

## 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：レインボーはうす	種別：生活介護、就労移行、就労定着支援	
代表者氏名：大原 直樹	定員（利用人数）：40名（43名）	
所在地：愛知県新城市矢部字本並48番地		
TEL：0536-24-1313		
ホームページ： <a href="https://nijidete.com/">https://nijidete.com/</a>		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成16年10月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人新城福祉会		
職員数	常勤職員：22名	非常勤職員：19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）25名	（職業指導員） 1名
	（就労支援員） 2名	（事務員） 3名
施設・設備の概要	（居室数）	
	（設備等） 食堂・厨房・医務室	休養室・トイレ・更衣室・相談室
	浴室（介護用入浴リフト）	事務所

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

【ともに働き、ともに学び、ともに生きる】

##### ・施設・事業所

「他人を思いやり、お互いを支え、助け合おう」とする互助精神を基本とします。

共に生きるという共生理念に立って、地域においてさまざまな形で福祉を支えあう文化の形成に貢献します。

ハンディキャップのある人もない人も平等かつ普通に生活できる（ノーマライゼーション）

利用者の自己決定、自己実現を尊重した自立支援、生活支援、社会参加を基本とします。

利用者、職員、保護者、地域の人々と協働、連携した法人の運営に努めます。

★基本方針

- ①個別ニーズに即した支援を組み立て、生活介護、就労移行支援、就労定着支援の役割、機能を互いに理解した上で、多機能である強みを生かして自立支援、社会参加を促進していく。
- ②利用者さんの高齢化、重度化にあわせた作業室の改修、建物の老朽化に伴う各所修繕等に対応すべく、「レインボーはうす改修・修繕検討委員会」を中心に継続検討していく。
- ③利用者さん、ご家族のサービス満足度調査を実施する。
- ④看護師のGH兼務体制を継続し、GH事業を支えていく。
- ⑤法人としてジョブコーチ1名体制を堅持していく。
- ⑥自然災害(地震、風水害)・感染症のBCPを継続運用していくとともに、必要に応じて随時更新をしていく。
- ⑦人口減少に伴う人材不足に対応すべく、「特定技能1号」等の外国人人材を活用していく。
- ⑧法人全体で農福連携について意識し、地域の課題解決に向け、できることを模索していく。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①強度行動障害従事者養成研修(中核的・実践・基礎)修了者を配置し、専門的な支援を行っている。
- ②理学療法士を中心に、日常生活場面においてリハビリテーションの視点を加えた支援を行っている。
- ③利用者さんの高齢・重度化に伴い、ドア・ツー・ドアを意識した送迎を行っている。
- ④移動販売車を活用した地域のイベント出店、利用者さんが作成した絵画を地元企業に貸し出すレンタルアート等を通じて社会参加を行っている。
- ⑤利用者さんの一般就労への意欲、可能性に応じて積極的に支援する体制を築くため、地元企業、障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター、ハローワーク等と連携している。
- ⑥就労定着支援事業を継続し、就労移行支援終了後のサポート体制を整えている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年7月11日(契約日) ~ 令和8年3月3日(評価決定日)  【令和7年11月14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

◆分かりやすい中・長期計画

中・長期計画については、法人理念に即した5つの方針が記載され、この方針に基づいて具体的な施策が盛り込まれている。計画の実施にあたり、部門ごとに計画が策定されており、単年度の事業計画とも連動している。内容は端的に記載されているため、誰が見ても分かりやすい内容となっている。計画の進捗状況についても、組織として確認する仕組みが構築されている。

◆虐待防止の取組み

虐待防止に関するチェックリストについては、一般的に出回っている内容のものではなく、施設独自の視点(現場の声の集積)で作成・実施しており、よりリアルに職員が振り返るものとして活用し、虐待等の不適切な関わりの早期発見に努めている。

