

## 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) ひばり福祉支援センター

### ②施設・事業所情報

名称：みはらしの里		種別：施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名：施設長 高井 昌弘		定員（利用人数）：60 名（短期入所 10 名）	
所在地：静岡県三島市字エビノ木 4745 番地			
TEL：055-985-2244		ホームページ：http://www.miharashigakuen.org	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 昭和 46 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：32 名		非常勤職員4 名
専門職員	（専門職の名称）名		
	看護師 1 名		サービス管理責任者 1 名
	管理栄養士 1 名		
施設・設備 の概要	（居室数）		（設備等）
	1 人部屋 24 室／2 人部屋 32 室		冷暖房・大浴場スロープ・脱衣場床 暖房・エレベーター2 基・業務用洗 濯機・乾燥機・自家発電装置等

### 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. 喜怒哀楽を分かちあえる絆を大切にします。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

日中活動は絵画療法・音楽療法・運動療法を中心に展開しています。  
それぞれの療法活動には外部講師を招聘し月に1回程度施設を訪問していただくことでご利用者へのアプローチ方法や職員のスキルアップのために指導を頂いています。  
また週に2回マイクロバスを使用してドライブに出かけ、近隣の公演を散策する等、屋外活動に出かけます。施設から箱根に近いこともあり桜や紅葉の季節には箱根にドライブへ行くことでご利用者にも四季を感じていただき、よいリフレッシュになっています。  
絵画療法では近隣の商業施設や公共施設での絵画展を定期的に行い、運動療法では県内のスポーツ大会、音楽療法では発表会への参加をするなど、地域方々に施設の活動を幅広く周知し、「知っていただく」という所にも力を入れています。

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年6月24日（契約日）～ 令和8年1月14日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	今回が初めて

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

○基本理念はわかりやすく明文化され、基本方針は基本理念を実現していくための具体的な指針となっております。主要会議の開催時には全職員で読み上げ、復唱することを継続的に実施されています。また、基本理念、基本方針は漢字が読めない方へのフリガナ表記の配慮があり、来客用玄関と各フロアの目につきやすい場所に掲示されています。施設見学者には基本理念・基本方針の内容を含むパンフレット、法人説明用のスライドが準備されており周知のための工夫がみられます。

○福祉サービスの質の向上に向けた取組みが組織的・計画的に行われ、自己評価の結果に基づき組織として取組むべき課題が明確になっています。複数年に渡り、自己評価の実施が継続的に組織全体で取組まれています。今回の第三者評価受審に向けた準備も徹底されておりました。福祉サービスの質を向上するために全職員を巻き込んだ仕組みが構築され、PDCAサイクルが機能しております。

○人材育成や教育の手法として、ファシリテート（議論を促進し、目標達成へと導くための舵取り役）の活用や5年目までの職員にはスーパービジョンに基づき、バイザー・バイジーを設定しています。スーパービジョンの制度により教育的機能、支持的機能を担保し、新人職員、サポートの必要な職員や異動で新しく仕事を覚えなければならない職員に対して、アドバイスやスキルアップのための取組みが行われています。

○個別支援計画、業務日誌、策定会議と各利用者に対してのPDCAサイクルが確立し、実施されています。

○コミュニケーションが難しい利用者が多い中でも長年に渡り、音楽療法、絵画療法、運動療法などの各種の療法を工夫して対応されています。中でも絵画については公的施設（市役所）や商業施設にて展示会を開催し、直接的交流が難しいまでも、できる範囲での地域交流、貢献に努められています。

○事故報告書、転倒報告書は些細なことでもしっかりと報告が徹底されています。また、報告内容をもとに再発防止への取組みと対応が図られています。

○日中活動で行う療法活動は個々の特性や興味に沿う形で、外部講師の指導のもと行われています。絵画療法を活かし、施設内の展示やポスター、カレンダーまたは外部施設への展示につなげ、利用者の励みになっています。また、運動療法を活用

