

〔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：24地福第3－3号)
訪問調査 実施日：平成24年10月3日(水)

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)障害者支援施設あすか	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)：40名
所 在 地：〒491－0850 愛知県一宮市千秋町字東出26番地	
TEL：0586－75－4680	

③総評

◇特に評価の高い点 昨年度の第三者評価受審を機に、事業所挙げての改善の取り組みが活発に行われている。事業所内で課題を検討し、改善計画を「すぐにできること」、「工夫すればできること」、「予算化しないとできないこと」に整理し、達成期間、スケジュール、担当者を明記し、改善に取り組んでいる。 人事考課の制度を持たないことから、事業所独自に職員自らが自己点検できる「業務振り返りシート」の制度を導入する計画がある。また、職員を3つのチームに分け、それぞれのチームでテーマを決めて学習させ、その成果を発表させる「支援学習会」を年間4回開いている。 地域の福祉ニーズを明確にするため、平成16年以降の待機者リストに記載されている60名を洗い直し、地域の真の福祉ニーズをつかむ取り組みを実施した。そこから、ケアホーム建設の計画が具体化してきた。 サービスに関する標準的な実施方法について、本年6月に「支援マニュアル」として整備し、支援の標準化・均一化を図るとともに、留意する点等を中心に文書化を行なった。 地域との交流では、法人主体のイベント「コスモス祭り」が毎年開催されており、4～5千名の来場者でにぎわいを見せる。
◇改善を求められる点 事業所独自の中・長期計画が策定されていないことから、事業計画そのものも内容の乏しいものとなってしまう。第三者評価受審で得た気づきをも含め、職員意見の反映された中・長期計画の策定が待たれる。 管理者、職員が気づかないまま、様々な取り組みや支援が「実施段階」で完結しており、その後の評価、反省へと進んでいない事例が散見された。次回、次年度につなげるためにも、P－D－C－Aのサイクルを回す習慣づけを期待したい。 マニュアルに期待する事故の未然防止や質の向上、緊急時の対応等についてさらに機能させるため、次回の見直しの際には、項目の整理、必要な基準や数値の明記等を進め、より検索や管理しやすいマニュアルになることを

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

「法人の中・長期計画」のみだけでなく、それと連動した事業所としての中・長期計画が重要であると、ズバリご指摘をいただき、今後改善に努めていきたいと思います。 整備したマニュアルをきちんと活用できるための様々な工夫をご提案いただき、とても参考になりました。次回はさらなるステップアップを目指していきたいと思います。
--

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。

(別添)

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

前回の第三者評価受審を機に、新たな「支援マニュアル」が作成された。その冒頭に「理念」、「方針」を盛り込み、事業所運営のバックボーンとしている。

作成した「支援マニュアル」を全職員に配布しているが、職員ごとに意識の差がみられることから、十分な周知には至っていない。家族へは、「家族会」での説明を行ったものの、参加者が限られており全ての家族への周知には至っていない。利用者に関しても、利用者個々の理解力や判断能力の差に配慮した方法での伝達は行われておらず、十分な周知には至っていない。

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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
	Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

法人が作成した中・長期のビジョンはあるが、事業所独自の中・長期計画は策定されていない。

事業計画の策定はそれぞれの部門(個別班会議)で考察を加え、全体会議の場でまとめており、職員が主体的に参画して作り上げている。しかし、「平成24年度あすか事業計画」を見る限り、前年計画を踏襲し、若干の見直しを加えているだけであり、具体的な内容の肉付けが求められる。

職員、利用者、家族への周知に関しても、会議等での説明が主たる方法となっており、周知方法の工夫が期待される。

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	㉖ ・ 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 ・ ㉗ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c

評価機関のコメント

最終的な責任は管理者に存する事項であっても、支援の現場では自主性を尊重して職員の判断に任せている。「虐待防止法」をはじめ、法の求める適切な支援を担保するため、職員自らが自己点検できる「業務振り返りシート」を導入する計画が進んでいる。

昨年度の第三者評価受審を機に、管理者主導で様々な改革・改善が進んでおり、職員の意識の変革にもつながっている。職員を3チームに分けてそれぞれのテーマに沿った自主的な学習を行い、年間4回の「支援学習会」を開催して発表させたり、職員に利用者の家庭を訪問させて新たな気づきを得たりと、新たな取り組みの成果が出始めている。

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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ ㉗ ・ c

評価機関のコメント

法改正（「自立支援法」への完全移行）や、利用者の高齢化、医療依存度の高まり等、施設運営の周辺環境の変化を見逃さず、適切な施策を展開している。看護師資格を持つ職員を増員して医療的ケアが必要な利用者に応えたり、均一な支援を可能とするための「支援マニュアル」を整備したりと、つかんだ課題に対しての取り組みも十分である。

