

## 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：豊橋にしぐち学園   | 種別：生活介護           |                 |
| 代表者氏名：福島 美知子  | 定員（利用人数）：40名（39名） |                 |
| 所在地：愛知県豊橋市高師町字北原1-103   |                   |                 |
| TEL：0532-64-3596  |                   |                 |
| ホームページ： <a href="http://tf-jigyokai.org/nishiguchi/">http://tf-jigyokai.org/nishiguchi/</a> |                   |                 |
| <b>【施設・事業所の概要】</b>  |                   |                 |
| 開設年月日：平成3年4月1日  |                   |                 |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 豊橋市福祉事業会   |                   |                 |
| 職員数   | 常勤職員：17名          | 非常勤職員：11名       |
| 専門職員  | （管理者）1名           | （看護師）1名         |
|   | （生活支援員等）24名       | （歯科衛生士）1名       |
|   | （事務員）1名           |                 |
| 施設・設備の概要  | （居室数）             | （設備等）活動室、訓練・作業室 |
|   |                   | 木工室、医務室、会議室、相談室 |
|   |                   | 個室・事務員・支援員室等    |

### ③理念・基本方針

#### ★理念

・法人  
地域の中でいきいきと生活するために

#### ・施設・事業所

成人期の障害のある方が望んでいる、個人として尊厳にふさわしい日常生活、社会生活を地域で送ることができるようにする

#### ★基本方針

生活全般を見渡した、本人中心の個別支援計画に基づき、地域とのつながりを意識した日中活動支援及び本人の長所、強みを活かして、主体的に活動できるように必要な支援を行って自己実現を図る

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

利用者の意思を丁寧にくみとり、自分のことを自分で決める経験を積み上げるといった意思決定支援を基本とする

##### ①本人の長所や可能性に着目した日常生活支援

・強度行動障害を有する個別に支援が必要な利用者が多いため、特性に合わせた個別支援を実施  
・日常生活を送るうえで、必要な機能の維持、向上を図るために、他施設の専門職によるアドバイスを受けて、理学・作業療法を受ける

##### ②地域とのつながりを意識した日中活動支援

・作品展や展示即売会の実施  
・近隣の清掃活動の実施

##### ③看護師、歯科衛生士などの専門職による保健医療支援

・利用者が健康で快適な生活を送ることができるように支援

##### ④ニーズや自立度に応じて、さまざまな体験や経験を積む自立支援活動

・さまざまな経験や体験を積み重ねる機会、日常的に自己選択及び自己決定の機会を大切にして一人ひとりの長所や強みを活かす支援

##### ⑤利用者研修を3回、利用者多機能型事業所などで行い、作業習慣及び作業能力を身につける

・ワークス岩西の実習を希望する利用者の状況に合わせ、毎月や年に2回の実習を実施  
・利用者研修は「プライバシー」「他者との距離」「感染症予防」を実施

##### ⑥福祉サービス第三者評価を受審、サービスの改善に向けた取り組み

#### ⑤第三者評価の受審状況

|                   |   |
|-------------------|---|
| 評価実施期間            | 令和7年6月16日（契約日）～<br>令和8年2月2日（評価決定日）<br><br>【令和7年11月12日（訪問調査日）】 |
| 受審回数<br>（前回の受審時期） | 5回（令和4年度）   |

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆多面的なモニタリング

支援内容を確認する機会として、利用者には毎月開催される自治会で意見を聴取するほか、利用者アンケート「にしぐち学園でしたいこと、してほしいこと」を実施し、職員に何を援助してもらいたいかな等を聞き取っている。保護者には年4回の保護者会にて要望や意見を聞く他、家族アンケートを実施している。職員には面談による意見やアイデアの聴取を行い、またアンケートを実施している。これらの結果は、全て職員会議で全職員が共有し、どのように支援に活かすかを検討の上で実践に向けている。これらのサービスのチェック機能であるモニタリング機会により、画一的なサービス提供に陥ることなく、柔軟で利用者本位の支援の形につなげている。

