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		種別：施設入所支援・生活介護・短期入所
代表者氏名：七原　規充		定員（利用人数）：６０名（５９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：https://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：５０名	非常勤職員：３４名
専門職員	（所長）　１名	（理学療法士）　１名
	（事務員、生活相談員）５名	（管理栄養士）　１名
	（サービス管理責任者）３名	（調理員）　７名
	（生活支援員）　４５名	（看護師）　７名
	（その他）　１２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	機能回復訓練室・介護士室
	看護師室・医務室・静養室	集会室・理髪室・地域交流室
	多目的室・談話室	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　『みんな笑顔に』
　法人を設立する動機のひとつに、障害者と暮らすご家庭の苦労を知り、そうした方がたのために貢献したいという強い思いがありました。
　私たちは最高のサービスを提供し、利用者は勿論、施設に関わる全ての人を笑顔にし、幸せにします。

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

④施設・事業所の特徴的な取組

【防犯、防災等、職員教育】
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、地域の方がたと共に実施している。
③職員の施設内研修を実施し、研修に参加出来ない職員については研修資料を渡しレポート提出を求めている。（コンプライアンス・虐待防止・メンタルヘルス・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。
④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。

【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余暇活動の充実
日中活動として、レクリエーションで創作活動、身体を使った活動等、様々な活動をしている。創作活動では、共同で作品を作り掲示をしたり、季節を感じる事の出来る創作活動を行なっている。活動内容も担当の支援員が内容を考え提案する形をとり、余暇活動の充実が見えるようになった。
③開かれた施設づくり
施設運営の重点目標である開かれた施設つくりとして、外部の目を多く入れる事、地域の社会資源の活用し利用者の方にも楽しんでいただく取り組みをしている。洋服販売、コンビニ販売、理美容、福祉ネイル等、定期的な訪問を依頼している。また、コンサート慰問、施設行事等、音楽活動をされている方の訪問もある。社会参加の機会としても、可能な限り地域のイベントへの参加をしている。また、８月には地域連携推進会議を開催し、地域住民の方や福祉に知見のある方と意見交換をし、地域の一員としての役割も確認をした。

【地域移行支援】
個別支援計画策定の際に地域移行の意向の確認をしている。希望がある方については、関係事業所と連携し情報提供や見学、体験等を実施している。昨年度は4名の方が地域移行をしており、退所後も様子を伺いに行く等、フォローもしている。
【緊急ケースの受入】
今年度より、地域生活支援拠点として登録し、緊急時の受け入れ体制を整えた。関係各所とも連携をしながら、緊急時の受け入れを行なっている。
【地域における公益的な取組】
令和５年８月より市内の障害児・者団体（主にダウン症の子供たち）の音楽療法（ＭＴ）等の活動実施する場所を提供するとともに、当施設の職員も参加し支援している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和７年５月２０日（契約日）　～ 令和７年１２月１５日（評価決定日） 【 令和7年11月19日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	４回　　（令和４年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点
◆管理者の指導力
　課題や問題点が明確になると、担当する「課」や各種会議、専門的な「委員会」に下ろして改善策を検討するケースが多い。主要な会議である経営会議や役職者会議、各種の委員会に管理者がメンバーとして入っており、積極的に改善活動に参加している。率先垂範、強い指導力で事業所（職員）を牽引している。

◆職員の安定雇用
　職員にとっての働きやすい職場づくりが有効な定着対策となり、職員の安定雇用が図られている。2つの制度を併用し、重層的な退職金制度を設けている。定年後の嘱託採用においても、定年前の給与水準を保障している。有給休暇の取得に関しては、一部の役職者に若干の取りづらさはあるものの、大きな偏りはない。男性職員の育児休業に関しても、これまでに複数の取得例がある。

◆安心の医療支援体制
　健康診断を年2回実施し、往診体制として、歯科週3回、精神科週1回、内科週1回、皮膚科オンライン診察がある。日常の病変に対しては先ず看護師が処置を行い、迅速に嘱託医へ連絡し、そこから必要な医療機関につなぐというフローができている。また、夜間はネット診療とオンライン医療相談ができる外部機関を利用する体制を敷いており、24時間の医療支援を可能としている。実効性の高い医療体制を整えており、利用者の安心な生活を支えている。

