

〔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25年2月18日(月)

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)サンフレンド	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)川崎 純夫	定員(利用人数):50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: 0568-47-1181

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆理念の実践による事業所運営 隣接する通所事業所「銀河」と、精神的な一体感を持って運営されている。「“この子、わが子なりせば”の親の愛を忘れることなかれ」を柱とした「基本理念」と「支援者心得12条」(基本方針)を毎朝職員が唱和し、その実践を誓っている。職員のモラルは高く、利用者と職員とが触れ合う様々な支援の現場で理念の実践を目にした。</p> <p>◆保護者、家族の参画意識 利用者が抱える高齢化や重度化の課題と共に、家族の高齢化も障害者施設が内包する大きな問題である。現時点では、キーパーソンの交代(両親から兄弟等への移行)はさほど起きてはいないが、今後の増加は必至である。そのような状況下ではあるが、「家族会」が毎月開催されており、その出席率はほぼ100%である。遠く離れた和歌山から、わが子を思う年老いた父親が片道5時間の行程を車でやってくる。</p> <p>◆主体性を育む楽しい企画 「支援者心得12条」にも「育」の重要性を説いており、利用者の興味を引く“催し”を通して主体性を育む支援をしている。1泊旅行は年間を通じての企画であり、様々なコースを設定して実施され、利用者は自らの選択によって小グループでの旅行を楽しんで来る。年末に実施されるホテルでのX'マスパーティーでは、利用者が思い思いの服装に着飾って参加する。そんな一つひとつの取り組みの中で、利用者の自主・自立の精神が育っている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆人材育成の仕組みづくり 法人レベルでの職員間の絆の強さから、事業所内では体系的な人事育成のプロセス構築の必要性が論じられていない。「キャリア・パス」の仕組みもないことから、職員雇用の安定は、ひたすら精神的なものを拠り所とすることに頼らざるを得ない状況である。今年度より、新人職員を対象とした新たな人材育成の試みが始まっている。この取り組みを新人職員だけにとどめず、体系的な人材育成の仕組みづくりに活かす展開を期待したい。</p> <p>◆「個別支援計画」の見直し機会 「個別支援計画」の定期的な見直しとして、6ヶ月ごとのモニタリングがルール化されており、毎月の会議でも触れられている。しかし、利用者個々の状態の変化、あるいは思いや意向の変化に着目した“随時”の見直し例はほとんどなかった。日常の支援の中で利用者の状態変化や意向を感じ取り、それを「個別支援計画」につなげる取り組みを望みたい。「個別性」の一つには、利用者の思いを汲み取り、その人らしさを支援することも含まれている。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

受審により、毎回気づかされるが多々あります。マニュアルもほぼ整備されてきましたが、古い物が更新してなかったり、複数同じ物があり、どれが最新版であるか解らない状況にありますので、常に意識して改定、見直しをしていきたいと思ひます。

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	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

法人の基本理念を受け、「支援者心得12条」を定めて事業所(法人)運営の柱としている。その心得第1条には、「…この子、わが子なりせば…」なる文言を含んでおり、これが法人運営の中核の精神となっている。理念は事業所内に掲示するとともに、毎年発行される「事業概要」の冒頭やホームページにおいても掲載し、職員、利用者等への周知の助けとしている。さらに、事業所の朝礼時にも職員が唱和するほど徹底している。

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	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

法人の第3次中・長期計画として、「社会福祉法人あいち清光会5ヵ年計画」(2009年～2013年)があるが、既に第4次5ヵ年計画(2014年～2018年)が策定されていた。現行の計画と同様、各年度ごとに重点目標が定めてあり、単年度の事業計画策定に枠組みを示している。事業計画の策定は、「企画会議」にそれぞれの職場で出た意見を持ち寄り、検討したうえで事業計画に反映させている。職員への周知・理解を深めることを目的として、班長職の数を増やし、さらに主任級の参加する会議に班長を出席させる等の取り組みを行っている。職員への周知・理解の深さが、利用者の周知につながってきている。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

管理者を中心とした組織作りがされており、サービスの質の向上に向けた取り組みが、職員一体となって行われ、管理者と役職者、一般職員とが同じ目標に向かって事業所の運営にあたっている。経験豊富な職員が揃っており、役職者が職務権限を任された形で運営され、管理者が事業所を空ける事があっても、事業運営上の不具合が起きにくい仕組みになっている。

それらの仕組みをより一層活かしていくために、「職務権限規程」や「決済規程」等を整備するなど、組織全体の「責任」と「権限」を明文化されることを期待したい。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者が、関係団体の要職を務めていることから、外的動向の状況をいち早く取得することができている。それらの情報を基に的確な事業運営に結びつけている。さらに、外で得た情報を会議体(企画会議等)を使って職員にも伝え、現状課題を共に考え、多くの職員の意見を事業所の運営に反映させている。

