

## 福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

### ① 第三者評価機関名

株式会社 ひばり福祉支援センター

### ② 施設・事業所情報

名称：生活介護事業所 そおれ		種別：生活介護	
代表者氏名：施設長 塩川 健太		定員（利用人数）： 20 名	
所在地：静岡県三島市東大場1丁目33番2			
TEL：055-976-8388		ホームページ： <a href="http://www.miharashigakuen.org">http://www.miharashigakuen.org</a>	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 平成30年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 見晴学園			
職員数	常勤職員： 11名	非常勤職員	5名
専門職員	（専門職の名称）		
	看護師 1名	医師	1名
	生活支援員 9名	生活支援員	4名
	サービス管理責任者 1名		
施設・設備の概要	（居室数）作業室・食堂4，多目的室1		（設備等）
	相談室1，地域交流室1，医務室 他		配膳室

### ③ 理念・基本方針

#### 【理念】

一人ひとりの思いのために～共に笑い、共に歩む～

#### 【基本方針】

- 1) 心がふれあえる安らぎのある生活を大切にします。
- 2) 共鳴しあえる人の和を大切にします。
- 3) 喜怒哀楽を分かち合える絆を大切にします。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 個別支援を中心に利用者の特性に応じた視覚的支援、構造化、スケジュール提示による自律支援を展開しています。
- 2) 個々の特性に応じた個人スペースを提供し、安心できる環境を整えています。

### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年7月16日（契約日） ～ 令和6年12月20日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	－ 回（ 年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- 理念や基本方針が明文化され、とてもわかりやすく、法人の目的や存在意義、使命や役割についての思いが伝わってきます。また、理念を実現するために基本方針が職員の行動規範となるような内容として定められており、職員や利用者等へ周知されています。
- 多様なニーズに応えられる専門性と倫理意識の高い人材を確保していくために、実習生の受入れを積極的に行っています。また、福祉系の学校との情報交換も定期的に行われており、新卒または中途採用を問わず、継続的に採用活動が行われています。ホームページをリニューアルし、求人情報の発信内容も Instagram、Facebook、求人サイトが充実されています。近年の募集例や複数の職員の声を紹介するなど、採用活動を工夫されています。
- 職員への研修体制が整備され、計画的に階層別研修やテーマ別研修が実施されています。特に権利擁護研修と感染症研修の実施が徹底されています。
- 権利擁護チェックリスト、指導者側チェックリスト、OJT チェックリストのシートを作成し、職員が利用した結果を集計、分析されています。また、職員が利用者と接して思わずニヤリとしたり、ホットしたりした瞬間（ニヤリホットアンケート）を記録し、利用者の強み（ストレングス）の発見につなげています。
- 職員が利用者や家族の立場で苦情を言うアンケートを実施しています。その苦情を言うアンケートは私たちの宝として位置づけ、声に出せない声に気づくことでサービスの質の向上につなげています。
- 利用者一人ひとりの個性を尊重し、主体的な活動が出来るように、取組んでいます。
- 利用者の活動しやすいグループ作りや、部屋の配置に気配りが感じられます。

### ◇改善を求められる点

- 中・長期（3年～5年）計画の事業計画及び収支計画が策定されていません。
- 単年度事業計画は、中・長期計画による計画内容を反映した計画とはなっていません。
- 単年度の事業計画内容に数値目標と具体的な定量的な成果指標の設定がありません。計画の実施状況の評価が可能となるように、数値化等できる限り定量的な分析が可能であることが求められます。
- 自己評価結果にもとづく評価や分析が実施されていません。  
評価結果を分析し、取組むべき課題を検討する機会の継続が求められます。
- 人事評価制度の運用の中で、職員一人ひとりの将来像に向けた目標設定が明確化されていません。目標項目、目標水準、目標基準等を定めて各人のキャリアアップを図るための目標管理制度の確立が求められます。
- 苦情内容と解決状況の公表がありません。
- 利用者の障害特性を踏まえて、ボランティアの受入れ体制や地域交流に関する工夫がありません。開放されている地域交流室の積極的な有効活用が求められます。
- 利用者の思いを代弁してくれる家族からの利用者満足に関する調査を定期的に行っていません。家族等との話し合う機会を積極的に設けることが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて福祉サービス第三者評価を受審しました。自己評価を進める中での気づき、また、調査及び結果を受けて多くの気づきを得ることができました。さらに利用者調査による本人・家族等からの貴重なご意見等も聞くことができ、今後の事業運営における具体的な目標を定めることができました。

