

[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12月25日(木)

② 事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 明知会 (施設名)障害者支援施設 夢の家	種別:(施設種別)施設入所支援・生活介護・短期入所 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)古田 幸仁	定員(利用人数):111名
所在地:〒480-0303 愛知県春日井市明知町字西追分1030-1	TEL: 0568-93-9101

③ 総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆着任1年目からの改善・改革着手 管理者は着任1年目であるが、サービスの質の向上には業務の見直しが必要との考えを持っている。すでに部分的には改善・改革に着手しており、食事の提供方法を見直し、提供する時間帯を変更して職員の業務の分散化を図った。職員の勤務シフトの見直しでは、従来より「遅番」職員の数を増やして職員間の業務の不均衡を是正し、平準化を果たした。</p> <p>◆「利用者会」に代わる「座談会」の開催 かつて組織化されていた「利用者会」が廃止され、利用者が公的に意見や要望を表出する機会が失われた。そこで代替の「座談会」が開催されることになったが、「座談会」が従来の「利用者会」以上の効果を上げている。参加するメンバーは、代表として選ばれた言葉によるコミュニケーションが可能な利用者約40名であるが、毎月1回、全ての利用者の代弁者として職員と意見交換を行っている。</p> <p>◆「防災訓練」に見る改善意識の高さ 「平成26年度事業計画(年間行事計画)」に従って毎月防災訓練が実施されている。訓練に際しては事前に「行事計画書」を作成し、実施後には「企画反省書」を用いて課題を抽出している。課題は次回の訓練時に改善されていることを確認して有事に備えている。自身では自由に行動することのできない身体に障害を持つ利用者が多くを占めるだけに、万全の体制を以て事に当たろうとの配慮の証である。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆中・長期計画の明文化 法人及び事業所の将来構想が役員会やRIC(代表者会議)で討議されることはあるが、文書として法人内外に示されることはなく、事業運営の透明性の担保や公開義務の点からも後れを取っていると云わざるを得ない。事業所運営においても、将来的な課題として「利用者の高齢化、重度化」が取りだたされるようになってきた。この課題に関してだけでも、事業所展開や施設整備、必要人材の採用・育成、関係機関との連携体制の構築、さらにはキーパーソンの高齢化対応等、早期に明確にすべき案件は多い。</p> <p>◆新たな人事制度構築への課題 従来の役職者による合議制の人事考課制度から脱し、新たな制度構築が検討時期に入った。職員の能力開発にもつながる新制度の導入までには時間を要すると思われるが、制度検討には職員の代表をも含め、労使双方の十分な制度理解につながるような配慮を期待したい。</p>
--

④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

施設の至らないところの気づきや、人事考課の基準についても具体的なアドバイスを頂きました。この結果を今後の業務に反映していきます。

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

パンフレットやホームページを使い、法人(事業所)の理念を伝えている。朝礼では、「介護者の心得10ヶ条」が唱和されており、職員は法人の目指す支援の方向性を理解して支援にあたっている。
 利用者の高齢化や重度化が課題として取り上げられることが多くなったが、理念や基本方針の周知に関しての特段の取り組みは実施されていない。加齢や身体能力の低下に伴い、利用者個々の理解力や判断能力の低下も想定される。それぞれの利用者に応じた形での周知方法の構築が望まれる。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

法人及び事業所の将来構想がRIC(代表者会議)で討議されることはあるが、文書として職員に示されることはない。事業計画の策定に当たっては、担当職員も参画して事業種別ごとに詳細に作り上げている。
 事業計画は役員会で最終的に決定され、直ちに職員会議の場で周知が図られる。言語でコミュニケーションが取れる(意見が言える)約40名を利用者代表として、毎月1回職員との話し合いの場(座談会)が設けられており、その場を利用して事業計画の内容が伝えられている。年々出席者が減ってきている家族会ではあるが、年間3回の開催機会を利用して周知に努めている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

着任1年目の管理者は、豊富な現場支援の経験を生かして事業運営にあたっている。コンプライアンスに関して、管理者自身は機会あるごとに積極的に研修参加を行っているが、職員への展開が十分ではなく、法改正や制度変更があった場合に研修を組むにとどまっている。

サービスの質の向上のために業務の見直しに着手しており、食事の提供方法を見直し、提供する時間帯を変更して職員の業務の分散化を図った。職員の勤務シフトの見直しでは、従来より「遅番」職員の数を増やして職員間の業務の不均衡を是正し、平準化を果たした。

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

全国や県の身体障害者施設協議会の会議や研修に参加したり、協議会とのメールのやり取りにて事業所運営に必要な情報を得ている。

最大の課題は、利用者の高齢化や重度化の進行に伴う「支援の質の変化への順応」であると捉えている。これまで以上に身体介護に職員の手が費やされ、外出やレクリエーションの機会が減少し、現有勢力の職員では支援の量だけでなく質を維持することも困難な状況になってきている。将来を見据えた中・長期の計画の策定が望まれる。

