

## 福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

### ① 第三者評価機関名

一般社団法人 静岡社会福祉士会

### ② 施設・事業所情報

名称：やまばと希望寮	種別：障がい者支援施設	
代表者氏名：大畑彰弘	定員（利用人数）：	30名
所在地：静岡県牧之原市坂部 2151-2		
TEL：0548-29-1656	ホ　　ム　　ペ　　ー　　ジ <a href="https://yamabatogakuen.jp/">https://yamabatogakuen.jp/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
解説年月日 1997年4月		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 牧ノ原やまばと学園		
職員数	常勤職員： 22名	非常勤職員 10名
専門職員	（専門職の名称） 名	管理栄養士 1名
	施設長 1名 事務員 1名	看護師 1名
	サービス管理責任者 1名	生活支援員 27名 用務員 1名
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	入所30床 ショート5床	食堂・浴室・機械浴・トイレ

### ③ 理念・基本方針

理念：ともに生きる  
 基本方針：  
 法令・告示の趣旨に沿う  
 利用者の人権尊重・利用者本位  
 情報公開と相談対応  
 職員の専門性向上に配慮  
 地域連携・社会資源の活用

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

外部講師による訪問リハビリ  
 音楽教室、年1回の「特別プログラム」（個別外出）  
 嘱託医（月1回：内科・精神科）による診療体制

### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年6月4日（契約日） ～ 令和8年月3月16日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（ 年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

・施設長は町内の組長常会に参加し、施設への理解を深め、町内からの協力がより得やすい位置づけに成長させています。また、防災関係、自立支援ネットワーク、地域連携推進協議会に参加し、ニーズや状況の把握に努め、入所希望者・ショート・日中一時希望者の施設等に訪問してニーズや状況を調査、把握しています。家庭でのケアが難しくなった支援困難ケースに対し、関係機関と連携し、積極的にかつ迅速に対応しています。

・立地条件から地震、火災、風水害を想定した防災マニュアルを策定し、定期的な見直しが図られているとともに、アプリを活用した利用者や職員の安否確認や具体的な行動基準を定めています。落下防止措置を講じるとともに、備蓄や電気自動車、自家発電機などを準備しています。

・強行動障害の利用者が多数を占める難易度の高い支援環境の中で、従来の支援方法にとどまらず P. E. I. P. モデルという枠組みを使ったアセスメント方式を新たに導入するなど、支援の向上に向けた工夫があり、利用者理解への姿勢があります。

### ◇改善を求められる点

・サービス提供にあたり、個別性に配慮したケアを実践していますが、手順や仕組みを定めた実施ができていません。

・サービス提供指針に沿った業務マニュアルを整備していますが、運用や活用が十分とはいえ、支援の質について職員間でばらつきが見られ、権利擁護に対する理解や意識に差が生じている状況があります。支援の判断や対応が個々の職員の経験に委ねられる部分があり、全職員が共通理解のもとで実践できるような継続的な確認や指導体制の工夫は不十分です。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価機関の皆様には、あたたかい眼差しと冷静な姿勢で調査並びに評価をいただいたものと感じております。結果につきましても、私たちとして納得しております。これまで私たち事業所の長所や短所については、「何となくそうかもしれない」、「おそらくそうだろう」といった感覚的な部分もありましたが、今回の評価を通して、「確かにそうだ」と実感できる、より明確なものとなりました。今後は、明らかになった課題に真摯に取り組むとともに、長所についてはさらに伸ばしていけるよう、評価結果や評価基準をよりどころに改善と実践を重ねていきたいと考えております。

最後に、今回の受審を通して、職員の成長というもう一つの大きな収穫がありました。この点についても、心より感謝申し上げます。

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〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態  
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態  
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

### 障害者・児福祉サービス版共通評価基準

#### 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。		
1	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>理念・基本方針は文書化し、パンフレットやホームページに記載し、法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができ、「牧ノ原やまばと学園のビジョン」と行動規範としての「私たちの願い」で表しています。新規採用時はオリエンテーションで、職員は年度当初の研修会や礼拝の後、ケース会議で確認しているとのことですが、記録は確認できません。また、利用者にわかりやすく説明した資料はなく、利用者にまで周知は図られていません。理念・基本方針を掲示し、主任者会議等で唱和をしていますが、周知状況の確認はできていません。</p>		

