

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：障害者支援施設ピカリコ	種別：施設入所支援・生活介護・短期入所・日中一時・相談支援	
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： 26名	非常勤職員： 10名
専門職員	(施設長) 1名	(医師・看護師) 4名
	(リハビリ訓練士) 3名	(相談員・サービスビ管理責任者) 2名
	(介護職員) 19名	(事務・栄養士・その他) 7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 エレベーター
		スプリンクラー トイレ(18
		ヶ所) 天井走行リフト

③理念・基本方針

★理念

共に生きること、支えあうことの中にこそ、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、一步一步、歩み続けることを目的とします。

★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。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者一人ひとりの状況や希望に合わせた個別支援を徹底している。
- ・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）を行っている。
- ・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を促進している。
- ・福祉避難所や虐待時の緊急避難先として、地域社会と連携している。
- ・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が見られる。
- ・医療行為が必要な利用者の受け入れ態勢が構築（最も援助が必要な最後の一人の尊重）されている。
- ・通所事業所「ぴかっと」との連携による様々なニーズへの対応が可能である。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 5月10日（契約日）～ 令和 2年 2月19日（評価決定日） 【令和元年10月 9日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （平成27年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の強いリーダーシップ

管理者は、社会福祉法人として当然の使命であると、福祉避難所や緊急避難場所の協定を結び、愛知県のDCAT（災害派遣）への職員派遣や喀痰吸引等の研修の会場提供も行っている。また、国や県の団体役員として、いち早く法令についての情報を知ることができる立場にあることから、新規制度の導入も積極的に行っている。

◆職員の定着率の高さ

「何でも提案書」によって、職員の意見を吸い上げ、その内容を実行するか否かの回答が早期になされている。また、育児休業は女性ばかりではなく、男性職員も取得しており、腰痛防止対策としてリフトの増設やリフレッシュ休暇（1週間の連続休暇）など、“働きやすい職場づくり”に取り組んでいる。これらのことが職員の定着率の高さに表れている。

◆積極的な外出支援

希望外出や誕生日外出、クリスマス会のビンゴ大会で当たったビンゴ外出など、利用者の希望に沿った外出に加え、外に出かける機会を多く設けている。外出先の決定に関しても、常に自己決定を尊重した個別支援の取り組みがなされている。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の策定

理念や基本方針の実現に向けた具体的な取り組みを示すものが中・長期計画である。しかし、単年度の事業計画に中・長期を展望した記述がなされている部分もあるが、中・長期計画として独立したものが策定されているとは言い難い。変化する利用者ニーズ、地域ニーズ、制度を踏まえ、必要に応じて見直しを実施し、財政的な裏付けもある中・長期計画の策定が求められる。

◆福祉サービスの標準化

支援の標準的な実施方法についてはマニュアルが整備され、法人内の研修で職員への周知が図られている。しかし、個別支援計画の取り組み、個人情報保護や権利擁護の意識の向上など、職員個々の育成に向けた取り組みをさらに強化し、利用者にとって福祉サービスの標準化を図ることが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

これが3度目の第三者評価になりますが、以前に比べて書類の整備に対するチェックが多く、指導監査との違いが少なくなったように感じました。
第三者評価の一番良い点は、職員が自分で評価することで気づきを得ることだと思っています。現場の職員の気づきをさらに促すような第三者評価の仕組みを考えていただきたいと思います。

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	Ⓐ ・ b ・ c
＜コメント＞ 事業所のパンフレットに理念・基本方針が明記されている。職員にはオリエンテーションの中で周知され、「基本事項確認用テスト」を行い、テストの結果は面談の中でも確認が図られている。利用者や家族には家族懇談会で説明が行われ、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	Ⓐ ・ b ・ c
＜コメント＞ 管理者が全国や県の団体役員として要職に就き、いち早く国・県の動向を把握し、事業所の経営課題について実情を訴えている。事業所の経営状況については、利用実績や毎月の収支計算書の報告を受け、課題を把握して分析を行っている。潜在的利用者についても把握を行っている。			
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＞ 事業計画に経営状況や経営課題が明記され、理事会・評議員会で共有されている。職員に対してはその年度の課題をプリントし、職員会議で説明している。事業報告に課題に対する取り組み状況を明記し、理事会・評議員会で報告し、職員にも職員会議で説明している。			

