

## 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：パスピ・98	種別：生活介護・施設入所支援
代表者氏名：間瀬万梨	定員（利用人数）：71名（70名）
所在地： 愛知県知多郡阿久比町卯坂秋葉山37-5	
TEL： 0569-48-9098	
ホームページ： <a href="https://r.goope.jp/pasupi">https://r.goope.jp/pasupi</a>	

#### 【施設・事業所の概要】

開設年月日： 平成10年 4月 1日

経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 相和福祉会

職員数	常勤職員： 34名	非常勤職員： 39名
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者) 2名
	(看護師) 3名	(生活支援員) 51名
	(栄養士) 2名	(調理員) 10名
	(事務員) 4名	(社会福祉士) 4名 含兼務
	(介護福祉士) 15名 含兼務	(保育士) 6名 含兼務
施設・設備の概要	(居室数) 80室	(設備等) 食堂、談話室、喫茶室
		浴室、相談室、事務室、医務室
		静養室、和室、作業室、会議室
		活動棟、洗濯室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

すべての人にとって 今日一日が充実し 満足できるものであり 明日への希望が 豊かなものであるよう努めます

#### ★基本方針

- ・権利擁護に取り組む
- ・良質な環境を用意し、良質なサービスを実現する
- ・企画力を高め、サービスの差別化を図る
- ・顧客満足を高める
- ・全ての事業活動は迅速に行い、常にP D C Aを意識する
- ・福祉サービスの基本は人材であり、その専門性を高度に位置づける
- ・コンプライアンス・ガバナンスを有効にする

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・創作活動（絵画、書道、陶芸）  
それぞれの分野で活躍している講師に教わり、作品作りを行っている。様々な作品展に出展して、賞を獲得している。また、作品を地域のギャラリーにて展示している。
- ・日中活動  
創作活動の他、音楽、ダンス、フライングディスク、クッキング、リハビリ、散歩など、利用者が好きな活動に参加できる取り組みを行っている。
- ・環境整備  
創作作品を事業所内に展示するためのスペースを各所に設けて展示している。事業所内に鉢植えを置き、緑あふれる環境づくりを推進している。
- ・行事等  
年間行事として、キャンプや旅行、秋祭り、クリスマス会がある。毎月、買い物、喫茶店、水族館、公園などの班外出がある。個人外出にて個別に利用者のニーズに応じた外出支援を行っている。
- ・働きやすい職場環境作り  
職員研修（内部、外部）においては、利用者への接し方、権利擁護、車いすの使い方、洗体・洗髪、熱中症、感染症、キャリアパス、サビ管研修など、多種多様な研修に参加している。業務削減においては、現場職員の書類業務削減を行い、超過勤務や夜勤による負担を減らしている。人材確保においては、新規採用職員のみならず中途採用にも力を入れており、職員配置の充足を保持している。有給取得率100%、リフレッシュ休暇の取得により、オフの日にはしっかりと休養できている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年10月 1日（契約日）～ 令和 2年 2月 18日（評価決定日） 【令和元年12月 3日（訪問調査日）】	
受審回数 (前回の受審時期)	6 回	（平成28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

3年目となる管理者は、事業計画の取り組みや個別支援計画の作成、内部研修の実施においても強いリーダーシップを発揮している。利用者にとって、ここでの生活が希望が持てるものとなるよう推進をしている。また、職員全体も管理者を中心にまとまっている。

##### ◆数値化された事業計画

事業計画のすべての項目において数値目標が設定され、実施状況の評価を確実に、かつ客観的に行えるとともに、定量的な分析が可能となっている。

##### ◆充実した内部研修

階層別研修、国家試験対策研修、非正規職員研修、嘱託医を招聘しての研修などが計画に組まれ、定期的に計画の見直しが図られている。

##### ◆手厚い福利厚生

有給休暇の取得、リフレッシュ休暇、資格取得補助、職員交流会といった福利厚生を充実させ職員の定着を図っている。

◇改善を求められる点

◆保護者や利用者に分かりやすい事業計画を

保護者や利用者に事業計画の内容を十分理解してもらうために、より分かりやすく目に見える形の事業計画を工夫していただきたい。

◆地域と連携した防災訓練の実施

大規模災害が警戒される中、地元の行政等との連携による訓練ができていない現状にある。特に夜間の災害発生時には、地域の協力は不可欠である。地域の関係団体と連携しての防災訓練が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

