

## 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（通所）	種別：生活介護	
代表者氏名：大輪 紀美	定員（利用人数）：30名（45名）	
所在地：愛知県名古屋市中東区梅森坂3-4101		
TEL：052-709-3813		
ホームページ： <a href="https://www.kidoairaku.org">https://www.kidoairaku.org</a>		
【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：10名	非常勤職員：5名
専門職員	（管理者） 1名	（サービス管理責任者）1名
	（生活支援員） 11名	
	（看護師） 2名	
施設・設備の概要	（居室数）	
	（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・移乗機	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。

私たちは、利用者の人権及び自己選択・自己決定を尊重した福祉サービスの実現を目指します。

私たちは、相談支援や地域自立支援協議会を通じ、地域における福祉ニーズを知り、地域福祉推進のために積極的に対応していきます。

私たちは、健全な法人経営を行うため、透明性を確保し、相互に情報を共有しネットワーク機能を向上していきます。

私たちは、福祉サービスの質の向上のために、経験に応じた研修を計画的に行い、専門性を向上していきます。

私たちは、笑顔あふれる人間関係を構築し、職員ひとりひとりが生き生きと働きがいのある職場づくりを目指します。

★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

重症心身障害者の方が多く利用されています。

生活介護（通所）に看護師と特定認定行為従事者を6人配属しているため胃ろう・吸引の医療的ケアに対応できます。また医療的ケア者についてはバルーン留置カテーテル使用者や酸素吸入が必要な方の受け入れも行っています。

活動は、静・動を組み合わせ音楽・調理・創作・運動など季節に合わせて行います。

お菓子教室、絵画教室、音楽療法の講師活動があります。

集団、個別での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。食事を選択できることも魅力の一つです。毎月リクエストメニューの提供もしています。

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・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。その他に名古屋市社協や身体障害者施設協議会主催の外部研修に職員を派遣しています。

令和6年度に指定福祉避難所として登録しているため、通所生活介護利用者や短期入所利用者の災害時の受け入れが可能です。ボランティア（ムスブン）を活動や行事ごとに募集し、杜の家の広報活動を実施することでWIN-WINの関係を築いています。

地域交流企画として、寺子屋やお祭り等地域の方と積極的に交流を図っています。また社協を通じて、学校や民生委員向けに車椅子体験講師を行っています。

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1月26日（評価決定日）  【令和7年10月22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

#### ◆理念・基本方針に沿った施設運営

「利用者から信頼され、地域に貢献できる法人」の理念・基本方針に基づき、今年度は「地域共生」を重点目標としている。地域イベントや学校の福祉授業への参加、施設内での民生委員を招いての福祉体験の実施の他、「なごや・よりどころサポート」にも登録し、地域に根差した施設運営に取り組んでいる。

#### ◆業務の実効性を高める取組み

ICT化の推進により業務の効率化を図るとともに、「事故報告書」等で再発防止策の事後評価を行うように様式を見直すなど、PDCAサイクルを用いて実務が実行できるよう、積極的に改善活動に取り組んでいる。

#### ◆適切な福祉サービスの実施

委員会主催の研修会の実施や、職員アンケートを利用した状況把握、評価による虐待防止意識の向上を図っている。また、感染症や災害BCP（事業継続計画）も含めた非常事態に関する取組みが優れている。

### ◇改善を求められる点

#### ◆事業計画の策定

中・長期計画を踏まえた単年度の事業計画は策定されているが、活動評価するための基準（数値目標や達成度合いなど）は示されていない。評価基準を明確にすることで活動もしやすくなるため、計画策定時には予め評価基準を明確にすることが望ましい。

