

## 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：障害福祉サービス事業所 かすみ草	種別：生活介護	
代表者氏名： 赤井 義則	定員（利用人数）：20名（21名）	
所在地： 愛知県一宮市南小渕字細野一番地		
TEL： 0586-81-3815		
ホームページ： <a href="http://cosmos-w.com">http://cosmos-w.com</a>		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 昭和 7年 6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： 7名	非常勤職員： 2名
専門職員	（管理者） 1名	（サービス管理責任者） 1名
	（生活支援員） 7名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等） 作業室・製造室・相談室
		静養室・食堂・厨房

### ③理念・基本方針

#### ★理念

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

#### ★基本方針

施設の基本理念

- ①利用者を「自らその人らしく生き延びていく力を身に付けていくこと」ができるよう、人として平等な尊厳を大切にしながら、一人一人の個性を尊重した支援に努め、利用者と支援者が相互に成長していくこと
- ②利用者を取りまく生活の場に支援者や地域との連携し、利用者にとって望ましい将来像を考え続けること。
- ③地域の方々と積極的に交流し、地域に開かれ、地域と共に発展していくこと。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

##### 施設の基本理念①に対して

施設が仕事を提供する場合であることを支援の土台に置き、『労働⇒賃金⇒生活』の流れを大切にす。利用者本人が抱える課題に合った仕事班、仕事内容の提供、自力で行える事は行い出来ないことは依頼する姿勢、自己が求める事への給料を使用できるよう相談・助言をすること。

これら関わりの中で、職員としてどうすれば利用者個々の内面を知り、本人が考え、選択・決定ができる環境を作れるのかを職員自身が考え、さらに工夫し、利用者と一緒に歩もうとする姿勢を磨くこと。

##### 施設の基本理念②に対して

家族、サービス事業者ともに、利用者本人が望む生活、自律をサポートできるよう、必要に応じて個別の支援を実施する。利用者職員と一緒に活動することにより、知り得た一面を蓄積し、利用者一人ひとりに望ましいと思われることを提案し、選択してもらう。その際、その利用者自身の「過去・現在・未来」の流れを大切にすると共に、利用者の人生はその方のものであるため、本人の自己選択を尊重する。また、自己選択の結果を受け止める力を身に付けられるように支援する。

##### 施設の基本理念③に対して

地域のお祭りへの出店や高齢者施設での構内販売、近隣企業への駐車場の貸し出し、第二土曜日のフードドライブ、地域の高校主催のインターンシップの受入れなどを実施する。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 1月20日(契約日) ~ 令和 4年 6月21日(評価決定日)  【令和 4年 4月28日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成29年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

###### ◆利用者が参加する事業計画の策定

「課」と呼ばれる生産グループごとの事業計画は、利用者職員との話し合いによって単年度目標や成果指標が設定されている。また、事業計画に基づいた「重点課題」と「授産活動」が毎月報告され、さらに、4期に分けてきめ細かく見直しが図られている。PDCAサイクルに基づいた取組みが進められている。

###### ◆個別支援計画は利用者との約束

個別支援計画は、利用者職員との信頼関係であり、利用者との約束事であると定義づけ、「目標設定は正しいのか」、「支援方法は正しいのか」と言う問いかけが常に行われている。2ヶ月に1度見直しが図られている。個別支援計画に基づいて利用者本位の支援が行われ、利用者の意欲や意思を引き出し、自己決定につなげている。

##### ◇改善を求められる点

###### ◆達成の度合いを評価・判定できる中・長期計画の策定

事業所の「進んでいきたい方向」という文書に、短期目標や中期目標、長期目標が記載されている。しかし、達成の度合いを評価・判定することができる数値目標や具体的な到達点を設定しておらず、財務面での裏付けとなる収支計画も策定されていない。中・長期計画の見直しが求められる。

###### ◆職員の育成

職員一人ひとりの目標は、理念や事業目標、中・長期計画、事業計画の実現につながるよう設定し、育成を図られたい。研修内容やカリキュラムの評価と見直しの点では改善の余地があり、体系化された教育・研修システムの構築に向けて検討されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は、コロナの感染状況等の影響で訪問調査日や調査内容にも変更があったにも関わらず実施できたこと、ありがたく感じています。  
評価を受けるのは今回で3回目となるのですが、受ける度に気づかされる点があります。まだまだ、多くの改善点があるので出来るところから進めていけるよう努力してまいります。  
この度はありがとうございました。

