

〔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26年3月11日(火)

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

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>慢性的な人材不足を補うために、利用者の自主・自立を推進し、家族やボランティア等の外部からの支援に期待した施策を進めている。そのため、利用者・家族には『自立支援』の方針を随時説明し、特に外出(外食・通院・買い物等)に関しては外部支援の利用に努めている。外部の『力』の主力である有償ボランティアとしては、利用者定員75名に対して43名のボランティアと契約している。</p> <p>買い物代行として、利用者からの購入希望の品物を職員がインターネットを通して購入している。買い物に行く利用者にはボランティアを、買い物に行かない利用者にはインターネットを、と何時でも誰でも希望の品物を手に入れる事が出来る環境にある。</p> <p>多忙な職場環境の中ではあるが、QCサークル活動を展開し、事業所内大会・東海北陸大会等、発表の場も設けられており、職場のモチベーションアップに寄与している。単純に仕事量の増加・負担にならないようにと、テーマの範囲を『介護取り組み中心のQC』に絞る事を検討中である。</p> <p>現時点で最大の課題を『人材確保』と捉え、様々な取り組みが成されている。パート職員も研修に参加し、組織的に介護・介助を学んでいる。パート職員を育成しながら、サービス実施記録の打ち込みをOJTで行い、施設全体で質の向上に向けて取り組んでいる。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>QCサークル活動を通して、職員の改善に対する意識は非常に高いレベルにある。現在、理事会で決定した報告事項(事業計画としての位置づけ)に、職員が真の事業所の課題を理解した上で課題解決に向かうべく、作成段階から参加した(いわゆるボトムアップ)事業計画作成を期待したい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>改善について職員の意識を高く評価していただいたことは、新年度、新体制になり、改善のみならず感じているところである。具体的には、新組織体制・人事考課制度導入とともに、ウィークポイントである中長期計画の充実と職員全体での把握と実行、課題解決に努めていきたい。</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	a ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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	a ・ ① ・ c

評価機関のコメント

パンフレットに、『法人理念』、『ゆたか苑基本方針』を述べている。集会では方針を口頭で述べ、全館一斉に放送で流している。研修会で理念と今年の方針の説明を行い、周知徹底している。

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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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 ・ ③
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ① ・ 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 ・ ① ・ c

評価機関のコメント

理事会では、3年間の計画を中期計画として検討し、策定しているが、役職者までの周知に留まっている。事業計画(①自立支援への積極的取組②安心・安全をモットーにリスク管理の徹底③職員の資質向上を目指して研修の強化④人材確保)も理事会や常任経営会議で検討されているが、その策定への参加は一部の職員に限られている。職員に対しては職員研修会、部門連絡会議(1回/月)で説明し、周知徹底を図っている。利用者に対しては、集会(1回/月)で法人の方針を解りやすく説明している。

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	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	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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

自主改善運動に力を入れ、自主改善が進み、QCサークル活動を定着させて来た。ホームページに顔写真入りの『施設長あいさつ』を載せ、『苑の方針』の説明を行っている。第三者評価の受審に当たっては、積極的に受審の推進を図り、第三者評価を足掛かりに質の向上に取り組んでいる。

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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

自立支援協議会のメンバーとして障害者福祉計画の検討に参加し、豊明地区の障害者の情報を把握している。諸問題を解決する上では、介護力をアップする面から『5W1H』を徹底させている。第三者評価を継続して受審し、サービス面での透明性を確保している。しかし、会計事務所の指導を毎月受けてはいるものの会計処理の範囲に留まっており、質の向上に資する取り組みとはなっていない。公認会計士等の専門家による指摘・アドバイス等は、経営上の改善、課題の把握・解決の為の『力』となるばかりでなく、財務・会計面での透明性の確保にも益する。外部の専門家による監査を有効に活用されることを期待したい。

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	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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉒
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