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 ・ Ⓑ ・ c
＜コメント＞ 事業計画に中・長期を展望した記述がされている部分もあるが、中・長期計画として独立したものが策定されているとは言い難い。変化する利用者ニーズ、地域ニーズ、制度を踏まえ、必要に応じて見直しをしながら、中・長期計画の策定が求められる。			
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 ・ Ⓑ ・ c
＜コメント＞ 利用者の支援だけでなく、「地域になくてはならない施設」として、地域ニーズに応えられるよう、単年度の事業内容が具体的に事業計画に記載されている。一方で、中・長期計画が策定されていないため、中・長期計画の策定とそれを反映した単年度の事業計画の策定が望まれる。			
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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障6	Ⓐ ・ b ・ c
＜コメント＞ 職員会議の場で、前年度の課題に対する評価と新年度の事業計画が周知されている。事業計画の策定にあたっては、職員から具体的な計画内容が提出され、管理者、理事長も目を通す「何でも提案書」や職員の意見に基づいて、腰痛対策や発電機の導入などが具体化されている。			

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> 年2回の家族懇談会で事業計画について報告をしており、欠席の家族にも簡潔に記した文書を配布している。しかし、事業計画が利用者への福祉サービス提供に関わるものであることを考えれば、利用者、家族に事業計画についての理解を促すための工夫が求められる。		

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 職員の資質向上については、「個別支援計画の実現に向けたケアガイドライン」をはじめとした外部研修に参加している。事業所の課題に対しては、出された対策をすぐに実行し、評価し、修正して実行するというPDCAのサイクルで職員の取り組みが図られている。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 評価結果に対して、役職者8名が中心となって検討している。利用者支援について朝の対応を充実させるため、職員の意見を取り入れ、「速番（そくばん）」勤務を導入したり、職員の負担軽減のために、予算の検討をしながらリフトを設置するなど、計画的な改善を図っている。		

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
<コメント> 「運営規程」に、管理者の役割が明記してある。また、会報には障害者支援の歴史を語り、障害者支援施設がどうあるべきなのかといった考えを表明している。さらに、第三者評価受審など、法人や事業所の方針を明文化している。「非常災害対策計画」には、管理者不在時の職務代行者が定められている。			
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> 管理者は、全国や県の団体役員として、いち早く法令についての情報を知ることができる立場にある。また、愛知県や厚生労働省といった行政との関りもあり、新規制度についての意見を直接伝えられるなど、適正な関係を保持し、その内容等を職員会議等で職員に伝えている。			
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> 管理者は業務改善委員会、ケアガイドライン委員会、腰痛予防委員会、勉強委員会などの各委員会で提案された内容について、速やかに実行するか否かを判断している。素早い判断・決定が職員にとっても信頼感となり、その判断理由も職員に説明されている。			
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
<コメント> 管理者は、人事、労務、財務等の面から経営の改善や業務の実効性の向上に向けて検証を行っている。職員の増員、ストレッチャーやリフトの導入、速番（そくばん）勤務の導入により、業務の見直しを図る等指導力を発揮している。管理者の積極的な職員意見の吸い上げがあり、安定的な雇用関係が継続している。			

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> 介護福祉士や喀痰吸引等研修の研修費を法人で負担し、有資格者の確保に取り組んでいる。また、将来的な人材難に備え、技能実習指導員研修に副主任を参加させ、日本在住のフィリピン出身者を正規職員として採用するなど、計画的な取り組みが実施されている。			
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> 研修目標に「期待する職員像」が記載されている。年3回の理事長、管理者との個人面談と「勤務態度チャレンジシート」で考課し、賞与に反映される人事制度が運用されている。人事考課は前年度のものと比較され、プラス面を職員に伝えているが、人事管理に関わる基準は無いため、職員自身が将来を描くことができるような総合的な人事管理制度の構築が求められる。			

