

## 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： <a href="http://www.yutakahonbu.com/">http://www.yutakahonbu.com/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
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：38名	非常勤職員：22名
専門職員	（管理者）1名	（社会福祉士）6名
	（サービス管理責任者）1名	（介護福祉士）11名
	（看護師）3名	（PT・OT・ST）各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** すべての人々がかげ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」

どんなに重い障害のある仲間でも、一人の人間としてゆたかに暮したい、人から認められたいという願いを持っています。それぞれの仲間が自分らしく生きるために、仲間自身が育っていく(エンパワメント)の支援、一人ひとりにあった個別支援、日中活動を通じて仲間が互いに支えあい、高めあう集団支援と情報提供、環境整備をしていきます。

### ②「わたしたちのことをわたしたちぬきにきめないで」

仲間が自分らしく生きるためにも仲間自身が自分の意志で選択し、決定する経験＝意思決定支援が重要です。職員はそうした自己決定を支え、仲間自身が力をつけて育っていくのを支援します。また、希望の家を終の棲家とせず、様々な経験をし、地域移行も含めたえらべる暮らしを実現するために支援を積み重ねます。

### ③「虐待は絶対にしないもの、差別は気が付くもの」

職員は仲間に対して優位性を持っています。その優位的な立場に気が付かずに行った小さな間違った支援がやがては虐待につながります。常に仲間の立場に立って考えること、互いに指摘しあうことが虐待防止につながります。差別をしようとおもっている職員はいませんが、気が付かないうちに差別をしているかもと常に振り返る姿勢を大事にします。

### ④「してあげるのではなく、ささえよりそう」

障害が重いから出来ないと考えて、なんでも「してあげる」のでは仲間の生きる力を奪ってしまいます。本人の障害特性を正しく理解し、困難なところを支え助けるのが支援です。表面的な行動、言動にとらわれず、その奥にある気持ち、言葉に気が付くこと、仲間の生きる力、可能性を信じて仲間の生活を支えること、それが職員の使命です。

### 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」

希望の家も地域社会の一員です。様々な活動を通じて、地域に開かれ、地域のみなさんと地域社会に貢献していける施設を目指していきます。また、日々変わる福祉情勢の変化に気が付かないでいると仲間の権利、生活は守れません。常に外に目を向け、運動を大切にしていきます。

### ⑥「よりよい支援は最高のチームワークから」

職員一人ひとりが事業の担い手であり、大事な存在です。支援の質の向上、またやりがいのある職場づくりのためにも職員は否定から入らず互いの良い面を認め合うこと、できないと言わずこうすれば出来るとプラス思考で考えること、評論家にならずまず手、足、口を動かして行動することが大事です。

## ★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、よし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ます。毎日入浴、食事は家庭に近い時間で食べる。

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きました。

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きました。

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りました。

利用者の重度・高齢化に合わせて設備のバリアフリー化、機械浴の導入など行いました。  
 現在は看護師を1名から3名へ増員。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の配置、言語聴覚士を配置しています。  
 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ます。  
 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りました。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きます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 6月 4日（契約日）～ 令和 5年 3月 23日（評価決定日）  【令和 4年12月14日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	1 回 （令和 2年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆利用者への説明責任

支援の主体である利用者に対しては、提供するサービス内容や事業の説明責任を果たし、同意を得た上で支援を実施することが求められる。管理者は、これらを自治会総会を通して平易で分かりやすい表現を用いたパワーポイントの資料を基に説明し、多くの理解を得ている。

◆管理者のマネジメント力

管理者は過去の経験や弛まぬ自己研鑽による優れた見識の下に事業全般を統括し、会議や委員会では直接職員へのスーパーバイズ、あるいはコーチングを実施し、運営の調整を図っている。さらに、チームのレベルアップと職員個々の育成に取り組んでいる。また、介護ロボットを導入し、職員の介護負担軽減を図るなど、先駆的な運営手法を取り入れるといったような指導的なマネジメントを手掛けている。

