

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

① 第三者評価機関名

株式会社 ひばり福祉支援センター

② 施設・事業所情報

名称：伊豆医療福祉センター 生活介護事業所 こすもす	種別：障害福祉サービス事業 生活介護	
代表者氏名： 渡邊 誠司	定員（利用人数）： 5名	
所在地： 静岡県伊豆の国市寺家 202		
TEL：055-949-1165	ホームページ：http://izuiryo.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 24 年 4 月 1 日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 <small>恩賜財団</small> 済生会支部 静岡県済生会		
職員数	常勤職員： 8 名	非常勤職員 名
専門職員	（専門職の名称）	
	医師 1 名、准看護師 1 名、	
	生活支援員 3 名、理学療法士 1 名	
	作業療法士 1 名、サービス管理責任者 1 名	
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	3	特殊浴室、冷暖房、加湿器 他

③ 理念・基本方針

（理念）私たちは、障がいを持つ方々の生活の充実・満足を目指して、チームを組んで医療と療育の総合的支援に取り組めます。

（基本方針）重症心身障害児（者）の療育訓練、生活援助をはじめとした入所・通所事業、療育相談、障害児（者）の外来診療など、障がいのある方への地域における総合的な療育

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・重症心身障がい者（区分5及び区分6）の利用者を受入れています。
- ・医療的なケアを必要とする利用者を積極的に受入れています。
- ・送迎は家族が行い、送迎時での家族と職員が会話を交わす機会が多く、家族との良好なコミュニケーションをとっています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和2年8月25日（契約日） ～ 令和3年3月10日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（ 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・公正かつ適正・運営の取組みについて伊豆医療福祉センター事務分掌表が作成され、職務の範囲、権限、責任が明確にされています。また、監査法人の公認会計士による外部監査を受け、財務・内部統制の助言、指導を受けて改善に取り組まれています。
- ・医療施設を併設し多岐にわたる外来診療が行われています。事業所の施設長は医師でもあるため利用者にとって医療的ケアに関連するサービスがワンストップで提供されます。また、施設の近隣には救命救急センターの順天堂大学静岡病院があり、重度心身障がいの利用者にとっては安心してサービスを受けることができる環境にあります。
- ・送迎時の職員との会話はゆとりをもってコミュニケーションがとれています。利用者が受けられる利用時間も十分に確保されています。
- ・通所室には、四季折々の演出の工夫がされ、「仲間と一緒に・・・」をキーワードに仲間と出かける楽しさを味わうための行事計画を企画し、実施しています。
- ・提供する福祉サービスは、標準的实施方法に基づき、事業所の統一様式にて日案、週案、月案として職員全員の共有化のもとでサービスの実施、記録がされています。

◇改善を求められる点

- ・法人としての中期事業計画が策定されていますが、事業所としての取り組むべき中期的な目標の設定や、各年毎の成果（到達目標）を明確にしておくことが求められます。また、事業所の中期計画と単年度の事業計画の整合性を図り、必要に応じた計画内容の見直しも求められます。
- ・管理者を中心に様々な取組みが行われていますが、計画の作成、実施状況の検証、分析、評価、改善計画書等の作成については、全職員の参画と意見等を反映する取組みが必要です。また、一連のプロセスを記録に残すことが求められます。
- ・各種の評価項目で求められる文書や記録が不備であり、実施されていても客観的に確認できない評価項目が見受けられました。文書や記録を作成するための手順を定めて実施経過や具体的な実施内容の記録が求められます。
- ・利用からの苦情は軽微なことも含めて記録に残し、事業所が定める苦情解決処理の仕組みを十分に機能させていくことが求められます。また、苦情対応についての解決方法や顛末を公表していくことで再発防止に役立てていくことが求められます。
- ・災害発生時を想定したBCP計画の策定が計画途中です。災害対策として事業継続のための方法や対応を早急に定めて体制整備と職員への周知が求められます。
- ・権利擁護及び権利侵害について、施設内外の具体的な事例の収集をもとに事例研究をテーマとした定期的な研修の実施が必要です。また、権利擁護及び権利侵害についての理解と対応をより深く職員に周知徹底することが求められます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

