

〔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： 愛知県社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価事業所
(認証番号:20地福第1389-1号)

訪問調査
実施日： 平成22年12月6日(月)

②事業者情報

| | |
|--|---------------------------------|
| 名称:(法人名)社会福祉法人豊橋市福祉事業会 (施設名) 豊橋にしぐち学園 | 種別:(施設種別)生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版 |
| 代表者氏名:(施設長) | 定員(利用人数):40名 |
| 所在地:〒440-0845 愛知県豊橋市高師町字北原1-103 | TEL 0532-64-3596 |

③総評

◇特に評価の高い点

管理者は利用者理解とサービスの質の向上にリーダーシップを発揮し、職員が組織的に活動できる体制を作っている。

利用者が地域で生活できることを目標に、地域との関わりを大切にしている。

利用者一人一人を大切に、尊厳を失わずに関わっていこうという意識が、施設長以下全職員に浸透している。利用者が自分の存在を意識できるように、施設内での役割を作って分担できるようにしている。利用者の自治会組織があり、その意向を汲み取るシステムがあり、施設運営に反映されている。

◇改善を求められる点

理念・基本方針実現のための具体的な中・長期計画や収支計画、それを実施していくための各年度の事業計画と収支計画の策定、及び外部監査の実施が求められる。

昼食については、法人内の授産施設の配食サービスや他の業者を利用しているため、定番の弁当などになりやすいが、食事の重要性を認識し、利用者の要望が実現できるよう検討することが望まれる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価受審につきましては、プロジェクトチームを立てあげ、サービス内容を何回か検討する良い機会となり、全職員大変勉強になりました。

今回、受審したことで、今まで気がつかなかったことを委員の方から助言していただきましたので、これを平成23年度の事業計画に反映させ、利用者に満足していただけるように、職員一丸となって、利用者目線で対応し、選ばれる事業所を目指していきたいと思っております。

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

| |
|------------------------|
| 理念・基本方針が明文化され、周知されている。 |
|------------------------|

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 | 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

| |
|--|
| 理念・基本方針を実現するための具体的な中・長期計画と収支計画、それを実行するための年度ごとの事業計画と収支計画を策定することが望まれる。 |
|--|

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 | 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

| |
|--|
| 施設長は役割りと責任を認識し、日常業務を通してリーダーシップを発揮、サービスの向上や経営・業務の効率化を図る努力をしている。 |
|--|

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 | ㉑ ・ b ・ 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

| |
|---|
| 収支状況や利用者の動向を把握し、職員に問題を提起して意見を聞くなど、事業経営の改善に向けた努力をしている。 |
|---|

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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ b ・ 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 ・ 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) ・ 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 ・ (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 (a) ・ 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 (a) ・ 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) ・ b ・ c |

評価機関のコメント

職員配置に関する計画があり、人事考課が適切に実施されている。個々の職員に適した研修計画があり、新たな資格取得者に対する奨励金制度が設けられ、人材育成に積極的である。

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) ・ 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) ・ 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 ・ c |

評価機関のコメント

緊急時対応に関する手引きがあり、職員への周知が図られている。ヒヤリハット事例報告書、事故報告書があり、原因分析、未然防止に努めている。

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 | 利用者地域とのかかわりを大切にしている。 | 障 28 (a) ・ 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 (a) ・ 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 ・ 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 | ㉠ ・ 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

地元住民が施設のまつりに参加し、また、利用者が地元で作品展を開催したり、食事や買い物に行くなど、相互的な地域交流に努めている。また、必要に応じ関係機関と連携がとれる体制ができています。

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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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

利用者のプライバシーを守り、人権を尊重したサービス提供を目指すことについて、全職員で検討するシステムがある。また、利用者調査を実施し、意見を聞き、反映している。

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 | Ⓐ ・ b ・ 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

| |
|---|
| 標準的なサービス実施方法として、利用者支援マニュアルを策定し、見直しも含めて全職員で取り組まれている。 |
|---|

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 | Ⓐ ・ 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 | 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 | Ⓐ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

| |
|--|
| 利用者や保護者の同意に基づき、サービスを提供している。また必要な場合は、引き継ぎ書により情報を提供している。 |
|--|

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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | 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 | ㉑ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

統一された様式を用いて、利用者や保護者とともに支援計画を策定し、定期的な見直しができるシステムが構築されている。利用者の将来についても、地域生活等ができるよう、積極的に地域移行支援を行っている。

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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ b ・ 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 | a ・ ㉑ ・ 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 | 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 | ㉠ ・ 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 | 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 | ㉠ ・ 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 | 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 | ㉠ ・ 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 | 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 | ㉠ ・ 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

個別支援計画やマニュアルによって、適切にサービス提供されている。自治会があり利用者の意向も反映されている。食事については、暮らしの中の重要なこととして、利用者の要望を組み入れたり、寒いときには、温かいものを提供できるような工夫を検討することが望まれる。