

## 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：愛知県名古屋市長区諸の木三丁目2407		
TEL：052-878-6912		
ホームページ：http://www.yutakahonbu.com/		
【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：39名	非常勤職員：21名
専門職員	（管理者） 1名	（社会福祉士） 5名
	（サービス管理責任者）1名	（介護福祉士） 10名
	（看護師） 2名	（作業療法士） 1名
		（理学療法士） 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

#### ◎わたしたちの大切にすること

尊重 すべての人々がかけがえない存在であることを認め合い、その尊厳を大切にします

参加 一人ひとりが事業の担い手であり、その実践と創意を大切にします

共同 手をつなぎ支えあうことが何よりも大切であり、大きな力となることを確認します

運動 ねがいを形に変えるため、地域や社会とともに新しい事業や制度を創り出していきます

平和 平和の尊さを忘れず、協力と交流の輪を広げていきます

・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、よりましな施設でもなく」
- 「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。コロナ禍以降は、特に体験から経験へ、経験から得た知識で自らの意思を形成していく支援を重点に取り組んでいます。

まずは様々な体験を積み重ねることに重点を置いて取り組むとともに、施設内で出来る体験ということで生活や日常場面での意思を表明する機会の保障、給食は様々な食材や献立を食べる体験の機会として捉え、調理実習で給食では体験することが難しい食事を食べる機会として位置付ける等、将来の地域移行を見据えた意思形成に取り組んでいます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年5月20日（契約日）～ 令和8年1月14日（評価決定日）  【令和7年11月11日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3回（令和6年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆利用者への説明

管理者は、利用者に対し、事業所の理念や方針はもとより事業計画の内容等についても利用者向けの分かりやすい資料を作成し、パワーポイントを用いて画面と言葉で丁寧の説明し、理解を促している。支援の主体である利用者へ事業者としての説明責任を果たす意味で、またインフォームドコンセントを得る意味で価値ある取組みと捉えたい。

#### ◆業務標準化の効果

働きやすい職場を目指した様々な取組みがあり、労働安全衛生面では産業医を配してストレスチェックが行われている。ストレスの関係では、昨年のストレスチェックの結果で高ストレス者が複数検出されたが、今年度は数値が大きく改善された。分析ではサービスの業務標準を明確にしたことで、リスクの無い統一支援が示され、困難事例等に対しても職員が躊躇することなくサービス提供できる環境が整ったことが好結果につながっており、取組みの成果と思われる。

#### ◆意思決定の尊重

利用者の意思決定については、日常生活部分の小さな自己選択、自己決定から取り組んでおり、着衣や食事、外出、行事等の様々な場面で実践している。発語がない利用者に対しても必ず意思があるという大前提の下、合理的な配慮を意識しながら支援を行っている。生活のあらゆる場面でこのエンパワメントの理念を尊重する支援は、高く評価できる。

### ◇改善を求められる点

#### ◆研修履歴の作成

法人研修や施設内研修、また関係団体による外部研修、その他資格取得を伴う専門研修等、様々な研修機会に対し、積極的に職員を参加させている。これが積み重なって行く中で、職員の専門的な知見の習得やキャリア形成がなされていく。このような状況にあって、より適正な研修機会の提供のために、職員個々の研修履歴をデータ化して一元的に管理していくことで、今後の人材育成の参考資料としたい。また、キャリアパスの研修要件確認の手助けともなる。

#### ◆地域移行への取組

毎年地域移行への意向確認が行われている。ただ、利用者本人が興味を示しても、保護者の要望が優先されることで、移行が進まない事例も見受けられる。そこには親亡き後の不安に加え、入所施設の絶対的安心感が根底にある。これらの課題の解決に向け、本人の意向を尊重し、家族が安心して前向きに地域移行できる、あるいは地域移行を考えることができるための手立てを考察したい。例えば、家族研修の実施、成功事例の検証等々、様々な角度から検討し、実行していくことを求めたい。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前年度受審結果を踏まえて取り組んできたことが評価されたことは、ここで生活する利用者の暮らしが良くなっていることだと考えますのでうれしいです。また改善の度合いが評価され、結果として現れたことは職員の働き甲斐にも繋がり、職場環境の改善にもつながると思います。前回 a 評価でも、今回違う評価をされた項目については、評価員の違いによる多面的な捉え方の結果として捉え、前向きに改善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	a ・ b ・ c
<コメント> 理念、基本方針はパンフレットやホームページ、事業計画等に記載され、事業所内の掲示の他、会議等でも周知されている。本年度の方針として「命と願い、社会への参加、豊かな暮らし」を掲げ、外に出て社会に触れること、また「食のバリアフリー」と題した様々な食支援が特徴である。利用者へは、管理者がパワポイントの資料を作成し、丁寧に説明している。			

