

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：ゆたか生活支援事業所あつた	種別：共同生活援助
代表者氏名：原田 恵子	定員（利用人数）：21名（20名）
所在地：愛知県名古屋市中熱田区木ノ免町909番地	
TEL：052-671-0067	
ホームページ： https://www.yutakahonbu.com/	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：令和 2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：8名 非常勤職員：12名
専門職員	（管理者）1名 （社会福祉士）1名
	（サービス管理責任者）1名 （介護福祉士）2名
	（事務職員）1名
施設・設備の概要	（居室数）21室 （設備等）エレベータ設置

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

事業所 わたしたちの大切にすること

- ・尊重 ・参加 ・共同 ・運動 ・平和

★基本方針

「わたしたちのめざすもの」「わたしたちの大切にすること」を念頭に置き、利用者主体の視点を大切にしながら日々の実践を積み重ね、利用者・家族から信頼され、頼りにしてもらえる事業所を目指します。あわせて、利用者の「わたしらしく暮らす」という事を追求します。

④施設・事業所の特徴的な取組

・利用者の高齢化に対して、その方が望む暮らしを追求する姿勢を大切にしています。日中活動の場の見直しでは、選択肢を掲示しながら本人がイメージする事が出来る様に必要に合わせて見学を行います。本人を中心に見据えて、相談専門支援員やケアマネジャーと連携を行い支える視点を大切に考えています。

・「わたしらしく暮らす」という事はどういう事なのか掘り下げながら、願いや要求を個別支援計画に反映させて実現する為の支援に取り組んでいます。

・困難ケースに対しては、職員会議の中で本人理解の共有化をすすめ、具体的支援内容を論議し統一した支援を目指しています。会議のあり方として、私たちの支援を振り返り実践がPDCAサイクルで行われているのか、全体で共有し意識向上に繋がるものとなる様に努めています。

・正規職員を中心に、対外研修等に積極的に参加出来る様に勤務を組む努力をしています。

・職員が長く安心して働ける環境作りに努めています。業務マニュアルを基本に、会議で決まった事など情報共有の為、申し送りノートを活用しています。

・職員育成において、OJT担当はその人に合わせた育成に努めています。目標を設定し、振り返り評価へと繋げていきます。又、教える中で気付く“共育ち”もねらいにあります。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 6 月 4 日（契約日）～ 令和 7 年 5 月 1 4 日（評価決定日） 【令和 7 年 2 月 21 日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	初 回 （平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の経営能力

経営状態の把握については、管理者が社会の動向を注視するとともに、職員の勤怠や利用者の利用率などを把握している。それらの情報を月報を通して整理し、法人に報告を行って情報の共有化を図っている。職員教育においては、新人職員にOJTを実施して育成を図っている。管理者がOJT担当職員と情報を共有し、対象者（新人職員）の成長に合わせて教育内容を調整している。管理者は事業運営の全般について関わり、適切な判断をもって集団を牽引している。管理者の経営能力は高い。

◆利用者主体の支援

利用者の権利擁護の視点については、利用者本人の意思確認を事業所の職員のみならず関係者も交えて確認し、本人が主体的に活動できる体制作りを行っている。支援については、アセスメントを踏まえ、利用者一人ひとりに合わせて支援方法が組み立てられており、個々に「支援マニュアル」を作成するなど、丁寧な対応がなされている。

◇改善が求められる点

◆事業活動の連動性

本来であれば、連動や関係性が考慮されるべき取組みや活動が、個別に動いているものが散見された。中・長期計画においては、計画と計画に伴う予算とが関連付けられていない。法人としての取組みと事業所としての取組みについての整理がされていない。また評価項目の内容と実際に取り組んでいることが結びついていない、等々である。事業運営を俯瞰して見るためにも、この点について今一度確認いただきたい。

