

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： 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：27名	非常勤職員：13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） 3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

わたしたちの大切にしているもの

尊重 すべての人々がかけがえの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、よい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る。毎日入浴、食事は家庭に近い時間で食べている。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いる。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いる。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っている。

利用者の重度・高齢化に合わせて設備のバリアフリー化、機械浴の導入などを行った。現在は看護師を1名から3名へ増員し、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や言語聴覚士を配置している。

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る。

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った。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く事を目指している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2年 6月18日(契約日) ~ 令和 2年11月19日(評価決定日) 【令和 2年10月14日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	0 回 (平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆利用者の障がい特性に合わせて掲示物を工夫するなど視覚的な支援が充実している。

◆徹底したコロナウイルス対策（外部からの来訪者への検温、記録、細かな確認事項、うがい、手洗い等の実施、利用者が1ヶ所に集まらないように食堂や活動場所を分散するなど）が行われている。

◆理学療法士や作業療法士、言語聴覚士などの専門職を積極的に導入し、生活支援員では難しい専門分野の強化を図り、サービスの質的向上を目指している。

◆現状の課題（高齢化・重度化）を踏まえ、具体的な対応として小規模化を目指す構想を打ち立てているなど、自施設の課題を明確に捉えている。

◇改善を求められる点

◆職員に対する目標管理制度や組織的な取り組みとしての面談機会がないことから、その体制整備が求められる。

◆マニュアルは所々存在しているが、見直しや周知が弱い。そのため、「〇〇については職員による」「個々によっては・・・」と、職員個々の力量にばらつきが見られる。

◆情報公表については、施設独自のパンフレットがないため、説明する際の文書や資料等の整備が求められる。また、法人としてホームページを用意しているが、利用者・家族が知りたいこと、これから利用を検討している人、働きたいと思っている人など様々な方が見ることを想定すると、情報量として十分とは言い難い。

◆嗜好調査や自治会、モニタリング等から満足度を得る仕組みはあるものの、サービス全般に対して積極的に満足度を測る仕組みがない。組織として「利用者がどの部分に満足しており、どの部分に不満を感じているのか」を数値的にも把握し、計画的な改善につなげることを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所としては「取り組んでいる」「出来ている」と判断していたことが、継続して改善をしていくには弱い部分も多く指摘いただき、よい気づき・学びの機会となりました。
また、自己評価より良い評価をつけていただいた項目も多くありますが、その評価に満足することなく事業所が目標としているレベルに達するように取り組みを強化していきます。

また事業所単体では解決できない、または事業所の取り組みを法人全体にフィードバックする必要がある評価も多数ありましたので、法人内で共有をします。

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（65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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 理念、基本方針についてはホームページやパンフレットに記載されており、事業所内にはポスターが各所に掲げてある。職員に対しては、理念や規範を明示した携行できる資料を作成し、いつでも確認できるような工夫がある。研修や会議時においても、理念を意識した取組みがあり、行動レベルに落とし込んでいる。利用者に対して説明する際の分かりやすい資料の作成が望まれる。			

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 事業経営を取り巻く環境と経営状況については、法人本部より各事業所へ情勢動向が発信されており、把握した上で必要に応じて職員へ伝達している。地域のニーズについては、併設している相談支援事業所経由やブロック会議への参加により、積極的に把握するよう努めている。利用者の重度化・高齢化に備え、専門職の配置を積極的に推進している。			
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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 経営課題については法人本部会議において議論し、役員間でも共有している。事業所内においては、月に一回管理職と主任が参加する運営会議において検討している。経営課題については、管理職のみに留めており、職員へは必要に応じて部分的に周知している。事業所としての課題を、職員全体の課題として認識させる仕組みの構築を期待したい。			

