

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：キラリンと一ふ	種別：施設入所支援・生活介護・短期入所	
代表者氏名：伊藤 美香	定員（利用人数）：55名（53名）	
所在地：愛知県北設楽郡設楽町東納庫字松山6-3		
TEL： 0536-65-0370		
ホームページ：https://www.yutakahonbu.com		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成10年10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：38名	非常勤職員：8名
専門職員	(管理者・サービス管理責任者) 1名	(看護師) 2名
	(生活支援員) 40名	(栄養士) 1名
	(理学療法士) 1名	(事務員) 2名
施設・設備の概要	(居室数) 60室	(設備等) 全個室・床暖房
		エアコン・大型洗濯・乾燥機
		機械浴

③理念・基本方針

★理念

・法人

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や社会をつくるため、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

障害のある人たちの基本的人権を守り、安心してその人らしく生活できる場をめざします。

高齢者の皆さんの生きがいの場をめざします。

地域社会の一員として参加し、協同を進めます。

★基本方針

- ・生活の場は、温もりある「家」とし、「人間としての尊厳」「個人の自由」「プライバシーの尊重」「自己選択、自己決定」を大切にした支援をします。
- ・利用者の願いを実現し、一人ひとりが生きがいを感じられるような活動の提供を行います。
- ・障害の軽減、二次障害の防止、加齢・高齢化対策を進め、リハビリテーションの保障をします。

④施設・事業所の特徴的な取組

○職住分離

- ・生活場所と日中活動場所を別々にすることで、メリハリ作りやそれぞれの集団作りを大切にしています。

○個室、小舎制

- ・落ち着いた環境作りやプライバシーの保護、家庭的な雰囲気作り、個々の希望に応じた居室の環境整備を行っています。

○余暇活動の充実

- ・季節ごとの全体行事や、要求別日帰り外出、居室棟ごとでの取組等の充実に努めています。
- ・ボランティアさんにご協力頂き、読み聞かせやコンサート、歌の会等を開催しています。

○家族との関わり

- ・冬季以外は毎月家族会を行っています。ご家族との関係作りを大切にし、職員との交流会を開催したり、活動や取り組みを発表するキラリン発表会を開催しています。

○地域との関わり

- ・今年度より福祉村全体で地域委員会を立ち上げました。今まで以上に地域とのつながりを大切にし、利用者さんの生活の幅を広げること、福祉村が地域に貢献できること等を検討しています。今年度の夏休みにポッチャ交流会を開催し、地元小中学生の皆さんと交流しました。

- ・施設合併により使われていないスペースを、地域の方々の集いや認知症カフェ等で使用して頂いています。

- ・隔月開催している認知症カフェに職員も数名参加し地域の方と交流を図っています。

- ・地域の道の駅で利用者さんが作製した木工製品や自主製品を販売しています。キラリンと一歩を知って頂ける機会にもなっています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年5月15日（契約日）～ 令和8年3月20日（評価決定日） 【令和8年3月4日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3回（平成26年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆統合3年間の成果

知的障害者施設と身体障害者施設を統合して3年目を迎えている。支援の質の違いは、統合前の予想をはるかに超えるものであったが、徹底したOJTの実施によってその障壁を乗り越えた。その成果として、統合当初は「知的障害者対象」と「身体障害者対象」とに分けて行っていた支援が、現在では、「合同、混合でできる支援」と「単独で行う支援」とのすみ分けが可能となり、充実した支援につながっている。利用者の最も期待する「選択制の日帰り旅行」も、混合イベントとして実施されている。管理者はじめ職員の3年間の頑張りを高く評価したい。

◆地域の活性化の取り組み

地域の過疎化が進み、職員確保に法人本部の援助も期待できない状況である。事業所独自の職員採用へと方向を転換し、地域のまちづくりに参画して、移住者の受入れに取り組んでいる。魅力あるまちづくりー移住者の受入れー職員の確保、遠大な計画ではあるが、新たな試みを評価したい。この取り組みが、地域の活性化につながることも期待される。

