

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

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（68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： http://www.yosizaki.or.jp		
【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： 40名	非常勤職員： 22名
専門職員	（所長） 1名	（理学療法士） 1名
	（事務員） 2名	（管理栄養士） 1名
	（サービス管理責任者） 2名	（調理員） 5名
	（生活支援員） 37名 内介護福祉士15名	（看護職員） 10名 正看護師6名、准看護師4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
		静養室・集会室・看護師室
		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

・法人

（1）利用者に対する基本姿勢

利用者の人権を常に尊重し、サービスの質の向上や環境改善に積極的に取り組む社会福祉法人を目指します。

（2）社会に対する基本姿勢

公益的な事業を率先して行う社会福祉法人を目指します。

地域の実情・利用者の必要性に合わせて、制度化されていない公益事業を構築します。

（3）福祉人材に対する基本姿勢

良質な社会福祉人材を育成する社会福祉法人を目指します。

（4）マネジメントに対する基本姿勢

非営利法人として、ふさわしい透明性のある組織構築を行い、地域に対して積極的な情報発信をすることにより、地域社会に認められる活動、事業運営を行います。

・施設・事業所

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したい支援を行うことを基本とします。

★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

【防犯、防災等、職員教育、環境整備】

- ①セキュリティシステムの構築に力を注いでいる。
- 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掛け実施している。
- ③職員の施設内研修を実施し、研修後はレポートの提出を義務付けている（コンプライアンス・虐待防止・メンタルヘルス・救命救急・交通安全・排泄・感染等）。
又、外部の施設職員研修の他に、職員から特に希望する外部研修参加の申入れがあった場合も施設からの参加ができるようにしている。
「排泄」に関しては、外部講師を招き講義を1年間受けた。次年度は、職員で「ケア委員会」を発足させ、「ケア委員」が講師となるための講習を1年間受講した。これにより、排泄介助、感染予防等の研修会を職員のみで開催し、後続の職員へ伝達し続けることのできる仕組みを構築した。また講師として教えることにより、講師役の職員の資質向上にも役立っている。昨年度末に、「ケア委員会」内で、新たに「口腔ケア」に関する勉強会を立ち上げた。
- ④住空間の衛生面の向上のため、エアコンフィルター清掃、カーテンの洗濯の回数を増やしている。

【生活支援】

- ①個別対応
・入居者1名につき、2ヶ月に1回、マンツーマンでの対応をさせていただき時間となっている。ゲームの相手、本の読み聞かせ、居室の模様替え等、個々の希望に応じて支援を行っている。なお、近隣の外出希望にも応じており、スーパー・コンビニでの買い物、ファーストフード店での飲食、ミニドライブなどに出掛けている。1回の個別対応の時間はおよそ1時間30分程度。
- ②自由外出
・入居者1名につき、年に1回、マンツーマンで外出の支援をさせていただいている。個々の外出先の希望を聴き、利用者と共に計画立案し、施設の車両のみならず、公共交通機関も利用し外出を行っている。利用交通手段は問わず、7:00～21:00の間で往復可能な外出先を選択していただくこととしている。
- ③クラブ活動
・原則として土・日曜日に開催。音楽クラブ、創作クラブ、スポーツクラブ、飼育・園芸クラブの4つを行なっている。音楽クラブは楽器演奏・合唱・カラオケなどを楽しみ、成果を施設内行事の時などに披露している。創作クラブは書道・絵画・工作などに取り組み、出来た作品は文化祭の時などに展示している。スポーツクラブはゴロバレー・ポッチャ・フライングディスクなど、可能な範囲で身体を動かし、各種スポーツ大会などにも参加をしている。飼育・園芸クラブは、水槽で熱帯魚等の世話をしたり、利用者が育てたい植物・野菜の種や苗を一緒に買いに行き、中庭で栽培し、トマトや西瓜など実った果実を味わったりしている。クラブ活動は気が赴くままの参加で構わず、4つのクラブすべてに参加している方もみえる。
- ④障害者スポーツへの参加
月に2回ほどのスポーツクラブに楽しく取り組み、日頃の練習の成果は、三河地区ゴロバレー大会や愛知県障害者スポーツ大会に出場し、実力試しをしている。特にゴロバレー大会は毎年、好成績を収めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 5月 8日（契約日）～ 令和元年10月 7日（評価決定日） 【令和元年 8月21日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	3 回 （平成29年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆サービス向上へのPDCAサイクル

