

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： https://sites.google.com/view/pikariko-j/ | |
| 【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： 24名 非常勤職員： 13名 |
| 専門職員 | （施設長） 1名 （医師） 1名 |
| | （看護師） 3名 サービス管理責任者・相談支援専門員 2名 |
| | （介護職員） 22名 リハビリ訓練士 3名 |
| | （栄養士） 1名 事務他 5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・天井走行リフト |
| | 自家発電設備 |

③理念・基本方針

| |
|--|
| <p>★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。</p> <p>★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出来る施設を目指します。</p> |
|--|

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）
- ・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
- ・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
- ・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）
- ・ぴかっと、ぴかっ家との連携による様々なニーズへの対応

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|---|
| 評価実施期間 | 令和 5年 6月26日（契約日）～ 令和 5年12月11日（評価決定日） 【令和 5年 9月19日（訪問調査日）】 |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 3回（令和 元年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者のマネジメント

管理者は、各職員から出された意見や提案等を採用し、実際に支援に活かす方策を取っている。その際、支援方法をPDCAサイクルに沿って実践し、検証、改善してブラッシュアップしている。このような方策は、職員の業務意欲向上へのインセンティブとなり、さらには支援の質の向上と事業所の活力にもつながっている。

◆働きやすい職場環境に実現

家庭事情等に配慮した勤務シフト、少ない時間外労働、有休・育休などの各種休暇の利用しやすさなど、職員の生活に支障のない労働環境を整えている。また、管理者と職員とのコミュニケーション機会を多くとることで、業務ストレスが軽減され、さらには職員の意見が数多く業務に反映されるといった利点があり、その結果として離職率も低く推移している。不規則勤務体制にあって、働きやすくワーク・ライフ・バランスの整った職場と言える。

◆地域との共生

共に支え合うコミュニティ社会の実現を法人理念に掲げ、地域資源としての事業所の役割を追求している。町内会との防災協定の締結や福祉避難所の提供、さらに広域では市の福祉団体や自立支援協議会を通して連携強化を図り、地域福祉の底上げに貢献している。事業所は地域資源、公共資源としての自覚と役割を十分認識して取り組んでいる。

◆虐待防止への取組み

虐待防止委員会が設置され、職員会議での情報共有や権利擁護について学習の機会を設けている。職員に対して不適切支援に関するセルフチェックも行われており、早期発見へ繋げている。身体拘束が必要なときには、個別支援計画へ記載し、本人、家族に説明して同意を得ており、実際に身体拘束を行った際には検証し、記録を残して保管している。

◇改善を求められる点

◆実効性のある中長期計画

中期経営目標、中期経営計画が策定されており、それぞれ重点事項が明記されている。ただ、策定年月日や適用期間が不明であり「向上」「改善」「徹底」「推進」といった抽象表現が多く、努力目標の域を出ない感もある。また、具体性を欠くため進捗評価や効果測定ができにくい点もある。可能な限り、数値目標の設定など実効性のある計画が求められる。

◆キャリアパスの策定

実施している人事考課は、評価項目が全職員共通でキャリアパスに相当するものではない。経験年数や役職に見合った職責、いわゆる職務職階を明確にすることで各職員が自らの立ち位置を理解でき、業務目標の目安ともなる。目標管理を導入する際の指標として、また昇進・昇格の基準として、キャリアパスの整備を急がれたい。

◆居住選択の自由の保障

同法人でグループホーム2ヶ所を運営しているが、入所施設本体からの移行者は僅かと聞く。地域移行が進まない事由として、家族の反対がある。居住選択の自由は、権利条約の基本原則であり、利用者本人の意思を最大限に尊重すべき事項である。これを受け、国も地域移行を促進している。利用者の自己決定の尊重や合理的配慮を受け、ここピカリコでの生活は人権や人間性が考慮され、安全・安心が確保されている。しかしながら、規律の多い集団生活である事実には変わりはない。また、家族の意向は本人の意向に優先するものではない。これらの点を総括し、家族への説明や話し合いの機会を閉ざさず、また利用者本人への意思決定支援を進めるためにも、この問題に正面から向き合うことを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

コロナ禍のため、期間が少し空いたが、職員同士の自己点検や利用者の聞き取り結果により、しっかりと施設の現状を見直すことができたと思う。利用者の聞き取り結果については、普段のサービス管理責任者や相談支援員からの聞き取りとは違う側面を知ることができ、職員のグループディスカッションの題材として使うことで、職員の仕事に対する緊張感とサービスの向上に役立ったと思う。

