

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

② 施設の情報

名称：若竹の家		種別：障害者支援施設	
代表者氏名：施設長 稲垣志郎		定員（利用人数）：施設入所支援：26名 短期入所：併設型2床、空床型 生活介護：40名	
所在地：鳥取県倉吉市みどり町3576番地1			
TEL：0858-22-2978		ホームページ： https://kibounoie1958.com	
【施設の概要】			
平成9年4月更生施設「希望の家」から分離・独立し、授産施設「若竹の家」として定員30名で出発。			
平成17年10月のグループホーム立ち上げに伴い「通所部」を併設。			
平成23年10月1日に「障害者自立支援法」（現在、障害者総合支援法）による新体系に移行し「障害者支援施設 若竹の家」となります。			
同じく平成23年10月1日に設立された障害福祉サービス事業所つつじ作業所（就労継続支援B型）を令和5年4月1日に若竹の家に編入			
開設年月日 平成9年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 希望の家			
職員数	常勤職員：	名	非常勤職 14名
職員数	常勤職員：	46名	非常勤職 12名
専門職員	介護福祉士	13名	生活支援員 2名
	精神保健福祉士	1名	看護師 1名
	看護師	4名	GH世話人 5名
	栄養士	1名	GH夜間世話人 4名
	衛生管理者	1名	
	調理師	2名	
施設・設備の概要	洋室2人部屋13室	作業棟	
	食堂	娯楽室	
		事務室	

③ 理念・基本方針

◎基本理念

「人権尊重と社会参加」

ご利用者ひとりひとりを尊重し、社会参加の希望が持てるよう支援します。

「福祉サービスの充実」

障がいのある方が、心豊かに、安心・安全に生活できる環境と支援体制づくりを進めながら、福祉サービスの充実を図ります。

「地域との共生」

地域の人々に愛される施設づくりと、みんなが住みよい地域社会を築いていくことを目指します。

◎施設方針

1. 利用者に対して、必要な指導及び訓練を適切に行うものとする。
2. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって施設障害福祉サービスを提供するよう努めるものとする。
3. できる限り居宅に近い環境の中で、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町村、指定障害者支援施設や障害福祉サービス事業を行う者、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連帯に努めるものとする。
4. 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設の人員、設備及び運営に関する基準」に定める内容のほか関係法令を遵守し、事業を実施するものとする。

④ 施設の特徴的な取組

◎利用者に対してその自立を社会経済活動への参加を促進する観点から、保護並びにその更生に必要な指導及び訓練が適切に行なわれています。

・生活介護（日中の支援）

障害や年齢・適性・希望等を配慮しながら、農業班・ハッピー班・スマイル班・オアシス班の4つのグループの中で創作活動や生産的活動の機会の提供や近隣の神社清掃を年数回実施し地域への奉仕活動が行われています。

◎利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って施設障害福祉サービスを提供できるよう努めておられます。

個別支援計画作成時には本人の意思決定支援の充実を図り、強度行動障がいをもつ利用者への支援体制の強化（研修、データ等に基づく適切な支援）および環境面における配慮に取り組まれています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年9月1日（契約日）～ 令和7年2月14日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（令和3年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○利用者の権利擁護に関する取り組み

「人権尊重」の基本方針に沿って、苦情解決・虐待防止委員会を設置されており、虐待の芽に早い段階で気づける取り組みとして、週に1回、職員倫理綱領の読み合わせを行ない、月に1回セルフチェックを実施され職員の人権意識の強化が行われています。

○強度行動障がいをもつ障がい者への支援体制の充実

支援員は強度行動障害基礎研修を全員が受講されており、更に応用研修等の受講を予定されています。エール発達障がい者支援センターより、随時コンサルテーションを受け支援の質の向上につげられています。また、支援シートを作成され、職員が共通理解できるように努めておられます。

設備環境面においても個室対応等の配慮も行われています。

◇改善を求められる点

●人事考課制度の面談について

職員の総合的人事管理・考課制度の導入を令和2年度から開始されていますが、より充実した取り組みになるよう年度当初の目標確認、中間の進捗状況確認、年度末の目標達成確認および評価、アドバイスを実施される年3回の面談の機会を職員と持たれることを期待します。