##### ◆ニーズに応える支援

利用者個々に地域での自立に関する意向を聞き取り、特に本人の意向を確認しながら、相談支援事業所と密に連携し、将来に向けて法人内のグループホームの体験利用等を実施している。また、保護者会では施設見学や研修会を開催し、地域生活に関する利点や課題等を把握した上で、安心してスムーズに移行ができるよう調整している。通所施設でありながら、事業所として利用者のニーズに真摯に向き合い、利用者目線で支援するこれらの取組みを、高く評価したい。

◇改善を求められる点

◆意思形成に向けた方策

様々な障害特性や能力の違う利用者に対し、その意思確認や意思決定を支援するには様々な配慮と工夫が必要であり、口頭のみでは十分とは言えない。個々の利用者が意思形成し、意思表示するための材料として何が適しているのかを検討する必要がある。例えば写真や動画といった視覚的なツールを使用する、あるいは、実践していくことを求めたい。

◆研修履歴の活用

様々な研修機会が用意され、個々の職員がそれぞれ年間に複数の研修に参加し、見識を増しスキルアップが図られている。今後、育成の面では参加する研修の選択のため、また業務分担を決める上での参考資料として、あるいは人事考課の評価材料の一つとして、職員個々の保有資格を含む研修履歴をデータ化し、一元的に管理することが実務上肝要であり、前向きに取り組むことを期待したい。キャリアパスの構成上、資格要件と並び、研修要件の確認にも資することとなる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

より個別な支援を必要とする利用者が多い中で、日頃実施している支援への評価の高い点（強み）を再認識できたことがとても良かったと思います。また、課題点についても、写真や動画など視覚的にわかりやすいものを使用はしていますが、よりわかりやすい提示の方法を検討していくことが明確になりましたので、改善に向けての取り組みを行い、今後の利用者支援と職員の資質向上に活かしていきたいと思っております。

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＞<br>理念や基本方針は、ホームページやパンフレットの他、事業計画にも明示され、また事業所内にも掲示されている。職員全員に配付される「運営のしおり」にも掲載されており、職員個々の名刺にも印刷され、周知が図られている。利用者に対しては、周知への特別な取組みはなく、工夫された資料等も用意されていない。少しでも理解が得られるような配慮が望まれる。 |    |           |

##### 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| ＜コメント＞<br>行政や県・知的障害者福祉協会からの通知、「福祉新聞」等で福祉動向や法改正の情報等を把握している。管理者は、必要な情報に関しては資料として作成し、職員会議で説明している。利用率や収支に関しては、毎月データを法人本部と共有し、チェックを受けている。ただ、正確な情報分析という点では、課題が残る。  |    |           |
| 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＞<br>利用者の重度化や、それに対応する職員の専門性向上といった運営上の課題に対し、運営会議の場で協議検討している。会議にて基本的な方針を決めた上で、職員会議の場で具体的な解決方法を検討し、改善に向けている。法人としての課題に関しては、経営企画委員会にて検討し、施設長会に提出され取組みが開始される。 |    |           |

##### 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＞<br>中長期作成会議で出された「SWOT分析シート」での結果を基に、7年スパンの中長期計画を策定している。内容的には、新規事業や人員、整備等、項目ごとに収支を入れた「工程表」から構成されている。中長期計画は、毎年進捗状況により修正される。これとは別に、事業所独自の中長期計画を作成しており、現状の課題に対し3年間での計画的改善を図っている。 |    |           |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| ＜コメント＞<br>単年度の事業計画は、事業の全般を反映した実施計画を示しているが、具体性の点で数値目標等の設定が乏しいため、実績評価がしづらい状況である。この点を明確にするための改善が求められる。「運営のしおり」には、「倫理綱領」や「行動規範」の他、様々な業務分担等が明示されており、職員の必携資料として役立っている。                  |    |           |

|  |    |           |
|--|----|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>職員に「次年度に向けてのアンケート」を実施して集計し、家族アンケートも加味した結果を運営会議でまとめて評価している。その後で管理者が事業計画の原案を作成し、職員会議にて確認の上、策定に至る。年度当初の職員会議にて、「運営のしおり」とともに説明がなされ、職員周知となる。 |    |           |
| 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><br>利用者に対しては、ルビを振った利用者用の資料を用意し、丁寧に説明している。内容としては、事業の目的、運営の方針、活動、食事、送迎といった主要な部分である。保護者に対しては、年度当初の保護者会にて配付し、説明している。                           |    |           |

