

## 愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成28年12月22日(木)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称 障害者支援施設 シーサイド吉前(入所)	種別：施設入所支援 ・ 生活介護	
代表者氏名：七原 規充	定員(利用人数)：70名 (70名)	
所在地：愛知県豊橋市吉前町字西吉前新田131-3		
TEL：0532-33-8800		
ホームページ：		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成 11年 4月 1日		
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人 松竹会		
職員数	常勤職員：70名	
専門職員	(所長) 1名	(理学療法士) 1名
	(事務員) 3名	(管理栄養士) 1名
	(サービス管理責任者) 2名	(調理員) 8名
	(生活支援員) 47名	(看護職員) 5名
	(嘱託医) 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 24室	(設備等) 食堂・浴室・介護士室
		機能回復訓練室・談話室・医務室
		看護師室・静養室・集会室・
		地域交流室・多目的室・理髪室
		全水量オゾン殺菌循環給湯設備

### ③理念・基本方針

#### ★理念

利用者が健康で豊かな自立した日常生活を送れるよう、健全な環境のもとに利用者一人ひとりの生活を大切に支援を行うことを基本とする。

★基本方針

- (1) 笑顔の絶えない明るい施設づくり。
- (2) 災害防止と利用者の安全確保。
- (3) 温かい思いやりのこもったサービスの充実。
- (4) 地域に開かれた施設づくり。

④施設・事業所の特徴的な取組

【全体】

- ①セキュリティシステムの構築に力を入れている。
- ②津波避難スロープ等を使用しての避難訓練を、地域の方にも参加を呼びかけ実施している。

【接遇】

- ①個別支援（入浴の無い日に実施）
  - ・利用者一人ひとりに「やりたいこと」の希望を聴き、出来る限り思いに沿った支援を行なっている（散歩・カラオケ・居室整理等）。
  - ・今年度から近距離の外出（コンビニに1時間等）の支援を開始した。
- ②毎日の余暇活動
  - ・時間と担当職員を決めて各フロアでレクリエーションを実施。毎日、フロアごとの内容を掲示し、利用者は希望のものに参加できるようになっている。
- ③生き物の飼育
  - ・夏祭りの「ザリガニ釣り」で使用したザリガニの飼育を始めた。支援員が行う水槽の水替えを見たり、餌遣りに参加する等、利用者の楽しみになっている。ザリガニの卵が孵化し稚魚と共に、新たにメダカの飼育も始めた。
- ④障害者スポーツへの参加
  - ・月に2回のスポーツクラブで楽しく練習し、平成16年よりゴロバレーの大会に参加している。今年は初めてポッチャの大会にも出場予定。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年8月23日（契約日）～ 平成29年3月15日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	1回（平成24年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の改善・改革意欲

管理者（施設長）として着任2年目であるが、類いまれな統率力と実行力を駆使して、様々な改善・改革を実行している。利用者の満足度調査の実施、職員研修の重視、各種委員会制度の構築、カップ麺の日の導入等がその実績である。

さらに働きやすい職場環境の整備として、時間の有効活用、職員の食事・休憩時間の正常化、職員の処遇改善加算の増額、非正規（パート）職員の時給のアップ、時間外勤務手当の正当支給、有給休暇の取得推進、夜勤時間帯の見直し、宿直業務の専任制導入等々も実施されている。

#### ◆ボランティアの有効活用

事業計画書別表の「ボランティア等受け入れ計画表」に従って、活発なボランティアの受け入れを行っている。ボランティアの種類は、喫茶の手伝い、クラブ活動(陶芸、絵画等)の講師、訪問理容等々であり、地元の中学生も体験学習に訪れている。事業所イベントである文化祭には、善意銀行職員や地域の高校生がスタッフとして参加し、クラブ活動で制作した利用者の作品の展示やバザー、模擬店、太鼓ボランティア等で盛り上がる。この日、300名を超える来場者が事業所での楽しい一日を過ごす。

#### ◆個別支援計画の策定と個別支援の実践

「サービス利用計画策定会議」が月に2回開催され、管理者、サービス管理責任者、看護師、栄養士、PT、支援員、相談員が参加し、全ての職種からの情報や意見を踏まえたアセスメントにより個別支援計画が作成されている。その計画に沿って、障害が重い利用者が多い中、様々な制限があるものの、個々の意向を踏まえて、クラブ活動や外出等の個別対応がなされている。

