

〔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24年1月18日(水)

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) 愛厚はなのきの里	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) 滝 賢治	定員(利用人数): 100名
所在地: 〒495-0001 愛知県稲沢市祖父江町祖父江藤杵3-2	TEL 0587-97-2226

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>管理者は、かつて一般職員として勤務していた当該事業所に、管理者として戻って来て2年目を迎えた。充実した利用者支援を目指し、様々な改革・改善に着手している。</p> <p>法人の理念、経営方針に副って、各種の計画を盛り込んだ「はなのきの里事業計画等」が綿密に策定されている。各種の委員会が立ち上げられ、有効度を高めるための改編が繰り返され、機動性を持った支援を可能にしている。さらに、機をとらえては、管理者自身の考え方や思いを綴った「指針」を配布して、職員に支援の方向性を示している。その思いは、職員を通して利用者にも伝わっている。職員だけでなく、利用者からも厚い信頼を得ている所以とも思われる。</p> <p>身体に障害を持つ利用者の機能改善が精神的な自立をも助長しており、生きがいや生活に目標を持って暮らしている利用者が増えている。機能訓練に黙々と取り組む利用者、ボランティアと将棋に熱中する利用者やクラブ活動の絵画制作に打ち込む利用者等の生き生きとした表情が印象的であった。</p> <p>年間1,500名を超えるボランティアが事業所を訪れている。その中心となるのが、地域の「はなのきの里支援ボランティアグループ」であり、毎月「ボランティア懇談会」を開催して側面支援を行っている。毎週水曜日の「喫茶ゆうあい」の運営をはじめ、書道、絵画、パソコン、手話、音楽、カラオケ、アレンジフラワー等のクラブ活動の講師も受け持っている。メンバーの高齢化を課題(危機)としてとらえ、グループ自らが会員募集の活動を展開している。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>法人の主管する研修計画に加え、「はなのきの里職場研修計画」を作成し、実行して職員の資質向上に努めているが、研修終了後に研修効果を検証したり、個別の教育・研修計画の必要性を評価する段階には至っていない。充実した次回計画の作成のためにも、評価・振り返りが望まれる。</p> <p>地域の福祉ニーズを探るためのアンケート調査を実施し、ニーズの把握に努めている。そこから見えてきた「相談支援事業」への展開、ショートステイの受入枠の拡大等、次年度以降の課題として前向きな検討が期待される。</p> <p>一時期、誤薬や配薬ミスが多発したことがあったが、内服一覧の作成等医務中心の取り組みの成果で再発防止が図られた。しかし、同一利用者による転倒・転落事故が頻発しており、真の原因究明と再発防止策の検討が待たれる。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価の受審にあたり、評価項目を細部にわたり検討し議論する自己評価の過程を通じて (1)福祉サービスの基本方針と組織 (2)組織の運営管理 (3)適切な福祉サービスの実施 といった幅広い観点から、多くの「気づき」や「改善のヒント」を得ることができました。また、職員が共通の認識を持つ良い機会にもなりました。今回の評価結果を、今後の運営に生かすようさらに努力を重ねて行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	② ・ 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	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	② ・ 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	② ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>理念、方針共に「事業概要」に示しており、必要に応じて管理者が「指針」を作成して職員に配布している。この「指針」によって、職員は理念や方針を現場での具体的な取り組みにブレイクダウンさせることが可能となっている。毎月「利用者懇談会」が開かれており、その場を使って利用者にも理念や方針が説明されている。</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 ・ ② ・ 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	② ・ 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	② ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	② ・ 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

<p>事業所独自の中・長期計画はなく、法人が策定した22年～27年の「経営計画」を拠り所としている。単年度の事業計画として、「はなのきの里事業計画等」が策定されており、各部門(職種)を代表する職員が定期的に会合(運営会議)を持ち、各部門の意見・要望を事業計画に反映できる仕組みを作っている。利用者への周知に関しては、毎月の「利用者懇談会」での説明が最適な伝達手段であると思われるが、利用者の側にも理解力に差があることから、個別対応の必要性も論じられ始めている。</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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者は、理念や方針につながる自らの思いを「指針」として文書化し、機会をとらえては職員に配布している。このような取り組みから、職員だけでなく利用者からも信頼を得ることになった。
 身体に障害を持つ利用者の機能改善が精神的な自立をも助長しており、生きがいや生活に目標を持って暮らしている利用者が増えている。「ここが、うちの“売り”です」管理者は、機能訓練に励む利用者に目を細めた。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

