

〔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24日(火)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人コスモス福祉会 (施設名)あすか	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)堀 徳太郎	定員(利用人数):30名
所在地:〒491-0805 愛知県一宮市千秋町一色字東出26番地	TEL 0586-75-4680

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>第三者評価受審の現時点では、管理者が目指す事業所運営の効率化や近代化に関して、事業所全体にそれを受け入れるだけの機が熟していない面がみられる。さらに、事業所自体が現場主義で運営されている関係上、管理部門の手薄さは否めず、そのような中で管理者の孤軍奮闘、率先垂範の働きは目を見張るものがある。法人の長い歴史に比べれば、事業所は若々しく、成長の芽を存分に残している。今回の受審での学びや気づきを、事業所の改善・改革へとつなげていくことは容易であろう。</p> <p>一人の在宅者も出さないといった理念の下、重度の利用者も積極的に受け入れている。その中で障害特性に合わせて活動、喫食環境を分けるなどの配慮がみられる。コロニー解体による利用者の受け入れにも積極的で、既存事業の定員増や新規事業の創設等、様々な事業展開を検討しており、すでにケアホームの建設が準備段階に入っている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>現場主義で事業所が運営されており、利用者支援の充実度に比較して管理面の弱さが露呈している。事業計画に盛り込まれる各種の計画についても、精緻さを欠いたり文書化が省かれたりしている。実際の活動が記録に残されていなかったり、実施後の評価・検証の仕組みが機能していない部分が多々あった。P(計画)→D(実行)→C(評価)→A(改善)のサイクルを意識して、事業所運営の改革に取り組んでほしい。</p> <p>管理者に続く管理層の養成や、事業所拡大に伴う職員の補強も急務である。今回の評価受審で明らかとなった改善点の多くが、人材の不足を遠因としていることも事実であり、職員の育成面にも注力することが求められる。</p> <p>口頭にて職員間に伝えられてきたことなど、業務内容について文書化されずに曖昧になっている箇所がみられる。勤続年数が長く経験豊富な職員が多いため、ある程度は現状のシステムでも対応可能ではあるが、事故の未然防止や質をさらに高めるに当たり、様々な問題が発生することが予想される。今後については必要最低限の項目については文書化し、職員全員の意識統一を図ると共に更新を継続的に行なうことを望みたい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>事業所としても、法人としても初めての第三者評価で大変勉強になりました。</p> <p>総評にもあるように、今回の評価で管理面での弱さが明確になり、取りかかっている「支援マニュアル」の整備と共に、管理層の育成をはじめとする人材育成、特に職員個々の視野の拡大・意識向上に努力したいと思う。</p> <p>一方、他施設の状況を知ることができ、当施設が置かれている現状を客観的に見る手がかりになった。</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	a ・ (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	a ・ (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	a ・ 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	a ・ b ・ (c)

評価機関のコメント

事業所存立の基礎ともなる「運営理念」や、それを展開して事業所の進むべき方向性を具体的に示す「基本方針」が体系的に構築されておらず、「施設の運営方針」として包括的にとらえられている。
 これまで、事業所内で理念や基本方針の必要性が論じられたことはなく、職員や利用者等への周知活動も実施されていない。

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

評価機関のコメント

自立支援法への移行をはじめ、事業を取り巻く環境の変化は激しい。その時々、幹部職員によって中・長期的な展望が話し合われてはいるが、文書化して示されたものはない。
 事業計画の策定においても、文書化して職員や利用者等に示されたものはなく、職員会議での話題や口頭連絡にて済まされている。利用者等への周知に関しても、特別な取り組み事例はない。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

事業所自体が現場中心主義で運営されている関係上、管理面での手薄さは否めない。そのような中であって、管理者の孤軍奮闘、率先垂範の働きは、他の職員からも一目置かれる存在となっている。
 第三者評価の受審を推進したのも管理者であり、事業所運営の効率化、近代化を目指してはいるものの、事業所(職員)全体としては機が熟しておらず、十分に指導力を発揮するには至っていない。

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	Ⓐ ・ 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	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

管理者は、岩倉市自立支援協議会の委員や一宮養護学校の評議員を務め、療護施設会やコロナー解体ホーム連絡会にも参加して情報を得ている。また、心身協“エクスプレス”をも情報源として、事業経営を取り巻く環境の把握に努めている。
 自立支援新法への完全移行、コロナー解体に伴う受け入れ態勢の整備、定員増に伴う新人職員の養成等々、大きな課題は見えているものの、人材の不足もあって十分な取り組みとはなっていない。
 これまで外部監査は実施されておらず、今回の第三者評価受審が初めての外部者による事業所診断である。

