

〔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3月17日(月)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人コスモス福祉会 (施設名)障害福祉サービス事業所 かすみ草	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)赤井 義則	定員(利用人数):25名
所在地:〒491-0014 愛知県一宮市南小渕字細野1番地	TEL: 0586-81-3815

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆一泊旅行に見る法人理念の実践 通所事業所ではあるが、一泊旅行を実現させている。利用者、保護者の高齢化を課題としてとらえている事業所であるだけに、この一泊旅行には意義がある。事業所の方針で、保護者等への応援の依頼も無理には行わずに実施しており、職員の誰もがそれを当然のこととして受け止めている。「利用者本位」を謳う法人理念の確実な職員間への浸透が見てとれる。</p> <p>◆地域の社会資源としての役割 事業所開設当時から継続して開催されている月に1回の「朝市」が、26年3月時点で213回を数えた。18年を超える継続した取り組みであるが、毎回300名近い地域住民が買い物客として事業所を訪れる。夏の盆踊りにも大勢の地域住民が集まり、資源ごみ(ビン、缶類)の受け入れや切手の委託販売所ともなっている。市と契約し、大規模災害時には緊急避難所としての登録もある。地域の社会資源としての役割を担って余りある存在感である。</p> <p>◆サービスの継続性への配慮 サービスの継続性への配慮は十分であり、非常に手厚く取り組まれている。利用者本人と保護者とで、時として意見の相違を見ることがある。ここでは、事業所の変更や家庭への移行に際しては、必ずアンケートを取っている。そして、意見や要望を聞く場合にも、利用者だけでも、保護者だけでもなく、両方ともに聞く姿勢を示し、希望を調整して「利用者の最善の利益」が図られるように取り組んでいる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆数値目標を設定した事業計画 「事業報告書」では、5つの事業部門(生産活動)について詳細な報告をしている。5つの部門のそれぞれの活動実績を数値(金額)で示し、前年対比や構成比率を明確にしている。しかし、「事業計画書」の作成にあたっては、5つの部門についての目標数値の設定が無く、事業報告書との連動が薄いものとなっている。利用者、職員共通の目的意識を持ち、モチベーションの維持を図るためにも、取り組みの達成度が判定可能となるような数値目標の設定が望まれる。</p> <p>◆職員育成の方向性 職員配置の余裕の無さがあり、事業所内に専門的な資格を持つ職員が少ないこともあって、職員育成・能力開発は資格取得を第一義としており、体系的な教育・研修制度は構築されていない。幸いにして少数精鋭の職員の定着率は高く、働きやすい職場であることは耳目の一致するところである。あとは、その職員をいかにして育てるかが事業所の命運を分ける。人事案件を法人本部の専決事項として無関心を装うことなく、事業所としての人材育成プランの作成を期待したい。事業所の基本方針にもある。「利用者と支援者が相互に成長していくこと」と。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

事業所として初めての第三者評価で大変勉強になりました。
総評にもある通り、モチベーションの維持につながる数値目標と職員育成の課題があがり、何をすべきか明確になりました。職員個々の視野の拡大・意識の向上と達成感をもてる取り組みが出来るように努力したいと思います。

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

利用者の意向の尊重や人としての尊厳を重んじる「利用者主体」の精神を盛り込んだ法人理念があり、その理念に従って事業所独自の基本方針へと展開している。基本方針に込められた3つの主題は、「利用者の自己実現」、「生活の場の確保」、「地域との共生」であり、職員の定着の良さと相まって、周知や理解は十分である。利用者等への周知に関しては、資料を配布して各種会合(家族懇談会、家族会総会等)で説明しているが、利用年数が少ない利用者の家族(保護者)に対しては今一つ伝えきれない部分が残っている。

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 ・ b ・ ㉠
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

旧法上の「通所授産施設」であり、これまで中・長期計画を策定することに意義を感じていなかった。したがって中・長期計画は策定されていない。しかし、単年度の事業計画の作成にあたっては、前年度の事業報告を踏まえて、生産活動に焦点を当てた計画を作成している。「平成24年度かすみ草事業報告書」では、生産活動の5つの部門の活動実績を数値を並べて報告している。しかし、事業計画の作成にあたっては、5つの部門についての目標数値の設定が無く、事業報告書との連動が薄いものとなっている。利用者、職員共通の目的意識を持ち、モチベーションの維持を図るためにも、取り組みの達成度を判定可能とする目標数値の設定が望まれる。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

少数精鋭の職員体制で臨んでおり、職員の定着、チームワークは良好である。関係法令に対する管理者自身の知識は十分であるが、生産活動を最重要視した事業運営の中にあっては、職員研修や勉強会等の取り組みが不十分であり、職員全体の底上げができていない。
「現状打破」の意味合いもあって、管理者は積極的に第三者評価の受審を推進してきた。生産活動に関連する収支の状況に固執するきらいはあるが、業務の効率化や改善に向けての取り組みはある。