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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> ホームページに法人の理念と事業目的が掲げられている。事業所パンフレットに基本理念が記載され、玄関先にも掲示されている。職員に対しては理念と事業目的が記載されたマニュアルを一人ひとりに配付し、利用者には「わたしたちが大切にしていること」という、分かりやすく説明したルビをふった資料を配付し周知を図っている。			

##### 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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人の「管理者会議」において、社会福祉事業全体の動向について最新の情報を収集している。また、利用の推移や利用率、加算状況、人件費について毎月、把握・分析している。財務面では、月次報告を作成している。それらの情報を共有し、課題解決に取り組んでいる。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 経営状況の把握・分析を行い、事業計画に「定員減」、「施設開放事業」、「生産活動」等を経営課題として列挙している。職員には、職員会議やパート会議で人件費や授産状況を周知し、解決、改善に向けて取り組んでいる。			

##### 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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 事業所の「進んでいきたい方向」という文書に短期目標、中期目標、長期目標が記載されている。しかし、達成の度合いを評価・判定することができる数値目標や具体的な到達点を設定しておらず、財務面での裏付けとなる収支計画が策定されていない。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 単年度の事業所の事業計画は、中・長期計画を踏まえたものとなっている。事業所全体の事業計画には数値目標や具体的な成果等の設定はないが、「課」と呼ばれている5つの生産グループごとに事業計画が策定されており、単年度目標や成果指標が設定されている。			

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 「課」の事業計画は4期に分けてきめ細かく見直しを図っている。「重点課題」と「授産活動」が毎月報告され、PDCAサイクルに基づいた取組みが進められている。また、「課」の利用者と職員の話し合いが年度末に行われ、その話し合いの内容に沿った事業計画となっている。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 年度末に職員と利用者が話し合った内容が、「課」の事業計画となっているため、事業計画について利用者が十分理解し周知されていると言える。また、家族には毎月発行される「家族通信」において事業計画の内容を伝えている。		

#### 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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 第三者評価の受審や自己評価により、定期的、継続的に評価・分析を行っている。利用者の満足度については利用者自治会が目安箱を設置しており、いつでも意見を述べることができる。毎月、利用者に給料を渡す時や個別支援計画のモニタリング時に意見を聞くようにしている。定期的に家族アンケートを行い、それらを基にして改善を進めている。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 第三者評価の定期的な受審に加え、毎年実施する自己評価の結果分析から、事業所としての課題が導き出されている。課題を顕在化するだけに留めず、組織的に改善の取組みがなされるよう、誰が（責任者）、いつまでに（期限）、何をするのか（実施方法・結果）という具体的な計画の策定が望まれる。		