利用者満足度調査、職員によるガイドラインチェック、また各部門から挙げた課題集約を整理検討し、次期プランに落とし込むPDCAサイクルが機能している。

◆地域貢献への取り組み

在宅障害者向けの短期入所定員の増員、災害時の避難所として事業所の提供、地域高齢者向け事業など、事業所の機能を地域還元する、若しくはその準備態勢があり、地域での存在価値を高めている。

◆自己決定実現への支援

指が動かない利用者へ、地域の工科大学との連携でスマートフォンを使える器具を開発するなど、利用者の希望や自己決定を尊重し、実現に向けての様々な支援を行っている。

◆人権への配慮

身体拘束、虐待防止に関しては委員会を設置し様々な事案検討を実施すると共に、マニュアルを整備している。やむを得ず身体拘束が必要と思われた場合でも、拘束せずに済む方法を常時検討している。

◇改善を求められる点

◆事業計画の実効性

中・長期計画では収支予測や数値目標の設定が無いため、効果測定や中間評価がしづらく、また単年度の事業計画に反映しにくい状況である。事業所の方向性と事業の見通しを確保するためにも、具体性のある計画策定が望まれる。

◆人材育成を目指す人事制度

職員がやりがいを持ち、将来設計できる人事制度と基準が必要と思われる。また、人材育成に効果を持つ目標管理制度を導入し、キャリアパスと関連づけることで、業務上の目標と指針を明確にすることができる。いずれも、労使双方に分かりやすい制度にすべく、早期の導入を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審結果について特に以下の2点について具体的に取り組んでいきたい。

<改善事項>

①事業計画の具体的な策定

中長期に渡る事業計画、財務計画が具体的に明らかにされていない。その延長線上に単年度計画があるべきであり、今回の指摘を受け、見直しを図っていきたい。

定員の問題等含め、方向性を打ち出していきたい。

②人事評価制度の確立

現在、社労士と打ち合わせをしながら、人事評価制度の運用について協議しているが、ご指摘のあったように目標管理も含めてキャリアパスとの連動を図っていきたい。

また、人材育成については、特に非常勤職員が増えており、研修制度、初期教育等、系統立ててマニュアル化を図っていきたい。

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。

第三者評価結果

※すべての評価細目（65項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

【共通評価基準】

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
<コメント> 事業計画やパンフレットに理念、運営方針が記載されており、事業運営の指針となっている。職員に対しては、職員研修や会議での周知、保護者に対しては家族懇談会で説明されている。利用者へは、年3回開催される利用者懇談会で説明がなされるが、分かり易くした資料等は用意されず、十分とは言い難い面がある。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 市の事業所説明会や自立支援協議会、同種の事業団体の施設長会などで福祉の動向や地域での課題等を共有している。一方で、利用ニーズという点では、在籍状況は基幹相談支援事業所に情報提供しているものの市全体の、集計結果を把握していない点は改善することが望まれる。利用率や収支などのコスト分析は毎月実施し、経営状況の把握はなされている。		
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	⑦ ・ b ・ c
<コメント> 毎年度の事業報告書作成時に、財政・サービス・地域・リスクなど項目毎に課題の抽出と検証・分析を行い、次年度の事業計画に反映させている。理事長には随時、役員・職員にはそれぞれ理事会、職員会の機会に周知し、改善に向け取り組んでいる。経営改善を担う特別な組織は無いが、法人としての体制は整っている。		

