

## 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：障害福祉サービス事業所しろがね	種別：生活介護	
代表者氏名：石黒稔	定員（利用人数）：40名（62名）	
所在地：愛知県豊橋市野依町字山中19-12		
TEL：0532-48-1032		
ホームページ： <a href="https://www.sawarabi.or.jp/">https://www.sawarabi.or.jp/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成 8年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人さわらび会		
職員数	常勤職員： 20名	非常勤職員： 11名
専門職員	（管理者） 1名	（介護福祉士） 6名
	（事務員） 2名	（社会福祉士） 2名
	（看護師） 5名	（理学療法士） 2名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）浴室（寝浴、座浴）
		静養室、日常生活訓練室、食堂、
		相談室、リハビリ室、事務室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

「みんなの力でみんなの幸せを」を基本理念とする

#### ★基本方針

さわらび会の理念、「みんなの力で みんなの幸せを」に基づいて、地域で生活する障がい者の人たちが、個々のニーズに添った支援計画に基づいて、通所系及び訪問系サービスを一体的に提供していくことによって、自己決定と居宅での継続的な活力のある充実した生活をおくっていただくための支援を行っていきます。

また重度の知的、身体の障がい者の専門職による支援の利用希望者が多く、リハビリや医療的ケアの充実した通所の生活介護の実施ができる施設の新設に向けて準備を進めていきます。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

1. 重度の医療的介護が必要な利用者の受け入れ  
現在登録者62名中14名の方が何らかの医療的介護が必要な方であり、そのために5名の看護職員を配置している。さらに、他職種の中から、5名の特定行為業務従事者の認定を受けており、現在も1名施設内実習中である。
2. 強度行動障害者の受入  
現在登録者62名中15名の方が、強度行動障害に認定されており、そのために10名の行動援護従事者養成研修の修了者が中心に支援を行っている。
3. 機能訓練の実施  
常勤の2名の理学療法士が中心に、個々の訓練計画を立て実施している。また福祉村病院の言語聴覚士の指導によって、言語療法、口腔ケアに重点をおいて実施している。
4. 音楽、陶芸、油絵、絵画、さわらび織り、リトミック等の教室活動の実施  
個々の能力を伸ばすために、ニーズにあった専門的な外部指導者による、教室活動を実施している。
5. 居宅介護、行動援護、移動支援等の施設外支援の実施
6. 70才まで働ける環境を目標に介護機器等の導入を目指している
7. 長期整備計画に基づいて、地域に根ざした新たな施設の新設を行う

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 7月30日(契約日) ~ 令和 元年 2月 5日(評価決定日)  【令和元年11月13日(訪問調査日)】
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

##### ◆理念の徹底した周知と浸透方法の多様化

ホームページやパンフレット、広報誌、掲示物はもとより、理念が記載された制服を着用したり、敷地外に理念が書かれた看板を設置するなど、多くの手段で理念を周知する仕組みがある。法人から職員へ支給されるスマートフォンには、理念、基本方針、職員の行動規範等が収録されており、直ぐに確認できるような配慮がある。

##### ◆最新技術の積極的導入

スマートフォンによる音声入力技術を活用することで、情報共有の強化と業務効率化を目指す取り組みが行われている。このスマートフォンには介助技術の動画もラインナップされており、標準的な支援をいつでも確認することができる。さらに、人の力だけに頼った介護からの脱却を目指して「ノーリフトケア」にも取り組み、介護ロボットやIT福祉機器等の早期導入を前提とした研究・検討に入っている。「ノーリフトケア」は、職員の肉体的な負担軽減を目的とした「働き方改革」(働きやすい職場づくり)の一環ともなっている。

##### ◆専門性の高い職員(看護師・理学療法士等)の配置

高い専門性を持った職員によって、充実した支援が提供されている。利用者の障害程度を踏まえて、通常よりも手厚く5名の看護師を配置している。機能訓練の対象となる利用者が多いことから、PT(理学療法士)を2名配置し、利用者のニーズに応えている。また、喀痰吸引資格の積極的な取得を推進し、計画的に職員が研修を受講している。系列の医療機関からST(言語聴覚士)の応援も受けており、利用者の障害特性の多様性に、専門的な見地からアプローチすることが可能となっている。

