

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：杜の家（入所）	種別：施設入所支援・生活介護 短期入所	
代表者氏名：大輪 紀美	定員（利用人数）：60名（57名）	
所在地：愛知県名古屋市名東区梅森坂3-4101		
TEL：052-709-3813		
ホームページ： https://www.kidoairaku.org		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成11年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人ひまわり福祉会		
職員数	常勤職員：65名	非常勤職員：23名
専門職員	（管理者）1名	（サービス管理責任者）2名
	（生活支援員）54名	（管理栄養士）1名
	（看護師）7名	（理学療法士）1名
施設・設備の概要	（居室数）40室	
	（設備等）冷暖房・ランドリー	厨房・食堂・リハビリ室・医務室
	機械浴槽・EV・自販機	巨大スクリーン、カラオケ機器

③理念・基本方針

★理念

利用者ひとりひとりが望むその人らしい生活を支援し、利用者から信頼され、地域に貢献できる法人をめざし、全ての人々に対し開かれた、透明で健全かつ活力のある法人作りを行います。

★基本方針

利用者一人ひとりが望む社会参加を共に考え、自己選択・自己決定できる意思決定支援に努めます。

個別支援・アセスメントが充実し、利用者の生活が楽しみにあふれ、充実した時間が過ごせるチーム支援を目指します。

利用者・職員がともに安心して働ける職場づくりを行う。支援を行いやすい環境や業務の改善を各部署が連携しながら実施します。

利用者・職員が共に地域協働イベントへ参加し関りを深め、持続した支援・活動を行い、地域から頼られ、求められる施設を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

・利用者様が重度化高齢化してきているため、体力の、身体能力の低下が見られ、医療的対応が必要な方も増えてきています。そのため特定認定医療行為従事者による、胃ろう等の医療的ケアや、看護師等との連携を強化し、急変対応、看取りを行っています。また重度心身障害者のかたが多く入所されている施設となっています。

・活動は、A・B・C班の3班体制となっており、静・動を組み合わせ季節に合わせて行います。集団のほかに個別の利用者様の特性に合わせてたり、希望や選択を取り入れた活動も大事にしています。

太鼓、リラクゼーション、フラワーセラピー、音楽療法の講師活動があります。

日帰り外出や一人ひとりのニーズの実現を目的として「個別支援活動」を実施しています。

・管理栄養士による栄養バランスを考えたメニューを自前の厨房で調理し食べることができます。また身体状況に合わせて食事形態を5種類用意することができます。食事のメニューを選択できることも魅力の一つです。

利用者様からのリクエストをとり入れたリクエストメニューも月1回実施しています。

特殊浴槽を3基用意しているので身体状況に合わせた入浴支援を月・木は男性、火・金は女性で実施しています。

活動講師の他に理容・美容・鍼灸・リフレク・音楽療法・整膚など外部業者や講師等が日々出入りするのも特徴です。

・支援の質の向上や人権擁護・虐待防止を目的に施設内研修を行っています。アンガーマネジメントや障害の理解、接遇・マナー研修などのスキルアップ研修や新規職員向けのフォローアップ研修を現場職員が企画しています。

利用者様と地域の交流、また地域への貢献として、福祉体験教室や、寺子屋などの企画も定期的に取り入れ、地域に開かれた施設を目指しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年5月28日（契約日）～ 令和8年3月2日（評価決定日） 【令和7年10月20日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	5回（令和4年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆個々の意向を尊重した支援

日課の活動では、基本のプログラムの他に個々の特性やニーズに沿って個別課題の提供と支援がなされている。音楽療法やリラクゼーション、フラワーセラピー等、本人の意向に応じた活動を提供している。食事面では、自ら選べる選択メニューを毎週実施し、月に1回は希望の多いリクエストメニューを提供している。「サービス提供アンケート」としてモニタリングを実施し、結果を踏まえて支援に反映させる等、利用者目線の生活を主眼としている。

◆地域福祉への貢献

地域との関係を重視した基本方針が示すように、様々な交流活動を展開している。日常的な散歩や買い物、通院等をはじめ、保育園や小学校、中学校との共同イベントや福祉教室での交流、事業所での祭り、寺子屋、車イス体験等を通じた交流がある。また「なごやよりどころサポート」では、地域の相談事業を行っている。防災面では、福祉避難所として登録して在宅障害者の受入れ体制を整備している。地域資源としての役割を認識し、事業所機能をより地域にシフトした運営がなされている。

