

みえ福祉第三者評価結果

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：垂坂山ブルーミングハウス		種別：施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名：柏木 三穂		定員（利用人数）：４０名（３９名）	
所在地：三重県四日市市別名３丁目３―１０			
TEL：０５９－３３１－８６６０		ホームページ：https://blooming.or.jp	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成６年７月２７日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 四日市福祉会			
職員数	常勤職員：	２７名	非常勤職員 １６名
専門職員	（管理者）１名		（介護福祉士）９名
	（副管理者）１名		（看護師）２名
	（社会福祉士）７名		（管理栄養士）２名
施設・設備 の概要	（居室数）４５室		（設備等）食堂・大浴場・個浴（リ
	フト有）トイレ・リハビリ室		スヌーズレンルーム・作業室他

③理念・基本方針

★理念

四日市福祉会の理念は「周囲を大切に思い理解する」「自立を支える」「より多くを学び成長する」です。

周囲とは「人・もの・環境」など自分を取り巻くすべての事を指します。自分を取り巻くすべてのものを大切に思い、自分から周囲を大切に思う事で、自分を取り巻く周囲が自分を大切にしてくれるようにと思う気持ちを大事に、より深く・協力し合える関係性作りを目指しています。自立を支えるとは経済的な自立・精神的な自立・社会的な自立、沢山の自立に少しでも近づけるような活動を目指しています。一人ひとりが沢山のことを学ぼうとする姿勢を持つことで成長に繋がり法人に関わるみなさんに明るい未来に向えるようにと考えています。

★基本方針

垂坂山ブルーミングハウスの基本方針は「QOLの向上を目指す」「当事者意識を持つ」です。

生活の質を掲げ、利用者の強みを引き出し前向きな生活を支援し、地域社会の一員として誰もが安心して暮らせる開かれた施設を目指しています。具体的には利用者の方が健康に過ごせるよう看護師や理学療法士、歯科衛生士が在籍しているほか外部の医師が訪

問するなど様々な専門スタッフによる専門的なケアを行っています。また共同生活・作業を通じて「当事者意識」を高め地域と連携しながら自立と社会参加を促す包括的なサポートを提供しています。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・地域との連携：地域住民へのサービス提供、社会福祉教育の場を提供し、地域に開かれた法人を目指しています。また災害時に高齢者や障害者など配慮が必要な方を受け入れる「福祉避難所（二次避難所）」として機能します。防災倉庫の設置もしています。
- ・個別支援の充実：利用者の特性やニーズに合わせ多様な作業・創作活動を提供しています。芸術活動にも力を入れており年に一度、障害者芸術文化祭で知事賞など受賞しています。
- ・チーム支援：職員が連携し利用者間のトラブル解決や多岐にわたる生活をサポート（金銭管理や、余暇活動など）をチームで対応をしています。
- ・自立支援：経済的・精神的・社会的な自立（自己決定に基づく主体的な生活）を支える環境を整備しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年10月2日（契約日） ～ 令和8年6月11日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（令和元年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆副管理者の改善意識

管理者が法人の理事長を務めることから、事業所業務の多くが副管理者に委ねられている。コロナ禍によって間隔は開いたが、定期的に第三者評価を受審しており、今回が4回目の受審となる。前回の受審では、「適切な情報公開」や「利用者への分かりやすい説明」、「災害時対応」等の改善指摘を受けた。今回、ホームページを活用して情報公開は適切に行われていた。利用者の目にするもの（資料等）のほとんどにルビが振られていた。災害BCP（事業継続計画）が作成され、それに沿って、行政担当者も参加する福祉避難所の開設訓練も実施されていた。今回の訪問調査においても、気づきを得て盛んにメモを取る姿があった。副管理者の高い改善意識が感じられる。

◆重層的な研修機会の提供

職員育成は、「職員研修」と「目標管理」の2本柱を主眼に置いて取り組んでいる。その一つである職員研修においては、法人主導で階層別研修やテーマ別研修、職種別研修等の研修体系が整備されている。事業所で行う内部研修は、毎月の職員会議と併せて実施されており、非正規のパート職員を含め全職員の参加を原則としている。外部研修への参加も積極的であり、前年度は50件を超える研修等に延べ70名ほどの職員が参加した。顧問弁護士によるWeb研修も計画されており、重層的な研修体制により、職員の研修機会はますます増えることとなる。