◆マニュアルの再考

業務における様々なマニュアルはあるものの、中には内容の薄いものがある。また、マニュアルの見直しの手法や時期などの手順についても弱さがある。均一で質の高いサービス提供を担保するためにも、必要な人が、必要な時に、必要な場所で、最新・最適なマニュアルを手にすることができるよう仕組みを構築されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受ける事は、自分たちの事業所運営や実践を振り返る良いきっかけとなりました。具体的に改善が必要な事を丁寧に教えてくださり、気付きとなりました。受けて良かったと思います。ありがとうございました。

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> ホームページには理念や基本方針が掲示されている。職員への周知については、年度初めの４月の会議にて確認を行っている。利用者や家族に対する周知については課題があるため、この点について検討をしていただきたい。		

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> 社会福祉事業全体の動向について、法人内の事業所間で収集した情報を共有して分析を行い、中・長期計画である「社会福祉法人ゆたか福祉行動計画」に反映させている。課題として、事業所の立地する地域のニーズ把握や福祉計画の把握が弱い点である。現在、この点を解消するための取組みを検討している。		
I-2-（１）-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	障 3	④ ・ b ・ c
<コメント> 経営課題の取組みについては、所長が毎月作成する「月報」の中で整理され分析されている。分析をした内容から改善案も作成されている。作成した「月報」は法人に提出しており、法人とも情報を共有している。職員への周知については、事業所会議やパート現場会議を通して行われている。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 「社会福祉法人ゆたか福祉行動計画（７期）」にて中長期の内容が示されている。内容や具体的達成期間については示されているものの、具体的な取組みや達成目標などが薄い。また、見直しの時期や策定方法についての定めは確認ができなかった。		
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> 事業計画については、基本方針に基づいて重点化課題、利用者支援、職員育成など、項目毎に丁寧に示されている。中・長期計画部分との連動については部分的に読み解くこともできるが、分かりにくい部分もある。計画内容において、数値目標に課題があるとの話が上がったが、この点について整理されたい。		

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	a	・ ⑥ ・ c
<コメント> 事業計画の策定と見直しについては、方針会議や中間総括、年度末会議にて進めている。事業計画の内容については、職員にを配付しているが、全職員が会議に参加できないため、理解については不安が残る。また、事業計画の策定期間や手順についても弱い部分があるため、この点について改善を要す。			
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> 利用者に対する事業計画の説明について、生活の中で部分的に確認をすることがある。家族に対しても、支援計画の説明の際に、端的に話をする機会を持っている。しかし、計画全体像の説明や前年度の評価についての説明については十分ではないため、この点について再検討されたい。			

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	a ・ ⑥ ・ c	
<コメント> 法人内に権利擁護虐待防止委員会を設置している。委員会で話された内容については、月に1回行う事業所会議や現場会議にて共有化されている。第三者評価についても、今回の受審・評価を通して事業運営の改善を図ろうとしている。改善に向けては、第三者評価以外の取組みにも枠を広げ、事業所全体で取り組むことを期待したい。			
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> 権利擁護虐待防止委員会や事業所会議、現場会議にて話された内容については、会議録などに整理して残している。しかし、事業改善に向けた項目の整理や対応方法、実施状況については整理がされていない。この部分について課題を残す。			

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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 「運営規程」に管理者の責務が記載されている。事業所会議や現場会議にて、管理者が方針を述べている。しかし、管理者の役割について、何に記載されているのか、職員への周知や理解については弱さがある。また、管理者不在時の対応について職員は把握しているが、根拠となる書面への記述が不明瞭であるため、改善を要す。			
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	㉔ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 法人の規程集に、法令順守に関する内容が網羅されている。管理者は県・社会福祉協議会が実施している法令に関する研修に参加し、情報を得ている。職員への周知については、職員会議などを通して確認を行っている。管理者のコンプライアンス意識は高い。			
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	㉔ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 管理者が参加する運営会議では、事業所が報告している月報などを参考にして分析を行っている。職員会議には管理者自らも参加し、助言や指導を行うほか、職員からの意見も聞き取っている。職員の教育については、職員に目標を立ててもらい、その目標に基づいて研修を設定している。			
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	a ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 管理者会議にて、経営の状況について現状把握を行っているが、改善のための分析等については弱い部分がある。労働環境に対する取組みとして、職員に「自己申告書」を記入してもらい、個別に対応している。具体的には、育休取得や勤務シフトの調整などを行っている。			

