

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

公益社団法人岡山県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：ぽれぽれ	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：管理者 土山英彦	定員（利用人数）：50名	
所在地：和気郡和気町小坂1273-7		
TEL：0869-88-9777	ホームページ： https://polepolemura.jp/index.php	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成15年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 恒和永千会		
職員数	常勤職員：17名	非常勤職員：7名
専門職員	社会福祉士：4名	介護福祉士：7名
	看護師：1名	栄養士：1名
	医師（嘱託）：1名	
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	25室（二人部屋）	作業指導室2室（2階、3階）

③理念・基本方針

「共生」を理念とし、障害の有無に関わらず誰もが安心して日々の生活を送ることができ、自然や人が共に生き、生かされる社会を作ることを目指します。基本方針では、業務や財政に関する情報等を開示して透明性の高い施設運営を行います。利用者サービスを中心に事業展開を図るとともに、事業の将来性、継続性を見通した運営を行います。地域の声を耳に傾け地域とともに発展する施設運営を掲げ、障害者が個人の尊厳を保持しつつ地域社会において自立した生活を営むことができるよう支援を行うことを事業目的とします。

④施設・事業所の特徴的な取組

①個別支援計画書の作成

生活全般の質を向上させるための課題や目標、支援の方針等を記載した障害福祉サービス計画を作成します。

②相談及び援助

利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等把握して、適切な相談援助を実施します。

③心身の状況に応じた適切な介助・支援等

利用者の状況に応じて適切な技術をもって、食事・整容・更衣・排せつ等の生活全般にわたる援助します。

④食事の提供および栄養管理

希望により、利用者の身体状況や嗜好に配慮した食事を提供します。誕生月には利用者に希望の食事メニューをお聞きして食事を提供しています。

(朝食7:30、昼食12:00、夕食17:30)

⑤入浴または清拭

必要に応じて入浴の介助や確認を実施。利用者の心身の状況により、入浴が困難な場合には清拭を行うなど、適切な方法で実施します。

(入浴日：毎日)

⑥健康管理

利用者の投薬管理や疾病予防に努めるとともに、嘱託医師による健康診断日を設定して、健康管理を実施します。また、医療機関との連絡調整や協力医療機関を通じて、健康保持のための適切な支援を実施します。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2025年9月1日（契約日）～ 2026年2月28日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（ 年度）

⑥総評

◇特に評価が高い点

I 福祉サービスの基本方針と組織

サービス利用者数や利用率を定期的に分析し、事業継続の判断に活用しています。施設長は自立支援協議会で中心的役割を担い、次年度計画の策定を主導しています。理事会では利用者数やコスト分析が共有され、法人全体の事業計画も職員に周知されています。新たな加算への取り組みや経営課題の改善に向けた組織的な協議体制が整備され、経営の透明性と改善努力が継続的に進められています。

II 組織の運営管理

地域資源の活用と双方向の交流促進について、地域の「とんど祭り」や「小坂地区子ども神輿」への利用者招待・参加を継続しているほか、利用者の創作活動（紙チップ、切り絵など）の成果を地域の店舗や公共文化施設で展示交換するなど、施設が有する資源を地域へ還元する取り組みが計画的に実施されています。

地域課題への主体的な関与とネットワーク構築について、施設長が東備地区自立支援協議会の「くらし部会」部会長を務め、地域全体の課題協議に継続して関与しています。また、福祉避難所運営訓練への参加実績もあり、地域の防災体制や障がい理解の促進に寄与する姿勢が認められます。

III 適切な福祉サービスの実施

利用者の尊厳保持とプライバシー保護の両立について、「職員倫理規程」に利用者尊重が明文化され、安全確保とプライバシー保護を両立させるためのトイレ扉のカーテンへの変更や窓ガラスの仕様変更などの設備改修がなされています。また、入室時のノックの徹底など、職員一人ひとりの意識に基づく配慮も実践されています。

多角的な視点を担保する独自のアセスメント体制について、個別支援計画の策定において、支援者の視点が偏らないよう、担当者を含む3名の職員で検討を行う「3人組システム」を独自に導入しています。これは過去の事案を踏まえたリスク低減と支援の質の確保を目的とした先進的な取り組みです。

組織的な危機管理と安全確保策の整備について、感染症対策ではBCP（事業継続計画）や詳細なマニュアルが整備され、看護師によるガウン着脱研修などの実技訓練が組織的に行われています。災害対策についても、防災規程に基づき定期的な訓練や備蓄管理が適切に実施されています。

A 福祉サービス内容評価基準

開所当時から乗馬療育（ホースセラピー）を取り入れ、実施しています。自然豊かな環境で馬に乗る機会を提供できることは、どの施設でもできることではありません。利用者の笑顔が見られ、気持ちをリフレッシュされる場にもなっているようです。地域の人との交流もあり、社会参加としての場にもなっています。乗馬療育は特に価値のある支援ツールになっていると考えます。また、自然が溢れる場所にある受審施設では、窓から眺められる景観に配慮したり、季節に応じた行事を開催したり、土地の特徴を活かした支援を行っていることも特筆に値し

ます。

◇改善が求められる点

I 福祉サービスの基本方針と組織

中・長期計画が未策定であり、単年度計画に中長期的視点や数値目標が十分に反映されていません。施設長や職員のヒアリングでは、施設の将来像が一定程度示されているものの、文書化と計画的運用には至っていません。また、利用率や課題分析のデータが蓄積されているにもかかわらず、これらを踏まえた具体的な数値目標の設定が行われていないため、今後の計画策定において数値目標を設定してみてもいいでしょうか。

II 組織の運営管理

ボランティアや実習生の受け入れ体制の定型化について、ボランティア受け入れの基本姿勢は示されていますが、登録手続きや事前説明などを定めた具体的な受け入れマニュアルが未整備です。また、地域の学校教育への協力についても、基本姿勢の明文化や具体的な活動計画の策定を組織的に進めることが期待されます。

地域の福祉ニーズを組織的に把握する仕組みの確立について、地域住民の困りごとや福祉ニーズを組織的に収集・分析し、事業運営に反映するための具体的な計画や実施手順が明文化されていません。今後は、活動を通じて得られた情報を組織的に集約・分析する仕組みを構築し、公益的な事業・活動として事業計画に明確に位置づけることが望まれます。

III 適切な福祉サービスの実施

支援の標準化に向けた手順書の作成と周知について、入浴、排泄、移動などの福祉サービス全般に関する「標準的な実施方法(マニュアル)」が文書化されていません。このため、職員間で支援内容にばらつきが生じており、新人職員への指導も口頭伝達や個人経験に依存している状況です。早急に標準的な手順を明文化し、サービスの均一化を図ることが期待されます。

リスクマネジメントにおけるPDCAサイクルの強化について、ヒヤリハットや事故報告の要因分析において、検討された改善策が実際に実施されたかを確認する事後検証のプロセスが文書化されていません。把握した課題を計画的な改善に結びつけ、その効果を組織的に検証・記録する仕組みを確立する必要があります。

相談・意見に対する組織的対応と周知の多様化について、苦情に至らない日常的な意見や要望を組織的に把握・記録し、迅速に対応するための具体的な手順が不足しています。また、利用者が相談相手や相談方法を複数の選択肢から自由に選べる体制について、掲示などによるわかりやすい周知が望まれます。