◆利用者を尊重した福祉サービスの提供

利用者を尊重した福祉サービスを徹底して行うため、職員は「接し方マニュアル」を始めとして「入浴介助マニュアル」や「排泄介助マニュアル」等の日常的な業務内容をマニュアル化して取り組んでいる。各種の業務マニュアルをまとめた「教育ファイル」を使って新人職員研修を行い、すべての職員が利用者を尊重した共通の理解をもって支援に当たれるよう取り組んでいる。

◇改善を求められる点

◆事業所独自の中・長期計画の策定

法人の中・長期計画は策定されているが、事業所の中・長期計画は見出しを記載するに留まっている。副管理者の目指す3年後、5年後の「事業所のあるべき姿」を、中・長期計画として明文化することを望みたい。中・長期計画は、単年度の事業計画を作成する際の枠組みを示す役割を持つことから、主要な項目に関して年度ごとの到達点（数値目標、期限目標、具体的な成果等）を明確に設定することが求められる。

◆合理的配慮に基づく支援の充実

自らの意思を表明できない重度の障害を持つ利用者を多く支援しており、合理的な配慮に基づく支援がより求められる。食事時間や作業内容等、利用者一律ではなく個別に対応する等、合理的配慮に基づく支援が実践されているが、コミュニケーションの工夫やサービス提供のより柔軟化等、改善の余地が残されている。様々な支援の場面を想定し、可能な限りの合理的配慮に基づく支援の充実が期待される。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回の受審時に指摘があった項目は今回しっかりして評価をいただいております。今後も更なる高みを目指して継続していくことで職員の支援力のボトムアップ、利用者さんのQOLの向上に繋げていきたいと感じました。

指摘を受けた項目に関して次回の第三者評価までには目標達成をするためのPDCAサイクルを繰り返し行えるよう基盤作りから進めていきたいと思っています。

障 18「職員に対する教育・研修の実施」については研修報告をしたらおしまいではなくせつかく費用を掛けて研修に参加しているので今後は研修効果の確認を行う事で、研修に参加した職員の実になっている事を確認するのも施設としての人事育成の要になるのではと考えます。ただ今までにない取り組みにはなるので担当者の設置、マニュアル整備等を含め段階的に行ない事業所内で恒久的に行えるように取り組んで行きたいと思います。

今回、第三者評価を受審して振り返る良い機会になりました。施設内の自己チェックでは発想していないご指摘もいただき改善のきっかけになったことを感謝します。今後も定期的に受審したいと思っています。ありがとうございました。

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。

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（障がい者・児）

※すべての評価細目（45項目）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。

※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。

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。		
障 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。	③・b・c
〈コメント〉 「他者理解」、「自立支援」、「学習による成長」の3点を柱とする法人の理念があり、それに沿って事業所の基本方針を打ち出している。この基本方針は、その時々福祉動向や事業運営の機微に合わせ、適切な見直しや更新が行われている。ホームページやパンフレットに法人理念を掲載し、毎朝の朝礼でも唱和している。		

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対応している。		
障 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。	③・b・c
〈コメント〉 管理者が法人の理事長職にあるため、事業運営の多くの部分は副管理者に権限移譲されている。管理者は同業者団体の要職を務めることから、全国レベルの情報をいち早く取得することが可能である。副管理者は、自立支援協議会はじめ各種の会議・会合に参加し、地域情報を取得している。これらの情報を幹部会で共有し、適切な事業運営につなげている。		
障 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。	③・b・c
〈コメント〉 「ICT化の推進」と「利用者の生活の場の拡張」が課題として認識されている。ICT化は、システムの全面的な更新を計画しており、既に複数の候補に絞って選考が進んでいる。生活の場の拡張に関しては、すでに用地の取得を済ませている。双方ともに多額の資金を必要とすることから、法人との綿密な連携の下に進めている。		

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。		
障 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・③・c
〈コメント〉 法人の中・長期計画は詳細に策定されているが、事業所に関しては見出しを記載するに留まっている。副管理者の目指す3年後、5年後の「事業所のあるべき姿」を、目に見える形で示された。単年度事業計画の作成に枠組みを示す意味からも、中・長期計画の主要な項目には、可能な範囲で年度ごとの到達点（数値目標等）を設定することが望ましい。		

