

〔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1月15日(水)

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)ぬくもりの家	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)飯野 恭央	定員(利用人数):40名
所在地:〒446-0065 愛知県安城市大東町5-28	TEL: 0566-77-0555

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・管理者は地域の防災等の会議に参加し、地域へ事業所のことを知ってもらうことで、平時の安心が有事の安全になるよう努めている。「施設長に望むこと」アンケートについての受け止めを行い、改善に移していく意欲をもっている。・法人として、必要な人材に関するプランが確立され、その実現に向けた人事管理が計画的に行われている。研修については階層に分けて、外部から講師を招いて実施している。当該施設においては今年度より個別の職員に対して教育・研修計画を策定した。今後は具体的な行動計画になるよう期待したい。・毎日行われている朝礼及び終礼にて情報伝達や問題の共有、必要に応じて改善案の立案など職員同士で連絡を密にとる体制が整っている。また、常勤職員のみに限らず、非常勤スタッフも各クラス単位で行われるクラスミーティングに参加されており、全職員が情報共有できる体制が整っている。・日課に沿ったマニュアルが整備されている。要点が端的に記され、支援を行う側にとって非常に分かりやすいものになっており、誰が支援を行っても統一した支援ができるよう配慮されている。 <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・単年度の事業計画は中期計画との関連性に乏しく、行事計画中心の記載となっている。そのため単年度事業計画の評価についても、行事の実施状況の記載に留まっており、中期計画達成に向けた見直しの機会とはなっていない。改善点の分析や改善意欲が高く評価できる一方、計画、実行、評価、見直しのPDCAサイクルの意識がやや低い。事業計画や事業報告をはじめ、PDCAの意識をしっかりとって取り組むことで、これまでよりも効率的かつ本質的な改善が期待できる。・食事について、委託業者からの弁当をとっているため、改善困難なことも多いと思われるが、嗜好や適温での提供などできる範囲での改善が求められる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者サービス評価の受審を通して自分たちの行動を見直すよい機会となりました。法人や事業所としての取り組みや支援のあり方等々、今後のサービス改善につながるたくさんのアドバイスいただき大変充実した内容であったと思います。

また、今後はマニュアル化の推進や既成のものを見直しを進めると共にそれらが実際により良いサービスに繋がるよう取り組んで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

理念について、毎週月曜日に職員で唱和を行っている。また、法人内研修等で理事長の講話を聞く機会を設けるなど周知に努めている。

利用者等への周知については、保護者に対して保護者会や管理者が毎週発行しているお便り等を通じて周知されているが、利用者に対しては理解力等に配慮した資料配布や掲示等が行われておらず、十分な周知に至っていない。

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	Ⓐ ・ 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	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

単年度の事業計画は中期計画との関連性に乏しく、行事計画中心の記載となっている。そのため単年度事業計画の評価についても、行事の実施状況の記載に留まっており、中期計画達成に向けた見直しの機会とはなっていない。

事業計画は保護者に対しては保護者会等で周知されているが、利用者に対しては理解力等に配慮した取り組みが十分にされていない。

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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

管理者は地域とのつながりを大切にするため、職員に向けて朝礼等の機会を通じて、話をする機会を設けている。また、地域の防災等の会議にも参加し、地域へ事業所のことを知ってもらうことで、平時の安心が有事の安全になるよう努めている。法令遵守について、過去のケースから虐待防止を中心に教育を行っている。第三者評価でのアンケートや職員に対して実施した「施設長に望むこと」アンケートについての受け止めを行い、改善に移していく意欲をもっている。管理者として1年目でもあり、現在は事業所運営の円滑化に重点を置いており、業務改善等の具体的な取り組みは次年度以降の課題となっている。

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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

安城市自立支援協議会等へ参加し、今後の安城養護学校の卒業予定者の受け入れについて対応を協議するなど、今後の福祉ニーズの把握に努めている。また、自施設の利用率が下がってきていることへの対応として、行きたくなる施設になるために職員が笑顔で接遇できるようスマイル担当を設けるなどの取り組みを行っている。しかし、いずれの活動も中長期計画、事業計画への反映が十分ではない。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

法人として、必要な人材に関するプランが確立され、その実現に向けた人事管理が計画的に行われている。半年毎に人事考課を実施し、結果について職員へフィードバックを行っている。現在は人事考課にあたって、適切な評価を行えるよう評価者の育成が課題となっている。

