

福島県福祉サービス第三者評価結果表

① 施設・事業所情報

名称：生活介護事業所ポポロ	種別：生活介護	
代表者氏名：金野小百合	定員（利用人数）： 35（契約者 56 名）名	
所在地：福島県いわき市平下平窪二丁目 1-5		
TEL：0246-68-6564	ホームページ： http://popolo.i-fukuin.com/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 平成 23 年 1 月 4 日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人いわき福音協会		
職員数	常勤職員： 12 名	非常勤職員 4 名
専門職員	（専門職の名称） 名	看護師 1 名
施設・設備 の概要	（居室数） 4	（設備等） 食堂・ホール・作業室・トイレ・シャワールーム・静養室・相談室・事務室

② 理念・基本方針

法人理念：

法人創立者大河内一郎氏の理念である「聖書の信仰に基づき、社会福祉事業を行う」意志を継承し、利用者が個人の尊厳を保持しつつ、心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じた日常生活を地域社会において営むことができることを目指し、

1. 一人一人の意向を汲み自己実現ができるように支える。
2. 日々の暮らしの中で利用者の願いに確実に応え実践する。
3. 地域の福祉ニーズに積極的に応える。
4. 経営の透明性、信頼の確保に努める。

法人基本方針：

1. 利用者の自立支援の強化を図る。
2. 地域に移行する利用者に対し、必要な事業を積極的に図る。
3. 地域の理解と信頼を得るために、地域住民との関わりに努める。
4. 制度改革に伴い厳しい経営が予想されるので、的確な財務管理を行う。
5. 新制度に積極的に向き合い、信頼の確保に努める。

事業所理念：

障害者基本法第3条「個人の尊厳が重んじられ、その尊厳にふさわしい福祉サービスを保証される権利を有する」という理念に基づき、障がいのある人がより豊かな生活を送ることが出来るように、個々のニーズに応えながら、サービスの質を高め、生きがいある明るい活動の場としての充実を図る。また、地域社会の交流を大切にし、住民の理解と参加、協力が得られる地域に根差した福祉拠点としての活動を図ることを基本理念とする。

事業所基本方針：

「心のこもった生きがいあるサービスの提供」を基本とし、障がいがある方の想いを受け止め、「その人らしい生活」が送れるように支援を行うことを基本理念とする。

1. 利用されている方の生活に生きがいを持たせ、生活の向上と自立の促進を図る。
2. 利用されている方の身体的機能の維持・向上に努める。
3. 利用されている方が安心と豊かな生活が送れるよう笑顔と真心で支援する。
4. 利用されている方の人権の配慮とプライバシーの確保に努める。
5. 利用者、家族、地域から信頼されるサービス事業所を目指す。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・菓子・パン作り、手芸・さき織り、再生紙ハガキづくりの3つを中心とした生産活動を行い、工賃を支払うことで、利用者への生きがい獲得と日々の活動の意欲・能力向上を目指している。
- ・生産品の販売により、地域との架け橋、障がいへの理解の場になるように取り組んでいる。
- ・作りたてのパン給食を取り入れ、食事のバリエーション向上とパンを用いた買い物行事により社会参加・意思決定の支援を行っている。
- ・月に1度以上の行事の実施で利用時の満足度向上や社会参加を図っている。
- ・虐待防止や感染対策では定期的な会議を行い、利用者への理解促進には職員によるロールプレイを用いてわかりやすい説明を心掛けている。
- ・苦情解決や虐待防止の取り組みにおいては、問題が起こってすぐに周知・会議・報告を行い、問題の早期発見・解決に取り組んでいる。
- ・その他運営に関する会議・ケース会議などを定期的に行い、問題解決等に早め早めに当たっている。
- ・職員個々の能力向上の為、オンライン研修などを積極的に取り入れている。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年4月25日（契約日） ～ 令和5年2月20日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	回（ 年度）

⑤ 第三者評価機関名

NPO 法人福島県福祉サービス振興会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 職員一人一人の教育・研修の機会の確保について

職員の研修履歴を確認し、職員ごとの年間研修計画を立てパート職員を含めた全職員が知識や技術に応じた研修を受講できるようにしている。

また、新任職員のOJTは有資格者やベテラン職員を中心にした3人体制のチームを編成してチームで実施する制度を独自に設けている。さらに、今年度から法人の他の2つの事業所とともに、多くのコンテンツを備えスマートフォンで短時間で研修ができる障がい福祉専用eラーニングを導入し、全職員がいつでも受講できるようにしている。事業所においても強度行動障がいや自閉症対応のTEACCHプログラムの研修受講に力を入れている。

2. 公益的な事業・活動の実施について

事業所の職員が委員として活動に参加している法人の地域貢献委員会が中心になって、生活困窮者やひきこもりの住民を法人施設に招きレクリエーションなどを通して交流を図る「困窮者に対するふれあいサロン」や独居の高齢者を対象とした無料食事会、小学校での福祉体験教室の開催、地域の公園の清掃活動など地域貢献事業を実施している。

