

〔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)フレンドホームきらきら星	種別:(施設種別)共同生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)川崎 純夫	定員(利用人数):11名
所在地:〒484-0041 愛知県犬山市長者町2丁目72番地	TEL 0568-67-0006

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>法人内の入所施設、通所施設の施設長、管理者をはじめとする全職員が、ケアホーム現場業務に携わっている。これによって、ケアホームだけにとどまらない具体的な課題を全職員が共有し、「障がい者の地域生活移行の強化」という目標を達成するための極めて有効な仕組みとなっている。</p> <p>ケアホームの現地調査においても、個性豊かな部屋の飾り付けの様子や、生活習慣病予防の為に油を控えた調理法の工夫、重度障がい者への入浴介助、そして、何よりそこで生活している利用者の生き生きとした姿が、支援の質の高さを示している。</p> <p>一人暮らしを希望する利用者への一人部屋の確保、ホームの増設、就労の場としてのカフェバーカー「シリウス」の創設など、ハード面の整備と相まって、障がい者の地域生活が高いレベルで実現されていることは、疑いのない事実である。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>法人の中・長期計画に掲げたとおり、今後もケアホームの整備は、着々と進められていく現状であるが、事業独自の概要、計画、報告などについて、明文化されたものがなかった。実践的な部分においては、高いレベルで実現されているため、そのサービス内容を明確にし、年度ごとの達成度を測るためにも、法人内の他施設同様、事業概要、計画、報告を文書に示すことが求められる。</p> <p>災害時や緊急事態発生時の対応に関して、その立地条件からして、距離的なハンデを持つ入所施設(バックアップ施設)との連携に頼るだけでなく、地域住民や行政機関との協力体制整備が必要と思われる。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

ケアホームも5カ所となり、指摘のとおり地域生活支援を行っている部署を立ち上げ、地域生活を支えるための事業計画や対応が必要となって来たと思われる。今後は、その点を踏まえて検討をしていきたい。そうすることで、それぞれの役割がより明確となり機能していくと考える。
--

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

基本理念、基本方針については、管理者をはじめ全職員が法人内の他施設の業務を兼務することによって、周知するだけにとどまらず、その現場実践にも活かされている。また、利用者においても、個別支援計画や、事業概要の説明において、理念などの周知が図られていた。

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

法人の中・長期計画が策定され、特にケアホーム整備については、年々着実に進められている。事業計画の策定にあたっては、各職員からの意見を聞き取ったうえで、班長が企画会議へ参加することにより、個々の職員意見が計画に反映されるよう仕組みが整えられている。又、今年度より班長職を増員することで、幹部職員だけでなく現場職員の計画参加意識の向上も図られている。

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

既述のように、管理者においても現場業務に携わり、その利用者支援について日常的に指導力を発揮できる体制となっている。また、日々の世話人業務において、報告・調整・指導が、関係する通所事業所の管理者によって毎日行われる仕組みも整えられている。
 管理者としての自己評価は、その意識の高さからか(b)評価となっているが、上記の実態を踏まえ、4項目について(a)評価とした。

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

管理者が愛知県知的障害者福祉協会の要職に就くことにより、国レベルでの情報がいち早く入手できている。又、それら情報や法人内の他事業所が受審した第三者評価の結果などを参考にして、迅速に対応している事例(班長職の企画会議への参加)も見られる。ケアホーム整備においても、各種助成や基金を活用するなど、資金面においても計画的に行われている。

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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ ② ・ 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	ａ ・ ② ・ ｃ

評価機関のコメント

人事考課の効用についての認識はあるが、法人全体としての検討や取り組みには至っていない。職員の客観的力量的の把握、その個別的教育計画、さらにはキャリアパス体制の整備にむけて、まずは一定の基準作りが求められる。管理者やサービス管理責任者が積極的に支援の現場に入っていることもあり、職員との一体感から良好なコミュニケーションが図られている。職員が意見や要望を言いやすい雰囲気があり、福利厚生面での充実につながっている。職員育成面では、世話人に対する教育・研修に関して、さらなる工夫・改善が求められる。

