

〔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11月18日(金)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人新城福祉会 (施設名)レインボーはうす	種別：(施設種別)生活介護・就労移行支援 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(施設長)長坂 宏	定員(利用人数)：40名
所在地：〒441-1301 愛知県新城市矢部字本並48番地	TEL 0536-24-1313

③総評

◇特に評価の高い点

昨年に引き続き2度目の第三者評価受審である。法人代表・管理者はじめ職員に至るまで、この第三者評価制度を通してサービスの質を高めようとの意識が強く、組織全体に改善意識の高さを感じられる。

前回評価での要改善指摘事項に対しても、可能な範囲で改善が進んでいた。特に今回の自己評価の取組に際しては、休日の研修日に、『第三者評価のキックオフ』の場を設け、職員・非常勤職員でブロック別チームを編成して、担当チーム毎に評価項目についての振り返り・自己評価が行われた。その議論の場では、自らの長所・短所を理解し、改善へ結びようとする熱気溢れる気迫を感じとれた。

地域に唯一の障害施設であることから、法人代表・管理者とも本施設を地域の社会資源としてとらえている。以前は障害者だからといって表に出て行かなかったが、現在は、徒歩・車イス・自転車・バス等を利用して堂々と外出している。『新城市では、障害者は市民権を得ている』との管理者の誇らしげな言葉に感動を覚えた。

◇改善を求められる点

利用者の活動への支援の充実に比し、管理の面では若干の遅れが出ている。課題となっている職員の力量基準の策定が軌道に乗らず、「人事考課制度」、「職員の研修計画」での基盤が定まっていない。事故の未然防止を目的として、ヒヤリハットの取組が継続されているが、収集事例は多くあるものの、有効な分析に至っていない。

事業計画策定に当たっては、理念・方針、前年度事業報告との整合性を確認し、前年度事業計画の中で課題をクリアした項目については、日常業務に移行して行く事を提案したい。又、事業計画の中に業務内容的な項目も多く含まれているので、事業計画と業務内容を区分けされる事を期待したい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

利用者支援の実践に組織づくりが追い付いていないという的確なコメントをいただいた。また、事業計画と業務内容の区分けも、その必要性を自覚しているところである。いずれも改善したいと思いつきながら着手できていない事柄である。よって、総評における「改善を求められる点」について、その改善の具体的手立・手法を検討し、専門家の力も借りながら、課題の克服に取り組みたい。

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	㉠ ・ 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

法人の理念である「他人を思いやり、お互いを支え、助け合おう」とする互助精神を、23年度事業計画に明文化している。
パンフレットに「経営理念」を謳い、中・長期計画に「経営理念・法人の理念」を掲げ、事業計画に「法人の理念」を文書化しているが、周知の面で難しくも思えるので、統一される事を期待したい。
職員の利用者に接する姿勢から、理念の「互助精神」の実践が随所でうかがえるが、会報・通信(年2回)・重要事項説明書・ホームページ等、あらゆる機会を通して利用者等に理念・基本方針を伝えて行く工夫を期待したい。

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	㉠ ・ 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	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

23年度事業計画に、「利用者ニーズに合わせた日中活動」、「地域交流」、「ボランティア・実習生受け入れ」及び「自己決定・自己選択の機会を設ける」等が策定されており、理念との整合性は確保されている。
事業計画は、各部会、サービス管理責任者会議、法人委員会のルートで策定され、非正規職員も参加している。計画の周知はされているものの、進捗状況を把握するには至っていない。
事業計画策定に当たっては理念・方針、前年度事業報告との整合性を確認し、前年度事業計画の中で課題をクリアした項目については、日常業務に移行して行く事を提案したい。

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	Ⓐ ・ 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、法人の常務理事と事業所の所長を兼務し、組織体系図の全ての会議体(世話人会を除く)に名を連ねている。法人運営に深く係っており、実行力・指導力も有ることからメンバーからの信頼は高い。第三者評価の受審に当たり積極的に受審の推進を企り、第三者評価を足がかりに質の向上に取り組んでいる。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者は、東三河北部圏域アドバイザー、SELP東三河役員等、東三河地域の福祉分野における重要な役割を担っており、そこから得られる情報や専門分野の情報を把握し、地域のニーズにも的確に対応している。TKCによる外部監査を実施しており、会計処理だけでなく、人件費率の増加という課題などに対しても助言を受ける等、外部の『力』を有効に活用した運営を行っている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