また、事業所独自の地域貢献事業として、地域交流を兼ねた老人会との合同運動会や子供会を招きパン作りや料理教室の開催を行っている。

3. 利用者の自己決定やエンパワーメントへの取り組みについて

買い物訓練による金銭管理やショッピングで商品を選ぶ経験を積んでいる。また、毎日の活動もお菓子作り・紙漉き・手芸などの作業を毎朝利用者に選んでもらうなど自己決定の機会を多く持っている。利用者の特性についても他利用者に説明し、理解を得るなど特異な行動があっても混乱しないようにしている。会話が困難な利用者に対しても自己決定できるようスケジュール表・絵カード・動画など様々な方法を工夫し希望や意志を確認する取り組みをしている。職員がロールプレイで権利について演じて見せて、「いや」と声を出せることを学ぶなど体験機会を通じて利用者の意思表示やエンパワーメントにつなげている。

◇改善を求められる点

1. 利用者や家族への事業計画の周知について

事業計画はホームページに掲載して利用者等を含め広く周知しているが、利用者や保護者へは配布していない。事業計画は利用者にとって大事な情報であり、保護者の協力を得るためにも分かりやすい内容で作成し、利用者や家族へ配布することが望まれる。

2. 利用者満足度への取り組みについて

毎日の活動の中から食べたいものややりたいこと等、利用者の希望をくみ取っている。行事は毎回利用者と振り返りを行い、要望を聞いて次回の改善につなげている。

なお、利用者や家族から意見を聞く利用者会や家族会は設けていない。また利用者や家族のアンケート調査も実施していない。利用者個々の満足度を把握し、サービスに活かしていくためにも職員がファシリテーターとなって利用者同士話し合える場や方法を研究し、意思表示の機会を増やし利用者のエンパワーメントをつなげていく取り組みが望まれる。家族アンケートなどの実施も望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度の第三者評価受審により、当事業所における事業運営並びに支援体制について、現状を把握し改善のための課題を明らかにすることができました。

総評の中の改善点にありました、事業所中長期、短期事業計画の内容について、実行可能な計画にするために、数値目標や具体的な成果が評価できる計画策定をすること、また、事業計画について、家族・利用者へ分かりやすく説明した計画を策定し、より身近に周知していただく工夫を改善し取り組んでいきます。利用者満足度調査については、中長期計画にはあげているが実施には至らず、現在は行事等に利用者の希望を取り入れ実施している状態にとどまっておりました。改めて体制の見直しを図り継続的に実施することで、利用者個々の満足度を把握し、サービスに活かせるよう取り組んでいきます。他、ご指摘を頂いた事項について、全職員で検討を行い利用者個々がそのひとらしい生きがいある生活が実現できるようより良いサービスの質の向上を目指した体制を構築していきます。

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（共通評価基準）

※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、基本方針を確立・周知している。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念・基本方針を策定しており、さらに事業所でも独自に理念と基本方針を定めている。理念・基本方針はホームページに掲示し、事業報告書・重要事項説明書等に記載している。職員へは、年度初めの研修会で事業計画の説明のなかで理念や基本方針に触れて説明を加えている。また、毎週月曜日のミーティングで理念と基本方針を唱和し、浸透を図っている。</p> <p>なお、保護者や利用者には契約時に重要事項説明書にもとづき理念や基本方針を説明する程度に留まっているため、わかりやすい資料を作成するなど工夫を行い周知することが望まれる。</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を的確に把握・分析している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月、事業所の利用状況一覧・残高試算表・予算対比表により利用者の推移やコスト分析を行い、経営状況の把握分析を行っている。</p> <p>また、福祉新聞や社会福祉法人経営者協議会などからの情報に加え、日本知的障害者福祉協会の全国施設長会議や東北地区施設長会議へ出席して社会福祉事業全体の動向を把握している。地域の相談支援事業所や特別支援学校との情報交換やいわき市自立支援協議会への参加を通して地域のニーズ等の把握を行っている。さらに、施設長は福島県知的障害者福祉協会の政策委員長になっており、地域の福祉計画等の政策動向の把握を行い、行政への提言や要望のとりまとめを行っている。</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></p> <p>利用者の推移や予算対比表などから現状分析を行い、事業所の運営会議で課題や問題点を明確にして、経営課題を文書にまとめ毎年のヒアリングで法人本部へ報告している。</p> <p>また、経営課題は事業報告書にも明記しており事業所の経営状況や課題について法人の役員間で共有している。職員へは運営会議の会議録やヒアリング資料を回覧して周知している。特別支援学校への利用希望者照会や相談支援事業所への働きかけを行い、利用者の確保を図り経営の安定に努めている。</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を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人内の各事業所から選出された職員で構成した法人将来ビジョン策定検討会での協議を経て、令和3年度からの短期計画(3年)と中長期計画(10年)を策定している。この短期計画と中長期計画において理念や基本方針の実現に向けたビジョンを明確にし、経営課題等の解決に向けた体制強化の事業と実施スケジュールを示し、具体的な数値目標を設定している。また、短期及び中長期の収支計画は財政健全化計画として策定している。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所の単年度計画は、法人の短期・中長期計画にもとづき策定し、事業計画は単なる行事計画でなく、内容は実行可能なものとなっている。</p> <p>しかし、単年度計画は数値目標や具体的な成果等を設定したものにはなっていない。できるだけ数値目標の設定や具体的な成果が評価できる内容として、実施状況が評価できる単年度計画の策定が望まれる。</p>		
I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>各係や委員会で事業の実施結果の振り返りや課題検討を行い、事業計画を策定している。年度初めの研修会で事業計画を全職員に配布し、説明して理解を図っている。事業計画は、上半期経過後に試算表や活動状況を確認し、計画の実施状況を確認している。</p> <p>なお、組織的な実施状況の評価や評価結果にもとづく見直しが実施されていないため、評価や見直しの手順を含めた仕組みづくりが求められる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント></p>		