◇改善を求められる点

◆満足度調査実施後の改善活動

各種満足度調査を行って集計・分析まで行っている。その結果は、「お知らせ」として家族あてにフィードバックしている。その後実施された改善活動について、さらに改善の効果等について、PDCAサイクルに則って記録を残すことを期待したい。「どのような改善をしたのか」、「改善活動の結果、満足度が得られたのか」までを追跡して把握する仕組みの構築が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者の視点で施設を見直すことができました。職員が勤務時間中に揃う機会がない事業所にとって、全体への周知や個別対応などの問題を提起していただきました。職員全員のスマートフォンを利用し、業務連絡のお互いの周知、ヒヤリハットや業務上の気付きや提案を提供しあうなどのライン上のグループの設置、カレンダーの共有によりお互いの業務日程を事前に提示し合うシステムなどを作るきっかけとなりました。一部事業所の特徴上、ご指摘に沿えない部分がありますが、今後マニュアルの整備、PDCAサイクルに則った改善や記録等のあり方などを改めて課題として気付かされましたので、整備を進めていきたいと考えています。

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。

## 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	①・b・c
＜コメント＞ 法人理念については、ホームページやパンフレット、広報誌だけでなく、職員のユニフォームや施設外の看板にも記載があり、あらゆる場面で目にし、確認、理解することができる。法人から職員へ支給されるスマートフォンには、理念、基本方針、職員の行動規範等が収録されており、直ぐに確認できるような配慮がある。			

##### 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
＜コメント＞ 毎月、現状把握やニーズ分析がなされ、具体的に対策が取られている。リハビリや医療的ケアを希望する利用者が多く、事業所が地域において期待されている状況があり、それに応えるために専門職（看護師、理学療法士等）を積極的に採用して配置している。また、施設利用前後のヘルパー利用についても、ニーズに応えることができるよう工夫がなされている。			
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＞ 経営状況については、毎月開催される主任会議において検討した後、職員に周知して組織的に改善に努めている。現在は、利用者ニーズに応えるための新施設建設と、働く環境整備のためノーリフトケアについて調査し、課題を共有している。			

##### 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	①・b・c
＜コメント＞ 事業所ごとに中期計画が策定されている。経営課題や数値目標と結果については、計画進捗状況を毎月の主任会議時に評価し、見直しもできる内容となっている。法人へは経営企画会議、障害福祉部会において報告をしている。			
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	①・b・c
＜コメント＞ 単年度の事業計画については、中・長期計画に基づき策定されている。掲げた重点課題の数値目標について、毎月執行状況が確認できる内容となっている。			
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・②・c
＜コメント＞ 事業計画については職員の参画があり、意見を集約した上で策定されている。全職員に対してはいつでも見ることができる状況にはあるが、具体的に理解を促す取り組みはない。職員が、当事者意識を持って取り組む仕組みづくりが望まれる。			

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
<コメント> 定期的に開催される家族懇談会において、事業報告と事業計画の説明会を実施し、理解を促している。参加率については年々減少しているため、「お知らせ」を配布して欠席者にも周知をしている。利用者に対しては、分かりやすい資料を作成する等、更なる工夫が望まれる。		

#### 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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 利用者満足度調査を実施し、積極的に福祉サービスの質の向上に取り組んでいるが、一部の職員による取り組みとなっている。職員の一人ひとりが改善意識を持ち、定めた目標に組織的に取り組めるよう、体制の整備が望まれる。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 取り組むべき課題については、主任会議において分析や評価を実施しているが、誰が（責任者）、いつまでに（期限）、何をするのか（実施方法・結果）という具体的な記録がないため、今後は作成されることが望ましい。職員への回覧物については、押印を求めるなど、確認をしたことが分かる仕組み作りが期待される。		