#### 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 |
| <コメント><br>第三者評価の結果を職員会議で確認し、対策を決めて取り組んでいる。サービスの評価としては、職員アンケートや家族アンケートを実施し、職員会議で集計結果を分析し、参考としている。利用者アンケート「にしぐち学園でしたいこと、してほしいこと」を実施し、したい活動や行きたい場所、職員に手伝ってもらいたいこと等を聞き取ってモニタリングしている。 |    |           |
| 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 ・ ② ・ c |
| <コメント><br>第三者評価結果については、職員会議に挙げて課題を共有し、改善策を検討している。ただ、改善計画の評価、見直しといった点では課題が残る。また、サービス内容に関する事項については、定期開催される法人のサービス向上委員会で検討し、法人内で共有している。   |    |           |

## 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 | ① ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は「運営のしおり」の中に「管理者の役割と責任」を示し、「運営に関する最終責任は管理者が負う」と明記している。他の職員の職務分掌も「運営のしおり」に明示しており、管理者は職員会議の場や広報誌「散歩道」にて、自らの意見や方向性を表明している。管理者不在時は副園長が職務を代行し、この点は「人事制度運用の手引き」の中に示されている。</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 | ① ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「コンプライアンスに関する要綱」に、法令遵守の管理体制を定めている。法人内外の管理者研修を受講し、コンプライアンスの重要性を熟知している。職員には、朝礼や会議の場で資料を用いて説明している。職員全員が虐待防止の研修を受講し、委員会での検討事項を職員会議の場で共有している。「支援マニュアル」に沿い、適切な支援が実践されている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員面談や職員アンケートでの意見やアイデアを、支援の場に活かせるよう取り組んでいる。職員アンケートの結果から課題を明確にするとともに、ヒヤリハットや「アクシデントレポート」に関しても同様に課題点を抽出し、これらを職員会議で共有して改善に向ける等、サービス向上への活動を先導している。</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 | ① ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営会議にて幹部職員と協議し、業務改善を進めている。労務対策では、職員とのコミュニケーションを密にしている。面談による業務改善や効率化の意見を参考に、労働安全衛生委員会による点検結果等を踏まえ、環境改善に取り組んでいる。財務面は、毎月収支状況を本部とデータ共有し、会計士の助言を得て分析している。ソフト導入による事務の合理化も進めている。</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 ・ ① ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部と連携を図り、人材確保を進めている。中長期計画の中に必要職員の人数を示しているが、確保の意味では十分とは言い難い。育成に関しては、研修を含む人事管理が法人として徹底しており、計画的な育成面での問題点は感じられない。</p>   |     |           |  |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。   | 障15 | a ・ ① ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「人事制度実施要綱」と昇格に関する要綱、運用の手引きにより、キャリアパスと人事基準が明確になっている。職務階級に応じた能力と業績を3回の面談で評価し、本人にフィードバックして強みや課題を丁寧に伝えることで、次のステップへ向けている。ただ、期待する職員像に関し、職員には書面で示されていないため、改善の余地を残す。</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 | ① ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員間のコミュニケーションが図られており、有給休暇が取りやすく、目立った時間外労働も見られない。特筆すべきは、各種の休暇制度について、男性の産前産後補助休暇が制度化されており、子育てしやすい環境が整っている。その他、安全衛生や健康面、福利厚生についても充実した仕組みがあり、働きやすい職場環境と言って差し支えない。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>目標設定面談から中間評価、総括とフォローアップまでに至る、目標管理制度を導入している。