

## 愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名及び訪問調査日

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成27年10月14日(水)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称：障害者支援施設 ピカリコ	種別：施設入所支援・生活介護	
代表者氏名：磯貝 総一郎	定員（利用人数）：32名（32名）	
所在地：愛知県西尾市平口町大溝75番地		
TEL：0563-53-1212		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成14年 9月22日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 歩々の会		
職員数	常勤職員： 38名	
専門職員	(施設長) 1名	(看護師) 4名
	(リハビリ訓練士) 1名	(相談支援専門員・支援員) 2名
	(介護職員) 19名	(サービス管理責任者・事務員
		栄養士、他) 9名
施設・設備の概要	(居室数) 30室	(設備等) 相談室・機能訓練室・
		宿泊室・浴室(寝浴1 チェア-
		浴1)
		一般浴4) エレベーター、
		スプリンクラー、トイレ18)

### ③理念・基本方針

<p>(理念)</p> <p>共に生きること、支え合うことの中にこそ、喜びも幸せもあると信じ、そのことが実感できる社会の実現に向かって、一歩、一歩、歩み続けることを目的とします。</p> <p>(基本方針)</p> <p>身体に重度の障害があって、常時介護を必要とする皆様の自立と安心の基盤となり、地域社会に密着した施設として、生活の中に充実感や幸福感を感じることができる施設を目指します。</p>
---

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- 利用者一人一人の状況や希望に合わせた個別支援の徹底
- 利用者のできる部分に着目したエンパワメント支援（可能性の限りなき追求）
- 施設を基地にして積極的に社会に参加する外出支援・日中の他施設の利用
- 福祉避難所や虐待時の緊急避難先として、地域社会と連携
- 充実した研修体制と働きやすい職場環境による職員の資質と定着率の向上
- 医療行為が必要な利用者の受け入れ態勢の構築（最も援助が必要な最後の一人の尊重
- ぴかっとなとの連携による様々なニーズへの対応

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 5月31日（契約日）～ 平成28年 1月22日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	1回（平成24年度）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆課題の把握と改善に取り組む姿勢

組織の運営管理やサービスの実施に関する現状の分析、第三者評価の結果等から課題を把握し、改善につなげる取り組みが組織的に行われている。理事長と管理者（施設長）は毎日事業所に出向き、利用者や職員と共に過ごして現場の状況をつぶさに見ている。その日常があることで、管理者は職員が熟慮した意見・提案に対し、先ず一步を踏み出せるよう支持の姿勢を示すことができる。これらは職員会議等で共有され、実行すべき業務の方向性が示されている。その結果として、職員意見が反映されたサービス提供が実践され、実情に即した柔軟な対応が期待できる環境が構築されている。

##### ◆人材育成に向けた職員の教育・研修

新人研修に始まり、段階的に経験に沿った研修を計画的に実施している。職員一人ひとりに自らの目標（自己目標）を設定させ、理事長及び施設長が個人面談等も取り入れ、評価分析して課題等を把握している。それらを基に各々に適した教育や研修の機会を設け、資格取得に至る過程を、費用補助や勤務状況等の配慮でサポートしている。

##### ◆地域との交流

地域と共にある事業所として、障害者の虐待に対応する「緊急一時避難所」及び自然災害等の緊急時における「災害時福祉避難所」としての役割を担っている。地域の理解と協力を得て、利用者が自らの力で社会的自立を成すことができるよう、地域の子ども会や高齢者福祉施設等との交流のイベント、夏祭り、運動会等、世代を超えて利用者の可能性に着目した様々な取り組みを実施している。

##### ◆適切な福祉サービスの実施

提供する福祉サービスに関するマニュアルが整備され、標準的な実施方法が確立されている。個別の実施計画の基となる情報収集も工夫をしながら丁寧に行われている。また、身体介助を必要とする場面では、利用者一人ひとりに配慮した支援が実施されている。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画に関して

