

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：パスピ・98	種別：施設入所支援・生活介護	
代表者氏名：村山 誠治	定員（利用人数）：60名（59名）	
所在地：愛知県知多郡阿久比町大字卯坂字秋葉山37-5		
TEL：0569-48-9098		
ホームページ：http://sohwa.nagoya		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成10年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 相和福社会		
職員数	常勤職員：32名	非常勤職員：36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） 45名	（看護師） 3名
	（理学療法士） 1名	（事務員） 3名
	（栄養士） 1名	（調理員） 12名
施設・設備の概要	（居室数） 80室（個室）	
	（設備等）	大浴場（2か所）・活動棟
	医務室・作業室・談話室	ユニットバス（2か所）
	利用者用キッチン（2か所）	トイレ・EVなど

③理念・基本方針

★理念

すべての人にとって 今日一日が充実し 満足できるものであり 明日への 希望が 豊かであり ますように

★基本方針

- ・ 基本的人権の尊重
- ・ 良質なサービスを提供し 良質なサービスを実現
- ・ 企画力を高め サービスの差別化を図る
- ・ 顧客満足を高める
- ・ 全ての事業活動は迅速に行い 常にPDCAを意識する
- ・ 福祉サービスの基本は人材であり その専門性を行動に位置づける
- ・ 法令を遵守し 組織全体に適切に統治する

④施設・事業所の特徴的な取組

【積極的な地域移行への取り組み】
 ▶これまで定員71名だったところを、2024年4月より70名に、2025年4月より60名まで定員を下げました。昨今の地域移行への取り組みの一環としての定員減ですが、実際にグループホームへの移行もこの2年間で6名の実績があり、現在もその取り組みは継続中です。

【外部講師を導入しての創作活動の充実】
 ▶絵画・書道・音楽・陶芸などの創作活動については、それぞれの講師を招き、先生の助言等をいただきながら作品作りに力を入れています。また、各種作品展に出展する中、コーヒーマグのパッケージに採用されたり、作品展で賞をいただくなど、利用者様の創作に対する励みにもなっています。

【人材確保のための外国人採用】
 ▶法人で初めて「特定技能外国人」の受け入れを開始し、当事業所が最初となります。3名のミャンマー国籍の女性を12月より受け入れ予定で、今回の受け入れを期に他事業所でも展開する予定となっています。

【施設内の環境整備】
 ▶2023年度に男性棟にユニットバスとキッチンを新たに設置し、個浴及び調理体験の場を確保しました。続いて2025年度は女性棟に同様の設備を導入しています。加えて定員減に伴い空いている居室があるため、2つの部屋を1つにした広い居室を女性棟に3部屋作りしました。使う用途はこれからの検討となります。また、車いすの方でも安心して入浴ができるよう特殊浴槽を男性棟・女性棟それぞれ1機設置しました。

【研修の充実】
 ▶事業所での研修は毎月少しの時間にはなりますが広く実施し、法人全体としては内定者向け・新人職員向け・採用1か月後・6か月後・1年後・1年半後・2年後というスパンで新人職員には全員受けていただく仕組みがあり、充実した内容となっている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年8月18日（契約日）～ 令和8年1月12日（評価決定日） 【令和7年12月12日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	8回（令和4年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆事業計画に見るPDCAサイクル
 事業所の中・長期計画に整合させた単年度の事業計画を作成している。事業計画に取り上げた取り組みや活動のすべてに数値目標を設定し、期中の進捗確認や期末の最終評価を曖昧にしないための工夫がある。毎月開催される法人幹部会で、事業計画の進捗を評価している。進捗評価の結果、目標の変更や新たな施策が決定された際には、文字の色を変えて追記している。計画の作成（P）から実施（D）、評価（C）、改善（A）と、見事なPDCAサイクルが回っている。

◆あくなき改善意識
 毎年、職員が実施している自己評価や3年ごとに受審している第三者評価の結果、「b」判定となった評価項目について、次年度の事業計画で改善の対象として取り上げている。改善の対象となった項目については、改善箇所や改善の方法を的確かつ明確に定め、進捗状況を管理して取り組んでいる。事業所の運営管理や利用者支援の全般において、事業所全体に尽きることのない改善意識が満ちている。

