

〔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11月29日(木)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人恩賜財団済生会支部愛知県済生会 (施設名)愛知県青い鳥医療福祉センター	種別：(施設種別)医療型障害児入所施設 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(施設長)岡川 敏郎	定員(利用人数)：170名
所 在 地：〒452-0822 愛知県名古屋市西区中小田井5丁目89番地	
TEL：052-501-4079	

③総評

◇特に評価の高い点

◆卓越した管理者の志向と現場での実践

職に就いて20年となる管理者の思いが、基本理念である「三つの大きな柱」に凝縮している。県の指定管理者制度の枠組みの中にもありながらも、自らの目指す方向を「利用者の生命と健康を支え、生活の質を高める」、「地域の療育の支援」、「職員の研鑽」と定めている。その姿勢が、現場で支援する職員の一人ひとりから伝わってくる。ディズニーランド旅行の企画書、プレイルームでの排泄支援の配慮、施設から特別支援学校に通う利用者への支援等々である。「人件費は目的であって、経費ではない」との、管理者の口から発せられる言葉通りの支援が現場で実践されていた。

◆見事なPDCAサイクル

実施した支援を評価し、改善していこうとする仕組みが事業所内に根づいている。例示すれば、実習生の受け入れに際し、終了後に「実習指導者会」を開き、実習を依頼した教育機関と問題点や課題を明らかにして次年度計画に反映させている。防災訓練実施後には、部署ごとに「結果報告書」を提出させ、新たな課題の発見に努めている。水害被害を被った経験からくる知恵であろうか。予防や再発防止の仕組みも機能しており、誤薬事故もない。「ボランティア受け入れ要領」は、実際の現場での対応と定められた手順が相違するため、手順を改訂するための貼り紙が付けてあった。ここでは、意識をせずともPDCAのサイクルが機能する環境ができている。

◆専門性を活かした地域貢献

1000名を超す来場者で賑わう「青い鳥夏祭り」も盛況ではあるが、医療福祉センターとしての専門性を活かした支援にも注力している。「障害者等療育支援事業」として、対象者は障害児や保護者、保育園及び保育士、母子通園の親子等々である。実施形態も多彩で、当該施設を使ったり、出前講座として出張したりして地域を支援している。さらに、地域(在宅)への医療福祉サービスの提供を、今後の大きな検討課題としている。

◇改善を求められる点

◆手順書、マニュアルの精査・整備

必要なマニュアル類は揃っていたが、内容の体裁が不統一であった。特に、手順書作成の「目的・意義」が明確になっていないものが散見された。手順書、マニュアルの本来機能を「業務の標準化・均一化」、「教育・研修ツール」に求めるのであれば、それぞれの手順書、マニュアルが「何を目的としているか」を明確にすることは必要・不可欠であろう。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

青い鳥医療福祉センターでは、利用者に安心して施設を利用していただくため、客観的な視点で福祉サービスの評価等を行う信頼できる評価機関において「福祉サービス第三者評価」の審査を受けました。

第三者評価に取り組むことにより、自分たちの仕事の見直しが出来、何をすべきかを考えるいい機会になりました。利用者のニーズの把握、必要なサービスの見直し、訪問調査での指摘事項であるマニュアルの精査・整備など、改善に取り組み、今後とも利用者のサービス向上に努めてまいります。

また、定期的に「福祉サービス第三者評価」を継続して実施することで、絶えず、サービスの質の向上を図ってまいります。

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

基本理念を「三つの大きな柱」として位置づけ、「施設の使命」、「地域支援」、「職員育成」とに分けて分かりやすく展開している。さらに、3点の「基本方針」、3点の「重点事項」を定めて具体的な活動の指針としている。
「管理運営会議」をはじめ、職種・階層別の体系的な会議体が構築されており、職員へは会議の場で周知を図っている。利用者等への周知は、利用開始時や毎年実施される利用契約の更新時を利用し、主として家族・保護者に説明されている。

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	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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