◆PDCAサイクルに沿った機能訓練

理学療法士が常駐し、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を実施している。目標を設定し、この目標を受けて機能訓練のプログラムを設定している。プログラムは、関わっている職員も実施できるよう、写真が添付された指示書が準備されている。支援についての評価は3ヶ月毎に行われており、記録も丁寧に作成されている。必要に応じてケースカンファレンスも実施され、目標やプログラムの変更、あるいは継続する等、PDCAサイクルが機能している。

◇改善を求められる点

◆地域移行への取組み

地域生活移行への意向調査が実施されているが、実際に地域移行する利用者は極めて少ない。ただ、利用者自身が地域生活のイメージが掴みにくい現状があり、積極的に地域への移行を望んでいる家族も少ない。加えて、移行先としてのグループホーム等の資源も不足している状況であり、事業所としても積極的な対策が打てていないのが現状である。利用者のニーズ（又は意思決定支援の結果）、資源である移行先の確保、実現への方策と手順といった様々な課題をどのようにクリアしていくか、担当職員だけでなく組織として考え、あるいは関係機関や行政も含めたネットワークの中で協議し打開していきたい。

◆普通の生活に向け

現在、利用者への入浴支援に関しては、基本的に週2回、日中に実施されている。この件については、入浴は利用者にとって一連の行為に体力を使い、肉体的な負担となることや、個々によっては身体や疾病の状況もある。また、介護する側としては相当の時間とマンパワーを要し、勤務シフトにも組み込む必要がある。それらを包括的に捉え、また希望者の意向をも汲み取った上で、「一日の終わりにのんびりお湯につかり、疲れを癒す」といった楽しみの一つとなるよう、入浴回数や時間帯を含めた検討を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自分たちの支援を改めて評価していただくことで、自分たちの強みと弱みを改めて理解することが出来ました。前回課題であったPDCAサイクルを回していくことについては今回は評価の高い点として認められ、改善したことが形になり今後の励みとなりました。地域移行については課題も多いですが、もっと工夫できる点もあることを改めて指摘していただき、実現に向け、様々なネットワークを構築しながら協議していきたいと思っております。

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・ b ・c
＜コメント＞ 理念はホームページに、基本方針はホームページの他、中長期計画やパンフレット等、随所に明記されている。職員へは、毎年法人の全体会で周知される他、職員会議でも確認されている。利用者へは、家族会にて保護者とともに説明を受け、また利用者全体会でも生活上の主だった説明がある。しかし、説明時に特別な資料等は用意されておらず、さらなる配慮が望まれる。			

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	a ・b・c
＜コメント＞ 福祉動向等は行政通知で確認し、自立支援協議会や法人会議でも共有し把握している。毎月、サービス提供実績を集計し、法人の施設長会へ提出している。これらの情報に関しては、運営会議で各責任者に伝えられ、それぞれの部署に持ち帰って情報共有をしている。			
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 ・b・c
＜コメント＞ 新たな事業所開設や国外にルーツを持つ職員の新規採用等、法人としての課題に関しては、施設長会で協議されて方向性が示される。医療的ケアへの対応、多床室問題等の事業所の課題は、運営会議で検討され、改善への方策については各部署で実践に移される。職員会議では、実施状況が報告される。			

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 ・b・c
＜コメント＞ 2024～2028年までの「第4期中長期計画」が進行中である。毎年、中長期計画実施検討委員会にて、現状分析と検討が行われている。法人としての理念、方針、5つの視点を表記し、事業所ごとに基本指針、現状と課題を明確にした上で「工程表」にて事業目標を示している。			
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 ・c
＜コメント＞ 中長期計画の方針を受け、単年度の事業計画が策定される。事業計画は、前年度の評価・総括から5つの重点目標ごとに推進事項、アクションプラン、主担当を定めている。具体的な実施事項がある反面、数値目標が不明瞭な項目もあるため、実績評価が曖昧にならざるを得ないという懸念がある。			
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・c
＜コメント＞ 毎年10月の中間評価、年度末の総括評価とも各委員会と各部署で実施され、その結果を運営会議のメンバーで討議し、事業報告にまとめている。また、これを受けて次年度の事業計画の原案を作成し、職員会議で確認、周知している。			

