

## 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：ゆたか希望の家	種別：施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名：倉地 伸顕	定員（利用人数）：42名（42名）	
所在地：愛知県名古屋市緑区諸の木三丁目2407		
TEL：052-878-6912		
ホームページ： <a href="http://www.yutakahonbu.com/">http://www.yutakahonbu.com/</a>		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：昭和55年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 ゆたか福祉会		
職員数	常勤職員：36名	非常勤職員：23名
専門職員	（管理者） 1名	（介護福祉士） 11名
	（サービス管理責任者）1名	（理学療法士） 1名
	（看護師） 2名	（作業療法士） 1名
	（社会福祉士）5名	（言語聴覚士） 1名
施設・設備の概要	（居室数） 50室	（設備等）居室・浴室・機械浴
		大型洗濯・乾燥機・エレベーター

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

わたしたちのめざすもの

障害のある人たちの“いのちとねがい”を大切に、社会への参加とゆたかな暮らしの実現をめざします  
誰もが安心して暮らせる地域をつくるため、たくさんの“つながり”を築き上げていきます  
ゆたかな笑顔と人間性を育み、関係者の創意を活かすとともに、社会から信頼される経営をめざします

##### ・施設・事業所

- ①「どんな障害の重い仲間でも発達の可能性を秘めている」
- ②「わたしたちのことをわたしたちぬきにきめないで」
- ③「虐待は絶対にしないもの、差別は気が付くもの」
- ④「してあげるのではなく、ささえよう」
- ⑤「井の中の蛙にならず、外に目をむけ大きな実践をしよう」
- ⑥「よりよい支援は最高のチームワークから」

#### ★基本方針

「権利の主体としての障害者の人間らしい暮らしの実現」  
「生活と労働、教育を統一した施設作り」  
「収容施設でなく、よりました施設でもなく」  
「親亡き後の生活保障」  
「その人らしく生きる」

④施設・事業所の特徴的な取組

1980年の開所以来、権利の主体としての障害者の人間らしい生活の実現に取り組んでいます。毎日入浴、食事は家庭に近い時間で食べる。施設の事情に利用者の生活を合わせるのではなく、家庭生活に近い日課を組み立て、職員勤務体制をそれに合わせて変則勤務を組んできました。家庭帰省も出来る、外出の取り組みを通じて社会経験を広げる取り組みを継続してきました。

プライバシーを重視して、開所当初は9畳の部屋に2名定員、2009年の建て替え後は完全個室となりました。利用者の重度・高齢化に合わせて設備のバリアフリー化、機械浴の導入など行いました。

現在は看護師を1名から3名へ増員。リハビリ職も理学療法士、作業療法士に加えて、高齢になっても口から食べて健康寿命を延ばす取り組みの強化として管理栄養士の配置、言語聴覚士を配置しています。

現在は区分5と6の利用者が97%を占めており、職員主導の生活とならないよう生活、日中活動のあらゆる場面で利用者が主人公として意思決定支援を重視した実践に取り組んでいます。

開所から40年がたち、ゆたか希望の家が開所当初目指した収容施設ではなく、人間らしい暮らしの実現は障害者支援施設の基準として全国に広がりました。これからは単に人間らしい暮らしを保障するだけでなく、「その人らしく生きる」を基本理念に施設で一生を終えるのではなく、多様な選択が出来るように実践を積み重ねていきます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 4月26日(契約日) ~ 令和 6年10月29日(評価決定日)  【令和 6年 7月30日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (令和 4年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆一貫した方針の下での事業運営

法人理念を受け、管理者は「単なる収容施設」から「人間らしい暮らしのできる施設」への変容を実現させた。今、「人間らしい暮らしの保障」から「その人らしく生きる」ことができる施設づくりへと、さらなる高みを目指した支援に取り組んでいる。利用者一人ひとりの思いを聞き取り、チャレンジしたい目標を利用者自身が考え、さらに家族の意向をも把握して、それらを個別支援計画に盛り込んでいる。様々な障害特性に柔軟・適切に対応するため、看護師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士等々、様々な専門職を配置している。事業所全体に、「その人らしく生きる」ことを支援する一貫した職員意識が醸成されている。