高い評価をいただいた、職員一人ひとりの教育・研修の機会の確保について、来年度は更に内部研修を充実させて、福祉サービスの質の向上を目指します。

指摘のあった点については、改善できるように取り組んで参りたいと思います。特に、利用者の生活環境の改善と日中活動の充実においては2020年度の重点課題の一つとして取り組んでいきたいと考えています。地域の関係団体と連携した防災訓練の実現に向けても、継続して取り組んで参ります。

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	(a) · b · c
<b>＜コメント＞</b> 理念、基本方針は、ホームページとパンフレットに記載されている。また、事業所内にも掲示されている。職員も名刺サイズのカードに印刷されたものを携帯し、朝礼時に職員のみならず、利用者も唱和をしている。家族には「保護者会」で説明され、十分な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) · b · c
<b>＜コメント＞</b> 法人経営に関する研修会に参加し、社会福祉法人をとりまく環境や課題について把握し、分析をしている。また、法人幹部会で情報共有を図り、必要に応じて対応をしている。		
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	(a) · b · c
<b>＜コメント＞</b> 経営上の課題である利用者の高齢化と人材確保の困難性の解決として、利用者の定員削減を実施した。定員削減で完結ということではなく、利用者に対しての手厚いサービスの提供や、法人として人材確保のためのチームを組織して、新規職員の採用に向けての取り組みを留まることなく行っている。		

###### 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) · b · c
<b>＜コメント＞</b> 中・長期計画は法人のビジョンに基づいて、理念や基本方針の実現に向けた具体的な内容で策定されている。収支計画においても、具体的で妥当性の高い数値が示されている。		
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	(a) · b · c
<b>＜コメント＞</b> 単年度の事業計画は、中・長期計画の内容をふまえて策定されている。計画の内容は実行可能で具体的な内容となっており、すべて数値目標を設定している。期中での進捗の把握ができ、終了評価での達成状況も容易に確認できるものとなっている。		
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) · b · c
<b>＜コメント＞</b> 事業計画は、職員会議などで出された職員の意見に基づき、事業所の基幹職員が策定している。具体的な取り組みについては、中堅以下の全職員が改善に向けての提案である「設計開発」等で関わる仕組みとなっている。		

	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 · b · c
<コメント>			
保護者説明会にて事業計画の説明を保護者に行い、利用者に対しては班ごとの自治会で事業計画の内容を説明し、併せて利用者からの要望の聴取も行っている。しかし、保護者や利用者に十分理解してもらうためには、より分かりやすい資料を用意し、事業計画の全容を伝える工夫が必要となっている。			

#### 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 · b · c
<コメント>			
第三者評価の受審は3年ごとに行い、受審をしない年は自己評価を行っている。「b」評価以下の項目については、優先度の高い順に単年度の事業計画やサービス計画に反映させ、「a」評価を目指して改善を図っている。			
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 · b · c
<コメント>			
評価結果から導き出された改善すべき課題は分析され、職員間で設備の改善や人員配置、予算面の課題などが共有化され、職員会議である全体会やグループウェア（チームズ）などを通じ、具体的な取り組みが示される。常にP D C Aサイクルの意識があり、計画的に（責任者、期限、方法を明確にして）改善の取り組みが図られている。			

