

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なかがわ	種別：共同生活援助	
代表者氏名：宮園 誠司	定員（利用人数）：22名（19名）	
所在地：愛知県名古屋市中川区上脇町1丁目32-2		
TEL：052-354-0678		
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18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：8名	非常勤職員：13名
専門職員	（施設長）1名	（サービス管理責任者）1名
	（社会福祉士）1名	（介護福祉士）1名
	（幼稚園教諭）1名	
施設・設備の概要	（居室数）4ホーム（22室）	（設備等）

③理念・基本方針

★理念

- ①障害のある人達への“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目指します。
- ②誰もが安心して暮らしていける地域をつくるため、たくさんの”つながり”築き上げていきます。
- ③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。

★基本方針

ゆたか福祉会の理念・障がい者権利条約・権利擁護に沿った事業所運営を意識して取り組んでいく。また、様々な社会状況（戦争と平和・災害や病気・SDGs等）に対し臨機応変に対応できるようにしていく。

④施設・事業所の特徴的な取組

暮らしの場所として、利用者さんがホームに帰ってくるとまずは「ほっ」とできる場所を目指していきたい。

そのためには職員一人一人が、その人のことを理解すること（障害の理解も含めて）や、権利擁護を念頭に置いた意識を持ち人として尊重することが大切になってくる。障害理解の学習会への参加、職員会議での話し合いを大切にしていきたい。

具体的には、なかがわ運営会議月 1 回・なかがわ会議（正職）付き 1 回・ブロック職員会議（中川・港）それぞれ月 1 回、権利擁護虐待防止・身体拘束適正委員会会議 2 か月に 1 回、権利擁護の学習会年に 2 回など行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 5 月 3 1 日（契約日） ～ 令和 7 年 3 月 1 8 日（評価決定日） 【令和 6 年 10 月 4 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

◆利用者の安心できる暮らしの場の提供

アセスメントおよび個別支援計画に基づいた支援を行っており、見守りを基本として利用者のできること、できないことを把握し、場面に応じて自立生活を送るための支援を行っている。職員は利用者の障害特性を共有し、コミュニケーション方法の工夫や定期的な面談を実施することで、相談しやすい環境を整えている。

◆利用者の要望に沿ったサービスの提供

ヘルパーを利用して個人外出をするなど、利用者の要望に沿った支援が行われている。時には職員が利用者の希望に応じて付き添い外出をしたり、多様な選択肢を提示するよう心がけている。そのようなニーズは個別支援計画から反映されているものもあり、利用者の意思や希望が尊重されたサービス提供が実践されている。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の策定と単年度の事業計画に具体的な目標数値の設定

法人の中・長期計画に基づく、事業所としての中・長期計画が策定されていない。事業所としても、法人の理念や基本方針の実現に向けた具体的な取組みが期待される。また、単年度の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到達点等を設定し、分析・評価ができる仕組みを構築されたい。

◆利用者及び家族等への事業計画の周知と理解の促進

利用者及び家族等に事業計画を説明する機会がないため、利用者向けの理解しやすい資料は作成していない。事業計画は、利用者への福祉サービスの提供に関わる重要な事項であるため、事業所には説明責任がある。事業計画の主な内容について、利用者及び家族等に周知し、理解を促す取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

サビ管・主任からも同様の意見が出ておりましたが、運営面と実践面（利用者支援）について振り返りが出来たことが、とても良かったことだと考えています。
出来ていない事・出来ている事が明確になりました、できている事でもB評価である場合はまだまだ改善の余地があるということもわかりました。
恵問題が出てきて、法人より今まで行っていた誕生日会や還暦などのお祝いの規模を縮小の提案が出されましたが、そういった行事はAの評価であることがわかり、法人にこちらからその旨伝えることで縮小の幅が小さくなったのは、事業所にとっても利用者さんにとっても大きなことだったと感謝しています。
今年度は、地域連携推進会議を開催するため第三者評価を受けませんが、定期的に事業所の振り返りを行うためにも、受けたいと考えています。