## 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	①	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、「旗振り役」として会議等の場で事業所の経営、管理に関する方針と取組みを伝えており、「家族通信」でも自らの考えを表明している。また、「職員組織体制図」や「利用者の支援図」、「各会議の関係図」等で職務分掌について明確にするとともに、災害や事故等における管理者不在時の権限委任先が明らかにしている。</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	①	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、セルフ協（全国社会就労センター協議会）からの通知文書で遵守すべき法令等の確認を行っている。職員に対しては、回覧で周知している。遵守すべき法令の対象は、福祉分野に限らず、特に食品衛生法の改正によりHACCP（ハサップ）が義務化され衛生レベルが上がることから、職員への周知を図っている。</p>			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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	①	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、福祉サービスの質の現状について、毎月の利用者状況報告や2ヶ月に1回のモニタリング、3ヶ月に1回の事業計画の見直しに基づいて評価・分析を行っている。研修については、法人の企画部による講演会の参加や外部研修、「eラーニング」（オンライン勉強会）やKYT（危険予知トレーニング）を行っている。</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	①	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>送迎対応職員の勤務時間や子育て中の職員への配慮、1時間単位の年休取得、職員が会議に参加しやすい工夫を行っている。また、男性の育児休暇取得の実績もある。納品については、職員に早めに業務内容を伝えて予定が立てられるようにし、納期に間に合うように事業所全体で力を合わせている。</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。			
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	①	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>正規職員は法人の採用計画が策定され、それに基づいて人材の確保が図られている。インターネットの求人サイトを活用している。10年以上勤務する職員に資格取得のための休暇、資格取得奨励金の制度があり、専門職確保のための具体的な取組みも行っている。</p>			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「職員倫理綱領に基づく行動指針」が「期待する職員像」となっている。また、「人事考課評価表着眼点」に基づいて評価され、最終評価結果が次年度の賞与に反映されている。年2回管理者と職員との面談も実施されている。職員が自ら将来の姿を描くことができる、総合的な人事管理の仕組みの構築が望まれる。</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り組んでいる。	障16	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを確認し、職員に対してメンタルチェックが実施されている。定期的に面談が行われており、職員の悩み相談窓口も設置し、職員が相談しやすい環境を整えている。各種のハラスメント防止の取組みも行われている。</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。		
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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「職員倫理綱領に基づく行動指針」が「期待する職員像」となっている。目標管理が「人事考課評価表」と併せて実施されている。年2回の面談が職員と向き合う機会となっており、目標の進捗状況・達成状況が確認されている。一人ひとりの目標は、理念や事業目的、中・長期計画、事業計画の実現につながるよう設定し、育成を図りたい。</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 ・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修計画にもとづいて虐待防止、身体拘束適正化、感染症等の研修が進められている。外部の研修も強度行動障害の研修等、職員の希望も取り入れながら実施されている。研修内容やカリキュラムの評価と見直しの点では改善の余地があり、体系化された教育・研修システムの構築に向けて検討されたい。</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	④ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>階層別、職種別の研修が行われ、職員の習熟度に合わせて、業務内容に沿ったOJTが実施されている。また、自立支援協議会が主催する外部研修への参加の機会もある。非常勤職員も「eラーニング」（オンライン研修）を中心に研修に参加しており、職員一人ひとりに対して十分な教育・研修の機会がある。</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	⑤ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護福祉士実習の制度が変更され、以前と比べると実習生の受入数は減っているが、積極的に実習を受け入れている。実習生受入れに関するマニュアルが整備されている。また、実習プログラムが作成されており、実習終了後の振り返りや理解度といった効果測定も実施されている。</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。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回、法人による「コスモスだより」が発行されている。ホームページで、理念、事業目的、事業報告、決算書等を公開している。