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 ・ ㉔ ・ c	
<コメント> 人材の確保については、法人本部と連携して対応している。必要な人材の確保については、技能実習生等の外国人労働者も視野に入れている。現状雇用してる職員の資格取得状況の把握なども行った上で、採用を検討している。また、職員の教育については研修計画を立てて、実施をしている。採用計画については、計画性に課題がある。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉔ ・ c	
<コメント> 人事基準については、「就業規則」に記載がある。職員の育成については、研修計画に基づいて研修を実施している。職員の意向や目標については、「自己申告書」への記載や面談を通して把握し、労働環境に関して検討している。課題としては、職員が将来像を描く仕組み作りや理想の職員像について弱い部分がある。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> 勤怠管理についてはタイムレコーダーを活用するなど、管理者が一括で管理している。また、職員のワーク・ライフ・バランスについては、個々の状況を加味して勤務に反映させている。職員の心身の状態については、法人の「こころメイト」を活用、産業医に相談できる体制を整えている。			

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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 人材育成について、正規職員に対してはOJTを実施し、事業所が設定する目標に達するまで丁寧に指導している。対象職員が記入した振返りの内容は管理者も把握し、OJT実施者とも情報の共有を図り、プログラム内容の修正も行っている。新任職員以外の職員の目標設定や補助職員への教育方法に課題があるため、この点について改善されたい。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 研修計画に基づいて研修が実施されている。事業所として、介護福祉士などの資格取得を推進をしていることもあり、研修参加や受験のため、必要に応じて勤務シフトの調整を行っている。研修計画の見直しについては、研修委員会が中心となって行っている。期待する職員像については、再確認するとともに、職員に対して明示する必要がある。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 新任職員に対してOJTを実施している。また、研修計画に基づき、職員に対して研修を実施している。外部研修への参加については、経験や必要性を加味して個別に案内するほか、自己研鑽の観点で職員全員に案内するなど、状況に応じた対応をしている。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 実習生の受入れにあたり、対応マニュアルが整備されている。実施プログラムについては、養成校等の依頼先と確認を行った上で実施している。事業の性質上、直接対応は難しいが、法人内の他の事業所からの依頼があれば連携して対応することは可能である。課題としては、事業所における対応職員の継続学習の機会や、現場職員への周知が挙げられる。			

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	・ ⑥ ・ c
<コメント> ホームページに理念や基本姿勢、サービス内容や決算情報等が掲載されている。地域に向けて、法人や事業所の存在意義について、ホームページやパンフレットで分かりやすく説明している。第三者評価の受審は今回が初めてであるが、今後評価結果の公表の方法についても検討されたい。また、ホームページ以外でも、地域に対する情報公開の方法を工夫されたい。			
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
<コメント> 事業所における事務、経理、取引等に関するルール、「職務分掌」などについては、「規程集」によって定められている。内部監査については、法人の監事が担っている。また外部の監査法人にも依頼をし、事業の透明性を確保している。			

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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	障23	a	・ ⑥ ・ c
<コメント> 地域との関わりについては、法人理念の中に方向性が示されている。地域イベントのチラシを入手して掲示するなど、情報の提供を図っている。また、法人の通所事業所で開催している「ふれあい祭り」には、利用者と地域住民が参加して交流を図っている。課題としては、地域交流についての職員意識が低いいため、この点について課題を残す。			

