

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：障害者支援施設里山の家	種別：施設入所支援、生活介護	
代表者氏名：山本 真吾	定員（利用人数）： 50名（50名）	
所在地： 愛知県西尾市家武町深篠 115-1		
TEL： 0563-52-2600		
ホームページ： http://kurumikai.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 平成14年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人くるみ会		
職員数	常勤職員： 29名	非常勤職員： 15名
専門職員	(管理者) 1名	(栄養士) 1名
	(サービス管理責任者) 1名	(生活支援員) 40名
	(准看護師) 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 55室	(設備等)

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 一人ひとりの一生を地域でお互い助け合えるシステム作りをし、その活動を広げていきます。
一人ひとりの一生が有意義になるようにノーマライゼーションの理念に沿って活動します。
- ・施設・事業所 《ゆたかな暮らし》を目指し、より質の高い、分りやすい生活、日中活動を提供します。

★基本方針

- 小グループで家庭的な生活を送り、障害や個々の特性に応じた活動をし、よりよい生活習慣や成長を支えています。また、里山の家の生活支援を通し、将来、地域での自立した生活（グループホームや単独生活）に移行できるように支援していきます。
- ・集団生活の中でも個別ニーズ、個別支援の充実を図りよりよい生活の提供をします。
- ・個々の特性に合わせて分りやすい生活の提供をします。
- ・自己実現の場の提供とサポートをします。
- ・専門的な支援を自覚し研鑽を重ね、支援をします。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・個別支援計画と支援計画に沿った支援の実践に力を入れている。個別支援計画に基づき支援手順書を作成し、利用者毎に合った生活支援、作業活動、機能訓練、自立課題作業を提供し、日々の利用者の様子・変化に注目しながら支援と記録を行い、その都度支援内容の見直しを行っている。
- ・職員間の情報交換、ヒヤリハット、カイゼンが支援に活かされるように記録を残し、個別支援計画に沿った支援の見直しを行っている。
- ・キャリアパスに沿った職員の育成に力を入れている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3年 7月 9日（契約日）～ 令和 4年 4月 20日（評価決定日） 【令和 3年12月17日（訪問調査日）】
受審回数 (前回の受審時期)	5回 (平成30年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆意欲的な働きやすい職場づくり

法人が厚生労働省の「ユースエール」認定を受けている。この制度は、若者の採用・育成に積極的で、若者の雇用の管理状況などが優良な中小企業を認定するものである。新規採用者に心理テストを実施し、採用担当者が本人の育成方針を立てる際の参考にしている。社会福祉士、精神福祉士の資格取得のための希望休の優遇や一時金の支給等、法人の採用計画や育成計画を基に取組みを行っている。保健相談やメンタルヘルスチェックを実施し、時短勤務等のワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みもあり、働きやすい職場づくりに意欲的に取り組んでいる。

◆丁寧な個別支援計画の作成

個別支援計画の作成は、生活介護事業と施設入所支援の計画をそれぞれ独立した形で作成し、そのための情報収集、具体的な計画の中身など、非常に丁寧に作成されている。個別支援計画の評価・見直しに關しても、生活介護事業と施設入所支援それぞれの手順を踏み、サービス管理責任者、生活支援員、看護師、栄養士等、必要に応じた職員の参加がある。

◆感染症対策の充実

新型コロナウイルス感染症に対応するため、綿密な内容のBCP（事業継続計画）が作成されている。作成にあたっては、看護師や嘱託医の助言等も得ており、非常事態に備えた万全の対策が講じられている。

◇改善を求められる点

◆事業計画の具体化

事業計画は記述式であり、その記述の中には、具体的な数値が設定されておらず、進捗状況や達成度の評価が難しい状況である。数値目標や具体的な到達目標の設定など、効果測定を可能とする形への検討が求められる。