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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員の心身の健康のため、専門的な研修を受けた看護師がメンタルヘルスの窓口になっている。ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みとして、育児休業は女性ばかりではなく、男性職員も取得している。さらに、職員の意見を基に腰痛防止対策としてリフトの増設やリフレッシュ休暇（1週間の連続休暇）など、“働きやすい職場づくり”に取り組んでいる。</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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>1月の職員会議の場において、職員一人ひとりが今年の個人目標を発表し、年末に目標に向けた取り組みの結果発表を行っている。しかし、個々の「目標管理シート」が作成されていないなど、職員一人ひとりの育成に向けた取り組みとしては改善の余地がある。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画に研修の目標が記載され、外部研修の計画も策定されている。事業所として求められる介護福祉士の資格取得は、受講が可能になった職員に順次取得を促している。また、喀痰吸引等研修も毎年職員を派遣し、多くの職員が資格を取得している。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>新規採用職員は、3ヶ月、6ヶ月、1年を経過した時点で「新人研修振り返り日誌」に記載し、研修成果の評価・分析を行っている。また、新規採用職員以外は年1回以上は外部研修に参加し、6ヶ月後に報告書を作成して研修成果の確認を行っている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れのためのマニュアルが作成されており、実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムが用意されている。介護分野、保育分野の実習生を受け入れている。また、実習生の指導のために、指導者研修にも参加している。</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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>全国経営者協議会や市のホームページで法人の情報が公開されている。また、年2回発行の会報において、事業活動計算書は掲載されている。しかし、法人としてはホームページを開設しておらず、会報での情報公開も限定的である。法人のホームページは来年4月の開設に向けて作成中とのことであるが、一刻も早く情報公開が適切に行われることを期待したい。</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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント></p> <p>監事である会計士が年に5回～6回内部監査（監事監査）を行い、役職者も立ち会っての監査支援が行われている。また、その内容について、職員会議の場で職員に報告を行っている。より事業運営の透明性を確保するため、外部専門家による外部監査の実施を検討されたい。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>地域の情報を積極的に収集し、利用者に情報提供を行い、地域の行事や招待行事に積極的に参加している。また、利用者ニーズに応える形で、利用者が希望する外出について、職員の付き添いも含めて数多くの支援がある。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>行事を中心にボランティアの受け入れを行っており、基本姿勢等については明文化されている。障害者との関わり方等について、事前に説明会を実施して留意事項を伝えている。地域の中学2年生の生徒全員の施設見学の受け入れや、福祉体験学習の受け入れも行われている。</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	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>市内や近隣の関係機関等のリストが作成され、協力が図られている。自立支援協議会や西尾市福祉団体連合会にも管理者や職員が参加し、定期的に情報交換が行われている。</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	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>町内会や障害者福祉団体連合会、ロータリークラブとも共同の事業を行う中で、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。法人の相談支援事業所からも有効な情報提供がある。</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	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>地域ニーズに応え、災害時の福祉避難所や虐待等の緊急避難場所登録を行い、町内会との防災協定を結び、生活介護事業所や相談支援事業所、グループホームの開設を進めてきた。愛知県のDCAT（災害派遣）の研修に職員を派遣し、11月に市で初めての福祉避難所設置訓練を実施する予定である。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>年度ごとに担当を決めて利用者家族にアセスメントを行い、サービス管理責任者が個別支援計画を立てている。直接処遇職員と看護師には、個別支援計画のコピーを配布している。さらに、毎月の会議や年1回の間読み合わせで理解の共有を図っている。人権に関する勉強会はあるものの、理解度の確認が不足し、個人差が出ている。</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>利用者のプライバシー保護に関するマニュアル等は整備されている。