

## 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：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（41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：		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
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：14名	非常勤職員：8名
専門職員	（施設長） 1名	（看護師） 4名
	（サービス管理責任者） 1名	（介護職員） 13名
	（運転手） 3名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等） デイルーム・事務室・
		機能訓練室・相談室・厨房
		トイレ4ヶ所・天井走行リフト
		浴室（寝台型・チェア一型機械
		浴槽）各1台

### 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つて、常時介護を必要とする皆様に、充実した日中活動と交流の場を提供し、また、家族の介護負担軽減による利用者の生活環境の改善を目指す。

#### 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が徹底されている。
- ・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。
- ・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が充実している。
- ・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実現している。
- ・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。
- ・利用者の安全に配慮したマンツーマンに近い送迎体制をとっている。
- ・同法人の入所施設「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・ピカリコ入所者の日中の利用）が可能となっている。

#### 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 1月10日（評価決定日）  【令和元年 9月18日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	1 回 （平成27年度）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆「カルテ」による情報共有

「カルテ」と呼ばれる手書きの記録物に利用者に関する支援内容やその結果、利用者の要望など共有すべき事柄を集める仕組みがある。職員間で情報の共有化が図られ、会議等においても利用者に関する情報として活用されている。

##### ◆職員の意見の吸い上げと働きやすい職場づくり

施設長だけでなく、理事長にまで提案ができる職員からの「何でも提案書」により、物品の購入、労働条件の改善など、職場環境の改善が図られ、職員の定着率が高い。

##### ◆利用者に配慮した法人の独自制度

利用料の免除といった法人の独自の制度を設け、利用が必要な利用者の受け入れを行っている。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆中・長期計画の策定

事業計画の中に中・長期を展望した記述がされている部分もあるが、法人の理念・基本方針に基づいた経営環境と経営状況の把握・分析等を踏まえた中・長期計画の作成が望ましい。

##### ◆ホームページによる情報公開

来年度には法人のホームページの開設予定とのことだが、運営の透明性をより確保するため、早期のホームページの開設と情報公開が求められる。

##### ◆事業所としての自立

苦情受付窓口の掲示や各種規程・マニュアルの設置が本体施設のみという点など、本体施設からの自立が求められる。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回（平成27年）と比べ、「a」評価の項目が増加しました。この4年間の職員の協力と努力による成長を感じました。ありがたいことです。  
各項目に関しても、自己評価と第三者評価との大きな相違は見られず、自分達の取り組んでいる活動は基本的には間違っていなかったかな？と思えることができました。  
但し、項目によってはまだまだ努力・改善が必要とされる部分もあります。  
総評に挙げられた、①中・長期計画の策定 ②ホームページによる情報公開 ③事業所としての自立を改善していくために、具体的項目を確認しながら対応していきたいと思えます。

#### 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> 法人パンフレットに理念・基本方針が明記されている。職員に対しては、職員会議や「新人教育マニュアル」に理念・基本方針の説明が記載され、新規職員オリエンテーションの中で周知が図られている。利用者に対しては家族交流会で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	a・②・c
<コメント> いち早く国・県の動向が法人内で情報共有されている。また、市の自立支援協議会で地域の福祉ニーズを収集し、福祉マップも作成されている。事業所内では「利用料計算表」を作成し、経営状況の把握がなされているが、経営環境の把握、経営状況の分析では改善の余地がある。			
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	③・b・c
<コメント> 事業計画の中で、現状と課題が明記されている。また、その内容について職員会議において、職員への周知が図られている。年度の終わりには課題に対する取り組みの結果が文書にされ、職員会議で配布し、職員への周知が図られている。			

##### 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・④・c
<コメント> 事業計画の中に中・長期を展望した記述がされている部分もあるが、中・長期計画が策定されているとは言い難い。理念や基本方針の実現に向けた具体的な取り組みが中・長期計画であり、事業の計画とともにその裏付けとなる収支計画も策定する必要がある。			
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・⑤・c
<コメント> 単年度における事業内容が、移譲を支援するためのリフト設置等、具体的で実行可能なものになっている。しかし、法人の理念、基本方針の実現に向けた中・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求められる。			
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	⑥・b・c
<コメント> 職員会議で、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、職員がいつでも提出でき、施設長だけでなく、理事長にまで提案ができる「何でも提案書」も参考にしている。			

