

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：生活介護チャコール	種別：生活介護	
代表者氏名：阿部 雅司	定員（利用人数）：20名（19名）	
所在地：愛知県安城市藤井町車場38番地1		
TEL：0566-99-3366		
ホームページ：http://teru-teru.co.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成26年 7月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：株式会社てるテル		
職員数	常勤職員：5名	非常勤職員：12名
専門職員	(管理者/サービス管理責任者) 1名	(生活支援員) 12名
	(看護職員) 2名	(事務員) 2名
	(社会福祉士) 2名	(介護福祉士) 1名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 支援室(3)
		トイレ(3)、浴室(2)

③理念・基本方針

★理念

・法人

地域で生まれ、地域で生活し、地域で年をとる。そんな人を地域で支援する。

・施設・事業所

法令を守り、利用者1人1人を大切にしたい適切な生活介護サービスを提供します！

★基本方針

事業所は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、常時介護を要する利用者に対して、入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとする。

④施設・事業所の特徴的な取組

①利用者主体

決して事業所・職員の都合にならないように

②意思尊重

利用者さまの話・意見を聴ける体制・工夫を行い

③連携

保護者・各関係機関と密に連絡をとる

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 4月30日（契約日）～ 令和 7年 2月20日（評価決定日） 【令和 6年10月30日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	初 回 （平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆ラインワークスの活用による職員負担の軽減

ラインワークスの導入・活用により、事業所内の職員の情報共有が確実となり、法人内の他事業所とも情報を共有することが可能となっている。ラインワークスを使って、匿名で意見を言うことも可能であり、実際に改善につながった例もある。風通しの良い働きやすい職場づくりに取り組み、有給休暇の取得率の目標を年間付与日数の50%としている。

◆障害福祉サービスに留まらない活動

管理者が、市・自立支援協議会の「共生のまち部会」内の「はたらくグループ」のリーダーとして活動し、人脈を広げている。また、福祉センターが主導し、地域の福祉関係の事業者で構成する「生活支援ネットワーク会議」にも参加し、障害福祉に留まらない、高齢者や児童部門の情報も取得している。各事業所では、送迎時や外出支援時の排泄支援が課題として挙げられている。「生活支援ネットワーク会議」で、「移動中には、どの事業所のトイレも共用できる」ことを取り決めた。

◆利用者とのコミュニケーションの確立

利用者とのコミュニケーションに関しては、どの職員でも同じように伝えられるよう、利用者には言葉だけでなく文字でも伝えている。様々なコミュニケーションの方法を試行し、ジェスチャーだけで伝わるようになった利用者があり、絵カードで日々のスケジュールを可視化している利用者もいる。コミュニケーションについての研修は行っていないが、虐待防止研修の中に類似した内容が組み込まれている。

◇改善を求められる点

◆利用者等への説明責任

中・長期計画や事業計画がないことから、「年間カレンダー」や「月間カレンダー」を使い、利用者、家族に対して行事予定等を伝えている。障害福祉サービスの提供事業所としては、サービスを受ける主体である利用者、家族に対して事業内容の詳細を説明する義務がある。まずは事業計画を策定し、利用者等への説明責任を果たされたい。

◆自己評価の実施

質の高いサービスの提供を担保するためには、職員自らが自身の支援を振り返り、PDCAサイクルに沿って計画的に改善活動を進めていく必要がある。しかし、これまでには自己評価の実施はない。第三者評価の受審も今回が初めてである。管理者・職員は、今回の受審によって様々な改善の気づきを得ており、計画的な改善に向けての第一歩を踏み出した。焦らずに、一つひとつ改善に向けて取り組むことを期待したい。

◆必要なマニュアルの整備

標準的な実施方法を定めた規程やマニュアル類の整備が遅れている。均一で質の高い支援を実践するためには、また職員ごとに差のない支援を行うためにも、マニュアルの総点検を行い、活動や取り組みごとに必要なマニュアルを作成することが望ましい。マニュアルの整備後には、マニュアルを活用した職員研修を実施し、職員への周知・理解を図られたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて第三者評価を受審しました。法人・事業所としての改善点を一緒に考えて頂けて大変勉強になりました。改善点の中には、一から取り組む必要のある課題もありますが、全体で共有して取り組んでいきます。また、高い評価を頂いた点については、より良いサービスの向上と継続となるように努めて参ります。

