

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(36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： https://sites.google.com/view/pikariko-j		
【施設・事業所の概要】		
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： 6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） 12名
	（運転手） 2名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等） デイルーム・ 厨房
		機能訓練室・事務室・相談室
		トイレ 4ヶ所・天井走行リフト
		浴室(寝台型・チェア型
		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けて、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方々に対し、充実した日中活動と交流の場を提供する。また、家族の方の介護負担の軽減による、利用者様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

- ・利用者様一人一人の障害状況は異なるので、その方に合わせた、集団/個別レクリエーションを中心とする個別支援を取り組んでいる。
- ・天井走行式、キャスター式リフトによるトランスを実施することによって、職員の腰痛予防を含めた働きやすい職場環境の整備に取り組んでいる。
- ・医療行為が必要な利用者様の受け入れ体制を整えている（介護職員による喀痰吸引も一例）。
- ・利用者様の安全に配慮した、マンツーマンに近い送迎の実施。
- ・同一法人の施設入所支援ピカリコ、グループホームぴかっ家、ぴかっ家Ⅱとの協力によって、利用者様の短期入所や日中一時支援、生活介護の利用を図っている。

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 6年 1月26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）	2 回 （令和元年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆働きやすい職場づくり

年次有給休暇の取得状況を把握しており、超過勤務（残業）は会議がある時のみとなっている。また、福利厚生施策の充実や各種休暇制度も有効に活用されている。育児休業に関しては、4名以上の男性職員取得しており、職員も働きやすさを認識している。

◆第三者評価受審後の改善

4年前に第三者評価を受審し、その結果から改善に取り組み、ホームページの開設や中・長期計画の策定、苦情解決の仕組みづくりと、スピード感をもって改善をしてきている。改善活動が組織的、計画的に進められたかという点には疑問も残るが、第三者評価や自己評価で得た気づきを即座に改善につなげている点を高く評価したい。

◆アセスメントに基づく個別支援計画の作成

アセスメントの実施方法は統一されており、その手法は確立されている。アセスメントの結果が、個別支援計画の事項に適切に反映されている。また、個別支援計画の策定にあたっては、当該利用者に関わる全ての職員がカンファレンスに参加し、多面的に個別支援計画を策定している。

◇改善を求められる点

◆利用者や職員の意見を反映させた事業計画の策定

コロナ禍で職員会議や家族交流会が思うに任せず、事業計画策定に職員・利用者等の関与が薄かった。事業計画は職員・利用者等に直接関係するものであり、参画の方法を工夫する等、今後の取組みに期待したい。

◆小口現金の取扱い

小口現金の取扱いについて、「ぴかっと物品購入表」があるが、内部牽制が働く仕組みがない。管理者（決済者）と管理者以外の職員（出納責任者）とが、それぞれの役割を分かち、内部牽制の働く仕組みづくりが求められる。

◆職員の意識の共有と相互理解

事業所の公的な取組みの内容、利用者の権利擁護、利用者の介護・支援方法といった面で、職員の意識の共有が十分とは言い難い。職員の相互理解を深めつつ、今後の取組みに期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で3回目となる第三者評価です。回数を重ねるごとに評価項目の「a」が増加していることはありがたいことであり、日頃の職員の取り組みの結果と感じています。評価点として記載されている「働きやすい職場」は、人不足と言われている業界の中で”ぴかっと”で満足して働いていただけているのだなあと嬉しく思いますし「個別支援計画の作成」についても、年々個別支援計画の重要性がうたわれている中、利用者様をサポートしていく上で、アセスメント～評価まで機能している現状をありがたく思います。一方で、事業所としてまだまだ改善が必要な項目があることを再認識し、具体的な対策をもって取り組んでいきたいです。現状に満足することなく、時に客観的な着眼点を通じて、より”ぴかっと”を魅力ある事業所にしていきたいです。

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（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	①・b・c
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針は法人のパンフレットやホームページに掲載されている。職員には新人研修や法人全体の職員会議で周知している。利用者や家族には年2回開催される家族交流会、年2回発行される会報、毎月発行される「ぴかっと新聞」で周知が図られている。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>社会福祉全体の動向は、全国身体障害者施設協議会や愛知県社会福祉協議会からの情報が法人内で共有されている。市の自立支援協議会や相談支援事業所から地域の福祉ニーズを把握している。毎月の「利用料計算表」の作成で、経営環境の把握や経営状況の分析ができています。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>経営課題は事業計画に明記されている。それに加えて、「利用者の獲得」と「腰痛予防」を挙げている。これらは、法人全体の正規職員参加の職員会議で周知され、事業所内では毎月開催される「ぴかっと会議」で周知している。利用者の獲得では、利用日を増やすことや「にしお特別支援学校」へ働きかけを行っている。また、腰痛予防ではリフトの設置を進めている。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>法人として「長・中期経営目標及び計画」が策定されている。長期目標は「ケアコミュニティづくり～誰もが自己実現に挑戦できる社会の実現～」となっている。見直しについての方法の確認がとれなかったため、仕組みづくりを図りたい。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は理念・基本方針、「長・中期経営目標及び計画」を踏まえたものと言える。しかし、数値目標や具体的な成果等の設定とはなっておらず、実施した取り組みや活動に対して、評価を確実にに行えるには至っていない。事業計画の内容については、さらに検討されたい。</p>			