今年度より、事業所単位の「中期事業計画」が策定されることとなり、将来に向けての方向性が明文化されて具体的な形となった。ただし、事業計画への連動は時間的に間に合わず、「中期事業計画」は次年度以降の事業計画に反映されることとなる。

事業計画(案)策定の主管部署を総務課とし、会議体を使って検討を加え、成案としている。「管理運営会議」での説明によって、職員への周知は十分と思われるが、利用者等へは事業計画の全容を伝えるには至っていない。年間4回開催される「保護者連絡会」での説明はあるが、出席率が20～30%であり、効果的な周知の手段とはなっていない。

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	㉠ ・ 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

管理者は在籍年数が20年と長く、公的(県立)な施設の管理者としての責務と自らの信念を事業所内外に示して、職員・利用者等の信望を得ている。「障害者自立支援法」と「児童福祉法」両面の適用施設であり、会議体や職員研修の場を使って順法の精神を醸成している。

サービスの質の向上やサービスの均一化を図るためには、職員(現場)の意見の集約や職員の意識の向上が必須条件であるとし、定例会議や委員会を制度化している。「平成24年度定例会議・委員名」に記された会議計画の数は、毎月40件に上っている。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

当該事業所は定員も多く、事業の特殊性ゆえに同等なサービス提供を行っている施設は数少なく、経営環境の把握は主として国(厚労省)や県・担当課を通して行われている。管理者が掴んだ情報は、「管理者会議」、「管理運営会議」の場を通して幹部職員に伝えられている。

外部監査は実施されていないが、支部監事による監査を実施して財務・会計面の適切・適法性を担保しており、サービス面の透明性を図る目的を持って、第三者評価を定期的に受審する意思も表明している。

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	a ・ ㉠ ・ 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

今年度に入って、「中期事業計画」が策定されたが、これまで同様サービス現場での圧倒的多数を占める「看護師の数的充足」を課題として捉えており、将来的に必要な人材面への言及は乏しかった。統一的な人事考課の制度はないが、「法人の理念」を「看護部の理念」に落とし込み、さらに「基本方針」から病棟ごとの「目標管理」へと展開して、職員個々の面接制度を築いている。

職員のメンタルな部分への配慮(外部カウンセリング事業者と委託契約)等、福利厚生施策は充実している。職員への教育・研修や実習生の受け入れ等、P-D-C-Aが効果的に回っている。

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

医療依存度の高い利用者が多数を占め、さらに感染免疫力の低い利用者も多いことから、感染防御の仕組みを重厚に備えている。関連するマニュアルを整備し、「感染対策委員会」や「医療安全管理委員会」は毎月開催されている。

豪雨禍によって施設の1階部分が浸水するという水害を経験しており、その教訓から防災訓練は毎月条件設定を変えて実施している。訓練であっても、防火扉を実際に稼働させたり、訓練実施後には部署毎の「結果報告書」を提出させて、不備な点があった場合にはマニュアルの見直しにつなげている。「経管栄養剤」等、利用者の医療・障害特性に応じた備蓄品も多様である。

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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者や家族、卒業生、地域住民等、1000名を超える来場者がある「青い鳥夏祭り」が毎年開催されており、地元の太鼓保存会の演技もある。当該施設を会場とした専門性の高い講座の開催や、外部での出前講座の開催も数多い。隣接する特別支援学校との連携も十分であり、一般家庭から通学する児童との差異を感じさせない取り組みは見事である。担当職員、調理職員等、係わる職員全てが「利用者の最善の利益」を意識した取り組みを実践している。地域ニーズの把握から、空床利用の短期入所事業を展開しており、今後の課題として、地域(在宅)でのサービスの在り方の検討をあげている。

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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉕ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉕ ・ 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	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