##### 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	a ・ b ・ c
<コメント> 行政からの通知をはじめ自立支援協議会、また法人内からの様々な情報により、福祉動向や事業所の置かれている環境を把握している。これを、中長期計画策定に向けて行った利用者基礎調査から浮かび上がった課題と重ね合わせて分析している。その結果を受け、部門ごとの推進計画に反映させている。			
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	②	a ・ b ・ c
<コメント> 強度行動障害や高齢化、また新型コロナによる事業停滞、さらには中堅以下の職員の経験・スキル不足も加わり、専門性追求のインセンティブが断たれている。これを打開することを主眼に据え、また報酬改定や施設の在り方検討会の意見を参考に、事業の中間総括、年度総括を行って課題を明確にし、解決に向けた取り組みを開始している。			

##### 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	a ・ b ・ c
<コメント> 5年間の中長期計画が策定されている。計画は、前計画2年間の振り返り総括を行った上で、利用者基礎調査等を分析して作成されている。部門ごとに取り組む事項を、「工程表」を基に進めていく形である。「工程表」は、到達目標も明確に示された具体的な内容となっている。			
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> 中長期計画のロードマップでは、取組項目・担当部署・実施方法・実施年度により示され、これが単年度の事業計画に落とし込まれている。ただ、具体的計画というよりも、むしろ事業方針に近い項目も多いため、数値目標の設定等、より成果測定や実績評価がしやすい形を検討されたい。			
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	a ・ b ・ c
<コメント> 策定に当たっては、会議ごとに職員アンケートを取り、総括会議の中でこれを集計・分析し、主任が総括案を作っている。さらに、管理者が重点課題を明確化した上で原案を作成し、職員会議で説明している。計画は、年間を通して目標等は変わらず、年度ごとに到達目標を更新している。			

	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> 利用者への周知は、4月の自治会総会のおこなっている。管理者が、重点課題について、利用者向けの分かりやすいパワーポイントの資料を用いて、丁寧に説明している。また、家族に対しては、懇談会にて説明されており、理解を得ている。			

#### 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。			
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	
<p>＜コメント＞</p> <p>毎年第三者評価を受審しており、今回が4回目となる。年度の事業総括を年2回実施し、第三者評価結果と照らし合わせ、部署ごとに課題解決に向けて取り組んでいる。さらには、毎月実施する自治会支援会議の利用者意見や、年3回実施する懇談会での家族の意向も支援に反映させるべく取り組んでいる。</p>			
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	
<p>＜コメント＞</p> <p>毎年受審する第三者評価結果を運営会議にて分析し、特に「b」評価項目に関しては運営上の課題と捉え、事業計画へも改善課題として掲載し、対応策を打ち出している。この対応策の効果について、運営会議で振り返りを行い、対応策の継続または修正を判断している。</p>			

## 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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 組織のコマンダーとして、各会議や委員会を束ねている。自らの方針を示した上で、アドバイザーの立ち位置で各責任者の裁量権を尊重したマネジメントを手掛けている。業務全般に亘る職務分掌の下、責任者をはじめ各職員の職責を明確にしている。管理者不在時は、副所長が職務を代用する点は「組織図」より明らかである。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 法改正等の情報は、迅速に運営会議の下で共有し、必要事項は職員会議の中でコマを取って管理者が説明している。また、関係法令や「施設の在り方検討会」の意見を定期的に学習会で確認しており、これを受けて各部署で行うべきことを明確にしている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、サービス向上に向けて、副所長が統括するサービス向上委員会をはじめ生活向上委員会、健康推進委員会を束ね、管理会議にて現状での課題改善のため討議をまとめ、必要な指示を行っている。職員面談での意向やアイデアについて、活用が可能であるものを各部署で検討させ、最終的に改善や効果が見込めるかを見極め、主導的なマネジメントを手掛けている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 管理者は法人の事業運営推進会議に参加し、当該事業所を含む事業の方向性を受け、副所長との協議を通して職員の適正配置や財務の効率化と適正執行を行っている。また、職場環境の整備等についての対策を決定し、職員会議にて全体周知している。		

