

〔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26年3月16日(日)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人愛光園 (施設名)ひかりのさとのぞみの家	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)加藤 俊一	定員(利用人数)：40名
所在地：〒470-2102 愛知県知多郡東浦町大字緒川字東米田56番地	TEL：0562-83-9938

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆事業運営の継続性、目標の明確化 事業計画書に示される重点課題について、可能なものについては達成したか否かを判定可能にするための「達成基準」が明記されている。年度終了時に作成される事業報告書において、それぞれの重点課題が評価され、◎、○、△、×等の記号と文章によって分かりやすく表記されている。残された課題は次年度計画に盛り込まれる等、事業運営の継続性も十分に担保されている。</p> <p>◆利用者を中心にした支援 利用者の人格と尊厳を重んじ、自主性を認めた支援が定着している。外泊や外出についても、利用者の自由意思が尊重されている。利用者が中心となって、毎週「寄り合い」が開催され、意見交換や討議が行われている。施設の新築・移転に際しても、設計段階から利用者や家族の意向・要望が聞き取られており、居室の完全個室化等、新施設の建設に反映された。</p> <p>◆法人トップの姿勢、影響力 法人の経営層の一員であり、法人設立の中心となって尽力された女史が足しげく施設に通っている。調査日当日も食堂にその姿があり、一利用者の食事介助にあたっていた。法人理念の柱である「共に・・・」を書きものや言葉で表出するだけでなく、自らの行動にも実践されている姿に感動さえ覚える。若い職員との一言、二言の会話に、法人のゆるぎない精神が綿々と受け継がれて行く。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆施設移転の弊害 念願の新築・移転を成し遂げた事業所ではあるが、その事業(移転)の負荷の大きさゆえに、これまで継続されてきた取り組みや支援が中断したものもある。第三者評価は定期的(ほぼ3年に1度)に受審しているものの、昨年度の自己評価実施は事業所全体を巻き込むことができなかった。個別支援計画書の作成にあたって、再アセスメントの実施もできなかった。新装なった機能的な施設に、本来のあるべき仕組みに則った支援が戻ってくることを期待したい。</p> <p>◆記録の重要性 一部のマニュアルについて、改訂されたことは明らかであっても改訂された日付が不明なものがあった。また、「寄り合い帳」にて提言された意見が、はたして改善されたのか否かの記録が残されていなかった。規程やマニュアル等の「文書」においては、日付が最新版管理上の重要な役割を果たす。また、「記録」類においての日付は、証拠能力を有するか否かの決め手ともなり、活動や取り組みの証しともなる。記録を残すこと、日付を記入することの重要性を認識して欲しい。</p>
--

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回も、限られた時間の中で、丁寧で客観性のある評価をして頂き、ありがとうございました。  
私たちは、あくまで利用者を主体とし、互いに人として認め合い・学び合うことを大切にしています。まだまだ十分とは言えませんが、その点を評価して頂いたことは、今後の励みになります。  
逆に、計画や記録、マニュアル作成など、継続性に欠けるところがあり、改善すべき点が多くあります。管理職の力量不足も反映していると思うが、事業所としての将来構想や明確な方向性という点で、弱い部分があり、今回の結果にも反映されていると思います。しっかりとした目的を持つことで、職員一人ひとりが、働く意欲を育て、より良い支援につながればと思います。  
今回の評価結果を振り返ることで、新たなスタートが始まります。  
今後とも、よろしくお願い致します。

#### 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	Ⓐ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

ゆるぎない法人の理念があり、(身体)障害者支援施設としての基本方針を定めている。  
職員や利用者等への周知について、自己評価においては厳しい判定であったが、職員へのヒアリングや保護者からのアンケートの回答、加えて利用者へのヒアリングを通して、周知が十分に図られていることが確認できた。折につけ、利用開始時に、毎月の例会で、総会の時、会報で、施設内の掲示等々、あらゆる機会を通して理念・方針が語られている。

### 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	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	Ⓐ ・ 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

法人の中期計画(2012~2014年)が策定されており、事業所単体での中・長期計画を持っていない。単年度の事業計画は、法人の中期計画と整合した形で作成されている。  
事業計画に盛り込まれた重点課題には目標を定め、目標達成のためのプランには達成度を判定するための具体的な「達成基準」を明示している。「達成基準」は可能な限り数値化しており、取り組みの曖昧さを許さない真面目な姿勢が見える。  
事業計画の周知は、職員、利用者等ともに十分である。

### 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

法人の理念が記された「クレドカード」を読み合わせるだけでなく、折々の機会をとらえて管理者が所信を表している。職員の資質を向上させることによって、提供するサービスの質を上げ、利用者の最善の利益を目指すことを使命として、管理者は職員の指導に当たっている。慢性的ともいえるべき「人材不足」に悩む管理者ではあるが、正規職員と非正規職員との意識の格差是正を図り、業務の効率化をもって難局を乗り越えようとしている。