障 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・b・c
〈コメント〉 明確な事業所独自の中・長期計画が示されていないため、単年度の事業計画の作成にあたっては、法人の中・長期計画や法人からの指示事項（事業計画に含める要素等）を考慮して作成されている。先ずは、法人の中・長期計画に沿った事業所の中・長期計画を策定し、それに整合させた単年度の事業計画を作成することを意識されたい。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
障 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・b・c
〈コメント〉 副管理者を含む幹部職員4名が、4つある「班」のリーダーを務め、毎月1回以上の「班会議」を行って主要な事項の検討等を行っている。事業計画の執行についても然りである。単年度の事業計画に基づき、班ごとに目標を設定して取り組んでいる。進捗状況は毎月の職員会議で確認され、必要に応じて計画変更等も行われる。		
障 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。	a・b・c
〈コメント〉 文字による理解が難しい利用者のために、事業計画の主要な部分を絵やイラストを使って説明している。法人のマスコットキャラクターである「ブルミニちゃん」を活用し、利用者の興味や関心を引き寄せている。利用者が目にする資料等のほとんどに、ルビを振る配慮がある。		

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。		
障 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・b・c
〈コメント〉 利用者アンケートに加え、年間2回、非正規のパート職員を含めた全職員が自己評価を行っている。自己評価後に、主任以上が参加する主任会議で集計結果を分析し、把握した課題に対する改善策を検討している。また、疑問点を含んだ自己評価に関しては、評価した職員と直接面談を行い、疑問点を払拭するよう努めている。		
障 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・b・c
〈コメント〉 コロナ禍等もあって間隔は開いたが、定期的に第三者評価を受審し、今回が4回目の受審となる。前回、改善の指摘を受けた「適切な情報公開」や「利用者への分かりやすい説明」、「災害時対応」等は、すべて改善が完了していた。特に「災害時対応」では、BCP(事業継続計画)の策定に留まらず、行政を巻き込んだ避難所設置訓練も行っている。		

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。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉※障10～13は、実態管理の副管理者を対象として評価する。 管理者の責務は「運営規程」、「職務権限規程」に明記されており、その職責の多くを副管理者に委任している。副管理者は、参加する各会議で自らの考えを述べ、事業計画の中でも事業の方向性を打ち出している。副管理者不在時の職務権限等は、班会議の各リーダーが委任先となる。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 副管理者は、自立支援協議会や居宅連絡協議会に参加し、関連法令の改廃情報を取得している。職員周知が必要な場合には、職員会議等で周知を図っている。また、顧問弁護士による関連法令のWeb研修が計画されており、権利擁護（虐待防止、身体拘束適正化、プライバシー保護等）やハラスメントに関する研修がラインナップされている。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 利用者の満足度を上げるために、コロナ禍によって中断を余儀なくされていた事業所イベントを再開させ、計画以上に回数の増加を図っている。企画外出に関しても、利用者の意向を確認するアンケートを行い、今年度は「一泊旅行」、「日帰り旅行」、「グループ別外出」の中から選択して参加することができる。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 ICT化の推進により、事務時間の短縮が図られている。利用者に関わる時間が増え、時間外労働も減少している。「急がば回れ」の姿勢で支援することを指導し、職員は過剰な支援をせず、利用者が「自分で始めて、自分で終わる」スタイルを目指している。結果として、利用者は達成感を得ることとなり、職員には余裕が生まれることとなる。		

