

[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2月22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)かしの木の里	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)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

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>法人の基本姿勢に、「個人の尊重」、「生きがいの追求」、「社会への参加」、「社会意識の改革」の4点を上げている。</p> <p>「個人の尊重」の具体例として、個人情報保護に関する文書の整備、権利擁護の学習、サポートマニュアルの作成等の利用者尊重の仕組み作りが上げられる。</p> <p>「生きがいの追求」の実践としては、作業室に写真を使った取り組み度合い表を作成し、利用者が自ら表現出来るよう配慮したり、また、家計簿を自身でつけてもらったりしている。地域への移行を前提として、買い物表を使って利用者が一人で買い物ができるような取り組みもある。</p> <p>「社会への参加」では、一般就労だけに限らず、地域への移行のステップとして、希望があればケアホーム・グループホームへの住み替えに応じている。ケアホーム等のバックアップ施設としての貢献度は大きい。</p> <p>「社会意識の改革」に関し、地域内の他法人が運営する事業所を巻き込んだ勉強会、研修会の開催があげられる。本来であれば法人内の事業所職員を対象とする研修であるべきところを、社会意識の高揚を目的として、あえて広い範囲への呼びかけとなっている。また、法人主催の「榎の木フェスティバル」には、2,000名近い地域住民が集まり、地域の意識改革を図る取り組みの一環となっている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>職員研修において、前回の第三者評価受審で明確になった「職員個々の計画への落とし込み」と、「実施後の評価(効果の測定)」とが課題として残っている。また、実習生の受け入れに関しては、実施した内容を明確に示す記録の作成や管理、実施後の評価が課題である。</p> <p>利用者情報の共有に対しての様々な工夫がみられるが、現在は支援の記録をパソコンと紙ベースとの両方で残している。全職員が業務に支障なく、パソコン上の情報を共有出来る仕組み作りを期待したい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>しょうがい者への権利擁護については、チームにて学習をしたり、講演会を開催したりしていますが、何分にも知的にハンディを持つ大人の方へのマナーや合理的配慮を会得するには不十分な状況にあります。</p> <p>ご指導のありました、人材育成や研修においての、職員個々への計画の落としこみや面談等が後回しになっている状況を改善しなければいけないことがよく分かりました。</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	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

「ひとりひとりひかる 地域の中で豊かな暮らしをめざして」との法人の理念はパンフレットにも記載されており、それぞれの事業ごとに方針へと展開している。

職員には、新人研修や事業ごとのグループ会議で説明しており、保護者へは、保護者会の場を使って話している。周知・理解を深めてもらうために、法人の理念や考え方を冊子にまとめることも検討されている。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

「中・長期計画策定委員会」があり、年間3~4回の会議を行って計画の策定・見直しを行っている。それを受けた形の「平成23年度年間事業計画」は、小グループの職員会議で検討したものを事業所としてまとめている。

職員へは、事業計画の冊子を配布して周知を図っているが、利用者や家族に対しては、行事計画やレクリエーションの案内が主となっており、事業計画の全容を伝え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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

管理者は、昨年度の「障害者基本法」の改正を学び、24年度の「障害者自立支援法」の報酬改定に際しては、横浜まで出向いて研修を受講している。そこで得た情報を職員会議や保護者会で説明し、関係者の啓蒙にも役立てている。第三者評価の受審促進をはじめ、人事考課制度の導入、財務・会計システムの整備、法人内研修の充実等々、サービスの質の向上に向けて、法人全体での推進役となっている。

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	① ・ 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	① ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ ② ・ c

評価機関のコメント

管理者は、各種のセミナーに参加して法人(事業所)運営に必要な法制度や管理手法を学ぶ一方、福祉分野の全国レベルでの先進事業所を見学して回る等、事業所を取り巻く環境を正しく把握するための取り組みを行っている。職員配置を厚くする(現在1.7:1)ことによって、障害者支援の質の向上が見込めるものの、事業所経営面では苦しくなるという大きな課題に直面している。また、利用者を主体とした支援の実践も課題となっているが、外部講師を招聘しての研修によって職員の意識改革を図っている。第三者評価を継続受審することによって、質の向上と事業運営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	a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ 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	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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