し、オレンジマラソンに参加するという目標に向けて、歩行からランニングへと目標達成へつなげてく支援が行われています。

◇改善を求められる点

- 将来の構想は思案されている途中ではありますが、中・長期的なビジョンの具現化に向けた事業計画と事業計画を裏付ける財務面での収支予算の策定について、中・長期計画が文書化されていません。
- 事業を取り巻く環境や経営状況の把握・分析に基づいた単年度の事業計画は策定されていますが、中・長期計画が策定されていないため、中・長期計画と単年度計画のリンク（目標と重点施策が一致し整合している）が確認できません。  
また、中・長期による財務計画・人員計画との整合性が確認できません。
- 各種の検討課題について、課題解決の計画への落とし込みが行われるまでの評価、分析等の検討記録が確認できないものがあります。
- 個人情報の管理、記録（業務日誌）はネットワーク管理されています。セキュリティ会社が入っていますが、外部ネットワークにつながるパソコンでの管理なので、情報管理リスクの万全な対策と情報管理についての職員への研修等の意識付けは十分ではありません。
- 苦情解決の仕組みはありますが、苦情解決状況の公表が行われていません。
- 個別支援計画の見直し変更にあたり、家族への説明は行われていますが、説明内容が具体的に記録された書面がありません。
- 地域移行等の取組みについて、本人の意向と希望を尊重しながら、意欲を高め、地域資源を活用し、連携による支援が取り組まれていません。

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。

書類調査、ご利用者（ご家族）からの聞き取り、訪問調査など様々な角度から事業所の評価をしていただいたことで事業所としての強みや今後取り組むべき課題が明確になりました。

今回得られた調査結果は事業所のスタッフで共有し、評価していただいた箇所はさらに向上ができるようにし、改善に取り組んでいくことで“選んでいただける事業所”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>＜コメント＞</p> <p>法人の基本理念、基本方針は来客用玄関と各フロアに掲示され、ホームページやパンフレットへ掲載されています。漢字の読めない方への配慮としてフリガナ表示の工夫があります。職員への周知と理解を図る目的として、主要会議開催時の始めに全職員で法人の基本理念、基本方針を復唱する取組みが行われています。施設見学者にはパンフレットの配布の他、法人の基本理念、基本方針を含めた法人説明用のスライドを準備して活用されています。</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>＜コメント＞</p> <p>事業経営をとりまく環境の把握は、三島市の福祉計画策定会議に職員が出席するなど、行政との連携を図ることで、地域の各種福祉計画の策定動向や内容も的確に把握されています。また、経営状況は各年度の事業計画策定、予算書策定、決算確定後の決算書類の実績から、課題の抽出と整理が行われ、運営会議で検討されています。経営状況の把握は行われていますが、分析におけるプロセスの検討記録が文書化されていません。</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>＜コメント＞</p> <p>経営課題を明確にするために、定例の運営会議、部門会議等で検討されております。役職者が知り得た情報は、会議により共有され改善策が伝達されています。経営課題は、定例の理事会、評議委員会で役員に報告、共有されています。法人の経営課題はトップダウンにより周知されますが、各事業所における課題は、定例の職員会議、フロア会議で問題提起され、</p>		

解決し難い課題は、ボトムアップにより本部関係者へ伝達され、協議できる仕組みを整えております。経営状況や改善すべき課題を全職員へ周知するためのプロセスについて、検討記録は文書化されていません。

### 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
<コメント> 制度改正リスクや報酬改定による経営上の影響を踏まえて、今後の方向性を見直している途中であり、中・長期計画書及び収支計画書は策定されていません。		
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
<コメント> 単年度の事業計画書及び収支予算書は策定されていますが、中・長期計画書及び収支予算計画が策定されていないため、中・長期計画の内容を反映した単年度計画となっていることが確認できません。		
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
<コメント> 事業計画の策定は、運営会議、部門会議により計画的に事業計画は策定されております。策定内容については、事業の主任、副主任と協議し事業所の課題を反映できるような仕組みとなっております。事業計画の方針や重点項目等は、年度初めに職員へ周知し、年度終了時には目標の達成状況の共有も図られています。事業計画の策定段階において現場職員からのヒアリング等による意見集約は行われていません。		
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> 事業計画の内容は、ホームページへの掲示や SNS 等の通信手段での発信が行われています。また、玄関に運営規定と共に誰でも閲覧可能な状態となっておりますが、家族への説明や事業計画の主な内容をわかりやすい資料や要約したものを配布するなどの取組みは行われていません。		