◆更なる情報提供の強化

ホームページによって法人の姿勢や状態を公開し、個別の事業所の活動状況を明確にすることが求められる時代となっている。しかし、当該事業所のホームページからは、「日中はどのようなプログラム（活動）がなされているのか」が見えてこない。活動の内容を公開することは、事業運営の透明化にも直結する。ホームページを活用し、活動の中身が分かるような情報提供が求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審させていただき、ありがとうございました。
事業所の行っている取り組みに対して、更にサービスの質を高めていけるように助言をいただきました。
いただいた助言を具体的にサービスへ反映させる形を検討・実施し、自己評価にて効果を検証してまいります。
またA評価をいただいた項目に関しても、更に向上して利用者様・ご家族様に提供をしていけるように努めてまいります。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
＜コメント＞ 法人と事業所の理念、基本方針がホームページやパンフレットに記載されている。職員には年4回の個人面談の時に、理念と基本方針に沿った支援となっているかの振りりを行っている。利用者や保護者には入所の時に文書を示しながら説明し、年2回の個別支援会議の時にも周知を図っている。		

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
＜コメント＞ 社会福祉事業全体の動向は、愛知県知的障害者福祉協会の権利擁護部会や西尾市の自立支援協議会に参加し、把握するように努めている。法人の管理者会議で毎月の収支報告、予算の執行状況、利用状況を共有して分析を行っている。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
＜コメント＞ 事業所の管理職会議である「三役会議」で経営環境や経営状況を把握し、人材育成、老朽化に対応する施設整備等の改善すべき課題を明確にしている。これらの課題は、法人の管理者会議でも共有されている。職員には、職員会議にて経営状況や課題を明示し、計画的に取り組んでいけるよう話し合いを行っている。パート職員には回覧で周知を図っている。		

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
＜コメント＞ 理念・基本方針の実現に向けた法人の中・長期計画と、事業所の中・長期計画を策定している。大規模修繕、中規模修繕、環境整備、車両購入、人材育成といった項目について、実施内容が年度ごとに記載されている。また、計画の内容の見直しも定期的に行われている。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
＜コメント＞ 中期計画に基づいて、単年度の事業計画が策定されている。事業計画は記述式であるが、その記述の中には具体的な数値目標が設定されておらず、進捗状況や達成度の評価が難しい状況である。数値目標や具体的な到達目標の設定など、効果測定の可能な形への検討が求められる。		
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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障6	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
＜コメント＞ 事業計画の策定にあたっては、職員会議で話し合いを行い、「余暇活動委員会」の設置等、現場からの声が反映されている。職員面談時に事業計画の実施状況を確認し、職員の意見を取り入れ、三役会議で評価と見直しを行っている。		

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	a · b · c
<コメント> 保護者に対しての事業計画の周知は、事業所の「里山通信」や法人の「くるみ会便り」、事業所内の掲示板で行っている。年3回法人主催の保護者会があり、事業所の年2回の保護者面談でも事業計画を説明している。利用者には口頭で説明を行っているが、さらに、分かりやすい書面の作成等、利用者が理解しやすい工夫が求められる。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。	障8	a · b · c
<コメント> 3年に1度、第三者評価を受審するとともに、毎年自己評価を行っている。結果を三役会、職員会議で検討している。また、毎月の職員会議でサービスの評価を行い、利用者一人ひとりの個別支援計画の更新に繋げている。P D C Aサイクルを活用し、福祉サービスの質の向上に向けた組織的な取組みとなっている。		
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 · b · c
<コメント> 自己評価を分析した結果や課題は、まず、三役会議で検討され、次に職員会議に諮られ、改善課題と具体的な取組みが検討されるとともに共有化が図られている。課題の改善にあたっては、改善策や改善計画を策定して取り組む仕組みがある。		