これまでの施設運営、利用者支援等の再確認のため、第三者評価を受審させて頂きました。評価していただいたことで、自分たちでは気づくことが出来なかった課題や問題点がいくつか見つかりました。今後も重症心身障害者の方たちの日中活動の場として、利用者にとってより良い支援が出来るよう、課題や問題点等の改善、検討を行い、利用者に寄り添うサービスを進めていきたいと思えます。

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〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、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。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

障害者・児福祉サービス版共通評価基準

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。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>理念、基本方針は明文化されパンフレット、ホームページ等に記載され、法人の理念は施設の入り口、スタッフルーム、通所室に掲示されています。職員には新年度の会議時に、利用者又は家族等には契約時、懇談会開催時、おたより等により周知が図られていますが、利用者、家族等に対しては理念や基本方針をわかりやすく、又は理解しやすいような周知方法の工夫は十分ではありません。職員、利用者及び家族等、地域住民や関係機関に対する周知状況の確認も継続的には行われていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業経営を取り巻く環境と経営状況を把握するために、利用報告書に取りまとめて月例の主任会議で報告されています。利用報告書の内容は利用状況が主な報告となっておりますが、社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画の策定動向の内容を把握し、外的な情報分析結果を文書化されていません。</p>		
3	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。	b
<p><コメント></p> <p>経営課題の検討については、通所支援サービス会議の中で検討され契約検討会議へ上申し、支部理事会での協議及び決議により実行される仕組みとなっておりますが、通所支援サービス会議での全職員の参画、意見の反映を確認できる検討会議録が文書化されていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人全体の第2期中期事業計画(平成30年度～令和4年度の5ヶ年)が策定されています。法人が目指すべき重点課題と方向性は計画書により明示されており、収支(財務)の予算計画書も策定されていますが、法人が示している重点課題を実現していくための事業所の具体的な成果等の目標設定が十分ではありません。計画期間における各年の取組む施策の実施状況を評価できる具体的な内容を文書化していません。中期事業計画の策定は5年毎に行われ、次期計画策定期間までの間での見直しは行われていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>単年度計画は「支援目標」、「年間活動内容」として文書化されています。また、令和2年度の取組むべきキーワードを「仲間と一緒に」として掲げて取組むべき内容も示されていますが、中期事業計画の具体的な成果等の目標設定との整合性は十分には図られていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画策定と実施状況についての把握を行い、職員への理解も促されています。一方、事業計画の評価・見直しは、中期事業計画の妥当性や有効性についての検証を行い、次年度の事業計画に反映するための検討や過程の記録が十分ではありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画内容を年度初めのオリエンテーションと懇談会等の実施時に利用者及び家族等に説明していますが、事業計画内容については、職員向けとは別に利用者及び家族等にわかりやすく、理解しやすい説明資料等の作成や工夫がありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上に向けた取組みとして、令和2年度の目標の中に職員研修の充実、第三者評価の受審による職員の意識改革が掲げられています。人事評価制度試行マニュアルを活用した人事評価制度を導入し、職員各人の業務内容の質の向上に関する仕組みはありますが、事業所全体の質の向上として位置づけられたPDCAサイクルの機能は十分に構築されて</p>		