### 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

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けて、自己評価委員会を立ち上げて改善計画の策定や、計画についての取組みが実施されています。また、職員の倫理機能を自己チェックするための権利擁護チェックリストを活用した自己点検を定期的の実施し、その実施結果が分析可能なデータとして活用されています。その他に危機管理委員会等で検証されるヒヤリハット事例をフロア会議、合同職員会議の中で周知し、改善に向けた取組みが共有されています。利用者に向き合う姿勢を高めていく工夫として、ニヤリホットアンケート（支援現場で思わずにやりとすること、ほっとすることを支援者が共有して、支援サービスに活かしていく取組み）の実施や職員としての役割やエチケットマナーなど組織的に取り組まれています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己評価委員会が設置されており、第三者評価の基準書の内容をもとに自己評価が定期的に行われています。自己評価委員会の活動は継続しており、職員の参画による改善策・改善計画の策定、改善計画の実施による結果を組織の改善につなげる仕組みが構築されておりま</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>管理者の自らの役割や責任を職務分掌表に明示され、法人のホームページ上では「メッセージ」として表明しております。また、法人ならびに事業所が抱えている課題や案件を毎月の合同職員会議やフロア会議の開催時に伝達するとともに、目的意識を共有することで自らの役割と責任を表明されています。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委任等が災害マニュアルには記載されていましたが、BCP計画書への明文化はありません。</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>管理者自身が遵守すべき法令等の理解について、幅広く国や厚生労働省、専門職団体、自己が持っているネットワークなどから情報収集されています。関係部署が関わる法令等について、各分野、各部署が理解すべき各種法令のリスト化は行われていません。また、環境配慮や職員への周知、理解を促す取組みは十分ではありません。</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>＜コメント＞</p> <p>直接支援を行う職員の権利擁護チェックや危機管理委員会で検討されているヒヤリハット事例を検証することで、実施する福祉サービスの質の現状把握について、評価・分析に役立てており改善につなげています。評価・分析した内容については、主任がファシリテート（会議を生産的に進めるための手法）するフロア会議で共有され、具体的な目標を持って改善指導できるような体制にしています。ファシリテートの実践スキルには個人差があり、管理者として指導を徹底して将来の核になる人材を育成していくことが課題となっております。</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>＜コメント＞</p> <p>経営の改善や業務の実効性向上の取組みは、法人全体の管理職が参集して定期的に検討し、共有が図られております。人事・労務・財務の視点で、関与していただいている専門家からのアドバイスを受けるなど、人員配置改善、働きやすい職場環境づくりを目指して子育て世代でも業務に取組みやすい勤務体制の支援も行われていますが、職員全体に同じ意識を形成するためのプロセスについて、分析等の記録がありません。</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。		
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。	b
<p>＜コメント＞</p> <p>必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方として、新卒、中途を問わず人員配置上の基準以上の人材確保を目指して支援現場の質の向上を目的とした人材確保に取り組まれています。法人として社会福祉士、介護福祉士、保育士等の資格取得のための実習生を積極的に受け入れる考えではありますが、コロナ禍以降、学校側の希望に沿って受け入れているため、みはらしの里での実習生の受入れはほとんどありません。スーパービジョンを展開し、離職防止に努めておりますが、人材の確保が厳しい状況下での効果的な人材確保施策の実践が課題となっております。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>＜コメント＞</p> <p>法人の基本理念、基本方針を踏まえ、期待する職員像が明確化され、人事評価制度の導入とともに、キャリアパス要件を整備し、総合的な人事管理が運用されています。職員評価は分析チェックリストとキャリアパス要件を運用しながら目標管理シートを活用して、面談により行われています。職員が目標とするキャリアパス要件の周知は、全職員が閲覧可能なネットワークシステムに保存し、誰でも確認が可能な状態とされています。面談を通じて職員の専門性や職務遂行の状況、業務に向き合う姿勢、意向・意見等から評価・分析が行われていますが、改善策を正式な計画書に落とし込んで継続的に実施されていることは確認できません。</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>労務管理と実務担当管理の責任者・体制が明確化されています。職員の就業状況はデータ管理により定期的な確認が行われ、夜勤ローテーション職員には、夜勤業務の日数に偏りが生じないように、ワークライフバランスに配慮されています。また、子育て世代の職員に対しては、短時間勤務の導入や育児休業制度も最新の情報により規定に盛り込むなどの対応が行われていますが、職員との面談を通じて把握された意向や相談内容をもとに、福祉人材確保計画などに反映するための取組みの経過やフィードバックの対応記録がありません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像は明確化され、職員の目標設定はキャリアパス基準に示されています。職員一人ひとりの目標設定のための個人面談をかつては実施されていましたが、現状は実施できておりません。人事評価における定期的な面談は実施されていますが、個々の職員の成長を組織的に支え、育成につなげていくための積極的な面談や対応の記録は確認できません。</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>感染症研修、権利擁護研修が積極的に実施されています。個別のスキルアップを図るために任意参加で職員向けの毎週水曜日「すいようトレーニング」の特別研修企画を継続的に実施されています。期待する職員像は明文化されていますが、組織としての教育・研修に関する基本方針や必要な知識・技術水準、取得が望ましい専門資格などの計画は具体的には策定されていません。</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;</p> <p>新任職員については一定期間の見習い勤務を経て、課長・主任が判断し、単独勤務を許可されています。勤務歴が5年目までの職員に対してはスーパービジョンの手法により、バイザー・バイジーを設定して職員の教育や支持的機能を担保することで離職率の低下に取り組まれています。職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJT、階層別研修の実施、テーマ別研修の機会には十分には確保されていません。</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。		
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;</p> <p>実習生の受け入れに関する基本姿勢が明文化され、実習生の受け入れマニュアルと実習生の受け入れ時に説明される重要事項説明書が整備されています。実習生を受け入れる場合、実習計画を立案し対応することになりますが、コロナ禍以降、法人内の通所介護事業所での実習生は増えてきていますが、ここ数年のみはらしの里の入所施設での受け入れは実績がありません。</p>		