ICTの活用と体系的な記録管理体制の構築について、記録の書き方に関する統一された要領がなく、記録用パソコンの不足や男女間での記録方法の相違により、部門横断的な情報共有が不足しています。また、個人情報の漏えい防止対策に関する具体的な規定の整備や、情報管理に関する体系的な職員研修の実施が期待されます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

虐待事案をきっかけに、施設として考え方を見直し、虐待ゼロを目指して組織全体で取り組んできました。しかし独自の工夫だけでは限界があることを実感しました。今回の第三者評価により、これまでの取り組みや方向性を客観的に振り返ることができ、次のステップに向けた貴重な示唆を得られました。今後も評価結果を踏まえ、より良い支援と適切な事業運営、安全な環境づくりに継続して取り組んでいきます。

⑧第三者評価結果（別紙）

第三者評価結果【障害者・児福祉サービス版】

その1：共通評価項目

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>理念はパンフレットやホームページ等に記載されており、基本方針については倫理規程として具体的な内容が示されています。倫理規程は施設内に掲示されているほか、毎朝の朝礼において職員が唱和を行っています。一方で、利用者への周知については今後の課題となっています。また、職員へのヒアリングでは、施設の理念である「共生」の周知に課題がみられました。今後は、施設内に倫理規程が掲示されていることを踏まえ、倫理規程とあわせて理念も掲示することで、職員の理解促進につなげてみてはいかがでしょうか。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス利用者の推移や利用率等については、定期的に分析を行い、事業の継続性による判断に適切に反映されていることが事業報告書で確認できます。施設長は、自立支援協議会のくらし部会長として、次年度の事業に向けた計画づくりを主導しています。また、事業報告書は、理事会で利用者数の推移やサービスコストの分析が具体的に示された文書が確認できています。さらに、次年度の地域障害福祉計画の改定に合わせた、令和8年度の事業計画の策定も進められています。</p>		

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、行政からの指導内容を踏まえ、現状の職場における課題や問題点の改善に取り組むとともに、職員への積極的な声かけを行っている様子が職員へのヒアリングにより確認できました。また、経営状況や改善すべき課題については、理事や監事等との間で理事会等で共有が行われています。職員への経営課題の周知については、事業計画が作成される3月頃に職員会議で共有されており、施設の事業計画だけでなく、法人全体の事業計画についても職員に周知されています。さらに、新たな支援加算に関する取り組みについては、職員間で協議できるようメンバーを構成し、職員一丸となって経営状況の改善に取り組んでいます。加えて、今後の経営継続が難しい事業については、一部廃止を決定するなど、経営課題の解決・改善に向けた具体的な取り組みが施設全体で進められています。</p>	

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>現時点では、中・長期計画が作成されていません。施設長や職員へのヒアリングでは、3年後、5年後を見据えた事業展開など、施設運営の目標が一定程度示されています。また、施設長へのヒアリングでは「今回の第三者評価をうけて中・長期計画を作成している」とのことでしたので、今後の策定と運用を期待します。</p>	
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・b・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画が作成されており、内容については具体的で実行可能なものとなっています。また、事業計画は職員会議を通じて職員に周知されていることも確認できました。一方で、中長期計画が策定されていないため、単年度計画には中長期的な視点が十分に反映されておらず、具体的な数値目標の設定についても課題が見られました。施設では、課題分析や利用率データの集計などを積極的に行っていることから、次年度の事業・経営計画を作成する際には、これらの分析結果を踏まえ、具体的な数値目標を盛り込んでみてはいかがでしょうか。</p>	

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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、職員や各委員会の意見を施設長が集約してサービス管理責任者が作成しています。具体的には、保健委員会、BCP委員会、給食委員会などにおいて、事業・経営計画の作成前に振り返りを行い、それらを反映した計画を施設長が作成しています。さらに、事業計画は職員会議や掲示等を通じて職員に周知されています。一方で、サービス管理責任者が職員の意見や委員会の課題等を集約して事業計画を作成しているものの、職員と一体となって計画を策定するまでにはいたっていないようでした。また、具体的な数値目標についても記載がありません。各委員会の会議や職員会議などにおいて、来年度の事業計画作成に向けた施設の課題や必要な取り組みを共有する時間を設けた上で、計画に反映していく方法を検討してみてはいかがでしょうか。</p>	
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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>利用者家族への周知については、家族会や役員会の中で「施設の現状・課題取り組み」として利用者家族が分かりやすい文書での共有が図られています。一方で利用者への事業計画の周知はされていません。利用者の特性上、事業報告や事業計画の内容を直接理解してもらうことが難しい場合もありますが、利用者の目につく場所への掲示や、掲示物を破棄したり持ち帰ってしまった場合には利用者会での共有、また利用者を通る動線である玄関や裏口などに掲示し、職員が分かりやすい言葉で利用者会の「ぼれぼれ自治会」などで説明する機会を設けるなど、利用者への周知方法を工夫してみてはいかがでしょうか。</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。	
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設では、ベテラン・中堅・新人の3人体制による「3人組システム」を導入し、「虐待防止セルフチェックシート」を用いて職員個人のサービスの質の振り返りが毎日行われており、文書化されています。また、組織としては権利擁護委員会が中心となり、年に3~4回、権利擁護やアンガーマネジメントに関する個人記入シートを配布して集約・分析し、その結果を支援会議で共有しています。さらに、毎日夕方に実施される「夕礼」については、月1回はパート職員も含め全員が参加できるように、施設長が勤務調整を行っています。</p>	

I-4-(1)-② 評価結果に基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・b・c
---	-------

<コメント>
 前述 I-4-(1)-①のとおり、個人や委員会主催の取り組みによって記入された内容を集約・分析した結果の課題が、職員会議や支援会議で共有されています。また、この支援会議では、前年の集計結果と今年度の集計結果を比較した資料も確認できました。加えて、サービス提供時に受けた苦情等については、職員間で回覧し共有するとともに、集約した内容を利用者や家族へ伝え、その件数を広報誌で周知する取り組みも行われています。

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。	a・b・c
---	-------

<コメント>
 今年度から施設長が就任し、職員へのヒアリングでは、施設長が日頃から細やかな気配りを行っている様子が確認されました。また、事業所の経営・管理運営に関する方針の役員や職員への周知については、事業計画書の配布や会議で共有されています。さらに、施設長自身の管理業務や職責の明確化については、「業務分担表」や「委員会一覧」などで文書化されています。加えて、受審施設の広報誌では、施設長として施設の方向性や方針を利用者家族に向けて文章で明示する取り組みも行われています。さらに、非常時における管理者の役割と責任については、「事業継続計画（BCP）マニュアル」において、不在時の権限委任を含めて明確化されています。

