

〔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10日(月)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人歩々の会 (施設名)障害者支援施設ピカリコ	種別:(施設種別)施設入所支援、生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)磯貝 総一郎	定員(利用人数):32名
所在地:〒445-0054 愛知県西尾市平口町大溝75番地	TEL: 0563-53-1212

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆運営者と職員との信頼関係 運営者である理事長(創業者)と管理者(施設長)が毎日事業所に顔を出し、現場の支援の状況に精通している。それ故、職員からの前向き・建設的な意見に対しては、「全てGO」の姿勢を打ち出しており、職員意見が反映されて業務改善が円滑に進んでいる。相互の信頼関係が構築されており、安定した雇用関係が継続している。</p> <p>◆職員意見の尊重 管理者は、「全国身体障害者施設協議会」の要職を務めるが、事業所運営にあたっては職員と同じ目線に立ち、その意見や要望を十分に聞き取っている。一人でも多くの職員の意見を事業所運営に活かすべく、作成された「研修報告書」や「防災訓練実施報告書」等を実施後に回覧で回し、職員に意見や感想を記述させている。</p> <p>◆積極的な地域交流 地域との密着を基本理念にも掲げており、積極的な地域との取り組みがある。毎年、地域の異業種事業所(高齢者施設、子供会、知的障害者施設等)と「ふれあいコンサート」を開催し、500名を超える参加者が集まる。隣接地にある別法人の高齢者施設と共催しての「盆踊り大会」も、夏の風物詩として恒例となっている。野球やボクシング等の観戦への招待があれば積極的に参加しており、祭礼時には神輿が玄関までやってくる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆事業計画作成の仕組み作り 体裁の整った「事業計画書」、「事業報告書」が作成されているが、相互間に真の連動が見られない。計画書で掲げた「今年度の課題」(重点施策)が報告書の中で言及(評価・検証)されておらず、管理者・職員の「汗(成果)」が見えてこない。報告書の内容を次年度計画に反映させて事業の継続性を担保するためにも、管理者・職員が自らの取り組みの成果を確認するためにも、連動を意識した事業計画書・報告書作成の仕組みづくりに期待したい。</p> <p>◆誤薬事故の再発防止 大きな事故にはつながっていなかったが、調査日時点で既に20件を超える誤薬事故が報告されていた。「事故」が起きるためには、必ず「原因」が存在する。この「原因」を追究して明らかにし、これを除去することにより事故の再発は防止できる。この定理に従って、ヒヤリハット委員会が中心となり誤薬事故の撲滅を果たさんことを切に祈りたい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

これまでも法人全体で、様々な課題に取り組んできましたが、今回、外部からの視点で見えていただき、これまで気が付かなかった、課題や強みが明確になったと思います。今後は、指摘された課題の改善に取り組んでいきます。

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。

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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

障害のある、無しの区別なく、全ての人々が「共に生き」、「支え合う」社会の実現を目指して、「一步一步、歩み続ける」ことを目的として、「歩々の会」が誕生した。理念、方針はパンフレットや事業計画の中でも紹介されている。法人あるいは事業所内にて、理念や方針に対する職員の理解度を確認する意味で、「テスト」や「質問」を実施する等、周知を図るべき特異な取り組みを行っている。利用者・家族に対しては、契約時には詳細な説明が行われているが、その後は特段の取り組みは行っておらず、利用者の障害特性を考慮した周知を促すための工夫も見られない。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

収支計画との連動は見られないが、「中長期の課題と今後の方向性」なる文書があり、事業計画作成のための枠組みを示していることから、中・長期計画としての役割を果たしている。年度の終了時に、「事業報告書」を作成しているが、「事業計画書」の中で取り上げた重点施策である「今年度の課題」への言及が希薄であり、次年度計画につながる評価となっていない。事業の継続性を担保する意味からも、「今年度の課題」の的確な評価・検証の実施が期待される。

利用者懇談会や家族懇談会の場を使って事業計画の周知を図っているが、懇親会での説明は行事計画を中心に進められており、事業全般にわたるものではない。

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

理事長及び管理者は施設に常駐し、現場の支援に精通していることから、職員や利用者の意見・要望には時をおかず的確な判断や決定をすることができる。
 管理者は、職員の建設的な意見に対しては、「全てGO」の姿勢を打ち出しており、職員意見が反映されて業務改善が円滑に進む要因となっている。

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 ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

管理者は、「全国身体障害者施設協議会」の要職を務めていることから、他に先駆け事業環境をいち早くつかむことができる。法人監事に税理士事務所の職員を配しており、経営情報の分析やアドバイスによって改善すべき課題を明確にしている。
 税理士事務所(監事)による内部監査はあるものの、外部機関による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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	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

