

(様式第6号 別紙)

長崎県福祉サービス第三評価結果報告

①第三者評価機関名

医療福祉評価センター

②事業者情報

名称：わーくあぐり	種別：生活介護
代表者氏名：田島光浩	定員（利用人数）： 39名
所在地： 長崎市葉山1丁目13-23	TEL：095-865-9102

*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

③施設・事業所の特徴的な取組

<p>わーくあぐりでは午前中は仕事（馬の世話、畑仕事、公園のペットのえさの管理等） 午後は余暇（プール、カラオケ、園芸活動等）と活動を組み合わせることによりメリ ハリのある、いきいきした生活を支援している。</p> <p>また、自立課題（一人で取り組み、一人で完成できるように工夫された課題）と いう支援を取り入れ、お昼休みにパズルやボタンの整理を自発的に行い落ち着いて時 間を過ごすという成果が表われている。</p>

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年2月1日（契約日） ～ 平成 30年 11月 9日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

⑤総評

◇特に評価の高い点

(事業計画の策定と見直しに対する組織的取組み)

法人統一の書式により、中長期計画作成時に現在の状況・課題と3年後の目標とする姿を項目ごとに挙げ、その差を埋めるためのステップを設定し、それを具体的に単年度の事業計画として作成し、さらに事業工程表で月ごとの実施予定を立てている。月次報告の作成によって定期的に達成度を振り返っており、中長期計画の作成から実際の具体的な事業実施内容までの落とし込みと達成度の確認ができており、PDCAサイクルを回す仕組みが組織的にできている。

(ITを活用した情報共有)

法人本部の統括したITを用い、各事業所への書式の統一や情報の伝達・共有・記録が成されている。さらに、日々の支援記録がスマホやタブレットでタイムリーに入力でき、言葉よりも伝わる動画や写真の活用を行っている。複数のサービスを利用している利用者の支援記録を共有することがサービスの向上につながっている。

◇改善を求められる点

(地域の福祉ニーズに対する公益的な活動)

運営推進会議を行い地域の人々の意見を聞く機会があるので地域の福祉ニーズを積極的に収集し、事業所の利用者に対するサービス向上だけでなく、地域に根ざした施設にしていくための公益的な活動(講演会、研修会、地域交流イベントなど)を検討していただきたい。

(事業所の支援マニュアル作成)

現在身体介護が必要な利用者が比較的少ないため支援方法の指導は先輩職員のOJTを中心に行われている。職員の移動や新人職員の配置なども定期的に行われており、福祉サービスを提供する職員誰もが必ず行わなくてはならない基本となる部分について、職員の違い等による福祉サービスの水準や内容の差異を極力なくし一定の水準、内容を常に実現することを目指した支援マニュアルの整備を期待する。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めての第三者評価をさせていただきました。

自己評価を全職員で時間をかけて行いました。

行っていく中で事業所の現状の理解、共通認識が持てた事が大きかったです。

また、事業所の強みや弱みを詳しく知ることが出来ました。事業所内での食事や排泄に関するマニュアルも必要なのが分かり直ぐに作成する事も出来ました。

改善すべき点を明らかにすることで取り組まなくてはいけない課題を共有化でき取り組む事が出来たと思います。

⑦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。

⑧利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

(別紙)

第三評価結果

※すべての評価細目（45 項目）について、判断基準（a・b・c の3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。

