

## 〔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23年12月1日(木)

### 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)あかね荘	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)藤田 聡一郎	定員(利用人数):50名
所在地:〒441-8124 愛知県豊橋市野依町字山中19番地12	TEL 0532-48-2825

### ③総評

#### ◇特に評価の高い点

現管理者が2年前に着任し、様々な改革に着手した。法人共通の理念である「みんなの力で みんなの幸せを」に基づいた支援を確実にするため、規定やマニュアル類の整備が進められた。これによって、支援に必要と思われる手順はほぼ文書化が終了していた。

「あかね荘経営改革2009～11」で計画を策定し、「あかね荘の昨日・今日・明日」によってその計画の評価・検証を行い、事業所の今後の課題を明らかにしている。

基本理念－経営方針－事業計画(重点項目)の連結ができており、事業計画策定時には、職員アンケートを実施して広く職員の声を拾おうとしている。事業計画を円滑に推進するため、「荘内業務分担表」が作成されており、31の業務に職員が割り振られている。

各種会議が定期に開催され、組織的かつ機能的な施設運営と適切な福祉サービスが提供されている。サービス内容が利用者個々に明示されている「A6カード」を各活動場所に設置し、支援計画と活動の連結を図ったり、利用者の理解力を増すために、説明に写真を多用したりと、工夫を凝らした取り組みがみられる。

食事介助の有無を明示するための利用者名をテーブルの上面に記載せず、椅子背面の目立たないところに明示するなど、きめの細かい工夫もされていた。食事を味だけでなく、適切なサービスを以て美しく提供することへのこだわりが存在している。

#### ◇改善を求められる点

理念、方針、事業計画等、職員への周知に比べると、利用者及び家族への周知の深度が浅かった。利用者による自治会や家族会も定期に開催されているが、重度利用者の意見や要望をくみ取ることに関しての有効な手段がなく、課題として残されている。

「地域との共生」を謳い、市と協定した大規模災害時の「福祉避難所」登録はあるが、地域の福祉ニーズを把握して、積極的に事業展開につなげていこうとする取り組みには至っていない。

活動の中には、計画を実行した事実は確認できても、評価(効果測定、課題の抽出等)の仕組みが構築されていないものが散見された。職員研修、防災訓練等である。次回計画を適切なものとするためにも、P-D-C-Aのサイクルを意識した取り組みが望まれる。

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

法人理念を実現するため、規程やマニュアルを整備したこと、またそれらを効果的に機能させる仕組みを評価頂き、大変参考になりました。

当施設の行ってきた改革の振り返りと今後の課題についての気づきの機会が得られたことは大きく、これを機会に利用者への周知や、評価の仕組み等の改善を行い、今後のサービスの向上に努めていく所存です。

### 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	a ・ ② ・ c

### 評価機関のコメント

法人共通の理念である「みんなの力で みんなの幸せを」が、事業計画書や事業報告書の冒頭にも記載されており、事業所職員への浸透が図られている。毎期、この基本理念に基づいた経営方針が策定されており、事業計画を策定する上での枠組みを示している。  
これらの理念、方針を利用者や家族に周知させるための特段の方策は取られていない。

### 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	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	a ・ ② ・ c

### 評価機関のコメント

「中・長期計画」との表題はないが、「あかね荘経営改革3ヶ年計画(2009～2011)」があり、「あかね荘の昨日・今日・明日」と題する平成20年度から平成23年度に至る事業所運営の経緯と検証、予測を含んだ文書もある。  
単年度の事業計画は、職員の意見反映を目的とした「職員アンケート」を実施して情報を収集し、幅広い分野の計画が盛り込まれている。  
利用者へは行事計画を中心として周知が図られており、事業所の運営全般には亘っていない。

### 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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者は外部から招聘されての着任であるが、着任早々これまでの「あかね荘」に欠落していた部分(手順、規定類の整備や文書化等)の改革に着手し、2年が経過した現時点で多くの成果を見ている。第三者評価受審についても、24年度に実施が予定されていたものを1年前倒しで受審する等、サービスの質の向上に対する積極性が顕著であり、広範に亘っての改善意識も高い。

### 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	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	㉑ ・ b ・ 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

事業所の置かれた環境を、「あかね荘の昨日・今日・明日」が詳細に語っている。将来に亘っての事業所の課題にも考察が加えられ、事業所の今後の方向性を示している。  
法人経営及び事業所運営に関しての透明性を担保し、提供するサービスの質の向上に資するべき外部監査の実施はない。

#### 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	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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ 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 ・ 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	㉑ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