◆専門的な支援体制の構築

強度行動障害の利用者への適切な支援を実践するため、中核的人材養成研修を受講し、資格を取得した職員が配置されている。「適した環境を用意することで強度行動障害はなくなる」という考えの下、障害特性に応じた支援が実践されている。適切な支援が行える体制と環境が整っている。

◆人と人との交流を大切にした取り組み

内職活動での収入はもとより、絵画を地元の企業にレンタルし、その収入を利用者に還元する仕組みがあり、取引先企業は20社を超えている。また、キッチンカーを使って出張販売を行う機会もある。これらの活動については、単に収入を得ることを目的とするのではなく、利用者が地域に出向き、様々な人との交流を目的として行っている側面もあり、事業所としても大切にしている活動である。

◇改善を求められる点

◆手順書（マニュアル）等の作成

事業運営は組織的に行われているが、決め事としての手順書等が策定されていない。取り組みや活動の手順を明確にする事で、事業運営の円滑さや人材育成（教育）につながる部分もある。日々の支援の中で、必要と思われる手順を抽出し、文書化することが求められる。

◆マニュアルの適切な見直し

マニュアルの作成日や改定日は記載があるものの、中には日付けの古いものもファイリングされており、定期的に見直しを行っているのが明確ではなかった。まずは見直しの時期を明確に定め、見直しを行った結果、変更があったのか、なかったのか、変更があればどの箇所が改訂されたのか、それらを追跡することができる形であることが望ましい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所が力を入れている「虐待防止に関する取り組み」「専門的な支援体制の構築」「人と人との交流を大切にした取り組み」に対して高評価を得ることができた。今後、更なる発展を目指していきたい。

手順書（マニュアル）等の作成（見直し含む）に関する助言を得ることができたため、より効果的な仕組みとなるよう、改善に努めていきたい。

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、ホームページにや法人のパンフレットに記載されている。職員への周知については、新任職員に対して、職員研修で前理事長から説明を受けている。また、毎年行われている「市民福祉フォーラム」においても、法人の理念や基本方針について伝える機会を持っている。		

##### 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＞ 地域の社会福祉の動向については、自立支援協議会への参加により情報を得る他、新城市内外の相談支援事業所との連携により把握している。これらの情報は、経営管理者会議により共有され、法人の事業計画へと展開させている。福祉サービスの経営的なコスト分析等については、経営管理者会議で確認を行う他、会計士や社労士からの意見も参考にしている。		
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＞ 経営管理者会議にて、サービス内容や人員体制、財務状況等の確認が行われている。この会議で話された内容については、事業所の会議にて情報を共有している。また経営課題については、事業所の会議で討議した内容を経営管理者会議に挙げている事から、組織的に取り組んでいると言える。		

##### 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＞ 中・長期計画は、5つの方針がクレドとして具体的に記載されている。この方針に基づいて、部門ごとの計画が具体的かつ端的に記載されている。計画の見直しや進捗状況の確認については、経営管理者会議で確認する他、事業所の会議でも行われている。この中・長期計画には財政予算表も添付され、実効性の高い計画となっている。		
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	①・b・c
＜コメント＞ 単年度の事業計画は、中・長期計画で示された各項目と連動して作成されている。また、この内容を踏まえ、日常の活動に対してどのような取り組みを行うのかについても、具体的に記載されている。		
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＞ 事業計画の策定と見直しについては、経営管理者会議や福祉サービス等責任者会議、職員全体会議等を通して行われている。職員の意見については、非正規のパート職員からも聞き取っており、組織的な取り組みとなっている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業計画の内容について、家族会にて資料配付と説明を行っている。利用者については、利用者用として、分かりやすい言葉で端的に表記をする等、別途作製した資料を配付している。事業計画は、利用者や家族からの相談や意見も参考にして作成されている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者満足度調査を無記名形式で実施し、集めた調査票については、分析結果をグラフにしてまとめている。また、経営管理者会議や事業所の会議で分析結果について確認を行っており、組織として取り組んでいる。この他、年に1度の自己評価や定期的な第三者評価の受審がある。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 利用者満足度調査の集計結果は、グラフにしてまとめられている。結果内容を踏まえた改善策の取組みについては、改善計画の作成へとつないでいる。改善計画については、見直しが2月から3月にかけて行われている。集計結果や見直しの時期について、あらかじめ文書にて定めておくことが望ましい。		

