

〔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24年2月27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)第2ゆたか希望の家	種別:(施設種別)施設入所支援・生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)荒川 元仁	定員(利用人数):50名
所在地:〒441-2432 愛知県北設楽郡設楽町東納庫字松山6番の3	TEL 0536-65-0370

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>前年度に続き、2度目の第三者評価受審であり、1年間の改善の取り組みの跡が随所に見られた。事業計画の策定が組織的に行われており、重点事項の5項目には目標となる数値が設定されている。それぞれの計画に責任者の明示がないことや、計画の内容がやや具体性に欠ける面はあるものの、事業所運営の方向性を示すには十分である。</p> <p>当該事業所を含む同一敷地内の3事業所が、「将来構想検討委員会」を立ち上げ、地域福祉全般の6ヶ年計画を策定中である。この委員会には、法人代表や各事業所管理者だけでなく、家族会の代表もメンバーに加わっており、テーマによっては地域の代表をも招いて意見・要望を聞くこととしている。</p> <p>障害者自立支援法への移行を果たし、利用者のより良い暮らしを実現させるための体制も整ってきている。今後取り組んでいく課題として、将来に向けての修繕費の積み立て、正規職員への研修の充実と非正規職員の戦力化、利用者の高齢化対策、過疎地における医療面の充実策等々、多くの課題の抽出を済ませている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>事業計画の重点項目として“支援の質的向上を目指して”を上げ、外部研修への積極的な参加や内部勉強会の充実に取り組む姿勢を示している。ただし、研修については職員個々への落とし込みが不十分であり、研修実施後の評価(研修効果の測定)の仕組みもないことから、次年度計画への反映が薄くなっている。人事考課制度と連動した教育・研修制度のシステム作りが期待される。</p> <p>一般就労への移行は進んでおらず、エンパワメントの理論(単に利用者の自主・自立を促すだけでなく、利用者の潜在能力の発揮を可能とするような平等で公平な社会を実現させようとする取り組み)に則った支援を目指してはいるものの、地域をも巻き込んだプログラムの数は不足している。</p>

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、課題が明確になり、施設全体で改善に向けて取り組むことができました。今回の受審で新たな課題も見えてきたので、早急に改善し、より良い施設づくりをしていきます。
--

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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

昨年度に策定された新しい理念と経営計画(「ゆたか福祉会第4期総合計画」)の下に、理念に忠実な事業所運営を目指している。
職員にも呼び掛けて参画を求め、新たな理念の構築への関与度が高かったこともあり、職員の周知・理解度に関しては十分と思える。また、毎月開催される家族会へは、常に6割程度の家族の出席があり、その場を使っても詳細に説明されている。しかし、理解力や判断能力に大きな個人差がある利用者へは、学習会等を開催して説明はしているものの、十分な理解が得られるまでには至っていない。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

中・長期計画としては、法人策定の「ゆたか福祉会第4期総合計画」があり、それを事業所運営に落とし込むために同一敷地内にある3事業所が「将来構想検討委員会」を立ち上げた。この委員会には、法人代表や各施設管理者のほか、家族会の代表も参画しており、テーマによっては地域代表の意見も取り入れることとしている。
当該事業所においても5ヶ年計画を策定し、それを拠り所として「2011年度第2ゆたか希望の家事業計画」を作成している。重要施策5項目について、実施上の責任者の明示や具体的な内容についての説明はないものの、目標値を定めて事業所運営の方向性を示している点は評価に値する。

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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

就任から2年目を迎え、管理者の思い描く事業所像が職員にも理解されてきている。現行法である「障害者自立支援法」や、話題の「総合福祉法」についても深く学んでおり、毎回の職員会議では外部情勢についても時間をかけて説明している。サービスの質の向上についても思いが強く、第三者評価受審の推進役として副施設長や主任を巻き込み、改善への取り組みを全職員へ波及させようとしている。新法への意向を果たし、本格的な業務の効率化や改善に向けての取り組みが始まろうとしている。

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

障害者自立支援法への移行に伴い、人員配置上での増員が可能となった。「将来構想検討委員会」での討議・検討を踏まえ、重点施策部門への人員配置を厚くする方針をもっている。将来に向けての修繕費の積み立て、正規職員への研修の充実と非正規職員の戦力化、利用者の高齢化対策、過疎地における医療面の充実策等々、多くの課題が抽出できている。財務・会計面での外部専門家の監査はないが、第三者評価を継続して受審する等、質の向上を目指し、併せて事業運営の透明化を図ろうとする意識は伝わってくる。

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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓒ

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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

「2011年度第2ゆたか希望の家事業計画」の中で、重点項目として“支援の質的向上を目指して”を上げ、外部研修への積極的な参加や内部勉強会の充実に取り組む姿勢を示している。ただし、具体的な内容を含んでおらず、職員個々への落とし込みも不十分である。研修実施後の評価(研修効果の測定)の仕組みもないことから、次年度計画への反映も薄い。人事考課制度と連動した教育・研修制度のシステム作りが期待される。
“働きやすい職場づくり”が、事業計画の重点施策にもなっており、福利厚生面での充実度は高い。

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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

東日本大震災の教訓を活かし、関連するマニュアルの見直しや避難訓練の充実、災害時に利用できる「個人カード」の作成、家具等の転倒防止策の実施等々、改善の取り組みを進めてきた。
リスクマネジメント部会が毎月開催されており、ヒヤリハット分析や事故の再発防止策の検討を行っている。

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

事業計画の中でも、“地域との連携強化”を上げており、地域の行事には利用者が積極的に参加している。当該事業所を含む同一敷地内の事業所群の連携によって開催される「キラリン祭」には、地域の住民多数が来場する。ボランティアは家族の協力によるものが多いが、地域のボランティアの来訪も増えてきている。地域の福祉ニーズを把握する意味からも相談支援事業の必要性が叫ばれているが、まだ実現の目途は立っていない。

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	a ・ ② ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

職員用に、「ゆたかではたらく あなたに」なるハンドブック(マニュアル)があり、プライバシーの保護に関するマニュアルも整備されている。
 事務所内の一角を仕切った相談室があり、自治会も組織されていることから、利用者の意見や要望を吸い上げる仕組みはできている。ただし、相談室の利用頻度は低く、利用者への啓発・啓蒙が必要と思われる。
 利用者からの不満が出る前に、適切な対処を取っていることもあり、利用者からの苦情等の事例は少ない。実際に苦情があった場合には、記録に残す等の適切・迅速な対応を心掛けている。

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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

運営会議が毎月開催されており、その場で事業所の運営全般の方針を決めたり、評価を行ったりしている。前回の第三者評価受審から得られた気づきを基に改善も進んでいる。
 支援についての標準的なマニュアルや、個別的に必要なマニュアル等の整備はされているが、見直しのルールがなく、作成されて以来ほとんど手の加わっていないものも見られる。
 各作業現場ごとに記録が作成・管理されていることから、利用者個々を包括して把握しようとした場合に不都合さは否めない。前回評価からの継続した課題であり、職員の情報共有の面からも工夫・改善が期待される。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者に必要な情報は、インターネットのホームページやパンフレットを使って提供をしている。事前の見学時には、職員配置、食事提供や作業風景なども時間をかけて見せ、重要事項説明書に基づいた説明を行って、十分な理解を得た上で契約している。
 施設の変更時や家庭への移行時には、フェイスシートやアセスメント情報などの記録を提供し、継続性に配慮した対応を行っている。

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	a ・ ㉠ ・ 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

アセスメントの様式を改定したり、計画策定の手順を改めたりと、より実効性の高いシステムの構築を図っている。新たなシステムでは、現場担当者がそれぞれ計画案を出し合い、ケース会議での検討を経てサービス実施計画が運用されることになる。しかし、現在試行中であり、実際にこのシステムが機能して有効な支援につながるか否かの結論は出ていない。試行錯誤の中から、最適な仕組みが構築されることを望みたい。年2回のモニタリングは、確実に実施されている。利用者の地域生活への移行支援は、地域の特性上かなりの困難さが付きまとう。しかし、利用者からの希望があれば積極的に支援をする方針を持っている。

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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	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	a ・ ㉠ ・ 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

利用者の快適な暮らしを考え、高齢や障害の重い利用者が生活する4つのハウスの浴槽をユニットバスにし、トイレも使いやすいようにリフォームを行った。

利用者本位の支援が行われており、入浴は利用者の希望する時間帯に極力対応し、毎日の入浴が基本となっている。食事に関しても、定期的に嗜好調査を実施し、3ヶ月ごとに栄養ケアマネジメントも実施している。安眠にも配慮しており、全室個室で、不眠の利用者にはその都度職員が声掛けをしたり、話をするなどの対応をしている。

エンパワメントの理論(単に利用者の自主・自立を促すだけでなく、利用者の潜在能力の発揮を可能とするような平等で公平な社会を実現させようとする思想)に則った支援を目指しているが、一般社会を動かすためのプログラムの数の不足は否めない。