

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（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（38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： 7名	非常勤職員： 8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） 1名	（調理員） 5名 ※
	（生活支援員） 14名 内介護福祉士10名	（看護職員） 1名 正看護師1名 ※
	（嘱託医） 1名 ※	※入所と兼務
施設・設備の概要	（居室数） 1フロア	（設備等） 食堂・浴室・介護士室
		機能回復訓練室・談話室・相談室
		全水量オゾン殺菌循環給湯設備
		静養室

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。
- ⑤通所内で、月に一度の会議で「不適切ケア」についてプチ研修を実施している。利用者様に対しての接遇や、職員の意識・向上に繋がっている。

【生活支援】

- ①創作活動
・午前中は入浴しない方を中心に、自発的動作や表情を引き出す活動を行っている。午後は月案を作成し、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。重度の利用者が多いが、各々の目標を持ち支援している。大勢の中での、出来ることを一緒に探しての活動は良い刺激になっている。
- ②外出
・観光バスでの日帰り旅行と、施設の車両を使用して買い物やボウリング、動物園への訪問等を年に1回ずつ実施しており、好評を博している。
- ③医療的ケア
・医療的ケアの必要な方への態勢は整っているが、中には要相談のケースもある。
- ④利用日・利用時間
・月曜日から金曜日までサービスを行っている。土日、年末年始を除く。
・受け入れ時間は9：00からとし、病院受診後やリハビリ後の受け入れもしている。受け入れ時間の融通をすることで、午後から入浴ができる利点がある。

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

◆多様な支援プログラム

入浴支援をはじめ、外出支援や様々な日中活動を通して利用者個々のニーズに合致した、特に重度の障害を持った利用者にも対応するプログラムを用意して実施している。事業所は、在宅障害者の貴重な社会資源となっている。

◆リスクへの対応

同じ建物内の入所事業所と合同のリスクマネジメント委員会が設置され、事故やヒヤリハット対策を組織的に行っている。送迎時や移動中の車イス事故では、迅速に対応して車内改装を実施するなどの改善を行った。

◆自律・自立のための支援

利用者のエンパワメントを活用し、自力での食事摂取や排泄、発語への支援など、自立度を高める専門的支援を個別支援計画に沿って実施している。同じ活動の中でも、個別課題を設定して取り組む形で、利用者個々の障害の特性とニーズに沿った支援を提供している。

◇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、具体性のある中・長期計画の策定が望まれる。

◆ボランティアの受け入れ

活動時にボランティアの受け入れが殆どみられないが、介護ボランティアをはじめ教育的、娯乐的なボランティアを受け入れることで、利用者の社会性向上とプログラムの更なる充実を図ることが可能と思われる。

◆サービスの満足度調査

利用者本人からは活動時に、家族からは日々の送迎時や家族懇談会で意見は聴取しているが、項目に沿った意向・満足度調査は実施されていない。サービスのモニター機能として、アンケート調査導入が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受信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

・定員及び利用率の見直し、配置職員のコスト面での課題、及び具体的な数値目標を明らかにする。

・設備等の償却、更新等の計画を明らかにする。

②サービスに対する満足度調査の実施

・今年度中に、満足度調査を実施する。

今後も毎年テーマを替え実施し、利用者の生の声を聴くようにしたい。

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、職員研修や会議で周知し、保護者に対しては家族懇談会で説明している。利用者への周知は、理解力が乏しいため難しいが、絵や写真を使って分かりやすく工夫した資料等を用いるなど、少しでも理解してもらおう配慮が望まれる。		

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> 市の自立支援協議会の部会に参加し、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	① ・ b ・ c
<コメント> 年度の事業報告書作成時に、項目毎に課題の抽出と検証・分析を行い、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、改善に向けて取り組んでいる。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、通所事業所としての項目は少なく、「～の充実」「～の強化」などといった抽象的な文言も多い。また、数値目標も設定されていないため、評価や進捗状況が測りにくい点は否めず、具体性の点などに改善の余地がある。		

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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>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。</p>		
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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>家族へは、年2回の家族懇談会にて説明が行われ、説明と意見聴取がなされているが、充分とは言い難い。また、支援の主体である利用者へ向けては、行事や日々の活動などを除いて特段の説明は実施されていない。少しでもインフォームドコンセントが得られるよう、最大の配慮と工夫が求められる。</p>		

