

## 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、短期入所	
代表者氏名：磯村 征巳	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： <a href="https://kurumikai.jp/">https://kurumikai.jp/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
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	（看護師） 2名
	（副管理者） 2名	（管理栄養士） 1名
	（サービス管理責任者） 1名	（生活支援員） 39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、里山の家での生活支援を通し、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7年7月10日（契約日）～ 令和8年2月6日（評価決定日）  【令和7年11月27日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	6回（令和3年度）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆IT化による業務改善

事務や業務管理において、マニュアルやルール等の共有、支援計画やケース記録、研修報告等の記録関係、連絡検討事項や各委員会情報の共有等、これらに対しそれぞれ用途の異なるグループウェアを導入し、業務の効率化・迅速化を図り、結果として業務環境の向上とサービスの質の向上につなげている。

##### ◆サービス向上へのPDCAサイクルの活用

職員に対して年2回サービスや業務内容に関する21項目の業務アンケートを実施している。この結果を三役会議で検討し、これを生活介護会議にかけて支援につなげている。また、ヒヤリハット等のリスクへの対応や、虐待防止チェックによる不適切支援の防止、さらに第三者評価結果についても同様のフローで改善に向けている。常にPDCAサイクルを意識し、サービスの質の向上を目指している。

##### ◆利用者の意思尊重

日々の支援の場面での利用者からの相談を大切にしている。相談内容は、パソコンのネットワークシステムにより多職種が連携できる仕組みが構築されており、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有を行っている。利用者の意思決定支援については、意思表示のレベルを4段階に分け、段階に応じた働きかけを行うといった組織的な取組みも実施されている。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆事業計画の具体性

事業計画は、中長期計画を踏まえ事業全般に亘る項目を設定をしている。しかし、内容が記述式文章になっており、具体的な達成目標等も曖昧であり、実績評価がしづらい形となっている。数値目標やより具体的な到達目標を示す等、進捗評価や成果測定を可能にする、より具体性のある計画の策定が求められる。

##### ◆満足度調査の実施

サービスの貴重なモニタリングとなる利用者満足に関する調査が定期的に行われていない。これを定期的の実施し、そこから得られた利用者ニーズや課題を会議等で共有し、共通するサービスや個別支援に活かすための取組みが望まれる。

### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価結果を「里山の家」のさらなる質向上のための重要な課題と捉えております。まず、事業計画については、中長期計画との連動を維持しつつ、従来の記述式から数値目標等を導入した「進捗評価や成果測定が可能な形式」へと速やかに見直しを行います。運営の透明性向上に向けては、現在玄関に掲示している苦情解決情報をホームページ等でも広く外部へ公表する体制を整えます。あわせて、今回の受審結果についても広報誌「里山通信」やウェブサイトを通じて積極的に発信してまいります。

利用者・家族の満足度把握については、日々の関わりや面談、目安箱に加え、定期的な「利用者満足度調査」を導入いたします。そこから得られた客観的なニーズを個別支援計画へ反映させる仕組みを構築します。また、相談窓口の掲示物を刷新して視認性を高めるとともに、保護者会がない現状を補うため、ご家族の意見をより幅広く収集・共有できる機会を検討してまいります。

地域生活への移行支援については、単なる情報提供に留まらず、相談支援専門員との連携を一層密にし、利用者の皆様が将来にわたって地域で安心して暮らせるよう、意思決定のサポートに全力を尽くす所存です。

### 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＞ 理念や基本方針は、パンフレットやホームページに記載されている。職員には、全体会議の資料として配付している他、管理者との面談時に事業計画や理念を振り返り、それに対する職員自身の取り組み方針を確認している。利用者、家族に対しては、入所時に丁寧に説明し、年2回の個別支援会議の際に再度周知を図っている。			

