

〔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:24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成24年8月22日(水)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人福田会 (施設名)障害者支援施設ゆたか苑	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)佐々木 信富	定員(利用人数):75名
所 在 地:〒470-1166 愛知県豊明市栄町大根1番地143	
TEL: 0562-98-0471	

③総評

◇特に評価の高い点 管理者の強い指導力の下、法人設立の精神である「福田思想」への回帰を図るべく、機会をとらえては「理念」に関するテーマを提起し、役職員一丸となって「理念」に根付いた支援を提供しようとしている。 現時点での最大課題を「人材の育成」ととらえ、様々な取り組みが実施されている。職員の定着は良いものの、職場が緊張感のない「仲良しクラブ」的な雰囲気になされることを嫌い、中堅管理職養成の研修「改善塾」がスタートした。経営効率を高めるために、あえて役職者を増やさずに、一般職員を増員するなどの改革をも実行している。 当日開催されていた「給食会議」では、管理栄養士をはじめ職場を代表する6名のメンバーが、利用者の「制限食(アレルギー)」と「嗜好(好き嫌い)」についての話し合いを行っていた。メンバーの一言一言に、理念に謳う「すべての行動は利用者一人一人のために」が凝縮されていた。 地域との交流にも積極的に取り組んでおり、法人の夏祭り(盆踊り)と地域の祭礼とに相互に行き来している。プルトップ・ボラを筆頭にボランティアの来訪は多く、地域の理・美容店も利用者のために協力を惜しまない。
◇改善を求められる点 中・長期計画と単年度の事業計画との連動が見られなかった。また、事業計画等の作成に職員の関与が薄く、理事会や常任経営会議等での承認・決定事項についても、代表者会議等で説明されるだけで文書配布が無く、職員の理解・周知に個人差が出ている。 新たな取り組みとしての「改善塾」に期待がかかるが、他の教育・研修に関しても個人レベルの計画を作成し、計画～実施～評価に至る体系的な教育システムの構築が望まれる。 当然必要と思われる書式やマニュアル類についても、整備が遅れているものが散見された。理念の柱の一つである「信頼を積み重ね責任を果たす」ためにも、文書、記録類の整備は急務と言えよう。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

高く評価いただいたものについて、継続、向上、発展に努めていきたいと思います。 改善を求められた点は、真摯に受け止めて、改善に努めます。 全体的に理念やビジョン(到達点)に対する基本的整備が不十分であると改めて認識しました。 文書配布による法人の事業方針・決定事項の周知を図り、マニュアル・研修計画をはじめとする基本を整備して、組織的な体制が浸透していくように努めたいと思います。

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。

(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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

今、管理者が目指すは、「原点への回帰」。これまで支援の現場でさして重視されていなかった「理念」であるが、支援の基本を「理念」に根付いたものにしようと、管理者は職員会議や研修の折に、「理念」に関する話題を提起して啓発に努めている。同様に、毎月開催される利用者の「住民集会」でも説明しているが、利用者個々の理解力や判断能力に差があって、十分な周知には至っていない。

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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ b ・ ㉔
	Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ㉔ ・ 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 ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

事業所独自の中・長期計画として、「ゆたか苑中・長期計画」(平成23年9月30日作成)があるが、内容が地震対策に偏っており、事業所全体の方向性を示すものとはなっていなかった。事業計画は理事会や常任経営会議で討議されているが、その策定に一般職員の関与が薄かった。また決定事項に関しても、「代表者会」や「住民集会」で説明されるだけで文書配布等が無く、職員、利用者への周知が不十分であった。

事業所運営の方向性を示す中・長期計画の策定、それと連動した事業計画の策定が望まれ、さらには、その策定への職員の参画(積極的な関与)が期待される。

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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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

管理者は、施設運営の適正化と障害者支援の充実を目指し、「ゆたか苑」を「仲良しクラブ」にしないことを公言し、緊張感を持った事業所運営にあたっている。自立支援法への移行に先立ち、職員意識の変革のために「見える化」の推進を図り、1年以上前から法の主旨を解説する等のアナウンスを行った。
役職者を増やさずに、一般職員を増員したり、職員の資質向上のための「改善塾」を開講したりと、様々な改善施策が進行している。

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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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

法人の事業経営に関しては、事業の進行に合わせて適切に補正予算を組むなど、毎回の理事会で承認を取っている。事業所の最優先課題を「人材育成」ととらえており、まだ結果が問える状況ではないが、幹部職員養成のための「改善塾」をスタートさせている。
法人監査を実施する監事に民間の公認会計士を充てて、外部の目としての監査を実施している。会計、財務面だけの指摘、指導にとらわれず、外部監査の実施と同等の成果が出ることに期待したい。