毎月税理士事務所の訪問を受け、財務・会計面のチェックを受けている。税理士事務所が主催する年4回のセミナーにも法人から参加があり、第三者評価も定期的に受審している。

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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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

明文化した中・長期計画を持たないことから、将来的に必要となる人材プランが明確になっていない。これまでの合議制の人事考課制度に替え、職員の能力開発につなげるための人事考課制度が検討の時期に入った。人事考課制度の目的を正しく把握し、職員参画の制度構築を期待したい。

職員研修の基本姿勢は事業計画に示されており、職員個々への計画の落とし込みは弱いものの、研修実施後には報告書が作成されており、研修担当課長がチェックしている。実習生に関しては、教員、社会福祉士、介護福祉士、保育士等、年間40名程の受け入れがある。実習終了後の評価・検証の仕組みづくりが望まれる。

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

安全管理上のマニュアル類は整備されており、ほとんどは電子管理である。「感染症マニュアル」も電子管理されているが、必要と思われる場所(部署)にはペーパーベースで配布してある。

毎月、「行事計画書」を作成して防災訓練を実施し、終了時には「企画反省書」を作成して仮題の抽出を図り、次回訓練に役立てている。

事故発生の都度「事故対策委員会」を招集し、「事故報告書」に沿って原因究明や再発防止の対策を講じている。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業計画の中には、「地域に貢献」との見出しで地域交流の基本姿勢が示されている。年間600名超とボランティアの数こそ多いが、計画通りの地域貢献には至っていない。
 利用者の地域移行や他施設への移行が少なかったせいもあり、これまでは関係機関との連絡・調整を必要とする機会は少なかった。今後、利用者の高齢化や重度化の進行に合わせて各方面の関係機関との連携が必要となる。その時のためにも、社会資源の明確化を図ってリストを作成しておくことが望ましい。日中活動の通所事業所、夜間支援のグループホームを開設させたが、さらに2棟目のグループホーム建設が計画されている。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

6ヶ月に1回のセルフチェックを委員会で行い、次の時期に活かし、設問項目もその都度替えて対応している。プライバシー保護に関して職員会議で話し合い、月間目標に取り込む動きがある。
 利用者は、過去には組織されていたが今はない。座談会という形で毎月意見要望を聞く会があり、第三者委員が同席するなど利用者会に代わる仕組みがある。
 苦情解決の仕組みは整っており、事業報告書にまとめも掲載されるが、事業報告書は利用者、家族、一般に公表される性格のものではないので、広報誌に掲載したり家族会で議題の一つとして報告するなどの改善余地がある。

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	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	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	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

第三者評価の基準を使い、毎年自己評価している。評価結果に基づき改善計画を立てて実施し、改善がすんだものも多くあった。ただし、改善活動に関する責任者の明示や期限の記載がなく、未達成の改善課題がどのようになっていくかの予定が不明瞭なところがある。標準的なマニュアルとして、介護に関する市販テキストを役立てている。「〇〇ページを参照」といった具体的指定もある。

サービス記録はパソコンの記録システム「クレヨン」を使っているが、手書き資料も多くあり、統一性、見やすさ、情報共有のしやすさ、管理のしやすさなどから、さらなる活用範囲の拡大が期待される。

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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

利用者は公的機関や養護学校等から紹介されてきたり、自らインターネット等で情報を集めて問い合わせをしてくる。見学にも対応している。ただし、いつこの人が何用で見学に来たかの記録は残していない。

説明同意は、利用者本人や家族に対して契約書や重要事項説明書を用いて行っている。移行に関する引継ぎ文書などの形は定まっていないが、その事例自体がほとんどない状況である。

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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

担当職員がアセスメントやケアプランの原案の作成、モニタリングを行っている。プランを正式なものにしていく上で、可能な場合は本人や家族も参加している。
 計画したサービスを毎日、あるいは指定した日に確実に実施したということを明らかにでき、それを根拠としてサービスが行われたので「計画を終了する」、あるいは「継続する」、または「見直しする」といったモニタリング結果の根拠資料の整備がさらに進むと、プラン作成管理がより充実するものと思われる。

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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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

手を動かす方向、場所等で意志を示すなど、その人固有のコミュニケーション手段を把握し、言語以外の方法として理解している。

食事の委員会に利用者の参加はないが、意見は座談会で吸い上げている。入浴は週3回を基本として支援している。発作を起こす人などはグループ分けして事故対策も行っている。理美容は複数の協力者がおり、利用者は好みや相性の合う理美容師を選ぶことができる。

薬の管理(与薬)は複数人間が複数回チェックを行い、誤薬が起こらないようかなり力を入れている。預り金は通帳口座を預かることもあるが、現金でも預かっている。預かり金規約に基づき、年1回支出入の報告を行っている。しかし、通帳に記帳されて使い道を金融機関が証明してくれるものと違い、当該事業所のように施設で出納明細を作る場合には、信頼と報告頻度をさらに高める余地がある。