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) · b · c
<コメント> 管理者は6月に就任したばかりであるが、「里山通信」に経営・管理に関する方針と取組みを明確に示し、意欲的に改革を実行している。また、各会議において、必要に応じて資料を作成するなどして、管理者の考えを表明している。管理者不在時は、サービス管理責任者や各部署の責任者への権限委任となっている。		
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	(a) · b · c
<コメント> 管理者は、施設長会や権利擁護関係、感染症対策の外部研修に参加し、遵守すべき法令等を把握・実践している。職員に向けては、必要な情報の具体的な資料を提示するとともに、「里山テスト」を実施し、職員一人ひとりの理解度を把握している。		
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) · b · c
<コメント> 福祉サービスの質の向上を、個別支援計画が確実に実行されることを捉え、「サービス提供記録兼支援手順書」を作成し、それをとりまとめて三役会に報告し、すぐに変更できるように改善した。介護研修をはじめ各種研修に職員参加を促し、オンライン研修の「サポートーズカレッジ」を活用して資質向上を図っている。「支援検討会」を毎月開催し、新任職員、先輩職員で検討する体制を整えている。		
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	(a) · b · c
<コメント> 経営の改善や業務の実効性を高める取組みとして、法人の管理者会議で人事、労務、財務等の分析をしている。その結果を事業所の三役会議や、支援の現場に伝えて周知を図っている。たとえば、働きやすい環境整備の面では希望休を月5日までとし、一部の職員だけでなく誰もが年次有給休暇を消化できるようにした。		

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
<コメント> 法人が厚生労働省の「ユースエール」認定を受けた。この制度は、若者の採用・育成に積極的で、若者の雇用の管理状況などが優良な中小企業を認定するものである。新規採用者に心理テストを実施し、採用担当者が本人の育成方針を立てる際の参考にしている。社会福祉士、精神福祉士の資格取得のための希望休の優遇や一時金の支給等、法人の採用計画や育成計画を基に取組みを行っている。		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	(a) · b · c
<コメント> 11月と3月の個別面談の際に、「キャリアパス等級表」に基づいて、職員の貢献度の評価とキャリアアップの道筋を示している。改善策をアドバイスするとともに、得意分野で職員本人が活躍できるよう、個々の業務が話し合いにより設定されている。		
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	(a) · b · c
<コメント> 個別面談は、三役のうち、職員が意見を言いやすい者とを行い、出された意見については三役会で検討している。また、年次有給休暇や超過勤務はデータで管理し、職員の就業状況を把握している。保健相談やメンタルヘルスチェックも実施されている。時短勤務等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みが行われている。		

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	(a) · b · c
------------------------------------	-----	-------------

〈コメント〉

具体的な職員モデルを示し、目指すべき方向を個別面談時に職員と共に検討している。目標管理は職員のそれぞれの様式で提出しているが、「キャリアパス等級表」に基づいた目標設定となっている。11月と3月の面談の際に進捗状況等を確認し、三役会議で情報を共有している。

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 · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

法人の研修計画、事業所の研修計画が策定されており、それに基づいて研修が行われている。研修実施後は「振り返り研修」をパート職員も含めて行い、研修内容の共有化が図られている。また、研修内容の評価と見直しは、アンケートを基に「三役会」で検討し、次年度につなげている。

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) · b · c
--------------------------------------	-----	-------------

〈コメント〉

職員一人ひとりの「資格・能力表」と育成計画を作成し、必要な能力が身につくようにしている。階層別や職種別の研修が開催され、外部研修の情報提供はグループウェアである「サイボウズ」や掲示で行っている。研修の受講に職員ごとの偏りは見られず、教育・研修の機会が均等に確保されている。

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 · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

実習生やインターン希望者の受け入れマニュアルを整備し、受け入れの目的を明記している。サービス管理責任者が養成機関側と受け入れ日程の調整を行い、事前に実習生の学びたいポイントを確認し、実習後に振り返りを行っている。

