

## 〔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： NPOあいち障害者センター (認証番号:No.19地福第4073-3号)
訪問調査 実施日： 平成23年2月24日

### ②事業者情報

名称:(法人名)特定非営利活動法人 ポパイ (施設名) 生活介護事業所 オリーブ	種別:(施設種別) (基準の種類) 生活介護 障害者福祉施設版
代表者氏名:(管理者) 山口未樹	定員(利用人数): 20 名
所在地:〒462-0056 愛知県名古屋市中丸町1丁目1番地 中丸団地第3号棟103号	TEL 052-913-2250

### ③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>・3月には、開所から5年を迎え当初の利用者4名・スタッフ3名の規模は利用者26名・スタッフ13名へと拡大されている。利用者の障害程度区分では区分6:9名、区分5:7名、区分4:4名、区分3:6名、このうち6名が重複障害と、障害の重い人の受け入れが積極的におこなわれている。こうした中で、利用者の平均通所期間が1年2カ月、職員の平均在職年数は2年弱と、利用者・職員とも急激に増えていることから、基本的な事項を押さえた職員会議を中心に、運営がすすめられている。</p> <p>・第3者評価の受審を通じて現状を把握し次へのステップを図ろうとする姿勢は高く評価できる。</p> <p>・会計事務所や社会保険労務士への業務委託によって、より適切な事業チェック、労務管理が行われている。</p> <p>・事業所のある団地は一人暮らしの高齢者が多く、団地自治会もなくなり、住民のつながりが希薄になってきている。法人として県の補助事業を受けた団地の広場での秋祭り、12月の餅つき&amp;バザー、野菜の販売などで新たな「つながり」をつくる取り組みをしている点は高く評価できるとともに、今後の展開が期待される。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>・事業所が進むべき方向と目標を明確にする中・長期計画は、障害者福祉政策の見直しや平成24年には報酬改定が予定されていることから困難な側面があるものの、事業運営やより質の高いサービスを作り出すことから、利用者・保護者・職員の参画の下に年間の振り返りをもとにした計画がつけられ、全員に共有されるための丁寧な文書化が望まれる。</p> <p>・障害者権利条約が、障害者を「保護の客体から権利の主体へ」とその地位の転換をめざしていることを踏まえた理念・方針の見なおし。</p> <p>・職員ひとり一人の実践力をもとに、全体と職員一人一人の教育・研修計画を策定すること。</p>
--

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回、評価いただいた内容を当法人理事及び従業員でしっかりと受け止め、今後の事業に活かせるよう努力していきたいと思っております。事業開始から5年が矢のように過ぎていったような気もしますが、そこで見落とし勝ちだった基本的な法人のミッションを改めて振り返り、改善すべき点は改善し、未達成のものは目標地点を明確に設定し、取り組んでいく必要性を強く感じております。何よりも利用者本位のサービスを徹底して行きたいと思っております。</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。

# 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	Ⓐ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

「住み慣れた地域で主体的に生活し、社会参加できるよう様々な角度からサポート」していくことを法人の理念として明示し、生産的な活動に取り組むことを基本方針とすることを、職員研修の場で周知をはかっている。また、家族へのアンケートでは「考え方や進め方について分かりやすく説明をうけた」との回答が100%となっていることから、保護者会等で周知する取り組みも十分行っていると見える。

### 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

日中活動の場としての充実を優先しながら、住まいの場を設ける計画を保護者・職員に明確にしているものの、収支計画の策定に課題が残る。事業計画については、書面での策定が不十分となっている。なお、理事会⇄職員会議の意見交換がスムーズに行われているとともに、定期的な職員会議で当面する課題への対応等は周知されていると言えるが、文書化に課題がある。

### 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者の役割と責任については、職員会議等で表明されているが、文書化については十分とは言えない。関係法令などについては、利用者との関係では福祉関係法律、生産活動でのJAS法の理解をすすめるとともに、職員の雇用・労働については社会保険労務士の協力を得て法令遵守の取り組みをおこなっている。遵守すべき法令のリスト化については課題が残る。  
職員会議を中心に、福祉サービスの質の向上のため改善等をはかる意見交換・意志統一が行われている。

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

#### 評価機関のコメント

社会福祉事業全体の動向は学習会への参加やインターネットを通じて把握されている。また、養護学校や親の会と連携をはかり福祉サービスのニーズの把握に努めている。しかし、計画への反映には課題を残している。利用者の利用率などについては分析し、改善課題については職員会議で確認・周知している。計画への反映については課題。  
財務管理を会計事務所に委託し、指摘事項などにもとづき経営をすすめている。

