

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

大平福祉サービス第三者評価機関

②施設・事業所情報

名称：社会福祉法人 双樹会 ワークショップ杜	種別：障害福祉サービス事業所 生活介護事業	
代表者氏名：(施設長) 石田 慎吾	定員(利用人数)：	40 名
所在地：愛知県豊橋市老津町字中原21番地の1		
TEL：0532-23-4020		
ホームページ： http://jiyumori.sakura.ne.jp/index.htm		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成18年4月		
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人 双樹会		
職員数	常勤職員： 9 名	非常勤職員 8 名
専門職員	社会福祉士 0 名	管理栄養士 1 名
	介護福祉士 0 名	調理師 2 名
	看護師 1 名	
施設・設備の概要	敷地 1,916㎡	
	建物(鉄骨造平屋) 640㎡	

③理念・基本方針

法人・施設職員と利用者・保護者は一対の樹木のように対等の立場にある。

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者が目的をもって働くことの意義や喜びを体得し、日常生活に必要な知識の習得を目指します。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27 年 7 月 23 日(契約日) ~ 平成 27 年 11 月 25 日(評価決定日)
受審回数 (前回の受審時期)	0 回 (平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・「経営理念」を職員全員が理解し、施設長をリーダーとした取り組みが見られる。
- ・利用者個々の障害に応じた配慮・工夫がなされている。
特に食事に関しては、利用者の好み、健康面に配慮された食事が提供されており、ドリンクコーナー等の喫食環境もよく整備されている。

◇改善を求められる点

- ・「中長期計画・事業計画」について、経営状況の把握、分析等を含め経営本部側のみで策定しているが、施設職員側、利用者側の意見等も取り入れた「中長期計画・事業計画」の策定が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当施設の取り組みを振り返ることができ、職員一同利用者の方々へより良い支援を目指す意識統一の機会になりました。今回の総評をしっかりと受け止め、施設運営・サービスの向上に生かしていきます。

⑧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。

第三評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

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・周知されている。		
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	共1	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・施設パンフレット・ホームページに明記されている。 ・利用者や家族等への周知についての取組がもう一工夫ほしい。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	共2	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・地域情報連絡会に参加し社会福祉事業全体の動向について情報を収集している。 ・把握された情報が中・長期計画等に反映されているかは確認できなかった。		
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	共3	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・福祉サービスの内容、組織・職員体制、財務管理は現状分析に基づき取り組んでいる。 ・経営状況の把握・分析に職員の関与が少ないように思われた。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	共4	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・3~5年の中・長期計画について具体的な数値目標は策定されていない。 （事業計画はあるが収支計画がない）		
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	共5	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・単年度の事業計画は確認できたが、中・長期計画の反映が十分にされていない。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	共6	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・事業計画の策定は行われているが、その後の周知説明が不足しているようである。		
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	共7	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・年2回の保護者連絡会で報告しており、不参加者には後日郵送している。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	共8	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・全体会議等で出た問題点についてPDCAが行われている。 ・福祉サービスの質の向上に関する意識は高いが、体制の整備がまだまだ必要である。		
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	共9	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・諸々の課題についての取組は行われているが、改善計画の見直しについては改善の余地がある。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	共10	② ・ b ・ c	
<コメント> ・ 施設長の業務内容が明文化されている。 ・ 組織内での信頼関係のもと施設長のリーダーシップが発揮されていると感じた。			
Ⅱ-1-(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。	共11	a ・ ② ・ c	
<コメント> ・ 地域情報連絡会や施設長会への参加によって情報を取得している。 ・ 職員に対しては研修報告会を開き、情報を共有する取組が行われている。			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	共12	② ・ b ・ c	
<コメント> ・ 業務チェックシートの活用により課題を把握し、具体的な取組を明示している。 ・ 必要に応じて個別に面談・聞き取りをしている。			
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	共13	a ・ ② ・ c	
<コメント> ・ 施設長は固定化した人員配置を改善したり、年間作業売上表を作成し業務評価を行っている。 ・ 人事・労務・財務等の分析は法人で一括して決定される事が多い。			