#### ◇改善を求められる点

##### ◆評価・検証のシステム構築を

様々な計画が作成され(P)、計画に沿った支援や活動が行われている(D)。しかし、取り組みがここで完結してしまい、PDCAサイクルの評価・振り返りの「C(チェック)」や改善の「A(アクション)」が確認できないものが散見された。例示すれば、研修履修後の効果測定や実習生の受け入れ、ボランティアの受け入れの効果の検証である。次回の計画作成を充実したものとするためにも、「C(チェック)」機能が発揮できる仕組みづくりを期待したい。

##### ◆標準的な支援マニュアルの整備を

基本的に踏まえておくべき支援方法を記載したマニュアルが作成されていない。個別支援のベースとなる部分でもあり、またリスク回避の観点からも作成を検討されたい。さらに、標準的な実施方法を定めたマニュアルは、新人職員等の教育テキストともなりうる。質の高い支援とは、一人の職員による素晴らしい支援ではなく、均一的な支援が実践されていることと捉えてほしい。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審で、長期的な事業計画についての検討の重要性、また、計画し実施された支援や活動に対し、次回へのステップとなるべく「反省」が不十分であったことを痛感致しました。利用者様の気持ちに寄り添った信頼される支援のために、施設全体で意見を出し合い、全職員の意識向上を目指す中で、改善につなげていかなければならないと思っています。訪問調査では、大変参考になる的確なアドバイスをありがとうございました。また、来年度も受審の予定をしておりますので、よろしくご指導のほどお願いいたします。

#### ⑧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(72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・周知されている。			
I-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	障 1	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
一法人一事業所であり、理念・基本方針は明文化されている。利用者や家族に対する理念や基本方針の周知が課題となっている。家族に対しては、毎年3月に開催される家族懇談会において、事業報告や事業計画の説明と共に基本的な方針等が説明されている。しかし、利用者については、利用者自治会が組織化されておらず、適切な説明機会がない。			

### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
I-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	障 2	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
全国身障協、経営協等の会員として全国レベルの情報を取得し、市の福祉政策課と連携を図って経営環境の把握に努めている。管理者の豊富な経験もあり、的確な分析も行われている。			
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障 3	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
経営課題を3点に絞り、具体的な数値を設定して取り組もうとしている。「3障害統一の利用受け入れ」「利用者の高齢化、重度化対策」「防災対策」が重点課題として抽出されているが、一朝一夕に改善できる課題ではないことから、中・長期的な視野に立った計画づくりが望まれる。			

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	障 4	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
理事長と管理者(施設長)の合議で計画が策定され実施に移されていることから、中・長期計画は明文化されずに口頭で伝達されることがほとんどである。職員に法人(事業所)の方向性を正しく周知・理解させるためにも、中・長期計画の明文化が待たれる。			

I-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	障 5	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の中に「重点事項」が盛り込まれているが、事業報告の中ではその取り組みの結果が示されていない。また、「重点事項」には数値目標の設定がなく、責任者(担当者)やスケジュールの明示もない。それらを明確にした実行計画(工程表)を作成して取り組むことが望まれる。			
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-3-(2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障 6	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
理事長と管理者の合議によって決定した事項が、トップダウンの形で職員に下りてくる仕組みであり、事業計画の策定や評価に関しての職員関与は薄い。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	障 7	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
3月に開催される家族懇談会の場で事業報告と事業計画が説明されているが、参加率は50～60%であり、不参加の家族に対しては資料送付に留まっている。利用者に対しては十分な説明機会がないことから、新たに説明会を開くことが検討されている。			

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	障 8	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
今年度、利用者の満足度調査を実施し、80%の回答率、90%超の満足度を得る結果となった。管理者(施設長)の交替による施策の転換(支援の改善)を評価する声が多く、今回の第三者評価受審時の利用者ヒアリングにおいても同様の傾向が見られた。			
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	障 9	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
様々な手段を講じて課題の抽出を行い、それを改善につなげている。しかし、それらの改善活動は組織的、計画的に実施されておらず、記録としても残されているものは少ない。事業計画に掲げた課題(重点事項)や第三者評価で得られた課題(改善の気づき)には、改善計画(責任者、改善期限、改善の方法等)を明確にして取り組むことを望みたい。			