##### 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。		
2	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。	c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人では情報を得て動向や地域の各種福祉計画の策定動向と内容について把握はしていると思われませんが、分析までは不明です。法人としては課題分析を行っているようですが、施設には的確に伝えられていません。入所調整・短期入所ニーズと現状等の把握を相談部門で一部把握し、施設では自立支援協議会に参加しています。</p>		
3	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>法人は事業報告書を基に毎月の収支報告を考察し、施設長に決算ヒアリングがあります。内容は理事会や評議委員会で共有して施設長に伝えられますが、施設には具体的な課題や問題点を明らかにした書面はありません。施設では独自に職員の提案から具体的な年間目標は「支援の質」とし、取組みを掲示して、情報を共有して進めています。施設長から主任者会議、チーフ会議、ケース会議へと現場職員に報告書で伝えていますが、全職員に周知でき</p>		

ているかの確認はしていません。

### 1-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	1-3-(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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「やまばと未来計画」に学園の理念・基本方針とビジョンを明確にしています。「やまばと学園中長期計画書」に6つの視点と目標から検討した改善する点を各箇条書きにしています。計画は3年目で次の5年計画を立て、各部門で修正した計画の内容は経営会議に報告、会議録に記載しています。計画の達成方法と達成期間、評価指標を定め、施設長が毎月進捗状況を確認していますが、達成の数値目標はありません。</p>		
5	1-3-(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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の事業計画の中期計画は各事業所の計画に組み込むように指示されており、これに従い具体的に計画しています。主要な計画項目の目標は昨年度の数値結果と比較し、利用者と職員の状況、地域に対する公益的取組、家族、苦情防災等事業全体に亘り、今年度の方針を具体的に計画しています。全体、部門別の中の設定しやすい項目には数値目標が見られますが、計画全体は数値目標がなく、文言で具体的成果の評価を行える内容にまでは至っていません。</p>		
1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	1-3-(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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は施設長を中心に各部門のリーダーが部門の目標を策定し、支援部門は副主任とリーダーと職員、行事に関しては職員が策定しています。実施状況の把握や評価は定められた手順と時期に、意見は具体的に職員に公表し、基礎調査結果（前年度比較表）を作成し、班長へのヒアリング後、理事会の承認を得ています。自己評価の内容は事業計画に反映していますが、職員に評価・見直しの仕組みの理解が十分ではなく、また、4月の事業報告でのヒアリング・評価報告書の見直しはしていません。</p>		
7	1-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の主な内容は、利用者や家族・身元保証人に説明し、書類は4月に送付し、5月の保護者会・総会で説明しています。利用者がより分かりやすい工夫として、説明の文字を大きくし、写真も多く採用していますが、それ以上の理解や周知・説明の工夫にまでは至っていません。</p>		

#### 1-4 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
1-4-(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。		
8	1-4-(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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>東京都社会福祉協議会の職員用組織マネジメント分析シート（障害者支援施設版）のカテゴリ6でサービスについて分析をしています。毎年、11月に実施し、集計・評価後、再度、職員から意見・感想・要望求め施設長が総評を加筆し、職員のこれから頑張りたいことは次年度の事業計画の目標に反映させています。第三者評価の受審は今年度が初めてです。</p>		
9	1-4-(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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>分析結果を表にし、コメントや課題・総評も文書化しています。職員参画のもとで、大まかな改善計画を作成し、予算を伴わない内容の改善策や改善そのものは即、実行し、確認と見直しをしていますが、改善案が反映されていないことや、できない部分もあります。これらはグーグルカレンダーを採用し、スケジュール管理とともに情報の共有と支援の統一を図っていますが、職員に周知徹底しているとは言えず、改善計画としても十分ではありません。</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。		
10	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員に対しては、メール配信で、事業計画を推進するにあたり、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組について、「凡事徹底」で取り組むことを表明し、自らの役割と責任について明確にし、周知を図っています。防災マニュアルに各種の災害への対応を記載し、施設長不在の場合はより上長にあるものが施設長代理を務めると記載がありますが、管理者自らの役割と責任について、広報誌等への掲載、表明はしていません。</p>		
11	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長には法人による新人管理者研修があり、その後の研修を受講し、利害関係者とは会計基準に沿って適正な関係を保持しています。毎月、法人の顧問の労務ニュースをメールで受信、法律については介護問題を得意とする弁護士が毎月発行する「外岡新聞」が送られ、幅広い法律改正も把握し、社労士の労務契約の研修に参加しています。労基法の時間外や有休取得については、事前承認の徹底を心がけ、必要と思われる法律改正等も全職員のPCで配信</p>		

