

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（66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：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：42名	非常勤職員：24名
専門職員	(所長) 1名	(正看護師) 5名
	(事務員、生活相談員) 5名	(准看護師) 4名
	(サービス管理責任者) 2名	(管理栄養士) 1名
	(生活支援員) 39名	(調理員) 6名
	(理学療法士) 1名	(嘱託医) 2名
施設・設備の概要	(居室数) 24室	(設備等) 食堂・浴室・介護士室
		談話室・機能回復訓練室・医務室
		理髪室・看護師室・静養室
		地域交流室・多目的室・集会室
		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、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し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。
- 虐待防止については、委員会の委員の再編成をし、3ヶ月毎に虐待防止委員会を開催し身体拘束の適正化も合わせた検討会を開催している。新たに「虐待防止の指針」、「身体拘束廃止に向けての指針」を整備し、施設全体で取り組んでいる。施設内研修会でも外部講師を招き、虐待防止、身体拘束の適正化についての勉強会を開催している。

④ 住空間の衛生面の向上のため、利用者の方、全てのベッドマットの交換を実施。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く時間となっている。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なっている。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。感染症予防対策の為、外出を制限する事もある為、新たに、近隣の飲食店でテイクアウトを行い、施設内で飲食を楽しむといった対応も始めた。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聞き、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なっている。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。現在は感染症予防対策の為、中止としているが、計画の提案や情報提供等、担当支援員との話し合いは随時行なっている。

③ クラブ活動
原則として、各フロアの入浴以外に活動を開催している。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つのクラブ活動を行なっている。音楽クラブではカラオケ、楽器の演奏を行なっており、感染予防の為、声を出さない楽器演奏や、可能な場合にはカラオケも行なっている。創作クラブは、季節毎の廊下の展示物の製作やパズル製作を行なった。特にパズル製作ではクラブ活動からレクリエーション、個人活動まで広がり、日常に活気が出るようになった。スポーツクラブでは、密にならないような内容として、個人競技で競い合う内容を実施した。飼育園芸クラブでは、プランターで花壇を作り、水やりの当番をする等、役割を持った活動が行なえた。

【地域移行支援】

入居者にとって、希望があれば再び自宅あるいは地域の中で生活していただくことは、何にも代えがたい大切なことである。相談支援事業やグループホーム、就労支援事業など社会資源が充実してきている中、入所から地域へという流れを施設としても全面的にバックアップしていく必要がある。

【緊急ケースの受入】

介護されていたご家族が急遽入院したり、養護者からの虐待が疑われたり、どうしても緊急での対応が必要な場合、施設としてできる限り、行政や相談支援事業所などと連携して、その保護に努めるものである。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 4月20日(契約日) ~ 令和 5年 3月30日(評価決定日) 【令和 5年 1月18日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	4回 (令和 元年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆不適切支援への取組み

コンプライアンスの徹底について、施設全体で取り組んでいる。虐待防止委員会において、不適切事例の検証や対応チャートの確認などを実施している。特に身体拘束に関しては、「身体拘束廃止に向けての指針」を整備し、職員全員が意識を共有している。転倒防止用の車いすに装着するベルトによる軽易な拘束に関しても、利用者個々に内容や期限を明記した同意書を徴取するなど、3原則に基づいた対策を徹底して実践している。

◆支援体制の充実

行動指針に基づく計画的な人材確保により、1.7:1の手厚い人員配置を維持している。中でも利用者の医療的ニーズに対応すべく看護職員9名(正看護師5名、准看護師4名)を配置し、医療機関との連携や支援の充実を図っている。

◆防災対策の徹底

事業所の立地条件もあり、建物屋上にスロープ付きの避難場所が設置されている。津波などの防災に関しては消防署や地域との合同訓練なども実施され、地域住民の避難場所として周知がなされている。地区の防災連絡会にも参加している。また、有事の際の安否確認として、専用アプリを活用した職員の状況確認も迅速に取られるなど、防災対策の強化を図っている。