●利用者の心身の状況に応じた機能訓練

現在生活訓練を中心にラジオ体操等は行なわれていますが、利用者の高齢化が進んで来られている現状として、機能訓練の専門家からのアドバイスの機会を持たれることに期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

2回目の第三者評価受審となりました。

前回受審した時は、コロナ禍で支援が不十分となることが多々ありました。徐々に以前のような対応に戻っていますがまだ十分な支援ができているとは言えない状態です。

ご利用者の重度・高齢化に伴う機能訓練について、専門職からのアドバイスの機会を設け身体機能維持に努めていきます。

職場環境整備、人事管理・考課制度による職員育成についても改善をしていきます。

今後もサービスの質の向上を図り、ご利用者のよりよい生活に繋げて参ります。

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。

平成２７年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けた取り組みの余地がある状態）

「c」 「b」以上の取り組みとなることを期待する状態

第三者評価結果（障害者支援施設）

共通評価基準（45 項目）

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
＜コメント＞ 法人の基本理念は明文化され、パンフレット、ホームページにも記載されています。 各事業所内に掲示されています。 基本方針は年度当初に事業計画に記載・配布され、職員会で職員への周知が図られています。 利用者に対しては分かりやすい文面にし、掲示されています。		

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。	a
＜コメント＞ 施設外研修や自立支援協議会、知的障害者福祉協会等の会議に於いて情報収集をされています。 福祉新聞、機関紙、県からの文書等から福祉全体の状況を把握され、各部署の代表が出席される運営委員会を開き、その後職員に周知されています。 運営委員会で毎月の利用者数、サービス報酬の推移を前年度と比較され、また、年間の利用者数や報酬状況を前年度と比較し、過去のサービス報酬の年度推移を分析されています。 将来計画部を設置され、鳥取県のサービスの需要状況や施設整備補助金の状況を確認されています。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
＜コメント＞ 法人運営部で運営上の課題が発生した場合は議題として取り上げ、検討されています。 将来計画部に於いても課題や問題について取り組まれています。 理事会で課題への取り組みに対して意見やアドバイスをもらわれています。 毎月の運営委員会にて、法人全体の現状を報告され、具体的な取り組みについて検討が行われています。		

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。	a
〈コメント〉 将来計画部が計画を策定され、実施状況の確認と見直しを行っておられます。 中・長期の収支計画も作成され、中期計画は今年度が最終年になり、評価し、次年度に向け新たな中期計画が策定されます。		
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。	a
〈コメント〉 将来計画部に於いて、単年ごとの中・長期計画の進捗状況の確認と見直しが行われています。 計画の遂行に向けた取り組みが各部署、委員会で行なわれています。		
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。	a
〈コメント〉 毎年、前年度の反省をもとに各部署で事業計画を協議し、年度始めの職員会で報告されています。 年度の途中で見直しを行ない、必要に応じて職員会で報告されています。 年度末に各部署で反省を行ない職員会で報告が行われています。 将来計画部にて事業計画の評価を行ない見直しが行われています。		
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
〈コメント〉 利用者に対しては自治会を定期的開催し、特に年度当初には年間の計画、運営体制の説明が行われています。 コロナ禍になり、例年開催されていた年度当初の保護者総会においての説明が難しい状況です。その際には保護者からの要望に応じた事柄の説明も行われています。 広報誌の送付は行われていますが、保護者総会に欠席された家族への総会資料の送付は行われていないようです。家族との信頼関係を築かれるためにも、広報誌と一緒に知っていただきたい事業計画についてまとめた簡潔な文書を送付される工夫に期待します。		