長期的な視野に立って、事業所(法人)だけでなく、事業所が位置する地域圏域全体を考えての人材育成を考えている。ただし、高遠な理想が全て実現できているわけではない。法人外の事業所にも呼び掛けて実施された、外部講師による盛況な研修会の成功例に比較すると、質の向上を目指した厚い人員配置を実現するための、職員採用が間に合っていないなどの落差もある。

長年の懸案であった人事考課制度が動き出し、今後の進展が注目される。

職員研修においては、「職員個々の計画への落とし込み」、「実施後の評価(効果の測定)」が課題として残っており、実習生の受け入れに関しては、実施した内容が明確となる記録の作成や管理、実施後の評価が課題である。

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	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	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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

前回の第三者評価受審での気づきにより、ヒヤリハットの取り組みを開始したり、安全委員会を立ち上げたりと、利用者の安全確保のための施策を打っている。また、東日本大震災の教訓から、防災に関するマニュアルの整備や備蓄品の充実にも腐心している。

利用者の事故の再発防止策が功を奏し、同一利用者による転倒事故は減少している。

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	① ・ 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

地域との交流重視は法人の方針であり、法人の一大イベントである「樫の木フェスティバル」には、地域住民、利用者・家族を含め2,000名近い来場者がある。「ボランティア委員会」が立ち上がっており、「樫の木フェスティバル」ではボランティアの受け入れでも成果を出している。また、4名の地域のボランティアが協力を申し出て、集団農場(ソーシャル・ファーム)の計画が進み出している。

法人が運営する相談支援事業所との連携で、地域の福祉ニーズは把握できており、短期入所、日中一時支援等のサービスの充実を図っている。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

個人情報保護に関する文書の整備や権利擁護の学習、サポートマニュアルの作成等により、利用者尊重の取り組みが強化されている。利用者満足度調査に関して、アンケートの実施も検討しているが、現在は利用者個々の性格を考慮し、個人的な聴き取りが主となっている。

第三者委員に司法書士が加わり、利用者とその家族が安心して相談できる窓口の整備も図られている。しかしながら、大切な個人情報やプライバシーへの配慮を要する事象は、その多くを日々現場で働く職員たちが取り扱っている。研修等を通じて、情報等の適切な取り扱いや迅速な処理ができるような体制の構築が望まれる。

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	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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

定期的に第三者評価が実施されている。昨年の評価に基づき、保護者会において利用者や保護者に作業、生活、行事等の説明を取り入れる等、情報提供の取り組みが始められた。
職員間で自己評価を実施することで、記録に関しても職員個々の意識に変化が見られ、写真付きのわかりやすいマニュアルも作成されるなど、情報共有に対する工夫がみられる。現在はパソコン上と机上の両方での記録が存在するが、情報の共有に関してさらに工夫が必要な点もある。全職員が業務に支障なくパソコン上の情報を共有出来る仕組み作りを検討されたい。

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

パンフレットやホームページの整備がされており、相談支援事業所へのパンフレットの設置もされている。また、法人主催のフェスティバルでも配布され、積極的な情報提供が実施されている。
利用に関しての同意は書面で行われている。緊急での受け入れが多い中、利用者や保護者の理解が得られるような対応にも配慮されている。
施設や家庭への移行については、通過施設としての意識がパンフレットにも記載され、移行先へ職員が出向いてフォローする等、継続的に関係する職員が協力できるようなバックアップ体制をとっている。

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	Ⓐ ・ 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

「個別支援計画書作成手順について」というマニュアルに沿って、アセスメントや計画策定がされている。また、職員会議において評価・見直しが行われている。
 地域移行に向けて、個別面談を実施し進路の話し合い等を行っている。買い物表を作成し利用者主導で行える工夫をしたり、ペットボトルの回収を行う等、日々の生活の中で出来ることの発見と実施を進めている。しかし、緊急の受け入れ先としての対応やケアホームへの希望者が多く、期待される地域移行へとつながる事例は少ない。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者とのコミュニケーションの方法として絵カードや具体物を利用したり、作業室に写真を使った取り組み度合い表を作成し、利用者が自ら表現出来るよう配慮している。また、出来る方には家計簿を自身でつけてもらう等、法人の基本姿勢である個人の尊重や自己選択・自己決定の尊重が、日々のケアのいたる場面で実施されている。

入浴、排泄に関しては、職員の工夫により個別のニーズに合わせて柔軟な対応ができているが、職員のケアに対する向上心から、さらなる工夫へつながら可能性が高いため(b)評価とした。