##### 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	①・b・c
＜コメント＞ 行政や愛知県知的障害者福祉協会からの通知等により、福祉動向や関連法令等を把握し、また自立支援協議会等で地域の福祉ニーズを理解している。財務状況は、本部とデータを共有し、管理者会議の場で分析して課題を確認している。			
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	①・b・c
＜コメント＞ 利用者の高齢化、職員の人材確保、施設整備といった経営上の課題については、幹部会議である三役会議にて確認し、協議して方向性を示している。これを受け、ユニット会議を通して各職員に周知し、改善への取り組みを実践している。予算措置を伴う問題や法人経営に関する事項は、管理者会議に報告して協議している。			

##### 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＞ 理念に基づく法人の中長期計画が策定され、組織強化から人材、サービス、地域、防災まで15項目の目標と方策を示している。これを受け、事業所の5ヶ年中長期計画が定められ、利用ニーズ、財務、人材育成等の項目に沿って達成に向けた工程表が明示されている。定期的な見直しもかけられ、実効性のある内容となっている。			
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・②・c
＜コメント＞ 単年度計画は、中長期計画を踏まえた形で事業全般に亘る項目設定をしている。ただ、内容が記述式で具体的な達成目標等が曖昧であり、実績評価がしづらい内容となっている。進捗評価や成果測定が可能な具体性のある形式への検討が望まれる。			
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	①・b・c
＜コメント＞ 管理者会議では、毎回事業計画の進捗報告をしており、最終的な年度評価も行っている。これに加え、三役会議で各リーダーから意見を聞いて総括評価を行い、管理者が原案を作成し、これを生活介護会議に提出するとともに、共有ソフトに挙げて職員に周知している。			

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 事業所の広報誌「里山通信」では、事業計画を分かりやすく説明しており、館内にも掲示する他、棟ごとに利用者への説明機会を持っている。また、家族に対しては、年2回開催する保護者面談にて事業の説明を行っている。ブログでも事業計画を掲載しており、より幅広い事業所理解につなげている。		

#### 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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 職員に対して、年2回サービスや業務内容に関する21項目の業務アンケートを実施し、結果を三役会議で検討し、これを生活介護会議にかけて支援につなげている。また、第三者評価結果も同様のフローで改善に向けている。第三者評価の受審のない年も、同様の自己評価をしている。PDCAサイクルを意識したサービス向上を目指している。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 自己評価や第三者評価結果は三役会議で詳しく分析、検討され、生活介護会議に送られ、棟ごとに具体的対応策を決め、職員に示される。内容は、共有ソフトにも挙げられ、周知が図られている。		