II-3 運営の透明性の確保

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。	第三者評価結果	
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 · (b) · c	
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) · b · c
〈コメント〉		
ホームページには理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容が掲載され、ブログも随時更新している。利用者・家族や地域の理解を深めるために、第三者評価の受審状況やプライバシーを保護しながらの苦情等の内容、事業計画や事業報告の公開を、ホームページ上で行うことを検討されたい。		
社会保険労務士や弁護士に依頼し、必要に応じて相談を行っている。事務、経理、取引等については、法人の事務局が定期的に内部監査を実施している。公正かつ透明性の高い経営、運営が行われている。		

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	第三者評価結果	
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) · b · c	
II-4-(1)-② 地域との関わり方については、事業計画に位置付けられている。土木作業の経験がある職員が「石川組」を結成し、地域の一般家庭に利用者と共に出かけ、樹木の伐採等の作業を行っている。地域における社会資源については「西尾市マップ」を活用している。		
〈コメント〉		
地域との関わり方については、事業計画に位置付けられている。土木作業の経験がある職員が「石川組」を結成し、地域の一般家庭に利用者と共に出かけ、樹木の伐採等の作業を行っている。地域における社会資源については「西尾市マップ」を活用している。		

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	② a · b · c
<p>＜コメント＞</p> <p>ボランティア等の受入れについては、事業計画に位置付けられている。「ボランティア受け入れ手順書」は評価・更新を行っている。コロナ禍によって夏祭りは縮小されたが、毎年、バルーンアートの飾りつけをしてくれるボランティアグループからは、バルーンの提供を受けることができた。</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	② a · b · c
<p>＜コメント＞</p> <p>関係団体一覧や社会資源が掲載された「西尾市マップ」を職員会議で周知し、職員間の情報共有を図っている。西尾市自立支援協議会や愛知県知的障害者福祉協会に参加し、定期的な会議の中で連携が図られている。</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	② a · b · c
<p>＜コメント＞</p> <p>西尾市自立支援協議会への参加や特別支援学校関係者の見学会、掃除や避難訓練といった地域行事への参加の中で、地域ニーズを積極的に把握している。地域ニーズに応えた取組みとして、外部作業である「石川組」の活動が継続している。</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 a · b · c
<p>＜コメント＞</p> <p>西尾市と福祉避難所の協定を結び、災害時対応に向けて取り組んでいる。法人として3ヶ月に1度開催される「インシデント研究会」には、精神科医師を講師として招き、他法人の職員も参加している。</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	(a) · b · c
コメント 利用者支援について、職員が個々に振り返るためのチェックリストを定期的に実施している。虐待防止のセルフチェックも年に1回実施し、集計結果を職員に周知している。その他、年4回実施される「振り返り研修」では、直近3ヶ月内に起きたことを振り返り、支援内容を再度確認する仕組みがある。倫理綱領や権利擁護について周知する内容も盛り込まれている。		
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
コメント 利用者が生活する上での基本は個室であり、プライベートな生活空間が確保されている。ユニット毎に2人部屋が一部あるものの、間仕切りを使用するなど、できる限りの工夫をしている。また、個人情報保護に関する各種書類が用意されており、職員へ周知するための資料としても活用されている。		
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
コメント 施設入所及び生活介護事業としてのパンフレットのみならず、短期入所者向けの資料が別に用意されており、対象者によって使い分けています。法人全体の事業（施設）が分かるパンフレットもあり、必要な情報が得られる。課題としては、来訪しなくともいつでも気軽に情報が得られるよう、ホームページにおいて日中活動の様子や活動プログラムが分かるような工夫を求める。		
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) · b · c
コメント 提供するサービスの内容を「契約書」や「重要事項説明書」を基に説明している。口頭による説明が中心であるが、難しい箇所はかみ砕いて説明している。利用者向けの分かりやすい書類として、ルビ付きの契約書等を用意し、写真等が掲載されたパンフレット等も使いながら、サービス内容（行事・活動・食事・入浴など）を説明するなどの工夫がなされている。		
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
コメント 利用者の生育歴や障害程度等が分かる資料が用意されており、事業所変更時の引き継ぎ文書として活用されている。資料に記載された内容は、常に変化するものもあることから、毎年1回以上の見直しを行っている。グループホームへ移行する際は、地域移行に関するフローチャートも別途用意されている。担当窓口は原則サービス管理責任者となっており、いつでも相談できる体制が整っている。		
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 · (b) · c
コメント サービス全体に対する満足度を把握する調査はないものの、各種行事や外出企画、食事等サービス等の個別事例について満足度を測る仕組みがあり、次の活動（提供）に活かすための情報を収集している。年に2回行われる計画見直し時の面談も、満足度を確認する機会となっている。調査は行われているものの、集計したり分析する取組みについては課題が残る。		
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	(a) · b · c
コメント 苦情に関する掲示をはじめ、各種規程も整備されている。苦情に関する記録も適切に行われている。苦情の判断についても、サービス管理責任者及び管理者、ユニットや日中活動の責任者等を含めて検討している。苦情の公表については、家族の意向もありホームページでは公開していないが、申し出者が特定されない形で施設内に掲示し、周知を図っている。		