◇改善を求められる点
◆重点項目に数値目標等の設定を
　事業計画に示す重点項目に数値目標や具体的な到達点の設定がなく、そのための期中の進捗確認が実施されず、年度末の最終評価が曖昧になっている。重点項目には、可能な限り数値目標等を設定して取り組むことが望ましい。

◆研修効果の確認
　職員研修の実施後に、受講した職員は「復命書」を作成している。その中に、所感として研修での学びや気づき、アクションプランを記載している。研修が、この「復命書」の提出で完結してしまっている。一定期間の後、アクションプランが支援の現場で実践されたか否かを検証する「研修効果の確認」のプロセスの構築を望みたい。

◆普通の生活のために
　日中プログラムとして、余暇活動支援と入浴支援が基本日課となっている。土・日曜日は特にプログラムは無く、生活支援が主となっている。入浴に関して、利用者の障害が重く介助が大変、マンパワーが足りない、シフトが組めない等の課題がある。だから、通常の人が毎日夜間に入浴するのに、ここでは週2回の日中の入浴に甘んじているのだろうか。改善の必要があるとすれば、「できない」を前提に考えるのではなく、何かを犠牲にするのかではなく、何かとの比較でもなく、できない原因を究明し、改善、解消する。そのためにはどうすれば良いかを考える。試してみる。一日の疲れをお風呂で癒し、お風呂に入ってぐっすり眠る。「施設だから」や「本当はそうしたいけど」、「地域移行出来たら、こんな入浴ができるのに」で良いのだろうか。検討の余地はある。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

　今回の第三者評価の結果について、事業計画の設定、研修受講後のフィードバックのあり方、ホームページ等を活用した事業計画や事業報告、苦情処理などの公表による透明化の促進、利用者のみなさんに対しての運営状況の丁寧な説明など、改めて至らない点について反省、自覚したところである。
　また、地域移行の積極的な推進や意思決定支援のあり方などについても、貴重なアドバイスを受けることができた。
今後の施設運営に当たっての指標としたい。

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（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　・　ⓑ　・　c
〈コメント〉 『みんな笑顔に』で始まる法人の基本理念が、理事長の強い思いを込めて新たに策定された。この基本理念をホームページやパンフレット等に記載し、広く内外に示している。しかし、利用者や家族に対しては、特段の周知活動を行っていない。新たに策定された理念であるからこそ、丁寧な説明を期待したい。			

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	ⓐ　・　b　・　c
〈コメント〉 身障協（愛知県身体障害者施設協議会）や市・自立支援協議会が主催する会議、研修等に参加し、事業運営を取り巻く様々な情報を取得している。それらの情報は、毎月開催される役職者会議に諮られ、さらに、役職者会議に引き続いて開催される各種委員会で検討されている。			
	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	ⓐ　・　b　・　c
〈コメント〉 喫緊の課題として、「人権擁護」、「地域移行」、「感染症対策」、「防災体制の確立」、「効率的経営」、「緊急ケースの受入れ」の6点を挙げ、各種会議や委員会で改善策を検討している。また、これらの課題の多くは今年度の事業計画にも取り上げられており、改善に向けた取組みを進めている。			

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	ⓐ　・　b　・　c
〈コメント〉 法人の中・長期計画である「松竹会の5ヶ年計画」（令和6～10年度）が策定されている。重点項目については、各年度の到達目標が示されている。期限とする年度を待たずに目標を達成した項目もあり、今年度の期末に、5ヶ年計画の内容を見直すこととしている。			
	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　・　ⓑ　・　c
〈コメント〉 若干の項目にばらつきはあるが、「松竹会の5ヶ年計画」に沿って単年度の事業計画を作成している。事業計画の中に、4件12項目の「重点事項」を抽出している。しかし、「重点事項」には数値目標や具体的な到達点が明示されていない。			
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　・　ⓑ　・　c
〈コメント〉 事業計画の重点事項に具体的な数値目標等が設定されていないため、期中の進捗確認や期末の最終評価（事業報告書）が曖昧になっている。重点事項の各項目に関し、1年間にわたって取り組んだ職員の汗（成果）を見える形とするためにも、重点事項には具体的な数値目標等を設定して取り組むことが望ましい。			