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。		
1	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人設立40周年に向けて、法人の取り組みとして「アイプロジェクト」委員会を立ち上げ、1年かけて新ミッション「生きる誇りへの、挑戦」、考え方や行動指針を作成している。この「アイプロジェクト」には幅広い年齢層の職員が参加している。今年の9月に正式に公表予定で、現在は法人内で浸透させる期間として朝礼時にスピリッツを毎朝唱和している。また、月に一回の職員研修会「あぐり研修」で法人の理念等の研修を行い、職員に周知している。理念はホームページやパンフレット等に記載されており、利用者や家族が知ることができる。</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。		
2	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>地域の経営環境把握については、複数の関連大学や特別支援学校の教員と連携し、特別支援学校の生徒の卒業後の就職状況や、わーくあぐりが選ばれなかった理由なども含め、進路状況調査を行っている。特別支援学校の教員とは数年かけて関わりをもち、信頼関係を築いているので、率直に様々な意見を頂けるとのことだった。社会福祉事業の動向については本部が情報収集をしているので、本部との情報を共有することで動向把握を行っている。財務面では、毎月の利用率などを一覧にした表を作成しており、推移等を把握できている。</p>		

3	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。	a・b・c
<p><コメント> 経営上の課題として、ハード面では利用者増加や相談内容の多様化のため、賃貸である現在の事業所では限界があり、これに対応するため事業所の移転を検討している。現在、建物をたてる土地を探している。ソフト面では、高齢の利用者の課題となっている、高齢と障害の「共生介護」を今年7月中には実施する。また、強度行動障害の利用者が10名ほどと多く通所しており、その対応のため管理者が福岡へ研修に行っている。ハード面、ソフト面のいずれも、中長期計画や単年度の事業計画にも目標として挙げられており、課題を中長期的に段階的に取り組んでいくための仕組みがある。</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。		
4	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。	a・b・c
<p><コメント> 中長期事業計画については、「2021年度に向けた事業方針策定」で、現在の事業種の状況・課題と目標（2021年度の姿）を設定し、そこにいたるまでの3年間の目標を年度ごとに明記している。中長期事業計画の目標は、単年度の事業計画にも反映され、その達成度の評価は、毎年の職員へのヒアリングや、毎月の月次報告を作成することで定期的に行っている。長期収支計画については、作成していない。</p>		
5	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。	a・b・c
<p><コメント> 単年度の事業計画は、中長期事業計画の内容を反映して作成されており、さらに単年度の事業計画の目標を達成するために、事業工程表に月ごとに取り組む内容を記載し、さらに、毎月の取り組み内容を月次に記録して本部へ報告し、さらに3ヶ月、6ヶ月ごとにまとめ、報告するなど、年度の途中で達成状況を振り返っている。この取り組みは法人統一で行われており、組織的に中長期計画から現在の達成状況までを把握する仕組みができています。単年度の収支報告については毎年単年度の収支報告を作成しているが、中長期の収支計画を作成していないとのことなので、今後は中長期収支計画を作成した上で、その内容を反映させた単年度の収支計画を作成することを期待する。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>生活介護と就労支援B型の職員がそれぞれ毎月1回、同サービス担当の職員が全員参加する職員研修を行っており、毎年11月～12月ごろに今年度の振り返りを行い、新年から次年度の目標を職員が意見を出し合いながら立てている。その内容をもとに、管理者とサービス管理責任者がメインとなって事業計画を作成している。事業計画の達成度の評価は、毎月サービス管理責任者が月次報告を作成しており、クラウドサービスのサイボウズにアップしている。月次報告の内容は法人内で共有され、事業所の状況を本部が把握することができる。</p>		
7	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>長崎育成会で利用者やご家族への事業計画の説明を行ったり、生活介護の活動や親子イベント時に参加した保護者へ事業所の現在の状況や取り組み内容の説明を行っている。説明には、パワーポイントや動画を使用し、事業所や利用者の様子がより分かりやすいよう工夫されている。育成会やイベント等へ参加する保護者は約半数で参加者もその時によってまちまちであるとのことだった。参加しなかった保護者へは後日、手紙等を送って事業状況などを報告している。</p>		