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) · b · c
<コメント>		
目安箱を設置し、いつでも誰でも相談・要望を出すことができる仕組みがある。相談したい相手や時間、場所等、利用者の要望によって臨機に応じる体制と環境が整っている。特に環境的には、個室が用意され、別途落ち着いて相談できる場所もある。事務所がオープンになっていて、利用者が自由に行き来することができるなどの工夫も見られる。		
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) · b · c
<コメント>		
個別に受け付けた相談や要望は、電子ソフトに入力して記録として残している。その内容についてはサービス管理責任者が主に確認し、関係部署等に伝達・改善等を行う仕組みがある。口頭での受け付けだけでなく、事務所前に「目安箱」を設置し、いつでも書面による申し出ができる仕組みもある。月によってばらつきはあるが、実際に活用されている。		
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) · b · c
<コメント>		
設備の安全面では、ユニット毎に担当者がおり、毎月書面で報告する仕組みがある。緊急時に備えた手引き（ストレッチャーやAEDの使用方法、誤嚥対応、救命救急等）を周知する機会を設けている。手引きを基にテストを行い、その理解度を測る取組みもある。事例収集については専用ソフトを使って情報共有すると共に、具体的な対策も検討している。		
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) · b · c
<コメント>		
コロナ対応のBCP（事業継続計画）があり、ゾーニングや防護服の着用方法、連絡体制等が詳細に記載されている。これらは看護師のみならず嘱託医にも見てもらい、より実効性のある手順となっている。職員への周知はファイルの閲覧だけでなく、専用ソフトを使った周知も行われている。マニュアルからテスト問題を作成し、学ぶ機会も用意されている。		
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	障39	a · (b) · c
<コメント>		
年に3回ほど、昼及び夜を想定した火災・避難訓練を実施している。福祉避難所としても登録されており、必要とされる備品リストを備え、備蓄品を定期的に更新している。地域の自主防災会に職員が参加し、地域と一体となって災害対策に取り組んでいる。火災以外の災害に関しての訓練は未実施であり、地震や土砂災害、孤立等を想定した訓練の実施が望まれる。		
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) · b · c
<コメント>		
「業務マニュアル」が整備されており、職員が行う利用者支援の手順に留まらず、1日を通した勤務別、ユニット別の手順、事務手続きや環境・設備管理等、施設運営に関する内容についても網羅されている。ファイルは、いつでも誰でも見られるように備え付けられている。		
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 · (b) · c
<コメント>		
「業務マニュアル」を見直す時期は基本的には年度末となっており、見直しをする担当者についてもユニットや委員会等、それぞれの部署で割り当てられている。課題としては、文書によって見直した時期（作成した時期含む）が不明で、最新版か否かの判断が付かないものがあった。新旧の判断、見直し時期の確認等を行うためにも、日付の記載が求められる。		
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) · b · c
<コメント>		
個別支援計画を作成する前に、「事例整理表」を作成して情報を整理し、それを基に個別支援計画を作成している。ニーズ把握はもとより、利用者の強み（ストレングス）を記載している。生活介護と施設入所支援の計画がそれぞれ単独で作成され、内容も細部にわたっている。利用者の理解を得るために、口頭でかみ砕いて説明している。		