◇改善を求められる点

◆事業計画の具体性

事業計画は、単年度計画および中長期計画とも策定されているが、計画は進捗状況や達成度評価を可能とする内容であることが望ましい。内容的には事業の目標や方向性を示すものとして相違ないが、一部の項目に関し具体性を欠く部分があり、評価が不明瞭になる懸念がある。この点を課題として捉えられたい。

◆目標管理制度

職員が具体的な目標をもって業務にあたることは肝要である。適正な目標を設定し、的確な評価を得て改善し、新たな目標に向けていく「目標管理」は人材育成の点でも、また利用者サービス向上の観点からも効果が期待できるものであり、目標管理制度の導入の検討を求めたい。なお、キャリアパスの職責に対応した目標設定が望ましい。

◆支援マニュアルの整備

支援の提供にあたり、必ず標準的な実施方法となる支援マニュアルが必要である。理由は以下の2点である。一つは、支援を提供する上でのリスクの回避、もう1点はサービスの低下防止、つまり一定水準の維持である。また、マニュアルは事業所の実情に合ったもので、形式的でなく実効性を伴うものが望ましい。未整備の項目も含めてマニュアルを総点検し、支援の適正化を図られたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審結果のうち、以下4点について具体的に取り組んでいきたい。

- ①利用者・家族等に対して常に情報提供し、施設の状況や姿勢を発信していく。
- ②事業計画の中で具体性に欠ける部分があり、特に今後の施設運営、事業のあり方や利用定員・職員配置の課題など収入とのバランスを見ながら方向性を示していきたい。
- ③人事評価制度の実施については、今後一部幹部職員を対象にスタートさせる予定である。
- ④支援マニュアルについて、現在業務マニュアルを活用しているが、内容について現状にそぐわないものもあり、順次見直しを行っていく。

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（64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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 経営理念や基本方針は、ホームページやパンフレットに明記され、職員に対しては文書として配付し、年度はじめの研修時に事業計画とともに説明している。利用者への周知に関しては、利用者懇談会の折に事業の予定などとともに説明されるが、分かりやすい資料などは特に用意されていない。利用者の理解促進への対策が望まれる。			

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 福祉新聞での情報取得の他、自立支援協議会、身障協（愛知県身体障害者施設協議会）などからの情報提供を受け、福祉動向を把握している。また、相談支援事業所からの在宅者情報を受け、地域の福祉ニーズの現況を把握している。入所者状況や財務収支については毎月集計し、税理士のチェックを受けている。			
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 役職者会議の中で経営課題の検討を行い、課題を計画に移して対策を立てている。事業報告作成時には年度の総括評価を行って次年度計画へ向けており、理事会に提出するとともに、職員へは内部研修の際に説明して改善への方向性を示している。			

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 5年スパンの中長期計画が策定され、毎年更新されている。建物・設備・固定資産などのハード面の執行予定について、収支を伴う行程表が作成されている。また、10の経営原則に基づく14項目の行動指針と重点項目は経営指標となりえる反面、具体性の点で進捗確認や達成度評価に課題を残すため、実効性のある計画に向け検討されたい。			
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
<コメント> 単年度の事業計画は、中長期計画の方針を基に作成されている。事業計画の内容としては、実施項目に「強化する」や「推進する」、「検討する」といった抽象的な表現が多く、成果測定が不明瞭になりかねない。可能な範囲で、数値目標や具体的な到達点を示すことが望ましい。			
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
<コメント> 事業計画の項目に関連する各部署での評価を踏まえ、年度末に事業総括（報告）を行い、役職者会議で検討して事業計画の原案を作成している。理事会での承認を得た後、職員には事業計画説明会を開催して周知を図っている。できうれば、中間時点での進捗評価を行い、修正が可能な体制を整えられたい。			