改善が必要なことについては、真摯に受け止め一つ一つ改善に向けて取り組み、評価して頂いたことについては、さらに向上できるよう努力して参りたいと思います。

利用者にとって魅力ある事業所、地域から求めらる事業所を目指していきたいと思えます。

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〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態  
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態  
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

### 障害者・児福祉サービス版共通評価基準

#### 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。		
1	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念や基本方針は、職員からキーワードを募り、役職者が目指すべき方向性を議論して職員の行動規範となるような内容に見直され、明文化しています。理念や基本方針は、事業所の玄関付近に掲示し、読みやすいようにひらがな表記の工夫がなされています。ホームページやパンフレット、外部向けの案内用スライド等にも明示しており、理念や基本方針についての思いや考え方が具体的に示されています。職員への周知は、主要会議の冒頭で理念と基本方針の定期的な読み上げを実施しています。</p>		

##### 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。		
2	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉協会や育成会、各種団体、WAM NET等から社会福祉業界における動向の情報収集を行い、三島市障がいとくらしを支える協議会（自立支援協議会）との関わりを通じて福祉サービスのニーズや地域課題を把握しています。事業所が位置する地域での福祉に対する需要の動向、利用者数・利用者像の変化、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を活用した定期的な福祉サービスのコスト分析の取組はできていません。</p>		
3	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障害福祉サービスの動向を踏まえて、報酬算定構造の理解と地域サービス資源の状況を把握し、法人の実情に照らし合わせながら経営課題を検討しています。経営状況や経営課題は定期的に行われる運営会議や理事会等の開催を通じて役員間で共有しています。職員に対しては運営会議、部門会議の検討事項を職員会議等で伝えて周知されていますが、職員からの意</p>		

見聴取や職員同士の検討の機会については十分ではありません。

### 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。		
4	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>将来ビジョンは検討中であり、中・長期計画としての事業計画及び収支計画は策定されていません。</p>		
5	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画は策定していますが、中・長期計画を策定していないため、中・長期計画の内容を反映した単年度の事業計画にはなっていません。また、単年度の事業計画に具体的な数値目標の設定について、定量的な成果指標等が含まれていません。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営会議、部門会議、法人サービス調整会議等で役職員が中心となり事業計画を策定し、実施状況や評価・見直しの検討が行われています。職員の参画について現場支援会議で行事計画は検討されていますが、行事計画以外の事業計画内容については職員の意見を集約した記録等は確認できません。また、職員が事業計画内容を理解するための取組が十分ではありません。</p>		
7	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の主な内容を事業所内にひらがな表記で掲示し配布していますが、利用者や家族等が理解しやすい合理的な配慮や説明は十分ではありません。また、利用者等の参加を促すための周知や説明は行われていません。</p>		

### 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。		
8	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上への取組は、第三者評価の受審に向けて自己評価委員会を設置して、全職員の参加型による自己評価を実施しています。コロナ渦の期間中は、自己評価の実施を中断する時期があり、今回の受審申込みを機に自己評価の実施を再開していますが、実施した自己評価結果の分析や分析結果にもとづく課題等の検討記録が確認できません。</p>		

9	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己評価を実施していますが、評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が明文化されていません。また、課題に対して職員参加による改善策や改善計画を策定する取組ができていません。</p>		