事業所だけでは賄えない部分には、外部の専門機関(TKC等)を利用したり、理事会・評議員会の意見をきく等の強化を図っている。第三者評価の受審もその一環であり、継続して受審している。

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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業計画に基づき必要な人材確保の工夫がされているが、中・長期計画に基づいた計画的な人材確保・育成の仕組みが確立していない。しかしながら、職員育成として、新人職員に教育係をつける等、業務の理解を深める働きかけや、個人目標作成・個別面談等の人事考課へと繋がる取組みも始まった。

職員相互の協力により、有給休暇の取得や産休・育休が取りやすくなり、子育てしながら働ける取組みも行われている。メンタルヘルス対策にも力を入れており、職員の配置転換等の配慮も行っている。本年度は研修担当をつくり、職員の研修希望のアンケートを実施したり、外部講師を招く等の質の向上に向けた取組みにも工夫している。

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	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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者の事故等の対応マニュアルが整備されており、緊急時の対応が明確になっている。しかしながら、利用者の安全の確保として、予防や、再発防止へのマニュアルの整備の遅れがあり、より一層のリスク対策を講じて、事故の無い安全な環境を整備することを望みたい。

各マニュアルには策定日付を入れ、常に最新のマニュアルにしていくよう、作成時の注意を望みたい。

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	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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者も働く「ベーカリー&カフェ」には、遠方からわざわざパンを買いに来る客がいる程の盛況ぶりであり、地域との関わりが深くなっている。商店街のバザーにも積極的に参加する等、地域との交流も積極的に行われている。
在宅支援、ショートステイ、日中一時、居宅、福祉有償運送、レスパイト、相談支援等の事業展開により、地域貢献をも兼ねた地域ニーズへの対応を行っている。
ボランティアの受け入れも積極的に行われ、その基本姿勢は「障害者理解」を第一として実施されている。

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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

非常勤職員にも朝礼等への参加を促し、「基本理念」や「支援者心得12条」を理解したうえでの支援に努めている。しかし、利用者への聞き取り結果から見ても、利用者自身に「プライバシーの重要性」を理解させる取り組みは不十分である。利用者満足に関しては、利用者の主体性を重んじ、利用者満足に向けたアンケートを実施し、できる限りの希望に添えるよう努めている。
管理者が事業所内を定期的に巡回し、利用者との「壁」が無いことから、意見が述べやすい環境になっている。意見・苦情や対応結果については、掲示・公表の仕組みがある。利用者・家族等からの意見に対しては、その都度迅速に対応している。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

サービス内容の評価が、一部の職員だけではなく組織的に行われており、経験の浅い職員の参加もあることから良い気づきの場となっている。昨年度の第三者評価受審の結果を受け、現場の意見を吸い上げやすいように会議の方法を変えている。

マニュアルの整備が進んでいるが、作成(改定)日の記載や、見直しの時期等を定める必要について、さらに検討されることを期待したい。記録類の作成にはパソコンが使われることが多く、管理の手法も「紙ベース」から「データベース」へと移行してきている。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

パンフレットやホームページを使い、さらに併設している相談支援事業からの紹介等、いくつかの手段をもって利用希望者に情報を提供している。サービス開始に当たっては十分な書類を整えており、説明も適切に行われている。

法人内には、隣接している通所事業所やグループホーム、ケアホームが複数あり、利用者の施設変更はそれらの事業所との間で行われることが多い。

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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

アセスメントの手順が文書化されておらず、実施時期が遅れることがある。個別支援計画は、半年で中間評価を実施し、その評価の結果を支援計画に反映させ、残りの半年の支援に役立っている。定期的な見直しについては十分と思われるが、利用者の状態の変化や意向の変化にも着目した見直し機会を持つことが望まれる。
地域への移行の多くは、ケアホームへの移行であり、増加するニーズに応えるため、中・長期計画にもホームの増設が盛り込まれている。

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	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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

加齢による身体的な能力の低下がみられる中でも、自主性を尊重し、自主・自立の精神を養うべく支援が行われている。「食」に関しては、嗜好調査の結果を給食会議に諮り、選択メニューを多用し、希望メニューを取り入れる等の取り組みがある。ホテルでのX'マス会には、利用者が着飾って参加する。楽しみな1泊旅行も、数多く用意されたコースの中から選択できる。

訪問による理・美容のみで、利用者個々のお気に入りの「お店」への支援がない。潜在的な需要が潜んでいる可能性もあり、家族からの聞き取りやアンケート調査の必要性を感じる。看護職中心に改善の努力があり、一時期頻発していた誤薬事故が激減してはいるが、まだゼロになったわけではない。地道な取り組みの継続を望みたい。