<p>いるとはいえません。PDCA サイクルの中でも C（評価）、A（見直し、改善）の現状評価を事業所全体のものとして評価結果を分析、検討した記録はありません。</p>		
9	<p>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。</p>	c
<p><コメント></p> <p>事業所としての福祉サービスの質に関して、前期と後期に分けて職員からのアンケート方式により改善策が検討されています。一方、アンケート結果の分析による改善課題や期間を示した改善計画書の策定や実施状況の評価、計画の見直しが文書化されていません。</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
<p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
10	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>管理者自らの役割と責任や方針等をホームページで表明しています。また、職務分掌規程等での役割と責任を文書化し、職員に対しては年度初めの職員会議時に周知を図っていますが、職員への理解を得るための定期的な説明と工夫についての取組みは十分ではありません。また、有事（災害、事故等）における管理者不在時の権限委任等は文書化されていますが、職員への周知は十分ではありません。</p>		
11	<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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>法令遵守（コンプライアンス）の規程を定めて、毎年、年度初めに全職員を対象とした所内研修が実施されています。事業所運営上に必要な基本的な法令等は運営ハンドブックをスタッフルームに備え置き、制度改正や通達等の情報収集に関しては支部から配信される通知やネット情報等で確認を行っていますが、法令、通達等は常に最新情報を把握しておく必要があります。遵守の対象となる法令としては、福祉分野に限らず幅広いものとなります。法令等をリスト化しておくなど把握すべき関係職員が容易に確認できる工夫が求められます。また、法令に関する情報提供の方法として文書を回覧していますが、周知の確認記録がありません。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>管理者が把握している福祉サービスの質に関して、職員に向けた取り組むべき課題や問題提起は伝えられています。また、職員に対する教育、研修に関しては特にアドバンステアや接遇等のテーマも取り上げて取組まれています。課題や問題点についての具体的な改善内容が文書化されていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職員の働きやすい環境整備として、職員の待遇面や職場に必用な備品等の調達も必要に応じた配慮が行われています。各職員の就業状況を一覧で把握するための割当て表を作成し、各人の業務状況を一覧で把握するための工夫もみられ、医療スタッフ、リハビリスタッフ等との連携も図られていますが、管理者が経営の改善や業務の効率に向けて実践されていることを分析し、その分析結果が文書化されていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>基本理念に示されているチームを組んで医療と療育の総合支援を実現するために機能充実を図り、人材の確保、職員の質の向上を目標に掲げて、中期事業計画にも人員体制に関する基本的な考え方や方針が明示されています。職員育成については、全国重症心身障害福祉協会主催の施設職員研修への参加、介護従事者養成研修として他施設での実習カリキュラムを含んだ研修への参加、小児保健学会での定期的な活動成果の発表を行うなど、積極的に取組まれています。現在のところ、職員の欠員もなく利用者受入れに伴う人材確保は維持されていますが、事業所の課題としている利用登録者の受入れ増加に応えていくための効果的な人材確保への取組みは十分ではありません。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>総合的な人事管理を実施するために、令和1年～令和2年にかけて人事評価試行マニュアルを活用した人事評価制度を導入しています。2年間の試行期間を経て令和3年度には本運用が予定されています。人事評価試行マニュアルの内容は、期待する職員像としての人事評価を実施する目的が明示され、評価実施の具体的な内容が盛り込まれています。人事評価者は人事評価研修への参加を必須とされ、人事評価制度の仕組みは試行により整いつつありますが、人事評価実施後の職員からの意向、意見や評価・分析にもとづく改善策を具体的に検討、実施された記録はなく、総合的なキャリアパスを明確にした取組みは十分ではありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>人事評価制度の導入を機に職員との定期的な個別面談の機会が増え、個別面談による職員各人とのコミュニケーションも今まで以上に図れるようになりましたが、面談時のヒアリングによる職員からの就業に関する意向や意見を把握した記録がありません。職員の心身の健康と安全を確保するために臨床心理士が相談窓口として対応することになっておりますが、</p>		

これまでの相談対応事例はありません。職員が気軽に潜在的な悩みや相談を行えるような配慮や工夫については十分ではありません。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>職員1人ひとりの個人目標は年度初めに設定し、中間でのモニタリングが行われています。人事評価試行マニュアルの運用により人事評価シートへの面談記録がありますが、各人の目標設定内容のうち目標水準が明確になっていません。また、到達度を確認するための工夫が十分ではありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像」については、中期事業計画の中にも示されています。教育、研修計画は作成され、研修記録、研修報告書等の報告により計画どおりの実施が行われていますが、研修後の教育、評価、分析の記録がありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職員の技術水準、経験値、専門資格の取得状況は、採用時に把握し、採用時以外には毎年の年度更新時に確認しています。新任職員の採用時には業務内容の手順書により個別的支援によるOJTを実施します。研修情報の提供は研修資料を回覧し参加希望者を募るなど、参加への勧奨を行っています。研修参加者は研修報告書を提出しますが、研修成果の評価、分析を次の研修計画に反映するための記録がありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>実習生に対する基本姿勢は実習生受入マニュアルに明記されています。手順は実習マニュアルに具体的に示されています。実習プログラムは実習生の単位取得のため、履修を支援し、将来の職業選択につながるような内容を検討しています。学校側との連携も図られていますが、効果的な実習成果を得られる研修プログラムの見直しや工夫は、積極的に行っていません。また、実習指導者に対する研修記録がありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>ホームページ等の活用により、理念、基本方針、提供する各種サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報について公開しています。苦情、相談の受付対応に関する仕組みは構築されていますが、軽微なものも含めた苦情、相談等の内容や改善、対応した状況に関</p>		