## 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。		
10	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は自らの役割と責任を組織図、職務分掌表、キャリアパス基準、「そおれ支援体制」に文書化しています。有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について不在時の権限移譲はBCP計画を策定し、発動基準と参集ルールが明確に定められています。管理者の役割と責任を明文化していますが、組織内での会議や研修時での職員への表明や周知の取組ができておりません。</p>		
11	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者として遵守すべき必要な法令は、県主催の集団指導研修、監事監査研修や総合支援法の動画配信サービスの利用等により情報収集しています。管理者が把握すべき法令等は幅広く、遵守すべき法令等のリスト化や各種の法令を体系的に整理していません。また、職員に対する法令等の周知や理解を促すための具体的な取組みを実施していません。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は権利擁護、OJT チェッシート、現場支援会議、危機管理委員会、個別支援会議等を通じて、日常業務の支援体制の向上と職員への教育・研修の体制整備に取り組まれています。福祉サービスの質の向上に関わる課題に対する各職員の意識に差があり、職員の意見の反映と具体的な取組は十分ではありません。</p>		
13	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体での人事、労務、財務の分析は行われており、各施設、事業所に必要な人員配置を継続できるように調整が図られています。また、人事評価制度の導入により、職員との面談を通じて働きやすい環境整備と業務の意識を高めるための取組が行われています。一方、事業所の経営状況にもとづくコストバランスの分析が行われていません。分析結果にもとづく</p>		

経営改善と業務の実行性を高める取組は十分ではありません。

## 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。		
14	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>多様なニーズに応えられる専門性と倫理意識の高い人材確保及び育成を行うことを方針に掲げて、毎年度の新卒者募集、定期的な中途採用の募集を継続しています。必要な福祉人材や人員配置については、「そおれ支援体制」により計画が立案されています。また、介護福祉士や保育士取得のための実習生を積極的に受け入れて、専門職である福祉人材を確保できるように福祉系高校、専門学校、福祉大学等への求人をはじめ、実習生受入学校の教員との面談機会にも採用等の情報交換が行われています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像を明確にし、人事評価運用要綱を定めて人事評価制度を導入しています。人事評価制度の実践運用を通じて職員のキャリアパス構築を目指す取組が行われ、人事評価時の面談では、職員からの意向や要望、意見等を確認していますが、職員処遇の水準について、同地域、同施設・事業種別間で比較検討を行うなどの評価・分析は行われていません。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>労務管理体制が整備され、管理者が職員の就業状況や意向の把握を行い、有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認しています。職員の福利厚生として「福利厚生センターソウェルクラブ」に加入しており、活用範囲の拡大と職員参加への充実が課題となっています。職員からの相談は都度対応となっており、相談窓口を設置して定期的な個別相談は実施していません。また、職員の就業状況や意向、意見をもとに分析、検討された記録がありません。</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。		
17	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像はキャリアパス基準に明示され、人事管理制度の実践的な運用を通じて職員のキャリアパスの構築を目指しておりますが、職員一人ひとりの将来像に向けた目標設定として、目標項目、目標水準、目標期限が明確にはなっておらず、職員一人ひとりの目標管理制度が確立されておられません。</p>		
18	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像はキャリアパス基準に明示されています。特に権利擁護研修や感染症研修に</p>		

<p>については重点的に年間の研修計画が策定され、計画に沿った研修が実施されています。職員の教育・研修成果の評価・分析を行い、その結果を踏まえた次の教育・研修計画の策定へ反映するための見直しは行われていません。</p>		
19	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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 現場業務を通じて職員一人ひとりの技術や研修での知識習得状況、専門職の資格取得状況が把握されています。年間の研修計画にもとづき、階層別研修やテーマ別研修の機会が確保され実施しています。外部研修は回覧により情報提供を行い、就業時間等に応じた研修時間の設定や研修に参加しやすい勤務体制の調整等の配慮を行っていますが、研修受講後の研修成果の評価、分析は行われていません。</p>		
<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。</p>		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画書に実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢が明文化されています。また、実習生の受入れマニュアルを整備し、指導指針に沿った実習内容が提供されています。指導者に対する研修の実施記録と実習期間中の学校側との連携についての面談記録が確認できません。</p>		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
21	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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 法人ホームページやWAM NETにより、法人の理念、基本方針、提供する福祉サービス内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が公開されています。苦情・相談体制は整備されていますが、苦情・相談内容と改善、対応の状況は公表されていません。また、地域に向けた事業活動の説明に関する印刷物や広報誌等は配布されていません。</p>		
22	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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 処務規則、経理規程等の定めにより、財務管理、取引、契約関係等に必要な手続きがルール化されています。外部の会計士が関与され、月次決算における内部監査や年次決算での決算監査等による会計管理体制の点検や財務管理の指導を受けています。指導や助言を受けた事項にもとづく、経営・財務の改善課題の発見とその解決策への取組み状況については書面で確認できません。</p>		