	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> 利用者懇談会にて、主要な事業の説明を行っている。ここでも、分かりやすい資料（画像やイラストの活用）を提示して説明するなどの取組みはない。支援を受ける主体である利用者に対し、様々な配慮と工夫をもって十分な説明責任を果たされたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 役職者会議では、毎回支援向上に向けての協議がなされている。根拠となるのは、ケア委員会での改善事項や虐待防止委員会での協議事項、職員セルフチェックの結果、困難ケース事例などである。第三者評価の受審年は同評価基準に沿った自己評価を行い、受審のない年は身障協の基準を用いた自己チェックを実施し、改善につなげている。</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> 総括的に捉えた事業報告を評価結果とし、事業計画を改善計画と考えれば、PDCAサイクルに沿った改善の仕組みが整っていると見える。しかし、通常の会議で話し合われる課題等については、改善計画を策定して計画的に取り組んでいく形にはなっていない。改善に向けては、責任者（誰が？）、期限（いつまでに？）、実施方法（何を？）を明確にして取り組むことが望ましい。</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	①	・ b ・ c
<コメント> 職務分掌としての「事務分担表」により、管理者の職責が明らかにされている。管理者は、役職者会議や職員研修の場で、自らの方針や事業の進め方を示している。管理者不在の際に、災害等非常事態が発生した時には、次長が職務を代行することとなっている。			
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> 管理者自らが外部研修に参加し、コンプライアンスに関する知識を得ている。それを活かし、管理者が内部研修で講師として法改正の内容や虐待防止、身体拘束の適正化といった遵守事項について職員にレクチャーし、法令遵守の徹底を図っている。また、定期的に社労士など外部の講師を招いての研修会を開催している。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 毎月の施設内研修に力を入れ、約半数の研修には外部の専門家を講師に招き、関連知識の習得による支援力の向上を図っている。同様に、外部研修への参加も奨励している。個別面談により、職員の意見を支援に反映させたり、あるいは業務上のスーパーバイズを行って職員個々の自己課題の解消を図るなど、指導力を発揮している。			
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	障13	①	・ b ・ c
<コメント> 役職者会議にあっても先導的役割を果たし、面談等を通しての人材把握や労務対策、財務では収支状況を常に把握している。さらに、税理士の助言を得て経営分析するなどの他、諸規程の見直しによる労働環境の改善を図るなど、様々な取組みをもって経営改善を進めている。			

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	①	・ b ・ c
<コメント> 中長期計画の行動指針に基づく計画的な人材確保により、1. 7 : 1の人員配置を確保している。また、看護職員を9名配置するなど、利用者の医療的ニーズに応える人員体制を整えている。様々な媒体を用いた採用活動を実施し、欠員の無いような体制をとっている。定着に関しては、研修への参加と労務環境の向上を基本とする数々の取組みが確認できる。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	①	・ b ・ c
<コメント> 階層毎の職責が明示されたキャリアパスが整備されている。これは業務指針と人事要件にも相当するもので、将来的に人事考課制度を導入する際の基盤として位置づけられる。この他、人事管理面では「就業規程」や「給与規程」の見直し、新たな処遇改善加算の適用などが実施されている。			
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	・ ② ・ c
<コメント> 各種の休暇取得率は増加し、改善の方向にある。メンタルチェックの実施、福利厚生制度加入、障害者雇用の推進、再雇用の退職時給与と保障など、労働環境は改善されてきた。一部職員の残業時間に関して課題（業務負担の偏り）があり、業務配分の適正化などの検討が求められる。			

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	ⓑ	c
<コメント> 管理者面談を通して、職員の業務遂行の意欲や適正度を確認し、また業務課題へのアドバイスなどを実施している。キャリアパスに沿った形での目標管理を導入し、個々の職責に対する業務遂行の評価を行うことで、職員一人ひとりの育成を図りたい。				
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	ⓑ	c
<コメント> 人材育成の必要性については、中長期計画及び単年度計画にも示されており、研修計画に沿って研修参加がなされ、専門性の育成が図られている。しかし、実施内容や計画の必要性の評価が明確でないため、改善事項を検討した上で、真に必要で効果の期待できる研修受講に向けた取組みが望まれる。				
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	ⓑ	c
<コメント> 毎月実施する施設内研修では、喫緊の重要なテーマについて、職員全員の受講を目的に同一研修を2回実施している。外部研修については、関連団体主催の研修に順次参加しているが、業務への効果測定や伝達研修による重要事項の周知等に改善の余地を残す。				
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	ⓑ	c
<コメント> 実習生を受け入れるためのマニュアルが整備され、介護福祉士実習の指定施設として実習生を受け入れている。専門施設として実習に対する受入れ方針を明確にする点、また指導者のブラッシュアップの点は課題となる。				