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> 6月と12月に行われる家族交流会において、口頭で事業計画を説明しており、議事録にも記載されている。事業計画は会報にその一部が記載されているが、より詳細なものを分かりやすく伝えられるよう改善の余地がある。		

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> 年度ごとに、「介護マニュアル」の見直し・更新が行われており、職員も外部研修に年1回は参加し、事業所にフィードバックしている。しかし、定められた基準による自己評価が実施されていない。毎年、継続的に評価・分析し、サービスの向上につなげていくことが望ましい。		
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> 職員会議録において、利用者対応の改善策が記載され、計画的な取り組みが図られている。第三者評価の結果を受けての改善計画については、職員会議や主任との年2回の面談で職員の改善策を聴く機会はあるが、組織としての改善計画の作成には至っておらず、改善の余地がある。		

## 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	a	・ (b) ・ c
<コメント> 「運営規程」に管理者の役割が明記されている。また、毎月の職員会議で、管理者としての役割と責任を含めた考えの表明がされている。非常災害対策計画には役割分担として、管理者不在時の職務代行者を定めている。しかし、役割と責任の表明については特段の取り組みがなく、会報の活用など改善の余地がある。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> 管理者は外部の法令順守の観点での経営に関する研修会に参加しており、公平、守秘、中立を常に意識しながら関係機関との関りを行っている。職員の勉強会は奇数月に行われているが、法令順守の研修の開催などで職員理解が図られ、コンプライアンスの意識が高まることを期待したい。			
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	a	・ (b) ・ c
<コメント> 「何でも提案書」で職員の改善提案などを把握し、職員の意見を管理者が聴くしくみができている。職員が働きやすい環境になるよう、必要な物品も購入するようにしている。しかし、男性職員の配置など、同性介助の観点や職員の負担軽減等に改善の余地を残している。			
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	a	・ (b) ・ c
<コメント> 管理者は、職員の業務改善に対する意見に耳を傾け、必要な物品の購入など、職員の働きやすい環境整備に努力をしている。しかし、人事、労務、財務等に関する検討、分析については、改善の余地がある。			

