

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：生活介護事業所 ぴかっと	種別：生活介護	
代表者氏名：桐戸 隆	定員（利用人数）：20名（39名）	
所在地：愛知県西尾市平口町奥川84-2		
TEL：0563-54-8887		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成23年 4月 1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： 23名	
専門職員	（施設長）1名（サビ管兼務）	（看護師）4名(非常勤1・兼務3)
	（サービス管理責任者）1名	（運転手）2名(非常勤1・兼務1)
	（介護職員）14名	（事務員）1名（兼務）
	（栄養士）1名（兼務）	
施設・設備の概要	（居室数）30室	（設備等）相談室・機能訓練室・
		事務室・浴室（寝浴1チェアー浴1）
		トイレ5カ所、デイルーム、
		作業訓練室、厨房

③理念・基本方針

<p>（理念） 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） 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

<ul style="list-style-type: none"> ○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） ○集団レクと個別レクを組み合わせ、様々な活動を行うことによる日中活動の充実 ○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） ○利用者の安全に配慮したマンツーマンに近い送迎体制 ○ピカリコと連携することによる様々なニーズへの対応（日中一時支援や短期入所との併用）
--

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 4日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	0回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆安全・安心への配慮

利用者のほぼ全員が車いすを使用しており、移動や移乗をはじめ利用者の生活支援には多くの職員の手を必要とする。当然のことながら、支援の全てにおいて安全への配慮は欠かせない。安全面への配慮から、移乗時の職員介助の人数をこれまでの1名から2名へと変更した。職員の爪のチェックを励行し、職員のクロックス履きを禁止してシューズ着用をルール化する等、利用者に安心感を与える改善が進んでいる。ヒヤリハットの取り組みも事故防止に役立っており、事故（アクシデント）に至った時には、「アクシデント報告書（AD報告書）」により組織的に改善する仕組みがある。

◆自由な空気の下、働きやすい環境の整備

安全志向が強すぎると、消極的な支援になったり、利用者に制約を求めたりすることになり、自由な雰囲気失われがちである。当事業所は、安全・安心の支援を追求しながらも、職員には自由な空気の下での業務遂行を約束している。その一つの特徴的な取り組みが「なんでも提案書」である。どんなに些細なことでもいい、職員の思いや気づきが「なんでも提案書」によって意見具申される。その提案のほとんどが承認されて実施に移されており、職員のモチベーションの維持につながり、安定的な職員雇用の下支えとなっている。

◆入浴支援の充実

利用者の高齢化と同様、両親（キーパーソン）の高齢化も大きな課題となっている。家庭で身体に障害を持つ利用者を入浴させることは家族にとって大きな負担であり、危険を伴う。当事業所では、個別支援計画書に基づいた入浴介助が行われており、利用者の身体状況や体調に応じて安全に入浴できる態勢を取っている。浴室には寝台浴槽と坐位にて入浴できるチェア浴槽が設置されており、在宅では入浴が困難な利用者にとっては貴重な支援となっている。

◇改善を求められる点

◆地域交流・連携の推進を

ノーマライゼーションやエンパワメントの理論に沿って、利用者が地域の中で充実した生活を享受できるような社会を創生するためには、地域による障害者への正しい理解が必須である。そのため地域との交流や連携の取り組みが乏しい。身体的な自立や経済的な自立も大切なことではあるが、地域の中で普通に暮らして行くことができる社会的な自立の支援にも力を注いで欲しい。地域との交流を通して地域に障害者の真の姿を見せること、それが地域による障害者理解の引き金となることを望みたい。

◆P-D-C-Aサイクルの活用を

各種の計画が予定通り実施されていることの確認はできたが、反省や評価を加える検証システムが未構築の部分が残っていた。職員研修に関しては研修効果を検証する仕組みがなく、「勤務態度チャレンジシート」に関して有効な分析が実施されていなかった。事業運営上の主要なプロセスに関しては、P-D-C-Aサイクルを活用し、チェック（評価・検証）からアクション（改善）につなげる仕組みの構築が待たれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受けさせて頂いた事で客観的にぴかっとのストロングポイントとウィークポイントを認識する事ができました。ストロングポイントは引き続きそのまま伸ばしていき、ウィークポイントの中から改善できる部分を一つずつ取り組んでいき、利用者様に対するサービスの向上と職員にとってより働きやすい環境つくりにつなげていきたいと思ひます。

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。

(別添)

