

[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: 21地福第785号)
訪問調査 平成22年11月17日(水) 実施日：

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 新城福祉会 (施設名) レインボーはうす	種別:(施設種別)生活介護、就労移行支援 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 長坂 宏	定員(利用人数):40名
所 在 地:〒441-1301 愛知県新城市矢部字本並48番地	TEL:0536-24-1313

③総評

◇特に評価の高い点

地域に唯一つの障害者施設であることから、法人代表、管理者ともに本施設を地域の社会資源としてとらえた施策を講じている。行政の信頼と協力を得ており、利用者、家族、事業所、地域が一体となって障がい者を支援しているこうとする体制が築かれている。

昨年、中期3年、長期10年の中・長期計画をまとめた。その中には、地域に展開されていない児童デイサービスや、不足している高齢者デイサービス事業への進出が企画され、東三河北部圏域の日中活動の拠点たらんとする意気込みも感じられる。計画の順調な推移を見守りたい。

利用者個々への支援は、個別支援計画書に沿って実施されており、障害特性に合わせるだけでなく、利用者本人の意向や思いが強く入った計画となっている。重度の障がいを持った女性利用者が、不自由な手を操りパソコンで自らのブログ(事業所の紹介)を作成していた。事業所内に貼られた壁新聞や事業所のパンフレットも彼女の手になるものである。

就労移行支援にも積極的に取り組み、「昼食工房」や「お菓子屋さん」等、施設内外で利用者がいきいきと働く姿が確認できた。ここから一般就労へつながった例も多い。

◇改善を求められる点

企画・計画を実践に移す決断力や実行力は目を見張るものがあるが、実施後の評価や検証のシステムが構築されていない部分もある。教育・研修の実施後に、復命書によって受講した職員の所感が記されていたが、それが活かされた例は少なかった。ヒヤリハットの取り組みに関しても、専門的な分析は実施されていなかった。

当日の訪問調査での確認事例ではないが、自己評価での気づきとして、常勤職員と非常勤職員との意識の差が円滑な事業所運営の障壁となっていることが繰り返し記されている。組織全体の研修体系の見直しや、各種の取り組みに際しての企画・計画段階からの積極参画等、意識改革を前提とした非常勤職員の戦力化の推進が待たれる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価の結果は気づきと学びの多いものであった。6年間という年月の中で制度をフル活用して次々に事業を開拓して来たため、前へ前へというベクトルが働き過ぎて、振り返り(評価結果では検証という文言で表現)が不十分であることがよくわかった。

昨年度当法人の中長期計画が出来上がり、それに基づいて単年度の計画づくりも始まった。そのような意味からも次の10年先を展望するために、ここまで歩み、そして日々の実践を丁寧に検証するという取り組みが必要であることが認識できた。

また、障害福祉サービスに対する評価ではすべて「a」「b」という結果となり、本人ニーズに基づいた個別支援計画づくり、そして支援現場での実践が正しく評価して頂けたものと受け止めている。

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	(a) · b · c	
	障 2	(a) · 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	a · (b) · c	
	障 4	a · (b) · c	

評価機関のコメント

法人設立時に準備会によって作成された「ともに働き ともに学び ともに生きる」を基本理念に据え、利用者を中心に事業所、行政、地域が一体となった活動を展開している。 理念がパンフレットに記載されているが、職員や利用者に対する周知のための取り組みは特に行われておらず、職員、利用者及びその家族の理解度や意識は個人差がある。職員に関しては、正規職員と非正規職員の意識の温度差をなくすことを今後の課題としてとらえており、職員一体の研修を計画している。

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	(a) · b · c	
	障 6	(a) · 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) · b · c	
	障 8	a · (b) · c	
	障 9	a · (b) · c	

評価機関のコメント

平成21年度に、中期3年、長期10年の事業計画を策定した。タイムテーブルには、主要な項目毎に10年間の計画の内容が詳細に記載されており、実施にあたっての優先順位が付けられていた。この計画には、事業の裏付けとなる収支予算計画も含まれている。単年度の事業計画については、収益事業(生活介護の作業支援、就労移行支援)に目標値を設定する等、単に収益を管理するだけでなく、働く利用者の「やる気」を鼓舞する取り組みも見られる。 計画の策定に主体的に係わっていない非正規職員、利用者、家族に対する周知が今後の課題として残る。
--

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	(a) · 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) · 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	(a) · 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) · b · c

評価機関のコメント

管理者は法人の常務理事でもあり、事業所の管理者としてだけでなく法人運営にも深く係わっている。法人設立前から障害者施設での勤務経験が長く、豊富な経験から実行力・指導力も高い。

事業所の立ち上げ、新法への移行、授産事業の拡充等々、管理者を中心として職員一丸の体制で進んできた。開設から6年、それぞれのラインで責任者が育ってきたが、管理統括部門の職員育成が今後の鍵となる。

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

評価機関のコメント

地域(市内)で唯一の障害者施設であり、行政と一体となって地域福祉に取り組んでいる。法改正や地域のニーズにも的確に対処し、いち早く新法への移行を果たした。今後の課題として、中・長期計画の進捗管理や企画部門の充実を挙げている。