## 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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
＜コメント＞ 管理者の役割と責任を含む職務分掌等については「組織・職務規程」に明記されている。また、職員会議（全体会）等で管理者の役割と責任について表明している。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
＜コメント＞ 管理者は法人のコンプライアンス責任者として、関係する研修に参加するだけでなく、法人の内部研修でも職員に対して権利擁護に関する研修を実施している。研修受講後のアンケートにより、研修終了後の効果測定を行い、基準に達していない職員には再教育を実施し、権利擁護の意識向上に取り組んでいる。		
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發揮している。	障12	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
＜コメント＞ サービス管理責任者の業務内容を見直したことにより、個別支援計画作成にじっくりと取り組むことができ、利用者・家族が希望持てる計画となった。事故の再発防止のために職員教育を重点的に実施し、職員意識の高揚とともに事故の減少につながっている。有給休暇の取得を向上させる等、働きやすい職場づくりにも取り組んでいる。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
＜コメント＞ 働きやすい職場づくりでは、事業計画に新規採用職員人数、人材育成（職員教育）時間、設計開発件数（改善提案件数）といった具体的な数値目標が掲げられている。管理者は毎月の進捗度合いや成果を確認し、計画が潤沢に進むよう指導力を発揮している。		

### 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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
＜コメント＞ 有給休暇の取得や資格取得補助、職員交流会といった福利厚生を充実させ、職員の定着を図っている。また、障害部門の職員確保ができるよう、特殊業務手当を手厚くする等、給与体系の見直しを行った。		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
＜コメント＞ 法人として人事考課制度があり、「期待する職員像」が明記されている。キャリアパスによって職員が自らの将来像を描くことが可能になっている。人事基準に関しても、3月に全職員に対する説明会を開催し、職員への周知を図っている。		

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組んでいる。	障16	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
--	-----	-------

〈コメント〉

働きやすい職場環境の整備が、事業計画にも盛り込まれた。職員3人の夜勤体制を4人体制に変更し、仮眠が取りやすくなり、ひとり当たりの夜勤の回数も週1回となった。有給休暇の次年度繰り越し分の消化が確実にできるようになるなど、改善が図られている。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
------------------------------------	-----	-------

〈コメント〉

職員一人ひとりが個人目標を定め、年2回の面談を管理者と取りまとめ、目標の達成に向けて取り組んでいる。この目標管理の取り組みは、キャリアパスを念頭に置いて実施されており、職員は将来の自らの姿を思い描いて取り組んでいる。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
--	-----	-------

〈コメント〉

法人として、特に内部研修を充実させている。組織が必要とする職員の知識・技術や専門資格について、具体的な目標が設定されている。それに沿って法人の内部研修計画が作成され、階層別研修、国家試験対策研修、非正規職員研修、嘱託医を招聘しての研修などが計画に組まれている。また、定期的に計画の見直しが図られている。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
--------------------------------------	-----	-------

〈コメント〉

研修終了後に効果測定が実施され、職員個々の到達度が確認できるようになっている。また、外部研修後の「復命書」も研修で理解した内容を記載する項目を設け、得られた知識が分かるよう工夫されている。新人職員研修はOJTの統一性が図られるよう「支援手順書」の改訂を適宜行い、「業務達成チェック表」で到達度を確認している。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
--	-----	-------

〈コメント〉

実習生受け入れのためのマニュアルが作成されており、マニュアルには、実習生受け入れの「意義・目的」が明記されている。そのマニュアルに沿った受け入れを行い、社会福祉士、保育士の実習生を中心に年間10数名の実績がある。実習終了時の評価、反省の記録もあり、実習生受け入れの成果について振り返りの機会となっている。

### 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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
---------------------------------------	-----	-------

〈コメント〉

ホームページに、法人・事業所の理念、基本方針、サービス概要、事業計画、事業報告、予算、決算の情報が掲載されている。また、第三者評価の評価結果や苦情についても掲載され、透明性が図られている。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
---	-----	-------

〈コメント〉

法人の監事監査が実施され、ISO9001の内部品質監査制度が機能している。また、外部の公認会計士と契約し、毎月の財務・会計の状態について指導や助言を得る仕組みがある。