します。		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は年1回の自己評価・家族アンケートの実施で集計結果は前年度と比較し、内容をまとめて書面とPCで利用者・家族や後見人に報告しています。事業計画に示した『「しあわせ」＝利用者・職員・地域』を対象に考え、職員アンケートから毎月、目標を定め、質の現状について継続的に実施しています。支援員のスケジュールノートを改善し、アンケートや意見箱・メールでの意見について、掲示板に掲示のほか、メールでも回答しています。年4回の職員面談からインカムを採用し、利用者へのサービスの向上と職場環境と休憩場所の改善、意見箱の設置をしましたが、職員間の情報共有に課題が残っています。</p>		

13	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。	b
<p>施設長は毎月、「月間の業務目標」をGoogleフォームで、職員の働きやすい環境や、業務の実効性の向上など意見を幅広く募集し、採用はアプリの回答で順位を定めて意識形成の取り組みをしています。職員の80%の達成確認できた翌月、次の目標に移りますが、これらの取り組みの分析まではしていません。また、施設長は組織内では月間目標を定めて業務実行力向上へ取り組み、対外的にはアカデミア検討会日本知的障害研究会、志太榛障害者施設連絡会の勉強会、県福祉協会の勉強会等に参加しています。</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。		
14	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中長期計画の中の人材計画は、日本人の求人活動、外国人ワーカーの確保・育成定着のための支援等、人材確保等の基本とあり、方針は確立しています。実習生を就職に結びつけるように働きかけていますが、人員体制についての具体的な計画はありません。また、法人内移動、OJT研修、職階研修、外国人向けに週1回の学習（日本語学習）、机上での介護学習を実施していますが、人材確保や育成についての具体的計画とはなっていません。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事基準は職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価し、各項目、1次、2次評価となっていますが、採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準は確認できません。キャリアパスはありますが、職員の周知も少なく、専門資格の取得や、職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりにはなっていません。</p>		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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組んでいる。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>労務検討委員会を設置し、施設長は面談で就業状況の確認をし、短時間勤務、男性の育休ワーク・ライフ・バランスに配慮し、仕事以上に家庭と自分を大切にするように伝えています。今年度も有給休暇は80%以上が取得し、連休も取れる仕組みになっています。職員の悩みの相談窓口等や工夫は法人内にはなく、福利厚生についても互助会規約を定めていますが、総合的な実施とまでは言えません。</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。		
17	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>組織として「期待する職員像」を明確にはしていません。年4回（年度当初・期末・中間面接を2度）の施設長面談では役割遂行ステップアップシートで一人ひとりの目標を設定し、業務目標達成度や進捗状況の確認、自己評価、その他の要望事項も含め確認しています。施設長は面談の事前にメールを活用し、意見交換や受けてほしい講習等を伝えています。目標の設定は、目標項目、1次、2次で4段階の項目合計点、評価点記載があり、目標期限が明確になっています。</p>		
18	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>計画と実績表は色で区別してあります。EPA 学習担当研修、AED、虐待、強度行動障害、安全運転講習、DWAT 養成講習、ハラスメント研修等で、専門技術・専門資格等安全運転の講習も含む研修があります。しかし、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」の明示や、基本方針や計画の中に組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格としての明示はありません。また、外部研修も含めた研修内容等についての評価の見直しは、上司や仲間のコメントもついでありますが、定期ではありません。</p>		
19	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は面談で職員の知識や技術水準を把握し、法人では、年1回、職種と階層を考慮した研修計により研修を実施しています。外部の研修の情報についてはメール・掲示物で知らせ、希望の研修に参加できるように配慮し、副主任以上で相談し、職員にあった研修の参加を促しています。準職員とパート職は一人（強度行動障害基礎研修）を除き、短時間のサポート者カレッジを活用し職員全員に機会を与えています。OJTは必要に応じて実施していますが、習熟度に配慮した個別的なOJTは行っていません。</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。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>保育士実習が多く、2～3年前から障害者施設を学校側に説明し、実習内容は学校と連携してプログラムを整備の上、実習期間中も継続的な連携をしています。実習の基本姿勢の明文</p>		