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	ⓑ	c
<コメント> ホームページに様々な情報が公開されている。第三者評価をほぼ3年ごとに受審し、結果を公表している。苦情受付の内容に関しても、個人情報保護に配慮した上で公開することが望ましい。広報誌は可能であれば地域の方の目に触れる方策をとることで、地域理解の一層の伸展を望みたい。				
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> 財務に関しては、「経理規程」に基づいて会計士によるチェックを実施しており、経営全般に関しては、定期的に社労士のアドバイスを得ている。職務分掌も明確にされ、監事による内部監査も実施されるなど、一定の透明性が担保されている。				

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	Ⓐ	b	c
<コメント> 事業計画には「地域との関係の継続性」が、中長期計画には「地域に開かれた施設づくり」が明記されている。掲示板には地域情報が掲示されており、行事やイベントこそ制限されているが、日常的な散歩や外出などで常に地域との接点がある。				

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 中長期計画や事業計画には、ボランティアに関する方針等は含まれていない。感染予防の観点から、外部のボランティア受入れは難しいが、利用者の社会性伸長の観点からも今後は受入れ体制を整え、積極的な受入れを期待したい。		
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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> 行政や医療機関、相談支援事業所など、利用者支援に必要となる資源は明確にされている。また、身障協（愛知県身体障害者施設協議会）や自立支援協議会に参画して定期会合を持ち、情報の共有や共通課題の協議を行っている。		
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	㉓ ・ b ・ c
<コメント> 相談支援事業所との連携が図られ、地域の在宅者ニーズなどを常に把握している。地域住民とは、災害時の避難場所として周知がなされており、合同の防災訓練を開催したり地区の防災連絡会にも参加している。また、買い物支援に関する住民アンケートによるニーズ調査を実施している。		
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
<コメント> 広域災害時の地域住民受入れに関しては、特に津波に関する設備が整っており、過去には台風時に実際の避難者を受け入れている。また、在宅障害者のショートステイの受入れ、障害に関する講演への講師派遣、地元業者からの食材買入れなど、地域を意識した取組の実績は豊富である。		