事業計画はホームページに掲載して利用者等を含め広く周知しているが、利用者や保護者へは配布していない。

なお、事業計画は利用者にとって大事な情報であり、保護者の協力を得るためにも分かりやすい内容で作成し、利用者や家族へ配布することが望まれる。

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を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に 行い、機能している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人のアクションプラン 2025 で定めた評価確認表にもとづき、職員全員が自己評価を行い、施設長が集計し法人本部に提出するとともに、職員に回覧し周知を図っている。問題が発生した時点で、その都度、サービス向上会議やリスクマネジメント会議等を開催し、課題の分析や改善策を協議し、職員に周知しながら改善に努めている。</p> <p>しかし、法人のアクションプラン 2025 の評価確認表の評価項目は第三者評価の共通評価基準の項目がほとんどで、国の内容評価基準などのサービス提供に関する項目が入っておらず、実質的なサービス内容を評価する制度になっていない。実質的なサービス評価とするためにも評価項目の見直しを行い、評価結果を単なる集計にとどめることなく具体的な改善に反映させる取り組みが望まれる。</p>		
9	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>課題の早期発見に努め、問題の発生の都度、支援会議・リスクマネジメント会議・ケース会議を開催し、課題の分析や改善策を協議している。課題分析の結果や改善策は職員に回覧し、ミーティング等で説明して実践に繋げている。</p> <p>なお、問題が発生した時に随時改善を図っているが、サービス評価が十分になされていないため、組織的計画的な改善策の実施に至っていない。サービスの振り返りや評価を十分に行い、取り組むべき課題を明確にしたうえで組織的計画的な改善策の実施を行うことが望まれる。</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) 管理者の責任を明確にしている。		
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>施設長は、年度初めの研修会で自らの役割と責任に触れながら事業方針や事業計画を職</p>		

員に説明している。また、職務分掌の説明を行い、職務権限について周知を図っている。職務分掌では、有事の際の施設長の権限委譲について代理者及び代理者不在時の副代理者を明確にし、職員に周知している。		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>遵守すべき法令等は、法人で開催する施設管理者研修や社会保険労務士による勉強会や日本知的障害者研究協議会の研修会に参加して理解に努めている。</p> <p>また、福祉関連の法令のみでなく、消費者契約法や産業廃棄物処理法など事業所に関連する法律等を把握し、事業所で排出するごみは廃棄物処理業者と契約して処分を行っている。また、職員に対しては就業規則・障害者総合支援法・障害者差別解消法などに加え、利用者の送迎業務があることから道路交通法などについて周知し、就業前のアルコールチェックや免許証の確認を行い、法律改正の度に周知を図り法令遵守の徹底に向けて取り組んでいる。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、日頃から現場に入り職員の支援内容や利用者の状況の把握に努め、課題があればその都度会議を主催し、話し合いのうえ改善を図っている。</p> <p>また、支援会議・サービス向上会議・リスクマネジメント会議など事業所の全ての会議に参加し、提案や指示を行い改善に向けて指導力を発揮している。業務のグループ化を進めチーム内での結束や協力関係の構築、チーム内での新人を育てるOJTが可能となり職員育成につながっている。さらに、昼食時の職員休憩時間をしっかりとれる体制を作るなど、職員が職務に集中できる環境づくりを主導して福祉サービスの向上に努めている。</p>		
13	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、毎月利用状況や収支を確認して経営状況の分析を行い、加算等の要件を満たす専門職の人員体制や施設整備等の要求書を作成して法人へ提出している。</p> <p>また、施設長は、利用者数や利用回数の減少が経営に影響を及ぼすことから、毎月の利用動向を確認してサービス管理責任者に指示し、相談支援事業所へ新規利用者等の確保に向けた働きかけを行っている。さらに、1日の利用者の定員超過が恒常化し減算の恐れが発生したため、職員と協議し土曜日を開業日に追加して利用者の平均化を図り、収入の確保に努めている。</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、人事管理の体制を整備している。		
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	a・①・c