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（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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ホームページやパンフレットに、事業所の理念である「笑顔で楽しく 自分で決めて『できた!』を増やす」が記載されている。現在の場所への移転を機に、当時の職員が考えた理念である。しかし、利用者や家族に対して周知を図るためのツールはなく、コロナ禍によって周知の機会（家族の集合）にも恵まれなかった。			

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 管理者が、市の自立支援協議会の「共生のまち部会」内の「はたらくグループ」で要職を務め、有益な情報を取得している。地域の福祉センターが主催する「生活支援ネットワーク会議」に参画し、事業運営に必要な情報を得ている。ただ、これらの情報を分析して事業運営に活かす取組みはない。			
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	障3	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 「正規職員と非正規職員との意識や支援力の温度差」を経営課題として捉え、その原因として「会議、研修等の実施の困難さ」を挙げている。ただ、試験的に試みた「職員を2分割しての研修」が成功を収め、今後の職員会議や研修については2分割方式で実施することを予定している。これによって、職員間の格差の解消が図られることを期待したい。			

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 ・ ⑦
<コメント> 法人代表と管理者（実質的な法人ナンバー2）とが、将来的なことを話し合うことはあるが、法人、事業所ともに中・長期計画は策定されていない。管理者の目指す3年後、5年後の事業所のあるべき姿を、中・長期計画として明文化することが望ましい。			
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 ・ ⑦
<コメント> 簡単な「年間カレンダー」や「月間カレンダー」はあるが、中・長期計画同様に単年度の事業計画は策定されていない。事業運営の方向性を示すためにも、事業計画の策定が求められる。			

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 ・ ㉔
<コメント> 事業計画が策定されていないことから、日々の支援は管理者の指示によって行われている。ラインワークスを使い、管理者の指示を伝えたり、職員の意見を聞き取ったりしている。		
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 ・ ㉔
<コメント> 事業計画がないことから、「年間カレンダー」や「月間カレンダー」を使い、利用者、家族に対して行事予定等を伝えている。障害福祉サービスの提供事業所としては、サービスの主体である利用者、家族に対して事業内容の詳細を説明する義務がある。まずは事業計画を策定し、説明義務を果たされたい。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 管理者は、「良い事」も「悪いこと」も、包み隠さずに家族に伝えることで信頼関係を築き、利用者が笑顔で楽しく過ごせる施設づくりを進めている。管理者の思いを理解した職員により、利用者、家族にとって満足度の高い支援が実践されている。家族アンケートには、多くの感謝や称賛の言葉が寄せられた。定期的な自己評価の実施が求められる。		
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 ・ ㉔
<コメント> これまでには自己評価の実施がなく、第三者評価の受審は今回が初めてである。今回の受審によって様々な改善の気づきを得ており、計画的な改善に向けての第一歩を踏み出した。焦らずに、一つひとつ改善に向けて取り組むことを期待したい。		