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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>支援内容に関して、職員のセルフチェックが年1回実施され集計するとともに、主任・副主任は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。支援を受ける側の評価として、利用者満足度調査の実施が望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>運営や支援上の課題は毎月の通所会議で検討され、改善に結びつけているが、改善計画を策定するなどの計画性をもった取り組みには至っていない。サービス向上に向けて、より組織的な対応が求められる。</p>		

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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>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、事業所の通信「なかま」を毎月発行し、方針や意見を表す機会としている。管理者不在時は、主任が職務を代行することとなっている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>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。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>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。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>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。できうれば、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組んでいる。	障16	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>有給休暇は職員希望が優先して取得可能な体制となっており、計画有休を含め取得されている。時間外労働についても、偏りのある勤務はなされていない。退職共済の継続、面談による相談体制など、働きやすい職場に向けた取組が見られる。離職者を減らすよう、一層のワーク・ライフ・バランスを意識した配慮が望まれる。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者による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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 福祉士の実習や教員の実習など、様々な実習生を受け入れている。専門的な実習は、マニュアルに沿って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、連携を図っている。基本姿勢の明文化など、受け入れ姿勢をアピールし、さらなる受け入れを進めることで、福祉教育に対する専門施設としての使命を果たすことが望まれる。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><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、毎月通信「なかま」を発行し、家族や関係者に配布することで事業をオープンにしている。苦情については、適正な処理がなされているが、ホームページ等で公表することで、さらに運営の透明性が向上すると思われる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><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。</p>		

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 ・ ㉑ ・ c
<p><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。活動で行う市内外出やバスピクニックなどで地域の様々な施設を利用し、地域との接点を確保している。また、地域交流の機会としては、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と利用者の社会性向上に向け、一層の交流機会が求められる。</p>		

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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> ボランティアに関しては、中学生の職場体験学習の受け入れの他には受け入れ機会が殆ど無いが、日中活動に関する介護や娯楽的なボランティアなど、受け入れ可能なボランティアは存在する筈である。ボランティアは、利用者と社会との重要な接点であると捉え、積極的な受け入れを期待したい。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><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。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><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。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><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、買物支援などを検討している。地域との合同防災訓練を実施し、利用者介助も体験してもらっている。また、事業所施設を津波時の避難所として提供することを決めている。在宅障害者の貴重な活動の場として、特に障害の重い利用者を受け入れることで地域での存在価値を高めている。</p>		

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	㉔ ・ b ・ c
<p><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。さらに、月に一度のモニタリングで人権についての状況を確認しており、職員間で情報を共有している。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> プライバシー保護については「業務マニュアル」に明記され、入浴や排泄の支援においては仕切りを設けるなど、十分に留意されている。プライバシー保護への取り組みについては、個人懇談の際に家族に説明して理解を得ている。職員間で認識に個人差が生じないよう、研修等で周知徹底を図ることが課題となっている。</p>		

