

〔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:24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成24年12月3日(月)

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)いきいきホーム	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)杉浦 伸枝	定員(利用人数):14名
所在地:〒440-0845 愛知県豊橋市高師町字北原1-107	TEL: 0532-61-3530

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆管理者の改善意識 今年度より着任した管理者は、法人において児童分野での職歴の長さはあるが、障害分野での管理職としては初めての経験である。しかし、着任早々に各種の見直し、改善・改革に着手した。全てのホームを町内会に加入させ、地域との連携・交流を推進している。業務の効率化や機能的な組織づくりを目的として、「サービス提供マニュアル」の見直しや帳票の改定にも積極的に取り組んでいる。継続的な第三者評価受審を明言しており、改善意識の高さがうかがえる。</p> <p>◆職員意見の尊重 管理者は、全職員対象に業務改善のためのアンケートを行い、意見や提案を受け付けている。さらに、個別面談を行い、それらで得た情報を事業所運営に反映させようとしている。この施策の効果は、業務改善のみにとどまらず、職員の福利厚生面への有効な改善機会ともなっている。</p> <p>◆職員の育成 中期計画、24年度事業計画において、職員の育成を重点施策に取り上げている。サービス管理責任者の養成は最重要課題であるが、非正規職員のスキルアップも大きな課題としてとらえている。そのために、非正規職員にも職員研修への参加を促し、人事考課制度の対象としての枠組みにも加えた。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆評価・検証の仕組み作り 管理者の強い指導・統率力の下、計画された施策は概ね順調に実行に移されている。しかし、一部には実施されたことの振り返り(評価、検証等)や、実施できなかったことへの反省が欠けているものも見られる。例えば研修実施後の効果の検証である。P-D-C-Aのサイクルを意識して、次回や次年度の計画策定に役立つ評価システムの構築を期待したい。</p> <p>◆個別支援の均一性 日中の活動や作業と違い、ホームでの暮らしはより利用者の個別性が重視されることとなる。その支援のための「個別支援計画書」には具体性に乏しい部分が見られた。利用者のホームでの生活には様々な職員が関わっており、誰が見ても同等の(均一的な)サービスの提供が可能となるような計画書の作成が望ましい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価受審により、職員が当たり前に思っていた内容が、そうではないことに気づかされます。今回、「夜間に世話人が不在になる施設に関しては、利用者から防犯、災害両面において不安視する声が出ている。」との指摘をいただき、4月から宿直者を配置しました。また、「プライベート空間が他人の目にさらされる可能性もある。」点については、居室の障子ガラス引き戸のガラス部分を外からはみえないガラスに4月に変更しました。

事業所で改善してきた点について、過大な評価をいただき、恐縮をしている次第です。指摘については、速やかに改善できるように努力をしていきたいと思っております。支援内容について、評価、検証を行い、利用者が地域で幸せに暮らすために、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。

(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

「利用者の個性と人権の尊重」、「利用者の立場に立った支援」を基本理念の柱として、さらに具体的な基本方針へと展開している。
この理念や方針は、「職員のしおり」にも掲載されており、職員への周知は十分である。利用者の保護者には資料を配布して説明しており、各ホームにも掲示されている。

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

詳細な収支計画を盛り込んだ「いきいきホーム中期計画」が作成されている。平成22年度及び23年度の数字(決算額、見込み額)を基に、28年度までの計画が立てられている。単年度の事業計画は中期計画が反映されたものとなっており、詳細かつ具体性がある。

アンケートを取って、その意見や提案を事業計画に盛り込んでおり、全職員が事業計画策定に参画する形をとっている。利用者向けの掲示物にはルビを振る等の配慮があり、職員、利用者、保護者への周知も図られている。

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

今年度より着任したの管理者は、児童分野での職歴の長さはあるが、障害分野での管理職着任は初めての経験である。しかし、着任早々に各種の見直し、改善・改革に取り組んでいる。「障害者虐待防止法」をはじめ、各種関連法規に関する勉強会等を企画し、非正規職員に対しても研修参加を促している。

効率的かつ機能的な事業所運営を目指し、各種帳票類の見直しが精力的に行われている。運営に職員の意見を反映させようとの思いも強く、アンケートや職員との個別の面談を通して意見収集を図っている。

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

毎月法人内の「施設長会」が開催されており、法人の方針を確認して事業所運営を行っている。積極的に外部団体の会議、研修にも参加して、最新の情報収集を図っている。幹部職員が参加する「運営会議」が毎月開かれており、事業所が抱える課題を明確にして改善を図る機会としている。

