

〔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12月6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 サービスの質の向上に取り組む姿勢と意識の高さは継続的に評価できる点である。今年度の施設長ヒアリングは、人材育成と成果に終始した。「利用者のために」を基本としたぶれる事のない施設方針を貫き、職員との「適切な距離」を実践した今年度、施設長の言葉と笑顔には大きな達成感が感じられた。指示・指導の時期は終わり、職員に苦勞をしてもらう時期が来た。という施設長の言葉には職員に対する厚い信頼感がうかがえる。 ①一ヶ月面談の実施 早期の相談、迅速な解決の実現に功を奏した。 ②ヒヤリハット活動の充実 年間1500を超えるヒヤリハット提出は、職員の意識向上が十分に理解できる結果であった。分析技術も向上し、是正活動は、利用者の安全に大きく役立っている。また、職員に失敗は向上の元になるという意識が根付く活動となり、事実を明らかにして、失敗を繰り返さないための報連相の理解にもつながっている。 ③手順書通り、個別支援計画通りの支援提供 当たり前のことができていない課題として、初心に戻った取り組みを行った。成果としては、手順書の見直し、手順書の変更等が職員主導で実施できるようになったことである。指示をしなくても、施設長に見直しの相談と報告が届くようになった。 「報告」「連絡」「相談」の基本の徹底が、指示と指導ではなく、職員主導の成果として機能し始めた点を今年度特に評価できる点として特記したい。 ◇改善を求められる点 第三者評価を継続受審し、熱心に自己評価にも取り組む中、全項目a評価を継続するパワーを評価したい。日常的な課題抽出、迅速な課題解決の取り組みこそが、施設のサービスの向上に直結するものと理解できることから、今後も現状に満足しない継続的な改善活動に期待したい。職員が熱心に取り組むQC活動、各種委員会の熱心な取り組みと成果にも期待が持てる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

職員主導の様々な実践を評価していただいたことは、職員一同励みになります。 今までの取り組みを継続しつつ、新たな課題にも迅速に対応できるよう努力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	㉠ ・ 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

法人理念・基本方針を明文化し、法人一体となって取り組むISOの、年度ごとに策定する品質目標の目指すところとしての位置付けがある。また、理念及び基本方針を明示した品質カードを全職員に配布し、携行させて周知を図るとともに、人事考課の項目に「理念の理解と徹底」を定め、自己の振り返りと管理側の指導を徹底している。利用者等への周知に関しては、理念・基本方針をロビー掲示板に掲示するほか、住居スペースに掲示する等を行っている。特に利用者に対しては、理念実践を日常の支援で伝えて行く職員意識の統一がある。

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

法人全体の中長期目標→全体目標→施設・事業所マネジメント計画策定の仕組みが機能している。ISOの取り組みを基本にした仕組みづくりが功を奏し、組織的な体制作りは万全と言える。職員周知については、年次計画を各自の行動計画内容への落とし込みを行い、毎月の面談で計画達成の進捗を確認している。利用者等に対しては、事業計画のうち、直接かかわる部分が施設行事となることから、利用者を活用して周知を行い、希望や意向の聴取を行ってさらに充実した計画実行となるように取り組んでいる。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

ISOの仕組みの中にある、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、ISO基本研修の際に表明をしている。サービスの質の向上が「利用者満足」「職員満足」「施設満足」であることをよく理解し、人材育成・業務改善・事故予防等、サービスに直結する改善に熱意をもって取り組んでいる。管理者が取り組んだ「職員との適切な距離」は様々な現場で成果を上げ、毎月面談の成果、報連相の成果、各種手順書の変更による成果等、職員の認めるところとなっている。

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

評価機関のコメント

事業経営をとりまく環境については、社会福祉事業全体の動向について、相談支援事業を通じた情報収集が主になっている。自立支援協議会の幹事施設としても同様に、常に新しい情報が収取できる仕組みがある。また、経営環境の適切化の工夫として、平成19年度から実施している毎月決算の取り組みで、翌月に改善すべき課題を抽出する仕組みもある。また、法人に一番の成果をもたらしたのはISOを基本とする体制作りであり、コスト削減や人材育成等は経営環境に直結する成果となっている。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

