

〔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24年2月9日(木)

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

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>利用者の幸せの実現において、生活支援員だけでなく、管理者、栄養士、事務員も含めた全職種、全職員が一丸となって、現場業務に携わっている。利用者一人ひとりの状況や課題を共有するその体制は、「利用者自身の希望や暮らしを、自らマネジメントする力」を培っており、障がい者福祉の大きな目標である「自己選択・自己決定」に到達しつつあることは、特筆に値する。</p> <p>地域との交流においては、ベーカリー&カフェを立ち上げ、日常的な地域住民との接点を深めている。その実績は、地道ながらも、今後の事業展開において、大きく寄与していくと思われる。</p> <p>昨年度受審した第三者評価における指摘や気づきに関し、謙虚に受け止めて、その改善に向けて注力している。これらから、管理者だけでなく多くの職員にも、現状に甘んじることのない高い改善意識が共有されていることが理解できる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>多種事業を展開し、職員数が増加するのに伴い各階層における連絡調整の場として、多くの会議が開催されている。今後はさらに、その重要度が増してくると思われるが、その内容や参加職種、何を決定していくかなど、明確になっていない点がみられる。それらを明確にし、事業計画などに盛り込んでいくことを検討されたい。</p> <p>利用者の希望を叶える為の組織的な取り組みが、高いレベルで実現されているが故に、職員に対する人事考課がされていない点が目立つ結果となっている。現在は、総合施設長と当該事業所管理者の強いリーダーシップにより、職員の力量やモチベーションの維持・向上が実現されてはいるが、今後、事業所、常勤・非常勤職員数が増えていく中、一層の組織活性化の為に、人事考課も視野に入れた体制整備が望まれる。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>評価結果として唯一C判定だった「人事考課」については、今後人事考課の目的や効果を理解し実施していきたい。また人材の能力開発・育成の取り組みとしてさっそく人材育成研修を受けた職員を24年度の担当として組織に位置づけ研修計画を策定して取り組みたいと考えます。</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

基本理念、基本方針はしっかり明文化され、職員周知もされている。特に基本方針は、支援員心得12条として、わかりやすくまとめられている。また、各種会議や朝礼などで周知も図られている。現場での職員の行動や利用者対応、及び個別支援計画書の内容を見ても、その理念や基本方針が乖離することなくしっかり根付いている様子がうかがえる。

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	Ⓐ ・ 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

「あいち清光会 5カ年計画」が策定され、工程表も明示されている。また、その中・長期計画や事業計画の実行において、23年度より班長を増員し、多くの現場職員が企画会議にも参加している。それにより、計画の作成や見直し、実施後の評価、職員の自覚向上が組織的に行える体制となっている。これは、入所施設の新体系移行、ケアホーム(オリオン)開所、人員配置強化などによる、現場職員の増加や非常勤化に伴う理念や基本方針の不徹底を防ぐ実効性のある組織改革であると思われる。

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

この法人の特色として、入所施設、通所施設、ケアホームの勤務に、管理者、栄養士、事務員を含め全員で携わることが挙げられるが、特に管理者が現場に入るとは、その役割や責任、法人理念などを全職員に行動で示すことができる極めて有用な取り組みであると思われる。

管理者は、利用者一人ひとりの現状や課題においても的確に把握しており、評価当日の昼食時、たまたま通りかかった利用者について、個別支援計画などのことについて、躊躇無く的確に対応するその意識の高さは、そのままリーダーシップの高さに比例すると思われる。

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

法人の中・長期計画にあるとおり、平成23年度より、隣接の入所施設が新法へ移行したことで、人材確保において、年間20人の職員を新たに採用している。その採用に当たっては、面接から採用に至るまで、法人理念の浸透や支援場面での教育など、多くの労務があったと思われるが、組織改革と併せ、その変化に的確に対応している。

また昨年度の第三者評価において、指摘された事項や気づきに関し、即時実行可能なものについては、迅速に対応しており効果も上がっている。

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 ・ 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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ ｃ

