

播磨地域居宅サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : たんぽぽ

(共同生活介護・共同生活援助)

評価実施期間 2010年10月5日 ~ 2011年2月28日

実地(訪問)調査日 2010年12月8日

2011年3月10日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

| | |
|--------|--|
| 名 称 | 特非)播磨地域福祉サービス第三者評価機構 |
| 所在地 | 姫路市安田3丁目1番地 姫路市自治福祉会館6階 |
| 評価実施期間 | 2010年 10月 5日～ 2011年 2月 28日 (実地(訪問)調査日 2010年 12月 8日) |
| 評価調査者 | HF06-1-0046 2010004 |

契約日から評価
結果の確定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|--|--|
| 事業所名称: (施設名) たんぽぽ | 種別: 共同生活介護・共同生活援助 |
| 代表者氏名: (管理者) 寺田 淳一 | 開設(指定)年月日: 昭和(平成) 18年 10月 1日 |
| 設置主体:社会福祉法人 佐用福祉会 経営主体:社会福祉法人 佐用福祉会 | 定員(利用人数)H.22.10.1 現在) 4(4)名 |
| 所在地:〒 679-5301 兵庫県佐用郡佐用2832番地の12 | |
| 電話番号:(0790)82-2682 | FAX番号:(0790)82-2877 |
| E-mail: ichouen@meg.winknet.ne.jp | ホームページアドレス: http://www.ichouen.or.jp/ |

(2) 基本情報

| | | | | | | |
|---|-----|------|-----|------|-----------|------|
| <p>理念・方針:</p> <p>ご利用者、家族にとって安心できる施設を目指し障害者福祉の発展に貢献する。</p> <p>1 利用者の個性と意思を尊重し安心して暮らせる施設をつくる</p> <p>2 家族が安心して託せる施設をつくる</p> <p>3 職員が安心しては働ける施設をつくる</p> <p>4 地域社会の期待にこたえ信頼される施設をつくる</p> | | | | | | |
| <p>力を入れて取り組んでいる点:</p> <p>常にご利用者の安心、安全を考える</p> <p>常に利用者の立場に立って考える</p> <p>利用者の個性を大切にし、その人らしい生活ができるように努める</p> <p>ご利用者が束縛されない自由な生活を送れるよう支援する</p> | | | | | | |
| 職員配置 ()はうち非常勤 職員を明示 | 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 |
| | 管理者 | 1(1) | 世話人 | 2(2) | サービス管理責任者 | 1(1) |
| | 支援員 | 1(1) | | () | | () |
| | | () | | () | | () |
| <p>施設の状況</p> <p>JR佐用駅前の古い民家を改修した男性4名のケアホームです。地域との交流が積極的に行われており、自治会を通して、さまざまな地域行事に参加したり、地域の方々と一緒に作業をするなど、地域住民としての生活を営まれています。</p> | | | | | | |

3 評価結果

総 評

特に評価の高い点

- ・サービス実施の記録については、施設内での勉強会を定期的に行うなど、記録にばらつきがないような工夫がなされています。
- ・施設全体で利用者を尊重した取り組みが行われています。
- ・利用者の主体的な活動についての支援を積極的にされています。
- ・地域との繋がりが密で、地域住民と共助しながら生活されています。
- ・家族への情報提供は、利用者の同意を得た上でなされています。

特に改善を求められる点

- ・個々のサービスについて、標準的な実施方法を明記し、サービス提供していくことが必要です。
- ・個別の障害特性に応じた勉強会や研修が必要です。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価を受けることにより課題が明確になり、今後の利用者支援に生かしていきたい。今回は利用者調査も行われて、利用者の要望、思いを知ることができ大変参考となりました。グループホーム・ケアホームは施設と違って小数の利用者の生活の場所であり、利用者の思いを尊重しながら進めていきたい。

各評価項目に係る第三者評価結果 (別紙1)

各評価項目に係る評価結果グラフ (別紙2)

評価細目の第三者評価結果

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|--|---------|
| - 1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。 | | |
| - 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。 | (a)・b・c |
| - 1-(2) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| - 1-(2)- | 利用者やその家族等の意向の把握と満足の向上への活用に取り組んでいる。 | (a)・b・c |
| - 1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。 | | |
| - 1-(3)- | 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。 | a・(b)・c |
| - 1-(3)- | 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。 | a・(b)・c |
| - 1-(3)- | 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | a・(b)・c |

