

愛知県福祉サービス第三評価事業 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	訪問調査日：平成30年 3月26日（月）
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称： 一宮市立はぎわら生活介護センター	種別： 生活介護
代表者氏名： 島田 諭	定員（利用人数）： 20名 （24名）
所在地：愛知県一宮市萩原町東宮重字蓮原48	
TEL： 0586-69-2300	
ホームページ：	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成23年10月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 コスモス福祉会	
職員数	常勤職員：5名
専門職員	（管理者） 1名
	（生活支援員） 7名
	（運転手） 1名
施設・設備の概要	（看護師） 1名
	（嘱託医） 1名
	（介護福祉士） 2名
	（居室数）
	（設備等） 食堂兼多目的室・厨房
	訓練作業室・特殊浴室・静養室
	相談室・トイレ・洗面コーナー

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 その人らしく過ごすこと その人らしく幸せになること 当たり前の暮らしのために
- ・施設・事業所 安心して充実した一日の提供

★基本方針

- 1.利用者一人ひとりの個性を大切にし、自己決定や自発性を尊重する。
- 2.安心・安全な環境を整える。
- 3.能力、適正、身体の状態に配慮した活動を行う。
- 4.関係機関と連携して、利用者の健康管理と維持増進を図る。
- 5.地域との繋がりを大切にし、社会参加の機会をつくる。

④施設・事業所の特徴的な取組

・法人内の通所事業所で唯一入浴設備を備えており、単なる入浴サービスのみではなく、浴室にアロマや音楽を取り入れ、リラックスして入浴できる雰囲気作りをしている。また、今年度1月に特殊浴槽を更新し、より安全・快適に入浴できるようになった。

・複数の行き先から選択してもらう年3回の外出(春・夏・秋)や花見・初詣等、外へ出かける機会を多めに設定している。

・重度の利用者が多いため、「五感に働きかけること」「充実感を得ること」を重視した活動(創作・レクリエーション・調理実習・近隣散策等)を利用者個々の状況に応じた形で行っている。ただし、参加・不参加については本人の判断に任せている。

・あえて作業活動は行わず、作業が苦手な方でも利用することができている(希望があった場合は、その程度により自事業所にて提供するか他事業所への通所を斡旋する)。

・個別活動の時間を設け、利用者のニーズに合わせた活動を行っている(現在は歩行練習やストレッチ、立位練習、読書等)。

・ヒヤリ・ハットはすぐに回覧し、毎月の会議で再確認することで、危機管理意識の向上を図っている。

・虐待防止について、振り返りチェックシートを使用したり、学習会を行ったりして周知を図り、未然に防止できるよう努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年9月19日(契約日) ～ 平成30年 5月14日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	1回 (平成25年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆重度障害者の活動の場

障害の重い身障者の日中活動の場として、送迎から各種活動まで個々のニーズを踏まえた様々な支援を実施している。特に入浴支援に関しては、家族負担軽減の面からも非常にニーズの高いサービスであり、価値ある取り組みとなっている。数多くの障害者施設を運営している法人であるが、入浴サービスを提供している事業所はここだけである。

◆管理者のリーダーシップ

管理者は事業所開設から現職に就き、重度の障害者を迎えるという新たな事業を開拓している。職員会議を通して様々な事項が周知され、また検討・決定されていくが、管理者は職員の意向を踏まえつつ常に主導的役割を果たし、職員を牽引し事業運営を進めている。職員からの信望も厚く、管理者を中心に職員のまとまりも良好である。

◆利用者尊重の姿勢

利用者の意向優先の考え方は、職員会議等で確認され、また理念は掲示され周知されている。活動や行事も、利用者・家族の意向が尊重され、選択できるプログラムも多いこと等、“利用者ファースト”が徹底されている。

◇改善を求められる点

◆実効性のある中・長期計画を

中・長期計画は、市の委託管理の契約事項として項目が示されているが、内容としては数値目標や収支を伴うものではなく具体性に乏しいため、より実効性のある内容を策定され、これをもとに年度目標を定め中身の濃い事業を遂行されたい。単年度計画の策定に枠組みを示すためにも、具体的で実効性のある中・長期計画の策定を望みたい。

