

〔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9月21日(金)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人松竹会 (施設名)シーサイド吉前	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)柳田 辰治	定員(利用人数):90名
所在地:〒441-8004 愛知県豊橋市吉前町字西吉前新田131-3	TEL: 0532-33-8800

③総評

◇特に評価の高い点

今春から新たな次長が着任し、管理者との共同管理体制の下に、様々な改善・改革に着手している。中・長期的にみれば、「人事考課制度の構築」や「男女格差をなくすための職員バランスの調整」等であり、短期的には、「新型浴槽の配備」や「ハートケア報告書の導入」等である。この「ハートケア報告書」は、今秋の法律改正を見据えて、虐待や身体拘束に限っての報告書である。小さなことも見逃さずに報告をあげ、問題を未然に防ごうとする予防的な措置である。

外部の税理士と契約し、会計・財務面のチェックにとどまらず、毎月管理者と意見交換を行って事業所運営上のアドバイスをもらっている。これに県・市行政機関から得られる情報を加えて、事業所を取り巻く経営環境を的確に把握し、1対1.7のゆとりある人員配置で密度の濃い支援を可能としている。

アセスメント及び支援計画の作成、モニタリング、評価、変更等が適切に実施されている。評価・見直しの前にはサービス管理責任者、介護担当者、看護師が面談を実施して、利用者と保護者の意見・要望を聴取しており、職種間の横の連携もできている。

◇改善を求められる点

中・長期計画が策定されていなかった。「理念」と、そこから導かれた4項目の「運営方針」を定めて事業計画策定の指針としているが、人事面での中・長期的な課題も山積しており、中・長期計画の策定は必須であろう。

事業所の実態を公開するために、「事業概要」が作成されているが、「計画」と「報告」との連動が見られず、形骸化のそしりは免れない。委員会活動の実態や実績等も、ぜひ「事業概要」に盛り込んでほしい項目である。

地域との交流が今一つ活性化していないが、市との協定による「津波避難ビル」や「要介護者受け入れ」の地域貢献策を地域に公表し、地域の目を向けさせる取り組みも必要と思われる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回初めて第三者評価を受審し、施設運営に関し改めて気づく点が多くあった。今後、施設の課題など再確認し、改善し更に良い施設運営に努めていきたい。

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

法人設立以来の「理念」を4項目の運営方針に展開し、パンフレットや事業計画書に示している。職員は常に「クレド・カード」を携行し、「理念」に根付いた支援を心掛けている。家族への周知は、利用開始時の説明や年間2回開催される「家族懇談会」の場で説明されている。利用者へは、事業所内にポスターを貼り出して周知に努めているが、利用者個々の理解力や判断能力に差があって、十分な周知には至っていない。

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	a ・ b ・ ㉠
	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	a ・ ㉠ ・ 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

事業所独自の中・長期計画は策定されていない。しかし、「基本方針」に盛り込まれた4項目を支援の目指す方向ととらえ、事業計画の中に「重点事項」として綿密な計画を立てている。事業計画の策定はそれぞれの部門で考察を加え、主任者会議の場でまとめており、職員が主体的に参画して作り上げている。職員、利用者、家族への周知に関しても、会議等での説明に加え、「事業概要」を作成して配布している。ただ、「事業概要」の内容については、計画と報告の連動が見られず、平成24年度の事業計画に関しては「行事予定」を掲載することどまっている。委員会活動の報告も加えれば、「事業概要」はさらに充実した内容となることが期待できる。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

「シーサイド吉前管理規程」、「平成24年度・職務分担表」があり、所長、次長以下の職員の役割や責任の所在を明確にしている。
 今年度より新たな次長が着任したことで、管理者(所長)と次長との連携による新たな改善や取り組みが始まっている。新型浴槽の導入、虐待や身体拘束に限定した「ハートケア報告書」の書式制定、来年度の導入を前提とした「人事考課制度」の研究等、新たな取り組みが目白押しである。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

県や市の行政機関だけでなく、様々な機会をとらえて事業経営を取り巻く周辺環境を把握しようとしている。
 外部の税理士事務所と契約し、毎月会計・財務のチェックを行っている。その後の時間を利用して管理者と税理士との意見交換を行い、事業運営へのアドバイスをもらって業務改善に役立てている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