◆重層的な監査体制

行政による監査の他に、事業運営の透明性を担保すべく、様々な監査の仕組みを導入している。法人監事による監事監査、ISO9001（品質マネジメントシステム）の専門機関による継続的な審査、またそれに伴う職員による内部監査、法人内他事業所の職員による財務・会計の相互チェック、外部専門機関による外部監査等、重層的な監査体制がある。

◆徹底した利用者本位の支援

アセスメントが詳細に取られており、利用者の状況変化を3ヶ月に1度確認している。必要に応じて支援方法の変更を行い、利用者個々の状況に合わせた支援が提供されている。高齢化に伴うADL（日常生活動作）の低下に対しての生活支援や、利用者の日中活動を充実させるための社会支援を行っている。日頃から利用者の要望を聞き取りながら、実現に向けて確実に実施したり、代替えの方法で提供できるよう実施の成果を記録に残し、利用者の希望に寄り添う支援を行っている。職員間で支援の差が生じないように、上司から定期的に指導や効果測定を行い、統一した支援が提供できるような仕組みが整えられている。

◇改善を求められる点

◆実態に即した「手引き」に

社会福祉士実習や保育実習、教員の介護等体験の実習生を積極的に受け入れている。「手引き集」のファイルの中に「実習生の受け入れ」があるが、この手引きの内容と実際の取組みにいくつかの齟齬が見られる。例示すれば、手引きに記載された目的が曖昧であること、反省会の実施方法が相違していること等である。16年前に制定されて以降、改定が行われていないことも含め、見直しの機会とされたい。

◆地域共生社会の創設に向けて

円滑な地域との関わりを維持するため、「手引き集」には様々な地域交流に関する「手引き」が収められている。しかし、地域との関わりについての基本的な方針や姿勢が見えてこない。個別支援の推進や利用者の高齢化、医療的ケアの必要性により、地域連携は欠かせない。地域移行や災害時の地域連携等、地域共生社会の創設を目指す意味からも、「地域」に対する取組みの根拠を示されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業計画に対する取り組み状況や重層的な監査体制に関する評価、利用者支援に必要不可欠なアセスメントに関する取り組みに対しても評価をいただいたことは、施設・職員にとって励みと自信になりました。その一方で、我々も日頃より弱さを感じている「地域との関わり」については課題を要する部分でもあり、改めてその大切さ及び取り組むべきこととしての気づきが得られたと感じています。良い評価をいただいたことだけに満足せず、これからの取り組みを継続させつつ、更なるサービスの質的向上につなげ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	①・b・c
＜コメント＞ 「すべての人にとって 今日一日が充実し…」で始まる法人理念に続き、基本的人権を尊重すること等、7項目に亘る基本方針を定めている。これらをホームページやパンフレットに記載し、内外に周知を図っている。保護者には毎年3月の保護者説明会で説明し、利用者の参加する朝礼で読み上げたり、分かりやすい資料を作成して掲示したりしている。			

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	①・b・c
＜コメント＞ 管理者が県・知的障害者福祉協会や生活サポート協会の会議、研修会等に参加し、福祉事業の動向を捉えている。また、管理者自らが町・自立支援協議会の会長職を務め、地域福祉の状況や課題等をつぶさに把握できる立場にある。それらの貴重な情報を毎月の法人幹部会に挙げ、情報共有や検討を加えて方針が打ち出されている。			
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	①・b・c
＜コメント＞ 喫緊の課題として3点が抽出されている。「利用者の高齢化」、「人材確保」、「施設の老朽化」である。利用者の高齢化は、高齢者施設等への移行が円滑に進み、適正な入居者数で推移している。法人の採用・育成グループが機能し、新卒採用は順調である。予算措置が必要となる大規模修繕は、中長期的な視野をもって計画されている。			

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	①・b・c
＜コメント＞ 法人の中・長期計画に整合させ、事業所の中・長期計画を策定している。事業所の中長期計画は3年スパンで作成され、今年度（令和7年度）が最終年度である。長期計画は、令和8年度以降の課題や取り組む方向性が示されている。計画内容は詳細に記され、見直しの結果によって今年度から取り組む事項は赤字で表記されている。			
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	①・b・c
＜コメント＞ 事業所の中・長期計画に整合させた単年度の事業計画を作成している。法人が指定した大項目に沿い、適切な取組みや活動が細かく計画立てられている。事業計画に取り上げた取組みや活動のすべてに数値目標を設定し、期中の進捗確認や期末の最終評価を曖昧にしないための工夫がある。			

