

〔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： 愛知県社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価事業所 (認証番号:20地福第1389-1号)
訪問調査 実施日： 平成22年12月3日(金)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人ぬくもり福祉会 (施設名) ぬくもりワークス	種別:(施設種別)知的障害者通所授産施設 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)高野浩昌	定員(利用人数):60名
所在地:〒446-0046 愛知県安城市赤松町恋塚87-1	TEL 0566-77-1555

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>社会福祉法人ぬくもり福祉会が経営するぬくもりワークスは、安城市の中央に位置し田園に囲まれたゆったりした敷地にグラウンドやEMIぼかし専用の作業場を備えている1993年に開設された知的障害者通所授産施設である。現在60名定員で平成23年度中には、新体系への移行を予定している。同法人には、同じ通所授産施設以外に通所更生施設やケアホームを4か所経営するなど知的障害者のニーズに応えている。</p> <p>施設長は、長い障害施設の勤務経験を生かし市内の社会福祉施設の中心的役割を担っており、常に職員、利用者の声に耳を傾けてサービスの質の向上に前向きな姿勢で取り組んでいる。利用者の立場に立ち、地域との連携に力を入れ特に今後展開していく新事業の準備として絵画や音楽等のボランティアの導入など多くの社会資源の活用を積極的に行い、人材の育成に力を入れている。また経営の効率化を考え、デマンド装置を導入しての節電や節約に努めている。</p> <p>敷地内にあるグラウンドをフルに活用して体力づくりや生きがいとしてソフトボールを行い常に県下でも優秀な成績を収めている。また、施設外就労や一般就労に向け積極的に取り組み、成果を上げている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>多様化する福祉サービスのニーズを考えて法人の使命・役割を反映した理念の見直しを検討されると良い。また、利用者に理念や事業計画などわかりやすく説明する工夫もあると良い。</p> <p>利用者の安全を確保するためヒアリの収集、分析、対策を検討し、サービス終了後の相談方法や担当者を記した書面を作成し、手渡すことが望まれる。</p> <p>人事考課によりモチベーションを上げる工夫が必要である。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>第三者サービス評価を受けさせていただくことによる大きな変化の一つとして、各項目をチェックしていく中で自分たちの行動を見直す意識・気づきを促すことができたことです。今までの経験や知識で通っていたことが共通のサービス基準をもつことによって誰でもスムーズにサービスを提供できる可能性が高まっていくことだと感じました。今後もマニュアル化の推進や既成のもの見直し等、より良いサービスを目指して取り組んでいきたいと思えます。</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。

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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

サービスの内容や特性を踏まえた使命や目指す方向を具体的に理念として見直しをするとよい。また、理念に基づいて利用者に対する姿勢や地域との関わり方について文書に記載されると良い。
利用者への周知方法として、もう少し工夫が必要である。

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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

収支計画や具体的な事業移行に際しての計画を策定するとよい。また、策定された計画を、パート職員にも説明し、利用者、高齢な親に対してわかりやすく周知してもらう工夫をすることが望ましい。

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	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	㉠ ・ 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

<p>年度当初や普段の朝礼等で訓話をしたり、役割の表明し、評価分析、課題把握、改善等の取り組みを積極的に行って職員をリードしている。必要な法令についてはリスト化するなど遵守することが望まれる。</p>

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

<p>市や養護学校と話し合いを行い、自立支援協議会施設グループの代表を管理者が行っているなど、地域のニーズ等は的確に把握している。</p>

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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ㉑ ・ 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 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 ㉑ ・ 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 ㉑ ・ 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 ㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>人事考課の担当職員によるモチベーションを高めるスキルアップに取り組みながら、職員の意向や意見を出しやすい工夫をされると良い。法人独自の会や職員の好みでソフトボール、釣り等の職員の交流が行われている。研修報告書に施設長コメントを記入するなど職員の質の向上に工夫している。</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 ㉑ ・ 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 ㉑ ・ 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 ㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>緊急時の体制がしっかり整備されている。今後はさらに、AEDの講習等救急法の受講や、消防署の通報訓練などの緊急時体制強化の工夫が考えられる。些細なことでも事例として収集して定期的に分析することが望ましい。</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	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	障 28 ㉑ ・ b ・ c
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	障 29 ㉑ ・ 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 ㉑ ・ 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

ボランティアマニュアルを設け「ボランティア育成事業」を法人として取組んでいる。チラシを使ってボランティアの募集も積極的に行っている。障害福祉課、民生委員、養護学校、他の福祉施設とも連携し、福祉ニーズの把握を行っている。町内会に参加。保育園、老人会等交流を深めている。

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	a ・ ㉠ ・ 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

行事後また毎月課別で話し合いをし、要望等が出た場合は職員終礼等で検討を行っている。この仕組みを発展させるために、それぞれのサービスに関する利用者満足の向上を意図したアンケート調査などの取り組みが考えられる。また、苦情解決に関し、施設内に掲示されている書面内第三者委員欄に電話番号を記することが望ましい。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>サービス内容に関する定期的な自己評価と、それに伴う改善を積極的に実施している事は、高く評価できる。 利用者の個人情報及び記録の管理について、プライバシーに配慮し、適切な書類整備が行われている。</p>

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	事業所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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

<p>サービスの開始にあたり、適切な対応及び処理を行っている。 利用契約終了(解除)の利用者に対し、サービス終了後の相談方法や担当者を記した書面を作成し、手渡すなどの工夫が考えられる。</p>

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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>統一された様式により適切にアセスメント及び個別支援計画の作成を行っている。 地域生活への移行支援のひとつとして、日中の支援事業所として、一般就労または施設外就労について積極的に行い実績を上げている。</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	㉖ ・ 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 ・ ㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	非該当
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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	非該当
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	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当

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	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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	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	㉠ ・ 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

利用者の主体的活動に関する支援のひとつとして、自治会等団体をつくり、施設が側面から支援することが望ましい。