◆自治会活動の充実

利用者自治会の組織が充実しており、会長や副会長、書記の選出はもとより、定期的集まる機会が用意されている。また、事業所の「権利擁護虐待防止委員会」に自治会の役員(会長・副会長・書記等)が参加する等、積極的に事業所運営に係る姿勢も見える。さらに、理事長に要望を直接出す機会を法人が用意する等、利用者を主体として考える組織風土がある。

◆医療的ケアが必要な利用者への支援

喀痰吸引と経管栄養を必要とする利用者を受け入れている。看護師資格を有する職員だけでは支援できないことから、喀痰吸引の資格取得者を増やす等の体制の強化を図り、利用者が安心して利用できる環境を整えている。管理者と副所長、看護師等で組織される「安全委員会」を毎月開催し、喀痰吸引を必要とする利用者に関する支援会議を実施する等、手厚い支援が行われている。

◇改善を求められる点

◆事業計画への職員の関わり

施設統合から3ヶ年、管理者(所長)と3名の副所長によって事業所運営を軌道に乗せてきた。2つの性質の違う事業体を統合するにあたっての課題であった、職員の業務整合は解決された。そこに力点を置いた事業運営であったため、事業計画への職員の関与を求めてこなかった。現在、事業計画の作成、評価、見直しは管理会議(管理者、3副所長)で行われることが多く、職員の関わりは薄い。統合4年目を迎えるにあたり、次回の事業計画の作成にはより多くの職員の参画を期待したい。

◆PDCAサイクルの意識

利用者支援は充実しており、家族の信頼を得ている。ただ、管理面からみると、PDCAサイクルの機能していないプロセスが目につく。特に「C」(チェック)が抜けやすい。支援の質を継続的に向上させていくためには、評価・見直し(「C」)の仕組みづくりが肝要である。支援や管理の各場面において、PDCAサイクルが機能しているかの検証を期待したい。

◆満足度を測る仕組み

自治会や個別支援計画作成・見直し時に満足度を把握する仕組みはある。しかし、あくまで個別の満足であることから、それらに加えて、組織全体としてサービスの質を高めるための項目を抽出し、多くの利用者に調査を行い、その結果を集計・検討・対策につながるような仕組みについて検討されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設合併し3年での受審となりました。職員の奮闘もあり運営を軌道に乗せて来ましたが、今回の受審を経て、様々な課題が見えてきました。ご指摘やアドバイスを参考にさせて頂き、改善に努めていきます。

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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 身体障害者施設と知的障害者施設を統合し、新たな事業所を誕生させた。それから3年が経過し、様々な課題に取り組み、一つひとつ改善や解決を図ってきた。そして今、法人の理念や施設（福祉村）の理念の周知に欠けていたことを振り返っている。職員だけでなく、利用者や家族に対しても理念周知の活動に取り組もうとしている。		

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＞ 過疎が進む県の東北部に立地し、物理的には孤立した状態での施設運営である。職員も利用者も、地域からの供給は期待できない。そのような中、法人の所長会議が毎月開催され、これに参加することで社会の福祉動向や法人の経営方針等を把握している。地域の情報は、同じ敷地内に居を置く「サポートセンターなぐら」から得ており、事業運営上の情報量に不足はない。		
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＞ 「職員確保」を最大の課題として捉えている。法人本部からの職員補給が期待できない状況であり、独自に新たな取組みを始めている。町外からの移住者の受け入れを手掛ける団体と連携して地域起しに協力し、その活動を職員確保へつなげようとしている。技能実習生の受け入れも視野に入れており、様々な手を打って難局の打開を図ろうとしている。		

