

〔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13日(火)

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)愛厚弥富の里	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)風岡 正美	定員(利用人数):80名
所在地:〒498-0000 愛知県弥富市栄南町7-2	TEL 0567-68-4322

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>今年の4月に愛知県の指定管理から外れて自己経営に移行した。時を同じくして所長(管理者)、次長、班長の主要三役が揃って異動となって現管理者層が着任したが、管理者に最近の福祉分野の実務経験が少ないことから、経験豊富な次長、班長との共同管理体制で事業所運営にあたっている。当初、職員の側に戸惑いもあったようであるが、地域との密着性を重視した方針や職員の研修方法の改革等、職員にも受け入れられて効果を出し始めている。</p> <p>法人統一の理念と経営方針があるが、それに事業所独自の経営方針を加え、具体的な事業所運営の枠組みを示している。地域との交流においては、利用者と職員が積極的に地域イベントに参加することとしており、近隣の福祉施設のイベントにも出向いている。事業所主催の秋祭りでは、案内のチラシを地域の全戸に配布して多くの参加者を得た。隣接する菜園には、地域の住民や利用者の家族がボランティアとして指導・応援に加わっている。</p> <p>市・行政と協定を結び、大規模災害時の「福祉避難所」としての登録も完了した。事業所周辺の一般民家は海拔0メートル以下に立地しており、この協定によって地域住民が受ける安心感は計り知れない。地域の福祉ニーズを把握するため、行政、地域住民を対象としたアンケートを実施しており、今後の新たな事業展開が期待される。</p> <p>職員の研修体制を、これまでの「外部研修参加型」から「外部講師招聘型」も多く取り入れ、記録の記述方式の統一や職員の力量向上に実効が出ている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>各種の計画が作成されていたが、事業計画書ともいえる「事業概要」には、前期の決算報告と当期の予算、現況報告が大部分を占め、行事計画や実績が収録されているが、他の計画についても集約して、「事業概要」に掲載することが望まれる。</p> <p>綿密な計画のもとに研修が実施されていることが、復命書によって確認できた。しかし、研修終了後に教育効果を測定したり、個別の教育・研修に対する必要性の評価・見直しまでは十分に実施されていなかった。</p> <p>男性利用者がトイレの扉を壊してしまった後、そのままの状態になっている階もあり、その個室に扉がなかった。修繕を近々実施するとのことであり、こだわりのある利用者でカーテンも付けられないとのことであったが、そのままの状態トイレを使用することについては違和感を感じざるを得なかった。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今年度、地元市からの一時避難所及び福祉避難所の指定を受けたことから、より地域に密着でき、頼られる施設になるよう職員も意識が変化してきております。</p> <p>今回、2回目の第三者評価の受審を受けましたが、この結果を生かし、今後これを分析することで、利用される全ての方に、よりサービスの向上となるよう努めていきたいと考えています。</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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

法人が定めた理念があり、事業概要の冒頭に載っている。それを受けた経営方針も法人主導で策定されているが、事業所独自の項目を追加して事業所運営の方向性を明確にしている。利用者に関しては、「自己決定の意思の尊重」、地域との連携では、「ケアホームでの地域交流」、人材育成では、「職員個々の研修計画の策定」等々、具体的な指針を示している。知的障害を持った利用者への配慮として、掲示物の文字に振り仮名をつける等の対応はあるものの、職員への周知に比較すると、利用者、家族に対する周知が薄い。

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	Ⓐ ・ 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	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

法人作成の23年度からの5ヶ年計画とは別に、事業所独自の「弥富の里事業計画等(23年4月～26年3月)」を策定している。しかし、単年度の事業計画ともいえる「事業概要」は、前期の決算報告と当期の予算、前期の事業報告と当期首の現況報告に終始し、「経営方針」に謳った各種事業の具体的な計画が見えてこない。唯一、行事計画だけが「事業概要」に収録されているが、他の計画についても掲載することが望まれる。職員や利用者等への周知に関しても、予算・決算と同様、「事業概要」に前期事業報告と当期事業計画を併記することで、より理解が深まると思われる。

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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

4月に、所長(管理者)、次長、班長の主要三役が同時に異動となった。管理者は最近の福祉事業分野での経験が少ないことから、着任以来積極的に研修に参加する等、必要知識や資格の修得に励んでいる。したがって、経験の豊富な次長、班長と連携を密にした経営体制となっている。
職員に対する研修方法の改革(外部研修参加型→外部講師招聘による内部研修型)を推進し、当初は職員の側に戸惑いもあったようであるが、職員からの評価も高く実効が伴ってきている。

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	Ⓐ ・ 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