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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 参加者は減ってきてはいるが、家族会の折に資料を配付して事業計画の説明がなされている。利用者へは、利用者全体会で主な事業の説明がされているが、分かりやすい資料等の特別な工夫はされていない。また、事業計画に関する意見を聴くなどの取組みもなく、この点でサービスの主体である利用者への配慮を欠くとの見方もやむを得ない。</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。		
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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 支援者会議では、サービス全体の内容や個別ケースについても徹底的に話し合わせ、サービスの改善あるいは継続が具体的に決められていく。第三者評価を定期的に受審し、受審の無い年も評価基準を用いて自己評価を行って課題を明確にし対処している。介護事故に関しても、事故検討委員会で分析の上で対応策を提示する等、PDCAサイクルが機能している。</p>		
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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 「サービス提供アンケート」を実施し、結果を集計して運営会議や支援者会議で改善策を検討し、各部署で実践に移される。第三者評価結果での課題についても、同様の手順で改善に向けられる。ただ、計画性という点では、具体的な実施工程等、明確でない部分もあり課題が残る。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>職務分掌は明確にされており、管理者は各会議や委員会での権限や討議内容を尊重し、その上で運営会議にて責任者からの意見をまとめ、コマンドしている。管理者不在時は、次長が職務を代行する点は、組織図より明らかである。</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	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>管理者は、管理者研修やセミナー等でリスクマネジメントを学んでいる。重要法令や法改正等の必要な情報は、資料を添えて会議等で説明し、周知している。虐待防止や身体拘束等は、定期的に委員会にて不適切事例検証等が行われ、適正支援に向けての検討を重ねており、また全職員への研修も実施する等の対応を徹底している。管理者自身も実際に虐待通報を行った。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>管理者は職員の育成とサービス向上に対して、個々の資質とスキルの向上のためにオンライン研修を含む積極的な研修参加を手掛けている。また、施設長会議や運営会議で支援内容の報告とそのための分析を行い、常にサービス提供状況を把握している。今回の訪問調査時にも、利用者と接する様子から個々の状況を熟知していることが確認できた。</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	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>「キャリアシート」の内容を踏まえた職員面談を実施している。運営会議では、利用者サービスとともに職場環境や業務改善についても議題に挙げて検討している。利用者の高齢化対策や医療的ケアを含めた終末期対応についての危機感から、高齢者施設や医療機関とのネットワーク構築の必要性を考え、現在実行中である。</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	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>特に具体的な採用計画は無く、欠員補充を基本にネット求人等の様々なツールを用いて人材獲得を行っている。しかし、それでも人材不足は否めず、特定技能の外国人を採用した。介護福祉士等の専門職、喀痰吸引資格等の必要資格は入職後に目標値をもって取得させている。</p>			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>「人事考課実施規程」に基づき、1次と2次考課者による5段階評価を行っている。評価基準はキャリアパスによる職位に応じた内容となっており、評価結果は昇進・昇格基準ともなっている。人事考課の目的は職員育成であり、評価内容を本人が理解し納得した上で次にステップアップすることが肝要となる。その意味で考課面談による本人説明（フィードバック）は欠かせない。</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り組んでいる。	障16	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>有給休暇の取得数や時間外労働はデータ管理されており、過重な勤務が無いようチェックされている。労働安全衛生面のストレスチェック、職員面談、ハラスメント窓口、健康診断等が実施されている。福利厚生面も、退職共済加入や福利厚生団体への加入等、充実した内容であり、働きやすい職場へ向けての数々の取組みがある。</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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント> キャリアアップのためのCUPシートを用い、PDCAサイクルに沿い、上司面談を通して目標を達成していく形の目標管理である。年度当初の面談では目標の適正化を話し合い、進捗評価の中間面談、そして期末の最終評価へと進む。キャリアパスの職責に合わせた形で実施されるので、分かりやすく実効性が高い制度となっている。</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 ・ ㉗ ・ c
<p><コメント> 中長期計画の中に法人や事業所の方向性と目指すべき職員像が明示されている。キャリアパスに連動した形で研修体系が生まれ、研修計画も作成されている。様々な研修機会があるため、計画自体も柔軟かつタイムリーに見直し、修正が図られると、より効果的で実践に活かせる機会も増えると思われる。</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 ・ ㉗ ・ c
<p><コメント> 法人で実施される管理者からリーダー、中堅の階層別研修の他、外部の各種団体が実施する研修に参加している。事業所内では、各委員会の中で研修機会を設けている。ただ、研修効果のモニタリングに課題がある。0JTの関係ではチューター制を導入し、「業務指導マニュアル」に沿って期間ごとのスキルマップと年間4度の面談を通し、職員の育成を図っている。</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 ・ ㉗ ・ c
<p><コメント> 実習生用の「指導マニュアル」が整備されている。介護実習、保育実習、看護実習、高校の福祉学科実習等を受け入れている。指導ポイントは実習生の所属学校の用意する要領に基づき、またこれに合わせたプログラムを用意して実習を進め、評価している。実習指導者の育成の面で、積極性を欠く。</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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者が法人の広報委員長を務めており、積極的な広報活動がなされている。ホームページには、事業の概要の他に苦情内容、第三者評価結果等も公表されている。また、SNSで活動内容を伝えている。法人広報誌が年2回発刊され、地域関係機関はじめ家族等の関係者に配布されるなど、情報公開は活発である。</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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント> 「経理規程」をはじめとする各種規程が整備され、監事による内部監査も実施されている。法人が契約する会計士、社労士、弁護士による経営支援を受けている。「組織図」や「職務分掌」も明確であり、様々な情報公開がなされており運営の透明性は高い。</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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント> 基本方針に「地域に必要とされ地域と共にある施設を目指す」と記載のあるように、地域との様々な交流活動を展開している。保育園や小学校、中学校とのイベント交流の他、事業所祭り、寺子屋、車イス体験といった事業所内に招いての交流も行う。日常的にも、散歩や買い物、通院等、普通の生活の中で地域と接している。社会資源の情報提供も、個別に行っている。</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	① ・ b ・ c
<コメント> コロナ期を境にボランティアの受入れは減少しているが、大学生の洗髪補助や中学生の職場体験学習等は継続している。社会福祉協議会の窓口やボランティア情報サイトを通じて、ボランティア参加を呼び掛けている。スケジュールや注意事項、保険等が詳細に記されたマニュアルも整備されている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 自立支援協議会では、ケース検討の他事業所説明会やアート展開催等、協働して取り組んでいる。また、県の身体障害者施設連絡協議会、デイサービス連絡会、社会福祉協議会等のメンバーとして定期会合に参加している。利用者個々に必要な社会資源について、リスト化し職員共有しておくことが望ましい。		
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 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	③ ・ b ・ c
<コメント> 「なごやよりどころサポート」では相談者の声を、地域福祉計画推進委員会・自立支援協議会では障害福祉の現状を、また地域まつりの実行委員会等では、地元住民の意見等を拾い、これらを地域の福祉ニーズとして受け止めている。		
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	④ ・ b ・ c
<コメント> 事業所まつりや花火大会に地域の方を招き、利用者との交流を図っている。また、小・中学校へ福祉教育の講師派遣を行い、車いす体験や夏休みの寺子屋開催等、学校教育への支援活動も行っている。防災面では、福祉避難所として登録し、大規模災害時には地域の方を受け入れる体制がある。		