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> ボランティアの受入れに対応するマニュアルは整っている。また、ボランティア受入れを行うにあたり、法人内事業所間で必要であれば連携をとれる体制にある。課題として、職員に対してボランティア対応の教育が挙げられる。また、学校教育への協力などについても弱い部分があるため、これらについて検討されたい。		
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
<コメント> 必要に応じて相談支援専門員から地域の社会資源の情報を得たり、他団体との連携を図ったりしている。利用者に必要な社会資源を活用する場合には、職員会議を通して情報を共有をしている。課題としては、地域の社会資源の情報が取りまとめられて（リスト化されて）いない。利用者の求めに応じ、速やかに情報提供できる体制を整備されたい。		
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
<コメント> 法人内の各事業所が、様々な会議や研修に参加して得た情報を持ち寄り、管理者会議などを通して情報の共有を図っている。それらの情報の中には、地域ニーズに関する情報も含まれている。課題としては、地域課題に対してのアプローチが弱く、対応可能なものについての議論にまで至らない点が挙げられる。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 事業所として、地域貢献の一環として地域の清掃活動を実施したことがある。その後、地域住民と挨拶を交わすなどの交流も始まった。課題としては、この活動などの公益的な活動や取組みを、事業計画に記載するほか、地域の防災訓練等の活動に、積極的に参加することを検討されたい。		

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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 理念や基本方針が、ホーム内に掲示されている。入社時の研修や職員会議において、事例を基に理念に沿ったサービス提供ができるよう、共通理解への取組みも行われている。しかし、これらの取組みは正規職員に留まっているため、世話人等の非正規職員にも拡大し、職員全体の理解向上を図られたい。			
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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ プライバシー保護に関する規程が整備されており、ホーム内の随所でプライバシーに配慮した環境設定が見られる。法人作成の「支援のハンドブック」にもプライバシーに関する記載があり、入社時に職員へ配付されている。今後は研修による教育の機会を充実させ、理解度を向上させる取組を行うことで、さらなる改善が期待できる。			
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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 現在満床となっているが、希望があればホームの見学や体験利用を随時実施している。法人のホームページやパンフレットに当事業所の記載があるものの、十分な情報提供とは言い難い。事業所独自の特徴を分かりやすく紹介できる資料を作成するなど、さらなる情報発信が望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c	
＜コメント＞ サービスの開始や変更に際しては、利用者およびその家族に説明し、同意を得た上で文書を残している。説明は主に口頭で行われているが、資料にはルビを振ったり、利用者に分かりやすい言葉に変換した文章を使用するなどの配慮がなされている。			
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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 利用者の移行に際しては、都度会議を開催し、利用者を含め家族や相談支援事業所などの連携機関とも話し合いを進めている。移行後も、管理者およびサービス管理責任者が問合わせ窓口として対応し、必要に応じて訪問支援も行っている。今後は、移行後も継続してサポートするためのマニュアルを作成し、より明確な対応を図ることが求められる。			
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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 利用者との面談や日頃のコミュニケーションを通じて得られた意見は、職員間で共有されている。しかし、利用者の満足度を把握するための取組みとしては十分ではない部分がある。利用者がホームでの生活に満足しているか否かの度合いを把握するためにも、アンケート調査を実施するなど、さらなる取組みが期待される。			
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	㉔ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 直近での苦情はないが、苦情解決の仕組みは整備されており、その内容は「重要事項説明書」に記載され、利用者およびその家族に説明されている。管理職への報告など、日々の業務の中でも苦情に発展しないように対応がなされている。			

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
<コメント> 利用者からの相談については、希望に応じて対応している。また、ホームに勤務する職員を固定せず、利用者が話しやすい職員に相談できるよう工夫している。話しにくい内容についても、居室で対応したり、利用者から職員あてに手紙（書面）を受け取ることも可能となっている。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者からの意見や要望は記録され、職員に情報共有されている。内容によっては会議で検討され、対応が行われている。対応が難しい相談についても、職員一人に対応するのではなく、複数の職員が関わることで、迅速かつ適切な対応が可能となっている。			
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 ・ ② ・ c
<コメント> 利用者の様子は、各種の記録や「申し送りノート」により職員間で情報共有されている。ヒヤリハットの内容は、職員会議で対応が検討され、現場支援に反映させている。事故発生時のマニュアルは整備されているが、リスクマネジメントに関する職員への教育が不十分であり、より安全に配慮したサービス提供のための改善を期待したい。			
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 ・ ② ・ c
<コメント> ホーム内では、マスクの着用や消毒などの基本的な感染対策が実施されており、感染症発生時には管理職の指示の下に対応が行われている。現在、感染症の対応マニュアルの整備を進めており、今後は職員への教育や訓練を通じて、感染症対策の徹底を図ることが求められる。			
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行っている。	障39	a ・ ② ・ c
<コメント> 年2回、消防と連携して防災訓練を実施している。災害時における備蓄品については、定期的な確認を行って有事に備えている。災害時の対応マニュアルの整備を進めており、職員への教育や訓練の実施、また利用者及び職員の安否確認や具体的な対応策を講じるなど、さらなる取組みに期待したい。			