### 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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 重度高齢化に対応する手厚い1.5:1の職員配置を維持する方針の下、管理会議の中で人材の適正配置を検討し、派遣会社や国外にルーツを持つ人を含む幅広い人材確保に取り組んでいる。職員育成を進め、派遣から雇用への切り替え、また国外にルーツを持つ職員に関しても、「職場適応から育成」を基本に、現地機関との関係を深めている。		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉠ ・ c
<コメント> 5年後のスタートを目指し、法人内に「人事考課システム導入検討委員会」が立ち上げられ、検討が進められている。法人理念と方針を基に、キャリアパスの作成と分かりやすい人事考課制度の導入を期待したい。現状では、管理者が職員ごとにステップアップを見据えた役割分担や職責を当てはめ、段階的育成を手掛けている。		
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り組んでいる。	障16	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 今年度のストレスチェックによれば、ストレスの度合いは前年より大きく改善している。支援の業務標準を明確化したことが、好結果を生んでいる。相談窓口やハラスメント窓口が設置され、メンタルヘルスの一役を担っている。「勤務時間内実務保証」を掲げた方策も定着している。勤怠システムの導入により、管理者が休暇や残業時間を管理し、労務の適正化を果たしている。		

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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	・ b ・ c
<コメント> 新人職員にはOJTによる目標設定と達成度評価を行っているものの、システムとして全職員を対象とする体系的な目標管理は行われていない。今後、人事管理システムの構築に伴い、キャリアパスに沿った目標管理制度を導入することで、職員個々に対応した育成を叶えたい。			
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	・ b ・ c
<コメント> 中長期計画、事業計画の何れも職員育成の項目を設け、教育と研修の重要性に言及している。サービス水準のレベル確保のための業務標準の確立、専門研修やケース検討研修によるさらなるサービス向上、事故や虐待の防止等を手掛けている。			
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	・ b ・ c
<コメント> 法人研修による新任職員および主任・管理者向けの研修に加え、施設内研修では虐待防止等の法定必須研修の他、テーマ別研修やケースの徹底検証等、専門的知見の習得に努めている。課題としては、これら職員個々の研修履歴をデータ化して一元的に管理することで、今後の育成や研修参加の参考資料としたい。			
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	・ b ・ c
<コメント> 法人が作成した「実習生に関するガイドライン」を用い、実習の意義や受入れ姿勢、受入れ体制等を組み立てている。社会福祉士実習、保育実習には担当者を置いて指導に当たっている。特に社会福祉士実習では、法人に担当チームがあり、プログラム作成を研究して共作している。外国人技能実習生に対しても、担当者を置いて指導に当たっている。			

### 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。			
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 ・ ⑥ ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページには事業計画、事業報告、事業概要の他、第三者評価結果、広報誌、各事業所の様子等、様々な情報が公開されている。広報誌に関しては、中長期計画、事業計画、活動内容、研修内容等の様々な情報が載せられている。苦情に関しては、規程にある通り個人が特定できない範囲で、苦情内容や改善策等を事実に基づいて公表し、透明性確保の証としたい。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「経理規程」等に則った事務手続きと経理処理を行っている。出納に関しては、出納者と決裁者の役割を明確にし、内部牽制を働かせている。財務状況は本部とデータ共有しており、法人監事による内部監査に加え、外部の監査法人による外部監査が実施されており、経営の適法性や透明性は極めて高い。</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	① a ・ b ・ c	
＜コメント＞ 利用者が地域で生き生きと暮らし、事業所は利用者と地域の共生を目指すという基本方針の下、様々な取組みが展開されている。事業所のお祭りに地域の方を招く機会、また盆踊り等の地域イベントに利用者が参加する機会など、相互の交流がある。この他、日常的にも散歩や買い物等で地域の方との接点を持っている。				