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。	a
＜コメント＞ サービス評価委員会による自己評価を行ない、サービスの評価、見直しが行われています。また、年3回の職員会議で利用者へのサービスの年度計画、見直し、反省が行われています。 毎月虐待のセルフチェックに氏名を記入し、全職員で行ない、内容の確認をし、結果をまとめ閲覧されています。内容によっては個別対応も行われています。 利用者へは、毎年満足度調査を実施され、アンケート結果は広報誌にも載せられています。保護者に対してもアンケートを実施され、サービス評価委員会で見直しが行われています。福祉サービス第三者評価を受審され、自らのサービスを振り返る機会を持たれています。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。	a
＜コメント＞ 自己評価の結果に基づき、サービス評価委員化で課題を明確にされ取り組まれています。 利用者に対する支援について、具体的に良い例、悪い例をあげ職員全員で考え、気づきを見つける取り組みが行われています。 第三者評価の結果からの課題改善に向け取り組まれています。		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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。	a
＜コメント＞ 運営方針等を明文化され、職員会議等必要に応じて、職員に対し理解が図られています。 職務分掌を文書化され、管理者の役割と責任を明確にされています。 有事の際の役割と責任、不在時の権限委任は明確にされています。（自然災害BCP作成） 新年度から施設長に就任され、広報誌に思いを表明されました。		
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。	a
＜コメント＞ 管理者は関係する研修や勉強会に参加され、職員についても法改正、労働環境等に対応できるよう、研修会への参加を促されています。 必要に応じて幹部職員等に対して指導をされています。 関係法令等の書籍を職員がいつでも閲覧できるように事務所に配置されています。		

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。	a
＜コメント＞ 日常的に施設内のラウンドを行ない、利用者、職員の様子に気を配り、施設全体を見て改善点を探されています。 毎月の開かれていた運営委員会等で施設内の諸問題の把握に努め、自らの考えを示し、指揮されています。 虐待防止委員会の責任者として、積極的に参画されています。 内部・外部の職員に応じた教育・研修の指示を出し実践されています。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	b
＜コメント＞ 経営状況を見て、業務全般のチェックを行ない、必要に応じて各部署に指示、指導が行われています。 毎月の運営委員会で利用状況等を報告し、改善が必要な場合は検討されています。 今後、職場環境整備として、生産性の向上に向けた、職員の負担軽減につながるＩＣＴの導入やノンコンタクトタイム等の取り組みに期待します。		

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
＜コメント＞ 法人全体としての職員の確保、定着、育成についての計画はあり、それに向けての取り組みは全職員が周知されています。 ハローワークでの人員募集や福祉就職フェアにも参加されていますが、職員不足に対し、今年度から予算化され求人サイトでの支援員の募集も始められています。 鳥取県主催の障がい者支援に特化した支援者養成研修を年度ごとに計画的に受講できるよう計画し、体制を整えられています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
＜コメント＞ 理念に基づいた倫理綱領の読み合わせを毎週行ない、法人が期待する職員像を周知できるよう図られています。 職員が自ら将来の姿を描くことができるよう、令和2年度から総合的な人事管理・考課等が行われています。		

キャリアパス表の配布、説明が行われ、人事基準の周知が図られています。		
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り組んでいる。	a
＜コメント＞ 職員の就業状況を定期的に把握され、安全や健康状態に配慮されています。 有給休暇の取得や超過勤務時間の把握、希望休を受け付け、育児中の職員の時短勤務、男性の育児休暇取得の可能なことも周知されており、ワークバランスに配慮した職場環境になるよう取り組まれています。 産業医のもと衛生委員会を実施され、職員の身体およびメンタル面に配慮した職場作りに努めておられます。 月1回社会保険労務士への相談日を設け就業規則の見直し等、より働きやすい職場になるよう随時改善に取り組まれています。		
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。	b
＜コメント＞ 令和2年度より、総合的な人事管理・考課制度導入されています。 職員一人ひとりが目標設定をされ、面談の際に目標を確認し、取りたい資格や受けたい研修の聞き取りも行われています。 現在面談の機会が1回ということで、目標確認、進捗状況、目標達成度の確認ができる機会を設けられ、評価結果に基づく助言等も行っていていただくことに期待します。		
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。	a
＜コメント＞ 年度当初に職員研修計画を策定され、各職員に提示され周知が図られています。 職員のキャリアに応じた適切な教育・研修となるよう配慮し、計画されています。		
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。	a
＜コメント＞ 職員のキャリアに応じて、適切な教育・研修を偏りなく受講できるよう配慮されています。 研修履修簿を作成され、各部署の責任者が把握され、声かけも行われています。 3年、5年の階層別研修、公開講座への参加。 新規採用職員にはOJTで仕事の進捗状況を確認されながら進め、それぞれの状況に応じて指導・助言・相談が行われています。		
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。		
20	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	a

