

〔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12月26日(月)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人明知会 (施設名)夢の家	種別：(施設種別)生活介護・施設入所支援 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(施設長)恩田 享之	定員(利用人数)：80名
所在地：〒480-0303 愛知県春日井市明知町字西追分1030番地1	TEL 0568-93-9101

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>事業環境の変化を適時につかみ、それに順応した運営を展開するために、外部との関係を重視して対外的な事業を受け持つ管理者(施設長)と、事業所内部の業務を所管する副施設長との役割分担が明確になっており、業務の執行や改善にあたっては指示・命令系統の統一が図られている。</p> <p>管理者がつかんできた情報や関係諸団体から届いた有効な情報は、事業所内の主要なセクションにメール配信され、役職者(管理者、副施設長、部長、課長、サービス管理責任者及び主任等)の共通認識となって、事業所運営に活かされている。</p> <p>福利厚生面の充実が著しく、2年目に入ったHGT委員会(働き甲斐、働きたい)の活動は、処遇改善の面だけでなく職員の“やる気”の醸成にもつながっている。一般職の有休消化率は、ほぼ100%である。</p> <p>地域との連携を重視し、事業所イベントを地域に広報したり、地域の小学校と交流したりしている。事業所内にある交流ルームを地域の会合に貸し出したり、福祉避難所として登録する等、地域への貢献も顕著である。</p> <p>利用者の自由意志を尊重した支援を基本とし、外出は自由であり、余暇のクラブ活動はスケジュールが重ならなければ重複して参加することができる。健康面や安全性を考慮しての制限はあるが、喫煙や飲酒も認められている。希望すれば、夜間の入浴にも対応可能である。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>人事考課が実施されていないことから、職員個々の不足力量が把握されておらず、研修計画への落とし込みができていない。また、研修実施後には報告書が作成され、定められた経路で回付されているが、個別の教育・研修に対する効果の測定・検証等の実施がなく、次回計画の作成時に反映することが難しい状況である。</p> <p>それぞれの支援現場では、定められた手順に従って支援が行われているが、一部入浴や食事等での自立した利用者について、提供したサービスの実施記録が残っていないものが見受けられた。障害・症状が重度化した利用者や、特別な支援を要する利用者に対する配慮は必要であろうが、自立度の高い部分についても着目し、エンパワメントの理論(単に利用者の自主・自立を促すだけでなく、利用者の潜在能力の発揮を可能とするような平等で公平な社会を実現させようとする取り組み)に則ったプログラムの構築を望みたい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

気づきを沢山いただきました。この結果を今後の業務に反映させます。

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。

(別添)

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

「夢の家」運営理念があり、事業計画の冒頭やパンフレットにも大きくスペースを割いて紹介している。さらに、基本方針ともいべき「介護者の心得」10ヶ条があり、毎朝の朝礼で職員が唱和している。

「理念」及び「介護者の心得」は、平易な文章で具体的に記述されており、職員や利用者等にも容易に理解ができる。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

将来の構想が理事会等の重要会議体で検討されることはしばしばであるが、中・長期的な視野に立って法人や事業所の方向性を示す文書は作成されていない。

単年度の事業計画の策定は、前年度の評価・反省の結果を基に、班長補佐級以上の管理職で立案・検討の上、役員会に諮って決定される。職員には職員会議を通じて周知が図られ、利用者には毎月開催される利用者との「座談会」を通して詳細が説明されている。

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

管理者は創始者としての誇りと自覚を持っており、県・療育協会の副会長や市・自立支援協議会の委員を務めている。常に外部との関係を重視して、新たな情報や状況の変化を読み取ろうとしている。対外的な事案を受け持つ管理者(施設長)と、事業所内部の業務を所管する副施設長との役割分担が明確になっており、業務改善にあたっては指示・命令系統の統一が図られている。

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

管理者の掴んだ情報や加盟団体(身体障害者協会等)からの情報は、事業所内の主要なセクションにメール配信され、役職者(管理者、副施設長、部長、課長、サービス管理責任者及び主任等)の共通認識となる。養護学校との接触によっても情報を取得しており、地域(市内)には在宅障害者の日中活動の場が少ないことから、新たな利用者の受け入れ先がなく、今後の福祉行政の動向に注意を払っている。法人としても打開策を検討しており、新たな事業展開も視野に入れている。TKCと契約し、弁護士の監査も受けているが、財務・会計面の監査・指導が主体となっている。