## 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 ② a · b · c
＜コメント＞ 地域との関わり方についての基本的な考え方は「サービス計画」に記載し、文書化されている。同一敷地内の通所事業所と共に秋祭りでは、多くの地域住民の来場があり、地域と関わる機会となった。また、地域のイベントへの参加や散歩、買い物、喫茶店、公園に出かけている。さらに、アート展には積極的に出品し、芸術面からの地域交流の機会となっている。		
	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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 ② a · b · c
＜コメント＞ 「ボランティア受け入れの手引き」に、ボランティア受け入れの基本姿勢が明記されている。また、「手引き」に沿った受け入れが行われ、クリスマス会や秋祭り等の事業所イベント、誕生会にも地域住民や大学生のサークルのボランティアを受け入れている。中・高生の体験学習の受け入れも行っている。		
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 ② a · b · c
＜コメント＞ 社会資源の明示については、「協力機関電話帳」や「近隣おでかけマップ」を作成し、必要に応じて職員が活用できるようになっている。地域の関係機関・団体の共通課題については、地域住民が障害福祉サービスをより分かりやすく理解するために、他の事業所とともに「阿久比町障がい者支援マップ」の作成に関わり、そのマップは町のホームページに掲載されている。		
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 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 ② a · b · c
＜コメント＞ 「秋祭り」において来場者アンケートを実施し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、利用者のアート作品を出品した地域の芸術祭である「岡田フェス」の参加者からも要望を聞くなど、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。		
	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 ② a · b · c
＜コメント＞ 緊急時に地域の障害者を受け入れる「地域共生支援事業」の協定を阿久比町と交わしている。また、地域の自立支援協議会において、地域の困難ケースについて地域の課題として取り組むよう提案し、働きかけを行っている。		

### 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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<b>&lt;コメント&gt;</b> 理念や基本方針が記載されたカードを全職員が名札に入れ、いつでも確認ができるように携帯している。また、権利擁護に関しての取り組みや実施方法を朝礼や昼礼で読み合わせ、職員の共通理解が図られている。このことに関し、講師を招いて研修を実施する等、力を入れて取り組んでいる。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<b>&lt;コメント&gt;</b> 規程やマニュアルが整備されているだけでなく、職員へ周知徹底するための工夫として、これらを朝礼や昼礼で読み合わせをする取り組みが実施されている。また、同性介助を徹底し、職員が何か困った時には、全館放送で応援を呼んで複数職員で対応することにより、プライバシー保護や権利擁護が守られるように配慮している。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<b>&lt;コメント&gt;</b> 新しく作成されたパンフレットは、事業所が力点を置いている創作活動や食事の写真を中心に、見た目にも楽しい雰囲気が伝わるよう、かつ分かりやすい工夫をしている。頻繁に更新されるブログにより、事業所全体の活動内容を外部へ発信する仕組みが構築されている。町役場や公民館、社協にもパンフレットを設置し、多くの人が入手できるよう配慮している。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<b>&lt;コメント&gt;</b> 新しく作成した写真を多く使ったパンフレットを効果的に利用し、利用者に合った方法で口頭説明をしている。理解の度合いは普段の関わりを基に判断しているが、重度の利用者には保護者へ伝えて対応している。意思決定が困難な利用者については、「支援手順書」にてルール化しており、変更点は赤字で記載され、分かりやすくする工夫がある。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<b>&lt;コメント&gt;</b> 事業所移行にあたり、アセスメント、支援計画書、健康診断書のコピーを用意し、個別の「支援手順書」を引き継ぎ文書として移行先と連携を図っている。また、事業所移行後は、本人の様子を聞くために移行先を訪問している。利用者家族からの相談窓口を、担当職員やサービス管理責任者を中心に設けている。		
III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
III-1-(3)-① 利用者満足の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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<b>&lt;コメント&gt;</b> 毎年行っている満足度調査や嗜好調査はもちろんのこと、利用者も参加している給食委員会が毎月開催されている。利用者の要望・意見を、迅速な改善へと繋ぐことができている。検食日誌には献立の写真が貼ってあり、利用者目線の分かりやすい配慮がされている。そして、保護者会にて調査結果が報告されているが、これらの一連の流れは工程表にて管理されている。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<b>&lt;コメント&gt;</b> 今年度に1件の苦情があった。その際には、定められた手順により、是正計画と苦情受付書にて速やかに対応し、内容はホームページにて公表がされている。また、日頃から利用者や保護者に寄り添う姿勢を大切にし、些細なことに対しても傾聴の姿勢を忘れないよう、全体会等で職員に周知・教育している。		