	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　・　ⓑ　・　c
〈コメント〉 利用者には入居者懇談会で、家族には家族懇談会の機会に、事業計画に関する説明をしている。しかし、利用者に対する説明では、分かりやすい資料を作成しての説明はない。事業計画の中の重点項目には利用者に関わる事項もある。それらを中心に、分かりやすい資料を作成して説明することが望ましい。			

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	ⓐ　・　b　・　c
〈コメント〉 3年に1度、定期的に第三者評価を受審している。受審しない年度には、身障協作成の「ケアガイドライン」を使用して自己評価を行っている。自己評価は管理的な職員によって実施され、支援課長によって報告書にまとめられている。			
	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　・　ⓑ　・　c
〈コメント〉 「ケアガイドライン」を使った自己評価の結果が報告書にまとめられ、浮き彫りになった課題が主任・副主任会議に挙げられる。改善が容易なものは直ちに実施に移されるが、取組みはそこで止まっている。改善に時間を要する課題等は、次年度の事業計画に組み入れて取り組む等、計画性を持った取組みに期待したい。			

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
〈コメント〉 管理者の職責が「運営規程」に記載されている。管理者不在時の権限委任先は、「組織図」から次長がその任に当たることが分かる。管理者は、年間2回発行される広報誌の中で自らの思いや考え方を述べている。管理者は主要な会議や委員会のメンバーであり、それらの機会を通じても自らの考えを伝えている。			
	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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 管理者に着任して10年余が経過し、事業運営に関する諸法令の知識は十分に持ち合わせている。法定の虐待防止研修や身体拘束適正化の研修、感染症防止研修等、主要な研修については2日間に分けて行い、より多くの職員の参加を可能としている。今年度から義務化となった「地域連携推進会議」も既に開催済みである。			
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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 課題に対する改善策の検討や改善活動は、目的別に組織された各種の委員会に任されるケースが多い。委員会は9つあるが、その主要なものには管理者もメンバーとして名を連ね、積極的に改善活動に参加している。定員を70名から60名に削減したり、夜間の医療体制に外部のサポートシステムを導入する等、サービスの質の向上に向けて改革を進めている。			
	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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 定員を70名から60名に削減したことにより、利用者を男・女別に居住階を分けて支援することが可能となり、夜間勤務にゆとりが出た。夜間の医療体制にサポートシステムを導入することで、8名の看護師職員が昼間の業務に専念できる仕組みができた。			

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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 事務職員2名の離職はあったが、支援現場の職員雇用は安定しており、採用活動は欠員補充が必要となったときに実施している。職員の処遇面の施策を厚くし、定着対策としての効果を挙げている。例示すれば、2つの制度を併用して重層的な退職金制度を設けたり、定年後の嘱託採用においても、定年前の給与水準を保障している。			
	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ⓑ ・ c
〈コメント〉 終身雇用型のキャリアパスを構築しているが、成果主義を目指す取組みとして試験的に人事考課を試みている。給与や賞与の基準は明確になっているが、昇進・昇格は明確な基準が定まっておらず、理事長と管理者との合議で決定している。適正で民主的な人事管理制度とするためにも、人事考課の導入と人事基準の明確化が待たれる。			
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組んでいる。	障16	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 定期的に管理者との個人面談があり、「ヒアリング調書」を用いて職員の満足度や就労意向等を聞き取っている。有給休暇の取得状況や時間外労働に関しては、次長が綿密にチェックしている。有給休暇の取得に関しては、一部の役職者に若干の取りづらさはあるものの、大きな偏りはない。男性職員の育児休業に関しても複数の取得例がある。			

