

〔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12月2日(金)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 相和福祉会 (施設名)くすの樹	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)村山 誠治	定員(利用人数):40名
所在地:〒470-2105 愛知県知多郡東浦町大字藤江字カガリ119	TEL 0562-82-4980

③総評

◇特に評価の高い点

利用者主体の活動を支援する取り組みが進んでいる。自治会では、役員選出を投票制にして利用者の自主性を育む効果につながっている。

利用者の工賃アップと、社会貢献につなげる取り組みとして、様々な活動に取り組んでいる。中でも自社製品のシフォンケーキは、地域の産直ひろばや福祉店で販売して好評を得ている。利用者は様々な作業から、本人に合った作業を選ぶことができる。

また、職員は自助具を作成して、作業方法の精確さに向けて取り組んでいる。第三者評価・ISO受審を継続しており、利用者の満足度を追求する仕組みを構築している。仕組みの構築と実際の取り組みに対するギャップを認識しており、さらなる取り組みに対する向上心がある。今後さらなる飛躍と、事業所の強みを活かした支援に期待したい。

◇改善を求められる点

手引きや運営の仕組みは確立している。次へのステップとして、次世代を担う人材の育成や作業内容の統一を図ることにより、職員の専門性はさらに向上するであろう。各作業の手引きを見直すとともに、個別支援計画との連動に取り組み、誰もが支援しやすい事業所運営も課題の一つといえる。

また、利用者がサービスを自由に選択できる取り組みとして、利用者向けのパンフレットを作成することも大切な支援と考えたい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

作業のバリエーションがあること、自主製品に力を入れていること、そしてその結果が工賃に反映されており、利用者の満足につながっていることを適切に評価いただいた。これについては全職員が今後の利用者支援を行う上で、「自信」と「励み」につながるものと確信している。

過去にa評価をいただいていた箇所が今回いくつかb評価になったが、当施設としてはその結果を真摯に受け止め、サービスの見直し及び更なる向上を目指す良い機会と捉え、改善につなげていくようにしたい。

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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

法人の基本理念を掲げており、ISOの品質方針と共に事業所運営のバックボーンとしている。職員は毎朝の朝礼にて唱和し、カードを作成して名札とともに携行しており、理念を常時確認する機会がある。保護者会では資料を配布し、理念と基本方針の説明を行っている。施設パンフレットでの理念の紹介や明文化などにより、理念や品質方針がさらに明確化することが期待される。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

法人の理念を基に、事業所独自の中・長期の事業計画を策定している。職員には会議にて随時報告し、進捗状況を確認した上で見直しを図っている。収支計画は、毎月の作業売り上げを収支報告として作成しているものの、収入を見越した計画には至っていない。

保護者には保護者会や文書で事業計画を紹介している。利用者に関しては、ルビを付けた文書を事業所内に掲示している。自治会や、班ごとの場で、必要な情報をわかりやすく説明することで、利用者のやりがいにつながる取り組みを期待したい。

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

法人内部規程集において、組織図・職務権限が一覧表での表記がある。管理者は、研修や福祉協会の会合などに参加して、自己研鑽に取り組んでいる。管理者は、ISO・第三者評価を率先して学び、質の向上に向けての中心的な存在となっている。その反面、仕組みと現状の取り組みに対してギャップを感じており、研修の充実を図って専門知識を高める取り組みを計画している。

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	Ⓐ ・ 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

行政の自立支援協議会や、福祉協会会議に参加して障害者福祉における社会動向を情報収集している。また、養護学校へ出向いて保護者の意向や、卒業後の動向なども情報収集している。作業売上や、事業収入を分析して職員へ報告するとともに、作業収入の分析結果を活かして、利用者の工賃に反映させている。税理士による経営指導を受けており、透明な経営に向けて取り組んでいる。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	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

福祉系大学から実習生の受け入れを行っている。社会福祉士実習には実習プログラムを作成しており、実習指導者職員が指導を行う体制を確立している。外部研修については職務、職能に応じて一覧表にまとめている。内部研修を法人で行っており、臨時職員の参加も募り専門性を高めている。研修後は報告や回覧により職員への情報共有や、本人による振り返りを実施している。研修受講後の実業務への効果の検証については検討中であり、今後の課題としている。