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

毎月1回開催される自治会にて、利用者の意見・要望を聞く機会を設けている。居室の扉には、担当職員の顔写真が掲示される等、相談相手を知らせる工夫をしている。普段の生活の中でも、いつでも誰でも気軽に相談に応じることもできている。しかしながら、相談方法をより分かりやすく明確に説明した文書作成と、掲示方法については改善の余地がある。

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 · b · c
---	-----	-----------

〈コメント〉

相談や意見を受けた際の記録の方法、報告、手順、対応策の検討等について定めたマニュアルが整備され、体制が確立している。普段の利用者とのコミュニケーションから要望を拾い上げ、即対応していることもあり、改まっての要望の受け付けにまでは至っていない。また、受け付けた要望等に対しては、全体会にて情報共有して対応する仕組みが構築されている。

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	a · b · c
---	-----	-----------

〈コメント〉

リスクマネジメントについてのマニュアルが整備されている。衛生委員会では環境の中での危険個所を洗い出す等、検討、改善する仕組みがある。また、月に2回の全体会にて「事故報告書」の再発防止策や実施状況の確認をしており、ヒヤリハットの対応策の検討や周知させる仕組みも構築されている。

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	a · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

感染予防・対応のマニュアルを整備し、看護師が中心となり、感染症予防や対応方法を内部研修の実施により全職員へ周知徹底している。また、研修計画に基づき、インフルエンザ、食中毒、嘔吐物の処理の仕方等、看護師が講師となり、定期的に研修が実施されている。

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

毎月、事業所独自の避難訓練を実施し、年に一度、消防署と合同訓練を実施している。事務所内の非常通報装置や中扉を増やす等、不審者対応が速やかに行えるよう環境配慮している。不審者対応訓練も年2回実施しているが、地域や行政等との連携による訓練ができていない現状であり、今後は関係団体への積極的なアプローチが望まれる。

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
---	-----	-----------

〈コメント〉

食事、入浴、排泄、着脱等に関する日常生活の支援や問題、社会的活動の支援、地域移行に関すること等、事業所が提供するサービスが「支援手順書」として詳細に文書化されている。「支援手順書」は、定期的に見直され、変更点は赤字で記載する工夫もある。朝礼や昼礼で読み合わせ、日頃の支援への意識づけをしている。上司による支援確認、OJTによる指導等の工夫もある。

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
---	-----	-----------

〈コメント〉

標準的な実施方法の「支援手順書」はあるが、それ以外にも何か問題があれば、その都度、事細かに見直しがされている。見直し箇所は赤字で記載し、変更点が視覚的に分かりやすくなっている。また、特に是正のあったものは、優先的に見直しが行われ、全体会での改善方法の読み合わせ等を行って、職員への周知徹底が図られている。