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〉 目標管理制度の運用はなく、職員の育成は教育・研修と自己啓発に委ねられている。事業所の目標（重点課題）を「課」や「委員会」の目標に下ろし、さらに各職員に展開する目標管理の仕組み作りに期待したい。目標管理は、職員のモチベーション維持にもつながる。			
	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〉 「職場研修計画・評価シート」で、法人の職員研修の仕組みや方向性が示され、「職場研修年間スケジュール表」によって、実施する研修の種類や実施時期が明確化されている。研修受講後には「復命書」が作成され、所感として研修での学びや気づき、アクションプラン等が記載されている。このアクションプランの実施の可否を検証する仕組みがない。			
	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〉 「職場研修年間スケジュール表」に沿って研修が実施され、非正規職員に対しても研修参加を呼び掛けている。職員が保有する専門資格に関しては総務課が管理しているが、職員個々の受講履歴は管理されていない。将来的に、キャリアパスが資格要件や研修要件を問うことが想定されることから、受講履歴を一元的に管理することが望ましい。			
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〉 研修の受入れ責任者が欠員となっており、現在は専門学校の実務者研修生を受け入れるにとどまっている。毎年2名程度の受入れがあるが、事業所独自の受入れマニュアルはなく、依頼先のマニュアル、カリキュラムを用いて実習を行っている。事業所独自のマニュアルの整備が望まれる。			

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 ・ ⓑ ・ c
〈コメント〉 ホームページ、パンフレット、広報誌、WAM-NET（福祉医療機構）等により各種情報を公開している。法定の定款や現況報告書、財務諸表等はWAM-NETに、第三者評価結果は県のホームページに、苦情情報は事業報告書にて公表している。しかし、ホームページに「情報公開」のタグがなく、「リンク」のリストにもWAM-NETや県のホームページが載っていない。			
	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〉 1法人1事業所の事業運営ではあるが、財務・会計面では法人と事業所を明確に区分して管理している。事業所における購買は、「物品購入伺」を管理者が決裁し、出納責任者である次長が出金するというシステムがとられている。決裁者と出納責任者の役割を2者に分かち、内部牽制を図っている。			

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〉 運営方針に、地域との関わりの基本的な考え方が記載されている。法人が主催する「スマイルフェスティバル」（秋まつり）には、ダンスボランティア15名が訪れ、祭りを盛り上げた。2名の元職員が月に2回、「喫茶店ボラ」として地域交流室で喫茶店を開いている。地域合同防災訓練にも参加している。			

	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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 「ボランティア受入れマニュアル」があり、それに沿って各種のボランティアを受け入れている。15名のダンスボランティアによって、「スマイルフェスティバル」が盛り上がった。地域交流室で開かれる月に2回の喫茶店は、元職員2名のボランティアによって行われている。地域の中学生2名が、福祉体験学習として来訪している。			
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〉 社会資源を一覧化したものは作成されていないが、「緊急時連絡所」、「病院連絡先」、「市町村一覧表」、「BCP施設外連絡先リスト」等があり、ジャンル別にまとめられている。これらは事務室に設置されており、必要に応じて活用が図られている。			
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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 相談支援センター（特に基幹相談支援センター）との連携を密にし、地域の在宅障害者の情報を取得している。自立支援協議会や医療機関（病院）からも情報を得て、地域の福祉ニーズを把握している。テリトリーは豊橋市を中心とした東三河地区であるが、西三河や名古屋からの利用（移行等）もある。			
	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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 市と福祉避難所として契約し、市指定の津波避難所にもなっている。一昨年の大型台風時には、実際に地域住民の避難場所となった。市の認定を受け、地域生活支援拠点としての実績もある。介護ボランティアグループ「渋茶クラブ」に事業所の福祉車両を貸し出しており、管理者が福祉専門学校で講師を務めている。			

