

〔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3日(金)

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)榎の木作業所	種別:(施設種別)生活介護・就労継続支援B型 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)只井 秀明	定員(利用人数):40名
所在地:〒494-0018 愛知県一宮市富田字漆畑16番地	TEL 0586-61-6055

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>ただ単に障害を持った利用者の自主・自立を促すだけではなく、利用者の潜在能力の発揮を可能とするような平等で公平な社会を実現させようとする「エンパワメントの理念」に従って支援を展開するためには、地域との相互理解や連携が必須であるとの考えの下に事業所運営を行っている。</p> <p>大勢のボランティアに支えられて開催される「榎の木フェスティバル」には、地域住民や利用者、家族を併せて2,000名近くが会場に集まる。「榎の木バザー」や「榎の木盆踊り」には地域住民の姿が多く見られ、事業所の一角を使って、お菓子類を販売する駄菓子屋の営業も行っている。</p> <p>法人主催で開催される研修会や勉強会には、地域の福祉関係者(同業者等)にも参加を呼び掛け、地域ぐるみで福祉の向上を図っていこうとの方針を持っている。管理者が地域圏域アドバイザーとしての要職を兼ねていることや、市と契約して大規模災害時の福祉避難所として登録する等、地域への貢献度は大きい。</p> <p>さらに、地域ニーズの把握によって、将来的にケアホームの増設が予測されることから、バックアップ施設としての機能強化を図り、支援体制を整えている。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>職員からの要請もあって、長年の課題であった「人事考課制度」が動き始めた。現時点ではまだ試行段階の域を出ないが、早期に充実した制度としての定着を期待したい。</p> <p>記録の管理方法に関して、「鍵のかかるキャビネットで保管」と規定しているが、職員不在時には事務所全体を施錠することから、実際にはキャビネットに鍵はかけていない。こうした状況を放置せず、現状に合わせて規定を改訂するか、規定どおりの運用を行うか、必要に応じて手順を見直す仕組みが求められる。</p> <p>個別支援計画の見直しについて、作成から6ヶ月目を実施される中間評価の位置づけが曖昧なために計画への反映が薄く、有効・適切な見直し(改定)となっていない。前回評価時からの継続した課題であり、抜本的な検討・改善が期待される。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

前年度より、評価対象Ⅰ、Ⅱで高評価をいただいた。ただしやはり、人材の確保、養成に課題が残る。中長期計画を見渡す中で人事考課制度を確立し、人材の確保、育成のプランを絶えず考えていく必要がある。評価対象Ⅲの個別支援計画については、モニタリングを細めに行うことにより、より良いサービスが提供できることを前回教えられるものの、実行に移せなかったことが反省点であり、次回までの課題となる。
---

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	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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ 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」のローガンがパンフレットに記載されており、ノーマライゼーションとエンパワメントの理論に則った支援を目指している。さらに、生活介護事業と就労継続B型事業それぞれに運営方針を定めて取り組んでいる。

職員への理念・方針の周知に関しては、年度の初めに事業計画や年間目標を説明するときに確認を行っている。また、法人設立時からの利用者・保護者に関しても十分な周知が図られている。前回の第三者評価受審で明らかとなった“新しい利用者・保護者”への周知の不徹底に関し、利用開始時や保護者会での説明を重点的に行う対応をしている。

### 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	① ・ 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

法人内に「中・長期計画検討委員会」があり、そこで策定された中・長期計画を事業所に当てはめている。それを基に「かしの木作業所事業計画」が策定されているが、その作成段階においては、現場支援にあたる職員の意見や要望を取り入れやすいような仕組みになっている。

職員が計画段階から関与することもあって、職員への計画の周知に関しては十分であるが、理解力や判断能力に個人差が大きい利用者個々への周知に関しては、「行事計画」中心の伝達であり、事業計画全般の周知・理解には至っていない。

### 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	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	a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者は法人内の他事業所の管理者を兼務するだけでなく、地域圏域アドバイザーとしての要職をも兼ねており、事業所を空ける機会が多い。管理者の業務に関しては、他の職員への依存度が高くなってはいるが、大きな問題が発生したことはない。

ただ、長年の課題となっている「人事考課制度」が、システム構築を済ませているにも関わらず、まだ本格的な運用に至っていないことの遠因を、管理者の業務多忙によるものと見ることもできる。経営改革や業務改善に本腰を入れて取り組むためには、まず管理者自身による管轄業務の整理と後に続く職員の成長を待つこととなる。

### 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

管理者自らが地域圏域アドバイザーとして活躍しており、外部からの情報は十分につかんでいる。さらに、法人による外部講師を招聘しての法制度に関する勉強会や、経営コンサルタントからのアドバイス等もあり、事業所運営上の周辺環境は把握できている。大きな改善の取り組みとして、職員全てにおいて、事業所もしくは自部門の経営マネジメントができる体制を構築しようとしている。自立支援法への移行による給付費の計算方法の違いの理解や事業収支への関心の高さ等、職員間の意識の変革がみられる。