## 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
<コメント> 年度初めの法人広報誌「さわらび」において、管理者自らの役割や責任について表明している。毎年、「職務分掌表」を作成し、スタッフ会議や朝礼において周知されている。管理者が不在の際は、委任を受けた主任が代行する仕組みがある。			
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 規程整備については法人が一括で実施し、職員への周知がなされている。法令等に対する情報収集については、職員を研修等に派遣し、内容の報告を受けている。職員一人ひとりのコンプライアンス意識を把握したり、関係法令に対する理解度を確保するための取り組みに期待したい。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者満足度調査の結果を受け、現在は新施設の建設やノーリフトケアに積極的に取り組んでいる。業務改善に対する職員からの意見は、毎月の主任会議時に取り上げられ、改善すべき内容について議論し、速やかに取り組む体制がある。			
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
<コメント> 経営状況及び執行状況については、毎月開催される主任会議において確認し分析している。経営改善や働きやすい職場環境の整備等についても主任会議で議論され、新しい機器の導入が決定される等、具体的な取り組みとなっている。			

### 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> 福祉人材の確保については、毎月開催される主任会議において状況を確認し、事業所独自に採用活動を進めている。計画的に喀痰吸引の実習を受講するなどし、職員の専門性を高めることを主眼とした人材育成を図っている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ② ・ c
<コメント> 法人の理念・基本方針に基づく「期待する職員像」は明示されているが、人事基準、目標管理制度が未整備な状態である。職員が自らの将来の姿を描くことができるような、総合的な人事管理の仕組みづくりについて検討されたい。			