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	a ・ ⑥ ・ 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、事業所内には各ホームの玄関に掲げてある。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。課題としては、利用者に対して説明する際に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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 事業経営をとりまく環境と経営状況については、法人本部より所長会議や副所長会議において情報提供がある。必要に応じて職員間で情報共有をしているが、事業所としては、社会福祉事業全体や地域の福祉ニーズに対する環境の把握・分析の取組みはないため、今後の課題である。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 法人内で運営会議、各ブロック職員会議等を開催し、事業所の課題について検討する場を設けている。事業所としての課題を職員全体で共有するためにも、課題の解決までの仕組みや役員・職員への共有・周知の仕組みの構築が望まれる。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 法人により「第6期中長期計画」が策定されている。法人の中長期計画に基づいた事業所としての中長期の事業計画及び収支計画は策定されていない。それらを策定し、法人の理念や基本方針の実現に向けた具体的な取組みを期待したい。		
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> 単年度の事業計画を策定しているが、中・長期計画の内容を反映しているか否かが、当日の調査では確認できなかった。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	a ・ ⑥ ・ c	
<コメント> 事業計画の評価については、総括の上で課題を整理し、管理者が事業計画の原案を作成後、職員に意見を求めている。事業計画を職員が理解して計画達成を組織全体で目指すためにも、職員等の参画や意見の集約・反映の下で事業計画を策定し、周知・理解が得られるような仕組みづくりが望まれる。			
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 ・ b ・ ⑦	
<コメント> 利用者及び家族等に事業計画を説明する機会がなく、利用者向けの理解しやすい資料の作成はない。事業計画は、利用者への福祉サービスの提供に関わる重要な事項であるため、利用者に対しての説明義務がある。事業計画の主な内容については、利用者及び家族等に周知し、理解を促す取組みを検討されたい。			

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	⑧ ・ b ・ c	
<コメント> 第三者評価については、今回が初めての受審となる。福祉サービスの質の向上のため、定期的に利用者と面談を実施している。面談の中で利用者の意見や要望を聞き取り、旅行やスポーツ観戦に行きたいという希望があれば、実現できるよう取り組んでいる。			
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 ・ ⑨ ・ c	
<コメント> 福祉サービスの質の向上のため、課題はその都度できることから取り組んで改善に努めている。しかし、計画的な改善活動とは言い難い。誰が（責任者）、いつまでに（期限）、何をするのか（実施方法・結果）という具体的な改善計画の策定を期待したい。			

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	㉑ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 管理者の役割や権限については、「職務権限規程」により明確になっており、職務分担については、「業務分担表」において明らかにされている。有事における管理者の役割と責任及び不在時の権限委任等については、BCP（事業継続計画）において明文化されている。			
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 ・ ㉒ ・ 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法人からの情報提供後に職員会議で説明し、職員周知を図っている。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認する取組みに期待したい。			
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 ・ ㉓ ・ c	
＜コメント＞ 課題については職員会議や情報共有用のノート等で把握しているが、福祉サービスの質の現状について、定期的に評価をしたり、職員の意見を反映させるための具体的な取組については実施できていない。定期的かつ組織的に、評価分析できる仕組みづくりの検討を期待する。			
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＞ 月々の経営状況等の分析については、事務職員が実施している。経営改善や業務の実効性を高めるために分析をしたり、改善のための具体的な計画を作成するまでには至っていない。組織として、福祉サービスの質の向上に関わる課題を理解・分析し、改善のために具体的な取組をする体制の構築が望まれる。			

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 ・ ㊦ ・ c	
＜コメント＞ 必要な福祉人材の確保と育成に関する方針については、法人策定の「第6期中長期計画」において確立している。正規職員については法人で、非常勤職員については事業所ごとに人材確保を行っているが、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 ・ ㊦ ・ c	
＜コメント＞ 法人が作成し職員が携帯しているクレドカードの中で、「期待する職員像」は明確になっているが、人事基準については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	a ・ ㊦ ・ c	
＜コメント＞ 個別面談については、年に1回実施している。職員の相談窓口の設置はないが、法人による職員向けのアンケート（自己申告書）の実施や労働組合の組織化、産業医への相談など、声を上げやすい状況はある。福利厚生については、法人が策定している規程に沿って行われている。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人によりキャリアパスは策定されているものの、給与制度には評価の仕組みがない。個人面談は実施しているものの、目標管理制度の導入がないため、職員個々の目標の達成度の確認はできていない。職員一人ひとりの育成に向け、目標管理制度の今後の整備が期待される。			
	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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人により、職員の研修計画が策定されており、計画は毎年見直しが実施されている。受講後には報告書を作成し、必要に応じて職員全体に報告し、情報共有をしている。研修受講後の意識変化（研修効果）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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人の研修計画において、階層別や職種別、テーマ別の研修の機会を設けている。外部研修に関しては、情報共有して希望者を募り、受講の機会を設けている。新入職員については、担当職員が付いてOJTを行っている。受講歴について、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 ・ b ・ c
<コメント> 共同生活援助事業所（障害者グループホーム）での教育実習が、養成校において実習単位として認められていないことから、この項目を「非該当」とする。			