◆研修計画の策定を

人材育成は大きな課題の一つであるが、その手段としての研修に関しては研修計画が策定されていないため、職員が自己研鑽の見通しが立てにくい状況である。法人主導の人事考課の評価基準は、法人として「期待する職員像」をイメージして設定されており、職員の在るべき姿と果たすべき役割を明確にしている。そこに照準を当て、事業所の研修計画と職員個々の研修計画を策定し、より組織的な人材育成を図られたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所の特徴である「入浴支援」「重度障害者の日中活動の場」について評価していただいたことは、職員にとってこれまで行ってきたことへの評価でもあり、今後も自信を持って支援していくことができると思います。

対して、「事業所の中・長期計画」「職員の研修計画」の指摘については、以前から課題として認識していたことであり、特に研修計画は、職員が見通しを持ちやすいものへ近く改善したいと思います。

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。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(64項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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。			
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
評価機関のコメント			
理念については、パンフレット、ホームページ、事業計画等に記載され、職員への周知が図られている。しかしながら、利用者・家族への説明や周知に関しては、徹底されておらず課題を残す。職員の行動規範については、「職員倫理綱領」が定められ、それによる「職員倫理綱領に基づく行動指針」の中に具体的に示されている。			

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	⑥ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
2ヶ月に1度開催される法人の管理者会議にて、福祉計画や法人の経営状況等を共有している。また、毎月利用状況や給付費等の収入状況等を算定し、市の福祉課へ報告している。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
毎月の事業報告を行うことで経営状況を把握し、具体的事項について職員会議にて職員周知している。課題の改善に関しては、多くの場合、管理者の指導の下に行われている。できれば、事業所内に経営改善の組織を設ける等の対処が望まれる。人事や財務の管理に関しては、法人本部にて一括して行われている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画に関しては、法人や事業所独自で策定されるものは無く、指定管理契約の業務内容の中に5年間の主な業務が示され、これの中・長期計画と捉えて運営を行っている。評価、見直しに関しては行われていない。内容的にも、具体性に乏しく収支への関連も見当たらないため、より実効性のある計画策定を検討されたい。			

	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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
前出の業務内容に基づいた年度計画が策定されているものの、具体性に欠けるため評価をしづらい状況となっている。中・長期計画とともに、再検討されることが望まれる。			
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・見直しが行われ、職員が理解している。	障 6	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画策定に当たっては、管理者が素案を作成して職員会議にて意見聴取し、職員の合議で決定される。事業遂行の基本線は強固であり、年度によって支援がぶれない様な形がとられている。しかし、利用者ニーズや制度改正等に柔軟に対応した最適な支援に向け、十分な評価、見直しがなされるよう最善を尽くされたい。			
	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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
事業内容や方向性については、機関誌やホームページを通じたり、必要に応じて個別に保護者に説明されている。一方で、分かりやすく説明した資料や利用者向けの配慮はなされておらず、一考を要す。利用者の会は組織されておらず、家族会に関しても家族の要望で未設置である。利用者や家族の意向・要望が上手く吸い上げられるよう、対策が必要である。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
職員は年1回、第三者評価基準を基に自己評価を行い、集計・分析することで改善に結びつけている。ただ、検討会議や委員会のような組織は設定されていない。職員会議では、主に運営や支援全般に関すること、ケース会議では利用者支援に関する報告と討議が行われ、支援の質の向上を図っている。			
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
自己評価による結果は集計され、職員会議にて問題点を洗い出し、共有化と改善に向けての方策を確認している。ただ、年1回の実施であり、また検討に複数月要すこともあり、タイムリーな取り組みとは言い難い面もある。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
職務内容については、「職務分掌表」に明記され、「職種と役割」の中にも示されている。管理者は、毎月の機関誌の巻頭言にて自らの意見表明を行っている。管理者不在時の権限委任に関して、リスク管理の面からも指定の職員を定められたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人会議や外部研修等で管理者が得た情報は、毎月の学習会で職員周知を図っている。コンプライアンスの面で、利害関係者との適正な関係という点では、「就業規則」の「服務規定」で大枠が示されている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
サービス向上に関しての定期的な取り組みとしては、毎月の職員会議、ケース会議での検討が挙げられる。管理者は、サービスの向上・改善に向け、直接指示することもあるが、法人内の「企画部」のように、事業所内に「サービス向上委員会」のような組織を置き、より客観的、組織的な取り組みを実践していくことも検討に入れられたい。			
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。	障 13	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
現在、労務や財務に関して法人本部との業務の棲み分けを行っており、業務の効率化や実効性を高める取り組みを検討中である。事業所内の業務改善に関しては、職員会議での検討に加え、学習会や研修での情報を踏まえての改善努力という形である。業務改善に特化したチームでの取り組みを検討されたい。			