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 法人が策定している第6期中長期計画に基づき、将来構想委員会を開催し、「重度棟」「高齢棟」「小規模棟」に生活棟機能を分化するプロジェクトに取り組んでいる。さらに利用者の重度化・高齢化に備え、看護師だけでなく、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を配置し、より専門的に支援ができる体制を整備し、具体的に実践している。			
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 中長期計画に基づいて単年度の事業計画を策定しているが、事業計画に具体的な目標数値・到達点の設定がないため、成果の評価ができていない。目標数値や具体的な成果等を設定し、分析・評価ができる仕組みづくりが期待される。			

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> 事業計画の策定については、職員参画の上現場会議で議論し、主任が中心となって作成して管理職へ提出する仕組みがある。事業計画の評価については、10月と3月に総括会議を開催し、達成状況の確認を行って次年度の事業計画に反映させている。事業計画の職員への周知については、年度初めの職員会議において実施している。		
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 利用者への事業計画の周知については、行事や食事に関する内容は掲示板に貼り、イラストを用いて理解しやすいように工夫されている。それ以外の内容についても、利用者に対して分かりやすい資料の作成について検討されたい。家族への周知については、家族会において実施している。		

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	a ・ ① ・ c
<コメント> 自己評価としては、虐待防止のセルフチェックアンケートを実施している。満足度調査としては、法人が実施している利用者、家族アンケートと、利用者で構成される自治会役員（5名）に他の事業所職員が聞き取りをする仕組みがある。一部の職員だけでなく、職員の一人ひとりが改善意識を持って取り組めるような体制の整備が望まれる。		
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> 虐待防止の取組については、セルフチェックにより課題が顕在化されるようになっており、職員会議や学習会において課題について議論がされている。組織的に改善の取組みがなされるよう、誰が（責任者）、いつまでに（期限）、何をするのか（実施方法・結果）という具体的な計画の策定が望まれる。		

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
<コメント> 管理者の役割と責任については職務分担表で明らかにし、全職員に周知している。組織の変更があれば職員会議において周知をする他、事務室に掲示をしていつでも確認できるようにしている。職員会議に参加できないパート職員へのフォローについては、現場のチーフが行っている。管理者が不在の際は、3名配置されている副所長へ権限委任をしている。			
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	a	② · c
<コメント> 諸規程の整備は法人で行っており、規程の変更時や法改正時には職員会議で説明し、さらに掲示板に掲示することにより、職員への周知を徹底している。委員会の活動時に意識して法令遵守に取り組んでおり、必要に応じて職員会議時に共有を図っている。職員一人ひとりのコンプライアンスに対する理解度を確保する取り組みに期待したい。			
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	③ · c
<コメント> 現在は、福祉サービスの質の向上のため、意思決定支援に注力している。以前は行事の準備等も職員によるものであったが、現在は必ず利用者の意向を確認し、選択の機会を提供する支援をしている。定期的に、組織的に評価分析できる仕組みづくりの検討を期待したい。			
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障13	④	b · c
<コメント> 経営状況については、毎月財務三表において分析をしている。利用者の重度化・高齢化に伴い、職員の介護技術不足を補うため、専門職を7名配置し、知識や技術の向上に努めている。時間外勤務の多い職員に対しては、主任が分析をして改善につなげる等、働きやすい環境整備に努めている。			

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	a	⑤ · c
<コメント> 利用者の重度化・高齢化に備え、福祉に関する資格取得者だけでなく、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士を配置し、より専門性を高い支援ができるような取組みをしている。正規職員については、法人で人材確保を行っているが、将来を見据えた中長期的な人材確保の計画の策定が期待される。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	⑥ · c
<コメント> 法人としてキャリアパスの策定と、就業規則に一般職や中級職といった職責の説明はあるものの、主任や管理職へ昇格する際の試験制度等はなく、客観的で明確な基準はない。目標管理制度の導入もないため、総合的な人事管理制度の導入が期待される。			
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	⑦	b · c
<コメント> 職員の相談窓口として所長と副所長を置き、所長と副所長とは性別を分けて相談しやすくしている。変則勤務があるが、勤務シフト作成前に職員に希望を聞き、可能な限り希望に沿うことで働きやすい環境を保証している。個別面談は制度として運用されていないが、希望する職員はいつでも管理者（所長）や副所長との面談が可能である。			