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
<コメント> 平成29年度に4年間の期限としたアクションプランを発表し、重点課題と方策を明確にし、これをベースにした中・長期計画が今年度策定された。計画は法人理念に基づいて経営原則と行動指針を定め、重点課題への道筋を示す形になっている。一方で、数値目標など成果測定できるための具体性に欠ける部分もあり、実効性という点でも課題を残す。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 単年度の事業計画は中・長期計画を受け、項目毎に整理されたものとなっているが、「～の充実」「～の強化」などといった抽象的な文言も多く、また具体的な数値目標も設定されていない。期中の見直しや年度末の最終評価において、進捗状況や達成度合いを測りにくい点は否めず改善の余地がある。		
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 ・ ⑥ ・ c

<コメント> 各業務担当職員が前年度の反省と目標を提出し、役職者会議にて調整して事業計画が策定されている。年度末には年度評価がなされるが、期中での計画の見直しや修正は行われていない。より、現状に即した形になるような対策が望まれる。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障7	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 年に一度の利用者懇談会で説明がなされているが、十分とは言い難い。支援の主体は利用者であり、あらゆる工夫をもってインフォームドコンセントを得る必要がある。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> サービスの評価に関しては、フロア毎の支援員会議やケア委員会、主任・副主任会議にて月1回の頻度で検証がなされている。支援内容に関して職員アンケートが年1回実施され、集計するとともにケアガイドラインのチェックリストを利用して支援の振り返りを実施している。利用者側では、満足度調査が年1回実施され、結果集計から考察、改善に結び付けており、サービスのPDCAサイクルが機能している。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 各部所から挙げた課題は役職者会議で毎月検討され、改善・修正に結びつけているが、改善計画を策定するなど計画性をもった形には至っていない。サービス向上に向けて、より組織的な取り組みが求められる。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 職務分掌が、「事務分担書」と「職級表」に明記されている。管理者は、役職者会議や職場研修の場で事業や管理方針を表明している。また、年3回発行の広報誌に意見や見解を寄せている。管理者不在時は、課長が職務を代行することになっている。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者が講師となって、毎年コンプライアンス研修を実施している。また、法改正等の周知事項は役職者会議を通し職員周知しており、管理者自身も法令や経営関係の研修を受講している。事業所内にはリスクマネジメント委員会、虐待防止委員会が設置され、事故やヒヤリハット対策から身体拘束への対処まで管理者主導の下、取り組まれている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 管理者はサービスチェック等の結果を受け、内容の分析・検討を行い、改善への取り組みを指示している。また、職員全員の面談の実施、職員アンケートの実施など職員意見を支援の質の向上につなげる取り組みを指導力をもって行っている。しかしながら、サービス向上に特化して取り組む組織は無く、管理者の総合的な判断に頼る場合も多く、この点は検討課題でもある。			