#### ◆マニュアルや記録類の整備・作成

利用者支援の取組み自体は優れているものの、マニュアルや記録などに対する意識が希薄であり、必要と思われる文書の欠落が散見された。また、規程やマニュアルなどが整っているものについても周知が弱く、存在を把握していない職員も存在している。マニュアル類や記録の整備に加え、それらを活用した研修の実施が課題となる。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今年度は特に地域との連携について強化していたので、評価されたことは非常に自信になりました。今後も地域との連携を強化し、地域に根ざした施設運営に取り組んでいきたいと思っております。

今回の結果も職員全体で共有し、評価いただいた点は更なる向上、改善点は真摯に受け止め、ご利用者に満足していただけるサービスの提供を心掛け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> 法人の理念・基本方針を施設の理念・方針として、ホームページにて公開している。職員に対しては、施設の「重点目標」として基本方針に沿った活動に繋げている。今年度は、「地域共生」を重点目標に掲げ、小学校を訪問して車いす体験等を行い、障害者福祉の理解浸透を図っている。民生委員を施設に招いて活動を紹介する等、地域に根差した施設運営に取り組んでいる。			

##### 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> 区の自立支援連絡会議や社会福祉協議会の地域福祉計画推進委員会等に参加し、区の福祉行政や参加者との情報交換等から地域の福祉環境の変化など情報収集している。法人内の施設・次長会議等を通して法人に報告し、法人や施設運営に反映させている。施設利用に関する問い合わせは増えてるが、利用者の獲得や定着に繋げることが課題に挙げられる。			
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	①・b・c
<コメント> 施設では、稼働率の向上や老朽化対策等の課題を認識し、法人内の施設・次長会議や理事会、評議員会の議題として対策が論議・検討されている。稼働率向上に関しては、特別支援学級の実習や見学を受け入れる等、利用者の獲得に努めている。その他、人材育成や受入れ態勢の整備等、経営課題は事業計画に反映させ、組織的・計画的な活動に繋げている。			

##### 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> 5年を一つのスパンとして、法人全体で中・長期計画が策定され、施設の中・長期計画も含まれている。施設では5年後の「施設のあるべき姿」として、施設・利用者も地域の一員として活動できるよう「地域に開かれた施設」を目指している。中・長期計画は単年度事業計画に落とされ、重点目標により施設全体での活動に繋がれている。			
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	a・②・c
<コメント> 中・長期計画を踏まえて単年度の事業計画が策定されている。事業計画には、「サービスの質の向上」、「成長していける組織作り」、「地域共生に向けた取り組み」等、カテゴリー別にアクションプランが策定されている。事業計画には、より活動しやすくするためにも数値目標や達成度合い等、活動評価ができる基準を明確にしておくことが望ましい。			
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	①・b・c
<コメント> 単年度の事業計画は、10月に中間評価を行い、3月に総括をして次年度の事業計画（案）策定に繋げている。策定された事業計画（案）は、理事会の承認を経て成案となり、職員に配付して周知している。事業計画の実施状況については、毎月の職員会議の場で意見を出し合って評価・見直しを行い、中間評価を踏まえて10月以降の活動に反映させている。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 事業計画は、利用者・家族への資料配付や、利用者全体会・家族会等を利用して周知に努めている。事業計画に基づく活動は、毎月のお便り等で知せている。意思疎通が難しい利用者向けの分かりやすい資料作成や説明については、従来からの課題となっており、根本的な改善に至っていない。一人でも多くの利用者の理解が得られるよう、今後の取組みに期待したい。		

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	㉕ ・ b ・ c
<コメント> 生活支援において、利用者に「楽しんで帰ってもらう」ことがサービスの質の向上に繋がると認識している。送迎や施設内での活動に力を入れ、毎月、創作活動やレクリエーション等、静と動を組み合わせたイベントプログラムを策定して利用者の参加を促し、支援者会議やミーティングの場で活動評価を行い、組織的な「福祉サービスの質」の向上を図っている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> サービス提供アンケートの結果を数値化・文書化することで、課題を抽出している。3年毎に第三者評価を受審し、評価結果を基にした改善も実施している。今後は、評価項目のうち、改善の必要な項目や気になる項目を抜粋して定期的に確認する等、施設運営や支援活動における自己評価を行い、結果を集計・分析して課題を洗い出す等、評価の実施方法に検討の余地がある。		