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り組んでいる。	障16	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、職員満足度調査やストレスチェックを実施している。有給休暇の取得状況や、時間外労働の状況については把握できているが、職員の相談窓口の設置や定期的な個別面談の機会がないため、職員が相談しやすい仕組み作りが望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>無資格で入社する職員などに対し、組織として「期待する職員像」は明示されている。しかし、職員に対して具体的に目指すべき目標や到達点を定めるための、定期的な面談の機会はない。職員個々の育成に対する取り組みについては改善が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人主導で改装別研修体系が組まれており、専門性の高い研修も計画されている。事業所内の研修委員が、全体の職員研修について把握をしている。法人から支給されているスマートフォンで、介助方法の動画が確認できるという新しい取り組みもある。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人主導の階層別、職種別、テーマ別に研修の機会がある。新任職員については、OJTの仕組みがある。事業所の研修委員が、職員一人ひとりが偏りなく研修に参加できるよう配慮しているが、研修後の意識変化を確認する仕組みづくりについて検討されたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生を受け入れるためのマニュアルを整備し、職員を社会福祉士実習指導者として養成し、受け入れ体制を構築している。ただ、福祉専門職の養成校の生徒数が減少している状況があり、事業所としての受け入れ実績は近年ない。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念や基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算書類の情報公開については、主にホームページを用いて実施している。苦情解決については、公表の仕組みの策定が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>会計監査人設置法人であるため、毎月定期的にチェックを受け、透明性が確保されている。事務処理等に関するルールが変更になった際は、その都度職員へ周知をする仕組みがある。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との係わりに関しては、法人の「倫理綱領」において、「地域との関りを深める」と文書化されている。法人全体で地域との交流を広げるため、親子福祉体験や文化祭という地域向けの行事を開催したり、福祉避難所としての機能を強化する等の取り組みがある。</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 ・ ② ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受け入れ担当者が設置され、定期的な受け入れをしている。しかし、円滑にボランティアを受け入れるためのマニュアルの策定がない。福祉避難所としての機能を整えるため、災害ボランティア研修及び受け入れ体制の強化、訓練を実施している。</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	③ ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所運営に関係する関係機関や団体について、一覧で管理できる資料を用いている。市の主導で開催されている事業所連絡会に参加し、連携を強化し、ネットワーク化にも取り組んでいる。</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	④ ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の社会福祉協議会主催の会合や障害者父母の会に参加し、地域ニーズの発掘に努めている。法人としても地域住民と交流できるイベントを開催し、個別相談に応じるなど、地域ニーズや生活課題の把握に努めている。</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	⑤ ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人主催の親子福祉体験や文化祭において、地域との交流の中で福祉ニーズの把握に努めている。また、大規模災害時の福祉避難所としての機能整備を積極的に進めている。</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	a	・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、「虐待防止セルフチェック」を全職員対象に実施し、最近の取り組みとしては、法人内の障害系の事業所を交えて、2ヶ月に1回セルフチェックを行い、事業所間の情報共有及びすりあわせが行われている。取り組みとしては十分であるが、課題としては末端の職員まで教育が行き渡っていないことや、利用者尊重の姿勢が手引きに十分記載されていないことである。</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	・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>同性介助を支援の原則とし、直接支援におけるプライバシーに配慮した取り組みが行われている。トイレや浴室などは中が安易に見えないような配慮がある。ただし、その支援の基となるマニュアルに、明確な「プライバシーに配慮した支援方法」の記載が確認できない。組織としてプライバシー保護の重要性を明記し、具体的な姿勢の記載が望まれる。</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	・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>A 4三つ折りサイズのパンフレット以外にも、ルビが記載された利用希望者向けパンフレットも別途用意されている。不特定多数の人を対象とした情報発信については、ホームページが用意されている。しかし、1日の流れが確認できないこと、新鮮な情報としてのブログによる発信が弱いこと、多くの人がパンフレットを入手できる取り組みが弱い点等に改善の余地を残す。</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	・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>支援の変更等に際しては、家族のみならず利用者にも同席してもらって説明を行っている。利用日数の変更は、利用者・家族の要望を聞いて可能な限り対応している。特別な資料の用意はなく、言葉による丁寧な説明が主な対応方法である。可能であれば、ルビが振ってある資料やかみ砕いた分かりやすい利用者向けの資料を作成することが望ましい。</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	・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>他事業所へ移行する機会はそれほど多くないものの、移行に関する手順やその際に使用する「引き継ぎ文書」の整備が遅れている。退所後における担当窓口は所長と決まっているものの、利用者が退所後も安心して過ごせるための具体的な相談方法やその担当者等が記載された資料は未整備であり、今後の体制整備に期待したい。</p>			