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（64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 ・ ① ・ c |
| <コメント> 「共に支え合うケアコミュニティ社会に向け歩んでいく」という壮大且つ肝要な理念の下、重い障害を持った利用者への様々な支援を展開している。理念に関し、職員は入職時でのレクチャーの他、周知度の確認テストが行われ理解を深めている。利用者への周知に関しては、館内の掲示の他は特別な取組みはされていない。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 社会福祉全般や身体障害福祉の動向については、国や県の団体役員を務める管理者がいち早く把握し、地域福祉のニーズや課題に関しても管理者が会長を務める自立支援協議会において分析・検討されている。事業所の経営状況については、法人の役員を兼ねる役職者全員が常に正確に把握して対処している。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 長中期経営目標に項目ごとの課題が挙げられ、これを事業計画に落とし込んで取り組んでいる。全員が法人役員である役職者が各部門での課題に対処する点に加え、関連する委員会組織でも課題解決にあたっている。主要課題は職員会議にも挙げて協議するなど、重層的な取組みがなされている。 | | |

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 ・ ① ・ c |
| <コメント> 長中期経営目標および計画として策定されており、各事業ごとに項目を2つに絞り、重点事項として明記されている。ただ、策定年月日と適用期間が不明であり、内容的にも「向上」「改善」「徹底」「推進」といった抽象表現が多く、具体性を欠くため進捗評価や効果測定が曖昧になりやすい。必要に応じ数値目標を設定するなど、実効性のある計画策定が求められる。 | | |
| 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 ・ ① ・ c |
| <コメント> 年度計画は事業の全般を網羅し、運営上の指針となりうるものであるが「努める」「目指す」「強化」といったように計画というより方針の意味合いが強い内容となっている。また、長中期計画との関係では、組み立て方に相違があり、双方の整合性が取れているとは言い難い。 | | |

| | | |
|---|----|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 年度末に事業計画作成のための職員会議を開催し、各職員や委員会から出された意見について課題の集約と検討を実施している。これをベースに管理者が原案を作成しており、職員の意見が反映された作成行程となっている。 | | |
| 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 ・ ② ・ c |
| <コメント> 年間の行事計画を各利用者に配付しており、居室に掲示するなどして理解に努める利用者もいる。行事以外の部分では、必要に応じ館内に掲示したり、入所者懇談会で説明したりしているが、利用者向けに配慮された資料などは作成されておらず、更なる理解促進へ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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 業務改善委員会、介護援助内容委員会が機能しており、特に後者では介護上のテーマを決め、事例ごとに問題点を挙げて予防策や改善策を検討、結果を職員全員で共有している。サービスのチェック体制としては、職員のセルフチェックやヒアリング、入所者は懇談会での聞き取り等、双方の立場からモニタリングしている。 | | |
| 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 | ② ・ b ・ c |
| <コメント> 職員、利用者からのサービス評価は集計され、分析・検討の上で課題解決への一定の方向性が示されている。新たな取組みの開始から、1ヶ月と3ヶ月後にモニタリングし、必要な改善や修正をかけている。 | | |

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 | a | ⓑ・c |
| <コメント> 管理者は事業計画や広報誌などに自らの運営方針や方向性を打ち出し、また職員会議等で職員にも周知している。職務分掌に関しては「運営規程」に職種毎の職務内容が明記されているが、周知の点について定かではない。 | | | |
| 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 | Ⓐ | b・c |
| <コメント> 管理者は、様々な団体の役員を歴任している関係で、関係法令や通知をいち早く把握する立場にあり、職員会議や所内掲示・回覧等で迅速に周知を図っている。特に、虐待防止関係については徹底されており、整備された「虐待防止のための指針」では、市町村への通報義務の明示、虐待の種類の詳細、研修関係などが明確に示され、取組みを強化している。 | | | |
| 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 | Ⓐ | b・c |
| <コメント> 各職員が分野ごと、委員会ごとの活動を通して運営に関わっている。そこから出された案件や各職員からの提案を採用してPDCAサイクルに沿って実践し、検証・改善していくことで支援の向上を図っている。この方策は、職員の業務意欲向上へのインセンティブとなり、事業所の活力にもつながっている。 | | | |
| Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | 障13 | Ⓐ | b・c |
| <コメント> 職員とのコミュニケーションを密にし、効率的で働きやすい職場環境を築いている。各所でリフトが設置されており、無理のない勤務シフトや男性育休を始めとする休暇取得などを手掛けている。また、業務改善委員会が組織され、具体的な業務省力化や部署間の連携などが協議・検討され、実行に移されている。 | | | |