◆管理者の高い改善意識

管理者の高い改善意識が、提供するサービスの質の向上に結び付いている。前回の第三者評価で「b評価」となった項目を徹底的に分析し、さらに取り組む優先順位を決め、可能なものは事業計画に盛り込んで改善活動を実施している。改善活動は、PDCAサイクルに則った組織的な取組みとなっている。第三者評価基準を、日々の活動を含む事業運営に活用し、行動規範として位置づけようとしている。今年度の報酬改定に伴う制度改正によって、令和7年度から義務化される「地域連携推進会議」の設置に関しても、免除特例を有効活用して第三者評価の受審を継続しようとしている。制度改正の機を捉え、より高いサービスの質を目指す姿勢は高く評価できる。

◆自律・自立のための支援

「その人らしく生きる」ことの支援の一部分は、利用者の自律・自立のための支援でもある。様々なハンデはあっても、「その人らしく生きる」ためには、ある程度の精神的、肉体的なひとり立ちが求められる。そのために、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士等のリハビリの専門職とも連携し、機能訓練や生活訓練に取り組んでいる。強度行動障害の利用者への支援は、毎月の会議にて話し合いを行い、内容を関わりを持つすべての職員へ周知して支援へ反映させている。個別の対応についても「タイムライン」に記載があり、利用者の状況に合わせて適宜対応している。

◇改善を求められる点

◆苦情解決の仕組み

苦情解決の仕組みがホームページ上に公開されており、フローチャートで示されている。また、対応する規程として「苦情解決委員会規程」が作成されている。ホームページ（フローチャート）には、苦情受け付けや改善に向けての仕組みが記載されているが、解決後の申立人へのフィードバックや結果の公表に関する記述がない。「苦情解決委員会規程」には、「事業報告、会報にて公表する」旨の記載があるが、公表されていることの確認ができない。苦情の受け付けがなかったのであれば、「苦情なし」の事実を公表することが望ましい。

◆変更事項の職員周知

個別支援計画に沿って「業務標準書」と「タイムライン」が作成され、有効に活用されている。月に1回、支援会議にて利用者への支援内容を精査し、変更事項があれば併せて「タイムライン」の更新を行っている。「業務標準書」も「タイムライン」同様に必要に応じて更新し、職員へ周知が行われている。ただ、変更頻度が多いことから、職員への周知と支援への反映が十分に行えていない事例が散見される。変更された事項や方法等が、速やかかつ正確に全職員に周知される仕組みづくりを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

3回目の受審となりますが、a評価の項目が8項目増えて39項目となり、取り組んできたことの成果が確認できて良かったと思います。

しかし、15個の項目が3回連続でb評価となっており、いただいた意見を踏まえながら改善に取り組んでいきたいと思っています。

また、この結果を法人とも共有して、法人の仕組みで解決すべき課題について改善を図り、よりよい事業運営とサービス提供に努めていきます。

今回から、隔年の受審ではなく毎年の受審へ切り替えます。改善を積み重ね、利用者が「その人らしく生きる」ことが出来るように取り組んでいきたいと思っています。

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

※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	①・b・c
＜コメント＞ 理念、基本方針を事業所内に掲示するとともに、ホームページやパンフレットにも記載されている。してある。職員はクレドカードを携帯し、周知・理解に努めている。5項目からなる「わたしたちの大切にしているもの」は職員の行動規範を分かりやすく示している。利用者には、管理者が年度初めの自治会総会にて事業計画とともに説明している。		

