組みを期待したい。

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) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者を尊重したサービス提供についての外部研修・内部研修ともに実施されている。外部研修で学んできた内容は他の職員へは文書で回覧されており、内部研修においては非常勤の世話人に至るまで研修が行われている。プライバシー保護に関してマニュアルが作成されていた。利用者等からの意見や要望については、普段の関わり合いの中から保護者と情報交換を密に行い、その上で要望を聞くことにより、真のニーズが吸い上げられるよう努めている。日中の支援の現場より、世話人が利用者に寄り添っていることが印象的で、常日頃から相談に乗りやすい環境作りができています。今年度発生した苦情について、マニュアルとして用意されている様式では未だ対応されていなかったが、早急に対応されることが望まれる。

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	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	a ・ Ⓑ ・ 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

定期的に第三者評価を受審しており、自己評価を行い、評価結果については管理者、サービス管理責任者、常勤の世話人が中心となりマニュアルの整備など、少しずつ行っている状況である。改善については具体的な改善計画を作成し、必要に応じて計画を見直していくことで、よりよいサービス提供に繋がるため今後の取り組みに期待したい。

提供するサービスの標準的な実施方法については、各ホームの業務マニュアルがそれぞれ整備されており、誰が見ても分かりやすく統一した支援が行えるよう努めている。場面ごとのマニュアルについては、整備されつつあるものを見直しについては明確な仕組みが整っておらず、効率的に見直すことができる体制作りが求められる。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

インターネットやパンフレット等にて、利用希望者に対して情報提供を行っている。インターネットについては、情報量を含めてさらなる改善を行っていくことが担当者から口頭で確認できた。体験利用に関しては、法人内の他のホームにて短期入所事業が利用できる体制となっている。サービス利用開始時には、できる限り利用者にも立ち会うよう配慮されており、契約書及び重要事項説明書など書面が取り交わされている。

事業所の変更等があった際も、非常に細やかに記されたアセスメント票をはじめ充実した文書が普段から整備されており、退所後は同法人内の相談支援事業に相談ができる体制となっている。

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	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	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

詳細な個別支援計画の作成がなされている。アセスメントについては「わたしのあゆみ」に記載しているが、見直しについては家族等の状況や利用者の最新の状況や意向が反映されるよう、組織として見直しに掛かる手順について定めることが望まれる。

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

評価機関のコメント

ホームごとに常勤の世話人を配置し、それぞれの世話人が可能な限り対応することで、利用者は安心して過ごすことができている。日常の支援についてはカレンダーや実物を用いるなど、視覚的に理解が進むようにそれぞれの利用者に合ったコミュニケーション手段を確保している。アセスメントの役割をもつ「わたしのあゆみ」を用意し、支援者が本人の生い立ちから知ることができるよう工夫している。

週末には利用者の大半が帰省のため外泊している。週末の過ごし方等について、一律帰宅するのではなく、家族や本人の状況を考慮した上で受け入れを可能とするよう、世話人配置等に工夫が望まれる。