## 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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者の役割・責任及び権限は、「法人組織規程」や「杜の家 組織図」によって明文化され、次長が管理者の補佐・代行する旨、権限委任についてもルール化されている。施設内の各種訓練を管理者不在で実施し、管理者不在でも支障が発生しないよう、職員各自の役割・責任の周知・浸透が図られてる。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 法人本部や行政からの通知や、改正に関する各種の研修にも参加してコンプライアンス順守に努めるとともに、必要に応じて職員にも周知している。施設運営に関連する法令や指針の改正は、規程やマニュアル、手順書等の見直し機会ともなるため、予め関連する法令・指針を特定し、定期的に改正状況を確認するなどの仕組みづくりが望まれる。		
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> 利用者に「楽しんで帰ってもらう」ことが、福祉サービスの質の向上に繋がる事を認識し、法人内や施設内での研修や外部研修に参加して知識や技術の向上に努めている。「意思決定支援」等、利用者の側に立ったサービス提供ができるよう取り組んでいる。運営会議や各種委員会活動等を通して、施設・法人全体で「福祉サービスの質の向上」を目指している。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 記録類の電子化等、ICT化やPC・タブレット端末を増設し、職員の事務的な負担軽減を図っている。ポトムアップによる提案等から、意思決定によるトップダウンで職員が挑戦できる職場環境を整え、職員のやり甲斐や業務の実効性を高める取組みも行われている。「事故報告書」の様式を、発生原因に対する再発防止策について、実施後に評価ができるよう改善した。		

### 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	① ・ b ・ c
<コメント> 人材採用は法人主管で行われ、ハローワークやホームページを活用し、就職フェア等に施設職員も参加して人材確保に努めている。医療的ケアを必要とする利用者の受入れ体制整備のため、喀痰吸引の有資格者の目標値を設定して施設内で増員している。働きやすい職場環境を整え、特定技能実習生の受入れも活用して必要な福祉人材の確保に取り組んでいる。		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ② ・ c
<コメント> 「人事考課実施規程」に基づき、職位による職能レベルが明示され「CUP（キャリアアップ）シート」を用いて人事評価を行っている。カテゴリ別にアクションプランを策定し、5段階で活動評価する仕組みとなっているが、5段階の評価基準が明確となっていない。活動や評価がしやすくなるよう、評価基準を明確にしておくことを期待したい。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 職員の勤怠管理はシステム化され、時間外労働や有給休暇等はデータ化して管理されている。メンタルヘルスチェックの利用や、産業医の協力を得て職員の心身不調への早期対応に努めている。職員との定期的な面談の他、適宜面談を行う等、職員とのコミュニケーションを密に取り「働きやすい職場環境」の整備に取り組んでいる。		

