

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：かしの木の里	種別：施設入所支援、短期入所、生活介護、日中一時支援			
代表者氏名：山口 由美子	定員（利用人数）：40名（40名）			
所在地： 愛知県一宮市富田字砂原2147番地				
TEL： 0586-63-3270				
ホームページ：				
【施設・事業所の概要】				
開設年月日： 平成12年 4月 1日				
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 樅の木福祉会				
職員数	常勤職員： 19名	非常勤職員： 33名		
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者) 1名		
	(介護福祉士) 17名	(看護師) 2名		
	(管理栄養士) 1名	(事務員) 1名		
施設・設備の概要	(居室数) 32室	(設備等) 娯楽室、作業室、食堂		
		浴室、トイレ、交流室、医務室		
		指導員室、宿直室、事務室		
		リネン室、ボイラー室		

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 「ひとり ひとり ひかる」
- ・施設・事業所 「ひとり ひとり ひかる」 一人ひとりの「希望する暮らし」を実現する

★基本方針

「ひとりひとりひかる」人は皆、ひとりひとりに様々な「違い」があります。その「違い」はその人全体の価値を決めるようなことではありません。しかしその大きな「違い」はその人がその人らしく生きていくうえで「障害」となることがあります。私たちは「障害」はその人にあるのではなく、その人が生きる社会にあるのだと考えます。私たちは、どんなに大きな「違い」があろうとも、その「違い」を認め、それぞれの自己実現を尊重し、できるかぎり楽しく、豊かに生きていくための活動を行います。その活動を通して「人が人を理解する」ということの意味を考え続け、どんな人も受け入れて、共に生きる地域づくりを目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

(主目標)

①カレンダーやスケジュールに代表される見通しのある

②自分のことは、自分が決める選択のある暮らし

③音声言語以外の見える形のコミュニケーションのある暮らし

④できるところ、動くところ、強いところをしっかり支える暮らし

*働く、余暇を楽しむ　　日中活動は仕事、其々にあった活動を行っています。土日祝日は月1度の絵画クラブ、スポーツクラブ、音楽クラブ、季節を感じるレクリエーション、ネイルサロン、お菓子作り、買い物等で楽しむことを行っています。

*年に一度の日帰り旅行は4か所程の場所を提供して本人に選択してもらう支援を行っています。地域支援も目標に公共交通機関を利用した活動、アートな活動、通院等も町医者を利用します。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年5月1日（契約日）～ 令和7年11月17日（評価決定日） 【令和7年9月11日（訪問調査日）】
受審回数 (前回の受審時期)	6回 (令和4年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆働くことを通した自立支援

利用者の殆どが障害程度区分5若しくは6で、行動障害を伴う利用者も多い中、全員がグループに分かれて何らかの作業を行い、作業工賃を得ている。下請け作業からリサイクル、自立課題の実施まで、個々の能力と障害特性を考慮して作業種目を選定している。朝、居室（ユニット）を出て作業室に移動し、活動を行って夕方居室に帰る。社会人として当たり前の生活の中で、その自立を支える支援を行っている。様々な行動障害を抱えた利用者が、「働く」という行動ツールを通して健常者同様の社会的責務と障害軽減へのアプローチを果たしている。入所施設にもかかわらず、「利用者が働きたい」という思いを大切にしてそれを実現している。

◆管理者のマネジメント力

管理者は、各種の会議や委員会に参画し、自らの考え方と方向性を文書にして示し、共通理解を得ている。各主任との会議にて様々な調整を行った上で業務を委任し、「何かあれば責任は自分がとる」と一貫した態度を示し、部下が安心できる環境を作る等、優秀なコマンダーとして活躍している。毎月テーマを絞った職員研修を実施し、非正規職員を含めた全職員に知見の習得と支援の底上げを図る等、人材育成へのマネジメントも手掛け信頼を得ている。