特記事項

| |
|--|
| <p>利用者尊重の取り組みや利用者満足の向上については、施設内の勉強会をはじめ、定期的に利用者や家族の意見を聴取し、サービスに反映されています。</p> <p>利用者の相談や意見については、利用者本人から連絡が入ったり、世話人を通して責任者に連絡が入ったりすると、迅速な対応がされています。</p> <p>苦情解決の仕組みについても、写真入りのフローチャートをホーム内に置いています。しかしながら、実際の対応マニュアルがないため、苦情解決の体制については、支援にばらつきがみられます。今後、対応マニュアルの策定が望まれます。</p> |
|--|

- 2 サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------|
| - 2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。 | | |
| - 2-(1)- | サービス内容について定期的に評価を行い、取り組むべき課題を明確にしている。 | a・(b)・c |
| - 2-(1)- | 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。 | a・b・(c) |
| - 2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。 | | |
| - 2-(2)- | 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。 | a・b・(c) |
| - 2-(2)- | 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。 | a・b・(c) |
| - 2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。 | | |
| - 2-(3)- | 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。 | (a)・b・c |
| - 2-(3)- | 利用者に関する記録の管理体制を確立している。 | (a)・b・c |
| - 2-(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。 | (a)・b・c |

特記事項

質の向上に向けた取り組みについては、定期的に評価を行っています。しかし、評価結果を検討し、改善計画の確立までには至っていません。

また、個々のサービスの実施については、標準的なものがあるとのことでしたが、文章化まではされておらず、サービスの実施の流れを明示するマニュアル化（文章化）の策定が今後の課題です。

記録については、決まった書式になっており、ばらつきが生じないような工夫がされています。記録についての勉強会も計画的に実施されており、細かい指示が職員に周知されています。

- 3 サービスの開始・継続

| | 第三者評価結果 |
|---|-----------|
| - 3 -(1) サービス提供の開始を適切に行っている。 | |
| - 3 -(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。 | a (b) c |
| - 3 -(1)- 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。 | a (b) c |
| - 3 -(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | |
| - 3 -(2)- 事業所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。 | a · b (c) |

特記事項

サービス提供の開始・継続については、利用希望者に対してパンフレットやホームページでサービスの情報を提供しています。しかし、ケアホームへの希望者がいても、満室のため、体験利用できる部屋がないのが現状です。

サービスの継続性に配慮した対応については、現在、事例はありませんが、地域移行の希望者がいるとのことですので、今後は、地域移行への支援の充実が期待されます。

- 4 サービス実施計画の策定

| | 第三者評価結果 |
|--------------------------------------|---------|
| - 4 -(1) 利用者のアセスメントを行っている。 | |
| - 4 -(1)- 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | a (b) c |
| - 4 -(1)- 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | a (b) c |
| - 4 -(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。 | |
| - 4 -(2)- サービス実施計画を適切に策定している。 | a (b) c |
| - 4 -(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。 | a (b) c |

特記事項

アセスメントについては、統一した様式を使って行われています。

サービス計画の策定については、利用者の意向と同意を得て、一連の流れに沿って行われています。また、サービス実施計画の見直しは、利用者本位の視点で行われ、支援計画に反映されています。今後は、計画策定の仕組みの確立と手順の文章化が求められます。

評価対象 実施する福祉サービスの内容

- 1 利用者の尊重

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| - 1 -(1) 利用者の尊重 | |
| - 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をしている。 | a (b) c |
| - 1 -(1)- 利用者の主体的な活動を尊重している。 | a (b) c |
| - 1 -(1)- 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を整備している。 | (a) b c |
| - 1 -(1)- 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。 | a (b) c |
| - 1 -(2) 利用者の権利擁護 | |
| - 1 -(2)- 利用者の権利の行使を支援するための具体的な取り組みを行っている。 | a (b) c |
| - 1 -(2)- 虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置、性的いやがらせ等)等の人権侵害について、防止対策を図っている。 | (a) b c |
| - 1 -(2)- 利用者のプライバシー確保のための支援や工夫をしている。 | a (b) c |

特記事項

利用者尊重については、地域との繋がりを重視しながら、主体的な活動ができるよう支援がなされています。また、自らが行えるようになるための具体的な工夫事例も伺うことができました。

利用者の権利擁護については、住民としての権利行使や人権侵害についての防止策の取り組みが行われていますが、プライバシー確保のための支援については、マニュアルの整備をはじめ、工夫が必要です。