	について体制を整備し、積極的な取組をしている。	
＜コメント＞ 事前にオリエンテーションを実施され、受入れマニュアルに従い、支援業務全般や専門的な内容が効果的に体験できるようプログラムが組まれています。 実習連絡会に参加され、他施設等と情報交換を行っておられます。		

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。		
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。	a
＜コメント＞ ホームページに理念・基本方針、事業内容、現状報告、財務状況等が公開されており、ワムネットにも財務状況、第三者評価受審結果等の公表をされています。 事業報告書等を玄関窓口に置かれ、施設に来られた方が閲覧できるようにされています。 また、法人の広報誌に行事や活動、生活の様子を載せられ、地域に配布されています。		
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。	a
＜コメント＞ 定期的に内部監査を実施されています。利用者から現金を預かることはありません。 経理に関しては定期的に税理士の指導を受けておられます。		

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。		
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
＜コメント＞ 基本方針（理念）にも「地域との共生」が文書化されており、地域との交流もコロナ禍前に戻りつつあり、小規模ではありましたが、地域の方との交流された施設行事の「きぼうまつり」を開催され、地域の神社の清掃活動も行われました。 地域の学習会等に積極的に参加し、地域の理解を得るよう努めておられます。 近くのコンビニにも買物に行かれたり、「よりよいくらしのために」（冊子）も活用され、社会資源の利用も行われています。		
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

＜コメント＞ ボランティア担当職員研修を受講した職員を担当者として配置され、必要に応じて募集、受入れが行われています。 ボランティア受け入れマニュアルを作成され、基本姿勢を明確にされていましたが、コロナ禍になり、ボランティアの受け入れも中断されました。元のようにボランティアの受入れが行われていないということもあり、マニュアルの見直しを行ない整備されるよう期待します。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 施設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
＜コメント＞ 福祉事務所、相談支援事業所、支援センター等の関係機関と連携を取り、必要に応じて支援会議を開かれています。 社会資源のリストや資料を作成され活用されています。		
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
＜コメント＞ 倉吉市の障害福祉計画作成に携わられたり、自立支援協議会に参加され福祉ニーズの把握が行われています。 依然として地域との交流が活発に行なえない状況にありますが、少しずつ交流の場が広がるよう期待します。		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
＜コメント＞ 災害時等の要支援者の受入れに対して福祉避難所として倉吉市と協定を締結されています。 地域の保育園との交流や小学生の体験交流を受け、障がい者の理解についての学習の場を提供されています。 倉吉市社会福祉協議会と連携を図り、生活困窮者の自立を支援されています。 地域のこども食堂に職員を派遣され協力されていたが、コロナ禍になり現在は中断されており、再開されれば協力される予定です。		

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
＜コメント＞ 理念や支援方針、倫理綱領で利用者主体の支援について明示され、定期的なミーティングや職員会議等で人権や虐待防止、権利擁護等について職員の理解を深めておられます。 倫理綱領を職員に配布し周知を図り、目にしやすい出退勤タイムカードの場所や各事業所に掲示されています。 年に2回以上サービス提供の状況についてモニタリングを個別に実施され、個々の意向を本人・担当者に確認して支援計画に盛り込まれています。 利用者の人権等について、職員は定期的にセルフチェックを行ない、担当者が確認し必要に応じて対応されています。また集計した結果は都度職員に掲示されています。 人権等に関連した外部研修に参加、必要に応じて内部研修も行われています。		
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
＜コメント＞ 連絡会等で定期的に権利擁護についてのテーマで話し合う機会を持たれています。 倫理綱領の読み合わせを定期的に行ない、権利擁護についての意識づけが行われています。 利用者の生活の質等に関する部署を設け、その都度環境や支援について話し合われています。 2名の居室はカーテンで仕切る工夫をされています。 ポータブルトイレを使用される方は極力個室になるよう配慮されています。 広報誌等の写真掲載許可は本人・家族に確認され、同意されています。		
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。	a
＜コメント＞ ホームページにて理念やサービス内容等を公表されています。また、年3回広報誌を作成され、市町村、地域の公民館、福祉関係機関に配布され、情報発信が行われています。 各事業所の資料を閲覧できるように玄関先に掲示されています。 要望に応じて、随時見学、体験を受け入れられています。 要望に応じて来所者にパンフレット等を配布されています。 短期入所を利用しての体験も可能です。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	b
＜コメント＞ サービス開始に時には、利用者およびその家族に意思を確認し、契約を交わされ、その際にはパンフレット、重要事項説明書でサービス内容や料金等を説明されています。 サービス内容に変更があった場合には、利用者や家族等にその都度サービス管理責任者が書面		