◆公益的な使命の遂行

地域の在宅者支援を目的に現在実施するショートステイ事業の他、「地域生活支援拠点」の開設に向け準備を開始した。また、専門性還元への取り組みとして、海外からの技能実習生の受入れを実施している。その他にも福祉避難所への協力など、公共的な社会資源としての事業所の存在価値をアピールする様々な取り組みがみられる。

◆計画的な個別支援

管理栄養士による個別にカロリー計算した食事を提供し、利用者個々の能力に合わせた入浴支援、身体状況に応じた機能訓練や介護ロボットの導入など、利用者一人ひとりのニーズに応じた支援を、個別支援計画に沿って提供している。

◇改善を求められる点

◆目標管理制度の必要性

業務向上へのインセンティブとして、また個々の育成とキャリアアップに向けて、それぞれが目標をもって業務遂行していくことが必要と思われる。適正な目標設定、面談、達成度評価、そして次目標へと上司がサポートしていく目標管理は効果的なツールである。キャリアパスと連動したシステム導入を検討されたい。

◆体系的なOJT

OJTは、キャリアアップへは欠かせない研修法であり、新任育成では最も有効なトレーニングであるとともに、指導する職員の育成を促す機会にもなる。実施の有効性を高めるためには、担当職員の固定、適正な目標設定、進捗確認、評価といったPDCAサイクルによる体系的な取組みを期待したい。

◆虐待通報の徹底

法改正により令和4年年4月より虐待防止の体制が整えられたが、不適切行為発見時については、疑いの段階で発見者に通報義務が発生するため、速やかに行政窓口等へ通報することが求められる。虐待か否かの判断は事業所でなく行政に委ねられる。上司等への報告や事業所内での行為の検証、また対処方法等の検討は、通報後または通報と同時に実施されなければならない。この件については、事業所内で徹底し、通報先についても周知されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回受審時に指摘を受けた項目について、2年かけて改善してきた成果を評価いただきました。管理者がリーダーシップを発揮しての組織づくり、利用者への丁寧な情報発信など評価いただいた項目は継続しつつ、改善途中である支援の質向上と仕組みづくり、OJT体制構築の改善に取り組みます。

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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 理念、基本方針をホームページやパンフレットに明示し、事業所内にも掲示してある。職員はクレドカードを携帯し、深く理解している。5項目からなる「わたしたちの大切にしているもの」は職員の行動規範を分かりやすく示している。利用者には年度初めの自治会総会にて事業計画とともに管理者から説明がなされる。理念に沿った支援の可否を総括会議で確認するなどの取組みもある。			

##### 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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 行政からの通知や所長会議、ブロック会議等で福祉動向や地域ニーズを把握し、また相談支援事業所を通じて在宅者情報を把握し、注視している。毎月の財務チェックで経営状況を分析し、中期計画達成に向け資産積立を行っている。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 利用者の高齢化やADLの低下、人材育成や財務問題などの経営上の課題について、法人本部会議で議論し、また理事会でも検討を行って方向性と改善策を確認している。これらを事業計画に落とし込み、法人、事業所それぞれで目的を一にして対応している。			

##### 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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 5年スパンの法人の中期計画（「第6期総合計画」）が策定され、法人全体の中期事業に事業所の計画を盛り込んだ具体的で実行性の高い内容となっている。中期計画の見直しに関しては、修正事項を事業所の事業計画で調整をかけていく形をとり、中・長期のビジョンと重点事項は継続されていく。			
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 単年度計画は、中期計画を受けて策定され、方向性としては異なるものではないが、「取り組む」や「強化する」、「実現する」などの抽象的な表現が多く、進捗確認や達成度評価が確実性に欠ける可能性がある。数値目標や明確な到達点を設定するなど、より具体性のある内容が求められる。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 各部署の総括を基に、管理会議の中で年度末に事業の全体総括と評価を実施している。これを受けて、管理者が事業計画の原案を作成し、職員会議に提出して検討している。職員はどれかの過程で内容を把握し、あるいは意見を述べる機会を持っている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者が、利用者に向けて分かりやすい表現を用いたパワーポイントの資料を基に、4月の自治会総会にて説明を行っている。毎月自治会の役員会が開催され、会議内容を受けて自治会支援会議を開催し、利用者意向を支援につなげている。		