##### 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	①・b・c
＜コメント＞ 法人内の全事業所を対象として利用者基礎調査を実施し、現状把握と各サービスごとの課題の把握を行った。外部情報としては、行政（県、市、区）からの通知や案内のほか、自立支援協議会と連携することによって有益な情報を得ている。相談支援事業所を通じて在宅障害者の情報を把握している。それらの情報を法人内の会議に持ち寄り、方針の決定に役立っている。		
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	①・b・c
＜コメント＞ 利用者の大半が60歳を超え、高齢化やADLの低下が大きな課題となっている。また、職員確保や人材育成も課題である。利用者の高齢化の課題は、2ヶ月に1度の家族会を有効に活用し、家族等と思いや方針を共有して取り組んでおり、施設での看取りも経験済みである。人材確保に関しては、派遣事業者や職業紹介事業者を介して調達している。		

##### 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	①・b・c
＜コメント＞ 5年スパンの法人の中期計画策定されており、今年度は第6期総合計画の最終年度である。次期総合計画策定のため、法人内外の課題や状況の分析・検討が始まっており、利用者基礎調査もその取組みの一環である。令和6年度の報酬改定においても事業経営の難しさが浮き彫りになっており、法人を挙げて慎重に中・長期ビジョンの見直しを行っている。		
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・②・c
＜コメント＞ 前回（令和4年度）の第三者評価受審においても課題として残ったが、中期計画を受けて策定される事業計画に適切な数値目標が設定されていない。1年間の取組みや活動を総括する事業報告に、管理者はじめ職員の汗（努力）が可視化できるよう、事業計画の中の主要な項目には数値目標を設定することが望ましい。		

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> 職員意見が事業計画に反映される仕組みがある。1年間の事業活動を振り返って職員個々にアンケートを行い、それを基に総括を行っている。総括は実効責任者である主任が行い、管理者が総括や課題を斟酌して次年度の事業計画に結び付けている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者へは利用者自治会で、家族には家族会で情報伝達（事業計画等の周知）が行われている。利用者へは、パワーポイントを使って分かりやすく説明している。家族会は2ヶ月ごとに開催されており、6月に行われた懇談会には70%を超える家族の参加があった。		

#### 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	① ・ b ・ c
<コメント> 第三者評価を定期的に受審し、様々な気づきの下に改善を進めている。前回の受審（令和4年度）から2年間が経過し、特にマニュアル類の整備が進んでいる。今年度の法改正により、来年度から地域連携推進会議の設置が義務化されるが、第三者評価受審による免除特例を行使する計画である。サービスの質の向上を目指す上での決断である。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 前回の第三者評価で「b評価」となった項目を徹底的に分析し、さらに取り組む優先順位を決め、可能なものは事業計画に盛り込んで改善活動を実施している。改善活動は、PDCAサイクルに則った組織的な取組みとなっている。第三者評価基準を、日々の活動を含む事業運営に活用し、行動規範として位置づけようとしている。		