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 事業計画の策定の時期は定められているが、職員等の参画という点では、コロナ禍で職員会議での提案ができなかった。事業計画は職員等に直接関係するものであるため、参画の方法を工夫する等、今後の取組みに期待したい。		
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> 法人の会報に事業計画の一部が掲載されているが、コロナ禍で家族等に説明する機会がなかった。12月の家族交流会では、詳細を説明する予定となっている。利用者等に直接関わってくる事業計画は、1日1回開催される「帰りの会」で周知されているが、さらに利用者に理解を促していく工夫が求められる。		

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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 第三者評価を定期的に受審している。1年に1回、「介護マニュアル」を更新している。さらに、福祉サービスの質の向上を図るため、PDCAサイクルに基づき、定められた基準で評価を行うことを検討されたい。		
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> 第三者評価を受審し、その後の取組みとして、ホームページの作成、中・長期計画の策定、苦情解決の仕組みづくり等、様々な改善をしてきている。しかし、これらの改善が、組織的かつ計画的に進められたとは言い難い。後日の追跡を可能とするためにも、改善にあたっては、責任者（誰が？）、期限（いつまでに？）、実施方法（何を？）を明確に示し、記録に残すことが望ましい。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 管理者は自らの役割と責任について会議の場などで発信しているが、不十分さを感じている。毎月発行されている「ぴかっと新聞」を活用するなど、職員の理解を得られる工夫を図りたい。管理者不在時の災害等の発生の際の権限委任先は「非常災害対策計画」に記載されている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 遵守すべき法令等は、市・自立支援協議会の地域支援部会や法人全体の職員会議で情報を得ている。得られた法令の情報については、事業所の会議の中で職員に周知徹底を図り、その周知状況を確認する工夫をされたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 日々の支援の中で管理者が気になる点があれば、日々の8時25分からの申し送り、17時15分からの振り返りや会議の中で発信している。さらに、事業所内の勉強会や虐待防止委員会の開催で職員の意識づけを行っている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 管理者はリフトを導入して腰痛予防対策を行い、職員からの有給休暇の希望には100%応えている。さらに、月平均の時間外労働(残業)は1時間となっており、職員の意見を取り入れて働きやすい職場環境を整えている。今後は、労務、財務等の分析を行い、経営の改善をさらに進めて行くことを期待したい。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 福祉人材の確保は、ハローワークや求人サイトであるカイゴジョブを使い、有資格者を含めて、1.7対1の配置基準をクリアしている。しかし、人材の育成については、外部研修の参加や施設内の研修が十分ではなく、課題が残る。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 年3回の理事長、施設長との面談や「勤務態度チャレンジシート」での考課が行われている。勤続年数、欠勤の有無、大きな過失、資格の有無等が人事基準とのことだが「期待する職員像」や人事基準について職員への周知が図られているとは言い難い。透明性の高い人事制度とするための改善を期待したい。			
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組んでいる。	障16	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 年次有給休暇の取得状況を把握しており、超過勤務は会議がある時のみとなっている。福利厚生としては、互助会があり、毎月2,000円の会費で、年1回以上の懇親会が開かれている。また、男性の育児休暇も4名以上が取得している。			

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 職員一人ひとりの目標管理が行われており、進捗状況の確認のために主任による面談を年2回実施している。目標管理は、最終的には法人の理念や中・長期計画、事業計画等と結びついていることが望ましく、全職員が法人の理念の実現に向けて取り組むことを期待したい。		
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> 新人職員を中心に研修が実施されている。外部の研修についても申し出をすると参加できる。人材の育成は、非正規職員を含め、どのように職員一人ひとりを育成するかという点（期待する職員像）と、研修の内容の評価と見直しが必要となる。PDCAサイクルに沿い、今後の取組を検討されたい。		
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
<コメント> 1年間を通しての具体的な研修計画が、事業所としては作成されていない。また、非正規のパート職員については、勤務時間の関係から研修会への参加ではなく、伝達研修となっている。一人ひとりの職員が研修にどうしたら参加できるのか、また、その内容は適切であったのかを検討する機会を設けられたい。		
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
<コメント> 法人として「実習生受け入れマニュアル」を作成している。しかし、コロナ禍もあって実習生の受入れがない。実習生の受入れは、社会福祉法人（事業所）の社会的責務であり、職員の資質の向上にもつながるものであるため、受入れについて前向きに検討されたい。		