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	ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>管理者の役割と責任に関しては「運営規程」に記載があり、「組織体制図」によって指揮命令権の及ぶ範囲が明確になっている。ホームページにおいて、管理者自らの所信が述べられている。しかし、管理者不在時の権限委任先が明示された文書はない。</p>			
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	ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>これまで、正規職員と非正規職員との間の意識や知識にギャップがあった。コンプライアンスに関する意識格差も例外ではない。しかし、内容の同じ会議や研修を2回開催することによって、全職員の参加が可能となった。この試み（2回開催）を今後も継続する計画であり、職員意識の格差解消が期待できる。</p>			
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	a	ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>事業所内に身体拘束適正化委員会や感染対策委員会を組織し、定期的に委員会を開催している。これらの委員会活動に倣い、サービスの質の向上（利用者満足度の向上）を目的とした委員会（仮称：サービス向上委員会）の設置が望まれる。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>ラインワークスの導入・活用により、事業所内の職員の情報共有が確実となり、法人内の他事業所とも情報を共有することが可能となっている。働きやすい職場づくりに取り組み、有給休暇の取得率の目標を年間付与日数の50%としている。また、理由があって時間外労働の多い職員がいるが、他の職員の時間外労働は少ない。</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。			
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
<p><コメント></p> <p>職員の配置基準は充たしているものの、常に職員の不足感があり、急な職員の休みがあると勤務体制が整わない状態に落ちている。採用計画はなく、欠員補充の採用活動を行っている。家庭優先の方針があり、誰にでも相談できる家族的な雰囲気と相まって、職員にとっては働きやすい職場と言える。</p>			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>一部成果主義を取り入れた人事制度が運用されており、正規職員、非正規職員ともに「評価内容表」を使って人事考課を行っている。この人事考課の結果を処遇に反映させているが、人事基準が職員に周知されておらず、管理者との個人面談も制度化されていないこと等、改善点は多い。</p>			
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	Ⓐ	b・c
<p><コメント></p> <p>ラインワークスで情報を共有し、匿名で意見を表明することもできる。実際に、匿名の意見・提案から、不適合部分が改善された事例がある。また、職員からの相談には適時に個別面談を実施する等、事業所内の風通しは良い。有給休暇の取得率は50%、時間外労働も課題とするレベルではない。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>職員育成の柱を職員研修に求め、目標管理の取組みは導入していない。職員研修に関しては、これまでは正規職員と非正規職員との履修頻度に大きなギャップがあったが、事業所内の会議、研修を2開催に分けることで、全員の参加が可能となった。目標管理の仕組みづくりが待たれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>研修計画はないが、外部研修に参加したり、外部から講師を招聘して研修を実施している。履修後には報告書の提出を求めているが、研修で得た学びや気づきが現場の支援に活かされているか否かの確認・検証する仕組みがない。研修の実施後に、研修効果を測定する仕組みづくりを期待したい。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>同じ研修を2回に分けて実施することにより、これまで履修頻度の少なかった非正規職員も、正規職員と同等の研修機会が確保されることとなった。今後の課題としては、階層別、職種別、テーマ別の研修体系を構築することと、職員個々の研修履歴の管理である。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>他法人の就労移行支援事業所から、一般就労を目指す利用者を実習生として受け入れている。実習期間の定めはなく、就労移行支援事業所の都合や実習生の希望を考慮し、1～5日間の実習指導を行っている。マニュアルを整備し、社会福祉士や介護福祉士、保育士等の実習受入れを積極的に進められたい。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>ホームページを使って情報提供に努めてはいるが、公開されている情報量が少ない。また、苦情解決の体制が整備されておらず、マニュアルも作成されていない。受付～解決～公表までの苦情処理を確実にすることは、事業運営の透明性を社会に示すこととなる。早期に苦情解決体制の整備に取り掛かれたい。</p>		
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	障22	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>キャッシュレス化を進め、物品等の購入はクレジットカードによる決済となっている。必要な物品は管理者がカードで購入し、レシートを法人本部に送ってチェックを受けている。2万円以上の物品購入等は、法人本部の承認が必要となる。取締役（代表）1名の株式会社組織であり、内部監査の仕組みはない。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>法人の理念は「地域」を意識した内容となっているが、皮肉にも当事業所へ通う利用者はすべて地域外（小学校区外）からの通所である。町内会との関わりは、事業所開設時に挨拶に行ったところで止まっている。様々な地域の社会資源を活用して活動範囲を広げ、地域に根差した事業所運営を目指されたい。</p>		