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 | a | ⓑ・c |
| <コメント> 様々な求人活動を通し、基準以上の1.5:1の人員配置を維持している。職員定着率も良く、平均勤続年数は12年と高いレベルである。介護福祉士資格や喀痰吸引資格など、必要な専門資格者も配置され、サービス提供体制は整っている。一方で、高い推移が予測される人件費比率への計画的な対策が求められる。 | | | |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | 障15 | a | ⓑ・c |
| <コメント> 独自のチャレンジシートを用い、年3回の面談を通して人事考課を実施している。自己評価の後、各部署長が評価し、最終的に管理者が評価している。しかし、評価項目が職員のキャリアに応じた内容であるとは言いがたい。昇進、昇格等の人事基準も考課結果を参考にしているが、選考基準等が明確ではなく、職員も理解できる分かりやすい基準が望ましい。キャリアパスの構築を急がれたい。 | | | |
| 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 | Ⓐ | b・c |
| <コメント> 職員の意向や家庭状況に配慮した勤務シフトを考慮し、また会議以外の時間外労働もほとんどなく、有給休暇ははじめ各種休暇取得の状況も良好である。個別面談をはじめ管理者と職員とのコミュニケーションの機会が多い。管理者は職員の就業状況を良く理解し、また環境改善への意識も高い。離職率も低い現状に鑑みれば、ワーク・ライフ・バランスの整った職場と言える。 | | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 年度当初の職員会議にて、各職員が年度の目標を自己表明している。ただ、目標管理に相当するような、適正目標設定から面談、達成度評価、次目標設定といった仕組みは構築されていない。職員育成の有効なツールとして、目標管理制度の導入を検討されたい。 | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 法人理念を実現するために業務に精励するのは職員の務めであるが、組織として期待する職員像は不明瞭である。研修関係では、毎月の所内研修のほか社会福祉協議会などの外部研修を活用している。研修関係での課題としては、研修計画の策定、職員個々の研修履歴の作成、研修後の成果測定などが挙げられる。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> OJTの関係では、指導職員の下で最低半年間の研修を行い、支援項目のすべてに対して適正な支援内容としてクリアした時点で終了となる。特に重度心身障害の利用者は慎重な対応が必要であり、十分なジョブトレーニングが実施されている。所内研修、外部研修を含め、全ての職員に必要な研鑽機会が確保されている。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 介護福祉士実習、保育士実習について、毎年10名以上の実習生を受け入れている。実習指導者を配置し、受入れマニュアルや指導プログラムも整備されている。実習生の指導のために、指導者研修にも参加している。 | | |