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。			
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	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者の責務は「運営規程」に記載され、組織図には詳細な「職務分担表」が併記されている。管理者不在時の職務権限の委任先は4名の副所長であり、それぞれが所管する部門について委任を受ける形となる。次代を担う職員育成のため、積極的に現場に入ってスーパーバイズやコーチングを実施している。</p>			
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	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、障害福祉の分野に限らず、様々な研修やセミナーに参加して研鑽を積んでいる。習得した知識や情報、技術等を把握するにとどめず、必要に応じて職員への周知に努めている。令和6年度の報酬改定や運営面での改正に関しても、いち早く内容を掴んで方針を決定している。来年度から義務化される地域連携推進会議に対応する方針決定も迅速である。</p>			
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	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、施設入所事業の3委員会（サービス向上委員会、生活向上委員会、健康増進委員会）を束ね、さらに生活介護事業を包括した運営体制を構築している。施設入所事業の3委員会と生活介護事業の計4部門にそれぞれ副所長が任じられており、4部門長（副所長）への的確な指示・指導により、サービスの質を担保する組織が十分に機能している。</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。	障13	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月2回の管理会議や月に1回の運営会議等を活用し、事業計画や予算、人事面での運営状況を把握し、職員の適正配置と働きやすい職場づくりに取り組んでいる。効率的な事業運営や業務改善に関しては、管理会議において協議するほか、各種会議や委員会を通して指示を出し、十分な成果を挙げるに至っている。</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。	障14	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中期計画に基づいて人材の確保、育成を図っている。職員採用は事業所主導で行われ、職員の多くは派遣事業者や職業紹介事業者を介して入職している。費用的には大きなものとなるが、採用活動に費やす時間効率を考慮して、現在の方法をとっている。現在36名の常勤職員と23名の非常勤職員を擁しており、管理者が考える最低常勤職員数29名をクリアしている。</p>			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年功序列を基にしたキャリアパスが策定されているが、それと連動した人事考課制度や目標管理制度は運用されていない。現在第7期総合計画（令和7年度～11年度）の策定中であり、その中に新たな人事制度の構築に向けた具体案が示されるはずである。既にトータル人事委員会では、人事考課制度を含む新たな人事制度の検討が始まっている。</p>			
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り組んでいる。	障16	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>適材適所に基づく適正配置の下、有給休暇や育児休業等の休暇取得を奨励し、時間外労働の減少や柔軟な勤務調整等で、働きやすい職場づくりを推進している。事業所業務を細かく分解し、一部の職員に業務量が偏らないよう「職務分担表」で明示している。安全衛生委員会が機能しており、ストレスチェックの実施やハラスメント窓口も設置されている。</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。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>キャリアパスに連動した体系的な目標管理制度はなく、職員の育成は研修主体で行われている。策定中の第7期総合計画の中で、キャリアパスに連動した目標管理制度、人事考課制度、体型的な教育・研修制度が明確化されることを期待したい。</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。	障18	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人作成の第6期総合計画の中に、「事業理念達成のため多様な学びの機会を設けていく」と目的が明記され、具体的な研修内容を示している。その中には、相談支援専門員やサービス管理責任者、ガイドヘルパーなどの専門資格の必要性も明記されている。その方針に沿い、事業所では内部研修と外部研修の計画を立てて研修を受講している。</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。	障19	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人主導の階層別研修は、入職5年目までの職員を対象に実施されている。また、主任や管理者等、役職に就いた時点でも法人研修が実施されている。事業所では、「自立表」を活用して職員育成を図っているが、職員個々の研修の受講履歴が管理されていない。将来的には、キャリアパスに研修要件が盛り込まれる可能性もあり、早期の取組みに期待したい。</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。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉士実習生の受入れがあり、「社会福祉士実習生の受入れに当たって」に沿って実施している。ただ、実習生を受け入れるための基本マニュアルとしては内容に乏しく、包括的なマニュアルへの見直しを期待したい。実習受入れの最後に反省会を行っているが、記録に残すことが求められる。</p>		

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに定款や規程関係、事業報告・事業計画等々が掲載され、その中に「苦情解決の仕組み」も含まれている。「苦情解決の仕組み」には、苦情受けや改善に向けての仕組みが記載されているが、解決後の申立人へのフィードバックや公表に関する記述がない。「苦情解決委員会規程」には「事業報告、会報にて公表する」旨の記載があるが、確認できない。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の現金出納は、決裁者を管理者とし、出納責任者を事務員としており、内部牽制が図られた体制であり、毎月会計士による財務チェックも実施されている。毎年法人監事による内部監査が実施され、会計監査法人による外部監査も実施されている。これらによって不正が生ずる可能性を断ち、高い事業経営の透明性を確保している。</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。		
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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との共生を目指す姿勢は法人理念にも謳われ、「誰もが安心して暮らせる地域をつくるため、たくさんの“つながり”を築き上げていきます」と記している。コロナ感染症が5類に移行し、制約を受けていた地域交流や連携が従来の状態に戻りつつある。地域行事には利用者と職員が積極的に参加し、施設行事には地域住民に参加を呼び掛けている。</p>		

