

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 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：障害福祉サービス事業所 たかもり                                             | 種別：生活介護           |                   |
| 代表者氏名：佐野 勇太                                                     | 定員（利用人数）：20名（25名） |                   |
| 所在地：愛知県春日井市高森台5丁目6-6                                            |                   |                   |
| TEL：0568-27-7527                                                |                   |                   |
| ホームページ： <a href="https://youwasou.jp/">https://youwasou.jp/</a> |                   |                   |
| <b>【施設・事業所の概要】</b>                                              |                   |                   |
| 開設年月日：令和 3年 6月 1日                                               |                   |                   |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 養楽福祉会                                    |                   |                   |
| 職員数                                                             | 常勤職員：14名          | 非常勤職員：5名          |
| 専門職員                                                            | （管理者） 1名          | （介護福祉士） 4名        |
|                                                                 | （事務職員） 1名         | （調理師） 2名          |
|                                                                 | （生活支援員） 9名        | （医師） 1名           |
|                                                                 | （社会福祉士） 1名        |                   |
| 施設・設備の概要                                                        | （居室数）             | （設備等）多目的室・訓練作業室   |
|                                                                 |                   | 相談室・医務室・シャワー室     |
|                                                                 |                   | トイレ・カフェ（訓練作業棟）・厨房 |

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

＜選ばれる事業所・親しまれる事業所＞

- 1 障害のある人達が、人としての尊厳が守られその人らしく豊かな生活を実現できるよう 支援します。
- 2 福祉サービスの充実に向けて、職員は専門職としての資質の向上に努めます。
- 3 障害の有無に関わらず、人々が相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現を目指して地域の関係者とともに取り組んでいきます。

##### ・施設・事業所

「みんなで幸せを紡いでいく」という理念のもと、「たのしく」「なかよく」「ときめく」ことを大切にし施設に訪れる人々の間に日々小さな感動や心のつながりを生むことを目指していく。

### ★基本方針

利用者は比較的年齢が若く、障害支援区分が高く、強度行動障害等障害の方とし、「はさま」「みずほ」と差別化を図り、身体機能や行動特性および精神面など利用者個々のニーズを捉えながら安全・快適で、充実した生活を送れるよう支援します。

日中活動としては、午前中、毎日音楽療法を取り入れ情緒の安定を図り、待つことのできる集団を目指します。午後からの活動については、あくまで利用者個々人が自分で興味のあることを見つけ、活動することで、喜びと充実感が得られるように支援します。

また、喫茶部門(定員2名)を設け、接客等を通して社会適応能力の向上と、就労への可能性を探ります。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

重度の知的障害者の方で行動上著しい困難を有したり、常時介護を必要とし、常に食事、排泄、行動等の介護が必要としたりする比較的若い方々を利用対象者として、当法人2か所の生活介護事業所と差別化している。

- ・行動上著しい困難を有する知的障害者の情緒の安定のため、午前中は音楽療法士による音楽療法を週5日行っている。また、名古屋音楽大学音楽療法コースの教授と連携を取っている。
- ・意思決定支援に重きを置き、午後は活動内容を本人に選んで貰えるように配慮している。
- ・施設内に訓練作業棟という位置付けでカフェを併設し、職員とともに働くことで利用者の社会性を育む活動を行っている。
- ・新型コロナウイルス感染拡大防止対策や本人の意向を聞き取った上での小グループの外出・外食機会の提供を行っている。
- ・地域貢献の一貫として、駐車場や訓練作業室を地元のボランティア団体や中学校に貸し出している。
- ・訓練作業室は緊急時の避難所も兼ねており、有事に際しては利用者の避難所として機能する。

### ⑤第三者評価の受審状況

|                   |                                                                      |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 評価実施期間            | 令和 6年 6月25日(契約日) ~<br>令和 6年12月23日(評価決定日)<br><br>【令和 6年10月11日(訪問調査日)】 |
| 受審回数<br>(前回の受審時期) | 初 回 (平成 年度)                                                          |

### ⑥総評

#### ◇特に評価の高い点

##### ◆管理者の高い改善意識

管理者は、職員との面談を重ねながら、間接業務ができる「事務時間」をその日のスケジュールに計画的に入れるようにした。また、遠距離の利用者の送迎が超過勤務になっていたため、7月から「遅出勤務」を導入し、職員の意見を取入れて働きやすい職場環境を整えている。

