

〔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10月31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)ひかりのさとファーム | 種別:(施設種別)生活介護・就労継続支援B型 (基準の種類)障害福祉施設版 |
| 代表者氏名:(施設長)皿井 常之 | 定員(利用人数):40名 |
| 所在地:〒470-2102 愛知県知多郡東浦町大字緒川字下米田37-4 | TEL 0562-84-4151 |

③総評

◇特に評価の高い点

「共に生きる」の理念通り、まさしく利用者と職員が協働して事業所を盛り立てている感がある。事業所内はにぎやかで、利用者にやりがいを持って働いてもらいたいという事業所の方針通り、意欲と誇りを持って就労する利用者の多さには感動すら覚える。多くの利用者にとっての「仕事場」としての存在意義を、「障害者施設の物」ではなく、「商品」として成り立つように位置づける意識の高さは、特に評価できる点である。

また、法人の方針である「安心な食」提供にも、継続的に熱心な取り組みがあり、法人内施設の担当部署で中央管理された適切な食事提供を行っている。玄米・白米の選択、仕事の内容に配慮した食事量の提供等、利用者の健康を第一に考えた取り組みもある。さらに、自給自足のこだわりが加わり、事業所の主たる事業と言える養鶏を筆頭に、少しでも安全な物と安心な物を追求する方針の実践は見事である。

◇改善を求められる点

評価結果でb評価となった項目については、自己評価において事業所がb評価とした項目がほとんどであり、すでに課題の抽出や改善への気づきも見出していることから、今後の事業所の体制の確立から運営の安定に十分に反映されることが期待できる。管理者ヒアリングにあった、事業所運営に関して「利用者満足を考えないと今後がない」「根本的な考え方の改革が必要」の力強い言葉通り、今回の自己評価・評価結果が、新しい風が入る機会となることを願ってやまない。そのためには人材育成が不可欠な取り組みとなることから、今後の進捗に期待するところである。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

ひかりのさとファームとしては平成20年度に続き2度目の評価を頂きました。今回の自己評価でも正規職員だけでなく、週30時間以上勤務の非常勤職員も含め20名で自己評価をし、グループ討議を行いました。前回たくさんの時間を使い、苦労した経験のある職員は半分以下と3年で入れ替わり、改めて自分たちの取り組みを見つめなおす機会となりました。訪問調査では丁寧に様々な話を聞いていただき、背中を押していただいた感じです。今回の気づきを事業所の運営や利用者・職員の満足に変えていけるよう取り組んでいきます。

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 | a ・ Ⓑ ・ c |

評価機関のコメント

事業所理念を掲げ、これを基に基本方針を定めている。基本方針から、事業計画を策定する仕組みを構築し、体制には不安はない。また、事業所内の目につきやすい場所に、職員へ向けて「10の心得」「10の自慢」を掲示し、事業所の強みを常に確認することができる環境を工夫し、職員のモチベーションにつなげている。利用者へ理念の周知を図るための工夫としては、読み仮名や字を大きくして掲示に配慮している。しかし、職員に対する周知の工夫ほどの取り組みには至っておらず、今後の検討が期待される。

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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | 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

法人の中長期計画に則り、単年度事業計画を事業部ごとに協議し、各事業部ごとの収支を分析した上で事業計画を策定している。職員及び利用者等への周知に関しては、書面での職員周知、家族会での報告の他には具体的な取り組みの工夫には至っていない。

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 | a ・ ② ・ 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 | a ・ ② ・ 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 | ① ・ 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 | a ・ ② ・ c |

評価機関のコメント

新管理者の体制となり、新しい目線で事業所を見なおす機会となっている。管理者は、前任管理者の意思を引き継ぎ、さらに合理化と組織化の確立に努め、100%の利用率を目指して事業所運営に取り組んでいる。課題となるのは管理者の責任の明確化と言えるが、在職の経過年数と共に改善されるであろう項目であり、今後の取り組みや職員周知に期待したい。

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 | a ・ ② ・ 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 | a ・ ② ・ c |
| II-1-(1)-③ | 外部監査が実施されている。 | 障 16 | a ・ b ・ ③ |

評価機関のコメント

管理者の就任間もなく、a評価とするには至らないまでも、事業所組織としては確立した体制があることから、今後の取り組みには期待が持てる。現管理者の手腕で、情報収集から分析・課題抽出の流れを確立し、新体制を構築できれば、経営状況の把握から改善までをさらに効率的に取り組めるものと考察できる。外部監査の実施については、法人の契約する税理士が定期的に会計チェックを実施し、収支バランスにアドバイスを受ける体制にあるが、会計監査等の実施には至っていない。