<p>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。</p>	障24	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  ボランティア受入れに関するマニュアルが整備され、様々なボランティアを受け入れている。日中活動の補助や傾聴（話し相手）のボランティアは無償であり、有償ボランティアとしては茶道教室の講師やアートの講師、月に1回の訪問理容のボランティア等がある。学校側の意向で中断している福祉体験学習に関し、積極的な働きかけを行って早期に再開することが望ましい。</p>		
<p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>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。</p>	障25	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  利用者の高齢化が進み、軽度の医療行為の必要な利用者が増えている。看護師資格を持つ職員が在籍しており、24時間対応可能な3医療機関と連携体制を組んでいる。受診の基本は、定期的（毎月2回）な訪問診療である。また、事業所として必要な社会資源についてはリスト化され、区の自立支援協議会では職員が重要なポストに就いて活動している。</p>		
<p>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>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。</p>	障26	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  区の自立支援協議会や「あいされん」（きょうされん愛知支部）に参画し、定期的に開催される会合等を通じて地域の福祉ニーズを把握している。相談事業所を通して、在宅障害者の福祉ニーズを把握している。区・障害福祉課などの行政機関とも連携し、情報の収集に努めている。</p>		
<p>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。</p>	障27	② ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  地域の在宅者支援を目的に、市の指定する地域生活支援推進事業所として活動し、地域移行に向けた訓練や生活介護体験等を行っている。福祉避難所として登録しており、大規模災害が発生した際には、被災者を受け入れる予定である。</p>		