##### ◆積極的な保護者会活動

保護者会としてアンケートが実施され、要望がまとめられて事業計画に反映されている。利用者本人を主体とした勉強会や連携・交流を行っている。希望する保護者と職員によるランチ会も実施しており、ニーズの確認や質問等も含めた意見交換の機会となっている。保護者・家族も事業運営に協力的で、事業所敷地内の草刈りや施設行事等に多くの保護者が参加している。

##### ◆地域貢献への高い意識

「困っている利用者さんを救いたい」という思いから、遠距離の利用者の受入れや新型コロナウイルスによる施設閉鎖時も安全管理体制を整え、支援が必要な利用者を複数名受け入れた。

◇改善を求められる点

◆事業所としての中期計画の作成

法人として、5年間の中期計画が作成されている。また、県や市の障害福祉計画を踏まえ、サービスの質の向上、地域貢献、人材の育成、健全で透明性の高い運営といった項目ごとに具体的な目標が掲げられている。事業所としても、法人の中期計画に整合させた中長期計画を作成されたい。

◆自己評価・満足度調査の実施

福祉サービスの質の向上を図るためには、総合的、継続的に評価を実施する必要がある。自己評価をPDCAサイクルに基づき、定められた基準で行うことを検討されたい。また、利用者満足の上昇を図るため満足度調査の実施も検討されたい。

◆プライバシー保護

利用者の写真を職員のスマホ(携帯電話)で撮ることもあるため、すぐに事業所のパソコンに移すなど、注意喚起することに留意してもらいたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、中部評価センター様で第三者評価を受審し、専門的かつ客観的な立場から評価をしていただきました。

事業所としては、初めての受審と言うこともあり、多くの「気づき」が生まれた良い機会となりました。特に良いところの「気づき」と言う点は、働いている職員からでは気づきにくいことであり、今回の評価結果では、職員の自信に繋がるきっかけにもなったと思います。また、改善すべき点が明確になったことで、間接的にモチベーションアップに繋がったと感じています。

保護者様からのアンケートでも肯定的な意見を頂戴し、職員は身の引き締まる思いでした。これからも理念である「選ばれる事業所、親しまれる事業所」を目指し、精進していきます。今回は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。

## 第三者評価結果

※すべての評価細目（64項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）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

### 【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。                                                                                               |                         |         |           |
| 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。 | 障1      | Ⓐ ・ b ・ c |
| ＜コメント＞<br>理念・基本方針は、法人のホームページやパンフレットに掲載されている。職員にはスタッフルームや休憩室にも掲示され、日々の「割振表」にも明記されている。利用者や家族には年3回の保護者会で周知され、欠席者には資料を郵送している。 |                         |         |           |

##### 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。 | 障2      | Ⓐ ・ b ・ c |
| ＜コメント＞<br>社会福祉全体の動向は、日本知的障害者福祉協会や愛知県知的障害者福祉協会、自立支援協議会等から得ている。地域の福祉計画には法人として意見をしている。また、利用実績は法人内の通所事業所同士でグループウェアである「ケアカルテ」で共有し、分析を行なっている。 |                                 |         |           |
| 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。       | 障3      | Ⓐ ・ b ・ c |
| ＜コメント＞<br>ペーパーレス化が進んでいないこと、物が壊れやすいこと、送迎に往復3時間もかかることがあることなどが経営課題として挙げられている。月1回のスタッフ会議や正規会議で経営課題を明らかにし、法人の理事会や評議員会でも情報を共有している。            |                                 |         |           |

##### 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。                                                                                                                                             |                             |         |           |
| 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。 | 障4      | a ・ Ⓑ ・ c |
| ＜コメント＞<br>法人として、令和3年度（2021）～令和7年度（2025）の5年間の中期計画が作成されている。また、愛知県や春日井市の障害福祉計画を踏まえて、サービスの質の向上、地域貢献、人材の育成、健全で透明性の高い運営、といった項目ごとに具体的な目標が掲げられている。法人の中期計画に整合させた、事業所独自の中長期計画を作成されたい。 |                             |         |           |
| 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。  | 障5      | a ・ Ⓑ ・ c |
| ＜コメント＞<br>法人の中期計画を踏まえ、事業計画が作成されている。実行可能な具体的な内容となっているが、数値目標が設定されていない。実施した状況を確実に評価できる内容となるよう、事業計画の内容について検討されたい。                                                               |                             |         |           |

