

〔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26年2月7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)生活介護事業所 まるくてワークス	種別:(施設種別)生活介護 (基準の種類):障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)鈴木 真一	定員(利用人数):60名
所在地:〒446-0066 愛知県安城市池浦町丸田160-2	TEL: 0566-77-1000

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>【ぬくもり福祉会共通】 事業所設立の背景として、『子を持つ親が、親亡きあとの心配』から、保護者が人的面、資金面も含めて協力的である。又、管理者・職員・保護者共に民間による立ち上げ事業所として、県内でも中堅的なポジションにあるとの自負心を持っており、他事業所の模範となるべく質の向上に取り組んでいる。 今回の受審に際して、『理念、基本方針、中・長期計画、事業計画』について繋がりが不十分と気づき、早速26年度事業計画立案に際して、法人内4事業所の施設長があるべき姿(必要なら理念を替えてでも)を議論している。この事を聞く機会があり、4施設長の対応の早さ、前向きな姿勢に驚きを感じた。</p> <p>【まるくてワークス】 町内会の行事(納涼祭り・天満宮祭等)に利用者と職員が帯同して参加し、「まるくて祭り」には町内から300人程の住人の参加がある。このイベントでは、町内会のスタッフがボランティアとして運営に加わっている。市の委託事業である『コミュニティ道路の清掃(ゴミ拾い・草取り)』を町内会を經由して受託している。 事業所の食堂を町内の敬老会・芸能祭の場所として提供したり、町内福祉委員会や中学校の出前授業等で「障がい者」について講話を行う等、事業所と町内で「もちつ、もたれつ」の関係が構築されている。さらに、市と協定を結び、福祉避難所として被災者を受け入れる体制も構築されている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>「事業計画書」、「事業実績報告書」は、それぞれ綿密に作成され、報告されている。「事業実績報告書」には各項目に詳細な達成数値が報告されているが、肝心の「事業計画書」には文字による目標項目のみの記載である。計画作成時に目標値を設定し、年度末の評価や検証を容易にし、かつ妥当性のあるものにする工夫がほしい。 サービス実施状況は専用ソフトを活用し、「食事」、「作業」、「健康」等のカテゴリ別に入力されている。記録は特別な事項があった際の入力に限られ、日常生活の様子についての記録が不足している。日常生活の些細な事でも記録し、モニタリング作成に必要な情報を積み重ねて行く事を期待したい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

定期的に第三者評価を受審することで、自己評価だけでは気づかない部分を見直すことができ、よかったです。今回、ご指摘を受けた「事業計画」作成に関し、事業所の強み・弱みをいまいちど確認し、法人の中・長期事業計画に沿って妥当性のあるものにしていきたいと思ひます。

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

『ぬくもりのあるサービスを目指す』を法人理念とし、細部項目を基本方針で明文化している。パンフレット・ホームページ・会報・名札裏側への記載・事業所内掲示により内外共に周知されている。
非正規を含め職員に対しては資料を配布し、全体研修で理解に努めている。利用者・保護者会等での周知をより一層深めるためにも、分かりやすい資料を揃えての理解活動をして行く事を期待したい。

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

中・長期計画、事業計画共に策定され、周知されてはいるが互いに繋がりは薄い。中・長期計画策定に際しては、事業所の課題を把握して重点課題(中・長期に亘る)を整理し、目標は最終到達目標のみではなく中間の目標(節目毎)を立て、数値目標まで展開する事により評価が容易になろう。
事業計画は、前年度の振り返り(弱み&強み)と中・長期の節目毎の目標とを関連づけて策定される事を期待したい。

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	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	a ・ Ⓑ ・ 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

管理者の役割・責任を『事務決裁規定』で明確にしている。又、家族会や年2回発行の会報等で所信を表明している。社会福祉協議会・福祉施設協会等の研修に積極的に参加し、得られた情報は職員全員に報告し、非正規職員にも回覧して署名を受け周知徹底している。
一日一回は支援現場に入り、職員・利用者の声を聴き、非正規職員も含め適宜指導すべきところは指導している。

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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

管理者は市の自立支援協議会の作業部会長として、事前打ち合わせの機会等を通して行政の動向を把握し、法人・事業所運営に反映している。
会計フォローアップサービスを活用し、公認会計士が法人会計を分析し、指摘事項に基づいた経営改善を行っている。

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	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	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

社会福祉士・介護福祉士はもとより、サービス管理責任者・相談支援専門員の資格の取得に「力」を入れている。職員の自己申告制度によりやりたい事を把握し、未取得の資格を取得するように指導している。自己申告と人事考課に差異が生じた際は、個人面談を行い、「今回は何が足りなかったか？」を説明している。