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
評価機関のコメント			
正規職員に関する求人活動や採用選考に関しては法人本部で、臨時職員に関しては事業所で行っている。ただ、具体的な採用計画は無く、欠員補充が中心となっている。人材の育成に関しては、法人内に「企画部」を設置し、新任研修やOJT等、各種研修の企画・実施を行っている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
本年度より人事考課制度を導入し、評価表を用いて13項目の評価基準による自己評価と上司評価を実施している。評価は中間評価、最終評価の年2回行われ、考課面談も実施されている。制度のさらなる充実を検討中であり、人材育成を主眼に置いた昇格基準の策定や、目標管理等に関しても是非とも導入されたい。併せて、職員が自らキャリア設計・将来設計できる仕組みを検討されたい。			

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組んでいる。	障 16	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
有給休暇や時間外勤務のデータ集約を行っている。有給休暇に関しては、概ね取得されている状況にあるが、時間外勤務については慢性的な残業が解消されておらず、業務体制の見直しが望まれる。産休・育休の該当者はいないが、制度は構築されており、取得可能である。資格取得に関しても奨励制度がある。法人として福利厚生への取り組みを検討しているが、働きやすい職場に向けて更なる意識改革と制度拡充を望みたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
人事考課の評価基準が、法人として「期待する職員」をイメージして設定されており、職員の在るべき姿と果たすべき役割を明確にしている。目標管理に関しては、制度として整備されておらず、職員は具体的目標を設定して業務に当たったり、評価・反省等はなされていない。早急な対応を期待したい。			
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 ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
法人内では、新任研修の他、全体研修、OJT等が生まれ、事業所では学習会や外部研修参加等で研鑽の機会が持たれている。しかし、職員研修に係る基本的な方針や研修計画は策定されていない。改善のための一考を要す。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
年2回を目途に、全ての職員に研修機会を提供している。外部研修を中心に、法人内の全体研修、新任研修に参加しているが、内容的に階層別・職種別・テーマ別等の様々な研修ニーズに対応できていない現状がある。資格取得に関しては、奨励制度が設けられている。			
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	a ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
実習生に関しては、受入れ体制がとられていない。今後の検討が望まれる。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページでは、事業内容や決算報告が公開されている。苦情解決の仕組みは整備されているものの苦情受け付けは殆ど無い状態である。家族等からの要望や意見は、日々の連絡帳でのやり取りや電話連絡で迅速・丁寧にとられており、意思の疎通が図られている。事業所の情報等について、更なるPRがなされ、地域資源としての価値が高まるよう努められたい。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
「経理規程」に事務関係のルールが定められて運用されているが、職員周知という面では徹底されていない。監事監査により内部牽制がなされているが、外部の会計士等の監査による客観的な視点からの経営改善を目指されたい。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
理念の中に地域との繋がりが明記され、また、指定管理契約の中にも事業内容として盛り込まれている。ただ、地域向けの法人まつりが開催されているが、事業所としての地域交流は併設の老人センターを除けば限定的である。更なる地域との交流や連携の機会を設け、障害者理解の促進を図られたい。			
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。	障 24	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティア受入れに際しての留意事項は明文化されているが、登録から活動に至る手順等が文書化されていない。受入れ態勢は整っているものの、実際のボランティアや学生の来所機会は稀で、交流も図られていない。利用者の社会との貴重な接点として、また利用者の社会性の伸長の面からも、マニュアルの整備とともに受入れの積極対応を図られたい。			
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	障 25	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
市の福祉課や自立支援協議会、各種学校等とは密に連絡がとられており、近隣老人施設が主催する連絡会に参画し、民生委員・児童委員や町内会と接する機会もある。しかしながら、立地や地域性の問題も含め地域との関連が薄く、協働した取り組みも目立った活動はなされていない。			
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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。	障 26	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
特に地域住民との交流を意識した取り組みはなされていないが、隣接の老人福祉センターを通じて、日常的に地域高齢者と接する機会は保たれている。事業所で可能な地域還元について、検討され取り組まれることを期待したい。			
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 27	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
現在の事業が、活動範囲が限られた重度障害者の受入れであり、特に入浴支援はニーズの高いサービスとして展開されている。今後は、支援ノウハウを生かした相談事業や、社会福祉法人としての責務としての新たな地域貢献についても取り組みを検討されたい。			