|                                                                                                                                                                    |    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| 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。                                                                                                                | 障6 | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>1月から事業計画の実施状況の振り返りと見直しがスタッフ会議で行われ、次年度の事業計画の策定もスタッフ会議で行われている。また、管理者と職員が1対1で面談を実施し、事業所として行っていきたいことや必要物品について聴取をし、事業計画に反映させている。                              |    |           |
| 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。                                                                                                                                | 障7 | a ・ ② ・ c |
| <コメント><br>家族に対して、保護者会総会で事業計画と事業報告の説明を行なっている。また、利用者に対しては、その都度、口頭ではあるが分かりやすい言葉で事業計画について伝えている。家族を対象としたアンケートが実施されて要望がまとめられ、事業計画に反映されている。さらに、事業計画の理解を利用者に促すような工夫を期待したい。 |    |           |

#### 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。                                                                                                  | 障8 | a ・ ① ・ c |
| <コメント><br>今回が第三者評価の初めての受審である。ヒヤリ・ハット、事故報告等の評価は行われているが、福祉サービスの質の向上を図るためには、総合的、継続的に評価を実施する必要がある。自己評価をPDCAサイクルに基づき、定められた基準で行うことを検討されたい。         |    |           |
| 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。                                                                                         | 障9 | a ・ ② ・ c |
| <コメント><br>福祉サービスの質の向上を図るため、苦情、ヒヤリ・ハット、事故報告について、スタッフ会議で共有化され、リスクマネジメント会議で改善策が検討されている。しかし、課題の文書化や改善計画については確認できなかった。評価結果に基づき、組織的、計画的な取組みに期待したい。 |    |           |

## 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。                                                                                                                                        |     |         |         |
| 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。                                                                                                                      | 障10 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>管理者は、4月に異動（着任）したばかりであるが、半期経過時の10月に「たかもりの運営に対する提案」をスタッフ会議で行なった。スタッフ会議等で方針を常に明確にしている。災害時や平時の管理者不在時の権限委任は、主任、副主任の順に明確になっている。                             |     |         |         |
| 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。                                                                                                                          | 障11 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>愛知県知的障害者福祉協会や愛知県の集団指導の場で、遵守すべき法令等の情報を得ている。また、職員にはスタッフ会議で周知しており、福祉事業所として遵守すべき関連法を管理者のみならず、全職員が把握、認識している。                                               |     |         |         |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。                                                                                                                                    |     |         |         |
| 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。                                                                                                                    | 障12 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>福祉サービスの質の向上については、事業所の内部研修を17時45分から全職員参加の下で実施している。また、6月・7月で職員面談を個別に行い、職員の意見を反映させる取組を行なっている。話しやすい雰囲気づくりのため、午前は10時まで、午後は16時以降に管理者は必ず在籍し、職員に対応できるようにしている。 |     |         |         |
| 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。                                                                                                                        | 障13 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>管理者は、職員との面談を重ねながら、間接業務ができる「事務時間」をその日のスケジュールに計画的に入れるようにした。また、遠距離の利用者の送迎が超過勤務になっていたため、7月から勤務シフトに「遅出」を導入し、職員の意見を取り入れて働きやすい環境を整えている。                      |     |         |         |

### 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。                                                                                                                                            |     |         |         |
| 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。                                                                                                                               | 障14 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>福祉人材の確保は法人本部が行なっている。人材を養成する大学回りや職場体験などを実施しており、9～10名の新規採用ができています。また、定着対策としては福利厚生に力を入れており、諸手当をはじめ多様なクラブ活動もその役目を果たしている。事業所としてはオリエンテーションやOJTを行い、人材育成に努めている。                |     |         |         |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                                                                                                                                                       | 障15 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>人事考課制度に基づいて人事管理が行われている。「期待する職員像」は「キャリア等級に求められる役割」に記載されている。人事評価ナビゲーターというシステムを使い、人事考課が相対評価で実施され、昇給や賞与に反映されている。                                                           |     |         |         |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。                                                                                                                                                       |     |         |         |
| 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。                                                                                                                                      | 障16 | ①       | ・ b ・ c |
| <コメント><br>管理者は、有給休暇の取得状況や時間外労働を把握している。相談窓口は、法人の産業医やメンタルヘルスの資格を持った看護師が担っている。福利厚生としては、ソウエルクラブやクラブ活動があり、男性の育児休暇も3～4名が取得している。子どもの看護休暇を小学3年生まで延長することや、時短勤務の細分化を図り、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 |     |         |         |