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> 毎年、第三者評価の基準による業務評価を実施し、反省点や改善点のクリアに向け、各会議と業務分担での取組事項を確認して対処している。事業計画は総括会議で達成評価を行い、改善に向けて取り組んでいる。また、職員、利用者双方にサービスチェックを実施することで、チェック機能を強化させている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 方針会議で内容を共有した事業計画は、各担当部署で項目に該当する事業の方針を立て、取組み事項を明確にしている。評価に関しては、各部署での評価を総括会議で協議し、改善策を立てて実施に移している。		

## 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
<コメント> 管理者は業務に関する明確な方針を持ち、業務の主要部分に参画して運営内容を把握している。職務分掌は、「職務分担表」で詳細に示している。業務ごとに管理者からの委任先が示されており、不在時の職務権限も明白になっている。また、委員会や会議では直接職員へのスーパーバイズやコーチングを実施し、運営の調整と職員の育成を図っている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 管理者は自らセミナー等を受講し、また行政や関連団体からの通知により把握した法令や法改正等の情報を、主に職員会議で説明している。さらに事務所に掲示し、職員に周知を図っている。最近では、全職員に対して虐待防止関連のルールの徹底がなされている。			
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
<コメント> 管理者は、サービス向上委員会や生活向上委員会の他、多職種によるアセスメント機関である「支援計画策定会議」などに参加し、ニーズの整理や支援状況を確認して必要なアドバイスを行っている。理念に向けて基本方針、基本方針に向けて事業計画、事業計画に向けて個別の支援計画、というバックキャストिंगの実践を先導している。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 人事では様々な職員管理と非正規職員雇用、労務では勤務時間等の管理や職員面談の実施、財務では毎月の収支チェックと予算編成など、独自の分析を踏まえた取組みを実施している。効率的経営や業務改善へは、管理会議を開催して協議するほか、各会議や委員会での指示や調整を実施するなど、マネジメント力を発揮している。			

### 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	①	・ b ・ c
<コメント> 中期計画に基づく考え方を受け、人員配置基準に沿って人材を確保している。看護職員やリハビリ職員の確保、また高齢化や行動障害の加算を取得している。ただ、求人難を受け、将来的な人材確保の見通しが立てにくい。定着に向けては、職場環境の整備を中心に、個人に合わせた勤務調整や柔軟な休暇取得など、ワークライフバランスを念頭に置いている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	・ ② ・ c
<コメント> キャリアパスが策定され、経験年数による職責や資格要件は明白である。また、キャリアに応じた研修制度も実施されている。しかし、業務成果の評価が実施されていない点、能力や貢献度によらない年功序列の給与体系である点、昇格・昇進の選考基準等が不明瞭である点などの課題が残る。中期計画には人事考課導入の記述もあるが、検討に際しては労使に分かりやすい制度設計を求めたい。			
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組んでいる。	障16	①	・ b ・ c
<コメント> 有休休暇や育児休業等の休暇取得も奨励され、時間外労働の縮小、柔軟な勤務調整など、労務環境向上へは積極的である。安全衛生委員会も機能し、ストレスチェックの実施やハラスメント窓口も設置されている。メンタル面を含む健康相談も外部機関と契約し、必要であれば産業医面接を受けることもできる。			