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	ⓑ	c
<コメント> 職員育成のための研修制度は充実しているが、法人として目標管理制度を導入しておらず、個々の目標の達成度の確認はできていない。希望者は管理層（所長、副所長）との面談の機会があるが、定期的な個別面談の機会はない。今後は、法人の制度導入を待つことなく、事業所独自に職員の育成を目的とした目標管理制度を整備することが期待される。				
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	ⓑ	c
<コメント> 法人本部（研修部）が職員の研修計画を策定しており、計画内容については毎年見直しをしている。事業所内においては、必要な技術に関する研修（嚙下食の喫食、手洗い研修、防護服の着脱訓練等）を毎月の職員会議時に実施している。受講後には報告書を作成し、職員会議で報告して情報共有に努めている。研修受講後の意識変化について確認する仕組みづくりを検討されたい。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 法人の研修計画において、階層別、職種別、テーマ別の研修の機会を設けている。外部研修については管理者とサービス管理責任者が検討し、職員にバランスよく振り分けている。新入職員については、新入職員援助担当職員が付き、OJTを行っている。研修の受講歴については、年度ごとの把握に留まらず、法人に入職後からの受講歴が分かる仕組みづくりを検討されたい。				

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	ⓑ	c
<コメント> 福祉サービスに関わる専門職の育成のため、実習生の受入れをしており、指導者研修を受講した職員を配置している。今後は、実体に則した実習生の受入れマニュアル、実習生の専門資格別プログラムの整備が望まれる。				

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	ⓑ	c
<コメント> 理念や基本方針、サービス内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報については、ホームページに記載があるが、事業所のサービス内容については情報量が少ない。苦情の対応については、事業報告と広報誌で公表すると規程に記載があるが確認できなかった。公表の方法について再検討を要す。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 経理、会計に関しては、「経理規程」と「職務分担表」に基づいて執行されている。財務に関しては、外部の監査法人に依頼し、財務会計に関する内部統制の向上に対する支援を実施している。				