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。		
8	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月の月末にサービス管理責任者がサービス実施内容等について月次報告を作成しており、それをサイボウズにアップして、法人内で情報共有し役職者間で振り返りを行っている。また、事業所で力を入れて取り組んでいる自立支援課題について、職員内でプロジェクトチームを結成し、NPO法人スパイシーのスタッフから療育の観点からのアドバイスも得ながら、工程表をもとに月毎に計画と振り返りを行っている。第三者評価の受審は今回が初回のため、今後、定期的な受審を継続していくことを期待する。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>第三者評価の受審は今回が初回のため、評価結果の分析と改善については、今後の取り組みに期待する。事業計画の作成・見直しの手順やITを活用した情報共有の状況などから、組織的に評価から改善までの仕組みができていますので、第三者評価の結果についても、同じように今後の改善に活用していただきたい。</p>		

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。		
10	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者の役割について、重要事項説明書に苦情対応体制や虐待防止に関する体制の責任者を記載しており、感染防止、事故対応、苦情解決の各マニュアルなどにも緊急時の責任者を記載している。</p>		
11	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>平成30年度の障害者総合支援法の改正により変更のあった単価や加算等について、重要事項説明書や契約書の内容を法人統一で変更し、それに事業所名や住所を入れ込むようにしている。法令等の情報やそれに沿った書式の作成は本部で行っており、その情報を事業所へ通知し、事業所はその内容を研修や掲示等で職員へ周知している。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は毎月の月次報告で現状の評価・分析を定期的に行い、半年に一度、職員全員と成長支援面接を行い、職員の半年間の仕事についての不安や、職員の家庭の状況も含め職員の意見を聞いている。管理者は成長支援面接のねらいを、支援の課題を解決するためにどうすればよいか、また、支援の良いところを伸ばす方法について職員と管理者で互いに考えて支援の向上を目指すこととしている。</p>		

13	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。	a・b・c
<p><コメント> 管理者は毎月、月次報告の作成によって現状の振返りを行っている。人員配置は前月の下旬に職員の希望を聞き、それに沿ったシフトを組むことで、職員の働きやすい環境を作っている。</p>		

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。		
14	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。	a・b・c
<p><コメント> 新卒の採用活動は、「お仕事説明会」の資料を本部が作成し、大学や専門学校等へ行き説明会を行っている。新規で採用した職員に対しては、利用者に対しての支援の不安をフォローするため、入社後一ヶ月以内に基本研修、半年以内に計3日間の研修を行うなど、初期に研修を充実させている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p><コメント> 管理者に「期待する職員像」を聞いたところ、「挑戦（チャレンジ）する人」を挙げ、法人の理念に賛同する人に期待したいとのことだった。成長支援面接では事前に自己振り返りシートで自己評価を行い、その後、面接内容と自己評価から法人統一の等級評価表を用いて総合的に職員の評価を行っている。特に期待する職員を毎年一名「指定強化選手」として事業所から推薦し、正規職員を目指して研修と試験を受けさせている。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	a・b・c
<p><コメント> 毎年、全職員が健康診断とインフルエンザの予防接種を受けている。事業所の義務であるストレスチェックと別に、専門の先生と面談をするストレスケアマネジメント研修を行っており、管理者から順に一般職の職員まで基本的に全員が受けている。シフトは希望制で有給休暇も月に何人かとることができ、三年前に職員が産前産後休暇を一年間とった実績もあり、ワークライフバランスの配慮がされている。</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。		
17	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>支援中の課題や問題が発生した場合に随時行う個別面談と、半年に一度の成長支援面接を行っている。成長支援面接では振り返りと今後の目標について個別に話し合いが行われているが、半年間の振り返りや職員の意見や相談を行う意味が強いため、今後は期限や項目を設定して具体的な目標を設定し、個人の目標管理に活かしていくことを期待する。</p>		
18	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画を月ごとの実施計画に落とし込んだ事業工程表を作成している。その項目に「人財育成・定着」があり、一年間の研修予定を立てている。研修実施後は月に一度の職員研修会で研修受講報告を行い、職員間で情報共有を行っている。</p>		
19	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の取得資格等を記載した一覧表の原本が本部に保管されており、外部の研修報告も作成している。年間計画以外の外部の研修情報については、毎月4日に本部がサイボウズへ情報をアップし、それに対して職員が受講希望を出すことになっている。内部研修は職員全員が受けており、一人ひとりについて研修を受ける機会が与えられている。</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。		
20	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>実習生は法人本部で一括して受け入れ、それを各事業所へ振り分けている。各事業所には実習生担当者を設置しており、実習生受け入れマニュアルは本部と各事業所の実習生担当者が保管している。また、実習生に対して「実習のしおり」を作成したり、学校と連携して事前学習会を実施したりしている。昨年は事業所として実習生を計12名受け入れている。</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。		
21	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。	a・b・c
<コメント> 法人のホームページには、法人の理念や基本方針、事業計画、事業報告、決算、苦情解決実施状況などの情報公開がされている。また、パンフレットや広報誌を相談支援事業所や社会福祉協議会、特別支援学校などに設置している。		
22	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。	a・b・c
<コメント> 収益 30 億円以上の法人であるため、公認会計士による外部監査を受けているが、外部監査による指摘事項はない。経理規程には決裁権限を明示しており、職員は事務室に保管されている経理規程をいつでも見ることができる。		