### II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		



23	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画書に地域との関りについて基本的な考え方を文章化してあります。事業所や町内の花壇を「東大場花の会」の会員と一緒に花壇整備を行い、事業所や利用者の理解を得るために交流の機会を設けていますが、地域の行事や活動に参加するにあたって職員やボランティアが支援する体制の取組ができていません。</p>		
24	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画書にボランティア受け入れについての基本姿勢が記載されて、マニュアルも作成されています。また地域の小学校で福祉講演会の講師を引受けて学校教育にも協力をしています。事業所としてボランティアの受入れ事例はありませんが、実際の受入れを想定したマニュアル研修は行われていません。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長が三島市障がいとくらしを支える協議会（自立支援協議会）の運営会議に出席し、地域課題の災害関係や権利擁護について参加団体と共に計画に沿って取組まれています。利用者の状況に対応できる社会資源については自立支援協議会等の関係機関の資料はありますが、それらを必要に応じて職員が活用できるよう現場支援会議での周知が十分ではありません。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内には地域住民との交流を目的とした地域交流室があります。業務中は地域住民の方へ開放していますが、地域住民との交流やコミュニケーションを通じた地域福祉のニーズを把握するために有効活用されていません。</p>		
27	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人では所有するマイクロバスの貸出を地域貢献事業として行っています。また、事業所ではベルマークのカットや仕分け作業し近隣の幼稚園に寄贈する活動を行い、幼稚園の備品の購入に役立ててもらっています。園児からいただいたお礼の手紙は、事業所内に掲示されています。災害時における地域の福祉的な支援を必要とする住民の備えや把握と具体的な支援についての取組ができていません。</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。		
28	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重した福祉サービスは理念や基本方針に明示され主要会議で読み上げられています。また、理事長から理念についての思いを聞くことで理解を深め実践をしています。利用者の尊重、基本的人権への配慮については倫理要綱や規程に定めています。毎月、権利擁護に関してはチェックリストを活用して集計結果を権利擁護委員会で精査しています。身体拘束廃止会議で身体拘束解除に向けた取組を行っています。</p>		
29	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書・重要事項説明書・事業計画書等にプライバシー保護と権利擁護について明示されています。利用者の状況に合わせた環境をエリア分け、仕切りをするなど工夫がされています。新任研修で職員行動規範にある利用者のプライバシー保護についての研修が行われていますが、その他の職員に対する定期的な研修等の取組が十分ではありません。</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。		
30	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページで理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容について紹介されています。施設見学や体験者が見る事業所の紹介 DVD は誰にでもわかりやすい映像となっています。事業所の紹介資料を公共的な施設等への多くの人が入手できる場所には置かれていません。また、施設見学、体験者には説明を行っていますが利用希望者に対する情報提供の定期的な見直しは行われていません。</p>		
31	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書・重要事項説明書等で説明し、家族等には同意を得てその内容を書面で残しています。説明が困難な利用者には視覚的に理解ができるよう写真やイラストを使って説明されています。また、体験や実習中の様子を家族と一緒に振り返りを行い自己決定の確認が行われています。意思決定の困難な利用者に配慮はされていますが、ルール化については対応が十分ではありません。</p>		
32	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの内容の変更時は相談支援専門員と情報共有をしながら連携し、不利益が生じないよう配慮した対応がされています。また移行にあたっては本人・家族の同意のもと本人の情報等を関係機関に提供されています。福祉サービス終了時も相談できる体制はありますが、担当者や相談方法が記載された書類の配布はなく、取組が十分ではありません。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では定期的な利用者満足に関する調査は実施していません。利用者会や家族会がないため、利用者の満足度を把握する機会がありません。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。		
34	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制や仕組みを整備し、重要事項説明書に相談窓口等の内容が記載されています。苦情の検討内容や対策については法人全体で共有されています。玄関先にある意見箱は意見しやすい設置場所の配慮と提出状況を定期的に確認していません。</p>		
35	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシーが保護された相談室があります。利用者や家族が相談をしたい時には職員以外に相談支援専門員と連携をしています。そのことを利用者、家族にわかりやすく説明した文書がなく、伝えるための取組みは十分ではありません。</p>		
36	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の日々の様子を意見として汲み取り、業務日誌や支援記録に記載しています。相談等を受けた際に記録の方法や報告手順、対応策の検討について定めたマニュアルはなく意見箱の活用もありませんでした。</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。		
37	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内に危機管理委員会を設置し事故発生マニュアルは職員に周知されています。事故報告の検証とともにヒヤリハット事例を積み上げ、全職員が参画する危機管理委員会にて分析、改善策、再発防止策を検討し実施しています。また、定期的に見直しが行われています。</p>		
38	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症BCPを策定し、感染症対策の管理体制が整備されています。感染症マニュアルを作成し感染防止指導者研修、感染防止初任者研修が実施されています。また、法人の運営会議では各事業所の感染状況や対応などが地域の状況と合わせて報告され、感染症のまん延防止対策が取られていました。</p>		
39	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	b

