

〔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20日(木)

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) かの木の里	種別：(施設種別) 施設入所支援、生活介護、短期入所、日中一時 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名：(施設長) 石田 和夫	定員(利用人数)：40名
所在地：〒494-0018 愛知県一宮市富田字砂原2147番地	TEL：0586-63-2111

③総評

◇特に評価の高い点

法人代表(理事長)の交代があっても、創設者の「利用者の幸福を第一に考える」精神は脈々と引き継がれてきた。8項目からなる「榎の木の基本姿勢」(基本方針)が、進むべき方向性を示している。これを基として、利用者主体のゆるぎない支援体制を作り上げている。

地域の福祉ニーズに応える形で様々な分野に事業展開しているが、入所施設であっても「終の棲家」としてとらえず、利用者の状態・状況や意向を重視して最も適切な事業所利用を選択させている。

地域との交流にも見るべき点は多い。二重堤防を持つ大型河川の外側堤防の内側に立地することから、事業所周辺には一般の民家がなく、地域交流には大きなハンデとなっている。が、恒例となっている「榎の木フェスティバル」には、地域住民、利用者・家族を含め1,800名の来場者があった。この中には約100名のボランティアも含まれている。

不定期ではあるが、事業所研修に外部参加者を募って実施している。周辺の福祉施設から従事者が集まり、福祉のネットワークづくりにも一役買っている。

◇改善を求められる点

事業所運営の道しるべともなるべき中・長期計画や単年度の事業計画が、幹部職員によって作成され、理事会承認を受けて実施に移されており、一般職員には馴染みのないものとなっている。利用者、保護者への周知は行事計画が主となっており、事業所の活動全体を知らせるには至っていない。事業計画等の策定には、ぜひ職員の参画と利用者・保護者の意見反映をお願いしたい。

多くの分野でP-D-C-Aが回っておらず、実施した施策の評価・検証が実施されていない。取り組みの有効度を確認したり、次回の計画に活かすためにも、評価・見直しは欠かせない。

日々の支援の記録がパソコンと紙ベースの二重管理となっている部分があった。管理方法の検討も含め、書式の統一や整理によって、業務の改善が図られることを期待したい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

改めて改善点を学びました。事業計画は冊子にし、担当職員が発表する全体会議を設け、また「まとめ」を発表する職員会議を設けたい。職員の研修や情報の周知が、いわばお茶漬け程度だったことを知り、ボリュームのあるものへ進めていきたい。

利用者・保護者(サービスを受給する人)への説明や対応の姿勢が弱かったことにも気づき、面談、保護者会、協働などをもっとアクティブにしていきたい。

素敵な未来を予想し、多くの人と共に作り上げた中・長期計画を掲げて、歩んでいきたい。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

当事業所の開設は平成12年であるが、前身の作業所が生まれたのはその20年も前のことである。以来幾人もの代表(理事長)の交代はあったが、創設者の「利用者の幸福を第一に考える」精神は脈々と引き継がれてきた。8項目からなる「桜の木の基本姿勢」(基本方針)が、進むべき方向性を示している。
職員、利用者等への周知については特別な取り組みはないが、事業所の活動に関して保護者の協力体制は構築されている。

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	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	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

中・長期計画、事業計画ともに幹部職員によって作成され、理事会承認を受けて実施に移されており、一般職員には馴染みのないものとなっている。
利用者、保護者への周知は行事計画が主となっており、事業所の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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

尾張西部圏域の文化活動委員会で委員長を務める管理者は、「福祉計画への提言」をまとめ、行政各市町村に一石を投じた。事業所内だけでなく、広く圏域にまで思いを馳せ、役割・責任を全うした管理者の取り組みを評価したい。提供するサービスの質の向上を目的とした今回の第三者評価受審の推進役となった。大きな課題であった自立支援法への制度移行も済み、職員の処遇改善や人事考課制度の導入を今後の課題としている。

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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉑

評価機関のコメント

外部での会議へ参加することで情報収集しており、事業所運営は円滑に行われている。経営上の課題の抽出もできてはいるが、管理者と一般職員との意識にギャップがあるためか、一堂に会して検討を加えたり、共通の認識を持って取り組んだりすることはない。外部監査の必要性は認識されているが、実施には移されていない。

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	a ・ b ・ ㉑
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 ・ ㉑

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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ㉔
	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 ・ ㉔
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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