	を確立し、取組を実施している。	
<p><コメント></p> <p>職員の採用や配置は法人本部の所管であるため、法人のヒアリングを通じて人員要求を行っている。法人本部では、福祉説明会やハローワーク、新聞チラシ、学校訪問などあらゆる方法を駆使して募集活動を行っている。学校訪問では、新人職員の出身校へ職員と施設長と一緒に訪問し、募集に努めている。中途職員の募集は事業所の担当であるため、事業所独自でハローワークを通じて募集活動を行っている。</p> <p>なお、必要な人材や人員体制に関する基本的考え方や専門職員など必要な人員等に対する具体的な計画が定められていないため、基本方針や具体的な計画の策定が望まれる。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>正職員採用内規や職階制度内規、キャリアパスを定め、人事基準を明確にしている。職員の人事評価は人事考課運用基準が具体的に定められ、「福祉介護職員の能力評価表」により第一次評価者(係長)と第二次評価者(施設長)の複数人で評価を行い、客観的な評価を行う体制が整備されている。人事に関する内規は法人の職員専用サイトからアクセスして閲覧でき、また、職員に説明のうえファイリングして事業所に備え付け、いつでも確認できるようにしている。さらに、毎年職員アンケート調査を行い、異動の希望や人事に関する意見を把握し、人事に反映している。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>年2回の個人面談の他に、職員の希望や必要に応じて随時面談を行い、職員の意向を聞きながら職場環境を整えている。子育て世代が多く、子どもの急病等による突然の年休取得が発生するため、「お互い様」の風土づくりに努めている。施設長は、毎月、職員の年休取得や時間外勤務の状況の集計を行い、職員の就業状況を把握し、残業時間の削減に努めている。</p> <p>また、年1回の職員健康診断を実施し、ストレスチェックの結果は法人の医師の評価にもとづき対応するなど、職員の心身の健康保持に努めている。法人では、ハラスメントに関する相談窓口を3ヶ所設け、電話やメールによる相談にも応じて相談しやすい体制を整備している。さらに、行政の「イクボス」や「くるみん」等の認証を受け、短時間勤務を希望する職員には勤務形態を変更するなど働きやすい職場づくりに努めている。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>人事考課表の自己評価シートを使用して、目標管理制度を運用している。4月に本人が記載した目標をもとに係長が面談し協議を行い、その後に施設長が面談のうえ目標設定の内容や期限について確認している。設定期間が半年間で9月に係長と施設長がそれぞれ面談し達成度を確認し評価を行い、職員一人一人の育成に努めている。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・	a・②・c

	研修を実施している。	
<p><コメント></p> <p>毎年、研修企画担当である施設長と係長が協議して、年間研修計画を策定し、階層別・職種別・テーマ別の研修を実施している。法人の階層別研修を計画に取り入れるほか、独自に個別の研修を計画している。職種別の研修は専門性を高めるため外部研修を活用し、コロナ禍においても事業所内でオンラインの研修が受講できるよう環境を整えている。</p> <p>なお、定期的な研修計画や研修内容等の評価や見直しが行われていないため、これらの評価や見直しの実施が望まれる。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の専門資格は、資格者証原本のコピーを保管し「労働者名簿」（履歴書）に記載して管理し把握している。新任職員の教育・研修のため、有資格者やベテラン職員を中心に3人体制のチームを編成しチームごとに新任職員への個別のOJTを行う制度を独自に設けている。</p> <p>また、「労働者名簿」に記載している研修履歴を参考にして、職員ごとの年間研修計画を立てパート職員を含めた全職員の知識や技術に応じた研修が受講できるようにしている。外部の研修情報を収集して回覧し、職務に関する研修を希望する職員には出張扱いとして研修機会を確保している。さらに、今年度から法人の2つの事業所とともに独自に多くのコンテンツを備えスマートフォンを利用し、短時間で研修ができる障がい福祉専用eラーニングを導入し、全職員がいつでも受講できるようにしている。</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・育成を適切に行っている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>実習生マニュアルを作成し、専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。小規模の通所事業所であるため福祉専門職の実習申し込みはほとんどないが、特別支援学校教員の体験実習を毎年受入れている。</p> <p>なお、教員用の実習プログラムは作成しているが、福祉専門職等の特性に配慮したプログラムは用意しておらず、指導者に対する研修も実施していないため、いつでも受け入れができるようにプログラムの作成及び指導者の研修の実施が望まれる。</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を行っている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	a・㉓・c
<p><コメント></p> <p>ホームページや広報誌で、法人や事業所の理念・基本方針、提供している福祉サービスの内容・事業報告書・予算書・決算書などを公開している。法人の広報誌は、各事業所・関係機関・公民館の他に、地域の区長を通じて周辺地域の約300戸の住宅等に配布してい</p>		