中・長期計画で組織・人事・実習生受け入れに関しての計画を掲げている。それを受け、23年度の事業計画の中で職員研修・実習生受け入れについての具体的な方法を明示している。
人事考課制度の基準となる『力量マップ』を構築し、「人事考課制度」、「研修計画」があるべき姿に近づくことを期待したい。

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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

2ヶ月に1回の防災訓練を実施しており、災害・感染・事故等の緊急時対応マニュアルを作製し、研修会で周知徹底している。ヒヤリハットを終礼で報告・確認し、ヒヤリハット事例を蓄積してはいるものの、事例の分析までには至っていない。

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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

地域交流、ボランティア・実習生受け入れに関しては、前年度事業報告書、今年度事業計画書に詳細な記述がある。管理者・職員は、『利用者は地域社会の一員』と言う認識の下、地域との連携が不可欠である事を充分認識している。利用者が、弁当届け、イベント時のカレーの移動販売等に出掛けており、その波及効果として、少年サッカーチームからカレーの移動販売の申し入れもあった。着実に、地域の中で利用者の努力が認知されてきている。新城地域自立支援協議会に参加して地域の福祉ニーズを把握し、併設されている相談支援事業所と連携して福祉ニーズに応えている。

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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

生活介護、就労移行の各部会でサービス提供の検討が定期的に行われ、非常勤職員には各グループの職員から伝達されていた。毎日の終礼において、個々人の様子等支援内容の確認が行われていた。行動規範・守秘義務においても文書が策定され、研修の場で文書化した内容を伝達し、配布している。昨年からは、利用者が意見を述べやすい環境作りの取組を行い、体制を作り上げている。その結果、意見の言いやすい環境を提供して迅速に対応した記録を確認できた。利用者満足度の向上にむけ、自治会の開催、満足度調査・給食アンケートの実施等、意欲的な取り組みがみられる。

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	Ⓐ ・ 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

昨年度、本年度と第三者評価を受審し、評価を行う体制は確立され、それらによって得た課題を各部門で検討し改善計画をたてている。事業計画の実施については、自ら年度末に総括するしくみがある。個別支援計画書の策定・実施・見直しが定期的に行われている。就労移行支援事業においては、契約企業と連携をとって実現されており、その有効性が確認できた。生活介護の場では、障害特性を考慮した作業に集中しやすい環境作りが行われていた。写真・カード等を用いたり、少数グループに仕切りを設けて利用者が安定して作業に取り組めるよう環境整備されていた。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

施設利用希望者本人に理解しやすいように、写真やイラストを多く取り入れたパンフレットが用意されていた。また、ホームページは施設利用者本人が取材を行い、掲示板の更新を行っており、情報発信の場としても活用している。サービス開始時には、重要事項説明書や契約書も滞りなく交わされていた。施設の変更・家庭への移行については、同一法人内の居宅介護事業所と連携し、地域・家庭でのサービスの継続性にも配慮している。

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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

個別支援計画書において、アセスメント、課題やニーズの把握、計画の策定、評価、見直し等の各記録を確認する事ができた。
施設に隣接した「矢部ホーム」にて医療的介助の必要な利用者、重度利用者等のショートステイを行っており、積極的な地域生活への移行について計画的に行われている。

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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉞ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	非該当
	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	非該当
	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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

作業場・トイレ等の清掃及び環境整備が成され、清潔な環境である。「レインボーのお菓子屋さん」も、厨房は衛生的に清掃が成されている。レインボーはうすの食堂を地域に開放し、地域との係わりを大切にしていることがうかがえた。

健康管理面では、インフルエンザ・風邪予防のためのバイタルチェックが行われており、服薬管理対応マニュアルの確認もできた。発作時以外の健康面に不調があった場合にも、20分以内にかかりつけ医につなぐことが可能である。これらの対応に、「障害者が安心して生活する」ための環境に対する支援者の意識の高さが端的に表れている。

利用者支援に対する各マニュアル・手引き等があると、職員間で統一した支援が出来、よりベターと思われる。