ん。入所施設の立地場所による物理的な交通手段等の課題も考えられますが、学校側との連携強化など積極的な受入れを実現するための検討や継続的なフォローは行われていません。

### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページや情報公開システム（WAMNET）へ、基本理念・基本方針・サービス内容・事業計画・事業報告・決算が外部公開されています。苦情・相談の体制や内容、苦情件数は公表されていますが、苦情内容にもとづく苦情解決状況の公表は行われていません。以前は「広報みはらし」を発行して地域の自治体などへ配布されていましたが、ホームページのリニューアルをきっかけに、フォトアルバムの作成、SNS ツールを活用したデジタル配信への代替え切り換えが行われています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務分掌規程・経理規程・契約規程等の各種規程等が整備され、全職員へ周知されています。財務会計に関する内部監査体制を構築し、外部の公認会計士・税理士の専門家が関与しております。年度決算時には財務会計に関する事務処理体制の向上に対する支援業務の報告を受け、月次監査実施後の指摘や必要に応じた助言指導内容を改善につなげています。また、職員の処遇や規定については、社会保険労務士が関与しており、法人運営に必要な助言を受けられております。</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。		
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>地域とのつながりを確保するためマイクロバスの貸し出しを地域の幼稚園などへ行っています。また、地域の商業施設や公的施設へ絵画療法による作品を展示会として出展され、直接的な地域の方々との交流は難しいながらも交流が広がるように取り組まれています。展示会へ職員と外出し、個々の利用者ニーズに応じて日常的な活動、支援に反映されています。利用者が理解しやすい配慮した情報提供や直接的な地域参加には至っておりません。</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>ボランティアや実習生の受け入れはコロナ禍以降実績としてはありません。受け入れ体制の整備については、わかりやすくマニュアル化されており、受け入れ体制は整っています。母体法人と</p>		