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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 法人理念、倫理綱領、行動規範のいずれにも利用者尊重の考え方が示され、運営方針の第一項目としてこの点の重要性が掲げられている。年度初めに、管理者が倫理綱領の周知、確認をする他、権利擁護に関する外部研修にも職員4名を派遣している。前回評価にて課題に挙げられた「利用者の呼称」の問題についても、事業所内で周知徹底され、改善が図られた。			
	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
〈コメント〉 「ケアマニュアル」には、入浴・排泄・食事等それぞれの場面でプライバシー配慮の視点が示されている。具体的な方法等についても、マニュアルにて明確にしておくことが望ましい。居室に関しては、多床室ではあるが家具とパーテーションで仕切られ、プライバシーは確保されている。			
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 ・ ⓑ ・ c
〈コメント〉 利用希望者に対しては、パンフレットや広報誌などを用いて説明している。自宅まで出向いての説明も実施している。体験利用やショートステイを利用し、実際の暮らしや環境を知ってもらって同意を得るという丁寧な対応がなされている。説明用のパンフレットに関して、現在の文字中心から写真やイラストを用いる等、分かりやすくする工夫を求めたい。			
	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 ・ ⓑ ・ c
〈コメント〉 「重要事項説明書」を用い、丁寧に説明して手続きを進めている。利用者本人の同意を最優先に考えたい。できれば利用者用の「生活のしおり」のような分かりやすく、入所後も使える資料があると良い。意思決定が困難な利用者に対しては、短時間での意思形成支援は難しいことも踏まえ、対応者の推測でなく一定のルールの下に対処することが望ましい。			
	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
〈コメント〉 サービス変更に当たり、現状の環境やサービスを考え、少なくともレベル低下が起こらないよう配慮したい。相談窓口には、課長もしくは相談員が担当し、ケースごとに確実に対応している。また、半年後に本人を訪問し、状況確認をしている。変更や移行までの手順と引継ぎが確実に行われるよう、文書化しておくことが求められる。			
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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 実施要綱を定めて「利用者満足度調査」を行っている。調査を集計して分析の上、役職者会議から主任・副主任会議を経て支援への運用がなされている。また、「入所者懇談会」が3ヶ月ごとに実施され、意見聴取する他、随時個別の相談も実施され、結果を会議のテーブルに載せてサービス提供上の参考としている。			
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 ・ ⓑ ・ c
〈コメント〉 苦情解決の仕組みが整備されている。3ヶ月に1度の入所者懇談会にて口頭で説明しており、出された苦情や要望に対してはフローに沿って個別に対応している。意見箱の設置や苦情カードの配布といった、利用者はもとより家族にも活用可能な方法も検討の余地がある。			

	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 ・ ⓑ ・ c
〈コメント〉 入所者懇談会で、職員の誰にでも相談できる旨を伝えており、場所も相談室等を利用できるが、理解が浸透しているかは定かでない。相談の日時をあらかじめ予告することや、分かりやすい掲示物等、家族も含めて気軽に相談できる環境づくりを行いたい。			
	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 ・ ⓑ ・ c
〈コメント〉 利用者からの意見に関しては、必ず検討会議にかけ、意見を最大限尊重し、実現を前提に話し合われる。既に実現された事項も数多い。対応マニュアルは存在するが、作成時から見直しがされていないため、確実に意見が検討の対象となるような仕組みへの改訂が求められる。			
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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 各部署から参加するリスクマネジメント委員会が毎月開催され、事案が紹介された後に改善策が責任者より出され、これを各部署にて実践に移される。また、定期的にKYT（危険予知訓練）を実施して事故要因の検証を行う他、新人研修にもリスク管理を取り上げる等、安心安全の確保に力を入れている。			
	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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 感染症対策委員会が設置され、対応マニュアルに沿って対応がなされている。マニュアルは定期的に見直しがかけられ、ブラッシュアップしている。また、感染症の研修も定期的に実施している。2回の新型コロナ感染症でのクラスター経験を糧に、体制が強化されている。			
	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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 BCPの他に「緊急対応マニュアル」が整備され、災害時の体制や発生時の手順等が明確にされている。立地条件より予想される津波の対策として、夜間想定訓練や地域の方との合同訓練も実施し、車イスでの屋上避難の協力を実演している。また、ペースト非常食の備蓄、アプリを用いた安否確認など実効性の高い対策を採用している。			