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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者は、労務、財務の状況把握を行い、役職者会議や課長との話し合いでの意見を参考に、また税理士のアドバイスを得て業務改善に取り組んでいる。給与の改定、人員不足など諸問題に主導的に対処する中で、運営方針と事業計画の達成に向け意欲的に取り組んでいる。</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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント> 人員不足の中、様々な求人活動を実施しているが、欠員の補充が中心となっている状況であり、人材確保を計画的に実施しているとは言い難い。育成に関しては、OJTや階層別・テーマ別研修等によって体系的に進められている。</p>		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉒ ・ c
<p><コメント> 来年度から人事考課制度を導入予定であり、人事基準や考課方法を検討中である。キャリアパスの明確化が運営課題にも挙がっており、新たな制度は、キャリアパスや昇格基準などと連動する総合的な人事制度を指向している。できれば、職員の将来設計を可能とし、モチベーション向上が図れる効果的なシステムであることが望まれる。</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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント> 有給休暇は、計画取得を中心にどの部署でも取得可能であるが、時間外労働については、特定の職種・職員に偏りが見られ改善の余地を残す。退職共済の継続、面談による相談体制、リフト導入による業務負担軽減など、働きやすい職場に向けた様々な取り組みが見られる一方で、育休を取得せず退職する職員が見られることから、ワーク・ライフ・バランスを阻害する要因を明らかにし、さらなる働きやすさの追求が望まれる。</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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント> 管理者による個人面談では業務上のアドバイスや相談を行い、適正な業務遂行と意欲向上を図っている。人材育成の有効手段である目標管理制度を来年度より導入予定であり、内容の検討を進めている。新制度が職員に周知・理解され、効果的な運用が図られることを期待したい。</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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント> 運営方針の中に「研修の充実」が明記され、研修計画に沿った研修が実施されている。研修計画は年度毎に策定されるが、内容の評価、見直しが体系的になされておらず、それぞれの研修の適否は不明瞭である。組織としての有効な研修の在り方を検証できる体制の構築が望まれる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 事業所内外の研修では、階層別、テーマ別など様々な研修機会がある。施設内研修は勤務体系を考慮し、同一テーマで2回実施している。OJTとしては、新任職員に対して1年間の研修期間を設定し、担当職員の下で指導から評価までが組織的に実施されている。</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
<コメント> 実習生の受け入れマニュアルに沿い、実習指導職員が作成したプログラムを用いて指導を行っている。養成校との懇談会にも参加して連携を図っている。障害者支援の専門施設として、専門職養成という使命を基本姿勢として明文化することが望まれる。		

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
<コメント> ホームページに法人理念や決算状況、役員など様々な情報が掲載されている。また、年3回広報誌を発行し、行政等の関係者や家族向けに配布している。苦情については、適正な処理がなされているが、ホームページ等での公表がなされていないため、運営の透明性確保に向け、苦情内容に関する公表が求められる。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 経理に関しては、毎月会計事務所によるチェックを実施している。管理者は随時、理事長は毎週来所して財務確認を行っている。内部監査としては、法人監事による監査を年1回実施するなど、一定の透明性が担保されており、行政の監査においても重大な指摘は受けていない。		

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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> 事業計画には、「地域に開かれた施設づくり」が明示されている。個別の外出支援を毎月実施し、居住棟には地域の公共施設や飲食・娯楽施設等のリストが写真付きで分かりやすく掲示されている。地域交流の場としては、地域住民やボランティアとの交流がある秋の文化祭がある。事業所の地域性向上に向け、さらなる交流機会の確保が求められる。		
II-4-(1)-② ボランティア等の受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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ボランティアに関しては、中学生の体験ボラ、元職員による喫茶ボラ、行事での演芸ボラなどがあるが、受け入れ姿勢としては受け身と言わざるを得ない。ボランティアを利用者と社会との重要な接点と捉え、今以上の積極的な受け入れが望まれる。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 市の自立支援協議会、県の同種団体とは定期的な連絡会を持ち、情報の共有や共通課題の検討などを実施している。また、相談支援事業所とは緊密な連携を保ち、地域の福祉ニーズの把握と個々の利用者支援につなげている。必要な社会資源リストも作成されている。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	障26	a ・ ㉞ ・ c

<コメント> 過去に、地域の全家庭に対しアンケートを実施し、高齢者等の買い物や通院支援ニーズなどを調査した。今後も、町内会などとさらなる緊密な関係をもって、地域ニーズの把握に努めることを期待したい。		
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障27	① ・ b ・ c
<コメント> 事業所機能の地域還元として、入浴設備の開放や車イスの貸し出し、買物支援などが検討されている。また、地域との合同防災訓練を実施し、事業所施設を津波時の避難所として提供することを宣している。直接支援として、短期入所定員を昨年度より2名増員するなど、地域福祉推進に専門性をもった貢献がなされている。		