外部機関による財務・会計面での監査の実施こそないが、法人内の「共同生活介護」事業所について、毎年継続して第三者評価を受審していく方針を打ち出しており、提供するサービス面については、質の確保とその透明性を担保しようとしている。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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

必要人材に関するプランが中期計画にも盛り込まれており、サービス管理責任者の養成が主眼点になっている。非正規職員の戦力化にも取り組んでおり、新たに人事考課制度の枠組みに組み入れたり、職員研修への参加を促す等、改革は急ピッチで進んでいる。
年間研修計画が詳細にわたって作成されており、職員個々への落とし込みも十分である。ただし、実施後の教育効果の評価・検証面では、改善の余地を残している。
管理者との面談、業務改善のアンケート実施等、職員の福利厚生面の充実に向けた取り組みも十分である。

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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人内に「防災・環境委員会」があり、利用者の安全・安心な暮らしを支えるための必要なマニュアル類は整備されている。ただし、夜間に世話人が不在となる施設に関しては、利用者から防犯、災害両面において不安視する声が出ている。
毎月、条件設定を変えて防災訓練を実施しており、緊急時の連絡網(法人緊急連絡網、事業所緊急連絡網)も整備されている。
事故が発生した場合には、「アクシデントレポート」が作成されており、その中で事故原因の究明と再発防止の対策が取られている。

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉑ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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

今年度から自治会に加入して、地域で暮らす一員として地域清掃や祭礼、合同防災訓練に出かけている。地域と関わることで、利用者の意識も徐々に変化してきている。地域の自治会長が、地域住民に対して回覧を使ってホームを紹介しており、地域住民が福祉に関する理解度を向上させる取り組みとなっている。ボランティアの受け入れに関しては、積極的な受け入れに向けての取り組みを期待したい。
 関連する社会資源についての一覧表が作成されており、連携に支障をきたした事例はない。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

今年度から利用者が主体となって活躍する場を増やすために、ホーム会議の開催が実現した。ホーム会議は月1回、ホームごとに全利用者と職員が出席して実施している。利用者同士のトラブルや希望・要望が上がっており、利用者からの意見を職員間で検討して日々の支援に活かしている。しかしながら、利用者の要望が具体的に改善された事例には乏しい。
 苦情解決の仕組みに関しても、その仕組みやルールが利用者に十分に理解・周知されてはならず、今後、利用者の理解を促すような前向きな取り組みが必要といえよう。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

前年度の第三者評価結果(同法人他事業所)から、改善点を抽出して職員会議で検討している。事業所運営については、法人が運営するケアホーム全体で取り組んでおり、第三者評価の取り組みがホームごとの見直しや統一を図る契機となった。

「サービス提供マニュアル」によって業務の標準化を図ろうとしているが、職員間のバラつきは否めない。しかし、マニュアルや帳票の見直しには積極的であり、管理者を含む職員間の前向きな意見交換が業務改善に効果を出している。記録は規程の定めに基づいて適切に管理されており、サイボウズのシステムが情報共有に役立っている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

入居前に体験入居を行い、本人が納得した上で入居できるように支援している。契約時には、可能な限り本人・家族を交えて契約を行っており、重要事項の説明も時間を割いて入念に行われている。ホームページには事業所の紹介があるものの、詳細な内容までは掲載していない。

施設の変更(退居)に関しては、「サービス提供マニュアル」の中に「退居手続き」として、円滑な移行を支援するための留意事項を載せている。

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	㉠ ・ 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

今年度から、新様式を使用してのアセスメントを実施している。昨年度の第三者評価受審を受けての改善である。6か月に一度の支援計画作成、定期的なモニタリングの実施に取り組んでいる。モニタリングは担当者が行い、次月の目標を立ててからホーム会議の場で検討している。利用者個々の支援方法を個別支援計画に記載しているものの、具体的な方法にまでは言及しておらず、職員による支援のばらつきが懸念される。誰が見ても容易に理解ができる個別支援計画の作成が望まれる。

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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	非該当

	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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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

利用者が快適に暮らせるよう、「サービス提供マニュアル」には様々な手順が示されている。さらに、生活の豊かさを求めて、自治会では利用者の代表者が集まり、忘年会やサマーパーティなどホームの行事を企画している。自治会で話し合った内容を利用者に伝え、アンケートを行って詳細な計画を作り上げている。廊下に面した居室は開放的であり、居住スペースも広い。反面、部屋によっては、プライベート空間が他人の目にさらされる可能性もある。利用者本人・保護者と相談しつつ携帯電話やお小遣いを持っており、自由に買い物をすることも可能である。