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＞ 法人の「第7期総合計画（2025～2029年度）」が策定されており、その中に事業所を含む「福祉村」の中・長期計画も含まれている。2028年度に「福祉村設立30周年」を迎えることから、具体的な内容は今後の検討になるが、項目立てはされている。その他の取組みについても、可能な範囲で数値目標が設定されている。		
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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 「福祉村」の中・長期計画に沿い、「2025年度キラリンと一歩事業計画」が作成されている。4点の「重要課題」の他、「利用者支援」や「職員育成」、「地域との連携」等々、主要な項目の事業方針が示されている。課題としては、「重要課題」には具体的な数値目標等が設定されておらず、期中の進捗確認や最終評価が曖昧にならざるを得ないことである。		
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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 施設統合から3ヶ年、管理者（所長）と3名の副所長によって事業所運営を軌道に乗せてきた。2つの性質の違う事業体を統合するにあたっての課題であった、職員の業務整合は解決された。そこに力点を置いた事業運営が続いたせいもあり、事業計画への職員の関与は薄く、評価・見直しは管理会議（管理者、3副所長）で行われることが多い。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ほぼ毎月、家族会が開催され、そこで事業計画の説明が行われているが、参加者は10名を超える程度である。家族会に不参加の家族への周知方法が課題となる。実態として、家族のいない利用者も増加しており、家族会の内容も「茶話会」へと変わりつつある。利用者への事業計画の説明ができておらず、利用者自治会を活用しての情報提供を期待したい。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業統合当初は、施設イベントをはじめほとんどの支援が「知的」と「身体」との2極分化で行われていた。徹底したOJTで職員の力量アップに取り組み、現在では「合同、混合でできるもの」、「分化して実施するもの」のすみ分けができるようになった。利用者の期待や関心が最も高い「日帰り旅行（選択制）」も、混合で実施されている。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> かつては知的障害者施設、身体障害者施設が別々に、定期的に第三者評価を受審していた。今回、両施設が統合されて初めての受審となる。自己評価を毎年実施し、集計まではできている。しかし、集計結果を分析し、事業所としての課題を抽出するには至っていない。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者の責務は、「運営規程」に記載されている。季刊の広報誌「キラリン」にて、管理者としての所信を表明している。ただ、管理者不在の際の権限の委任先が、非常時については明確になっているが、平時の委任先については明確になっていない。暗黙の了解ではなく、文書に記載して周知を図ることが求められる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>県のホームページやWAM NETを常にチェックし、関連法規の改廃情報には注意を払っている。法人の所長会議でも情報提供があり、「きょうされん」からも案内文書が届く。特に、報酬改定があった際には、加算要件等のチェックをして、申請漏れがないように留意している。支援の内容に関わる情報があれば、職員会議で職員周知を図っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の最も関心が高い「選択制日帰り旅行」が完全に復活した。スポーツ観戦やフルーツ狩り、動物園、水族館、温泉、カラオケ、バイキング等々があり、利用者は10を超える候補の中から好きなものを選択できる。引率の職員には負荷のかかる取組みではあるが、利用者の喜ぶ姿を楽しみにしている職員も多い。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>手書き（ペーパーベース）からパソコン管理（データベース）へと、ICT化の取組みが始まった。現在、管理職クラスで試行を行っており、問題がなければ全職員対象にシステムの導入となる。また、立位支援リフトが導入され、立位保持が難しかった利用者の排泄介助に効果を挙げている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>不足人材の補充要求を法人本部に申請してはいるが、地域的なハンデキャップがあって、職員の配属が期待できない状況である。事業所独自の職員採用へと方向を転換し、地域のまちづくりに参画して、移住者の受入れに取り組んでいる。魅力あるまちづくりー移住者の受入れー職員の確保、遠大な計画ではあるが、新たな試みを評価したい。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>終身雇用を前提とした年功序列型のキャリアパスが運用されている。しかし、「第7期総合計画」の目玉として、法人本部で成果主義を取り入れた新たな人事制度の検討が始まった。現在は、人事考課制度、目標管理制度ともに導入されていない。</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組んでいる。	障16	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員にとっての働きやすい職場づくりを目指し、風通しの良い職場環境となるよう努めている。正規、非正規を問わず、全職員と面談を実施し、本音で話し合える関係を築いている。有給休暇をはじめ各種の休暇・休業の取得を奨励しており、育児休業を取得した男性職員もいる。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>目標管理を行っていないことから、「職員研修」が職員育成の柱となっている。新任職員にはOJTを重点的に行い、1日も早い即戦力化を目指している。2事業所の統合により、知的障害者施設に勤務していた職員の身体介護の知識や技術の習得がネックであったが、3年間のOJT研修の効果ができてきた。目標管理制度の導入が待たれる。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月の職員会議は、午前中に会議を行い、午後は2コマの職員研修を行っている。正規職員に限らず、非正規のパート職員も含めた職員全員の参加を原則としている。外部研修に参加した場合には、履修後に「出張・研修報告書」の提出を求めている。ただ、研修がこの報告書で完結しており、研修の効果測定が行われていない。