<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>	<p>障24</p>	<p>a ・ ⑥ ・ c</p>
<p><コメント> 数は多くないが、社会福祉士を目指す学生がボランティアとして訪れたり、夏休みには保育士志望の学生が2日間、ボランティアとして訪れている。ボランティアとして活動していた一般企業の停年退職者が、現在は非正規職員として採用され、働いている。ボランティアを受け入れるためのマニュアル整備が求められる。</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>	<p>障25</p>	<p>a ・ ⑥ ・ c</p>
<p><コメント> 市・障害福祉課や地域の福祉センターとの関わりを重視し、それぞれが呼びかける会議や研修には積極的に参加している。ペットボトルのキャップの回収先を拡張しており、回収先として様々な公的機関や商業施設、一般企業等をリストアップし、事務室に掲示している。ペットボトル関係以外の関係先についてもリスト化することが望ましい。</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>	<p>障26</p>	<p>① ・ b ・ c</p>
<p><コメント> 管理者が、市・自立支援協議会の「共生のまち部会」内の「はたらくグループ」のリーダーとして活動し、人脈を広げている。また、福祉センターが主導し、地域の福祉関係の事業者で構成する「生活支援ネットワーク会議」にも参加し、障害福祉に留まらない、高齢者や児童部門の情報も取得している。</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>	<p>障27</p>	<p>① ・ b ・ c</p>
<p><コメント> 管理者が参画している「生活支援ネットワーク会議」が、地域の課題解決に向けて機能している。障害、高齢、児童を問わず、各事業所では、送迎時や外出支援時の排泄支援が課題として挙がっている。「生活支援ネットワーク会議」で、「移動中には、どの事業所のトイレも共用できる」ことを取り決めた。</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	a	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>情報共有アプリで職員間での情報共有を常時行っており、誰が見たのかも分かる仕組みになっている。毎日の利用者の記録を、「チャコール通信」という紙面で行っている。研修は県や市から案内が来た時に順番で参加している。職員の理解度を把握するための取組が必要である。</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	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>プライバシーの保護については入職時の「誓約書」に記載があり、職員周知も図られてはいるが、定期的な見直しや確認は行っていない。プライバシーの保護に特化した研修は行われていないが、ハラスメントの研修に重複する内容を行っている。おむつ交換ではカーテンで仕切りをして配慮している。女性トイレは個室になっている。</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	a	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>見学や体験の希望があった際には、積極的に受け入れている。保護者に対して参観日などは設けておらず、積極的な見学は勧めていない。パンフレットは公共施設への設置もなく、安城特別支援学校の文化祭時に設置を依頼している。必要に応じ、パンフレットの更新を行っている。ホームページは開設されてはいるが、更新頻度は少ない。</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	a	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>支援に変更がある時には、直接利用者に口頭で説明している。言葉で伝わらない利用者には、現物を見せて理解してもらっている。利用者に伝える際のルール化やマニュアル化はしていない。書類の変更があれば、書類を見せながら説明している。金銭的な部分に関しては、保護者に直接説明している。</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	a	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>他の事業所に移行した利用者への連絡担当者は決まっておらず、ほとんどのケースで管理者が行っている。退所後に、移行先に向いて利用料を渡しに行く際に、元利用者の様子を確認している。関係機関との連携や情報共有は行えているが、実際には家族や相談支援専門員が動くことが多い。</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	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>意思疎通の可能な利用者からは、日々の支援の中で意向を聴き取っている。自ら口を開かない利用者にも雑談に近い雰囲気有话しかけ、反応を見るようにしている。満足度アンケートは年に1回行っており、指摘（意見、要望等）に対しての改善策を記載するなどの工夫が必要である。家族会はなく、送迎時や面談時に保護者と情報交換を行っている。</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。			