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。		
23	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。	a・b・c
<コメント> 事業所の活動で作っている野菜を事業所の前で販売したり、飼育している馬を流鏑馬の会に貸し出したりしている。地域の民生委員や学校の校長などを招いて運営推進会議を開催し、活動報告を行ったり地域からの意見や要望を聞いたりしている。また、法人で冊子『暮らしのルールブック』を発行しており、障がい者が地域で暮らしていくうえで必要なマナーなどを絵やふりがなを使って分かりやすく説明している。		
24	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。	a・b・c
<コメント> 社会福祉協議会にボランティアの募集をしており、現在、社協を通して1名のボランティアを隔週土曜日に受け入れている。社協からのボランティアは社協で研修を受けてくるので、そのボランティアへの研修は行っていないが、受け入れマニュアルは学生用と学生以外（一般用）の2種類作成している。		

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書に嘱託医や外部の苦情受付機関の連絡を記載しており、関係機関の連絡先はリスト化していないが事業所の携帯に登録している。また、定期的に長崎地区の包括支援センター、相談支援事業所など関係機関と話し合いを開催し、地域共通の課題など情報共有をしたり、他の団体と合同で勉強会を実施したりしている。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所は生活介護、就労支援の活動の場であることから、事業所を開放して地域の方を内部に入れることは行っていない。事業所の中に外部の方を中に入れるより、事業所が地域へ出ていくことを重視している。地域との関わり方については、平成32年度に向けて子ども食堂や就労支援B型などについて多方面から情報収集を行っている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>定期的に地域の方を招いて運営推進会議を開催し、地域の意見を聞いている。そこで地域の方から「もっと地域に出ていくように」と助言を受け、今年はバスハイクの回数を月に一度に増やしている。地域の意見を聞く機会を設けているので、今後は事業所の活動のみにとどまらず、地域の福祉向上に貢献する活動を取り入れることを検討していただきたい。</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。		
28	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員が入社したときには必ず倫理綱領と愛隣訓を渡して全員への周知を行っている。また月に一度、支援の振り返りチェック表を用いて各職員が振り返りを行い、年に2回チェックシートの回収をして法人で統計をとっている。事業所はフィードバックされた統計を受け、支援の課題について職員研修や朝礼で情報共有と改善への取り組みを行っており、組織として定期的に情報共有し、改善していく仕組みができています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>倫理綱領、契約書に利用者のプライバシー保護の項目があるが、支援マニュアルは作成していない。事業所としての全般的な支援マニュアルが作成されていないため、支援マニュアル作成の際にはプライバシー保護の項目を設けることを検討していただきたい。</p> <p>実際の支援においては、昼寝のときにパーテーションを使用したり、排泄支援は同性介助を行うなど、配慮されている。トイレが男女兼用なので、賃貸である現在は実現が難しいが、施設を新設する際はトイレを男女別にするよう改善していただきたい。</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。		
30	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>相談支援事業所や特別支援学校などに事業所の説明に行ったり、パンフレットを配布したりして、情報公開を積極的に行っている。見学や利用希望者への説明時には相談支援専門員やご家族同席で事業所紹介の動画を見せるなど、分かりやすく工夫している。特別支援学校から実習生を受け入れる際は担当職員を決めて今後の進路について先生と話し合いをしたり、2週間のあいだ他の利用者と全く同じメニューを体験してもらい先生やご家族に様子を見学してもらったりして、個別に丁寧な対応を行っている。</p>		