## 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	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、三役会議や生活介護会議の場で自らの方針を示し、様々な提案をしている。職員の意見を聞き、最善の方策を導き出している。管理者の職務分掌については、「運営規程」に明記されている。管理者不在時は、副管理者に権限が委任される。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、社会福祉協議会の管理者セミナー等に参加し、コンプライアンスをはじめ幅広く多くの分野の知見を得ている。職員に対しては、会議での説明の他、共有ソフトを用いて周知している。特に虐待防止に関しては、自らが参加する委員会の中で徹底した対応を図り、研修や評価を行っている。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の生活介護会議（支援検討会）では、当月に起きた支援上の課題について検討している。オンデマンド研修を導入し、勤務や雇用形態に関係なく専門知識を得る機会としている。また、利用者個々の意向を尊重した支援のために「意思決定支援会議」を開き、利用者それぞれへの対処方法について検討する等、様々な角度からサービス向上への取組みを先導している。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の管理者会議で人事、労務、財務の経営分析を行い、その結果を三役会議で確認し、その後職員で共有し実践している。特に情報共有に関しては、「連絡や報告用」から「支援計画・ケース記録・各申請用」、「理念やマニュアル・ルール用」と、3つの共有ソフトを導入し、事務の効率化、迅速化を大幅に改善している。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中長期計画の中の重要事項の一つに「人材」の項目を設け、方針を示している。専門職配置等の必要な人材確保は、事業所と本部との間で進められ、適正配置を適えている。また、様々なツールを用いた採用活動にあっては、「採用者ガイドブック」を作成し、事業所や給与、キャリアパス等を紹介し、適正で魅力ある職場を分かりやすくアピールしている。</p>			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「キャリアパス等級表」に基づき、「評価シート」に沿って自己評価し、上司評価している。また、「キャリアパス委員会」が組織され、主任級以上の評価や昇格等の要件審査を担っている。この仕組みは職員の理解の下で実施され、職員個々が能力や実績を正しく評価され、キャリア設計のできる制度として機能している。</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組んでいる。	障16	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年4回実施する職員面談は、人事考課の進捗確認の他、職員からの意見を聴取する場とし、ここで出たアイデアや提案は、労務環境を調べる有効な材料となっている。メンタルチェックと健康アンケートを実施し、外部の医療や相談機関につなげている。有給休暇や残業時間はデータ化され、休暇では男性産休補助休暇が制度化される等、働きやすい職場環境を作っている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「キャリアパス職位表」を基に目標設定し、年間2回の面談を通し、目標の適正化を含めた評価をしている。管理職はキャリアパス委員会による評価値となっている。キャリアごとの職責をクリアしていくことで、職員個々がキャリアアップしていく仕組みとして定着している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人、事業所何れの中長期計画にも、人材育成のための研修の必要性が示されている。また、研修計画も法人、事業所それぞれで作成され、これに沿って研修が進められている。研修の実績評価は、三役会議で検討されて修正が図られる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員個々の研修履歴や保有資格が整理され、研修参加の参考資料としている。階層別研修は、新任職員から管理職までキャリアに沿って実施されている。研修報告はグループウェアを利用して行われ、外部研修等の情報はSNSで行われ共有されている。すべての職員が、キャリアに応じた適切な研修機会が得られる仕組みが構築されている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受入れマニュアルに沿って保育実習、社会福祉士実習、インターンシップ研修を受け入れている。社会福祉士実習では、独自のプログラムを作成して提供している。それぞれに実習指導者を配し、指導者にはプレゼンテーションの研修や権利擁護の研修を受講させ、実習レベルの向上を図っている。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに、理念や基本方針の他、事業の概要、事業報告等の様々な情報を公開している。苦情に関する情報は、玄関に資料が配置されてはいるが、透明性確保の意味ではホームページ等で広く外部に公表することが望ましい。また、第三者評価の受審結果についても、ホームページや広報誌等で伝えることを期待したい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>弁護士、社会保険労務士と顧問契約しており、随時相談が可能である。法人監事による内部監査を実施しており、第三者評価は定期的に受審している。