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・b・c
---	-------

<コメント>
 施設長は、利害関係者との取引において5千円以上10万円未満の決裁権を有しており、役職者についても5千円以内の決裁権が付与されていることから、取引業者が一方的に優位となる関係ではなく、施設長および各職員が一定の裁量を持ちながら、取引業者や行政関係者と適正な関係を維持しています。また、施設長はサービス管理責任者として自立支援協議会の権利擁護に関する研修にも積極的に参加しており、自施設のケースを協議会で議題として取り上げて協議会で検討するなど、法令遵守の観点から主体的に学びを深めています。さらに、職員に求められる法令遵守に関する周知については、定期的な内部・外部研修の実施やその復命書の確認、権利擁護に関する年間目標を設定して施設内に掲示し、職員への周知徹底を図るなど、具体的な取り組みが行われています。

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、職員が記入する「虐待防止セルフチェックシート」について内容を確認し、必要に応じてその職員の相談を受けたり、マネージャーに確認していることがヒアリングで確認されています。また、職員の支援場面の振り返りを共有のためのノート「上手くいった支援」「上手くいかなかった支援」ノートが設置されており、職員が自由に書き込める仕組みを通じて、改善に向けた具体的な取り組みが行われています。さらに、施設長は同施設での長年の支援現場での経験を生かし、就任後も積極的に職員の支援技術や利用者との関係性について直接関わりながら助言を行っている様子がヒアリングで確認できました。</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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>役職職員で開催する幹部会議において、財務や労務の分析を行い、職員が働きやすい環境整備に取り組んでいます。具体的には、今年度に就業規則を大幅に改訂したほか、積極的な修繕の実施や業務効率向上のための大型ガス乾燥機の導入・増設などを進めています。また、職員が業務を行う「支援室」には、その年の支援における重点項目や支援テーマ、「けが・病気マニュアル」や「救急車利用チェックシート」などを掲示して、職員に必要な情報を積極的に配布しています。さらに、管理者はサービス管理責任者を兼務しており、Ⅰ-3-(2)-①に記載のある各種委員会に出席し、業務実態の把握にも努めています。</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。		a・①・c
<p><コメント></p> <p>「施設における人事管理と職員の採用基準」として、確保と定着についての文書化がされています。一方で、事業計画の中では人材確保に関する記述が確認できませんでした。一方で、これまでの実績として派遣社員の受け入れや就職フェアへの参加など、雇用促進に向けた積極的な取り組みが行われていることから、文書上も福祉人材確保に関する項目を追加することが望まれます。施設長へのヒアリングでは、今年度キャリアパスを作成したばかりであるとの説明がありましたので、今後は職員への周知と運用の定着が期待されます。</p>		

<p>Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>a・㉔・c</p>
<p><コメント> 単年度の事業計画には施設として期待する職員像が明記されています。人事面では、職員の勤務先の意向や働き方について面談を行い、配置調整を実施しています。これまで勤続年数に応じた人事考課を行ってきましたが、今年度からはキャリアパス制度と人事考課を一体化した一覧表を策定し、職員への周知を進めています。一方で、職員面談は実施されているものの、面談内容や職員の自己評価が給与体系にどのように反映されるかといった仕組みには至っていません。また、職員が自ら将来像を描けるような仕組みづくりについては、前述のキャリアパスを今年度から導入した段階であるとのことでしたので、今後の運用と定着が期待されます。</p>	
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・㉔・c</p>
<p><コメント> タイムカードや職員の有給申請書などから有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを集約し、分析が行われています。また、育児休暇や介護休暇については、今年度に就業規則の中の「育児・介護休業等に関する規則」を改定するとともに、男性職員の育児休暇取得も施設長から職員に周知や奨励がされています。また、育児休業後の働き方については、正職員だけでなくアルバイトや短時間勤務など、職員の希望に応じて柔軟に選択できる仕組みが整えられています。一方で、人手不足については職員数の増加により改善が進んでいますが、職員のヒアリングでは依然として業務が多忙である、休みがとりにくい等の意見があり、さらなる改善が求められます。</p>	
<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。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・b・㉕</p>
<p><コメント> 職員一人ひとりの特性に応じた目標管理制度は確立されていません。前述Ⅱ-2-(1)-②のとおり、職能ごとのキャリアパスについては現在策定中であり、今後の整備が期待されます。また、個別面談は毎年実施されていますが、職員ごとの目標設定や自己評価、目標水準等が明確に示された文書は確認できませんでした。今後は、職員が設定した目標に基づき中間面接を行い、年度末には自己評価を踏まえた個別の評価を実施するなど、キャリアパスと一体化した個別的な育成計画を作成することが望まれます。</p>	
<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。</p>	<p>㉖・b・c</p>
<p><コメント> 「年間行事・活動・研修計画予定表」により、年間を通した詳細な内部研修の計画が作成されています。また、外部研修については、岡山県社会福祉協議会が開催する新任研修・中堅研修・リーダー研修等、階層別に年間で詳細に計画されている資料を確認しました。さらに、利用者家族会が企画する懇談会にも職員が参加しており、外部との交流や学びの機会が確保されています。研修の振り返りについては、復命書を用いて職員間で回覧し、必要に応じて職員会議において研修内容の共有と説明を行っています。</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。	a・⑥・c
-------------------------------------	-------

<コメント>
 前述Ⅱ-2-(3)-②の外部研修の予定表には、個人ごとの出席状況や過去に履修した年度も記載されており、職員ごとの知識・技術水準や研修履修状況が記録されています。また、職員からの希望や施設長からの声かけにより、年間研修計画に記載されていない研修にも参加できる仕組みとなっています。一方で、OJT*を目的としたマニュアルが作成されていますが、現時点では職員への周知や配布には至っていないようです。年度初めや年度末に職員への配布を行うことはもちろん、OJTに関わる職員向けのマニュアルについても、適切な時期に配布し活用を促していくことが望まれます。

* OJT (On-the-Job Training) とは、職場内で実務を通して行う職員育成の方法。

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。	a・b・⑥
---	-------

<コメント>
 実習生に係るマニュアルが明文化されていません。実習生の受け入れについては、学校側と調整しながら学校から提供されるプログラム等をもとに実習担当者に対応していますが、担当者以外の職員が実習生の状況を十分に把握できていない面が見受けられました。実習生受け入れに関する統一的な対応を図るため、法人として実習生受け入れマニュアルを作成することが望まれます。なお、今年度については、保育実習を3名受け入れていません。

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。

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・⑥・c
--------------------------------------	-------

<コメント>
 ワムネットでの公表のほか、受審施設独自のホームページがあり、法人の概要や事業所の理念等が記載され、定款・事業報告・個人情報保護方針などの公開情報が掲載されています。一方で、Ⅲ-1-(4)-①に記載のとおり、苦情処理結果の公表についてはホームページ上での情報公開に課題がみられます。また、行政からの後押しを受けて今回初めて第三者評価を受審されています。第三者評価の結果についても、受審施設のホームページ上で公表を行うことが望まれます。

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・b・c
---	-------

<コメント>

前述II-3-(1)-①のとおり、運営の透明性には一定の課題があるものの、経理事務や取引等については、経理規程・給与規程・運営規程等により文書化されており、事務分掌についても「施設分担表」により職種ごとの職責が明確化されています。これらの文書は毎年更新され、年度末の職員会議において次年度の文書が配布され、職員への周知が行われています。財務については、毎月税理士による内部監査が実施されており、さらに外部の大学教授なども参加する第三者委員会において年1回の報告が行われ、外部に対しても適切に情報公開がなされています。前述I-3-(1)-①のとおり現在作成している中・長期計画については、「5年後に第三者評価の再受審することを計画内で明記する予定」とのことでした。今回の受審を契機として、継続的な第三者評価の活用と情報公開の推進を図ることで、公正かつ透明性の高い経営と運営が実現されることが期待されます。

