

〔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22年12月14日(火)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人あいち清光会 (施設名) フレンドホームこすも	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) 川崎 純夫	定員(利用人数): 18名
所在地:〒485-0804 愛知県小牧市池之内1270番地1	TEL:0568-78-1919

③総評

◇特に評価の高い点

知的障害者の入所施設をバックアップ施設とした、4棟18名定員のケアホームである。世話人を除けば、ケアホームに携わる職員は全て同法人の運営する入所施設及び通所施設の職員の兼務となっている。それゆえ、職員への法人理念や事業計画等の周知は十分にできている。

世話人が情報不足になったり、意思の疎通を欠いたりしないよう、午後の出勤場所をバックアップ施設として施設職員との情報共有を図っている。世話人の採用に際しては、極力地域出身者を優先的に採用する方針をもっており、ホームが地域と融和し、利用者が地域で安心・安全な暮らしを継続できるよう配慮している。

感情的に起伏の激しい利用者に対しては、別棟の用意や相談しやすい職員を配置するなどの個別配慮をしている。また、利用者本位の生活を支援するため、利用者の意向を重視し、身体能力や病状に合わせて住み替えを実施している。次年度計画に上っているケアホームの新設計画では、車いす利用者への対応に重点を置いて企画を進めている。

◇改善を求められる点

一般職員と世話人との間に、情報量や意識のギャップをなくそうとの施策が打たれてはいるが、非常勤世話人に対する教育・研修機会が少ない等の課題が見えて来ている。コーディネーターがいるとは言うものの、日々世話人と利用者との係わりは深い。法人の高遠な理念を実践して行くためにも、十分な研修を積んでほしい。

自己欲求をうまく表出できる利用者とうでない利用者があることから、提供するサービスが均一にならないことが起こりうる。自身の気持ちを口にしない利用者の思いや意向をもくみ取って、支援につなげていく取り組みにも期待したい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

利用者本位の生活支援を行っている点を高く評価して頂きありがとうございます。

しかし、改善点にも挙げられていますとおり、ご自分の気持ちを口にさせない利用者の思いの汲み取りがどこまで出来ていたのだろうかと気づかされました。今後は非常勤の世話人の教育・研修の機会を増やし、一人ひとりの豊かな生活を目指し努力していきたいと思っております。

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	Ⓐ ・ 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

バックアップ施設である入所施設(サンフレンド)と同じように、法人の「基本理念」と「支援者心得12条」を基に運営されている。現場で直接支援に当たる世話人と職員との意思の疎通を図ったり、情報を共有したりするために、世話人の出勤場所をバックアップ施設として対処している。しかし、様々な面において世話人と職員との間にはギャップが感じられ、意識の一体化のためには一工夫がほしい。

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・長期計画として「あいち清光会第3次5カ年計画(2009年～2013年)」を策定し、既存ホームの整備計画と新たなケアホーム建設計画を盛り込んでいる。計画書の中に資金計画の項目を設けて資金手当ての予定を組んでいるが、具体的な収支計画とはなっていない。
「事業概要(22年度版)」及び「平成22年度あいち清光会事業計画」にケアホームの事業計画を盛り込んでいるが、4ヶ所のケアホームの施設概要を記述するにとどまっており、支援の内容や事業所としての方向性(ホームごとの特性、差別化等)が見えてこない。

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	㉠ ・ 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

利用者としての係わりを持った人には、本人の思いや意向を重視し、事業所(ケアホーム)だけにとどまらず法人をあげて支援する体制を取っている。その利用者本位の姿勢が最も端的に表れているのがケアホームであり、ケアホームの機能を有効に利用するための改革・改善が進んでいる。
 管理者の強いリーダーシップの下、利用者の障害程度区分や身体的な機能を考慮した住み分けを行い、利用者が安心して地域生活を継続できる仕組みを構築しようとしている。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

当法人に限らず、自立支援新法の下では、ケアホーム、グループホームを使った共同生活介護や援助の事業は経営的には楽ではないはずである。そのような中でも、各種助成制度の適用を受けつつ法人全体のトータルバランスを考慮し、資金を適正投下した政策を打ちだしている。管理者が、業界団体の役員を務めていることから、そこから得られる豊富な情報は大きな武器となっている。
 法人が契約する外部の経営コンサルタントは、主として財務・会計面への係わりが深い。

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 ・ b ・ ㉠
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 ・ b ・ ㉠

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	a ・ b ・ ㉡
	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 ・ b ・ ㉡
	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 ・ ㉡
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 ・ ㉡