|                                                                                                                                                      |     |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。                                                                                                                      |     |           |
| 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。                                                                                                                   | 障17 | a ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>職員一人ひとりの目標管理が行われており、進捗状況については、管理者による面談を5月、12月、3月の年3回実施している。目標管理は、法人の理念や中長期計画、事業計画等と結びつけることが望ましく、全職員が法人の理念の実現に向けて取り組むことを期待したい。              |     |           |
| 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。                                                                                                   | 障18 | a ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>人材の育成は、法人や事業所の研修計画に基づいて行われている。法人研修は、スタッフ会議で伝達研修が行われている。PDCAサイクルに沿って、研修内容が日常の支援に活かされるよう、今後の取組みを検討されたい。                                      |     |           |
| 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。                                                                                                                 | 障19 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント><br>管理者、主任で必要な研修を検討し、より多くの職員が研修に参加できるよう配慮している。個別的なOJTも、必要な期間を設定して行われている。また、外部研修の情報提供はスタッフルームに掲示され、参加を促している。パート職員も含めて、職員一人ひとりが研修に参加できるよう工夫している。 |     |           |
| 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。                                                                                                         |     |           |
| 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・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。                                                                                           | 障20 | a ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>「実習生受け入れマニュアル」を作成している。しかし、実習生の受け入れが少ない。実習生の受け入れは、事業所の社会的責務であり、実習生を指導する職員の資質の向上にもつながる。実習生の受け入れについて、事業所として前向きに検討されたい。                        |     |           |

### 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。                                                                                                 | 障21 | a ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>ホームページ上で事業報告、予算、決算情報、第三者評価の受審結果が公開されている。苦情については積極的に公表をしている。しかし、事業計画については公表がないため今後検討されたい。併せて、地域に向けての紙媒体も含めた広報の今後の取組みにも期待したい。 |     |           |
| 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。                                                                                           | 障22 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント><br>「経理規程細則」に事務、経理、取引に関するルールが記載されている。また、法人監事による内部監査も定期的に行なわれている。「監査報告書」に基づいて改善計画が作成され、指摘事項は早急に対応している。会計事務所が月末に助言を行っている。         |     |           |

### 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。                                                                                                                            | 障23 | a ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>地域との関わり方について、「中期計画」に基本姿勢が明記されている。活用できる社会資源や地域の情報は「連絡ノート」で個々の利用者に知らせている。カフェを併設しているため、地域住民が利用者に会いに来てくれることもある。しかし、地域との交流については低調と言わざるを得ず、今後の積極的な取組みに期待したい。 |     |           |

|                                                                                                                                               |     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|
| 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。                                                                                                 | 障24 | a ・ ㉑ ・ c |
| <コメント><br>ボランティア受入れの基本姿勢は「ボランティアマニュアル」に明記されている。学校教育等への協力としては、体験実習や生徒による取材学習の協力を行っている。学校教育等への協力の基本姿勢については明文化されていないため、今後検討されたい。                 |     |           |
| 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、関係機関等との連携が適切に行われている。                                                                                       | 障25 | ㉒ ・ b ・ c |
| <コメント><br>社会資源のリストは、春日井市が作成しているガイドブックを活用している。春日井市自立支援協議会や春日井市社会福祉協議会、愛知県知的障害者福祉協会に参加し、情報共有や共通課題の解決に向けての取組みを行なっている。                            |     |           |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。                                                                                                                 |     |           |
| 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。                                                                                                        | 障26 | ㉓ ・ b ・ c |
| <コメント><br>法人として地域貢献委員会を設置しており、カフェを利用する地域の顧客や相談支援事業所から福祉ニーズを把握している。地域の福祉ニーズに応える形で、休日のたかもりの事業所の一部を地域に開放しており、多くの地域住民が活用している。                     |     |           |
| 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。                                                                                                    | 障27 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>法人として、障害理解啓発キャラバン隊「チーム・メッセンジャー」を結成している。また、社会福祉協議会の障害理解のための講演会も行っていく予定である。保護者会からの要望に応じて、BCPに基づいての防災訓練を行った。災害時の要援護者受入れの協定も春日井市と結んでいる。 |     |           |