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 ・ ㉔ ・ 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、事業所を利用しようとする際に利用者及びその家族等が具体的なサービス内容を知るためには情報量が少ない。第三者評価については今回が初受審である。			
	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	㉔ ・ 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」に基づいて行われている。財務に関しては、法人として外部の会計監査法人へ依頼し、財務会計に関するガバナンス（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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 地域との交流・連携については、事業計画の中で触れている。利用者と地域との交流を広げるため、地域の盆踊りや清掃活動、防災訓練に参加している。事業所として、地域に対して、事業所や利用者への理解を深めるための取組について、検討されたい。			

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 ・ ㉔
<コメント> ボランティア受入れの実績はなく、ボランティア受入れに関する基本姿勢や受入れマニュアルの整備もない。ボランティア活動は、地域と事業所をつなぐ柱の一つであるため、今後受け入れるためにも、受入れ体制の整備やマニュアルの準備等の早急な対応が望まれる。		
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 ・ ㉕ ・ c
<コメント> 連絡用のノートに必要事項を記載することで、職員間の情報共有を図っている。利用者ごとのケース会議や相談支援事業所との連携を図っている。個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストの作成について、今後検討されたい。		
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 ・ ㉖ ・ c
<コメント> 地域の福祉ニーズについては、自立支援協議会や「あいされん」の会議、法人内の会議（管理者会議、サービス管理責任者会議、副所長会議、実践会議等）に参加することで把握に努めている。事業所として、主体的に地域の福祉ニーズ等を把握するための取組みに期待したい。		
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 ・ ㉗ ・ c
<コメント> 地域の行事や清掃活動に参加をしている。事業所として地域の福祉ニーズを積極的に把握し、事業所が有する知識や専門性を活用し、社会福祉事業にとどまらない地域貢献につながる具体的な取組みについて検討されたい。		

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 ・ ㉞ ・ c	
＜コメント＞ 法人の基本理念をホームに掲示し、職員には同様の内容が記載されているクレドカードを配付し、常に確認できるようにしている。利用者支援に関する勉強会や研修も実施しているが、個人の理解度を確保するための効果測定が行われておらず、改善の余地がある。			
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 ・ ㉞ ・ 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、利用者、家族へ説明もされている。日常生活の中で利用者のプライバシーを守るように職員へ教育はされているが、マニュアルの整備や規程に関する研修の実施など、更なる職員の意識向上のための取組みを期待したい。			
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	㉠ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 体験利用やホーム見学など、希望があれば随時実施をしている。法人のパンフレットとは別に、事業所独自のパンフレットが用意されている。見学の際には、事業所を紹介するための分かりやすいパワーポイント資料により、丁寧な説明を行っている。			
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	㉠ ・ b ・ c	
＜コメント＞ サービス開始や変更にあたっては、利用者およびその家族へ丁寧に説明し、同意を得て文書を残している。また、利用者と家族それぞれに別々で話をするなど、利用者の自己決定を尊重するための工夫もしている。説明資料はルビを振ったり、利用者に分かりやすいように文章を変換したものが、別途準備されている。			
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 ・ ㉞ ・ c	
＜コメント＞ サービス終了後も相談支援事業所と連携し、利用者や家族へのサポートを継続している。利用者の移行後も、一定期間は移行先の施設を訪問するなどの対応を行っている。利用者の移行時の引き継ぎや申し送りの手順や文書などが定められていないため、移行時の仕組みを整えておくなど改善の余地がある。			
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 ・ ㉞ ・ c	
＜コメント＞ 法人として年に1回、利用者へホームでの生活に関して、満足度を図るためのアンケート調査を実施している。アンケートで出た意見は職員会議で報告され、対応の検討と改善に向けたり組みが行われているが、調査の結果や改善した内容に関して、利用者へのフィードバックがない。より具体的なホーム独自の調査の実施など、今後更なる取組みに期待したい。			
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 ・ ㉞ ・ c	
＜コメント＞ 苦情解決の仕組みが整備されており、ホーム内にも苦情解決についての掲示物が掲示されている。苦情解決の仕組みについては、契約時に利用者、保護者へ説明がされている。直近での苦情はないが、アンケートや苦情・意見を記入するためのカードの用意など、利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫が望まれる。			