しては地域の学校教育へ協力されていますが、施設としては取り組まれていません。		
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。	a
<コメント> 三島市自立支援協議会へサービス管理責任者が定期的に参加し、地域の関係機関や団体と連携を図っています。事例検討など積極的に参加し、その内容は毎月の職員会議で報告され、報告書はいつでも閲覧でき、各職員へ周知されています。		
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。	a
<コメント> 三島市自立支援協議会へ役職職員が年に2回参加し、地域課題について話し合いを行っています。家族の高齢化や移動支援など具体的なニーズを把握し、三島市へ働きかけを積極的に実施しています。運営会議のなかで活動報告を行い、会議録は職員室にて閲覧でき、各職員へ周知されています。		
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
<コメント> 災害時には福祉避難所として指定を受けており、三島市との連携は明文化され、備蓄についても受け入れ人数を含め備えられています。三島市自立支援協議会への参加やマイクロバスの貸し出しによる地域貢献事業には取り組まれていますが、地域の福祉ニーズに応じた事業や活動は現在ありません。		

## 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> 組織の基本理念、基本方針が明示され権利擁護や人権の尊重については個別支援計画書の特記事項へ反映されています。身体拘束廃止に向け、月に1回は各フロアで会議が開かれており、定期的に状況把握、評価が行われ、会議録へ記録されています。支援日誌から全職員が支援計画を把握し、利用者を尊重した福祉サービス提供に前向きに取り組まれています。		
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> 個人情報の管理については責任の所在が明らかにされており、規定としてもマニュアル化されています。個々の支援計画の中にプライバシーに配慮された内容が組み込まれ実際の入浴		

や排せつなどの生活場面におけるプライバシーの配慮が行われています。利用者の特性から最大限に工夫された対応はしていますが、利用者が他人から見られたり知られたりすることを拒否する自由についての取り組みはありません。		
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> わかりやすく工夫したホームページを作成し、施設パンフレットは公的施設や関係機関に置いてあり、誰もが必要な情報を得ることができるよう配慮されています。施設見学者に対してもパンフレット同様のスライドを利用しわかりやすい説明が行われるよう工夫されています。		
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。	c
<コメント> 重要事項説明書に沿って、本人や家族へ個別支援計画についての説明を行っています。意思決定困難な利用者へは写真や絵を利用した説明を行うなど工夫した対応を行っていますが、同意を得るまでの過程や具体的な説明経過の記録はありません。		
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
<コメント> 福祉施設、事業所の変更時は先方担当者と情報提供の場を設置し、相談支援専門員など各担当者が立ち会って行っています。板書を写真で残し、業務日誌へも記録されています。申し送りや手順の具体的な内容の定めはありません。		
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、取組を行っている。	b
<コメント> コミュニケーション可能な利用者に対しては個別に担当職員と対話する時間を適宜設けています。内容は業務日誌に記録され個別支援計画に反映し、改善につながられています。全利用者や家族からの定期的な調査は行われていません。		
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。	c
<コメント> 掲示板へ苦情対応窓口や第三者委員を明示し、苦情解決の体制はマニュアル化され整備されています。苦情内容の報告書、改善内容についても記録され、会議において各職員間で共有されています。苦情件数の公表は行っていますが、苦情解決状況の公表は行っていない。		
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
<コメント> 利用者と居室で個別に話を傾聴する場を随時設けています。利用者の特性上、全利用者への		