<p>る。また、事業所のサービス内容を掲載しているパンフレットは、市役所・特別支援学校・相談支援事業所に配布している他に福祉センターや公民館に備え付けてもらい、住民がいつでも入手できるようにしている。</p> <p>なお、苦情相談の体制や内容について公表がなされていないため、ホームページ等での公表が望まれる。</p>		
22	<p>Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。</p>	①・b・c
<p><コメント></p> <p>事務・経理・契約等のルールは、経理規程や管理規程により明確に規定しており職員に周知している。また、契約については金額により専決区分を規定しているが、契約は全て理事長名で行うルールになっているため、理事長印押印のため理事長の決裁が必要となっており、結果として全ての契約についてチェックを受ける体制になっている。</p> <p>さらに、毎年、経理及び事業内容について、事務局長や事務課長、本部職員による内部監査を実施し、法人監事による定期監査に加え公認会計士(独立監査人)の監査を受けている。それらの監査結果の指摘事項等に基づき経営改善を図っている。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。</p>		
23	<p>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。</p>	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人では地域との交流を図るために、毎年、地域の3地区の区長との合同懇談会を開催している。また、事業所では、毎年、地域の老人会との合同運動会の実施や子ども会を招いてパン作りや昼食づくりを行い、利用者との交流の機会を設けている。さらに、日常的に散歩の途中で近隣の住民と挨拶を交わし、近くの商店で買い物をしながら馴染みの関係づくりに努めている。</p> <p>なお、地域の社会資源については、関係機関のパンフレットや冊子を収集し「地域社会資源綴り」としてファイルにまとめ、職員室に備え付けて職員が支援の際に活用できるようにしている。</p>		
24	<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>	a・①・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れマニュアルを策定し、受入れの基本姿勢を明文化し、登録手続きやボランティアへの事前説明等を定めている。地域の中高生のサマーショートボランティアや特別支援学校の体験学習を受け入れている。また、長年に渡り支援いただいている地域の個人ボランティアは、コロナ禍においても紙芝居、絵本の読み聞かせ、散歩や行事の付き添い、クラリネットの演奏などを通して利用者との交流を継続している。</p> <p>なお、地域の学校教育への協力を行っているが、基本的な考え方等が示されていない。また、ボランティアへの研修や支援がなされていないため、学校教育の協力等について明</p>		

文化し、ボランティアへの研修や支援への取り組みが望まれる。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。		
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を適切に行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>地域の関係機関・各種団体のパンフレットや市発行の「暮らしのお手伝い」を綴ったファイルを事務室に備え付け、ミーティングや支援会議で職員へ説明して共有を図り、支援の際に活用できるようにしている。いわき市自立支援協議会やいわき地区障害者福祉連絡協議会の会議に参加し、地域の共通の課題等に対する情報交換や連携を図っている。</p> <p>また、日常的に法人内の事業所や相談支援事業所、特別支援学校とは情報交換を行い、連携に努めている。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組を行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>地域防災会議・いわき市自立支援協議会・いわき地区障害者福祉連絡協議会などに参加して地域の情報やニーズの把握に努めている。</p> <p>また、施設長が委員になっている地区福祉推進委員会では障がい者だけでなく、高齢者・児童・ひきこもりなど様々な課題について協議しており、地域の全体的な福祉ニーズの把握ができています。さらに、日常的に法人内の施設長会議や相談支援事業所・特別支援学校との情報交換を通して、地域の課題や福祉ニーズの把握を行っている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>公益的な活動は、事業所の職員も委員として参加している法人の地域貢献委員会を中心に、把握した地域の福祉ニーズを踏まえ法人全体で地域貢献事業に取り組んでいる。地域貢献事業として、生活困窮者や引きこもりの住民の居場所づくりとして法人の施設を会場にレクリエーションなどで交流を図る「困窮者に対するふれあいサロン」や独居高齢者等を対象にした無料食事会、小学校での福祉体験教室の開催、地域の公園のゴミ拾い活動などを行っている。事業所独自の活動としては、地域交流を兼ねた老人会との合同運動会、子ども会とのパン作り教室や料理教室を実施している。</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を明示している。		
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。	①・b・c

<p><コメント></p> <p>事業所理念の中に尊厳を入れ支援の基本としている。毎朝のミーティングで唱和し共有に努めている。権利擁護委員会を中心に障がい者虐待防止チェックリストを使って職員全員がふり返りや自己覚知の機会を設けている。事業所・法人ともリスクを把握し課題を踏まえた研修を行い、利用者を尊重した支援の徹底に努めている。</p> <p>また、職員が利用者前で不適切な支援例をロールプレイで見せる取り組みを行う等、利用者自ら声をあげられるよう利用者の人権意識の理解に努めている。</p>		
29	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を行っている。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>プライバシーマニュアルを整備し、職員に周知している。利用者の着替え時はカーテンを用いてプライバシーに配慮している。利用者にもトイレの利用や着替えについてマナーやモラルについて学ぶ機会を設けている。家族への情報伝達は送迎時口頭で伝えているが、それを利用者が嫌がる場合は、連絡帳を使う配慮もしている。</p> <p>なお、事業所でのプライバシーへの取り組みについて家族に文書等で説明する機会は設けていないので、契約の際文書で説明する等、理解を得る取り組みが望まれる。</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）を適切に行っている。		
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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>ホームページで「事業所を利用するにあたって」を公開する他、活動状況がわかる写真を多用したパンフレットも作成し特別支援学校や相談機関に配布している。利用希望者には見学や利用者と同じプログラムで体験ができる機会を設けるなど本人が利用を決定できる環境を整えている。</p> <p>なお、パンフレットには、サービスの基本となる事業所理念の記載がないので記載するとともに、現状に合わせた定期的な見直しを行う他、公共施設へ置くなど多くの人が入手できるような工夫が望まれる。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>ルビを振った重要事項説明書を読み上げて説明している。利用前に見学や体験を受け入れ、本人が理解し利用を判断できるようサービス内容も説明している。意思決定が困難な利用者には計画相談担当にも立ち会ってもらうなど丁寧に説明し、サービス利用の意思決定をしてもらっている。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>事業所変更の時は担当者会議で申し送り事項として情報を伝えている。家庭復帰の時は計画相談機関に伝え、継続した相談を受けられるよう支援している。</p> <p>しかし、継続性に配慮した引き継ぎ書などは様式の定めがなく、口頭での申し送りとな</p>		