制度(配置基準、加算等)に合致した職員の必要数を確保していくための施策をとっているが、将来に向かっての人事プランは明文化されていない。年2回、「勤務態度チャレンジシート」を使って人事考課を行っているが、考課項目に関しては「情意考課項目」が中心であり、制度からのアウトプットとしての教育ニーズへの踏み込みも薄い。

自由度の高い人事管理が行われており、正規職員に関して有給休暇の取りづらさはあっても、満足度の高い職場環境であり、福利厚生面も充実している。教育・研修に関する姿勢が事業計画の「今年度の課題」に示されており、新規採用者に対するカリキュラムは整っている。他の職員が意見を書き込む「研修報告書」を活用し、評価・見直しのルールの確立を期待したい。

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	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	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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

利用者定員32名に対し看護師4名を配す等、緊急時の対応には万全を期している。緊急時に対応するためのマニュアル類が作成されているが、不完全なものもみられ、「予防」と「対応」の両面を考慮に入れたマニュアルの整理が必要となっている。ほぼ2ヶ月に1度、防災訓練を行っており、実施後には参加した職員が回覧書に意見を記述している。

毎月開催されるヒヤリハット委員会が、集まった事例を検討してケア会議に報告している。しかし、年間20件を超える誤薬事故が発生しており、大きな事故につながる前に抜本的な対策が必要となっている。

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	① ・ 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 ・ 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 ・ ㉞ ・ 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

障害者が地域社会の中で自立した生活を送れるよう、地域住民の障害者に対する理解を深めることを目的として、積極的に地域との交流を推進している。「障害者虐待防止法」に基づいて、緊急時の一時避難場所として市と協定を結び、大規模災害時の福祉避難所として登録するため、市と協議に入っている。
 必要な社会資源の情報が、管理者や一部の職員だけに留まっているケースがあり、職員間で共有できる仕組みとしてほしい。地域ニーズの洗い直しを毎年実施しており、ニーズを把握したうえで各種の新規事業展開へとつなげている。

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 a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

個別支援計画や業務マニュアルの中で利用者尊重が表現され、周知徹底も図っている。個別に調査をする機会は設けていないが、利用者とは2ヶ月に1回、家族とは年に2回懇談会を実施して、要望把握や意見交換をできるようにしている。
 苦情解決の仕組みは規程としての整備はされている。しばらく苦情発生はないと聞くので、実際に苦情が発生した時に最初に受け付ける職員の報告や、その後の施設としての対応が誤りのないものであるか、検証しておく必要はあろう。苦情が否かの判断で、苦情でないとした場合の後の顛末の記録が、適切に処理されているか確認が必要であらう。

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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

新人研修を中心に、自分の仕事を振り返り、自分で評価することは行われている。懇談や計画評価、普段のサービス提供状況から問題が生ずれば改善の実施もしている。個人の振り返りから、今後施設としての評価がどうであるかへ発展させるためにも、この第三者評価の仕組みを十分に活用していただきたい。
サービス提供手順の標準化と個別化は行われている。記録は必要なものが整備されているが、情報共有と他職種連携の点で、確認時期やその方法、反応について等、さらに考察・検討を進めていただきたい。

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	a ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

市役所、支援センター、人づての紹介など、様々な手段で利用希望者が集まる。資料はそれぞれの所属機関に置いてもらい、事業所内でも分かり易く写真を掲示したりしている。利用者の多くがパソコンを使い、利用者自身がホームページやブログを作っている。そのような中で、施設紹介が行われていたこともある。
移行例がないとのことで、手順が文書化されていない。しかし、そのときは誰が担当し、どのような情報提供を行うかは考えてある。

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	a ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

アセスメント票の管理について、アセスメントは、身体、精神、環境など多方面からの情報取得という意味があり、そこから生活課題を見つけるニーズ集約が行われる。アセスメントは、個別支援計画作成プロセスの原点であり、個別支援計画の作成段階で破棄されるべきものとは思えない。一定のルールを作り、アセスメント票を保管することが望ましい。個別支援計画は手順に沿って作成されており、利用者の思いや意向だけでなく、家族の要望を聞き取る作業も入っている。計画は2ヶ月に1度見直ししているのも、適時性も保たれている。地域の社会資源が枯渇した状態であり、利用者が地域生活へ移行できる可能性は低い。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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 ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

コミュニケーションにはパソコンも使われている。利用者各人の居室が自分らしい居室となるよう、様々な工夫や設備を設けている。職員が立ったままで食事介助をしている。忙しいことは理解できるが、それが日常的な姿になると、職員自身は何に違和感があるのかわからなくなってしまう。サービス提供方法・内容については、それが正しい(利用者の最善の利益)か否か、常に確認することが望まれる。

感染予防に注意して、手洗いやうがいが行われている。職員は、利用者が何の薬を飲んでいるか理解するための勉強会を行っているが、誤薬事故防止などのためにも処方の変更についていけるよう、確認の方法をさらに考えることが必要である。