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 ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針については、1年に1回、職員会議を通じて確認をする他、職員面談をにおいても理念等の項目の確認を行っている。利用者の権利擁護においては、虐待防止委員会や身体拘束適正化委員会を通じ、定期的な学習を行っている。</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 ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護について、虐待防止の研修の中に組み入れている。職員の実際の支援の画像を視聴し、その対応について意見交換を行っている。個別対応が必要な利用者には、本人や家族の了解の下、居室に対応マニュアルを掲示し、統一した支援の提供を行っている。</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 ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>利用希望者に対しては、相談支援事業所と連携し、パンフレット等を活用して説明している。説明資料にはルビを付けたものも準備し、文字も大きめにしている。見学や体験利用の希望者に対しては、随時対応をしている。課題として、パンフレット等の資料の見直しの時期や公共機関への資料の設置をどのようにするのか、整理していくことが挙げられる。</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 ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>サービス利用にあたって、本人の意思確認を相談支援専門員や家族も交えて行っている。サービスを終了した利用者に対しても、必要に応じてサポートを行っている。しかし、サポートに関する対応方法についての文書やマニュアルについては整っていないため、この点が課題となる。</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 ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>サービスの変更や終了にあたって、引継ぎやサポート体制を関係機関とも連携しながら対応している。変更などに伴うサービスの継続のための標準となる指針や対応、サポートに関する書面について整備がされていないため、課題となっている。</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 ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>サービスの向上のために利用者に関わりを行い、直接関わりが難しい利用者に対しては、家族との面談時に関わりを行っている。サービスアンケートを実施し、入所目標委員会を設置して、利用者のニーズの関わりもしている。アンケートの回答や聞き取った意見については、現場の職員とも共有している。管理者が家族会に参加し、家族からの意見を集めている。</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 ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制は作られている。事業所および法人に挙げた意見や苦情については、毎月情報共有され、速やかに対応されている。挙げられた苦情の内容については、ホームページ上で公表している。「重要事項説明書」に苦情解決の体制が記載され、契約時に説明はされているが、周知の方法については工夫の余地がある。</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>利用者からの相談については、随時対応している。また、話をする場所についても利用者が希望する場所にて行われていることから、プライバシーへの配慮もある。利用者に対する相談対応についての周知方法など、改善に向けた課題が残っている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談に応じるだけでなく、サービスについてのアンケートを実施をしてる。相談内容は、タブレットで全職員が情報共有できるようにしている。アンケートについても情報分析がされている。これらの意見等は、即座に対応についての協議がなされている。対応に関してはスピード感がある。</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>リスクマネジメント体制として、事故対策委員会を設置している。事故等の発生後の対応として、職員間で情報を共有する他、対策についても協議がされている。協議1ヶ月後の対応についても振り返りが実施されている。手順やマニュアルの作成、周知については改善が必要な点がある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症の予防や発生時の対応については、感染症BCP（事業継続計画）が作成されている。BCPには具体的に勤務体制等の労務に関する内容も網羅されており、職員に周知がされている。感染症に関する学習は安全委員会が中心となり、定期的に行われている。マニュアル等については、定期的に見直しがされている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>安全委員会が中心となり、防災計画や災害BCP（事業継続計画）が作成されている。災害時の職員の安否確認については、電力会社の安否確認システムを取り入れている。備蓄食料は厨房にて保管しており、月に1度の厨房会議で確認している。非常時用品についても管理がされているが、備蓄の場所の把握や関係機関との連携について、職員周知の点で不安要素がある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>支援に関する標準的な実施方法がマニュアル化され、ファイルにまとめられている。支援の実施にあたり、班会議や「職員対応伝達ノート」、「利用者ファイル」等に基づいて個別化され、対応されている。標準的な支援があって、これらの支援が行き届いていると言える。</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>支援の標準となる支援方法から個別支援へ発展させている。ただ、標準的な実施方法のマニュアルについて、見直しの仕組みが明確化されていなかった。見直しの担当者（誰が？）、時期・頻度（いつ？）、見直し方法（どのように？）を定め、常に現場支援とマニュアルとに齟齬のない体制を構築されたい。</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><コメント></p> <p>個別支援計画は、サービス管理責任者が策定している。アセスメントは「アセスメントシート」に沿って作成している。作成にあたっては、職員間で情報の共有を行う他、必要に応じて他の事業所からも情報を得ている。支援困難ケースへの対応については、対象の利用者のニーズや状況に応じて段階的に対応をしている。アセスメントの手順の文書化を期待したい。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> カンファレンスの記録や月1回実施する班会議、入所運営会議等からの情報等を整理し、個別支援計画の評価や見直しを行っている。支援の緊急性を要する場合には、本人や家族、専門職を交えて対応がされ、計画の変更を行っている。評価や変更の手続きについては手順書等が作成されておらず、緊急時の対応については職員周知が図られていない。</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> 支援の実施について、記録は電子カルテを利用している。また、電子カルテの活用から書式の統一を図っている。記録の書き方については、会議で書面を用いて確認をしている。確認は行われているが、まだ職員によって記述の差異が生じている。この点について、改めて対応することが望ましい。</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	㉒ ・ b ・ c
<p><コメント> 記録に対する管理体制については個人情報の保護規程が設けられ、保管や保存、廃棄方法について記載されている。また、入職した職員へのオリエンテーション研修で個人情報の取扱いについて説明しており、年に1度、会議でも確認をしている。スタッフルームには、個人情報の取扱いに関する書面の掲示も行っている。</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> 利用者に対し、希望する外出先について直接聞き取り、購入したい物についてはカタログを一緒に見て検討する等、直接的なアプローチを行っている。利用者から出た話（意見、要望等）については、定例会議等を通じて共有し、その情報を基に支援に組み入れている。様々な障害特性のある利用者に対し、職員は研修等によって障害理解を進めている。		