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	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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ b ・ ㉔
	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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉔
	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 ・ ㉔
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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

「平成24年度福田会事業計画」では、事業方針の重点実施項目の筆頭に「人材育成の戦略的实施」を挙げており、「改善塾」へのつながりと理解できる。しかし、個々の職員レベルでの教育・研修計画がなく、実施後も職員のレポート(復命書)提出と会議での報告で完結しており、教育効果を検証したり、実施された教育の必要性にまで迫る仕組みはない。非正規職員をも含んだ職員ヒアリングが管理者との間で実施されているが、就業上の意見・申し出もさしてなく、必要な情報の収集ツールとはなっていない。

実習生の受け入れは、依頼教育機関の要綱に従って実施されており、受け入れマニュアルの整備が急務である。

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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉔

評価機関のコメント

安全対策上必要と思われるマニュアル類の整備が遅れている。防災訓練は年間4回実施されており、夜間を想定した避難訓練の実施もある。防災訓練には非正規職員の参加もあり、職員間に防災意識の高まりを感じる。

事故が起きた場合の「事故報告書」での原因分析が甘く、完全に再発防止(是正処置)が図られていない。また、「ヒヤリ・ハット」の取り組みも形骸化しており、集まったデータを速やかに分析して、未然防止の取り組み(予防処置)につなげる動きが見られない。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

理念の一つの柱に「地域貢献」を謳っており、地域に根差した取り組みを行っている。法人挙げての一大イベント「夏祭り（盆踊り）」は、地域に回覧版で広報し、地域住民200名を含む総勢500名の参加者があった。また、地域の夏祭りに招待され、利用者が楽しんでいる。 主要な職員に事務的業務が集中しており、各種の社会資源、関係機関の情報の共有化が図られていない。現段階では問題は起きていないが、円滑な事業所運営のためにも、情報の共有化を目的とした仕組みづくりが求められる。 地域に対しての直接的なニーズ調査の実施はないが、関係機関から情報を入手して事業・活動に活かしている。

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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

職員研修会は毎月行われ、管理者が方針を説明したり、関連する研修を行っている。その都度次回のテーマや講師を指名するユニークな取り組みであるが、研修すべきテーマを確実に盛り込むためには計画的実施が望まれる。 利用者の意見は直接聞き取るほか、筆談やゼスチャー、意見箱などいろいろな工夫をしている。一部に、対応のための調査に時間がかかっているとの意見もあるが、明文化はされていないながらも1週間以内に対応するというルールはできている。

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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

自己評価を行ったが、結果のまとめや分析が不十分なため課題の把握や改善への提案が確実でない。
 身体的介護を行うには、どの職員でも同じレベルの介護ができるように、各場面での標準的な介護方法を示した手順を理解し、その上で個人個人の特性に合わせた“個別の手順”を個別支援計画に表していく、という考えによる職員の側の手順の整備が望まれる。
 記録は、必要なものは記録されているが、さらに見やすく、探しやすくするために、その方法は検討の余地を残している。

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	a ・ ㉞ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

利用を希望する者への対処として、契約書、重要事項説明書、施設パンフレット等により必要な情報を提供している。
 利用者が自宅へ帰ったケースや、高齢者福祉施設へ移ったケースなどがあるが、引継ぎ文書の書式が定まっていない。他施設への移行に関しては、移行決定の前に直接本人に訪問させたりして、円滑な移行と継続的な連携ができるようにしている。

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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

アセスメントは決められた方式にのっとって行われており、チェックした項目から個別支援計画の課題の原案ができるようになっている。

計画作成の手順や、評価の手順、担当役割なども決められて行われている。ただし、チェックの妥当性の判断や作成に時間がかかることについては、今後事業所が改善できる点として自己評価しており、計画的に改善を実施されることを期待したい。

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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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

住民(利用者)集会の実施により、意見を聞きサービスに取り入れる仕組みがある。認知症のある人の危険回避に力を入れている。パソコン操作などできることを伸ばしていく試みもある。栄養ケアは行われているが、個別の注意点を把握して食事を楽しめるように介助することは、時間・環境・個別援助の点で検討できる余地がある。排泄援助は標準化の手順整備が望まれる。地域の理・美容店に協力を依頼したら、スロープを設置してくれていたなど、受け入れの良好な店舗を見つけている。健康管理は良好であるが、緊急時対応や薬物管理はすべての関係職員が把握できるようにしたい。余暇活動は個人個人から把握したことをいくつか提案して、その中から選んでもらうなどの工夫をしている。