する公開はありません。		
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
<p><コメント></p> <p>事務分掌表により、事務、経理、取引等に関するルールについては、各種の分掌事務の範囲と権限、責任が明確にされ職員に周知しています。監査法人の公認会計士による外部監査を受け、監査報告書により財務や内部統制等に関する指摘又は改善提案等の報告を受けています。報告書の結果をもとに是正又は経営改善に取組まれています。</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。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>地域との交流を広げるため、図書館や店舗等を利用する取組みを行っています。年間計画で日程と利用先が決まり次第、公共交通機関、店舗等に事前連絡を行い利用しています。公共交通機関では乗降時に支援をしてくださる駅員が付き、店舗等も利用者が出入りしやすいように工夫をしてくれるなど障害について理解をいただいています。事業所として地域との関わり方について基本的な考え方が文書化されていません。</p>		
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。	c
<p><コメント></p> <p>学校教育への協力の一環として毎年、保育実習生を受け入れています。法人としてのボランティアマニュアルを備えていますが、事業所の利用者は重度心身障がいを持つため、現状ではボランティアの受入れは行っていません。事業所の特性により、受入れ可能なボランティアの基本的な姿勢の検討や受け入れることを想定した場合のマニュアル内容の見直し等は行われていません。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>社会資源を明示したリストは作成されていますが、職員間で情報の共有化と活用が図られていません。関係団体との連絡会には法人内の相談事業所職員が出席しています。相談事業所職員からは文書にて報告を受けておりますが、関係団体との直接的な連携は十分とは言えません。</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が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>地域の文化祭には、利用者全員で作品を作成し出展をしています。地域での各種会合には</p>		

法人内の相談事業所職員が出席し事業所は文書で報告を受けていますが、事業所としての地域の福祉ニーズを把握するための主体的な取組みは十分ではありません。		
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・活動が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人が一般公開している「にじの会」の活動に関わっています。この活動は、地域や関係機関の方々に伊豆医療福祉センターで行っている各事業内容の説明を幅広く伝えることと、施設を利用されている方々の活動発表の場として一般公開されています。また、来場者からの医療や福祉に関する各種の相談にも対応されています。一方、法人が実施主体となっている「にじの会」の活動の中で、事業所が有するサービス提供の機能を地域に還元するための工夫や取組みが十分ではありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されていますが、倫理綱領、利用者の尊重や基本的人権への配慮についての職員の意識向上、共通理解を得るための定期的な勉強会・研修会が実施されていません。</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が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護について法人の規程・マニュアルがあり、家族には契約時に内容を説明・確認しています。利用者の羞恥心を守るために手作りのパーテーションを作成するなど工夫はされていますが、職員への定期的な研修は行われず研修記録がありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用希望者については、見学時に説明と必要な情報提供を行っています。事業所の紹介をしたパンフレットは施設内に置いてありますが、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いてあることが確認できず、利用希望者の福祉サービス選択に必要な情報提供の積極的に行われていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>サービス内容変更等は、家族に連絡ノートや送迎時で説明しています。また、モニタリン</p>		