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 ・ ① ・ c
<コメント> 虐待防止委員会や身体拘束適正化委員会が設置されており、マニュアルや規程集も作成されている。身体拘束については委員会による見直しの他、職員会議にでも確認されている。虐待通報の流れについて確立されているが、利用者や家族に対する説明等に弱い部分があり、この点について課題が残る。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の心身の状況や生活習慣、日々の支援、職員会議や日常の記録から、職員間で情報を共有している。共有した内容を基に利用者自身で行えるよう、環境調整をしている。実際に利用者が行動する場面については、見守りの姿勢で臨んでいる。自律・自立生活のための支援の動機づけについては、利用者自身の言葉や行動から支援方針を検討し、対応している。		
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> 活動や生活場面での関わりの中で、利用者個々に合った方法でコミュニケーションを取っている。コミュニケーションが難しい利用者に対しては、表情や体の動き等で判断している。文字盤や他のツールも活用し、個別に対応している。この他、保護者や関係機関ともコミュニケーションについて確認をしている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者が話したいことがあれば、個別に時間を作って対応している。タイミングが合わない場合には、利用者を確認した上で、改めて場面設定をしている。相談内容については職員間で情報を共有し、必要であれば相談支援専門員等の関係機関とも共有を行っている。外部との情報共有の方法については、常に工夫を凝らしている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者一人ひとりのニーズに応じた計画も組み入れ、日中活動の支援が行われている。活動に消極的な利用者に対しては、本人の状態やペースも考慮して声かけや意思確認を適宜行う等、丁寧に対応されている。地域の情報については、掲示板にイベントや新店舗等の情報を掲示している。		
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> 障害特性等の専門知識の習得のため、各委員会を中心に研修を企画している。毎月行っている班会議や年3回実施のサポーター会議内で、研修や学習会を実施している。利用者の行動や生活状況を鑑みてカンファレンスを行い、情報共有や支援の方針について検討している。利用者間のトラブルに対しては、職員が双方の話を聞き、問題解決の仲介をしている。		

