

〔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23年10月27日(木)

②事業者情報

名称：(法人名)特定非営利活動法人あたたかい心 (施設名)ココロ	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) 前田 篤志	定員(利用人数)： 20名
所在地：〒468-0034 愛知県名古屋市天白区久方1丁目148番地52棟111号	TEL 052-800-5235

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>住宅地に隣接する商業地域に設置されているという立地条件を利用して、商店会と協同して餅つき大会等の催しを開催したり、定期的に朝市を開催するなど、地域に溶け込んだ活動は高く評価できる。</p> <p>訪問調査時に、利用者の表情や利用者同士の会話等に伸びやかで明るい笑顔が見られたが、家族へのアンケートに記載されている内容も、事業所への満足、安心感が読み取れる記述が多く、利用者、家族の信頼感が高いことをうかがわせた。この事業所の取り組みの方向性が正しく評価され受け入れられていることを自覚し、今後の一層の向上を期待したい。</p> <p>利用者へのサービス計画の作成や見直しは随時行われており、細やかな配慮も感じられた。その手法や方向性を、事業所の他の分野への活用、応用にも生かしてほしい。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>開設して年数も浅いことから、管理、運営部門におけるマニュアルの整備や体制の整備が不十分と感じられた。法人の運営理念はHP等に記載されているが、それを踏まえた事業所運営の理念や具体的な取り組みを明確にし、文書や掲示の工夫等での職員、利用者、家族、地域等への発信や周知に取り組みられること、職員の就業状況や意向・意見を把握する体制作りや人材育成のための研修等、中長期の計画策定を行われ、それに基づく研修の実施等を期待したい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

多方面の角度から客観的な視野でサービスの質を評価して頂いた事で事業所の現状を把握することができました。10月で設立3年目に入り、土台作りの基礎を固める年だと自負しています。そのうえで今回の評価で多くの改善点を見出すことができました。この結果を真摯に受け止め、より質の高いサービスを提供していき、利用者満足に努めていきます。
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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	a ・ ① ・ 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	a ・ ① ・ 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	a ・ b ・ ③
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 ・ b ・ ③

### 評価機関のコメント

法人の理念はHPに掲載されているが、その理念を踏まえて、事業所としての運営理念、基本方針を作成し、具体的な取り組みを明文化して、職員、利用者、ご家族、地域へ発信、周知するなどの活動を期待したい。

### 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	a ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ b ・ ③
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ b ・ ③

### 評価機関のコメント

中長期計画や事業計画は、作成されてはいるが、抽象的な表現や予算等の資金計画がないもの等、内容に検討が必要である。また、計画作成に職員、利用者、家族等が協同して参画したり、作成した計画の周知方法等の今後の工夫を期待したい。

### 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	a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者からは、自己の役割を自覚し責任を持って取り組む姿勢、意欲が感じられる。同じ目的を持つチームとして、設定した目標に一丸で取り組むといった環境整備に指導力を発揮され、サービスの質の向上や業務の改善に取り組まれることを期待したい。

### 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ③

#### 評価機関のコメント

利用者のニーズの把握や利用者の高齢化等への配慮は、聞き取り調査などを通して実施されているが、現実的には将来設計を描く等の状況には至っていない。外部監査も、法人としては外部監査委員が設置されているが活用されていないので、今後の活用を望みたい。

#### 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 ・ ② ・ 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 ・ b ・ ③

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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔
	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 ・ ㉔
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 ・ ㉔ ・ c

#### 評価機関のコメント

人材の確保や人材に求める資質や役割について方針が漠然としているため、客観的な人事考課が構築できていない。今後は、意欲、能力のある職員の個人の資質に頼る状況から、必要な教育や研修を計画的に実施してサービスの質の向上を図るよう、就業環境の整備を期待する。

### 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

#### 評価機関のコメント

緊急時の連絡等、医療機関との連携は整備されており、転倒時の予防として机の角に緩衝材を用意するなどの工夫がされていたが、現実の緊急時、災害発生時等に、各利用者の状況によっては対応が困難な場合も想定されるので、起こりうる可能性や想定外を含め、備蓄や予防等、今後の対策を検証をされることを期待する。

### 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	a ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ c

#### 評価機関のコメント

住宅地に隣接する商業地域の一画という立地条件を活かし、地域のイベントを協同したり参画するなど、地域との交流が日常的に行われている。また、行政機関、公的機関を含むふれあいネット天白により、天白区内の関係団体と定期的な連携が実施されているが、今後は、職員のレベル向上や利用者の交流等、有機的な連携が構築されることが望まれる。

### 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	a ・ ① ・ 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 ・ ② ・ 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	a ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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 ・ ② ・ 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	a ・ ③ ・ c

#### 評価機関のコメント

整備されているマニュアルの活用や見直しが充分でなく、プライバシー保護の方法や苦情対応等、職員への周知も不十分な部分があり、事例によっては口頭で解決や伝達され記録が残されていない場合もあることから、今後は書面で記録し、情報の共有や対策の構築システムを確立されることを望む。

### 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

当事業所は、自己評価及び第三者評価は初めての取り組みでもあり、評価項目への戸惑いも感じられたが、今後は職員が一丸となり、自己評価や第三者評価に応えられる事業所創りに取り組まれる事を期待したい。食事介助や外出介助などサービスの標準的な実施方法のマニュアルはあるが経験知としての理解となっており、必要性を感じていないためか見直し等の作業は行われていないので、今後のさらなる向上に向けて、問題意識と目的意識を持って取り組むことが課題である。利用者のサービスは、個別支援計画として表記され、適切に行われていたが、記録の書き方が統一されていないので、職員間で話し合い、基準を統一されることを期待する。利用者の記録は事務所に保管して管理されていた。

### 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	㉒ ・ 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	㉒ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

ホームページやパンフレットによって、サービスの内容が提供されている。利用開始に際しては、契約書、重要事項説明書などにより説明し、利用者、家族より同意を得ている。地域の連携では、ふれあいネット天白、障害者地域生活支援センター、コミュニティセンター等と連絡相談の体制を構築し、継続的支援に配慮している。また、このネットワークを通してボランティアの受入も行われていた。

### 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	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

利用者を尊重したサービスの提供や質の向上のため、定期的に個別支援計画の見直しを実施している。個別支援計画作成には、利用者の要望や意見を把握するために、独自の要望ファイリングシートを使用して要望や意見をまとめ、ケアやサービスに活かされていた。一方で、ケアや支援計画以外では、職員が直接聞いた利用者や家族からの相談や意見は、その都度解決や対応が行われているが、記録等、書面に残されていないものがある。今後のためにも記録として書面化され、職員間で共有されることを望む。

### 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	a ・ ㉠ ・ 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	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	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉒ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉒ ・ 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	a ・ ㉒ ・ c
Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 74	a ・ ㉒ ・ 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	a ・ ㉒ ・ 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	a ・ ㉒ ・ 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	非該当
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	㉑ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

利用者の個別支援では、長所を伸ばす対応に配慮しているとの言葉どおり、利用者からは、笑顔や伸び伸びとした表情が読み取れた。一方で、健康管理票や検食簿、行動記録表などの記録や記載については、その記録が職員間で共有できていない様子が読み取れたので、今後の整備を望みたい。

レクリエーションや食事については、意向調査や嗜好調査等を実施するなどの方法で、希望等の確認、意向に配慮したレクの実施、食事の提供など、今後の改善に期待したい。服薬については、個人の責任との判断であったが、誤薬防止や確実な服薬に配慮し、見守り、確認の援助を望みたい。