### 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	・ (b) ・ c
<コメント> 法人として、有資格者の育成や将来を見据えた外国人材の活用等、計画的な取り組みがある。事業所としては、勉強会や外部研修への参加といった人材の育成が図られている。しかし、同性介助、職員の負担軽減の面からの男性職員の確保という点では計画性が求められる。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	・ (b) ・ 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、施設長との個人面談と「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実施されている。職員の意向や希望を確認するコミュニケーションは図られているが、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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回、個人面談を行い、業務改善の提案や就業状況の意向の把握ばかりでなく、職員が相談しやすい工夫を行っている。相談を受け付けた後に解決を図る体制については、組織的な取り組みを図るなど、改善の余地がある。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>3月の理事長、施設長との面談の中で、次年度の目標を聴取し、9月に目標達成と取り組み状況を確認するため、中間の聴取を行っている。職員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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、職員の研修の方針や計画が作成されている。「外部研修予定表」が作成されているが、参加後の研修成果の評価・分析は新規採用職員に限られているため、全職員に拡げ、その結果を踏まえ次の教育・研修計画の策定に反映させることが望ましい。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員のキャリアに合わせた外部研修への参加が年1回以上ある。職員が希望する外部研修も年1回参加することができる。計画以外の研修案内があった場合は、全職員に参加希望を募っている。これらが常勤職員に限定されているため、非常勤職員にも参加の機会を拡げるなど、改善の余地がある。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「実習生受け入れマニュアル」は法人の本体施設にあるが、事業所としては身近な場所には設置されていない。また、実習生の目的や職種に考慮したプログラムも用意されていない。職員の周知という点でも改善の余地がある。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</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と言える。法人のホームページは来年4月公開に向けて作成中とのことだが、そこで、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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「経理規程」に事務、経理、取引等に関するルールが定められている。また、内部監査のしくみは定められていないが、監事である会計士から定期的に助言を受けている。外部の専門家による外部監査を受審する等、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営の取り組みについては改善の余地がある。</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	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者と地域との交流を広げるために、地域に向けた盆踊りを他法人との合同で開催したり、地域の秋の祭礼時は子ども神輿が来るなど、地域との交流を積極的に行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受け入れのマニュアルが整備されており、受け入れの手順書も作成されている。中学生や高校生の福祉体験受け入れも行われている。しかし、ボランティアに向けての研修開催等、受け入れに関して改善の余地がある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会資源の把握は、法人内の相談支援事業所とも連携しながら取り組んでいる。また、地域の自立支援協議会への参加で情報の共有も図られている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内の相談支援事業所や地域の特別支援学校、時には利用者家族と連携し、地域の福祉ニーズや生活課題等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	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内の障害者支援施設が福祉避難所として登録されている。法人の独自制度として、生活保護世帯の利用者には食費、入浴料、レクリエーション費を免除している。生活介護事業所として、地域での存在価値を高める取り組みとしては改善の余地がある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重する一つ的手段として月間目標を掲げ、注意喚起を促す仕組みがある。課題としては、人権については折に触れて話し合う機会はあるものの、一部の職員に留まっていること、研修等が必ずしも十分でないこと、提供されるサービスにおいて人権が守られているかどうかのチェック体制の弱さなどが挙げられる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>規程はあるが、事業所独自のマニュアルについてはその整備が十分とは言えない。毎月発行している会報では、多くの写真を掲載するため家族・利用者からの同意を得る仕組みがある。また、入浴場面ではカーテンを使用することでプライバシーへの配慮をするなど、組織として「プライバシーを意識した配慮」は確認できた。しかし、手順等については明確にされていないため改善の余地がある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>従来は法人内3事業所を紹介するパンフレットのみで対応していたが、現在は当該事業所独自のリーフレット（A4サイズ1枚の裏表印刷）にて情報提供を行っている。理念や活動内容、サービスメニュー等が記載されており、必要な情報が盛り込まれている。見学も日中活動が一番見やすい時間帯に設定するなどの工夫がある。課題はホームページがないため、情報の発信力としては弱い。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>意思疎通が難しい利用者が多く、家族への説明が中心ではあるが、極力利用者にも理解してもらうよう努めている。