

〔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)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28日(月)

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) グループハウスなぐら	種別:(施設種別)身体障害者療護施設 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 橋本 勝利	定員(利用人数): 30 名
所在地:〒441-2432 愛知県北設楽郡設楽町東納庫字松山6-2	TEL 0536-65-0370

③総評

◇特に評価の高い点

昨年度の第三者評価受審の指摘事項を踏まえ、利用者支援の改善に向けて意欲的な取り組みを確認することができた。今回の受審に際しては全職員が一丸となって自己評価に参加しており、質の向上を目指す具体的な気付きを多く得ることができた。

昨年3月、法人創設40周年を記念して発行された「ゆたか福祉会第4期総合計画」において新しい経営理念が示され、「わたしたち(職員)が目指すもの」として、障害をもつ利用者の支援に強い取り組み姿勢が詠われた。

この理念のもとに、各種手引書と利用者個々の支援計画書をまとめた冊子が全職員に配布され、支援の指針として用いられている。また、記念行事の一つとして開催された分科会「支援の質を高めるために」において、当所副所長が「第三者評価受審による改善の気付きと効果」を提唱し、評価の意味・重要性和改善に向けた取り組みを発表しており、あらゆる面で利用者を中心に置いた取り組みが行われるようになった。

山間地の施設であり、買物一つにしても不便を強いられる環境にあるが、職員のボランティア精神の発動により、利用者の要求に可能な限り応えている姿が尊い。

◇改善を求められる点

利用者ヒアリング(アンケート)でも表れているが、職員数は必要限度の配置となっているためか、余裕がなく絶えず忙しそうな様子に感じられる。山間地の施設であり職員の増員にも限界があるが、一考が望みたい。

利用者のエンパワメントについての理解を職員が周知し、知識を向上させることで支援の基本的な改革につながるであろう。長い時間を要することは承知の上で、事業所の目指すべき理念へ、一歩ずつ改善していくことを切に願っている。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

昨年度第三者評価を受審したことで、施設内外の課題と改善への道筋が明確になり、施設全体で支援の質の向上に向けて取り組むことが出来ました。今回の受審で新たな課題も見えてきましたので、全職員が一丸となって課題を克服し、よりよい施設作りをしていきます。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人創設40周年を記念し、過去の反省点をもとに第4次総合計画を策定している。その中で新しい経営理念として、「①障害ある人の権利を守り、ゆたかな生活と発展の保障を目指す。②障害ある人の家族の願いを実現するために、信頼される事業経営を目指す。③地域の人々や諸団体とともに、誰もが住みやすい地域づくりに貢献する。」を掲げ、障害者支援の指針としている。法人全体での会議において利用者・家族・関係者を招き、法人創設記念DVDなどを使って説明している。

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

評価機関のコメント

財政的裏付けの見通しが立ったため、5ヵ年計画実行のための事業移行に向けた準備が始まっている。事業計画は、地域の意向、職員や家族会の意向を汲取りながら立てている。職員に対しては、毎年3月に開催される総括会議及び4月開催の方針会議で事業計画の周知徹底を行っている。ただ、利用者に対しては自治会を通して説明は行っているものの、内容を理解しているかまでは確認不十分である。事業所の第三者評価に対する意識がさらに向上した結果、事業所自身の自己評価結果に対する姿勢が厳しくなり、改善への気付きがより多い結果となっている。

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	Ⓐ ・ b ・ 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

組織図、任務分掌表が整備されており、管理者等の役割と責任が明文化されている。4月に開催の方針会議において、管理者の役割等を職員に説明している。
第4次総合計画に基づき、支援の質の向上について徹底した分析を行っている。第三者評価の受審に向けての自己評価に際しても、管理者の強いリーダーシップが発揮されたことが伺える。施設自身で資産負債の管理意識が強く、施設運営面で常に効率化・無駄排除を図っている。

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

評価機関のコメント

独立採算制をとっていることから、施設運営に関する諸事情を的確に把握して臨んでいる。開所以来続いた厳しい財務状態が徐々に解消してきており、前向きな健全経営に到達する環境が整いつつある。経営状況の分析の結果、光熱費・食材費の見直しを行っている。より安価な供給先の発掘、暖房設備の効率化・省エネ化を計画している。
第三者評価は、あくまでも評価であるために事業所単体としての外部監査は受けていない。今後、施設運営に伴い経営状況を客観的に分析する必要が生じた場合には、それに応じた取り組みを期待したい。

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	Ⓐ ・ 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。	障 18	a ・ Ⓑ ・ 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。	障 19	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ① ・ c