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 ・ ② ・ ③
<コメント> ホームは個室となっているため、何かあれば個別で相談しやすい環境が整っている。各ホームに担当職員が配置されており、相談ごとなどに関する窓口であることを利用者に周知し、理解してもらっている。また、相談内容は所長やサービス管理者責任者にも報告され、適切な対応がみられる。		
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 ・ ② ・ ③
<コメント> 利用者から出た意見は「申し送りノート」や直接ホーム担当職員、サービス管理責任者などに報告され、職員会議にて対応策が検討、決定され、その内容が全職員に周知されている。しかし、相談や意見に対する対応結果が記録として残されていない。対応マニュアルや記録様式の整備など、改善の余地がある。		
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	① ・ ② ・ ③
<コメント> ヒヤリハット事例に関して職員会議で要因分析を行い、対応案について話し合いが行われている。利用者個別で対応マニュアルは用意されているが、基本的な（標準的な）事故対応などのマニュアルは整備されていない。対応が分かりやすく記されたフローチャートの作成や職員への教育など、今後の取組に期待したい。		
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	① ・ ② ・ ③
<コメント> 新型コロナウイルスの対応に関して、マニュアルの整備や職員教育が実施されており、現場業務に反映されている。今後はインフルエンザやノロウイルスなどの感染症についても、新型コロナウイルスと同様にマニュアルの整備や職員教育などを行い、体制を整えられたい。		
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	① ・ ② ・ ③
<コメント> 年に2回、ホームにて避難訓練を実施し、また地域の防災訓練にも参加している。災害時の備蓄など有事の際の準備はできているが、利用者および職員の安否確認方法の確立や、災害時における職員のスキル向上を目的とした教育など、今後新たな取組に期待したい。		

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> 基本的な「業務マニュアル」が策定されており、それに基づいてサービスが提供されている。利用者ごとの支援が記載された文書も作成され、会議や研修で周知を図り、支援に反映させている。しかし、会議への不参加者への周知や、日々の支援へ反映されているか否かを確認する仕組みがなく、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	a	・ ⑥ ・ c
<コメント> 「業務マニュアル」や利用者支援の文書は必要に応じて随時更新され、職員には会議や研修で周知されている。文書の更新は必要に応じて随時行われているが、定期的な見直し時期を設定しての見直しの実施はない。現状の業務に適したサービス提供を行える仕組み作りや、更新日を記載することで最新のマニュアルであることが確認できる工夫が求められる。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者および保護者への聞き取りを基にアセスメントが作成され、サービス管理責任者によって利用者の意向や要望が反映された個別支援計画が作成されている。計画内容については、利用者本人および保護者に説明し、同意を得た上でサインをもらっている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 現在、年に2回、個別支援計画に関する会議を設けており、計画の策定時と同様に利用者や職員の意見を集約して見直しと評価を行っている。見直し後の支援内容は職員会議で周知され、利用者支援に反映させている。また利用者の状況に変化があれば、その都度会議で話し合い、随時計画の見直しも行っている。		
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 個別支援計画の実施状況については職員会議で共有し、日々の利用者の様子は「J記録」という支援システムで記録している。業務の申し送りなどは、「申し送りノート」を活用して共有が図られている。しかし、職員によって記録の内容に差異が生じており、均一なレベルで記録をするための指導や基準の作成など、改善の余地がある。		
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> パソコン内のデータへのアクセスは、IDとパスワード入力が必要となっている。個人情報等の含まれた書類などのファイルは、鍵付きの部屋に保管されており、特定の人しか閲覧できないようになっている。利用者と保護者にも個人情報の使用について説明し、同意を得ている。職員に関しても、個人情報の取扱いについて、会議や研修で教育が行われている。		

【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
<コメント> ヘルパーを利用して個人外出をするなど、利用者の要望に沿った支援が行われている。時には職員が利用者の希望に応じて付き添い外出をしたり、多様な選択肢を提示するようにしている。そのようなニーズは個別支援計画から反映されているものでもあり、利用者の意思や希望が尊重されたサービスが提供されている。			

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	a ・ ㊦ ・ c
＜コメント＞ 虐待防止に関する会議が実施され、ホームの職員にも内容の周知を行っている。権利擁護に関する規程が整備され、日々の支援に関してチェックリストを用いて確認を行い、問題の早期発見に向けて取り組んでいる。ただ、権利擁護に関する取組みについて、職員の理解度の確認や利用者、保護者への周知が不十分と思われる部分もある。研修の充実など、今後の取組みに期待したい。		