特に多くの書類がある中、持ち物リストを分かりやすい表記にしたり、「実績記録表」や請求書等のサンプルを用いて具体的な説明を行うなどの工夫も見られる。ただ、利用者用の噛み砕いた文書やルビが振ってある書類等があれば、より理解が進もう。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>主な移行先が高齢者施設である中、担当窓口はサービス管理責任者に決められている。移行に伴う手順が明確になっていないため、対応する職員により差異が生じる可能性がある。また、退所に当たっての必要とされる引き継ぎ文書等は、特に定められていない。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事については「嗜好調査」が実施され、満足度を測る仕組みがある。家族向けの交流会が年に2回実施され、担当支援員とサービス管理責任者が同席し、家族から意見や要望を聞き取っている。ただ、自治会活動等の取り組みはなく、一般的に「満足度調査」と呼ばれるサービス全般の満足度を測るための取り組みも見られないため、組織として利用者の満足度を測る仕組みづくりを期待したい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>規程は整備されており、苦情受付様式も決められている。体制については利用開始時に説明をしているが、来客者や利用者等がいつでも見られるような掲示物は用意されていない。開所してから1件の苦情もないため、公表するまでには至っていない。規程や様式が存在が組織内で浸透していないことから、その周知に課題が残る。苦情解決の仕組みが十分に機能するよう積極的な改善に期待したい。</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>相談室は確保されており、相談があればいつでも応じられるよう配慮している。特に事務所にいる職員に声をかけることが多いことから、事務所にいつでも来られるようオープンな雰囲気になっている。普段から「相談ごとがあればいつでも良い」とは伝えているようだが、書面での周知については行われていない。</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>相談ごとには速やかに応じるよう心がけているとのことだが、明確な報告手順や意見を積極的に把握する工夫は特段見られない。記録については全てではないものの、検討すべき内容やその場で判断できないような内容については「カルテ」と呼ばれる記録物に記載した後、会議に議題として挙げるなどの仕組みは整っている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ヒヤリハット報告書」、「アクシデント報告書」と呼ばれる記録様式が定められ、適宜記録されている。回覧する資料や記録物には、職員の押印欄を設けて周知する仕組みがあり、毎月1回開催される「ヒヤリハット委員会」でも話し合われている。委員会は同法人内の他事業所（入所施設）との合同開催で、情報が共有されている。毎月月間目標を掲げ、ヒヤリハットに関する注意喚起を行う仕組みもある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症に関するマニュアルが整っている。利用者に対する「受け入れ基準」や、職員に対する「出勤停止基準」を明確に定め、感染拡大予防に関するルール化がなされている。来客にはうがいと手洗いの協力をお願いするなど、その意識は高い。昨年度はインフルエンザ感染が拡大することもなく過ごしていることから、その効果が得られているものと推測できる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>備蓄品は、近隣にある同法人の入所施設に当該事業所分も備えてある。年に3回の避難訓練を実施し、そのうち1回は消防署の参加も得ている。入所施設と合同で訓練を実施することもあり、特に今年度は行政と連携して訓練を行うなど、積極的な取り組みが見られる。近くに大きな川があり、洪水の危険性が少なからずある中、その立地条件を踏まえた詳細な非常災害対策の計画等は確認できなかった。</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>業務全般に関するマニュアルが整っており、誰がいつ作成したのか確認することもできる。実際の業務がマニュアル通りに行われているかの確認については、年に1回行われる見直し時に確認することとされているが、その頻度を考えるとやや弱い。日頃よりマニュアルに目を通す機会を作り、業務との差異がないか確認する必要もある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に1回（毎年6月頃）、業務全般に関するマニュアルを見直す仕組みがある。正規職員全員が関与し、それぞれ役割分担制により行われている。変更箇所を赤入れし修正を行っており、直近では今年度の6月に行われている。リフト浴や食事関係、送迎等比較の変更有る業務については個別対応も含まれているため、その都度見直しを行っている。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業所内で統一した様式を用いてアセスメント表を作成している。個別支援計画の作成責任者をサービス管理責任者に定め、担当支援員や看護師等から情報を得ながら作成を進めている。個別支援計画通りにサービス提供されているかどうかを確認する仕組みは、毎月行われる職員会にて実施されており、個別支援計画に関する情報を集約し検討および情報共有する仕組みが整っている。		
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 年度単位の個別支援計画となっており、9月がモニタリング（評価・見直し）の時期で、年度末に終了時の評価を行っている。決められたサイクルによる評価・見直しができている反面、計画の見直しが急遽必要となった際の評価や変更等が速やかに行われていないことに課題が残る。		
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	③ ・ b ・ c
<コメント> 「カルテ」と呼ばれる手書きの記録物に、利用者に関する支援内容やその結果、情報共有すべき事柄などのあらゆる情報を集める仕組みがある。複数の職員が記載することから、様々な内容が記録されている。出勤時や空いた時間を活用してカルテを見ることとしており、職員間で情報の共有化が図られている。個人レベルで確認するだけでなく、会議等においても利用者に関する情報を共有する仕組みがある。		
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	④ ・ b ・ c
<コメント> 「個人情報保護規程」が整備されており、取り扱いルールが定められている。研修については他事業所を含めた法人全体の会議中において、理事長や施設長が講師となって周知する仕組みが年に数回用意されている。書類の保管場所は鍵のかかる事務所にて保管していたり、パソコンにはパスワードを設定してログインする仕組みがあるなど、できる限りの管理体制が整っている。		