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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 「CUPシート」を用いた面談を年3回実施し、考課者との面談によりアクションプランの目標達成度合いを確認している。必要に応じて改善にも取り組み、年度単位での目標達成により職位レベルの向上を図っている。課題としては、キャリアアップに繋がる教育・研修履歴においても職員別に管理する等、職員一人ひとりの育成に資する仕組み作りが望まれる。</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; 法人内研修、施設内研修、名古屋市主催の研修を中心に「年間教育計画」が作成され、教育・研修が実施されている。法人内・施設内研修は、委員会活動により福祉サービス全般から支援に関する知識・技術等、多様なカリキュラムや研修内容を盛り込んで実施されている。Webによるサポーターズカレッジも活用し、計画的な人材育成を図っている。</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>&lt;コメント&gt; 法人内・施設内研修は会議等を利用して実施し、名古屋市等の外部での研修は職員の協力を得て勤務シフトを調整して参加機会を確保している。サポーターカレッジはWebでの受講であり、研修参加の機会は増えている。新人や経験の浅い職員に対しては、導入研修や先輩職員についてOJTを行う等、職員の習熟度に応じてフォローができる体制を整えている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 社会福祉士をはじめ介護士、保育士、看護師等、各職種に合わせて「実習生受入れマニュアル」を作成し、毎年積極的に受入れを行っている。今年度は、名古屋市の新任職員の実習も受入れる予定となっている。職種が異なっても受入れの意義や目的、準備等の統一した手順としたほうが良い項目もあるため、マニュアルの見直し・統一化が求められる。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ホームページを利用し、法人や施設の理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開している。苦情・相談については、苦情解決の体制及び手順を「重要事項説明書」に明記して利用者に伝えるとともに、寄せられた苦情については「苦情解決規程」に沿って対応しホームページで公表している。第三者評価結果についても、ホームページでの公開が望まれる。</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>&lt;コメント&gt; 事務、経理、取引等に関しては、「経理規程」により適切に対応している。小口現金や理髪料での現金預り等の現金の取扱いは、専任の事務担当職員が出納管理して法人本部に報告している。法人による年1回の監事監査や2年に1回の頻度で市の監査を受け、指摘事項があれば速やかな改善対応に努める等、適正な施設運営に取り組んでいる。</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; 今年度の重点目標として「地域共生」を掲げ、利用者と一緒に学校での福祉教室や防災訓練、スポーツイベント等に参加している。施設内でも利用者参加型のイベントを開催し、民生委員を招いて福祉体験・見学等も行っている。昨年度は「なごや・よりどころサポート」に登録し、今年度は近隣保育園との交流が始まる等、「地域に根差した施設」を目指して活動している。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 「ボランティア受入れマニュアル」を整備している。外部機関を窓口としたボランティアの受入れがあり、ボランティア情報サイトに登録し、毎月の絵画教室や創作イベント、外出行事等の多様な協力が得られている。地域の中・高校等の職業体験やインターンシップの受入れも行い、地域の学校との協力・連携も取られている。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 一覧となる関係機関のリストはBCP（事業継続計画）に記載するとともに、利用者別に関連機関が管理されている。区の自立支援連絡会議、身体障害者施設連絡協議会、社会福祉協議会等にも参加し、関連機関と連携が取れる体制が整えられている。特別支援学級と相互訪問する等、関連機関と連携して利用者側に立った支援に取り組んでいる。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 社会福祉協議会の地域福祉計画推進委員会、自立支援連絡協議会の他、地域イベントの実行委員等も引き受け、地域の福祉向上に努めている。