

〔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5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)多機能事業所ぬくもりワークス	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)高野 浩昌	定員(利用人数):58名
所在地:〒446-0046 愛知県安城市赤松町恋塚87-1	TEL: 0566-77-1555

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、親なきあとの心配』から、保護者が人的面、資金面も含めて協力的であり、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>【ぬくもりワークス】 「就労支援」を非常に意識した事業所で、「利用者が働く事の大切さ」をサービスに反映している。特にB型事業では「勉強会」と言う形で外部の講師を5回程度招き、「面接の仕方」、「履歴書の書き方」等、就職する際に必要とされるスキルの習得機会を設けている。外部の研修に利用者も参加させ、「働くために必要な事」といった就労に関する意識を高める取り組みを行っている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>中・長期計画と事業計画の繋がりが薄く感じられる。中・長期計画立案に際しては、最終達成目標のみでなく中間(又は節目毎)の目標をたて、その年度における節目目標に合わせた事業計画を作成する事により、中・長期計画と事業計画とが必然的に連動性が生まれてくると思われる。 マニュアルは文書化されてはいるものの、作成日や更新日について不明確である。日付を入れて、業務標準化のための生きたマニュアルとして、又、職員教育用の資料として活用される事を期待したい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

改めて施設の課題が明確となり、これを機会により一層「ぬくもりのあるサービス」を目指すとともに、職員一丸となってお指導いただいた課題を一つずつ改善していきたいと思っております。ありがとうございました。

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めざします』を法人理念とし、細部項目を基本方針として明文化している。パンフレット・ホームページ・会報・名札の裏側への記載、玄関・廊下へ掲示、週一度の唱和により内外共に周知されている。
利用者へは文字での理解は困難なので、『私達はこんな思いでお手伝いしているのよ』と日頃の会話の中で話し、又実践としては、『利用者の難しい仕事も出来るだけ手を出さず、どうしたら出来るかを試す中で、出来る事の幅が増え、笑顔も増えてきている。次はこれなら出来ると言う事を見つけて、挑戦させたい』等の話しを、職員ヒアリングで聞くことが出来た。この様に、明文化、掲示・記載・説明による周知、支援の場での実践と上手く展開されている。

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	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

管理者の専決事項を『事務決裁規定』で文書化し、明確にしている。家族会や年2回発行の会報等で所信を表明している。
 管理者は日常業務を通してリーダーシップを発揮し、サービスの質の向上、経営・業務の効率を図り、実行力・指導力もある事から職員からの信頼は高い。
 今回の第三者評価の受審に当たっては、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	Ⓐ ・ 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

管理者が安城市自立支援協議会に参画し、地域での障害福祉サービスにおけるニーズや動向を把握し、中・長期計画に反映している。
 特別支援学校・社会福祉協議会・知的障害者福祉協会とも連携を深め、情報収集に努めている。又、相談支援も行いながら、潜在的な利用者の対応を行っている。

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

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取り組んでいる。人事考課については、考課毎に各事業所の管理者を中心に会合を持ち、考課者訓練を行なっている。自己評価と人事考課の相違がある場合には管理者が違いを説明し、職員は自らの課題として受け止めている。

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 ・ Ⓑ ・ 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

利用者の事故などの予防対応マニュアルや緊急時の連絡網が整備されている
事故発生時には『事故報告書』を作成し、再発防止の対策を講じている。又、ヒヤリハットの取り組みで集まったデータを分析し、未然防止の対策を講じている。

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

事業計画で、『地域交流』、『ボランティアの受け入れ・育成』を謳い、保育園との交流、町内行事(どぶ掃除・草取り等)への参加を計画的に行い、ボランティア受け入れに関してはボランティア担当者会議を設けて積極的に取り組んでいる。地域貢献として、中学生・高校生・大学生・学校教諭・養護学校の体験学習受け入れがある。又、保護司会の地域座談会・町内福祉委員会の障がいの相談に参加している。
地域の福祉ニーズを把握し、利用者・保護者の高齢化が進行する中で、親亡きあとでも地域で生活していける施設(ぬくもりの郷)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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

法人の基本方針に『利用者の意向を尊重して・・・』を謳っており、外部機関のアンケート調査、嗜好調査等を実施し結果を活かしている。又、保護者会で弁当業者の選定等を行っている。利用者からの意見の吸い上げをより向上させる仕組み作りとして、自治会設置の動きがある。
事業所の課題である『経験の浅い職員、非正規職員の力量』を高める必要性から単発的な研修に留まらず、継続した研修を実施して情報共有を行う事を期待したい。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

標準的なサービス提供については、サービスの基本となる最低限の事項は『マニュアル』として抑えておく必要がある。現在揃えているマニュアルを見直し、足りないものはないか？見直しはされているか？良く利用されているか？等、マニュアルの本来機能の課題をクリアし、職員研修の資料として活用できるマニュアルになる事を期待したい。

自己評価、第三者評価を行う等、定期的に評価を実施する体制が構築されている。評価に基づく改善の計画をたて、進捗を管理しながら実施して行く事を期待したい。

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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

事業所内見学や実習を行い、サービスの開始に当たって極力解りやすいものになっている。又、パンフレット・法人会報誌等を通じて市役所・特別支援学校・町内会等へ情報を発信している。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わかりやすくされる工夫を望みたい。

他施設への移行に際しては引き継ぎ文書を作成し、退所後の相談にも対応している。

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	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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

アセスメントや個別支援計画は適切に作成されている。一人ひとりに合わせた支援計画を策定し、面談やモニタリングを行いながら見直しを行っている。課題としてアセスメントの作成(又は見直し)時期の記録の配慮が必要と思われる。地域生活への移行に関しては、事業所と保護者との間に温度差がある中ではあるが、地域生活についての情報を可能な限り発信している。

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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

法人の基本方針に基づき、個々の利用者に合わせて(場面・職員・筆談)、意志疎通がスムーズに行えるような工夫をしている。

健康管理については、事業計画で『健康推進対策』を掲げ、年1回の健康診断、毎日の体温・血圧測定、歩行等を行っている。この様に健康管理に充分配慮している反面、インフルエンザの予防接種は任意の対応として、個々の利用者の実施状況の把握に至っていない。真の健康管理の為にも、事業所として接種に対して前向きに取り組む事を期待したい。余暇・レクリエーションの時間も大切に、ソフトボールチームを結成して練習の環境を整えたり、昼休みにカラオケを楽しんだりしている。