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月の職員会議の午後の時間を使い、非正規のパート職員も参加して職員研修を行っている。同じ研修内容で2回実施し、もれなく職員全員が受講することができ、また繰り返し学ぶことで知識の定着を図っている。Web研修も行われており、多くの職員の参加が可能となっている。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所の統合後、久しく途絶えていた実習生の受入れが再開された。今年度、社会福祉士実習生1名の受入れがあった。事業所内での実習に留まらず、隣接する相談支援事業所とも連携し、プログラムの中に地域の実態や課題に触れる機会を取り入れた。ただ、実習生の受入れを包括的に捉えたマニュアルがなく、早期の作成が求められる。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人のホームページに「情報公開」のコーナーがあり、様々な情報を公開している。ただ、苦情解決に関しては、「苦情解決の仕組み」のパンフレットを掲載するのみで、実際の苦情の有無や解決した事例等は載せていない。「苦情解決に関する実施要綱」には、「事業報告書」、「広報誌」にて公表する旨が記載されているが、いずれにも苦情解決の事例は確認できない。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所における購買等は、「物品購入協議書」を介して行われ、管理者が決裁権を有している。また、出納責任者として事務長がその任に当たっており、決裁者と出納責任者を2者に分かつことにより、内部牽制を働かせている。毎年、法人監事による監事監査（内部監査）が行われているが、本部での書類監査に留まり、現地での実地監査は行われていない。</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><コメント></p> <p>法人の理念、事業所（設楽福祉村）の理念の双方に、文言は異なるが「地域との共生」の思想が含まれている。管理者が、また職員が、地域のまちづくりに参画している。「地域の未来を考える会」では、行政や他の団体と協働して町外からの移住者の受入れを計画している。地域の子どもたちを集め、利用者との「ポッチャ交流会」を開催した。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 「ボランティア受け入れマニュアル」があり、マニュアルに沿った受け入れを行っている。ボランティアの種類は多岐に亘っており、読み聞かせやコーラス、オカリナ、バンド演奏等々である。ボランティアの受入れにあたっては、同じ敷地内の相談支援事業所（生活コーディネーター）が中継ぎをすることもある。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント> 狭い地域の中の事業所であり、関与する地域の社会資源も多くはない。それ故か、地域の社会資源は職員の個人管理に任されており、リスト化する等の取組みはない。いつでも、誰もが適切な社会資源にアクセスできるよう、一覧化することを望みたい。</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><コメント> 同法人の相談支援事業所が敷地内にあり、居宅介護支援事業所を兼ねていることから、障害者情報に留まらず、地域の高齢者の情報も入ってくる。常に連携を密にしており、地域の幅広い福祉ニーズの把握が可能となっている。運転免許証を持たない地域の高齢者も多く、移動支援のニーズが高いことを把握している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 移動支援のニーズが高いことから、社会貢献の意味を持ってそのニーズに応えている。事業所が所有するマイクロバスの貸し出しを行っている。地域で敬老会が開催される日には、職員が運転手となって地域の高齢者を会場まで送迎している。地域の小学校で、福祉講座（車いす体験等）の講師を務めている。町の福祉避難所として登録している。</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	a . b . c	
<p><コメント></p> <p>法人の基本方針や理念を記載したクレドカードを全職員が常に携帯し、利用者支援について意識できる工夫がある。虐待防止研修については、開催月および研修内容が決められ、全職員に実施している。管理者や副所長、生活支援員等で構成される「権利擁護虐待防止委員会」を毎月開催し、利用者の人権に関わる事項や検討事項等について話し合い、全職員に周知する仕組みがある。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護に関する規程およびマニュアルは整備されており、内容は法人のハンドブック「ゆたかではたらくあなたへ」にも記載されている。現場では同性介助の支援が徹底され、カーテン等を使用してプライバシーへの配慮を行っている。課題としては、マニュアル等の周知が入職研修以降に触れる機会がないことから、周知と理解促進のための仕組み作りに期待したい。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>法人内全事業所を紹介するパンフレットや事業所独自のパンフレット、ホームページ等でサービス内容を情報提供している。広報誌を定期的に発行し、家族や職員はもとより、町内への全戸配布や近隣の事業所にも配布する等、積極的に情報提供を行っている。施設利用を検討している方については、見学を通じて実際に見てもらい、丁寧な説明を加えている。</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	a . b . c	
<p><コメント></p> <p>入所希望者の施設見学に対応し、細かな説明等を各種資料を用いて実施している。説明については、噛み砕いて話をする等、より理解しやすいよう工夫している。また、入所前に短期入所等を活用することで、より入所生活をイメージしやすくする配慮もある。意志決定が困難な利用者の場合でも、短期入所等を通じて総合的に関係者が判断する仕組みもある。</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	a . b . c	
<p><コメント></p> <p>他事業所への移行にあたっては、家族や相談支援専門員等と連携して進めている。退所後の窓口は管理者をはじめ副所長が対応している。退所する際は、「フェイスシート」や個別支援計画等、移行先でも必要とされる情報を、家族の同意を得た上で、移行先の事業所に引き継ぐ仕組みも整っている。</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 . b . c	