年次計画は事業計画書及び事業報告書として丁寧に策定されており、各々の年次計画に課題や対策を盛り込み、前後の年度とのつながりを記述している。しかし、中・長期の事業が年次計画の中に埋もれており、本来は中・長期の流れの中で、当該年次計画がどのような位置付けにあるのか、他の計画との緩急度の違いや計画完了時のビジョンが示されなければならないが、そのことが判然としていない。中・長期の計画とそれに基づく各々の計画を、分かりやすい形で職員と利用者・家族等関係者に周知して共有することで、事業所の支援の方向性や提供するサービスの質の高さを表明し、利用者の最善の利益を追求する「理念」の実践を約束することにつながる。中・長期にわたる事業の全体像を、俯瞰的に把握できるような計画の策定が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

職員全員で分担して自己評価をすることで、様々な課題が認識され、施設全体の底上げになると感じた。

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
誰もが支えあい共に生きることの幸せを実感できる地域社会の実現に向け、着実に歩を進めることを目指す法人理念を基に、施設の役割と責任を表した基本方針を明文化している。その中では利用者を尊重する姿勢と共に、適切な支援のための取り組みを具体的に示している。理念・基本方針は事業計画書等に記載し、具体的な支援の指針となる入所者の処遇方針が8項目にわたり分かりやすく説明され、周知が図られている。			

### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は障害者の自立支援等に関わる複数の組織の要職に在り、最新の情報に触れ、発言できる立場にある。社会福祉事業に関する動向を適切に把握し分析することで、事業所の運営に素早く反映させることができるように対応している。			
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
評価機関のコメント			
専門家(法人監事)による組織運営・財務状況等に関する助言は元より、経営環境に影響を与える情報等を把握・分析しており、そこから見えてくる課題を理事会・評議員会で共有している。それらの課題は順次事業計画に組み込まれ、取り組みに関する具体的な方針等を職員に周知して、課題の改善等に努めている。			

### 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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
複数年度にわたる事業において、計画の概要および年度間の引き継ぎの状況等を把握することのできる記述が、各年次計画の中に示されている。そのことを評価できる一方で、中・長期計画が独立したものではないため、中・長期のビジョンや全体の流れを分かりやすく記述することや、収支計画との関係性を示すことなどが十分ではない。さらなる工夫が望まれる。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
年次計画には、課題としている事業の具体的な取り組みの仕方や目標が適切に示されている。前年度から継続している事業、あるいは翌年度に引き継ぐ事業において、各年度の課題と実施方法、および計画のつながりが分かるように配慮されているが、全事業計画の中で、当計画の当該年度がどのような位置付けになるのかが比較できない。改善が望まれる。			

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・見直しが行われ、職員が理解している。	障 6	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
前年度の事業計画の実施状況を評価し、結果を事業報告書として職員間で共有している。それを職員会議等で検討し、新たなニーズや職員意見等を考慮して本年度の事業計画の策定を行っている。年度途中における評価・見直しに、全職員が参画するまでには至っていないが、職員会議において説明し内容の理解を促すことをしており、一定の効果はあると考えられる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の内容や事業所の方針等を、年2回の家族懇談会や法人の会報等を通じて説明しているが、利用者や家族に分かりやすく示す資料等の配慮が十分とまでは言えない。事業計画のサマリーなどを作成し、主な内容や事業所の目指す方向性などを、より理解しやすくする工夫が望まれる。			

#### 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
評価機関のコメント			
「個別支援の実現に向けたケアガイドライン」の研修に、全職員を対象に順次参加させている。課題に対してまず対策をとり、その結果に基づいて見直しを行い次の対応につなげることを基本としている。定期的に第三者評価を受審し、自己評価を組織全体で実施して、職員の気づきと実践の環境を醸成している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
評価結果から読み取った課題に効果的に対応できるよう、担当者を決め計画に組み入れて改善に取り組んでいる。その事例のひとつに、「気づき週間」として職員が日常業務の中で気づいた事柄を記録し、ケアに活かす仕組みがある。それを今以上にきめ細かく対応できるよう、利用者一人ひとりの「気づきノート」として改良する予定が、来年度計画に示されている。			

