

〔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23年3月7日(月)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人愛光園 (施設名) ひかりのさとのぞみの家	種別:(施設種別) 施設入所支援、生活介護、短期入所 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 加藤 俊一	定員(利用人数):50名(施設入所支援)
所在地:〒470-2102 愛知県知多郡東浦町緒川東米田22番地	TEL 0562-83-9938

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>法人設立から40数年が経ち、当該事業所も障害者福祉の草分け的な存在として30有余年の歴史と伝統を誇っている。「人としての尊厳」と「共に生きる」ことを法人理念の柱に置き、事業所の方針として、「生きがい追求できる自己実現の場」、「相互の助け合いによる安心の場」、「地域の社会資源としての存在」を掲げている。</p> <p>それらの方針の具体的な実践が、日々の支援の中で随所に見られた。電動車いすを使って街への外出を自由に楽しむ女性、障害を持ちながらも無線免許を取って海外と交信する男性、趣味のオーディオ機器をそろえた利用者、ここでの友達の多さを誇らしげに語る女性利用者、等々である。満足の意を示してくれた利用者の多くに共通するのは、「自由意思の尊重」を底流とした支援の存在であろうか。</p> <p>2年前の受審時に課題として取り上げられた項目については、まだ完全ではないものもあったが、そのほとんどに何らかの取り組みの跡が見られた。前回評価に比べ、さらに充実した感が強い。</p> <p>支援の内容の充実や確かさが見て取れたが、今回の自己評価では自らを厳しく見つめ直している。現状に満足することなく、さらに高い次元の支援を追い求める管理者や職員の姿勢に敬意を表したい。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>法人の設立時期から係わりを持っている管理者は、他事業所での管理者としての経験もある。これまでに蓄えた豊富な知識や情報を使い、事業計画を始め主要な計画のほとんどが、管理者と一部の中堅・幹部職員によって策定されている。配転、新規・中途採用等によって、現場経験の浅い職員が増えていることも一因ではあろうが、次代の担い手を育成する意味からも各種の計画策定には一般職員の参画が望まれる。</p> <p>能力評価を中心とした人事考課の制度はあるが、その結果から職員個々の不足力量を検出・把握し、個別の教育計画へとつなげていく取り組みが見られなかった。研修終了後に、教育効果を検証・評価する仕組みも構築されていなかった。教育・研修の“実施”を目的とせず、学んだことの“現場への還元”の確認(評価)を期待したい。</p> <p>施設建物の老朽化によって、ハード面での改修・更新が必要と思われる部分もあったが、既に建て替え・移転の計画が進行していることもあり、その際に十分な配慮を持って取り組んでいただくことを切望したい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>普段、なかなか振り返ることの少ない日常の業務にあって、客観的な視野に立って、サービスの質を評価して頂くことは、とても大きな意味があると思います。</p> <p>今回、自己評価を大きく上まわり、予想以上に好評価を頂きました。</p> <p>また、多くの改善点も見出すことができました。今後、職員間で共有した上で、より質の高いサービス提供に努めていきます。本当にありがとうございました。</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	Ⓐ ・ 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

「人としての尊厳」と「共に生きる」を柱としている法人としての理念に、事業所の方針として、「生きがい追求できる自己実現の場」、「相互の助け合いによる安心の場」、「地域の社会資源としての存在」を掲げて、具体的な取り組みに枠組みを与えている。障害を持ちながらも無線免許を取得して海外と交信する男性、オーディオ機器をそろえた利用者、ここでの友達の多さを誇らしげに語る女性利用者等々、支援の様々な場面で事業所の方針を踏まえた活動が見られた。職員、利用者ともに、法人の目指すところや事業所の進んでいる方向を理解している。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

法人の示すプランに従って、事業所の2009～2011年の中・長期計画が策定されていた。収支計画を伴ったものとはなっていないが、この中・長期計画の中で重点課題として取り上げたものが、単年度の事業計画に盛り込まれていた。配転、新規・中途採用等によって当該事業所での現場経験の浅い職員が増えており、管理者と一部の中堅・幹部職員の手で計画が策定されている。会議等を通して職員への周知は図られているが、利用者への伝達は行事計画を主体として伝えており、事業計画の全般を周知させる取り組みは薄い。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

管理者は当該法人の設立時期から係わりを持っており、法人が運営する他事業所での管理者としての経験もあることから、豊富な知識を持って運営にあたっている。当該事業所への配転1年目であり、今期は職員個々の力量の見極めや考え方を把握することに重点を置いている。
改善への本格的な取り組みは次年度以降になろうが、今期蓄えた情報を基に、大きな改善・改革が期待できる。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉑

評価機関のコメント

地域の自立支援協議会や各種の研修参加により、障害者福祉の草分け的な存在たるに十分な情報を持っている。大きくなりすぎた法人の運営基盤のリストラクチャリング(再構築)、利用者の高齢化・重度化に対する設備(ハード)と支援(ソフト)両面での対策、成果主義の思考を取り入れた職員の質を確保するための人事考課制度の確立等、管理者は事業所の枠を超え、法人レベルでの課題の抽出を行っている。
定期的な第三者評価の受審はあるが、事業の透明性を担保すべき外部監査の実施はない。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

