

〔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22年9月29日(水)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人さわらび会 (施設名) 珠藻荘	種別:(施設種別) 生活介護・短期入所・施設入所支援 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 施設長代理 副施設長 田中 力	定員(利用人数): 50名
所在地:〒444-1313 愛知県豊橋市野依町山中19-12	TEL:0532-47-1050

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>施設の開設から30年が経つが、法人創設以来の一貫した理念のもとに利用者を中心に据えた支援が行われている。施設長、副施設長が自らの役割を十分に理解して運営にあたっており、連携しての事業運営は円滑に運んでいる。特に副施設長は当施設の元利用者であることから、法人(施設)と利用者との橋渡しの存在となっている。</p> <p>地域との交流については、双方向の取り組みが順調に推移しており、地域での社会資源として広く認識される存在となっている。利用者も講師として参加する「出前講座」は昨年度19回開催されており、自治会が主体となる「福祉村キャラバン隊」は実に18年目を迎えた。地域の小・中学生を対象とする「福祉作文コンクール」には300通を超える応募がある。</p> <p>利用者の高齢化や身体障害の進行によって支援の質(作業、余暇活動、外出支援、食事・入浴・排泄介助等)が変化してきているが、理学療法士によるリハビリに支援員を立ち会わせるなど、全員体制で課題に対処しようとしている。手足が不自由で車いす生活の利用者が、口に絵筆をくわえて油絵の大作に挑んでいる。大手企業から、「春・夏・秋・冬」の4部作の発注を受け、現在「秋」を制作中であった。一作に1年余を費やすという創作活動による心身の消耗は計り知れない。健康を害さず、1日専ら4部作が完成することを願いたい。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>支援の現場での充実度と比較して、文書・記録面での整備の遅れが目立つ。「障害者自立支援法」への移行を済ませているが、詳細部分でのマニュアル等の見直しが完結していなかった。</p> <p>それぞれの事業や取り組みが綿密な計画に沿って実施されているが、終了後の評価・検証のシステムが機能しておらず、次年度(次回)実施への反映が薄いものとなっている。主要な取り組みについては、P-D-C-Aのサイクルを意識することも必要となろう。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>創設30周年を迎えるにあたり、今回、はじめて第三者評価を受審いたしました。当法人の理念である「みんなの力で、みんなの幸せを」が、いかに重要であるかを再認識を致しました。そして、障害者施設の果たす役割も再確認できました。</p> <p>支援内容については、障害特性や年齢等、個々の状態に応じた介護、生活支援を一貫して行ってきたことが利用者の満足に繋がっていることを職員一同、嬉しく感じております。しかし、急速に変化する福祉施策への対応や、利用者の重度高齢化等の課題もあります。今回の評価結果を真摯に受け止め、不十分な点は早急に改善し、課題解決に向けてより一層励んでゆきたいと思っております。</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	Ⓐ ・ 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

施設が誕生して30年を経過したが、開設当初からの基本理念を一貫して踏襲しており、時代や制度は移り変わりをみせても、その精神はゆるぎないものとなっている。
 身体に障害を持つ副施設長は、かつて利用者として入所していた経歴があり、利用者の声を拾い上げるだけでなく、法人の意向を正しく利用者に伝達することを自らの使命と感じている。理念や方針だけでなく、様々な情報が副施設長を経由して利用者に届けられる。

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	a ・ b ・ ㉔
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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

単年度の事業計画は詳細に作成されていたが、その基となるべき中・長期計画が明文化されていなかった。
 職場を代表する形で主任会議が開催されており、その場で事業計画が策定されている。しかし、年度途中での計画見直しや年度終了時で体系的な評価を実施する等の仕組みはない。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

施設長、副施設長ともに自らの役割を十分に理解し、「自立支援法」をはじめ関係する法令の遵守のために職員に対する研修も随時行っている。
平成19年にいち早く新法への移行を成し遂げ、職員配置が手厚くなったことから、様々な改善が可能となった。ただ、年配の職員が一定の割合を占めており、電子化、OA化、省力化等の諸施策が足踏みする場面も見られる。

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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉑

評価機関のコメント

利用者の入所期間の長期化による重度化、高齢化が顕著になっており、そのため当該事業所のサービスの枠を超える部分での対応の必要性が出てきている。法人内での利用者移行は当該事業所が核となって進められており、病院や老人介護施設との移行事例もある。
利害関係のない公認会計士等と契約しての外部監査は実施されておらず、法人運営並びに事業経営に関しての透明性は担保されているとは言えない。

