

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：ひがしうらの家	種別： 施設入所支援 生活介護	
代表者氏名：間瀬 万梨	定員（利用人数）：５０名（５２名）	
所在地： 愛知県知多郡東浦町大字藤江字カガリ１１８		
TEL： ０５６２－８４－３４００		
ホームページ：https://r.goope.jp/higashiuranoie/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 平成 ４年 ７月 １日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 相和福祉会		
職員数	常勤職員： ３３名	非常勤職員： ２４名
専門職員	（施設長） １名	（サービス管理責任者）１名
	（看護師） ３名	（事務員） ５名
	（栄養士） １名	（調理員） ７名
	（生活支援員）３９名	
施設・設備の概要	（居室数） ３４室	（設備等）談話室、事務室
		静養室、医務室、調理室、
		浴室、作業室、食堂、多目的室
		応接室、活動棟

③理念・基本方針

★理念

すべての人にとって 今日一日が充実し 満足できるものであり 明日への希望が豊かでありますように

★基本方針

- ・ 基本的人権の尊重
- ・ 良質な環境を用意し良質なサービスを実現
- ・ 企画力を高めサービスの差別化を図る
- ・ 顧客満足を高める
- ・ 全ての事業活動は迅速に行い常にPDCAを意識する
- ・ 福祉サービスの基本は人材でありその専門性を高度に位置づける
- ・ 法令を遵守し、組織全体に適切に統治する

④施設・事業所の特徴的な取組

【利用者様の個別活動】

利用者様が楽しみや生きがいをつくりだすための活動・余暇・レクリエーションを提供しています。

また、最近では芸術活動の時間や場所、備品等を整え、利用者様には積極的に取り組んでいただき、その中でいくつか賞をいただくことができています。

【ホームページ、SNSによる情報発信】

普段どのような活動を行なっているのかを知る術として、ホームページやSNSに力を入れており、特にタイムリーな情報をお伝えする「ブログ」「Instagram」「TikTok」を定期的にアップして、情報発信を積極的行なっています。

【支援手順書の整備】

個別支援計画やアセスメントとは別に「支援手順書」を作成し、利用者様へさらに細かい支援のポイントや留意点などを記載しています。

どの場面でのどのような支援を行なう必要があるのかなど、支援する側の覚えとしても活用しています。

【創作活動】

音楽、陶芸、絵画、書道教室は講師を招いて活動を行っています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 6月 5日（契約日）～ 令和 7年 3月 4日（評価決定日） 【令和 7年 1月15日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	5 回 （令和 3年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆保護者との信頼関係の構築

一般的な社会常識として、「コロナ禍によって、福祉施設と保護者との関係が希薄になっている」と言うのが定説となっている。ところが、当事業所においては、事業所と保護者との強い信頼関係が様々な場面で垣間見られた。今回の第三者評価受審に際して実施した家族アンケートでは、事業所（職員）の姿勢や取組みについて、感謝や称賛の言葉があふれている。保護者の高齢化が理由となって保護者が廃止になり、それを悔やむ声もあるが、ホームページやブログによって事業所の取組みや利用者の様子を詳細に伝えており、これに賛辞を贈る保護者も多い。法人内で統一されたスペックのホームページは見やすく、作成者は「保護者の目」を意識している。

◆福祉分野を超えた地域貢献

町内の様々な企業や事業所で構成される、住みやすい街づくりを目的とした「チームミンナノチカラ」が発足し、当事業所も主要なメンバーとして参画している。「チームミンナノチカラ」は、福祉分野に限らず広く地域の課題と向き合い、多角的な視野に立って住みやすい街づくりを進める取組みである。国の施策である障害者と高齢者、子どもが、それぞれの役割を持って暮らせる地域づくりを目指す「共生社会の創生」の枠を、さらに拡大した取組みともいえる。その他の地域貢献事業・活動としては、地域生活支援拠点として、緊急一時保護の受入れを行い、古くから福祉避難所として登録している。