<p>っていることから文書で引き継ぐことが望まれる。サービス利用終了時も引き続き相談に応じている旨や担当者名を文書にする等、本人や家族が不安なく次の段階に進める工夫が望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
33	<p>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。</p>	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>毎日の活動の中から食べたいものややりたいこと等、利用者の希望をくみ取っている。行事は毎回利用者と振り返りを行い、要望を聞いて次回につなげている。</p> <p>なお、意思表示が難しい利用者が多く、利用者会や家族会は設けていない。また利用者や家族のアンケート調査も実施していない。利用者の満足度を把握し、サービスに活かしていくためにも職員がファシリテーターとなって利用者同士話し合える場や方法を研究し、利用者同士話し合える機会を増やし利用者の満足度を把握するとともに家族へアンケートを行う等、意見や要望を把握する機会を多く持つことが望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。</p>		
34	<p>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。</p>	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みが定められ、苦情解決責任者・受付担当者・第三者委員を記載したポスターを事業所内に掲示する他、利用開始時には重要事項説明書で周知している。玄関に意見箱を設置しいつでも意見を出せるようになっている。意見や苦情が出されれば、法人の苦情解決部会で検討し、結果や改善策を利用者・保護者に説明している。</p> <p>なお、検討結果を理事会に報告しているが苦情の内容の公表はしていないので、プライバシー面に配慮しながらホームページや広報誌、事業所内掲示等で公表することが望まれる。</p>		
35	<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。</p>	①・b・c
<p><コメント></p> <p>相談する際は1対1での対応をルール化し、プライバシー面に留意しながら個室で応じられるようにしている。利用者には、誰に相談しても良いことを伝えるなど、利用者は気が合う職員を選んで相談出来るようになっている。職員は、常に利用者の表情や態度から不満や困っていることが無い把握し、声をかけている。</p>		
36	<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。</p>	①・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の障がい特性に応じた方法を用いて相談に応じている。相談を受けた場合はケース記録に記載し、申し送りで情報を共有している。内容によっては相談事業所と連携して迅速に対応している。</p> <p>また、言葉にできない相談に対しては様々なコミュニケーションツールを使うとともに親に同席してもらい代弁してもらい取り組みをしている。さらに職員間で本人の思いを検</p>		

討し、くみ取る工夫もしている。		
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を行っている。		
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を構築している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>事故やヒヤリハット、無断外出等リスクに対応したマニュアルを整備し、責任者を明確にしている。リスク発生時にはヒヤリハット報告要旨に記録し、リスクマネジメント会議で対応や支援の在り方を検討している。結果はミーティングで報告し、職員間で情報を共有している。</p> <p>また、リスクを把握し共有できるよう現在記録の書き方を話し合っている。リスク要因となる嘔下・転倒・介助事故等について内部研修を行い、職員の意識や対応の方法についての理解を図っている。さらに、ヒヤリハットを収集・検証し、その中から課題を見つけ内部研修のテーマにして事前の予防につなげている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>看護師を中心に感染予防対策委員会を持ち、感染症への対応方法などを研修するとともに、状況把握や対応を行っている。法人・事業所ともBCP計画を作成し、パーティションの設置、オゾンによる室内・送迎車内の消毒を行う他、利用者はマスク着用や手洗いの動画を見て感染症予防の重要性を学んでいる。</p> <p>また、実際手に絵の具をつけそれを落とす手洗い方法を具体的に体験させ、正しい手洗いの方法を教えている。さらに、コロナ対策も定期的に見直し、家族・保護者に周知し感染予防に努めている。午前・昼・午後の座席や送迎車ごとに利用者の座席位置を記録し、コロナ発生時の濃厚接触者をすぐ割り出せるような対応も取っている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>自衛消防隊を設置し職員の役割分担が決められており、あらゆる災害を想定し、消火訓練年1回、通報訓練年2回、避難訓練年4回の訓練を計画している。今年度は火災を実施する他、水害訓練を予定している。消防署立ち会い訓練はコロナ禍のため中止となっている。緊急時の家族やグループホームとの通報連絡網も作成し通報訓練をしている。地域防災会議にも参加し、地域の災害リスクを把握するとともに協力関係も築いている。</p> <p>また、事業所は2019年台風で3mの浸水被害を受けており、予報が出た時点で早めに自宅やグループホームに帰す計画を立てている。残った利用者は法人内の他の安全な事業所へ避難する計画を立て安全確保に努めている。事業所には3日分の食料品やコンロ、ヘルメットなど災害用品が備えられている。</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を確立している。	