施設に招いた施設見学や福祉の体験を通して、民生委員とも繋がりができ、また「なごや・よりどころサポート」に登録し、地域住民の相談の窓口ともなっている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 地域交流の一環として、施設内で「杜の寺子屋」や福祉教室等を開催している。送迎範囲は区内に限らず、隣接の区外からの利用も可能としている。設置しているAEDは地元住民への貸与も可能とし、地域に広報している。昨年度から福祉避難所として登録し、BCP（事業継続計画）も策定し、被災時においても継続した福祉サービスが提供できるよう取り組んでいる。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待防止委員会主催の研修会を実施し、権利擁護に関する意識向上に努め、職員アンケートによる状況把握や評価も行われる等、虐待防止への意識は高い。しかし、利用者の尊重については法人理念や基本方針の唱和に留まるなど、取組みに偏りが見られる。利用者の人格を尊重したサービス提供のため、基本方針や倫理綱領を読み解き、共通理解を深める取組みが望まれる。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に関する規程やマニュアルは確認できなかった。日常支援の中で生じるプライバシー保護については、先輩職員の支援を見て学んだり、口頭で伝える仕組みとなっており、個人の主観や価値観に委ねられる恐れがある。浴室の入口は二重のカーテンとなっており、環境面での工夫は見られる。マニュアルを策定し、共通理解を深める取組みが望まれる。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページではブログが定期的に更新され、直近の情報発信が行われている。事業所単独のパンフレットは作成されているが、事務所内の設置のみで、来所しなければ入手できない状況にある。法人外の施設にも資料を設置することで、利用希望者が気軽に必要な情報を得られる環境づくりに努めるとともに、ルビを付す等、合理的配慮を意識した取組みが望まれる。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始時には、事業所のパンフレット・機関誌を配付し、「重要事項説明書」でサービスに関する説明を行っている。食事形態の変更等、利用者の自己決定を尊重しているものの、使用書類は文字のみでルビもなく、理解への配慮が十分とは言い難い。「利用契約書」は書類の性質上、改善が容易ではないが、「重要事項説明書」については、早期の改善を期待したい。</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	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>昨年度に事業所変更の事例があったが、利用者自身で移行先事業所と連絡を取れるほど自立していたため、事業所として支援の必要はなかった。それ以前の引継ぎ時の記録は確認できたが、引継ぎや手順を定めたマニュアルは確認できなかった。移行の事例は多くはないが、退所する利用者のサービスの継続性を確保するため、マニュアル等の整備が望まれる。</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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常的な支援の中で個々のニーズを聴取するとともに、年1回満足度調査を実施し、利用者と保護者から書面で意見を聴取している。個別支援計画の更新時には、面談で意見の汲取りを行っている。さらに、個別支援計画書を郵送する際には、自由記述式のアンケートを同封している。これらの手段で集約したニーズを検討し、サービス改善に向けた取組みを実施している。</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	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>直近の苦情に関する受付・改善・説明の記録があり、事業報告書やホームページで公表している。しかし、苦情解決に関する情報は「重要事項説明書」に記載されているのみで、分かりやすい掲示物や配布物はない。利用者への周知・理解の促進、苦情申し出のしやすさ等の配慮や工夫に欠ける。まずは、合理的配慮がなされた掲示物の作成と掲示が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者から申し出があった際、安心して相談できるスペースが確保されており、相談内容に応じて相談相手を選択できる体制はある。しかし、そのことを周知する書類や掲示物がなかった。利用者が相談や意見表明の際に、相手を選択できることを周知する書類や掲示物を作成し、手段として口頭だけでなく意見箱の設置等、複数の方法を設けることが望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>通所時に意見や要望を聞き取り、内容を情報システムに入力し、全職員で共有する仕組みを構築している。