## 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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>組織体制については、職員会議にて周知の他、変更があれば会議を通して随時伝達を行っている。管理者の職責については、「任用表」に記載されている。事業所としてグループウェアを活用し、管理者のスケジュールについて周知している。管理者不在対応について、災害時等の有事の際には記載があるが、平時については職員への周知に関して弱い部分がある。</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>関係法令については、法人の「規程集」に記載されている。職員に対して、職員会議にて報告を行う他、メールで伝えている。具体的な取組みの1つとして、カスタマーハラスメントについては、職員に対してアンケートを実施し、対策や啓蒙に取り組んでいる。管理者自らは、経営に関する研修への参加を希望している。</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>サービス向上の取組みとして、アンケートを実施している。このアンケートの分析は、サービス向上委員会による福祉サービス等責任者会議で行われている。この内容は職員全体会議で共有する他、会議で挙げた意見等も対策に反映させている。職員への教育は研修計画に基づいて行われている。</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>経営の改善や業務の実効性については、経営管理者会議にて人事や労務、財務状況について共有を行っている。また職員全体会議でも必要な内容については情報の共有を行なっている。この職員全体会議を行うにあたり、現場職員が内容を理解しやすいよう、資料配付等の事前準備も行っている。</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>人材の確保や人人体制については、経営管理者会議において確認し、方針が打ち出されている。実際の動きとしては、雇用創造協議会との連携や福祉学科のある高校と連携したアプローチが行われている。また、外国人技能実習生を2名受け入れる等、多角的なアプローチが行われている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事基準については、法人の「規程集」に記載されている。人事考課については、正規職員に対して運用されている。具体的には「チャレンジカード」に自己評価および目標の設定を行い、管理者が定期的に面談を行っている。「期待する職員像」については、職員への周知等に課題がある。</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>職員の有給休暇の取得状況については、毎月確認を行っている。時間外労働を行う職員は、管理者に事前に申請する事になっている。職員の健康面への配慮として、ハイパーメディカル保険の加入や外部カウンセラーを配置する等の取組みがある。ワーク・ライフ・バランスについては、「チャレンジカード」の項目にも記載し、個別に対応ができるようになっている。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の個人目標については、「チャレンジカード」に記載してもらい、このカードに基づいて面談を行っている。中間面談も管理者のタイミングで行われ、目標に対する進捗状況についても確認が行われている。課題としては、「期待する職員像」についての職員の理解や周知方法が挙げられる。</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;</p> <p>職員の教育・研修については、研修委員会を中心に階層別に研修を実施している。実際には、新任職員に対して初級研修として位置づけて実施している。研修の実施にあたっては、年度当初に立てられた研修計画に基づいて実施されている。研修計画の見直しについては、事業計画の総括時に行われている。</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;</p> <p>職員の資格取得の状況は、法人が管理、把握している。新任職員に対してはOJTが実施されている。OJTは、マニュアルに基づいて行われている。研修は職員の階層別に行われており、技能実習生に対してのプログラムも準備されている。研修受講後には「復命書」の他に、研修効果の測定として半年後に受講後の変化についてのレポートの提出も行われている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受入れについてのマニュアルはある。実習生の研修内容については、個別に作成されている。養成校とも連携がとれている。実習生の受入れにあたっては、職員間で情報を共有している。課題として、実習指導者に対する研修について工夫が必要である。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページには、理念や提供するサービスの内容、決算や第三者評価結果等が記載されている。この他、機関誌も年2回発行されている。法人の存在意義については、毎年行っている法人主催の市民フォーラムを通じて伝えている。地元企業や「道の駅」に対してレンタルアートを行い、法人の姿勢を示している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務や経理、取引きについては、法人の「経理規程」等に記載されている。月に1回、顧問会計士による会計チェックが行われている。この内容は経営管理者会議にて共有され、指摘事項についても検討がされている。事業所の職員会議でも、必要な内容は伝えられている。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わりについて、中・長期計画や事業計画の中に記載がある。地域に向けて、レンタルアートや地域イベントへのキッチンカーによる移動販売等、積極的に行っている。月に2回、地域のボランティア団体（はぐるまの会）の受入れを行っている。地域の社会資源の情報提供については、利用者個人の要望には応えているが、利用者全体に対しての情報提供としては弱い。