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を文書化し福祉サービスを提供している。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者を中心に支援員会議で話し合い、「標準業務マニュアル」・「危機回避対策マニュアル」を策定し、支援の標準化に取り組んでいる。ミーティングで支援方法を確認し、不都合があれば見直すこととしている。</p> <p>なお、実施状況を振り返り、マニュアルが機能しているか確認する仕組みはないので、個別支援記録と連動させながら確認する機会を持ち、その中から課題を見つけマニュアルの見直しにつなげていくことが望まれる。</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を確立している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>従来はその日に職員の業務を決めていたが、今年度から職員を4つのグループに分け、チーム内で協力して業務を行う仕組みに変更している。業務が固定化したことで先を読んで業務を遂行できることでチームの結束や協力が生まれ、お互いに補い合える関係ができ上がりOJTが機能する体制となっている。各チームの問題点や課題は支援員会議で検討し、改善につなげている。</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を策定している。		
42	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>アセスメントマニュアルが整備され、計画作成までの手順や手法が確立している。サービス管理責任者が利用者・家族の意向やニーズを聞き、相談支援事業所の相談支援専門員のサービス等利用計画を踏まえ、短期目標・長期目標を立てサービス実施計画を作成している。</p>		
43	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者担当が決められ、サービス計画の評価とモニタリングを行い口頭でサービス管理責任者に伝え、サービス管理責任者はそれをまとめている。年2回個別支援会議を行い、支援計画の評価を行っている。支援計画は原則長期目標となる期間1年ごとに見直しをしている。また、計画の途中であっても就労希望など利用者の意向が変わったり、状況変化があった場合は随時見直しをしている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。		
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を適切に行い、職員間で共有化している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>ケース記録・活動日誌(全体活動)・医務の記録があり、回覧している。サービス管理責任者と管理者が確認し、訂正を加えるなど記載方法等の統一を図っている。毎朝ミーティングで情報の共有が行われる他、パソコンのネットワークシステム中で情報を共有してい</p>		

る。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>文書管理規程があり管理者が責任者となっている。保存年限や廃棄方法などを示し管理を行っている。職員に対し個人情報保護についての研修を実施し、取り扱いについて理解を図っている。パソコン内の情報はID・パスワード管理が行われ、情報が外部に洩れないよう対応している。</p>		

第三者評価結果（内容評価基準）

※すべての評価細目（19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 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A ①	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>お小遣いで買い物訓練を行い金銭管理やショッピングで商品を選ぶ経験を積んでいる。また、毎日の活動もお菓子作り・紙漉き・手芸などの作業を毎朝利用者に選んでもらうなど自己決定の機会を多く持っている。</p> <p>また、利用者の特性についても他利用者に説明し理解を得るなど、特異な行動があっても混乱しないようにしている。会話が困難な利用者に対しても自己決定できるよう、スケジュール表・絵カード・動画を用いて様々な方法を工夫し希望や意志を確認する取り組みをしている。さらに、他利用者からの視線や音を気にせず過ごせるよう段ボールなどを用いて落ちついて過ごせるスペースを作る工夫もしている。</p>		

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A ②	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組を徹底している。	①・-・c
<p><コメント></p> <p>法人全体の苦情委員会が年4回開催され管理者が参加している。また、事業所内でリスクマネジメントの一環として虐待防止対策委員会を設置し、利用者の権利擁護について評価している。権利侵害の早期発見のため虐待チェックリストを用い、毎月振り返りの機会を持っている。利用者自身が嫌なことに対し声をあげられるよう職員によるロールプレイで虐待について学び、「いや」と声を出せるような取り組みをしている。ヒヤリハットや事故についてはリスクマネジメント会議で協議し、対応策を含めて結果を保護者に報告している。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		

<p>A ③</p>	<p>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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づき、利用者の持っている能力や環境、日常生活の状況を把握し、作業の選択やお小遣いを使った買い物の訓練、生産活動を通じた工賃の支給、食事や排泄の自立等日々の生活の中で自己選択・自己決定の機会を可能な限り設け、自律・自立生活に向けた支援を行っている。</p> <p>また、行政手続きなど生活関連サービス等の利用についても相談支援事業所が利用者と関わり、学べる体制になっている。</p>		
<p>A ④</p>	<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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>利用者の障がいの特性に合わせ、コミュニケーションを図れるよう筆談・文字盤・絵カードの他タブレット・ユーチューブ等を活用している。</p> <p>また、代弁者(家族やグループホーム世話人)の協力も得て、利用者の意思や希望を理解するための取り組みを行っている。さらに、職員研修で様々な技法を学び、障がい特性に合わせたティーチプログラムなども取り入れコミュニケーションを確保する支援に取り組んでいる。</p>		
<p>A ⑤</p>	<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適切に行っている。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>日々の活動の中で可能な限り選択できる機会を設け、障がいに応じ利用者の意思決定ができるような支援を行っている。意思の表出が難しい利用者は表情や態度から意思を把握したり、写真を示し選択してもらう工夫をしている。訴えたい気持ちがある時は、個別に相談に乗り、支援会議等で全職員に周知し検討を行い、結果を個別支援計画・個別支援マニュアルに反映している。</p>		
<p>A ⑥</p>	<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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づき利用者の希望を取り入れ、生産活動・体操・小人数に分けた散歩・カラオケ大会等を計画し、利用者は日中活動を自由に選択できている。利用者の希望で刺し子の実習を取り入れるなど内容の見直しも行っている。利用者の参加意欲促進のためシールや景品を準備し、楽しく参加できるよう工夫している。また、地域の公共施設(アクアマリン等)の催しの情報を伝え、余暇活動に活かしてもらっている。</p>		
<p>A ⑦</p>	<p>A-2-(1)-⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>職員は強度行動障がいや発達障がいに関する研修会に参加し、専門技術の習得につとめる他、障がい特性に応じた支援が出来るように他職員にも伝達研修やOJTで知識を伝えている。行動障がいに対してはその要因まで記録に残し、支援会議やケース会議で支援方法</p>		

