

〔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)障害者支援施設 シンシア豊川	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)寺部 美代子	定員(利用人数):80名
所在地:〒442-0863 愛知県豊川市平尾町諏訪下10番	TEL 0533-88-7500

③総評

◇特に評価の高い点

今年度で連続6回目の第三者評価受審となった。新施設長の下、改革と前進を考えたサービスの質の向上を図る体制も整い、今後は体制充実の進捗が大いに期待される。

新体制として、第一に「利用者視点」がある。あくまでも利用者視点にこだわり、利用者の期待と楽しみ、職員のひらめきと実行を反映させた個別支援計画を策定し、「個人」を見守り、尊重できる環境づくりを推進している。利用者の様々な訴えから展開されるサービスは、まさに利用者視点であり、利用者のやりがいと楽しみに直結することは言うまでもない。日中にどの作業(班)にも参加できない利用者に対して、新たに「うたごえ班」を設置し、日中活動の一環として、歌をうたう活動を実践したところ、特に高齢で班作業に参加できなかった利用者の精神の安定には多大な成果を上げることができている。また、新設のフラワー班も同様に、新しい土地の開墾ばかりでふさがちだった利用者の気持ちをくみとり、「目に見えて楽しめること」の職員のひらめきで、花壇を造り、色とりどりの花が咲くことを共に楽しむなど、一歩踏み込んだ工夫で、個人の楽しみや習慣に関わることを実現している。関わりが増えれば利用者の満足度も向上し、職員の経験値も向上することから、相乗効果の得られる取り組みとなっている。

継続して取り組んでいる利用者の班活動に関しても、年度ごとに進捗がある。今年度は特に園芸班が目ざましく躍進し、畑の収穫物を販売するまでになった。季節の野菜の販売は、施設を訪れる家族や地域の人の楽しみになっている。

◇改善を求められる点

2年連続して、自己評価がすべてa評価になったことから、施設の実践するサービスへの自信がうかがい知れる。PDCAサイクルの活用において、常に効果の検証を実行することが、現時点の充実した体制であることがよく理解できる。第三者評価項目の各項目についても、各年度で検証を行い、振り返りの自己評価を実施する体制は見事であることから、継続した取り組みを切望するばかりである。今後も、施設の提供するサービスが、こだわりの利用者視点であることを期待して止まない。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

「ご利用者の視点での個別支援」という法人としても、施設としても努力している点について高い評価をいただきたいことを感謝しています。

今後も現状に満足することなく、お寄せいただく期待にお応えできるよう、より一層の努力を続けさせていただ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、ロビーや居住スペースに掲示する等、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、事業計画の明文化で、ロビー及び居住スペースへの掲示を行い、家族や来訪者に対しても周知に努めている。

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

施設の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、3年に一度の更新審査を継続し、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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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、昨年度から継続している「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	Ⓐ ・ 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

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こそ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。今年度は特に、部署から全体へ広げた考え方を実践し、グループリーダーが中心で考えていた是正から、グループ全体、さらには施設全体で是正を検討する体制に移行した。

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 利用者地域との関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	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	① ・ 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	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	① ・ 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。相談支援事業を中心として、障害に関する無料相談を、言語聴覚士・精神保健福祉士等が専門的に受け付けたり、地域社会資源とのネットワークを構築したりと、地域との交流・連携を積極的に推進している。地域からの行事へのお誘い、新事業展開に関する希望等が寄せられる状況からも、良好な関係が推察できる。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

施設の理念・基本方針に利用者本位・尊重した福祉サービス実施を明示し、個人情報規程・個人情報取扱手順書等、各サービスの規定・手順書を整備し、適切に個別支援計画に反映させ、利用者一人ひとりの支援につなげている。また、定期的に関催する自治会(利用者主体)・保護者会や利用者の生活を良くする会(職員による)を通じて利用者満足に対する把握・向上に努め、今年度、利用者会に関しては、利用者会手順書を一部改正し、今まで以上に利用者主体性を配慮したものとなった。その他、苦情解決については、苦情解決規程に基づき苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員の設置し体制を整備している。苦情への検討内容・対応・結果を本人・家族等へ迅速にフィードバックするとともに、施設内に掲示して他の利用者・家族等に報告する仕組みがある。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

ISO・第三者評価を継続的に受審し、PDCAサイクルを継続・実施しており、積極的にサービスの質の向上に取り組んでいる。また、各サービスの手順書を整備し、詳細にわたって個々の個別支援計画に確実に反映させている。利用者のデータ管理は全てPCシステム(クレヨン)にて行っている。職員は端末機を携帯し、個々の個別支援計画内容・実施状況の確認をリアルタイムで行え、また同時に、自身の実施事項の入力も可能であるため、サービスの実施・記録の確実性が非常に高い。利用者の状況や職員間の意見・情報も随時社内メール(サイボーズ)にて共有できる等、サービスの質の確保に向けた体制がしっかりと確立している。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

施設の概要パンフレットや組織紹介・施設概要等をホームページで公開している。入所前にショートステイが利用できる事を同ホームページに掲載して、利用希望者に情報提供している。また、サービスの開始時には、重要事項説明を書面・口頭にて説明し、同意の上、契約書にて契約の締結をし、次に、利用者・家族の意向を踏まえ作成した個別支援計画の説明し、同意を得て、押印をいただく行程をとっている。サービスの継続性については、「退所者を支える組織整備手順書」を定め、利用者の希望・状態変化等にて施設の変更や家庭への移行の手続きを行っている。相談窓口・担当者を設置するとともに、サービス終了後も様子を伺うための定期的訪問の仕組みがあり、利用者のサポートに努めている。

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・個別支援計画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。アセスメント様式は、障害者支援施設の利用者の特性をとらえた独自の項目となっている。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、本人・家族の意向を反映させた計画を策定している。6ヶ月毎の評価・見直しと、利用者の意向・身体状態の変化があり、計画が合わなくなった時点で、その都度、現状に即した計画を作成している。また、ユニットプログラムを活用し、地域生活への移行支援を行っている。

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	㉠ ・ 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

各サービスの手順書を整備しており、個々の特性・力量に応じ、利用者の自己実現に向けたサービスが提供出来るように個別支援計画に反映させている。個別支援計画の内容には、日中活動・余暇活動等、個々に適したエンパワメントに基づくプログラムを用意し、施設の生活がその人らしくあるように、施設の理念・基本方針である「個人を尊重する」サービスの実施に努めている。健康管理については、アセスメントからの把握で、日常的な管理が必要であれば、個別支援に盛り込む仕組みがある。法人専属の常勤医師の配置で、随時相談・対応が可能であり、手厚い支援が、利用者・家族の安心となっている。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。