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>食事について利用者のニーズを把握し、選択メニューや季節のイベントに合わせた行事食も提供している。利用者の状態に応じ、いくつものバリエーションの食事形態を用意し、介助が必要な利用者には、本人のペースに合わせて対応している。入浴については、利用者の状態に応じて浴槽や機械浴で対応している。排泄についてはも支援度に応じた環境を整備している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の居室については、本人の希望を踏まえた上で2年に1度、変更している。施設内は週に2回、外部の清掃業者を入れて、清潔を保っている。ヒアリングでは、より利用者が快適に過ごせるよう、空間作りの意向があるといった話も出されている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に応じて理学療法士と連携し、目標を設定して機能訓練を行っている。この目標を受け、訓練のプログラムを作成している。プログラムに対しては、関わっている職員が対応できるよう、写真が添付された指示書が準備されている。支援についての評価は、3ヶ月毎に行われている。必要に応じ、カンファレンスも実施されている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>排泄に関する記録については、排便時間や形状、また排便コントロールの申し送りを赤色で記す等、丁寧に記録している。健康状態についても、変化がある場合には赤色で記す等の工夫がある。体調変化時の対応方法については、指示系統や報告についての流れが記されたものが、スタッフルームに掲示されている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>服薬管理については、看護師が主となって対応している。慢性疾患やアレルギーについても、保護者と確認している。嘱託医とも直ぐに連絡が取れる体制が作られ、医師の指示による対応が可能となっている。医療的ケアの必要な利用者も在籍しているが、緊急時にも速やかに対応が取れる状況にある。手順書や指示書があるが、これらに対する職員の認識が弱い。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の社会参加の意向を、直接本人からの話や外出アンケートから把握している。地域で行われたモルックの大会への参加や、お祭りの屋台での参加も行っている。社会体験については、将来の生活をイメージするため、グループホームや働く場の見学等、希望に応じて対応している。事業所の班会議で、利用者の意欲を高めるための検討等も行われている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>面談やアンケートから、地域生活に関するニーズの把握を行っている。利用者からの希望には、相談支援専門員と連携しながら、地域の社会資源の情報を提供している。見学や体験の希望については、関係機関と調整して対応している。地域課題である車椅子利用者の地域移行については、法人職員が協議会に参加し、行政や他団体と課題の共有を行っている。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 年3回家族会を実施しているが、家族の高齢化が進んでおり、家族会への参加が難しい家族もいる。そのため、事業所の様子を知ることができるよう、班新聞等の広報紙を作成し、家族にあてて送付している。個別支援計画の説明の際には、家族から意見や要望を聞いている。家族支援については、必要に応じて、家族の代わりに行政手続き等の対応も行っている。		
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		