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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

人材育成、能力開発には法人を挙げて取り組んでおり、事業計画の冒頭部分にも方向性を示す記述がある。新しい人事考課制度の導入が検討されているが、現行は一定の管理層の合議によって処遇が決定されており、職員個々の自己評価や管理層とのヒアリングも実施されていない。人事考課が実施されていないことから、職員個々の不足力量が明確になっておらず、計画への落とし込みができていない。また、実施後の個別の教育・研修に対する効果の測定・検証等も実施がない。

福利厚生面の充実が著しく、HGT委員会（働き甲斐、働きたい）の活動を始め、衛生委員会等の委員会活動も活発である。一般職の有休消化率は、ほぼ100%である。

実習生の受け入れについての方針を事業計画に謳っており、依頼先の教育機関からの評価も高い。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

緊急時や災害時に備えてのマニュアルを整備し、訓練によって対応力を身につけさせている。

事故対策検討委員会が設置されており、事故の予防や再発防止の取り組みを行っている。しかし、大事に至ってはいないものの誤薬事故がしばしば起こっており、根本的な原因究明とその原因除去が緊急の課題となっている。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

地域との連携を重視し、事業所イベントを地域に広報したり、地元の小学校と交流したりしている。事業所内にある交流ルームを地域の会合に貸し出したり、福祉避難所として登録する等、地域への貢献も顕著である。
ボランティアを有効に利用し、事業所イベントのスタッフやクラブ活動の講師として活躍してもらっている。ただ、ボランティアに対する依存度の高さに比し、事業計画等への盛り込みが少なく、今後、事業所としての姿勢や方向性を明確にしておくことが求められる。
市・行政や自立支援協議会から得られた情報に加え、事業所独自の福祉ニーズ調査を行っている。調査の結果から、通所型の生活介護事業やケアホーム事業等が検討され始めている。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

利用者の居室が、ほとんど個室として設定されていることから、サービス内容を記載したファイルを各部屋に置き、職員が共通の視点で支援できるように工夫している。また、家族等がそれを閲覧することも可能となっている。
利用者が参加する毎月の座談会では、聞き取った利用者の意向を極力運営に反映させようとしている。
これまでは、意見や相談内容によっては解決までに時間がかかったこともあり、担当した職員が効率よく対応して苦情解決の仕組みを機能させることが求められる。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

定期的に事業報告を行ったり、各委員会を開催したりして職員の意見を求め、サービスの標準的な実施方法についての見直しを行っている。
 入浴や食事等での自立した利用者について、提供したサービスの実施記録が残っていないものが見受けられた。記録の管理に関する手順についても、確立しているとは言い難い状態である。
 支援に係る情報の申し送りは、パソコンを活用して職員間での共有化を図っている。

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

利用者や家族には、事前に施設見学やショートステイの体験入所をしてもらったり、他施設の情報提供を行ったりして、施設の選択ができるように配慮している。利用開始時には、重要事項説明書に沿ってサービス提供の内容について説明し、活動プログラムや個別支援計画を作成して同意を得ている。
 地域や家庭への移行については、現在は利用者の希望によって相談を行っているが、職員の側からも、利用者の状況に合わせて支援できる体制作りを検討している。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

アセスメントの実施から個別支援計画の作成に至るまでの定められた手順があり、その手順に従って計画が立てられている。利用者個別にニーズを把握して目標の達成に取り組み、クラブ活動や外出希望等の本人の意向も聞き入れている。
希望者には、在宅復帰や就業のための他施設移行を行ったケースもあるが、現状ではADLの低下や加齢のために地域生活への移行希望が出にくい状況となっている。

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

評価機関のコメント

利用者の障害特性に合わせたコミュニケーション用具が活用されている。利用者の自由意志を尊重した支援を基本とし、外出は自由であり、余暇のクラブ活動はスケジュールが重ならなければ重複して参加することができる。健康面や安全性を考慮しての制限はあるが、喫煙や飲酒も認められている。希望すれば、夜間の入浴にも対応可能である。

事業所内の活動については利用者の高い満足度を引き出しているが、社会性を考慮した場合のエンパワメントの理論(単に利用者の自主・自立を促すだけでなく、利用者の潜在能力の発揮を可能とするような平等で公平な社会を実現させようとする取り組み)に則ったプログラムの数は不足している。