財務状況は毎月管理者会議でデータ分析をしており、適正執行に向け検証している。経営に関しては、透明性を持ち適正化が図られている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念、中長期計画、事業計画のいずれにも、地域との連携の重要性が示されている。「地域交流の心得」が作成され、具体的な方針が明記されている。地域の夏祭りへの参加、日々の散歩や外出、通院宇等々で、地域の方と多くの接点を持つ。地域のボランティアや学生との交流もあり、利用者は地域の一員として地域の中で孤立することなく生活している。</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	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt;  ボランティア受入れの企画から、実際の受入れ、報告まで一連のフローを示す手順書が整備されている。オリエンテーション用の指導書も作成されている。現在、パルーンアートのボランティアや企業の辛ほり体験ボランティア、イチゴ狩りボランティア等が行われている。</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	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt;  関連団体や医療機関等の社会資源の一覧を職員間で共有している。自立支援協議会、県・知的障害者福祉協会、西尾市障害者連合会等とは定期的に会合を持ち、情報共有や共通課題の検討等を行っている。地域町内会とも連携が図られ、組長として活動する等、住民としての責任を果たして地域参加をしている。</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	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt;  法人の相談支援事業所や自立支援協議会では地域の福祉ニーズを、また特別支援学校との間では学生の進路に関するニーズ等を把握している。地域とは、町内会活動を通して近隣地域の実情を把握している。</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	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt;  地域貢献としては、エコキャップの収集と提供、地域の清掃活動、西尾市のインターシップ学生受入れ等がある。また、福祉避難所として地域障害者の受入れに加え、一般の受入れも想定して宿泊場所を確保している。この他、3ヶ月に1度、地元の小学校や保育園の職員向けにインシデント研修を行う等、事業所の専門性を地域に還元している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念・基本方針がグループウェア内に掲載されており、組織として利用者を尊重した福祉サービスについて共通理解を図る取組を行っている。また、新人職員には社内Wihiを活用し、すべての行動に理念等が浸透する仕組みがある。引き続き、組織的に周知、理解を深めるための取組を行ってほしい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は利用者のプライバシー保護に心がけており、規程・マニュアル等は社内Wihiを活用して整備され、職員周知もされている。施設の老朽化が見られるものの、プライバシーに配慮した環境の整備は適宜実施されている。引き続き、プライバシー保護についての職員の理解と確実な実施のため、定期的な職員研修、周知の継続を望みたい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者に対しては、パンフレットやインターネットを通じて個別に説明をしている。パンフレットは市役所等の利用希望に資する場所に置かれている。内容が利用者に分かりづらいところは、パソコンのビデオ画像を使用する等の工夫をしている。ホームページは写真を増やし、直感的に分かりやすくする等、サービス選択に必要な情報の適宜見直しを実施している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始時や変更時の説明と同意には、利用者の自己決定を尊重している。また、伝え方については利用者の理解度に合わせて4段階の説明資料を作成する等、誰もが分かりやすいよう配慮している。引き続き、特に意識決定が困難な利用者への配慮を望みたい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス変更時には、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。事例としては、老人保健施設への移行が1件あったが、その際には医療と福祉の連携が密に行われていた。今後の見通しとしては、特別養護老人ホームへの移行を想定しており、必要に応じて手順書等の見直しに取り組むことが望まれる。</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	① · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者・家族のニーズは、日々の関わりや年2回の個別面談で把握している。また、目安箱を設置し、利用者からの意見を積極的に聞く取組も行っている。しかし、利用者満足に関する調査が定期的に行われていない。利用者満足度調査を実施し、そこから得られた利用者ニーズを会議等で共有し、個別支援計画に活かすための取組が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みを分かりやすく説明した資料は玄関に掲示されている。法人としての苦情解決のマニュアル、仕組みも確認できた。