

〔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20日(水)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 くすの木福祉事業会 (施設名)つつじ寮	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)河合 幹夫	定員(利用人数): 50 名
所在地:〒443-0013 愛知県蒲郡市大塚町後広畑85番地1	TEL: 0533-59-7221

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆新たな「基本理念」の制定 これまで理念としてきた「やさしく こんきよく すこやかに」を精神的な拠り所(スローガン)として残しつつ、新たな「基本理念」を構築した。基本方針である「運営指針・5つの指針」が、新しい「基本理念」に整合する形で策定されており、事業所運営に具体的な方向性を示している。利用者への周知に腐心しているが、利用者向けには、分かり易い言葉で語られている「やさしく こんきよく すこやかに」を併用することも一考か。</p> <p>◆利用者の状態に適応する人材配置 利用者の高齢化が進行しており、様々な課題が挙げられている。その一つが健康面(医療依存度の高まり、身体機能の低下、事故による傷害)に関してである。これに対処するために、2対1の厚い人員配置をとり、看護師や理学療法士等の専門性の高い職員を積極的に採用するなどの措置を講じている。</p> <p>◆利用者のための「手順」、「マニュアル」の再整備 前回(平成23年度)の第三者評価受審での気づきとして、マニュアル類の見直し・点検を行った。利用者の安全・安心につながるマニュアルを中心に改定作業が進められており、利用者の高齢化にも対応できるように配慮されている。利用者の満足度を高めるための手順の変更も実施されている。自治会で食事についての意見を集め、希望した利用者の名前を献立表に載せるなど、意見を反映させていることを周知させる取り組みもある。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆「改善実施計画」の作成 前回の第三者評価受審を機に、様々な改善活動の取り組みが見られる。しかし、「改善実施計画」が作成されないうまま実施に移されており、全職員の統一した意識の下での取り組みとなっていない。改善効果を高めるためにも、改善項目(内容)、スケジュール(期限)、責任者、対象となる領域(部署)、必要経費等を盛り込んだ「計画」の作成が望まれる。年度をまたいでの取り組みについては、中・長期計画への組み込みも必要となろう。</p> <p>◆「人事考課制度」と人材育成の連動 「人事考課制度」が運用されているが、被考課者への結果のフィードバックが無いことから、制度そのものの意義や目的の曖昧さは否めない。人事考課制度の運用は、事業会本部及び法人施設長会の意思によるところであるが、考課項目の見直しを含め、各事業所からの要望を踏まえた一考を望みたい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

前年度に続き受審し、前回気付きのあった専門的事項を意識して改善した成果として、今回の評価アップにつながったと思います。
今後は具体的に改善実施計画を作成し、地域福祉の担い手になるべく福祉サービスの質の向上に努めます。

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。

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

法人設立以来の理念であった「やさしく こんきよく すこやかに」を精神的な拠り所(スローガン)として残しつつ、新たな「基本理念」を構築した。基本方針である「運営指針・5つの指針」が、新しい「基本理念」に整合する形で策定されており、事業所運営に具体的な方向性を示している。
「つつじ寮事業計画」を職員及び保護者へ配布して周知に努めている。しかし、利用者に対する周知のための直接的な取り組みはなく、「主客転倒」に陥らないためにも、何らかの手立てが必要となっている。

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	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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

一般(職員、利用者等)に公開されている中・長期計画はなく、理事会説明時に使用した平成21年度から25年度にわたる法人経営計画が存在している。この計画には収支計画を伴っていないが、平成25年度に予定されている法人設立30周年の周年行事やケアホームの拡充等、大きな金額の動く可能性のある事業が続くこともあり、ぜひとも収支計画を含んだ中・長期計画の策定を望みたい。
職員、保護者へは「事業計画」の冊子が配布されているが、利用者への周知の取り組みは見られない。

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(施設長)は法人の常務理事を務めており、その職責については職員がよく知るところである。「障害者虐待防止法」の施行に伴い、職員会議で説明したり、勉強会を実施する等、事業所内の周知に向けて熱心に取り組んでいる。第三者評価の受審を通して質の向上を図ろうとする意識が高く、職員の成長の場としての役割をも期待の一つとしている。業務改善や効率化に関しては、パソコンの導入による事務効率化や施設の老朽化によるフロアの改修、看護職員2名体制の確立等、職責の大きさに比例した動きが見られる。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

法人の事務長が職務上の拠点として在籍し、事業所経営の様々な面で管理者を助けている。特に財務会計面からの環境把握や課題抽出には、事務長の手腕によるところが大きい。税理士、公認会計士等による外部監査の実施はないが、法人監事2名のうちの一人は税理士であり、法人監査を実施する中でも第三者的な目を持ってあたっている。また、第三者評価を継続して受審しており、サービスに関する部分については事業運営の透明性が図られている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