### 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
評価機関のコメント			
管理者は規程類に自らの役割と責任を明記すると共に、会議等で職員に説明し、会報等の発行に際しても方針や取り組みを表明し理解を図っている。			
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
評価機関のコメント			
管理者は、障害者に関する全国組織等の要職に身を置く立場から、自ら研修等に参加することは元より、職員に対してもコンプライアンスの重要性を繰り返し示し、学ぶ機会を提供することに積極的に取り組んでいる。事務室に必要な法令等を整備し、職員がいつでも利用できるような環境づくりに努めている。			

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
評価機関のコメント			
理事長及び管理者は、日常的に現場で提供するサービスの質の把握や見直しに積極的に関わっており、職員に対し、実践によって得られる結果から見えてくる課題を、次につなげることが業務の重要なファクターであることを具体的に指導している。またそのための教育・研修の機会を設けることに努めている。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は過度な効率化に陥らないように配慮しながら、働きやすい職場環境を目指す姿勢を明確に示し、組織的に改善に取り組んでいる。			

## 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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
必要とされる専門職の配置等、人員体制の整備を進めている。しかし人材確保は予定通りとまでは行かず、取り組みの検討を重ねているところである。現段階では具体的な人材育成の計画は十分とまでは言えない。			
	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
定期的実施している個人面談や自己評価(勤務態度チャレンジシート)等を参考に、人事管理が行われている。社会的状況等も勘案した処遇改善や職員意見の反映、勤務年数に応じたキャリアパス研修の受講等の配慮がされているが、職員に対して人事基準(考課基準)を明確にする等の取り組みが十分とは言えない。人事基準を明文化し周知する仕組みの構築が望まれる。			
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り組んでいる。	障 16	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。有給休暇の取得、リフレッシュ休暇の設定、精神的・身体的健康維持の取り組み、職員の意見・要望の把握等、適切な福利厚生と共に安心して働ける職場を目指している。本年度事業計画の中で、さらに職員の処遇改善を図る方針が打ち出されている。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
年度毎に事業所として職員に期待する目標を掲げ、職員会議で発表している。職員一人ひとりに自らの目標を設定させ、その進捗状況や課題の確認は個人面談で対応している。現在は職員の自由な目標設定で実施しており、一人ひとりの目標水準や期限は設けていない。管理者は勤続3年以上の職員を対象に目標設定の仕組みを見直し、より適切な目標管理で人材の育成を進めることにしている。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年間の職員研修計画に基づき、それぞれの職員に必要な研修が実施されている。資格取得につなげる研修は元より、スキルアップやキャリアパス対応の段階的研修等、各種の研修や研究会に職員を計画的に派遣している。法人内では新人研修の制度をはじめ、毎月その時々即した課題を取り上げた勉強会を開催しており、法人内研究発表会では、職員4名ずつが毎年課題に取り組んでいる。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
様々な種類の研修に関する情報を職員に提供すると共に、職員一人ひとりの自己目標を、理事長及び施設長が評価分析して課題等を把握している。それらを基に、職員各々に適した教育と研修の機会を設け、資格取得のための費用の補助や、勤務状況への配慮等を行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
実習生受け入れに関するマニュアルに従い、福祉系専門学校との連携で、介護・保育分野の実習生の受け入れを実施している。実習生の指導を受け持つ職員に対する、指導者研修と、適切な実習プログラムの開発に努めている。			

### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
運営法人や事業所に関する財務状況及び事業内容等必要な情報を、法人の所属する全国組織や行政のホームページで公開している。法人の会報を年2回発行し、地方新聞等も活用して幅広く事業所の情報を発信し、地域に開かれた運営を実践している。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
財務の専門家である法人監事による、運営や会計管理体制等に関するチェック及び透明性を確保するための指導・助言を受け、改善する取り組みを行っている。外部の専門家による監査は実施していない。			

### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の中で、利用者が自らの力で社会的自立を成すための支援を、地域の理解と協力を得て実現して行くことが明記され、地域ニーズの把握と共に、地域の社会資源との連携を強化して活動に参加している。また、障害者虐待防止法に基づく「緊急一時避難所」及び「災害時福祉避難所」としての役割を担っていることを表明している。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業計画にボランティアとの交流の強化を明記し、地域ボランティアの積極的な活用を図る方針である。重度の障害のある利用者との関わり方の難しさなどから、双方にとっての有益な交流が図れない場面も多く、ボランティア希望者に対する、障害者との関わり方等の研修も含めた計画的な支援が必要であるとの認識を持っている。本年度の計画にある、受け入れ体制の更なる充実が期待される。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
近隣地域の関係機関等のリストを整備し、社会資源を有効に活用できるよう連携を図っている。自立支援協議会の要望もあり、当事業所において喀痰吸引研修が実施された。他法人・事業所等との調査研究等に関する協力態勢もあり、地域全体として福祉サービスの充実を図ることに取り組んでいる。			
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 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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域に根差した事業所として、地域住民との交流や自治会との防災に関する協力態勢を構築している。また近隣市も含め、自治体との協定で虐待の緊急避難場所としての役割を担っている。西三河地域に唯一の重度身体障害者施設として、可能な様々な活動で地域に貢献することに取り組んでいる。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域のニーズをいち早く把握し、生活介助事業所や相談支援事業所等を開設し、定員増やサービス内容等の見直しで、その時々々のニーズに応じて地域の福祉事業の充実を図ってきている。来年度の計画には身体障害者グループホームの建設予定も盛り込まれている。障害者福祉団体連合会やロータリークラブとの共同事業など、地域の関係者との連携で活動している。			

### 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
評価機関のコメント			
利用者尊重に関する周知については会議や勉強会を通じて十分行われているが、対象者が正規職員のみであるため、非常勤職員まで正しくかつ速やかに行き届かないことが課題となっている。現状は文書の回覧程度にとどまっていることから、さらに周知できる取り組みが今後の課題として残る。			
	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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
プライバシーに関するマニュアルは用意されており、体制は十分に整っている。業務伝達においては建物の構造上、オープンスペースのような箇所が多いため、職員自身プライバシーに関する意識は非常に高いものの、口頭による伝達においては他者(他の利用者含め)にその内容が聞かれてしまうことがある。ちょっとした工夫や配慮で改善できる余地は十分にある。			
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
評価機関のコメント			
パンフレットや施設見学における案内については十分な取り組みがなされている。強いて挙げるならば、ホームページがないことが検討課題と言える。施設の意向で「メリットがあまりない」との判断で開設していないとのことだが、第三者が検索する上でホームページも有効な手段であることから、可能であれば立ち上げていただいても良いのかと思われる。			
	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
評価機関のコメント			
重要事項説明書及び契約書についてはきちんと用意されており内容もしっかりとしていた。「わかりやすく説明しているか」という点で言えば、利用者本人が理解しやすいような内容のものが用意されていないため、今後可能であれば整備していくことが望ましい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
退所時マニュアルについては「通常用(何らかの理由で在宅もしくは他施設に異動するケースを想定した手引き)」と「死亡時」に分けられており、きちんと整備されていた。退所後の窓口については相談支援専門員が担当となっており、明確に示されている。退所するケースはあまりないとのことだが、万が一そのようなことになってアフターフォローについてはしっかりした体制が整っている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足度調査のようなものは実施されていないが、「利用者懇親会」という名称の会が行われている。具体的には3ヶ月に1回程度のスパンで行われ、「施設から利用者へ伝えたいこと」「利用者から施設へ改善してほしいこと」など双方向での情報交換を行う会を開催している。そこで、利用者の不満足を把握する仕組みがある。強いて言えば、きちんと焦点を絞った項目を用意し、利用者に満足度を図る仕組みがあっても良いのではと思われる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
苦情受け付けシステムは整備されており、そのための書類も用意されている。ただ、今まで苦情が1件もないとのことで、記録された書類の確認はできなかった。代わりに「報告書」と呼ばれるファイルが整備されており、業務伝達的な内容の書類(まさに「報告書」と呼ばれるもの)が整備されていた中に、苦情には至らない案件のものがファイリングされていた。検索する上で多少の困難があったことからさらなる改善が必要と思われる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
いつでも気軽に相談できる体制及び環境は整っている。利用者懇親会で話し合われた内容については、ケア会議等で話し合われている。課題としては相談窓口の案内を明確に提示したり、積極的に意見や相談事がないか働きかける雰囲気作りが挙げられる。受動的ではなく、能動的な取り組みが今後の目標となる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者から出される意見や相談事については全職員共通認識の元、速やかに対応する仕組みが整っている。改善結果については利用者懇親会を通じてフィードバックしたり、個別のことについては、個々に報告するようにしている。課題としてはマニュアルの整備が遅れていることが挙げられる。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
ヒヤリハット委員会を立ち上げて、定期的に利用者の安全について話し合われている。同じようなアクシデント(投薬に関するミス、特定の利用者の転倒など)は見られるものの、AD(アクシデント)報告書やヒヤリハットの情報収集については、かなりの量を蓄積している。事故が多いということではなく、些細なことも報告するという風土ができてきているため、「リスク回避」に関する高い意識が浸透している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
看護師の指示がないと戸惑うことがあるとのことだが、看護師は持ち回りで施設専用の携帯電話を所持しており、肌身離さず持っている。そのため現場の支援員が医務的なことで困ったことがあっても、すぐにつながる環境にあることから、職員にとっても心強いシステムとなっており、結果利用者の健康が維持できていると言える。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
年間避難訓練計画を綿密に立て、実施及び記録も行っている。夜間想定のみならず、火災や地震を想定した訓練も実施している。福祉避難所として登録しており、防災グッズは整理整頓されており、震災が起きた場合でも確実に福祉避難所として機能するだけの体制が整っている。課題としては、夜間想定時における地震訓練が難航している。具体的には津波が来たとき2階へ移動することとなるが、その移動に大変苦慮しており、3名の職員で対応することが果たして可能なかが課題となっている。			