事業計画や第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容もプライバシーに配慮しつつ公表・掲載し、さらなる事業運営の透明性を図ることが望まれる。</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	⑦ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種の規程やマニュアルにより、事務、経理、取引等に関するルールが明確にされている。公認会計士により、財務関係に関する事務処理等が支援されている。管理者が小口現金の管理をしているが、法人本部とのダブルチェックを毎月実施している。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月開催される「かすみ草朝市」の目的に、地域との関わりについて明記している。コロナ下において中断しているが、「かすみ草ミニ朝市」を開催し、フードドライブの取組を始めた。物品販売によって地域のつながりを築いており、地域における社会資源については、利用者からやりたいことがあがった時に活用するよう提案している。「カヌーに乗りたい」も、カヌー教室を探して実現させた。</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。	障24	a ・ ② ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアの受入れの基本姿勢と受入れ手順が、マニュアルに記載されている。高校生のインターンシップの受入れについては登録済みであったり、地域の中学校のボランティアを受け入れているが、地域の学校教育への協力についての基本姿勢は記載されたものが確認できず、明文化することが求められる。</p>			
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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源を明示した「利用者関係事業所連絡先」という一覧表が作成されている。自立支援協議会の日中連絡会に所属し、3ヶ月に1回会議を行っている。そこで得られた情報については、毎日のミーティングで報告し、職員間で情報共有が図られている。</p>			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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。	障26	a ・ ① ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自立支援協議会の日中連絡において、地域ニーズについての情報共有を図っている。また、朝市にいられた地域の方の声を把握することに努めている。具体的な地域の福祉ニーズや生活課題等の把握については改善の余地がある。</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。	障27	② ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各家庭で使いきれない未使用の食品を集め、それらをフードバンク団体に寄贈する「フードドライブ」という食品ロスを減らす活動に取り組んでいる。また、空き缶やペットボトル、古紙等の資源を、地域の方がいつでも出せる環境を整えている。地域コミュニティの活性化やまちづくりに貢献している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的な会議（法人内委員会含む）の実施や、研修（勉強会）で情報共有を図っている。管理者、サービス管理責任者を中心とした「理念の共有化」や「利用者対応」の研修会も実施され、利用者への言葉遣いや態度を理解する場が設けられている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>限られたスペースを有効活用し、状況や場面に応じてプライバシーが保てる空間造りを実践している。法人内にある権利擁護委員会においても、定期的な会議が実施され、職員への周知も行われている。今後も定期的なマニュアルの見直しを行いながら、事業所内における研修を実施することで、より意識を高め、より良い支援に繋げていただきたい。</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。			
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	③ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページのやパンフレットで活動等が紹介されている。相談支援事業所と連携して見学者には丁寧に対応し、希望があれば体験利用も可能である。案内資料は写真等を使い、分かりやすく配慮されている。今後は、ホームページ内の情報の定期更新を行う事で、新規利用の拡充につながるような取組みに期待したい。</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	③ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書や利用契約書を使用して説明している。説明時には、文字や写真等の資料を使い、利用者の意向を丁寧に聞き取るよう配慮している。また、「はい・いいえ」で答えられるよう、分かりやすい質問を用意して本人の意思の確認を行い、家族からの聞き取りと併せてニーズを確認している。今後予測される様々なコミュニケーション手段の確立や配慮についての準備に期待したい。</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	③ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>近年事業所等の変更は少ないが、相談支援事業所と連携し、利用者、家族等が安心して相談できるような体制が整備され、必要に応じて担当者会議を実施している。今後移行時に必要となる、伝えるべき内容や申し送りの手順や記録、サービス終了後の連絡先等の窓口について明文化し、利用者の更なる安心に繋がる取組みを図りたい。</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	④ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>嗜好調査を行い、食事提供時の要望を取り入れている。自治会において、事業所行事での活動に関する要望を聞き取り、利用者満足の向上に努めている。面談時には、積極的に家族からの意見や要望を聞き入れ、利用者および家族の満足度向上に努めている。今後は、サービス全般におけるアンケート調査を定期的に行う事で、より満足度を高めていく取組みに期待したい。