◆ボランティアの受け入れ

ボランティア担当職員を配置し、手順書に則って学生ボランティアをはじめ地域の歌や太鼓のボランティア、理容ボランティア等を受け入れている。これにより敷居が低く風通しの良い事業所として、また利用者と社会性をつなぐ絶好の機会と捉えている。ボランティアが、利用者と地域との貴重な接点として機能している。

◆利用者への情報開示

施設内には多種多様な掲示物がある。利用者にとって有益となる情報についても数多く掲示され、写真やイラストを用いて分かりやすく丁寧な情報発信を行っている。利用者の知る権利として必要な情報を提示することは、サービス提供者の説明責任もあり評価したい。

◇改善を求められる点

◆実効性のある事業計画を

事業計画は、前年度課題を明確にして事業全般を網羅した内容となっているが、設定目標に具体性を欠く項目が多い。数値目標を設定し、明確な目標に向かって計画的に事業を進めていくことが、曖昧さを払拭する鍵となる。これにより、期中の進捗評価や期末の達成度評価が可能となり、計画の有効性がさらに増すことになる。検討されたい。

◆透明性の高い運営を

ホームページを最大の広報媒体と考えており、理念や事業概要、活動の様子等、様々な情報が公開されている。また、インスタグラムなどSNSを用いた情報発信も積極的に進めている。今後の課題として、苦情受付や第三者評価結果等も公表し、運営課題や批判的意見等とその対処法等も公表することで、より透明性の高い事業所を目指したい。

◆支援の主体者の尊重

利用者の要望や意見について、些細なことにも耳を傾けて真摯に対応しようとする姿勢は見える。しかし、記録に残したりその後の対応の可否等について不明確となっているため、その仕組みの整備に期待したい。また、サービス全般（環境・職員・日中活動など）に対する利用者の満足度を測る取組みが弱いため、その体制を構築し、より利用者の満足度を高められたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

カテゴリー毎に細やかで適切な評価を頂きありがとうございます。当日も施設の良い所を褒めて頂き現場スタッフに良き励みになりました。又改善箇所も丁寧にご指摘頂きました。今後も課題の改善に努め、利用者の方々が安心で楽しく暮らせる環境を継続し続け「かしの木の里」で良かったと言って頂けるように努めていきたいと思います。

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、基本方針、事業所のテーマが定められ、パンフレットやホームページで公開し、事業所内にも掲示されている。職員には職員会議で確認し、周知されている。利用者に対しては、毎月の自治会において口頭にてテーマを説明している。保護者への周知の機会は乏しく、年度当初の保護者会にて書面にて配付されるが、高齢化に伴い参加者が少ない点が課題である。			

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＞ 法人の管理者会議では、福祉動向を含む法人内外の様々な情報が集約され、毎月の会議で把握している。また、毎月法人本部と利用状況や財務状況を共有し、分析し、経営指導も受けている。これら事業所運営と利用者支援に関する考え方および現況について、職員へのさらなる周知機会が求められる。			
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＞ 法人全体に係る経営課題に関しては、毎月の経営者会議で協議され、決定事項は管理者会議で共有している。事業所独自の課題に関しては、主任・管理者会議で方向性を定め、項目ごとにリーダー会議、フロア会議に挙げて検討され、具体的な対応策を決めて取り組んでいる。			

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 · (b) · c
＜コメント＞ 令和8年度までの法人中長期計画が策定されており、各事業所を含めた経営分析により経営指標を定め、「行程表」に沿って取り組んでいる。実施事項に関しては年度ごとに評価し、検討委員会を中心に修正または継続を判断している。事業所の中長期展望を明確なものとするため、法人計画を受けた事業所独自の中長期計画の策定を検討願いたい。			
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	a · (b) · c
＜コメント＞ 法人中長期計画を基に単年度計画を策定している。前年度課題を明確にして事業全般を網羅した内容となっているが、設定目標に具体性を欠く項目が多く（例えは「工賃アップ」や「生活の質向上」等）、正確な達成度評価のためにも数値目標の設定等、より具体的で実効性のある計画としたい。			
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＞ 年度末の職員研修の中で、全職員にて事業計画の評価を行い、年度の課題を明らかにした事業報告を作成している。それを基に管理者が次年度事業計画の原案を作成し、主任と再度検討して策定に至る。事業計画は年度当初の職員会議で説明し、周知が図られている。			