入所施設でオープンスペースも多し、他の利用者のいるスペースで個人的な話をしてしまうこともあり、職員が意識する必要がある。現在、インカム(相互通信式構内電話)の使用を検討中である。</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	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>情報公開は全国経営者協議会や西尾市のホームページでおこなわれているが、法人としては、来年4月にホームページの公開に向けて作成中で、インターネット上での公開はない。しかし、入所希望の待機者は現在90名ほど。待機者には毎年、電話等で待機希望の有無を確認している。</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>サービス開始時には「重要事項説明書」や「契約書」に沿って説明を行い、介護方法などの留意点はアセスメント後、文書化して家族に確認をとっている。また、重要事項を変更した場合には、本人に直接話している。ショートステイは100名の登録がある。</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>体調悪化など、利用者自身の意思ではない理由での退所以外では退所するケースがない。退所時には、用意したマニュアルで引継ぎをしている。その後の対応については文書化されておらず、改善の余地がある。</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	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>満足度調査として行ってはいないが、利用者懇談会や家族懇談会を行い、意見を吸い上げている。また、支援会議でも意見を聞くことが多く、個別の要望は確認して適切に対応している。決まったタイミングでの利用者(家族)満足度調査の取り組みに期待したい。</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>利用者本人と家族、本人と事業所で見解が異なり、苦情か愚痴かなど曖昧で判断に困ることがあり、その場合は苦情解決の仕組みに乗っ取って対応していないことがある。利用者本人や家族から聞き取った意見については、記録に残している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>入所間もない利用者には、頻繁に声をかけている。事務所は9時から18時の間対応し、家族が来所時にはサービス管理責任者や相談支援専門員が必ず声をかけている。意見箱はあるものの、投函を他の利用者に見られるのを嫌がられることがあり、2階の目立たないところに置くようになった。関係ができていない職員に、利用者が直接伝えてくるのがほとんどである。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>特定の職員と利用者との関係の中でプライベートな内容をどこまで記録するのかが悩みであるが、本人に記録の許可を確認して記録を行うようにしている。情報が制御できる利用者の場合は、細かな内容まで常に記録に残している。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>「アクシデント・ヒヤリハット報告書」を提出するボックスを、事務所に設置しており、朝のミーティングで報告をしている。毎月ヒヤリハット委員会で利用者の安全確保を検討しているが、改善や再発防止などの確認・見直しができていることがある。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症の予防・対応についてマニュアルが整備されている。また、定期的に看護師が講師となって、感染症対策の勉強会が実施され、職員への周知が図られている。ヒヤリハットからの改善もその都度行われている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>「施設内防犯マニュアル」が整備され、防犯訓練が実施されている。また、火災、地震、津波などを想定し、避難訓練計画に従って訓練を行っている。地域の福祉避難所としての市で初めての福祉避難所設置訓練を11月に実施予定であるが、地元関係団体との合同訓練は未実施である。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>「生活支援マニュアル」が整備され、研修も行われている。特に新規採用職員は、3ヶ月、6ヶ月、1年を経過した時点で「新人研修振り返り日誌」に記載し、研修成果の評価・分析を行っている。問題が生じた際の対応・対策が職員に周知できていないことがあり、職員間の連絡体制に改善の余地がある。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>毎年6月にマニュアルの見直しを図っている。問題が生じた場合に周知徹底ができず、一部職員に改善策が反映されないことがある。マニュアルの改訂や変更部分を理解しただけで、支援の現場で実施するところまで至っていないこともあり、改善の余地を残している。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の策定にあたっては、アセスメント、立案、モニタリング、次年度への申し送りと一連の流れが定められている。利用者の意向の中には具体化が難しいニーズがあることや、担当職員によって個別支援計画の進捗状況が異なることがあり、課題となっている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しについては、年3回のモニタリングが確保され、計画の読み合わせを行い、職員への周知が図られている。個別支援計画に基づく支援内容については、職員と面談を実施し、支援の技量の向上を促している。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>特別に周知すべき事項については、「カラーシグナル」と呼ばれる札を記録簿に付して、周知徹底に努めている。しかしながら、記録者本人の主観も入るので、個人の裁量に任せつつも、分かりにくさを排除できるように箇条書きにするなどの記録の書き方や、記載漏れが無いようにすることが課題となっている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個人情報の保護については規程が定められており、記録の管理についても明示されている。