

〔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)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>開設から2年目を迎え、利用者数も増加し、にぎやかな日常支援の場となった。在宅からの通いの施設として、利用者本位の手厚い支援提供を目指し、支援の場が利用者と職員の馴染みの場となるように、利用者と職員がいろいろな工夫を重ねて居場所づくりを行っている。地域の重症心身障害児(者)の利用ニーズに応えての事業展開であったが、現時点で、法人の目標に対し、まずまずの成果であると言える。</p> <p>○記録の充実に対する取り組み</p> <p>支援ソフト「クレヨン」導入も進み、併設入所施設と同レベルで個別支援計画に沿った指示出しや支援経過、実施記録を端末操作できるように、システム開発を行っている。現在はアナログ対応で記録を行い、記録の大切さを学ぶ研修に参加したり、文字記録での充実を図ったりと、職員周知・同意識での改善に取り組んでいる。</p> <p>○連携の強化</p> <p>利用者が増加するにつれ、関係機関・施設との連携が必須になって来た。在宅で暮らす障害を持つ人と家族が相談に訪れる、相談支援事業所との連携を強化し、サービスを利用しようとする人に適切な情報提供ができるように努めている。また同時に、地域からの利用者の増加に伴い、利用者が地域とつながり続けられるように、地域との連携強化も課題として取り組んでいる。</p> <p>○手順書の作成</p> <p>昨年度の課題であった、標準的なサービスの手順書作成と設置は順調に進捗し、個別支援計画にも反映ができるようになった。現場の支援重視の手順書は、職員が拠り所とするものであり、見直し・手直しも職員主導で実施している。手順書の見直しがあると、個別支援計画書に反映した部分にも変更願が出るほど、浸透している。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>継続した取り組みとして期待したいのは、進捗中の手順書の完成である。開設からの経過年数を考えれば、十分に施設努力は認められるので、決定した方向性を見失うことなく、さらなる取り組みが期待される。今年度、特に評価の高い点にあげた他の事例についても同様に、職員主導の継続した改善・改革が期待される。地域連携強化については、自己評価で最優先課題としていることから、今後ますますの取り組みの充実を願うところである。</p>
---

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

ご指導いただいた手順書の整備を完結させ、標準的なサービス提供が行われるようにしていきたいと思います。また、地域連携を強化し、ご利用者が安心して地域生活を送れるようサポート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。

# 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	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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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っている。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し広く周知を図っている。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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	① ・ 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	① ・ 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、利用者会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	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

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。今年度は特に施設内研修に取り組み、ヒヤリハットから上がった課題を研修内容に取り上げ、再発防止の意識改革に成果を上げている。

## 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

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集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	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

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	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	① ・ 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	① ・ 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、併設の入所施設と行動で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て取り組み、内容の分析・未然防止策検討を重ねることで、利用者の安全確保と事故防止に努めている。

### 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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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

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、見学や実習受け入れ、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、取り組んでいる。地域との連携については、施設の課題の一つとして取り組みが始まっており、今後の進捗に期待するところである。

### 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

理念・基本方針には、利用者の尊重を基本とするサービスの姿勢が明示されている。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に詳細に盛り込むことで、日々のサービス実施に反映している。また、毎月開催する利用者会・給食委員会等で利用者の希望・意見を拾い上げ、行事・プログラム等に活かして利用者満足の向上に努めている。その他、相談・意見が述べやすいように相談窓口と担当者を設け、重要事項説明書に明記して利用者・家族に説明するとともに、事業所内に意見箱を設置して万全を期している。把握した意見・苦情は会議で検討し、結果(検討内容・対策案)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	㉠ ・ 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

定期的に自己評価を行い、第三者評価を受審を継続している。取り組む課題を明確にし、PDCAサイクルに基づいて改善策・計画を立てて実践し、サービスの質の向上に努めている。また、各サービスの手順書を整備し、細部にわたり個々の個別支援計画に反映させている。データ管理はPGIにて行っており、支援ソフト「クレヨン」を活用し、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端末機で確認・記入が可能である環境で、利用者ごとの個別支援計画に沿ったサービス提供の確実性を高めている。その他、ネットワークシステム「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

施設の概要を紹介するパンフレットや、ホームページで情報を公開し、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、重要事項を口頭で説明した後、契約書にて契約の締結となる。また、サービス開始時には利用者・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。サービスの継続性に配慮した対応については、利用者・家族の意向や状況を把握し、必要に応じて、市役所や他の事業所との連携を図り、本人・家族確認しつつサービスの利用調整に努めている。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	㉠ ・ 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

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いて課題を抽出し、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	㉠ ・ 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	㉔ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	非該当
	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	非該当
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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	非該当
	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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

利用者が本人主体の日常を過ごせるように、利用者の希望を大切に、家族・医療機関・地域等との連携を深め、それぞれが同じ視点でサポートできるように心掛けている。各サービスに手順書を整備し、利用者の希望・特性・力量を把握して、各場面の留意点として個別支援計画に盛り込み、常に安定したサービスを提供できるように努めている。日中活動の中には、エンパワメントに基づくプログラムを取り入れ、利用者自身の力を活かす機会を設けている。健康管理については、利用者それぞれのかかりつけ医との連携を図るとともに、希望があれば併設の入所施設での外来受診も可能であるので、利用者の状況や状態での柔軟な対応ができるのは心強い。また、緊急時の医療機関への受け入れ体制も整備し、利用者と家族の安心に込めている。