31	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。	a・b・c
<p><コメント> 大きな提供サービスの変更時は本部が契約書等の内容を変更し、事業所がそれを使うことになっている。支援内容の変更や個別支援計画の説明時は、利用者には写真や絵カードを使用して説明し、利用者の意思を確認することが困難な場合は保護者へ説明を行い、同意を得ている。</p>		
32	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。	a・b・c
<p><コメント> 利用終了する利用者について、氏名、住所、健康に関する状況、身の自立状況等を記載した利用者紹介表を作成し、次の利用事業所のサービス管理責任者等に渡している。サービス終了後も次の事業所のサービス管理責任者から相談等があった場合は情報共有するなどして対応している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	a・b・c
<p><コメント> 毎年、ボランティアの学生協力のもとアンケート調査を行っており、法人内でもサービスの質の向上を目指し集計・結果分析ができる体制を整備している。11月には育成会の保護者懇談会にて意見交換会を行い、親子バスハイクのレクリエーションでは、事業所と利用者及び家族との親睦を深めている。</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。		
34	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。	a・b・c
<p><コメント> 法人全体で「ご意見・相談・苦情受付について」のマニュアルがあり、苦情受付メモ・苦情受付表・苦情用紙の書式を整備している。重要事項説明書に苦情対応体制について記載しており、契約時に説明を行なっている。職員業務分掌に苦情解決責任者は管理者、苦情受付担当はサービス管理責任者と記している。また、1階・2階の居間に「ご意見・相談・苦情受付ポスト」を設置している。苦情についてはマイナスのイメージではなく、サービス向上のための意見として前向きに捉えている。</p>		

35	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>会話でのコミュニケーションを図りにくい利用者には、絵カードやタブレットの写真を用い、また療育の先生の支援にて意向の把握に務めている。複数の活動内容を記したホワイトボードに自身のマグネットを貼り付け選択できる仕組みとなっている。苦情受付ポストの上には「ひとりで悩みをかかえこんでいませんか？」と大きな文字で意見を述べやすいように表示している。</p>		
36	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「ご意見・相談・苦情受付について」のマニュアルには、事例を用いて初回受付から書式の記入の仕方・法人内の役割分担まで詳細に書かれている。マニュアルに関しては法人本部に原本があり、細かい改定は法人本部のネットワークシステムにて随時追加変更の対応を行っている。毎日交換する連絡帳から御家族の意見を聞き取ることができており、保護者の訪問も年に7・8回あり、コミュニケーションを深めている。利用者や家族からの相談や意見は、定期的に行う職員研修会議で周知検討を行っている。</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。		
37	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人本部において、危機管理委員会の業務改善委員会（コンプライアンス委員会）を中心として、リスクマネジメントに関する体制を整備している。ヒヤリハットの事例は毎月法人本部の安全管理委員会へ提出し、職員研修会議にて要因分析し、再発防止策を検討している。法人本部の安全管理委員会も各事業所を、視察に回っている。</p>		
38	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人本部の危機管理委員会に感染対策委員会があり、感染症の予防に関する情報提供と予防策の徹底に取り組んでいる。感染症発生時の対応マニュアルが策定されており、各事業所で周知共有できている。マニュアルには段階毎に階層別の対応策が記されており、発生状況の把握・感染拡大の防止・関係機関への連絡等詳細なものとなっている。職員研修会議で看護師を中心とし、感染症予防の研修をマニュアルに沿って行っている。毎日検温表にて体温と血圧を測定し、利用者の体調管理を行っている。毎年、インフルエンザの予防接種も行っている。</p>		

