

[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24年1月19日(木)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人アパティア福祉会 (施設名)生活介護事業所 シンシア豊川	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)寺部 美代子	定員(利用人数):20名
所在地:〒442-0863 愛知県豊川市平尾町諏訪下10番	TEL 0533-88-8981

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>今年度が初めての第三者評価受審となる。施設長が併設の入所施設と兼務である利点を活かし、既存の入所施設の体制を基本とした、当該事業所の体制構築を早期に実現している。</p> <p>地域のニーズから新設した事業所であり、以前の、県の委託事業であった重症心身障害者(児)通園事業B型と市町村事業の地域活動支援センターを廃止し、生活介護事業に移行した経緯がある。移行したことにより、地域の重症心身障害者(児)の受け入れ枠を増やすことができ、地域のニーズに応えることができた。併設に短期入所もあり、さらに地域ニーズに応える体制がある。</p> <p>提供するサービスには、利用者一人ひとりへのこだわりがある。利用者の状況や状態を把握し、一人ひとりへの手厚い支援を目指している。支援提供を実践する職員教育にも熱心に取り組み、特に精神面の教育に力を注いでいる。訪問当日、施設長の「『心』の形を教育したい。もともと心はへこむもの。ゴムボールのように弾力のある心、へこんでもすぐに元に戻る心を育てたい。職員はよく心が折れたというけれど、折れる心はシャープペンの芯のように細いに違いない」という言葉が印象的であった。</p> <p>また、共に体制を支える相談員との連携も良好であり、早期に基盤となる体制構築が可能となったことも納得できる見事な信頼関係がうかがえる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>新設事業所であることから、改善点の抽出を図るというよりは、目標に向けての進捗状況の把握と確認が図れた自己評価であった感がある。現時点は、サービスの質の向上に向け、組織として取り組む課題を明確にし、実行していく進捗段階にあることにもよく理解があり、全職員の意識統一にも余念がない。今回評価でb評価となった自己評価・第三者評価結果を有効に活用し、さらに具体的な検討を実践する等、今後のサービスの質の向上に大きな成果をあげられることを期待するところである。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審したことで、組織としての課題を明らかにすることができました。今後ご利用者のニーズ、地域のニーズに応えられるように努力していきたいと思っております。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

ISOの継続的な取り組みと併せ、理念及び基本方針の管理については、組織的な体制下で行われている。法人理念・品質方針及び部署の品質目標を明文化し、ロビーに掲示する等、利用者や家族、来訪者に対しても周知啓蒙を図っている。また、職員に対しては同内容を明記したカードを配布し、ネームプレートと共に携行させて周知を図り、意識を高めている。

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	Ⓐ ・ 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) 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人の中長期計画をふまえ、具体的取り組みを落とし込んだ全体目標を策定している。施設事業計画については、全体目標からさらに細分化を図り、施設毎のマネジメント計画を策定する仕組みとなっている。マネジメント計画策定に当たっては、品質目標管理規定の定め通り、関係職員の参画や意見の集約と繁栄が定められており、規程通りの運用がある。また、計画に沿って、関係職員の行動計画を策定し、計画の周知を図るとともに、計画の実行の検証を図っている。利用者等への周知については、事業計を明文化し、掲示板へ掲示を行い、利用者会でも、利用者が特に関係する年間行事計画等を口頭で説明している。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

品質に関する責任と権限一覧表に管理者の役割と責任を定め、全職員はいつでも閲覧することができる。また、ISO基本研修の場で表明の機会を設けている。遵守すべき法令を理解するための取り組みとしては、文書管理規定に則り、管領法令についての文書を外部文書用書籍棚で管理することを定め、定め通りの運用がある。

管理者のリーダーシップに関しては、ISOの取り組みを通じ、常にサービスの質の向上を考える体制の長として手腕を発揮し、業務の効率化はもちろんのこと、課題改善から評価までの一連の取り組みに指導力を発揮している。

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

評価機関のコメント

相談支援事業において、地域の相談受付や関係機関との調整活動を行ったり、自立支援協議会の幹事事業所として情報収集ができたりと、事業経営に直結する課題抽出が実施しやすい仕組みを有している。また、毎月決算の仕組みを継続し、収支の数値化及び分析を図り、より具体的に経営状況を把握する取り組みは見事である。外部監査についても、ISOの毎年の定期審査を継続し、サービスの質の向上こそが経営環境改善であるととらえた取り組みは高く評価できる。

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	① ・ 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	① ・ 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	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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ 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

特に職員の質の向上に対する取り組みには熱心で、「研修ポイント取得制」の取り組みは功を奏し、職員の熱心な姿勢が記録からも読み取ることが出来る。人材育成を目的として始まった取り組みであり、職員一人ひとりの成長に合わせ、必要性を鑑みた研修計画は、技術面・精神面を網羅している。また、職員台帳の充実を目的として、職員管理(勤怠・残業・人事考課等)ソフトを導入し、さらに適切な人事管理を実現している。
項目に関わる各種規程・マニュアル整備は適切で、文書通りの運用がある。