### 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 ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ b ・ Ⓒ

#### 評価機関のコメント

・障害の重い人たちの日中活動を担う職員は不足状態にあり、あらゆる機会を通じて募集活動をおこなっている。体制についての考え方や人事管理についてのプランはあるものの文書化に課題が残る。  
 ・人事考課方法について職員間の合意を得、新年度から実施することから、現在は行っていない。  
 ・職員の意向や悩みについては常勤職員7名、非常勤職員6名と少人数であることもあり、管理者が把握。就業状況などについては管理者がチェックを行い、改善事項があれば職場会議を通じて取り組みを行う仕組みをとっている。  
 ・健康診断や予防接種を実施している。メンタルヘルス対策については、カウンセリングを新年度から実施するか検討中。  
 ・事業所として医療的ケアの必要な障害や行動障害のある人を受け入れていることを踏まえ、必要な外部研修に参加し質の向上をはかっている。基本方針や計画への明示には課題はあるものの、研修参加後に報告等の取組を行い職員全体での共有を図っている。  
 ・実習生の受け入れは、行っていない。

### 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

・連絡体制、支援体制を策定している。一人ひとりの障害とリスクについても、個人ファイルし職員間での情報共有をはかっている。  
 ・対応マニュアルについては、職員の行動基準などの策定が課題。

### 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。	障 28	Ⓐ ・ 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。	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	a ・ b ・ Ⓒ

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

・団地の空き店舗を利用した生活介護事業所であることから、団地の一人暮らしの高齢者とのつながりづくりや障害の理解を目的に「団地おこし」として秋祭りや年末には餅つきを開催している。

・ボランティアの受け入れについての基本姿勢の明文化、手順・説明などの文書化が課題。

・個々の利用者の状況に応じた社会資源については、個人ファイルに集約している。区役所、保健所など公的機関や障害者施設については名古屋市発行の「障害福祉のしおり」が必要に応じて活用できるようになっている。関係機関との連携では、北区障害者地域自立支援協議会に参加している。

・親の会との連携や養護学校との連携を図り、要望の把握に努めている。こうした中で、来年度ショートステイを実施する準備をしている。

### 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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、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	a ・ ① ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

・個々の利用者を尊重した福祉サービスの実施、スタッフの心がけることとして「人権感覚を失わない」と明示し利用者に接している。また、職員の姿勢・意識についても研修で周知している。

・利用者や家族等に、「利用者満足」について個別面談などで定期的に聞き取り、サービス改善をはかっている。具体的には、昼食の量について家族から「少ない様で、落ち着きがない」との意見を受け、カロリーは従来のままに量を増やした結果利用者に落ち着きもどる改善が行われている。

・利用者が相談相手を選べる体制にある。苦情解決についても明示している。相談スペースの確保では、利用者の増加、障害の重い人の静養スペースの優先などで常時確保できていない課題がある。

・利用者・家族の意見、家族への報告については連絡ノートを活用するとともに、個人ファイルに意見などを記録することが文書化されている。

### 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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。	障 47	Ⓐ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

・2006年3月に利用者4名・スタッフ3名で開所して5年を迎える。この間の成果と反省をもとに、進むべき方向を明確にするため、現状を評価することを目的に第三者評価を受審した。評価に関する担当者が決められすすめてきている。

・結果をもとに改善策を立てる考えである。

・標準的な実施方法はあるものの文書化にあたって課題が残る。関連して見直しのしくみも同様。

・実施状況の記録が適切に行われ、管理、情報共有が図られている。

### 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	Ⓐ ・ 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	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	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。	障 50	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

・ホームページやパンフレットを作成し、組織について紹介している。見学などにも対応している。障害の重い利用者への説明と同意にあたっての方法について文書化が課題。

・必要に応じて引継の連絡等は行われているが、具体的な手順と引継文書等の整備に課題。

### 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	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

・個別支援計画にもとづくサービスの実施計画・評価・見直し等は定期的に行われている。

・単身生活やケアホーム利用に関しては、利用者から要望があれば対応しているが、家族アンケートではケアホーム利用の要望も多数あることから、利用者自身に新年度に予定しているショートステイなどの経験をつみケアホーム利用を身近なものにする取り組みは今後の課題。

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ 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	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	非該当

#### 評価機関のコメント

・障害が重くコミュニケーションに課題のある利用者へは個別対応の支援を行っているが、意志をより丁寧にくみ取る工夫が課題。利用者の平均年齢が男性28.3歳、女性22.3歳と若いことから、社会的経験を積んでいく機会をつくるための支援が主体的な活動の場を設けることとあいまって課題となっている。

・食事は利用者がテーブルを囲み、楽しく食事している。食の形態は個別支援計画にもとづき対応している。

・トイレは清潔である。トイレに関しては職員の基本として「常に清潔に」することを明示している。