規定上は主任級以上が実施することになっているが、管理者判断で全職員に適用して実施しており、成果を挙げている。</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 ・ ㉒ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は、研修計画に基づいて研修に参加している。研修受講後は職員会議にて伝達研修を行い、知見やスキルを共有している。ただ、事業所として必要な専門技術や専門資格が計画や基本方針の中に示されておらず、目標の着地点が曖昧である。また、期待する職員像に関する記述が確認できなかった点も改善点となる。</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 ・ ㉒ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新任職員から管理者までの階層別研修をはじめ臨時職員研修、テーマ別研修等の機会がある。事業所では全職員を対象に、個人ごとのテーマに基づき年4回のオンライン研修を実施し、レポート提出を求めている。OJTに関しては、計画表で期間と担当者を決め、目標設定して2ヶ月ごとに評価を行っている。研修が増え、職員個々の研修履歴を整理しておく必要性が増している。</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 ・ ㉒ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「実習生受入れマニュアル」が整備され、現在は社会福祉士実習を受け入れている。実習指導者を2名配置し、プログラムを作成して指導に当たっている。指導者の研修により実習の質を上げる等、さらなるレベルアップと研修内容の充実を図りたい。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに理念、基本方針の他、事業の概要、決算状況、苦情解決、第三者評価結果、相談窓口等、様々な情報が公開されている。また、法人機関紙「ふくしの泉」と事業所広報誌「散歩道」を地域や家族、関係機関向けに送付しており、事業の透明性確保に努めている。</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>「経理規程」や「庶務規程」を基に、事務、経理等に関する様々な要綱等が整備され、事業の根幹を支えている。法人監事による内部監査に加え、内部経理監査委員会による独自の監査が実施されている。総務委員会は事務全般を、経営企画委員会は新規事業の検討や法人の方向性を、財務管理委員会では基金や寄付金の管理を行う等、適正経営と透明性の確保に繋げている。</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>基本理念の具現として、地域との関係性を大切にしている。さらに「運営のしおり」の中に「地域との関わり」の項目を設け、具体的な実施方法を記している。事業所と地域との双方の行事等での交流があり、さらに利用者の日常的な生活場面での交流もある。利用者が地域の一員として暮らすための様々な取組が用意されている。</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 ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>ボランティア受入れに関する要綱が整備され、それに沿って受入れを行っている。新型コロナ以降、人数としては少ないが作業補助のボランティアや高校生のワークショップ、夏休みボランティア等を受け入れている。事前研修のオリエンテーションとして、障害者への接し方や個人情報に関する守秘義務等を伝えている。</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 ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者が併用する他事業所や医療機関、体育館等、様々な社会資源との関わりを持つが、個々の利用者に必要な資源は把握はしているもののリスト化はされておらず、個別に対応している。市内の生活介護事業所連絡会や県・知的障害者福祉協会の日中活動支援部会等で定期的に会合を持ち、情報共有や共通課題の検討を行っている。</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 | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>行政や特別支援学校、また法人内外の相談支援事業所等と連携し、利用ニーズを含め在宅者ニーズを把握している。また、地域住民や法人内の他事業所、地域の関係機関等を通して、福祉ニーズに拘らない地域の課題等の情報を得て、これらを職員間で共有して事業の参考としている。</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 | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>法人では、「地域活動委員会」が組織され、地域交流事業である「福祉まつり」の企画、実施を中心に、地域との交流・連携を進めている。