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員が目標をもって業務遂行し、それをクリアしていくことは、業務の向上はもとより本人の育成に結びつく重要な事項である。職員が適正な目標を設定し、面談、達成度評価、次の目標へと上司がサポートしていく目標管理は、育成の基本でもある。キャリアパスを軸にした制度の導入を検討されたい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内・施設外研修の担当部署があり、年度計画を基に研修が実施されている。中期計画の中に、「事業理念達成のため多様な学びの機会を設けていく」と目的が明記され、具体的な研修内容を示している。また、相談支援専門員やサービス管理責任者、ガイドヘルパーなどの専門資格の必要性も明記されている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基礎研修、主任研修、管理職研修などの階層別研修は法人内で実施され、外部では職種別・テーマ別研修の参加機会を確保している。的確な研修参加者選定に向け、職員個々の研修履歴の整理が必要である。新任育成の要となるOJTについては、指導する担当者（責任者）を定め、目標設定から実績確認、評価に至るまで、体系的な取組みを期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受入れ姿勢、育成に関するマニュアルは確認できなかった。担当指導者が社会福祉士、保育士の実習を受け入れ、前者では指導プログラムを作成して実施している。また、人材確保と技術支援を兼ね、ベトナムからの技能実習生を受入れSDGsに貢献している。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに規程関係・事業報告・事業計画・行動計画・財務状況等の様々な情報を公開しており、法人広報誌は毎月刊行されている。サービス実践の様子や苦情内容など、更なる情報公開が望まれる。第三者評価は3年の1度の受審がなされており、ネット公開されている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務経理関係は、法人本部と共有され、毎月会計士による財務チェックが実施されている。法人監事による内部監査も実施されている。また監査法人による外部監査が実施され、指摘内容を基に改善を図っており、不正を生まない透明性が担保されている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念としての「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広げていきます」の考えに基づき、地域との関係を重視している。本来であれば、様々な住民との交流機会が持たれるが、コロナ禍で制限されてきた。ただ、地域移行者の輩出、センターまつりの開催、外出・外食等の再開など、交流場面を拡大している。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ボランティア受入れに関する基本姿勢や手順書などは確認できなかった。茶道教室のボランティア、アートの指導ボランティア、理容ボランティアの他、実習を経験した学生ボランティア、中学生の職業体験、学生の障害体験等々の受入れがある。ボランティア受入れに関する方針や手順を明文化し、受入れ体制を整えられたい。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 個々の利用者に関連する資源リストやエコマップなどは作成されていないが、事業所として必要な社会資源についてはリスト化され、定期的な連携もなされている。特に、自立支援協議会では、研修会や共通課題の検討などが実施されている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 相談支援事業所や自立支援協議会、その他所属団体の定期会合などを通じて地域の福祉ニーズを把握している。また、法人としても今後の事業展開や利用定員数確定に向け、行政はじめ諸機関からの情報収集を行っている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ショートステイなど地域に必要な事業の他、事業所の専門性を還元する取組みとして、外国からの技能実習生を受入れ、SDGsに貢献している。地域の在宅者支援を目的に「地域生活支援拠点」の開設を目指して準備を開始している。防災関係では、福祉避難所である併設作業所との連携で、被災者の受入れ予定である。これら事業所の公益性を意識した数々の事業展開は評価に値する。</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	①	b · c
<コメント> 利用者を尊重したサービスの提供に関して、定期的な研修等で確認している。OJTなどで指導する際には、事業所としての考え方を伝えることで、共通の認識が持っている。			
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	② · c
<コメント> プライバシーや権利擁護に関する研修は定期的に行われている。しかし、職員ごとに意識に差があるため、実際に、トイレ支援でドアが開放されたままのことがある。プライバシーに配慮した支援方法のマニュアルの整備と周知を期待したい。			
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	a	③ · c
<コメント> 施設概要は用意されているが、実際に利用する障害者が見て分かるものにはなっていない。職員内でも、利用希望者向けに分かりやすいパンフレットの必要性が論じられている。職員意見も取り入れ、より多くの人が理解できるようなパンフレットの作成が望まれる。			
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	a	③ · c
<コメント> 作業内容や班の変更といった施設内でのサービス内容の変更は、利用者本人の希望などを基に適宜行割れており、期間を定めた実習を行うことでスムーズな変更ができるように配慮されている。契約時に重要事項説明書などの説明を行っているが、利用者本人が読んで理解できるような合理的配慮が求められる。			
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	③ · c
<コメント> 事業所変更等に際しては、これまではサービス管理責任者が、個別に、かつ柔軟に対応してきたため、大きなトラブルになることはなかった。様々なケースがあるため一概に決めることはできないが、大筋の流れなどをまとめた手順書や、必要になるであろう書類の整備を期待する。			
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	④ · c
<コメント> 自治会の活動を、自治会役員が他利用者から意見を聞いてくる形に変更し、その中から日常生活への意見を法人全体で検討する仕組みがある。行事ごとに、事前・事後アンケートを実施しており、それらを基に具体的な内容を決定している。事業所からのフィードバックの弱さを危惧する職員の声があり、その面の改善を求めたい。			
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	④ · c
<コメント> 苦情解決の体制は整備されており、周知もなされている。しかし、周知のための書類やポスターが利用者に分かりやすく、合理的配慮がなされているとは言い難い。また、苦情の公表については法人として行っていないため、法人全体で検討し、苦情を申し出た利用者や家族に配慮した上での公表を期待する。			