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	
＜コメント＞ アセスメントおよび個別支援計画に基づいて支援を行っている。見守りを基本として、利用者のできること、できないことを把握し、場面に応じて自立生活を送るための支援を行っている。利用者にADLの変化があれば、職員会議で支援内容を検討し、必要があれば支援内容を変更して日々の支援に反映させている。			
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	① ・ b ・ c	
＜コメント＞ 利用者のそれぞれのコミュニケーション能力に合わせて、言葉だけではなくジェスチャーや時には写真やイラスト、画像を使用することで、利用者へ言葉と情報内容を関連付ける工夫も行っている。情報量が増えないように端的に内容を伝えたり、職員が利用者の障害特性を理解し、利用者の気持ちを汲み取って支援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	④	・	b	・	c
＜コメント＞ 月に1回を目安に、利用者との面談日を設けている。利用者から相談希望があれば、自室にて話を聞く機会も設けている。利用者からの相談内容は「J記録」や「申し送りノート」に記録している。それをサービス管理責任者や所長へ報告し、対応が検討される仕組みである。						
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	④	・	b	・	c
＜コメント＞ 利用者が日中は作業所に通っているため、支援の中心ではないが、休日に利用者が個別で外出できるようにヘルパー利用の調整や、利用者が地域のイベントや買い物に出かけられるように職員もサポートをしている。県外などの遠方への外出希望もあり、可能な限り利用者のニーズの実現に向けた支援を行っている。						
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	a	・	⑤	・	c
＜コメント＞ 利用者同士の関係性に配慮し、生活に影響が出ないように支援している。利用者の体調や様子に変化があれば、支援方法を会議等で検討し、対応を職員に周知している。障害に関する専門的な知識・技術の取得に向け、内部研修を行ったり外部研修への参加を呼びかけているが、職員によって習得度にバラつきがある。職員全体の知識向上に向け、さらなる取組みに期待したい。						

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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> 個別支援計画やアセスメントに基づき、利用者一人ひとりに合わせた支援が行われている。同性介助を基本とした入浴支援が行われていたり、食事は必要に応じて刻みやトロミをつけるなど、個別対応が行われている。また、場合によっては居室の移動をするなど、利用者の状況に合わせた対応が見られる。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> 居室はすべて個室となっており、利用者の好みを取り入れた居室となっている。居室やリビング、浴室などは職員によって清掃、整理整頓されており、清潔な居住環境が保たれている。また、ホーム内修繕の必要な箇所については、その都度早期対応を行っている。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> 嚥下機能の低下を防ぐために口腔ケアを実施し、身体機能を維持・向上させるために作業療法士による訪問リハビリなども実施されている。専門職による訓練だけでなく、ホーム職員もアドバイスを取り入れながら、利用者の身体機能の維持・向上に努めている。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> 毎日朝夕に、検温や医師からの指示に基づいてバイタルチェックなどが行われている。体温や排泄状況など、日々の利用者の健康状態は記録が残されており、気になることなどがあれば「J記録」や「申し送りノート」を介して職員間で情報共有が図られている。職員による定期通院の同行対応も実施されている。			
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	a ・ ㉔ ・ c	
<コメント> 常時医療的なケアを必要とする利用者はいないが、医師などから指示があれば、必要に応じて対応している。利用者自身で服薬をしているが、薬は職員の管理の下で、施錠可能なキャビネットに保管されている。今後は、「服薬マニュアル」や体調不良時の「緊急対応マニュアル」を整備し、それを職員教育などに活用して、更なる安産管理体制を確実なものとなしたい。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> 利用者が地域の清掃活動など、地域イベントに参加できるよう支援を行い、社会参加を促している。また、利用者の希望に応じて職員も外出に付き添い、その際にお金の使い方や金銭管理について学習する機会も提供している。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> 利用者の要望があれば、ヘルパーを利用して外出支援を取り入れたり、職員が同行して買い物外出を支援するなど、利用者のニーズに応じて地域生活のための支援を行っている。現在はホームでの生活の継続を希望する利用者が多いが、将来的な見地に立って、洗濯や食事などの家事や生活スキルを身につけるための支援を行っている。			

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	① a b c
<コメント> 帰省の際には、事前に家族へ直接利用者の状態や様子を報告している。ケガや体調不良時には、必要に応じてその都度電話連絡を行い、不安や不信感に繋がらないよう丁寧に対応している。また、後見人との連携が必要な利用者も増えてきているが、同様な対応がなされている。		
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		