化や、目的の記載はありませんが、実習についての考え方が話し言葉で A4 用紙 1 枚分あります。また、実習オリエンテーション資料と実習のガイドラインがありますが、内容に不足部分もあり、長い口語の文章のため、整備されたマニュアルとは言えません。また、専門の職種に対するプログラムはなく、指導者に対する研修は実施していません。

### 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。		
21	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページは法人全体の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されています。法人の配付物（やまばと未来計画）には理念、学園のビジョン、私たちの願いが書かれ、H ホームページに法人の地域の福祉向上のための取組や苦情・相談の体制や内容について公表しており、家族には「家族だより」で知らせています。地域に向けて、理念や基本方針、施設で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布はしていません。また、「やまばと希望寮」の第三者評価の受審は今回が初めてです。</p>		
22	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は新採用時に事務、経理、取引のルールの説明を受け、職務分掌と諸分担表、就業規則と給与規定や物品の寄付受付方法等を周知していますが、周知状況が十分とは言えません。会計と業務については監事監査が年 2 回、事務監査が数年に 1 回あります。外部監査は会計士が辞め、社労士が実施しています。月次の消費税などについても社労士により会計指導を受け、その他、顧問弁護士、顧問社会保険労務士から研修、指導を受けています。</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。		
23	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の中で地域のかかわりについての記載や「ボランティアのガイドライン」があり、ボランティアが支援を行う体制が整っています。コロナ禍以来、地域の人が大掛かりに施設に来てくれ、秋祭りは模擬店を開き、家族の参加もあり、交流する機会を設けています。外出計画を作成の上、利用者の家庭まで付き添う、本屋へ行きたい、少人数で浜名湖や花鳥園への外出（現地で家族と合流）などを試んでいます。掲示板の利用は、利用者の特性で掲示物の損壊が多く、極力控えています。</p>		