	的にやっている。	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時事業継続計画（BCP）が作成され、危機管理委員会を設置し、防災計画を消防署に提出しています。定期的に災害時防災訓練を実施し、行政が実施するシェイクアウト訓練にも参加しています。また、訓練実施後の検証確認も行われています。職員の安否確認には isis 緊急連絡網システムを利用し、定期的に送返信訓練が実施されています。備蓄に関しては防火管理者が中心となり管理されています。災害に備えた事前の準備や対策についてマニュアルはありますが、実情に沿ったマニュアルの見直しができていません。</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。		
40	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「そおれ支援体制」に標準的な実施方法が文書化されています。職員の経験年数による知識や技術の差を埋めるために OJT 研修が実施されています。職員行動規範にはプライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示され、利用者の個性に合わせて対応されています。</p>		
41	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月開催される個別支援会議や現場支援会議で福祉サービスの標準的な実施方法の検証や見直しが行われています。福祉サービスの標準的な実施方法については、支援体制に明示され、定期的に検討、見直しが行われています。「そおれ支援体制」による標準的な実施方法について、職員や利用者等からの意見や提案を検討した記録が確認できません。</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。		
42	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全職員が参加する個別支援会議で利用者や家族の意向を把握し確認しています。サービス管理責任者が各部門の担当者の意見を集約、調整して個別支援計画の決定までを統括しています。ニーズ整理表を活用した利用者一人ひとりの意向を汲み取り、強み（ストレンクス）に着目した個別支援計画を策定しています。</p>		
43	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は6か月に一度見直されています。全職員が参加する個別支援会議で利用者の意向を把握していますが、同意を得るための手順を文書化していません。</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。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 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。	b

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況やサービスの実施状況等は統一した様式に記録し、ネットワークシステムにより職員が情報を共有する仕組みができています。記録する職員によって、記録内容や書き方に差異が生じないように、職員への指導が行われていません。</p>		
45	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規定にもとづいて、利用者に関する記録の保管、保存、破棄、情報提供に関する規程が定められています。個人情報保護規定に記録管理責任者を設置していますが、職員に対しての定期的な研修は行われていません。</p>		

## 障害者・児福祉サービス版内容評価

### 評価対象 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		
A①	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個々の行動にルーティンがあり、それに合わせた利用者の主体的な動きについては活動場所やタブレット、雑誌を利用して個別支援を行っています。生活に関わるルールについては利用者と話し合う機会の取組ができていません。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書、重要事項説明書等は、利用者個別支援計画に綴じてあり、利用者に周知されています。職員は、権利擁護に関するチェックを月に一度、権利擁護チェックリストを利用して実施しています。また、実施する内容もわかりやすい方法で取組まれています。身体拘束廃止会議やそれに付随する記録があり、研修も定期的実施されています。虐待の通報手順のマニュアルや研修記録もあり、職員に対して周知されています。</p>		

### 評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の自律・自立生活支援に向けて、個々のスケジュールを作成しています。また、利用者が視覚で確認できる資料を使った取り組みが行われています。行政手続きや生活関連サービス等の利用支援については取組が出来ていませんが、同法人の施設との支援を検討しています。</p>		

