

〔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) 銀河	種別:(施設種別) 生活介護 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 川崎 高子	定員(利用人数): 30名
所在地:〒485-0801 愛知県小牧市大字大山字岩次208番地の3	TEL:0568-47-2555

③総評

◇特に評価の高い点

法人の確固たる信念の下、自由選択や自己決定を重んじた利用者本位の支援を実践している。行動規範ともいべき「支援者心得12条」が定められており、その精神の下に管理者・職員が一体感を持って支援に打ち込んでいる様子がうかがえる。

身体的能力が急速に落ちていく利用者において、療護施設等への移行前に、少しでも本人の希望を叶えられるように、音楽大学を卒業した職員によるピアノ演奏の個別指導が行われていた。

機能訓練や手工芸の作品作りの過程において、職員による手作りの用具や手順を示した写真などが準備され、各工程についてスモールステップを踏みながら、次の段階へ移行していく様が、利用者本人にとっても分かりやすく示されていた。手工芸の作業においては、各段階の習熟度を現す作品が、個人別にアルバム形式で保管されており、文字による記録だけでなく、具体物でも記録しており、今後の貴重な資料になると思われる。

年に一度、入所、通所、グループホーム、ケアホームの約130名の利用者全員が、ホテルでのディナーショーに行くことを年中行事としている。既に利用者個々は衣装選びに入っており、気分は大いに盛り上がっていた。

◇改善を求められる点

事業計画は綿密に作成されているように見えるが、その多くは利用者への支援に紙面が割かれている。利用者を支える周辺の要件や環境をも網羅されることを望みたい。職員の育成(教育・研修)に係わる事項、地域との交流や連携に関する事項等は必須であろう。

先発の入所施設(サンフレンド)と職員が兼務状態にあることもあってか、業務上での依存度が高くなっている部分が見られた。実習生の受け入れは、入所施設主導で行われており、事業所としての独自・積極的な取り組みは見られない。また、支援の現場で使用するマニュアル類に関しても、入所施設のものを準用するケースが散見された。事業所固有のものを作成して行くことで、通所施設独自のサービスの明確化とその質的向上に期待したい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

利用者本位の支援が実践されているとの評価はとても嬉しく思います。これは、職員一同が一番心がけて業務にあたっている点であります。

改善点として、サンフレンド(入所施設)への依存度が高い点につきましては、銀河開設4年目であり、多機能型事業所から生活介護事業所へと事業内容が変更され、ようやく落ち着いてきましたので改善に努めたいと思います。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

平成11年にオープンした入所施設(サンフレンド)の隣地に、通所型の知的障害者施設として開設され4年目を迎えている。地域の福祉ニーズと市・行政の要請に応じて開設されたもので、隣接の入所施設の利用者定員を補完する意味合いも強い。事業所運営の基盤となっているのは基本理念と支援者心得12条であり、法人のゆるぎない精神と障害者福祉への熱い思いが込められている。入所施設との兼務職員が多く、理念や方針の周知は十分である。

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

評価機関のコメント

「あいち清光会第3次5カ年計画(2009年～2013年)」を策定しているが、事業所としての取り組むべき方向性が見えてこない。単年度の事業計画は「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」に盛り込まれているが、利用者への支援内容を主体に作成されており、付随した要素(職員の育成、地域との連携・交流等)への記述が少ない。利用者・家族への周知にも、一工夫がほしい。

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

法人の持つノーマライゼーション配慮の思想は、管理者にも十分に備わっており、公私にわたっての支援を続けている。何事においても利用者主体の精神を重んじ、自由選択や自己決定の場を提供しようと努めている。
 年齢的には若い職員が多いが、第三者評価受審を通して組織内を一つにまとめ上げることに成功している。柔らかく落ち着いた物言いながら、芯の強さと改善実行力を兼ね備え、職員の先頭に立って進んでいる。

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

隣接する入所施設の施設長は、県の知的障害者福祉協会の要職にあることから、法的な措置や制度の変更、外部動向等の情報は素早くキャッチできる体制にある。それらを収集・分析することにより、事業所運営に活かしている。
 外部コンサルタントに依頼して経営分析を行っているが、そこから得られる指摘内容は財務、会計面に関することが多い。

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 ・ ㉔
	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 ・ ㉔ ・ 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 ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