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
<p><コメント></p> <p>活動として散歩や買い物で出かける際は、地域の社会資源を利用するよう努めている。事業所主催であった盆踊り大会は、周辺に住宅が増えたために地域との共催となった。秋の「センター祭り」は、地域交流と事業所紹介の役割を果たしている。いずれの行事もコロナ禍のために本年度は中止となり、つながりがない場合をどのような形で埋めていくのが、今後の課題である。</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。	障24	a ・ b ・ ㉕
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れに関する基本姿勢、ボランティアに関するマニュアルが明文化されていない。ボランティアを希望する個人や団体から申し出があれば受け入れている状況である。今後は、ボランティアの受入れに関する方針を明確にし、マニュアル等の整備が望まれる。</p>			
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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人が運営する相談支援事業所や基幹相談支援センターとの結びつきが強く、特に短期入所のニーズが高いため、必要に応じてケース会議を開催し、連携を図っている。社会資源を明示したリストの作成がないため、ネットワークの情報を共有して活用できる仕組みづくりが望まれる。</p>			
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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>短期入所の利用率が高く、遠方からの利用もある。重度の行動障害のケースなどの問い合わせもあり、地域ニーズの発掘につながっている。地域の情報把握や連携といった点で、さらに一歩進んだ取組みを期待したい。</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。	障27	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域の小・中学生の活動に対して、事業所の一部を開放している。地域のユニバーサルゾーンに指定され、地域の社会資源としての役割を担っている。地域住民からの相談もあり、事業所では対応できない事案に関しては他機関につないだり、他事業所を紹介したりするケースもある。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の理念が記載されたカードが全職員に配付され、事務所内や利用者が生活する空間にも理念を記載した用紙が掲示されている。理念について触れる機会は主に職員会であるが、理念（尊重・参加・協同・運動・平和）に関連した研修（周知）も行われている。虐待防止セルフチェックを毎年1回実施しているが、今年度は2回の実施を計画するなど、その重要性が認識されている。</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	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>トイレや浴室、居室などにおいて、職員はプライバシーの保護に配慮して支援している。利用者が他の利用者の居室に無断で入らないよう、希望者には鍵を渡すなど、個々のニーズに応じた対応もある。課題は、配慮の基準が職員個々の知識や価値観、意識の高低に委ねられている点であり、プライバシー保護に関するマニュアルの整備が期待される。</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	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>見学希望者には事業所内を案内し、資料を用いて説明している。ただ、ホームページから得られる情報が限定的なこと、事業所独自のパンフレットが用意されておらず、パワーポイントで作成した資料を使っていることなど、情報を提供する体制としては課題が残る。事業所を訪問しなくても、活動（サービス等）の内容が分かるような仕組みづくりを期待したい。</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><コメント></p> <p>事業所内のグループ活動が4班あり、それぞれに特色がある。利用者のニーズや障害特性等を考慮して異動（班の変更）を行うことがあり、その際は実際に体験してもらうなどの丁寧な対応を心がけている。新規の利用開始時には、事業所内の見学等を中心に説明を行っている。</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><コメント></p> <p>グループホームや高齢者施設等へ移行する機会がある。副所長とサービス管理責任者が中心となり、女性利用者については女性の副所長が、男性については男性の副所長が窓口となるのが基本である。引き継ぎ文書としてアセスメントやフェイスシート、個別支援計画書等を提供し、相談支援専門員の協力を得て引き継ぐ体制は整っている。手順の文書化が課題である。</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><コメント></p> <p>サービス担当者会議やモニタリング、自治会等を通じて利用者満足度のヒアリングを行っている。食事への満足度は嗜好調査にて把握し、その結果をメニューに反映させる仕組みがある。課題としては、サービス全般に対する満足度を積極的に調査・集計・評価する仕組みがなく、サービスの質的向上に有益な取組みには至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	a	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みが整っており、その仕組みを周知するための掲示物も用意されている。