

〔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1月25日(水)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人くるみ会 (施設名)多機能型事業所いっしき	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)成田 壮史	定員(利用人数):40名
所在地:〒444-0401 愛知県西尾市一色町池田埋田17番地	TEL 0563-72-1201

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>平成19年度に続き2度目の第三者評価受審となるが、法人幹部の強力なリーダーシップの下、各事業者ごとに積極的に改革を進めていこうという姿勢で運営にあたっている。前回評価での改善指摘に対しても、可能な範囲で改善が進んでいる。今はまだその過程ではあるが、この改革を成し遂げ、あるべき姿に近づいて行こうとする思いが強く感じられる。</p> <p>各事業所共通の課題である「地域への還元」についても、「餅つき大会の場所の提供」、「養護学校生の実習受け入れ」、「中学校へ出向いての講話」、「新任教諭の職場体験」等、物心両面で還元している姿に接することが出来た。</p> <p>事業所として常勤職員に対して、やる気を喚起する目的で各個人の「目標・反省・次の目標・それぞれに対する管理者の総括」をパソコン内で公開している。職員が自分のレベルに対して上位の人、下位の人との公開内容を見る事で、互いに切磋琢磨しあい、職員個々が自主的に上位を目指しチャレンジしている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>中・長期計画について目標が明記されているが、数値目標(時期・人員・件数・金額等)が記されておらず、達成度の評価が困難に思える。数値目標を掲げ、必要であれば途中で修正し、目標の達成感を味わえる取り組みを期待する。</p> <p>研修案内が来てから参加者を決めているが、「能力マップ」等の作成により、人材育成の面から各職員毎の補填項目に合った研修に参加して行く事を提案したい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

法人内事業所の新体系移行に伴い、特に中・長期計画については目標と現実の違いの中で戸惑う面もあり、今回も難しさを感じていた。また、それらが職員の育成などにも影響し、日々の支援以外での個々のスキルアップに結び付くことが少なかったとも感じている。利用者の方への支援について、より広い視野で考えることができるように、体制を整えていく。

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	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

法人の理念に対して『いっしきの基本理念』を謳っている。事業所内に掲示し、全体会議で読み合わせを行い名札の裏面に明記している。又、年2回行われている家族会で法人理念の読み合わせを行う等、あらゆる機会を通して周知に努めている。理念の周知は徹底しているので、方針を展開して目標(年度・月次等)を掲げ、理念の実践に取り組まれる事を期待したい。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

法人の基本方針の実現に向けた具体的な取り組みを示す物として、中・長期計画を明文化しているが、当該年度の目標が主となっている。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

就労支援B型事業・生活介護事業の管理者として、支援者全体会議の進行、地域交流の推進を図り、実行力・指導力もある事からメンバーからの信頼は高い。
 年度初めは会報誌・家族会等で所信表明を行っている。
 第三者評価の受審に当たり積極的に受審の推進を図り、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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

西尾市の障害者情報を収集し、養護学校や相談支援事業所へ出向いて情報収集を行っている。
 経営状況分析については、利用者ニーズに合わせて法人全体で把握・分析・改善する取り組みを行っている。
 公認会計士による監査は行われているが、定例的な会計監査であり、経営上の改善課題の検討に至っていない。

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	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	ａ ・ ② ・ 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

職員は、管理者が必要と判断した研修要綱の掲示を見て、研修参加を希望し、外部研修に参加している。研修参加者は、レポート提出を義務化しており、職員間で内容をパソコンで閲覧・確認できるシステムになっている。負荷のアンバランスに対しては、応援体制を取り、基本的には残業はしない体制が出来ている。実習生の受け入れに関しては、中・長期計画・23年度事業計画に盛り込まれており、受け入れ体制は整っている。

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	ａ ・ ② ・ 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

防災訓練に関しては中・長期計画で取り上げ、年度計画でも、消防訓練2回(7月、1月)、総合訓練と計画的に行われている。事例やハザードマップ(作業所内・敷地内・一色町)を利用し安全確保の対策を行っている。

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 利用者地域との関わりを大切にしている。	障 28	ａ ・ ② ・ 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	ａ ・ ② ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

経営方針で『地域福祉の推進』を謳い、中・長期計画で『地域との交流』、年度目標で『社会活動の参加』と『地域交流』に取り組んでいる。地域の方々を施設へ招いての『講演会・研修会』等を行い、地域福祉活動の拠点となる事を期待したい。法人として、西尾市の定例会議に出席し、中学校では『障害施設の話』等の講演を行っている。民生委員・相談事業を通して市役所、その他の福祉施設と連絡を取りながらレクリエーション、スポーツの情報を収集している。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

経営方針の『利用者に対する姿勢』で、利用者の人間尊重や尊厳の重視を謳い、マニュアルや記録を整備し、支援者として自覚を養えるようにしている。個別支援計画を作るにあたり、利用者の『思い』を汲み取る姿勢で、会話の中で、満足・不満足を把握している。相談は出来るだけ個別に聞いている。意見・苦情・要望はなるべく現場確認をし、緊急に対応の必要がある場合には、即対応している。

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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ b ・ c

評価機関のコメント

平成19年に第三者評価を受審して以降、同じ書式を使用し毎年自己評価を行い、提供しているサービスの適切性を検証している。
モニタリングを6ヶ月毎に定期的に行い、家族に説明し同意を得ている。

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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人・事業所の正確かつ詳細な情報をホームページを通して地域(利用希望者)に向けて発信している。又、すべての漢字に振り仮名をつけ、読みやすく配慮したパンフレットも用意している。
利用者の施設移動に関しては、継続したサービスが提供できるように移行先へ情報提供している。

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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

事業所の定めたマニュアル通りに利用者・家族に対するアセスメントを行っている。
聞き取った利用者・家族の意向・要望を個別支援計画に反映し、策定した計画を家族に説明の上、同意を得ている。
地域生活の移行については、法人で希望調査を行い必要に応じ説明をしているが、不安定・低成長の環境の影響もあり、取り組み相応の効果を出すに至っていない。

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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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 a ・ ㉞ ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66 a ・ ㉞ ・ 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 a ・ ㉞ ・ 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 a ・ ㉞ ・ 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 a ・ ㉞ ・ 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 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

障害の程度の違いによりサービスの差異が生じない様に『絵カード・写真』等、様々なコミュニケーション手法を用いて対応している。

利用者の嗜好やアレルギー状態の把握は出来ており、身体の状態も含め、刻み食や体調不良時の対応も出来ている。喫食環境や時間にも配慮があり、利用者が落ち着いて楽しく食事出来る様に取り組んでいる。

家族からの排泄情報を基に、個別の排泄チェック表を作成し、トイレ誘導、トイレ介助を行っている。身体障害者用トイレでは、排泄行動に時間を要するので、寒い時期にはスポット暖房を設けている。