<p>組織運営のための必要人材は、不足分を補充する施策であり、中・長期計画との連動は薄い。幹部職員の脳裏には、人員配置基準の適正化、看護師や理学療法士等の専門資格所持者の重点採用、バランスの取れた職員の年齢構成等、人事プランはある。人事考課制度の運用はあるが、結果を職員本人にフィードバックする仕組みがなく、制度が求める効果の半減となっている。</p> <p>「事業計画」に人材育成の方向性を示しているが、職員個々への落とし込みが弱い。研修効果を高めるために、次長が全ての報告書に十分なチェックを入れた上で、職員に内容を周知している。</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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

<p>マニュアルの総点検(見直し、改定)を実施し、緊急時や災害時に対応すべき体制はより強固なものとなった。防災訓練も毎月実施されており、実施後に提出される報告書をたたき台として、次長と防災担当者とが課題及び問題点の検討を行っている。</p> <p>外部講師を招聘しての「リスクマネジメント研修会」が実施された。しかし、大事には至っていないが、今期の途中集計の段階で「誤薬事故」が20件近く報告されており、抜本的な改善活動の必要性が論じられている。</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

<p>地域行事には利用者が職員と共に参加し、事業所イベントには地域住民に参加を呼び掛けるなど、積極的な双方向の交流が継続されている。特異な取り組みとして、利用者と職員が地域の「史跡保護団体」に加わり、史跡周辺の整備(トイレ清掃、除草作業等)に協力している。ボランティアの受け入れが「事業計画」に記載されており、来訪するボランティアは年間600名を超えている。</p> <p>「日中一時」の利用者から今後の希望・要望を聞いたり、法人内の利用者への調査を行ったりして、福祉ニーズの把握に努めている。法人内に30名近いケアホーム・ニーズがあり、既にホームの建設が実施段階を迎えている。</p>			
---	--	--	--

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

<p>毎月1回、自治会や保護者会を実施し、利用者の状況把握、サービス提供についての職員、利用者、保護者間の共通理解が深まる取り組みを行っている。虐待や身体拘束の無い支援を実践するために、外部講師による研修会も実施された。より個別に話ができるように保護者との面談の場所を工夫し、意見や要望を述べやすい環境を作っている。利用者や保護者からの意見や苦情・クレームに対しては、常に迅速な対応に心掛けている。しかし、利用者の個別な意見については、時間を要するものもある。</p>			
--	--	--	--

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 ・ 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	a ・ ② ・ 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

自己評価について、分析も行われており、改善に向けての取り組みも行われていた。しかし、「改善実施計画」として明確にされてはならず、組織的な取り組みとなっていないことから、全職員の改善意識の統一が図られていない。
利用者へ提供するサービスには、「支援ガイド」を作成し、職員間で標準的なサービスが提供できる仕組みを構築している。毎年、あるいは必要に応じての見直しも実施されている。
必要な記録の作成、管理については「規定」や「マニュアル」が整備されており、定められた手順に従って適切に実施されていた。

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	① ・ 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 ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ c

評価機関のコメント

事業所の情報については、ホームページやブログ、広報で公開している。ブログの更新を頻繁に行い、利用者との外出等の身近な話題を公表するなど、内容も充実している。サービス開始にあたり、利用者への説明や周知の方法については、その障害特性や理解する能力に応じた工夫に改善の余地が感じられた。
課題となっているケアホームが充実してくると、法人内の入所・通所施設だけでなく、様々なスタイルの移行が起こりうる。その時にサービスの継続が担保されるよう、標準的な手順の作成が望まれる。

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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

アセスメントについては、年に1度の見直しを実施している。前回との変更箇所(新旧対照)が分かりづらく、職員間の情報を統一する観点からすると、まだ課題を残している。

利用者や保護者の意見や要望を考慮し、関係する職員が会議を開いてサービス実施計画を作成しており、見直しも定期的に実施されている。ケアホームを新たに建設し、高齢化していく利用者の希望を考慮した地域移行への取り組みが積極的に行われている。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉑ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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

自治会で食事についての意見を集め、希望した利用者の名前を献立表に載せるなど、意見を反映させていることを周知させる取り組みもある。浴室を改装し、脱衣場を広くするなど、利用者の満足度を高めるための改装も行われた。余暇・レクリエーションでは、利用者の希望にすべて応えられるわけではないが、いくつかの候補の中から利用者が選択・希望する機会を設けている。各居室にテレビは設置されていないが、利用者の希望をかなえるため、ポータブルテレビ等を準備するなど、個別の支援がより強化されていた。利用者の高齢化・重度化が進む中で、理学療法士を採用し、個別対応のマニュアルを作成して筋力の維持等に積極的に取り組んでいる。