の検討見直しをしている。困難事例については事業所内の検討に留まらず法人の「生活介護連絡会」で課題検討を行い、他事業所職員や相談支援事業所から助言を得て対応している。

		第三者評価結果
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A ⑧	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づき、個別支援マニュアルを作成し、利用者の状況に配慮した支援を創意・工夫しながら実施している。食事は2社から交代で弁当を取り提供する他、事業所の作り立てのパンを使ったパン給食を行っている。状況に応じ刻み食やペースト食の対応も行い安全においしく食べる工夫をしている。</p> <p>また、汚染時はシャワー浴と着替えを行っている。排泄は自らトイレに行き、排泄自立が出来るよう見守り支援を行っている。日常生活はストレングス視点で利用者自身が助けを求められるような支援を行っている。介護方法は介護福祉士の資格を持つ職員からOJTが行われ、介助技術の向上を図っている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(3) 生活環境		
A ⑨	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を確保している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント会議・支援会議等で検討し、落ち着いて作業できるような活動空間づくりに努めている。急に走り出してしまう利用者の障がい特性について、他利用者に説明し行動を抑制せず、安全配慮の声掛けをルール化し利用者の協力を得ている。トイレでは左右の足型を描き、間に中央線を入れるなど安全にトイレの順番待ちができる工夫をしており、利用者が自然と生活ルールが学べる環境を整えている。</p> <p>また、クールダウンできる部屋はないが、障がい特性に応じてパーテーションを利用して落ち着ける環境づくりを行っている。無断外出マニュアルや事故防止・ヒヤリハットマニュアルなどがあり、安全・安心への取り組みをしている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A ⑩	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。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>日常生活力の低下を防ぐため利用者の心身に合わせた機能訓練・生活訓練を職員が工夫して行っている。また、同法人の病院の指示を受けながら、職員が拘縮予防や姿勢保持の機能訓練も行っている。</p>		

なお、利用者ごとの機能訓練計画は作成していないので、今後は同法人配置の理学療法士や専門医から助言や指導を受け、機能訓練計画を作り個々の利用者の状況に応じた訓練の実施が望まれる。

		第三者評価結果
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A ⑪	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の健康管理をするため、毎日バイタルチェックを行い健康状況を把握するとともに様々な支援の場面を通じて利用者の健康状態の把握に努めている。個別支援マニュアル・バイタルチェックマニュアル・応急処置マニュアル等を整備し、てんかん発作など緊急時の対応が必要な利用者に対しては個別の緊急マニュアルも整備し、迅速かつ適切な対応ができるように支援している。</p>		
A ⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援を適切な手順と安全管理体制のもとに提供している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>生活介護の施設のため医療的ケアを行う利用者はいないが、看護師を中心に服薬管理や食物アレルギーなど個別に対応している。感染症予防対策等は定期的な研修を実施し、誤薬や飲み忘れを防ぐため、服薬チェック表を作成しダブルチェックを行っている。服薬管理対応及び個別の緊急対応マニュアルは見える場所に掲示しいつでも確認対応できる体制になっている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A ⑬	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>コロナ対策で社会参加の機会が少なくなりましたが、小集団で買い物や公共施設の利用、ドライブ、近隣の公園の散策の外出支援や室内で様々な体験ができるように行事や学習を企画し、社会体験の機会を持っている。文字や絵・創作作品などは室内に掲示し学習意欲を高めている。また、可能な限り散髪や昼食の買い物など、利用者の希望に応じ支援を行っている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A ⑭	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。	①・b・c
<p><コメント></p>		

入所施設やグループホームと連携し情報提供を行い、地域生活移行を希望する利用者へ移行の受け皿となる施設を探したり、相談事業所との連携でグループホームの見学・体験を行い徐々に利用日数を増やし地域移行につながる支援を行っている。利用者の希望と意向により地域生活移行や就労移行支援も行っている。

		第三者評価結果
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A ⑮	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。	③・b・c
<コメント> 行事や日頃の状況を事業所新聞等で定期的に報告する他、日々の連絡帳でのやり取りや送迎時に利用者家族と定期的な連絡調整を図っている。また、親や他利用者の前で伝えてほしくない本人の意向を尊重し、情報提供の仕方を工夫もしている。利用者の体調不良や急変時の家族への報告・連絡ルールはマニュアル化しており、適切に行っている。家族の希望があれば相談に乗るなど家族支援にも務めている。		

A-3 発達支援

【障がい児支援（障害児入所支援、障害児通所支援）の評価において適用】

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A ⑯	A-3-(1)-① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 評価外		

A-4 就労支援

【就労支援（就労移行支援、就労継続支援 等）の評価において適用】

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A ⑰	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。	a・b・c
<コメント> 評価外		
A ⑱	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。	a・b・c
<コメント> 評価外		
A ⑲	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。	a・b・c

<コメント>

評価外