- 2 日常生活支援

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| - 2 -(1) 食事 | |
| - 2 -(1)- サービス実施計画に基づいた食事サービスを用意している。 | a (b) c |
| - 2 -(1)- 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している。 | a (b) c |
| - 2 -(2) 入浴 | |
| - 2 -(2)- 入浴は、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。 | a (b) c |
| - 2 -(2)- 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | a (b) c |
| - 2 -(3) 排泄 | |
| - 2 -(3)- 排泄介助は快適に行っている。 | 非該当 |
| - 2 -(3)- トイレは清潔で快適である。 | a (b) c |
| - 2 -(4) 衣服 | |
| - 2 -(4)- 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。 | (a) b c |
| - 2 -(4)- 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。 | a (b) c |
| - 2 -(5) 理容・美容 | |
| - 2 -(5)- 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。 | (a) b c |

| | | |
|-------------|---|-------------|
| - 2 - (5) - | 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | a (b) · c |
| - 2 - (6) | 睡眠 | |
| - 2 - (6) - | 安眠できるように配慮している。 | a (b) · c |
| - 2 - (7) | 健康管理 | |
| - 2 - (7) - | 日常の健康管理は適切である。 | a (b) · c |
| - 2 - (7) - | 必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。 | (a) · b · c |
| - 2 - (7) - | 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。 | a (b) · c |
| - 2 - (8) | 趣味・嗜好 | |
| - 2 - (8) - | 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。 | (a) · b · c |
| - 2 - (8) - | 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を尊重している。 | (a) · b · c |
| - 2 - (9) | 居室 | |
| - 2 - (9) - | 居室等の環境は適切である。 | (a) · b · c |

特記事項

自分のことは、自分で出来る方が多く、共同生活でのルール等は利用者自身で決められています。深夜は、利用者だけになりますが、緊急連絡の方法が周知徹底されています。

健康管理については、施設と連携しながら行われています。健康管理マニュアルも整備されており、マニュアルに沿った支援が行われています。しかし、健康維持・増進のためのプログラムが散歩のみで、プログラムの多様化が求められます。

また、内服薬・外用薬等については、個人の処方箋の管理は行われていますが、今後は、管理体制の整備と具体的取り組みが求められます。

- 3 社会生活支援

| | | |
|---------------------|-------------------------------|------------------|
| - 3-(1) 余暇・レクリエーション | | |
| - 3-(1)- | 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行っている。 | a・ (b) ・c |
| - 3-(2) 外出・外泊 | | |
| - 3-(2)- | 外出は利用者の希望に応じて行っている。 | (a) ・b・c |
| - 3-(2)- | 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮している。 | (a) ・b・c |
| - 3-(3) 所持金・預り金の管理等 | | |
| - 3-(3)- | 預り金について、適切な管理体制を作っている。 | (a) ・b・c |
| - 3-(4) 就労・社会参加 | | |
| - 3-(4)- | 就労に関する取り組みを確立している。 | 非該当 |
| - 3-(4)- | 社会参加に関する多様な機会を確保している。 | a・ (b) ・c |

特記事項

外出・外泊については、自由に行われています。地域の自治会の加入により、積極的に地域行事に参加したり、個人で自転車を所有することにより、外出を楽しまれています。また、外出時には、行き先がわかるよう、ホワイトボードに行き先と時間が書かれています。

社会参加に関する機会については、さまざまな社会参加の機会が確保されていますが、利用者の意識調査の結果を反映したものとはなっていません。今後は、利用者の意向に沿った支援が求められます。

- 4 障害特性支援

| | | |
|----------------|--------------------------|------------------|
| - 4-(1) 障害特性支援 | | |
| - 4-(1)- | 利用者個々の障害の特性に応じた支援を行っている。 | a・ (b) ・c |
| - 4-(1)- | 行動障害のある方への特別な支援を行っている。 | 非該当 |
| - 4-(1)- | 重複障害のある方への特別な支援を行っている。 | 非該当 |
| - 4-(2) 家族支援 | | |
| - 4-(2)- | 家族に対する支援、助言を行っている。 | (a) ・b・c |