苦情の受け付けから解決に至るまでの一連の書類についても適切に使用されており、記録もファイリングされている。ただ、苦情情報の公表までには至っておらず、事業所内における情報共有に留まっていることが課題として挙げられる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>意見を述べやすい環境は物理的に用意することができており、対応する職員も速やかに相談を受け付ける体制ができています。課題としては、利用者向けの分かりやすい文書の作成や掲示、説明が行われていないことである。何らかの形で、事業所としての意思表示を利用者に伝えることに期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>受け付けた相談内容は文書化して所定のファイルに綴じ込み、全職員が見ることができる仕組みが整っている。マニュアルはないものの、「注意点・留意点」という視点で作成された文書は確認できた。課題は、その仕組みの職員周知である。利用者から出された意見を基にした、サービスの質的向上につながる具体的な取り組みについても、改善の余地がある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「事故報告書」や「ヒヤリハット報告書」と呼ばれる所定の様式を使って記録を行っている。怪我がなくても転倒したら事故として処理するなど、組織としてのルールも明確化されており、その情報の流れも明確になっている。会議等を通じて、再発防止等の具体的な対策を取る仕組みもある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「感染症対策マニュアル」に加え、新型コロナに特化したマニュアルやチェックリスト等の書類を整備している。部外者が事業所内に入る際には、検温は当然のこと、細かな体調不良に関する確認事項を提示し、その場でうがい・手洗いを依頼するなど、徹底した対応を行っている。利用者については、三密回避を目的として食堂や活動場所の分散化を徹底しており、高い意識がうかがえる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>避難訓練は年に2回、地震・火事・夜間・昼間などを想定して実施している。あらかじめ、詳細な訓練計画（シチュエーションの設定など）を作成して実施している。地域との連携は希薄であるものの、消防との連携は適宜行っている。今後は、職員に対してマニュアルの周知を期待したい。電話のみとなっている有事の際の家族等との連絡体制についても、一考を要す。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>全ての業務に対する整備はないものの、「入浴」「衣類管理」「ティータイム」「シーツの取り扱い」「ショートステイの荷物チェック」など、主要な支援のマニュアルは用意されている。周知については職員会を通じて行われているが、マニュアルに記載されていることが適切に行われているかどうかを確認する仕組みが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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>マニュアルを見直すタイミングは「適宜」となっており、「時期（いつ？）」「責任者・担当者（誰が？）」「実施方法（どのように？）」見直すのが明確にされていない。また、見直したマニュアルを全職員に周知するまでの一連のルールが明確になっておらず、今後の改善や取組みに期待したい。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>アセスメントの様式が明確になっていなかったことを受け、現在統一した様式に移行中である。個別支援計画の作成にあたっては、生活支援員やサービス管理責任者、看護師、理学療法士等が関わって作成されており、利用者のニーズを含め適切に作成されている。しかし、長期目標と短期目標のゴール（期間）が明確となっておらず、明確に記載することが望まれる。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>多くの利用者のモニタリング時期が6～7月と1～2月頃となっており、半年に1度モニタリングを実施し、状況に応じて計画等の変更を行っている。サービス担当者会議にて利用者から直接ヒアリング等を行い、計画に反映させている。その記録も丁寧に記されている。課題としては、見直した計画を全職員に周知する仕組みが弱く、一部に留まっていることにある。</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><コメント></p> <p>業務入力に関する専用ソフトを導入して日が浅く、本格的な運用や活用はこれからではあるが、情報の集約から情報共有・提供までの一連の記録が管理できるようになっている。課題としては、職員個々の入力に関する力量に差があり、その結果、記録内容等にも影響が出ている。職員教育等にて、誰もが適切な記録を作成できるようにすることが望まれる。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者のケースファイル等は全て鍵のかかる棚に保管されており、徹底されている。職員採用時には個人情報保護に触れる機会があるものの、その後の教育については取組みが弱い。記録管理の責任者については、暗黙の了解で決められており、明確に責任者を決めて全職員へ周知することが望まれる。</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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 利用者代表を利用者同士の選挙で選んでいる。選ばれた5名で組織する自治会（「なかまの会」）があり、毎月1回開催されている。そこで出された意見が、行事や日中活動に反映されることもある。障害が重くて自己決定が困難な利用者が多く、全員の自己決定を尊重することは不可能であるが、外出や行事、理美容等について、可能な限り利用者の意思をくみ取る姿勢がある。			