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	① . b . c
<コメント> 支援会議や班長会で職員意見を吸い上げ、幹部会で事業計画の骨子が固められる。それを理事会に諮って成案となる。理事会で承認された事業計画の内容は、全体会議やSNSで職員周知が図られる。また、毎月開催される法人幹部会で、事業計画の進捗が評価されている。		
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	① . b . c
<コメント> 期の初め（4月1日）に、利用者全員の集まる朝礼を使って事業計画の内容が伝えられている。その内容は利用者に関係する部分が主体となるが、さらに分かりやすい資料を配付し、ホールにも掲示される。資料や掲示物には図やイラストを用い、一人でも多くの利用者への周知、理解を得ようとする姿勢が見える。		

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	① . b . c
<コメント> かつては毎年第三者評価を受審していたが、平成24年度以降は定期的（3年ごと）に受審しており、今回が9度目の第三者評価受審となる。受審のない年度は第三者評価基準を用いて職員による自己評価を行っている。職員の行った自己評価を集計・分析し、毎回課題を抽出している。		
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	① . b . c
<コメント> 自己評価や第三者評価の結果、「b」判定となった評価項目について、次年度の事業計画で改善の対象として取り上げている。改善の対象となった項目については、改善箇所や改善の方法を明確に定め、進捗状況を管理して取り組んでいる。		

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
<コメント> 管理者の職責は「管理規程」および「組織・職務規程」で明確になっており、年間3回発行される事業所の機関紙「Happinese Pasupi」で自らの所信を表明している。管理者不在時の権限委任先は、「組織図」や「辞令一覧表」の記述から、2名の主任がその任に当たることが読み取れる。			
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
<コメント> 法人の幹部会メンバーがコンプライアンス委員会の委員を兼ねており、管理者もその委員の一人である。「法令遵守」の精神は法人の基本方針にも謳われており、また関連研修も多く組まれ、管理者はじめ職員は高いコンプライアンス意識を持っている。コンプライアンス委員会での決定事項は、全体会議やSNSで周知され、非正規職員にはパート会議で伝えられる。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の声から、男性棟に続いて女性棟にも利用者用のキッチンが設営された。ある程度自由に、料理やおやつを作ったり、利用者同士でティータイムを楽しむことが可能となった。かつて花の苗を育てていたビニールハウスの有効活用として、野菜を栽培している。日中活動の一環として行っており、作業メニューが増えたことで利用者にも好評である。			
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
<コメント> 法人代表である理事長の意向もあり、法人全体でICT化を推進している。新システムを導入したら、それで完結するのではなく、さらに機能的、効率的なシステムの開発を目指している。日中活動の支援に関しても、常に新しい作業メニューを考察している。作業メニューの多様化は、利用者の選択肢を増やし、職員にとっては「支援のしやすさ」につながっている。			

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
<コメント> 定期的な新卒採用は法人縦断の採用・育成グループが主導で行っており、早い時期に採用目標とする人材を内定・確保している。中途採用や非正規職員の採用権限は事業所（管理者）にあり、主に欠員が生じた際に採用活動を行っている。新人職員に対する導入研修では、理事長自らが研修の一部を受け持ち、理念や人事に関する教育を行って職員の定着を支えている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	① ・ b ・ c
<コメント> 合理性を備えた成果主義型のキャリアパスを構築し、人事考課制度や目標管理制度と連動させて人事管理を行っている。「キャリアパスシート」には、1級～5級クラスの職員や施設長クラスに「求められる資質」が明記されており、それが「期待される職員像」と捉えられている。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 前年度から持ち越した有給休暇を次年度で完全消化するように取り組み、年間付与数に対する有給休暇の取得率は100%に近い。時間外労働に関しては、毎月の班長会で前月の職員個々の時間外労働時間を検証し、偏りがあれば直ちに原因究明を行っている。男性職員の育児休業取得の意識も高く、子育てや家族看護・介護を必要とする職員の時短勤務も認めている。			