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	共14	a ・ ② ・ c	
<コメント> ・ 採用・人事管理については法人で一括して所管されている。 ・ 法人は事業計画に基づき、人材確保・定着に取組んでいる。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	共15	a ・ ② ・ c	
<コメント> ・ 人事管理は法人で一括管理しているが、職員処遇の水準についての分析が不十分である。			
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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	共16	② ・ b ・ c	
<コメント> ・ 業務チェックシートに基づき職員の就業状況や意向を把握している。 ・ 有休が取り易い職場環境のようである。			
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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	共17	a ・ ② ・ c	
<コメント> ・ 個々の職員の目標管理シートはないが、全体で一人ひとり育成に向けた取組を行っている。			
Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	共18	a ・ ② ・ c	
<コメント> ・ 教育研修は定期的に行われているが具体的な目標の明記はない。			
Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	共19	② ・ b ・ c	
<コメント> ・ 施設長が内容に応じて職員の研修への参加を割り振っている。 ・ 研修内容は会議や報告会で情報を共有している。			

Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
Ⅱ-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	共20	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・ 高校生・大学生に対し実習やボランティアの場を提供している。 ・ 受入マニュアルは整備されているが内容については再考の余地がある。			

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

			第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
Ⅱ-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	共21	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・ 予算・決算情報はホームページで適切に公開されている。 ・ 地域へ向けての情報公開をさらに充実させてほしい。			
Ⅱ-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	共22	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・ 事業・財務に関する外部監査の内容が書類では確認できなかった。			

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

			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	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	共23	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・ 利用者の施設外就労の準備を進めている。 ・ 施設での秋祭りの開催を通して、地域との交流を図っている。			
Ⅱ-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	共24	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・ 定期的にボランティアの受入れは行っているが、受入れについての登録手続、ボランティアの配属等の記載されたマニュアルはない。			
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
Ⅱ-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	共25	㉒ ・ b ・ c
<コメント> ・ 地域関係機関（医療機関も含む）との情報交換、連携も十分されている。			
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	共26	㉒ ・ b ・ c
<コメント> ・ 利用者がバザーや販売会へ参加している。 ・ 施設を災害時の避難場所として提供している。			
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	共27	a ・ b ・ ㉓
<コメント> ・ 地域住民に対する取組は特に行われていない。			

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 利用者を尊重した福祉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。	共28	①	・ b ・ c
＜コメント＞ ・ 倫理綱領規定が策定しており、勉強会等で職員に周知している。			
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	共29	①	・ b ・ c
＜コメント＞ ・ 規定・マニュアルに基づいた福祉サービスが実施されている。 ・ 個人情報保護基本方針に基づく同意書を作成している。			
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。			
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している	共30	a	・ ② ・ c
＜コメント＞ ・ 公共施設へのパンフレットの配置、見学体験への対応はあるが改善の余地がある。			
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	共31	a	・ ② ・ c
＜コメント＞ ・ 入所時に利用契約書と重要事項説明書により利用者や家族等に説明している。			
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	共32	a	・ ② ・ c
＜コメント＞ ・ 施設としては対応を行っているようだが、実際の対応記録等の文書の確認ができなかった。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	共33	①	・ b ・ c
＜コメント＞ ・ 職員の話し合いにより、食堂に置く飲み物の種類を増やした。 ・ 春夏2回の遠足は3か所から希望の場所を選べるよう利用者も満足しているようだった。			
Ⅲ-1-(4) 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-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	共34	a	・ ② ・ c
＜コメント＞ ・ 苦情解決の体制が整備されているが、利用者への周知が足りないように感じた。			
Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	共35	①	・ b ・ c
＜コメント＞ ・ 職員に女性が多く細かい目配りができている。 ・ 連絡帳を用いたり、職員の年齢や性別も考慮し相談しやすい環境を整えている。			
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	共36	a	・ ② ・ c
＜コメント＞ ・ 意見箱の設置やアンケートの実施は行われていないが、 ケース記録、面談記録、連絡帳などを回覧し職員間で共有し対応している。			
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	共37	a	・ ② ・ c
＜コメント＞ ・ 事故報告書・ヒヤリハット報告書を用いて、組織的・継続的な分析と改善策、 再発防止等の検討、実施に結びつける事が課題である。			
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	共38	①	・ b ・ c
＜コメント＞ ・ 感染症対策マニュアルが作成しており、看護師と連携した体制の整備・取組が行われている。			

Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に
行っている。

共39

a ・ ⑥ ・ c

<コメント> ・ 年2回の防災訓練が行われており、食料や備品類等の備蓄を整備している。
・ 他団体との連携した訓練の実施を検討してほしい。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果		
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。				
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	共40	a	ⓑ	c
〈コメント〉 ・個別支援計画書に基づく標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づく福祉サービスの実施については改善の余地がある。				
Ⅲ-2-(1)-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。	共41	a	ⓑ	c
〈コメント〉 ・個別支援計画書やモニタリング記録票を作成し、定期的な検証・見直しはされている。				
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。				
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	共42	a	ⓑ	c
〈コメント〉 ・アセスメントに関する手順が組織として定められているが、利用者全員について個別に具体的なニーズが明示されるのが望ましい。				
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	共43	a	ⓑ	c
〈コメント〉 ・アセスメントは年1回、モニタリング記録表は半年に1回見直しているが、具体的な支援や解決方法の有効性についてのさらなる検証が必要である。				
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。				
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化させている。	共44	Ⓐ	b	c
〈コメント〉 ・利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われている。				
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。	共45	Ⓐ	b	c
〈コメント〉 ・個人情報保護基本方針に基づき、利用者に関する記録の管理体制が確立している。				

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。			
Ⅲ-2-(4)-①	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 46	a ・ b ・ ㉔
〈コメント〉 ・ケアホーム、入所施設の利用体験は実施しているが、移行支援については未実施である。			

Ⅲ-3 障害者福祉施設の固有サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(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 47	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉 ・利用者の個人記録があり、固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認を心掛けており支援方法を職員間で共有できている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉 ・利用者の主体的な活動が尊重されている。			
Ⅲ-3-(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 49	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉 ・職員の対応や施設の整備は適切である。			
Ⅲ-3-(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 50	a ・ ㉔ ・ c
〈コメント〉 ・サービス等利用計画書を策定しプログラムはあるものの、利用者の意識をより高められるような情報や資料が提供できるようになると良い。			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 51	a ・ ㉔ ・ c
〈コメント〉 ・利用者の状態に応じた留意点や支援の内容を明示するという点において今後の課題である。			
Ⅲ-3-(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 52	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉 ・食事の時間・場所等を調整し、利用者の好みに応じた献立を基本とするなど、利用者が毎日美味しく楽しく食べられるよう工夫されている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉 ・食堂は広く採光も十分である。手洗い場も5~6カ所並んで設置されており使いやすいようである。			
Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 54	非 該 当
〈コメント〉			

Ⅲ-3-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	非 該 当
〈コメント〉			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	非 該 当
〈コメント〉			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 57	㉞ ・ b ・ c
〈コメント〉 ・利用者の個人的事情、健康状態に応じ、排泄介助は適切に行われている。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	㉞ ・ b ・ c
〈コメント〉 ハウスキーパーが毎日清掃し、必要に応じその都度職員や利用者が清掃しており、清潔で環境は良い。			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 59	非 該 当
〈コメント〉			
Ⅲ-3-(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 60	㉞ ・ b ・ c
〈コメント〉 ・汗や汚れ時の着替えは適宜に行い、持参の着替えがない場合は施設で準備してある物で対応している。			
Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 61	非 該 当
〈コメント〉			
Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62	非 該 当
〈コメント〉			
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 63	非 該 当
〈コメント〉			
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 64	㉞ ・ b ・ c
〈コメント〉 ・1日1回の体重測定(必要であれば血圧測定)、年2回の健康診断、年1回の歯科検診が行われている。			
Ⅲ-3-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65	㉞ ・ b ・ c
〈コメント〉 ・提携する医療機関が定められており、状況に応じて医療を受けられる体制は整備されている。			

Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 66	① ・ b ・ c
〈コメント〉・事務所で適切に管理され投薬されており、アンケートを実施することで現状把握、課題の抽出をしている。			
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 67	① ・ b ・ c
〈コメント〉・休憩時間を利用し、施設外を散歩したりする利用者がある。 ・月1回の外出活動、年2回の遠足も行われている。			
Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(10)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	非 該 当
〈コメント〉			
Ⅲ-3-(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 69	非 該 当
〈コメント〉			
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 70	① ・ b ・ c
〈コメント〉・レクリエーション資金を毎月徴収しているが、施設内で管理体制は整備されている。			
Ⅲ-3-(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 71	非 該 当
〈コメント〉			
Ⅲ-3-(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 72	① ・ b ・ c
〈コメント〉・喫煙は可能な時間・場所が設定され、施設の規律が守られている。			