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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ b ・ Ⓒ
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

処遇面への適用を主目的とした人事考課が行われているが、それを利用して職員個々の教育・研修の必要性への言及や目標管理への展開は見られなかった。人事考課に際して、職員による自己評価や上司面接も行われていない。平成22年度の事業計画には、職員に対する教育・研修の具体的な計画が織り込まれていたが、必要な人材に関する具体的なプランや基本的な姿勢を示すものではなかった。研修実施後に教育効果を評価する仕組みはない。実習生の受け入れについては、前年度の反省を基に、毎年改善策を講じながら積極的な取り組みをしている。

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

全ての利用者が何らかの身体的な障害を持っていることから、災害時の対応には細心の注意を払って取り組んでいる。開設当初は2階からの非常階段が避難経路となっていたが、車いす利用者が多いことから、現在では頑丈な橋が架けられており、避難に階段を使用する必要はなくなっている。事故発生時には「事故報告書確認表」が作成され、原因の究明と再発防止策の検討・実施に加え、対処策の有効性を検証するチェックシステムが運用されていた。「ヒヤリ・ハット」の活用については再考が必要か。

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	Ⓐ ・ 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

<p>創業以来の理念である「みんなの力で みんなの幸せを」の“みんな”とは、利用者、職員にとどまらず地域の人たちをも含んでいる。取り組み(イベント)の種類ごとに、施設の周辺地区を対象としたり、市内全域を対象としたりと、一般住民を巻き込んだ数多くの施策が打たれている。</p> <p>市内の小・中学生を対象とした「福祉作文コンクール」には、実に300通を超す応募があった。啓蒙事業の一環として年間19回の出前講座を開き、利用者も講師として一翼を担っている。自治会が主体となって推進する「福祉村キャラバン隊」の活動は、18年目を迎えてますます充実した取り組みとなっている。</p>			
--	--	--	--

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	a ・ Ⓑ ・ 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	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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>利用者からの意見や要望については、自治会や利用者参加の委員会などで取り上げられ、その具体的な要望などについては、かつて施設利用者であった副施設長が、確固たる利用者の視点をもって、組織的に対応している。</p> <p>家族会においても、年3回実施され、毎回半数以上の出席があり、その意見や要望などの情報収集に努めている。苦情窓口についても、施設の分かりやすいところ掲示されている。苦情が挙げた場合も、利用者、職員双方から話を聞き、職員研修を行うなど対応している。また、利用者間の苦情については、その日の内に改善できるものについては、その日の内に解決していくようにしている。虐待や身体拘束についても委員会にて協議し、全体に周知している。</p>			
---	--	--	--

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

ヒヤリハット報告を、リスクマネジメントだけでなく、自分の仕事に対する評価の材料として用いており、サービスの質の向上に役立っている。
 利用者の個々の状況については、個人実績記録に行動の変化を記入し、朝礼や夕礼時などの機会を通じて共有化を図っている。サービス提供についての不備については、ヒヤリハット報告や事故報告を用いて、組織として改善に取り組んでいる。
 各種サービスのマニュアルについては、見直しの必要性が生じているため、現在修正している。

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	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

重要事項説明書、契約書に必要事項が記入され、利用者や保護者の同意もとられている。障害者生活支援センターも隣接しており、必要な情報は提供している。
 病院などへの移行についても、必要な情報提供は行っている。

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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

個別支援計画が各利用者ごとに策定されており、定期的に見直しもされている。計画の策定にあつては、会議への本人参加により利用者本人の意向も反映されている。各利用者の情報についても、必要に応じて、個人実績記録に行動の変化を記入している。

地域生活への移行については、過去に副施設長が、地域生活へ移行された実例があり、その際は法人全体でバックアップした。最近での実例こそないが、地域移行委員会が設置されており、情報提供などが行われている。

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	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	㉒ ・ 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	㉒ ・ 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	㉒ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉞ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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

施設生活においてもできるだけ家庭に近い雰囲気大切に、食器も陶器を用い、食事には選択メニューを取り入れている。創設者が医師であることから、毎日の検温や通院、投薬など健康管理については重点がおかれ、複数の看護師と介護職員が連携して行っている。誤投薬もかつてはあったが、改善を重ね現在ではほとんど無くなっている。

利用者の障がいの重度化、高齢化が進む中、入浴の回数や時間、食事の時間、日中活動のメニューなどを適切に変更し、利用者の状況を把握したうえで個を尊重しようとする支援に努めている様子が伺えた。

安眠のための支援等、ハード面を原因とする部分での課題は残っている。