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	ａ ・ ② ・ 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	ａ ・ ② ・ ｃ

評価機関のコメント

建物の耐震化、非常通報装置の整備など、ハード面は整えられている。避難訓練なども定期的に行われているが、緊急事態発生時の拠り所を、物理的に離れた入所施設(バックアップ施設)との連携に求めている。実効面からすれば、地域との連携による住民協力の要請や行政との連絡・調整等、具体的な対策が必要と思われる。

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 ・ ② ・ 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	ａ ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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	①a ・ 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	①a ・ 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	①a ・ b ・ c

評価機関のコメント

町内会行事へ参加したり、食材の買い出し等を通して、利用者と地域との関わりが日常的に実践されている。世話人職をホーム近隣から募る事により、地元のケアホーム理解を深めることにも役立てられている。その為か、ケアホームの土地の確保についても、世話人の協力によって実現した事例も見られた。又、近隣医療機関と連携をとることで、利用者の通院機会も保障されている。法人の中・長期計画の「ケアホーム整備計画」においては、着実に実績が積み上がっており、地域移行の強化という目標が達成されつつある。

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

評価機関のコメント

書類等の整備は整っており、職員へは日々の支援において周知されている。利用者本位の支援に関しては、法人としての意識が高く、「障害者権利条約」の勉強会の実施や「職員行動規範」の定期的な確認方法等、今後の実施目標も掲げられており、さらなる向上が期待できる。日々、世話人に話が出来ること意見箱への投稿も減少しており、迅速な対応がうかがい知れる。今年度はコーディネーター会議の定期的な開催にも力を入れている。また、利用者情報の共有と共に満足度向上への取り組みも積極的に行われており高く評価できる。

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	① ・ 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	① ・ 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	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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

これまで、改善活動を計画的に実施していくという意識はなかったが、法人全体では積極的に第三者評価の受審を継続しており、改善に向けた取り組みも実施されている。当該ホームにおいても、今回の第三者評価の受審を機に、課題を明確にして、改善策を実施していこうとする機運が高まっている。

必要なマニュアル類は揃っており、サービス提供の記録は法人の定めに従って作成され、保管されている。

申し送りの手段を文書(ノートやメモ)のみに頼るのではなく、直接、職員から職員へと言葉を使って伝達することによって情報の曖昧さをなくし、かつ、職員同士の関係の構築にも一役かっている。

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	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	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

利用希望者に対する情報提供や「契約書」、「重要事項説明書」等の文書管理は適切に行われている。

施設の変更や家庭への移行についての実績はまだ無い。しかし、同法人通所事業所「銀河」内の配食サービス「コメント」で積極的に働いたり、食事の席で「どこか良い就職先があればお願いします」との言葉も出る等、日々の支援の中で自然と移行を意識した取り組みがされていることがうかがえる。今後、移行の希望があった場合には、現在整備されている書式や手順等が活かされ、利用者にあったサービスの継続が期待できる。

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

個別支援計画書の作成や、半年に1度のモニタリングはしっかりと作成されている。
 今年度から、コーディネーター会議が定期的(毎月1回)に実施されており、会議内で評価を他職種共同で実施している。
 しかし、一度に作成できる計画には限りがあるため、柔軟な計画作成のスケジュールが望まれる。
 個別のニーズとして『ひとり暮らし』を希望する利用者には、離れとして一室設けて生活の場を提供し、地域移行への準備としての支援が行われている。

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

ホームでの小集団生活において、個々の希望に沿った生活の支援が難しい中、可能な限りの柔軟な対応をしている。ホームの観察では、好きなことや趣味を活かした個室で、利用者がイキイキと生活している様子を見ることが出来た。それぞれの性格や力量に合わせて、食事の準備を協力して行ったり、外部の人(評価員)を気軽に自室の見学に誘うなどの場面が見られた。

共同生活の中で、利用者間のコミュニケーションが心配されることもあるが、担当職員や世話人が利用者個々の性格や相性を把握しており、細やかな配慮を持って対応している。