<p>グ終了後の個別支援計画書にサービス内容変更の内容を説明し、同意書に捺印をもらっていますが、内容の変更にあたり、利用者、家族への具体的な説明内容の過程の記録がありません。</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。	c
<p><コメント></p> <p>福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等を要する場合は、家族の同意を得て変更先に情報提供を行うことにしています。現状は、移行等に関する事例はありませんが、情報提供が必要となった場合の福祉サービスの継続性に配慮した具体的な手順書や文書内容等の定めがありません。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>家族との懇談会を開催し、アンケートを実施しています。アンケート結果に基づいて、テーマを決め講習会を年3回開催していますが、開催までの経過記録がありません。また、アンケート結果の分析、検討による利用者満足の上昇を目的とした取組みについて文書化されていません。</p>		
<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。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>第三者委員は法人に設置されています。苦情解決説明のポスターは掲示され、記入カードを投函する箱の設置がありますが、投函する際に人目につきやすく配慮が必要です。家族からの苦情等の申出は事業所職員に口頭で行われたものについての記録がなく、苦情内容、経過や苦情解決の結果を公表するなどの取組みは十分ではありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者が意見、相談をする時の方法については、施設の入口に掲示してあります。家族が相談をされる時は相談室にて行っていますが、その内容の記録が確認できませんでした。また、相談する際に相談相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成し配布していません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者、家族から意見や要望について聞き取っていますが、その後の手順、具体的な検討、対応方法、利用者や家族への経過と結果説明までの対応マニュアルがありません。</p>		
<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。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関しては、法人内で安全対策委員会を設置し、定例により委員会活動が行われています。また、ヒヤリハットのインシデントレポートや事故報告のアクシデントレポートは、安全対策委員会に報告されています。一方、事業所内での表面化しにくいヒヤリハット事例の収集と報告は十分ではありません。また、その対応策の検討も十分ではありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人に感染対策マニュアルがあり、委員会は月1回開催され看護師が出席しています。事業所として全職員参加の勉強会は行っていますが、勉強会開催時の具体的な記録がありません。また、感染予防策として予防接種、検温等の対策を行っていますが具体的な取組みの経過が文書化されていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人に防災マニュアルがあり、毎月防災訓練を行っています。事業所の土地は液状化現象が起こる可能性があるため、災害時に施設が孤立することを想定し、食料は5日分、薬は個人で5日分保管していますが、想定される災害発生時の初動対応や利用者及び職員の安否確認の方法を全職員に周知することが十分ではありません。また、BCP計画は策定途中であるため、策定後は全職員への周知が必要です。</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
<p><コメント></p> <p>提供する福祉サービスの標準的な実施方法が文書化され、それに基づき週案を3人体制のチームごと作成しています。チームリーダーは日替わりとしてサービス内容の差異をなくす工夫を行っています。実施記録については、主任とサービス管理責任者がチェックする体制が整備されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>月案については、毎月会議を行いサービスの実施方法についての話し合いを行っていますが、定期的に標準的な実施方法の現状を検証し、見直しの検討記録がありません。</p>		

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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの適切なアセスメントが実施されています。支援困難ケースの対応については作業療法士等の支援を受けて検証し、アセスメントに基づき適切な個別支援計画を策定し、体制が確立されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>ケース会議は年3回、サービス支援会議は2か月に1度開催しています。アセスメントを基に8~9月にモニタリング、2月に評価を行っています。一連の評価・見直しの経緯や会議の記録を基に個別支援計画変更時の手順と関係職員への周知方法等の体制が十分ではありません。</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、職員間で共有化されている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施記録は、事業所が定めた統一した様式に記録され、毎日3人のチーム体制で日替わりのリーダーが記録者となっており、職員間の情報共有が図られています。記録においてもチェック体制は確立されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個人情報保護について、入職時に職員研修を行っています。利用者に関する個人記録は書類又は電子データにより管理されています。書類の保管は施錠のできる保管庫にありますが、電子データの管理についてはパスワードの設定がなく、セキュリティ対策が十分ではありません。</p>		

障害者・児福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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。	b
<p><コメント></p> <p>意思表示が難しい利用者に対して職員が介入し、本人の思いを受け止める工夫がされています。日々の活動では利用者の意向を確認し、利用者の動きに配慮したその人らしさが生かせる方法を検討し実践しています。また、生活に関わるルールについては利用者同士で話し合うことは難しい為、職員の介入による話し合いの場を設けています。利用者の権利についての研修が行われていますがそれを職員間で検討し理解・共有した記録がありません。</p>		

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。	c
<p><コメント></p> <p>権利侵害の防止のために身体拘束についてのガイドラインが作成され、面談時に権利侵害に関する説明を行い具体的な実施方法を定めています。また、利用者の身体を保護するための身体拘束の実施については手順書を作成し利用者及び保護者に説明を行っています。権利侵害についての研修には参加されていますが、権利侵害の事例は、事業所内外問わず事例の収集が必要であり、様々な事例にもとづいた対応策の検討は十分ではありません。</p>		