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の理念に沿った事業所の方針を打ち出し、毎年スローガン(目標)を設定して理念の実現を目指している。「利用者のために声を出す」、「失敗を恐れない」とのスローガンの周知はできているが、達成度を判定するための「数値目標」の設定はない。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
隣接の入所事業所と連携し、運営面でのアドバイスを受けている。市・社会福祉協議会や相談支援事業所、特別支援学校からも有効な情報を得ているが、情報を集約して分析するまでには至っていない。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が入所施設へ移行したり、死亡したりして採算割れの状況となっていること、介護職員による喀痰吸引等の医療行為の研修が現場で活かされていないこと、を課題ととらえて取り組んでいる。			

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
評価機関のコメント			
事業所単体での中・長期計画の策定はないが、法人の事業計画の中に将来的な展望や計画を記載している。事業計画への枠組みを示すためにも、事業所独自の中・長期計画の策定が望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の中・長期計画を持たないことから、法人策定の事業計画を拠り所として事業計画を策定している。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
前年度の事業報告書での課題の抽出が明確になっておらず、事業の継続性が見えてこない。前年度の反省・評価を踏まえた事業計画の策定に期待したい。事業計画の策定にあたっての一般職員の関与も薄い。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
家族会は組織されていないが、年間2回の「交流会」を開催しており約半数の家族が集まる。この場で事業計画や連絡事項を説明・伝達しており、事業の概略は伝わっている。			

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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
毎年、業務マニュアルの見直し作業を実施し、自らの業務の振り返りの機会としている。さらに年間2回の自己評価も実施している。サービスの質の向上を客観的に評価するため、今後は定期的な第三者評価の受審を計画している。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
自己評価後の分析や改善手法が明確になっておらず、組織的・継続的な取り組みとして活かされていない。自己評価の結果から事業所としての課題を抽出し、改善計画(優先順位、改善期限、責任者、改善内容等)を策定して取り組むことを望みたい。			

