

〔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21年12月4日 (金)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人相和福祉会 (施設名)ひがしうらの家	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)松井 啓	定員(利用人数):60名
所在地:〒470-2105 愛知県知多郡東浦町大字藤江字カガリ118番地	TEL 0562-84-3400

③総評

◇特に評価の高い点

昨年度から2回目の第三者評価継続受審となった。前回評価結果から改善点を見出し、改善計画を策定し、目標・期間・担当を決め、目標達成のために具体的に取り組んだ。その成果もあり、前回改善課題はそのほとんどが目標を達成し、今後の有効度の検証を待つまでになっている。特に、利用者の外出支援への取り組みは興味深く、希望の聴き取り→実行までを利用者とともに考え、見事な個別支援につなげている。利用者にとっての「スペシャルデー企画」と銘打ち、実現不可能な希望に対しても、あきらめや否定をせず、形を変えて提供し、利用者の新しい楽しみにつなげる事が出来たのは、熱心な改善活動の成果とも言える。

その他の新しい取り組みとしては、「利用者が、一カ月一回以上職員と一対一のコミュニケーションの場をもつ」という、福祉QC活動の取り組みである。あの手この手の職員からのコミュニケーションで、喜ぶ利用者・戸惑う利用者と様々であったようであるが、逆に言えば、職員の努力義務が明確化され、施設全体の活気となったようである。どちらの取り組みも、大きな効果が得られたことから、単年度で終了することなく、継続的な支援につながる事を切望する次第である。

また、運営面では、今年度から法人全体で、事業計画の中間評価を取り入れ、目標達成までを厳しく検証する体制を構築している。計画を立てるだけのものにしない、達成のための計画であること、同時にサービスの質の向上に直結する事を職員はよく理解している。施設運営をISOの取り組みとリンクさせ、最大限に活用する方針を打ち出した法人に感心するばかりである。

◇改善を求められる点

前回からの課題であった、利用者の余暇活動について、施設が使用者の希望を聴き取り、サービスを提供しているにもかかわらず、利用者ヒアリングに結果が出なかった事が非常に残念であり、利用者の趣味にもつながる活動である事から、さらなる改善が期待される。その他、服薬管理に関しては、施設が工夫を重ねている最中であるので、今後の進捗が待たれるところである。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

総評の中でもふれられているとおり、ひがしうらの家で独自に進めてきた「スペシャルデー」、「利用者との一対一のコミュニケーション」の取り組みについて、実際の方法や試行錯誤の状況にも目を配っていただいた点は、現場職員の自信に繋がっていくものと思います。

職員のモチベーションはサービスの質とリンクし、それらの向上は第三者の評価によって検証されると考えます。その様な視点を加味した評価を今後もお願いしたいと思います。

⑤評価項目(細目)の第三者評価結果(別添)

(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(83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、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

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) 計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	障 7	㉠ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者等に周知されている。	障 8	㉠ ・ b ・ c

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 9	㉠ ・ 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 10	㉠ ・ 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 11	㉠ ・ 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 12	㉠ ・ b ・ c

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 13	㉠ ・ 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 14	㉠ ・ b ・ c
	Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	障 15	㉠ ・ b ・ c

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 16	㉠ ・ 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 17	㉠ ・ 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 18	㉠ ・ b ・ c
	Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	障 19	㉠ ・ 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 20	㉠ ・ 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 21	㉠ ・ 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 22	a ・ ㉠ ・ c
Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。			
	Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	障 23	㉠ ・ b ・ c
	Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	障 24	㉠ ・ b ・ c

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)の対応など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 施設として火災や震災への対応は適切である。	障 26	① ・ b ・ c	
II-3-(2)-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	① ・ b ・ c	

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 ・ ② ・ 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 39	Ⓐ ・ 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 40	Ⓐ ・ 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 41	Ⓐ ・ b ・ c

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 42	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	障 43	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	障 44	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。			
	Ⅲ-2-(2)-① 個々の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 45	Ⓐ ・ 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 46	Ⓐ ・ 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 47	Ⓐ ・ 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 48	Ⓐ ・ 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 49	Ⓐ ・ b ・ c

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 50	Ⓐ ・ 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 51	Ⓐ ・ 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 52	Ⓐ ・ b ・ c

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 53	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	障 54	Ⓐ ・ 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 55	Ⓐ ・ 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 56	Ⓐ ・ 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 57	Ⓐ ・ b ・ c

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 58	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 59	Ⓐ ・ 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 60	Ⓐ ・ 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 61	Ⓐ ・ 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 62	Ⓐ ・ 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 63	Ⓐ ・ 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 64	Ⓐ ・ 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 65	Ⓐ ・ 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 66	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 67	Ⓐ ・ 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 68	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 69	Ⓐ ・ 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 70	㉖ ・ 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 71	㉖ ・ 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 72	㉖ ・ 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 73	㉖ ・ 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 74	㉖ ・ 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 75	㉖ ・ 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 76	㉖ ・ 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 77	a ・ ㉖ ・ 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 78	a ・ ㉖ ・ 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 79	㉖ ・ 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 80	㉖ ・ 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 81	㉖ ・ 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 82	㉖ ・ 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 83	㉖ ・ b ・ c