税理士や公認会計士による外部監査は実施されていないが、第三者評価を継続して受審することによって改善点を摘出し、提供しているサービスの質を担保しようとしている。

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 ・ ㉗ ・ 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 ・ ㉘

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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

「平成24年度あすか事業計画」から、医療チームの強化や職員の資質向上の方向性を読み取ることができる。管理者は、今後の事業運営上、人事考課制度の必要性を感じており、「業務振り返りシート」を使ってその一助にしようとしているが、法人内には人事考課制度の導入を検討しようとする機運がない。

有給休暇の取得に関しては職員ごとの偏りがみられ、休憩時間の確保と共に今後の課題となっている。

体系的な教育・研修の仕組みがなく、職員個々への落とし込みもない。教育・研修実施後に、「出張復命書兼研修報告書」の提出を求めているが、教育効果を検証するための仕組みはない。実習生の受入れに関しても、仕組みは構築されていない。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

利用者の安全を確保するための「支援マニュアル」が整備された。年間2回の防災訓練についても、そのうちの1回は夜間を想定して実施し、悪条件の中でのリスクを確認している。

「危機管理委員会」が設置され、事故の再発防止や、ヒヤリハットを分析して事故の未然防止の取り組みを行っている。ただし、ヒヤリハットの取り組みから上がってくる件数は少ない。

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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ b ・ c

評価機関のコメント

日常的に地域住民が事業所を訪問することはまれであり、利用者が地域と触れ合う機会は少ない。しかし、法人イベント（コスモス祭り）開催時には看板を作成したり、小・中学校にチラシを配布したりして地域にPRし、来場者は4～5千名とも言われている。 市と契約して「二次避難所」の登録をしている。地域を対象として始まった「日曜喫茶」に来客はほとんどなく、利用者だけの楽しみとなっている。 平成16年から漸増していた待機者リストの60名を洗い直し、地域の真の福祉ニーズをつかむ取り組みを実施した。当面、日中一時支援や短期入所支援の充実が急務となっており、ケアホームの建設は計画が具体化してきた。			
--	--	--	--

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	㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

利用者を尊重する姿勢については、「支援マニュアル」に表れている。特に虐待防止に関しては、運営会議等にて虐待を取り上げる等、予防処置を図るだけに留まらず、施設独自に日頃の支援等を省みるための「業務振り返りシート」の準備も進めている。 現場の職員がチームを作り、それぞれがテーマをあげて職員間の学びの場とする「支援学習会」を設けている。 プライバシー保護については、「支援マニュアル」に明記しているものの、現状では個人情報保護と併記する形となっており、プライバシー保護についてより理解が進むよう、個別・具体的に記述することが望ましい。			
--	--	--	--

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	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	a ・ ㉠ ・ 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

昨年受審した第三者評価の結果等を基に改善計画を作成し、「すぐにできること」、「工夫すればできること」、「予算化しないとできないこと」と項目立て、期間、担当者を明記し取り組んでいる。

サービスに関する標準的な実施方法について本年6月に整備を行い、支援について留意する点等を中心に文書化を進めている。見直しについては毎年6月に実施することとしており、次年度以降も継続して実施していくことを期待したい。

各支援等について、具体的に明記している箇所を質問した際に検索するのに時間を要した。次回の見直しの際には、項目の整理、必要な基準や数値の明記等、より検索しやすく、管理しやすいマニュアルに改善されることも併せて期待したい。

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

事業内容についての情報を、ホームページ、パンフレット等を通して利用希望者に対して広く公開している。ホームページ作成に利用者も関わっており、分かりやすい内容となっている。

前回の調査時から、他施設へ移行した利用者はいないが、「支援マニュアル」に移行後のフォローアップに関する手続き等について明記しておくことが望ましい。

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	a ・ ㉠ ・ 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

アセスメントについては年度ごとに点検し、「アセスメント変更表」にて変更点を記載(変更の無い場合についても変更なしと記載)している。支援計画の作成、モニタリング、評価、変更等については、「支援マニュアル」にその手順を記載しており、利用者の最新の状態や意向が計画に反映されるように配慮されている。しかし、職種間の連携について徹底できていない面も見られることから、職種間のインターフェースの課題が浮かび上がっている。

地域移行については、法人にて次年度ケアホームを新たに設置する計画を持っており、移行の候補対象者に対して事前訓練を実施している。

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	㉠ ・ 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	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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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

前回の第三者評価受審を機に、マニュアル整備をも含めて、支援の充実が著しい。ただし、前回の受審以降においても、薬の取り扱いにおいて複数件の誤薬等の事故があった。年度当初や年度末等、職員の入れ替わり時に事故の件数が増えている。「利用者が食事の席を移動してしまい気がつかない」等の分析はされているものの、その都度十分に改善(原因を除去)されていないため、類似事故を繰り返すことになっている。現在、服薬手順等について看護師、危機管理委員会を中心にマニュアルを改めており、今後の改善に期待したい。