A-1-(2) 権利侵害の防止等

A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障47	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 虐待防止に関するセルフチェックを年に1度行い、今年度は2回目を実施する予定である。職員会議でも権利侵害に触れる機会がある。課題としては、権利侵害が起きないようにするための具体的な取組みと、権利侵害を早期に見つけ出す仕組みが弱く改善を要する。			

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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 利用者によっては個別支援計画に自立に関する項目が盛り込まれており、それに沿って日々の支援が行われている。具体的には、お金の管理や鍵の管理、買い物体験など、希望する利用者に対して個別に対応している。見守りの姿勢を保ちつつ適切な支援に心がけているものの、職員個々での見守りレベルが異なっていることがあり、その統一が課題である。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 言葉だけに頼らず、視覚的に伝えることの大切さを実践に活かしている。特に、掲示物等については文字や写真で細かく伝え、利用者が理解できるような工夫が随所に見られる。個々の利用者に対し、写真の提供方法を試行錯誤しながらも、効果的な方法が得られるような工夫もある。現時点で、可能な限りの取り組むべきことが行われている。			

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	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 個別の相談はもとより、「なかまの会」（自治会）や「ごはんの会」と呼ばれる給食に関する嗜好調査を通じて利用者の意思をくみ取る仕組みが用意されている。ただ、言葉によるコミュニケーションができる利用者には偏りがちになっており、意思疎通が難しい利用者に対しての意思決定の尊重については改善と対応の余地がある。			
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 利用者の障害特性や個々のニーズ、年齢的・身体的なことなどを考慮した上で、特色ある4つの活動班に分かれて日中活動に取り組んでいる。いずれも個別支援計画に基づくものであるが、活動プログラムも複数用意されており、利用者が選べる環境にある。ただ、利用者の意向に沿ったプログラムとなると、ごく一部の利用者の意見に留まっている傾向にある。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 強度行動障害者の実践研修取得者や基礎研修取得者のみならず、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士などの専門分野の職員が配置されているのが特徴である。これらの高い専門性を持った職員により、利用者個々の障害特性に合わせた支援を行っている。導入して日が浅い専用のシステムを活用することで、今後、職員間の情報共有が加速するものと思われる。			

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>定期的に嗜好調査を行ってメニューに反映させる仕組みがあり、選択メニューも導入されている。食事環境はゆったりしており、コロナ禍ということもあって一度に会して食事をせず、なるべく少人数単位で食べられるよう配慮している。入浴は毎日可能であり、個浴、大きな浴槽、機械浴と、障害の程度やニーズに応じて対応できるようになっている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>完全個室化になっており、利用者にとっては快適な空間が確保されている。建物内は構造が複雑であるが、廊下等にはゆとりがあり、全体的に広々とした生活環境と言える。活動場所が数多く用意され、少人数の集団として活動できることから、落ちついた環境の提供となっている。利用者の意思表示には限界もあるが、意向に沿った環境改善については取組みが弱く課題が残る。</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>理学療法士や作業療法士、言語聴覚士等の専門職を生活支援員とは別に加配で配置し、適宜リハビリテーション等の機能訓練を実施している。対象となる利用者についてはリハビリテーション計画を作成し、見直しも行っている。車椅子や福祉用具、ベッドなどの身の回りの介護用品についても、適切に活用することで一定の効果が得られている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>血圧測定や体重測定、毎日の検温等、利用者のバイタルチェックを定期的に行い、健康管理に努めている。今年度より新たに管理栄養士を採用し、栄養ケア計画を作成して利用者個々の対応を行っている。課題としては、体調変化に対して速やかに対応するための手順が明確にされていないことである。これらの体制整備に期待したい。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>服薬に関するマニュアル等は用意されておらず、ごく希ではあるが薬の飲み残しがある。また、具体的な改善策が見いだせない状態が継続している事例もあり、再発防止の仕組みが弱い。薬のセットは看護師の役割であるが、口頭による引き継ぎやOJTが中心となっているため、服薬同様にマニュアルの作成が望まれる。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍で思うように外出はできないが、それまでは地元の祭りへの参加、ショッピングセンターやテーマパークへの外出など、利用者のニーズに応じて実施してきた。ただ、社会参加に関する情報提供や学習する機会等のプログラムは少なく、課題を残している。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>グループホームへの移行を希望している利用者が、男女合わせて5名ほどいる。ただ、本人と家族のニーズが未調整であったり、グループホームに空きがないなど、思うようには進行していない。体験利用の支給決定は受けているものの、具体的に地域移行していくための取組み（学習支援・生活訓練等を踏まえたプログラム）については十分とは言い難い。</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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> コロナ禍以前は、利用者・家族のニーズに沿って個別的に面会や外出、外泊が行われていた。しかし、利用者の体調不良時における明確な報告ルールが定められていない。また、情報提供が連絡帳や電話、モニタリングの面談等に限られ、電子媒体（例：ブログによる情報発信など）の活用が図られていない。内容や頻度について、利用者個々に開きがあることも課題である。		
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		