

## 〔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12月9日(金)

### ②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人愛知県厚生事業団 (施設名)愛厚すぎのきの里	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)鈴木 義清	定員(利用人数):80名
所在地:〒449-0216 愛知県北設楽郡東栄町大字三輪字上栗13番地	TEL 0536-79-3421

### ③総評

#### ◇特に評価の高い点

法人の定めた基本理念と経営方針を受け、事業計画書(「愛厚すぎのきの里業務推進計画」)が綿密に策定されている。計画策定時には、担当職員からの情報収集に加え、前年度計画との比較対象表を作成して計画に漏れが出ないようにする工夫もみられる。また、この事業計画書には、「年間行事計画」、「月間行事計画」、「防災訓練計画」、「職場研修計画」等々、様々な分野の計画が網羅されており、利用者支援を円滑かつ適切に進めるための指標となっている。

地域への密着志向を高めており、町の自立支援協議会や民生児童委員会の会議に出席し、有効な情報を収集している。在宅支援事業からも、地域の様々な情報が得られている。さらに、地域の福祉ニーズを把握するために、行政機関や地域住民を対象としたアンケート調査を実施した。

管理者から職員に至るまで、問題意識や改善意欲が強く、現状に甘んじることなくさらなる向上を目指す事業所風土が醸成されている。例示するならば、「利用者の尊厳や人権の保護を、基本理念に謳うだけでなく具体的な支援計画に盛り込む取り組み」、「個別支援計画の内容の最良化」、「支援手順の職員格差の有無を把握する取り組み」、「理念をはじめ職員としての周知が欠かせない事項について、その周知・理解度の深さを確認する方法を確立させるための取り組み」等々、枚挙にいとまがない。

#### ◇改善を求められる点

法人の策定した5ヶ年計画はあるが、事業所独自の中・長期計画と呼ばれるものが策定されていなかった。法人が事実上の自己経営への移行を果たした大きな節目だけに、収支計画を含む事業所独自の中・長期計画の策定が望まれる。

「愛厚すぎのきの里業務推進計画」の中に「平成23年度職場研修計画表」を掲げ、この計画に従って研修が実施されていることが、「復命書」や「研修報告書」によって確認された。しかし、受講後の教育効果の測定や個別の教育・研修に対する必要性の評価・見直し等は実施されていなかった。

「事故防止委員会」が活動しているが、同一事故が再発しており、事故の原因究明が甘いために真の原因の除去に至っていないことが推測される。

旧法時代の建築物であって築年数の古さからも対応は難しいと思われるが、浴室やトイレ、居室におけるプライバシーの確保について、ハード面での対応(環境)が不十分との意見があり、さらなる改善の検討が望まれる。

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

施設や周囲の環境・利用者の状況に十分配慮のうえ高い評価をいただき、また併せて的確なご指摘をいただき大変感謝しております。今後もよりよいサービスを提供できるよう施設全体が向上していくために職員一丸となって努力していきたいと思っております。

### 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

<p>平成23年4月より、愛知県の指定管理から外れて純民間としての自己経営へと移行した。法人が定めた統一の「理念」と「経営方針」を事業所運営の柱に据えて取り組んでおり、完全民営化に伴って職員への意識教育も行われている。利用者・家族に対しても、懇談会や家族説明会の場を設けて説明し、理解を求めようとしている。</p>
---

### 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	a ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

<p>法人策定の5ヶ年計画はあるが、事業所独自の中・長期計画を策定していない。単年度の事業計画(「愛厚すぎのきの里業務推進計画」)は綿密に作成されており、策定の過程では、職員からの意見を集約した後、前年度計画との比較対象表を作成して計画に漏れが出ないように工夫している。</p> <p>職員会議等を通じて職員への周知が図られており、職員への聞き取りにおいて十分な対応が確認できた。ただ、職員への周知に比較すると、利用者・家族に対する周知は、説明頻度も少なく十分とは言えない状態である。</p>
--

### 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	㉑ ・ 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	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

事業体制の変更に伴い、事業所の機関紙「ほほえみライフ」を創刊した。創刊号の管理者(所長)の冒頭挨拶に、新たな体制下における管理者としての責務と意気込みの強さを感じる。  
事業所施設そのものが経年変化で傷んできていることもあり、県や法人本部との調整によって改善への道筋を探っている。第三者評価受審に関しても前向きにとらえており、職員の意識改革や業務改善の機会として役立てようとしている。

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

#### 評価機関のコメント

新事業体系への移行、県の管理から独立した自己経営への変更、隣接する町営病院の移転問題等、事業所を取り巻く環境は過去・近未来共に大きな変革期をに差し掛かっている。行政、地域住民を対象とした福祉ニーズを探るアンケートを実施したり、町の民生児童委員会や自立支援協議会に出席して最新の情報収集に努めている。  
公認会計士や税理士による外部監査の実施がなく、財務・会計面での透明性は実証されないが、第三者評価を継続受審することによってサービスの質の向上や事業運営の透明性の担保はできている。