周知は難しいが、日常的に言葉かけを行い、積極的に取り組む場を業務として確立していますが、利用者や家族へわかりやすく説明した文書はありません。		
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> 月に1回は権利擁護委員会を開催し、利用者の意見を積極的に把握されています。意見や提案は運営会議へ反映され、実際、温かい食事が食べたいという意見から温冷配膳車の導入に至るなど業務計画に反映され改善に至る事例もあります。		
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> 危機管理委員会が設置され、事故報告書、転倒報告書、ヒヤリハット事例の報告、分析が行われています。各フロア会議においてもフィードバックされ、再発防止に向けた対応については個別支援計画に反映され、各職員に会議を通して周知されています。リスクマネジメントの一連の流れを整備し、必要時は各対応マニュアルの見直しや追加を行っています。		
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> 感染症対策について事業計画により管理体制がマニュアル化され、対応についても医務マニュアルにより整備されています。マニュアルは職員室にて管理され各職員が随時確認できるよう設置されています。年に2回感染症対策の研修が全職員に対し実施されており、定期的な安全確保に関する予防策が講じられています。		
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> 事業計画により災害発生時の対応マニュアルが整備されています。利用者の安否確認方法は明確化され、備蓄確認は定期的な確認が行われています。職員の安否確認、出勤基準や確認は緊急連絡システムを利用した方法が確立されています。指揮系統についても明文化されています。日中だけでなく、夜間を想定した訓練を定期的の実施し、訓練後には振り返りを行い問題点の見直しについて記録されています。		

## 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> 利用者一人ひとりに対しての支援計画書が作成されており、特性を踏まえた標準的な支援の実施方法が明確化されています。計画書は職員室で管理され、各職員が常時確認し日々の支援対応を行っています。新入職員に対しての指導体制を確立し個別指導体制を確立していま		

す。各フロア会議において振り返りを行い、サービスの実施について確認が行われており、フロア会議録へ記録されています。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援策定会議が6カ月に1回実施され支援計画を定期的に見直ししています。個別支援策定会議には多職種が参加し、各利用者のニーズの整理を行い、個別支援計画や生活介護支援計画に反映しています。フロア会議により各職員への周知を図り、標準的なサービスの実施に対しての振り返りや見直しを行っています。PDCAサイクルにより利用者へのサービスが継続的に行われるよう配慮されています。</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>本人同席のもと看護師や栄養士、サービス管理責任者など多職種が参集し個別支援計画が策定されています。策定された内容については責任者が家族へ説明を行い、記録されています。業務日誌により個別支援計画に基づいた日常的な福祉サービスの実施が行われていることが確認でき、随時アセスメントが行われ個別支援計画へ反映されています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>6カ月に1回個別支援計画の見直しを実施し、利用者自身へもわかりやすく工夫した説明、意向確認を行っています。内容は毎月のフロア会議の書面にて記載し、フロア会議録は全職員へ配布することで周知を図っています。計画の変更や見直し時の対応は、整備されています。</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>個別支援計画に基づいたサービスの実施を記録した業務日誌はネットワーク上の統一した様式により管理され、各職員が確認することができます。運動療法、絵画療法、音楽療法の活動における実施状況は各利用者について記録され、職員室で管理されています。記録の書き方等について職員への研修は実施されていません。</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>個人情報保護規定が定められています。業務日誌はネットワーク上で管理されており、専門業者へ依頼しセキュリティ対策を行っていますが、外部ネットワークへの接続が可能なパソコンでの管理となっています。個人情報については職員室で管理されていますが戸棚の鍵は特に設置されておらず職員室の部屋の鍵のみの対応です。管理責任者は辞令により任命されていますが、各職員に対しての教育や研修制度はありません。</p>		

