

〔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：24地福第3－3号)
訪問調査 実施日：平成25年2月14日(木)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人くるみ会 (施設名)障害者支援施設 里山の家	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)黒木 修	定員(利用人数)：50名
所 在 地：〒445－0031 愛知県西尾市家武町深篠115－1	
TEL：0563－52－2600	

③総評

◇特に評価の高い点 今回2年ぶり3回目の第三者評価受審となった。その後継続的にサービスの質の向上に取り組み、今回をひとまずの完結としたいという、2度目のリベンジ宣言から始まった今回の第三者評価である。前回評価では、ハードルの高い自己評価と、施設長の施設管理の考え方、案から実現までのパワーを評価した。今回は、現時点での取り組みの成果を根拠としたオールaの自己評価と、その具体的な事例に基づくコメント、ならびに訪問調査で確認できた実績と効果を評価したい。 前回評価と同様、施設運営の理想は着々と実現している。マニュアル整備・書式整備も現段階では万全と言って良い。運営管理も、縦横左右にとらわれない立体的な組織管理が機能している。コミュニケーションシステムも自己開発し、職員間の連絡はシステム内で完結できる。等々、前回22年度に進捗を期待した事項が、ほとんど完成形で機能している。職員主導の組織体制の継続は、職員の意欲と責任を大きく刺激している。また施設長の施設管理についても、発想とイメージで工夫を考え、実行に移して行く方法の継続で、現実に見えぬものが増えたとの職員発言もあり、施設努力で形にして来た物や事項の効果が目に見えるようになったとの意味にも取れる。「まだまだできる工夫」が楽しみな施設である。
◇改善を求められる点 施設全体に落ち着きがあり、現段階での課題や問題も散見せず、ハード面の改善・改築も進んだ今、これで完了ではなく、あくまでも一区切りである事の意識共有が望まれる。今後もサービスの質の向上に向けた、発想と実現意欲には心から期待するところである。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

3回目の受審をさせて頂きありがとうございました。 今回の評価結果を元に「変化なければ進化なし」という思いでこれからも努めていきます。

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。

(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	㊐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人理念は「倫理綱領」として明文化されている。それを受け、施設理念を「ゆたかな暮らし」として策定している。基本方針についても、施設基本方針を事業計画や法人紹介パンフレットに明文化している。職員周知については、全職員への配布、施設内掲示で周知を図り、毎年4月会議の折には口頭での説明も行っている。保護者等には、家庭への配布、保護者会での周知等を行い、利用者に対しては、日常支援の中で理解してもらえるように、職員自身が理念への帰結を念頭に、日常支援に当たっている。

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	㊐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

施設改装・改築等、大掛かりな計画を中長期計画に策定し、予算の概略の策定もある。単年度事業計画は、単年度活動計画として明確化を図り、各部署・ユニット・各委員会等の活動計画の策定に落とし込んでいる。リーダー会議・チーフ会議・里山会議とジャンル分けをしたチームで計画・検討を行い、施設職員会議で全体に周知される仕組みがある。利用者等への周知に関しては、保護者には事業計画を配布し、利用者には、主に行事予定等を利用者掲示板を活用して情報提供をしている。また、個人対応の予定表作りで理解・周知を進める等の取り組みも行っている。

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	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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者の役割と責任に関しては、毎年4月会議において継続的に周知を図り、施設運営における権限を表明している。質の向上への意欲に関しては、施設が継続的に取り組む「カイゼンシート」が代表となるが、その取り組みはさらに進化し、現行の「カイゼンシートα」は、管理者が指導力を発揮して取り組んだ成果とも言える。また、業務の効率化については、コミュニケーションシステムである「グループセッション」を自己開発し、職員間連絡のシステム内完結を実現した。その他、経費削減推進を目的に事業収支報告の説明を行ったり、里山式RPDSAサイクルを活用したりと、自身が目標とする施設運営に手腕をふるっている。

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

入所登録者・入所希望者・ショートステイ利用者や希望者等の把握、毎月の利用率データの把握等、データ化しての把握がある。また、それに併せたニーズの把握も行い、施設機能として提供できる、ショートステイや日中一時等の事業展開につなげている。
外部監査実施については、法人対応が多くを占め、法人会計監査実施、顧問弁護士相談等の取り組みはあるものの、施設の取り組みとしては確立していないことからb評価にとどめた。

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

評価機関のコメント

人員配置基準に則り、適切な人員配置を行うほか、里山会議で現場重視の人事プランを策定し、求人を行っている。平成25年度には移設内で「主任選挙」を実施する計画があり、現場職員から選ばれる人材の象徴となる取り組みを推進している。