TKCによる外部監査を実施しており、会計処理だけでなく法人や事業所の運営そのものに助言をもらったり、各種規程の見直しにも力を借りている。

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) · b · 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 · (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	a · 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	a · 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 · 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 · (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 · (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 · b · c

評価機関のコメント

中・長期計画で今後の人事プランを掲げ、それを受けた22年度の事業計画の中で職員研修についての具体的な方法を明示している。実習生の受け入れについても同様である。 客観的な基準を持った人事考課制度（力量基準）が構築されていないため、職員個々の不足力量を把握することが難しく、体系的な教育・研修の仕組みはできていない。外部研修履修後の報告書が活用されて全体研修へと広がった例も一部見られたが、実施後に教育効果を検証する仕組みはできていない。
--

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
	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
	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

評価機関のコメント

利用者の安全を確保するためのリスクマネジメント委員会が組織されており、ヒヤリハット事例の収集・検討も行っている。必要と思われる安全管理上のマニュアル類も概ね揃ってはいるが、定期的な見直しの実施には至っていない。 利用者の防災訓練（避難訓練）、職員のAED研修等が行われており、緊急時や災害への備えとしている。

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
	II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	障 29
	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

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 · 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	a · 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	a · 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	a · b · c

評価機関のコメント

管理者・職員は、“地域にある唯一の障害者施設”であることを認識しており、地域との連携が必要不可欠であることを理解している。利用者が地域の大学を訪れ、実際の授業の現場で教材としての役割を担うもある。 ボランティア受け入れに関しても、単年度の事業計画書に十分な記載があった。 併設されている相談支援事業所には年間100件を超える相談があり、連携によって地域のニーズの把握に役立てている。その他の関係機関との連携も円滑に行われているが、それらの連絡先を1表にまとめたものはなかった。
--

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 · 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 · 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 · 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 a · 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 · 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 · b · c

評価機関のコメント

生活介護、就労移行の各事業部会やサービス責任者会議などでサービス提供の検討が定期に実施され、毎日の終れにおいて、個々人の様子や目標・伝達事項などの確認が行われていた。行動規範・守秘義務においても、文書が策定されているだけでなく、職員の共通基盤となるよう研修も実施されていた。 利用者からの意見に関しては、迅速に対応した記録があった。対利用者サービスへの意識の高さからくるものと思われるが、必要と思われるマニュアルを即座に見直し(作成・改訂)するなど、不適合発生後の組織的な対応の迅速さが伺えた。
--

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 · (b) · c
	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 · (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) · b · c
	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 · (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) · b · c
	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	障 46 a · (b) · c
	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 · (b) · c

評価機関のコメント

個別支援計画の策定・実施・見直しが定期的に実施されていた。就労移行支援事業においては、数名の企業就労を実現させておりその有効性も確認できた。生活介護事業においても、生産活動の場では、障がい特性を考慮したカードや写真を用い、利用者本人が、安定して作業に取り組めるよう環境整備に注力されていた。 重度障がい者用に「スヌーズレンの部屋」を用意し、心の安定を図ったり、リハビリテーションに活用したりしている。また、利用者自身がパソコンを使って、施設利用中に情報を発信できるようブログ環境も整備されていた。どちらも県内でもあまり例を見ない実践であり、既存のサービスにとらわれない利用者の意向を基軸とした支援者の積極性が伺えた。

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 (a) · b · c
	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 a · (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) · b · c

評価機関のコメント

施設利用希望者本人にとってもわかりやすいように、イラストや写真を多く取り入れたパンフレットが用意されていた。また、ホームページを、施設利用者本人による情報発信の場としても活用されていた。 サービス開始時には、重要事項説明書や契約書も滞りなく交わされていた。必要に応じて同一法人内の居宅介護事業所と連携し、地域や家庭でのサービスの継続性にも配慮している。

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 · (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 (a) · 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) · 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) · b · c

評価機関のコメント

個別支援計画において、アセスメント、課題やニーズの把握、計画の策定、評価・見直し等の各記録を確認することができた。また、サービス管理責任者においては、その職責を自覚されており、個別支援計画について、詳細かつ十分な説明を聞くことができた。平成22年4月に、平成18年3月以降、7カ所目となる「矢部ホーム」も開所されており、「地域生活への移行」についても計画的に実施されていた。

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 (a) · 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 a · (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 a · (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 · (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 a · (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工夫されている。	障 60 (a) · 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) · 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 (a) · 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 · (b) · c
	III-5-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64 a · (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 · (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	a · (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	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	a · (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) · 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	a · (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	a · (b) · c

評価機関のコメント

平成16年10月開設の施設ではあるが、トイレや厨房、作業場、施設周りなど清掃及び整理整頓が行き届いており、清潔な環境が維持されていた。また、トイレットペーパーの使用方法に関するわかりやすい写真の掲示や、インフルエンザ対策機器のスイッチに対するこだわりを未然に予防するため覆いを設置されていた。これらの対応に、「障がい者が生活する」ための環境に対する支援者の意識の高さが、端的に現れていた。