苦情に至らない要望等の記録もあり、適切に機能している。苦情があった際の第三者委員、理事会への報告、公表の仕組みも確立されている。第三者委員まで至ったケースは見られなかったが、引き続き仕組みの理解、周知の徹底を望みたい。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が相談を受けやすくするための文書が確認できたが、掲示物としての掲示が確認できなかった。利用者が頻繁に目にするであろう掲示物を作成し、利用者・家族への周知を望みたい。環境の整備においては、相談しやすく、意見を述べやすいスペースを確保する等の配慮がみられる。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>適切な相談対応と意見の聴取に努め、職員一人ひとりが意見を述べやすい環境づくりの意識を持って支援している。変則勤務の都合上、情報の共有が困難な中ではあるが、全職員が見られるグループウェアを活用し、意見や相談内容の共有、対応も迅速に実施されている。また、意見、相談内容に応じてミーティングを開催し、改善につなげる取組を行っている。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故発生時の対応と安全確保についての手順は明確にされ、職員に共有されている。ヒヤリハットや事故報告等はグループウェアで共有し、職員参画の下で改善策・再発防止策を検討・実施する取組をしている。また、職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修をeラーニングにて定期的に行っている。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策は、管理者の責任の下、安全確保のための体制を整えている。看護師が中心となっている健康管理委員会が組織され、定められたマニュアルに沿って適切に対処している。また、感染症が発生した際のBCP（事業継続計画）も策定され、組織的に研修、訓練が行われている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時の対応体制は防災計画に定められており、規定どおりに避難訓練も適切に実施している。施設の立地状況からハザードマップを掲示し、地滑り、河川氾濫等の危険性を予測できるようにしている。また、災害発生の際、事業継続のための取組みとしてのBCP（事業継続計画）が策定され、組織的に研修、訓練が行われる仕組みがある。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法が文書化され、職員研修で活用して周知している。質の高いサービスを継続して提供していくには、標準的な実施方法を全職員が理解する必要があるが、社内Wihiを通じて、定期的に確認できる仕組みも構築されている。社内Wihiが随時更新されている点は、質の高いサービスを維持することに大きく寄与している。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法が明文化、文書化されている。組織的に作成され、年2回定期的な見直しの機会がある。身体的変化に応じて、看護師や管理栄養士等の多職種の意見を聞き、より身体状況に合わせたものになるよう努めている。引き続き、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されるよう留意されたい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス等利用計画の内容を踏まえ、利用者のニーズが明示された個別支援計画を作成している。パソコンのネットワークシステムにより、アセスメント手法が職員間で差異が生じないよう工夫しており、上位職がリアルタイムに適切なアセスメントになるよう指導している。必要に応じて、看護師、管理栄養士等の専門職の意見聴取も行われている。</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>&lt;コメント&gt;  サービス管理責任者が中心となって年に2回面談を行い、個別支援計画の評価・見直しを行っている。モニタリングはパソコンのネットワークシステムにより、生活面・医療面等の様々な情報が一元化され、多職種が連携して行える仕組みがある。そのモニタリングを経て、利用者一人ひとりの個別支援計画および手順書を作成している。</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>&lt;コメント&gt;  「アセスメントシート」、「フェイスシート」、「個別支援計画」、「ケース記録」等は、パソコンのネットワークシステムで管理され、職員間で共有している。職員によって記録の差異が生じないように、職務に於ける上位者がパソコン上で指導できる仕組みがある。職員間の情報共有にはグループウェアも活用し、情報の漏れがないよう工夫している。</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>&lt;コメント&gt;  「個人情報保護規程」があり、それ沿って利用者の個人情報の取扱いが決められてる。職員へは雇用時に情報の取扱いについて説明し、退職時には守秘義務の説明を行っている。継続的な個人情報保護についても、職員に対しての教育や研修をeラーニングで実施している。</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> 利用者一人ひとりの意思表示の程度を4段階に分け、リスト化している。それにより、利用者の自己決定を尊重する個別支援を行っている。また、パソコンのネットワークシステムにより支援データが蓄積され、職員が共有することで、利用者の意向を汲み取ろうとする仕組みがある。		