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	a · (b) · c
<コメント>		
事業計画は、利用者自治会にて主に利用者の生活上必要な部分を説明している。ただ、内容を分かりやすくした資料等は用意されていない。支援の主体である利用者が、少しでも理解を得られるような配慮と工夫が求められる。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		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	a · (b) · c
<コメント>		
ケース会議の他、フロア会議、リーダー会議にて日々のサービス向上、生活向上への検討を行っている。委員会では項目毎に支援方法や支援環境等、多岐にわたる事項を検討し改善に向けている。ただ、利用者アンケートや職員セルフチェックといった受け手・担い手の両面からの支援の振返りが実施されておらず、これらを実施して支援の適正化と向上を図りたい。		
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>		
様々な会議、委員会にて毎月支援課題を抽出し、修正と改善に取り組んでいる。第三者評価については、評価結果を職員全員で共有し、職員会議で改善策を明確にした上で支援に反映させている。しかし、具体的な改善計画としては、事業計画作成時に確認が行われるのみである。混後は、改善事項ごとにPDCAサイクルに沿った対応を望みたい。		

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) <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/>	
コメント 管理者は様々な会議、委員会に参加し、随時自らの考え方と方向性を文書にして示し、共通理解を得て支援が得られるようにしている。各主任との会議にて様々な調整を行い、自己の責任の下で管理業務を進めていく。場合によっては指示の際に「何かあれば責任は自分がとる」と、部下が安心できる環境を作る等、円滑な業務遂行へのマネジメントを手掛けている。				
	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) <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/>	
コメント 法人は、「法令順守マニュアル」に基づいてコンプライアンスの強化に力を入れている。特に施設長・管理者クラスへは、管理者研修にて各種ハラスマントをはじめ法令順守についての徹底を図っている。これらの事項については、管理者が資料を作成して職員会議で説明する他、法人のポータルサイトを通じて職員周知を図っている。				
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) <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/>	
コメント 毎月テーマを絞った職員研修を実施し、非正規職員を含めた全職員に知見の習得と支援の底上げを図っている。また、個別支援会議はもとよりフロア会議、意思決定支援会議等により、各担当との協議の上、利用者のニーズに的確に応えることでサービス向上を進めている。				
	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) <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/>	
コメント 管理者は経営会議のメンバーとして、事業所経営の立場から業務分析や評価を行っている。特に人材確保の分野では、様々な角度から求職者に届くように事業所をPRすることで人材不足解消に貢献している。また、個人面談や各会議を通して職員の意見を聞き、これを参考に職場環境改善に努めている。				

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	(a) <input type="radio"/> (b) <input type="radio"/> c <input type="radio"/>	
コメント 管理者は、法人での人材確保の担当役員として、求人に関する新たなプロジェクトを組んで活動している。法人では、総務部が人事管理を行って採用計画を作成しているが、事業所としては人材不足の中、欠員補充の域から脱し切れていないのが現状である。人材育成に関しては、研修計画の下に充実した研修体制が構築されている。				
	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	(a) <input type="radio"/> (b) <input type="radio"/> c <input type="radio"/>	
コメント 法人全般の人事管理は、各事業所の管理者との連携の下に法人の総務部が行っている。キャリアパスが整備され、階層ごとに職員の職責は明確にされている。一方で、人事考課制度が無いため、キャリアに応じた職責の遂行や業務成果あるいは貢献度は不明瞭であると言わざるを得ない。人事基準を含めた人事管理に関し、制度として体系的な仕組みを構築されたい。				
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) <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/>	
コメント 有給休暇の消化や就業時間等の就業状況はデータ化して管理されており、管理者が毎月確認している。その他、健康診断の実施やメンタルチェックとその対応、福利厚生団体への加入、相談窓口の設置等々、働きやすい職場に向けての様々な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〉

