

## 〔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 実施日：平成23年1月26日(水)

### ②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人榎の木福祉会 (施設名) 榎の木作業所	種別:(施設種別) 就労継続支援B型、生活介護、日中一時 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 只井 秀明	定員(利用人数): 40名
所在地:〒494-0018 愛知県一宮市富田字漆畑16番地	TEL:0586-61-6055

### ③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>法人の理念や基本方針である「榎の木の基本姿勢」を受け、事業所独自の理念展開を行っている。さらに、事業内容ごとに「事業目標」を定めて、1年間の具体的な取り組みを明確にしている。主要なプログラムについては取り組みの内容とともに期日や責任者が明示しており、管理体制が整っていることを証明している。管理者は地域圏域のアドバイザーとしての職務をもこなしており、地域の福祉事業への貢献も大きい。</p> <p>法人自体が地域との交流に力を入れており、同法人の運営となる入所施設との共催で、様々な地域イベントを組んでいる。その中で最大のイベントは「かしの木フェスティバル」であり、利用者、保護者を含め1,800名の参加者を集めている。このイベントにもボランティアが100名ほど参加して運営を助けているが、事業所独自のボランティア受け入れも活発に行われており、利用者の作業場所での支援も行われている。</p> <p>事業所の都合や職員の思い込みによって利用者の生活が影響を受けるのをなくそうと、エンパワメントの理念に従い、利用者の主体性を重視した取り組みを目指している。自己決定や自由選択の機会を設け、随時話し合いを持って職員と利用者とは共通理解の下で自発的な活動を増やし、イベントや余暇の取り組みには企画段階から利用者の参画を求める。まだ、成果には至っていないが、今後に期待の持てる取り組みである。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>職員構成上の問題であるが、支援の現場での職員の充実ぶりに比較すると、管理部門の人材に乏しい。管理者を中心に「ライン」は円滑に動いているが、「スタッフ」はいない状況である。事務・管理系統の法人本部集約政策もあろうが、管理者の事業所内外での働きを助けるべきスタッフの補充がほしい。</p> <p>サービスの標準化・均一化を目的として、必要と思われるマニュアル類は整備されていたが、利用者個々に特別な配慮を必要とする支援の内容が、担当者の記憶や判断に任せられ、どこにも記されていない事例があった。本件に限らず、必要な情報の共有化についてのシステム作りを一考願いたい。</p>

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>法人運営、管理者に対する評価が高く、少し高評価すぎる感がある。ただ、指摘の通り、管理部門の人材難や、職員の間層に弱さを感じている。人事考課を取り入れて、人材育成を図るとともに、法人全体の人事構造図も検討する時期に来ていることが判明した。</p> <p>謙虚にこの評価を受け入れ、より良い施設運営を行っていきたい。</p>
---

### 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。

(別添)

# 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	a ・ ② ・ c

### 評価機関のコメント

今を遡ること30年余、篤い思いを持った創業者と障害者の親たちが作業所を開設した。その当時の思いが理念となって現在の事業所に受け継がれている。  
職員に関しては、様々な機会を通して周知の取り組みが見られるが、当時を知ることもない新たな利用者・保護者には、理念や基本方針の周知・理解が不十分な部分もある。

### 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	a ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ c

### 評価機関のコメント

法人の中・長期計画策定のための委員会があり、管理者を含めて検討したうえで計画を作り上げている。法人の中・長期計画を基に事業所ごとに事業計画が作成されているが、サービス管理責任者以上の幹部職員によって作成されており、一般職員の参画度合いは薄い。  
職員へは「桜の木作業所 事業計画」を配布し会議においても説明しているが、利用者、保護者への周知は、行事計画に重きを置いてイベント毎に伝えられることが多く、事業所の方向性や活動全体を知らせるには至っていない。

### 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	a ・ ㉠ ・ c

#### 評価機関のコメント

尾張西部圏域のアドバイザーを務める管理者は、事業所内外にその役割や存在感を示している。新事業体系への移行や、今回の第三者評価受審に関しても中心的な役割を果たした。しかし、事業展開上、作業場所が分散していることから職員が点在することとなり、業務改善や効率化に関しては職員の集散が図られず、指導力が活かされずに管理者独自の資質に頼った取り組みが多くなっている。

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

#### 評価機関のコメント

管理者が外部会議へ参加したり、外部から講師を招聘して定期的な勉強会を開いたり、事業に関連する周辺環境は把握している。それらの分析から経営上の課題の抽出をしているが、一般職員と共通の認識を持つての取り組みへとはつながっていない。  
県の指導監査と法人監事による内部監査の実施によって事業の透明性を担保しているが、第三者による外部監査は行われていない。

#### 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠

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	a ・ ② ・ 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 ・ ③ ・ 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 ・ ③ ・ 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 ・ ③ ・ 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	④ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