### 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 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
介護マニュアルが整備されており、その内容に沿ってサービス提供がなされている。また、職員研修の一環として「3ヶ月研修」「6ヶ月研修」「12ヶ月研修」の3段階の研修プログラムを用意し、それに沿った内容のマニュアルも教材として準備されている。職員に標準的なサービス提供を行うことの大切さを組織としてしっかりと認識している。		
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
毎年6月にマニュアルの見直しを行っており、その内容も現状と一致しており、適切な管理がなされている。強いて挙げるのであれば、マニュアルの更新について「新旧対照表」のようなものがあれば、改定ポイントやそれまでの経緯、どこがどのように変わっていったのかの一連の流れがわかるため、可能であれば整備していただいても良いかと思われる。		
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 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
アセスメントは十分に行われており、それに基づく個別支援計画が立てられている。課題としては非常勤職員への計画内容の周知が挙げられる。施設独自の取り組みとして「1(ワン)ウィーク」と称して、持ち回りで1週間その利用者についてどうしても周知したいこと、取り組んでほしいことなどを職員朝礼にて周知する仕組みがある。1週間という期間ではあるが、利用者を全職員が集中的に支援するようにし、担当職員が知りたい情報を全職員でカバーするような仕組みがある。発展途上ではあるが、今後の取り組みに期待できる。		
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非常勤職員への周知については課題が残るものの、年2回の評価については適切に処理されており、評価等における年間計画も全利用者分が作成されている。またきちんと管理した上で計画的に実施されている。評価の内容についても画一化されておらず、きちんと処理されている。		
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)-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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
日々の記録については「カルテ」に記録している。特別に周知すべき事項については、「カラーシグナル」と呼ばれる札(青:介護関係、赤:特別に変更したこと、黄:食事に関すること)を活用することで情報の共有化がされている。記録については全て手書きとなっており、基本的に記載はきちんとされているが、時々空欄が見られる。何もなかったことからあえて記載することがなく空欄となっているとのことだが、特別に記載事項がなくても何らかを記載する取り組みが必要であり、現在その課題に取り組んでいる最中である。		
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 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理体制については、入社時に教育を行い周知を図っているがその後の継続性については課題が残る。施設で管理している情報各種については、持って行こうと思えば外部に持って行ける環境にあるため、法人としてさらなる管理体制の工夫が必要とされる。		
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
地域移行への取り組みについては実績がないため決して十分とは言えないものの、利用者の障がい特性や地域の社会資源の状況、保護者の意向など様々な要素を考えると、地域移行に関してはかなりハードルが高い。そのような中でも、利用者及び保護者の意向を折に触れて聞き取ったり、実際にアプローチしている(地域移行の勧めについて)ことを考えると、今後期待できる。		