評価機関のコメント

中・長期計画や単年度の事業計画に、ケアホーム事業に関する人材への記述がほとんど見られない。ケアホーム職員を他施設の職員と兼務させたり、世話人の出勤場所をバックアップ施設とするなど、ホームの円滑運営に資する独自の取り組みがあるだけに、世話人を含んだ職員の育成や人的プランの記述はぜひほしい。
時間的な制約もあつてか、教育・研修面では、一般職員と世話人との受講機会に差があり課題を残している。実習生の受け入れはなく、見学程度に終わっている。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

少人数の利用者を少ない職員配置で安全に支援するため、バックアップ施設と連携した体制を構築している。さらに支援の体制を盤石にするために、ホーム内を改装して機能性を高めたり、利用者の病状の進行に合わせて住み替え(ホームの移行)を行ったりする取り組みも見られた。

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	a ・ ㉢ ・ 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 ・ b ・ ㉡

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>利用者が地域と係わりをもって普通の生活を営むこと(ノーマライゼーション)は、当法人の根底に流れる大きな支援目的でもある。地域に根付いた職員(世話人)を採用したり、地域イベント(町内会旅行)へも積極的に参加するよう取り組んでいる。バックアップ施設で相談支援事業を展開しており、その相談事例を通じて在宅障害者の状況やニーズを把握している。それらの検討から、目的別、機能別のケアホーム、グループホームの増設が計画された。</p>
--

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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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

<p>支援の基本方針は、支援者心得12条として具体的に示されており、個人情報に関わる規程類も整備されていた。夕食前の何気ないクリスマス会についての会話の中に、利用者が意見を述べやすい環境を見いだす事ができた。一般就労のため、他の入居者とはやや日課や生活場所が異なる利用者が、「私の知らないところで決められては困る」というような不満を口にしていた。家庭的な環境を目指すグループホーム・ケアホームにとって、日常の風景として当然に起こりうると思われる。が、施設長や世話人が目の前にいる中で、不満をつい口にすることができるのは、それが発せられるだけの雰囲気は保たれ、その不平不満に対して決してうやむやにせず、これまでも適切に対応されてきたことの証左でもあると思われる。</p>
--

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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>法人内の他施設と合同で、支援に必要な職員を集めての定期会議が実施されている。 グループホーム・ケアホームの職員が、入所施設や通所施設での勤務を行う事があり、それぞれの利用者の情報を共有するだけにとどまらず、各事業の専門性をお互いに認識できる機会ともなっていた。このような体制は、勤務表作成や、労務管理などにおいて多くの労力が必要とされ、職員にも一定の負担がかかると思われる。が、入所施設、通所施設、グループホーム等に従事する職員間に目に見えない壁を作らないためには、有効な体制であると思われる。 世話人業務についての実施方法の文書化も、基本部分は構築されていた。</p>
--

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	a ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

<p>重要事項説明書、契約書、個別支援計画書など必要な書類は整備されており、利用者の同意も得られていた。利用者の中には文字を読める方もみえるため、本人にもわかりやすい表現にした書類も用意されていた。 ヘルパー付き添いでの散歩の実施など、居宅介護事業所との連携も確保されていた。家庭への移行を意識してか、食事の準備に精を出す利用者の姿も確認できた。</p>

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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

平成22年4月に新しいホームが開所し、終の棲家としてのグループホーム・ケアホームのあり方を念頭に置いて運営されている。
 個別的な事例として、日中は一般企業に就労されている若い利用者について、貯金のあり方や異性とのつきあい方についても本人と話し合いを重ねている。そして、単に地域生活を営むということだけでなく、そこで家庭生活を築いていくということにも着眼した個別の支援計画が示されていた。

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	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	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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	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

一般就労している利用者と通所施設に通う利用者において、通勤時間の違いや残業の有無など様々な理由から生活の様態が違っているが、居住場所を別棟にしたり、食事時間をずらしたりして流動性を持たせた取り組みが見られた。評価日当日も就労先での忘年会参加について、夕食の有無や場所に関する本人との打ち合わせが行われていた。フィットネスクラブへの通い、DVDのレンタル方法の習得など個人的な希望の実現において、店との連絡調整やヘルパー付き添いの手配、必要な手続きの反復練習など、きめ細かな個別対応が実施されていた。感情的に起伏の激しい利用者に対しては、別棟の用意や相談しやすい職員を配置するなどの個別配慮をしている。