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ボランティア受入れに関するマニュアルは整備されている。地域の学校からのボランティア受入れについては、高校生に対する「キャリア発見プログラム」を通して行っている。ボランティア受入れに対する基本姿勢については弱い部分があるため、検討されたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 自立支援協議会に参加し、地域の関係機関や団体と連携して地域の課題について対応をしている。自立支援協議会の内容は経営管理者会議や福祉サービス等責任者会議にて、情報が共有されており、事業所の会議においても、情報共有が図られている。社会資源のリストについてはファイルに綴じられているが、活用方法については課題がある。</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	㉕ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 自立支援協議会に参加することによって、地域の課題について把握している。また、各地域の団体とも連携をしており、地域課題に向けた取組みも行っている。民生委員児童委員と月に1回意見後援会を行い、勉強会の企画も行っている。この勉強会を通して、地域ニーズの把握につながっている。</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	㉕ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 法人主催で、市民向けの「市民福祉フォーラム」を毎年企画し、地域への啓蒙活動を行っている。地域のイベントから依頼があれば、キッチンカーによる販売を行っている。この他に、レンタルアートの貸出しを行っており、積極的に地域コミュニティへのアプローチを行っている。地域の防災対策については、行政と福祉避難所の協定を結んでいる。</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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「虐待防止・身体拘束適正化委員会」が施設横断の形で立ち上げられ、年2回の研修等を実施している。新入職員の入社時にもとより、途中入社職員に対しても権利擁護に関する研修を行い、学ぶ機会が複数用意されている。特筆すべきは、中核的人材研修の受講を終えた職員が講師となっていることである。理念は、施設内の掲示やホームページ、パンフレットで確認できる。</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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「プライバシー保護マニュアル」に基づき、サービス提供を行っている。写真等の活用については、機関誌やSNS等、様々な媒体を想定して、利用者本人や家族等に書面で意向の確認を行っている。施設内では、トイレや浴室等についてはカーテンを設置し、作業空間や休憩する場所ではパーティションを活用する等、プライバシーに配慮した環境整備がある。</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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所独自のパンフレットはないが、法人全体のサービスを紹介するパンフレットが用意され、公共施設をはじめ様々な施設に設置している。ホームページでの情報公開や機関誌を年2回発行する等、あらゆる形で情報発信に努めている。見学希望者には随時対応している。その際はプロジェクターを使い、見学やパンフレットだけでは伝わらない、細かな説明も行っている。</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	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「重要事項説明書」等は、ルビ付きの書類を用意しており、利用者にも分かりやすく説明している。場合によっては、パンフレットやホームページ、写真付きの施設紹介資料等を使って説明している。意思決定が難しい利用者については、家族の意向だけでなく、実際に利用する中で利用者の様子を見て、サービスが本人に適しているかの判断を複数職員で行うようにしている。</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	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの変更や移行時は、サービス担当者会議を開催した上で、関連する書類を引き継ぐ仕組みがある。具体的には、「フェイスシート」やアセスメント、個別支援計画書、支援手順書等を用いて引き継いでいる。法人内に相談支援事業所があり、基本的には相談支援専門員が窓口となり、事業所のサービス管理責任者等と連携してアフターフォローを行う体制が整っている。</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	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者および家族等を対象に、サービス全般に亘る満足度調査を年に1回実施している。給食に関するアンケートも実施している。個別支援計画等の説明時に、満足度や要望を聞き取る機会を用意し、その記録も残している。特徴的な取組みとして、毎月1回「利用者さんの声」と称した用紙を全利用者に配付し、普段伝えられないこと等を書いてもらう仕組みがある。</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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月第4水曜日に「何でも相談日」と題して、積極的に利用者の声を聞く機会が設けられている。また、「利用者さんの声」と呼ばれる用紙を配付し、積極的に利用者の声を拾っている。一見要望とも取れる相談も記録に残し、内容によっては苦情として真摯に受け止め、その公表もホームページにて細かく記載している。