

〔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: 大平福祉サービス第三者評価機関 (承認番号:25地福第596-2号) |
| 訪問調査 実施日: 平成25年6月10日(月) |

②事業者情報

| | |
|--------------------------------------|--|
| 名称:(法人名)社会福祉法人 双樹会 (施設名) 自由の杜 | 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) 柴田 肇 | 定員(利用人数):40名 |
| 所在地:〒441-3301 愛知県豊橋市老津町字池上106番地の2 | TEL 0532-23-5181 |

③総評

| |
|---|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・「施設職員と利用者・保護者が双樹のように対等な立場で利用者が自由に楽しく生活することを最優先とする」との法人理念を施設職員全員が理解し、理念の遂行を実践している。・自閉症の利用者の方の社会生活自立のため、近隣の店で実際に買物をしてもらう等自立に向けた取り組みを行っている。・常に施設職員より改善提案を募集し、利用者の生活がよりよくなるよう積極的にサービスの質の向上に努めている。・毎週、「デザートフェア」「駄菓子屋さん」「書道教室」「絵画教室」「エアロビクス」「ハイドロカルチャー」「ギター演奏会」「お菓子作り」など施設独自の行事を行い、利用者を楽しませる工夫をしている。・入居者の体力維持のため毎日施設の周辺を散歩するよう入居者の体力の維持にも考慮している。・日々の生活の中でも特に食事には配慮しているようで、食の進まない利用者にはその場で別メニューで対応するといったきめ細かい対応をしている。・施設内の清掃も行き届いており、各居室、風呂場、トイレ等清潔な施設であった。 <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・中長期計画は、管理者の頭の中にイメージとして存在するようだが、実際の数字が入った中長期収支計画書については作成されたものはなかった。収支の裏付けのある中長期計画の作成が望まれる。・マニュアルについても整備されていないものがあつた。マニュアルの一覧表を作成し、整備されていないものが無いよう確認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

| |
|-------|
| 特にない。 |
|-------|

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 | 福祉サービスの基本方針と組織

1-1 理念・基本方針

| | | | 第三者評価結果 |
|--------------------------|-----------------------|-----|-----------|
| 1-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。 | | | |
| 1-1-(1)-① | 理念が明文化されている。 | 障 1 | ㉑ ・ b ・ c |
| 1-1-(1)-② | 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | 障 2 | a ・ ㉒ ・ c |
| 1-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。 | | | |
| 1-1-(2)-① | 理念や基本方針が職員に周知されている。 | 障 3 | ㉑ ・ b ・ c |
| 1-1-(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 ・ ㉒ ・ c |

評価機関のコメント

・理念、基本方針については明文化されており、職員に対する周知は徹底されている。
 ・利用者の8割が自閉症という施設の特徴上、全ての利用者に周知されることは難題であると思われるが、施設内掲示や職員研修等で周知・理解を促すための取り組みをしている。基本方針の周知のためには、法人の使命や役割、目指す方向性を具体的に明示されることが望ましい。

1-2 計画の策定

| | | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|--------------------------|-----|-----------|
| 1-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | | |
| 1-2-(1)-① | 中・長期計画が策定されている。 | 障 5 | a ・ ㉒ ・ c |
| 1-2-(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 ・ ㉒ ・ c |
| 1-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | | |
| 1-2-(2)-① | 事業計画の策定が組織的に行われている。 | 障 7 | a ・ ㉒ ・ c |
| 1-2-(2)-② | 事業計画が職員に周知されている。 | 障 8 | a ・ ㉒ ・ c |
| 1-2-(2)-③ | 事業計画が利用者等に周知されている。 | 障 9 | a ・ ㉒ ・ c |

評価機関のコメント

・中・長期計画の文書での作成はあるが、中・長期の収支計画の作成は確認できなかった。事業計画等の策定については経営側のみで作成されており関係職員の参画や意見の集約・反映の仕組みについてどのようにされているか不明であった。
 ・計画については、役員会を通し利用者家族に通知されている。