職員の安定雇用はあるものの、職員確保や円滑な勤務シフト組みが当面の関心事となっており、長期的な展望に立っての人材プランはない。人事考課の必要性を理解して仕組みは構築したが、職員への説明が十分には行われておらず、職員からも実施を望む声が上がってこないことから実施を見合わせている。
希望休の制度は活用されているが、年休や休憩時間が取りづらい状況である。
職員だけでなく外部を対象とした研修を組んでいるが、職員個々の資質や不足力量に着目した体系的な教育・研修の仕組みはなく、実施後の評価も実施されていない。施設実習生の受け入れは積極的であり、数も多い。

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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

利用者の安心・安全な生活を担保すべく、自然災害、事故や感染症・食中毒等の予防や対応のマニュアルを整備中である。
利用者に感染症罹患者がいることから、感染予防には十分な注意をもって取り組んでいるが、災害発生や緊急時に備えての利用者の避難訓練は、今期は十分な取り組みができていない。
ヒヤリハットの取り組みがないことやリスク分析が行われていないことから、事故等の発生事例ごとに再発防止策を検討しており、事故等を未然に防止できる体制にはなっていない。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業所が大型河川の外側堤防内にあり、地域との交流面では大きなハンデとなっている。しかし、長年の取り組みの成果が実り、恒例の「榎の木フェスティバル」には、地域住民、利用者・家族を含め1,800名の来場者があった。この中には約100名のボランティアも含まれている。不定期ではあるが、事業所研修に外部参加者を募って実施している。

地域の福祉ニーズに応えるべく、幅広く柔軟な体制で事業展開している。「榎の木福祉会の事業」及び「榎の木福祉会地域生活支援システム」では、事業所を終の棲家と考えず、一通過施設として機能させ、障害者(会員)を法人全体の事業の中で支援しようとする姿勢が明確になっている。

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	a ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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。

利用者・家族側からの意見・要望・苦情は、第三者委員会、家族会を交えた保護者会等の話し合う機会を設けて確認し、持ち上がった意見・対策を家族・利用者へフィードバックする仕組みはある。しかし、その仕組みを有効に利用してもらうための、利用者・保護者に対して周知する取り組みが十分とは言えない。

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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

これまではサービス評価の仕組みがなかったが、今回の第三者評価受審を機に、サービス評価を制度化することを視野に入れ「第三者評価対応の会議」を設けている。

これまでに蓄えてきた現場でのノウハウ(サービスの標準的な実施方法)を、文書化してマニュアルを作成している。現時点では不完全なものも散見されるが、早々の完成を待ちたい。

日常的に提供するサービスの実施管理は、主にパソコンによる管理システムを用いている。しかし、パソコンと書面用紙の活用が一部統一されておらず、職員間の情報共有、迅速な対応を考えると若干弱く感じるところがある。

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

イベントの紹介を盛り込んだホームページ・パンフレットを提供し、地域では広報・チラシ掲示等で情報発信を行っている。問い合わせや相談にも対応できる体制をとっている。また、利用条件等の重要事項は、利用開始の契約時に本人・家族・成年後見人等、必要と思われる対象者に、口頭での十分な説明をした上で同意を得ている。

状況よっての施設変更や地域移行のサポートとして、従来の担当者が定期的に訪問するなどして、利用の継続性に配慮した対応をしている。

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

ケースファイルを利用して利用者の状況把握をし、本人・家族の希望・意向を踏まえた個別支援計画を手順に従い作成している。地域生活への移行を考慮し、利用者の力量に応じた自活訓練を盛り込み策定している。また、定期的な評価・見直しは6ヶ月毎に行っており、利用者の心身状況や利用者・家族の意向・希望の変化が生じた場合には、ケース会議等で話し合い、課題事項は次の個別支援計画書へ反映させている。

地域移行はそのほとんどがケアホームへの住み分けであり、利用者のための他の選択肢に乏しい。

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に工夫されている。	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 ・ 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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ 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	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

施設での生活が利用者ごとの生活であるように、職員は担当性で利用者一人ひとりと関わりを持ちつつ全職員でのサポートを図っている。エンパワメントの理念に則り、また利用者の主体性重視の法人理念からも、クラブ活動の時間を利用して利用者個々の自己実現を図る取り組みを行っている。

一部作成中のものもあるが、健康面やその他の支援場面での手順が定められ、安全・安心したサービスを受ける事が可能である。入浴に関しては、毎日入浴機会があるものの、時間帯に制限がありくつろぐだけの余裕はない。