

〔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 福祉サポートセンター 認証番号: 23地福第61-2号
訪問調査 実施日: 平成24年12月5日

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 恩賜財団 (施設名) 愛知県同胞援護会 障害者支援施設 春日苑	種別:(施設種別) 施設入所支援・生活介護 (基準の種類) 障害施設版
代表者氏名:(施設長)山田康二	定員(利用人数): 80 名
所在地:〒487-0031 愛知県春日井市廻間町703番地1	TEL 0568-88-5593

③総評

◇特に評価の高い点 法人として改善に努められた歴史もあり、組織の体制や記録の書式等よく整備されている。毎年4月には、利用者のアセスメントを、入居時に行なうフェイスシートから、生活環境、健康、日常生活活動、コミュニケーション、社会生活技能、社会参加、家族との繋がり、就労と細かい細目を更新して作成されており、それを基に利用者の個別支援に力を入れ、外出支援やクラブ活動など、その人に合う支援に努めている。また、月に1回は食事や外出など利用者アンケートを取り、施設での生活が楽しく生活出来るようにするために利用者の声を大切にしている姿勢が感じられた。
◇改善を求められる点 法人として作成される資料は、文字の大きさやデータなど制限があったり情報量が多く、事業所の利用者や家族には伝わりにくい一面が感じられた。各事業所の利用者や家族への情報の提供や周知に対して、情報の整理や提供方法、周知の徹底といった面での工夫が望ましい。特に、文字の大きさや内容の理解を助ける表現方法等、利用者に配慮した工夫が望ましい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価を受審して自分たちの施設運営、施設経営の方向性が間違っていないことを客観的に確認ができました。今回、各項目において改善点として指摘をいただいた点については私たちの施設が50年後もそのあとも地域からの信頼を受け、当苑を利用してくださるご利用者様、ここで働く職員の日々の生活がより豊かにより穏やかになるために整備しなくてはならないものと理解しております。今回の第三者評価を受審結果を受けて職員一人一人が社会人として、職業人として、介護の専門家として成長し、いつでもどんな時でも当苑を利用してくださるご利用者様と職員が共に喜びを悲しみを感じあえる人間関係で結ばれている施設であるよう今後とも努力してまいります。
--

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

法人全体で毎年度、基本理念や基本方針が掲載されている事業概要を作成し、それを全職員に配布して全体会議等の場で確認されている。また、利用者やその家族への周知については、年2回開催されている保護者会等の場を利用して周知に努められている。今後は、不参加の御家族や利用者へも、文面や文字の大きさ、表現方法等に工夫されるなどの方法も加え、理念や基本方針の周知の徹底に努められることが望ましい。

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	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	㉠ ・ 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

計画の策定は組織的に行われているが、大規模での修繕や設備の導入等についてだけでなく、通常の実業計画とその内容について、収支計画とを具体的に連動させた計画の作成が望ましい。また、利用者やその家族への周知に対しても、配慮されることを期待する。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

組織体制から運営管理についてまで、管理者や職員の役割分担が明確にされ、業務の遂行については書式や様式が、通常業務から防災体制等まできちんと整備されている。今後は、書式や様式に記入すれば良い、マニュアル通りに実行すれば良いといった制度の硬直化に配慮され、現場の業務改善や改革といった質の向上に努められ、より良い施設づくりを期待したい。

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	a ・ ① ・ 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 ・ ① ・ c

評価機関のコメント

事業所の収支状況や利用者の利用状況について、毎月職員に周知され、経営状況が伝えられている。管理者等のスタッフは問題点を把握し、検討する体制ができているが、現場のスタッフについては、制度の改正や社会環境の変化への理解や取り組みが把握できていない側面が感じられ、今後の取り組みに期待したい。法人として外部監査を実施しているが、当事業所の事業内容への経営改善までは踏み込まれていないので今後の改善に期待したい。

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 ・ ① ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>組織的な研修体制は法人として整備されており、新入時の職員研修や定期的な職員研修が実施されている。個別の事業所としての研修については一部見直しの必要を感じている等、改善の意識や研修への取り組み意欲は高い。今後は、職員の能力に応じた個別の教育や利用者の状態や状況に応じた研修等、さらなる工夫と見直しを期待する。</p>			
--	--	--	--