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 「ボランティア受入れマニュアル」が整備され、受入れに際しては会議等で職員共有している。新型コロナ禍で活動は減ったが、現在定期的に日中活動支援のボランティア、有償では理容組合のボランティアを受け入れている。学校教育へは福祉体験学習として協力しているが、事業所として積極的な働きかけは無く、基本方針等も明確でないため検討を要す。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 社会資源としては、地域医療機関の必要性が圧倒的に高く、個々の利用者に対して協力医を通して緊密に連携が図られている。自立支援協議会や名古屋市知的障害者施設連絡協議会、きょうさんなどと定期会合を持ち、情報共有や共通課題の検討を行っている。ケースによっては、相談支援事業所も含めたサービス担当者会議を開催し、多面的支援を行っている。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 自立支援協議会や名古屋市知的障害者施設連絡協議会での会合等を通して、地域の福祉ニーズを把握している。また、強度行動障害部会運営委員会に参加し、研修や事例報告を行い、地域の重度障害者の支援向上を目指している。さらに、利用者の地域移行に備え、相談支援事業所とは情報共有を含め、常に連携関係にある。		
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> 名古屋市の地域生活推進事業所として登録し、地域の方の緊急受入れや困難ケースの受入れを行っている。災害時は、福祉避難所として地域の障害者の受入れを予定し、BCP（事業継続計画）に対応した模擬訓練も実施している。		



### 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	① a . b . c	
<p>＜コメント＞</p> <p>事業所内には法人の理念を掲示している。職員会議や施設内研修において、非正規職員を含めて職員全員を対象とした教育を行っており、事例を用いたグループワークを通じて職員間で意見交換を行い、意識の統一を図っている。さらに、研修後には理解度を確認する取組みも実施している。</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	① a . b . c	
<p>＜コメント＞</p> <p>プライバシー保護に関する規程を整備し、それに基づいて職員への教育・研修を実施している。業務においては、プライバシーに配慮した支援を行うことをマニュアルに記載し、正しく理解するための教育・研修を徹底している。さらに、支援の中でプライバシーへの配慮が適切に行われているかを、OJTを通じて確認している。</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	① a . b . c	
<p>＜コメント＞</p> <p>見学希望があれば、施設見学や概要説明を実施している。法人と事業所独自のパンフレットを作成しており、写真を使用して事業所の詳細が分かる内容となっている。資料では伝わりにくい部分については、直接の説明や見学、体験を通じて理解を深めてもらっている。</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 . ② b . c	
<p>＜コメント＞</p> <p>サービス開始や変更にあたっては、利用者および家族へ説明を行い、「同意書」を得ている。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、意思決定が困難な利用者には、家族等へ丁寧な説明を行っている。今後は、言葉だけでは理解が難しい利用者に対して、写真やイラストを用いた資料を準備する等、より分かりやすく伝える工夫に期待したい。</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	① a . b . c	
<p>＜コメント＞</p> <p>事業所の変更にあたっては、会議を開催し、関係者との引継ぎの機会を設定して対応している。「フェイスシート」や「アセスメントシート」、支援方法をまとめた資料を引き継ぎ文書として定め、共有できる体制を整えている。移行後もサービス管理責任者が窓口となり、相談支援専門員などと連携しながら、必要に応じて対応している。</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	① a . b . c	
<p>＜コメント＞</p> <p>2ヶ月に1回、保護者との茶話会を開催して交流を図るとともに、利用者を代弁して要望を話せる機会を設けている。また、毎年、第三者評価機関によるアンケートを実施し、その結果を職員間で共有して改善を進めている。</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	① a . b . c	
<p>＜コメント＞</p> <p>苦情解決の仕組みが整備されており、事業所内に掲示物を設置して周知している。また、法人によるアンケートを定期的実施し、要望の確認を行っている。さらに、隔月で開催する保護者との茶話会を通じて、苦情に至る前に意見を聞いて対応を進めている。</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 a . b . c	
<p>＜コメント＞</p> <p>事業所内には相談室を設置しており、希望に応じて居室以外でも話を聞くことが可能である。利用者対象のアンケートでは、利用者が具体的にイメージしやすく、答えやすいイラストを使用している。また、自治会で出された意見は職員に共有され、利用者の意見を反映させる仕組みを整えている。</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 . ㉔ . c
<コメント> 日常的な要望には即時対応し、内容によっては担当職員や各部署へ検討課題として情報提供し、それぞれで対応している。利用者個人に関わるものは、ニーズとして個別支援計画に反映させている。現在、職員間での情報共有から対応までの流れをマニュアル化することを課題として捉え、取組みを進めている。		
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。		
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 . ㉔ . c
<コメント> リスク管理委員会を設置し、日々のサービス提供におけるリスク分析や対応の周知を行っている。危険予知に関する研修（KYT）等もあり、職員教育も実施している。しかし、事故報告やヒヤリハットの作成において、職員間で基準が曖昧であるため、今後は基準の明確化と運用の整備が求められる。		
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 . ㉔ . c
<コメント> 感染症の予防および対応に関するマニュアルは整備されており、研修も実施されている。また、感染症に関するBCP（事業継続計画）も整備されている。しかし、現状ではマニュアルのデータ管理は行われているものの、更新時期の明確化や見直しの方法についてはさらなる改善が望まれる。		
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している。	障39	㉑ . b . c
<コメント> 災害に関するBCP（事業継続計画）は整備されており、年3回の避難訓練や非常食訓練も実施されている。有事の際にはショートメールを用いて職員の安否確認を行い、そのための訓練も実施されている。さらに、ケガの初期対応や救急対応に関する研修も行われている。		