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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> ホームページにて様々な情報を開示している。また、年2回広報誌を発行する他、家族用にInstagramを公開し、利用者の様子を紹介している。透明性の視点では、苦情の受付・処理・解決を図った場合に、対応状況などをホームページ等に公表することが望ましい。 | | |
| 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 |
| <コメント> 公認会計士である監事が、内部監査を実施して定期的なアドバイスを行っており、一定の財務適正化は担保されている。理事全員が職員である点について、執行業務の専門性の点では妥当な感もあるが、当該業務に精通しているが故に、意見の偏りや社会通念との乖離が懸念される。評議員会への上程議案作成の段階で、支援の現場に携わる者以外の有識者の視点も求められる。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 中期経営計画の中には「地域社会に関すること」の項目を設け、地域との連携を明示している。利用者のニーズあるいは支援計画実現に必要な地域資源は、必要な情報を個別に提供して支援している。コロナ禍で行事などは制限されてきたが、外出や通院などを通して地域との接点を持ち、理解を得ている。 | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| <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。</p> | 障24 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント> 事業計画にある施設の運営方針の中に、地域のボランティアの積極的活用やボランティア活動の活性化を支援、といった方針が明示されている。地域の中学生の福祉体験学習や看護学校の体験授業を受け入れるなど、学校教育に協力している。定期で受け入れるボランティアは無いが、行事開催では多くのボランティアの協力を得ており、その際に障害者の接し方などの指導を行っている。</p> | | |
| <p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p> | | |
| <p>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。</p> | 障25 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント> 地域の関係機関はリスト化されており、様々な機会で協力体制がとられている。特に、自立支援協議会では権利擁護、地域生活支援の部会に参画し、情報の共有や共通問題の協議・検討を行っている。また、福祉団体連合会では定期会合を持ち、様々な種別で広く連携し、地域のスポーツ大会や芸能大会の企画・運営などを手掛けている。</p> | | |
| <p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p> | | |
| <p>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。</p> | 障26 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント> 福祉団体連合会では地域の様々な福祉ニーズや要望、課題を検討している。身障者の情報は、主に相談支援を通して把握しており、市内の事業所連絡会も定期的で開催されている。また、町内会とは防災協定を結び、災害時の連携を見込んでいる。</p> | | |
| <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。</p> | 障27 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p><コメント> 大きな福祉ニーズである災害時支援については、福祉避難所登録を受け、子細な運営マニュアルを策定している。大規模災害時の一般避難者の受入れも想定し、備蓄品（食事）や宿泊場所提供の準備がある。専門性の地域還元では、管理者が地域中学校の出前授業で講師を務めるなどの活動を実施している。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント> 「倫理綱領」が施設内に掲示しており、法人の理念と基本方針に基づく共通理解で支援を行うように周知が図られている。その他にも入社時のオリエンテーションや勉強会、全体会などでパート職員を含む職員全員へ理解を深める取組みも行われている。 | | |
| 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 | a ・ ㉒ ・ c |
| <コメント> 「プライバシー保護マニュアル」が整備されており、家族への説明もされている。全部屋個室で、利用者のプライバシーも確保されており、また職員へプライバシーに関しての教育も行っている。浴室の脱衣スペースと入浴スペースがオープンとなっているため、今後の環境整備に期待したい。 | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント> パンフレットの設置や会報誌の発行を行っている。ホームページが開設されており、最近ではインスタグラムでの情報発信も行っている。希望者には随時施設見学も行っており、コロナ禍ではオンライン見学を実施し、コロナ感染症の5類への移行後も希望があれば活用している。 | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント> サービスの開始・変更にあたっては、利用者、家族へ説明し、サインにて同意を得た上で文書を残している。意思決定が困難な場合には保護者、後見人にも説明して同意を得ている。説明時には、利用者一人ひとりに分かりやすい言葉を選びながら口頭説明するなど、特段の配慮がなされている。 | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント> サービス利用終了の理由が、体調悪化など利用者自身の意思ではないケースがほとんどとなっている。退所時に必要な引継ぎ資料などはリスト化されており、退所後の手続きや相談窓口は主にサービス管理者が担当し、サポートを行っている。 | | |
| 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 | a ・ ㉒ ・ c |