評価対象 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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況や望まれる生活について年3回、保護者同席の面談を実施し、利用者一人ひとりが生き生きと活動に参加できるように支援されています。また、支援の方針や方法は個々に目標を掲げ、達成できるように工夫されています。行政手続きや生活関連サービスの利用支援については法人内の相談事業所に口頭で情報を提供していますが、外部の相談事業所も含めて手続き等の経過記録がありません。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>意思表示や伝達が困難な利用者に対して職員は、障害の特性を理解するための勉強会の実施、家族からの情報収集を行っています。利用者のコミュニケーション手段を検討したうえで職員がイラストや文字等を使用したコミュニケーション支援を行っています。利用者のコミュニケーション能力を高めるための様々な方法の工夫は十分ではありません。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者・保護者に対して定期面談以外にも利用前後の時間に職員と話せる機会の確保がされています。相談内容についてはサービス管理責任者に報告され、職員とも情報共有が行われています。「利用者の思いに寄り添い本人らしさが表現できるように支援する」を目標にして取り組んでいますが、目標達成に向けたプロセスが文書化されていません。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の策定に合わせた日中の活動内容の検討と見直しが行われ、運動・製作・散歩・季節行事などを実施しています。利用者が家庭での生活・心身の状況に配慮し1人ひとりの意向を尊重して支援されていますが、地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用者支援が十分ではありません。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の生活や障害の状況に応じて支援されています。障害による行動や生活状況を家族から聞き取り、支援方法の検討が行われています。また、障害に応じた支援について理学療法士、作業療法士の助言をもらい利用者の環境整備を行っていますが、検討経過の内容についての記録がありません</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>入浴、排せつ、移動・移乗の支援については個別支援計画に基づいて実施されています。利用者の心身の状況に応じた食事の提供がされ、状況に応じた食事介助が行われていますが、食事の時間や場所、メニューを自由に選択できるサービスは提供されていません。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>温度管理されている居室は整理整頓され、明るい雰囲気は保たれています。委員会で医療・衛生面のチェックが行われ、安心・安全に配慮された生活環境が確保されていますが、利用者一人ひとりの状況に応じた最適な生活環境を実現するための検討や工夫についての記録がありません。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>機能訓練は利用者自身が個別に法人内の医療センターに予約し訓練を受けています。また、生活全般においてビデオ録画により訓練士からの指導がありますが、利用者一人ひとりの定期的な支援の検討や見直しについては行っていません。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>受付時の健康チェックの他に入浴前のバイタルチェックを実施しています。年2回、医師の健診を受診し利用者の健康管理を行い、緊急の対応ができるように個別支援計画を作成しています。体調変化における迅速な対応として地域の医療機関と連携する仕組みがありますが、利用者の健康維持・増進のために地域の社会資源を活用した取り組みや工夫が十分ではありません。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>服薬の管理はマニュアルに沿って行っています。医療的ケアは医師の指示書により、利用</p>		

者・保護者に説明後、同意を得て看護師が実施していますが、医療的な支援に関する職員研修は定期的には行われていません。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>家族を交えて利用者の希望や意向の聞き取りを行っています。特に利用者からは外出活動が好評で、社会参加の一環として実施しています。外出では地域の文化施設や店舗を利用して障害への理解と配慮のお願いしていますが、利用者一人ひとりの社会参加や継続の意欲を高めるための情報提供や支援の取組みについての工夫が十分ではありません。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者と家族の意向を把握していますが、地域生活への移行や意欲を高める具体的な生活環境の配慮や支援について利用者の意欲を高めるための工夫が十分ではありません。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の家族と年2回の懇談会や相談会が開催され、利用者の生活状況について報告を行っています。また、日常的な情報交換については送迎時等に家族と会話を交わしています。利用者の体調不良時や急変時の家族への報告は、ルールを定めて家族に説明を行っています。家族支援において法人内の相談支援事業所とは連携をとっていますが、外部の相談事業所との情報共有がされていません。</p>		

評価対象 A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A16	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。	—
<p><コメント></p>		

評価対象 A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A17	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。	—

<コメント>		
A⑱	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。	—
<コメント>		
A⑲	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。	—
<コメント>		