### 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	① ・ b ・ c
<コメント> 虐待防止委員会、身体拘束適正化検討委員会が法人および事業所で組織されており、月1回開催されている。虐待に対する通報事例はなく、利用者にミトンを使用する身体拘束のケースはあったが、法的な要件は備えており常態化もしていない。また、他法人と共催で職員研修を実施しており、組織として権利擁護についての十分な取組みが行われている。		

### 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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業所の方針として、居住スペースと日中活動スペースでメリハリをつけている。一方で、利用者が居住スペースで過ごしたいとのニーズがあった際は無理強いせず、見守りの姿勢を基本とした側面的な支援内容になっている。利用者の希望する活動への機会を増やすため、主体的にできるような環境を整え、軽作業への参加を動機付けてモチベーション管理を行っている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の理解度に応じた4段階のコミュニケーション手段を使い、必要な支援を行っている。利用者のコミュニケーション能力を高める支援も、口頭だけでなく、絵カードや写真等を活用して実施している。必要に応じて、家族等の代弁者の協力を得ている。		

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> 個別面談に限らず、日々の支援の場面での相談が折にふれて実施されている。相談内容は、パソコンのネットワークシステムにより、多職種が連携できる仕組みが構築されており、サービス管理責任者と関係職員による検討と理解・共有を図っている。利用者の意思決定支援についての組織的な取組みも実施され、相談しやすい環境を整えている。		
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> 個別支援計画の内容を利用者一人ひとりの手順書として具体化し、その内容に沿って利用者へのサービスが実施されている。利用者が選択できるようレクリエーションの選択肢を増やしたり、軽作業、運動メニューを視覚化する等の工夫をしている。個別支援計画の見直しに合わせて、日中活動、支援内容の再検討も適切に行われている。		
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> 毎月開催する支援検討会、毎日行うミーティングで、支援方針と具体的な支援内容の整合性を確認している。支援内容、ミーティングの記録は、支援員のみならず多職種で共有され、年2回のモニタリングに役立っている。行動障害等の個別の配慮が必要な利用者へは、統一した支援を行うために支援方針を組織内で共有し、支援内容の見直しや環境整備が行われる。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>嗜好調査を実施し、完食チェックを行って利用者ニーズに合った食事環境を整えている。健康診断が年2回、嘱託医の検診は毎月行われており、日々のバイタルチェックと合わせて健康管理をしている。入浴支援は本人のニーズにより、安全に配慮して毎日行っている。それらの支援内容をネットワークシステムで共有し、個別支援計画との整合性を確認している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別に配慮が必要な利用者にとっても過ごしやすい環境となるよう、ユニットケア方式で活動場所のレイアウトにも工夫が見られる。活動室、トイレ、浴室に至るまで整理整頓、清掃がなされ、職員が清潔や安全を保とうとする姿勢がうかがわれた。また、利用者の状況に合わせた活動室内へのトイレの増設等、適宜環境改善を実施している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>機能訓練・生活訓練の利用者ニーズを面談で聴取し、個別支援計画に沿って行っている。リハビリが必要な利用者は近隣のリハビリセンターを利用し、その際事業所内でもリハビリが行えるよう、職員が指導を受けている。個々の利用者のニーズに合った活動になるよう、看護師、管理栄養士等の専門職に意見を聞く等、多職種とも連携を図って日々の活動を支援している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>常勤看護師を2名配置し、手厚い配置により利用者の健康状態の把握に努めている。毎日のバイタルチェックをはじめ、入浴や排泄などの内容は、パソコンのネットワークシステムにより職員が共有できる仕組みがある。データの蓄積により、健康の維持・増進はもとより、体調変化にも迅速な対応が可能となっている。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>現在、医療的な支援が必要な利用者は在籍しないが、受入れができる医療的支援の内容が、管理者の責任の下に組織として明確になっている。服薬管理は看護師が薬をセットする等、主体的に行っており、服薬ミスのないよう工夫している。健康管理委員会が組織され、医師および看護師の助言を受け、定期的な委員会を開催し、適宜研修が実施されている。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の希望と意向を尊重した社会参加の機会として、地域の夏まつり等のイベントに参加している。また、利用者の「字を書きたい」との希望を基に、思いを叶えるプログラムを実施している。自宅等への帰宅および外出についても、事前に本人の希望を確認し、それに応えるようにしている。</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	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域生活への移行希望は本人、家族へ定期的に聞き取りを行っている。随時情報提供を行っているが、グループホームの見学希望はあるものの、移行の実現には結びついていない。施設での生活に満足することなく、少しでも自立の道を探り、相談支援専門員とも連携して将来にわたり利用者が地域で安心して暮らせるよう、地域生活への意思の形成を支援することが望まれる。</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	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の家族等との連携、交流を大切にしている。具体的な取組みは、連絡ツールの活用や年2回の個別面談時の聞き取りで適切に行われている。定期的に「里山通信」を発行し、普段の施設での様子を伝えており、家族からも好評を得ている。しかし、保護者が存在しないため、家族の意見を聞く機会が少ない。満足度調査等を通じて把握できるよう検討されたい。</p>		

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				