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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
前管理者から現職を引き継いでまだ日が浅いが、これまでの体制を維持しつつ新たな取り組みにも力を入れている。年に2回発行される法人機関紙等に自らの所信を公表し、事業所内外に積極的にアピールすることを期待したい。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
管理者自らの自己啓発意識は高く、事業運営に関連する法令や制度の変更に伴う研修会等へは積極的に参加している。しかし、自らの知識を他の職員へ周知する取り組みとしては会議の場での伝達にとどまっており、職員の周知の度合いを検証する取り組みも行われていない。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
職員の自由度が高い事業所運営であり、「なんでも提案書」によって職員の意見を吸い上げている。この制度は、職員の小さな気づきも大切にしようとの取り組みであるが、ほとんどの提案が具体的な実現を見ており、職員のモチベーションの維持に大きな効果を上げている。			
	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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の全てが身体に障害を持っており、そのほとんどが車いす利用である。それ故、安全・安心な支援には十分な注意や配慮を持って臨んでおり、管理者は着任以来様々な業務改善に取り組んで来た。利用者の移乗時の2人介助の徹底、職員の爪のチェックの励行、職員のクロックス履きを禁止してシューズ着用をルール化する等、利用者に安心感を与える改善が進んでいる。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
将来的な事業展望としては「グループホームの開設」があるが、まだ必要人材の養成には至っていない。事業所内に社会福祉士資格を有する職員がいないことから、ソーシャルワーカー的な業務は看護師に委ねられており、専門的な見識を持った社会福祉士の養成が待たれる。			
	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人としての人事考課制度はなく、「勤務態度チャレンジシート」によって管理が行われている。しかし、法人共通の職能要件や必要力量が明確となっていないことから、「勤務態度チャレンジシート」を有効に活用するに至っていない。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
年間2回の個別面談を通して職員の就業に対する意向を聞き取っており、自由度の高い人事管理施策もあって職員の雇用は安定している。隣接する入所事業所ではリフレッシュ休暇の制度が導入されており、当事業所においても同様の取り組みが実施されることを望みたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
完全なシステム運用とはなっていないが、「勤務態度チャレンジシート」を使った面談において職員一人ひとりに対する管理者のメッセージが伝えられている。その後の仕組みが未完成であるが、P-D-C-Aのサイクルに則り、評価や改善の仕組みを構築し、職員の育成プログラムが機能することを期待したい。			
	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「27年度外部研修予定表」に参加予定の職員名を明記して研修に参加し、それぞれの職員の能力開発を図っている。2ヶ月に1度、事業所内での勉強会を開催しており、その内容にはタイムリーな研修課題を取り上げている。「勤務態度チャレンジシート」の有効活用を図り、職員個々の教育・研修ニーズを抽出する仕組みづくりを期待したい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>新人職員に対する研修システムはあるが、その後の体系的な(階層別の)研修体制は未構築である。キャリアパスとの関連性も考慮し、法人主導の一貫した教育・研修システムの構築を期待したい。</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 ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
<p>職員に社会福祉士資格を有する者がいないこともあり、社会福祉士や介護福祉士、保育士等の実習受入はない。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人や事業所が独自のホームページを持たないことから、市のホームページ上で運営情報等を更改している。今回が初めての第三者評価受審であるが、その結果を公表すると共に苦情・相談の内容、対処や改善・解決の状況を公表するためにも、早期に法人独自のホームページ開設が期待される。</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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人内部での監査体制は十分であるが、外部監査の実施はない。定期的に専門性を有する外部機関による監査の実施が望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>隣接事業所との共催になるイベント(盆踊り)に地域交流の機会を設けているが、その他には特段の取り組みは見られない。地域の利用可能な社会資源を明確にし、それらを有効に活用することで利用者の自立に資する取り組みへと発展させてほしい。</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
評価機関のコメント			
<p>ボランティアの受け入れの絶対数が少なく、固定化している。受け入れの意義や目的を明確にしたマニュアルを整備し、積極的なボランティア受け入れの実施を望みたい。</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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
日常的に関与する関係機関のリストが作成され、事務室に掲示してある。利用者や事業所に係わる関係機関を分野ごとに分類し、パソコンによって管理している。			
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 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	a ・ b ・ ㉟
評価機関のコメント			
地域との交流・連携度が薄く、地域貢献を意識した取り組みは実施されていない。			
	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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
特別支援学校や相談支援事業所との連携によって地域の福祉ニーズを把握している。利用者の自立支援、地域移行を目的としたグループホーム事業の開始が検討されている。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明文化している。利用者の基本的人権に配慮した福祉サービスを提供するため、虐待防止の取り組みを始め、日々の支援において丁寧語を使う等の具体的な取り組みを行っている。明文化された理念や基本方針の実現に向け、すべての職員が共通の理解をもって取り組めるよう、会議や研修を通して確認していくことを望みたい。			
	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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアルはすべて整備されており、規程・マニュアルにもとづいた福祉サービスが実施されている。引き続き、一人ひとりの利用者のプライバシーが守れるような設備の工夫や、安心して生活できる環境の整備を望みたい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者については、事業所の特徴を分かり易く説明した資料により、個別に懇切丁寧な説明を行い、福祉サービスの選択に必要な情報提供を行っている。見学や体験入所等の希望にも応えている。利用希望者が安心して施設を選択できるよう、いろいろな情報を公開している。			
	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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始・変更にあたっては、重要事項説明書や契約者により家族にわかりやすく説明し、納得してもらったうえで利用を開始している。意思決定が困難な利用者に対して、どのような配慮をしたら納得して施設を利用することになるのか、検討してみることを望みたい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の変更等により福祉サービスを変更する場合には、福祉サービスの継続性に配慮した取り組みとなるよう、引継ぎ書や各種の申し送り文書の充実を図っている。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
送迎時や交流会を利用して、利用者満足の上向上を目指した取り組みを行っているが、より一層の充実を図るため、利用者や家族から定期的に満足度を調査する等の仕組みの構築が望まれる。特に、意思決定が困難な利用者の満足度を評価する仕組み(施設を利用することで、笑顔が頂けたかどうかを判定する)を構築することが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
苦情受付簿や苦情解決処理簿が整備されており、苦情解決を図る仕組みができています。利用者や家族に対して、苦情解決の方法を分かりやすく説明した文書を配布したり、玄関に掲示する等をして、より一層周知を図ることが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所全体の雰囲気良く、利用者や家族が意見を述べやすい環境ができています。実際に相談や意見交換が増加するよう、利用者や家族に周知するための仕組みの構築が望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者や家族からの相談や意見を積極的に聞く姿勢が大切であることを、職員会議等を通じて周知している。職員会議やミーティング等で出された意見等を迅速に検討し、その結果を公表すると共に、職員間で共有する仕組みを構築している。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
安心・安全な福祉サービス提供のため、ヒヤリハットマニュアルを作成し、事故防止を図る取り組みを行っており、その取り組みは高く評価できる。また、不幸にも事故(アクシデント)に至った時には、「アクシデント報告書(AD報告書)」により組織的に改善する取り組みをしており、この取り組みも高く評価できる。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
障害の重い利用者を多数支援していることから、感染症対策マニュアルにより感染症の予防・対策、及び安全確保のための体制を整備している。すべての職員がマニュアルに添って適切な対応ができるよう、研修の充実を図ることを望みたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
海岸に近いという立地条件から、具体的な災害を想定した災害時の対応方法を文書化しており、利用者の安全確保のための訓練や防災頭巾等、避難に必要な備品等の整備ができています。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
提供する福祉サービスの標準的な実施方法について、マニュアルにより文書化し整備しており、職員全員が周知する仕組みができています。取り組み自体は高く評価できるが、職員によって自己流になったりすることもあるため、より一層の標準化を図る取り組みを望みたい。			
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
評価機関のコメント			
標準的な実施方法の見直しについて、個別支援計画等の個別のケースごとの見直しはできていたが、介護マニュアル全体を見直す仕組みはない。職員によって支援に差が出ないよう、介護マニュアルの標準化を目指して、定期的・組織的に見直しを図る取り組みを望みたい。			
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	障 42	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントの手法が確立されており、適切なアセスメント表にもとづき個別支援計画が策定されている。支援計画には利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。他の相談支援事業所の相談支援専門員との協議が行われており、困難ケースへの対応も充実している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の定期的なモニタリングが行われており、見直しを図るための課題整理及び達成度の評価が行われている。見直しによって変更された内容を関係職員に周知する方法として、職員のミーティングにより周知を図っている。緊急に福祉サービス計画を変更する場合の対応方法について、その仕組みの整備が望まれる。			
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、職員間で共有化されている。	障 44	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者に関する福祉サービス実施状況の記録について、利用者毎のカルテに記載しており、いつでも閲覧できる状態にしてある。日々の新しい情報は、事務所に掲示してある「カルテ記載済み・確認表」により、常に確認できるようになっている。職員間で統一した介助を行うため、毎日行われるミーティングにおいて情報の共有を図る体制ができています。			
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
評価機関のコメント			
記録管理の責任者を置き、カルテへの記入漏れや不適切な利用や漏えいがないように管理する体制ができていた。個人情報保護の観点から、連絡帳やカルテ等についてはできるだけ利用者の目に入らないような工夫をしており、職員に対して教育や研修も行われている。個人情報の取り扱いに係るヒヤリハット報告が数多く出されており、記録の管理体制をより確実なものとする取り組みが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
障害の重い利用者が多く、単身での地域生活に移行することは皆無であるが、グループホームへ移行するケースがあり、その場合は個別支援計画にて移行計画を策定して移行を図っていた。			