<p><コメント></p> <p>個別面談や家族会の集まり等の機会を通じ、家族の意見等を集める仕組みがある。法人主体の家族アンケートが年1回実施されており、利用者自治会等で生の声を聞く機会もある。ただ、利用者については、個々の意見の集約止まりであり、組織として多岐に亘るサービス全般の満足度を把握する仕組みがない。潜在化する満足度を把握するためにも、積極的な取組が望まれる。</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	a . b . c	
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みは規程で定められており、記録も所定の様式に従って処理している。家族等の要望を受け付けた際は、管理者および副所長等がその内容を検討し、家族の意向を尊重した上で苦情か否かの判断を行っている。課題としては、苦情については直近で数件確認できたが、ホームページ等での公表までには至っていないため、公表する仕組み作りに期待したい。</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><コメント></p> <p>利用者からの相談は、いつでもどの職員でも利用者が希望する職員で適宜対応している。相談場所は自身の居室はもとより、プライバシーに配慮して人がいない場所に対応している。相談に関する利用者向けの説明文書の作成と掲示については、障害特性上掲示することが難しいため、管理者が自治会等を通じて利用者に直接説明する等の工夫が行われている。</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><コメント></p> <p>意見箱は設置されているが、それほど多くの意見が投函されているわけではない。ただ、その意見箱を職員だけが見て対応するのではなく、自治会で選ばれた利用者（役員）と一緒に確認する等、利用者が積極的に事業運営に関われる工夫がある。課題としては、相談や意見への対応は普段行っているものの、これら一連の流れに関するマニュアルがないため、その作成に期待したい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者と各部署の主任が参加する「リスクマネジメント委員会」が毎月1回開催され、日々の事故報告やヒヤリハット記録を基に、分析および対応方法の検討を行っている。その結果を職員会に下ろし、全職員に情報共有する仕組みがある。様式も手書きではあるが専用の用紙が各部署に設置されており、速やかに記載・集約できる工夫がある。</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><コメント></p> <p>感染症に関するBCP（事業継続計画）が整備され、法人のハンドブックにも感染症に関する知識と対応について記載がある。管理者および医務担当の主任や看護師等で組織される「感染症対策委員会」が3ヶ月に1回実施され、直近では嘔吐物の処理や手洗いについての研修を職員向けに行っている。マニュアルの周知は職員会議で行われている。</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><コメント></p> <p>災害BCP（事業継続計画）が整備されている。安否確認の手段は主にメールを活用し、管理者が一斉送信し、受けた職員は返信する等、日頃より定期的に訓練を行っている。地域や行政との関わりは、施設を知ってもらう取組みとして施設に来てもらったり、地区の組長宅を訪問し、顔をつなぐ等の取組みが行われている。福祉避難所として登録し、行政との連絡調整も行っている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>標準な実施方法としてのマニュアルは用意され、多岐に亘る内容が1冊のファイルに綴じられている。作成日についても記載があり、いつ作成されたのか確認ができる。ただ、マニュアルの周知が十分でないこと、現場で実施している業務とマニュアルとの相違があった場合、どちらが正しい情報なのかの検証ができていないことが課題である。</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><コメント></p> <p>マニュアルの見直し時期は明確に定まっておらず、適宜となっている。そのためマニュアルの中でも一部更新されずに現在に至っているものもある。「いつ・誰が見直すのか」の管理を含めた仕組みがあれば、必然的にマニュアルに目を通す機会にもなり、見直しのルールを作ることで、現場との乖離にいち早く気付くことができることから、その仕組み作りに期待したい。</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><コメント></p> <p>所定の様式を使用してアセスメントが行われ、個別支援計画に反映させている。作成に関与する職員は、サービス管理責任者をはじめ、副所長や担当職員等が参加して行うが、加えて計画作成時は利用者にも参加してもらっている。個別支援計画のスタートは、サービス等利用計画を意識しており、同じようなスパンとなるよう、開始時期を個々でずらして対応している。</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><コメント> 計画の開始時期は個々で異なるが、原則半年後に個別支援計画に関するモニタリング会議を設け、見直しを行っている。見直し後の支援内容は職員会議を通じて職員へ周知し、支援に反映させる仕組みがある。日頃の支援と計画内容が乖離しないよう、個々の記録用紙には個別支援計画の内容を抜粋した記述があり、計画内容について日々確認できる工夫がある。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者支援の内容は「業務日誌（その日の全体の記録）」、「個人日誌（利用者ごとの記録用紙）」に手書きで記録している。食事摂取量や排便記録等も「個人日誌」に記載し、利用者ごとに管理している。課題としては、記録する職員によって内容に差異があり、記載が希薄なこともある。そのギャップを埋める対策が十分取り組めていないため、今後の改善に期待したい。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント> 重要な書類については鍵付きのロッカーで管理している。「個人情報保護規程」が整備されており、入職時に法人研修で教育が行われている。ただし、初期教育のみのため、継続的な教育機会の確保が希薄であることや、記録管理の責任者については暗黙の了解の範囲となっているため、明確にファイル管理・データ管理の責任者が誰なのか見て分かる仕組み作りが望まれる。</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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 衣類や理美容は、定期的に訪問するサービスを利用し、利用者の意思と希望を尊重した支援が行われている。利用者の権利擁護については、「職員会」や「権利擁護虐待防止委員会」等で話し合いが行われている。課題としては、生活に関わるルールについて、自治会ではあまり議題に挙がっていないことから、積極的な働きかけにより、利用者から意向等を聞き出すことに期待したい。		