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。

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。	a・b・c
---------------------------------------	-------

利用者が地域との交流を広げるための取り組みについては、組織としての基本姿勢が明確に示されており、具体的な交流活動が計画的かつ継続的に実施されています。まず、地域との関わり方に関する基本的な考え方として、職員倫理規程に基づく行動指針の中で、利用者の地域活動へのボランティア受け入れや、地域社会とのつながりをもった支援を行うことが明文化されています。次に、地域住民や家族の理解を促進する交流機会として、ハロウィンパーティーやクリスマスお楽しみ会など、家族(地域交流の一環)の参加を促す行事が年間を通じて実施されています。さらに、地域行事への参加として、地域の「とんど祭り」「地区の子ども神輿」へ利用者が招待され、参加している実績も確認できます。加えて、利用者の日常生活における地域資源の活用を推進するため、個々の希望に応じた外出支援を職員が行うことが計画に位置づけられており、利用者の個別状況に配慮した地域活動への参加支援体制が整備されています。今後も、これらの地域交流の取り組みや個別支援の実績を継続し、福祉施設・事業所として地域社会の一員としての役割を、さらに強化していくことが期待されます。

Ⅱ-4-(1)-② ボランティアなどの受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。

a・②・c

<コメント>

ボランティアなどの受け入れについては、職員倫理規程に基づく行動指針の中で、「利用者の地域活動に関わるボランティアを積極的に受け入れる」ことが基本姿勢として明文化されています。加えて、特別支援学校からの宿泊学習や体験利用の受け入れ実績もあり、その内容がケース記録などに適切に記録されていることが確認できます。一方で、地域の学校教育などへの協力に関する基本姿勢を明文化した文書は確認できていません。また、ボランティアの登録手続や配置、事前説明などを定めた具体的な受け入れマニュアルや、ボランティアに対する研修および支援の実施状況を示す文書も確認できていない状況です。そのため、現時点では継続的なボランティアの受け入れには至っていません。今後は、地域貢献の観点からも、ボランティアや実習生の受け入れに関する組織的な体制を整備するため、受け入れマニュアルの作成を進めるとともに、地域の学校教育などへの協力に関する基本姿勢を文書として明確にしてみたいでしょうか。

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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、関係機関などとの連携が適切に行われている。

a・②・c

<コメント>

福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関などとの連携については、体制の基盤が整備されています。具体的には、連携医療機関(嘱託医、連携病院)の名称や連絡先、および感染症対応に関する連絡先リスト(保健所など)が重要事項説明書などに具体的に記載されており、必要な社会資源の把握は行われています。また、相談支援事業所の一覧表が文書化されています。しかし、利用者により良い福祉サービスを提供するために必要となる福祉機関(相談支援事業所や行政機関など)との定期的な連絡会や協議会への参加実績を示す文書が確認できませんでした。また、地域の関係機関・団体との共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取り組みを行っている実績も確認できませんでした。施設長が東備地区自立支援協議会の「くらし部会」部会長を務めるなど、地域課題への関与は見られますが、その情報が職員間で体系的に共有されていることを示す文書がありませんでした。今後は、福祉サービス向上のために、地域関係機関との定期的かつ体系的な情報共有を図り、地域の共通課題の解決に向けた協働的な取り組みを計画的に実施されてはいかがでしょうか。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズなどを把握するための取組が行われている。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>地域の福祉ニーズや生活課題を把握するための組織的な取り組みについては、具体的な計画や実施手順を明文化した文書が確認できていません。そのため、地域住民の困りごとやニーズを組織的に収集・分析し、事業運営に反映する仕組みが確立されている状況には至っていません。一方で、前述Ⅱ-4-(2)-①のとおり、施設長が東備地区自立支援協議会の「暮らし部会」部会長を務めているほか、福祉避難所運営訓練への参加実績があるなど、地域課題の把握や解決に向けた積極的な関与が確認できます。特に、自立支援協議会においては、防災や障害理解、制度の狭間にある方への支援など、地域全体の課題について協議する場へ継続的に関与しています。今後は、これらの活動を通じて把握した地域の福祉ニーズや生活課題を組織として集約・分析する具体的な仕組みを整備し、その結果を事業計画などに明確に反映させてみてはいかがでしょうか。これにより、地域社会の福祉向上に資する取り組みを、より計画的に推進していくことが期待されます。</p>		
	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズなどにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・②・c
<p><コメント></p> <p>地域の福祉ニーズなどにもとづく公益的な事業・活動については、その前提となる地域の福祉ニーズや生活課題を把握するための組織的な取り組みを明示した文書が確認できていません。そのため、それらの把握結果にもとづいて公益的な事業・活動を実施していることを示す文書も確認できませんでした。一方で、前述Ⅱ-4-(2)-①、Ⅱ-4-(3)-②のとおり、施設長が東備地区自立支援協議会の「暮らし部会」部会長を務めているなど、地域課題の把握と解決に向けた積極的な関与が認められます。また、具体的な地域貢献の取り組みとして、地域の祭り(とんど祭り、子ども神輿など)への利用者の招待や参加実績があるほか、利用者の創作活動(紙チップ、切り絵など)を地域の店舗や公共文化施設で展示するなど、施設が有する資源を地域へ還元する取り組みが実施されています。さらに、受審施設が関与する福祉避難所運営訓練への参加実績も確認できます。今後は、地域の具体的な福祉ニーズや生活課題を組織的に把握する仕組みを確立したうえで、その結果にもとづいた公益的な事業・活動を事業計画などに明確に位置づけてみてはいかがでしょうか。これにより、地域社会への貢献を計画的かつ継続的に実施していくことが期待されます。</p>		