「ヒアリングシート」を用いた業務管理を行っており、業務上必要な事項に対して達成度を5段階評価し、自己課題の改善に対応している。これを一步進め、上司としり合わせた適正目標に対し、段階的に達成度を評価してステップアップを図るといった、目標管理による育成を検討されたい。

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〉

法人による研修計画および事業所独自の研修計画が策定されている。事業所の研修計画に関しては全職員を対象とするもので、各職員のキャリアや職種ごとの研修に関しては法人研修と外部研修を管理者判断で受講させている。一方、「組織が期待する職員像」は不明瞭であるため、人材育成の目標として目指すべきところを明確にしておきたい。

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〉

法人ではキャリア別をはじめ様々な研修が組まれ、また事業所では毎月テーマを決めて専門領域の研修を実施している。課題としては、職員一人ひとりに合った最適な研修受講に向け、個々の研修履歴を整理しておく必要がある。また、OJTに関しては成果を確実なものとするため、PDCAサイクルに沿った体系的な形で実施することが望ましい。

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〉

実習生を受け入れるためのマニュアルがあり、それに沿って保育実習生を中心に、学生の体験実習等も受け入れている。今後は、事業所の専門性を活かし、社会福祉士や介護福祉士、看護師、栄養士等の専門職種の実習に関しても受け入れの検討を求めたい。また、実習指導者の養成についても前向きに行い、指導水準を高めたい。

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

〈コメント〉

ホームページでは、理念や事業概要、活動の様子等の様々な情報が公開されている。また、インスタグラム等のSNSを用いた情報発信も積極的に進めている。苦情受付状況や第三者評価結果等も公表することで、より透明性の高い事業所を目指したい。

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〉

「経理規程」に基づいて事務処理がなされ、法人監事による内部監査を実施している。職務分掌とキャリアパスが整備され、職員は業務内容やキャリアごとの職責は明確になっている。外部の監査法人等による外部監査の導入は今後の課題となる。

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

〈コメント〉

基本方針の中に地域との関係の重要性が示されている。法人主催の盆踊りやフェスティバルで地域住民とふれ合う他、外出では地域の薬局やスーパー、喫茶店、映画館等を利用することで、地域との接点を大切にしている。通院については、全て地域の医療機関を利用する等、利用者は地域の一員として生活している。

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	・	b	・	c
---	-----	---	---	---	---	---

〈コメント〉

ボランティアの受入れに関し、担当職員の配置や手順書を整備し、地域との貴重な接点としてボランティアを積極的に受け入れている。イベント時の学生ボランティアや地域からの歌や太鼓のボランティア、理容ボランティア等の受入れがある。これにより、風通しの良い事業所として、また利用者にとっては社会性伸長の絶好の機会と捉えている。

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〉

自立支援協議会や県の知的障害者福祉協会等と定期の会合を持ち、共通課題の検討や情報共有を行っている。利用者の地域資源活用に関しては、個別に医療機関はじめ各資源と関わりを持つため、個々に管理されている。それらをデータ化し、リスト化して管理することが望ましい。

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	②	・	b	・	c
--	-----	---	---	---	---	---

〈コメント〉

自立支援協議会や相談支援事業所からの情報等により、地域の福祉ニーズの把握に努めている。法人の管理者会議で持ち寄られた情報についても、法人内で共有されている。法人主催の各種イベントを通し、直接地域の方から話を聞くことで地域の動向を把握する機会としている。

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	②	・	b	・	c
--	-----	---	---	---	---	---