特記事項

利用者の能力や障害の特性の把握については、アセスメント時に行われていますが、個別の障害についての研修や障害特性に応じた支援までには至っていません。

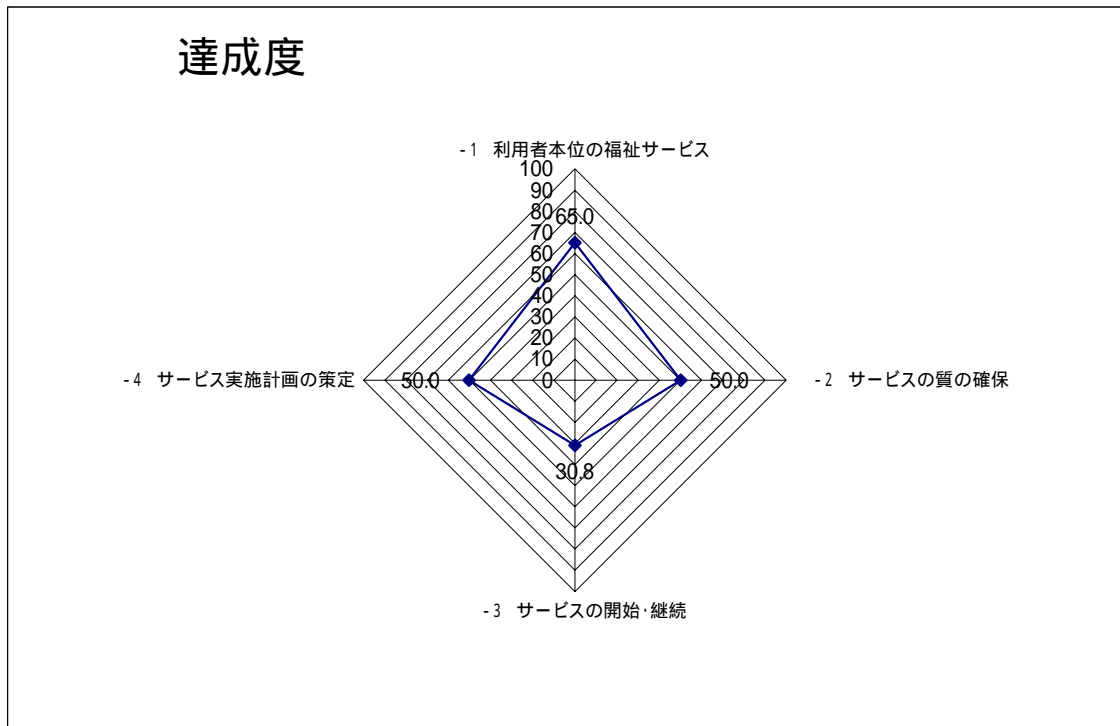
今後は、個々の障害特性に応じた研修や支援が求められます。

家族支援は、定期的に情報交換を行い、年2回以上の家族を対象とした講習会を実施されていることを確認しました。また、利用者の同意の上で、サービスの利用状況の報告が毎月なされています。

各評価項目に係る評価結果グラフ（別紙2）

達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|-----------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| -1 利用者本位の福祉サービス | 20 | 13 | 65.0 |
| -2 サービスの質の確保 | 22 | 11 | 50.0 |
| -3 サービスの開始・継続 | 13 | 4 | 30.8 |
| -4 サービス実施計画の策定 | 12 | 6 | 50.0 |
| ～ 合計 | 67 | 34 | 50.7 |



各評価項目に係る評価結果グラフ（別紙2）

達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|----------------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| 1 - (1) 利用者の尊重 | 16 | 9 | 56.3 |
| 1 - (2) 利用者の権利擁護 | 11 | 7 | 63.6 |
| 2 - (1) 食事 | 8 | 5 | 62.5 |
| 2 - (2) 入浴 | 8 | 5 | 62.5 |
| 2 - (3) 排泄 | 6 | 4 | 66.7 |
| 2 - (4) 衣服 | 5 | 4 | 80.0 |
| 2 - (5) 理容・美容 | 5 | 4 | 80.0 |
| 2 - (6) 睡眠 | 5 | 3 | 60.0 |
| 2 - (7) 健康管理 | 14 | 10 | 71.4 |
| 2 - (8) 趣味・嗜好 | 6 | 6 | 100.0 |
| 2 - (9) 居室 | 4 | 4 | 100.0 |
| 3 - (1) 余暇・レクリエーション | 4 | 3 | 75.0 |
| 3 - (2) 外出・外泊 | 7 | 7 | 100.0 |
| 3 - (3) 所持金・預かり金の管理等 | 3 | 3 | 100.0 |
| 3 - (4) 就労・社会参加 | 3 | 2 | 66.7 |
| 4 - (1) 障害特性支援 | 4 | 1 | 25.0 |
| 4 - (2) 家族支援 | 3 | 3 | 100.0 |
| 合計 | 112 | 80 | 71.4 |
| 総合計 | 179 | 114 | 63.7 |

達成度