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> 法人のハンドブックに権利擁護についての記載があり、虐待防止に関する規程類も整備されている。虐待防止措置として毎月開催している「権利擁護虐待防止委員会」に、2月は利用者自治会の役員（会長・副会長・書記等）が参加し、3月は家族会代表が参加する等、組織的な取組みが行われている。その他防止策として、セルフチェックの実施や呼称に関する強化月間を設けている。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 排泄支援や嚥下、リハビリ等個々の利用者に応じた支援を行っている。健康に関する自己管理を行う利用者のサポートを行ったり、行政手続きが必要な利用者への支援を行う等、支援を必要としている利用者に対して個別で対応している。ただ、支援のメニュー内容や取組みの頻度等については、十分とは言えず課題が残る。		
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> 言語によるコミュニケーションが可能である利用者が少なく、意思表示が難しい利用者に対しては、カードや写真等のツールを用いたり、ジェスチャーによる意思確認を行う等、個々に合わせた工夫をしている。日々の様子や行動から、気持ちを汲み取ることも心掛けている。加えて、保護者等からも情報収集を行い、本人の意図を把握するよう努めている。		

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> 利用者が自由に話せる機会を大切にし、担当制を取りつつ、利用者が話したい時間や場所、相手を自由に選べる環境を用意している。選択と決定をするために必要な情報は、決して多いとは言えないが、利用者から表出された様々な要望については丁寧に対応している。意思決定支援については、個別のシートを作成して聞き取り、記録を行っている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 日中活動については、「作業班」、「クリーニング班」、「療育班」等、多種多様なグループがあり、利用者は障害特性や希望に合わせて活動に参加できる。利用者の希望については、他の利用者との相性もあり、必ずしも全ての要望に応えることはできないものの、選択できる体制は整っている。出かける頻度は決して多いとは言えないが、様々な外出先から選ぶ仕組みがある。		
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> 法人内の職員がアドバイザーとなって、各事業所における困難事例に対する助言を得られる仕組みがある。強度行動障害支援者の資格取得者は多数おり、障害特性に合わせた支援が可能な環境が整っている。主に身体障害者向けの支援として、外部機関から理学療法士が、また法人内他事業所から作業療法士が定期的に来訪し、頻度は決して多くはないがリハビリ等を行っている。		