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	a ・ ① ・ c
<コメント> 毎日の朝礼にて、法人理念の唱和を行うことで各職員に「利用者尊重」が十分周知されている。また、苦情解決や相談への対応などから利用者の訴えに真摯に向き合う職場風土があり、十分理念が浸透している。しかし、職員不足から基本的人権に関する内部研修が十分行われていない。		
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障29	a ・ ① ・ c
<コメント> 2人および4人部屋ではあるものの、カーテンや家具の配置でプライバシーが守られるよう工夫している。トイレや浴室でもその場に応じた工夫があり、仕組みとしては十分配慮されている。プライバシー保護についてのマニュアルの周知や職員教育が十分ではないため、職員間で個人差があり認識が曖昧な面がある。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> 相談支援事業所や特別支援学校などを通じての問い合わせが多く、積極的に情報提供をして希望者がアクセスしやすいよう配慮している。施設見学や説明では外出支援が充実しているというメリットだけではなく、個室ではないというデメリットもしっかりと伝えている。情報提供について、内容の見直しと資料の配布先を広げていくことが課題である。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> サービス開始にあたっての契約内容は「利用契約書」と「重要事項説明書」に明記されているものの、内容を分かりやすくする工夫については改善の余地がある。とはいえ、利用者および家族に対して分かりやすい説明を徹底したり、契約時の聞き取りを記録に残して、後の問い合わせ等に対応できるようにするなど、丁寧さがうかがえる。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> 地域移行へのアンケートでニーズを拾い上げ、1名がグループホームへの移行を実現させた。その際には移行先だけではなく相談支援事業所や自立支援協議会とも連携し、サービスの継続性に必要な情報を共有した。まだ移行後間もないが、事前協議が十分行われたこともあってスムーズな移行が進んでいる。移行例が少ないこともあって、マニュアルや引き継ぎの文書などはなく、早期の整備が期待される。		
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 ・ ① ・ c

<p><コメント> 利用者の満足度調査は年度ごとにテーマを絞って行い、集中的に取り組んでいる。今年度は食事についてのアンケートで、満足度調査の結果を受けてご飯の量の見直しを実現した。また、満足度調査の他に家族懇談会や入居者懇談会など、聞き取りの機会が多い。しかし、改善のプロセスにおいて利用者が参画する機会がなく、入居者懇談会をそのように発展させる余地がある。</p>		
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	障34	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 年に6～7回苦情を受け付けており、解決まで滞りなく手続きが進められている。苦情の定義が曖昧で、職員間で認識に差があるものの、苦情とまでは言い難いような内容のケースまで積極的に苦情として対処している。ホームページ等での公表はなく、今後の検討課題と言える。</p>		
<p>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。</p>	障35	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 利用者からの相談は、相談室などプライバシーに十分配慮された環境において受けている。基本としては担当職員が窓口となるが、相談内容によってはサービス管理責任者が窓口となることもあり、利用者によっては相談相手を使い分けている。一方で、家族への案内が十分ではない。</p>		
<p>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。</p>	障36	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 利用者からの「お酒を飲みたい」という要望に対して、担当職員から管理者までの報告がスムーズに行われ、会議等で検討し、要望が実現された。しかし、利用者からの意見・要望や相談に対する対応のマニュアルが整備されていないため、仕組みとして整っているとは言いがたい。</p>		
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	障37	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 入所事業所と通所事業所とが、合同でリスクマネジメント委員会を組織している。事故とヒヤリハットの定義を明確にし、再発防止策が迅速に実行できるような仕組みを整えている。事故報告やヒヤリハット報告も閲覧しやすいように管理されている。しかし、職員全員に対する周知不足のため、同様の事故やヒヤリハットが繰り返されることもある。</p>		
<p>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。</p>	障38	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 入所事業所、通所事業所合同でケア委員会を組織し、外部講師を招いてノロウイルス対策などの講習会を開催している。講習会の参加者は内部研修において参加できなかった職員にも伝達している。また、定期的に嘔吐物処理の練習も行っている。感染症発生時にはショートステイを含め入所と通所の行き来をなくし、拡大防止に努めている。</p>		
<p>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。</p>	障39	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 夜間の火災訓練では、少ない職員で多くの車椅子の利用者を避難させる必要があり、避難完了までに時間がかかっており、設備面も含めて改善の余地がある。立地の特性から津波対策が充実しており、避難スロープの他、最上階に備蓄倉庫を設置している。地域住民と合同で津波避難訓練を実施している。職員の安否確認体制が十分ではないが、今後防災メールシステムを導入することで改善される予定である。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	障40	a ・ ㉞ ・ c