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。		a・①・c
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの提供については、組織としての基本姿勢が明確に示されるとともに、職員間で共通理解を促進するための取り組みが行われています。文書面では、職員倫理において「利用者の尊厳および人権擁護」に関する責務が明確に規定されており、利用者の主体性や個性、自己選択および自己決定を尊重し、これらを侵害しないことが明文化されています。加えて、この倫理規程にもとづく行動指針においても、利用者の尊重や権利擁護の考え方が位置づけられています。さらに、体制面では「人権擁護委員会」に関連した研修が計画的に実施されており、職員の意識向上に向けた具体的な取り組みが行われていることが確認できます。一方で、前年度に複数の行政指導を受けた経緯があることから、今後も研修およびチェック体制を継続的に維持し、職員間における支援のばらつきを抑制していくことが重要です。そのため、利用者尊重の理念を具体的な支援行動として具現化するための支援方法について、組織としての周知と共有を一層進めてみてはいかがでしょうか。特に利用者の権利擁護の尊重においては、後述A-1-(2)-①のとおり、施設長が2024年6月から職員に虐待の芽をなくして支援の方向に導くための数値目標、および標語として周知している「虐待ゼロ」の目標達成に向け、全職員が利用者の権利擁護を確実に実践できるよう、組織全体として継続的かつ実効性のある体制を構築していくことが期待されます。</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。		a・①・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護については、職員倫理規程にその責務が明確に規定されており、組織としての基本姿勢が示されています。設備面では、過去のてんかん発作への安全対策としてトイレの扉を一部カーテンへ変更しているほか、共用スペースについても利用者の要望に応じて全面すりガラスではなく、外の景色が見えるように一部を透明とする仕様へ改修するなど、安全確保とプライバシー保護の両立を図る工夫が確認できます。また、日常の支援においては、居室へ入室する際のノックを徹底していることや、身体的露出を避けるための仕切りの使用、個人情報に関わる内容が他者に聞こえないよう配慮するなど、職員一人ひとりがプライバシー保護を意識した支援を行っている状況が確認できます。一方で、入浴や排泄時などの個別サービスの提供において、プライバシー保護に特に配慮した具体的な支援手順やマニュアルが整備されていることを示す文書は確認できません。また、これらの個別支援場面における配慮について、組織的な研修を実施していることを示す記録も確認できませんでした。今後は、入浴や排泄介助などの場面におけるプライバシー保護の具体的な支援手順を文書化し、職員間で統一した支援が行えるようにするとともに、研修を通じて全職員への周知徹底を図ってみたいかがでしょうか。</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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>利用希望者への情報提供については、理念や事業内容を文書化しており、ホームページや広報誌を通じて情報発信を行っています。また、直近では「赤磐市介護・福祉就職フェア」に参加し、視覚的な資料を用いて説明を実施するなど、積極的な情報提供への取り組みが見られます。しかし、パンフレットなどの資料を市役所や近隣施設などの公共施設などへ恒常的に設置する取り組みは行われていません。このため、情報提供の機会が不定期に留まっており、利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を容易に入手できる環境が十分に整備されていません。さらに、利用者が内容を理解しやすいよう工夫された利用者向けの資料がなく、情報提供の分かりやすさについても改善の余地があります。今後は、公共施設などへの継続的な資料配置や、利用者や家族などに合わせた分かりやすい資料作成の工夫を強化されることで、利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供されてははいかがでしょうか。</p>	
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者などにわかりやすく説明している。	④・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始・変更に際しては、サービス利用契約書や重要事項説明書が存在し、組織が定めた様式と手順にもとづき、利用者や家族などに説明と同意を書面で得る仕組みが規定されています。サービス利用契約書には、利用者の心身の状況や生活環境の変化などがあった場合にサービス内容を変更できる旨も明記されています。また、個人情報の取扱いについても、重要事項説明時だけでなく、同意書を受け取る際にも説明が行われています。さらに、言語コミュニケーションが困難な利用者に対しては、意思や要求を汲み取るための工夫が実践されています。具体的には、筆談や自分の要望を伝えるための「要求カード」の活用に加え、利用者の表情や行動の観察から意図を汲み取る支援が行われており、重度の利用者への「視覚化支援」としてカードの種類を増やす取り組みもなされています。今後は、これらの意思決定支援に関する具体的な手順や、支援計画の変更内容が職員間でより迅速かつ体系的に共有される仕組みをさらに強化されてははいかがでしょうか。</p>	
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行など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・b・⑤
<p><コメント></p> <p>利用者の状態や家庭環境の変化に伴い、福祉サービスの変更や地域・家庭への移行が生じた場合に備えた引き継ぎ手順や関連文書は整備されていません。一方で、移行にあたっては、利用者および家族の意向を踏まえ、関係機関と連携を図りながら対応している状況が確認できます。しかし、相談窓口についてはサービス管理責任者が担うこととされていますが、その役割や対応内容を明示した文書は確認できていません。今後は、現在行っている移行支援に関する引き継ぎ手順や相談窓口の役割および対応内容について文書として明確にしたうえで、退所時など必要に応じて利用者や家族へ書面で提供してみてもはいかがでしょうか。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>利用者満足の上に向けた取組みとして、家族を対象とした満足度調査が毎年実施されており、職員の傾聴姿勢やサービス間の連携、情報提供などの項目について、83.9%～96.8%が肯定的な回答となっています。このことから、家族から一定の評価を得ている状況が確認できます。また、利用者を対象とした「利用者アンケート」も実施されており、その結果を踏まえ、利用者家族等の高齢化に対応した後見人の選任や里帰り外出への対応など、具体的な改善の取組みが行われている実績も確認できます。一方で、「利用者アンケート」については毎年継続して実施されておらず、断続的な運用となっている点が課題として挙げられます。また、調査結果を組織的に分析・検討するための会議体の設置や、それにもとづく改善策の実施状況を検証・記録する仕組み(PDCA サイクル)が確認できませんでした。そのため、満足度調査の結果が継続的かつ体系的にサービスの質の上へ反映されていません。今後は、利用者を対象とした満足度調査を定期的実施するとともに、その結果を組織的に分析・検討する場を明確に位置づけ、改善に向けた取組みを計画的に実施・検証していくためのPDCAサイクルを確立してみてはいかがでしょうか。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見など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。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みについては、苦情解決体制と手順が確立されています。具体的には、「苦情処理マニュアル」に苦情申出から受付、解決責任者への報告、第三者委員の関与、解決への話し合いといった一連の手順が明確に定められています。また、苦情受付担当者および第三者委員の氏名や連絡先も明示されており、相談窓口が確立されています。また、苦情解決の取組みとして、苦情受付表や苦情受付・解決報告書が作成され、記録として残されています。苦情が出た際の対応は、職員間で対応が異なることを避けるため、職員会議や第三者評価の場でも苦情解決に向けた協議がされています。さらに、緊急時においては、身体拘束が必要な場合のフローチャートも整備されており、施設内研修を通じて周知されています。しかし、苦情内容および解決結果について、公表内容が苦情解決の件数のみであり、その具体的な内容については、公表していることを示す文書が確認できませんでした。苦情解決の仕組みが機能していることを示すためには、苦情申出者の名前を匿名にするなどして、その具体的な内容の施設の掲示板やホームページ、広報誌などへの公表を通じて透明性を確保することが求められます。</p>		

<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、利用者などに周知している。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>利用者が相談や意見を述べやすい環境については、苦情受付担当者および第三者委員が明示されており、相談窓口が確立されています。また、施設内には意見箱が設置されています。さらに、相談場所については、基本的に相談室を使用しますが、利用者が希望すれば居室など本人が望む場所で相談に応じる体制が整っています。しかし、意見箱やアンケート以外の複数の相談方法の選択肢(例えば、行動としての相談、特定の職員への相談希望など)が整備されていません。また、その方法や相手を自由に選択できることを利用者に伝えるための具体的な文書や、それを分かりやすい場所に掲示していることを示す文書も確認できませんでした。加えて、利用者への満足度調査は定期的を実施されておらず、途切れ途切れの運用になっています。今後は、苦情受付窓口の明示に加え、利用者が相談相手や相談方法を複数の中から自由に選択できることを分かりやすく説明した文書を整備し、施設内での掲示などを通じて周知徹底されてはいかがでしょうか。</p>	
<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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制(責任者、担当者、第三者委員)については整備されており、苦情に対応するための基本的な枠組みは確立されています。また、利用者から寄せられた意見や要望は相談に関する記録として文書化され、職員で回覧されています。一方で、苦情に至らない日常的な利用者の「意見」や「要望」、および「提案」を継続的に把握し、組織として迅速かつ適切に対応するための仕組みや、それらを明文化した文書は確認できていません。また、日常的な意見や要望を統一した様式で記録し、報告、対応策の検討、解決へとつなげる手順を定めたマニュアルや、対応状況を組織的に検証した記録もが確認できませんでした。そのため、職員が利用者の意向や相談事項に丁寧に耳を傾けているという肯定的な評価が見られる一方で、その後の対応については、個々の職員の判断に委ねられています。今後は、苦情に至らない日常的な意見や要望、提案についても組織的に把握し、迅速なフィードバックにつなげるための具体的なマニュアルを整備するとともに、その運用状況を検証する仕組みを構築してみたいかがでしょうか。これにより、利用者の声を組織全体で共有し、福祉サービスの質の向上に活用されてはいかがでしょうか。</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。