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> 前回の第三者評価の受審以降、ホームページの開設も改善された項目のひとつとなっている。ホームページ上で決算書類や事業報告、事業計画が公開されている。しかし、第三者評価の受審結果や苦情・相談の体制や内容についての公表がないため、今後検討されたい。		
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> 「経理規程」に事務、経理、取引に関するルールが記載されているが、職員等への周知という点では改善の余地がある。また、会計事務所が定期的に助言を行っている。小口現金の取扱いについては、「ぴかっと物品購入表」があるが、管理者（決済者）と管理者以外の職員（出納責任者）とが、それぞれの役割を分かち、内部牽制の働く仕組みづくりが求められる。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 社会資源や地域の情報については、掲示板等で利用者に知らせている。しかし、地域との関わり方について基本的な考え方を文章化したものはない。職員と利用者がが丸となって地域との交流を行っていくために、事業所が目指す方向性を確認できるものを作成されたい。		

<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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> コロナ禍以前には理・美容師や楽器演奏、運動等のボランティアを受け入れていた。また、学校教育への協力として中学生の福祉体験学習の受入れを行い、福地中学校や東部中学校等の生徒を受け入れてきた実績がある。ボランティアの受入れや学校教育等への協力の基本姿勢については明文化されておらず、今後の検討が待たれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 社会資源のリストは作成されていない。市・自立支援協議会への参加や法人内の相談支援事業所からの情報提供があり、事業所内の社会資源の共有を図っている。市の福祉まつりや育成会の集まりで、法人内のグループホームの事業説明を行った。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 地域の福祉ニーズは、既存の利用者の家族や利用希望者、法人の相談支援事業所等から情報を得て把握している。市の自立支援協議会からも一定の情報は得られている。ただ、地域のニーズを積極的に把握するという点では改善の余地がある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 地域の福祉ニーズに応える形で、土曜日の開所を実現させている。法人の独自事業として、生活保護受給者に利用料の半額免除や食費と入浴料を半額にしている。また、日常的に事業所周辺の下水の管理や、年末に近所の方へのお礼の意味でカーネーションを配る等、地域とのつながりを大切にしている。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画中に利用者の処遇方針として、権利擁護について明記されている。勉強会で共通認識を醸成している。KYT（危険予知訓練）を年1回、感染症について年1回、虐待防止についても年1回は勉強会において実施している。権利擁護に関するチェックリストを年2回行っている。</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	・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>プライバシーの保護に関しては、基本的マニュアルに明記されている。家族に対しては、サービス提供前の契約時に口頭で説明している。OJTにより、利用者のプライバシーに配慮するよう教育している。職員が、権利擁護の姿勢をもって、プライバシー保護の意味を理解することが望まれる。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>パンフレットは毎年度の作成であり、理念、活動内容、日中活動がコンパクトに記載されている。市の特別支援学校にも説明会に行っている。施設見学の希望があれば、サービス管理責任者が対応して実施している。利用希望者に対し、必要な情報を積極的に提供していると言える。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>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支援している。意思決定が困難な利用者には、家族や後見人にも詳細に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説明するなど、特段の配慮をもって対応している。</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	①	・ b ・ 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サービスの終了が多く、移行先に関しては、サービス管理責任者が中心となり、家族の意向を確認した上で、相談支援事業所と連携して対応している。退所後の手続きや相談窓口もサービス管理責任者が担当し、継続してサポートする体制を整えている。</p>			
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	・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>家族に対する満足度調査を令和2年に行い、実施はその1回のみである。「やらなくても大丈夫」との家族意見があり、その後は実施していない。定期的な調査はないものの、Instagramを開設し、写真を利用して利用者の生活を掲載しており、家族からの評価は高い。Instagramを行わない利用者向けには、毎月新聞を発行して満足感を得ている。定期的な満足度調査の実施が望まれる。</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	・ ④ ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制を整えて掲示もされているが、苦情は一度も上がっていない。相談や要望はあるが、苦情とは認識していない。連絡帳や送迎時のコミュニケーションで、意見を吸い上げている結果と推測できる。ただ、苦情の無いことを「善し」とせず、申し出しやすい環境を検討されたい。さらに、苦情情報を公表する仕組みを構築し、苦情のない場合であっても「苦情無し」の事実を公表されたい。</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 ・ ㊦ ・ c
