

## 〔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 ケア・ウィル (認証番号:21地福第580号)
訪問調査 実施日：平成23年1月28日

### 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) パスピ・98	種別:(施設種別) 施設入所支援 生活介護 (基準の種類) 障害者福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 都築 重喜	定員(利用人数): 80名
所在地:〒470-2212 愛知県知多郡阿久比町卯坂秋葉山37-5	TEL 0569-48-9098

### ③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>・明快な理念と基本方針(品質方針と呼ぶ)を標榜し、中長期計画・ビジョンを定め、毎年度の事業計画において実行計画化する極めて優れたシステムを構築している。</p> <p>・運営にあたって特筆すべき方法を有している。法人全体にISO9001・2008を導入、活用し、年間の具体的な計画と月次の評価を組み込んだマネジメントサイクルを確保している。これにより標準化されたサービス提供を図るとともに適宜、改善課題を把握し、事故発生時における是正計画と改善措置やヒヤリ・ハット事例におけるサービス改善計画と改善措置など、サービスの質そのものの確保を目指している。</p> <p>以上のことから、利用者満足を目的とする経営品質・サービス品質の向上に意欲的に取り組み、また、改善を目的として本受審に望んだ経営姿勢も評価することができる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>このシステムを担うのは職員集団であり、その教育(能力開発)や処遇(福利厚生)などで整備すべき課題がみられる。職員の悩みや要望に対して、本年1月より衛生委員会を立ち上げ組織的な検討が開始され、施設の課題認識は明確となっていることから、今後はこのシステムを機能させることが望まれる。</p> <p>なお、当施設は積極的に地域の困難事例を引き受けていることから、利用者の安全と尊厳を守るという避けて通れない現実と葛藤しながら向き合っている。サービス提供の在り方や職員教育などで不断の改善が求められると推測される。マネジメントシステムを一層有効に機能させ、施設内の議論を継続していくことを期待したい。</p>
--

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>施設として一年間取り組んできた内容が評価に繋がり大変うれしく思います。また、第三者評価を受審して当施設での改善が必要な点がより明確になりました。利用者様の幸せのため職員が一丸となって取り組むとともに、職員にとっても働きがいのある職場になるよう目指していきたいと思っております。</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	㊶ ・ 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	㊶ ・ 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	㊶ ・ 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	㊶ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

理念は「すべての人にとって 今日一日が充実し満足できるものであり 明日への希望が豊かなものであるよう努めます」であり、高齢障害者への思いも込められたものである。理念や基本方針を周知するうえで重視しているのは、職員の利用者への接し方と言葉づかいであり、職員教育の重要性を示唆している。また、利用者へ周知する困難性を克服する着眼点も注目すべきで、理念や基本方針を言葉や書面で伝える取り組みに加え、利用者への接し方やサービス内容の案内時点(サービス提供の瞬間)で利用者一人ひとりが感じとれる取り組みを重視している。

### 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	㊶ ・ 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	㊶ ・ b ・ 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	㊶ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	㊶ ・ 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	㊶ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

中長期計画は明文化し開示されている。今後はさらに資金計画と行程表を整備すると表明された。マネジメントシステムに基づく職員参加(年間計画策定と月次評価など)を実行している。今期は利用者一人ひとりの希望の選択肢を増やしたいという計画に意欲的に取り組んでいることが確認できた。利用者への周知では上記理念・基本方針の周知方法と同様、利用者への接し方や案内の時点で利用者一人ひとりに感じてもらうことができるよう取り組みを追及している。

### 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	㉠ ・ 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

上記 I-1、I-2にみられるごとく、管理者のリーダーシップなしには実現できないマネジメントスタイルが確立されている。今後課題となる障害者虐待防止研修などに早期に取り組まれていることを確認した。

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

#### 評価機関のコメント

経営状況の把握、改善の仕組みを整備している。担当部署や点検項目が整備され、施設内に情報を開示している。外部の監査人による監査も実行されている。なお、外的環境のうち、地域の問題や課題を把握する仕組みにおいては、知多地域圏域会議などで情報収集が行われているが、利用者や家族、相談者等の相談情報が多い。

