

## 〔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20日(火)

### ②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人愛知県厚生事業団 (施設名)愛厚藤川の里	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)熊谷 雅夫	定員(利用人数):60名
所在地:〒444-3523 愛知県岡崎市藤川町字堤ヶ入1-2	TEL 0564-48-8905

### ③総評

#### ◇特に評価の高い点

昨年に引き続いての第三者評価受審であるが、評価を通じての気づきを生かして改善への取り組みを進めている。事業所開設から35年の年月が過ぎ、施設の老朽化と利用者の高齢化が事業所運営の大きな課題として取り上げられている。それに対処すべく、「高齢化対策委員会」を発足させて活動を展開している。

施設の老朽化と利用者の高齢化に対する施策は、施設定員の減員(80名から60名へ)、食堂のゆとり創出、一部和室の洋室化(24年度事業)、トイレの滑り止め施工、浴室周りのバリアフリー化等々、枚挙にいとまがない。市街地から離れた小高い山の中腹に立地するため、地域との交流には難点があるが、ボランティアとうまく連携してそのハンディキャップを微塵も感じさせない。洗濯物たたみ等で、30年間継続して支援しているボランティアグループもある。

実際の支援現場では、利用者の一人ひとりに合った生活の場の提供として、利用者のストレングスに焦点をあて、訓練棟での3B体操、施設内自動販売機のジュース補充等を行っていた。また、栄養ケア計画も実施しており、嗜好調査を行って、月に2回の選択給食を行っている。

職員の定着もよく、安定した雇用関係が継続しており、利用者や職員の動きに「ゆとり」が感じられる稀有な事業所であることを追記しておく。

#### ◇改善を求められる点

施設の老朽化と利用者の高齢化という大きな課題への対応は厚いが、他の面に手が回らない現象が起きている。計画は綿密に立てられており、それに沿った実行・実施は確認できた。しかし、実施後の評価、見直しが不十分な事例が散見された。例示すれば、個別支援計画のデイリーチェック、見直し後の職員周知、教育・研修効果の検証、実習生受け入れ後の振り返り、事故発生時の原因究明等々である。

様々な施策によって、「ゆとり」の創出に成果を見た。その余勢をかって、P-D-C-Aのサイクルを念頭に置いたシステム構築に期待したい。

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

当所の自己評価に対し、高い評価をいただき感謝いたします。 まだまだ、多くの課題を抱えていますが、各分野での的確なアドバイスを受け、次年度計画へ反映、実行できるようにします。 今後も利用者の安全・安心な生活を守りながら、個別ニーズに沿った支援を目指して努力したいと思います。

### 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

法人の掲げた理念と経営方針を踏まえ、「藤川の里」の独自性を加えて理論構築している。施設の老朽化や利用者の高齢化等、長い歴史の副産物ともいえる課題に直面してはいるが、ハード、ソフトの両面からより良い利用者の生活を支えようとの思いが汲み取れる。  
毎月の保護者会が開催されてはいるが、利用者の高齢化に比例する形で参加者の減少傾向が続いている。職員への周知に比し、利用者・家族に対する理念や方針の周知は薄い。

### 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

法人が作成した5ヶ年計画(経営計画)はあるが、事業所独自の中・長期計画は持っていない。  
事業計画の作成に当たっては職員の意見吸い上げはあるものの、前年計画の適切な評価を踏まえて翌年度の計画を作成するという機能は十分ではなかった。  
各計画に職員が深く関わっていることから、事業計画の職員周知は図られている。

### 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	a ・ ㉠ ・ 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

豊富な知識と経験を有する管理者は、事業所内の会議、委員会等に積極的に出席することで、職員からの信頼も厚い。法改正や法人内の制度改変においても、逐次職員への周知を図っている。  
施設の老朽化や新法対策(多床室)、併せて利用者の高齢化対策等、重要課題が山積する中で様々な施策を推し進めてきた。ハード面での改善事例の多さに比較すると、サービスの質そのものへの係わりが手薄になっている。

### 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

#### 評価機関のコメント

県の指定管理を外れて新しい経営環境となったが、それに対応すべく各方面へアンテナを伸ばして経営情報を取得しようとしている。事業所が抱える大きな課題は施設の老朽化と利用者の高齢化ととらえ、「高齢化対策委員会」の設置、施設定員の減員(80名から60名へ)、一部和室の洋室化(24年度事業)、トイレの滑り止め施工、浴室周りのバリアフリー化等々、多くの改善に取り組んでいる。  
財務・会計部門への外部の監査は行っていないが、第三者評価を継続受審してサービスの質の向上や事業運営の透明性を確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 ・ ㉠ ・ 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	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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