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の献立表に「何でも相談日」に関する記載をし、活動を家族にも周知して積極的な働きかけを行っている。相談しやすい工夫として、事務所を常に開放で利用者の出入りを妨げず、いつでも気軽に話せる環境と雰囲気になっている。相談する場所も複数あり、プライバシーに配慮した中で、利用者や家族が安心して話ができる環境が整っている。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「何でも相談日」や「利用者さんの声」については、所定の様式を用いて情報を収集している。特に「利用者さんの声」については、月に数枚の提出ではあるが、集計して回答した後、職員間で共有する仕組みがある。上記以外の相談事については、「業務日誌」へ記載した上で終礼にて報告している。課題は、これらの一連の流れを規定したマニュアルの未整備である。</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 ・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ヒヤリハットや事故報告は所定の様式を用いて行い、事故発生時の対応マニュアルに基づいた運用が行われている。これらの書類は丁寧にまとめられており、具体的な解決方法も記載され、職員間での周知は会議や終礼等で行われている。ただ、それらの事例を収集するに留まり、傾向の把握と対策を行うために必要な分析をする取組みまでには至っていない。</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	④ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者と看護師を中心とした感染症対策委員会が設置され、マニュアルの見直しおよび運用が図られている。法人統一の感染症BCP（事業継続計画）があり、職員への周知も図られている。同様に、感染症に関するマニュアルも用意されている。嘔吐物の処理方法、ガウンの着用や手洗い方法等について、看護師が講師となって勉強会を実施しており、全職員が受講している。</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	⑤ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域とのつながりが強く、地域の合同防災訓練に参加し、施設の防災訓練には地元区長や民生委員児童委員、市・防災課職員等が参加している。福祉避難所にも指定されており、日頃の備蓄品は施設内の防災担当者が定期的にチェックと補充を行っている。ヘルメットや防災関連の専用コンテナを設置する等、防災対策への準備が整っている。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「支援マニュアル集」があり、ホームページに関する事、食事準備、入浴、送迎、インフルエンザ対策、暴風災害等に関するマニュアルが用意されている。ただ、利用者への直接的な支援に関わる基本的なマニュアルはないため、利用者へ提供するサービス一つひとつを改めて洗い出し、それぞれの業務の基本となる手順を文書化することが望まれる。</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 ・ ⑦ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「支援マニュアル集」は原則毎年、年度末に見直しを行う事になっている。見直された日付や作成した日付の記載もある。ただ、実際に見直しを行うための確認作業が、記録として確認できなかった。見直しをした結果、変更があったのか、なかったのか、また変更があればどこが変わったのかまで記録として残すことが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が所定の様式でアセスメントを行い、利用者ごとのファイルに綴じている。特別支援学校を卒業した新規の利用者については、学校が作成した「個別の教育支援計画書」や「個別の移行支援計画書」を入手している。さらに、在学中の実習の際に施設側が作成した「実習用アセスメント」等を加え、これらの情報を基に個別支援計画を作成している。</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;</p> <p>所定の様式を使用して、個別支援計画のモニタリングが行われている。モニタリングへの参加は、サービス管理責任者と生活支援員、看護師であるが、場合によってはヘルパーが入る等、利用者のサービス状況に合わせて招集している。原案に対して複数の職員が意見を述べ、コメント入力する等、計画の完成までに複数のプロセスを経て丁寧に作成されている。</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;</p> <p>利用者に関する日々の記録は、エクセルで作成したシートに「ケース記録」として入力している。入力したデータは定期的にプリントアウトし、管理者を筆頭に関係職員が確認してファイリングする仕組みとなっている。サービスの実施状況はサーバーに保存されており、施設内であればいつでも閲覧が可能な環境が整っている。</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	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録の管理責任者として、「ケース記録」は担当支援員、個別支援計画はサービス管理責任者と定めている。その他のデータ管理は、一般職員が触れるサーバーデータと、管理職しか触れないサーバーデータに分けられている。課題としては、入職時には個人情報保護の取扱いについての周知がなされるが、その後継続した研修や周知が弱いいため、定期的な実施が望まれる。</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	② ・ b ・ c
<コメント> キッチンカーによるカレーの販売やレンタルアートへの関わり等、利用者が主体となって取り組める活動が用意され、これらの施設の強みを生かした地域交流が行われている。また、レクリエーション活動については「集団」よりも「個」を大切に、本人が行きたい所や取り組みたい事を個別に把握し、個別支援計画に取り上げて支援している。		