</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	④	b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決体制は、重要事項説明書や施設内掲示等で周知している。利用者や家族からの苦情や意見は、直接口頭で取得したり、電話、意見箱などの方法で申し出ができる体制を整えている。苦情案件は、利用者同士の事が多く、職員が聞き取り、終礼等で周知したりボードを使って共有するなどし、報告体制も確立されている。可能な限り迅速に対応策や改善策を検討できる体制が整っている。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>給料支給日を相談日の目安としている。利用者が意見を言いやすい環境づくりの一環として、意見箱を設置している。限られた環境の中でも、時間や場所を工夫する事でプライバシーに配慮した対応を心がけ、話しやすい環境づくりに取り組んでいる。今後は、相談や意見を伝える相手が自由に選べる事や、外部の相談窓口の設置などを周知するような環境整備に期待したい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見箱や自治会、個別面談等で利用者の相談や意見、要望の把握に努めている。利用者の要望や意見は、朝礼および夕礼で情報共有し、解決策の検討などの対応に努めている。今後は、記録として残すべき相談記録等の基準や記録方法、手順等を明確にしたマニュアルの整備を図りたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ヒヤリハットや事故報告書の共有により、会議で改善策・再発防止策を検討している。また、軽微な事故などが発生した場合に対応するため「赤チン報告」が作成されており、再発防止のための仕組みが構築されている。今後は、全職員の安全に対する意識の向上のための研修会を実施し、事故等の対応時のマニュアルの整備を行う事で、より安全な活動環境の整備に期待したい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種感染対策マニュアルを整備し、感染症対策勉強会や利用者への手洗いの必要性を伝えるなど、感染予防対策の周知に努めている。手洗い場に手洗い推奨のイラストを表示し、一日3回の施設内消毒を行っている。定期的な検温を行い、空気循環のためのサーキュレーターやCO2測定器等を整備している。理事長からの配布物や「家族通信」を活用し、丁寧な情報提供が行われている。</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	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時に備え避難訓練を実施している。車いす利用者が通れるような避難経路や非常口の確認が行われており、環境整備に配慮がみられる。事業所分の備蓄も確保し、リストによる管理が行われている。事業所横に用水路などがあり、今後考えらえる洪水等の災害対策も、サービス管理責任者を中心に検討（BCP、ハザードマップ等の作成）が進んでいる。</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。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法としてマニュアルを策定している。作業・食事・排泄面等々、利用者に配慮する点を職員で共有し、ケース検討会議等で支援方法を共有している。現在ある標準的な実施方法の中から、職員誰もが行わなければならない基本となる部分を抽出し、異動してきた職員にも伝わりやすいものとするのが望ましい。そのことによって、サービスの質の向上につなげていただきたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者支援会議において、各支援プログラムの手順書を見直し・変更している。利用者の状態が変化したリニーズの変化がある場合を想定し、2ヶ月に1回個別支援計画の見直しを行っている。見直し後は、朝礼や夕礼等で職員に周知する仕組みとなっている。今後も定期的・組織的に見直しができる体制づくりを行い、理念を実現するための職員共通理解を持ち合わせた支援の継続に期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「アセスメントシート」や面談時の聞き取りで利用者の生活状況や身体状況、ニーズの把握に努めている。利用者のニーズのみならず家族からもニーズの確認を行い、個別支援計画に反映させている。そのニーズの熱量が高いほど、実現のためへ支援の熱量も高くなっている。事業所内での情報共有は行われているが、今後は必要に応じて関係職種との連携を深めることを期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は2ヶ月に1度見直しを行っている。個別支援計画は利用者職員との信頼関係であり、利用者との約束事であると捉えており、目標設定が正しいのか、支援方法は正しいのかという問いかけが常に行われている。日々の支援を記録したケース記録や利用者や家族との面談、相談支援事業所のモニタリングを通じて利用者の意向を把握して、評価・見直しを行い、同意を得ている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員間の日々の会話からも、利用者への支援方法が話し合われていることがうかがわれる。会議以外でも情報共有が行われており、風通しの良い職場環境である。業務日誌やケース記録に細かに支援の様子が記録され、毎日の朝礼や夕礼、各種会議を通じて情報共有に努めている。グループホーム世話人との情報の伝達方法や、理解促進の点で改善の余地を残している。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報保護規程」が整備され、職員会議時に個人情報保護の重要性を確認している。また、利用者や家族からは個人情報に関する同意書を得ている。利用者や家族へは個人情報の取扱いや守秘義務、開示等については重要事項説明書で説明し、理解と同意を得ている。職員に対し、個人情報保護の重要性をさらに高めるため、個人情報保護に関する研修を実施している。</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> 個別面談で利用者の意向ややりたいことを把握し、目標を設定している。「パン作りがしたい」等、利用者の意向を把握し、実現に向けて検討している。自治会活動として、事業所行事の中で行うレクリエーション活動の提案のサポートを行っており、利用者の意欲や意思を引き出せるよう職員が支援している。これらの取組みを通じて、利用者の自己決定の意識を高めている。			