運営規定に定める人員体制を元に、具体的なプラン作りと人員配置を適切に行っている。人事考課については目的を職員の資質向上に定め、行動考課表の自己評価を各自が実施し、管理者がフィードバック面接を行っている。前期目標達成状況と今期目標設定で、職員の意識を高めている。また、職員の質の向上に対する取り組みの意識は高く、品質教育訓練規程に定める研修実施と効果測定・評価の継続がある。

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

各種手順書を整備し、利用者の安全確保に努めている。毎月の避難訓練の実施、消防署や地域を巻き込んだ大掛かりな訓練の実施等、積極的に取り組んでいる。今年度は地域施設群の幹事施設を務め、さらに意識を高めている。リスク管理については、ヒヤリハット活動を主とし、今年度も1500件を超えるヒヤリハットの分析を行っている。内、是正処置10数件、予防処置数件の実績は、利用者の安全確保へ確実に繋がっていると言える。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

相談支援事業を通じ、言語聴覚士や精神保健福祉士による相談対応を行っている。また、緊急時の短期入所受け入れにも柔軟に可能な限り対応し、施設が有する機能還元と地域のニーズ対応に努めている。また、地域ボランティア受け入れや地域行事参加等、利用者が地域とつながり続ける機会を大切にし、取り組んでいる。施設が地域の社会資源となるように、市と連携して福祉避難所の指定も受けている。

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	㉠ ・ 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

法人理念・基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。また、個別支援計画に具体的な支援内容として反映し、職員間で周知共有するとともに、利用者・家族に説明を行っている。個別支援計画実施については、支援ソフト「クレヨン」の駆使やサイボウズの活用で、周知・検証等を効率よく的確に行い、利用者満足の得られる支援提供を実践している。「利用者の生活をよくする委員会」設置や利用者会設置も、利用者の意向や希望聴取から実現までを確実化し、利用者満足につながっている。
--

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

個別支援計画は6カ月毎に見直しを行っている。計画実施中は、担当職員によるモニタリング結果の分析、目標に対する達成度の数値化、課題抽出結果等を個別支援計画に記録し、次期個別計画に反映させる仕組みがある。記録は支援ソフト「クレヨン」を主とし、今年度は施設品質目標に掲げた「未入力率低減」に向け、研修等を実施しながら熱心に取り組み、成果を上げている。利用者の状況等の周知・共有に関しては、支援ソフトの他に法人ネットワークシステムとして活用のあるサイボウズを駆使し、確実な伝達と確認を徹底している。

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

ホームページの公開や相談受け付け、短期入所利用等、相談支援事業と連携しながら適切に情報提供を行っている。短期入所利用は施設サービスを経験できる仕組みとして活用し、利用者や家族が納得して利用できるように配慮している。サービスの継続性に配慮した対応としては、施設変更や家庭移行等を主に「退所者を支える組織整備手順書」を定め、サービスが終了したのちも利用者が相談できるように、窓口を設置している。

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	㉠ ・ 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

利用者の主体性を重視した個別支援計画となるように、利用者からの意向や希望の聴き取りに取り組んでいる。意思伝達に制限のある利用者に対しても、日常的な関わりを通じて、コミュニケーション手段や利用者からのサインの受け止めで意思疎通を工夫している。計画→実施→モニタリング→評価 のサイクルが機能し、6カ月毎の見直しを確実に実施している。支援ソフト「クレヨン」の活用で、毎日の支援実施記録や課題、担当職員の感想や意見を記録し、見直し時に時期個別新計画に反映させている。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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行われている。	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

利用者尊重と利用者主体のサービス提供は、法人理念に帰結する取り組みである。利用者の能力や特性、意向や希望を重視した個別支援計画策定、標準的な適切なサービス提供を目指す各種手順書、支援ソフト「クレヨン」とサイボウズを活用した、利用者の状況や状態のリアルタイムの情報共有等、利用者を支える意識の高さは随所で認められる。課題を見つけては解決して行く取り組みも、効果の検証の取り組みと併せ、確実に利用者支援の向上につながっていることが理解できる。今年度の「利用者の希望」実現として、旅行の実現、工賃支払の実現という実質的な取り組みの他、利用者の思いであった「自分にできる事」の実現として、東日本大震災募金を行う等、利用者の気持ちに配慮した支援を実現している。