### 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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のうち、1/3ほどは全くコミュニケーションが取れない方がいる中、声かけを必要以上に行い、細かなシグナルを逃さないようにしている。何か発見した際はカルテに残したり、職員伝達を行うなど情報の共有を図っている。また、1(ワン)ウィークと呼ばれる仕組みを活用して、その結果を現場からもらうことで支援に生かすこともある。課題としては、まだまだ利用者とのコミュニケーションには改善(取り組み)の余地を残している。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
個別レクについては、ケアプランに記載されている個別の要望について支援するようにしている。集団レクについては、職員主体で活動プログラムを作成し、利用者に参加してもらう流れが強い。その内容については、「かつて利用者が希望されたもの」が多く入っているとのことだったが、改めて利用者に希望を聞くことができていないため、今後の課題として挙げられる。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
マニュアルを用意し、個別の計画や介護援助内容を記した書類にて周知するようにしている。ただ、細かな部分については職員の隅々(非常勤職員)まできちんと行き渡っているかどうかは疑問に残り、課題となっている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
買い物については職員が付き添いのもと支援を行っていたり、マシンが使いたいという利用者についてはその支援を行ったり、電動車いすが使えなかった利用者が訓練の結果使えるようになるなど、個々での対応について力を入れており、その効果も見られる。強いて言えば、組織としての「プログラム化」が遅れている。プログラムと呼ばれるものではなく、本人がしたいことがそのまま活動の取り組みとなっていることから、さらなる学習等のプログラムの作成が求められる。			
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			
個別支援計画に記載されており、個々に適切な食事が提供されている。食事の提供形態も、普通食・一口大・刻み食・極刻み食などバリエーションは豊かで、それに加えて本人の好き嫌いもきちんと把握して食事の提供がなされている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
年に2回嗜好調査を行っており、利用者の意見を実際のメニューに反映させる取り組みがある。アレルギー食はもとより、本人が食べられないものを細かくプレート(食札)に示し、非常に細かい対応をしている。食べられないものがメニューに入っている時は代替の食事を提供するなどの配慮も行われており、食に対する高い意識が見られる。また、「洋食バイキング」や「世界の料理」と称して、色々な国の代表食を提供するなどのアレンジを入れている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
時間については決められた時間の範囲内(毎食時1時間ほど)で、ある程度自由に摂ることができる。また、集団で食事を摂るスタイルから少しでも少人数での食事の大切さを確保するため、「リビングランチ」と称して、食堂ではなくそれぞれの棟にあるリビングにて少人数で食事を摂るスタイルを取っており、利用者には好評の取り組みである。			