法人の所管する障害者施設としては最も古い昭和50年の開業であり、平成21年に新体系事業に移行し、23年には県の委託管理から法人の自主経営へと大きな変遷を遂げた。
 当面の最重要課題は、老朽化した施設の建て替え問題や利用者の高齢化ととらえている。さらに、事業所を側面から支えてくれている地域のボランティアグループのメンバーの高齢化も問題として浮き彫りにされてきた。
 第三者評価を継続して受審していく中で、サービスの質の向上と公表による事業の透明性を担保しようとしている。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>処遇改善と人材育成に関する事業所方針が、「はなのきの里事業計画等」の中に、「施設の経営方針について」と題した項目で詳細に述べられている。職員育成の方向性を示すだけでなく、実習生受け入れについても言及している。「はなのきの里職場研修計画」として事業所内研修が組まれており、「復命書」、「研修報告書」によってそれらが計画通りに実施されていることを確認した。しかし、実施後に研修効果を検証したり、個別の教育・研修計画の必要性を評価する段階には至っていない。</p> <p>実習生の受け入れに関しては、目的を持った積極的な取り組みとして「a」評価としたが、実習終了後に、掲げた目的に合致した実習受け入れであったかどうかの評価があれば、さらに充実度は増すものと思われる。</p>			
---	--	--	--

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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

<p>委員会活動を推進し、利用者の安心・安全な暮らしを保障しようと取り組んでいる。関連するのは、「事故・虐待防止委員会」、「感染症衛生対策委員会」、「身体拘束廃止委員会」、「防災委員会」等である。</p> <p>かつては誤薬事故が多発した時期があったが、医務を中心に対策を講じた結果、再発の防止に成功している。ただ、同一利用者による転倒・転落事故が頻発しており、真の原因究明と再発防止策の検討が待たれる。</p>			
--	--	--	--

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	① ・ 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	① ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

地域の有志で構成される「はなのきの里支援ボランティアグループ」が、組織的に活動を展開している。支援の幅が広く、書道、絵画、パソコン、手話、音楽、カラオケ、アレンジフラワー等、クラブ活動を全面的にバックアップしている。毎週水曜日には、このグループが食堂にて喫茶店「ゆうあい」を開く。メニューには、お酒、ビール、ワイン等のアルコール類も記されていた。

これらの活動は、毎月開催される「ボランティア懇談会」で話し合われ、より充実した活動として進化している。

地域の福祉ニーズを探るために地域対象のアンケートを実施した。「相談支援事業」への展開、ショートステイの受入枠の拡大等、次年度以降の課題が見えてきている。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

身体拘束や事故・虐待防止に関する委員会を持ち、人権を擁護する考えを定着させている。

プライバシー保護に関する規程については、本部作成の規程が整備されている。居室が6人部屋のため、カーテンで仕切る等で対応している。

今年度から、利用者満足度を測るための調査を行っている。苦情解決の仕組みはマニュアルの整備が行われていることを確認できたが、苦情発生の際がなかったため、発生したときに適切に対応できるよう、いっそうの周知に努められたい。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

自己評価委員会を組織しており、第三者評価も続けて受審している。課題ですぐできることは既に取りかかり、テレビを見やすくするなどの改善を実施している。

支援の手順等については、各分野のマニュアルがあり更新もされているが、認知症を痴呆と表記したままの文章が残っていた。業務上の手引きとしての意味からも、適切な表現に改めることが望まれる。

記録やその保管は適切に行われている。情報の共有は申し送りの会や、その内容を記した申し送りノートで行われている。実際の朝礼を見学する機会に恵まれたが、情報共有には十分な会議体であった。

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	Ⓐ ・ 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

利用希望者だけを対象としたものではないが、多くの情報を廊下や事務所前等に掲示している。費用の案内、意見要望について、クラブ活動の紹介写真及び制作した作品、レクリエーションの内容等々である。

利用に際しては契約書や重要事項説明書を用いて、適切な同意を得ている。

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	㉑ ・ 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	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

アセスメントすべき項目は定められており、職員によって視点がまちまちにならないようになっている。
 サービス計画はサービス管理責任者の指導の下、担当職員、看護師や栄養士等を含んだ協議によって作成され、定期的な見直しは6ヶ月に1回と定められている。さらに、必要あるときは随時行っている。
 地域生活への移行は、利用者の状況や特性、地域の社会資源の状況から困難な現実もあるが、情報の把握や提供には努めている。

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	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	㉑ ・ 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 ・ 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	㉑ ・ 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	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	a ・ ㉡ ・ 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されている。	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	㉠ ・ 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

利用者個々の意思を尊重し、外出等、突然の要望でも極力対応している。利用者の自らの意思で行動できるよう、自動ドアの整備等、環境の改善をしている。食事を居室配膳して介助する場合、複数の利用者を同時に介助することとなり職員
の負担は重い。しかし、尊厳を守ることと、事故防止のために十分な配慮をお願いしたい。

入浴時間に、利用者が浴室前で列を作って待っていたが、意思を表出できない人が漫然と待たされるということはない。入浴は週2回が原則となっており、「回数を増やしてほしい」という声はある。

多床室のため、いびき、温度、テレビ等で利用者はそれぞれの意見を持っているが、可能な限り改善に努め、居室替えも検討している。服薬管理は、内服一覧の作成等医務中心の取り組みの成果がみられ、長年の課題であった誤薬、配薬ミスが改善されている。ただ、一部には薬の効能や副作用に関する知識に乏しい職員もいることから、研修の必要性が論じられている。