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「自己評価・目標設定シート」を用い、職員個々に目標管理を行っている。個人目標に対して半期ごとに評価面談を行い、職員と上司が一体となって目標達成に取り組んでいる。この取組を「成績評価報告書」で評価し、結果は昇給や賞与、昇格、昇進等の処遇に反映される。人事基準は一般職員にも公開されている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所で実施する研修が「内部研修計画表」にまとめられ、それに沿って研修が実施されている。受講後に受講者が「内部研修効果測定書」を作成し、研修での学びや気づきを研修講師が評価し、受講者とアクションプランを共有している。半年後に、職員によってアクションプランが支援の現場で実践されたか否か、研修講師が検証（研修効果の確認）を行っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の採用・育成グループが、主に新人研修等の階層別研修を担当している。テーマ別研修は委員会が主管するものもあるが、主に事業所が計画・実施している。職種別研修は外部研修に頼るケースが多い。非正規職員は、パート会議の中に研修時間が組み込まれており、研修機会が確保されている。職員個々の保有資格や研修履歴は「個人ファイル」の中で一元管理されている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>社会福祉士実習や保育実習、教員の介護等体験の実習生を積極的に受け入れている。「手引き集」のファイルの中に「実習生の受け入れ」があるが、この「手引き」と実際の取組みにいくつかの齟齬が見られる。「手引き」に記載された目的が曖昧であること、反省会の実施方法が相違していること等である。16年前に制定されて以降、改定はない。見直しの機会とされたい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページが充実しており、事業内容の紹介だけでなく、採用活動を強く意識した造りになっている。それ故、文字を少なくして写真を多く取り入れ、視覚に訴えて分かりやすい。近年、これといった苦情の受け付けはなく、ホームページ上で「2021年度から2024年度での苦情はありません。」と、苦情のなかったことを公表している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所の現金出納は、小口現金制がとられている。「辞令一覧」に、物品購入の決裁者には管理者が、出納責任者には事務員の氏名が記載されている。決裁者と出納責任者を2者に分かち、内部牽制を働かせている。法人監事による監事監査、ISO9001による内部監査、他事業所の職員による財務・会計の相互チェック、外部専門機関による外部監査等、重層的な監査体制がある。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>円滑な地域との関わりを維持するため、「手引き集」には様々な地域交流に関する「手引き」が収められている。しかし、地域との関わりについての基本姿勢が見えない。個別支援の推進や利用者の高齢化、医療的ケアの必要性により、地域連携は欠かせない。地域移行や災害時の地域連携等、地域共生社会の創設を目指す意味からも、「地域」に対する取組の根拠を示されたい。</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>	障24	a . b . c
<p><コメント> 「手引き集」に、ボランティア受入れに関する手引き「ボランティア」があり、それに沿って受入れを行っている。小・中学生の福祉体験学習を受け入れ、秋まつりや誕生会等の事業所イベントには地域住民や大学生の手伝いがある。内定者にも声を掛け、事業所イベントに参加してもらっている。</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>	障25	a . b . c
<p><コメント> 地域の社会資源と交流・連携を図るための手引きとして、「外出」や「社会資源利用」、「地域資源」等があり、支援の現場では「外出先リスト」が活用されている。最も身近な行政機関（社会資源）は町であるが、管理者が町・自立支援協議会の会長を務め、主任がその権利擁護部会で活動する等、密な連携体制が構築されている。</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>	障26	a . b . c
<p><コメント> 管理者が町・自立支援協議会の会長職にあり、町の福祉施策や動向を把握している。法人内の相談支援事業所と連携し、在宅障害者のニーズを取得している。地域の特別支援学校からも見学の依頼等があり、福祉ニーズの把握につなげている。それらから、短期入所や緊急的な一時入所のニーズが浮び上がっている。</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>	障27	a . b . c
