

〔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7日(水)

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) サンフレンド	種別:(施設種別) 知的障害者入所更生施設 (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): 50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:0568-47-1181

③総評

◇特に評価の高い点

「この子 わが子なりせば…」で始まる法人の基本理念や「支援者心得12条」を知的障害者に対する支援の柱としており、管理者はじめ職員に至るまで、その思いは篤い。職員の中には、法人の目指す高い理想や管理者の人間性にひかれて入職した者も多い。

大型施設における支援の限界を感じており、利用者個々に適切なサービスを受益できるよう、様々な改善や変更を実行中である。利用者の高齢化や重度化に対して、施設定員を減少させ、少人数の利用者を適切な職員配置で厚く支援しようとする意向を持っている。また、ケアホームやグループホームへの住み替えを行い、利用者の持つ能力の発揮場面を提供したり、身体障害との合併障害を持つ利用者にも、安心・安全な居住環境を提供しようとしている。

施設利用者・家族だけでなく、地域の在宅の知的障害者に対してもアンケートによる福祉ニーズの調査を行い、福祉有償輸送事業等の新たな事業展開へも乗り出した。採算面でのメリットは無いようであるが、地域にニーズがある限り事業継続して行く方針を持っている。

◇改善を求められる点

職員に対する処遇や人事が幹部による合議で決定されており、人事考課や目標管理のシステムがない。結果として、チームワークの良さはあるものの、競争原理による職員の質の向上や組織の活性化が薄くなっている。

P-D-C-Aのサイクルがうまく機能しておらず、実施した施策が無駄になっている部分がある。例えば、研修後に教育効果が検証されていなかったり、ヒヤリハット報告書が収集・分析されず有効な予防策を導き出していなかったり、事故発生後に該当するマニュアルの見直しが実施されていなかったりと、支援の各所に点在している。必要と思われるマニュアル類に関しては、定期的な見直しをルール化することを推奨したい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

入所施設では、一人ひとりのきめの細かいサービスが難しく、限界を感じていた中で、初めて第三者評価を受審しましたが、自己評価以上の評価をいただき光栄に思っています。

しかし、ご指摘のとおり、職員の人材育成が今後の課題であり、職員が責任とやりがいを持って、自らが考え行動できる環境と職場づくりが大切であると改めて気づかされました。

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

管理者(施設長)の強い信念が、「“この子、わが子なりせば”の親の恩を…」で始まる基本理念や支援者心得12条に盛り込まれている。この理念に忠実に障害者への支援が実践されており、職員や利用者・家族に対しての周知も深い。障害者支援のあり方を、「大規模施設型」から「少人数によって、少人数を支援する」方向へと軌道を修正して取り組む方針である。今後の展開に注目したい。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

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、大まかに課題を整理して活動の方向を明示している。自立支援法への移行直前でもあり、詳細な収支計画は作成されていない。法人の「事業概要(22年度版)」に、事業所の事業計画が網羅されている。利用者へは、行事計画を中心に連絡されており、間近に迫った「犬山ホテル」での恒例の食事会を前に、利用者の期待感の高まりが感じられる。

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

管理者のゆるぎない信念に傾倒し、後に続く職員は多い。法人外においても各種の関係団体の役員を務める等、業界全体の質の向上にも努めている。
第三者評価受審に際しても、サービスの質の向上や業務改善に資する気付きやヒントを得ようとの熱い思いが伝わってくる。

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

関係団体の要職にあることから、事業経営に関する情報量が多い。自立支援新法への移行、大型施設の定員削減への取り組み、利用者の高齢・重度化問題、ケアホームに対するバックアップ施設としての役割、地域の福祉ニーズを踏まえた事業展開等々、事業所が直面している課題に真正面から取り組んでいる。「社会事業を志さんと欲せば 施して求めることなかれ」の精神の神髄を見ることができた。
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、指摘内容は財務、会計面に重きが置かれたものとなっている。

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	a ・ b ・ ㉔
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 ・ ㉔