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 | ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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

・施設長を補助する立場の管理者については利用者の意向を十分に把握した上で、他の職員に対し業務の改善に向けた取組に指導力を発揮していると感じられた。

・管理者等が各種会議や研修会・他施設の見学等、積極的に参加するなど、支援の質の向上、経営の改善などを常に心がけている。

・施設内で各種委員会を設置し、具体的に業務や経営の効率化の改善に努めている。

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 | a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ c |
| Ⅱ-1-(1)-③ | 外部監査が実施されている。 | 障 16 | a ・ b ・ ㉠ |

評価機関のコメント

・職員や施設長が定期的に研修等へ参加し、社会福祉事業の動向について把握しているが、把握された情報やデータが事業計画に反映されていることが確認できなかった。

・月々の財務・会計処理は外部の専門家に依頼しているが、外部監査は実施していないので、今後の実施が望まれる。

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 | a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 | ① ・ b ・ c |

評価機関のコメント

- ・定期的な人事考課を実施しているようだが、考課基準が明確でないため、具体性に欠ける。
- ・職員の就業状況への配慮がされており、聞き取り・相談等、改善策を検討している。人事考課を適正に行うための基準の導入・客観的評価を行う等、職員の意識を高めていくことが必要と思われる。
- ・毎年、積極的に実習生の受け入れをしており、高校生、大学生とそれぞれ異なるマニュアルが整備されている。

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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |

評価機関のコメント

- ・防災計画に基づき定期的に避難訓練が行われており、防災委員会を中心に外部業者との打ち合わせをしながら利用者の安全確保のための取組が行われている。
- ・事故委員会が機能し、資料を作成しながら再発防止の検討を行い、職員全体で共有することにより、利用者の安全確保のための取組をしている。
- ・災害に備え、非常食や飲料の確保をしている。

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 利用者と地域とのかか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 | a ・ ② ・ 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 | ① ・ 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 | 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

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・地域の祭に参加、施設の祭に地域の方を招待、小学校への廃品回収への協力等、地域との交流はあるが、施設や利用者へのさらなる理解を得るために、もっと多くの交流の機会を設けることが望ましい。 ・聞き取りの中で、「地域とのつながりがあまりない」との発言が聞かれ、今後の課題と言えそうである。 |
|--|

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 | 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 | ㉠ ・ 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 | 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 | ㉠ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・職員の利用者への対応や実態のアンケート調査を定期的に行っており、常に意識を高めていこうとする姿勢がみられる。 ・利用者自身の理由により、直接意見を述べることは困難ではあるが、家族からの情報収集を行い、職員間で共有することにより、積極的に改善したいという努力・姿勢がある。 ・保護者面談時に保護者からの意見・意向を聞き取り、利用者満足の向上に努めている。 |
|---|

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 | ㉠ ・ 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

- ・利用者へのサービス実施記録は、あらゆる場面においてあり、職員間で共有している。
- ・個人の記録管理に関しては、個人情報保護規定により管理されている。

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 | 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

- ・ホームページの公開や、パンフレット等による情報提供をしている。又、見学者に対しても随時対応している。
- ・サービス開始前に重要事項について説明し、利用者に理解してもらった上で同意書を作成している。

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 | ㉠ ・ 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

・アセスメントは手順に従って実施され、個人のニーズを把握し、支援計画が策定されている。支援計画は定期的に、あるいは、適宜、評価修正され、サービスが継続されている。
 ・統一した様式により、様々な場面においての記録があり、そこから利用者のニーズや課題を把握している。

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 | a ・ ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | a ・ ㉠ ・ c |

評価機関のコメント

- ・施設全体に清潔感があり、職員が「家庭の雰囲気」を大事に、また集団生活での規律を守ることを念頭に利用者に向かい合っている。
- ・施設独自のバランスの良い献立を考え、施設内の調理室で調理をし、適温の食事を提供している。
- ・体調の変化がある利用者に対する対応も、地域毎に特定の医療機関があり、適切に連携を図っている。