## 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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内に法人の理念が掲示されており、職員会議や研修の中でも周知が図られている。職員がいつでも確認できるように、理念が記載されているクレドカードを配付している。法人の全体研修として権利擁護や虐待防止に関する研修も行って、効果測定にて理解が深められているか確認している。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に関する規程が整備されており、それを基に職員へ研修、教育が行われている。研修の中ではグループワークを通じて利用者の視点からプライバシー保護への配慮を考えた支援を検討し、それを「業務」に反映させている。しかし、職員によってプライバシー保護の意識が不十分と感じる場面もあり、更なるサービス向上のために今後の取組みに期待したい。</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	a ・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所見学は、希望があれば随時対応している。法人のホームページやパンフレットは見やすいものとなっており、当事業所の記載もある。ただ、ホームページ上での情報量は少なく、十分な情報提供とは言い難い。事業所独自のパンフレットや資料を作成するなど、更なる情報発信が望まれる。</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	a ・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの開始や変更にあたっては、利用者、家族へ説明し、サインにて同意を得た上で文書を残している。説明時には利用者一人ひとりに分かりやすい言葉を選びながら口頭説明するなど、丁寧かつ十分な配慮がなされている。課題としては、視覚的な情報が得られるような資料を準備するなど、改善の余地がある。</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	④ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>移行の際には、相談支援事業所と連携して対応しており、利用者の情報は引継ぎ文書を作成して移行先へ提供している。移行後も、管理者やサービス管理責任者が窓口となり、相談支援事業所や移行先と連絡を取りながらアフターフォローを行っている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障33	a ・ ⑤ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、利用者が主体となって自治会を開催しており、その中から挙がってくる要望に対して都度改善が図られている。今後はサービス全般の満足度を把握するための取組と、利用者、家族へ満足度を測る調査の実施など、さらなる満足度向上に向けた取組みに期待したい。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みが整備されており、事業所内にも苦情解決についての掲示物を掲示して周知している。また、苦情にまで至っていないものに関しても、同等の扱いにて対応している。しかし、苦情の公表について課題となっている部分もあるため、今後改善が望まれる。</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>事業所内には相談室が設置されている。希望に合わせて個室以外でも話を聞くことが可能であり、利用者が個別で話をしやすい環境が整えられている。自治会の中で出た利用者からの「より多く、職員と話をする時間がほしい」という要望に応えるため、業務のスケジュールを見直した。利用者とのコミュニケーションの時間を作るため、現在新たに取組みを行っている。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの意見や要望は記録ソフトに記録し、職員に情報共有されている。内容によっては別紙文書を作成して対応がされているが、対応完了までの確認が抜けてしまうこともある。対応策の決定から実施完了までが確認できる仕組みを作るなど、今後の取組みに期待したい。</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 ・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスク管理委員会が設置されており、事故報告やヒヤリハット事例に関して要因分析や対応策について検討されている。決まった対応策については、朝夕の申し送り職員へ周知がされている。ただ、事故発生時の対応手順などのマニュアルが整備されていないため、早急な整備を検討されたい。</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	a ・ ④ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症の予防・対応についてのマニュアルが整備されている。また、職員の知識向上のため、感染予防、蔓延防止のための研修を実施している。新型コロナウイルス感染症の5類移行後の対応や、感染症発生時の法人内・外部との連携についての課題も残っているため、今後さらなる取組みに期待したい。</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	a ・ ⑤ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年3回、避難訓練を実施している。BCP（事業継続計画）が作成されており、「備蓄リスト」も随時更新され、災害に対応する管理体制が整備されている。ショートメールを一斉送信することで、職員の安否確認が可能となっている。現在課題となっている、災害時の地域との連携やライフラインの確保に関して、職員への周知や知識向上について、今後の取組みに期待したい。</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>入浴や食事など、各業務に「業務標準書」となる手順書が作成されており、それを基に支援している。また、利用者への個別の支援が盛り込まれた「タイムライン」と呼ばれる業務スケジュール表が整備されている。職員に対しては、「業務標準書」と「タイムライン」を基に研修や業務教育が行われている。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月に1回、支援会議にて利用者への支援内容の変更に合わせて「タイムライン」の更新を行っている。「業務標準書」も「タイムライン」同様に必要に応じて更新し、職員へ周知が行われている。ただ、変更頻度が多いことから、職員への周知と支援への反映が十分に行えていない部分があり、改善の余地を残す。</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。		
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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントや個別支援計画は、サービス管理責任者によって作成されており、利用者の意向や要望に加え、看護師や栄養士など様々な職員の意見が反映された内容となっている。計画内容は作成後に利用者本人や保護者へ説明し、同意を得てサインをもらっている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の見直しについては、6ヶ月に1度実施されており、計画の策定時同様に利用者本人や家族、職員等から意見を集約し、見直しと評価を行っている。また、利用者の状況に変化があれば、その都度会議などで議題として挙げ、随時支援の見直しを行っている。変更内容は職員へ周知し、支援に反映されるようになっている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の利用者の状況は支援ソフト「ほのぼの」に記録され、職員への情報共有が図られている。重要な連絡や数日確認が必要な業務の申し送り事項については、事務所にあるホワイトボードに記載するとともに、毎日朝夕の申し送りの際に職員へ周知している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報の保護についての規程が定められており、新人研修や会議内でも個人情報の取扱いについて説明を行っている。書類は鍵のかかる場所に保管されており、パソコン内のデータは使用の際にパスワード入力が必要であり、特定の職員しか閲覧できないルールになっている。</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
<コメント> 自治会やアンケート調査などで、利用者のニーズや希望がより伝わりやすくなるよう、職員がイラストの作成をするなどの合理的配慮が行われている。また、個別支援計画にも利用者自らがチャレンジしたいことを視点に入れた計画が作成されており、それらは日々の支援にも反映されている。		

### 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
<コメント> 虐待防止会議が開催され、その内容は職員会議にて伝えられている。法人統一で、利用者支援に関するセルフチェックも実施しており、利用者に対する権利侵害等の問題を早期に発見するための取組が行われている。また、利用者の痣やケガの発見時には、職員が取るべき行動（報告や適切な通報体制）が周知されている。		

### 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	a ・ ① ・ c
<コメント> アセスメントや個別支援計画に基づいて支援が行われており、利用者の介助方法は「業務標準書」や「タイムライン」に記載され、実施されている。職員会議において、利用者が困ったときには利用者主体で対応していくように伝えているが、職員によって対応や意識に差異が生じている。職員意識の差異の解消のため、今後の取組みに期待したい。		
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
<コメント> 言語コミュニケーション以外にも、イラストやタブレットを使用した視覚的支援など、利用者の障害特性に合わせて多様なコミュニケーション手段で対応している。また、利用者の訴えをより理解するために、職員間での情報共有を確実にし、保護者からも利用者情報の収集に努めている。		