24	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ボランティアのガイドライン」に法人の方針とボランティアについて記載があります。法人と交流がある中高一貫校との、2泊3日の研修プログラムを作成し、計画を実施していますが、地域の学校教育等への協力についての基本姿勢は明文化していません。マニュアルは必要事項の一部を口語文体で記載のため、要点が見にくく、不足部分も多いため、十分なマニュアルとは言えません。また、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等での必要な研修、支援は行っていません。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係機関との連絡、連携は定期的にサービス管理者が行い、必要なことは「ほのぼの」(システム)への入力やメールにて情報共有し、自立支援ネットワークの重度心身障害者部会・防災部会に参加し、地域福祉課題に取り組んでいます。関係者リストは業者関係のみで、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や資料は作成していません。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は町内の組長常会、防災関係、自立支援ネットワーク、地域連携推進協議会に参加し、ニーズや状況の把握に努めています。また、入所希望者・ショートステイ・日中一時希望者の施設等に訪問してニーズや状況を調査、把握しています。</p>		
27	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域への取り組みは法人と当施設の事業計画にあります。市社協主催の活動「ふれあいサロン」の送迎は公用車を使用し、法人全体で各施設が交代制で実施しています。食糧支援活動は職員にも提供してもらい、社協のフードバンクへ協力しています。防災等を含む公益的活動として、地域の防災対策や被災時における福祉的な支援で、今回の竜巻被害があった際、希望寮としても応援に行く事になっていました。地域に還元する取り組みについては計画化・多機関連携が弱く、地域でどのような活動が行われているのか把握ができていません。</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。		
28	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本方針、人権への配慮について「サービス提供指針」に明示しています。指針の唱和や勉強会、研修を行っています。職員全員が目標をたて実践、評価しています。年2回「虐待の芽チェックリスト」を実施し、その結果を検討、職員への周知を図っています。また身体拘束状況を毎月集計し、職員にメールで配信しています。</p>		
29	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本姿勢は「サービス提供指針」に明示され、入浴、排せつの生活場面についてはマニュアルに記載しています。実際のケア場面においてOJTを実施していますが、指針・マニュアルにおける研修は実施していません。また、通信、面会における対応についてマニュアル等の記載はありません。利用者・家族には「苦情」に対する内容をお便りで報告していますが、プライバシー保護や権利擁護に関する取組の周知はしていません。</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。		
30	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としてパンフレットやホームページを作成、施設でもチラシも作成していますが、多くの方が入手できる場所への配置はしていません。またチラシの文字は大きくしていますが、サービス概要の説明となっています。利用希望者には来所だけではなく訪問も行ない、ニーズに応じた取組をしています。組織として、配布、利用状況、利用者等の意見を聴取した定期的な見直しはしていません。</p>		
31	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始・変更の開始にあたり、利用者及び家族に契約書及び重要事項説明書の説明を行い、同意を得ていますが、手順・内容を定めていません。また、利用者・家族への同意を得るまでの過程の記録がありません。わかりやすい資料や工夫、配慮への取組はありません。意思決定が困難な利用者への配慮について、実際の場面では、利用者の同席が難しい場合には家族に説明し同意を得ていますが、ルール化はしていません。</p>		
32	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの内容の変更にあたり、ケア会議を開催し、他の事業所や行政、医療機関等と連携</p>		

を図り検討しています。福祉サービスの継続性を損なわないための引継ぎや申し送りの手順、文書の内容等は定めていません。サービス終了後の相談担当者について、利用者や家族に口頭説明をしています。書面等を作成していません。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	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。	b
----	---	---

<コメント>

年1回、利用者・保護者アンケート調査を実施し、調査結果を職員に公表しています。また、年2回の個別面談では、ケアに対する聞き取りを行い、ケア会議等で共有し検討、記録しています。各部門で分析・検討した結果を「明るい未来検討会」で改善に向け決定していく仕組みを構築しています。

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。

34	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。	b
----	--------------------------------------	---

<コメント>

「苦情解決規定」にて苦情解決体制を明示しています。仕組みについて、施設入口に掲示していますが資料等はありません。苦情内容について、受付から経過、解決に至るまでを記録し、申立人に説明しています。苦情については、申立人に同意を得たうえで、お便りや掲示、ホームページにより公表しています。苦情相談内容に基づく改善案について、その後の実施状況の評価やマニュアルや手順書への反映はしていません。

35	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。	b
----	--	---

<コメント>

重要事項説明書に苦情等申立先、オンブズマン、虐待防止に関する相談窓口が記載していますが、どのようなときにどのような方法で誰に相談できるのかの記載はありません。また説明文書も作成していません。重要事項説明書の交付以外の意見が述べやすい環境整備として、意見箱の設置や年2回の面談、アンケート調査を行っています。また、会議室や居室の活用、パーテーションの設置、ソファの配置換えなどの工夫をしています。

36	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。	b
----	---	---

<コメント>

日々の支援の中で利用者の希望を聴くとともに、アンケート調査や面談を定期的に行っています。相談や意見はシステムに記録し、内容に応じケース会議で検討し、共有していますが、記録方法、報告手順や対応策の検討、利用者への説明等を定めた文書がありません。相談や意見について確認した際には、速やかに利用者・保護者に連絡を入れています。ケース会議や明るい未来検討会での検討により、テーブルの高さの変更や買い替え、夜間入浴の機会の提供等ケアの改善を図りました。