職員は、「利用者一人ひとりの人権を尊重し専門知識・技術を用いて質の高い看護・療育を提供する」という基本方針の明示されたカードを携行して支援にあたっている。具体的な苦情の例として、「職員のものの言い方について」が寄せられたとき、即時に接遇の研修が実施されており、仕組みの有用性が確認できた。「医療型」障害児入所施設であり、外出や移動に特別の配慮と支援が必要な利用者が多い中でも、その生活の質に関わる利用者の要望である「買い物がしたい」、「外出がしたい」ことに対して、近隣のコンビニへの外出や、バスハイクなどが企画、実行されていた。1日をベッドの上で生活している方もいたが、職員だけでなく、利用者の方においても笑顔が多く、明るい雰囲気にも包まれていた。両者の信頼関係の深さがうかがえた。

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	a ・ ㉡ ・ 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

文書や記録に関しては、専門の委員会を立ち上げて対応している。職員数だけでなく、医師、看護師、支援員、保育士、栄養士、作業療法士等々、多くの関係職種が従事しており、記録や文書のあり方について、その重要性が認知され、多くの労力がかけられていることがうかがえた。

実際の業務日誌は手書きで記入されていたが、血圧などの数値から外出時の本人の感想などに至るまで、端的に記入されていた。多くの職種が絶え間なく関わる現場において、利用者一人ひとりの記録がタイムラグ無く閲覧でき、即時の記入が可能である「手書き」の有用性を改めて認識できる記録であった。

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

ホームページや機関誌等により、施設の情報が公開されている。機関誌においては、施設内のサービス提供状況を伝えるだけでなく、専門医や専門職からの障害児・者に関わる医療、福祉についてのアドバイス情報も掲載され、中身の濃い機関誌となっている。新規契約者はもちろんのこと、継続利用される方についても年1回の契約(更新)説明会を設け、利用契約書、個別支援計画書、重要事項説明書など多くの時間を用いて説明をして、利用者の同意を得ている。

同一敷地内にて、障害児等療育支援事業、障害者相談支援事業も展開され、地域の方だけでなく、現在の利用者にも、「退院支援計画書」を作成し、関係職種間での調整を踏まえ、今後の生活についての相談ができる体制を整えている。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

アセスメント・サービス実施計画策定・モニタリング等、書類の整備と実施が適切に行われ、本人希望も個別支援計画に明記されていた。

重度の利用者の意見・希望について、また、挙げられた意見に対して、「本当に職員である自分たちが応えているか」を問う意味で、自己評価では(b)が付けられていた。「病気になることだけでなく、普通にコンビニに出かけられる生活であることも大切に思っている」という担当職員の言葉にあるように、医療施設であっても生活の質を保証していくという熱意、高い志によるところと考える。第三者評価の着眼点に照らし、サービス実施状況を確認した結果、(a)評価とした。

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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	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	㉠ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

献立が各病棟に掲示され、嚥下状態や歯、口腔状態を考慮し、「刻み」、「なめらかな」等、食事形態も個別支援計画に基づいて定められている。病棟の壁には、外出時の写真や、壁面構成がされており、季節感が醸し出されるよう工夫されている。また、外出が限られてしまうため、季節を実感できるよう、プランターを使った野菜作りも実施されていた。清潔面を重視せざるを得ない医療施設において、プランターとはいえ肥料や土などをベランダに持ち込み、利用者が土に触れ、水やり、栽培や収穫を体験することを実現させる為には、多くの試行や現場職員との調整があったことは想像に難くない。

ディズニーランド旅行の企画書を確認したが、本人のその行き先々での行動を想定し、非常時に対処するのか、対応機関はどこにあるのか、そのメリット、デメリットに至るまで、詳細かつ具体的な企画書が作成されていた。以上の例に端的に現されているように、健康であるだけでなく「生活の質を高める」という職員の情熱が、施設内の衣食住環境全般に貫かれている。

健康管理に関して、「日常の健康管理は適切である」という項目において、自己評価は(b)となっているが、これは、感染症が毎年発生しているという点から、より高みを目指すが為の評価であり、第三者評価の評価基準や着眼点に照らし、(a)と評価した。