評価機関のコメント

管理者が現場業務に入ることにより、OJT研修は十分に行われていることがうかがえる。しかし、研修後の効果測定・分析に基づく職員個々の力量把握、教育・研修計画については、法人全体の事業の完成度、職員の規律性、協調性、責任性などが高いレベルで維持されているのに比べ、不十分に映るところがある。
人事考課が実施されていないこともあり、今後、拡大する法人組織活性化の為に、人材育成に関し法人独自の方策が求められるところである。

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	ａ ・ ① ・ 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

「医療緊急対応マニュアル」や「事故報告」、職員会議、毎月の避難訓練などにより、利用者の安全に関する取組が行われ、同法人が経営する入所施設、ケアホームとの情報共有による安全確保体制が図られている。

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 利用者地域との関わりを大切にしている。	障 28	ａ ・ ① ・ 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

平成23年度より、カフェ＆ベーカリー「シリウス」を開所し、地域との接点をより多くする事業展開をしている。当初は、売れ残ったパンなどは、入所施設や職員で買い取ることも検討されていたようだが、実際に開業してみるとそのようなことはなく、地元の人が多く利用されているとのことである。
 利用者の就労機会の創設と地域住民との交流＝地域の障がい者福祉理解の深化を同時に達成する一つのモデルケースとして、今後も更なる事業展開が期待される。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

利用者のプライバシー保護に必要と思われるマニュアル等は整っており、現任職員への周知は日々のケアにおいて行われている。利用者本位のケアに対する法人としての意識が高く、障害者権利条約の勉強会実施や職員行動規範の定期的な確認方法等、今後の実施目標もあげられ、さらなる向上が期待できる。
 利用者満足の向上について、年に1度の利用者アンケートや嗜好調査の実施、意見箱の設置、日々の聞き取り等を行っている。「職員を変更して欲しい」との意見箱への投稿に関して、内容に対する分析や検討を行うなど慎重な対応をしており、また、投稿された意見について、利用者が共有できるようにと掲示する取り組みも行われている。

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

評価機関のコメント

毎年定期的に第三者評価を受審している。自己評価を行う段階において気付きも多く、マニュアルの内容の検討や更新方法等改善点も取りあげられている。
サービス実施状況はデータにより適切に管理されているが、現在の記録方法には満足しておらず、見直しが検討されていることから向上心の高さがうかがえる。職員間での情報共有は、各グループごとに申し送り事項がノートに記載され、職員の誰もが閲覧できる状況がつけられている。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

ホームページの公開、わかりやすいパンフレットの作成、行政の事業一覧での内容提示等により積極的に情報提供をしている。今後、パンフレットを設置する公共の場を増やしていきたいとの積極的な姿勢もある。また、サービスの説明書や同意書は、利用者にわかりやすいようにふりがなを付けるだけでなく、さらに工夫をしたいとの目標が上げられている。
サービスの継続については、移行先へ同行して説明する際に、フェイスシートや支援計画を持参して詳細な情報提供に努めている。

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	a ・ ㉠ ・ 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

アセスメント、サービス実施計画策定、モニタリング等、書類の整備と実施が適切に行われている。モニタリングは担当者のみではなく、作成時には看護師等関係する他職種も参加し、半期毎に多角的な見直しが行われている。利用者の個性に合わせて環境を整える等により棲み分けが出来たのも、効果的な評価が行われている証拠と言える。それでもなお、ニーズの把握に関して不十分さを感じている点において、利用者本位のケアを目指す高い志がうかがえる。今後、ニーズの把握が困難な利用者についても、的確な対応が期待できる。

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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ 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	a ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ 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 ・ ⑥ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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

作業所を個人の間として準備したり、写真を利用した1日のプログラムを作成する等、利用者の状況に合わせた環境整備に力を入れた柔軟な対応をしている。地域販売を目的としたお弁当と同じものを利用者の昼食に提供しており、利用者の嗜好が反映されにくい、週1回利用者の希望を盛り込んだお弁当の日が設けられており、利用者の意向を反映する工夫がされている。

レクリエーションは利用者アンケートを実施し、ミニ遠足やグループ旅行に行く機会を設けている。どの場面においても、利用者自身で選択し経験するという機会づくりを大切にしている。それらの取り組みにより、利用者自身が週間プランをマネジメントできるようになったという事例もあるため、継続した取り組みを期待したい。