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 | a ・ ② ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 ・ 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

人材の確保については積極的な取り組みがあり、職員自らが自分で成長することはもちろんのこと、指導層側から意図的に育成をするように取り組んでいる。主に正職員に向けた研修計画や指導計画を、一般層から指導層へ上げることを目的として、個人ごとに計画化している。人材確保のための具体的なプランについては、今後の事で、まずは現時点での質の高い人材育成に視点を置いている。同様に、研修の評価と見直しについても、今期の育成の結果の検証を図るところからスタートとなる。事業所の体制整備の改善となることから、取り組みの進捗が期待される。

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 | 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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |

評価機関のコメント

利用者の安全確保に対する意識は高く、各種マニュアルの整備と職員周知には余念がない。毎年度4月の全職員研修では各種マニュアルを資料とした、マニュアル点検も兼ねた研修を実施している。また、訓練に関しても、災害時避難訓練等を利用者を交えて行っている。

特に、リスク管理には熱心に取り組む、ヒヤリハットや事故報告を集計・分析して再発防止に努める姿勢は高く評価できる。

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 | a ・ ⑥ ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |

評価機関のコメント

通所施設の特性を活かし、利用者の自由な社会生活実現の意味からも、社会資源を活用した活動に視点を置いている。事業所の販売商品の配達・販売会での、地域企業や住民との交流の他、事業所のレストラン部では街角コンサートと称する、地域の方のピアノ演奏やフォークの集いなどの場所提供を行うなど、施設の機能還元の交流も深めている。町内を走る福祉バスの利用、小中学校の福祉体験の受け入れ、ボランティアの受け入れ等、福祉サービスの情報発信の視点も含め、事業所と利用者が一人でも多くの人・物と交流できるように積極的に支援している。

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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。 | | | |
| | Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | 障 37 | a ・ ⑥ ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |

評価機関のコメント

各部署で、利用者と職員とともに朝夕礼を行っている。仕事内容の話し合いを含め、グループごとに談話して、利用者と職員が会話する時間を設けており、意向・要望等の意見を聞いている。働く場で利用者一人ひとりに対応して意見を吸い上げ、職員会議で各部署が情報交換し、改善につなげている。

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 | ㉠ ・ b ・ 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 ・ ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

定期的にサービス会議を開催し、職員間で情報を共有している。また、支援計画の中に個別の支援方法を記載して、職員間で支援方法を統一するべく取り組んでいる。しかし、現時点では、支援記録を詳細に記録しているものの、職員間での統一が不十分との自己評価結果があり、記録の重要性や個別支援計画について、事業所内研修などで意識統一を図ることも必要と言えよう。

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

養鶏・パン製造販売・コーヒー製造販売・農業・カフェレストラン・内職など多様な仕事の中で、どんな仕事がやりたいのかを選択肢を示して、利用者が選べる支援を行っている。体験期間を設け、本人のできることややりたいことを優先して各作業を体験することができ、利用者が自信とやる気を持って仕事に就けるように工夫している。また、自立支援の観点から、法人内ケアホームへの住み替え支援も推進しており、利用者家族からの厚い信頼を得ている。

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 | ㉠ ・ b ・ 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

利用者の誕生日に面談を行い、時期的に忘れのない、確実に実行できるアセスメントに取り組んでいる。サービス実施計画作成時には、本人・家族・ケアホーム職員・事業所職員の4者面談する事例も多く、サービス実施計画に対する意見交換も多い。また、法人内に就労移行センター立ち上げが実現したことで、法人内就労移行センターと当該事業所の利用者が雇用契約を結び、地域移行した事例もある。法人体制で、利用者を地域ぐるみで支援することを実現しており、利用者本位の積極的な取り組みであると言える。

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 | a ・ ㉠ ・ 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 | 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。 | 障 66 | ㉑ ・ 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 | 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 | 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 | 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 | 障 74 | ㉑ ・ 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 | 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 | ㉑ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

利用者は「仕事に来ている。」という意識が高く、職員も「共に働いている」という思いが強い。事業所では、休憩時間にゆとりを持たせる他、昼休憩時間にはパソコンを開放し、利用者同士が動画サイトを楽しんだり、野外活動として、コンサート鑑賞や町民運動会参加など、利用者の楽しみにも配慮し、メリハリを付けた生活習慣と、やりがいのある就労を支援している。反面、事業所や職員からのサービス提供は充実を増すが、利用者主体の取り組みや主体性の支援に課題を見出す意見もあり、今後の検討課題と言える。