第三者評価を継続受審することにより、サービスの質の向上を目指し、かつ事業運営の透明性を図ろうとの意識は強い。

#### 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	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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ c

### 評価機関のコメント

<p>長期的な視野に立った法人の「施設・事業整備計画表」があり、それを基に要員計画が練られている。職員からの要請もあって、「人事考課制度」が動き始めた。まだ試行段階の域を出ず、試行錯誤を繰り返しながらより完成度の高い制度へと進めていく考えである。「檜の木福祉会職員研修要綱」が定めてあり、職員育成の基本姿勢は明確になっている。ただ、職員個々への落とし込みが十分ではなく、研修終了後の評価の仕組みも構築されていない。人事考課制度と連動した仕組みづくりを期待したい。</p> <p>2名の実習生が採用につながるという成果が出たが、実習そのものの評価は実施されていない。次年度以降につなげるためにも、適切な評価の実施を望みたい。</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	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<p>東日本大震災を教訓としてマニュアルの見直しを実施したり、事業所管理の自販機(飲料用)を停電時にも機能する防災型自販機に据え変えたり、市と連携して事業所を福祉避難所として登録する等、防災面での体制強化を図っている。</p> <p>職員の中には、東日本大震災の被災地へボランティアとして参加した者もあり、そこでの体験を基にした注意点や対策等を講師役となって普及させている。</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	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

法人の一大イベントである「檜の木フェスティバル」は、地域に開かれたイベントとして毎年千数百名の来場者を集める。このイベントだけでなく、「檜の木バザー」や「檜の木盆踊り」があり、さらに事業所内にお菓子をとりそろえた駄菓子屋を営業し、地域に対して障害者を理解してもらい積極的な取り組みを展開している。

管理者が地域圏域アドバイザーとして役務を提供しており、法人主催の研修会には地域の関係者にも参加を呼び掛け、地域福祉の向上に貢献している。また、福祉避難所としての登録も済ませている。

地域ニーズの把握から、ケアホーム増設に備えて、バックアップ施設としての体制を整えている。

### 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	a ・ ② ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

2週間に1度の会議、月1回のケース会議等で情報の共有に努めている。

作業室単位で担当する職員が、話や要望を聞き対応するようにしている。要望に対しては直接返事したり、案内を掲示したりして対応している。かなえられない要望については、その理由と代替案などを示していることを明確にすることが望ましい。

利用者の作業や、事業所内での過ごし方についての苦情は出ていない。苦情解決のマニュアルは定められており、書式も変更しながら書きやすいように改善している。

### 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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

定期的評価として第三者評価を利用することとしている。その前提となる自己評価を各職員が行って、事業所の評価を行っている。

前回の評価結果に基づき、記録の整理や管理に関する方法、責任の明確化についての改善がみられる。

記録の管理方法に関して、規定では「鍵のかかるキャビネットで保管」と定めている。しかし、不在時は事務所全体を施錠するので、実際にはキャビネットに鍵はかけていない。この状況を放置せず、現状に合わせて規定を変えるか、規定どおりに現状を改めるか、手順については必要に応じての見直しをする仕組みの構築が求められる。

### 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

ホームページは近く内容を新たにしてい予定があり、その準備に取り組んでいる。広報誌も作成して周辺の関係者に配布している。

利用者は、養護学校を経て利用となる例が多いので、利用者自身もある程度理解を得て利用開始できている。利用に関して契約や現在状況の確認、個別支援計画の作成等は適切に行われている。

### 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	a ・ ㉠ ・ 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

利用者の状況を確認するためのアセスメントを行い、それに基づいて1年間の個別支援計画が作成されている。短期目標を6ヶ月で作成し、6ヶ月後にモニタリング・中間評価を行っている。しかし、中間評価の位置づけが曖昧であり、適切には機能していない。その評価により、個別支援計画の一つ一つの項目の継続、変更、終了などが明らかになれば、計画自体を一部変更する等の有効な対処も可能となる。昨年の評価で事業所自らが、きめ細やかなサービス提供をする上で、年2回の策定が必要と考えており、改善の計画を持っている、としているため、その考えを尊重して実施を期待したい。

### 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	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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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 ・ ㉔ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉔ ・ 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	非該当
	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	㉔ ・ 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	非該当
	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	非該当
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	非該当
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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	非該当
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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

## 評価機関のコメント

入浴支援の項目に関し、通所事業ではあるが、自宅での入浴が不可能な希望者に入浴支援を行っているため評価した。適切な食事支援のために嗜好調査を行ったり、検食簿にも意見を書き込む等で意向を確認している。給食センターから弁当の形で食事が届き、ご飯と汁物は事業所内で盛りつけている。様々な状況を総合的に検討して、現在の形での食事提供に至っているが、さらなるサービスの質の向上のためにも、適温提供の工夫や、盛りつけてから食べるまでの間の衛生面にも配慮していただきたい。

薬は、3人の利用者の分を預かっているが、その日の分だけでなく、利用者によっては1ヶ月分を預かることもある。誤薬事故につながらないよう、薬の管理方法や管理体制には万全を期してほしい。