

〔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)銀河	種別:(施設種別)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 高子	定員(利用人数):30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: 0568-47-2555

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆崇高な理念の下での事業所運営 「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」を構築し、「支援者心得12条」(基本方針)でさらに細かく理念展開をしている。職員の理解・浸透度は深く、利用希望者に対しても初期の面談の中で「基本理念」の中核の考え方を説明している。それ故、この理念に惹かれて利用開始となるケースもある。法人(管理層)、職員、利用者・家族が崇高な理念で結ばれていることが、職員の安定雇用につながっている。</p> <p>◆利用者の自主・自立の支援 何事にも職員の都合を優先させず、利用者の主体性を重んじ、自主・自立の精神を育む支援を行っている。利用者の主体的な活動としてクラブ活動があり、「カメラ」、「料理」、「ハイキング」、「ダンス」、「書道」、「運動」等々、利用者が自らの意思で参加している。土曜日(月2回)に行う「生き生き活動」は毎回利用者の参加も多い。「ホームルーム」活動、「ロング・ホームルーム」活動等も、利用者の意見が反映されて運用されている。</p> <p>◆地域との信頼関係 「短期入所」や「日中一時」の利用者から意見や要望を聞き取り、それを法人の展開する各種の事業につないでいる。併設の「相談支援」事業には、月間150件近い相談が持ち込まれる。事業所及び法人に対する地域の期待の表れで、関係者(管理層、職員)のこれまでの活動により、地域からの絶大な信頼を勝ち得たものであろう。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆「人事考課」と教育・研修体制 「基本理念」によって強固に結ばれた組織ゆえ、職員雇用の安定がある。一方で、職員育成のための体系的な教育・研修の仕組みが構築されていない。今年度、「人事考課制度」の初歩的ともいえる評価制度が、新人職員の研修と抱き合わせで動き出した。この取り組みを契機として、「人事考課制度」と連動した教育・研修システムの構築を期待したい。</p> <p>◆マニュアル類の再点検 取りそろえるべきマニュアル類の整備はほぼ完了したかに見えたが、中には不備な点も見つかった。一例は、マニュアルの作成日の欠如である。マニュアルにとって、「作成日(改定日)」は大きな意味を持つ。複数の手順(仕事の進め方等)が存在した場合に、「どれが正しい手順であるか?」を問う時の「最新版管理」上において、唯一の根拠となるべきものが「作成日(改定日)」である。すべてのマニュアルについて、再点検することが望まれる。さらに、この機を利用して、定期的な見直しを含んだ「マニュアル見直しのルール化」を図ることも提案したい。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回が三度目の受審となりますが、毎回指摘される改善点が同じだということに深く反省をしています。また、その点が当施設の弱点だと考え早急に「職員に対する人事考課」および職員育成のシステムづくりに取り組もうと思います。
受審のたびに主任一人一人の仕事に対する責任感が高くなり職員からの信頼を得られるようになったと実感しています。

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

法人の姿勢を明確にする「基本理念」と「基本方針」(「支援者心得12条」)が、様々な形で開示されている。毎年度作成されている「事業概要」でも、トップページに紙面を割いて記載している。
利用希望者には、初期の説明時に「理念」や「基本方針」について説明しており、家族が「理念」に賛同して利用開始に至るケースが多い。

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	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

2013年度の実施状況を踏まえて、「あいち清光会5カ年計画(第4次)2014年～2018年」が策定され、工程表も明示されている。工程表には各年度ごとの重点課題も示されており、単年度の事業計画の作成時に方向性を定めやすくなっている。多くの現場職員が企画会議に参加して事業計画の作成に関与しており、見直しや実施後の評価が組織的に行えている。
毎月、「家族会」が開催されており、常に対象者(利用者の両親、兄弟等)のほぼ100%が出席している。この場を使って、事業計画の説明や重要事項の伝達が行われている。

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

法人の実質上の代表であり、隣接する入所施設の管理者は、県の障害者団体の要職にあって多忙であり、当施設の管理者が、隣接の入所施設に関しても精神的な管理を任されている。管理者が常に現場に入り、率先垂範、身をもって職員に範を示している。関係法令のセミナーには時間の許す限り参加し、その内容を事業所内に周知させている。
財務・会計面での事業所体質の強化を狙って、TKCと委託計画を結び、事業の透明化や業務の効率化を目的とした改善のための助言を得ている。

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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

隣接施設の管理者が、県の障害者団体の役員を務めており、事業所運営に必要な情報はそこを経由して入手できる。事業所の根幹をなす会議体は「企画会議」であるが、班長の数を増やしてその会議に参加させ、様々な課題に円滑に対処すべく組織内の共通認識を高めようとの試みもある。
事業所運営の透明化を図ることも重要な使命と考えており、財務会計面をTKCに任せ、サービス面を第三者評価受審に委ねている。