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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	障 28	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
正規職員のみで構成される毎月開催の「ケース会議」や「職員会議」を通じて、利用者尊重に関する話し合いや情報共有を行っている。また、その情報を非常勤職員にも伝達する仕組みが整っている。理念や方針については事務所に掲示しており、いつでも目に触れることができ、身近なものとなるよう工夫されている。			
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。	障 29	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
様々な研修機会がある中、「プライバシー」に特化した研修は行われておらず、マニュアル周知や職員会議で折に触れる程度で留まっている。また、マニュアルへの「プライバシー」に関する記載については、十分な内容が確認できなかったため、今後、プライバシーを意識したマニュアルの整備(見直し)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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人理念や全体のサービスが分かるパンフレットはもとより、施設独自の紹介パンフやホームページ等が整備されており、ある程度必要な情報を得ることができる。見学希望者には丁寧な対応を心がけ、希望者には1日体験を利用してもらい、書類や見学だけでは分からない部分をカバーする体制が整っている。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
意思疎通が困難な利用者が多い中、極力自己決定を尊重するよう心がけ、それでも難しい利用者については、家族からの丁寧なヒアリングにて対応している。利用者に少しでも分かりやすくする取り組みについては、障害の重さから適当なツールや工夫がないのが現状である。現時点ではこれらツール等の効果がなくても、今後理解できる利用希望者がある場合を想定し、なるべく早い段階で整備されることに期待したい。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
移行がスムーズに行えるよう、保護者や利用者本人の許可を得ながら、適宜情報提供を行っている。サービス変更についても、利用者の利益を最優先にして、これまで他施設への移行を行ってきた。「働きたい」という思いを大切にしながら、B型事業所に移行するケースもある。事業所で用意された引き継ぎ文書のひな形や、それらを活用するためのマニュアル等が用意されていないことが課題である。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
食事に関する嗜好調査は毎年行われており、その結果を集計して利用者・保護者にフィードバックしている。また、調査結果をクッキング(調理活動)や外食等において個別に反映させている。課題としては、送迎時や日頃の様子伝達時、家庭訪問時にヒアリングしている程度で、組織全体でサービス全般に対する満足度を調査する仕組みがないことであり、今後の仕組み作りが課題である。			

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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント 苦情解決に関する仕組みが整っており、掲示物はもとよりその周知も図られている。苦情処理における書類も適切に処理されている。風通しの良い施設を目指すため、連絡帳の記載だけに頼らず、電話での連絡に重きを置いたり、送迎時のコミュニケーションについても、あえて担当職員がその送迎ルートに入り、保護者と直接的なやりとりができるような工夫を行っている。			
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 ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント 利用者が相談しやすい環境に配慮し、個別対応できる部屋が用意されている。保護者については、連絡帳の記載だけでは真意が伝わらないことも考慮し、電話や送迎時における直接的なコミュニケーションを大切にしながら、相談や意見を拾うよう努めている。保護者への対応は十分であるが、利用者については、「いつでも」、「誰にでも」相談や意見を述べる事が出来ることを伝える文書の作成を検討されたい。			
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 ・ ㉘ ・ c
評価機関のコメント 利用者の相談等に対して速やかに応じているものの、あくまで職員個々の対応に留まっており、組織として取り決めたルール(マニュアル)が整っていない。相談や意見を受け付けた際のルール(受付から対応に至るまでの一連の流れ)を明確にして、全職員への周知を図られることに期待したい。			
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 ・ ㉙ ・ c
評価機関のコメント ヒヤリハットについては、これまで細かな情報収集及び対応の検討がなされていたが、それ以上に分析(どこで、いつ、どのようなヒヤリだったか?)を行い、傾向を把握する仕組みが整っている。また、「ヒヤリハット」というくくりをさらに細分化し、「軽微事故」「事務ミス」を追加する等の工夫も見られる。課題としては、分析した情報を積極的に活用し再発防止に努める仕組み作りと、マニュアルの整備である。			
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 ・ ㉚ ・ c
評価機関のコメント 健康衛生係として1名の職員が任命され、利用者の健康面を支えている。マニュアルについても整備されており、その周知も図られている。課題としては、対応マニュアルの見直し時期が明確に決められていないことである。勉強会については、職員会議時に行っているものの、定期的に行ってはいないため、職員会議とは別に単独で勉強会を行う等、計画的に行うことが今後の課題となっている。			
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	㉛ ・ b ・ c
評価機関のコメント ハザードマップを施設内に掲示しており、災害時における影響を把握している。緊急連絡網が充実しており、細かな連絡体制が整っている。細かい備蓄リストも用意されており、不測の事態にも対応できるようになっている。福祉避難所としての届け出を行っており、「非常災害対策計画」や「はぎわら防火・防犯計画」等を整備する等、高い意識でサービス提供を行っている。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
標準的な実施方法が書かれた文書は用意されており、プライバシーの保護をはじめ、必要とされる項目が盛り込まれている。マニュアルに書かれた内容通りに実施されているかどうかについては、毎月行われている「職員会」や「ケース会議」等で話し合われている。課題としては、手引きの作成日や改訂日の記載がないこと、インデックス等がなく検索しづらいこと（＝活用しにくい）等が挙げられる。			