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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>法人・事業所の理念、基本方針は全職員に対して周知されている。また、基本的人権に関する勉強会や研修会は最低年1回は開催されている。しかしながら、利用者に対する呼称などについては更なる取組みが求められる。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>居室は複数人部屋ではあるものの、パーティションを活用するなど、可能な限り利用者のプライバシーを確保するような取組みがなされている。マニュアルについては定期的な更新はなされているが、必要に応じて都度の更新や中身の整備が必要である。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>利用を前提とした見学希望者への説明・対応は詳細かつ丁寧になされている。来所が困難な利用希望者に対しては、自宅や医療機関に出向いて説明するなど、利用者（利用希望者）を大切にしたい取組みがある。ホームページではトップページに行事の紹介が出てくるが、施設選択に必要な情報はくまなく網羅されている。</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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>サービスの開始にあたっては、支援の内容が「重要事項説明書」や「利用契約書」に明記され、丁寧に説明され、同意を得た上で記録として残されている。意思確認の困難な利用者に対しては、家族や身元引受人等に十分な説明を行い、間接的にはあるが利用者の意思を確認している。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>サービスを変更する時の対応として、相談支援事業所やサービス管理責任者などの窓口を設置し、いつでも相談できる体制を確保している。地域移行の事例があり、有事の際には再度サービスを受けられるよう、利用者・家族にも周知している。移行にあたっての手順書や引継ぎ文書がなく、早期の整備が期待される。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>利用者の満足度調査を定期的実施し、要望等を受け付けている。最近の取組みでは、利用者の要望を受けてラジコンやインターネットの活用などが実施された。満足度調査の他に、利用者懇談会の開催等で意見を吸い上げる仕組みがある。今後は、利用者参加の検討会や改善検討の記録を整備することを期待したい。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>苦情の受付から改善までの流れは整っている。しかしながら、苦情の対応・体制がすべての職員にまで周知されているとは言い難い。利用者等に対しても、利用開始時に口頭で伝えるだけになっており、利用者にとってより発信しやすい体制の整備が期待される。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>意見や相談については、相談室や居室などのプライベートに配慮した場所を使用している。また、受付はサービス管理責任者のみならず、身近な担当職員も受け付けられるようにしている。利用者・家族がより気軽に相談できるよう、分かりやすい掲示や文書の整備を期待したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者からの「映画に行きたい」や「カラオケがしたい」等、要望について現場からの報告は管理者まで伝達され、検討会議が行われている。実際に、ラジコンやインターネットの活用も実現している。実現困難な事案についても、可能な限り要望に近い形で実現している。課題としては、マニュアルが未整備のため、今後の整備が期待される。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>同じ施設内に併設されている通所事業所と合同で、リスクマネジメント委員会を設置している。新人職員に対しては研修の一環として捉え、リスク管理を新人研修のカリキュラムに取り入れている。毎月委員会を開催し、ヒヤリハットや事故報告の検証・見直し・対策を行っている。現場で起きた事例は一旦メモに書きとめ、後でパソコンに入力するなど、記憶だけに頼ることのない取組をしている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>食中毒予防や感染症予防の勉強会が、併設の通所事業所と合同で開催されている。新型コロナウイルス感染症のクラスター発生を2回経験し、その都度得られたノウハウを感染症対策に反映させている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域や消防署との定期的な防災訓練を実施している。地域的に津波被害が懸念されることもあり、車いす利用者を屋上へ誘導する際の職員間の連携などは入念にチェックしている。また、セキュリティー企業と提携し、アプリを通して職員の安否が確認できるよう対策を講じている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>各場面における標準的な実施方法が文書化され、定期的に見直しがされている。各支援が実施されたか確認するためのチェック表を設置し、記入する仕組みがある。特に新人職員については、おむつやシート交換など、OJTを通して実地訓練をしている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>定期的に行われている会議で標準的な実施方法の見直しが行われ、必要な改訂が行われて記録に残されている。利用者個々の支援に影響するような改訂があった場合は、個別支援計画書にも反映されている。それらの変更は、各部署に周知されている。</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	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービスの提供を受けるにあたり、アセスメントを基にサービス管理責任者を中心に、担当の職員で個別支援計画書を作成している。支援困難ケースについては、理学療法士や看護師のほか、他法人とも情報共有して対応策が検討されている。</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	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>定期的に個別支援計画が見直されている。個別支援計画に変更が生じた場合は記録に残し、関係する職員に周知されている。個別支援計画の変更が、標準的な実施方法に影響するような場合には、関係するマニュアル等の見直しを実施される。</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	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>専用の支援ソフトを活用し、必要な記録が作成されている。ネットワークシステムにて、職員それぞれのパソコンから、記録や閲覧ができるようになっている。文章表現のチェック体制があり、必要が生じた場合は記録者にフィードバックされている。職員周知が必要な記録は印刷され、「申し送りノート」にて情報が共有されている。</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 ・ ㉗ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の定めた「個人情報保護規程」がある。しかし、全ての職員にまでその内容が周知徹底されるまでに至っているとは言い難い。</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	①・b・c
<コメント> 外出支援については、公共交通機関などを利用して県外のテーマパーク等にも出かけている。毎月1回短時間での外出も行い、テイクアウトなどを楽しめる支援をしている。それらの外出前に、行き先等に関して利用者の希望を聞き取っている。身体的理由で希望の外出が困難な場合には、可能な限り要望に近い形になるよう外出支援を工夫している。			