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

評価機関のコメント

所属団体の会報や会議、研修に参加することによって情報を集め、事業所を取り巻く環境を把握している。市の自立支援協議会の部会に参加し、地元の特別支援学校の生徒を「日中一時支援」で利用者として受け入れており、それらも情報収集の有効な機会となっている。課題を、利用者と保護者の高齢化と捉えている。利用者の高齢化に関しては、入所系事業所への円滑な移行が課題となっており、保護者の高齢化に関しては、法人及び事業所への支援体制の弱体化が懸念されている。まだ、計画を立てての対策は講じられていない。
今回初めて第三者評価を受審したが、それ以外に外部機関による監査を受けたことはない。

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	a ・ b ・ Ⓒ
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 ・ b ・ Ⓒ

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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ b ・ ㉔
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 ・ b ・ ㉔
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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

人事は法人本部の専決事項となっているが、職員の適正配置に主眼が置かれ、将来的な必要人材に関する具体的なプランは示されていない。また、人事考課の制度運用もない。イベント等への休日出勤があり、職員個々に役割分担が決まっていることもあって、有給休暇の消化が進みにくい環境である。

事業所内に専門的な資格を有する者が少なく、職員育成・能力開発は資格取得を第一義としており、体系的な教育・研修制度は構築されていない。実習生受け入れのための仕組み(マニュアル)はあるが、指導にあたる資格者がいないために受け入れ実績はない。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

今回の第三者評価受審を機に、利用者の安全を確保するための「サービスマニュアル」が整備された。AEDが設置されており、年2回の防災訓練も「火災想定」と「地震想定」とに区別して実施しており、臨場感を持った訓練となっている。

消防署の立ち入り検査での指導事項については、できることから逐次改善につ込めており、ひやり・ハットの取り組みとの相乗効果で事故の未然防止が実現している。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

地域との交流・連携は長い歴史を持つものが多い。毎月実施される「朝市」は、訪問調査月で213回の開催となる。実に20年近い継続開催であるが、毎回300名近い地域住民が買い物客として事業所を訪れる。夏の盆踊りにも大勢の地域住民が集まり、資源ごみ(ビン、缶類)の受け入れや切手の委託販売所ともなっている。市と契約し、大規模災害時には緊急避難所としての登録もある。

直接的なニーズ調査を実施したことはないが、自立支援協議会(日中活動部会)や地域の特別支援学校からの情報を基に、地域の福祉ニーズを把握している。捉えたニーズは、法人全体の課題として吸い上げている。

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	Ⓐ ・ 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

利用者支援においては、職員が客観的にみる力が不足しているとの自己分析を行っている。しかし、その対策として関連する内部研修も具体的に実施しており、職員会議も定期的に実施して情報の共有化を図っている。さらに、支援プログラムも標準レベル以上のものであった。

利用者満足に向けての取り組みも、利用者からの訴えを確実に年に数件はあげることができている。事業所や職員の都合を優先して逃げることはなく、利用者の気持ちと真摯に向き合っている印象が強い。

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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

サービスの質の追求において、課題が明らかになった事案に対して、ある程度取り組んでいる印象があるが、改善計画（取り組み内容、実施期間もしくは期限、責任者）を作成しての取り組みには至っていない。P-D-C-Aを意識した取り組みはなく、質の向上に関しての職員間での共通理解が不足している。課題を職員間で明確にし、全員の参画で取り組める体制作りを期待したい。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用希望者には、ホームページやパンフレットを使って情報提供している。
サービスの継続性への配慮は十分であり、非常に手厚く取り組まれている。事業所の変更や家庭への移行に際しては、必ずアンケートを取っている。意見や要望を聞く場合にも、利用者だけ、家族だけでなく両方ともに聞く姿勢を示し、希望を調整して利用者の最善の利益を図るように取り組んでいる。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

サービス実施計画においては、アセスメントを確実に行って計画に反映させている。利用者・保護者の意向や要望が計画作成時に配慮されることは当然のことではあるが、利用者の安心や信頼につながっている。今後の移行支援(進路)において、施設が提案するなどして相談の窓口になって話を進めていることも確認できた。

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

評価機関のコメント

食事に関する嗜好調査を行い、質や量なども含め、確実に利用者ごとの状況の把握ができていた。健康面では、嘱託医はもちろんのこと、月1回看護師が巡回しており、利用者と保護者の安心につながっている。通所事業所でありながら、一泊旅行を実施している。様々な問題はみられるとのことであるが、職員が利用者のニーズを考慮して一泊旅行を実現させている。事業所の方針で、保護者等への応援の依頼も無理には行わずに実施しており、職員の誰もがそれを当然のこととして受け止めている。法人理念である「利用者主体」の確実な職員間への浸透が見てとれる。