### 評価機関のコメント

<p>事業所としての独自「中・長期計画」がなく、将来に亘っての具体的な人事プランは文書化されていない。          法人の勤務評定制度に則り、自己評価後に管理者が全職員とフィードバック面接を実施する等、有益な制度となっている。さらに、法人主導で新人事考課制度が構築されようとしており、今後に期待がかかる。          職員の能力開発においては、職員個々の力量に合わせた個別の研修計画の作成はなく、教育・研修実施後の効果の検証(評価)も実施されていなかった。同様に、実習生の受け入れに関しても、実習終了後に「実習」そのものの効果・検証のための振り返りは実施されていなかった。</p>			
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

## 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<p>利用者の安全・安心な生活を守るため、災害、事故、感染症等に関する予防と対応のマニュアル類が整備されている。          災害を想定しての避難訓練は定期的な事業所単独での実施にとどまらず、近隣に立地する他法人の福祉施設と連携したり、地域住民との合同防災訓練に参加したりと、有事に際しての万全な体制の構築を目指している。          大事には至っていないが、誤薬事故も報告されており、徹底した原因追及が望まれる。</p>			
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

## 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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

市街地からは距離を置いた小高い山の中腹に立地することから、地域と交流するうえでのハンデとなっている。しかし、様々な様態でボランティアを受け入れており、それが地域との架け橋となっている。30年の長きにわたって支援を続けているボランティアグループもあり、年間延べ500名を上回るボランティアがここを訪れる。地域に対して福祉ニーズのアンケートを実施し、「相談支援事業」の開設の要望や「日中一時支援事業」の時間延長等、具体的な意見が集まった。

### 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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

「理念」、「基本方針」に、利用者を尊重したサービスへのこだわりが盛り込まれている。各種の委員会が設置されており、虐待防止にも積極的な取り組みがみられる。苦情の発生は今年度分はなかったが、過去の苦情例では、対応・解決も迅速に行われていた。利用者が意見を言いやすい環境作りを行っていたが、担当支援員や職員へ口頭での意見のみで記録がとられておらず、自治会の定期的な開催もなかった。重度利用者が多く、意見を言えない利用者が多いからこそ職員が代弁者となり、日常生活から意向を読み取って記録として残すことが望ましい。

### 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	Ⓐ ・ 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

昨年度より第三者評価を取り入れ、サービスの向上に取り組んでいる。定員を80名から60名に減員して食堂スペースにゆとりを持たせ、利用者が落ち着いて生活できる環境を提供している。  
 個別支援計画の策定・実施・見直しについては、定期的に実施されていることが確認できた。生活介護の場として、利用者のストレングスに焦点をあて、訓練棟での3B体操、施設内自動販売機のジュース補充等を行っていた。  
 定員が60名となったことを機に、提供するサービス内容においてもPDCAサイクルを利用し、利用者への真のサービスとは何かを追求してほしい。

### 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	Ⓐ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

施設利用希望者本人にも分かりやすく、写真を多く取り入れたパンフレット、ホームページを作成していた。サービス開始時には、重要事項説明書や契約書も滞りなく交わされていた。  
 短期入所に対応できる部屋も用意されており、日中一時利用、短期利用等の希望利用者の受け入れも可能である。  
 施設移行後には、利用者の医務、生活の状況記録等、必要な情報は移行先に提供を行っている。

### 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

#### 評価機関のコメント

個別支援計画書において、アセスメント、課題やニーズの把握、計画の策定、評価、見直し等の各記録を確認することができた。毎月の体重も記録しており、真のアセスメントになっていたことを確認した。  
見直しは各担当、看護師、栄養士の所見もあり、サービス管理責任者の意見も取り入れ策定されていたが、会議の場がなく計画に偏りが出ることが懸念される。  
現時点では、利用者に地域生活への移行ニーズはないが、利用者にとって地域が身近なものに感じられるように、外出の機会や家族・肉親との接触機会を増やすことが望まれる。

### 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

## 評価機関のコメント

昭和52年の開設のため、老朽化は否めず、トイレ、浴室、居室等の使用づらさがあるが、トイレ床に滑り止めを施工し、視覚障害者である短期利用者のために居室の壁や角をクッション材で保護し、ケガ予防対応を行う等の努力がみられた。ジュースの自動販売機が設置してあり、利用者は好きな飲み物を購入できる。理容や美容院が、毎月施設を訪問して実施していた。浴室は段差が随所にあったが、怪我等の報告はなく、支援の質の高さがうかがえる。栄養ケア計画も実施しており、嗜好調査を行って、月に2回の選択給食を行っている。支援に職員差異がないように各種マニュアルがあり、利用者状況も連絡帳に記入し、全職員が出動時に閲覧していた。飲酒、喫煙の希望者はいない。