

[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:21地福第785号)
訪問調査 実施日: 平成23年2月22日(火)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人ゆたか福祉会 (施設名) つゆはし作業所	種別:(施設種別) 知的障害者通所授産施設 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)小野 勝幸	定員(利用人数):30名
所在地: 〒454-0024 愛知県名古屋市中川区柳島町一丁目3番2	TEL: 052-353-3175

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>「知的障害者の働く場所を作ってあげたい」という願いから生まれたこの法人は、全国に先駆けて共同作業所作りを推進した。当事業所では環境問題に着目して、市内の保育園・学校などから廃油を回収して廃油せっけんやバイオ燃料を作っている。廃油せっけんは需要もあり、様々な取引先との関係を築いている。</p> <p>利用者は皆、自分の仕事に誇りを持って働いていた。自社ブランドとなっているせっけんを、「自分たちの手で守っていこう」という思いが伝わってくる。</p> <p>利用者主体の活動に力を入れており、利用者が本番さながらの選挙を実施して自治会役員を選出し、利用者主体の自治会活動を行っている。各事業所の利用者役員が一同に集まる自治会連合会を設置し、利用者の声を法人に上げる仕組みもできている。</p> <p>利用者に楽しみの時間を作る取り組みも行っており、祝祭日にはサークル活動を通じて、利用者がボランティアとの交流などを楽しんでいる。年に1度、小グループで旅行に出かけることを楽しみにしている利用者も多い。働くことの中に楽しみを作る支援は、利用者の意欲的な働きぶりとなって花開き、仲間たちの夢と願いをのせた活動は更に充実したものとなっていく。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>文書や記録類は事務所内で管理されているが、保管方法や取り扱い方法が明確になっておらず、適切な文書・記録管理の仕組みが確認できなかった。仕組みを作ることは、事業所の継続した運営には欠かせない。良質かつ均一なサービスを提供するためのマニュアル類も整備途上であった。合わせて、早急な改善が必要と思われる。</p> <p>利用者とのコミュニケーションを図るために絵や写真を用いているが、利用者の多様性も考慮して、より多くのコミュニケーション方法を取り入れることで柔軟な支援を可能にしてほしい。</p> <p>利用者の高齢化が進む中、利用者ヒアリングからは体の不調を訴える者も少なくなかった。働くことが生きがいの利用者へ、福利厚生を含めて継続して支援できる体制の構築が待たれる。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>何のために、第三者サービスを受けるのかの事前説明から始まり、自己評価を通し、全体的にわかりやすく進めることができたと思う。日ごろ事業所で行われていることを、自分たちが客観的にみることはないため、今回の評価を受けることによって、客観的にチェックできて、どこの分野のどこがいけないのか(弱み)、逆にどこができていのか(強み)を理解することができて、「改善の気づき」ができた。</p> <p>評価を気にすることに気持ちがいってしまい、評価は改善のための手段であるという本来の目的が、見失いがちになってしまうこともあった。</p> <p>評価ができたあとの改善に、全職員の確認と参加が必要だと感じている。そのしきみをどう造って実行していくかが、今後の課題だと思う。</p>

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。

(別添)

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	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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

「仲間たちの夢と願いをのせて」を合言葉に、食用廃油を再利用した石鹸作りや重曹の袋詰め作業に励んでいる。毎月4月に法人全職員を対象にした全体会議・研修が開催されており、会議研修資料を全職員に配布して理念や基本方針の周知を図っている。また、利用者に対しては、利用者を構成メンバーとする自治会連合会において出席者に丁寧に説明している。ルビを振り読みやすくしている。利用者の見やすい場所に、理念・基本方針をわかりやすい文面にして掲げてある。作業の班に分かれた約束を利用者が考えて、班ごとに大きな紙に書きだしている。

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	① ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	① ・ b ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

期首と期末の会議では、幹部職員と一般職員とが合同で事業計画について協議している。5カ年計画を作成する中で、1年後を目標に現在の「旧法適用の通所授産施設」に生活介護事業等を加える事業移行に向けての準備を行っており、授産施設の在り方、設備規模、修繕・改修に向けての検討が行われている。利用者・家族にも計画書を配付して報告している。しかし、すべての利用者への周知という面では不十分である。

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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

管理者(所長・副施設長)は自らの役割と責任の元に職務に励んでいる。職員に対して文章化したもので表明してはいないが、リーダーシップを発揮し、業務の効率化と経営の安定化に向け取り組んでいる。今回の第三者評価受審に際しても、推進役となって職員をリードした。

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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉑

評価機関のコメント

利用者に仕事を提供することを大命題としてとらえ、イベントなど機会あるごとにあらゆる方面へ営業活動に出かけ仕事の確保に努めている。
事業所経営の安定化と効率化確保のために、食用廃油のリサイクル活動普及と安定供給を目指してNPO法人を立ち上げた。NPO法人の「菜の花プロジェクト」では、主旨に賛同する企業を募ってネットワーク化を推進している。環境学習の開催やパンフレットによる広報活動などを通して、エコ活動の成果を上げつつある。
外部監査の実施はない。