| <コメント> 日常的に、利用者からの相談などがあれば都度対応している。利用者懇談会と家族懇談会をそれぞれ年2回開催し、利用者、家族から意見を聞く機会を設け、意見集約して対応している。今後はサービス全般の満足度を知るための取組みとして、利用者、家族へ満足度を測る調査の実施など、さらなる満足度向上に向けた取組みに期待したい。 | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント> 直近での苦情はない。苦情解決の仕組みが整備されており、施設内にも苦情解決についての掲示物を掲示して利用者へも周知している。苦情にまで至っていないものに関しても、家族懇談会等で説明、公表して報告を行っている。 | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>相談室が設置されており、相手の希望に合わせて相談を行えるように配慮している。職員がすぐに対応できない時には、利用者へ対応が可能な時間を提示するなど、相談する機会を逃さないように配慮している。普段から相談しやすい雰囲気づくりを心がけているが、利用者へ向けて相談方法をより分かりやすく説明した文書の作成や掲示など、さらなる工夫が望まれる。</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><コメント></p> <p>利用者から出た意見などはカルテに記録し、月1回のケア会議で議案として挙げて検討、対応をしている。しかし相談や意見を受けた場合のマニュアルが整備されておらず、担当職員によって対応に差異が出てしまうこともある。対応マニュアルの作成や記録様式の整備など、改善の余地が残っている。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>勉強会にて「利用者体験」と銘打って、利用者の安全や事故防止のための研修を行っている。また事例を基にグループディスカッションを行い、事故防止への意識を高めている。事故発生時には「アクシデント・ヒヤリハット報告書」を作成し、ヒヤリハット委員会にて集計し、職員へ対策の周知共有を行っている。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>感染症の予防・対応についてのマニュアルが整備されている。最近では新型コロナウイルスに関するマニュアルも作成し、都度更新もされている。新人研修において、感染症予防に関する教育が実施されている。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を実施し、職員への周知が図られている。</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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>福祉避難所となっているため、地域の障害者を受け入れるための備蓄品や設備の準備をしている。ハザードマップを基に立地条件に合わせて「災害マニュアル」も整備されており、避難訓練も実施されている。しかし、災害時の安否確認方法の連絡についての手順はあるものの、実際に訓練を行ったことがなく、今後の取組みに期待したい。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>業務ごとに介護マニュアルが整備されている。利用者一人ひとりの介助方法が明記してある「介護援助内容」が作成してあり、それに基づいて支援が提供されている。新人研修は6ヶ月、1年目、2年目と段階的に行われており、新人教育のためのマニュアルも作成されている。期間ごとに、振り返りとして主任が業務の理解度を評価するための面談が行われ、効果を測っている。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>介護マニュアルの見直しは年に1回、主任と副主任が中心となって行っている。「介護援助内容」についても毎年更新しており、担当職員が利用者の状況に応じて支援内容の変更を行っている。変更は、定期的な更新以外にも必要に応じてケア会議等で支援方法を検討し、変更がされている。変更時には職員周知を行い、支援内容が適切に支援へ反映される仕組みがある。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>アセスメントから個別支援計画に至るまでの決められた様式があり、それを基に書類が作成されている。サービス管理責任者が作成責任者となり、利用者本人はもちろん、担当職員や看護師、家族からの意見も取り入れながら、利用者の意向を反映した個別支援計画書の策定が行われている。計画内容に関しては本人、保護者へ説明し、同意の上でサインをもらっている。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しは、年2回行われており、計画の策定時同様に本人、職員、家族から意見を集約して見直しと評価を行っている。変更があればカルテや会議にて周知を図り、支援へ反映されるようになっている。利用者の状況に変化があれば、その都度ケア会議などで議題として挙げ、随時対応の見直しもしている。</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 ・ ② ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「カルテ」に利用者の情報が毎日記録されており、周知漏れがないようにカルテファイルにはカラーシグナルと呼ばれる札を目印として付け、情報共有を図っている。現在は手書きでの記録を行っているが、記録を遡って確認する場合などに不便や非効率さも感じられ、今後パソコンソフトの導入など、電子化の検討も図られたい。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>個人情報の保護についての規程が定められており、新人研修でも個人情報の取扱いについて説明を行っている。書類の保管場所は事務所の鍵のかかる場所にて保管されており、パソコン内のデータは使用の際にパスワード入力が必要となる。必要かつ特定の職員しか閲覧できないようになっている。</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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 利用者のニーズは個別支援計画へ反映されており、そのニーズに合わせた支援が行われている。テレビやゲーム、インターネットの利用など、利用者から希望があれば、それに応じて環境を整えている。希望に応じて個別での外出支援も行っており、送迎サービスを利用して地域へ買い物や理容室の利用支援なども行っている。 | | |