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	・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みについて、分かりやすい説明文書は用意されていない。意見箱など、意見や苦情を出しやすくする工夫もない。苦情解決の手順書はあるが、苦情ではなく要望として受け付けていることが多い。改善に向けての取組内容を、意見を出した該当者にはフィードバックしている。苦情や要望を聴き取るための環境整備が期待される。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>普段から利用者に「どうしたいのか？」を聴いている。利用者から発信があった際には、利用者の立場に立って聴く姿勢をとり、丁寧に聴き取っている。利用者や家族からの相談や意見の表出の際に、複数の方法があることや相手を自由に選べることを、分かりやすく説明した文書は用意されていない。他者の目を遮って相談を受けるスペースはある。</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>現場で対応する・リーダーが対応する・施設長が対応するなど、相談に対応する階層を明確にしており、簡単なことはすぐに解決できる仕組みがある。一人で解決できない時は、相互に相談できる雰囲気がある。「外に食べに行きたい」等の中には叶えられない要望には、「〇月に食べに行けるかな」など、予定を伝えている。相談や意見を受けた際の記録を残されたい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>3ヶ月に1回の虐待防止委員会の開催時に、各部門からヒヤリハットを1件ずつ出すようにしている。日々の支援の中で気づいた時にヒヤリハットを出せるよう依頼しているが、なかなか出てこないため、仕組み作りが望まれる。ヒヤリハットは、掲示したり情報共有アプリに載せたりして職員間で周知している。虐待防止研修の中で、リスクマネジメントについても学んでいる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>看護師を中心とした感染症に関する委員会があり、研修と訓練を年に2回ずつ計画して実施している。マニュアルは、BCP（事業継続計画）に組み込まれている。体温は37.5度以上が平常の体温のプラス1度が静養基準であり、静養スペースの確保に努めている。自宅で記入する「検温表」を活用している。職員にBCPは周知されているが、内容の理解は進んでいない。</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>災害時のBCPはあるが、机上訓練はできておらず、防災倉庫等の細部にわたる整備も行えていない。避難訓練の予定はあるが、いつどのように行うのかの計画は立てられていない。動画などを使うなど、利用者への理解の促進も行っていない。まずは、BCPの整備を行い、利用者の情緒面に配慮しながら、可能な範囲で利用者への周知・理解を進めることに期待したい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な支援の方針は文書化されていないが、「職員指針」が掲示されている。職員への周知・理解は確認しておらず、内容の更新や定期的な読み合わせは実施していない。職員間の行動で気になったことは、個別に助言や指導をしている。まずは、「職員指針」の内容を確認し、必要であれば改訂することが望ましい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>半年に1回、個別支援計画の見直しを行っている。職員に関しては、否定語を使わないようにするなど、徐々に浸透してきている。見直しにあたり、職員や利用者の意見が反映されるような仕組みは明確にはなっていない。「今の言い方はどうなのか？」など、職員間での声のかけ合いはある。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>障害特性から、利用者本人との話し合いは難しく、保護者とサービス管理責任者とで個別面談を行い、後日本人に伝える形をとっている。話し合った内容はサービス管理責任者とリーダーで共有し、支援計画の内容を協議している。「アセスメントシート」があり、職員間で話し合っているが記録には残していない。支援困難ケースの検討会議を開催し、支援の幅を広げられたい。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>半年に1回の面談で個別支援計画の見直しを行い、内容に変更があれば職員間で情報の共有をしている。PDCAサイクルの流れはできているが、緊急的に状況が変わった利用者に対し、適宜の個別支援計画の変更は行えていない。緊急で見直し、変更するための仕組み作りが求められる。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>その日の担当職員が利用者の日々の記録をとっている。部屋（作業）ごとに分かれているが、部屋の中なら誰でも確認できるようになっている。「チャコール通信」での日々の記録は保存しており、保護者にもコピーしたものを毎日渡している。身体拘束については、研修で行ったこともあって書式の統一ができている。他の項目に関しても、職員間の統一が必要となる。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護に関しては入職時に説明している。支援の記録は、サービス管理責任者と担当職員、事務的な記録は事務員が担当している。鍵付きの棚に保管しているが、保管年数が曖昧なものは長い年数のものに合わせて保管している。個人情報保護に関して、「重要事項説明書」や「運営規程」には記載があるが、単独のマニュアル等はなく、整備の上で職員周知を図られたい。</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> 「何の作業をどのように行うか」、「どこまで行うか」、「疲れた時に一時的に休みたい」などを利用者を選んでもらっている。言葉だけでなく、絵カードやジェスチャーで意思を確認している。利用者の意思を確認した上で、自分でできることは可能な限り行ってもらっている。利用者が気持ちを伝える時には、伝え方を教えている。		