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	a ・ ② ・ 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

緊急時対応の手順書を整備し、全職員周知で緊急時に備えている。ヒヤリハットや事故報告書の内容を、電子媒体(サイボーズ)を活用し、全職員で周知・検討する体制は、継続した取り組みであるからその充実が図られている。また、検討内容から課題の抽出を図り、是正を検討するにも、同様の体制で全職員が参加し、利用者の個別支援計画に反映するまでにかなりの時間短縮を実現している。ただ一点、利用者を4階の事業所から3階玄関に安全に避難・誘導する方法について、現時点の方法では課題が多く、検討を継続している状況がある。模索・検討・改善の進捗が期待される事項である。

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	a ・ ② ・ 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 ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

地域との関わりについては、ISO品質方針で基本的な考え方を文書化し、ボランティア受け入れ手順書等、各種手順書で受け入れと参加の手順を文書化している。事業所の機能還元を目指し、相談支援事業を中心として、地域の相談に対応する体制もある。また、社会資源を活用し、利用者の買い物や外出・外食等を企画・実行する等、目指す目標に向けて支援を実践している。今年度開設の新しい事業所であり、まだ事例も少ないことから、今後ますますの取り組みの充実が期待される。

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	㉠ ・ 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

利用者の尊重を基本とするサービスの姿勢が理念・基本方針に明示されている。規程・手順書を整備し、特に個人の尊重・プライバシー保護は、個々の個別支援計画の留意点に落とし込み、職員が日々のサービス提供に活かしている。また、自治会(利用者主体)・利用者の生活をよくする会(職員による)等を定期的で開催し、利用者満足の向上に向けた取組を実践している。その他、相談窓口と担当者を重要事項説明書に明記しており、利用者・家族に説明するとともに、施設内には意見箱設置して意見が述べやすいよう配慮している。意見・苦情は会議で検討し、その結果を利用者・家族へ迅速にフィードバックする仕組みがある。

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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

平成23年4月開設した事業所であり、今回初めての自己評価を行い、福祉サービス第三者評価を受審した。現時点では、サービスの質の向上に向け、組織として取り組む課題を明確にし、実行していく進捗段階にある。各提供サービスの手順書は、併設入所施設の手順書を基準として整備し、サービスの確立・展開を実践している。PCネットワークシステム(クレヨン)が確立しており、職員は利用者一人ひとりのサービス実施内容をその都度携帯する端末機にて確認・記入するので、サービスの実施・記録の確実性が高い。また、PCネットワーク(サイボーズ)は職員間の情報共有・意見交換・連絡事項の手段としても有効に機能している。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

パンフレットの施設の概要紹介をはじめ、ホームページでは組織紹介・事業所の概要を詳細に公開しており、細部の情報提供に努めている。利用希望者のサービス開始前には、重要事項を書面上と口頭で説明した後、契約書にて契約の締結となり、さらに利用者・家族の意向を踏まえた個別支援計画内容を説明し、同意を得て、押印していただく行程を行っている。また、利用者・家族の意向や状況を把握し、必要に応じて、他の事業所との連携を図りながらサービスの組み合わせ等に努めている。サービス終了後も、組織として相談窓口・担当者の設置しているため、利用者・家族が相談できる体制となっている。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

個別支援計画作成手順書・個別支援作成フローチャートに従ってアセスメントを行っている。個別支援計画作成手順書課題設定に基づき課題を抽出し、利用者・家族の意向を踏まえた計画を策定している。個別支援計画は半年毎に定期的な見直しをすると共に、利用者の心身状態の変化や意向の変化により実施計画が適切でなくなった時点で、その都度、現状に即した計画を作成している。地域生活支援としては、情報提供・交換や相談対応等を通じて家族との連携を積極的に行う事や、個別支援計画の内容には地域生活に適用できる計画を策定・実施して継続的にサポートしている。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	① ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

各サービスの手順書は整備され、利用者一人ひとりの特性・力量に応じた場面場面での対応を個別支援計画に反映させている。個別支援計画には、それぞれに日中活動・余暇活動の中にエンパワメントに基づくプログラムがあり、本人の強みを活かした取組を実践している。また、家族と密に連絡・情報交換を行い、事業所での過ごし方が本人主体であるようにサポートしている。

日常の健康管理については、手順書に従い、アセスメントを行って個別支援計画に組み込まれる仕組みがある。提携する医療機関(病院・歯科)を定め、さらに法人専属の常勤医師を配置し、利用者には何かあれば迅速に相談・対応が出来る体制がある事は、利用者の安心・安全につながっている。

その他、どの項目についても、規定・手順書に基づいたサービスの実施・記録があり、適切なサービス提供が確認できる。