39	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。	a・b・c
<p><コメント> 法人本部の危機管理委員会の防火・防災対策委員会が中心となり、火災災害予防全般に関する情報発信と啓発を行っている。また各事業所での防災体制の実態把握と構築も推進している。防災マップや避難場所は事業所で掲示している。耐震対策として家具につっぱり棒を立て、不審者対策として玄関にモニターをつけている。危機管理点検表を用い毎月末に備品管理を行い、災害時には活動表（職員が各一冊保有しており、当日の利用者名簿が含まれている）で点呼を行なう。事業所ではマニュアルをもとに年2回の避難訓練と、年1回の総合防災訓練を行っている。日中活動として利用者と共に避難経路や避難場所の確認を行っている。</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。		
40	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。	a・b・c
<p><コメント> 法人本部で統一した支援マニュアルがあり、新入職員もわかるように基本となるものを標準化している。事業所では毎月の職員研修会議にて、権利擁護等が記された愛隣訓で振り返りと自己評価チェックを行っている。</p>		
41	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。	a・b・c
<p><コメント> 事業所での職員研修会議で出された意見等を、法人のヒヤリングで集約し、福祉サービスの見直しを図っている。見直しをする仕組みは、法人本部の事業計画や福祉サービスの工程表にも反映されている。</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。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・b・c
<p><コメント> サービス管理責任者が個別支援計画書の作成・修正の責任者であり、個別支援検討会議の開催・計画の決定・利用者、家族への支援計画の説明、同意を行っている。アセスメントは法人で統一されたチェックしやすい書式があり、初回と更新時変更時に行い、意向の把握を行っている。検討チームを立ち上げ、事例検討会にて事業所全体で利用者のアセスメントやニーズの把握と共有をしている。</p>		

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者のアセスメントや、相談支援事業所のサービス等利用計画に基づいた個別支援計画書を策定している。6か月毎に本人と家族に面談しモニタリングを行ない、意向の確認を行っている。定期的なモニタリング前後のケア会議にて、個別支援計画書のサービスの妥当性を検証している。意向をもとに自立課題や強度行動制限のプランは、別途作成となっている。</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。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 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、職員間で共有化している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人統一のネットワークシステムや、日々の支援記録がスマホやタブレットでタイムリーに入力でき、文書記録に加え動画や写真の活用を行い、よりわかりやすい情報共有に努めている。また文書の記録を削減し、業務の簡素化も図れている。ITを用い事業所への書式の統一や情報の伝達・共有・記録が成されている。</p>		
45	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書や個人情報マニュアル・文書等の廃棄処分に等に関する規定をもとに利用者に関する記録の管理体制が確立している。職員研修会議において、人権擁護を載せた愛隣訓を用い、個人情報保護に関する研修を行なっている。</p>		

第三者評価結果

※すべての評価細目（30 項目）について、判断基準（a・b・c の3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。