## 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。                                                                                                                                                         |     |         |         |
| 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。                                                                                                                                  | 障28 | Ⓐ       | ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>正規職員・契約職員・パート職員が揃って参加するスタッフ会議を毎月末に開催している。会議では、「たかもり」での「職員行動規範」の確認と、権利擁護等の研修参加者からの研修概要の報告を兼ねた勉強会も行っている。正規職員会議も月初めに行い、利用者個々の支援において障害特性上の共通理解の機会としている。</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。                                                                                                                                         | 障29 | a       | ・ Ⓑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の名前の掲示・写真の掲載等のプライバシー保護に関しては「重要事項説明書」に記載があり、全利用者から同意書を取っている。それを一覧にし、全職員が一目で分かるようにしている。利用者の写真を職員のスマホ(携帯電話)で撮ることもあるため、すぐに事業所のパソコンに移す等、注意喚起することを留意されたい。</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。                                                                                                                                       | 障30 | Ⓐ       | ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>強度行動障害に特化した事業所であり、利用希望者が多い。現在定員を満たしているが、利用希望者には見学・体験利用等を行っている。法人パンフレットやホームページの内容は充実しており、「たかもり」独自の概要案内(簡易)も作成している。より多くに周知できるよう、簡易版を各所に配布、設置することを検討している。</p>   |     |         |         |
| 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。                                                                                                                                        | 障31 | Ⓐ       | ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始・変更時には、活動内容の写真や絵カード、動画等を使用し、少しでも理解しやすい工夫や配慮を行っている。変更にあたっては、移行先の事業所に利用者が適応できるかどうかを何度も丁寧に説明し、利用者の意向を確認している。</p>                                          |     |         |         |
| 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。                                                                                                                           | 障32 | a       | ・ Ⓑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設変更時には、相談支援専門員を介して移行先に利用者の障害特性や支援方法・対応等を伝えている。保護者には、定期的に「その後どうですか?」と連絡をとり、相談できる機会を設けている。しかし、対応窓口を定めていないため、サービス管理責任者の業務分掌に明記されたい。</p>                        |     |         |         |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。                                                                                                                                                             |     |         |         |
| 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。                                                                                                                                           | 障33 | a       | ・ Ⓑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>情緒安定を目的とした音楽療法を毎日取り入れ、写真を添付したバースデイカードを作成して渡している。3年間のアルバムを作成し、利用者・保護者からは好評である。毎週金曜日には、ジュース等を買いに周辺の大型商業施設等に出掛け、様々な体験の機会を設けている。課題は、利用者満足度調査を一度も行っていないことである。</p> |     |         |         |
| 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。                                                                                                                                                    |     |         |         |
| 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。                                                                                                                                                | 障34 | Ⓐ       | ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制は整備されており、概要を「重要事項説明書」に記載し、利用者・保護者に丁寧に説明している。苦情受付に関するアンテナを高く持っており、要望・意見となるような案件でも苦情として受け付けたケースもある。苦情として受け付けた案件は、法人内で回覧する仕組みができています。</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、利用者等に周知している。                                                                                                                                         | 障35 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の障害特性上困難な一面もあるが、利用者の声なき声を聴く姿勢を職員間で共有し、実行している。「連絡ノート」や電話連絡にて家庭との連携も図っている。また、保護者への支援にも意識しており、日々の送迎時等で相談や意見を聞くように努めている。</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。                                                                                                                                            | 障36 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の日々の表情や行動に対して、職員が「いいね！」やホッコリした案件をニコリ・ホット活動として付箋に記載し、掲示板に貼っている。事業所独自で「笑顔箱」（意見箱）を設置しており、職員が笑顔になった場面等々を投函し、職員間で共有する機会としている。</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。                                                                                                                                  | 障37 | a ・ ② ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメント体制は構築されており、スタッフ会議の中でグループワークの危険予知訓練を実施している。現在、ヒヤリハット・事故報告書が比較的少ないが、法人での判断基準が厳しくなったことで、今後の事故案件が増加傾向にあるため、少しでも押さえられるよう先がけた努力が必要となっている。</p>              |     |           |