で説明されています。 意思決定が難しい利用者には、より身近な支援者が定期的に意向を推測し、サービス変更等の重要な場面の際には、家族を中心に外部関係者等できるだけ多くの関係者による会議を開催する等配慮し、総合的に判断されています。 サービス変更の選択にあたっては、地域移行の取り組みを現在進めており、本人の意思を確認されている状況です。		
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。	a
＜コメント＞ サービスの変更に等にあたり、変更先の事業所、病院、支援センター等関係者との連携が図られています。 退所時には解約の手続き、預り品の引き渡し等書面で引き継ぎが行われています。 退所後の相談があれば、サービス管理責任者がその都度応じ、できるだけ丁寧に対応されています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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、取り組んでいる。	a
＜コメント＞ 随時、意見・要望を聞かれています。 サービス評価委員会を設置され、満足度調査を利用者および家族に等を対象に行っておられます。アンケート結果は広報誌に掲載され、不満等に対しては迅速な対応を心がけ、その結果を報告されています。 年に2回程度サービスのモニタリングと合わせて、満足度についても聞き取られており、毎年嗜好調査も行われ、献立に反映されています。		
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。		
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。	a
＜コメント＞ 法人で苦情解決委員会を設置されており、各事業ごとに担当者を配置され、掲示されています。 サービス開始時に利用者、家族等に重要事項説明書を用い仕組み等の説明が行われています。 苦情内容に応じて、関係者で検討、対応されています。また、できるだけ共通認識され、サービスに反映できるよう図られています。 法人で第三者委員を設け、定期的に連絡会を実施されています。		
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。	a
＜コメント＞ 随時、相談や苦情を受け付け、対応をされています。 毎月相談日を設け、相談室で個別に話を聞く機会を設けておられます。		

利用者の会の際に思いを伝えられる方もあります。 自ら訴えることが難しい利用者については、毎朝の健康チェックや食事の場面等で些細な変化も見逃さないようにされ、不快・不満等をできるだけ汲み取れるよう心がけておられます。		
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。	a
＜コメント＞ 苦情解決事業実施要綱の解決の手順に従い対応されています。 月に一度、各事業所の担当者が集まり、情報交換が行われています。 利用者からの意見、要望は受付記録に残し、できるだけ迅速に対応できるよう心がけ、時間を要する場合はその旨伝えられています。 回答された結果についても情報共有が行われています。		
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
＜コメント＞ 法人内に安全委員会が設置されており、事故が発生した場合にはインシデントレポートをもとに検証・分析を行ない、再発防止策に取り組まれています。 衛生委員会、安全委員会で毎月安全点検を実施されており、危険な状況が予測された場合には、事前に予防策が講じられています。 送迎時の事故を防ぐために外部の業者に頼まれています。		
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
＜コメント＞ 法人として感染症マニュアルを整備され、職員に周知され、看護師を中心に研修も実施され、予防、拡大の防止が図られています。 感染症の発生が予測される時期には、ケアによる二次感染を防ぐための訓練をマニュアルに従い、実施されています。 新型コロナウイルスについては、特化した対策本部を組織されています。 状況に応じて定期的にマニュアル等の見直しが行われています。（感染症BCPも含む）		
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的に行っている。	a
＜コメント＞ 法人内に防災管理部を設置され、防災計画等を作成され、消防署と連携を取り、災害時に備え定期的に避難訓練を実施されています。 自然災害BCPの作成も行われており、非常時の職員の連絡体制、利用者の安否リスト等を作成され、定期的に訓練が実施されています。また、夜勤者の動きを想定した夜間訓練も行われて		