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
1-(1) 利用者の尊重		
	1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>支援内容は相談支援専門員が作成するサービス等利用計画をもとに、個別支援計画書にて支援を行っている。本人の意向を把握できるように、絵カードや写真・その日のスケジュールを貼っているホワイトボード等、視覚での伝達を行っている。家族や経験の長い職員、療育研修の先生にも協力をお願いしている。</p>		
	1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>前日に翌日の活動表を作成し、担当職員を決めている。利用者はホワイトボードのスケジュール表にて、その日の担当職員を確認でき自身の活動も選択できる。外部のパン屋からの委託を受け、パンの販売の活動を行っており、外部と接触する機会となっている。利用者の会のピュアの方も毎月1回の運営推進会議に参加している。</p>		
	1-(1)-③ 利用者の自力で行なう日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月行う職員研修会議にて、利用者個々のスキルやできる力を検討し、個別支援計画をもとに自立を見守る部分と支援が必要な部分を見極めている。戸外での活動はもとより、食事時の利用者同士の相性も勘案した座席の配慮等、環境にも留意している。</p>		

	1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a・b・c
<p><コメント> 料理は毎月2回、メニューを楽しみながら行っている。ハートセンターのプール利用等の社会資源の情報を提供し、活用できている。「ご利用者をきちんとさんづけ致します。」といった人権宣言を利用者の前で行っている。理念に「障害があっても立派な人間に。生かされた人間ではなく自ら生きる人間に」と人権について謳っている。</p>		
	1-(1)-⑤ 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	a・b・c
<p><コメント> 身体拘束と行動制限に関しては、職員研修会議で個々のケースで検討し、必要な場合には個別支援計画へ記載し、本人家族へ説明し同意を得ている。行動制限実施記録書に記載し、報告書を法人本部へ提出し、行動制限実施計画書の3か月毎の見直しを行うといった一連の流れとなっている。職員研修として法人の身体拘束廃止の全体研修を実施し、強度行動障害の外部研修に参加している。</p>		
	1-(1)-⑥ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。	a・b・c
<p><コメント> 不適切な関わりについては、法人本部でマニュアルが作成されており、虐待防止委員会も作られている。事業所では、朝礼で理念を読み上げ人権侵害の無い支援を行うよう意識付けが行われている。毎月の職員研修会議に於いても不適切な関わり防止への研修を行なっている。万が一不適切な関わりが起きた場合には、法人本部の審査委員会にかけ、就業規則で処罰が規定されている。</p>		

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	
2-(1) 食事		
	2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a・b・c
<p><コメント> 個別支援計画書にもとづいた、食事提供は行っているが、食事に関してのマニュアルは作成されていない。食事時の配席やエプロン・箸・スプーン等の準備物や、きざみほぐしといった食事形態、糖尿病や胃潰瘍の利用者に対する食事支援等日々対応しており、実際の支援に即したマニュアルの作成を期待する。</p>		

	2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a・ <input type="checkbox"/> ・c
<p style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <p>同法人の給食部よりお弁当の配食がある。嗜好調査も法人全体としてそこが行っている。献立表は給食部の栄養士が毎週作っている。スペシャルメニューと呼ばれる行事食があり、利用者の楽しみとなっている。音や音楽・雑音で食が止まったり、一度に多くの量を口に詰め込んだり、まったく食を摂らない偏食の利用者が居たりと食事中には、特に留意が必要となっている。給食部からの配達なので、適温での食事提供が厳しいものとなっている。</p>		
	2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	<input type="checkbox"/> ・b・c
<p style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <p>食事の時間帯は、利用者が外部の活動から戻って来た時間に皆で同時に食事の時間となっている。食事摂取が早い利用者と時間がかかる利用者とは、落ち着いて食べられるように部屋を分けている。また、利用者同士の相性もあり、食事の配席には配慮している。</p>		
2-(2) 入浴		
	2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a・b・c
<p style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <p>・該当なし</p>		
	2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c
<p style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <p>・該当なし</p>		
	2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。	a・b・c
<p style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <p>・該当なし</p>		
2-(3) 排泄		
	2-(3)-① 快適な排泄ができるよう介助に配慮している。	a・b・ <input type="checkbox"/> c
<p style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <p>排泄の記録は、チェックリストを活用し、支援記録のケアラボで排尿量や排便の情報を確認している。外出時用に家族より紙おむつの預かりをしている利用者も居り、安心して戸外活動ができるようにしている。同性介助を基本としているが、トイレが1箇所男性・女性の区別がなく、プライバシーの配慮について改善を望まれる。（新施設を建設予定）評価基準では、排泄介助のマニュアル整備が求められており、今後マニュアルの作成を期待する。</p>		