## 障害者・児福祉サービス版内容評価基準

### 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>利用者の自己決定の尊重については、個別支援計画に沿って、実施しています。主体的な活動は、個人の特性を生かしたプログラムで活動できるよう支援しています。言葉でのコミュニケーションが困難な方が多いため、利用者の意思の確認は十分ではなく、職員や保護者、家族の判断によるものがあります。</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>利用者の権利侵害については、マニュアルを作成し、職員への周知が定期的に行われています。虐待については、廃止に向けた検討会議の記録もあり、今後の対策に役立てるための取り組みも実施しています。</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>自律・自立生活のための動機付けや取り組みは、個別支援計画に記入があります。利用者の心身の状況や生活を把握し、自律・自立に配慮した個別支援計画を策定し、日々の支援に反映させています。個々の身体状況により歩行等の運動療法を取り入れています。利用者の特性上、生活の自己管理についての支援は十分ではありません。</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>言葉でのコミュニケーションが困難な利用者とのコミュニケーションの方法は、朝会用ホワイトボードや、手作りの絵カード、写真などを活用し、希望の確認をするための工夫が見られます。また、意思表示や伝達の困難な利用者については、フォーマル評価によってケース会議につなげる等の取り組みもあります。</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>〈コメント〉</p> <p>相談を受けた時は業務日誌に赤字で記入され、担当職員からフロア主任へ、そして関係職員へと伝えられます。支援手順書の見直しも3カ月ごとに行われ、反映されています。緊急性のあるものについては、適切な方法により周知されています。自発的に伝えることが出来ない利用者が多く、適切な支援の確認が出来ず、相談の機会が十分に設けられているとは言えません。</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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>個別支援計画に基づいて、日中活動の支援が行われています。活動内容は、決まったスケジュールで提供していますが、利用者がその日の状態により、自由に選択することも出来ます。スポーツ大会や地域の行事などの、情報提供もあり、参加の有無にあわせて、療法活動の時に支援が行われています。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>主任、副主任を中心に研修を行い、知識の習得や支援のための向上に努めています。利用者の障害状況に応じて生活環境への配慮が見られます。業務日誌に細かく記入していて、職員への周知、連携も図られていますが、専門的な知識や支援を得るための専門職の助言を得たりすることがありません。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>食事については、適温の食事の提供の為、温冷配膳車の導入をし、視覚による判断が出来るよう、写真によるメニューの表示もあり、工夫がされています。栄養士や看護師による会議では、メニューの見直しや、選択メニュー等の検討もされていますが、実際に食事を食べる利用者の意見や好みが反映されているかの確認が取れません。入浴支援では、見晴らしの良い環境で、利用者個々に合わせた支援が行われています。入浴できない時には、着替えや、清拭を行い、清潔に努めています。</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>〈コメント〉</p> <p>居室や、日中活動の場、食堂、浴室、トイレ等の環境については、訪問調査時に確認しました。転倒時のけがの防止のための工夫や、同室者に影響のある行動をとる事がある時には、一時的に過ごせる部屋の用意もあります。快適に過ごせる工夫がある反面、居室のカーテンの破損や、生活感のない様子を改善の余地があります。</p>		

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>機能訓練や生活訓練の計画については、個別支援計画に沿って、モニタリングを実施し、6カ月ごとに見直しが行われています。利用者一人ひとりの状況に合わせて、講師の指導による歩行等の取り組みもありますが、専門職については、医師、看護師のみであり、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職による指導や助言は受けていません。</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>健康管理についての記録や実施状況については、健康診断の記録等で確認できます。利用者一人ひとりの障害の状況に合わせた健康維持のための工夫も療法記録によって確認しました。しかし、利用者への健康面での説明の機会、職員への障害者の健康管理等についての研修及び個別指導については記録の確認ができません。</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>服薬管理については三重の確認体制が取られていて、適切かつ確実に実施されています。慢性疾患や個別の対応が取られている利用者には、新人職員の薬の提供に対する、一定期間の看護師による医療的な支持や支援はありますが、医療的支援に関する職員研修や、個別指導については、実施されていません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間行事の中に、利用者が参加できる行事の情報が提供されています。音楽、運動、絵画の三種類の療法活動の中で、個々の特性に合わせた学習や体験ができるよう支援が行われています。お楽しみ外出やファミレス等への食事会への参加や個人の作品展の開催により、楽しさや頑張る意欲を高めています。利用者の障害特性により、全利用者への支援には至っていません。</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>地域生活への移行や地域生活のための支援については、相談支援専門員からの情報提供は受けていますが、利用者の希望や意向の把握が難しく、また家族への理解を得るための取り組みも実施出来ていません。</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
<コメント> 家族との連携や対応については、面会日、毎月の面会予約等が可能であり、定期的な家族への報告は行われています。面会に来た家族には、近況を伝える等、情報交換が行われていますが、当施設への訪問が難しい家族については、家族支援の工夫は十分ではありません。		

### 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>		