a・b・c

<コメント>

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については、責任者の明確化や委員会の設置など、体制が構築されています。行政指導を受けた事を契機に、緊急時対応フローチャートや身体拘束が必要な場合のフローが整備され、施設内研修を通じて周知されています。事例の収集についても、ヒヤリハット用のノートや乗馬療育委員会のノートを通じて積極的に行われ、「夕礼」に出席するメンバーで解決策が検討されています。しかし、収集した事例(ヒヤリハットなど)の要因分析や、検討された改善策の実施状況を組織的に検証・記録する仕組みが不十分です。特に、ヒヤリハット対策について、実施したかどうかの事後確認が文書化されていない点が、組織的な課題となっています。また、職員へのヒアリングでは、「職員間での情報共有やケース検討をもっと積極的に行っていききたい」という声がありました。今後は、ヒヤリハット報告の分析に基づいた改善策について、その実施・評価・見直し(PDCAサイクル)を組織的に管理するための記録様式を整備し、リスクマネジメント体制の実効性を継続的に高めてみてはいかがでしょうか。

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・b・c

<コメント>

感染症の予防および発生時における利用者の安全確保のための体制は組織的に確立されており、具体的な取り組みが積極的に行われています。また、感染症対策委員会が設置され、「新型コロナウイルス感染症対応計画」や「ノロウイルス(感染性胃腸炎)発症時フローチャート」などのマニュアルが整備されています。これらのマニュアルには、発熱時の連絡基準や、感染が判明した場合のゾーニングや居室での個食(使い捨て容器)、「感染症対策用備蓄品リスト」も作成・管理されており、物資面での準備も適切に行われています。さらに、職員の理解を深めるための教育・研修体制も確立されており、各委員会ごとに研修を実施しています。特に手洗いや感染防止ガウンなどの着脱方法(ゾーニングを含む)については、看護師が講師役となり全職員を対象とした研修が行われているほか、外部講師による手洗い研修も実施されるなど、専門的かつ実践的な周知徹底が図られています。マニュアルについても、変更や更新が行われ、改善が図られています。今後は、策定されたマニュアルや研修内容について、実施状況の実効性を定期的に評価・検証する機会を設けてみてはいかがでしょうか。

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・b・c
--	-------

<コメント>
 災害時における利用者の安全確保のため、防災規程が整備され、防災委員会や防災に係る役職者の役割が明確に定められるなど、組織的な体制が確立されています。また、防災計画に基づいた防災訓練が定期的に計画・実施されており、食料や備品類などの備蓄リストも作成されています。さらに、利用者および職員の安否確認方法が文書化され職員に周知されているほか、行政や関係機関との連携についても規定されています。加えて、受審施設は地域の福祉避難所として行政と協定を結んでいます。今後は、訓練の実施記録を分析し、災害時の対応が実効性の高いものとなっているかを定期的に評価・検証するなど、継続的な改善を図ってみたいかがでしょうか。

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。	a・b・c
---	-------

<コメント>
 提供する福祉サービス全般(入浴、排泄、移動など)について、職員誰もが共通して守るべき「標準的な実施方法」を定めた統一的な文書(マニュアル)が文書化されていません。このため、各棟や職員間での支援方法やサービスの提供水準にばらつきが生じており、サービスの質を組織的に担保するための共通基盤が確立できていません。特に、新人職員への指導は、先輩職員の支援記録を参考にするなど、支援記録の確認や口頭伝達にとどまっております。体系的な教育・周知が不足しています。虐待防止研修の際に身体拘束廃止研修と合わせて基本支援について一部説明は行われていますが、全サービスにわたる標準的な方法が文書化されていないため、実施状況を組織的に確認する仕組みも確認できませんでした。今後は、速やかに標準的な実施方法を文書化し、施設内研修などを通じて全職員に周知徹底することで、サービスの質の均一化を図ってみたいかがでしょうか。

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・b・c
---	-------

<コメント>
 前述Ⅲ-2-(1)-①のとおり、提供する福祉サービスについて、職員誰もが守るべき「標準的な実施方法」を定めた統一的な文書(マニュアル)が文書化されていません。このため、前提となる標準的な実施方法が存在しないため、その実施状況を定期的に検証し、見直しを組織的に行うための仕組みが確立されていることを示す根拠も確認できませんでした。現場職員へのヒアリングからも、マニュアルの存在自体が曖昧であり、見直しや改定の動きについて職員が深く関与できていない状況が確認されています。したがって、標準的な実施方法の文書化と、その見直し・検証の仕組みの確立、実施はともに不十分であると判断されます。今後は、まずサービス全般の標準的な実施方法を文書化し、その上で、当該文書の定期的な検証・見直しに関する時期や手順を組織的に定め、継続的なサービスの質の向上を目指されてみたいかがでしょうか。

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。

a・b・c

<コメント>

個別支援計画の策定については、策定の責務や責任者の設置を含め事務分掌表で体制が規定されています。特に、支援者の視点が偏らないよう、担当者を含む3名で検討を行う「3人組システム*」を独自に導入している点は、個別支援の質を確保するための積極的な取り組みとして評価できます。一方で、アセスメントを実施するための統一されたマニュアルや、具体的な手順を定めた文書は確認できませんでした。また、個別支援計画の策定プロセスにおいて、多職種が参画する連携体制が十分に構築されている状況には至っていません。昨年度までは管理栄養士が参画していましたが、現在は看護師など部門を横断した関係職員による合議に関する具体的な手順が文書化されておらず、多職種連携については次年度以降の検討段階にとどまっています。今後は、アセスメント手法に関する統一的なマニュアルを文書化し、評価から計画策定に至る手順を明確にするとともに、看護師など多職種が参画する合議の機会を計画的に設けてみてはいかがでしょうか。これにより、より多角的な視点にもとづいた個別支援計画の策定体制を確立していくことが期待されます。

*「3人組システム」とは、個別支援計画策定の前提となるアセスメントの視点やモニタリング（計画の見直し）が特定の職員に偏らないよう設計された施設独自の取り組みであり、支援の質の確保とリスクの低減を目的として導入されています。担当職員の意見をもとに、勤務年数や立場などを考慮して選定された3名の職員が計画内容を検討する仕組みとなっており、対面での協議や文書による確認など、柔軟な運用が行われています。