A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	障47	①・b・c
<コメント> 権利擁護のための取組みとして、虐待防止および身体拘束防止委員会が組織されている。外部研修を受講した管理者や外部の専門家を講師とし、毎月職員研修を実施しており、その中に権利擁護に関する研修も含まれている。また、委員会は定期的開催され、適切な支援の確認や見直しなどが行われている。			

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> 地域移行を実現するために、利用者個々の能力開発に取り組んでいる。携帯電話の契約、マイナンバーの取得、また地域の工科大学の協力を得て、身体的障害のある方のスマートフォン利用等、利用者や家族の要望を支援に反映させ、自立・自律に向けてのステップアップを図っている。			
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> 意思表示の困難な利用者について、文字盤や携帯電話をコミュニケーションツールとして活用している。さらに、家族や支援の中で機能訓練を担当している理学療法士等、普段から深く関わりのある関係者からも情報を得て支援に活かしている。			

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
<コメント> 利用者の希望により、直接の担当職員だけでなく希望する職員との相談もなされている。相談環境は居室やその他空いたスペースで行うなど、利用者が話しやすい環境を整えている。相談内容は「申し送りノート」等で情報共有されている。			
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
<コメント> 3～4ヶ月に1度、公共交通機関を利用した外出や買い物、施設内でのラジコンカーレースの実現など、個別支援計画に基づいた支援が実践されている。新型コロナウイルス感染症の影響で活動が制限される中、外食はテイクアウトにするなど、可能な限り希望実現に向けて支援している。			
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
<コメント> 強度行動障害者支援の有資格者を3名有し、個別的な配慮が必要な方への支援が適切に行われている。また、近年増加傾向にある高次脳機能障害者への支援にも取り組み、アセスメントを基に個別支援計画を作成し、職員間で支援内容を共有して支援している。			

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> 日常的に必要な支援は、個別支援計画に盛り込まれ実施されている。食事については、定期的に嗜好調査を行ってメニューに反映させている。入浴や移乗などは福祉機器を取り入れ、利用者に無理や負担がかからないよう活用されている。</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> 利用者の安全に配慮し、ガラスには飛散防止フィルムが貼られている。また、必要に応じて居室を畳敷きにししたり、壁にクッション材を設置するなど、利用者の安全面が配慮されている。衛生面では、専門業者による清掃が定期的に行われている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 理学療法士によるリハビリ計画が立てられ、計画に沿って実施されている。利用者の希望により、訓練の内容によっては自主的にリハビリができる環境である。各フロアにリハビリスペースが設けられ、自由時間に折り紙などの指先を動かす活動も実施されている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント> 夜間の時間帯にも対応可能な看護師を複数名有し、緊急時には携帯電話で連絡が取れる仕組みがある。看護師の知識や専門性を有効に活用し、健康面の相談・説明の機会を充実させることが望ましい。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント> 服薬の管理は看護師が行っている。薬に関する支援内容については専用ソフトに示され、職員間で情報共有されている。しかし、支援の現場では、薬の飲み忘れや一旦口に入った薬が外に落ちているのに気づかない事例もある。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント> 万全な感染症対策を講じ、ボランティアによる演奏会やマジックショー、地域移行のための就労体験、特許取得のためのパソコン操作支援などが行われている。しかし、社会資源に関する利用者への情報発信が不足しており、更なる潜在的ニーズの掘り起こしが必要と思われる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 地域移行を希望する利用者は少ないものの、希望する利用者への支援は実施している。その結果、1名の利用者が地域移行（自宅での生活）を果たした。地域での安定した生活が定着するよう、月に1回程度、元利用者に対しての近況確認が行われている。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 新型コロナウイルス感染症の影響もあり、家族が直接事業所を訪れる機会は制限されている。必要に応じて、オンラインまたは手紙を活用して近況を伝えており、家族との間で情報共有がなされている。		
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		