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
<コメント> 半年に1回、個別面談の機会があるが、それ以外でも個別で相談希望があれば、相談室や居室にて随時話を聞いている。利用者から受けた相談内容は記録に残して職員間で情報共有し、内容によっては会議等で検討して対応している。障害の重い利用者に対しても、日々の様子の観察や家族から聞き取りをするなど、利用者の意思や意向が支援に反映されるよう配慮している。		
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	a ・ ① ・ c
<コメント> 障害の状況や年齢に分かれて作業や活動、レクリエーションを実施している。個別支援計画には、利用者のニーズに基づいて、具体的な目標や自らチャレンジしたい項目が目標として掲げている。しかし、目標の達成度の確認が曖昧さを残している。より効果的な支援の提供のため、PDCAサイクルに沿った取組みとすることが望ましい。		
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
<コメント> PT（理学療法士）やOT（作業療法士）等のリハビリの専門職とも連携して支援している。強度行動障害の利用者への支援は、毎月の会議にて話し合いがされ、内容を職員へ周知して支援へ反映させている。個別の対応についても「タイムライン」に記載があり、利用者の状況に合わせて適宜対応している。		

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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事は利用者の嗜好調査の結果などを考慮し、利用者一人ひとりの状況に合わせた食事形態で提供している。利用者の障害特性やその状態に合わせて機械浴なども使用し、毎日の入浴機会が提供されている。移動移乗時には、補助機械を使用して利用者の安全と職員の負担軽減を図っている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の居室は個室となっており、プライベートな空間が確保されている。手すりの設置など、利用者から環境改善の要望などがあれば迅速に対応している。職員に対しても、プライバシー保護の意識や環境改善について、会議等を使って周知・理解のための教育を行っている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>PT（理学療法士）・OT（作業療法士）・ST（言語聴覚士）等のリハビリの専門職が在籍している。「リハビリ実施計画書」が作成されており、利用者個別に生活訓練等が実施されている。実施計画は最低でも半年に1回見直しが行われ、利用者の状態に合わせて都度変更が行われている。日中活動の中でも、それらの専門職の指導の下、機能訓練等の取組みが行われている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事や入浴、排泄等の生活の様子は、支援ソフト「ほのぼの」に記録されており、利用者の健康面での情報が職員間で共有されている。利用者の体調不良時やケガ発生時には、事務室の一覧表に分かりやすく記載して職員周知を図っている。その他にも、月に2回の訪問診療で利用者の健康状態を管理し、医師等のアドバイスを受けている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>薬の管理については、看護師や当直職員でダブルチェックを行っている。提携している薬局に依頼し、一日ごとに分けて薬の準備をしてもらうことで、セットミスが起きにくい仕組みとなっている。また、投薬トラブルの対応が決められており、「服薬マニュアル」も整備してある。それらを活用し、職員への研修等が実施されている。</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	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外出の希望があれば、可能な範囲で叶えており、作業で得た工賃を使用して外出時に買い物もしている。調理体験等も実施しており、班での取組みや個別での取組み等、利用者個々の希望に合わせた体験が行われている。しかし、意向の表出が困難な利用者への対応や、現在定期的に行っている取組みが妥当かどうかを検討するなど、改善の余地がある。</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。	障59	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内で金の使い方についてのシミュレーションを行い、実際に買い物に出かけたり、家事等の地域での生活に必要なスキルを身につけるための活動も実施している。利用者の希望に応じてグループホーム体験を行ったり、グループホームで生活をしている利用者にも直接話を聞く機会も提供している。</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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 2ヶ月に1回開催される家族会に管理者が参加し、その内容を職員へ伝えて情報の共有を図っている。施設行事の際には家族や後見人にも参加してもらい、利用者との交流を図っている。利用者のケガや体調不良時の家族への連絡については、管理者の指示の下に行っているが、ルールに曖昧な点があるため、統一した対応が取れるように明確な基準設定が望まれる。			
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> 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> 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> 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> 非該当			