しかし、相談や意見を受けた際の記録方法や報告手順、対応策の検討等を定めたマニュアルは確認できず、職員個々の対応に依存している。組織的な対応を実施するため、手順を定めたマニュアルを作成し、誰でも迅速かつ円滑に対応できる仕組みの構築が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントの責任者が配置され、体制は整っている。ヒヤリハットや事故の報告書も適正に作成され、再発防止策の記載も確認できた。しかし、事故発生時の対応や手順を定めた文書は確認できなかった。規程やマニュアルの整備により組織的な体制を整え、近隣で不審者の目撃事例が相次いでいることから、早急に「不審者対応マニュアル」も整備されたい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染者が発生した際の対応マニュアルがある。常勤の看護師により監修されており、定期的な見直しも計画的に実施されている。また、職員に向けての手洗い講習やガウンテクニックの指導等、事業所内での各種研修を定期的に行っている。感染症の予防や発生時に備えた具体的な取組みが計画的かつ継続的に行われている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時の対応体制はBCP（事業継続計画）に包括されている。定期的に防災訓練を実施し、民間の災害時安否確認システムを導入して訓練も定期的に行われている。備蓄品は3日分を確保し、防災倉庫内に保管している。訪問時、配管の不調により水が使用できない箇所があったが、水洗トイレに災害時用の凝固剤を用いる等、災害を想定した模擬訓練ともなった。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴、食事、清掃に関するマニュアルは確認できたが、それ以外の支援に関するマニュアル等は確認できなかった。マニュアルは入職直後の新人研修で知識の習得に活用され、その際の講師を職員が務めることで知識の再確認と定着の機会としている。職員によってサービスの水準や内容の差異が生じないよう、必要な支援に関するマニュアルの整備が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>作成されているマニュアルは、平成28年度に作成された記載があるのみで、見直しや更新の履歴は確認できなかった。そのため、職員や利用者の意見の反映が不明である。各種会議や委員会等で定期的に見直しが行われているが、記録からは読み取れない。見直しの結果、変更が生じなかったことも考えられるが、見直しの実施記録や変更の履歴は、記録に残されたい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「アセスメントシート」とサービス等利用計画書、個別支援計画書との整合は確認でき、それに基づく支援記録や多職種を交えたカンファレンス記録も確認できた。しかし、「アセスメントシート」は自由記述部分が多く、個別支援計画作成に至る手順等を定めたマニュアルはない。職員により水準の差異が生じることを防ぐためにも、マニュアルの作成が望まれる。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  半年に1度、モニタリングが実施され、記録に残している。その評価基準や新たに設定された目標には妥当性がある。個別支援計画実施週間が設定され、全職員から意見を集約する取組みがある。しかし、それらの手順や周知方法について定めたマニュアル等はない。評価や見直し、記録の方法、計画変更の手順、関係職員への周知方法等を定めたマニュアルを整備されたい。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  支援記録は個別支援計画に基づくサービス提供が分かる内容となっており、情報共有システムにより全職員が共有している。複数の職員による記録があり、多面的に支援が実施され、記録されていることがうかがえる。しかし、記録の書き方や表現に関するマニュアル等はなく、個々の職員の力量に任されている。記録の書き方等に差異が生じない工夫や取組みが望まれる。</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、情報の開示等についての記載もある。その一部の内容は「重要事項説明書」にも記載され、利用者への周知も行われている。記録等の保存や廃棄に関しては、「年限表」により具体的に設定され、明確になっている。個人情報の管理の取組みとしては十分と言える。</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> 入浴がある日は午前中に個別活動を実施し、午後からは2つの活動の中から選択できるようになっている。その選択可能なプログラムは月単位で掲示され、利用者が容易に知り得る仕組みとなっている。当事者委員会はないものの、利用者がやりたいことを発表するミーティングを定期的実施し、自己決定や自己選択の機会を多数提供している。		