<p><コメント> 短期入所の受入れが増加傾向にある。主任が、町・自立支援協議会（権利擁護部会）の活動として、他事業所の研修講師を務めている。災害時の福祉避難所として登録するだけでなく、大規模災害を想定して福祉避難所の模擬開設を計画している。さらに、町の担当者の参加を得て、施設内を見学した上で福祉避難所としての機能を具体的に検証している。</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><コメント></p> <p>職員全員がクレドカードを携帯し、毎日の朝礼の場で、必ず方針の1項目ずつを職員が順番に唱和するようにしている。各フロアやパンフレットに理念や方針を掲示し、どこでも確認することができるようにしている。また、定期的に法人全体でSNSを活用した権利擁護の研修を行い、半年ごとに効果測定を行って職員の共通理解を促している。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護に関するマニュアルや規程が整備され、状況に応じて見直されている。居室は全て個室になっており、個々の生活の自由への配慮がある。浴室や脱衣所、トイレ以外の場所には利用者の安全管理を目的としてカメラの設置をしている。居室へのカメラの設置に関しては、説明をした上で書面にて承諾を得てから設置するようにしている。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>パンフレットは常に新しい情報に改訂されている。日中活動や行事の様子は、写真を多用して視覚的に分かりやすく表現している。利用者を支援する職員の声や職員構成、相談体制、事業所が行うその他のサービスについて、組織全体の理解を促すことができる内容となっている。ブログをこまめに更新し、動画を用いて利用者の日常生活がイメージしやすいようにしている。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>契約や契約変更の際には、利用者同席の下、利用者にはパンフレットや絵を見せ、本人に分かるような表現を使い、同意を得てから行っている。契約や契約変更に至った経緯は記録として残している。「入所者チェックリスト」を用い、契約時に必要な説明事項は統一されたルールに基づいて進められている。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>移行に至るまでの経過の記録が残されており、「退所時のチェックリスト」には退所に必要なチェック項目が記され、引継ぎに必要な手続きが漏れなく確実に行えるようになってきている。移行先へはアセスメントや支援手順書の情報を提供している。移行した本人や家族に対し、契約終了後も訪問をするなどし、引継ぎ後のフォローをしている。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月、男女に別かれて自治会を開催し、意見や要望を出し合っている。利用者の嗜好については、個別で聞き取りをしたり視覚的なツールを使用し、本人の意思を表出しやすいようにしている。毎月それらの要望が実現したことについては、実現した日時を残し、実際に応えられていること、まだ応えられていないことを明確化している。集計したものは自治会等で報告している。</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	①	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ここ数年苦情は挙がっておらず、苦情の記録は前回の受審以降、確認されていない。第三者委員を設置し、「重要事項説明書」のみならず、ホームページやパンフレットに苦情の相談窓口が記載され、周知されている。絵表示や読み仮名を添え、誰にでも分かりやすく示されている。各フロアにも同様の内容が掲示されている。「苦情解決マニュアル」を定期的に見直している。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>各フロアには、相談窓口となる職員の名前を掲示し、相談や意見を利用者が伝えやすいよう複数の窓口を用意して対応している。相談室で話を聞くだけでなく、居室等の生活のあらゆる場で利用者が発した意見を全ての職員が「つぶやき」に書き込んでいる。日頃から声掛けし、視覚的なツールを用いて指さしや表情の観察をして意見を汲み取っている。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>利用者全員に対してアンケートを実施するだけでなく、毎月個人の意見や要望をヒアリングして確認し、それについて解決した日時を記載している。月単位で、対応ができているかどうかの進捗を確認している。また、それらの状況は全ての職員が、情報共有システムや「業務日誌」、文書による記録を通して閲覧できるようにしている。