### 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・②・c
<コメント> 職員間の良好なコミュニケーションが構築され、日常的に権利侵害防止につながるような会話が生まれている。法人内で権利擁護委員会があり、会議内容を共有し、事業所では起きていないかをミーティングで話し合うなどの仕組みがある。利用者の接し方についても定期的な確認を行い、利用者支援に努めている。今後起こりうる様々な事案（拘束）に対しての取組みに期待したい。			

### 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・③・c
<コメント> 利用者や家族の生活全般の意向や生活習慣を把握する事で、利用者の自律・自立のための支援に努めている。利用者自身でできることは可能な限り職員が手を貸さず、利用者のできることを増やす機会を提供し、利用者のやる気アップや達成感、満足に繋がるよう支援している。まだ、顕在化していない様々なニーズを把握する事で、自分らしさを体感する支援に繋がることに期待したい。			
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・④・c
<コメント> 分かりやすく分割して質問する等、利用者の思いや意向を汲み取るため質問方法を工夫し、時間をかけて話を聞き出している。意思表示が困難な利用者についても、イラストや写真、文字等を活用してコミュニケーション能力の向上に努めている。今後は、利用者特有のサインや対応について、職員誰もが理解して対応できるような支援の確立を期待したい。			

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> 2ヶ月ごとに行っている個別支援計画の見直し、利用者からの相談や要望だけでなく、今後取り組みたいことや、作業で困っていること等を一緒に考える機会となっている。相談内容は、必要に応じてサービス管理責任者や管理者に報告し、朝礼・夕礼で情報共有している。できるだけ迅速な対応に努めており、個々に必要とする支援の提供を強く意識している。			
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> 第4土曜日には「レク・スポ」が行われており、自己選択の機会となっている。他にも「療育音楽」や「創作活動」、「ストレッチ・リラクゼーション」の時間があり、コロナ禍により活動制限はあるが、利用者の意向を聞き取って活動に取り入れたり、社会資源の情報収集・提供も行われている。利用者の日々の活動は、個別支援計画に沿って行われ、利用者のニーズを拾い上げた支援が行われている。			

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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          障害に関する専門知識や支援技術の習得のため、強度行動障害等の研修へ参加し、全職員の情報共有に努めている。視覚的な情報伝達方法を必要とする利用者への支援を実践し、支援方法の見直しを定期的に行っている。利用者個々の「やりたい事」を実現するための支援が提供されている。職員の経験値等からおきる支援のズレに対しても、対策を明確にして取り組んでいる。</p>		
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	a ・ ㉒ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          利用者の好みや希望を献立に反映させるため、嗜好調査を実施している。利用者の状況に応じ、食事形態を「やわらか食」や「きざみ食」で対応したり、味付けや食事量、温度などへの調査が行われ、細かな配慮がされている。排泄介助は同性介助を基本とし、羞恥心やプライバシーにも配慮している。今後、体調変化や、様々な障害特性を持った利用者への対応の準備を検討されたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          コロナ対策として、常時換気、施設内の消毒等に努めている。利用者が落ち着いて過ごすことができる静養室があり、必要に応じてクールダウンの場として利用している。インフルエンザの予防接種など、呼びかけや情報を発信するだけでなく実践することで、利用者、家族に安心を届けている。事業所内で起きるかもしれない危険予知の訓練を行い、「当たり前暮らし」の提供を継続している。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          週3回「ストレッチ・リラクゼーション」を行い、リラックスや疲労回復のための場としている。利用者個々の障害特性や心身の状況を把握し、身体機能維持を目的としたリハビリ運動を支援している。日常的に、利用者自身でできることには自分でやるような環境づくりに努め、職員が意図的に「手を出しすぎない支援」を実践している。療養音楽や創作活動などを導入し、自分らしさを体現する場もある。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          週2回、看護師による体調確認があり、体温や血圧等のチェック、健康診断結果を基に健康指導を実施している。コロナウイルスの感染拡大予防として体調変化への対応や施設内衛生管理等を行い、安心して通所できる環境づくりに努めている。「赤チン報告」では、軽微な事故に対して協議の場が設けられ、再発防止や利用者のあらゆる場面に対する対応が想定されている。</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 ・ ㉒ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          「緊急時カード兼食事形態一覧」に服薬などの情報が記載されており、必要に応じて職員が支援を行い、服薬時には服薬確認を実施している。今後は、医療的支援に関する職員研修等を準備する事や、服薬忘れ等の誤薬事故があった場合の対応方法を定めたマニュアルを整備する等、利用者の安全・安心を担保する取組みに期待したい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          自治会で利用者の意見集約を行い、体験の場を設けるために買い物学習を取り入れている。コロナ禍による活動の縮小もやむを得ない状況の中、利用者からは現状に応じた対応(行事の開催等)に好意的な意見が上がっている。理念にある「その人らしく過ごすこと」に沿った買い物学習での「欲しい物を買う」支援が、結果として社会参加を促す取組みとなっている。</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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 地域生活への移行支援は、利用者や家族の意向に沿い、関係機関との連携や情報共有を図りながら進めている。家族の高齢化に伴い、この先(親亡き後)の介護に対する不安や、今後必要となる事を想定した支援が検討され、相談支援事業所や法人内のグループホーム等と連携し、利用者や家族の意向に添えるよう配慮している。今までの生活環境を変えることなく、地域生活が継続できるような取組みを期待したい。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 利用者の家族等に随時連絡を入れるなど、保護者との連携の大切さを認識して情報交換・共有に努めている。利用者の日々の活動について報告するほか、相談にも応じている。毎日の様子や相談は記録に残し、必要に応じて送迎時や電話などで迅速な対応を心がけている。定期的に「家族通信」を発行し、行事の様子や予定等を家族に伝えている。家族の高齢化により、伝達方法等の変更も検討している。		
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		