事業所では、作業製品の販売や町内清掃の他、災害時の対応として、地域住民にも提供できる備蓄品や、宿泊のための和室の開放等の取組みがある。事業所の持つ専門性の地域還元点では、検討の余地がある。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重したサービス提供を目指すべく、研修委員会が企画した研修および階層別研修、外部研修の他、虐待防止研修等のテーマ別研修もある。職員は、「虐待防止チェックリスト」を実施している。また、自治会等により、利用者との話し合いの場を大切に、職員会議により適切な支援に向けた意識の統一が行われている。</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 ・ ㉒ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に配慮した支援の維持向上に向け、職員だけでなく利用者に対しても定期的な研修を行っている。その内容は「虐待防止チェックリスト」にも反映されている。ハード面では、個室が3部屋設置され、利用者の情緒により、いつでも使用できるよう工夫されている。しかし、上部空間が繋がっており、大きな声が完全に遮られる個室はなく、改善の余地はある。</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 | a ・ ㉓ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者には、サービス内容を分かりやすく説明するために、言葉や文字だけでなく写真を用いた資料を活用し、丁寧に説明している。外部に向け、ホームページだけでなく、パンフレットを各事業所に設置している。課題は、様々な障害特性に合わせて対応できるよう、資料にはルビを振り、写真やイラストを増やす等、希望者本人にも分かりやすい内容の資料作成を望む。</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 ・ ㉔ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの開始・変更時には、利用者本人の自己決定を意識しながらアセスメントをとっている。また、説明には写真を用いる等の工夫も行われている。意思決定が困難な利用者への配慮として、職員個々の経験値によるものが多く、手順書やマニュアルがあるわけではないため、視覚的に共有するためのルール化、マニュアル作成が望まれる。</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 ・ ㉕ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の移行にあたり、サービスの継続性を担保するため、相談支援専門員を中心に、関係する職員の連携はできている。一方で、事業所の変更や家庭への移行等によって、当該事業所でのサービスが終了した際に、以降も相談を受け付けることや相談窓口等について、口頭での説明に留まっており、詳細を記載した説明文書の手交がない。</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 | ㉖ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月に1度の利用者自治会や、年に4回ある保護者会により、意見要望を聞いて職員で検討し、可能な限り要望に応じている。また、日々の「連絡帳」や送迎時の保護者への報告を通し、密に情報共有ができています。家族・利用者へのサービス満足度調査も年に1度必ず実施され、改善すべき点は改善されている。</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 | ㉗ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みが整備され、主任以上の役職者で構成される法人単位と事業所単位の委員会が設置されている。また、普段からの保護者とのやり取りを活用し、苦情に繋がらないように些細なことに対してもすぐに対応する姿勢で意識統一している。</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 ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談したい時には、相談の方法や相手を選択できることを、自治会を通じて利用者自身が理解している。相談の内容によっては、プライバシーに配慮が可能な個室等を使用している。説明文書の配付は毎年4月に行っており、掲示物を異常に気にする利用者があるため、あえて掲示はしていない。</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>日々、職員と保護者・利用者間で密なコミュニケーションがとれている結果とも言えるが、意見箱は設置されているが、意見が投函されることはない。また、意見を受けた際には記録を作成し、朝礼にて周知はするが、その手順を明文化したマニュアルはない。意見や相談に対し、職員誰もが適切に対応することができるよう、マニュアルの整備を望みたい。</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>リスクマネジメント委員会の設置により、日々の業務の中での「事故報告書」と「ヒヤリハット」の提出の意識付けが徹底されている。