	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) · b · c
<コメント>			
6ヶ月に1回のスパンで計画の見直しを行っており、その会議にはサービス管理責任者、生活支援員、看護師、栄養士等の関与がある。生活介護と施設入所支援とが独立した個別支援計画であるが、評価・見直しもそれ各自独立した手順を踏み、丁寧な取り組みである。毎日記録するシートに予め個々の計画内容が印字してあり、関わる職員がいつでも確認可能である。			
	III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	障44	(a) · b · c
<コメント>			
毎日の支援内容を利用者ごとに記載する専用のシートが用意されている。パソコン入力ではなく手書きであり、いつでも誰でもすぐに記載できるメリットがある。記載例を用意することで、職員による記録の差異が生じないようにしている。専用ソフトを積極的に活用することで、必要な情報がパソコンを通じて速やかに伝達・収集できる仕組みも確立している。			
	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	(a) · b · c
<コメント>			
個人情報を含んだ利用者の記録については、事務所内の施錠できる場所にて保管されている。パソコンを使う機会が多い中、セキュリティ設定を行うだけでなく、パソコンのウイルスに関する脅威を理解するための資料も用意し、個々の情報漏洩対策についても注意喚起を行っている。			

【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	a · (b) · c
〈コメント〉 3ヶ所に分かれて日中活動を支援しており、日々、利用者が主体となって選択することが可能である。外出支援等での目的地の選定や嗜好品等の購入は、利用者の意向が尊重されている。生活に関わるルールについては、個別で意向を確認する機会はあるものの、自治会等の組織がなく、利用者同士が話し合える機会を設けることが望まれる。		

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) · b · c
〈コメント〉 権利擁護に関する規程やマニュアルが整備され、特に「虐待防止マニュアル」については、イラスト等を盛り込んで細かな内容でまとめられている。身体拘束に関する手順も明確であり、記録も残されている。利用者に制限（例：食事量）を加えなければならないことについて、その目的や対応方法等を記載した「制限・禁止支援についての検討」を用意している。		

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	(a) · b · c
〈コメント〉 個別支援計画に記載されている「本人のストレングス」を踏まえ、介助・支援の必要性や見守り等を明確にしている。自立に向けた動機付けについては、障害の種類や程度によって難しい面はあるが、可能な限り利用者の意向を把握するよう努めている。金銭管理については、希望する利用者が小遣い程度ではあるが居室にて自己管理を行っている。		
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	(a) · b · c
〈コメント〉 個別支援計画に具体的な対応方法が記載されており、具体的には「絵カード」や「写真」、「手話」などで対応している。過去には、筆談で対応する利用者もいた。視覚的な情報収集しかできない利用者に対しては、一般的な絵カードに加えて個別の写真等を用意することで、スムーズに活動に移すことができるなど、障害特性に合わせて工夫している。		
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	(a) · b · c
〈コメント〉 利用者が話せる機会を設け、時間や場所等を制限することなく対応している。様々な場面で選択して決定する際には、口頭での説明だけでなく、写真やイラスト、文字などを駆使して理解に繋げている。不特定多数の利用者に使用するツールもあれば、利用者個々に用意された専用の写真等も準備・活用されている。		
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	a · (b) · c
〈コメント〉 日中活動は「ストレッチ」や「散歩」、「ドライブ」、「自立課題」、「生産活動」などが主であり、個別支援計画と連動させている。利用者が選べる環境も整え、レクリエーション的な活動も導入されている。今後の課題は、利用者が新たに「〇〇したい」という要望・意向を積極的に引き出す働きかけと、それを具体化する取組みである。		
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	(a) · b · c
〈コメント〉 強度行動障害支援者研修を受けた職員を多数配置し、障害特性を理解した上で支援を行っており、「支援検討会」が機能を発揮している。毎月リーダー向けの検討会と新人向けの検討会が開催され、新人向け検討会では、支援の困りごとについて集約した情報に答えており、職員個々の困りごとを少しでも解消し、適切な支援に繋げるための仕組みがある。		