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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談や意見を言いやすい環境としては整備されているので、相談や意見に関する窓口を分かりやすい形で掲示するなど、利用者や保護者に伝わるプリントや掲示物の準備を期待したい。併せて、意見をできるだけ平等に聞くためのルール作りも望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者自治会からの要求書を中心に、利用者の意見を集める仕組みや、それを検討する会議などが事業所として確立しており、機能している。利用者意見を尊重する姿勢があり、対応も迅速に行われている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>現実的に求められている新型コロナウイルス感染症関連のマニュアルや、BCP（事業継続計画）が整備されている。時期を定めて、マニュアルの見直し、改定も適切に行われている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症に関するマニュアルについては、こまめに見直しが行われており、緊急時に専門職（看護師）の応援をもらうための体制作りもできている。これまでの「緊急対応マニュアル」に加え、管理職不在時の「緊急対応マニュアル」の整備にも取り掛かっている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>隣接する同法人の通所作業所が福祉避難所となっているため、地域自治会や福祉関係団体との連携を期待する。また、備品などのリストアップを含め、現状でどれだけの期間、避難活動ができるのかなどの情報を共有することを望みたい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別化された実施方法については丁寧に作成されている。標準的な実施方法について、朝と夜のマニュアルは適切に作成されて活用されているが、日中のマニュアルは十分に活用されていない。どの利用者にも共通することは重要なことが多いため、活用されることを期待する。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>新しい支援方法について期間を定めての実施と、モニタリングを行う仕組み作りができつつあるようなので、その仕組みの早期確立と活用を期待する。</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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 独自の「ニーズ整理表」を活用することで、ニーズとギャップを分かりやすくまとめることができている。専門職がそれぞれの視点から見たアセスメントを持ち寄り、個別支援計画に反映させることで、福祉視点だけではなく個別支援計画が作成されている。アセスメント内容の全職員への周知も、鋭意努力して行っている。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 会議の開催や決定事項の周知・徹底など、定められた手法が確立しており、個別支援計画の変更についても確実に伝わる仕組みがある。今年度から、生活支援と生活介護の連携を強めている。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 電子記録媒体を使用し、必要記入事項のテンプレートも作成されている。記録することと、その共有への取組みが積極的に行われている。職員ごとに意識の差があり、記載内容の精度に差異が生じている。その点に改善の余地を残している。		
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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 管理体制は確立しており、アクセス権限がないと外部からはアクセスできないなど、セキュリティーも十分に機能している。しかし、職員の規程の理解が細くなくはない。課題となっているシステム管理のチーム化が行われることを期待する。		

## 【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 a · b · c
<コメント> 自治会役員が個々の利用者の意向を聞き、その声を反映できる環境が作られている。コロナ禍で活動が制限されている中、生活ルールの変更があった際は、利用者全員の合意を得るといった利用者主体の活動が行われている。今後も、利用者の意見が反映されやすい環境を維持していくことを期待する。			