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者個々に対応した支援マニュアルが作成されており、それに基づいて支援が行われている。基本的な業務に関しては、教育係の職員とマンツーマンでOJTを行い、理解度を確認しながら進めている。しかし、OJTに関するマニュアルがなく、職員によって指導内容に差異が生じている。基準となるマニュアルの作成など、改善の余地がある。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 支援マニュアルは1年に1回見直しを行い、職員会議で内容を確認している。変更があれば現場職員へ報告書や記録を通じて周知し、支援に反映させている。また、利用者の状況に応じて変更が必要な場合にも随時対応がなされている。			

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	a	・ ⑥ ・ c
<コメント> アセスメントや個別支援計画は、サービス管理責任者が作成している。利用者の意向や要望に加え、家族や現場職員の意見も取り入れられている。計画内容を利用者および保護者に説明し、同意を得ている。ただ、幅広い視点から計画を作成するためにも、他職種の意見をも取り入れ、より多様なニーズにも対応できる計画作成とされたい。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 年2回、モニタリングを行い、評価と見直しを実施している。ケース検討会議にて利用者や職員の意見を基に見直しを行っている。利用者の状況に変化があった場合にも随時計画の見直しを行い、変更内容は会議で周知し、議事録の回覧を通じて支援に反映させている。作成時同様、他職種の意見を取り入れた見直し、評価の仕組みを構築されたい。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 「J記録」という記録システムを使用し、パソコンなどからいつでも利用者の日々の様子が確認できる。申し送りは、各ホーム毎に「申し送りノート」を活用して記録し、職員間で情報共有されている。現在、職員によって記録内容などに差異が生じていることが課題となっており、研修や指導を通して今後の改善に向けた取組みに期待したい。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 「J記録」に関しては、特定の人しか閲覧できないようにパスワードが設定されている。書類は基本的に鍵のかかる場所で保管しており、個人情報漏洩しないように管理されている。職員へは「支援のハンドブック」や勉強会で教育しているが、職員によって理解度が異なるため、理解度を均一化するために追加の研修やフォローアップが必要となる。			