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。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 職員採用は法人の求人チーム（委員会）が主導しており、副管理者が求人チームのリーダーを務めている。福祉人材に関する採用が困難さを増す時世であるが、定期採用、期中の臨時採用ともに順調であり、離職の少なさもあって、余裕ある職員配置が可能となっている。当事業所においては、直近1年間での離職者はいない。		
障 15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	①・b・c
〈コメント〉 一部成果主義的な仕組みを取り入れているが、基本は終身雇用を前提とした年功序列型のキャリアパスである。「人事評価表」を用いて人事考課と目標管理を行っている。人事考課の手順は、「人事評価表」に職員が自己査定を記入し、上司による査定では、項目をさらに細分化して評価している。人事考課の結果は、処遇（昇給、賞与）に反映される。		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
障 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。	①・b・c
<コメント> この1年間、職員の離職がないことから、余裕のある職員配置が可能となっている。時間外労働は少なく、有給休暇の取りやすい職場環境であり、職位職階による偏りもない。これまでに、男性職員の育児休業の取得実績（2例）もある。産業医との連携があり、ストレスチェックも実施している。職員雇用が安定しており、働きやすい職場が実現している。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
障 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。	①・b・c
<コメント> 職員研修と目標管理を職員育成の2本柱としている。職員研修については、階層別、テーマ別、職種別等の研修体系を組み、加えてWeb研修の計画もある。目標管理は「人事評価表」を使い、職員個々が年間目標を設定して取り組んでいる。上司とは、目標設定面談、中間の進捗確認面談、最終評価面談と、3回の面談機会を活用して目標達成を目指している。		
障 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・②・c
<コメント> 毎月の職員会議に合わせて職員研修を組み、内部研修は職員全員が対象である。外部研修への参加も積極的であり、前年度においては大小50を超える研修に、述べ70名ほどが参加している。履修後には「研修報告書」が提出されているが、研修が報告書と職員会議での伝達研修で完結し、研修効果の測定を実施する仕組みがない。		
障 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。	①・b・c
<コメント> 毎月の職員研修を正規職員のみとせず、非正規のパート職員も受講の対象としている。また、外部研修への積極的な参加を推奨しており、実績もある。今後、顧問弁護士によるWeb研修も計画されており、重層的な研修体系を構築している。パート職員を含め、職員個々の研修機会は十分にある。		
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。		
障 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。	a・②・c
<コメント> 法人として実習生を受け入れ、各事業所が分担して実習を行っている。今年度は、社会福祉士実習生6名、介護実習生1名、「教員特例法」による介護体験10名ほどを受け入れた。課題は、実習の受入れに関する一連の業務を包括したマニュアルがないこと、また、実習終了時の評価の記録が残されていないこと等である。		

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。		
障 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。	①・b・c
<コメント> 前回の第三者評価では改善指摘を受けた項目であるが、ホームページがリニューアルされ、様々な情報が公開されている。第三者評価結果や苦情解決の内容等、「現況報告書」が求める「積極的な情報公表への取組」7項目はすべて公表している。社内報もホームページで公開しており、開かれた法人（事業所）としての姿勢を高く評価したい。		

障 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。	①・b・c
〈コメント〉 「職務権限規程」等により、定められた権限の範囲内で業務が執行されている。事業所の現金出納は、副管理者が決裁権を有し、出納責任者を事務職員としており、決裁者と出納責任者の役割を2者に分かつことにより、内部牽制を働かせている。行政の監査においても、特段の指摘は受けていない。		

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。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 業務の手順をまとめ「教育ファイル」が作成され、その中に「地域への関わり方の基本姿勢」が収められている。コロナ禍で中断していた地域交流や連携も再開され、新たな取組みも始まっている。地域に向けた活動（イベント）であっても、利用者が阻害されることのないよう、常に利用者の存在を意識して取り組んでいる。		
障 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。	a・②・c
〈コメント〉 マニュアルとしての「ボランティアの受入れについて」があり、それに沿ってボランティアを受け入れている。内容としては、法人（事業所）イベントの手伝いや福祉体験学習の生徒の受入れ等がある。マニュアルには、「受入れ終了後に取組みを評価する」との記述があるが、反省会等の記録は残っていない。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 行政機関や教育機関、医療機関、ライフライン関係等々、必要と思われる社会資源を網羅したリストを作成し、事務室に設置している。国や県レベルでは管理者（理事長）が、市や地域に関しては副管理者が中心となり、同業事業者や関連施設との連携を図っている。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 副管理者が、自立支援協議会や居宅連絡協議会に参加し、地域の福祉ニーズや共通する課題等の把握に努めている。また、法人内に基幹相談支援事業所を持つことから、そこと連携することによって在宅障害者のニーズも拾えている。情報の収集、分析の結果、「重度の障害を持つ子どもの、生活の場の支援」が課題として浮き彫りになった。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 地域の福祉ニーズを受け、来年度から重度の障害を持った子どもの受入れとして、児童発達支援（重心型）、放課後等デイサービス（重心型）、短期入所の各事業が新たに開始される。事業所として福祉避難所登録を行っており、既に2回、行政担当者も参加する福祉避難所開設訓練を行った。理事長が、地域まちづくり推進協議会の委員を務める。		