います。

食料や備品等も非常時に備え備蓄されています。

グループホームは各ホーム、土砂災害警戒区域に立地されているため、防災担当者会議を開き、気象情報等を把握され、施設避難等の対応が図られています。

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
＜コメント＞ 年度当初に生活部、苦情解決・虐待防止委員会・身体拘束委員会が作成された各種マニュアルが全職員に配布され、周知が図られています。 新任職員に対しては必要に応じて、主幹等がマニュアルに従ったサービスが実施できるよう個別に指導されています。 毎月の運営会議においてもケアの見直しが行われています。 強度行動障がい者の対応についてのマニュアルも作成されています。		
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。	a
＜コメント＞ 定期的、あるいは必要に応じて会議を開き、見直しが行われています。 各部署で確認をされ、変更点があれば伝えられています。 個別支援計画に基づき、必要に応じて個別の支援手順書を作成され、状況の変化に応じて見直されています。 年に最低2回、モニタリングを実施し、必要に応じて見直しをされています。		
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
＜コメント＞ 事業所のアセスメントシートを用いアセスメントが行われています。 サービス管理責任者、担当支援員、看護師等の関係職員による個別支援会議を開き、利用者の状況やニーズを把握し策定されています。 年に2回以上モニタリングを実施され、必要に応じて計画の見直しが行われています。 困難なケースは個々の状況に応じてケース会議を開催され、共通理解し、支援の充実を図られています。 必要があれば、専門機関のコンサルテーション等他機関を利用し、適切な支援が行えるよう工夫されています。(強度行動障がい者の対応について皆成エールからのアドバイス)		

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
<コメント> 半年に1回、検討会議において関係者が集まり、評価・見直しが行われています。 状況の変化や入退院時等必要に応じて、随時見直しが行われています。 利用者の高齢化、車椅子利用の方が混在されている状態のため、それぞれに対応の課題もありますが、解決策のひとつとして医師の指示のもと定期的にマッサージを受けておられる方もあります。		
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。	a
<コメント> 各事業所ごとに統一した様式で記録し、全ての職員が閲覧できるようパソコン内で管理されています。 ローカル・ネットワークを整備され情報を共有されています。 モニタリングの際には担当支援員を中心に行なわれており、記録の振り返りを行ない、注意すべき点、変化した所などを確認し、個別支援計画の素案作りをされ、サービス管理責任者に提出し、原案を作成されており、よりよいサービス提供ができる仕組み作りが行われています。		
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。	a
<コメント> 運営規程、個人情報管理規定に基づき管理されています。 職員は入職時に誓約書に署名されています。 契約時に個人情報の取り扱い、保存および守秘義務について利用者・家族等に説明が行われています。		

内容評価基準（障害者・児福祉サービス版 19 項目）

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。	a
<コメント> 支援計画作成時には、利用者へ聞き取りを行ない、意思を汲み取れるよう個別支援計画が作成されています。 自分の意思を十分に伝えられない場合は生活背景を考慮し、意思を推測されています。 モニタリングで発展を促せるよう取り組まれています。		

毎月の利用者の自治会で意見を出し合い、施設内でのルールを決められることもあります。		
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
<コメント> 法人全体として苦情解決のシステムを確立されており、職員倫理綱領を週に一度読み合わせることで、人権意識、支援の基本、自己研鑽が図られています。また、定期的にセルフチェックを行ない、振り返りをされています。 人権意識、専門知識の習得等の講習会に積極的に参加され、事業所内での伝達講習も行われています。		

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。	a
<コメント> 利用者の自立支援につながるよう個別支援計画を作成し、支援が行われています。 自分で洗濯や掃除のできる利用者に対しては、取り組み日を決め見守っておられます。 感染症対策のために他の方との距離を取るなど買物や外出時に注意をされながら、外出支援が行われています。 グループホームへ移行したいという意思の利用者もおられるので、自立に向けた支援が行われています。		
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
<コメント> 必要に応じて、筆談等を用いて支援をされています。 全盲の利用者には毎日の給食の献立の説明が行われています。 ほぼみなさんがYES、NOをはっきりと意思表示されています。		
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。	a
<コメント> 個別支援計画作成時には、本人の将来的な希望の聞き取りが行われています。 年2回、本人・支援者に話を聞く機会を設け、家族からは電話や面会の際に意見・要望を伺っておられます。 朝礼や終礼で、支援員が適切な支援が行えるよう、利用者の状態を把握された事を情報共有されています。		