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><コメント></p> <p>食事について、毎年1回嗜好調査を実施している。リクエストメニューや選択メニュー、イベント時における特別メニュー等、趣向を凝らした工夫がある。食事場所も生活棟でユニットごとに食べる形態や、時々皆が集まって食べる等、変化に富んだ対応がある。入浴は身体障害のある方は週3回だが、それ以外の利用者はユニットごとに、毎日入浴できる環境が整っている。</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><コメント></p> <p>居室はすべて個室であり、十分な広さと明るさがある。ユニット制であるため、入所施設と感じさせず、一見グループホームを思わせるような生活空間となっている。生活するスペースと日中活動するスペースが分離されており、入所施設とも言えども、メリハリのある環境となっている。寒い地域のため、冬は床暖房をフル活用して快適な環境となっている。</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><コメント></p> <p>外部の理学療法士が月に2回、加えて法人内他事業所より作業療法士も来訪する等、機能訓練に関する相談や実際に機能訓練をうける等の個別サービスがある。該当利用者が多くはないが、事業所として必要とされる利用者には個別で対応する体制が整っている。来訪頻度は多くないため、それ以外では生活支援員が足上げ体操や歩行訓練等、意図的に体を動かす機会を提供している。</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><コメント></p> <p>毎日の検温以外には、体重測定や排便確認等、健康に関するチェックを行い、その記録も残している。内科医である嘱託医が定期的に訪問し、利用者の健康に関わると共に、それ以外の科（精神科・皮膚科・耳鼻科など）については、都度通院して利用者の健康維持に努めている。</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><コメント></p> <p>在宅利用者で喀痰吸引と経管栄養が必要な利用者を受け入れ、支援体制を強化するために喀痰吸引の資格者を増やしている。管理者と副所長、看護師等で組織される「安全委員会」を毎月開催し、喀痰吸引を必要とする利用者に関する支援会議を実施する等、手厚い支援が行われている。投薬支援については、ミスが起こらないように2者で対応する等、マニュアルに沿って対応している。</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><コメント></p> <p>俳句が好きな利用者が、地域の資料館に作品を展示する支援を行ったり、外出する機会を年に数回確保する等の取組みがある。ただ、その頻度や社会参加への支援内容、学習支援等については、十分な取組みとは言えず、課題が残る。地域の社会資源や利用者のニーズ等も踏まえた上で、さらなる積極的な支援が望まれる。</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	a ・ ① ・ c	
<p><コメント></p> <p>直近では地域移行の実績はないが、グループホームを希望する利用者に対する支援を行う等、組織として地域移行に向けた取組みが行われている。地域移行に関する意思決定支援にも取り組み、個別支援計画に盛り込んでいる。来年度はさらに内容を充実させていく予定があり、利用者の意向を尊重する姿勢がある。ただ、積極的に地域生活の意欲を高める働きかけには課題が残る。</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	
<p><コメント></p> <p>帰省や家族との面会等については、家族と本人の意向を尊重して対応している。日頃の情報共有は連絡帳や電話を活用し、定期では個別支援計画説明の機会に情報共有および連携を図っている。家族会が定期的に関催され、施設との連携も密に行われている。利用者の急変時や体調不良時における報告および連絡については、軽微な怪我等を除き、都度連絡する仕組みが整っている。</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。	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				