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・b・c

<コメント>

個別支援計画については、策定後、実施状況の評価と見直しが必要である旨が契約書などに規定されています。計画は6か月に1回程度見直しが実施されていることが確認されています。特に、計画の策定・見直しプロセスにおいて、行政指導を受けたことを契機に、前述Ⅲ-2-(2)-①のとおり、「3人組システム」(担当者を含む3名で検討)を導入している点は、多角的な視点を取り入れるための積極的な取り組みとして評価できます。しかし、個別支援計画の実施状況の評価および見直しについて、見直しの時期、参加職員、同意の手順など、組織的な手順を定めた文書や記録が十分に確認できませんでした。また、計画が変更された場合の内容周知は、紙または共有パソコン上での閲覧と口頭での伝達にとどまっており、前述Ⅲ-1-(5)-①のとおり、関係職員間での迅速かつ体系的な情報共有体制が不十分である点が課題です。今後は、計画の見直しに関する明確な手順や評価プロセスを文書化し、計画の変更内容がすべての職員に確実に伝達されるよう、情報や個別ケースの共有体制強化と運用の標準化を図ってみてはいかがでしょうか。

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)-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・b・㉔
<p><コメント></p> <p>利用者の福祉サービス実施状況の記録は作成・保管されていますが、記録内容の統一性や職員間の体系的な共有化の仕組みが確立されていません。ケース記録自体は、日付、支援時間、項目、内容を記載し、1か月単位で押印・保管されていますが、記録の書き方について統一された記録要領やマニュアルが確認できませんでした。このため、新人職員は先輩職員の記録を参考に書き方を学ぶなど、OJTに依存した指導が中心となっています。また、情報共有体制についても、男性職員は夜勤日誌への手書き、女性職員はパソコン入力というように記録方法が男女間で統一されておらず、部門横断的かつ体系的な情報共有が不足しています。さらに、記録入力用のパソコンが1台しかないため、職員が必要な情報を迅速に確認し、共有することが困難な状況です。加えて、個別支援計画の変更内容の周知については、紙や共有パソコンを閲覧する方法で行われていますが、全体への迅速な情報伝達体制が不十分であると考えられます。今後は、支援記録の質を担保するため、統一された記録要領を策定するとともに、職員全員が迅速かつ公平に情報にアクセスできるよう、情報通信技術（ICT）を活用した共有システムの導入など、体系的な共有体制の確立が求められます。</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。	a・㉕・c
<p><コメント></p> <p>利用者の記録の管理体制について、記録の保存期間や情報開示の方針がサービス利用契約書や重要事項説明書に規定されています。また、個人情報の取り扱いに関して、重要事項説明時だけでなく、同意書を受け取る際にも説明が行われています。さらに、記録管理の最終責任者（施設長）の役割は職務分掌上で明確化されています。さらに、個人情報保護については、「個人情報保護規程」および「個人情報保護のための行動指針」が整備されており、不適正な利用や漏えいを防ぐためのルールが定められています。一方で、これらの規定にもとづく施設内研修の計画や実施記録が確認できず、職員等への周知が十分ではありません。このため、組織的な記録管理体制としては改善の余地があります。今後は、情報管理に関する体系的な施設内研修を定期的に行い、職員への周知を徹底することで、個人情報保護の遵守に向けた組織体制をさらに強化されてみてはいかがでしょうか。</p>		

第三者評価結果【障害者・児福祉サービス版】

その2：内容評価項目

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-1-(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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>自由時間には嗜好に応じてテレビ鑑賞やゲームをしたり、外出の際には好きなお菓子や衣類を購入する機会を設けて、利用者の意思や希望を尊重した支援を行っています。また、居室を整理したり、衣類を廃棄したりする際には利用者の許可をもらい、意思を尊重しながら生活環境の調整を行っています。一方で、現地調査やヒアリングにより、日常業務多忙のため利用者一人ひとりに寄り添う時間を確保しづらい面が課題です。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>前述Ⅲ-1-(1)-①のとおり、2024年6月から「虐待ゼロ」を施設目標に掲げており、積極的に利用者の権利擁護に向けた取り組みを行政と協働して実施しています。具体的には、虐待防止委員会を中心に「虐待防止対策マニュアル」の作成、「緊急時訓練」「虐待防止マニュアル研修」「身体拘束等廃止研修」「3人組システム」「権利擁護に関する年間目標の設定」などを実施し、倫理観や支援の質の向上に努めています。さらには職員に「虐待防止に向けたセルフチェックシート」による振り返りを毎日実施し、受審施設の支援方法、職員の権利擁護に対する意識向上を図り、不適切な支援が生まれにくい職場環境の整備に努めています。また、不適切な支援の一因と考えられている人手不足の課題については、職員数を以前よりも増員することで、改善を図っていますが、職員に実施した自己評価やヒアリングでは、「業務が多忙である」との意見が複数ありました。施設長と職員が一丸となって行っているさまざまな取り組みについては積極的に評価できる一方で、前年度から今年度にかけて複数回の行政指導を受けています。今後、上記取り組みを継続して施設目標として掲げた「虐待ゼロ」が達成されることを期待します。</p> <p>注：2024年2月から6月にかけて虐待事案が発生した。その虐待事案と利用者死亡の因果関係は認められませんでした。2024年12月に岡山県から行政処分（3ヶ月）を受けています。また、2025年11月に虐待事案が発生し、2025年12月に改善勧告の行政指導を受けています。これらの権利擁護に関する項目の改善に向けた取り組みや改善状況の確認については、通常の訪問調査とは別に約60分の時間を確保し、ヒアリングや書類調査を実施したうえで、その内容を踏まえて評価を行っています。</p>		

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状態に応じて、ウォーキングの距離や時間を設定したり、キッチンタイマーを利用して生活のリズムを整えたりと、自立生活のための支援をしています。また、金曜日には爪切りや耳かきを実施し、整容面の配慮も行われています。また、利用者ごとに個別の外出を行い、嗜好品を購入するなど、利用者の自己選択を尊重した支援を実施しています。さらに、希望者は個別に入浴したり、自分の嗜好にあったシャンプーやリンスなどの生活用品の利用することが可能です。</p>		
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・②・c
<p><コメント></p> <p>利用者の特性に応じてノートで筆談を行ったり、手に文字を書いてもらったり、「要求カード」で「着替え」や「トイレ」の意思表示をしてもらったりと、さまざまな支援を実施しています。一方で、このような特性に応じたさまざまな支援について、一部職員の実施にとどまっているようでした。今後は、利用者とのコミュニケーションを高めるための気付きやサインを獲得する方法を職員同士で共有するなど、コミュニケーション手段を向上させることが期待されます。</p>		
A-2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等適切に行っている。	a・③・c
<p><コメント></p> <p>利用者から寄せられた相談には、マネージャーを中心に適宜対応されています。対応経過については職員内で回覧を行うなど、情報共有も行われています。また、「ぼれぼれ自治会」は利用者が自ら意見する場となっており、行事やイベントなどを企画したり、利用者や職員が企画したイベント等の承認を行っています。一方で、前述Ⅲ-1-(3)-①のとおり、「利用者アンケート」では、利用者からの受審施設に対する意見を収集していますが、その実施時期は決まっておらず、断片的な実施となっています。また、重度の知的障害のある利用者の回答がどれほど信頼性が高いのかを議論されており、アンケート自体の方法を見直している段階です。</p>		
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・④・c
<p><コメント></p> <p>前述A-1-(1)-①のとおり、職員の不足により、一人ひとりの利用者に適した活動を提供することが困難でしたが、職員が充足するにつれて充実した活動を提供できるようになっています。本人の意思のもとに歩行訓練を行ったり、「絵かき」「洗濯」「日光浴」「ウォーキング」などから好きな活動を選んでもらったりと個別支援計画に基づいた支援を提供しています。一方で、ヒアリングにより、職員の人数や時間により利用者の日中活動が制約されている部分があり、今後の改善を期待します。</p>		