### 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 · ② · c
<コメント> マニュアルや規程等、利用者の権利擁護に関して必要となるものは整備されている。「虐待が発生した際は報告」とあるが、虐待かどうかは行政が判断するので、疑わしい事例が発生した場合には、速やかに報告することが求められる。			

### 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	① a · b · c
<コメント> 一律に同じ支援を行うのではなく、利用者の能力に合わせて支援内容を変えており、生活の自己管理ができるように支援している。利用者が買い物に行く機会を提供し、自律・自立生活のための動機付けもやっている。今後もリスクと折り合いをつけながら、より自律・自立生活に向けた支援方法の模索を期待する。			
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 a · b · c
<コメント> 利用者ごとのコミュニケーション方法がファイリングしており、ヘルプで入った職員でもある程度対応できるようにしている。利用者のコミュニケーション能力の向上を、職員間の共通認識とすることに取り組んでいる。			

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	a · ② · c
<コメント> 利用者の意思を尊重する環境は整備されている。しかし、利用者に対して、誰にでも相談できることなどを、分かりやすい形で伝えられるプリントや掲示物はない。口頭だけの伝達に留めず、視覚的なツールの活用を期待したい。			
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> 事業所内での活動に関しては、利用者の意見を踏まえた上で、会議で決定して実施している。しかし、目線が施設内ばかりに向いている印象がある。自立支援協議会に参加し始めたとのことなので、そこを足がかりに、地域の社会資源についての情報収集と有効活用を期待する。			
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 · ② · c
<コメント> 強度行動障害者への支援方法の研修が実施され、利用者それぞれに「個別支援シート」が作成されている。支援内容を見直す仕組みも整備されている。しかし、職員間の記録作成に関する意識に差があり、それが記録の精度の差となっている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理栄養士が常駐しており、個別のカロリー計算まで行って食事を提供している。利用者個々の生活能力に合わせた入浴支援を行うなど、利用者一人ひとりに合わせたサービス提供が行われている。介護ロボットの導入により、利用者だけでなく職員への配慮も見られる。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 共有部分や通路には物品が多いように感じたが、掃除は適切に行われており、暗い印象は受けなかった。利用者の安全確保のため、移動が危険などの理由でベッドにセンサーをつけ、利用者の状況が分かるようになっている。引き続き、快適な居住空間の維持に期待する。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 看護師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職が常駐していることで、専門的な視点からアプローチをすることができている。心身の状態に合わせて、施設外での活動と室内での活動が選べるという点も好評である。今後も、多職種連携の一層の活性化が期待されている。		
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	a ・ ① ・ c
<コメント> 電子記録媒体にバイタル情報を記入することで、情報共有できる環境が整っている。事務室には緊急時の連絡先（どの利用者はこの医療機関に連絡するか）が掲示されている。有事の際に適切に対応できるように日頃から訓練を行い、ブラッシュアップしていくことを期待する。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> 服薬の準備を薬局に依頼し、1日ごとに分けて配達してもらっており、服薬管理や誤薬事故防止のための取組みに気を配っている。どこまでの行為を職員が行うかといった基準が明確になっていないため、明確化してそれに合わせた研修などを行うことを期待したい。		
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	a ・ ① ・ c
<コメント> 利用者の外出予定をホワイトボードで視覚化し、同じ利用者ばかりに偏らないように工夫している。地域の社会資源などの情報が少ないため、それらの情報がより多く利用者に提供され、地域社会への参加が促されることを期待する。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> 利用者の意向と家族の意向に差異があった場合の対応に苦慮している。家族の不安を受け止めながら、理解を得られるように情報提供や話し合いを重ね、利用者本人の希望が叶えられる環境が整うことを期待したい。		

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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 保護者によって対応する職員を代えている。人対人なので相性はあるが、どの職員でも同じような対応ができるようになることを期待する。終末期の支援に関しては、延命措置については家族の意向を確認し、看取りについては医療と連携して最期まで支援を行うことを確認しており、家族の安心を支えている。		
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		