「施設・事業整備計画表」に、平成22年以降6年分の職員の補充計画が盛り込まれている。それを基に事業所の「職員配置見込み案」が作成されており、今後必要となる人材の把握もされている。

人事考課の制度がないため、職員個々の不足力量や教育ニーズが明確となっておらず、職員個々の研修計画や実施した研修の効果の評価を含んだ体系的な教育システムの構築は、今後の課題としてとらえている。

毎年1回管理者と職員との個人面談を実施し、職務に関する職員個々の意見や意向を聞いている。希望休の制度が定着しており職員の定着もいいが、年休の消化や休憩時間の取得に関しては課題を残している。

## 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	⑤ ・ 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	⑤ ・ 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	⑤ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

毎月状況設定を変えて防災訓練を実施しており、年に1度は消防署立ち会いの下での訓練も行っている。自然災害、各種事故や感染症・食中毒等の予防や対応のマニュアルを取り揃えて、利用者が安全に暮らせるように支援している。

職員全員に救急救命講習の受講を義務づけることによって、「安全」への職員の意識づけを図り、利用者の事故や急変に対しての万全の態勢をとっている。

## 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	⑥ ・ 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	⑥ ・ 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	⑥ ・ 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

事業所主催の「榎の木フェスティバル」を始め各種イベントに地域住民が多数参加し、地域に受け入れられた事業所となっている。事業所職員の研修会に他施設の職員の参加を呼び掛けたり、地域対象の講演会を開催したりと、法人の持つ特有の機能を十分に活かした地域還元を行っている。利用者の母親が中心となって作業の支援も行われており、一般ボランティアの参加も増えてきた。

法人内の相談事業所、地域の自立支援協議会等からの情報収集によって福祉ニーズの把握をしており、それを基に、これまでも施設整備に重点を置いてきた。今後の課題を、知的障害児のための環境整備ととらえている。

## 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	㉠ ・ b ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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

人権尊重・プライバシーについては、榎の木の里の基本姿勢に唱われている。勉強会・研修で正しい理解を培い、職員の意識統一を図っている。以前、利用者から虐待ととれる訴えがあった時には、第三者委員会が招集され、問題解決のために苦情解決の仕組みが活かされた。

利用者の主張をじっくり聞く時間がない中でも、日々の関わりの中で、利用者の嗜好などの意見を汲み取る配慮は行われている。しかし、職員の忙しさは利用者も感じており、余裕を持ち、利用者が相談しやすくなるような雰囲気作りには改善の余地を残している。来年度からは親睦会を作り、各種行事の企画から参加してもらう計画を持っている。

### 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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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	① ・ 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 ・ ① ・ 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	a ・ ① ・ 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	a ・ ① ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者が年1回、自己評価を行って課題の把握はしているが、その課題を職員と共有して改善策や改善計画を立てるには至っていない。今回の評価を通して、職員参画で課題に対処する基盤ができてきた。課題や改善を管理者だけのものとせず、今後は職員全体での取り組みとして展開してほしい。

利用者に関する記録では、健康診断などで受けた配慮事項の内容が、利用者個々の記録へ反映されていなかった。個別の配慮に関する記録を、身体測定記録の備考欄などに記入し、職員全体で把握できる仕組みづくりが望まれる。

### 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

利用の希望は、法人内の相談機関である「じゅんたく」からの紹介や、養護学校からの紹介で利用になるケースがほとんどであり、サービス管理責任者が連絡調整を行っている。利用開始に当たっては、利用者と保護者と担当者で三者面談を行い、個別支援計画を立て、利用者同意のもとサービスを開始している。

法人内にはグループホームなど多岐に渡って支援できる仕組みができており、他施設への移行はほぼ法人内のため、必要な情報は共有できている。

### 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ③ ・ c

#### 評価機関のコメント

年1回、利用者や保護者との三者面談や、必要に応じての家庭訪問を行って本人や保護者の状態や意向を把握し、個別支援計画を策定している。きめ細やかなサービスを提供する上で、年2回の策定が必要と考えており、改善の計画を持っている。  
 経済環境の低迷の中で、利用者が一般就労へと移行する機会は乏しく、グループホームやケアホーム等への法人内移行にとどまっている。

### 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ③ ・ 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	④ ・ 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 ・ ① ・ 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	② ・ 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	③ ・ 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	非該当
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 ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	非該当
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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

エンパワメントの理念に従い、利用者の主体性を重視して随時話し合いを行い、共通理解の下で自発的な活動を増やそうとの思いはあるが、根幹の部分では職員の手になる場合が多い。

利用者の特性に合わせ、発達障害の方には、TEACCHシステムを利用してより安定して生活できるよう工夫をしている。食事や排泄など様々な場面で、個々の特性を把握した適切な支援が見られるが、支援計画にその内容は書かれておらず、職員の把握に任せられている。支援の標準化や均一化を目的とするマニュアルとは別に、利用者個々に必要となる手順がある場合には、文書化して情報を共有することが望ましい。