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。

37	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。	b
----	---	---

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故防止マニュアルを作成し、責任者を明確にし、委員会を設置しています。事故発生時の手順書を作成し、一度見直しを行いました。手順書の職員への周知ができていません。個別事例については、事故発生日に事例の共有や要因分析・改善策を検討し、3か月後に評価をしています。事故事例の集約を行い、職員に共有しています。</p>		
38	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「感染症対策マニュアル」役割表及び「新型コロナウイルス感染症発生における業務計画」において、管理体制を明示、感染対策委員会を開催しています。職員へのマニュアルの周知はしていません。年2回、動画による研修を実施するとともに感染対策委員会による予防策等の共有をしています。感染症が発生した場合には看護師を中心に体調観察・医療連携する体制ができていますが、看護師の指示がないと行動できないという介護の課題も抱えています。</p>		
39	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>消防計画及び事業継続計画、防災マニュアルを整備しています。防災マニュアルには地震、火災、風水害を想定した具体的な行動等を記載、更新しています。設備等の落下防止措置を講じ、備蓄や電気自動車、自家発電機を整備しています。点呼や「安否コール」、「きずなネット」を活用した安否確認体制を整備しています。防火管理者及び栄養士を備蓄管理者として定め、備蓄リストを6か月に一度更新しています。3年前に消防署との訓練、月に一度法人本部と生活支援センターと合同の訓練を行っていますが記録がありません。地域と連携した訓練は実施していません。</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。		
40	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「サービス提供指針」や食事・排せつ・入浴マニュアルを整備し、利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護に関する姿勢を明示しています。実施方法について、研修やOJTを実施していますが、職員がいつでも閲覧できる場所にマニュアル等を配置しておらず、内容の周知を図っていません。明るい未来検討会にて実施方法について一度検討していますが、実施状況を確認する仕組みを整備していません。</p>		
41	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法として指針やマニュアルを整備していますが、検証・見直しの時期や方法が書面で定めていません。また、検証や見直しは必要が生じた際に実施し、数年に一度マニュアルを改訂していますが、定期的な検証・見直しに関する書面がありません。個別支援計</p>		

<p>画に沿って実施状況を検証・見直すケース会議は実施していますが、個別支援計画を指針やマニュアルに反映した記録がありません。また検証・見直しにあたり意見や提案を反映する仕組みも書面がありません。</p>		
<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。</p>		
42	<p>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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;          個別支援計画の策定にあたり責任者の明確化及び手順を文書化していません。アセスメントは、さまざまな職種が参加して実施、記録をしています。アセスメントにより個別具体的なニーズを計画書に記載しています。利用者の意向が確認できない場合にはアセスメント結果から推定しています。実施状況のモニタリング・評価、見直しを行っていますが、仕組みとして文書化していません。令和7年度には支援困難ケースを2件、関係機関と連携しながら短期入所で受け入れています。</p>		
43	<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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;          個別支援計画の見直しについて、評価や手順を定めた文書がありません。変更した計画内容を周知する手順を定めた文書也没有。計画は年2回定期的に実施するため緊急時の変更は行っていません。個別支援計画の評価・見直しから課題が明らかになったことにより、マニュアルの改訂や環境整備につながっています。</p>		
<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。</p>		
44	<p>III-2-(3)-① 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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;          利用者の支援は、システムで定められた様式を活用し記録しています。個別支援計画作成について手順書を作成しています。会議結果等は、掲示や回覧、システム閲覧で共有していますが、情報の流れや情報が的確に届く仕組み、情報を共有する仕組みを文書化していません。情報共有を目的とした横断的な会議としてケース会、チーフ会、明るい未来検討会を活用し、記録があります。</p>		
45	<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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;          「個人情報及び個人番号管理規程」に保管、保存、破棄、情報共有についての規程はありますが、不適切利用や漏洩に関する記載がありません。記録管理責任者を設置していますが、職員に対する教育や研修は行われておらず、規程内容の周知もしていません。個人情報の取り扱いについては、重要事項説明時に説明し、同意を得ています。</p>		