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	a ・ ① ・ c
<コメント> 虐待防止のセルフチェックを行っており、支援上で困ったことは上司にすぐ相談できる環境である。身体拘束の記録の仕方についてはマニュアルがあり、実施されている。虐待通報の方法の流れも決まっている。家族や利用者には個別支援計画の面談時に「同意書」をとっている。虐待防止の研修には全職員が参加しているが、どこまで周知、理解されているかの検証はない。		

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 ・ ① ・ c
<コメント> 利用者の困っていることに焦点を当てて個別支援計画を作成しており、自立支援に対する職員意識を改革中である。先回りして援助してしまう職員が多く、利用者自身でできることは自分で行ってもらえるよう指導している。利用者の障害特性に配慮し、個人的な持ち物は職員が管理している。各種の行政サービスに関し、保護者と情報共有を図っている。		
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> どの職員でも同じように伝えられるよう、利用者には言葉だけでなく文字でも伝えている。様々なコミュニケーションの方法を試行し、ジェスチャーだけで伝わるようになった利用者があり、絵カードで日々のスケジュールを可視化している利用者もいる。コミュニケーションについての研修は行っていないが、虐待防止研修の中に類似した内容が組み込まれている。		

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 ・ ① ・ c
<コメント> 日々の支援の中で丁寧な傾聴に努め、すぐに対応できることは意思を尊重してすぐに対応している。意思の尊重に関して、事業所としての対応手順は定めておらず、それぞれの職員が独自のスタイルで支援している。アセスメントは常に共有されている。課題として、利用者の意思を支援につなげるための仕組みや手順を整備することが望ましい。		
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> 主にペットボトルのキャップの選別作業を行っており、歩行訓練や週に1回の歌の鑑賞、作業後のラジオ体操などの活動を行っている。買い物支援も実施している。余暇活動としてはDVD鑑賞や音楽鑑賞、ぬりえなど、個人がやりたいことを提供している。障害の特性上、イレギュラーな活動を減らすために事業所行事を少なくしているが、毎年クリスマス会は実施している。		
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
<コメント> 強度行動障害の利用者が多く、市・社会福祉協議会が行っている研修に職員が順番で参加している。利用者ごとの個別的な支援方法は、個別支援計画に取り上げている。半年に1回、職員同士の話合いの機会を設		

けており、計画の見直しを行っている。利用者の相性に配慮して、部屋を分けるなどの対応を様々な場面で
行っている。

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>トイレ介助やおむつ交換など、職員同士で引き継ぎ・検討を行い、適切に支援している。昼食も、1人で食べたい利用者に対して時間をずらすなどの対応をしている。てんかん発作の利用者の対応では、常に2名の職員を配置しており、利用者個々に対応マニュアルもある。きざみなどの食事形態に関しては、写真を用いて厨房職員とも情報を共有している。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>トイレが暑く、夏場は快適ではない。扇風機などは利用者の特性上、設置できない状況がある。活動する部屋に個室があるが、一人の利用者が専用で使用している現状がある。落ち着きたい利用者がある時には、一人で過ごせる部屋がある。物が多く、机の高さなどの調節ができない部分もある。利用者の特性や相性などに配慮をし、より快適に過ごせる環境の工夫に期待したい。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>リハビリテーションの専門職はないが、ラジオ体操の時に職員が手を添えて利用者の腕を動かしたり、パズルやビーズなどの細かい活動を行うことで、指先の機能の維持を図っている。看護職員は保健に関する研修を受けているが、利用者の残存機能の維持のためにも、リハビリ専門職と連携して支援することが望ましい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>入浴支援は2名の職員で行い、体の様子（傷や痣など）は着替えやおむつ交換の時に確認している。利用者から怪我の訴えがある時には処置をし、体調不良の際には通院を促している。「チャコール通信」に日々のバイタルを記載しており、高熱時には接触型の体温計で測っている。体重や血圧は「健康台帳」に記録して保管している。看護職員が怪我の処置と服薬確認を行っている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>誤薬（薬の飲み間違い等）をした際には、看護師から指示をもらい、処方箋を確認するなどの対応をしている。ただ、誤薬事故に対応するためのマニュアルはない。利用者個々の薬の一覧表があり、誰がどの薬を飲んでいるか把握はできている。検査をした方がいい時は伝え、通院につながっている。まずは、服薬ミスに対応するためのマニュアルの整備が求められる。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>障害特性から、社会参加の促進や学習の支援はほとんど行っておらず、地域の文化施設などへの外出もない。以前、漢字プリントを希望する利用者にはプリントを渡し、文字を書いてもらったことはある。名前を書く練習を行っていたこともあったが、本人のモチベーションが維持できず、今は行っていない。利用者の意欲が高まるよう、褒めることは意識して行っている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>短期入所や入所施設の利用を希望している利用者には情報提供を行っているが、学習・体験の機会などは設けていない。相談支援専門員とは常に連絡を取っているが、実際の地域移行にまでは繋がっていない。地域生活への課題を検討しながら、事業所内でできる生活環境への配慮や工夫を期待したい。</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	② ・ b ・ c
<コメント> 送迎時を利用し、保護者には直接利用者の様子などを伝えている。直接会えない保護者には、電話やメールなどを使ってこまめに連絡している。レスパイトが必要な時や家庭にヘルパーの介入が必要な時にも、サービスの情報提供や提案を行っている。支援計画に載っていないことや、保護者への支援についても相談にのっている。職員同士の情報共有も常に行っている。		
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		