	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
評価機関のコメント			
標準的な実施方法の見直しについては、変更点があった場合、手書きで朱入れを行っているものの、「いつ改訂されたのか？」が明確になっていないため、「改訂日」が明確に分かる表記をつけることが望ましい。また、組織として見直す姿勢はあるものの、見直しを行うタイミングとしては「随時」となっており、定期的には行われていないため、見直す時期や方法について検討されたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントについては専用の用紙を用いて作成されており、内容に変更があった際、朱入れする等、作成から見直しまでの仕組みが確実に整っている。サービス管理責任者を中心に、各担当職員がアセスメントを行う等、適切な対応をされているが、他職種等を巻き込んで作成していく体制については若干弱いため、今後は他職種連携について工夫されることに期待したい。			
	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
毎月全利用者のケース会議を開催し、個別支援計画に関する進捗状況や達成度の評価等を行っており、丁寧な話し合いをしている。また、話し合った結果については回覧等にて周知し、情報共有に努めている。計画の急な変更にも対応しているが、あえて課題とすれば、「未達成」が続いた時の計画変更に関するルールが曖昧であることから、その仕組みについて検討することを望みたい。			
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)-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。	障 44	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「事業日誌」と呼ばれる用紙を活用して、利用者の体温、血圧、排泄、入浴の状況、食事量、投薬状況、一日の活動状況や特記事項等を記録している。全利用者を対象としており、非常に細かな記録がA3の用紙に記載されていることから、不在だった職員がその日の状況を確認する上でも有効な用紙となっている。			
	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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」や具体的な行動マニュアルが策定されており、その内容も十分なものとなっている。万が一漏洩した際の罰則等も明記されており、その周知を図るため職員会議等を通じて“個人情報の扱いの大切さ”を伝えている。利用者や家族への周知については、「重要事項説明書」において、細かな内容にて行われている。			

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			
A① 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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
活動や行事の選択については、利用者・家族の意向を折に触れて確かめている等、利用者の自己決定に配慮した姿勢が見られる。利用者の多くが障害の重さ故、コミュニケーションが取りづらく、思うように「自己決定」が行えない中でも、小さなアクションやシグナルをキャッチして、可能な限り利用者の「〇〇したい」という気持ちに寄り添っている。			

A-1-(2) 権利侵害の防止等			
	A② A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障 47	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内他施設を含めた横断的組織として「権利擁護委員会」があり、各施設職員の参加の下、「利用者の権利擁護」について勉強したり虐待等に関する情報収集を行う等、独自のシステムがある。そこで話し合われた内容については、議事録として全職員へ周知したり、職員会で話し合ったりする等、虐待防止に向けた具体的な取り組みへとつなげている。			