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	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

予告なく避難訓練を実施して、事業所内で災害に対する意識を高めている。事業所内の緊急連絡体制や指揮命令システムを整備している。自立している利用者が、通所の途中での災害対策については、今後の検討課題であることを認識している。リスクマネジメント対策として、ヒヤリハット検討を職員間で行っている。定期的にリスクマネジメントに関する研修の機会を設けて、安全対策に資する取り組みとなることを期待したい。

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	a ・ Ⓑ ・ 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) ・ 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 (a) ・ 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 (a) ・ 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 (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業所の製造したシフォンケーキ販売を通じて福祉イベントに参加し、地域と交流している。地域のボランティア受入れも積極的に行っており、健康体操・手芸・おはなしなどのボランティアが来訪している。受け入れに際して、ボランティア団体に事業所の方針や支援内容を説明することにより、さらなる関係構築が期待できる。
地域の小学校や在宅障害者を対象に、職員をボランティアとして派遣してレクレーション活動を行い、地域へ貢献する活動をしている。地域との交流の中で、地域の福祉ニーズを収集して中・長期計画に盛り込んでいる。

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 (a) ・ 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) ・ 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) ・ 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 (a) ・ 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) ・ 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 (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

定期的に満足度調査を実施し、アンケート結果を集計・分析している。結果を事業説明会の場で家族へ報告し、改善に向けて意欲的に取り組んでいる。
連絡帳を活用して、保護者と毎日情報交換を行っており、自宅での様子や要望を随時受け付けている。さらに、定期的に家族と個別面談を行い、直接対話する機会を設けている。また、グループホーム入居者については、世話人と情報交換し、利用者の意見の把握に努めている。

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	Ⓐ ・ 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

第三者評価の受審結果を分析し、次回の事業計画作成に活用している。自己評価作成の際には、担当部署を設置して職員主体で検討している。また、各作業部門に分かれて品質マネジメント計画の進捗状況を振り返り、評価を行っている。マニュアルでもある「手引き」を、多岐にわたり作成している。不足している「手引き」については、職員アンケートを行って意見を抽出し、追加や適切な修正を加えている。

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

パンフレットを行政や社会福祉協議会・福祉店に設置して、利用者へ必要な情報を提供している。パンフレットには、法人概要から事業内容・サービス利用料まで詳細に記載されている。利用者の障害特性から、理解力や判断能力には大きな個人差があるが、家族向けの情報提供資料としては十分と思える。

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

利用者とともに、ハローワークに出かけて情報収集を行っており、将来の就労に向けて取り組み始めている。アセスメントは、個人面談で家族から情報を聞き取り、担当者がアセスメント用紙に記録して分析している。アセスメントを基に、個別支援計画を作成しており、アセスメントから実施・評価の仕組みを構築している。日常生活における個別支援計画の充実はあるものの、活動作業内容との連動性についてさらに改善できる可能性もある。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

自治会の役員選出に、利用者の自主的な投票制を取り入れ、利用者主体の自治会運営の実現に向けて取り組んでいる。自治会では、利用者の意見・要望を聞く機会にもつながっており、職員とゆっくり関わる時間の一つでもある。

利用者の多くは、事業所を働く場所と認識して通所している。内職作業・シフォンケーキ製作作業など、利用者のできる活動を大切に支援している。利用者は仕事にやりがいを感じ、工賃で好きな物を買ったり、貯金したりして、家族に恩返ししたいなどの目標を持って作業に取り組んでいる。

利用者には、共生の心があり、自立度の低い利用者に手を差し伸べて、互いに助け合い支え合っている光景もあった。余暇活動は、土曜日を休息日に当てて利用者の要望を聞き入れ、水族館や図書館など様々な場所に出かけている。仕事の場のみでなく、楽しみのある場を作り、利用者の心身ともに充実した生活に向けて取り組んでいる。

ただ、利用者個別のコミュニケーション方法があるにも関わらず、職員間での共有に対する取り組みは乏しい。個別支援計画の活用も視野に入れた工夫を期待したい。