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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 場面ごとの「ケアマニュアル」が整備されている。利用者のプライバシーや人権にも配慮した内容となっており、見直しも実施されている。マニュアル通り支援が実施されているかのチェック方法は、支援員の研修の際に移乗やおむつ交換といった実技の演習を行う事で、適正支援か否かを確認している。			
	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 ・ ⓑ ・ c
〈コメント〉 実施方法の見直しに関しては、主に個別支援計画のモニタリング時にマニュアルの齟齬が生じた際に実施している。また、事故やヒヤリアットがあった場合や、利用者からの意見による場合等が見直し対象となっている。問題がなくても、定期的にマニュアル類を見直す仕組みを構築することが望ましい。			
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支援計画を適切に策定している。	障42	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 個別支援計画策定の会議には、サービス管理責任者を中心に生活支援員や看護師、理学療法士、相談員が参加し、計画を作成している。毎週、支援員対象に個別支援計画の充足度をチェック入力している。支援困難ケースには、再度多職種の職員によるケア会議にて検討がなされる。			

	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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 基本的に半期に一度、利用者と家族に多職種が参加し、個別支援計画のモニタリングと見直しを行っている。また、これ以外にも入院等で緊急に計画を変更する際も、同様の手順で行う仕組みがある。変更した内容については、変更事項を回覧して周知を図っている。			
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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 現場での支援に関しては、専用ソフトを用いて記録を入力し、各階にあるパソコン上で確認することができ、職員間での共有が図られている。特記事項があれば、「申し送りノート」に「特記」として記載することで周知している。			
	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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 「個人情報保護規程」が整備されており、記録の保管、保存等の管理について、またパソコン使用等の運用方法についても定められ、職員に周知されている。個人情報の情報開示については、「重要事項説明書」に記載があり、契約時に丁寧に説明している。また、利用者・家族等からは、個々に「同意書」を徴している。			

【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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 利用者の主体的で自主的な活動や行動を尊重し、自己決定できるよう、意思決定支援を心掛けている。日中活動や外出での行先、衣服の購入等は各自の意向が優先される。利用者同士や、利用者と職員とが話し合う機会として利用者懇談会があり、そこでの意見が実際の支援に反映されるよう取り組んでいる。			

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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会が組織され、定期開催されている。虐待防止や権利擁護の研修を行い、自己チェックを実施して集計、分析まで行う。身体拘束に関する「同意書」を取り、実際に行った場合は3ヶ月ごとに経過観察と再検討を行い、解消に向けている。権利侵害の事案発生時は、市へ通報し原因解明と再発防止に向け話し合い、「改善報告書」を提出している。			

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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 地域での自立生活、あるいは現状から少しでも生活自律・自立ができるよう、本人の意向に沿って支援している。「出納帳」による金銭管理、スマホの使用、行政手続きの支援等々、必要な支援を行っている。また、自律生活への動機づけの意味で、様々な情報提供を行っている。			
	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	a ・ ⓑ ・ c
〈コメント〉 利用者個々の障害の状態や程度に応じ、文字盤やスマホあるいはジェスチャーによる表現等、様々なツールを活用して意思表示の確認を行っている。コミュニケーション能力の開発といった視点で、現在意思疎通ができていない利用者に対して、機器の活用や現状ある能力のさらなる向上を支援する方策を考えたい。			