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・⑥・c
<p><コメント> すべての利用者に対し、詳細なアセスメントを行っています。特に4つの項目（移動や動作などに関連する項目、身の回りの世話や日常生活などに関連する項目、意思の疎通などに関連する項目、行動障害に関連する項目）ごとにレーダーチャートを作成し、利用者の状態像を視覚的に理解しやすくする工夫を行っています。それにより、新人職員でも障害特性を迅速に理解する一助になっています。また、緊急時の対応方法も文書で手順化されています。一方で、支援のより具体的な内容（介入方法やタイミングなど）の共有について、行動障害に関する専門職の助言などを得て、対応方法を更新されてみてはいかがでしょうか。</p>	
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。	①・b・c
<p><コメント> 医療系の大学から2年間コンサルテーションを受け、利用者一人ひとりに応じた食事の提供方法を確立しています。現在でも、咀嚼や嚥下能力に応じて食事形態を変えながら提供し、周囲の騒がしさが苦手な利用者はパーティションで区切った食事スペースを作るなどの対応をしています。「選択メニュー」の日には、利用者が好きなメニューを選ぶことができ、日々の生活の中に楽しみを感じられるように工夫しています。「残菜（嗜好）調査」を実施し、食事の好き嫌いや摂取量を確認し、健康面に配慮していることも特筆に値します。入浴面では、利用者ごとにバスタブの高さを変えたり、車椅子の方でも入浴できるように浴用の車椅子を使用したりしています。排泄面では個別に定時排泄の時間を設けたり、紙パンツやパッドの大きさや量を使い分けています。</p>	
A-2-(3) 生活環境	
A-1-(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・⑥・c
<p><コメント> 施設の改装が数回に渡り、計画的に行われています（今後も予定）。利便性や衛生面だけでなく、採光や景観にも配慮されており、明るい空間が確保されています。利用者の居室は、当初の設計や定員の関係により基本的に2人部屋となっていますが、居室の真ん中にカーテンを引くことでプライバシーに配慮しています。また、屋内には16台のカメラを設置し、録画も行うことで安全面にも配慮されています。床は柔らかい素材のものに変更され、転倒の際のリスクを最小限に抑えることができるように工夫されています。一方で、居室の扉は利用者の安全の確保のためにが中から施錠できない設計になっています。安全面との両立は難しい面もありますが、利用者によって職員が入室してほしくない時間帯等の事前確認や、その意思表示のための扉への掲示など、プライバシーや快適性に配慮した生活環境の設計を検討してはいかがでしょうか。</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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>嘱託医の指導のもとに歩行訓練を行い、筋力の維持などに努めている事例を支援記録で確認できました。また、それにより転倒回数が減少したというケース記録があります。さらに、ラジオ体操を実施し、健康の増進に努めたり、個別にうがい薬や電動歯ブラシを使用し、一人ひとりの状態に応じて健康に配慮した機能回復訓練を行っています。一方で、機能訓練・生活訓練のための計画書は作成されていません。今後は看護師や嘱託医、メディカルワーカー*などの助言を受け、さらなる支援の向上を目指してみたいかがでしょうか。</p> <p>*理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など、専門知識と技術で医療を支える専門職。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>てんかん発作が起こった際には、外傷や意識の確認をし、バイタルチェックを行うなどの手順が明確に文書で定められています。毎朝の検温では、37.0℃以上の場合には看護師に報告するなど基準も明確になっています。また利用者に体調不良や外傷などの異常が見られた際には看護師に報告する体制がフローチャートで文書化されており、報告書には写真つきで詳細な経緯が記録されています。</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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>看護師を中心に服薬管理が行われています。服薬支援方法についても文書で手順化されており、誤薬を防ぐ工夫がされています。万が一、誤薬や重複服用、飲み忘れがあった際には看護師に報告した後、薬剤師に相談して対応方法を検討する体制が整えられています。その後は報告書を提出し、服薬基本動作の再確認を行い、再発防止を図っています。今後は、服薬支援のミスを完全になくすという姿勢で、誤薬後の対応などを記録として日誌やヒヤリハットに残すことで、さらなる安全体制を構築されてみたいかがでしょうか。</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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>事業所開設当初から乗馬療育（ホースセラピー）*を取り入れ、て実施しています。利用者の社会参加の場となっており、実際の乗馬療育の見学では、利用者の笑顔も見られました。また、お花教室（月に一回）や季節に応じた行事（書き初め、すいか割り、クリスマス会など）も実施され、施設の中でも社会的活動が行える工夫を行っています。さらに、選挙の投票には利用者全員が参加できるように地域の協力を得て、投票所まで動向するなど投票するための支援を行っています。一方で、クラブ参加や投票への支援は画一的な支援にとどまっています。今後はさらに、一人ひとりの想いや趣味嗜好に個別に対応できる社会参加のあり方、学習のあり方を検討されてみてはいかがでしょうか。</p> <p>*乗馬クラブと提携し、乗馬を行う。普段使わない筋肉を使うことで脳に良い刺激が与えられ、精神を安定させる作用がある。</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。	a・b・③
<p><コメント></p> <p>地域移行の実績はありますが、利用者側からの発信があった際のみ対応となっています。また、前述Ⅲ-1-(2)-③のとおり、受審施設から利用者に、地域移行の提案や情報提供をする段階には至っていません。2026年から地域移行等意向確認*が義務化されるため、それについても準備を行っている段階です。</p> <p>*障害者支援施設に入所している利用者が、地域での生活や施設外の障害福祉サービスの利用について、本人の意思や希望を定期的に確認する取り組み。</p>	
<p><コメント></p> <p>年に一回、満足度調査が行われています。集計結果を第三者委員に報告し、また迅速な対応も行われています。随時、苦情や要望の受付も行っており、受付書にも記載・保管されています。また、家族会やランチコミュニケーション*の際には家族と情報共有等を図っています。一方で、利用者家族調査の「改善して欲しい点、気になる点」にて利用者や利用者家族と職員間の情報伝達について要望がいくつかありました。今後の課題として提案します。</p> <p>*保護者と受審施設職員で昼食をともに食べる機会を設け、コミュニケーションを図る場。</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。	a・b・c
<コメント> ※評価外		

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。	a・b・c
<コメント> ※評価外		
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。	a・b・c
<コメント> ※評価外		
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。	a・b・c
<コメント> ※評価外		