#### 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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

「愛厚すぎのきの里業務推進計画」の中に「平成23年度職場研修計画表」を掲げ、事業所の教育・研修体系を構築している。この計画に従って研修が実施されていることが、「復命書」や「研修報告書」によって確認されたが、受講後の教育効果の測定や個別の教育・研修に対する必要性の評価・見直し等は実施されていない。  
「勤務評定」制度として職員の業務に対する一次評価と二次評価を行い、それを基に職員と面談を行っており、職員へのフィードバックや希望聞き取りに役立っている。  
地域的なハンデはあるが、毎年実習生を宿泊させての受け入れがマニュアルに沿って実施されている。

## 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	(a) ・ 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	(a) ・ 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	a ・ (b) ・ c

### 評価機関のコメント

「平成23年度防災訓練計画」が策定されており、8月を除く各月の訓練内容が詳細に記述されている。緊急時や安全衛生に関するマニュアルも整備されており、「事故防止委員会」の活動も活発である。ただ、同一事故が再発している現状からすると、事故の原因究明が甘いために真の原因の除去に至っていないことが推測される。

## 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	(a) ・ 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 ・ (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 ・ (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	a ・ ㉠ ・ c

#### 評価機関のコメント

奥三河山間部に立地する事業所で、地域自体の過疎化・高齢化が進んでおり、地域との交流は狭い範囲に限定せざるを得ない状況である。地域の行事(祭礼、文化祭、チェンソーアート等)に参加したり、事業所イベントの「すぎのき祭」を地域に広報したりして交流を広げようとしている。  
周辺には人口の集中している市・町がなく、大きな地域ハンデとなっているが、22年度にはボランティア300余名の訪問を受けた。  
地域の福祉ニーズを把握するため、行政機関や地域住民を中心にしてアンケートを実施した。

### 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

利用者尊重や基本的人権に関して、基本理念や生活支援計画に明記すると共に職員全員へ配布している。尊重・人権等の問題は、理念としての大きな枠にとどまることなく、個別支援プランにあげて内容を検討することにより、職員一人ひとりが事例を通して学び、利用者個々に合ったものにすることを目標としている。  
相談室を活用したり、利用者懇談会の場を利用したりして、利用者が意見を言いやすい環境を作っている。意見・要望は掲示版に公表されており、利用者意見が食堂入口の環境整備に役立った実績がある。今後、理念や利用者意見等について各職員への周知レベルを向上させ、その確認方法を確立したいとの意向もあることから、職員のレベルアップと利用者満足につながるケアが期待できる。

### 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

毎年第三者評価を継続受審し、各担当部署による自己評価を行う等の工夫がされている。利用者に関するサービス実施状況等の記録は整備され、適切に管理・共有もされており、定期的な見直しができる仕組みになっている。提供するサービスの標準的な実施方法の文書化や実際のサービス提供については、職員間の意識のずれの有無の把握を今後の課題として取り組むこととしており、その積極的な改善意欲や熱意に大いに期待が持てる。

### 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	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

ホームページを公開して広く情報を提供し、希望者の施設見学にも対応している。利用する側のニーズや地域性を考慮した改善目標も上がっており、今後の活動にも期待できる。サービス開始時には、重要事項説明書により詳細な説明がされている。利用者の状況や希望を考慮し、必要に応じて行政の福祉担当者とも連携を図る等、積極的に外部との協力体制を構築して、利用者の希望に合わせた(医療を含む)サービスの選択や継続に配慮している。

### 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 ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

手順に沿って定期的なアセスメントや支援計画の策定・見直しを実施されている。今後の課題として、意思疎通の困難な利用者へのアセスメントの充実や緊急入院時の検討会議の実施方法等が挙げられており、さらなる改善に向けて検討が進められている。

地域移行に関しては、地域の特性を把握するための取り組みを積極的に行い、希望者が出た場合に対応できるよう準備体制を整えている。実際に移行したケースが無い中でも、「職員の意識を高める」という課題が挙げられており、事業所全体としての高い向上心がうかがえる。

### 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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行われている。	障 74	a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

## 評価機関のコメント

食事、入浴、排泄、行事、余暇について、それぞれ委員会が設置されており、毎月定期的に支援員や関係職種及び委託業者も含めた話し合いが行われている。実際のケアにあたる職員が定期的に検討を繰り返すことで、利用者のニーズを把握してケアを改善することが出来ている。全体的に柔軟に対応されているが、「個別支援計画の内容の最良化」等、職員サイドからの改善課題の提起もあり、さらなる質の向上が期待できる。環境については、浴室やトイレ、居室におけるプライバシーの確保について、ハード面での対応が不十分との意見があることから、さらなる改善の検討が望まれる。職員も環境の一部ということを念頭に置き、今後も利用者の意向・要望を最優先する姿勢や対応を続けられることを期待したい。