【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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 相談支援事業所や現場職員など、複数の職員が関わりながら利用者本人の希望を叶えるために話し合いが行われている。話し合いに利用者自身が参加できるように調整をすることで、利用者の要望や意向を確認することが可能であり、利用者が主体的に活動できるように配慮している。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 「支援のハンドブック」に利用者の権利擁護について明記されており、それを基に人権教育を行っている。また年1回、日々の支援に関してセルフチェックを行い、職員自身の支援の振り返りを行っている。さらに事例検討会議も実施されており、事業所全体で職員の支援に対する意識統一を図っている。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> アセスメントや個別支援計画に基づき、利用者主体の支援が行われている。現場会議で利用者の支援について話し合いを行い、必要最小限の支援に留めていくことを伝えている。しかし、職員によって必要以上に支援してしまう場面も見られる。今後、より統一した支援が行われるよう、職員間での情報共有や研修を強化し、支援の質の向上に期待したい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 絵カードや写真など、言葉だけでなく、多様な方法で利用者に合わせたコミュニケーションを取っている。利用者独自のコミュニケーションに対して理解が難しい時には、職員間で情報共有し、理解に努めている。今後、利用者独自のジェスチャーなどが理解できるようにリスト化するなど、より円滑なコミュニケーションに向けた取組みに期待したい。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 個別に相談があれば、随時対応をしている。すぐに対応できない場合には、対応できる時間を明確に伝え、相談したい職員の希望があれば、可能な限り調整して対応している。相談内容は「J記録」や「申し送りノート」に記録し、管理者やサービス管理責任者まで報告されている。内容によっては会議で対応を検討し、職員へ周知して支援に反映させている。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 月に1回の誕生日会や外食などを行い、利用者の希望に応じて近くの公共施設などの利用もある。活動が固定化しないよう、利用者のニーズを汲み取り、職員からも情報提供を行っている。今後も、さらに積極的に情報を提示していくことで、新しい活動が利用者に受け入れられ、選択肢を増やすような支援につなげられたい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 強度行動障害の利用者への支援について、個別の手順書が作成されており、それを基に支援している。外部研修に参加した職員を講師として伝達研修を行い、情報共有を図って職員全体の知識向上につなげている。課題となっている非正規職員の支援レベルの向上に向け、定期的な研修やフォローアップを実施し、支援の質の均一化を図られたい。		

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
<コメント> アセスメントに基づき、食事は利用者の状態に合わせた形態で提供し、宅配のメニューで物足りない場合には追加の食事を用意するなど、利用者の満足度を高めるために柔軟な対応が行われている。入浴や排泄も同様に、利用者の状況に応じて対応しており、利用者の状態に変化があれば、その都度支援の見直しを行っている。			
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> 利用者の居室は個室であり、本人の希望や障害特性に合わせたレイアウトにするなどの工夫がある。ホーム内は清潔に保たれており、脱衣場などにはカーテンを設置してプライバシーが守られるよう配慮している。利用者の生活環境で気になる点があれば「申し送りノート」で情報共有を図り、その都度対応が行われている。			
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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ホーム内では足上げ運動やマッサージ、ストレッチなど、法人内のPT（理学療法士）の指導の下、機能訓練が実施されている。利用者の支援においては、専門職への相談や連携ができる体制が整えられているため、今後は対象者を拡大し、より専門的な視点からの訓練の実施を期待したい。			
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 検温やバイタル測定、排泄状況など、日々の利用者の健康状態を記録し、職員間で情報共有している。食事の摂取状況や歩行の様子など、利用者の様子を細かく観察し、異常があれば通院対応が行われている。今後は、体調不良時などの明確な対応手順を定め、迅速・適切な対応ができるようフローチャートを作成するなど、さらなる改善が求められる。			
	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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 薬は世話人部屋にて安全に保管されており、服薬はダブルチェックにより投薬ミスが起きないように工夫している。アレルギー食への配慮や医師の指示による必要な対応は実施されているが、薬の重要性に対する職員の意識は高いとは言いきれない。意識向上のため教育の機会を充実するなど、さらなる取組みが望まれる。			
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> 買い物外出の付添いや個人外出、ヘルパー外出の調整など、利用者の希望に応じて対応している。また、「きょうされん」と呼ばれる障害福祉の充実と発展を目指す運動への利用者参加に付き添い、日々の暮らしについての話し合いに参加できるよう支援している。			
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> 相談支援事業所と連携し、地域移行に関する利用者それぞれの意向を確認している。自立生活に必要な生活スキルを高めるために、お金の使い方や貯金の仕方など、利用者の課題に合わせた支援が行われている。利用者がさらに地域移行をイメージできるよう、具体的な情報提供を行うなど、地域移行への意欲を高める取組みを期待したい。			

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	② a ・ b ・ c
<コメント> 年2回、茶話会と称して家族説明会を実施し、ホームの状況などを伝える場を設けている。また、利用者のケガや体調不良があれば、随時連絡帳や電話で報告をしている。利用者の支援会議にも、必要に応じて保護者に参加してもらい、利用者支援についての情報共有が行われている。		
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		