## 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。		
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	㉑ . b . c
<コメント> 一日の業務内容を明記した「タイムライン」と、入浴や排泄等の支援に関する「業務手順書」が作成されている。「業務手順書」にはプライバシーへの配慮を含む注意事項も記載されている。また、「業務手順書」に沿った支援が実施されているかを確認するため、OJT期間を設けて実施状況の確認も行っている。		
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	㉑ . b . c
<コメント> 「タイムライン」および「業務手順書」は年1回の確認と更新が実施されている。利用者の支援内容に変更が生じた場合には、必要に応じて「タイムライン」を更新し、職員への周知を行っている。変更の際には、支援会議において検討を行い、管理者や主任が内容を精査し、必要な情報が確実に更新される体制を整えている。		
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。		
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	㉑ . b . c
<コメント> アセスメントおよび個別支援計画は、サービス管理責任者によって作成されている。利用者の意向や要望を基に幅広いニーズを含め、看護師や栄養士等の多職種の意見を反映させ、具体的な支援内容となっている。計画内容は作成後に利用者本人または保護者へ説明し、同意を得た上で署名をもらっている。		
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
<コメント> 個別支援計画の見直しは6ヶ月に1回実施しており、計画策定時と同様に本人、家族、職員からの意見を集約し、見直しと評価を行っている。また、利用者の状況やニーズに変化があった場合には、その都度会議等で見直しを実施している。支援計画に変更があった場合には、職員へ報告して周知を行い、確実に支援へ反映させている。		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
	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
<コメント> 支援記録は、業務支援ソフトに入力しており、健康状態や支援状況が把握され、共有されている。記録の入力に関しては、必要な情報が確実に記録できるよう指導されている。また、事務所内のホワイトボードに送り事項を記載し、一日数回に分けてその日の職員全体に送りの時間を設けるなど、手厚い情報共有が行われている。			
	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
<コメント> 個人情報の保護に関する規程が整備されている。新人研修や職員会議においても、個人情報の取扱いに関する教育が実施されている。書類は施錠可能な場所に保管されており、情報端末にはパスワード入力の設定されているため、外部への情報漏洩が起らないよう管理されている。			