人事考課制度については外部機関に依頼して原案を構築しており、来年度の試行に向けて準備中である。
 法人の方針として『職員の資質向上』を事業計画に謳い、研修委員会を組織して計画的に研修の機会を設けている。内部研修は次回担当者を指名で決め、パワーポイントを活用して研修を行っている。担当者となった職員は、教える事により『学ぶ機会』を得て、自身のレベルアップにつなげている。しかし、研修を個々に評価・見直しする仕組みはない。
 実習生の受け入れに関しては、事業計画に『実習生受け入れを積極的に行う』と謳い、依頼機関の要綱に従って実施している。

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	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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

事業計画に「安全・安心をモットーに『リスク管理』の徹底」を謳い、重点項目として取り組んでいる。
 事故対策を安全管理委員会で議論し、マニュアル作成も一歩ずつ前進している。緊急時・感染時のマニュアルは毎年見直ししている。事故・ヒヤリハット報告書を随時作成し、各部署・全職員に回覧して過去の事故に対する注意を促している。
 不時の災害に備え、危険物の点検を行い、毎年4回防災訓練を行っている。避難訓練を中心に行っているが、職員アンケートでは、『避難方法のみでなく、研修を行い頭に入れてからの訓練が効果的』との声もある。

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	利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

事業所の年度方針に『地域福祉の拠点としての役割』を謳い、事業所、地域双方向の交流を行っており、福祉避難所としても登録されている。盆踊りは地域に回覧板で案内し、地域の方々200人の参加がある。地域の夏祭りに招待され、利用者が大喜びで参加している。地域の福祉実践教室には、利用者・職員が参加している。地域の学校等で集めている『プルトップ』収集拠点となっており、半年ごとの収集結果とお礼の言葉をホームページで述べている。
地区社協の理事(交替制)や共同募金の理事等を受託する中で横のつながりが形成され、広い範囲の情報が入手出来てはいるが、主要な職員に業務が集中しており、情報が上手く展開されていない。

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

評価機関のコメント

朝礼・昼礼・夕礼での利用者状況の申し送りを通して、1日の内容の把握を確実にしている。
パート職員に対しても研修を通して利用者支援に対しての真摯な姿勢が見られ、研修を通して職員のレベルアップにつながっている。利用者満足度を意識した上で、今後どのように意見を吸い上げるかの職員間の議論もされている。
高齢化が進む中で、個々の意見に固執する事がないように工夫しながら、全体の意向を上手くまとめて良い方向に向かう事を期待したい。

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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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

自己評価は厳しい評価であるが、基本的な事は確実に実行されており、自信を持って取り組む事を望みたい。QC活動を行っており、活動の成果を発表する場も設けられている。多忙な職場環境の中でのこのような取り組みは、仕事量の増加・負担となりがちであるが、職員のモチベーションアップに上手く活用して行く事を期待したい。

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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

サービス等の説明・継続に関しては、利用者の自宅に伺い対応する職員もおり、臨機応変に対応している。しかしこの事例は事業所内で統一された事ではなく、職員間で個人差がある。職員間の個人差を出来るだけなくし、全職員統一した行動になる工夫を期待したい。この事は職員アンケートでも、『本人・家族からの確認方法は担当者まかせ』との指摘がある。

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	a ・ ㉑ ・ 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

アセスメント及び実施計画の作成、モニタリング、評価、変更等が適切に実施され、利用者の最新の状態や意向が計画に反映されるように配慮している。
『地域生活への移行』に関して、「適正処遇とは思えない利用者も多々ある」との自己評価をしており、利用者・家族に「自立支援」、「地域移行」の内容を理解する機会を作る事を期待したい。

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 ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉑ ・ 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 ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

食事は弁当ではなく、入所施設の良さである温かい食事が提供されており、多くの利用者が笑顔で喫食していた。外出は、ボランティア等外部の人の「力」を借りて実施している。インターネットを積極的に活用して職員が買い物代行を行っている。

職員ヒアリングでは、『まだ、工夫出来る。知識として不足している点がある』との大変意欲的な声を聞く事が出来た。このモチベーションを維持し、高めて、職員が自信をつけて行く工夫を期待したい。