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 ・ b ・ Ⓒ

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

評価機関のコメント

<p>具体的な人事プランが明文化されているわけではないが、管理者の思いは「管理層の育成・充実」である。職員育成に関する方針が事業計画の中に記述してあった。</p> <p>職員研修に関しても、体系的な研修システムはなく、唯一「初任者研修」だけが計画として取り上げられている。外部研修への参加もあるが、「出張命令書」の提出で完結しており、研修効果を評価する仕組みはない。</p> <p>実習生の受け入れ数が多いが、受け入れマニュアルが未整備であり、実習生の特性(資格種別)に応じたプログラムの用意はない。</p>	
--	--

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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ b ・ ㉑

評価機関のコメント

<p>看護師が不在時の対応マニュアルが作成されており、「個別対応・医師の指示一覧」も作成されている。大規模災害を想定した避難訓練を年間2回実施しているが、「夜間」、「降雨時」、「来客訪問時」等々、様々な条件を想定して実施することが望ましい。</p> <p>事故報告としては、誤薬(薬の飲ませ忘れ)が多発している。一つ間違えれば人命にも及ぶことであり、徹底した原因究明によって原因を明確にし、その原因を除去することが再発防止につながることを期待したい。</p>	
---	--

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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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

障害を持った利用者個人が、健常者と分け隔てなく社会生活を送ることを可能とする社会の実現を目指す“ノーマライゼーション”を推進するべく、地域との交流を大きな課題として取り組んでいる。盆踊り等の地域行事に積極的に参加したり、事業所内に「日曜喫茶」を開設して地域住民を巻き込もうとの取り組みもある。しかし、そのために必要な人的資源（職員）や用意するプログラムの不足もあって、見るべき成果を挙げるに至っていない。
必要な社会資源は、「社会資源マップ」にて明確になっている。コロナー解体による利用者の受け入れ準備に入っており、ケアホームの建設が計画されている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

一人の在宅者も出さないといった方針や利用者を尊重したサービスについて、これまで主に言葉で伝えられてきたが、支援者が共通理解をして支援に当たれるよう文書化を推進している。
利用者満足向上については、行事等の感想を利用者から聞き取り、運営会議、全体会議等にて発表する機会をもっている。さらなる利用者満足向上のため、聞き取った意見を分析・統計化し、その後の具体的な改善によってもたらされた効果を測定できる仕組みの構築が期待される。

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 ・ 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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

サービスに関する標準的な実施方法について、確認しておかなければならないことや留意する点等を中心に文書化を進めている。見直しについては、運営会議等の機会に実施しているが、更新の時期を定めるなど見直しの時期を定め、定期的にチェックや改善の機会をもつことが望ましい。

提供したサービスの記録は、「ケース記録」や「業務日誌」に詳細に記されていたが、作成した記録の一部は保存期間が明確になっておらず、記録の「管理基準」作成が急務となっている。職員間の情報共有については、事業日誌や引継ぎファイル等を活用するなどして、漏れなく引継ぎを行っている。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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

利用希望者に対して、事業所についての情報をホームページ、パンフレット等を通して広く公開している。ホームページでは事業所の紹介画像もあり、分かりやすく工夫されている。

他施設への移行については、支援の継続性に配慮するため、前担当者を窓口として同一法人の授産施設及びケアホームへ移行することが多い。それらの利用者に対しては、手厚いフォローアップが可能となっている。

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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業所で定めたルールに従って、アセスメント及び支援計画が作成されている。モニタリング、評価・変更等および職種間の横の連携については徹底できていない面もある。こうしたことを徹底するためにも、サービス実施計画策定、評価、見直しについての手順を明確にしておくことが望ましい。

地域生活への移行については、法人全体で積極的な取り組みを展開しており、ケアホームへの移行を目指した訓練を行っている。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

食事支援においては、アレルギー等の配慮すべき内容を表示したプレートをトレーの上に乗せ、職員間で食事に関する情報の共有ができるようになっている。喫食環境については、食事のスピードに配慮して食事場所を2箇所に分けている。健康管理については、看護師を4名配置するなどし、医療機関へ必要な通院ができるように配慮している。しかし、薬の取り扱いにおいて、複数件の誤薬等の事故が発生していた。薬に関するマニュアルはあるものの、その都度、事故原因の究明とマニュアルの改定がタイムリーに実施されておらず、再発を防ぐ取り組みとはなっていない。