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支援計画を適切に策定している。	障42	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<コメント>			
アセスメントから個別支援計画書の策定に至る手順が確立しており、サービス管理責任者を中心に策定作業が進む。サービス管理責任者と担当職員に加え、必要に応じて看護師、作業療法士、理学療法士、栄養士、医師等の他職種の関係職員への聞き取りや会議参加により、利用者の意向と要望が反映された個別支援計画書が策定されている。			
	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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<コメント>			
個別支援計画書は半年毎に見直しがされているが、利用者の状態に変化があった場合には、その都度、ケース会議にて必要な部分についての見直しと改善が実施されている。改善点は支援手順書の更新や業務日誌への記入、朝礼・昼礼での引き継ぎと読み合わせ、全体会での個別の支援手順書の読み合わせ等、事業所内に周知徹底される仕組みがある。			
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<コメント>			
組織として、日々のケース記録やモニタリング等の福祉サービスの実施状況は、支援ソフト「愛ちゃんファミリア」を使用し、詳細に記録されている。新人研修やOJTにより、記録方法も統一されている。情報共有の仕組みとしては、コミュニケーションツールとしての「チームズ」や「周知ノート」により伝える仕組みが構築されている。			
	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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
<コメント>			
記録の管理体制は、法人内研修や入社時の個人情報の取り扱いについての説明、同意書の提出等の管理体制が確立している。「文書管理規程」により、保存期間や各記録ファイルごとに責任者も定められている。個別の書類は、施錠ができるロッカーや棚で管理され、電子データにおいては、ログイン時のパスワード設定やウィルス対策が適切に行われている。			

## 【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		
<コメント>		
	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
毎月開催される利用者自治会に、職員も参加することにより、利用者のニーズやストレンジスを整理している。そして、そこでの意見を基に、男女それぞれの班での外出活動に繋げたり、時には音楽や陶芸、創作等の文化的活動に参加する等、利用者意向を尊重した「個別支援計画」の立案、実施にも繋げている。		

### A-1-(2) 権利侵害の防止等

<コメント>		
毎月、衛生委員会を中心として、「思いやりアンテナ」で自他の支援を振り返り、認め、応援し合うことで権利擁護やサービス向上の維持増進に繋げている。朝礼や昼礼時には「利用者への接し方」について読み合わせを行い、虐待防止に努めている。職員の不適切な支援があった場合には、上司がヒアリングを行ったり、利用者のパニック対応は複数人で行う等、具体的な対応策も構築されている。		
	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-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) · b · c
<b>コメント</b>		
自律・自立生活のための支援を、職員が同じレベルでできるように、利用者全員の「支援手順書」が作成されている。障害の重度化や高齢化による心身の状況改善への対策として、リハビリにも力を入れている。リハビリの機会は1週間に3回あり、必要な利用者は理学療法士や作業療法士による訪問リハビリを受け、職員によるリハビリも行い、残存機能の維持と向上を目指している。		
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) · b · c
<b>コメント</b>		
障害特性により、意思疎通を図るために写真やイラスト等のコミュニケーションツールよりも、伝え方に配慮が必要な利用者が多い。そのため、「個別支援計画」や「支援手順書」に伝え方を詳細に記載し、全職員に周知することで統一した対応ができるように配慮している。新人職員へは、上司や先輩職員がOJTにより教育やアドバイスをする仕組みもできている。		
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	(a) · b · c
<b>コメント</b>		
利用者からの相談については、担当職員を中心に、どの職員も普段の生活の場において、傾聴の姿勢で相談対応をするよう徹底している。利用者の意見を尊重する支援も、「支援手順書」によって全職員が統一したレベルで行っている。また、相談内容は「事業日誌」や「周知ノート」にて情報共有されている。		
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) · b · c
<b>コメント</b>		
利用者ニーズに沿って、地域行事への参加と交流がある。地域資源の活用も含め、陶芸、創作、音楽、書道、スポーツ等、本人の意思に従って幅広い活動への選択・参加できる仕組みもある。ニーズを反映させた「個別支援計画」に基づいて「支援手順書」が用意され、内容は状況変化の都度、見直されている。誕生日会等、利用者本人や家族にも喜んでもらえる企画が実施されている。		
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) · b · c
<b>コメント</b>		
強度行動障害支援者養成研修を、ほぼ全ての職員が受講し、そこで得た知識を活用した「個別支援計画」と「支援手順書」が作成され、OJTを主とした統一された支援が実施されている。また、利用者の障害特性や状況に応じて、トイレの近くの居室へ移動したり、フロアの違う居室へ移動したりと合理的な配慮をしている。		
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) · b · c
<b>コメント</b>		
食事、入浴、排泄、着脱、移動・移乗支援は、個別対応のため、「支援手順書」やチェックリストの活用により、統一した支援が実施されている。また、食事は適切な温度で提供することができるよう、食事を提供するタイミングを工夫したり、汁物のお椀には蓋をする等、より美味しく食べられるように配慮している。		
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 · (b) · c
<b>コメント</b>		
居室は、毎日専属職員により清掃され、清潔が保持されている。トイレに関しては、清潔保持に努めるも、換気窓の数や位置的な問題もあり、残臭が課題となる。食堂は清潔で綺麗だが、舞台との段差があり、スロープが1箇所しか無く、より安心・安全に配慮した環境作りが求められる。浴室の脱衣場は、職員により壁と天井がペンキで塗り替えられ、明るい雰囲気や環境作りへの配慮が見られる。		