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>緊急連絡網や防災体制などが整備され、定期的に訓練等が実施されている。マニュアル等の整備も丁寧に行われており、まじめな取り組みが窺えた。今後は様々な状況を想定し、想定外が起きることの無いよう、継続・工夫して取り組まれることが望ましい。</p>			
---	--	--	--

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

法人としての地域交流とあわせ、地域行事への参加や招待等の機会を通して、様々な場面での地域交流の様子が感じられた。各種団体との協議や会合へも参加し、また、ボランティア担当職員を設けて積極的に受け入れるなどの取り組みが行われていた。今後は、地域と利用者のニーズの把握と、要望や理解が乖離することのないように、介護者の立場で、利用者の立場と希望、家族としての希望と立場を踏まえ、連携への大きな役割を果たされることを期待する。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

全職員に、当事業所の企業運営理念が記載されている法人全体の事業概要を毎年配布している。それを、毎月行う全体会議に持参して、折にふれて理念の振り返りを行っている。その他に、毎月介護士勉強会、虐待防止委員会、行事委員会、給食委員会などを行い、利用者には「外出は何処に行きたいか」や「どんなレクリエーションがしたいか」などが含まれたアンケートを行うなど要望の把握に努めており、利用者が地域社会への参加や、当事業所で快適に楽しく暮らせるような支援に努めている。苦情受付窓口を設け、苦情解決処理体制もあり、利用者や家族からの意見は真摯に受け止めて対応している。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

自己評価は行なっているが評価改善までには至っていない。標準的な手順書は口頭での確認となっている。ここでは、個別の実施マニュアルが整備され、個別支援計画での支援方法は具体的な内容が記載されており、誰が担当しても理解でき、同一のサービスの提供が受けられる内容となっている。計画に基づき提供される生活支援サービスの実施状況記録については、生活支援検討書に具体的に記載され、誰が見てもわかり易い内容となっている。これらの点では、非常に高いレベルでの取り組みがなされていると感じたので今後のサービスの質の向上に向け取り組みの継続を期待したい。

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	Ⓐ ・ 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	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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

担当者を設置して、入所や日中一時支援などサービス利用にあたっての必要な情報を文書で説明し、利用開始にあたっての必要な情報を提供して、利用者の希望に沿うよう努めている。併せて、利用に際して文書にて同意を得るなど、その体制が整備されている。また、事業所内に地域障害者支援センターを設けて、地域の障害者や家族の相談を常時受けることが可能な体制が整備されている。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

毎年4月に、利用者の入居時に記載するフェイスシートのアセスメントの見直しをしている。フェイスシートには、生活環境、健康、日常生活活動、コミュニケーション、社会生活技能、社会参加、余暇活動、教育、他事業の利用、家族とのつながり、就労、と多数の記載項目があり、利用者の生活する上で必要な事が全て調査され文書になっている。それをもとに個別支援計画書や生活検討書を利用者や家族と相談のうえ作成している。個別支援計画書は毎月1回の見直しをして6ヶ月で更新をしている。現在は、入居利用者から地域生活への移行支援の希望が無いが、要望があれば、担当者と相談して最善策を考える仕組みは用意されている。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

職員は、利用者とのコミュニケーションの手段として、会話の苦手な人には、指文字や文字盤を使用するなどの方法で利用者とのコミュニケーションに努めている。年2回利用者に嗜好調査を行い、要望に応える努力をしている。また、誕生日には好きな物のリクエストができたり、季節を感じる行事食や月1回レクリエーションをかねて利用者が食事メニューを決めたりしている。入浴は午前、午後、夜間と入浴機会が設けられ、週3回は入浴している。外出する機会を出来るだけ設けるように配慮しており、利用者の中には、2ヶ月1度、1週間程自宅に帰ったり、自費でのヘルパーの付き添いで遠方まで旅行に出かける人もいるなど、利用者の選択によりそれができる環境が整えられている。お酒の好きな人については、医師の了解のもと、飲酒を許可している。タバコは喫煙場所を指定して喫煙機会を確保している。