管理者は、自身の経験の少なさを、次長や班長、サービス管理責任者、主任等の主要な役割を持った職員を重用することで補っている。法人の経営体制が大きく変わったが、組織的な機動力があり、適切な対応ができています。
公認会計士や税理士による外部監査は実施されていないが、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を図っている。

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 ・ Ⓑ ・ 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	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

法人の「愛知県厚生事業団研修基本計画」に沿って、事業所運営に最適な人事体制を構築しようとしている。研修のスタイルを外部講師招聘型に変更したり、職員の資格取得を奨励する等、新たな取り組みが行われている。職員研修は計画通りに行われており、実施後には復命書が提出されていた。しかし、受講した職員に対する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。

勤務評定表を使用して管理者と職員との面談が行われており、24年度からは法人主導で新たな人事考課制度が導入される予定である。この面談では、職員の就業上に意向をも聞き取っているが、有休消化率の向上にはつながっていない。

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	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

緊急時の救命用にAEDが設置されているが、職員全員が救急救命講習を受講しておらず、今後研修計画に盛り込んでいく予定である。防災訓練(避難訓練)はほぼ毎月実施されており、安全確保のための施設が避難時の障害とならないように、支援員室で操作できる「オートロック解除装置」が設置されている。

大事には至らなかったが、誤薬事故(飲ませ忘れ等)があり、事故防止委員会と医務室(看護師)中心に再発防止策が講じられている。

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	(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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

運営体制が変わったことで市行政や地域への関わりが深くなっており、事業所としての地域活動が広範に亘ってきた。市と協定を結び、大規模災害時の「福祉避難所」として登録した。恒例の秋祭りには案内のチラシを地域全戸に配布し、大勢の来場者を迎えた。近隣の福祉施設のイベントには、利用者と職員が帯同して出かけている。隣接の菜園には、地域の住民や利用者の家族がボランティアとして指導や応援に駆けつける。22年度のボランティア受け入れは400名を超えている。

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を実施した。このアンケートの分析の結果が、新たな事業展開へとつながり、地域福祉に貢献していくことを期待したい。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

利用者尊重や基本的人権への配慮について、研修や教育が行われている。プライバシー保護のための規程等を整備している。

居室は扉を閉めていても廊下から中を見ることができる。安全対策とプライバシー保護に関する二面性を持っており、利用者ごとにそのまましたり、覆いをつけたり等の自己決定の対応も一考か。

苦情・意見等受付は担当職員が対応するが、だれに話があっても担当職員や上司につながっていくような仕組みになっている。苦情となって出てくる前に、小さな要望、意見の段階で適切な対応をして、信頼関係を作ることを大切にしている。

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

評価機関のコメント

今年は今職員参加で自己評価を行った。評価後の改善課題について、すぐにできるものは即座にとりかかっており、ボランティアマニュアルを作成する等につながっている。評価結果による施設の長所・短所の分析や、改善に時間がかかる問題の改善までのアクションプラン等を明確に文書化する等を望みたい。
職員によって記録の書き方や内容が不十分にならないように、また個人の力量を上げるために、施設に講師を招いて記録の書き方の研修を行っており、実効を伴った大変有効な施策となっている。

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	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

理念やサービス内容の紹介資料を市役所に置かせてもらう等、弥富市の協力を得ている。見学、体験入所、一日利用等の希望にも対応しており、利用開始時には契約書や重要事項説明書で説明・同意を得ている。利用者に少しでも分かりやすくなるように、説明時に提示する文章は字を大きくしたり、ルビをふるなどの配慮をしている。
家庭復帰の例があり、相談できる体制は用意していたが、特に詳細な相談を申し込まれることはなかった。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>アセスメントは定期的に見直しをしており、9月、3月の利用者・家族との懇談会の場をニーズ把握に活かしている。 サービス実施計画は担当職員とサービス管理責任者が、医務や栄養士などからも意見を集め共同で作成している。プラン作成のための担当者会議には、原則家族も参加することとしている。家族が事業所に来られない場合には、事業所側から利用者も連れて自宅へ赴き、自宅で打ち合わせを行う等、真に家族の意見を反映させるための取り組みを行っている。</p>
--

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

男性利用者がトイレの扉を壊してしまった後、そのままの状態になっており、1階男子トイレの個室に扉がなく、近々修繕予定とのことであった。こだわりのある利用者でカーテンも付けられないとのことであったが、そのままの状態トイレを使用することについては違和感を感じざるを得なかった。

毎食後に口腔ケアをしており、健康管理の予防的観点からみても有効である。看護サイドでは、誤薬を防ぐために5回確認してから介護職員に渡すという努力がなされている。確認したという記録を残していくことで、さらに有効性が高まるものと思われる。