A④	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個々のコミュニケーション手段に応じて、絵や写真を使うことや言語のひらがなや言語以外のジェスチャーでのコミュニケーション方法を活用して支援しています。必要に応じて利用者の連絡帳等で保護者への内容確認を実施しています。</p>		
A⑤	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の支援や家族からの相談については、職員からサービス管理責任者を通じて全職員へと周知しています。利用者の意思表示については、エリア内での本人の様子や動作、写真等の視覚情報にて確認していますが、利用者への意思確認に工夫が求められます。</p>		
A⑥	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画にもとづき、選択できる日中活動が実施されています。モニタリング調査の結果を踏まえて、日中活動と支援を見直し、また利用者の日々の状態に合わせた活動支援も行われ、好きなことを継続できるような工夫をしています。地域の様々な日中活動の情報支援は案内のチラシを掲示する、案内のチラシを連絡帳に入れる等していますが、利用者支援にはつなげていません。</p>		
A⑦	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内で行われる各種研修に参加し、発表、グループワークを行い、専門知識の習得や支援の向上を行っています。不適応行動などの行動障害については、活動場所やエリアの変更、時差で行動するなどの支援方法を見直し、環境整備を行っています。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事の嗜好調査は年一回、確実な情報を得るため、連絡帳で利用者の好きなものを家族に聞く、または、イラスト、写真等を使って利用者が指さしで選択する等しています。食事の提供は外部委託の為、その調整はサービス管理責任者が行き、利用者の状態に合わせて食べやすい一口大にするなどの変更にも対応しています。入浴は同性の対応により適切に行われており、排泄支援も利用者の様子を見てそのサインを見逃さず対応しています。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>トイレ、浴室や活動エリアの清潔は保たれています。日中活動の場は利用者の特性や活動内容に合わせて、使いやすいように配慮されています。必要に応じてパーテーションで仕切り、他の利用者とのスペースを取るなど工夫もありますが、床で横になって休んでいる方のすぐ</p>		

横を歩く時もあるので、安全面での配慮が必要です。		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>生活動作の中で階段や空きスペースを利用して、運動機能の維持や向上を図る工夫が見られます。また運動器具を設置して自由に使うことが出来ます。生活訓練は、個別支援計画に沿ってカードを使ったり、タイマーで時間を知らせたりする様子が確認できましたが、利用者の状況に対応した機能訓練・生活訓練の専門職の助言や指導にもとづく訓練と定期的なモニタリングによる支援の検討・見直しが実施されていません。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の健康状態等については、連絡帳や送迎の時に口頭で伝えていきます。体調変化等の対応については、支援員から本部の看護師に連絡し、看護師の判断のもと保護者に連絡後、かかりつけ医につなげています。一方、利用者の健康管理についての職員研修や職員の個別指導は取組ができていません。</p>		
A⑫	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>服薬等は医務室で一元管理され、薬情ファイリングは薬の説明書を綴じられて医務室に保管しています。またアレルギー疾患については医師の指示のもと対応して医師の指示書は本部で保管しています。安全管理体制の構築については、看護師と情報を共有し、てんかん発作の対応や記録の取り方等学習の機会もあります。てんかんの発作についての研修は定期的に行われ記録していますが、医療的な支援に関する職員研修は定期的には行われていません。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会参加に関する情報については、相談支援専門員から利用者へ情報提供等を行っていますが、利用者の希望や意向を尊重した社会参加や学習の取組のための支援は行われていません。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域生活を継続するための支援については、個々の家族の状況に合わせて法人内の入所施設やショートステイの支援が行われていますが、地域生活への移行のための希望調査や意向の把握をしていないため、意向に沿った支援が行われていません。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	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	b

	る。	
<コメント> 日常的な家族との情報交換は、連絡帳で行われています。体調不良や急変時は、看護師に連絡して指示を仰ぎ、家族に電話連絡するよう周知しています。行政手続き等対応が困難な家族へのサポートは、現場支援会議などで話し合っ対応していますが、家族との連携や交流を目的とした保護者会や報告会等の場がありません。		

### 評価対象 A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A16	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。	非該当
<コメント>		

### 評価対象 A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A17	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。	非該当
<コメント>		
A18	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。	非該当
<コメント>		
A19	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。	非該当
<コメント>		