### 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	② ・ b ・ c
<コメント> 法人全体で権利擁護に関する研修を実施し、その際には家族にも声をかけて参加を呼び掛けている。不適切な支援を早期に発見する仕組みとして、事業所独自の「虐待防止チェックリスト」を作成し、毎年少しずつ内容を更新している。利用者支援で疑問に思う事案を集めてリストに落とし込み、全職員で振り返る仕組みがあり、施設の実情に即した内容となっている。		

### 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	② ・ b ・ c
<コメント> 生活介護と就労移行支援事業では利用者像が異なるため、支援法を変えている。生活介護事業では、日頃の生活において「待つ」や「並ぶ」等のマナー的な理解を促し、就労移行支援事業では食堂の掃除や面接の練習、報連相の訓練等を実施している。行政手続きとしては、各種申込みやワクチン接種の支援、マイナンバー作成に関する支援等、多岐に亘ってサポートしている。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 利用者個々に合わせたコミュニケーション方法で対応している。視覚的に伝わるよう、片付ける場所をテープで色分けし、指示がなくても理解できる環境を整えている。お茶が飲みたい時はお茶のカードを提示してもらい、言葉だけに頼らない工夫や、文字盤を職員が指さし、その反応を見て言葉をつなげて意思を確認する等、多種多様な取組みをしている。		