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	Ⓐ ・ 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 ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

「事業概要」には、人事プランや職員の育成・教育に関する事項が含まれていない。幹部の合議によって処遇が決定されており、人事考課の制度はない。職員の待遇改善に積極的に取り組んでおり、休暇に関する新たな制度の導入や業務の見直し等によって、残業時間を減らし有給休暇を取りやすくしている。

体系的な研修のシステムはないが、「研修台帳」によって職員個々の研修計画や履歴を管理している。外部研修にも積極的に参加させ、復命書による報告や勉強会による他の職員への共有化の取組を行っている。しかし、研修効果の検証(評価)を行って、次回の計画に反映させる仕組みはない。

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

利用者の高齢化や病状の進行等により、利用者個々の身体的な能力差が顕著となってきたため、身体的な弱者の安全を確保するための取組を始めている。ケアホーム、グループホームへの住み分けを行ったり、施設定員を減らして密度の濃いサービスを提供して行こうとの計画も進んでいる。

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

「事業概要」に、地域との交流やボランティア受け入れの基本姿勢が載っており、地域への積極的な働きかけを行っている。恒例となった「夏祭り」は、地域の住民を含め500名の参加者を集める。地域の福祉ニーズを把握するため、利用者だけでなく、在宅の未利用者に関してもアンケート調査を行った。その結果を受けて、新たなサービス提供の準備に入っている。収益面には課題のある「福祉有償運送事業」ではあるが、地域に需要があるとの理由からサービスを継続している。

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	Ⓐ ・ 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	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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

利用者を尊重する姿勢は、理念と支援者心得12カ条によりはっきりとした明文化をしており、新人研修のカリキュラムにも盛り込まれている。意見箱にも投稿があり、回答を書いて掲示板に貼るなど、要望を把握する仕組みと実際の取り組みが十分に機能している。家族会、懇談会などでも意見を聞く機会を持っている。苦情解決の方法も定まっており、分野別の担当者を明示している。これらが有効な仕組みとして、引き続き有効性を維持できるよう、手順化することも一考であろう。

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	㉒ ・ 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	㉒ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

毎月の各種会議を通して、業務実施内容が適切であるかを自己評価することが行われている。そこから取り組むべき課題は抽出しているが、書類(記録)にはなっていない。
標準的なサービス実施方法について文書化されたものがある。しかし、体系的な見直しの方法(更新時期や改訂方法など)が定まっておらず、改善の余地が残されている。
日々のサービスの実施状況の記録はパソコンで処理されており、適切な管理下にあった。

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	㉒ ・ 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

パンフレット、ホームページの制作により、情報を提供しており、納涼祭を通じての地域への情報提供もある。市役所にパンフレットを置かせてもらうことを、今後の検討課題にあげている。利用者への同意については、利用開始時の契約書や規程、同意書などを用いて受け取っている。
他施設や家庭への移行に際しては、必要に応じて書類を作成したり、必要事項を口頭で伝達したりして対応している。適切な様式の策定が待たれる。

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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

アセスメントは定められた手順に従って行われているが、職員の業務都合もあってか、実施時期が予定より遅れることがある。サービス実施計画の評価見直しは、定期的(半年、1年)に実施することとなっているが、それ以外に見直した例は少ない。定期的以外の見直し(アセスメント、プラン作成、評価)についても、基準・手順や仕組みの構築が必要となっている。

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

評価機関のコメント

食事は専門性の高い職員(調理師)を起用し、適温で提供しており、膳を運んだり片付けたりすることがしやすいようになっている。排泄については、個別ケアを進めていくために標準となるケア方法を明らかにして、そこから発展方法を考えている。新型・季節性インフルエンザの流行に備えて感染予防対策を講じたり、預かっている薬の情報を把握し、使用記録を作成する等、紛失や誤薬に対する対処や配慮がやや薄い。必要かつ重要と思われるマニュアル類が、見直し・変更されないままになっていたり、不完全なものも見受けられた。