| 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。                                                                                                                                 | 障38 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師主導で、感染症予防や発生時における対応マニュアルを整備し、毎年見直しを行っている。法人内各事業所で感染症対策委員を選出し、委員が定期的に研修を行っている。研修報告や感染症対応については、スタッフ会議等で周知している。コロナ禍による施設閉鎖時も安全管理体制を整え、支援が必要な利用者を複数名受け入れた。</p> |     |           |
| 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。                                                                                                                                           | 障39 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的に防災・避難訓練を行っており、取り出しやすい場所にヘルメットや防災頭巾が設置してある。年1回は炊き出し訓練を行い、外でお湯を沸かして非常食を食べる訓練をしている。施設開所当初は、外まで避難できなかった利用者もいたが、3年が過ぎて全員が外に避難できるようになってきている。</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。                                                                                                                          |     |           |
| 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。                                                                                                        | 障40 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「利用者支援マニュアル」が利用者個々の支援手順書として作成されており、送迎・食事・排泄等の項目に分けて整備されている。特に発作や行動障害等のある利用者については、「緊急対応確認シート」を作成し、スタッフ会議等で周知徹底を図っている。</p>              |     |           |
| 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。                                                                                                                      | 障41 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本的に、利用者のストレングスに着目して得意なことをしてもらい、個々の能力を伸ばしていくことで、利用者の意向を反映した支援となっている。実施方法についての検証・見直しのため、正規職員会議において利用者個々の自立課題を明確にし、必要に応じて見直しを図っている。</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。                                                                                                                                    |     |           |
| 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。                                                                                                                                     | 障42 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントから利用者ニーズを抽出し、相談支援専門員が作成したサービス等利用計画に沿った個別支援計画が策定されている。個別支援計画は策定後、担当相談支援専門員には報告しているが、組織内外の関係者を含めたサービス調整会議を行う機会と意識を、今以上に持ってもらいたい。</p>            |     |           |
| 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。                                                                                                                                         | 障43 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>常に利用者の意向の把握や状態・環境等に気配りをしており、定期的なモニタリングはもとより、利用者の意向や状態の変化等によっても個別支援計画の見直しを検討している。必要に応じて、適宜見直しをした事例もある。</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。                                                                                                                                             |     |           |
| Ⅲ-2-(3)-② 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。                                                                                                                        | 障44 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パソコンソフト(ケアカルテ)の導入によってペーパーレス化を図っている。パソコンやタブレットにて利用者の記録入力や他の職員がいつでも閲覧できる仕組みとなっており、職員間での共有を図っている。ただ、個別支援計画に挙げている項目に着目した支援記録が乏しいため、意識して入力することを望みたい。</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。                                                                                                                                           | 障45 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の個人情報や記録に関しては「重要事項説明書」に記載されており、利用者・保護者に説明している。「個人情報保護規程」も定めており、施設長・主任は責任者として理解をしているが、全職員に周知、理解が図られているかという点は不明瞭である。今後、職員への研修や教育をしていくことが望まれる。</p>  |     |           |