<p><コメント> 福祉サービスに関する各種マニュアルが整備され周知されているが、各職員がその水準で福祉サービスを提供できているかを検証することが十分ではない。</p>		
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
<p><コメント> 定期的な会議で見直しが検討されているほか、利用者からの要望などによって随時見直しが実施され、その結果は速やかに職員に周知されている。しかし、見直しの履歴管理が十分ではないため、いつ、どんな理由で見直したかを振り返ることが難しい。</p>		
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支援計画を適切に策定している。	障42	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 利用開始の際に聞き取ったアセスメントを基に、個別支援計画を策定している。策定の際には担当者やサービス管理責任者を中心とする関係者間での意見交換も行われ、適切なプロセスで進められている。しかし、支援困難ケースについての検討、対策が十分ではない。</p>		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障43	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 定期的に個別支援計画の見直しが行われ、関係者間で会議が行われている。緊急に変更する場合の手順や仕組みが整備されていないものの、その都度速やかに対応できている。緊急に個別支援計画を見直したり変更したりする場合の、手順の明文化を期待したい。</p>		
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)-② 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、職員間で共有化されている。	障44	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> パソコンのネットワークシステムを活用し、日々のケース記録を作成している。記録はアクセスしやすく、職員間で共有できている。また、特に重要な情報については印刷し、「申し送りノート」に貼り付けることでパート職員にも周知することができている。</p>		
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
<p><コメント> 就業規則に個人情報保護についての記載があり、年に一度管理者が説明しているものの、十分に理解が浸透しているとは言い難い。広報誌やホームページ等への写真掲載については、利用者・家族等から事前に掲載許可の確認を取っている。</p>		

【内容評価基準】

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	障46	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 外出支援においては、可能な限り利用者の希望に沿った形での実現を目指して調整している。意思表示が難しい利用者については、家族からの情報もふまえて実施している。また、利用者の「やりたい」と思ったことを叶える取り組みによって、指先が動かない利用者のために工科大学と連携してスマートフォンを使えるような器具を開発した。</p>		

A-1-(2) 権利侵害の防止等

A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障47	① a . b . c
<p><コメント> 身体拘束・虐待防止委員会を組織し、「身体拘束廃止マニュアル」を整備している。転倒防止のベルトなど、やむを得ず身体拘束が必要な場合でも、拘束せずに済む方法を常時検討している。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	障48	① a . b . c
<p><コメント> 指先が使えない利用者でも希望に応じてスマートフォンを操作できるようにするなど、必要であれば地域（工科大学等）と連携して利用者の自立度を高めるための支援を行っている。利用者の自律・自立生活を支援するための職員意識は高い。</p>		
A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	障49	a . ② b . c
<p><コメント> 携帯電話の文章入力や文字盤を使うなど、個々に合ったコミュニケーション手段を活用している。また、リハビリで文字盤操作の訓練をするなど、コミュニケーション手段を身につけるための取り組みも行っている。意思表示が難しい利用者に対して、表情やしぐさを読み取ることは担当者ベースで行われているが、更に工夫していく余地がある。</p>		