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			
個人持ちのトーキングエイドや文字盤を活用してコミュニケーションを図っている利用者もいるが、意思伝達に制限のある利用者が多いため、日常的な関わりを通して、その人固有のコミュニケーション手段やサインを見つけて、何をいわんとしているのかを理解するようにしている。			
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			
利用者が主体的に行う活動として、個別に行っているリハビリや作業がある。その活動を支援するために、時間と場所が保障されている。オイルマッサージという施設特有の取り組みも個別に行われている。障害の重い利用者が楽しく取り組み、その特性を伸ばせるような活動の提供を望みたい。			
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			
日常生活において介助を必要とする利用者が多いため、自力で行う行為には常に見守りが必要であり、必要な時には迅速に対応できる体制を整備している。危険防止のため自力での行為が制限されることもあるが、できるだけ利用者の主体性を尊重した支援の充実を望みたい。			
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			
利用者の特性に応じた自己表現の方法やコミュニケーション方法の開発を行い、日常生活での生活力の向上に繋がる取り組みをしているが、社会生活力を高めるための取り組みは行われていない。現在行っている音楽、リズム遊び、お絵かき、創作活動等を充実させることで、利用者の長所を伸ばして力を発揮できるプログラムの開発を望みたい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者毎に食事形態、食分量、水分摂取量、介助の方法等が異なっているため、個別支援計画書や個人情報表に利用者の状態に応じた支援内容を記載している。また、食事支援マニュアルが用意されており、その内容に従って支援が行われている。拒食傾向のある利用者への食事支援について、職員間で統一した取り組みとなるようミーティング等で確認しているが、より徹底した対応を望みたい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者や職員にアンケートをとって定期的に嗜好調査を行い、利用者の嗜好を考慮した献立となるようにしている。献立表は利用者が美味しく、楽しく喫食できるような食事内容になるよう工夫されており、目につく所に掲示してある。利用者が自分の好みに応じて選べる、選択メニューが取り入れられている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の状況に応じて食堂の設備や喫食場所等を改善しており、利用者の体調に応じて食事時間を変更する等の対応を図っている。経管栄養やトロミ食を摂取する利用者も、落ち着いて喫食できるように環境を整備している。			