〈コメント〉

自立支援協議会主催の「福祉ジョブフェスタ」に参画し、求人だけでなく障害者理解を広くアピールしている。「まちづくり」としては、地域連携推進会議に参画してコミュニティの活性化を図っている。また、管理者が学校その他で外部講演を行い、福祉人材の育成と確保に一役買っている。

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
〈コメント〉 基本理念や方針はホームページや施設内の掲示物、法人のマニュアル等、随所で見ることができる。新人職員には入社時の研修でも周知している。利用者を尊重したサービス提供が行われているかの確認は、フロア会議や自治会、虐待防止委員会等、各種会議等で状況の把握および対応をしている。		
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〉 プライバシーに関するマニュアルが用意され、職員会議や研修の機会で周知されている。居室の大半が2人部屋であるが、室内には間仕切りとしてカーテンが使われている。すぐには個室化ができない現状であり、今できる対応を行っている。一部障害特性により、2人部屋に壁を上手に設置する等の個別対応も行われるなど、プライバシーへの配慮を意識した支援が行われている。		
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〉 法人や事業所のパンフレット、ホームページ、インスタグラム等で様々な情報を入手することができ、パンフレットについては、役場や図書館、社会福祉協議会等にも設置している。機関誌を年4回発行し、関係者のみならずホームページにも掲載している。パンフレットをリニューアルしたことから、ルビが振られたものが現在はない。可能であれば、早急に用意することが望ましい。		
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〉 サービス開始時や変更時は、施設の見学や体験はもとより、パンフレットや「重要事項説明書」等を用いて丁寧でかみ砕いた説明を行い、利用者等が理解できるよう配慮している。意思決定が困難な利用者については、意思決定支援会議を行い、専用のシートに落とし込んで話し合う仕組みもある。		
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〉 退所後の窓口は管理者およびサービス管理責任者である統括主任が担当しており、連絡先を記載した書面が用意されている。課題としては、相談支援事業所が主となって送り出しを行っているため、事業所にはサービスの継続性に関する手順書が用意されていない。中には法人外の相談支援専門員が関わっているケースもあり、事業所においてもこれらの手順を明文化することが望ましい。		
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〉 給食に関しては嗜好調査や給食会議にて意向を把握し、日頃の要望全般については自治会にて利用者の希望や意向を把握している。しかし、それ以外のサービス全般（生活環境・作業環境・職員対応・余暇活動等）については満足度を把握する仕組みがない。積極的に利用者等の満足度を把握する取組みに期待したい。		
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〉 苦情解決の仕組みは整っており、記録およびその後の対応等についても丁寧に処理し、記録が作成されている。特筆すべきは、一般的に苦情として取り扱わないような事案でも、苦情として受け付け、組織として真摯に対応している。ただ、苦情処理の公表が行われていないため、苦情申し出者の不利益とならないよう配慮をした上で公表することを検討されたい。		