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	② ・ b ・ c
<コメント> 「何でも相談日」を定期的開催し、意図的に利用者から話を聞く機会を設けている。「利用者さんの声」と呼ばれる用紙を全利用者（家族）に配付し、意見や要望等を積極的に把握する仕組みがある。提出された用紙については内容を精査し、関係部署に届けると共に、最終的には利用者フィードバックする仕組みも整っている。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> ダンスやアート活動それぞれに講師を招き、参加を希望する利用者を楽しんでもらう機会を設け、グループ単位でのレクリエーションや忘年会等の実施もある。また、高校の吹奏楽部による演奏会を施設内で開催している。その他、個別支援計画に基づく内職等の生産活動や、手先の訓練を目的とした個別活動等、多様な活動メニューが用意されている。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 中核的人材研修を受講した職員が在籍しているのが強みである。その上で、丁寧なアセスメントを行って支援につなげている。作業や活動では、利用者が座る場所に配慮したり、パーティションの活用や静かな環境の用意等、様々な工夫が見られる。「適した環境を用意することで強度行動障害はなくなる」という考えの下、障害特性に応じた支援が実践されている。		

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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事を三部制にする事で、ゆとりを持って食事ができるよう配慮している。食事形態は、常食・一口大・刻み・ごく刻み・ミキサー等、個々の咀嚼・嚥下能力に合わせて対応している。個々の細かな食事に関する情報を集約した「食事提供シート」が作成され、職員間で共有されている。リフターによる機械浴があり、車椅子の利用者も入浴できる環境が用意されている。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>一時的に独りになりたい利用者や横になりたい利用者については、医務室内のベッドや空部屋を使う等、ハード面では問題なく対応が可能である。「スヌーズレン」のある部屋が用意され、障害特性に応じてリラックスできる空間を提供している。活動（作業）場所は個々が安心して過ごせるよう、利用者同士の向きや人数、パーティションの活用等、多くの工夫がある。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人職員であるPT（理学療法士）が複数の事業所を定期的に訪問し、特定の利用者にはリハビリや機能訓練を行っている。具体的には、8人程の該当利用者に対して、1人当たり月に2回ほど実施している。PTが不在の時は、生活支援員がダンスやウォーキング、嚥下体操等、意図的に体や口を動かすプログラムを提供している。</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>年1回の健康診断はもとより、毎日実施している検温や月に1回実施する体重測定、血圧測定にて、日々利用者の健康状態を把握している。また、グループホームの利用者が多いことから、情報共有ツールとして新たなシートを作成し、双方の事業所が利用者の健康に関する情報を記入する事で、タイムリーに漏れなく情報が行き渡る仕組みが整っている。</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>2名の看護師が在籍しており、サービス提供日については原則毎日看護師が配置され、利用者の健康管理に努めている。医療的ケアが必要な利用者があり、経管栄養および投薬支援を行う体制が整っている。職員への研修については、看護師が講師となって嚥下や救急救命に関する研修を実施する等、利用者の健康と生命に関する教育を受ける機会が用意されている。</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>生活介護事業では、企業に貸し出しているアート作品の交換やキッチンカーによるカレーの販売を通じて、利用者が直接的に地域との交流を深める取組みがある。また、就労移行支援事業においては、お金の使い方やビジネスマナー、報連相および挨拶の重要性を伝える等、社会参加に必要とされるプログラムが多数用意されている。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所施設からグループホームに移行した利用者は、必然的に日中活動の場が必要であり、その点でグループホームと連携を密にして支援している。本人・家族、関係職員が集まる支援会議等にて、利用者の地域移行に関する話し合いを行う機会もある。お金を使えなかった利用者に対して根気よく支援した結果、お金の使用が可能となり、地域生活への移行が実現した例もある。</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 ・ b ・ c
<コメント> 家族との連携については、送迎時やモニタリング、事業報告会等、年間通じて様々な機会がある。直接会えない場合は電話で対応している。情報共有のため、家族に連絡事項をノートに記載してもらっているが、記述式が難しい場合にはチェック形式に変更する等、家族の実情に合わせて柔軟に対応している。緊急時は「救急医療情報シート」を使って対応する体制も整っている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 以前と比べると利用者像が変化し、知的障害だけでなく精神障害を持った利用者も増え、年間を通して安定して通えない利用者もいる。まずは、日中一時支援事業から利用を開始し、コンスタントに通えるようになったら就労移行支援につなげる等、障害特性に合わせて段階的に支援を進めている。「報連相」と「挨拶」を重視し、その結果この2年で4名が就職を果たしている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 施設の成り立ちが授産施設であったことから、生活介護事業ではあるものの、生産活動を地域とのつながりの手段の一つとして位置づけ、個々に合った活動・作業を提供している。キッチンカーでのカレーの販売やレンタルアート（企業への絵画等の貸し出し）を通じて、単に収入を得るだけでなく、地域（住民）とのふれあいを大切にしながら交流を進めている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 10社以上の企業とのつながりを保ちつつ、就労移行支援事業としての役割を果たしている。実際に安定した就労につながっている実績もある。就職後に必要とされる定着支援やジョブコーチ支援にも力を入れる等、地域に必要とされる事業を着実に進めている。		