新事業体系(生活介護)に移行したことによって人員配置が厚くなった。そのため、「早期に職員の養成・充実を図る必要性」が生じており、計画の中にもその記述が確認できる。しかし、必要な人材に関する具体的なプランの作成には至っていない。法人が定めた人事考課制度はなく、事業所独自の基準で勤務評定を行っている。研修計画が作成されており、実施後は「復命書」を提出させているが、その教育効果を評価する仕組みは構築されていない。実習生受け入れについては、「(社会福祉士)実習指導者研修」の受講済み職員を核として、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	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	㉑ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

緊急時に対応するためのマニュアルは整備されている。夜間を想定した訓練を含む防災訓練を繰り返し行い、利用者・職員の習熟度を高めているが、実施後の評価(記録)や課題の検出が十分とは言えなかった。誤薬事故(飲み忘れ等)が続いたため、勤務体制(責任体制)を整え、手順を変更して再発の防止を図っている。

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

#### 評価機関のコメント

経営計画の中の経営方針に「地域との共生」を謳い、事業計画の重点事項としても「地域福祉サービスの推進」掲げる等、地域との交流を重視した方向性が見えるが、具体的な取り組みは十分とは言い難い。  
市と協定を結び、大規模災害時の「福祉避難所」として登録したり、利用者が不明になった場合の対策として、地域に配布する最新の写真(全身及び顔写真)を用意するなどの取り組みがある。ただ、積極的に地域の福祉ニーズを調査して、事業展開につなげようとする動きは活発ではない。

### 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

利用者本位のサービスの実現に向けて、「あかね荘職員行動規範」に具体的でわかりやすい職員の行動が明示されていた。個別支援計画においても、利用者本人のストレングスや要望に着目した様式となっていた。具体例として、ホームへの移行を希望される利用者の計画において、完全移行とはならなかったものの、日中サービスの移行は実現された事例を確認した。

苦情解決について、施設内に相談窓口の案内も掲示されていた。利用者による自治会や家族会も定期に開催されており、そこでの意見や要望を日々の活動に反映させる仕組みが整っていた。ただ、重度利用者の意見や要望をくみ取ることに有効な手段がなく、職員の力量不足が課題として挙げられている。

### 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

各種会議が定期に開催され、組織的かつ機能的な施設運営と適切な福祉サービスが提供されている。特に支援会議や職員会議では、サービス管理責任者、看護師、支援員、栄養士などの関連職種の参加により、個別支援計画やその他利用者支援に関わる連絡調整、改善、周知等が可能となっている。

あかね荘職員であっても、ケアホームでの勤務も行う体制をとっており、それぞれの利用者の日中及び夜間生活情報を共有するだけにとどまらず、各事業の専門性をお互いに認識できるものとなっていた。サービスの記録の管理において、日中の様子を、日中勤務職員がまず手書きにて記述し、それを夜勤職員が、コンピューターヘデータ入力をするという仕組みがとられていた。これは、入所施設特有の時差勤務による弊害(担当外の利用者への関心の低下、情報共有意識の希薄化)を防ぐ有効な手法であると思われる。

### 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

重要事項説明書、契約書、個別支援計画書など必要な書類は整備されており、利用者の同意も得られていた。施設移行後においても、相談窓口が設定されていた。同一法人内に老人施設もあり、その移行も実事例として確認することができた。

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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

個別支援計画はアセスメントに基づき策定されており、見直しの時期についても明確化されていた。  
 個別支援計画におけるサービス内容が個人毎に明示されている「A6カード」を各活動場所に設置し、個別支援計画と日々の活動とが連動するよう工夫されていた。見直しについては、作業日誌、教室活動日誌、給食日誌などサービス提供の記録から情報を収集し、支援会議でサービス管理責任者や生活支援員、栄養士、看護師等との連携において検証されていた。  
 地域移行については、同一法人内にケアホームがあることから、希望者には体験も実施されている。職員間、施設間の情報共有もしっかり行われていた。

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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されている。	障 74	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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

自閉症の利用者への支援方法として写真を活用した表が掲示しており、特性に合わせたコミュニケーション方法についての工夫を確認することができた。食堂には利用者を書いた手書きの献立表が掲示しており、生活支援員ばかりではなく、栄養士や調理員もそのエンパワメント発現に携わっている。食事については、栄養ケア計画や嗜好調査が実施されていた。食事介助の有無を明示するため、同種の多くの事業所で利用者名をテーブルの上面に貼ることが多く見られる中、ここでは椅子背面の目立たないところにそれを明示するなど、きめの細かい工夫もされていた。食事を味だけでなく、適切なサービスを以て美しく提供することへのこだわりが存在している。

居室やトイレ、廊下等、開所から30年近く経っていることから、物理的制約からは免れないところであるが、居室の拡張工事、トイレの引き戸設置、廊下床面の数回の改修工事なども行われ、そこにも、利用者の生活の質向上に対する確かな姿勢が見て取れた。