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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用希望者には、見学や一日体験の受け入れを行っている。特別支援学校の生徒だけでなく、中途障害の希望者からの問い合わせもあり、それらのニーズに対応するため、公共施設にパンフレットや事業所の概要等の案内を設置している。ホームページや機関誌も、事業所の情報として活用している。内容の見直しは随時行っているが、入所事業所とは違う、通所事業所の特色を更にアピールする余地がある。</p>		
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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>入所事業所同様、契約時には利用者および家族の意向を十分に聞き取り、記録に残している。契約内容の説明においては、丁寧に説明しているものの、分かりやすくするための工夫については改善の余地を残している。</p>		
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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>入所事業所への法人内移行の場合は、必要な情報をスムーズに伝達できている。他法人の事業所への移行の場合は、相談支援事業所を通じて引き継ぎをすることが多い。この場合は、移行前の会議などで十分情報交換などを行っているものの、引き継ぎのための文書やマニュアルは整備されていない。</p>		
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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>満足度調査は実施していない。定期的に行われる家族懇談会や個別面談の機会に、個別支援計画の内容についての満足度を聞き取り、次の計画に反映させている。また、日常の聞き取りの中から、送迎や入浴についての高いニーズがあることを把握しているが、改善につなげていくプロセスが十分ではない。</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。		
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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人として苦情解決の体制が整っており、入所事業所同様に軽微なケースまで苦情として受け付け、解決までの手続きをフットワーク良く進めている。通所事業所の利用者が入所事業所のショートステイ（短期入所支援）を利用した際の苦情も受け付けることもあり、入所事業所との連携もスムーズに行っている。ホームページ等での公表はなく、今後の検討課題となっている。</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。	障35	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>入所事業所のエリアに相談室を設け、個別の相談を受け付ける環境を整えている。「重要事項説明書」の他、事業所入口に案内を掲示している。少人数で活動していることもあって、実際に個室での相談を希望する利用者はほとんどいない。相談室が活用され、潜在的な利用者や家族の相談、意見が顕在化することを期待したい。</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。	障36	㉒ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>送迎時などに家族から直接相談を受けることがあり、すぐに持ち帰って報告、検討している。受け付けた相談とその後の対応についてはケース記録に記載している。通所事業所ではリハビリテーションの実施が難しい中で、マッサージを受けたいという相談があり、マッサージ店の出張サービスを導入した。</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。		

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
<p><コメント> 入所事業所と合同で、リスクマネジメント委員会を組織している。送迎サービスなど、運転の機会が多いこともあって、職員が交通安全講習会に参加している。送迎車内での移動中に発生した車椅子の転倒事故では、迅速に対応し、車内の改修をした。</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。	障38	a ・ ② ・ c
<p><コメント> 法人でケア委員会を組織し、感染症の予防について積極的に勉強会を開いている。また、ハイターでの拭き掃除や次亜塩素酸を含んだ加湿によって、感染予防に努めている。職員の半数近くがインフルエンザに感染し、通所事業所を一時的に閉鎖する事態になったことがあり、職員の感染予防や拡大防止について改善の余地がある。</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。	障39	a ・ ③ ・ c
<p><コメント> 入所事業所と合同で、法人全体の避難訓練を実施している。訓練では車椅子から離れている状態で移乗、避難するなど、いつ起こるか分からない災害を想定して行っている。地域住民と合同で津波避難訓練も実施している。消防ホースの扱い方や防災機器の取り扱いについても、定期的に講習を行っている。職員の安否確認体制については十分ではないが、今後防災メールシステムを導入する予定がある。</p>		

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 ・ b ・ c
<p><コメント> 「業務マニュアル」が整備されており、マニュアルに基づくOJTが行われている。「業務マニュアル」は支援の具体的内容だけでなく、事業所におけるプライバシーの保護や権利擁護についての取り組み姿勢なども含まれている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント> ヒヤリハットや事故の発生を受け、「業務マニュアル」を変更することがある。また、終業時のミーティングなどでも変更を検討しており、変更の際には各職員に伝達されている。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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 担当者やサービス管理責任者など、それぞれの職員の役割が明確になっており、アセスメント作成の聞き取りから個別支援計画の策定までの一連のプロセスが確立している。また、必要に応じて入所事業所や他法人の事業所との担当者会議などで連携が図られている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント> 毎日のケース記録や毎月のモニタリングなど、個別支援計画の内容を意識した振り返りができており、個別支援計画の見直しにスムーズにつなげている。軽微な見直しや変更は「申し送り簿」や毎日のミーティングで伝達されているものの、緊急に見直しをする場合の手順などは定められていない。</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	① ・ b ・ c
<コメント> パソコンのネットワークシステムを活用し、毎日の記録が職員間で共有されている。また、連絡帳に記載された内容がケース記録として残るよう工夫されており、家族とのコミュニケーションを振り返る際にも役立っている。		
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	① ・ b ・ c
<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、各職員が遵守できるよう指導している。家族にも個人情報保護についての取り組みを説明しており、同意書も得ている。記録は整理され、鍵がかかる場所に適切に保管されている。		

【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	① ・ b ・ c
<コメント> 日々の会話や利用者や家族への面談での聞き取りの中から思いや要望を把握し、個別支援計画に反映させている。言葉による意思表示が難しい利用者については、家族の話や利用者本人の表情から意思を読み取って個別支援計画につなげている。		