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。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 利用者を尊重した福祉サービスを徹底して行うため、職員は「接し方マニュアル」を始めとした「入浴介助マニュアル」や「排泄介助マニュアル」等の日常的な業務内容をマニュアル化して取り組んでいる。各種の業務マニュアルをまとめた「教育ファイル」を使って新人職員研修を行っており、職員が共通理解をもって支援に当たれるようにしている。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 「プライバシー保護マニュアル」が策定されており、一人ひとりの利用者にとって生活の場につながる快適な環境となるよう、設備等の工夫をしている。特に、自分から意思表示が困難な利用者に対しても、合理的な配慮に基づいた適切な支援が行われている。		
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。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 法人のパンフレットを地域内の随所に設置・掲示しており、利用希望者が福祉サービスを選択するのに必要な情報を積極的に提供している。今年度は3名の新規利用者がおり、特別支援学校卒業の若い世代の利用者を受け入れている。		
障 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。	a・②・c
〈コメント〉 福祉サービスの開始にあたっては、イラスト等を用いた分かりやすい内容の「入所利用の手引き」を使って利用者に説明している。「入所利用の手引き」は、他の利用者や家族にも見てもらえるよう、リビングに掲示している。意思決定が困難な重度の障害を持つ利用者への配慮については、入所同意を含め、今後の適切な運用が期待される。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 福祉施設の変更にあたっては、福祉サービスの継続性に配慮した対応に努めている。毎年度「フェイスシート」の更新や「医療サマリー」の更新を行い、その都度利用者のニーズを把握し、希望に応じた対応をするよう努めている。現在、1名の利用者がグループホームへの移行を希望しており、計画書に基づいて移行が進められている。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 利用者満足の向上を目指した指針を作成し、毎年2回利用者の満足度調査（イラストを施して分かりやすい内容）を行い、日中活動、余暇活動、個別支援計画に関する要望や希望を聞き取っている。また、毎月、自治会を開催し、利用者の要望を聞き取るようにしている。保護者からの意見は、定期的に行われる後援会の場において聞き取るようにしている。		

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。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 「苦情解決のしくみ」というリーフレットにより、苦情解決の仕組みを周知するよう努めている。事務所前や各フロアーのリビング付近に具体的な方法や内容を掲示している。前年度のヒヤリハットや苦情の内容については、ホームページにおいて公表している。		
障 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・②・c
〈コメント〉 利用者から相談や苦情があった場合には、相談室や作業室、居室等の静かで落ち着いて話せる場所を確保し、話しやすい職員を選ぶことや時間や内容を問わずに話を聞ける体制を整えている。意思表示が困難な重度の障害を持つ利用者への配慮については、コミュニケーションの工夫等の改善の余地が残されている。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 利用者から相談や意見が出された場合の対応については、対応マニュアルを策定して対処している。意見箱を一階リビングに設置しており、広く意見を収集する体制を整備している。職員間の情報共有を図って迅速に対応するため、SNSを活用して24時間を通していつでも情報共有できる体制を整えている。		
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。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 法人に医療安全委員会が設置されており、毎月ヒヤリハット事例の報告と内容の検討を行っている。リスクマネジメントに関する責任者が選任されており、リスクマネジメント体制が整備されている。事故発生時の対応と安全確保に関する手順を定めており、定期的に訓練を行っている。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 感染症予防と発生時の対応マニュアルを策定しており、マニュアルに従った行動の周知徹底を図っている。感染症が発生した場合に備え、定期的に研修や訓練を行っている。発熱者が出た場合には、発熱前後にどのような行動を取っていたかをフォーマットに記入し、一目で感染状況が分かる仕組みを作っている。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 災害対策委員会を設置しており、災害時の安全確保に関する対応が決められている。定期的に避難訓練を行い、職員の「緊急連絡網」を整備して緊急時に備えている。災害時のBCP（事業継続計画）を策定しており、計画に基づいて食料や備蓄品等を備蓄している。防災計画を作成し、地域の行政や消防署、警察等とも連携して訓練を実施している。		

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。	
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 標準的な実施方法によって統一した支援を行うために、業務マニュアルという形で実施方法を文書化している。すべての業務マニュアルを「教育ファイル」の中に集約しており、新人職員の教育には「教育ファイル」を使って研修を行っている。すべての職員が業務マニュアルに従って標準的な実施方法で支援ができるように取り組んでいる。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 標準的な実施方法である業務マニュアルは、年度が変わる度に定期的に見直しを図っており、職員や利用者の意見を反映させるようにしている。		
	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。	
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 個別支援計画はサービス管理責任者が策定しており、看護師、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種の職員からの情報を得て、適切なアセスメントを行って策定している。理学療法士や歯科衛生士を配置することによって、アセスメントの幅が広がるとともに、利用者にとって必要不可欠な支援を提供することができている。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 個別支援計画の評価・見直しを半年に1回行っており、利用者にも分かりやすくイラスト等を用いて作成している。新規入所者については、入所後3ヶ月後に見直しを行い、年3回の見直しをしている。		
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 福祉サービスの実施状況の記録は、日々記録している「日誌」において適切に記録されている。「日誌」のフォーマットの改善が図られ、情報整理の簡略化が可能となっていた。「日誌」は各パソコンで情報が共有化されており、どこでもいつでも職員が閲覧でき、更新することも可能となっている。		
障 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。	①・b・c
〈コメント〉 「個人情報保護規程」が制定されており、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報提供に関するルールを規定している。職員は「個人情報保護規程」を理解するための研修を受け、その遵守に努めている。		