### 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	a ・ ② ・ c
<コメント> 「虐待防止規程」と「身体拘束防止規程」が存在し、委員会による研修が定期的実施されている。研修会では、自ら作成した不適切支援の動画を用いて話し合いを設け、イメージしやすい工夫もある。しかし、「虐待防止規程」と「身体拘束防止規程」の存在が職員に周知されていない。虐待防止に関しては法的に義務化されており、職員への周知と共有が必須となる。		

### 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 ・ ③ ・ c
<コメント> 利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活に応じた自律・自立に配慮し、個別支援を行っている。自力で行える利用者には見守りを基本的な支援姿勢とし、必要に応じた支援を行っている。しかし、動機づけが十分ではないため、自律・自立の成功例は少なく、記録も確認できなかった。利用者の自立した生活の実現のため、個々に合った計画の策定と支援の実施が望まれる。		
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	④ ・ b ・ c
<コメント> 言語によるコミュニケーションが困難な利用者が半数を占め、表情や視線により利用者の意思を汲み取る取組みが行われている。イラストや写真を用いても判断しにくい利用者に対しては、口頭で説明し、職員の指を握ってもらうことで意思確認を行う等、利用者の心身や能力に応じたコミュニケーション手段を確保している。		

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	⑤ ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画更新時の面談以外には、日常的な支援の中での聞き取りや利用者から要望があった際に対応する等、基本的には随時ではあるが機会を十分に設けている。聞き取った内容は情報共有システムで共有され、個別支援計画に反映させている。また、医療や介護のケアが必要な利用者については、該当する機関や事業所との緊密な連携や協力体制が整えられている。		
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	⑥ ・ b ・ c
<コメント> 日々の活動のほとんどが選択制となっている。事前にプログラムが掲示されており、利用者が判断に時間を費やすこともない。職員主催ではあるが、利用者参加のミーティングを定期的に行い、意向調査の機会としている。プログラム会議を定期的開催し、前回のプログラムにおける利用者の様子や反応を踏まえて、今後のプログラムを検討している。		
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	⑦ ・ b ・ c
<コメント> 行動障害によって特別な行動をする利用者はいないが、医療や介護を必要とする利用者は多数在籍しており、個々の状況に応じた支援が実施されている。常勤の看護師の監修による血糖値に関する資料を用いた研修や、WEBによる研修動画の視聴により、専門的な知識や技術の向上に努めている。利用者相互の関係を把握し、トラブルに至らないよう気を配っている。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事の嗜好調査を行い、結果を献立に反映させている。給食の主菜を選択でき、定期的にリクエストメニューの提供もある。歩浴に加え、個浴の設備が3種類設けられ、利用者の状況に応じた入浴形態が整っている。浴室には二重のカーテンを取り付け、利用者の尊厳に配慮した環境を整えている。水分摂取の記録により、適切な排泄リズムの把握が行われている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>エントランスや廊下、食堂等の共用部分は天井が高く、明るく開放的な造りとなっている。廊下やトイレ、エレベーターには十分なスペースが確保されており、自力での移動が困難な車椅子利用者に対しても、安全性と快適性が保たれている。部分的に間接照明を用い、適切な明るさを確保している。トイレには温水洗浄便座を設置し、施設全体に清潔感と快適さがある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>機能訓練が必要な利用者は在籍していない。理学療法士が在籍しているため、必要が生じた際には連携して利用者の心身の状況に応じた訓練プログラムを策定できる環境が整っている。計画的な訓練は実施していないが、排泄時や移動時等の日常生活動作の機会において、利用者の機能や能力を維持できるよう取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴時に検温や血圧の測定を行っており、日常的に利用者の健康状態を把握している。月に1度体重を測定し、大幅な増減があった利用者には、日常活動の中で運動する機会を増やしている。常勤の看護師による健康相談も随時行われており、看護師の監修による緊急対応時の手順をフローチャート形式で整備している。</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	① · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療的支援を必要とする利用者や、服薬が必要な利用者が複数在籍している。服薬介助を要する利用者は少なく、基本的には見守りに対応している。服薬時の誤飲や誤薬等の事故はほとんど発生していない。そのためか、服薬時の手順や事故発生時の対応を定めたマニュアルは整備されていない。現時点で事故がなくとも、今後備えたマニュアルの整備が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>日中活動の一環として、お菓子作りや絵画、音楽療法等の講師を招いた文化的活動を定期的に行い、学習の機会を提供している。施設内に地域で開催されるイベントのチラシを掲示し、情報を提供している。個別支援活動では、ヘルパー利用を想定した職員との外出や、公共交通機関を積極的に利用する等、社会参加を促す機会を設けている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域で自立生活を送る利用者と、グループホームを利用する利用者がそれぞれ5名在籍している。本年度は、地域共生に向けた取組みを重点項目として挙げており、民生委員や地域の子どもたちとの交流活動を通じ、障害理解の促進に努めている。これらの取組みが、地域生活への移行に対する意欲向上に繋がるよう、今後も継続して取り組む意向である。</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	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族会は存在せず、連携や交流を図る機会は、個別支援計画更新時の面談と送迎時に限られている。年1回の満足度調査や「連絡ノート」を用い、家族の意見や要望は確実に把握しており、相互に必要な情報共有も行っている。体調不良時や非常時の家族への報告や連絡については、フローチャートを作成しており、仕組みが確立している。</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				