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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
入浴方法の介助マニュアルがあり、個別の入浴方法についても十分配慮されている。		
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 ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント		
現在入浴は月・水・金の週3回となっている。男女を隔月交代制で午前・午後と入れ替えを行うなど、なるべく希望に添う形を行っている。汗をかいた時は清拭を行い、失禁時は必要に応じて入浴を行うなどの個別対応を行っている。入浴の時間帯や回数については利用者との協議の上で決められたことだが、ずいぶん昔に聞いた内容を踏襲しているため、新たな希望等を聞きながら取り組んでいくことが今後の課題である。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント		
冷暖房が完備され、カーテンやパーテーションも必要に応じて使用されており、ハード面については十分な体制が整っている。また、入浴中は音楽をかけるなどの配慮を行い、少しでも入浴が楽しくリラックスした環境となるような工夫が見られる。課題としては利用者の体のことや治療に関することについて、職員同士のやりとり(情報交換)が他の利用者にも筒抜けであることである。構造上の改善は難しいため、職員の意識向上が課題である。		
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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
トイレに誘導したまま、しばらくの間利用者がトイレで待たされることがあり、AD(アクシデント)報告として処理している。その後の対策として、タイマーを使用するようにし、確実に利用者へ対応できる仕組みを作り、不必要にトイレで長い時間待たせない対策を取るなどの工夫が見られる。冷暖房が完備されていたり、クッションやベルトなどを活用することで個々に合わせた排泄支援が行われている。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
トイレはきれいに保たれている。備品については整理整頓されており、臭い等もなく清潔感がある。		
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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
衣類の購入については年に数回、職員が付き添いのもと、購入する体制ができており、それ以外では利用者の要望を聞いた上で職員が購入している。		
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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
希望に応じて着替えは適切に行っている。特に夏場においては汗をかきやすいため、発汗時は特に配慮して行っている。		
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 ・ Ⓑ ・ c
評価機関のコメント		
髪型については極力本人の希望を聞くようにしている。情報提供については、利用者の意向に沿う形が多く、積極的なアプローチが行えておらず、今後の取り組みに期待したい。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の理髪店への送迎や同行支援を行い、可能な限り利用者の希望に沿う対応を行っている。また施設内においては美容師免許を持つ職員が月に1～2回程度、十数名の利用者の理髪を行っているのが特徴である。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
夜間における光や音については可能な限り対応している。具体的には、採光についてはスモークを貼ってその光を押さえたり、巡回時の足音には十分気をつけるよう伝達している。また、懐中電灯を照らす際は直接顔を照らすようなことはせず、間接照明的に使用して睡眠状況を確認する等の配慮を行っている。夜間状況の記録や入眠に関する記録が弱いため、きちんと整備することが今後の課題である。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
外来者に対して、「うがい」「手洗い」を励行しており、衛生管理については徹底した体制が整っている。看護師が中心となって勉強会を開催し、支援員への周知を図っている。また、インフルエンザの予防接種や定期的なバイタル測定など、健康管理についてはしっかりと取り組まれている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
緊急時におけるフローチャート式の対応マニュアルが用意されている。実際にこのマニュアルを使って現場職員が行動し、速やかな対応ができたことがあった。内容についても、しっかりと作られている。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
薬の管理については看護師が確実にを行い、薬の変更等に関する情報も現場支援員に伝わるようになっている。薬の細かい情報までは支援員に周知はできていないものの、カルテと呼ばれるファイルを見ることで、誰がどの薬を飲んでいないか、その効能は何なのかのわかる仕組みができています。課題としては、投薬状況等がわかる記録が不十分のため、整備されることが望まれる。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者一人ひとりに対する余暇・レクリエーションは、利用者の意見を取り入れ、個別支援計画に位置付けて実施している。しかし、参加者が多数になる事業所全体の行事などでは、個々の利用者に細やかな配慮をすることに関し、事業所としてまだ工夫の余地があるとの考えを持っている。現時点で具体的な対応策等は未定であるものの、今後検討して行く意向である。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の多数の意見により自治会は組織していないが、代表的意見や聴取した意見等を踏まえ、掲示板で利用者に周知を行い、要望に沿えるよう配慮している。利用者にとって外出は一番の楽しみであり、不公平が生じないよう、状況に応じて複数の職員を配置する等の取り組みをしている。外出に関するルールに従って様々な支援が実践されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者・家族の希望に沿えるよう、可能な限り、原則として自由に外泊できるように対応している。施設側の都合を優先させることはしていない。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
定められた所持金取扱要領に沿って、事務所内の保管場所に管理責任者の下で適切に管理されている。自己管理に支援が必要な利用者には、小遣い帳による管理を職員がサポートしている。通帳の写しを3ヶ月毎に家族に配布することで管理状況を共有している。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
新聞はいつでも自由に閲覧できるように置かれている。テレビは4台が設置されており、どれでも選択して利用することができる。さらに、テレビやパソコンは個人で購入することも可能であり、インターネット環境も備わっている。情報機器を利用する上での職員のサポートや、機器の故障等にはできるだけ早い対応ができるよう支援している。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
飲酒・喫煙の希望者には、疾病・服薬・体調等を考慮し、看護師・栄養士・介護士・相談員等が連携して利用者と話し合い、各々に適切なルールを決めて支援している。喫煙に関しては中庭の喫煙場所を利用することになるが、現時点で喫煙希望者はいない。自治会は組織していないが、利用者との丁寧に話し合いで対応し、特にトラブルもなく適切な支援が実践されている。		