職員研修や実習生受入れに関しては中・長期計画で取り上げ、事業計画にも目標を設定して取り組んでいる。今後の課題としては、職員の『能力マップ』を作成し、職責毎に要求される専門技術・資格を把握し、長期的な人材育成に取り組む事を期待したい。

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

緊急時対応としては、組織としての体制が整備されており、必要なマニュアル類も整備している。ヒヤリハット・事故報告書を作成し、未然防止や再発防止の働きかけを行っているが、当事者のみで完結している。ヒヤリハットの分析や事故報告に対しての反省、改善点を全体会議で検討し、今後活かして行く事を期待したい。

利用者の安全を脅かす事例を集め、『作業上・交通安全上・衛生上・感染症等』を作成し、利用者・職員に対して安全確保・事故防止に関する研修を行う事を提案したい。市と協定を結び、福祉避難所として被災者を受け入れる体制にある。

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	Ⓐ ・ 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

基本方針で、『地域で安心して暮らす・・・』を謳い、事業計画では事業所行事に『地域の方々の招待』を掲げ、地域行事への『利用者の参加』を明文化している。『出る』と『入る』の両面からバランスのとれた交流が行われている。事業所の施設・設備(マイクロバス・マイク・町内行事の会場利用等)を地域資源として活用してもらい、持ちつ持たれつ関係を構築している。大豆の収穫の際は、地域の方々が手伝ってくれた。地域貢献として中学校への出張授業・職場体験受入れ、町内福祉委員会での講話等を行っている。市と協定を結び、福祉避難所として被災者を受け入れる体制にある。利用者・保護者の高齢化が進行する中で、親亡き後でも地域で生活していける施設を開設している。

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) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇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	a ・ Ⓑ ・ 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

法人で保護者・職員を対象とした満足度調査を外部に依頼して行い、組織全体でサービスの質の向上に取り組んでいる。『虐待防止』を重要課題として取組み、年2回の研修会を行う等、職員・保護者と一体となり取り組んでいる。全体的に利用者を尊重する風土が出来てきて、特にこの2年間で大幅な改善が見られる。苦情解決の仕組みは構築されており、苦情・要望・呟き・相談等、様々な形で情報が得られている。利用者・保護者からのメッセージの内容を整理し、記録に残していく取り組みを期待したい。

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

評価機関のコメント

第三者評価を定期的に受審し、自己評価も継続して取り組み、自らのサービスの質の向上に向け取り組んでいる。第三者・自己評価で明確になった事項に対して、組織的・計画的にどのように改善活動を行って行くかが課題である。
サービス実施状況は専用ソフトを活用し、「食事」、「作業」、「健康」等、カテゴリー別に入力されている。記録は特別な事項があった際の入力に限られ、日常生活の様子についての記録が不足している。日常生活の些細な事でも記録し、モニタリング作成に必要な情報を積み重ねていく事を期待したい。

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	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

市役所・特別支援学校・町内会等へホームページ・パンフレット・法人会報誌等を通して情報発信し、利用希望者に限らず事業所の内容を知りたい一般の方々に対しても充分対応している。
サービスの開始に当たり、個別面談で重要事項説明書を説明し同意を得ている。又、サービスの終了後も、利用者・保護者の相談を受けその後の様子を確認している。
重要事項説明書・契約書等、難しい書類については利用者にも分かりやすくする工夫を期待したい。

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	a ・ ㉠ ・ 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

アセスメント・個別支援計画は適切に作成されている。アセスメントの内容は、A3サイズが数枚に亘る内容の濃いものになっている。利用開始時に作成し、毎年9月、3月の3者面談時に見直されており、内容的には申し分ないが、作成時期、見直し時期がアセスメントから読み取れないので、作成時期・見直し時期の日付けを明記される事を期待したい。全体的に若い保護者が多い為、地域生活への移行に関する計画作成は現在のところ必要ないとの事である。

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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	非該当

評価機関のコメント

食事については常に適温を心がけ、時間差食事の利用者に対しても美味しい食事の提供を目的に保温器を活用する等、適切な食事提供が行われている。食事環境は、スペースも充分であり、落ち着いて食事する事が出来る適切な環境となっている。

健康管理は、事業計画で『健康推進対策』を掲げ、年一回の健康診断・毎月の体重測定を行い、健康の維持管理に努めている。レクリエーション活動は、「音楽」、「書道」、「絵画」、「NOSS」、「よさいこ」、「外食」等が用意され、利用者が主体的に選ぶ配慮をしている。作業環境にもゆとりがあり、障がい特性・相性・活動内容等、きめ細かな配慮がなされている。