## 【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	a ・ ⑤ ・ c
<コメント> 意思表示が可能な利用者が少ない中、表情や雰囲気では何とか意思をくみ取る姿勢が見られる。適宜家族からの情報も得ながら理解するよう努めている。「気まぐれカフェ」と呼ばれる喫茶タイムを利用者の希望により導入した実績があるなど、主体的な活動を支える取り組みは見られるが、組織として日頃より情報収集したり利用者同士が話し合う場所がなく、改善の余地がある。		

### 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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 権利侵害について、職員会議等で話し合われている。身体拘束をやむなく行わなければならない利用者には、個別支援計画と同じ様式で身体拘束に関する支援内容が記載されている。ただ、個別支援計画の別紙であるため、身体拘束に関する用紙自体にサイン欄がない。あくまで個別支援計画のサインで対応しており、差し替えが容易に行えてしまうことから、様式改訂を含めた検討が望まれる。		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>見守りの支援を基本とし、必要なときに支援を行っている。その情報共有のために、カルテや職員会議等を活用して周知を図っている。生活の自己管理が可能な利用者が少ないものの、自力で服が着られるようになったり、職員の助言により本人が働く気持ちになり、実際に就労継続支援B型事業所で働くための動機付けとなるなど、現時点で行えることを個別に対応している。</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	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>会話によるコミュニケーションが可能な利用者がほとんどいない中、パソコンを通じたコミュニケーションや筆談等にて対応し、極力利用者の思いや意向を把握しようとしている。その情報（利用者固有のコミュニケーション方法）は、カルテに集約して情報共有を行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者による「相談がある」、「話を聞いてほしい」など、話ができる利用者の要望に対しては、その都度個別に対応している。利用者が様々な選択をする場合に、必要となる情報については、利用者が少しでも正確に理解し判断できるような提供方法を考え、説明にも工夫をしている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>読み聞かせやカラオケ、ボードゲーム、ポッチャ、ボーリング、オイルマッサージなど、日中活動メニューの多様化を意識して様々な活動を実施している。その対応に、利用者アンケートでも多くの利用者が満足している。しかし、地域との関わりが少ないためか、それぞれの活動に広がりが見られない。その情報提供を含めた利用支援をさらに広げることが望ましい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>2ヶ月に1回のペースで事業所主催の研修会を実施している。情報共有の手段として「カルテ」と呼ばれる記録物があり、利用者の様子や支援内容、伝達事項など個々の利用者に関する情報を集めている。その情報を職員会等で話し合うことで、支援方法の検討や見直しに活用している。</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	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事については、年に1度嗜好調査を行ってメニューに反映させる仕組みがある。月に数回、選択メニューの日があり、食事が選べる工夫も見られる。食事の提供方法も刻み食やミキサー食など、個別に対応して安心・安全な食事提供を心がけている。入浴については、従来清拭ができていなかったことを踏まえ、日中活動において簡単な清拭を行う活動を導入するなど、できるところから改善を図っている。</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	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食堂やトイレ、機能訓練室など、館内における環境はいずれも清潔で明るい環境となっている。日中活動場所兼食堂については、広々としたスペースが確保されている。安眠するスペースや一時的に一人になりたいたい空間も、少ないながらも確保されている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事や入浴、排泄、日中活動等を通じて、生活訓練的な意味合いで支援する取り組みが個別で実施されている。ただ、対象者が限定されていること、組織として明確な機能訓練や生活訓練プログラム等が用意されていないことなど、改善の余地を残す。今後、様々な利用者が利用する中では、一定のプログラム等の用意が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の健康把握については、家族からの連絡帳を通じた情報収集をはじめ、検温、血圧、脈拍、排便確認等、必要な記録にて対応している。健康診断の結果については、毎年1回家族から得ることで、より細かな状態を把握する仕組みもある。平日は看護師が常駐しており、体調不良等による対応が迅速に行える環境が整っている。体調不良時のマニュアルも用意されている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「投薬マニュアル」はもとより、誤薬時におけるマニュアルも用意されている。また、喀痰吸引の研修を受けた支援員も複数名配置するなど、医療的な支援体制が整っている。ただ、医師や看護師からの助言等が隔々まで行き渡っていないこともあるため、情報共有の仕組みについては課題が残る。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障害の重さから、なかなか学習支援を行うことが難しい中でも、「ひらがな」を書く練習を行ったり、「カードを使った学習」などを一部の利用者に提供している。社会参加については、同法人の入所施設の力を借りて共同で実施することはあるが、当該事業所単独で社会参加する取り組みやその機会、それに伴う情報提供についてはやや弱い面が見られる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ご家族等から情報提供の依頼や相談があれば応じることがあるものの、実際はほとんどないのが現状。そのような状況ではあるが施設単独で行うだけでなく、相談支援事業所と協力してご家族の希望等を把握するよう努めている。あえて挙げれば、積極的な意向の把握や情報提供、地域生活が身近に感じられるための工夫等についてこれから充実していくべき課題である。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>送迎時に家族と会う機会があり、適宜相談・連携等を行っている。家族会はないものの、年に2回（6月と12月）家族に参加を呼びかけて「家族交流会」を実施しており、交流支援も行っている。その際、利用者に関する情報提供や事業所の取り組みを伝えている。担当職員レベルにおいては、年度末に家族と面談する機会もあるなど、全体的に連携体制が整っている。</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			