

# みえ福祉サービス第三者評価結果

## ①第三者評価機関名

社会福祉法人 三重県社会福祉協議会

## ②事業者情報

名称：社会福祉法人 四日市福祉会 ランチスプリング	種別：障がい
代表者氏名：管理者 柏木 三穂	定員（利用人数）：40名（28人）
所在地：三重県四日市市別名3丁目2番12号	TEL：059-331-8660

## ③総評

### ◇総合的意見

知的障害者の自立を目指し、就労継続A・B型、生活介護、通勤寮、就労移行支援、短期入所事業、生活訓練、相談支援事業、児童デイ、グループホーム、ケアホームなどの事業を運営し、法人全体が一体となって、支援を行われています。

ランチスプリングでは、利用者1人ひとりの適性を見極め、多様な作業の中から、個々の能力にあったものを選択しながら、能力を最大限に引き出せるような支援を心がけています。就労継続A型、就労継続B型、生活介護の事業を、一般就労も視野に入れ、法人の他の事業と連携を取りながら、利用者の自立を支えるサービスを提供できるようよく努力されています。

利用者の夢や目標、適性、利用者一人ひとりがどう生きたいかなど、普段の様子や個々の面談によって把握しながら、職員は利用者の自立を支えるという想いの下、支援を行われています。

### ◇特に評価の高い点

- ・ブルフェスタやパン販売を通して、地域の方とよく関わられています。また、新設された施設の食堂を利用して、地域の方とのタウンミーティングを行い、法人の行う事業への理解を深める取り組みをされています。
- ・日中一時利用など、地域の利用者の声を反映した事業が行われています。
- ・サービスの実施方法については、必要の都度、見直しをされています。マニュアル改訂後はその内容が分かるように職員全員に配布されています。
- ・アセスメントは適切に行われ、必要に応じて、頻繁に再アセスメントが行いながら、個別支援を行われています。
- ・作業の見通しができるように、1日の流れをホワイトボードに書いたり、全体説明をされています。必要な方には個別説明もされて支援されています。
- ・体重・血圧測定を毎月行っており、朝・昼・夕の点呼の時に体調を確認するなど、利用者の健康管理が適切に行われています。

### ◇改善を求められる点

- ・事業計画については、中・長期計画に基づいた具体的な数値目標を設定するなど、実施状況を確認することができるようにしてください。また、職員へ周知徹底をしてください。
- ・サービス開始にあたっての利用者への説明については、文書にルビはありますが、言葉をかみ砕くなど、さらに分かりやすい説明を、利用者の理解状況を確認しながら行ってください。
- ・利用者が主体的に意見を述べる場として、利用者会などの設立も検討ください。

## ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、第三者評価を受審し、利用者支援、職員間での情報の周知・共有、事業所運営など職員一人ひとりが振り返る機会を持つことができました。改善や見直しをする点だけでなく、できている点についても評価をいただき、これからの支援の励みにもなりました。この評価を基盤としながら、事業所の特性を活かし今後の運営にあたっていきます。今回の受診で得られた効果は改善や見直しだけでなく、なにより支援者間で多くの話し合いの時間を設けたことでより深いつながり、意思の統一を図れたことです。これからも利用者、職員、地域にとってよりよい事業所を目指していきます。

## ⑤評価細目の第三者評価結果（別添）

# 評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（55項目）について、判断基準（a・b・c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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・c

### 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。	Ⓐ・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。	a・Ⓒ
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a・Ⓑ・c
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a・b・Ⓒ

### 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。	a・Ⓑ・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り組みを行っている。	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り組みに指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a・Ⓑ・c

#### 【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅰ：福祉サービスの基本方針と組織』項目

- 理念や基本方針が明文化されていますが、職員の理解について、定期的な確認が望まれます。
- 理念や基本方針の実現に向けた中・長期計画が策定されています。事業計画については、中・長期計画に基づいた具体的な数値目標を設定するなど、実施状況を確認することができるようにしてください。
- 計画について、職員・利用者ともに周知が不十分ですので、周知を徹底してください。

## 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。	a・ <b>b</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り組みを行っている。	a・ <b>b</b> ・c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	a・b・ <b>c</b>

### 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。	<b>a</b> ・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。	<b>a</b> ・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。	<b>a</b> ・b・c
Ⅱ-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a・ <b>b</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。	a・ <b>b</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り組みが行われている。	a・ <b>b</b> ・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。	a・ <b>b</b> ・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	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a・ <b>b</b> ・c
Ⅱ-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a・ <b>b</b> ・c

### 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り組みが行われている。		
Ⅱ-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<b>a</b> ・b・c
Ⅱ-3-(1)-②	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。	a・ <b>b</b> ・c

## 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	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

### 【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅱ：組織の運営管理』項目

- 全事業所の必要人員基準に沿って人員配置がされています。キャリアパスなどの仕組みを確立し、人事管理の努力をされています。
- 利用者の安全確保について、危機管理マニュアルが整備されており、職員会議でも検討されています。
- 法人として、ブルフェスタやパン販売を通して、地域とよくかかわられています。また、新設された施設の食堂を利用して、地域の方とのタウンミーティングを行い、法人の行う事業への理解を深める取り組みをされています。