A-1-(2) 権利擁護

| | | |
|--|-----|-----------|
| A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | 障47 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 虐待防止委員会が設置されており、職員会議での情報共有や、勉強会で権利擁護について学習の機会を設けている。セルフチェックも行われており、虐待防止や早期発見への取組みもされている。身体拘束が必要となる利用者には、個別支援計画に支援内容が記載されており、本人、家族に説明して同意を得ている。実施に身体拘束を行った際には、記録を残して保管している。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> アセスメントや個々の「介護援助内容」に基づいて支援を行っている。「介護援助内容」には個々の対応方法が明確に記載されており、それを基に適切な支援ができるようになっている。また利用者の高齢化や重度化に伴い、利用者のできることできないことを把握し、場面に応じて自立生活を送るための支援を行っている。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 言語障害がある利用者には筆談や文字盤を使用し、その他にも利用者が答えやすいように「はい」「いいえ」で答えられるように工夫してコミュニケーションを取っている。職員が利用者個々のコミュニケーション方法を理解し、利用者の気持ちを汲み取って支援するよう努めている。 | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 利用者からの相談があればその都度対応しており、相談内容はカルテを活用して職員間で情報共有を図っている。必要に応じて、相談内容を担当職員がケア会議の議題として挙げ、解決に向けて対処している。介護職員だけでなく、施設長、サービス管理責任者、看護師などの他職種とも連携し問題解決を図っている。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 利用者それぞれの個別支援計画に沿って、リハビリテーションや講師を呼んでの音楽療法のプログラムを組んでいる。その他にも、クラブ活動としてカラオケや手芸などを行っている。また個別で活動の希望がある利用者には、それぞれ対応をしている。盆踊りやクリスマス会などの季節に合わせたイベントがあり、利用者が楽しめるレクリエーションも実施している。 | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「介護援助内容」を基に支援しており、日々の利用者の様子はカルテにて情報共有を行い、様子に変化があればその都度支援方法を検討して対応している。新人研修においては、利用者一人ひとりの障害特性を覚えるカリキュラムがあり、職員それぞれが障害ごとの必要な支援を理解して支援している。外部研修にも積極的に参加し、学んだことを施設の勉強会で他職員と共有している。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>食事は、利用者に合わせて細かく食事形態が分けられている。利用者の好みにも配慮し、食事メニューを選ぶよう工夫している。少人数で、家庭的な雰囲気の中で食事が楽しめる機会も提供されている。トイレは、車椅子でも使用しやすいよう広い環境が整えられている。入浴に関しても機械浴や個浴ができる環境であり、利用者の障害特性に合わせた環境が整えられている。</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 | a ・ ② ・ c |
| <p><コメント></p> <p>共有部分の掃除は清掃業者に業務委託し、利用者の居室清掃、整理整頓は職員が行うことで清潔が保持されている。居室はすべて個室となっており、利用者の好みを取り入れられた居室となっている。ただ利用者の重度化により居室の設備など、現在の居室では危険な場面も増えてきているため改善の余地がある。</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 | a ・ ② ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者に対して個別のリハビリテーション計画が立てられており、週に2回のリハビリ訓練を行って機能維持に努めている。また、自発的にリハビリテーションを行いたい利用者には、訓練室の利用も可能となっている。しかし、現在のリハビリの環境では不十分と感じられる部分もあるため、今後利用者が主体的にリハビリに取り組める方法の検討が望まれる。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の健康状態に応じて、医師の指示の下に検温や血圧測定などが行われている。職員は、日々支援を行う中で利用者の状態把握に努め、異変があれば看護師へ報告し対応をしている。排泄状況も毎回記録しており、利用者の健康情報をカルテに記録して職員間で情報共有を図っている。体調不良時には、マニュアルに従って適切に対応している。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>医療的なケアに関するマニュアルが整備されており、それを基に研修が行われている。支援に必要なとなれば医療的ケアの外部研修に参加したり、施設内でも指導資格保持者から研修を受けた上で支援を行っている。短期利用者で医療的ケアが必要な場合には、適切な対応をするのために職員配置を厚くするなどの配慮をしている。</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 ・ ② ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の希望に合わせて外出支援を行っている。施設内でもパソコンやゲーム等の使用方法を教えたり、利用者が新しい知識を得られるように支援している。地域のスポーツレクリエーションに参加するなど、社会参加の機会も提供している。しかし利用者の重度化や高齢化に伴い、社会参加が難しくなっているため、今後利用者の状況に合わせた情報収集と提供の検討が望まれる。</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><コメント></p> <p>利用者の要望に応じて、地域他施設で生活介護の利用が行えるように支援している。利用者から希望があれば相談支援事業所とも連携し、地域移行に向けて見学等を進めているが、入所施設と比べて生活環境に不便な点が多く、移行が進まない要因の一つとなっている。家族の現状変更への抵抗が、地域移行への大きな障壁となっている。</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 |
| <コメント> 年に2回、家族懇談会や家族参加型の行事があり、家族と直接意見交換できる機会が設けられている。状況に応じてリモート面会も可能となっている。利用者の支援内容に変更がある場合には、都度家族に説明して利用者の状況を報告している。利用者の体調不良や急変時には、明確な手順がマニュアルに記載されており、家族への報告や連絡も手順に沿って行われている。 | | |
| 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 | | |