## 障害者・児福祉サービス版内容評価基準

### 評価対象 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		
A①	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人要素」「環境要素」「自立要素」「身体要素」の視点からなるアセスメントシートを使用し、個別支援計画を策定しています。意思の表出が難しい利用者が多数いる中で、観察を中心に意向を押し量りながら支援を行っています。本人が好む活動としては、iPadによる動画鑑賞や雑誌の提供、外出支援を実施しています。生活にかかわるルールについては、個別で調整はしていますが、利用者同士が話し合う機会はありません。利用者の権利については、権利擁護に関する研修を年間計画に位置づけ、実施しています。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>権利擁護に関する取り組みは、虐待防止・対応マニュアルに沿って実施しています。「虐待の芽チェックリスト」を年2回職員に実施し、日々の実践の振り返り・点検を行っています。家族、利用者への取り組みの周知については、通報に関するポスター掲示にとどまっておらず、重要事項説明書には禁止行為のみ明記しています。緊急やむを得ない場合は、定められた手順に沿って実施し、ケース会議で検討、委員会にて報告をしています。権利擁護については、職員研修や委員会を通じて検討していますが、職員間での認識の統一については今後の課題としています。</p>		

### 評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントシートを用いて、心身の状況や生活習慣等を把握し、意向をもとに個別支援計画を作成しています。個別支援計画は、看護師をはじめとする各専門職と共有し、本人が行うこと、支援が必要なことを明記しています。個別支援計画では、日中活動への参加を取り入れ、本人の興味・関心に焦点を充て、整容や衣類の選択など自己決定・管理ができるよう明記しているケースもありますが、支援内容の職員間での共有に課題があります。家族等の相談に併せ行政への手続き案内や成年後見制度を勧めており、現在は12名が制度利用をしています。</p>		

A④	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションをはかる」ことをサービス提供指針に明示し、個別支援計画にもとづいてコミュニケーションへの配慮を行っています。しぐさや表情から意図を推し量るといった言語・非言語的にかかわりのほか、イラストや写真、タイマー時計やiPadの活用など個々の心身の状況に合わせた支援をしています。モニタリングやケース会にて個別に伝え方の工夫やうまく言った事例などを共有し、コミュニケーション方法について支援内容を検討していますが、職員間での統一に課題があります。</p>		
A⑤	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意向を複数でくみ取ることができるよう、担当職員を配置し、日々の支援をしています。モニタリングのタイミングではサービス管理責任者だけでなく、担当職員も利用者とは話をする機会を作っています。衣類やおやつなど日常的な選択から、外出や行事への参加など情報提供し説明をしています。外出などは障害の特性をみながら職員が評価するなど意思決定を支援しています。相談内容については日々の申し送りで共有し、サービス管理責任者は担当職員等と調整し個別支援計画に反映していますが、個別の相談の機会はありません。</p>		
A⑥	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画にもとづき、日中活動を提供しています。ラジオ体操・カラオケ、散歩（外気浴）などのメニューがあります。日中活動については、係の職員を配置し「明るい未来会議」の場で企画・検討を行っています。本人の意向よりも、障害特性に応じた活動が多く、活動中の様子を評価しながら新しい活動を模索する形で個別に配慮しています。外部からの訪問マッサージや音楽教室などは月間予定表を掲示し、情報提供としていますが、地域に関する情報提供等は充分ではありません。</p>		
A⑦	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の専門性の向上のため、「研修年間計画に沿って、研修を実施しています。外部研修への参加や、オンライン研修サービスの利用により、職員全体のスキルアップに努めています。アセスメント、モニタリングの記録をもとに個別支援会議で支援方法の検討と共有をはかっています。利用者の不適応行動については、事故につながる可能性もあることから即対応を基本とし、対応策を都度検討する仕組みがあります。しかし、利用者の変化への気づきなど、職員間で差があるため、支援方法の統一も含め今後の課題としています。</p>		