## 【内容評価基準】

### 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                                                                                                                                                                    |                             |         |       |
| 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。 | 障46     | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の基本方針として、利用者へのいかなる強要もしないことを実践しており、利用者の自己決定を促すよう、意思形成から意志決定につながる支援に心がけている。利用者に応じた選択制を導入し、合理的配慮の一つとして選択肢を増やしていくことで利用開始時と比べ、利用者が落ち着いて活動参加できるようになってきている。</p> |                             |         |       |

### A-1-(2) 権利擁護

|                                                                                                                                                                                         |                         |     |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----|-------|
| 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。 | 障47 | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待防止委員会・身体拘束適正化委員会を設置し、積極的な職員の研修参加や研修報告を実施している。定期的にケース検討会議を行い、支援方法の振り返りと再確認をしている。4ヶ月毎に全職員に虐待防止セルフチェックを行い、利用者からの訴えから、家庭での虐待事案を通報したケースもあり、事業所として権利擁護の実践もできている。</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。                 | 障48     | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、将来的に自律・自立生活ができるよう心身の安定を図る支援に取り組んでおり、必要な利用者には短期入所利用やグループホームでの体験利用等の提案をしている。本人の意向もあり、まだ利用には至っていないが、動機づけのための見学は行っており、他の福祉サービスにも繋げることで、利用者個々に自立を促している。</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。 | 障49     | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントと日々の情報を基に、日中活動や食事、排泄等の様々な場面における絵カード・写真を作成している。すべての職員が同じ絵カード・写真を所持しており、コミュニケーションツールとして使用している。最近では利用者のコミュニケーション能力が向上し、ツールとしての使用頻度は下がってきている。</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を適切に行っている。 | 障50 | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意向を尊重し、強要しない方針を徹底しており、利用者が不穏時には職員が時間をかけて寄り添い、がまん強く意思決定に繋げている。「連絡ノート」や家族からの相談等も職員間で情報共有できおり、個別支援計画にも反映させている。</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。   | 障51 | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日中活動は、利用者全員が参加する午前の音楽療法に力を入れ、情緒の安定と待てることを意識して支援している。午後の活動は、意思決定支援につながる利用者本人の選択を基本としている。活動によってメンバーはほぼ決まっているが、利用者の状態を勘案して変更もしている。また、日中活動の多様化も常に検討している。</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。      | 障52 | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>半数以上の職員が強度行動障害支援者養成研修を受講しており、専門的な知識を持って支援にあたっている。職員間で支援方法の考えや問題点の気づきに差異があり、会議等で意見の対立を見ることもある。その際には、サービス管理責任者が調整役となり、職員間で支援方法等を共有することができている。</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。                                                                                                                                                 | 障53 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 事業所での日常生活支援として食事・排泄・シャワー・移乗等、個別支援計画に沿った利用者個々のマニュアルを整備しており、必要に応じて食事量も家族に伝えている。しかし、食事提供体制加算をもらっている以上は、定期的な嗜好調査の実施を望みたい。</p>                                       |     |           |
| A-2-(3) 生活環境                                                                                                                                                                         |     |           |
| 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。                                                                                                                                            | 障54 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 訓練室や廊下、トイレ等は清潔で明るい雰囲気を保っている。センサー式の洗面で、特にトイレはすべてシャワートイレにしている。施設の構造上、各部屋が広いためにパーソナルスペースが取りづらく、パーティションで隔てるか、部屋の中で利用者間の距離を取る程度の対応となり、他害事故が生じるケースもある。</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。                                                                                                                                              | 障55 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 音楽療法士が休みの日には、ストレッチやヨガ等の代替えの活動を提供している。現在は行っていないが、以前は理学療法士による嚙下体操も取り入れていた。利用者個々に応じた自立課題を設け、個別にボタンやチャックの開け閉め等の生活訓練的な時間も設けている。</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。                                                                                                                                         | 障56 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 常勤看護師によるバイタルチェックは毎日行っており、必要に応じて傷の処置や爪切りも行っている。月1回の嘱託医検診を実施しており、必要な利用者には看護師から医師への相談説明をし、医師から適切な指示を受けてる。日々の看護記録も、適切にパソコン上の記録システムに記入している。</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。                                                                                                                                            | 障57 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 毎年、法人が契約している病院医師によるインフルエンザワクチン接種（以前はコロナワクチン接種）を実施している。常勤看護師が服薬や発作時等の個別マニュアルを作成し、「緊急対応シート」に詳細が記載されている。しかし、看護師以外の職員に対して、利用者の疾患・服薬に関する知識・意識向上のための研修や勉強会の機会がない。</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。                                                                                                                                         | 障58 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 社会参加や学習のための取組みとして、利用者個々の行きたい場所に出掛けたり、毎週金曜日に外出支援でジュース等を購入する活動を提供している。創作活動で作った作品を県が開催しているアール・ブリュット展に出品している。市役所で開催する作品展覧会にも利用者の作品を出品し、見学にも出掛けている。</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。                                                                                                                                   | 障59 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 利用者の障害特性上、地域生活への移行や地域生活までの課題点が山積しており、現在は個別に課題や問題点を把握しながら支援をしている状態である。急がずに一つひとつスローステップな支援を提供しており、利用者によっては変化が見えてきている。</p>                                         |     |           |

|                                                                                                                                                              |     |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援                                                                                                                                      |     |           |
| 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。                                                                                                                         | 障60 | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>保護者を有しており、利用者本人を主体とした勉強会や連携・交流を行っている。希望する保護者と職員によるランチ会も実施しており、ニーズの確認や質問等も含めた意見交換の機会となっている。保護者・家族も協力的で、事業所敷地内の草刈りや施設行事等に多くの保護者が参加しており、良好な関係性がうかがえる。 |     |           |
| 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。                                                                                                                     | 障61 | a ・ b ・ c |
| <コメント><br>非該当                                                                                                                                                |     |           |

#### 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。       | 障62 | a ・ b ・ c |
| <コメント><br>非該当                               |     |           |
| 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。 | 障63 | a ・ b ・ c |
| <コメント><br>非該当                               |     |           |
| 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。   | 障64 | a ・ b ・ c |
| <コメント><br>非該当                               |     |           |