評価機関のコメント

法人の内部改革により、従前に比し大幅な人員整理がされたため、現状で人員に余裕はない。現在、他県へも募集活動に出かけている。人事考査そのものは存在しないが、昨年の第三者評価での指摘により、職員研修体制を充実させ、受講状況の検証から各職員の勤務意欲を図る施策を導入している。職員のキャリアアップを充実させるためにも、外部研修などに参加して内部研修の中でフィードバックできるような取り組みに期待したい。
実習生の受け入れ態勢は万全だが、地域的な不便さから申込みは低調に推移している。

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	① ・ 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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ c

評価機関のコメント

危険を最小限に抑える管理運営(リスクマネジメント)は今後も継続課題であるが、ヒヤリハット事例をデータベース化し、多面的に分析して再発防止に資する努力を行っている。夜間発生を想定した訓練も含め年3回防災・避難訓練を実施しているものの、環境的制約があり地域住民の協力体制の構築には至っていない。災害時に事業所の孤立化を防ぐためにも、事業所と行政が協力体制を結ぶ取り組みに期待したい。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

毎年10月に事業所主催の祭りを開催し、地域住民の来場を呼び掛けている。屋台を用意し、芸人を呼び、太鼓演奏や歌謡大会等を実施しており、毎年600～700名程の来客がある。また、地域からの祭り等への招待にも積極的に参加し、交流を図っている。

事業所設備(交流センター)、備品(AED)等の有効活用も地域に呼び掛けており、施設が持つ機能を地域に積極的に還元している。さらに日常のボランティアの受け入れ体制を整えるなど、地域と事業所が日常の中で助け合いを持つ仕組み作りに期待したい。

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	① ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

利用者の意見や要望を聞いて自治会の中で話し合い、必要な場合には事業所へ提言している。事業所運営にも利用者からの意見を取り入れて、利用者主体の事業所作りを目指している。自治会役員は、定期的に行われる法人主催の自治会連合会へ参加して、事業所としての意見を会の中で発表している。

家族会を開き家族の意見や利用者の意見を聞く機会を設けている。「施設が変わる・施設を変える」をテーマに取り組んだ一年であったと管理者は語っている。体制が整備できれば利用者の声が主体となった支援が、確実に進んでいくと考えている。

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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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

自己評価を組織的に取り組んだため、自己評価の段階で多くの気づきを得た。自己評価に現場職員が加わるのみならず、地域や家族にもアンケートを実施して自己評価の作成に力を入れている。さらなる取り組みとして訪問調査時に現場職員が立ち会い、評価員に取り組み内容を報告することができる仕組み作りを提案したい。支援計画を2部作成し、標準的な介護内容を明確にしている。職員は個別マニュアルとして利用しており、統一した支援に向けて取り組んでいる。

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	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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

ホームページをリニューアルし、よりわかりやすいものを作成している。利用希望者には、パンフレットや利用案内を配布している。契約書類にはルビを振るなどの配慮をしているが、利用者がわかりやすい書類の作成には至っていない。利用者自身が選択して利用できる事業所であるために、利用者向けのわかりやすい情報を作成して利用者主体の事業所作りに期待したい。地域移行者に対しても、継続して支援することを基本としており、ショートステイのサービス終了後にも、案内を作成して継続した支援を続けている。

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	㉠ ・ 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

事業所から初めて地域移行を実現することができた。先方ホームとの情報交換をはじめ利用者・家族との面談を重ねた結果、ケアホームからの就労が可能となった。
 今年度から、スタッフが1人当たり2～3名の利用者を担当してアセスメント及び支援計画の作成をすることとなった。アセスメント様式も整備され、統一したアセスメントが実施できるようになった。
 支援計画の内容はADLが中心であり、エンパワメントや本人の希望を活かした計画には至っていない。本人の希望を最大限に取り入れた計画を、単発で取り入れることを提案する。

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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
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	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉠ ・ b ・ c

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

評価機関のコメント

日中活動のプログラムの内容を増やして、自由選択とした。その結果、以前より活動に柔軟性が出て、利用者の満足度が向上した。外出支援はこれまで週1回であったが、現在では毎日午前中にドライブ時間を設けており、利用者は自由に参加することができる。また、生協や移動パンなどを利用して買い物の楽しみを得ることができるように支援している。

利用者の生活圏を、活動の場と生活の場に分けている。生活の場は、少人数で暮らす棟が複数棟あるユニット型になっており、プライバシーを確保することが十分可能である。排泄介助では、おむつ交換時のプライバシーを確保するために、職員が段ボールと布で作成したついたてを使い、他者から見られないような工夫をしている。