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	・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>満足度調査を年に2回実施し、集計して保護者が集まる機会にフィードバックしている。満足度調査の担当者は明確に決められており、調査結果についての話し合いや分析も行っている。しかし、その記録等は残されていない。その活動内容のみならず、具体的にどのような改善を実施したのかが分かるよう、適切な記録を残すことが求められる。</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	・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制は十分に整っており、「重要事項説明書」にも明確に記載されている。苦情に関する記録についても所定の様式で記録されている。申し出しやすい取り組みとして「目安箱」を設置しているが、機能しているとは言い難い。苦情に関する掲示については、見にくい場所に設置してあることから、掲示方法及び掲示場所の工夫と改善が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見を述べやすい工夫として設置した「目安箱」については、その活用が十分には図られておらず、機能していない。基本的に言葉での相談が多いため、会話にて利用者の意見を把握するよう努めている。課題としては、ゆっくり個別に相談できるスペースがないことであり、現状は散歩など個別支援を行っている最中に聞き取っている。ハード的な環境の整備が必要となっている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談を受け付けた後、管理者に報告し決められた様式に記載するというルールがある。相談内容については、朝夕行われる会議にて話し合われる仕組みが整っている。ただし、仕組みの周知は口頭のみで行われており、組織として決められた手順等は用意されていない。また、「目安箱」は用意されているが、機能していないことからその活用方法に改善の余地がある。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメント委員会があり、管理者をはじめ参加できる職員がその都度メンバーとして参加している。ただ、ヒヤリハットの取り組みについては、半年に1～2件程度で収まっていることから、積極的な収集がなされているとは言い難い。また、事例の収集は行われているが、評価及び見直しまでの取り組みやその記録についても弱いため、課題が残る。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症に関するマニュアルは、内容も細かく写真も多用して充実した内容となっている。感染症の時期になると加湿器を使用したり、専用の消毒液を噴霧する、冬場でも扇風機を使って空気を対流させるなどの取り組みが行われ、感染防止に対する意識は高い。課題としては、マニュアルの作成日付と更新が確認できないこと、また、従業員への教育が十分ではないことが挙げられる。</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している。	障39	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「地震防災規程」の整備はもとより、大規模災害時のマニュアルも用意されている。災害伝言ダイヤルを使った訓練も年に数回実施し、その使い方を実際に学ぶ取り組みがある。備蓄リストも用意され、1週間分の食料も常時ストックしてある。法人全体の一斉送信メールを送り、緊急時の連絡体制の確認も行われている。全体的に防災に対する意識は高い。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法を定めた文書は整備されている。ただし、業務全般をカバーしたものではなく、一部の業務に限定されたマニュアルであること、利用者の尊重やプライバシーを意識した支援を行うための姿勢が明示されていないなど、これらマニュアル整備に課題を残す。また、職員への周知や現場で起こっている支援がマニュアル通りなのか、否か、を確認する仕組みが構築されていない。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年、年度末に見直しを行うルールとなっており、その担当者も割り当てられている。ただし、見直しが行われたかどうかを判断する上で必要な「見直し日」や「改定日」等、「いつ見直したのか」が分かるような記載がない。文書の最新版管理上からも、「作成日」、「改定日」、「見直し日」の記載は必須である。</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	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>シンプルな統一様式にてアセスメントを行っている。再アセスメントは、半年に1回と決められている。個別支援計画の作成時は、サービス管理責任者はもとより、看護師や場合によってはPT（理学療法士）も入って作成している。個別支援計画通り行われているかどうかを把握する仕組みとしては、毎日記録する「活動記録表」を見ることで、把握が可能となっている。</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	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は半年に一度見直しを行い、複数の職種・職員で構成されたメンバーで実施している。記録内容も充実した内容となっている。「FIM評価表」を用いて、支援に対して点数化して把握する仕組みがある。個別支援計画については、変更した箇所にアンダーラインと色塗りで示すことで、家族及び利用者が一目見て分かりやすい工夫がなされている。</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	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ボード」（法人独自の記録用紙）を活用し、何かあれば記載する仕組みが整っている。記入した記録簿については、朝夕行われる集まり時に周知する仕組みとなっている。さらに、実施状況を「サービス提供記録表」に記録している。最近では、スマートフォンによる音声入力が行えるよう法人全体でシステムを導入し、情報の共有化を強化する取り組みも見られる。</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 ・ ㉠ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護に関する規程は整備されている。利用者の個人記録等については鍵のかかる保管庫にて保管されている。ただ、漏洩に対する具体的な対策や漏れた際の対応方法については、特に明確な仕組みは用意されていない。新規採用時には個人情報に関する研修はあるものの、それ以降に記録の取り扱い等に関する研修の実施は確認できなかった。これらの点で改善の余地がある。</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	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>モニタリング等で、利用者が行いたい活動を取り入れるよう努力はしているものの、障害の重度化によりなかなか把握ができないのが現状であり、自治会の発足も難しい状況である。そのような中でも、利用者の希望する活動の提供に努めると共に、利用者が参加したい活動に合わせて利用日を調整するなど、事業所としてできる限りの対応を行っている。</p>		