	2-(2)-② トイレは清潔で快適である。	a・b・c
<コメント> 掃除当番チェック表を用いて、毎日掃除を行い、清潔に保たれている。		
2-(4) 衣服		
	2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a・b・c
<コメント> ・該当なし		
	2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a・b・c
<コメント> ・該当なし		
2-(5) 理容・美容		
	2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a・b・c
<コメント> ・該当なし		
	2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a・b・c
<コメント> ・該当なし		
2-(6) 睡眠		
	2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a・b・c
<コメント> ・該当なし		
2-(7) 健康管理		
	2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。	a・b・c
<コメント> 毎朝健康管理表にて利用者のバイタルチェックを行ない、ケアラボへ記録し職員間での情報共有を行っている。事業所では、法人本部が作成している医療マニュアルをもとに健康管理を行っている。定期的な健康診断は行っているが、通所施設であり、受診は基本的に家族が行っている。法人内の看護師の医療支援会議も定期的に行われ、ケース検討等の勉強会の場となっている。健康維持のため運動メニューの歩行やハートセンターの利用をしている。歯科医師等による定期的な口腔ケアの指導は行なわれていない。		
	2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a・b・c
<コメント> 法人本部の医療マニュアルや緊急時マニュアルに沿って、適切に対応している。重要事項説明書に緊急時の対応方法や協力医療機関を載せており、連携を図っている。		

	2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>通所施設のため昼の薬と頓服を管理している(飲み薬だけでなく目薬や塗り薬もある)。服薬が必要な利用者は毎朝持参し、看護師が対応している。日課表のホワイトボードに服薬を記載したり、服薬の変更時に、職員研修会議や朝礼で看護師が説明を行い、他職員も把握できるようにしている。職員は外部の薬の研修にも参加している。過去一度、早退時の服薬忘れがあったが健康上の被害はなかった。</p>		
2-(8) 余暇・レクリエーション		
	2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者や家族の意向を確認し、桜の花見や川や遠方の公園へ出かけている。年に1回親子レクリエーションとしてバスハイクを行っている。事業所からも毎月バスハイクを行い、ピュアの会の参加もある。(写真や動画で楽しそうな光景を確認した。)毎月2回社会福祉協議会から、ボランティアの受け入れを行っている。</p>		
2-(9) 外出、外泊		
	2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・該当なし</p>		
	2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・該当なし</p>		
2-(10) 所持金・預かり金等の管理		
	2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・該当なし</p>		
	2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・該当なし</p>		
	2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・該当なし</p>		

A-3 安全・衛生・事故防止

		第三者評価 結果
3-(1) 安全・衛生・事故防止		
	3-(1)-① 安全確保や衛生管理又は事故防止に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	a・b・c
<p><コメント> 法人本部にて、事故対応マニュアル・感染症防止マニュアル・緊急時対応マニュアル・災害マニュアルがあり、職員研修会議で各マニュアルをもとに日々の支援の振り返りを行っている。毎年業者と AED の研修も行っている。</p>		
	3-(1)-② 事故防止のためチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント> 事故だけでなく未然に防げた事例も含め、ヒヤリハットを毎月法人本部へ報告している。職員研修会議にて、防止策の検討を行っている。災害や運転に関する危険個所の掲示やチェックリストで、事故防止の確認を行っている。送迎用の公用車は業者による定期点検を行い、日々の点検や洗車は職員が行っている。利用者に対する安全教育として避難訓練を行い、避難場所へも一緒に歩いて行き災害時の訓練を行っている。</p>		