

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(通所)	種別：生活介護	
代表者氏名：七原 規充	定員（利用人数）：20名（33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：		
【施設・事業所の概要】		
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：13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) 1名	(調理員) 8名
	(生活支援員) 11名	(看護職員) 1名
	(嘱託医) 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 1室	(設備等) 食堂・浴室・介護士室
		機能回復訓練室・静養室
		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

①創作活動

・月ごとの予定を決めて、午後の1時間を絵画工作・音楽・書道・カラオケ・ゲーム等の支援に充てている。

②外出

・観光バスでの日帰り旅行と大型ショッピングセンターへの買い物やボウリング等を年に1回ずつ実施しており、好評を博している。

③安定雇用

・常勤、非常勤ともに職員の離職率が低い。

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）	0 回 （ 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等々も実施されている。

◆標準的な実施方法と個別支援計画の相互補完

食事介助や入浴、排泄介助の支援等について、支援の基本となる標準化した実施方法が文書化（マニュアル化）されており、利用者個々に更なる配慮や追加の支援を必要とするものに関しては「個別支援計画書」に、その支援方法を盛り込んでいる。マニュアルと「個別支援計画書」が支援を相互に補完し合い、質の高い支援を可能としている。

◆家族と職員との情報共有

家族と職員とを結ぶ「連絡帳」が有効に活用されており、双方で情報が共有されている。家族から口頭で得た情報は、チェック表を使用して情報の漏れを防いでいる。毎日の送迎や受け入れ時に家族との情報交換や情報共有を図っており、二人三脚で利用者を支える体制ができている。

◇改善を求められる点

◆利用者満足の測定

家族懇談会を年に2回開催し、個人懇談会を年に1回開催している。この3回の懇談会に利用者の参加はなく、利用者満足の度合いは利用者の代弁者である家族から聴取することとなっている。理解力や判断能力に障害を持つ利用者も多いが、何らかの方策を講じて直接的に利用者の満足度を測る工夫を望みたい。

◆投薬に関しては万全を期して

投薬者全員から薬剤提供書を徴し情報収集、薬物は看護師が配薬まで管理し、チェックしている。服薬は日誌に記載され、誤薬時は報告書に記載し、全職員で確認して改善に努めている。あらゆる場面を想定して手順が確立しており、誤薬事故もほとんど報告がない。しかし、人命にも係わる重要な支援であるため、一連の詳細な対応マニュアルの作成が望まれる。

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	④ ・ 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)なのかが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 ・ ⑥ ・ 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。</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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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しての評価・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			
隣接する入所事業所(施設入所支援、生活介護)と比較すると、知名度も低く事業所自体の周知が図られていない。事業所としての特徴を伝える工夫や、一日体験等の実施によって事業の内容を正確に伝える工夫を望みたい。			
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	a ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
事業所変更にあたっては、極力利用者の利益を損ねないように配慮している。他事業所への移行後も担当者や相談の受付窓口は設定されている。しかし、その内容(担当者や相談窓口)は口頭で伝えており、案内文書の作成が望まれる。さらに、他事業所への移行に際しては、先方の事業所に渡す必要事項を記載した「引き継ぎ文書」の制定も望みたい。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上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			
家族懇談会を年に2回開催し、個人懇談会を年に1回開催している。この3回の懇談会に利用者の参加はなく、利用者満足の度合いは利用者の代弁者である家族から聴取することとなっている。			

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 a ・ 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 a ・ 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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
支援の基本となる標準化した実施方法が文書化(マニュアル化)されており、利用者個々に更なる配慮や追加の支援を必要とするものに関しては「個別支援計画書」に、その支援方法を盛り込んでいる。		

	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 ・ ㉔ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
家族と職員とを結ぶ「連絡帳」が有効に活用されており、口頭で得た情報はチェック表を使用して情報の漏れを防いでいる。毎日の送迎や受け入れ時に家族との情報交換や情報共有を図っており、二人三脚で利用者を支える体制ができています。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者が主体となった自治会組織はなく、重度の利用者が多いこともあって主体的な活動の支援は少ない。利用者の様子や表情、仕草から思いを推測し、日々の支援に活かしている。			
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	③ ・ 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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
強い言葉や大声を発する利用者に関しては、優しい言葉を使うようにアドバイスしている。社会生活に必要な学習や訓練は行われておらず、家族への情報提供で終わっている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々の食事介助については「個別支援計画」に沿って行われ、利用者や家族の希望を取り入れている。			
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 ・ ② ・ 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。給食会議が栄養士、調理員、支援員により開催されている。給食会議への利用者の参加はないが、事前に利用者の意見をまとめて給食会議に報告している。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	③ ・ 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。食事時間は音楽を流し、落ち着いて喫食することができている。			

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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
業務マニュアルの中に入浴の項目があり、これに沿った手順で支援している。入浴者には検温、血圧測定を行い、健康状態の把握に努めることが徹底されている。入浴記録は業務日誌に記載されている。		
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 ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント		
定められた入浴回数であるが、曜日変更の希望は適時対応している。発汗時、失禁時は主に清拭で対応している。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉘ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
リフト浴、シャワー浴を備え、冷暖房も完備されている。カーテンや扉によるプライバシーへの配慮もなされる。問題があれば都度職員で話し合い早急に対応されている。		
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	㉙ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
排泄介助はマニュアルと個別の支援方法によってなされ、トイレチェック表に記録されている。個々の健康状態への対応やプライバシー配慮等の必要な支援が行われる。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	㉚ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
毎日の清掃での器具点検や衛生対策、冷暖房、換気等の対処がなされている。シャワートイレの配備、身体状況に応じた器具使用等、快適なトイレ環境である。		
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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
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	㉛ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
通所時には必ず着替えを持参し、入浴や排泄の失敗に対応している。衣類は利用者、家族の希望で選ばれ、着替え時は見守りと必要な支援を実施している。		

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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
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 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
業務マニュアルに沿ったバイタルチェックを実施し、毎日の体操や外気浴の実施、看護師の健康観察等、日々の健康管理が図られている。万全を期すため、全員の健康管理票の作成が望まれる。		
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 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
投薬者全員から薬剤提供書を徴し情報収集、薬物は看護師が配薬まで管理し、チェックされる。服薬は日誌に記載され、誤薬時は報告書に記載し、全職員で確認し改善に努めている。重要な支援であるため、一連の詳細な対応マニュアル作成が望まれる。		
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 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
必ずしも利用者主体の形は難しいが、行事後にはアンケートを実施し次回の参考としている。事業所への通所が楽しくなるような機会として、様々な企画がなされている。		

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
施設からの外出は、必要に応じて家族の支援の下に実施されている。更なる外出機会のために、ボランティア等の支援の検討も考えられたい。また、利用者主体の内容に向け、情報提供の工夫等、一層の配慮をされたい。		
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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		