<p>中・長期計画の策定こそないが、男性介護士の不足や職員の男女比の是正等、中・長期の計画として取り上げるべき人事プランの課題が明確になっている。今春着任の次長により、「人事考課要綱」が形になりつつある。</p> <p>職員の声を事業運営に活かそうとの思いから、管理者との職員面談や理事長との面談も実施されている。理事長との面談は、アルコールも入ってリラックスした雰囲気の中で行われている。</p> <p>事業計画の中に、「職員研修計画表」が示されているが、職員個々への落とし込みが無い。教育・研修実施後についても、「復命書」の提出と会議での報告で完結しており、教育効果を検証するための仕組みは構築されていない。</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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

<p>事業所から海岸線は目と鼻の先であり、地震、津波に対する備えを固めている。市と「津波避難ビル」、「要介護者受け入れ」の契約を締結し、地域住民の安心感となっている。</p> <p>ヒヤリハットの取り組みで集まったデータを分析して未然防止の対策を練ったり、事故報告書から原因分析を行って再発防止策を講じているが、原因分析には“甘さ”も目立つ。安全管理面のマニュアルは整備されているが、「誤薬」事故が再発していることから、看護師グループを中心にマニュアルの再点検を行っている。</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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ (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	a ・ (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 ・ (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	a ・ (b) ・ c

評価機関のコメント

事業所イベント(夏祭り、文化祭)開催時には、回覧板やチラシの配布等で地域にPRしており、多くの来場者がある。しかし、事業所周辺に一般の民家はなく、日常的に利用者が地域と触れ合う機会は少ない。また、地域交流ルームを使った「喫茶」には来客がほとんどないことから、さらなる機能活性策が求められる。市と契約した「津波避難ビル」や「要介護者受け入れ」の地域貢献策を地域に公表し、地域の目を向けさせる取り組みも必要か。地域に対しての直接的なニーズ調査の実施はないが、関係機関(行政、特別支援学校等)からの情報や「家族懇談会」での意見を収集して事業運営に活かしている。当面、日中一時支援や短期入所支援の充実が急務となっている。

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) ・ 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 ・ (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	a ・ (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 ・ (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	a ・ (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 ・ (b) ・ c

評価機関のコメント

虐待防止について介護士会議等の場で職員に文書を配布し、朝礼では運営方針を唱和する等、利用者を尊重したサービス提供を重視した取り組みがみられる。利用者満足の向上を意図して、個別支援計画のモニタリングの際に聞き取りを実施しているが、聞き取りを各担当者に委ねることで、利用者が意見を表明しづらい面が出ている。意見箱も設置しているが、利用者の障害特性から機能しづらい傾向にある。組織として、苦情に留まらず、要望、相談等についても、それらの情報を調査・分析し、その後の具体的な改善実施や効果測定等ができる仕組みを整えることが望ましい。

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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者に関する記録も整い、提供したサービスに関しては実施状況等を適切に記録し、職員間で共有している。利用者支援に関して、特段配慮しなければならない点を「決定事項」として記録しており、必要に応じて見直しも行われていた。標準的な支援業務の進め方等については、文書化されず曖昧になっている箇所がみられた。ある程度は現状のシステムで対応可能ではあるが、事故の未然防止や質をさらに高めるに当たり、様々な問題が発生することが予想される。必要最低限の項目については文書化し、職員全員の意識統一を図ると共に、見直しを継続的に行なう仕組みを作ることが望ましい。

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	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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業所についての情報を、ホームページやパンフレット等を使って利用希望者に対して広く公開している。他施設、機関への移行について、継続性に配慮するため、担当者が適宜移行先施設等を訪問する等、利用者に対してのフォローアップは十分である。

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

アセスメント及び支援計画の作成、モニタリング、評価、変更等が適切に実施され、利用者の最新の状態や意向が計画に反映されるように配慮されている。この評価・見直しの前にはサービス管理責任者、介護担当者、看護師が面談を実施して、利用者と保護者の意見・要望を聴取しており、職種間の横の連携もできている。

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	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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

食事支援においては嗜好調査に留まらず、調理を「委託」から「直営」に変更する等、より美味しい食事を提供できるように努めている。食堂では車椅子を複数台操作する職員や、利用者同士がすれ違いに苦労している面が見受けられた。限られた環境の中で動線を工夫する等、改善の余地を残している。

健康管理については、看護師を中心に利用者の日々の健康管理を適切に行なっている。しかし、薬の取り扱いにおいて複数件の事故が報告されている。利用者が各自で服薬するため、飲み残しや薬の落下等があり、その都度、事故原因の究明と改善、及びマニュアルの改訂が必要となる。今後はさらなる原因追求と改善を行い、類似事故を無くすよう努めることが望ましい。

嗜好品対応については本人の希望を配慮し、ルールに沿ってタバコを吸える環境を整えていた。