従来の人事考課を取りやめ、「能力考課」「多面評価」の要素を取り入れた職員の人事データを作成し、人事管理を行っている。また、QC活動における職員評価、年3回の個人面談での職員意見・意向の聴取等でも人事管理を行い、報奨制度を職員のやりがいにつなげている。職員の質の向上への取り組みに関しては、「里山式チャレンジド研修」の創設・実施等、新しい取り組みに力を入れている。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者に対する安全管理・安全確保の意識は非常に高く、対応手順書等の整備、救命救急実習や年4回の避難訓練を実施して職員の意識を高めている。非常食・飲料水の備蓄、ハザードマップ整備、福祉避難所申し出等、災害時の備えも推進している。リスク管理についても、「リスクマネジメント研修」「危険予知トレーニング」等で職員意識を高め、随時「施設ハザードマップ」「入所施設におけるリスクマネジメント」を更新している。

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

利用者の楽しみ・利便性・必要性に応じて、様々な社会資源が十分に活用利用できるように、職員間で情報交換と情報共有を行っている。情報を基に、地域行事参加や社会資源との連携と活用方法を検討し、利用者の希望外出を実施・実現している。市の障害者連合会行事、知的障害者福祉協会の活動参加等、関係機関との交流も継続している。
地域福祉向上のための取り組みとしては、地域の福祉ニーズに応え、ショートステイ・日中一時支援・日中一時支援児童部・ケアホーム運営等、行政と連携した事業を展開している。

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	㉠ ・ 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

共通の理解を持つために、尊重・身体拘束についての研修・会議でのディスカッション等を行い、職員に周知徹底を図っている。利用者のプライバシー保護に関する「個人情報保護規定」「個人情報の取り扱い」「秘密保持契約書」等の規程の整備もある。利用者が意見等を述べやすい体制の確保として、相談窓口担当者設置、目安箱の設置・事務所を利用者へ解放するといった独自の工夫がある。利用者から出た意見等は迅速に検討・改善し、苦情があった場合は、苦情解決組織図・規程・対応手順書に沿って、解決する体制が整っている。

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	① a . 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	① a . 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	① a . 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	① a . 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 a . 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 a . 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 a . b . c

評価機関のコメント

定期的な第三者評価の受審、毎年の自己評価を実施している。評価で課題が明らかになった点は「RPDSA」という施設独自の方式で策定・計画・実施を行い、更なる質の向上へと取り組んでいる。

書式検討・記録方法検討を重ねた、個別支援計画に沿ったサービス実施記録の記載は適切である。従事報告書・ミーティングノートの他に、利用者個人のケース記録・データベースをPC管理している。PCネットワークの活用により、利用者の情報確認・グループセッションが充実となり職員間での情報共有は円滑である。

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 a . 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 a . 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	① a . b . c

評価機関のコメント

法人パンフレットの他、施設概要・行事・提供サービス等を紹介したホームページを公開して情報提供している。利用・見学希望者への見学受け入れ体制を整え、随時に受け付けている。その他、養護学校の中高等部の見学会を開催し、個人が情報収集・選択しやすい機会を設けている。サービスの開始にあたっては、重要事項説明書・契約書・個別支援計画の書類の提示とともに口頭で説明し、本人・家族等に十分にご理解・納得をしていただいた上で契約を締結している。また、施設変更や家庭移行をする場合は、相談担当者設置があるので、利用者はサービス終了後も相談が可能であり、相談担当者が定期的に様子をうかがう等を行っている。

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	① a . 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	① a . 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	① a . 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	① a . b . c

評価機関のコメント

アセスメント・個別支援計画作成の手順書に従い、利用者の身体状況・特性・力量・希望等を詳細に把握し、課題を抽出している。明確になった課題は個別支援計画の実施内容に落とし込み、日常サービスにつなげている。6ヶ月毎に定期的な見直しと保護者との面談を実施している。但し、利用者の希望・身体状況等と個別支援計画内容が適さなくなった場合は、現状に即した見直しを行っている。
個々に適した活動計画も策定しており、地域生活の移行に努めている。また、地域移行委員会の設置もあり、家族・地域との連携を図り支援を行っている。

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	① a . 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	① a . 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	① a . 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	① a . 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	① a . 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	① a . 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	① a . 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	① a . 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	① a . b . c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	① a . 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

利用者はユニット毎での共同生活を行っている。共に力を合わせながらも、個人の生活リズム・空間を大切に出来るのは、何よりの強みである。利用者の生活確保・精神的安定を目的に、自閉症・高度障害の特性に合わせハード面の環境整備も実施した(短期別棟設立)。日常支援では、ストレングスモデルの個別支援計画を行っており、日常生活の中で利用者の希望・長所・力・強さを活かしたサービスを実践している。各サービスに関しては、手順書は整っており、一人ひとりのニーズに合わせたパーソナル支援を含め、適切な実施がある。利用者を尊重し、主体性を考慮した積極的な取り組みを確認する事ができた。