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	障 10 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者の役割と責任に関しては、「職務分担規程」や「組織図」、「職員配置」によって明確になっている。施設の立地が海岸線から近い距離にあることもあり、いち早くBCP(事業継続計画)を作成する等、管理者としての責任感が強く実行力もある。</p>		
Ⅱ-1-(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
評価機関のコメント		
<p>管理者のコンプライアンスに対する強い意識があり、今年度から施行された「障害者差別解消法」に関しても、役職者会議でパンフレットを配布し、管理者が講師となって説明会を行った。研修計画に、「虐待防止」や「身体拘束の廃止」、「個人情報の保護」等の項目を挙げ、法令を順守する姿勢を示している。それらの取り組みの成果(職員の理解度)について、検証する仕組みの構築が期待される。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	障 12 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者として着任以来、様々な改善・改革を実施し、利用者満足(サービスの質の向上)につなげている。これまで実施のなかった利用者の満足度調査の実施、職員研修の重視、各種委員会制度の構築、カップ麺の日の導入、時間の有効活用等々が、管理者の豊富な経験と強い指導力によって実施された。</p>		
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める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		
<p>職員の働きやすい環境整備と制度改革を行った。職員の食事・休憩時間の正常化、職員の処遇改善加算の増額、非正規(パート)職員の時給のアップ、時間外勤務手当の正当支給、有給休暇の取得推進、夜勤時間帯の見直し、宿直業務の専任制導入等々が次々と実施に移された。</p>		

### Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	障 14 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>安定的な職員雇用を実現させるために、人材の確保・定着のために様々な施策を打ち出しているが、将来的な展望に立つての計画は明文化されていない。「全職員の資格取得」を掲げているが、その目的が、「職員の育成」(定着)なのか、「事業所の格付け」(採用)なのか、「体制加算」(財務)なのか明確になっていない。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者と職員との面談が定期的(年1回)に行われているが、人事考課の制度やキャリアパスの構築はない。職員自らが将来に夢を持ち、自らの将来の姿を描けるような制度の導入が待たれる。</p>		

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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	障 16	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の働きやすい職場作りを推進しているが、一部についてはまだ実際に効果を上げるに至っていないものもある。有休消化の推進も一進一退であり、職位、職種によって取りづらさが残っている。産休・育休や介護休暇については、制度の利用を推奨するもの実際に利用する職員が現れない。そのような中、警察OB3名を宿直専任職員として雇用した件は、現任職員のシフトの軽減と共に職員の安心感にもつながり、大きな効果を挙げている。</p>			
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	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	障 17	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員研修重視の方針を出し、「職員研修計画表」として明文化されているが、人事考課制度の導入がないことから、職員一人ひとりの不足力量(教育ニーズ)の把握が十分ではなく、個々の育成計画を作成するに至っていない。</p>			
II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	障 18	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>「職員全員の資格取得」を掲げ、研修重視の姿勢を打ち出している。しかし、階層別や職位、職種に応じた教育・研修体系はなく、「職員研修計画表」に沿った研修が実施されている。研修履修者には「復命書」や「研修会レポート」の提出を求めているが、個々の研修について効果を検証する仕組みは構築されていない。</p>			
II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	障 19	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>「職員全員の資格取得」の方針の下、職員個々の研修機会は確保されている。職員個々の力量を把握するための「力量表」や、個々の職員が到達すべき水準を示す「職能要件書」等を作成することによって客観的な“指標”を示し、職員それぞれの目的に合った研修機会を提供することが望まれる。</p>			
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 20	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>介護福祉士実習生の受け入れがあり、養成教育機関と連携して緻密な実習を実施している。実習の終わりには反省会を行って振り返りを行っているが、その内容は「実習生がどうであったか？」に終始し、「実習受け入れがどうであったか？」への言及がない。PDCAサイクルに照らし、「A(アクション: 次回の受け入れ計画作成)」に反映させるための「C(チェック: 評価、検証)」を実施されたい。</p>			