◆質の高い均一なサービスを担保する「支援手順書」

全ての利用者に対し、個別支援計画に基づいた「支援手順書」を作成している。「支援手順書」に沿って支援することにより、職員による支援のばらつきがなく、質の高い均一なサービス提供が可能となっている。加齢や障害の進行等を見据え、実態に応じた「支援手順書」の見直しや検討の機会を持ち、困難な事例は職員会議に諮って検討している。強度行動障害支援者養成研修をはじめ、関連する研修や勉強会に積極的に参加し、そこで習得したことを現場支援に活かしている。

◇改善を求められる点

◆個人目標の設定について

「自己評価・目標設定シート」による目標管理制度が運用されている。しかし、設定された個人目標が具体性に乏しいため、期中の進捗管理が曖昧になり、最終評価時に達成の可否や達成度合いが判定しづらい点是否めない。事業所の単年度事業計画は精緻を極め、各項目ごとに詳細な目標数値を掲げている。個人目標の設定にあたっては、事業所の掲げる目標とも関連付け、数値目標や具体的な到達点等を設定して取り組むことが望ましい。

◆段差の解消

建物は建築から30年以上が経過しており、現在の標準的な水準（合理的配慮、バリアフリー等）に合わせるための改修は困難な環境である。所々に段差があるがバリアフリー化されておらず、エレベーターの設備もない。身体が不自由な利用者や高齢者に、行動範囲の制限を感じさせる可能性もある。畳からフローリング、照明のLED化など、改善・改修が実施されているが、利用者の安全面、また心理的な観点からも段差の解消は急務である。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価にいただいたご意見、改善に向けた提案事項につきまして、真摯に受け止め、今後のサービス改善につなげていきたいと思っております。貴重な機会をいただきまして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	① ・ b ・ c
<コメント> 法人共通の経営理念と基本方針が、ホームページやパンフレットに示されており、それらが記載されたカードを全職員が携行している。理念や方針を理解した職員によって支援が行われ、保護者は職員の対応や利用者の姿を通して理念、方針を感じ取っている。利用者に対しては、毎月の自治会の中で説明が行われている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 町の自立支援協議会に参画して様々な情報を取得するとともに、町の地域福祉計画の作成にも委員として携わっている。町の社会福祉協議会が主導する「チームミナノチカラ」に参画し、障害分野を超えた地域の社会動向を把握し、地域に共通する課題と向き合っている。毎月の法人幹部会で、取得した情報を共有している。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 「利用者の高齢化・重度化」、「人材不足」、「個別活動の充実」、「建物の老朽化」を喫緊の課題として認識している。特に「利用者の高齢化・重度化」は避けて通れない課題であり、バリアフリー化やトイレ改修等のハード面の改善を行っている。施設生活が困難になった利用者については、相談支援事業所と連携して適切な移行先を検討している。			

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	a ・ ① ・ c
<コメント> 法人の中・長期計画に沿って事業所の中・長期計画を策定している。しかし、約20項目について中期（3年間）や長期の方向性を示すにとどまり、各年度の具体的な到達点が明示されていない。定期的な見直し・評価が行われているが、曖昧さを隠せない。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 中・長期計画の方向性を読み取り、単年度の事業計画を作成している。約20件の実施事項について30項目に近い評価基準を設け、詳細な数値目標が設定してある。事業計画の様式は全事業所共通であり、法人内の全事業所が統一した項目で目標設定しているため、事業所独自の取組みは「重点目標」として別枠で目標設定している。			

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> 月単位で事業計画の進捗を管理し、その状況を幹部会で報告している。さらに定期的な見直しとして、年度の間（9月末）で事業計画の進捗評価を行い、年度末に終了時評価を行っている。中間の進捗評価で、目標として掲げた数値目標の変更が必要となった場合には、理事会に諮って再度承認を受けている。終了時評価の結果は、次年度の計画に反映される。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 毎月の利用者自治会で、事業計画の内容（利用者に関する項目）を説明している。自治会は全利用者の参加を基本としており、4つのグループに分けて開催している。それぞれのグループで同じ情報が伝達されるよう、自治会進行のレジュメには、「事業計画に関すること」として利用者に伝える内容があらかじめ記載されている。			