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>ヒヤリハットは毎月集計されており、職員会で内容の確認や分析を行い、対応策の検討、周知を行っている。「報告体制一覧」で定められた手順に基づき、全職員が報告を挙げられるように掲示されている。事故発生時には、是正計画を作成して原因を追及し、再発防止の方法については動画や写真等を用いて研修を行い、全職員に周知している。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>感染症ごとのマニュアルがあり、写真や図を用いて具体的な対応の仕方が示されている。それらの理解や実践方法の習熟については、定期的に研修や効果測定を行い、統一した方法で実践している。感染症発生の際には、できる限りのゾーニングを行って感染拡大を防止している。BCP（事業継続計画）やマニュアルの見直しには看護師も加わり、定期的に改正をしている。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>研修や訓練を定期的に行い、BCPの見直しを行っている。月に1度の避難訓練の他、食料の備蓄に関しては栄養士が管理表を用いて、ローリングストックで新しい備蓄品へと入れ替えている。備蓄品は利用者のアレルギーにも配慮した内容となっている。携帯アプリを使い、安否確認が簡単にできる仕組みが整えられており、アプリの作動状況の確認も定期的に行っている。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>標準的なサービスが提供できるよう「運営の手引き」が整備され、業務や支援の手順が文書化されている。プライバシーの保護や権利擁護に関わることをはじめ、基本的な業務の手順は新人研修時に指導を行っている。業務手順は生活場面に応じて実際に使用する場所に掲示されており、都度その場で確認できるようになっている。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>ISO9001（品質マネジメントシステム）に基づき、年度ごとの是正計画を基に各委員会の担当職員で「運営の手引き」の見直しを行っている。実施方法が変更するに至った経緯は、検討会議の記録に残されている。変更した際には内部研修を行い、全職員に対して改めて教育を行っている。見直す時期は定めているが、状況に応じて緊急会議を開催して見直しを行うこともある。</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	① ・ b ・ 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が、計画に至るまでのケース会議にはフロアの職員全員が参加している。看護師や栄養士も加わり、専門職の意見も取り入れられた計画になっている。環境アセスメントを踏まえた上で本人アセスメントが段階的に実施されており、計画の根拠となっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画が確実に実施されるよう、月に1つの重点項目を決め、その実現や達成に向けて重点的な支援を行っている。情報共有システムを活用し、支援の様子をそれぞれの職員の視点から報告と評価を行っている。それらを集約してモニタリングに反映させ、見直された個別支援計画は書面での回覧を行っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「業務日誌」の書き方が「運営の手引き」に示されており、記載内容の整理を行い、どのようなことを「業務日誌」に残せばよいのか職員に周知している。これにより、記録の内容や書き方に職員による差異が生じないような仕組みを整えている。情報共有システムや「業務日誌」は、事業所内での情報共有に有効活用されている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>新人研修時に個人情報の取扱いについて学び、守秘義務に対する「同意書」を提出している。利用者には「個人情報使用同意書」にて、関係機関との連携に必要な情報提供への同意を求めている。代理申請時に必要な情報は「特定個人情報同意書」で同意を得て、書面は鍵付き書庫で保管している。電子データについては、パスワード設定や退職時の削除管理も行っている。</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> 定期的に食事調査を行い、給食委員会に取り上げて献立に反映させている。キッチンでのおやつ作り等、自立支援につなげつつ嗜好にも応えている。食事をはじめ日中活動や外出先等の本人の希望は、意思表示がしやすいよう、行先を複数用意した写真や表情カード等のツールを活用し、言語表出が難しい利用者が意思表示できるように配慮している。自治会でも活用している。			