#### 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 · b · c
---	-----	-----------

##### コメント

リハビリ計画に基づきリハビリを実施しており、訓練の見直しはその都度行っている。理学療法士による毎週水曜日、木曜日と隔週火曜日、作業療法士による毎週金曜日にリハビリ訓練が受けられる等、積極的に関係職種と連携して機能訓練・生活訓練を実施している。その際の助言やタブレットで撮影した動画を基に、職員主導のリハビリ訓練にも力を入れている。

#### 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	a · b · c
--	-----	-----------

##### コメント

朝・昼と1日2回の検温と血圧、体重測定にて利用者の体調管理に努めている。体調に変化があった場合は、マニュアルやフローチャートにて職員は誰でも迅速な対応ができる仕組みができている。通院が必要な場合は、看護師を中心に同行する仕組みもできている。歯科衛生士によるブラッシング指導等、研修の機会も積極的に設けられている。

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 · b · c
---	-----	-----------

##### コメント

服薬管理のマニュアルがあり、支援手順は動画で学ぶ機会が設けられている。各支援員室と医務室には、処方されている頓服の一覧が掲示され、すぐに確認できる仕組みがある。投薬については、より適切・安全に支援ができ、手順通り正しく支援ができているかを、サービス管理責任者が確認する機会を設け、OJTによる指導を行って誤薬防止に努めている。

#### 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	a · b · c
--	-----	-----------

##### コメント

職員には、利用者の要望には可能な限り応じる姿勢が浸透している。月に一度の班外出の機会を利用し、水族館やボーリング、喫茶店等へ出掛けることにより、要望に応えている。創作や陶芸等の文化活動を通して、社会参加の機会を設けたり、創作意欲や学習意欲を高めるため、作品展の見学や動物園へ出掛ける等の外出機会を設けている。

#### 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 · b · c
--	-----	-----------

##### コメント

相談支援事業所や近隣の病院等と密に連携を取り、個々の地域生活への希望と意向に応え、この1年間に1名の利用者がグループホームへ移行した。現在、事業所が抱えている問題の一つでもある利用者の高齢化により、ADLが低下した利用者や障害支援区分が重い利用者にマッチングした移行先探しも、個々のニーズに応じた迅速な対応ができている。

#### 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	a · b · c
--------------------------------------	-----	-----------

##### コメント

年に一度の保護者会及び年に2回ある面談の機会を利用し、本人の生活状況を詳細に伝え、家族との情報・意見交換を行っている。帰省時には、連絡帳を活用して情報交換し、必要があれば電話で様子を聞き取っている。各家庭の状況に応じ、衣服等を職員が購入する等のフォローも行っている。体調不良や急変時の家庭への報告や連絡は、フローチャートにより明確になっている。

#### 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		