## 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り組みを行っている。	a・ <b>b</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。	a・ <b>b</b> ・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	<b>a</b> ・b・c
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a・ <b>b</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。	a・ <b>b</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。	a・ <b>b</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。	a・ <b>b</b> ・c

### 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り組み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。	<b>a</b> ・b・c
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a・ <b>b</b> ・c
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a・ <b>b</b> ・c
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々の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。	<b>a</b> ・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。	<b>a</b> ・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。	<b>a</b> ・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。	<b>a</b> ・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。	a・ <b>b</b> ・c

### 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。	Ⓐ・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。	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。		第三者評価結果
Ⅲ-3-(2)-①	事業所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。	Ⓐ・b・c

### 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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

#### 【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅲ：適切な福祉サービスの実施』項目

- 利用者の方と毎月1回個別面談し、苦情や要望を聞き取って、利用者満足を高めるよう個々に対応されています。
- ホームページやパンフレットを活用し、希望者に必要な情報を提供されています。また、見学会や体験入居も積極的に行われています。
- 利用者のサービス利用にあたってのアセスメント、計画作成、評価見直しが適切に行われています。

(様式b) 改善計画書

施設名 ランチ・スプリング

(担当者: 川口)

(作成年月日

平成25年2月20日作成)

(施設としての特長を挙げること)	1	常に利用者本意の支援を心がけている。多様な作業から、個々の能力や身体状況に合った作業が選択可能である。						
	2	地域との交流を大切にしている。作業場の見学や作業場での利用者の様子等、いつでも見学に応じている。						
	3	利用者の健康管理に努めている。毎回の点呼時での体調の確認、月1回の体重・血圧測定、必要に応じて嘱託医の受診がある。						
	4	相談し易い環境を整えている。月1回の担当職員による面談や、保護者の意見が施設運営に反映されている。						
	5	統一した支援、連携を大切にしている。定期的な会議で情報を共有化しながら、他の法人内事業所と協力して支援にあたる。						
		課題・改善点	達成目標	期間	開始時期	達成時期	改善スケジュール(人・予算・情報・手順等)	担当
すぐに行えること	1	各部署の意見が反映された基本方針がない	25年の事業計画より、各事業所で皆の意見を取り込み、基本方針を冒頭におく	3ヶ月	2013年 月1日	2013年 月30日	2月の職員会議で管理者が案をまとめ、3月の理事会で了承を得る。その後4月の職員会議で、全職員で周知の場を設ける。	理事長 幹部会
	2	各マニュアルの見直しと確認	必要なマニュアルの作成→全体への周知	6ヶ月	2013年 月1日	2013年 月30日	マニュアルの整理をし、足りないマニュアルの案を作成、随時職員会議で検討する。	全職員
	3	嗜好調査が出来ていない	嗜好調査の実施	3ヶ月	2013年 月1日	2013年 月30日	調査書の作成と利用者一人ひとりに実施する。	給食部
	4	相談し易い体制作り	特定の職員だけでなく、誰にでも相談可能な環境を整える	6ヶ月	2013年 月1日	2013年 月31日	相談窓口を書面で明確にして利用者に説明をする。	サビ管
	5							
工夫すればできること	1	各階層別の法人独自の計画はあるが、個々に応じた研修計画がない	研修計画と研修内容の周知徹底をする	1年	2013年 月1日	2014年 月30日	研修委員を設置して、全員で参画の機会を設ける。	副管理者
	2	全職員が作業収支を把握していない	作業収支を把握し、分析する	6ヶ月	2013年 月1日	2014年 月30日	職員会議で作業収支の報告と検討をする。	全職員
	3	利用者同士が話し合う機会がない	利用者が主体となるような会を設ける	1年	2013年 月1日	2014年 月30日	定期的に利用者会を開く。	全職員
	4	ヒヤリハットの実施はあるが、あまり浸透していない	ヒヤリハットに関する安全確保について、話し合いの場を設ける	1年	2013年 月1日	2014年 月30日	職員会議でのヒヤリハットの報告、KYT(危険予知トレーニング)の実施をする。	全職員
	5	利用者への分かりやすい説明の文章がない	わかりやすい文書の作成と説明	1年	2013年 月1日	2014年 月30日	文書作成とその内容の確認を行い、資料を活用する。	全職員
	6	健康被害に関する説明が不十分	ポスターを貼って利用者に周知する	6ヶ月	2013年 月1日	2013年 月30日	ポスターの作成を行い、目に留まる場所に貼り出し啓発に努める。	全職員
予算化しないこと	1	社内研修の機会が少ない	社内研修の充実	1年	2013年 月1日	2014年 月30日	3月までに社内研修のシステムの確立を行い、試行的に実施する。	幹部会
	2	余暇に関する情報が不足している	パンフレット、雑誌の閲覧を充実させる	1年	2013年 月1日	2014年 月30日	パンフレット・雑誌の収集をして、事業所内に設置する。	全職員
	3							
	4							