しかし、利用者の居住環境上、廊下などが比較的オープンなため、利用者本人と話をする際の声量にも配慮しないと周りに聞こえてしまうケースがある。そのため、職員はプライバシー保護の意識向上に努めている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>希望外出や誕生日外出、クリスマス会のビンゴ大会で当たったビンゴ外出など、利用者の希望に沿った外出に加え、外に出かける機会を多く設け、自己決定を尊重した個別支援の取り組みが行われている。その一方、個別支援のマナー化も否めない状況になっていることから、職員に対しての合理的配慮に対する意識づけを行っている。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>職員会議や外部研修での学習の機会を設けている。利用者には身体拘束の同意を毎年取り、人事考課で職員の勤務態度項目の「セルフチェックシート」も作成している。届け出や報告については、職員会議で話合っている。しかしながら、権利侵害防止に関する理解については職員間での温度差もあり、研修等の実施によって均一的な意識の醸成を期待したい。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 個別支援計画に基づいて、見守りを基本に、利用者が必要と感じた時に支援を行っている。日常生活の自己管理や行政手続き、生活関連サービス等の利用支援を、個別に対応できるように努めている。</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	a ・ ㉡ ・ c
<p><コメント> 個別支援計画に基づいて、言語訓練や上手く発音ができない利用者には、文字盤を活用するなどの支援を行っている。意思表示が困難な利用者には、表情や素振りなどの反応を見て配慮している。コミュニケーションをとる時間を、今以上につくることが課題となっている。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者からの相談があれば、いつでも相談ができる体制を整えている、また、相談内容によっては、担当職員や看護師、サービス管理責任者、管理者、相談支援専門員等が情報共有を図り、連携して解決できるように努めている。</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 ・ ㉡ ・ c
<p><コメント> ボランティアの受け入れやクラブ活動など、利用者が選択できる日中活動となるように支援メニューの幅を拡げるよう取り組んでいる。しかし、クラブ活動は10年以上続けて行っており、マンネリ化も否めない。利用者のニーズを基に、メニューの多様化を図られるよう期待したい。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント> 外部研修に積極的に参加し、不適応行動のある利用者に対しても個別リストや介助援助内容に留意点を記載するなど、適切な対応ができています。元は身体障害者施設であるが、知的や精神等の合併障害のある利用者に対しても、適切な支援が提供されている。</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 ・ ㉡ ・ c
<p><コメント> 利用者ごとに日常的な介護は「介助援助内容」にまとめ、統一したケアとなるよう努めている。しかし、変更があった場合に職員間の情報共有できていないことがあり、チェック体制に課題が残る。基本的な支援はできているので、一層の意識向上を期待したい。</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	a ・ ㉡ ・ c
<p><コメント> 清掃業者との業務契約を行い、共用部分や居室の床の清潔に努めている。居室の整理整頓については、担当職員が定期的に行っているが、部屋から飲みかけのペットボトルが見つかることや、衣替えを行うべき時期にできていないなど、改善の余地がある。</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
<コメント> リハビリテーション担当の職員が、利用者個々のリハビリテーション計画を立てて訓練を行っている。内容についても外部のクリニックと委託契約をし、定期的実施したリハビリテーションの内容の評価を受けている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 緊急マニュアルやその時々での対応マニュアルもそれぞれのケースに応じて用意されており、介護と医療間の情報共有も行われている。定期的な勉強会を行い、変化する医療事情をさらに周知徹底していく努力が見られる。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 服薬等に関するマニュアルがあり、体制は整っている。しかし、服薬時に飲めなかったというケースは少なくなっているものの、薬の飲み残し、飲み忘れがあり、改善の余地がある。誤薬が大きな事故につながらないよう、小さなうちに改善のための仕組みづくりが望まれる。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の意向で作業を行う外部の事業所に、週1日、3名の利用者が通所をしている。また、利用者の高齢化、重度化に伴い、社会参加が難しくなっている中で、意欲や興味を持ち続けてもらうよう情報収集・提供や映像を見るなど、学びの機会の場を設けている。		
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
<コメント> 地域生活への移行希望は契約更新時に必ず確認し、相談支援事業所とも情報共有を図って希望の把握に努めている。しかし、相談窓口の活用や学習・体験の機会を提供する等、改善の余地がある。		
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> 家族懇談会なども含め、日ごろから家族との連携・交流を図っている。意思疎通が困難な利用者についても、普段の様子をノートに記載することにより情報提供を行っている。緊急時の家族連絡網も整備している。		
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			