### II-3 運営の透明性の確保

			第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	障 21	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業運営の透明性を担保すべく、定期的に第三者評価を受審している。苦情等の受け状況や対処した内容等について、ホームページを活用して公表する仕組みを構築中である。苦情解決に関する規程類についても見直しを実施し、必要な部分については追記や改訂を願いたい。</p>			

II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	障 22	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
法人監事による監事監査を行い、毎月税理士事務所による会計チェックを行っており、一定水準の財務・会計面での透明性は確保されている。「社会福祉法」が求めるレベルでの外部監査の実施はない。		

## II-4 地域との交流、地域貢献

		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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	障 23	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地域との交流・連携の基本的な考え方を事業計画の中で示し、「ボランティア等受け入れ計画表」として詳細な計画を作っている。事業所イベントである「夏祭り」や「文化祭」には、家族や地域住民、ボランティア等、外部から総勢300を超える来場者がある。		
II-4-(1)-② ボランティア等の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 24	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
事業計画書別表の「ボランティア等受け入れ計画表」に従ってボランティアの受け入れを行っている。ボランティアの種類は、喫茶の手伝い、クラブ活動(陶芸、絵画等)の講師、訪問理容、事業所イベントのスタッフ(善意銀行職員や地域の高校生)等々であり、地元の中学生も体験学習に訪れている。課題は、ボランティアの受け入れに関する評価・検証の仕組みが未構築であることである。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	障 25	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
関係先との連絡には、事務室に備えられた電話帳を活用しており、特に地域の社会資源をリスト化したものはない。現時点では、関係機関との連携ミスやトラブルは発生していない。		
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障 26	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業所イベントである夏祭りは利用者を主たる対象者(お客様)として企画され、秋の文化祭は地域住民の来訪を意識して企画されている。文化祭当日は、クラブ活動で制作した利用者の作品の展示やバザー、模擬店、太鼓ボランティア等で盛り上がる。地区の津波避難ビルとして指定されており、地域住民に対して避難訓練への参加を呼び掛けている。		
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障 27	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
地域の福祉ニーズを把握するための特段の取り組みは行われておらず、相談支援事業所から情報を得て事業活動に反映させようとしている。高齢者への配食サービスが検討されているが、その他には目立った動きがない。		



## 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	利用者を尊重した福祉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 28	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者主体の理念や運営方針は朝礼での唱和等、機会あるごとに職員周知されている。また、人権の擁護、個人の尊重を目的としたコンプライアンスチェックリストを活用する等、利用者尊重の姿勢がうかがえる。			
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障 29	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
個人情報保護の基本方針が示され、プライバシーの流出を防いでいる。虐待関連では、「身体拘束廃止マニュアル」を設け、利用者本位の適切な支援を目指している。プライバシー保護の具体的対策、不適切対応発生時の手順を整備されたい。			
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。			
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	障 30	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者には丁寧な説明に加え、体験利用にて本人・家族が判断しやすくしている。パンフレット等に、利用者本人にも理解しやすい工夫が望まれる。			
Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	障 31	a ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
短期入所による体験を行い、利用者、施設の双方が納得して利用していくことを前提としている。その際には、利用者本人の様子も大きな判断材料としているが、意思確認がしづらい利用希望者へのより具体的配慮が必要と思われる。			
Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 32	⑤ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所変更にあたっては、各部署で会議が持たれ、サービス管理責任者が調整役となって最適な移行を心掛けている。必要時は移行先へ同行し、情報提供等の支援をしている。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障 33	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
生活の全ての部分に関する満足度調査を毎年行い、集計し、主任副主任会議から全職員に周知している。その結果を受けて、支援計画に反映させている。ただ、自治会の様な利用者主体の組織が無いため、日常的な利用者サイドの意向を把握する工夫を検討されたい。			