毎月「事故報告書」や「ヒヤリハット」を収集し、事故発生やヒヤリハットの原因分析と未然防止策や再発防止策が検討されている。それらの改善策の実施も十分になされているが、研修はこの1年間行われていない。研修の検討を要す。</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 | ④ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の安全確保のために、感染症予防と発生時の対応マニュアル、「感染症BCP（事業継続計画）」が作成されている。これらは、すぐに確認できるようにファイリングされている。また、「感染症BCP」の読合わせの事業所内研修を実施し、対応方法等の周知徹底を図っている。マニュアルは定期的に見直す仕組みがあり、必要あれば改定されている。</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 | ⑤ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時に対応するマニュアルや「備蓄品リスト」が整備されている。避難所生活を想定し、和室や個室を意図的に使用する等の対応を取っている。月に1度の事業所内防災訓練をはじめ、10月にはBCPに基づいた法人の総合防災訓練を消防署と連携して実施し、メールによる安否確認訓練も実施している。テーマ別研修にてAEDの取扱い方法も学び、有事に備えている。</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 | ⑥ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「重要事項説明書」や「利用契約書」への標準的な実施方法の記載はもちろんのこと、年度末にはマニュアルの確認が行われ、随時、支援方法の見直しが行われている。また、利用者の標準的な支援方法が記載されている一覧形式のマニュアルが用意され、個別のアセスメントとともに、これらに基づいた支援が実践されている。</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 ・ ⑦ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>半期に1度の個別面談時にモニタリングを行い、支援ポイントの見直しをする仕組みがある。また、利用者の標準的な支援方法がまとめてある一覧式の「支援マニュアル」があり、職員全員に配付されて統一された支援に役立てられている。しかし、資料の膨大さから、職員や利用者の意見が都度、共有・反映しきれていないとは言えない現状のため、その工夫を望む。</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 | ⑧ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画を策定するにあたり、支援員だけでなく看護師等の他職種との協議を踏まえ、アセスメントと利用者からの聞き取りを基に、利用者一人ひとりのニーズに応えられるように工夫している。意思表示が難しい利用者には、日頃の「ケース記録」や家族からの意見を踏まえ、可能な限り本人の意向の実現に向けて取り組んでいる。</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>日々、利用者の変化に対して、「ケース記録」や職員会議での情報共有による支援の見直しを行っている。また、職員会議にて個別支援計画の見直しが必要となれば随時行うが、基本的には9月と3月の一斉の個別面談時と、その他にも1回の面談の機会があり、それらの機会に見直しを行っている。見直し・評価が、仕組みとして確立している。</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>利用者の個人情報を含む記録は、ソフトウェアを使用して記録し、職員がいつでも閲覧できるようになっている。また、送迎サービスを行っているため、職員が全員揃う時間を設けることは難しい状況である。そのため、申送りとして「引継ぎファイル」を活用して周知徹底を図っている。記録の作成方法については上司によるOJTがなされている。</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>記録の管理として、規程に書類ごとの保存期間等が定められている。パソコンを使用する際には、職員固有のパスワードを入力する必要があり、個人情報の不適切な利用と漏洩に対する対策がとられている。情報公開については、利用契約時に「重要事項説明書」の内容を説明した上で、家族から同意のサインをもらっている。年度初めに、記録管理に関する研修がある。</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 | ② ・ b ・ c |
| <コメント><br>口頭での意思表示が困難な利用者に対しては、日々の記録や家族からの情報を基に、少しでも自己決定ができるよう努めている。写真や絵カード、ジェスチャー、筆談等を駆使し、その反応から得意・不得意なことや、好き・嫌いなことを見つけ、個別支援の取組みに活かしている。 |     |           |