## 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

理事長と本部長、部長がメンバーの経営会議、4名の部長による部長会、施設長が加わる運営会議等、法人の会議体系は十分に機能しており、事業運営の方針が現場までストレートに下りている。毎年度の事業計画に盛り込まれる重点課題や目標も適切である。

財務・会計面は公認会計士により、サービス面は専門性のあるコンサルタントによって、各種の分析が加えられて経営改善に役立てられている。第三者評価も、適切な間隔を置いて受審しており、今回が3回目である。

### 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

法人の中期計画に将来的な人事プランはあるが、実態とかけ離れたものとなっており、欠員を補充することが最優先されている。人事考課制度が定着しており、自己査定、上司査定の後でフィードバック面接が実施され、職員個々が「目標取り組み申告書」を作成している。

夜間の勤務シフトに苦労はあるが、休暇を取りやすいシステム作りが進んでいる。有休消化率も高くなってきている。

正規職員と非正規職員との意識、支援技術の格差を是正するため、非正規職員にも積極的な研修参加を呼び掛けている。研修終了後の教育効果の検証、実習生受け入れ後の評価・反省等に課題を残している。

## 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

利用者の安全で安心した暮らしを守るべきマニュアル類は整備されている。事業所単体での避難訓練のほか、隣接4施設合同の夜間想定避難訓練を実施している。地域の防災キャンペーンにも参加し、利用者、職員の意識を高めている。訓練によって、非常電源稼働時には一部のナースコールが使用できないことが判明し、改善策を検討中である。

地域住民に防災訓練への参加を呼び掛けているが、まだ実現には至っていない。災害時に備えて敷地内に井戸を掘り、自家発電装置も設置されて、飲料水の供給体制は整った。

## 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

歴史や伝統に支えられ、地域に受け入れられた法人、事業所であり、地域との交流も盛んに行われている。災害時に備えて、福祉避難所登録を町と協議しており、敷地内に井戸を掘って災害時の飲料水確保を図っている。ボランティアの来訪は多いが、受け入れマニュアルの整備が遅れており、かつて実施されていたボランティア講座の開催も休止中である。法人の相談支援事業は長い歴史を持ち、事業所に対して有益な情報提供を行っている。地域移行の手段として、今後もグループホームの建設が進められることとなる。

### 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	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

法人の基本理念に基づいて施設の基本姿勢が明示されている。施設の改築にあたり、職員や利用者の意見も多く取り入れられ、居室は全室個室となり、トイレや浴室などプライバシーにも十分配慮されている。利用者が集う「寄り合い」が毎週開催されており、この場で利用者の意見や要望等が把握されている。利用者から出された要望等に対する改善結果についての周知方法に工夫が望まれる。苦情解決の仕組みは確立されており、苦情内容についても法人全体でまとめて分析され、会報で公表されている。

### 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	a ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

第三者評価を定期的受審しており、今回が3回目の受審である。サービスの支援方法については、「共通」と「個別」のマニュアルが文書化され、定期的に会議を開催して改訂している。ただ、年次途中で変更された事項について、いつ改訂したのか日付の確認が出来なかった。

利用者情報はパソコンで共有され、誰でも確認できるようになっている。ただ、個別支援計画の支援目標についての取り組みが、ケース記録からは十分に確認できなかった。今後はケース記録と個別支援計画がリンクするよう、記録の作成についての工夫が望まれる。

### 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	① ・ 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	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

法人のホームページや総合パンフレット、施設のパンフレットなど、見やすくわかりやすい工夫がされている。サービス開始時は、契約書や重要事項説明書の書面をみながら読み合わせを行い、同意を得ている。

施設の変更や家庭への移行に希望があれば、法人内には相談支援グループや地域生活支援グループがあるので、連携して対応できる仕組みがある。

### 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 ・ 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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

アセスメントは手順に従って実施され、本人と家族のニーズも聞き取られている。アセスメントの実施は、昨年度は実施されていなかったため、毎年実施できるように計画に組み入れるなどの工夫が欲しい。

サービス実施計画やモニタリングについては、定期的に実施されており、計画の評価や見直しをした内容についても、全職員に回覧して周知されている。一人暮らしやケアホーム等で自立した生活を希望される利用者については、身体状況等を確認しながらスムーズに移行できるように手順が定められている。

### 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	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	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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

日中活動は、本人の希望に合わせて参加できる仕組みがある。行事等も利用者組織の「寄り合い」で決めるなど、利用者の主体性が尊重されている。施設の新築・移転にともない、居室やトイレ、浴室など障害にあわせた機器やナースコール等が設置され、利用者の安全と職員の身体にも負担が少なく介助しやすいよう配慮されている。居室は全室個室化され、希望があれば本人のニーズにあわせてカスタマイズされたパソコン等、電子機器、通信機器を自由に利用できる環境も整えられている。

健康管理については、看護師が日常的に体調のチェックや薬の管理をし、嘱託医や歯科医、皮膚科医など定期的に往診があり、個別にも相談できる体制も整えられている。外出や外泊は、利用者主体でルールが決められている。