A-2 生活支援

			第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本			
	A③ 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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
見守りの姿勢を基本としながらも、適宜支援を行い、利用者の自立を阻害しない取り組みに心がけている。障害の状況にもよるが、一部の利用者に対しては一般的なマナー（例：車いす同士ですれ違う際、他人にぶつかったら「謝る」という行為を支援）も伝えるようにしている。ただ、全体的にみると、自立に向けて取り組むべき余地や課題はまだ残っている。			
	A④ 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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
全体的にコミュニケーションをとることが難しい利用者が多いため、意思疎通は言葉よりも表情や仕草、体の動き等から情報を得よう努めている。利用者個々の特性やコミュニケーション能力が一人ひとり異なることから、職員会議やケース会議でその周知を図っている。実際のコミュニケーションの場では、職員によるスキルや理解力等の差があるようで、その平準化が課題である。			
	A⑤ 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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
明確な意思表示ができる利用者が少ない中でも、個別に対応する環境と体制は整っている。実際に相談を受け付ける場面もあり、その内容を記録して他の職員にも周知する等、風通しの良い環境となっている。意思決定についても大切にしており、可能な限り選んでもらえる環境を用意している。			
	A⑥ 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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
選択できる日中活動は、散歩や体操、クッキング、レクリエーション活動等の様々なプログラムが用意されている。行事等については利用者の意見を反映しながら実施し、終わった後はヒアリングを行って次の活動につなげる仕組みがある。ただ、地域で行われている活動等については十分な情報提供は行えていない。地域のイベントや活動、社会資源等の積極的な活用も視野に入れた取り組みに期待したい。			
	A⑦ 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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
内部及び外部研修において、障害特性に関する勉強や情報収集を行い、適切な対応ができるよう努めている。具体的には、法人内で行われる研修では、利用者の障害特性や関わり方、コミュニケーション方法等、支援する上で必要とされる学習がなされている、これら研修以外では、毎月行われている「職員会議」や「ケース会議」等で利用者支援に関する話し合いがなされており、その体制が十分整っている。			
A-2-(2) 日常的な生活支援			
	A⑧ 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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
食事に関する支援については、細かな配慮を行いながら、適切な介助やレイアウト、雰囲気作りに努めている。入浴についても、より多くの利用者が安全に利用できるよう配慮している。機械浴をリニューアルし、安全かつ気持ちよく利用できるようにハード面を充実させている。保護者アンケートや検食日誌からは、「脂っこい昼食」というコメントが多く残されていた。外注弁当であるため献立への反映は難しいが、これらの声を反映させる取り組みが望まれる。			

A-2-(3) 生活環境			
	A⑨ 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食堂兼多目的室については、これまで暗かった蛍光灯を撤去し、全てをLED化した。交換した結果、全体的に明るくなり、現地を確認した際もその明るさに共感できた。安眠したり、一人になりたい利用者に対応する部屋の提供については適宜対応しており、リラックスできる部屋をその都度用意している。			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
	A⑩ 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
評価機関のコメント			
主治医の意見を保護者経由で情報としてもらい、その指示に従って可能なことを施設内で行っている。事業所としては、「直接的に専門職の助言や指導を受けたい」との要望を持っている。ただ、現状はそのような専門職が配置されていないこともあり、今後の取り組みとしての課題が挙げられる。			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
	A⑪ 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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
看護師の配置がこれまでの「1ヶ月に1回」から「週1回」に変更となり、これまで以上に利用者の医療・健康面についての支援体制が整った。健康に関する把握については、褥瘡の確認や爪切りの実施、職員からの医務的相談等、多岐にわたっている。健康状態の記録については、「事業日誌」に細かに記載するようにしており、記録及び情報の共有がなされている。課題は、看護師不在の日についての迅速な対応である。			
	A⑫ 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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
誤投薬防止については確実に行われており、投薬ミスは見られない。アレルギーや慢性疾患についてはアセスメントにて把握しており、適宜見直しを行いながら、その内容の周知に努めている。課題としては、看護師不在の日における医療的な支援の管理体制をどのようにカバーしていくか、である。			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
	A⑬ 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人最大のイベント「コスモス祭り」をはじめ、法人内スポーツ大会(ポッチャ)等、数多くのイベントには積極的に参加をするよう努めている。利用者の外出についても、保護者及び利用者の希望により、入所施設と連携しながら外出支援を行っている。学習の機会についても利用者の希望を取り入れ、英語や算数の勉強ができるよう支援を行っている。			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
	A⑭ 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
評価機関のコメント			
地域生活を希望していた利用者・保護者の思いを汲み取り、将来的にグループホームで利用ができるように支援している。そのために、ショートステイ利用に向けた調整を行う等、目の前のニーズに対して真摯に受け止めている。今後は、その輪が他の利用者・保護者にも広がり、実績を積んでいくことが目標となろう。そのためにも、情報収集・情報提供はもとより、さらなる関係機関との緊密な連携を行っていくことを望みたい。			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
	A⑮ 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
評価機関のコメント			
家族会が組織されておらず、「保護者会運営が負担である」という保護者のニーズを踏まえた上での対応である。その代わりに、送迎時におけるコミュニケーションや年1回の家庭訪問、日頃の様子を連絡帳だけでなく電話にて直接意見や要望を聞き取る等、風通しを良くする仕組みを作っている。体調不良時においても、細かなフローチャートが用意されており、適切かつ速やかな対応が可能となっている。			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
	A ^{①⑥} 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
評価機関のコメント			
非該当			

A-4 就労支援

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
	A ^{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。	障 62 a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	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。	障 63 a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	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。	障 64 a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			