Ⅲ-1-(4) 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-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	障 34	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の仕組みは整備され、日常的には意見箱による苦情・要望を受ける体制が出来ている。家族への周知、また苦情の公表について前向きに検討されたい。		
Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	障 35	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
相談室にて、落ち着いて話を聞くことが可能である。相談方法や手順に関し、分かりやすい手順書の用意や説明の機会が必要と思われる。		
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	障 36	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
意見箱の設置はなされているが、意見を受けてから改善へ向けたアクションまでの手順が文書化されておらず、確実な実行性に欠ける。		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	障 37	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
リスクマネジメント委員会を設置し、毎月ヒヤリハットや事故について検討し、内容分析から再発防止までを実践している。また、翌月の会議にて実効性の評価、見直しを行っている。一連の報告は全職員になされ、施設挙げてリスクマネジメントに取り組んでいる。		
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	障 38	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「感染症及び食中毒予防対策指針」を作成し、管理体制を明確にしている。対応は評価され、翌年度の予防に役立っている。今年度は、ノロウイルスに関する研修会を実施した。		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	障 39	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
BCP(事業継続計画)をはじめ、連絡網や訓練体制も整備され、年2回津波想定で地域との合同訓練も実施されている。防災計画やBCPマニュアルの全職員に対する詳細説明、また行政を含めた関連団体との連携に課題を残す。		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	障 40	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
職員の各勤務帯での支援マニュアルに沿って、利用者個々のニーズに応じた支援となるが、ベースとなる標準的な支援マニュアルが示されていない。最低限の共通ポイントを記したマニュアルの整備を検討されたい。		

	Ⅲ-2-(1)-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 41	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々にはモニタリングによる見直しとなるが、標準的な実施方法の整備や見直し手順を定められたい。			
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	障 42	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個々のケースについて、月2回の「サービス利用計画策定会議」に管理者、サービス管理責任者、看護師、栄養士、PT、支援員、相談員が参加し、検討され、サービス管理責任者が最終調整を行っている。困難ケースについては、必要に応じ随時検討を行っている。			
	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 43	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
基本は半期に1回の評価・見直しとなり、手順に基づいて行われている。変更サービスの職員周知、緊急に変更を要す場合の仕組み等に課題を残す。			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	障 44	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
記録は統一様式により記載され、パソコンでデータ共有されている。職員の力量や経験によって記載内容の深度に差異を生じている。均一的な記録作成のため、記載要領の策定や勉強会の開催等の対策が必要であろう。			
	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 45	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報管理規程」により、情報管理や漏えい防止が図られている。ただ、情報管理に特化した研修の機会はなく、管理体制の強化が望まれる。			
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。			
	Ⅲ-2-(4)-① 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 46	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の障害程度が重く、地域移行のニーズも限られているが、サービス管理責任者と相談支援担当者で移行準備にあたることとなっている。しかしながら、地域移行計画は特に策定されず、また積極的な移行促進もなされないため、今後に向けて意向調査等の具体的な対応が望まれる。			

### Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(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 47	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
文字盤等の使用はあるものの、利用者個々に応じた具体的な手段やその開拓はなされていない。コミュニケーション能力を高める積極的支援によって、意思疎通の改善と生活向上を図られたい。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
2ヶ月に一度の個別対応の機会では、利用者本人の希望による様々な外出等の支援が行われている。一方で、自治会のような組織が存在しないため、様々な場面で利用者のモニターとなる声の聴取を図る等、利用者主体の生活を支援する手段を検討されたい。			
Ⅲ-3-(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 49	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
見守りと介助の線引きについては、様々な職種の意見を検討して支援に結びつけることで支援計画に反映させている。これに基づき、個々のニーズと支援目標に沿って個別対応している。			
Ⅲ-3-(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 50	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
社会性向上のための買い物、PC等のプログラムも頻度は少ないが個別やグループで行われている。更なる外出の機会や、情報提供を行い、一般社会を巻き込んだ普通の暮らしを目指すプログラムを検討されたい。			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 51	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
栄養アセスメント、モニタリングを行い、栄養や形態、アレルギーケア、介助方法等、個々にニーズに対応している。			
Ⅲ-3-(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 52	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
嗜好調査が実施され、できる限り献立に反映させている。また、季節メニューや選択メニュー、行事メニュー等の様々な工夫がなされている。「カップ麺の日」が好評であり、今後も継続が予定されている。給食会議が栄養士、調理員、支援員により開催されるが、利用者の参加が無いため一考されたい。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
給食委員会において、食事環境の検討がなされている。食事時間は2部に分かれ、ゆとりある時間の中で落ち着いて喫食することができる。			