	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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 入所者懇談会は、利用者から意見・意向を聞く機会としての役割を持っている。個々の相談に関しては、担当職員のみでなく、サービス管理責任者始め他の職員でも可能である旨伝えている。これら利用者からの意見や相談内容は会議で共有し、各部署で実践に向けられる。必要に応じ、個別支援計画の内容調整を行う場合もある。			
	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	a ・ ⓑ ・ c
〈コメント〉 入浴の無い平日に、余暇やレクリエーション活動が設定されている。いずれも自主的な選択活動であり、自己選択、自己決定の一環として捉えている。グループや個別での外出、買い物外出等も設定されている。ただ、入浴時間との兼合いもあって、メニューの豊富さに乏しく、活動の停滞が懸念される。メニューの幅を広げることで、新たな意思形成につながることを期待したい。			
	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	ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 支援方法に関しては、各部署のミーティングや会議の中でケース検討し、確認を取りながら必要な配慮と支援を行っている。全体の支援会議でも、支援方法の検討等を行っている。毎月の事業所内研修で専門知識やスキルの習得を図り、支援向上を目指している。特に、強度行動障害に対しては複数の有資格者を置き、専門知識に基づく適正な支援を心掛けている。			

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	ⓐ　・　b　・　c

〈コメント〉
利用者個々の個別支援計画に基づき、適切な生活支援を行っている。食事では嗜好調査の実施や外注による楽しい食を目指し、入浴や移乗では機器を用いて安全に、排泄ではより清潔で快適に、いずれも利用者本人の障害の状況や意向に応じた形で、同意の下に支援を行っている。

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	ⓐ　・　b　・　c

〈コメント〉
施設内はどこも通路を広く取り、清掃も行き届いている。そのため、車イスでの移動や介助が安全にできるよう設計されている。居室は４人部屋が中心であるがプライバシーは確保され、また畳からギャッジベッドまで身体の状況に合わせている。クッション壁や飛散防止窓等の配慮もある。クールダウン用や感染防止用の別室も確保されている。

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	ⓐ　・　b　・　c

〈コメント〉
理学療法士が、利用者個々にリハビリ計画を作成し、動作の確認をした上で必要なトレーニングを実施している。リハビリの記録も記載され、個々のモニタリングも実施されている。リハビリ室の他、各フロアにリハビリスペースが設けられている。見学時には、リハビリ室で自主的に訓練をしている利用者を確認できた。

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	ⓐ　・　b　・　c

〈コメント〉
1日2回の体温・血圧のバイタルチェックの他、全員の排泄チェック、入浴時の全身状態チェックを実施し、体調不良者の早期発見に努めている。体調不良者には看護師が処置を行い、迅速に嘱託医へ連絡し、そこから必要な医療機関につなぐというフローができている。

	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　・　ⓑ　・　c

〈コメント〉
医療的ケアに関する方針は確認できなかった。支援内容は24時間隙間なく整っており、安全管理体制が構築されている。夜間はネット診療とオンライン医療相談ができる外部機関を利用し、実効性の高い医療体制を整えている。往診は、歯科週3回、精神科週1回、内科週1回、皮膚科オンライン診察の他、健康診断は年2回である。服薬介助の課題は、依然として解消されていない。

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　・　ⓑ　・　c

〈コメント〉
利用者の意向による個別外出や社会参加等、社会との接点を大切にしている。ボランティアクラブに参加したり、外出支援業者を使っての外出等、利用者ごとに様々な機会がある。さらなる情報提供によってニーズを掘り起こし、貴重な体験を拡大していきたい。

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　・　ⓑ　・　c

〈コメント〉
利用者全員に地域移行の確認を年2回行い、個別支援計画に意向を反映させている。希望者には相談支援事業所と連携して見学や体験利用を実施し、移行につなげている。移行後のモニタリングで、地域生活の継続を見守っている。地域生活への動機付けを、希望者だけに限定せず、さらなる働き掛けや工夫が求められる。一人でも多く、権利としての居住選択の自由を叶えたい。

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	a　・　ⓑ　・　c
〈コメント〉 家族との面会や外出が再開されたが、高齢化等により実施数は減少している。年に3回広報誌「よしざき」を送付し、年2回は状況報告と個別支援計画の説明を行っている。家族との交流は難しくなったが、利用者の今後の意向確認に加え、家族亡き後の利用者の処遇、医療同意や延命治療の有無等、家族の意向を確認しておくことで、今後も安心して暮らせる環境を整えたい。			

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			