改善計画書

施設名 垂坂山ブルーミングハウス

(担当者 生野)

(作成年月日 令和8年5月13日作成)

(施設として続ける点)	1	ホームページを活用して情報公開を適切に行っていく。						
	2	利用者さんが支援計画書等、ルビや絵・写真などを用いて分かりやすくなるように工夫、取り組みを継続していく。						
	3	災害BCPの策定の見直し、更新を適宜行い行政や地域の方も巻き込みながら第二次避難所としての訓練を継続していく。						
	4	業務マニュアルの見直し、更新を適宜行いすべての職員が利用者を尊重した共通の理解を持って支援を行っていく。						
	5	外部研修や顧問弁護士によるWeb研修など重層的な研修体制を整え、理念にもある「より多くを学び成長する」をさらに高めていく。						
		課題・改善点	達成目標	期間	開始時期	達成時期	改善スケジュール（人・予算・情報・手順等）	担当
すべてできること	1	運営規定に副管理者を追加で記載する。	人事考課について詳細な項目をみんなが知れるよう運営規定を変更後、職員会議にて全体周知をする。	1ヶ月	6月1日	7月1日	理事長を中心に運営規定について検討する。	幹部会 副管理者
	2	苦情マニュアルの訂正をする。	重要事項の苦情受付の変更・第三者評価の受審状況の記入をする。	1ヶ月	6月1日	6月30日	解決責任者を副管理者、受付担当者を統括リーダー、主任に変更をする。変更後は新しい苦情マニュアルのポスターを張り替える。	副管理者 統括リーダー 主任
	3	各マニュアルの総点検を行う。	全てのマニュアルを令和8年度版に更新する。	3ヶ月	5月1日	7月31日	マニュアル更新の担当を振り分け最終チェックは副管理者、統括リーダー、主任で行う。	マニュアル更新担当 副管理者 統括リーダー 主任
	4							
	5							
工夫すればできること	1	事業計画に地域との関りを掲載する。	施設としての関わり方を事業計画で具体化する。	1年	1月1日	4月1日	主任会議でどのような内容にするか検討して、職員会議時に全体周知をする。	副管理者
	2	研修効果の測定をするための担当者の配置等及びマニュアルの作成。	作成をする。	1年	5月1日	4月30日	山下副管理者を中心に主任会議で作成をする。	管理者 副管理 統括リーダー 主任
	3	事業所の中長期の明文化を進めていく。年度ごとに到達点を（数値目標等）明確に設定する。（事業所）	完成させる。	1年	5月1日	2月28日	山下副管理者を中心に主任会議等で検討していく。	管理者 副管理者 統括リーダー 主任
	4	ボランティアの受け入れ終了後に取り組みを評価した記録が残っていない。	評価表を作成しファイリングをする。	1年	5月1日	4月30日	評価項目の素案を作成し、主任会議にて内容の精査をする。	ボランティア担当者 生野
	5	意思決定が困難な重度の利用者の方へコミュニケーションの工夫や改善点などを模索していく。	個々の課題を明確にする。	2年	5月1日	4月30日	外部講師からの意見も聞き各個人に合ったコミュニケーション方法を探っていく。	生野中心とした全職員
	6	法人の中長期計画に年度ごとに到達数値を明確に設定する。（法人）	作成をする。	2年	5月1日	4月30日	中長期ワーキングチームを中心に取り組む。	幹部会中長期ワーキングチーム
	7	実習生の受け入れに関する一連の業務マニュアルの作成。	実習生用の業務マニュアルを作成する。	2年	5月1日	4月30日	幹部会で作成をする。	幹部会
予算化しないといけないこと	1	新たな日中活動を模索する。	生活の場以外で作業をする場所の候補地を検討する。	3年	5月1日	4月30日	理事長を中心に幹部会にて候補地など検討する。	幹部会
	2							
	3							
	4							
	5							