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			
個別支援計画書にもとづいた入浴介助が行われており、利用者の体調に応じた入浴支援が行われている。利用者が安心して安全に入浴できる特殊の浴槽が整備されており、在宅では入浴が困難な利用者にとっては貴重な支援となっている。			
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 ・ ㉑ ・ ｃ
評価機関のコメント			
入浴の利用回数は、利用者や家族との話し合いで決めている。失禁や汗をかいた場合には、陰部洗浄や清拭を行っている。入浴の利用回数は週に3回程度で、すべての入浴希望に応じられる体制ができています。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	Ⓐ ・ ｂ ・ ｃ
評価機関のコメント			
浴室には寝台浴槽と坐位にて入浴できるチェア浴槽が設置されており、利用者の身体状況に応じて入浴できるようになっている。また、浴室にはカーテンがあり、利用者のプライバシーの保護もできている。脱衣室の冷暖房設備も整えられている。			
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	ａ ・ ㉑ ・ ｃ
評価機関のコメント			
おむつ使用の利用者が多く、定期的におむつ交換が行われている。排泄介助が必要な利用者は、個別のチェックリスト(個人情報表)により、排泄介助が行われている。おむつ交換や排泄介助の結果は、「排泄リスト」により記録されている。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	ａ ・ ㉑ ・ ｃ
評価機関のコメント			
業務マニュアルにトイレ掃除の手順書があり、清潔で快適なトイレになるように掃除が行き届いている。冷暖房設備を始め、防臭対策やプライバシーに配慮した設備・構造になっている。トイレ環境の点検・改善のため、検討会等にて改善を図ることが望まれる。			
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	ａ ・ ㉑ ・ ｃ
評価機関のコメント			
利用者若しくは家族の好みで選択した衣類を着用している。予備で持参する衣類についても同様である。			
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	ａ ・ ㉑ ・ ｃ
評価機関のコメント			
利用者が衣類の着替えを希望したり、職員が衣類の汚れに気付いた時は、持参している衣類に着替える援助をしている。衣類の予備を持参していない場合には、施設で用意している衣類に着替え、汚れた衣類を洗濯して返している。			
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	Ⓐ ・ ｂ ・ ｃ
評価機関のコメント			
利用者の個性や好みに応じた支援を行っており、特に女性利用者には髪を束ねたり髪飾りを付けたりネイルアートをする等、おしゃれに気を配った支援が行われている。			

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			
ボランティアで来ている理・美容師により、散髪支援を行っている。散髪については、家族と連絡を取りながら利用を図っている。			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
利用者の健康管理をより確実に実施するため、健康管理マニュアルが用意されている。マニュアルに従い、利用者の健康状態をチェック表(バイタルチェック、排泄チェック、食事量チェック、水分量チェック)により、毎日チェックしている。看護師から家族に対し、定期的に健康状態を説明している。口腔衛生に関する定期的指導を受けている。			
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			
利用者の健康面に急激な変動があった場合は、事故対応マニュアルにより対応している。事務所内にAEDを設置しており、訓練用の人形を使い「急変時の対処法」に従って職員の訓練を定期的に行っている。地域内に協力的な医療機関があり、日常的に迅速で適切な医療が受けられる。			
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			
利用者のカルテには薬情が記載しており、使用する薬物の管理は「服薬表」により、準備、服用、破棄まで確実に管理している。誤薬、服用拒否、服用忘れ、重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルに従って対応する体制の整備が望まれる。			
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			
利用者の希望にもとづき、午前、午後にレクリエーションを実施しており、各担当職員は利用者が楽しめるように創意工夫をしている。必要に応じて、外部からボランティアを受け入れている。外出支援について、地域の社会資源を活用した外出支援の取り組みが可能かどうかを、検討することが望まれる。			
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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

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	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
テレビやラジオ等を個人で所有することはない。デイルームに共用のテレビが2台設置されており、レクレーションで使用していなければ自由に見ることができる。新聞はテーブルにおいてあり、常に見ることができる。、雑誌については、利用者が個人で所有している雑誌を持参し、見ることができる。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
喫煙を希望する利用者には、定められた喫煙場所に誘導して喫煙してもらっている。酒類については、提供していない。		