A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	③ a . b . c
<p><コメント> 利用者の相談や要望に対して傾聴する姿勢は徹底されており、施設内での飲酒や遠方への外出支援などを実現させてきた。事業所が一丸となって利用者の思いや意向を汲み取り、その実現を図ろうとの思いが強い。</p>		
A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障51	④ a . b . c
<p><コメント> 外出支援で大阪のテーマパークに行くための体力づくりを取り入れるなど、個別支援計画に基づく日中活動を行っている。また、利用者の希望を反映させ、施設内でサーキットを作ってラジコンレースを開催したこともある。個別対応の支援を3～4ヶ月に一度実施し、コンビニエンスストアやスーパーマーケットへの買い物を行っている。</p>		
A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	障52	a . ⑤ b . c
<p><コメント> 担当職員がアセスメントを基に利用者個々の介助度を示したデータを整備し、状況に応じた支援を行っている。必要に応じて「申し送りノート」にて他の職員に情報を提供しているが、支援方法が統一されるまでには至っていない。</p>		

A-2-(2) 日常的な生活支援

A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	障53	① a . b . c
<p><コメント> 日常的に必要な支援は個別支援計画に盛り込んであり、周知されている。食事は選択メニューやスイーツバイキングなどのイベントを開催したり、嗜好調査を実施して満足度を高めている。移乗や入浴においては積極的に福祉機器を導入し、利用者の身体にかかる負担を軽減させるよう努めている。</p>		

A-2-(3) 生活環境		
A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	障54	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>家庭に近い環境をつくるため、希望に応じてベッドではなく畳を設置している居室もある。また、利用者によっては畳に降りたときに保護帽を被るようにするなど、安全面への配慮も行っている。障害特性によってベッドから転落しやすい利用者には、床にクッション材を敷いて怪我の防止に努めている。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障55	a ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>理学療法士がリハビリテーション計画を策定し、機能訓練を実施している。対象者が多く、リハビリの時間は限られるため、日常生活においても理学療法士の指示に基づいて訓練できるようにしている。また、利用者が自主的に、空き時間を活用して折り紙など指先のリハビリにつながるような活動をできるように配慮している。定期的に見直しをしているが、関係職員との連携などが十分ではない。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	障56	a ・ ㉓ ・ c
<p><コメント></p> <p>体調不良時の対応は適切に行われている。夜間も看護師が当番で連絡対応にあたり、常時指示を出すことができています。しかし、看護師不足もあり、日常のバイタルチェックや健康増進のための対策までは十分に行えていない。定期通院は事務員が付き添うなどの工夫もみられるが、看護師の日常業務の見直しと支援員によるバイタルチェック等の仕組みづくりが課題となっている。</p>		
A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	障57	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>服薬管理は看護師が行っている。投薬の手順も決められているが、一旦投薬後に口の中から吐き出してしまったことに気づかなかったり、後から床に薬が落ちているなどの事故報告も上がっているため、再発防止の改善を要する。医療的支援は看護師が嘱託医と連携して行っているが、支援業務の専門性が高い事もあり、支援員との連携は十分ではない。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障58	a ・ ㉕ ・ c
<p><コメント></p> <p>近隣の施設とゴロバレー大会を開催するなど、積極的に社会参加の機会を設けている。体力的な課題はあるものの、積極的な外出支援も社会参加に大きな役割を果たしている。一方、学習機会のニーズは潜在的にあると思われるが、掘り起しができていない。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	障59	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者および家族にとって、当該事業所が安心できる場所という認識があるため、地域移行ニーズはさほど高くはない。しかし、行政によるアンケートで3名の利用者が地域移行の希望を示し、うち1名がグループホームへの移行を実現させた。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障60	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年に一度の家族懇談会には約半数の家族が参加し、意見交換などを行っている。また、文化祭など事業所の行事にも積極的に参加を促している。外出支援の際に、家族の希望があれば現地で待ち合わせするなど、家族との交流にも十分配慮している。</p>		

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A-3-(1)-①	子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	障61	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			

A-4 就労支援

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
A-4-(1)-①	利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	障62	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			
A-4-(1)-②	利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	障63	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			
A-4-(1)-③	職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	障64	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			