中・長期計画に「職員のスキルアップ(福祉QC、研修)」とあるのみで、事業計画として具体化したものが確認できなかった。人事考課は行われておらず、法人の今後の大きな課題としての認識にとどまっている。
 福利厚生面へは積極的な取り組みが見られ、精神面、肉体面ともに働きやすい職場づくりを目指している。定期の健康診断で3名の職員の病気を早期発見でき、大事に至らずに済んでいる。
 人事考課がないため、職員個々の不足力量を把握することができず、体系的な教育・研修のシステムの構築はできていない。
 実習生の受け入れはあるものの、隣接の入所施設への依存度が高く、事業所独自の取り組みとはなっていない。

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 ・ ㉔ ・ 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

安全管理のための各種のマニュアルを整備して、利用者の安心・安全な生活を守ろうとしている。ただ、土曜日(事業所の休日)に行われる余暇活動の「いきいき活動」時には、職員を十分に配置できない場合もあり、安全確保の観点からは課題を残している。
 ヒヤリハットの取り組みについては分析の甘さも見えるが、事故報告書には発生の原因究明と再発防止策が講じられており、組織的な態勢の構築がうかがわれる。

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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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

事業所イベントである「夏祭り」には、地域住民が数多く参加する。一方、地域からも地域イベントへの招待の話が来るが、利用者の重度化もあって参加しづらい状況下にある。
市・行政の意向もあって、市内の知的障害者を対象としたニーズ調査を実施した。その結果を基に、地域が必要とするサービスを事業化しようとの動きも見える。利用者の身体的な機能に合わせた住み替え等(ケアホーム、グループホームへの移行)も逐次実施に移されている。

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	a ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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

具体的な基本方針として、支援者心得12条が示されており、個人情報に関わる規程類も整備されている。
年度初めのアンケート調査、家族二者面談などにおいて、利用者等からの要望を聞き、それに沿う計画が立案され、その要望が実現できるよう体制整備に努められていた。一例として、身体的能力が急速に落ちていく障がいを持っている利用者において、療養施設等への移行前に、少しでも本人の希望を叶えられるようにと、音楽大学を卒業した職員によるピアノ演奏の個別指導が行われていた。
苦情の記録においては、適切に管理されており、施設内に相談窓口の案内も掲示されていた。

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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人内の他施設と合同で、サービス管理責任者、看護師、支援員などの関連職種による定期会議が実施されており、利用者支援に関わる必要な改善策も立てられていた。職員は入所施設やグループホームでの勤務も行う体制をとっており、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ものとなっている。

文書化されたサービス実施方法については、先発の入所施設のものを準用するケースが散見された。事業所固有のものを作成して行くことで、通所施設独自のサービスの明確化とその質的向上に期待したい。

パソコン管理の下、サービス実施の記録は適切に作成されていた。

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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

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。

平成21年度から22年度にかけて中止した就労移行事業においても、十分な説明がされており、特に、工賃の取扱においても大きな問題はなく、ほとんどの利用者が継続利用となっていた。

他施設や家庭への移行に際しての定められた書式がなく、必要に応じて書類を作成したり、口頭で伝達したりして対応している。

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	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

個別支援計画は、適切に策定され、見直しもされていた。しかし、見直しの時期については、計画より遅れているケースもあった。その解決策としては、計画の立案、スケジュール管理方法などについて、現状の分析や原因究明を行う等の組織的な対応が求められる。

地域移行については、同一法人内にグループホーム、ケアホームがあり、希望者には現地の見学も行われている。平成22年4月に新しいホームも開所されており、今後も利用者のニーズに合わせて増設の計画を持っている。

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	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	㉑ ・ b ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	非該当
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	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当

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

評価機関のコメント

機能訓練や、手工芸の作品作りの過程において、職員による手作りの用具や手順を示した写真が準備されており、各工程についてスモールステップを踏みながら、次の段階へ移行していく様が、利用者本人にとっても分かりやすいものとなっていた。

手工芸においては、各段階の習熟度を現す作品が、個人別にアルバム形式で保管されており、文字による記録だけでなく具体物で記録することにより、今後の貴重な資料になると思われる。

年に一度、入所、通所、グループホーム、ケアホームの約130名の利用者全員が、ホテルでのディナーショーに行くことを年中行事としている。既に利用者個々は衣装選びに入っており、気分は大いに盛り上がっている。