<p><コメント></p> <p>事務所には出入り禁止ではないので、利用者も入りやすい雰囲気ができている。相談室では、他社の耳を気にせずに、込み入った話もできるように工夫されている。会話ができる利用者には、いつでも相談ができることを口頭で伝えているが、意思疎通が困難な利用者からの相談等については、家族を介するなどの状況である。他のコミュニケーションの方法を工夫することが求められる。</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 ・ ㊦ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者や家族等からの相談については、重要な内容の場合は帰りの振り返りの場で情報共有を行っている。意見箱は、文字を書ける利用者が少ないため設置していない。意見箱への投函者は、利用者以外の家族等も対象となる。設置を検討されたい。また、意見や相談への対応方法に関するマニュアルはなく、整備することが望まれる。</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	㊦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>マニュアルは、生じるケースに応じたリスク許容度に応じて対応方法を明確にして作成されている。KYT（危険予知訓練）を年に1回は勉強会で実施している。アクシデントや事故報告も適切に作成されており、報告する体制ができている。それぞれの案件についての回覧も、適切に行われている。</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	㊦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>インフルエンザやノロウイルスなどに、新型コロナウイルス感染症も含めて対応できる「感染症マニュアル」も作成できており、随時の見直しも行われている。今年5月の新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴い、最新のマニュアルに改訂されている。感染症の対応を含む職員勉強会も隔月で行っている。</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 ・ ㊦ ・ c
<p><コメント></p> <p>災害時の利用者の安否確認の方法が職員に周知されていないため、職員に分かるように周知していく必要がある。災害時の対応体制はあるものの、BCP（事業継続計画）や備蓄状況の把握などはできていない。また、新型コロナウイルス感染症の影響もあって、地域連携はできていない。</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	㊦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法は「生活介護業務マニュアル」に、すべて統一的にファイリングされている。年に1回の見直しの時期に全員で内容の確認、点検、修正を行っており、それによって職員への周知徹底につながっている。加えて、日々の業務の中でも、適切に支援が行われているか、それぞれの職員が確認する姿勢で望んでいる。</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	㊦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「生活介護業務マニュアル」について、毎年1回見直しを行っている。全員で確認をしながら、見直しを行っている。直接処遇職員をはじめ、すべての職員が見直しに関わっているため、職員の意見も反映されている。さらには、現場で把握した利用者の声も反映されている。</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
<p><コメント></p> <p>アセスメントの実施方法は統一した内容になっており、その手法は確立されている。アセスメントの結果が、個別支援計画の事項に適切に反映されている。また、個別支援計画の策定にあたっては、当該利用者に関わる全ての職員がカンファレンスに参加し、策定を行っている。</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>個別支援計画の変更や以降の確認が必要な場合には、書面によって同意を得ている。個別支援計画の変更なども、カルテ（利用者個別の記録の取りまとめ書類）により、その内容を確認した上で変更している。計画策定から3ヶ月後にモニタリングを行って進捗状況を確認し、半年後に個別支援計画の評価を行って計画の更新を行っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎日の利用者の情報や支援の記録を、カルテに記入している。申し送りにより情報共有を行っている。利用者に大きな変化があれば、日常記録として記入している用紙にマーカーで四角に囲み、誰が見ても分かるように注意喚起している。また、帰りの振り返りでも伝えている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>デジタルデータについては、管理責任が明文化されていない。個人情報保護に関する教育は行われているものの定期的ではなく、その取扱いも職員の自己責任に帰されているところがある。記録を含む文書全体に関しての管理体制を構築し、加えて個人情報保護に関する研修を定期的実施することが望ましい。</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> 個別支援計画を作成する上で、利用者や家族等に話を聞き、サービス管理責任者と話し合いを行い、利用者の意向に沿った個別支援計画を作成している。意思伝達の難しい利用者については、家族からの情報が大きなウエイトを占めるが、極力努力して利用者本人の非言語的コミュニケーションを汲んでいる。			

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	a ・ ② ・ c
<コメント> 利用者の権利擁護に関して、職員の意識そのものが十分には統一されいないと感じている職員もいる。虐待防止委員会設置の義務化に伴い、権利擁護についての勉強会が始まったが、まだ十分な理解が進んでいるとは言い難い。新人職員へのレクチャーに関して、担当する職員によってその深度に差異が生じている。			