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(3)-①	入浴は、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 54	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個々の身体状況に合わせて補助具を使用し、そのリストが浴室に掲示されている。入浴はプライバシーに配慮されて行われ、入浴チェック表に記載される。入浴事故回避のためにも、支援マニュアルを整備されたい。			
Ⅲ-3-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者に入浴の希望回数を調査し、その結果を受けて週2回の入浴を実施している。失禁等の際は個別に対応しているが、すべての利用者の入浴希望には対応できていない。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
エアコンが完備されており、その他の環境面についても会議で検討されている。仕切り等、プライバシーの点で改善の余地を残している。			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 57	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
排泄用具の使用について研修を実施し、適正使用に努めている。介助方法は利用者個々の状態に応じ、個別支援計画に沿って実施されている。排泄の結果は記録され、職員間で周知が図られている。標準的な介助マニュアルが無いため整備されたい。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
身体状況に応じたスペース、補助具、暖房便座が配備され、空調も完備している。清掃は専門の職員によって行われ、衛生と清潔が保たれており、快適な環境となっている。			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 59	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
衣服は基本的に利用者の好みで選択され、購入の際には必要に応じ職員が支援したり、買い物代行を行っている。			
Ⅲ-3-(5)-②	衣服の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 60	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
着替えに関しては、利用者個々に応じて見守りと支援を行っている。汚れや破損時には、速やかに対応している。破損に際しての手順もマニュアル化されている。			

Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 61	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
理・美容に関しては、件数こそ少ないが必要に応じて相談に乗っている。起床時や入浴時での支援は適宜行っている。理・美容に関しての積極的な情報提供はしていない。			
Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
理容店の方が毎月来所し、利用者の希望に応じて散髪されている。施設外の利用に関しての連絡(予約)等も必要に応じて実施しているが、同行支援までは実施していない。			
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 63	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
居室は家具棚とカーテンで仕切られ、プライバシーに配慮され、寝具も私物使用が可能である。個別に不眠時の対応がなされ、睡眠トラブルは記録に残されている。			
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 64	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
看護記録が作成され、病歴、処方等の個別情報が記載されている。嘱託医と看護師により、全体的な健康管理と個別の支援がなされている。健康診断、歯科診療も実施され、感染症対策もなされている。万全を期すためにも、日々のバイタルチェック実施を検討されたい。			
Ⅲ-3-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
健康面での対応は、利用者の状態別にマニュアル化され、看護師が必要な対応を行っている。緊急時も協力医療機関が確保され、24時間の対応が可能である。			
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
看護師による服薬管理がなされ、誤薬事故の発生時の対応マニュアルが作成されている。しかし、「飲みこぼし」等の記載が散見されている。投薬記録の作成等、確実な服薬管理体制の構築を再検討されたい。			
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 67	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
音楽、陶芸、絵画等々のクラブ活動、個別対応等、利用者の希望を取りながら余暇活動が実施されている。喫茶や絵画等、必要に応じてボランティアを受け入れて支援している。			

Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
外出(行事)に関しては、情報提供した上で希望を集約し、計画に反映させている。また個別の外出希望は必要な手配を行う等の支援をしている。各車椅子には連絡先が記載されている。		
Ⅲ-3-(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 69	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
外泊は、利用者、家族の希望に沿って外泊届を提出して行われる。盆正月でも外泊の強制はしていない。		
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 70	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
「金銭等管理サービス規程」に基づき管理され、自己管理できる利用者へは鍵付きの保管場所を確保し、必要に応じて出金手続きの支援を行っている。金銭管理や金銭感覚を磨く指導や学習は実施されていない。		
Ⅲ-3-(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 71	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
新聞・雑誌は個人で購買可能であり、TV・ラジオも個人所有することができる。共有スペースでは、TV・新聞・雑誌を自由にすることができる。		
Ⅲ-3-(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 72	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
飲酒は行事食の際に3種類から選択でき、医療指示を参考に対応している。その場合、必ずしも本人の希望が叶うわけではないが、利用者に不満が残らないように十分な説明を行っている。煙草については、喫煙室での喫煙がルール化されている。		