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 ミキサー食や刻み食、一口大等、利用者個々の咀嚼・嚥下能力に合わせた食事形態を用意している。毎月開催の厨房会議（サービス管理責任者・委託先の調理員、栄養士等参加）や嗜好調査を踏まえ、献立変更・調整等を行っている。利用者が希望する「国」を選び、国籍料理をお楽しみメニューとして提供している。毎日入浴が可能で、ユニットごとに少人数で利用できる環境である。			
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 ユニットごと（5ユニット）に、清掃・修繕委員が決められており、毎月清掃・修繕に関する取組みを行っている。その結果を集約し、進捗状況等を把握する仕組みがある。環境整備の年間計画も作成されており、計画的かつ継続した取組みを行うことで、快適な施設内環境の維持・向上に努めている。			
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 PT（理学療法士）の資格を持った生活支援員がおり、日頃よりストレッチやバランスボールを使った運動、体操等を行い、身体機能の維持や障害の重度化・高齢化に対する取組みを行っている。不特定多数の利用者を対象とした活動もあれば、利用者個別に焦点を当てた取組みもあり、利用者の状況や障害の程度等に応じて実施している。			
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 1日4回（朝・日中2回・夕）検温を実施し、入浴時には身体チェック（アザや傷、発疹等の異常）等を行い、所定のシートに毎日記録している。年2回実施している健康診断はもとより、歯科検診や嘱託医への相談も適宜行っている。口腔ケアについては、歯磨き指導や口腔チェック等を定期的に実施するなど、健康面に関する取組みは手厚い。			
	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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 医療処置の方法や投薬方法に関する手順があり、処方箋の管理、看護師や嘱託医に相談できる体制も整っている。導尿を必要とする利用者がおり、看護師が適宜対応している。投薬ミスが全くないわけではないが、実際に起った際にはその原因を追及して改善する仕組みもあり、具体性な改善事例も確認できた。			
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 コロナ禍によって、思うように社会参加はできていない。以前は地域のイベント情報を掲示して周知したり、実際に地域のイベントに参加していた。学習支援については、利用者本人及び家族の意向を踏まえ、文字の練習や計算をする機会が個別に用意されている。友人との交流については、短期入所の機会を利用して、お互いが関わりが持てるよう配慮している。			
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 地域移行に関する要望を把握する機会は年2回の面談であるが、現在明確な希望を出している利用者はおらず、具体的な動きはない。しかし、数年前には希望者がグループホームへ移行した実績があり、その手順やノウハウを組織として保持している。新たな希望を把握した場合には、すぐにでも移行に向けた取組みが行える体制が整っている。			

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
--	-----	-------

<コメント>

家族とは年2回の面談をはじめ、希望する家族には別途面会を設定するなど、情報共有のための適切な機会が用意されている。面談の日程に関しては、利用者や家族の意向や都合を優先して柔軟に対応している。コロナ禍によって帰省を含め、利用者と家族との接点が希薄となっていることから、施設内での利用者の様子を写真を使って伝えている。

A-3 発達支援

A-3- (1) 発達支援	障61	第三者評価結果
---------------	-----	---------

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。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
--	-----	-------

<コメント>

非該当

A-4 就労支援

A-4- (1) 就労支援	障62	第三者評価結果
---------------	-----	---------

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。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
---	-----	-------

<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。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
---	-----	-------

<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。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
---	-----	-------

<コメント>

非該当