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	a ・ ③ ・ c
<コメント> 支援にあたり介助を必要とする場合や判断について、職員同士で十分な話し合いが実施されていない。それ故に、利用者一人ひとりへの自律・自立支援が不明瞭になりがちな様子が見受けられる。職員間で、利用者一人ひとりの支援について、共通理解を持つ機会を作っていくことが求められている。			
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	④ ・ b ・ c
<コメント> 言語的コミュニケーションが苦手な利用者が多い中で、事業所の開設当初から様々な工夫を行っている。具体的には、文字ボードやジェスチャー、筆談、口話、空書等がある。会話はできなくても、パソコンを駆使して意思を伝える利用者もいる。また、職員の日々の経験の積み重ねから、利用者本人の表情や声のトーンなどにより、その意思の把握が可能となっている例もある。			

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	⑤ ・ b ・ c
<コメント> 利用者からの意見や相談は、サービス管理責任者にすぐに伝達され、職員間で情報共有が図られている。1年に2回、利用者の意向を再確認するモニタリング（再アセスメント）と個別支援計画の見直しが行われている。基本的には、カルテを通しての情報共有を行っている。			
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	⑥ ・ b ・ c
<コメント> 意思を表出することができる利用者には、担当職員が意見を聞いてその要望に応じている。利用者本人の要望を聞き取って個別支援計画に落とし込む中で、同時並行的にその要望を実現できるように努力している。利用者の要望に応えるために、必要なプログラムやメニューの開発を行っている。			
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 ・ ⑦ ・ c
<コメント> 障害特性に配慮した支援に関しては、職員個々の支援方法に任せられており、支援内容の共有化や振り返り、職員の相互理解が進んでいない。専門的な介護技術や支援に必要な知識の習得については職員各自に任せられており、職員のスキルが一定のレベルに達しているか、また均一であるかが不明瞭である。それらを確認・検証する仕組みの構築が必要である。			

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の生活状況の現状を見極めながら、担当職員を中心にどのように進めていくのかという計画について考えながら話し合いを進め、生活上の支援についての方向性を打ち出している。振り返りの時にも、その方向性について話し合いを行っている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者からの不満は出されていないが、職員からハード面の不足が指摘されている。利用者の好意に委ねている側面もあり、ベット数の不足や臥床時間の順番性、トイレのエアコン設置などの課題がある。トイレのエアコン設置に関しては、構造上難しい部分もあって扇風機を置くなどの対応が必要となっている。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>新型コロナウイルスの蔓延前には、専門医が来所して利用者の状態を把握し、助言を得て機能訓練や生活訓練を行っていた。今は病院への通院時の医療情報を利用者から収集し、リハビリテーションに活かしている。専門医の訪問を再開し、利用者への機能訓練や生活訓練を以前のように確実なものにされたい。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>看護師が常勤しており、健康状態や体調の変化をバイタルチェックだけでなく視覚的にも把握し、介護職員に助言している。介護士同士でも話し合いを行い、利用者の健康状態を確認している。何らかの差しさわりのある場合には、夕方の振り返りや朝礼の申し送り時に報告し、職員全員が情報を共有し、利用者の健康状態が認識できるようにしている。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>必要な医療的ケアに関しては、申し送りやカルテに記入し、共通理解できるような環境を整えている。薬の変更などあれば、看護師が服薬情報から確認を行って対応している。看護師以外にも医務担当者がおり、服薬についての確認を行って、多面的に誤薬の防止につなげている。</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 ・ ⑤ ・ c
<p><コメント></p> <p>新型コロナウイルスの蔓延により、外部との交流制限がかかっている、思い通りに社会参加の機会が作れない状況である。しかしながら、5月以降の5類への移行によって、少しずつ外出支援の段取りも行われるようになってきた。様々な感染症の感染状態を考慮しつつ、社会参加や学習の機会を増やしていくことが望ましい。</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	⑥ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>隣地が畑になっており、「PIKAPIKA FARM」というレクリエーションにより、地域生活に必要な学習と体験を行っている。畑では、落花生やオクラ、インゲンなどを栽培している。利用者は、種撒きから芽が出て成長し、花から実となり、自分たちで育てた野菜を収穫することを楽しんでいる。畑での作業を通じて、地域の方々との交流にもつながっている。</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> 家族交流会も、コロナ禍以前には行われていた。コロナ蔓延の3年間は、家族交流会こそ自粛していたが、連絡帳に加えて家族からの口頭での情報交換など、日々のコミュニケーションを行っており、交流会の不足を補ってきた。クリスマス会は家族の参加を予定しており、家族からも「以前のようになっている」と評価されている。		
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		