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
コメント 原則、利用者はどの職員にも相談できる環境は整っているが、さらに管理者や統括主任等の顔写真を使って、困ったことや相談事があればいつでも相談して欲しい旨のお知らせを行っている。また、分かりやすく説明した文書も掲示してあり、相談する場所も複数あることから環境としては十分に整っている。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
コメント 利用者からの相談や意見が上がった際は、受け付けた職員がフロアリーダーや統括主任、管理者に届く仕組みが暗黙の了解の下で行われている。ただ、意見等を受け付けて対応の可否を含めた一連の手順についてのマニュアルがない。また、要望や意見を記録として残し、その後どのような対応を行ったのかも含めた確認体制が十分とは言えない。確認・検証の仕組み作りに期待したい。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
コメント 「ハッとしてgood」と呼ばれるヒヤリハットに関する報告書を都度作成し、安全衛生委員会等で報告・周知している。事故発生時におけるフローチャートが整備されており、具体的な対応方法が記されている。事故はもとより、ひやりとしたことについても原因の追究と改善策が検討され、未然防止や再発防止に努める体制が整っている。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
コメント 新型コロナウイルス感染症をはじめとした感染症に関する対応マニュアルが作成されており、職員への周知も会議等で行われている。勉強会については、感染症に関する内部研修が法人全体で年間1回、施設内でも年間1回行われ、参加できない職員については資料を配付している。		
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る。	障39	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
コメント 避難訓練を毎月実施し、年に1回は消防署立会いの下で実施している。併せて防火設備の点検も年2回実施している。木曽川沿いに施設があることから、想定される災害として河川の氾濫があるが、建物の構造上垂直避難をすることとなっている。職員等の安否確認は電話はもとより、LINEやメール、SNS等の複数のツールを用意し、不測の事態に備えている。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
コメント 入浴介助や排泄介助、食事介助等の標準的なマニュアルが用意され、各フロアに設置されている。項目によってはプライバシーに配慮すべき内容も盛り込まれている。手引きと実際の業務の差異が判明した際は、職員会議にて業務内容について話し合いを行う仕組みがある。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
コメント 標準的な実施方法を見直す仕組みはあるが、時期は特に定まっておらず、都度行ったり、実際の業務内容と手引きとの差異が判明した時点で変更する等、明確なルールは決まっていない。また、マニュアルによっては作成日や改定日が記載されていないものも散見された。最新版管理の原則として、全てのマニュアルについてこれらの日付けを記載することを検討したい。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
コメント 法人統一のアセスメント様式が整備され、その内容も多岐にわたり細かな内容となっている。個別支援計画を作成する前に、専用の様式を使って具体的なニーズの把握を別途行う等、丁寧に作成されている。地域移行への意思確認も専用の用紙を使って行い、個別支援計画に反映させる仕組みがある。		

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	②	・	b	・	c
--------------------------------------	-----	---	---	---	---	---

〈コメント〉

個別支援計画は、毎年9月と3月を原則見直しの時期とし、3月にはアセスメントの見直しも実施している。見直しはフロアごとの職員とサービス管理責任者によって行われている。見直した個別支援計画については、職員会議等を通じて周知する仕組みが整っている。

III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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	②	・	b	・	c
---	-----	---	---	---	---	---

〈コメント〉

業務日誌入力ソフトを使い、日々の支援の記録を作成している。記録した内容はどの職員も見ることができ、情報の共有はパソコンを通じてフロア横断で行うことができている。その他、手書きで行う情報共有手段として、「フロアノート」（フロアごとの共有）や「朝礼ノート」（フロア横断での共有）等、様々なツールが用意されている。

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	②	・	a	・	b	・	c
------------------------------------	-----	---	---	---	---	---	---	---

〈コメント〉

個人情報の取扱いに関する規程は整備されている。入職時の職員に対しては、情報漏洩や個人情報の取扱いに関する「覚書」等を交わし、関連する研修が行われている。ただ、入職して以降、個人情報の取扱いや記録の取扱いに関する研修が弱いこと、記録管理に関する明確な責任者が設定されていないこと等の課題が残っており、管理体制の整備と継続した研修の実施を望みたい。

【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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 自治会や個別支援計画作成時、見直し時等を通じて得られるニーズを基に、余暇活動や外出支援、その他日常生活における各種活動について、利用者が自ら選び積極的に関わることができるように配慮している。具体的には、利用者全員を対象とした買い物支援や理美容への対応、ネイルサロンの活用等、利用者の主体的な活動を後押しする仕組みがある。			

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 虐待防止委員会は事業所横断で定期的に開催され、各事、業所で発生した虐待事案や不適切な支援等を周知し、話し合う機会をもっている。不適切な支援については些細なことでも見聞きした場合は定められた様式に記載し、再発防止に努める仕組みがある。「虐待防止マニュアル」も用意されており、その周知も行われている。		

