

[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15日(水)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 豊橋市福祉事業会 (施設名)あいあいホーム	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)朝倉 正明	定員(利用人数):12名
所在地:〒440-0845 愛知県豊橋市高師町字北原1番地107	TEL 0532-61-3530

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>管理者の強い指導力の下に、職員との息の合った事業所運営が行われており、サービスの質の向上のために多くの改善や工夫を凝らしている。</p> <p>利用者の生活を豊かにするために、新築ホームを建設しての住み替えが計画されており、さらに、各ホームごとに正規職員を配置したり、バックアップ施設の要員を増員したりと、収益的には一見マイナスとも思える施策をあえて断行している。</p> <p>職員の戦力アップを図るために能力開発にも注力しており、資格取得の奨励にあたっては経済的、時間的援助を行ったり、臨時職員に関しても年間の研修計画に従って研修参加を推進したりしている。</p> <p>ノーマライゼーションの考えを押し進めるために、地域との交流は不可欠として、積極的に地域に出て行こうとする意識が強い。一般就労を果たしている利用者を中心に、地域のお祭りやクラフト教室等にも積極的に参加しており、自主・自立への意識は高く、地域に密着した暮らしぶりである。</p> <p>法人内の他施設で開催される各種のイベントにも参加し、「福祉まつり」の茶会では利用者が「お運び」役を務めた。他の施設を利用する障害者との交流もある。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>人事考課制度では、「通知書」を使って面談による評価結果のフィードバックを行い、役職者に関しては部下からの上司評価を取り入れる等、福祉事業の分野では「先駆的」な取り組みとなっているが、臨時職員については制度の対象から外れており、今後の取り組みに期待したい。</p> <p>管理者が法人の防災環境委員会の委員長を務めていることもあり、職員の事故・防災意識は高い。事故が発生した場合にも、アクシデントレポートから事故の原因分析を行い、再発防止策へとつなげる仕組みは構築されている。しかし、事故の原因の特定が甘いためか、真の原因の除去が完全には行われておらず、同じ利用者において同種の事故が再発している事例がみられた。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

過大な評価をいただき、恐縮をしている次第です。今回の受審でサービスがどうあるべきなのか、職員全員で考え合うことができました。今後は、事故の再発防止をはじめとした改善を求められる点等を検討し、利用者の幸せのために、より良いサービスを追求していく所存です。
--

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	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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

ホームページやパンフレットには、「地域の中でいきいきと生活するために」との理念が明示されており、それを受けたホームの運営方針も述べられている。
職員へは「職員のしおり」を配布し、「ホーム会議」等の会議体を通じても説明されている。年間4回開催される保護者会への参加率がやや低調ではあるが、その会の中で説明しており、ホーム内の掲示物には、利用者の理解を促すためのフリガナが振ってあった。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

平成22年～27年にわたる5年間の中・長期計画が策定されており、収支計画も作られている。それを受けた今年度の事業計画には、第三者評価受審も盛り込まれており、具体性のある計画となっている。
事業計画の作成時には、事前に全職員に呼びかけてアンケートを実施し、計画に盛り込むべき意見や提案を募っている。理念、運営方針の周知同様、家族には年4回の保護者会で詳細を説明している。また、利用者への周知については、説明の上でホーム内に掲示を行っている。

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、法人の定めた「業務分担表」や「職務職階定義」に従って自らの責任と役割を職員に伝えており、法人内の防災環境委員長としての責務も果たしている。
サービスの質の向上にも前向きに取り組んでおり、職員の戦力アップのために、臨時職員にも積極的な研修参加を奨励している。さらに、ホームの円滑運営のために、ホームごとに正職員を配置したり、バックアップ施設の人的増強を図ったりと、業務改善・改革に取り組む姿勢は顕著である。

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 ・ b ・ ㉡

評価機関のコメント

相談支援センター等からの情報に加え、毎月法人の「施設長会」が開催されていることから、経営上の環境把握は十分である。
集めた豊富な情報を精査し、改善すべき課題にも的確に対処している。管理者は、財務・会計や人事面にも長けており、改善例は多岐にわたっている。
外部監査は実施されていない。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	① ・ b ・ 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	非該当