研修については基礎、初級、中級と階層に分けて、外部から講師を招いて職員研修を実施している。当該施設においては今年度より個別の職員に対して教育・研修計画を策定した。今後は具体的な行動計画になるよう期待したい。

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

利用者の安全確保のためのマニュアルは用意されているが汎用性の高いものであって、数値等が入っておらず、事業所の特色に配慮されているものになっていない。今後、見直しを行う際に事業所の特色に対応できる内容へ改定することを期待したい。

法人内の事業所で起きた事故やヒヤリハット事例を収集し、水平展開をしている。しかし、事例収集にとどまり、自施設に置き換えた上で類似事故の発生を予防するための分析、対策等を行うには至っていない。

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	a ・ ㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者は施設所在地の町内会理事会、自立支援協議会や男女共同参画会議、街づくりの会等、地域の活動に積極的に関わり、地域のネットワークづくりを大切にしている。地域の福祉ニーズについて、法人としてケアホーム及び日中の場を設ける等、計画的に取り組んでいるが、ぬくもりの家独自の取り組みとしては、地域の福祉ニーズについて事業計画等への文書化は行われいない。今後は把握した福祉ニーズに基づいた活動についても事業計画等で文書化し、組織としての取り組みを期待したい。

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	㉞ ・ 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	㉞ ・ b ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者への接し方について、普段のクラスミーティングはもちろん、外部の講師を招き保護者会等にてディスカッションを行うなど、虐待防止の取り組みが積極的に行われている。利用者等からの要望や意見についても、普段から相談を受けやすい雰囲気作りに努め、外部委託の調査や定期面談、保護者会、連絡ノートなど様々な場面で耳を傾けている。発語がない利用者に対して、表情から読み取る努力をしており、意見や要望については即日、終礼等にて話し合う場が設けられている。苦情発生時は、毎週金曜日に管理者自らが作成する「ぬくもりだより」にて公表されている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

定期的に第三者評価を受審しており、受審を行わない年度も施設として自己評価を実施している。評価結果については、改善のための委員会を設立しており、課題の一部は中・長期計画に盛り込まれ要望実現に努めている。事業計画等に落とし込み、より具体性のある計画を作成、評価及び見直しを行うことで、さらにサービスの質が向上すると考えられる。

標準的なサービスの実施方法については、場面ごと、マニュアルのほかに、日課に沿って各利用者への対応が記載されたマニュアルが存在し、非常に有効的な取り組みとなっている。マニュアルの見直しにおいては、経験の浅い職員からわかりにくい箇所を聞き取り、改訂するなど現実に即した手引き作りに努めている。個人情報や守秘義務に関する教育も十分である。

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

施設利用希望者本人に理解しやすいように、写真やフリガナが振ってあるパンフレットが用意されており、市役所の福祉課にも置かれている。ホームページも整備されており、利用希望者は施設の利用体験ができる体制となっている。

サービス開始時には、重要事項説明書や契約書も滞りなく交わされている。他施設へ移行する利用者に対して、引き継ぎ文書が用意されており、退所後も相談支援事業所にて相談が受けられる旨を伝えている。

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	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

アセスメント票について、利用者の状態は詳細に把握する様式になっているが、利用者や家族の具体的なニーズや意向について、やや把握しにくいものであった。別の業務記録には、普段の生活記録とともに必要に応じて記載されているものの、アセスメント票をさらに工夫することで、より個別支援計画への反映が確かなものとなろう。個別支援計画はサービス管理責任者が中心となり作成されており、定期的かつ必要に応じて、随時見直されている。見直しの際は、常勤職員をはじめ非常勤職員や看護師の意見も反映されており、見直した計画は朝礼やクラスミーティング等で共有化を図っている。地域生活への意向も定期的に確認しており、必要に応じて同法人内のケアホームの短期利用を通じて体験ができる体制となっている。

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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	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	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	非該当
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

利用者の主体的な活動について、利用者の希望に沿って遠方まで電車で外出を行うなど、主体的な活動に配慮されているが施設内での活動についてはさらなる工夫が求められる。食事については、刻み食など個々に応じた食事形態に配慮されている。しかし、外注業者による弁当のため様々な制約があり、改善困難なケースも予想されるが、利用者の嗜好の反映や、適温での食事などについて追求を深めていただきたい。その他、トイレ環境を含めた排せつ、日常の健康管理、レクリエーションの提供など、適切な支援が行われている。