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 金銭の自己管理や、自分が使用した食器類は利用者が自ら洗う取組みを導入する等、一部の利用者ではあるが、自立を意識した取組みがある。また、旅行についてもあえて法人の車を使わず、公共交通機関を利用する等、自立や経験、人との関わりを意識した活動も見られる。			
	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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 絵カードや筆談、写真やスケジュール表など、様々な手段により円滑なコミュニケーションを図るために仕組みがある。掲示物等に関しても、可能な限り分かりやすく説明するため、写真やイラスト等を用いて伝達する工夫が見られる。			

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 利用者の意思を確認する場面として、月に1回行われる自治会や個別支援計画の見直し時等がある。これらは組織的に行われる機会ではあるが、個別の相談等にも都度応じている。利用者が選択したり自己決定する機会は、外出や旅行、欲しいものや食べたいものなど多岐にわたるが、写真やイラストを用いたり、選択肢を複数用意する等の配慮が行われている。		
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-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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 利用者の半数に強度行動障害がある中、正規職員の2割ほどが「強度行動障害支援者養成研修」を受講しており、徐々に人数を増やしている。内部研修では、自閉症をはじめ各種の障害特性に関する勉強会も行われている。利用者にとって過ごしやすい環境を用意するため、居室内のレイアウトの工夫やスケジュールの可視化、個別スペースの確保等、数多くの配慮が行われている。		

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〈コメント〉 毎日入浴することができる環境となっている。食事形態については、刻み食や一口大等、利用者の嚥下機能に合わせて細かな設定がある。嗜好調査を定期的に実施しており、具体的な要望について反映しにくいことはあるものの、利用者の誕生日に合わせ、食べたいメニューをその月に導入する等、現状でできる範囲の対応を行っている。			
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〉 利用者が安心して生活するための取組みとして、毎月1回実施される環境に関する総合チェックを事業所全体で行っている。作業場所や居室については、利用者それぞれの障害特性に合わせた対応（パーティションの設置や部屋の個別レイアウト等）が随所に行われている。			
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〉 個別契約にて外部から訪問マッサージを受け入れ、数名の利用者がそれぞれ週に1～3回利用している。外部からは、按摩士や理学療法士等の専門職であり、支援員等が直接相談したりアドバイスを受ける等、支援員と専門職の二人三脚でサービス提供を行っている。			
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〉 検温は1日2回、利用者全員を対象に実施し、排便確認や血圧測定は管理が必要な利用者に実施している。記録は専用のソフトで入力し、支援員および看護師双方が同じ情報を共有できる仕組みとなっている。歯科往診および歯科通院において、全利用者を対象に毎月歯の状態を見てもらっていることは特筆すべきことである。			
	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〉 職員への教育として、救急救命の講習や口腔ケアに関する訪問歯科医による研修等がある。投薬ミスはゼロではないが、起きた際は安全衛生委員会に報告し、再発防止の対策を検討する仕組みがある。ストマや浣腸、注射等の医療行為については看護師2名体制で対応し、生活支援員と完全分業で行っている。			
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〉 「地域探検」と呼ばれる活動では、利用者が住んでいる地域にどのような社会資源があるのかを知るための活動を行っている。毎月1回、全利用者を対象に車で出かけ、主要な公共機関等を見て回る機会を設けている。希望者に対しては、選挙における投票支援を全面的にサポートする等、積極的に社会参加への支援を行っている。			
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〉 グループホームへの移行については、希望する利用者の入居を実現させて実績がある。「地域移行調査」を行って、個別にどこで住みたいのかの調査も実施しており、個別のニーズを的確に把握する取組みがある。地域移行の希望者に対しては、見学や体験等が行える仕組みも整っている。			
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〉 コロナ禍も一段落し、特に制限なく家族交流を行うことができている。帰省については、週末帰省する利用者や日帰り帰省をする利用者等、利用者と家族のニーズに応じて対応している。家族と情報交換する機会については、帰省時や個別支援計画更新の説明時、保護者会等、複数の機会が確保されている。			

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

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
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
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