評価機関のコメント

事業計画の運営方針の中で、職員育成の方向性を示し、その方針の下に職員個々の研修計画(平成23年度職員研修計画)を作成している。個別の教育・研修に関する評価も実施されており、次年度の研修計画への反映も可能である。組織的に実施されている人事考課では、評価結果のフィードバックが行われ、部下からの上司評価も取り入れられている。ただし、臨時職員については制度の対象に入っておらず、今後の取り組みに期待したい。

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	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	a ・ ① ・ c

評価機関のコメント

管理者が法人の防災環境委員会の委員長を務めていることもあり、職員の防災意識は高い。緊急時や災害時に必要と思われるマニュアル類は整備されており、可能なものはテスト(訓練)が実施されている。アクシデントレポートから事故の原因分析を行い、再発防止策へとつなげる仕組みは構築されている。しかし、事故の原因の特定が甘いためか、真の原因の除去が完全には行われておらず、同じ利用者において同種の事故が再発している事例がみられた。

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	非該当
	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	非該当

評価機関のコメント

ノーマライゼーションの考え方から、地域との交流は不可欠として、様々な取り組みを推進している。町内会には未加入であるが、地域に積極的に出ていこうとする意識は強い。他の施設を利用する障害者との交流もある。
ホームが必要とする社会資源(関係機関)は一覧表にまとめられており、現場での関連性の強いものについてはホームの壁に貼り出している。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	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

守秘義務に関する文書を全職員が法人と取り交わしており、サービス提供マニュアルに沿い、正職員、世話人ともに「利用者尊重」の共通理解を持って支援にあたっている。ホームは個室ではあるが、一部他の居室を通る構造になっており、プライバシー保護の観点からも、今年度中の移転が計画されている。
利用者主体の自治会が発足し、議事録も利用者が記入している。また、保護者会を年4回実施したり、毎年12月にはアンケート調査を行ったりして、その結果を分析して利用者主体本位の支援につなげている。

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	① ・ 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	① ・ 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	a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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

法人内の他事業所が第三者評価を定期的受審しており、その例に倣って職員は自己評価を行っている。課題等は毎月実施されるホーム会議にて報告され、検討のうえで改善への取り組みへと移されている。

個々の利用者の状況に応じたサービスは、文書化されて提供されている。利用者の状況を、業務日誌の記録やパソコン(愛ちゃん)の入力、連絡帳、サイボーズ等で管理しており、職員間で共有している。しかし、業務日誌の記録には、職員間に差異があるのも事実である。今後、パソコン(愛ちゃん)の活用は必須になると思われるが、意識や経験に大きな差がある世話人への啓発が、今後の課題と思われる。

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	a ・ ② ・ 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

ホームページを開設して情報発信を行っているものの、更新や見直しの方法がルール化されておらず、利用希望者が常に最新の情報を取得できる状態とはなっていない。今後の改善が期待される。サービスの開始時には、重要事項説明書やパンフレットを使用して詳細に説明しており、同意を取ったうえで契約へと進めている。

新ホームへの住み替えを検討している段階ではあるが、一般就労の利用者について、就労継続が行いやすい環境作りのための様々な配慮や工夫を聞くことが出来た。

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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	非該当

評価機関のコメント

アセスメントを充実したものとするために、従来の多ページに及ぶものから、簡潔ではあるが要点をまとめたものへの変更を検討している。

企業へ一般就労している利用者の他、同法人豊橋にしぐち学園のバックアップを受けて、ホーム利用者が通園して個人に合った支援を受けている事例がある。事業所会議、ホーム会議等の会議体において、定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者主体の自治会での意見の集約・提言に応え、希望の献立を提供したり、季節感を感じる食材を利用して食の質を向上させたりしている。体重や体温を詳細にチェックリストに記入し、高血圧症の利用者は血圧測定も行っている。各種の標準的な手順が、「サービス提供マニュアル」に掲載されており、全職員に周知されている。投薬等のマニュアルの見直しを行う計画もあり、現状に満足することなく、質の高いサービス提供を求めている。

一般就労を果たしている利用者については、地域のお祭りやクラフト教室等にも積極的に参加しており、自主・自立への意識は高く、地域に密着した暮らしぶりである。