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。	a
<コメント> 個別支援計画に基づいた日中活動の支援を個々や各班で充実した活動となるよう工夫されています。 クラブ活動（毎水曜日）でお楽しみ会、おやつ作り、ドライブや畑での作業、レクリエーションが行われています。 職員は、利用者が選択できるよういろいろなメニューを用意されています。 モニタリングを定期的に行ない、その都度より良い支援の提供になるよう努めておられます。		
A⑦	A-2-(2)-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
<コメント> 支援員は強度行動障害基礎研修を全員が習得されており、更に応用研修等の受講を予定されています。 利用者への支援について、朝礼、終礼等で都度話し合い、職員間での支援方法の理解と周知が図られています。 強度行動障害の方の支援計画シートを作成され、職員が共通理解できるよう取り組まれています。		
A-2-(2) 日常生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。	a
<コメント> 個別支援計画に基づいた入浴・排泄支援が適切におこなわれています。 食事については給食委員会を設置され、毎月食事の支援や内容を検討され、利用者への嗜好調査も行われており、安全で楽しい食事になるよう工夫されています。 必要時にはその都度対応されています。		
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。	a
<コメント> 定期的に生活の日を設けて居室の掃除が行われています。自立している方は自分で居室の掃除をされています。 食堂は当番を決め、毎食後、トイレは日に2回掃除を行ない清潔保持が行われています。 居室は基本的に二人部屋ですが、利用者の人間関係や障がいに関心した居室変更が行われています。 トイレや風呂場に手すりや滑り止めを設置され、安全に配慮されています。		
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	b

	ている。	
<コメント> 個々に適した生活訓練を実施されています。(立位、マッサージ、手指を動かす、歩行等) 年に数回生活能力向上のために介護聴覚士に來所していただき、直接様子を確認、機能維持のアドバイスを受け、生活力がつくよう訓練されています。 毎朝ラジオ体操も行っておられます。 機能訓練のための理学療法士や作業療法士の専門職からのアドバイスの機会を持たれることに期待します。		
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。	a
<コメント> 朝礼或いは昼ミーティング、終礼で利用者の状態を把握されています。 定期的な嘱託医の往診を受け、日常的に適切な体調管理が行われています。 看護師は「てんかん発作講座」を受講されています。 関係医療機関との適切な連携が図られています。		
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。	a
<コメント> 服薬手順書・食事提供書が整備されており、健康チェック表に基づき安全に医療支援が行われています。 薬局から配達された薬は看護師による服薬の事前チェックを行ない、服薬時には本人に手渡し、飲み終わるまで見守り、確実に飲まれているかの確認をされています。 施設内で感染予防研修を実施されています。 治療対応表の活用も行われています。		
A-2-(6) 社会参加・学習支援		
A⑬	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。	a
<コメント> 感染症対策をしながら、地域で行なわれている作品展時に会に出展されたりその作品を施設内でも展示され、意欲と楽しみにつながるよう配慮されました。 買物、散髪、自販機の利用、昼食の弁当購入等(買物は店内の客との接触・時間帯にも配慮)行なわれています。 地域移行を意識した行動ができるよう見守られています。 お盆や正月、連休の際には帰省される方もあります。		
A-2-(7) 地域生活への意向と地域生活の支援		

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支援を行っている。	b
<コメント> 地域移行への取り組みとして意向調査アンケートを行ない、本人の意向を確認の上、今後グループホームの見学、体験を計画されています。		
A-2-(8) 家族との連携・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。	a
<コメント> 帰省については利用者・家族の要望を伺いながら個々に対応されています。 要望があれば家族と電話で連絡がとれるよう支援されています。 在宅で通所の方は連絡ノートも活用し、家族との情報共有が行われています。		

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 支援の基本		
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。	評価対象外
<コメント>		

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。	評価対象外
<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。	評価対象外
<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。	評価対象外
<コメント>		