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 ・ ㉠ ・ 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

<p>「あいち清光会5カ年計画(第4次)2014年～2018年」の中には、将来の必要人材についての詳細なプランはない。各年度の重点課題をクリアすべき人事プランの考察を望みたい。法人としての「人事考課制度」はないが、新人職員に対しての評価システムを構築した。各階層にも波及させる取り組みに期待したい。</p> <p>職員育成に関しての体系的なシステムはなく、OJT教育や必要に応じての研修参加にとどまっている。外部講師による研修会が、職員有志の自発的な勉強会につながった事例や、職員に受講したい研修のアンケートを実施したことがある。実習生の受け入れは保育士養成が主流となっており、法人単位で年間100名の受け入れがある。</p>

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

<p>利用者の安全・安心な暮らし(作業・生活)を支援するために、必要と思われるマニュアル類は整備されている。しかし、マニュアル類の中には作成日付が明記されていないものが散見された。「最新版管理」上での課題を残しており、点検・整備を望みたい。毎月、隣接の入所施設と合同で防災訓練を実施しており、隣接事業所との連携体制も構築されている。</p> <p>一時期、法人内では誤薬事故が頻発したことがあったが、看護師を中心に対策を講じた結果、発生件数は大幅に減少している。</p>

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

事業所周辺に民家は少ないが、地域行事には利用者と職員とが積極的に参加し、また事業所のイベントには地域住民に参加を呼び掛けている。2年目を迎えたカフェ＆ベーカリー「シリウス」や手作りの「弁当販売」を通して、地域との交流はさらに深くなっている。事業所イベントには、市の仲介によるボランティアや学生ボランティアが協力している。地域の福祉ニーズは、「短期入所」や「日中一時」事業の利用者からの要望を聞き取り、法人の展開する各種の事業につないでいる。併設の「相談支援」事業では、月間150件近い相談の受付がある。

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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

法人の基本方針である「支援者心得12カ条」や「職員行動規範」、「研修会・勉強会資料」等、朝礼時・会議等において周知徹底しているが、職員増による(非常勤職員も含め)意識に温度差が生じないような工夫を望みたい。苦情解決のルールは明確にされている。さらに、利用者に分かりやすく、かつ使いやすい制度とするためにも、マニュアルを再整備(図式化)することを勧めたい。それにより、新人職員をも含め、全職員が苦情解決への対応・仕組みの理解が深まることとなろう。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

第三者評価を毎年受審することで、改善すべき課題が明確になっており、取り組みの成果が上がっている。企画会議に班長も参加するなど、各種会議における課題や計画のチェック機能(P-D-C-Aの循環)が強化されている。マニュアルに作成日の記載がない等、マニュアル類の総点検を望みたいが、この機会を有意義なものとするためにも、「マニュアル見直し」のルール化にも取り組んでいただきたい。記録の作成及び管理にはパソコンが使用されており、情報の共有化も図れている。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

ホームページ・パンフレット等、見やすく鮮明な写真を多く使用しており、利用希望者にとっても分かりやすく作成されている。ホームページの更新も適宜行われており、積極的に情報を提供しようとする姿勢がうかがえる。施設の変更は、ほとんどの場合が法人内の事業所間移動である。法人内に相談支援事業所を持っており、サービスの継続性を担保することや、地域との連携・移行等への対応についても安心できる状態である。

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	㉠ ・ 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

アセスメントから個別支援計画・モニタリング等、プロセスに沿って計画的に実施されている。しかし、モニタリングに関しては、定期的な実施だけに限定せず、利用者の状態の変化や意向の変化に伴い、その都度行っていくことが望ましい。地域移行支援においては利用者の意向を尊重して、積極的かつ具体的に個別支援計画へ盛り込んでいる。

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

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) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66 (a) ・ 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 非該当
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) ・ 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 非該当
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) ・ 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 非該当
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) ・ 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 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 74 (a) ・ 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) ・ 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 非該当
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 非該当
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 非該当
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 非該当
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 非該当

評価機関のコメント

日中活動(作業等のプログラム)においては利用者の意向や能力に応じて、環境の整備がされている。利用者の主体的な活動としてクラブ活動等様々な活動を行っており、土曜日(月1回)に行う「生き生き活動」は毎回利用者の参加も多い。「ホームルーム活動」等、支援の各場面で利用者の自主・自立を促す取り組みが見られ、事業所全体に「利用者本位」の姿勢を強く感じさせられる。

利用者の昼食は、事業化している「弁当販売」用のものと同じものである。さらに、利用者の“弁当作り”の作業場が食堂であり、彼らは仕事場で食事を摂ることとなる。可能であれば「職」と「食」との遊離を図る工夫を期待したい。