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 ・ ㉑ ・ 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 ・ b ・ ㉑

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 ・ (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 ・ (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	a ・ (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 ・ (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。	障 23	a ・ (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 ・ (b) ・ c

評価機関のコメント

年に1度職員アンケートを実施して、個々の希望・要望の把握に取り組んでいる。また、健康について嘱託医と継続した相談ができる環境を作っている。
来年度の新事業体系への移行を視野に入れた事業計画の中で、相談支援専門員やサービス管理責任者の養成に力を入れていく方針を盛り込んでいる。

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 ・ (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	a ・ (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	a ・ (b) ・ c

評価機関のコメント

年3回の避難訓練に合わせて伝達訓練を行い、緊急時の対応に備えている。安全確保のためのマニュアルを整備しているが、すべての職員が内容を把握できるまでには至っていない。今後、既存のマニュアルの見直しや、マニュアルを使用した研修の取り組みに期待したい。
利用者の中には身体障害を併せ持っている者もいることから、エレベーターの設置を事業計画に盛り込み、今後整備していく方針である。

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 利用者地域との関わりを大切にしている。	障 28	(a) ・ 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	(a) ・ 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 ・ (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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

事業所の前の公園を利用して、年に一度お祭りを開いている。毎年続く地域の年中行事として、近隣住民・関係者らは楽しみにしている。祭りのボランティアは、日頃から交流のあるボランティアグループや、地域の有志といったメンバーがボランティアとして参加し、この祭りを支えている。

事業所で作っているせっけんや廃油を使ったバイオ燃料の取り組みの意義を説明し、体験型のイベントを開催して事業所の役割を伝えている。今後は、事業所の強みである環境に対する取り組みを通じて、地域の小中学校や生涯学習センターとの連携を図ったり、地域の障害者支援の相談窓口として飛躍することを期待したい。

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	Ⓐ ・ 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、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	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

利用者が本番さながらの選挙を実施して自治会役員を選出し、利用者主体の自治会活動が行われている。各事業所の利用者役員が一同に集まる自治会連合会を設置し、利用者の声を法人に上げる仕組みを作っている。

利用者の意見は、管理者自らが直接聞きとることができる仕組みもある。また、利用者や保護者をはじめ様々な方からの意見を抽出するために、意見箱の設置を検討している。事業所で得た気付きを大切にして、利用者への満足度につながる取り組みを期待したい。

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	a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ b ・ ③
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	① ・ 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	a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

自己評価を研修として行い、職員が気付きの機会を得る環境を作っている。3～4名の小グループに分かれ自己評価を作成した。その結果、事業所としての必要な課題が明確になり、大きな気付きを得ている。
自己評価から得られた気付きの一つに、個人情報保護についての職員の認識不足をあげている。今後は、個人情報や法令遵守に関する研修を行い、事業所での事例検討と共に、組織に合わせた仕組み作りを推し進めていく計画である。
標準的なサービスの提供を担保すべきマニュアル類の整備は遅れている。

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	① ・ 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	① ・ 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	a ・ ② ・ c

評価機関のコメント

ホームページでは、法人の成り立ちから活動までわかりやすく紹介している。見学・養護学校の実習実績も多い。管理者は、働くことを中心とした支援の中から仲間の大切さや楽しさを見出してほしいとの思いがある。利用に際しては、法人の方針・個別支援計画等について利用者・家族から同意を得ている。

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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

総合支援計画を年度ごとに作成している。作業面と作業以外の面での個別支援計画を作成し、利用者と職員で評価している。自立度の高い利用者は、振り返りを自分で記入している事例があった。地域移行は、利用者の高齢化も関係して積極的に行うことは難しい。法人の方針として、ケアホーム立ち上げを予定している。

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	a ・ ㉑ ・ 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	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	㉑ ・ b ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ b ・ ㉒
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	a ・ ㉑ ・ c
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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	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	非該当
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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

各班ごとの主体的な取り組みとして、利用者で交換日記を回して班内のコミュニケーションを図っている。朝礼の際に利用者が交換日記の内容を発表することで、コミュニケーションツールの役割を果たしている。

利用者は男女別々の更衣室で毎日作業着に着替えている。事業所貸与の作業着を着ることで、利用者は仕事という認識を持って作業に臨んでいる。休憩時には指定の場所での喫煙が可能である。食堂は自由な席で食事をとることができ、食事を終えた利用者は好きな場所で自分の時間を楽しんでいる。利用者の高齢化に伴い健康に配慮した献立・量について、調理担当者との意見交換が今後の課題となる。