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	①・b・c
<コメント> 身体拘束を行う可能性がある場合には、職員会議を行って個別支援計画に事前に記録している。支援方法や実施の開始時期、終了(予定)時期を書面にし、開始から終了するまでを都度明確にしている。月に1度、虐待防止のために全職員に「思いやりパトロール」を実施し、セルフチェックや他者チェックを行い、結果に応じて主任や施設長が面談を実施している。			

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> 個別の支援の手順に、本人のADL(日常生活動作)やIADL(手段的日常生活動作)の状態、またそれに伴う支援の仕方が記載されており、3ヶ月に1度支援の仕方を見直している。変更点を朱書きで記載することで、職員が確認しやすく示している。これらを書面で回覧し、情報を共有している。変化があった点について、全職員が「業務日誌」に書き込みをしている。			
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> 3ヶ月に1度、個別の支援の手順書となる「アセスメント3」を見直し、利用者の状況に応じた意思表示が促せる方法を案出し、職員間で統一した支援を行っている。写真や絵、表情カード、筆談、タブレット等を使い、コミュニケーションを図ることができるよう働きかけている。事前に活動の時間を決め、利用者の意識を混乱させずに整理して伝えられるようにしている。			

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> 相談室で相談を受けるだけでなく、居室や食堂等の生活の場でも相談を受けられるようにしている。直接担当する支援員が、利用者の「つぶやき」や相談内容を情報共有システムに書き込み、上司に報告して支援会議に取り上げている。相談内容に応じて、相談支援事業所や関係機関と連携して相談援助を行っている。			
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> 利用者のニーズや状態に合わせた日中活動を計画し、提供する支援内容は個別支援計画に示されている。同一敷地内にある通所施設「ひらめき2%」と連携協力し、生産活動へも参加している。余暇活動では、個別のニーズをはじめ、自治会で挙がってきた室内活動や外出活動のニーズを反映させた支援プログラムを毎月策定し、フロアに掲示して利用者に伝えている。			
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> 夜勤帯の職員が、職員体制と利用者の状況を踏まえ、翌日の職員の動きを生活時間ごとに示した「タイムライン表」を引継ぎしている。利用者の状況に合わせた職員の支援体制を、毎日の利用者の状況や特性に合わせた対応ができるようにしている。強度行動障害支援者養成研修への受講を推奨し、基本的な支援技術を外部研修でも学べるようにしている。			

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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>毎年嗜好調査を実施したり入浴の際の要望を聞き取り、ニーズに応えられる生活環境の整備を行い、ユニットバスやシステムキッチンの導入に至っている。環境の整備に伴って変化するADL（日常生活動作）に対する支援方法の変更は、個別支援計画や支援の手順書に示している。食事形態や入浴支援は個々に合わせた支援を提供している。</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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>居室は全室個室である。事故対策として室内にカメラを設置している。事故が起きた時には、原因を追究して居室環境を見直している。ADLの状態に合わせた居室の変更も行っている。「入浴の誓い」を入浴介助時に唱和し、機械浴槽を導入した際には手順を職員間で確認している。個浴ができるユニットバスを導入する等、利用者のニーズに合わせた生活環境が用意されている。</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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>PT(理学療法士)が機能訓練の実施計画を作成し、計画に基づいた訓練やマッサージを個別に実施している。月に1度集団での訓練を開催し、その時間には職員も加わって利用者の様子を観察し、PTからの助言を仰いでいる。半年に1度、計画の見直しを行い、モニタリングを行って保護者に進捗状況の報告と計画の説明をし、都度同意のサインを得ている。</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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>毎日利用者のバイタルを記録し、利用者の健康状態で気になることがあれば「業務日誌」に書き込んでいく。状態に応じて看護師や主任の指示を仰ぎ、緊急時には「運営の手引き」に沿って通院に付き添っている。毎月実施される嘱託医会議では、利用者の体調を相談する機会が設けられている。迅速に「運営の手引き」に沿った対応ができるよう、内部研修を行っている。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>医師の意見書の確認を毎年行っている。医師の指示書を基に、医療的ケアが看護師によって行われている。投薬時には、チェック表を用いて必ず2者確認をした上で行っている。服薬や浣腸等の医療行為は、資格を有する職員が行い、手引きに基づいた方法を先輩看護師が指導し、定期的に効果を確認している。手引きの内容は、ミスが発生した都度改正されている。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望する日中活動を行う際に、講師を招いて活動の専門性を高め、様々な技法や表現を学べるような機会を設けている。講師が関わることで、利用者の感性が引き出され、作品の出展や販売、商品化されることが現実となり、利用者の学習へのモチベーションを高めている。ネットでの作品の紹介や販売を行い、利用者の社会参加を様々な手段で促進している。</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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>地域への移行を行う際には、グループホーム等の希望先のにサービス管理責任者が付き添い、本人の意向を確認している。地域生活のための情報提供は、パンフレットや写真、タブレットを使ったホームページの閲覧等を取り入れ、利用者が理解しやすいようにしている。相談支援事業所と連携し、地域生活への移行後も、電話による相談や移行先への訪問を行っている。</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> 地域連携推進会議を開催し、家族にも構成員の一員として加わってもらい、運営状況の報告をしたり、日中活動の様子や生活環境を見学したりする機会を設けている。個別支援計画の評価の際に、半年に1度保護者等と面談を行っている。帰省時には「連絡ノート」を活用し、情報交換をしている。帰省後の相談も電話で随時受け付けている。		
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		