### 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 | ② ・ b ・ c |
| <コメント><br>3ヶ月に1回「自己チェックリスト」を全職員が実施し、不適切支援の早期発見と改善に努め、権利侵害を防止している。4月と9月には身体拘束適正化検討委員会として事例を検討し、些細な身体拘束が必要な利用者に対しても、個別支援計画に記載して「同意書」をもらっている。その支援手順を職員間で周知徹底している。また、外部研修にて学びの機会も設けられている。 |     |           |

### 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 | ② ・ b ・ c |
| <コメント><br>日常生活の各場面で、利用者本人が自力でできることはやってもらい、「待つこと」を意識し見守りを中心とした支援を心掛けている。また、機能回復や自立生活のための動機付けとして、個々の特性に配慮し、声掛けの工夫等を職員間で共有・実践してサポートしている。                           |     |           |
| 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 | ② ・ b ・ c |
| <コメント><br>利用者の意思に寄り添った支援を大切に、本人が発しているサインを見逃さないように注意深く観察し、個々を理解するよう努めている。活動を選択する機会を日常的に設け、意思決定支援に繋げている。利用者の心身の状況に応じ、発語や挨拶の練習、筆談を利用する等のコミュニケーション能力の向上に向けて取り組んでいる。 |     |           |

|  |     |           |
|--|-----|-----------|
| 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 | ② ・ b ・ c |
| <コメント><br>利用者本人および家族からの相談や要望は、「ケース記録」にまとめられている。必要があれば職員会議に諮って検討し、サービス管理責任者を中心として、関係機関への連絡と調整の対応がされている。利用者アンケートや本人が発する言葉に寄り添い、サービス改善をしている。また、傾聴の姿勢を重視し、個別の会話や対応、選択の機会を大切にしている。      |     |           |
| 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 ・ ② ・ c |
| <コメント><br>利用者の選択と意思決定に基づき、その時期に合った活動の提供に努めている。地域の祭りや公共施設「さくらピア」の利用等、地域資源も積極的に活用している。文化的な生活を営むための余暇やスポーツに関する情報提供は、希望者の少なさもあり、取組は消極的と言わざるを得ない状況である。希望者が少数であっても、個別支援計画に組み入れての支援を望みたい。 |     |           |
| 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 | ② ・ b ・ c |
| <コメント><br>合理的配慮の義務化に伴い、全職員が研修によって障害に関する専門知識の習得を行っている。利用者の不適切行動等の行動障害には個別対応を行っており、朝礼や記録で職員周知がなされている。強度高度障害支援者養成研修にも、積極的に参加している。また、利用者間での関係性を考慮し、適切な環境整備がなされている。                     |     |           |

|  |     |           |  |
|--|-----|-----------|--|
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づき、利用者の心身の状態に応じた支援を行っている。食事は利用者一人ひとりに合った形状、形態で提供し、安全かつ美味しく摂取できるよう配慮している。年に1度嗜好調査を実施し、月に1回以上ある外注弁当の機会と併せ、満足度の高い食事提供に努めている。移動は自立を促し、安全かつ安心してもらえるよう配慮している。</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 | ㉑ ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の動線を確保し、他の利用者に影響を及ぼすような場合は、個室やパーテーションを使用する等、安全に配慮している。また、活動場所やトイレ等は清潔で適温が保たれている。個室や和室等で休息できる場所を確保し、安心して過ごせるような配慮がある。</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;</p> <p>法人のPT（理学療法士）やOT（作業療法士）が定期的に訪れ、個別に機能訓練を行い、支援内容は「ケース記録」に記録している。それを活用し、日中活動の中で自発的に身体の動きを促すように工夫している。また、随時モニタリングを行い、機能の変化を観察して「ケース記録」に書き加えている。</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;</p> <p>通所後の体温測定や排泄時の観察等により、利用者の健康状態の把握に努めている。利用者の障害の状態に応じて、歩行や余暇活動への参加に社会資源を活用する等、健康の維持・増進の工夫を行っている。利用者の体調変化時には、看護師の指示を仰ぎ、マニュアルに基づいて迅速な対応をしている。</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 | ㉑ ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療的支援に関しては、支援の手順がマニュアル化されている。看護師が服薬管理を主導し、仕分けは看護師、投薬は現場職員が行っている。服薬に関しては、薬の内容が変わるごとに依頼書の提出を求めている。健康管理については、医療委員会による年に1度の研修や事業所内研修において、職員の知識、技術の向上を図っている。</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 ・ ㉑ ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の希望と意向を把握し、地域の大型商業施設が主催するイエローシートキャンペーンに参加している。利用者の高齢化により田植えや芋堀りの機会が無くなってしまったが、職員だけで各種イベントに出店し、施設のピーアールを行っている。今後は、利用者の積極的な社会参加の方法と学習支援や学習意欲を高める工夫を期待したい。</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;</p> <p>利用者、家族との面談を通じ、将来の希望を聞き取っている。保護者会を通じて地域移行への理解を呼びかけ、施設見学や研修会の開催により地域生活に関する課題を共有している。相談支援事業所と密に連携し、利用者本人の意向に基づいて法人内のグループホームの体験利用を調整し、スムーズな移行を実現させている。</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>日常的に「連絡帳」や送迎時の会話を通して情報交換を行い、利用者の様子を伝える際には家族の気持ちに配慮している。定期的に個別面談を実施し、利用者の生活や支援について、家族と情報を共有している。保護者会を年に4回開催し、事業所の状況説明や意見交換を行っている。 |     |           |
| 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><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                               |     |           |