## 【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>利用者の意思決定については、日常の小さな意思表示等も見逃さないように取り組んでおり、発語がない利用者に対しても合理的な配慮を意識して支援している。利用者自身の選択肢を増やすため、多様な体験の場を提供するよう努めている。利用者による自治会が設けられており、話し合われた内容は職員間で共有し、サービスへ反映させている。</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>虐待防止に関する指針および身体拘束適正化指針が定められており、定期的に内部研修も実施されている。痣の発見やケガの発生時の報告体制も整備されており、日々の支援について振り返りチェックを行うことで、問題の早期発見に努めている。</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>「アセスメント」には、利用者の心身の状況や生活歴がまとめられており、個々の介助内容についても「タイムライン」や「対応一覧表」に明記されている。手厚い支援が必要な利用者が多く、業務に追われると過剰支援になりがちであるが、できることは利用者自身で行えるよう、生活環境の整備や支援員への教育を実施している。</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>利用者の状況に応じてホワイトボードやタブレットを使用し、言葉だけでなく文字やイラストを活用することで、視覚的な支援の工夫を行っている。利用者の意思を汲み取るため、表情や目線等からも情報をキャッチするよう心掛け、職員間で共有し、利用者の訴えを職員全員で理解するよう努めている。</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>年3回の面談機会を設けており、個別に相談の希望がある場合には、随時話し合いの場を設けている。日常的な相談にも都度対応し、利用者から受けた相談内容は記録に残して職員間で共有し、必要に応じて会議等で検討し、適切に対応している。職員が利用者とはゆっくり話し合える時間を確保するため、業務の見直しを行う等の取組みも実施している。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障害の状況や年齢に応じた取組みを行っている。散歩や体操等の身体活動や、カラオケ、ドライブなどのレクリエーションも実施している。利用者の個別支援計画を周知し、新たな活動内容の提供や見直しを行っている。しかし、達成状況の基準が明確でないため、達成に向けた具体的な目標を設定する等、更なる取組みが望まれる。</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>強度行動障害については、計画書と手順書を整備している。会議において支援方法について話し合い、対応の決定と周知を行っている。また、外部支援事業の専門員から助言を受けるなど、専門的な視点を取り入れた支援も実施している。</p>			

A-2-(2) 日常生活支援			
	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。	障53	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 食事形態は刻み食やトロミ剤の使用等、利用者の咀嚼・嚥下能力に応じて提供している。また、入浴についても身体状況に合わせて機械浴を使用し、毎日入浴を実施している。移動・移乗やトイレ介助には介護型ロボットを活用し、利用者の安全確保と職員の負担軽減を図っている。			
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 職員をはじめ、専門業者や就労継続支援事業所の利用者による清掃により、事業所内は清潔に保たれている。利用者の居室は個室であり、それぞれが自分の好きなものを置く等、プライベートな空間が確保されている。生活場所の変更等、利用者支援の視点から環境改善を検討し、利用者から改善の要望があれば迅速に対応している。			
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
<コメント> PT（理学療法士）とOT（作業療法士）が配置されており、「リハビリ実施計画」に基づいて訓練を行っている。PTやOT等、専門職の助言を活動や日常生活に取り入れ、外出先の目的地まで歩いて移動する等、利用者が生活の中で自然にリハビリができるよう支援している。「リハビリ実施計画」は半年に1回見直しを行い、状況を確認して必要に応じて変更している。			
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
<コメント> 毎朝、検温や必要な利用者への血圧測定を実施している。入浴や排泄等の状況を記録し、健康状態を職員間で共有している。看護師が配置されており、毎月の内科受診と併せて、健康面での相談体制を整えている。体調不良時や緊急時のフローチャートも用意し、迅速な対応ができる体制を整えている。			
	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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> アレルギー対応については、手順書を用いて教育を行っている。薬の管理は看護師が担当し、職員によるダブルチェック等、複数の職員が確認することで、飲み忘れや誤薬を防ぐ仕組みとなっている。さらに、看護師によって誤嚥対応や応急手当、救急救命に関する研修も実施している。			
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
<コメント> 地域のイベントにおいて、作業で製作した生製品の販売機会がある。利用者の希望や意向のみでは同じ活動に偏りがちであるため、職員からも提案を行い、選択肢を増やすことでより多様な体験ができるようにしている。			
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 地域移行に関する調査を毎年実施し、希望者にはホーム体験や地域生活を想定した買い物体験、家事能力の習得等、生活力の向上に向けた取り組みを行っている。保護者の要望が優先され、移行が進まない事例も見受けられるため、今後は本人の意向を尊重し、家族が安心できる環境を整え、関係機関との連携を強化し、計画的に移行を進められる体制作りが求められる。			
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 隔月で茶話会を開催している。他にも懇談会や家族会等、定期的に保護者との面談の機会を設けている。利用者のケガや体調不良時には迅速に連絡を行っている。さらに、保護者の高齢化を踏まえ、後見人制度の利用について、関係機関や手続きの進め方を紹介している。			

### 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			