人事は法人本部の専任事項として、法人が運営する全事業所の人事プランの策定やそれに沿った適切な人事異動、適材配置を行っている。職員個々の目標管理から成績評価につなげる成果主義の取り込みはまだないが、能力考課と情意考課による人事考課制度が導入されている。フィードバック面接も適切な時期に実施されていた。

福利厚生面では、半日有給や時間有給の制度が取り入れられたため、有給休暇が取りやすくなり有給消化率が向上している。職員個々には研修計画が策定されていないが、法人本部主導で研修計画が生まれ、それに沿った研修や外部研修への参加は積極的である。研修終了後の教育効果を評価する仕組みはない。

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	① ・ 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	a ・ ② ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

広範な地域の中に、一般の住宅と混在する形で、当該施設や複数の知的障害者施設、老人介護施設等が存在することから、合同の防災訓練を実施している。夜間を想定した避難訓練等の実施もある。協力的な地域の住民に声かけはしているが、訓練に参加してもらったり、災害時に一定の役割を持ってもらうまでには至っていない。

電動車いす利用者に対し、能力試験を行って個々の能力に見合った許可証を発行しており、自由な空気の中にも一定の制限(活動可能領域)を設けて事故の未然防止に努めている。

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

法人全体で地域交流に取り組んでおり、知名度と共に事業の内容自体も地域から高く評価されている。支援母体である「ひかりのさと会」が主催するバザーには2,000名を超える参加者がある。ボランティアの来訪が多く、事業所独自に作成した新聞を地域に回覧したり、地元小学生の体験学習を受け入れたりもしている。

関係機関との連携・協力体制もできており、そこでつかんだ地域の福祉ニーズを適宜事業活動に組み込んできた。増え続ける在宅の利用希望者に対して、大きくなりすぎた法人をどのような形で事業分割・再構築して対処していくかが、今後の課題として残っている。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

利用者を尊重した理念・基本方針が明示されており、権利擁護に関する勉強会も実施されている。プライバシー保護に関する規定・マニュアルはあるが、勉強会等の取組が不十分であり、職員全体への周知に課題を残している。

利用者が集う「寄り合い」が定期的で開催されており、ここから利用者の意見・要望等を把握している。しかし、全ての利用者が「寄り合い」において自由に意見を述べているか否かの検証はされていない。

会議等の検討を経なければ結論が出ない等の場合を除けば、利用者の意見・要望には迅速に対応している。

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	㉠ ・ b ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

自己評価を実施し、その結果から抽出した課題に取り組む体制を構築しており、定期的な第三者評価受審の実績もある。前回評価で課題となった「標準的なサービスの実施方法についてのマニュアル化」が進み、より均一なサービス提供が可能となっている。ただし、必要に迫られた手順の見直しやマニュアルの改訂は確認できたが、時期を定めて見直す等の定期的な見直しは実施されていなかった。

一部の記録に記載漏れは見られたものの、利用者主体のサービス提供を裏付ける実施記録が作成されており、記録類の破棄処置の不徹底を除けば、管理状態も適切であった。ネットワークシステムを活用した情報の共有化が今後の課題。

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

パンフレット、HP等を整備し、利用希望者の施設体験や見学が実施されている。サービス開始にあたり、利用者やその家族に対し書面の読み合わせを行い、詳細に説明したうえで同意を得ている。

ショートステイの利用希望者が多いため、受け入れ態勢を整備してより多くの希望に応えようとしている。地域生活への移行は、家庭や法人内のケアホーム等がその主たる受け入れ先である。円滑な移行を可能とするために、当事者(利用者)だけでなく家族や相手施設の担当者とも綿密な調整を行っている。

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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

一部に見直し時期の遅れは見られたが、利用者全員に対して手順に沿ったアセスメントが実施されている。利用者ごとにサービス実施計画(個別支援計画書)が策定され、定期的な見直しも実施されている。より適切な支援を可能とするため、定期的実施している計画の評価・見直しの間隔を短縮することを検討している。一人暮らしの体験や、自立した生活を希望する利用者本人のニーズから、ケアホームへの移行が実現している。

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

利用者ごとのコミュニケーション方法を考察し、職員間での情報共有も見られる。利用者の自由度が高く、本人の意志によって自由に外出できる環境がある。

看護師による健康管理は日常的に実施され、嘱託医の週一回の往診に加え、近医への受診体制も整っている。外出、外泊は定められたルールに基づき、希望に応じて実施されている。

施設建物の老朽化に伴い、建て替え・移転の計画が進行している。そのため、旧来設備や装置について、必要と思われる修理・更新が見合わせとなっているものもあった。特に浴室・脱衣場については、プライバシーへの配慮面での工夫がほしい。