A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画にもとづき、日常的な生活支援を適切に行っています。食事はアセスメントにて心身の状況や嗜好を把握し、キザミ食、トロミ食など形態等を検討しています。食席は隣席との関係を見ながら配置し、音楽を流すなど環境面にも配慮しています。入浴は検温による体調確認とともに心身の状況にあわせチェア浴、個浴等入浴支援を行っています。入浴・排泄ともに同性介護を原則として支援しています。快適な排泄を目指し、排泄用品などは専門業者による講師を招き検討するなど工夫しています。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室は、本人にとって安心できる空間となるよう、障害特性に応じて配慮しています。利用者同士の相性をみながら居室を決定していますが、ベッド・布団などが混在しており、室内空間が狭く、一部安全面に課題があり、安眠できる生活空間も作りにくくなっています。居室のつくりやトイレなど臭気が気になる空間もあり、明るい雰囲気維持が難しい状況がありますが、「明るい未来検討会議」の場で環境班を中心に改善に取り組んでいます。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身の状況に合わせた取り組みを行っています。車いすから椅子への移乗時に行う立位保持や日中活動を機能訓練としています。意思疎通が難しく、主体的に取り組めるような工夫はありません。月に1回のPT来訪日（訪問リハビリ）では、拘縮予防や可動域訓練等の助言を記録し、関係職員へ周知しています。関係職種連携のもとで個別支援計画・モニタリング等実施し、検討・見直しをしていますが、一部の利用者のみとなっています。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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。	b
<p>「サービス提供指針」にもとづき、健康状態の把握に努めています。入浴の際の検温や入浴中の全身状態の観察、排せつでは排せつ物の観察、食事の摂取状況など様々な場面で健康状態を把握しています。変化があれば看護師に報告し、嘱託医へつなげ家族へ報告しています。日中活動への参加促しや、腸内環境や免疫向上の乳飲料等を勧めるなど工夫をしています。体調変化など緊急時の対応については、「緊急時・事故マニュアル」に沿って対応とし、医療機関と連携・対応をしていますが、マニュアルの確認や、健康管理に関する研修を定期的に行っている記録がありません。</p>		

A12	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>医療的な支援の実施については、サービス提供指針に一部明記していますが、管理者の責任や実施手順等がありません。服薬等の管理は、鍵のかかる部屋を保管場所とし、服薬は「服薬マニュアル」に沿って実施しています。慢性疾患やアレルギーについては、アセスメントにて把握し、医師との連携のもと処方を受けています。医療的ケアは現在対象者がいません。医療の安全管理体制は、看護師を中心に体制を作っていますが、委員会の設置はなく、活動内容は事故防止委員会や感染症対策に集約されています。医療的な支援に関する研修についても、随時の対応となっており定期的には実施していません。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A13	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>モニタリングで聴取した利用者の意向をもとに、社会参加の機会を持てるよう外出支援を行っています。近隣の秋祭りへの参加や、福祉大学への見学など年間行事計画にあわせ外出計画を作成し取り組んでいます。個別でも年2回の外出を企画し実施しているケースもありますが、障害の特性上支援の内容は外出にとどまっておらず、学習支援の機会はありません。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A14	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>地域移行・地域生活のための支援については、施設の利用者の特性により、地域生活への意向が出にくい側面があり、対象ケースは一部限定的です。2名の施設見学を実施しています。具体的な生活へのイメージ想起が難しい利用者に対し、見学・体験を通じた意思決定支援を行ったケースがあります。ケア会議では相談支援事業所職員、行政職員も交えサービスを調整するなどの協力体制を整えています。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A15	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応しています。希望する利用者（一部に限定されていますが）の外出・外泊を支援し、家族からの相談にも内容によっては栄養・看護師等専門職による助言を行っています。生活状況はモニタリングにて報告し、家族等の意見交換をする機会も、モニタリング（年2回）にて個別で機会を設ける他には、保護者総会を開催しています。家族との連絡手段は電話を基本としていますが、内容によってはメールやきずなネットを活用しています。急変時の連絡は、急変時のマニュアルに沿って行いますが、体調不良の際は職員個別の裁量であり、明確ではありません。</p>		