### 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 ・ ㉠ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「虐待防止セルフチェック」を毎月実施して集計及び評価を行い、日頃より権利侵害が起こらないような体制を整えている。身体拘束に関する書類やその同意書等についても整備されている。ただ、所管行政への報告については、口頭や記録等にて管理者に情報が届く仕組みがあるものの、明確な手順が示されたものは用意されていない。その整備が求められる。</p>		

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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障害の重さ故か、自立に関する取り組みについては具体的なプログラムや支援が弱く、事業所の課題にもなっている。掃除や片付け、衣類の着脱など、限定的ではあるが個別に対応して、自立に向けた支援を行っている。支援の介入については曖昧な部分もあるため、利用者個々に明確なルールを設け、より適切な支援が行えるよう検討する余地がある。</p>			
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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者によって、絵カードが有効な場合には適宜使用しているが、基本は言葉による意思疎通が主である。具体的には、声かけして表情を見るよう心がけるだけでなく、組織として多くの利用者に話しかけるようにしている。たとえ意思疎通が難しい利用者であっても、支援している行為に対して実況中継のように「今、何を行っているのか」を常時伝えながら支援している。</p>			
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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者との会話をする時間を適宜取っており、個別に対応することもできている。ただ、スペース的に落ち着いて話をする場所が限られているため、時には個別で散歩する際にじっくり話を聞くなど、状況に応じた対応を行っている。相談に応じた内容については、日々記録する専用の用紙にて記載するような仕組みがある。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>春と秋については外出する機会が用意されており、カラオケや散歩などの活動のほか、外部講師を交えたいくつかのプログラムが用意されている。ただ、利用者ニーズに基づいた個別の活動メニューについてはやや弱く、利用者が自ら選ぶという選択肢については改善の余地がある。地域との関わりについても、外部講師を除くとその量は少なく、積極的な関わりに期待したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>喀痰吸引の資格を有する職員を増やし、強度行動障害支援者養成研修の受講も積極的に進めている。発達障害に関する外部研修に参加する機会も用意されている。ただ、外部研修に参加できる職員数は限られており、外部研修と並行して内部研修の充実も必要と思われる。現状では、内部研修の機会が少なく、今後の研修機会の充実に期待したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事形態については常食はもとより、ペースト、極刻み、粗刻み、一口など、あらゆる形態に対応している。入浴は毎日実施しているが、入浴順は利用者の希望に応じてローテーションにて支援している。入浴ニーズが高まっており、事業所としては最大限の努力にてサービス提供を行っている。課題としては、食事についての嗜好調査が実施されていないことが挙げられる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>スペースに限界はあるが、横になるためのベッドや、ゆっくり休むための和室などがあり、利用者のニーズに応じて使用されている。一人になってクールダウンする部屋も活用されているが、その他にも職員と一緒に付き添って建物の外に出て、落ち着くまで対応するなど、利用者個々の障害特性を理解した上で対応している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所専属のPT（理学療法士）が2名配置されており、利用者個々にあったプログラムにて機能訓練を行っている。機能訓練の対象となる利用者が多いことから、PT（理学療法士）の指示の下、補助役として2～3名の支援員が訓練を手伝っている。これにより、継続した支援が可能となっている。リハビリ計画も策定されており、その体制は十分整っている。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>検温や血圧測定、水分摂取等、健康管理の細かい部分についても対応がある。排泄については、家族の希望により個別に対応もしている。ただ、体調不良時の対応手順がなく、看護師判断による対応となっている。看護師個々の判断ではなく、ある程度統一したルールにて対応するためにも、マニュアルの整備は必要である。看護師による健康に関する研修についても検討されたい。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>誤投薬を防ぐための取り組みとして、写真付きで薬を用意してもらい、確実な投薬を行うようにしている。ただ、投薬ミスが起こった際の対応方法が明確になっておらず、「飲ませ忘れ」、「取り違い」、「重複服薬」などのあらゆる投薬ミスを想定した手順の整備を急がれたい。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>一部の利用者については、「バス散歩」と呼ばれる企画にて、公共施設を利用する機会があったり、漢字ドリル等を活用した学習機会が用意されている。しかし、全体を見渡すとプログラムの内容や頻度などは十分とは言えず、さらなる充実が望まれる。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域移行の意向については、モニタリング等を通じて把握する機会はある。「将来についてどうお考えですか」と確認することがほとんどで、具体的に地域移行を進めるための情報提供や学習の機会などは十分な対応とまでは言えず、課題を残している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族との情報交換に関しては、毎日の送迎時や半年に1回行われるモニタリング時、年1回行う家族会の集まりなど、様々な機会が用意されている。これらの機会を適宜活用し、家族との連携を図っている。利用者の急変時における報告ルールについても明確になっており、その案内文も配付されており周知は十分に図られている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</p>		

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			