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	a ・ ② ・ c
<コメント> 身体拘束・虐待防止委員会が法人で組織され、高い意識で虐待や身体拘束を防ぐ取り組みを行っている。トイレで転落防止のベルトなど、安全のためにやむを得ない身体拘束については個別に同意を取っているものの、身体拘束を必要とする場合の判断基準や事業所としての考え方などを明確に示してはいない。		

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 ・ b ・ c
<コメント> 自力での食事や立位を保持したままの排泄など、利用者個々の障害に応じて自立度を上げていくための支援を積極的に行っている。声が出にくい利用者には、積極的なコミュニケーションを通して発語を促すような工夫もしている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 言語によるコミュニケーションが困難な利用者には、体調面や家庭の状況などの情報共有をした上で、スキップやボールなどを使った楽しめるコミュニケーションによって、利用者の表情が豊かになったり動きが活発になったりと、思いや意向が出やすい工夫をしている。その他、文字盤などもコミュニケーションの手段として活用している。		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者の相談には傾聴する姿勢が徹底されている。また、利用者の意思決定の方法については、職員間で理解を共有できている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 集団で日中活動を行っているが、障害特性や意向を配慮して利用者個々の状況に応じて個別に対応している。また、同じ活動の中でも個別に課題を設けて取り組むなど、個別支援計画に沿った活動内容となっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 法人で組織しているケア委員会による排泄などの研修会を開催し、参加者は他の職員に伝達し、支援の向上を図っている。排泄においても立位で訓練するなど、エンパワメントも取り入れてそれぞれの障害に応じた適切な支援を行っている。</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 ・ b ・ c
<p><コメント> 法人全体で嗜好調査を行い、個別のニーズに対応した献立や食事形態を用意して食事を提供している。入浴や排泄ではリフターなどの機器を使用し、無理なく安全な支援を行っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 事業所内は整理整頓がなされており、安全性に十分配慮している。目が不自由な利用者がコンセントに触れてしまったことを受け、即座に事故防止の対策を施すなど、日々改善に努めている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント> PT（理学療法士）は入所事業所の利用者への支援が手一杯で、通所事業所の利用者まで支援（機能訓練等）が行き届かないという現状がある。家族からの要望は多く、今後検討していく必要がある。排泄時の立位保持や活動の中で手足をできるだけ動かす働き掛けなど、現場の職員が日常レベルで行えることについては積極的に取り組んでいる。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント> 入浴時や排泄時に身体の観察を行い、異常が見られた際には職員や家族に聞き取って報告を行い、必要に応じて対応策をまとめている。通所事業所に看護師が常駐していないため、健康管理が行き届かないこともあるが、体調不良時には入所事業所の看護師と連携し、家族への連絡などの判断をしている。活動の中で外気浴を取り入れるなど、健康増進のための取り組みを行っている。</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
<コメント> 昼食時に服薬が必要な利用者は数名に留まり、看護師不在でも十分対応できている。職員2名でダブルチェックを実施し、投薬ミスを防止する手順を確立させている。怪我や急な体調不良の際などは、入所事業所の看護師と連携しているものの、十分な対応ができない場合もある。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 買い物などの外出行事で社会参加を図っている。また、日常的な外出が難しい利用者にとっては、外出行事がマナーなどを学ぶ学習機会ともなっている。利用者からのニーズが高いバスハイクは、家族の付き添いが必要なため、参加者が少ない。利用者の意向に沿うためにも、家庭の事情を踏まえた改善策の検討に期待したい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 地域移行についてのニーズは極めて低く、具体的な要望も上がっていないため、地域移行を希望する利用者の数は把握していない。地域移行を希望する利用者が出た場合には、相談支援事業所や地域移行の実績のある入所事業所と連携し、対応していく準備はある。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 年に2回の家族懇談会や年に1回の個人懇談の他、連絡帳や送迎時のやり取りなど、家族とのコミュニケーションの機会が多い。それらのコミュニケーションで得た相談や意見・要望などは、適時にサービス管理責任者などに報告されており、事業所内での意思疎通は図られている。体調不良時は、家族による迎えだけでなく、家族の状況に応じて送迎車で送る場合もある。		
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		