#### 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

必要人材や人員体制の具体的なプランや客観的な人事考課システムなどを有し、さらに、キャリアパスの整備に取り組んでいる。職員の就業状態や意向を把握し、職員意向・要望などに関する改善を本年1月より「衛生管理委員会」で組織的に取り扱う整備の状況を確認した。福利厚生や健康管理面ではリフレッシュ休暇(年間10日)を勤務表で保証し、悩み相談体制の整備(産業医の活用など)に取り組んでいるが、総合的な福利厚生制度の整備途上にあるという課題認識を確認した。研修の基本方針は明瞭であり、外部研修の報告システムの整備を図り、今後は内部研修報告システムを整備したいとの意向である。実習生の受け入れは積極的に行われている。

## 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	Ⓐ ・ 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

事故発生に当たって、ISOの手順に基づく是正計画を策定し、改善を図る取り組みを行っている。ヒヤリ・ハット事例でも是正計画で対応の可否判断がされ、サービス向上委員会で改善検討する仕組みとなっている。なお、事例によっては発生原因が特定できないことから、現場での困難意識が生じやすいと述べられた。消防訓練は毎月1回実施し、火災や震災への対応が真摯に行われている。救急救命訓練やAEDの講習受講率は高く組織的に行っている。

## 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

地域とのかかわりに関しては「倫理綱領」で基本姿勢を明記し、近隣施設の祭りに参加するなど少なからず取り組みが行われている。施設では「もっと何かできることがあるはず」という思いから「地域が有する機能を地域に還元」項目を評価されたが、特に「もっと相談支援事業を展開したい」という意向がある。ボランティアの受け入れ姿勢や受け入れ体制については「運営の手引き」に明示し、実践している。地域の福祉ニーズの把握では、相談支援を通じ利用者・家族情報を得ている。市町村連絡会（毎年2月）や障害福祉計画策定委員会などへ参加している。

## 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	a ・ Ⓑ ・ 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

基本方針に基づく姿勢は明確である。「利用者支援要綱」で支援方針を定め、「運営の手引き」の「利用者の接し方」をマニュアル化し、職員の内部研修の実施とセルフチェックシートを活用するなど、定着と改善の取り組みが行われている。利用者・家族アンケートによる意向把握と改善の取り組みは情報誌やホームページなどで開示している。苦情解決の仕組みは明示され、苦情発生時には是正計画を策定し、サービス向上につなげているほか、事業概要で実績も公開するなど、真摯な取り組みを確認した。「利用者が相談や意見を述べやすい環境」では、相談支援者以外の複数の担当者が顔写真で掲示され、利用者の変化や異常を感じた時に積極的に聞く姿勢を重視しているが、相談を引き出す方法や気づきへの取り組みは十分に行われているとはいえない。

### 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	Ⓐ ・ 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

第三者評価の受審やISOの取得などにより、事業計画や中・長期計画の作成、実施、評価、改善に至る体制が整っている。サービスの実施方法、業務手順も詳細に設定して経過を記録している。記入やチェックなど細目にわたっている分、職員の煩雑さや周知徹底が課題にもなりやすいと考えられるが、確実に実施されている。

### 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 ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

ホームページやブログの更新など、精力的に情報提供が行われている。写真やイラストを用いて理解しやすいよう工夫している。本人の希望や理解を得る事が困難な利用者に対しては、家族に説明している。退所者に対しては、その後の支援については口頭で説明している。

### 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

実施計画の作成には、利用者、保護者と面談を行い意向を確認している。また、利用者によってはニーズの抽出が困難であるため、家族の思いや同意を得る事で実施計画が策定されている。定期的の実施計画の評価、見直しが行われ、アセスメント票は年1回以上更新している。  
地域生活への移行は同法人の施設から協力を得ている。また、同法人のケアホームに移行している。

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

食事は利用者の楽しみであり、献立の内容や美味しさ、適温での提供等、「食」にこだわり追求している。喫食環境は穏やかな時間を保つため、食事の時間をずらして食堂に入るなどの努力がみられるが十分ではない。入浴は毎日実施されているという点において評価できる。入浴時間については、夕食後やゆっくりという希望に対してできる限り配慮している。服薬は過去の投薬ミスを厳粛に受け止め確実に連携が図れるよう改善に取り組み、職員の意識も高いが十分ではない。外出に関しては積極的に取り組んでいるが、利用者の聞き取りによって一人で外出したいという希望もあった。利用者個々の希望等の把握や実現に向けては、情報提供から意思決定までどこまで本意を汲み取り、実現していくかが重要である。