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> 約20年前からISO9001（品質マネジメントシステム）の国際認証を継続取得しており、事業所内にはPDCAサイクルに沿った取組みや活動が根付いている。不適合や改善事項が抽出されれば、すぐには是正処置を講じる体制が構築されている。			
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> 3年ごとの第三者評価を受審し、受審しない年度は同じ評価基準を用いて自己評価に取り組んでいる。第三者評価および自己評価で「b」と判定された項目は、改善計画を作成して組織的に取組みを進めている。			

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、法人内の異動によって年度途中の8月に着任した。他の事業所での管理者経験が長く、事業所運営のノウハウも十分に備えている。管理者の職責は「運営規程」や「組織職務規程」に示され、「組織図」等から、管理者不在時の職務権限の代行者も明確になっている。事業所の広報誌「みどり」で、管理者の所信が表明されている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 県や町等の行政機関から関連する法令の改廃情報が通知され、また同業者団体等の会議、研修参加によって情報を取得している。法人内の幹部会が機能しており、その中で確実な情報共有が行われている。職員に周知が必要な情報に関しては、会議や資料配付によって伝えている。職員研修が必要な場合には、法人の担当部門から研修計画が示される。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> これまでの豊富な経験の中から、確実な事業所運営や充実した利用者支援の基本を「良好なコミュニケーション」としており、職員間や対利用者、対保護者へのコミュニケーション重視の方針を打ち出している。今回の第三者評価受審に伴って実施した家族アンケートでは、保護者の高い満足度が証明される結果となった。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 職員の業務負荷が現状以上に増えることが無いよう、利用者支援の量は増やさず、質を高める方針を打ち出している。事業所内の情報共有を確実かつ適時に行うため、業務用スマートフォンを職員全員に携行させ、インカムも出勤した職員全員が使用可能な数量を用意している。I C T化を進め、記録作成や情報伝達・共有等に支援ソフトが活用されている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 正規職員の定期採用は法人の人事グループ（採用、研修、育成担当）が主導し、ホームページをはじめ様々なツール、媒体を介して行っている。中途採用の正規職員およびパートタイマー等の非正規職員は、事業所管轄で採用活動を行っている。職員間のコミュニケーションを重視した定着対策をとっており、職員雇用は安定している。		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 成果主義を取り入れた5段階のキャリアパスが構築されており、「成績評価規程」に基づいて人事考課が実施されている。人事考課の結果は職員にフィードバックされ、昇給や昇格、賞与等に反映される。T e a m sにより、職員誰もが人事基準をはじめ内部規程を閲覧することが可能である。		
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組んでいる。	障16	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 有給休暇の100%消化、サービス残業の撤廃、時間外勤務ゼロを目標として、働きやすい職場環境の実現を目指している。メンタル面での休職や退職もなく、安定的な職員雇用が継続している。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、職員希望を取り入れて勤務シフトを組んでいる。雇用形態も柔軟で、職種の変更や他事業所への異動も視野に入れている。		

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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 「自己評価・目標設定シート」による目標管理制度が運用されている。しかし、設定された個人目標が具体性に乏しいため、進捗管理が曖昧になり、最終評価時に達成の可否や達成度合いが判定しづらい点は否めない。事業所の掲げる目標とも関連付け、数値目標や具体的な到達点等を設定して取り組むことが望ましい。			
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	⑥	・ b ・ c
<コメント> 法人内の人事部門（採用、研修、育成担当）が研修計画を作成している。新人研修を始め階層別研修は法人主導で行われるが、テーマ別研修は法人指示の下に各事業所で実施されている。運転業務担当職員や調理員は事業所で研修を受けるが、他の専門職員は外部研修に参加している。研修の履修後には、必ず効果測定が行われている。			
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	a	・ ⑥ ・ c
<コメント> 正規職員は、階層別、職種別、テーマ別の研修機会が十分に用意されており、研修効果も測定されている。救急救命講習に関しては、事業所で自前の講師を養成し、いつでも講習が実施できる体制である。研修履歴の管理をシステム化する計画が進んでいる。課題は、正規職員と非正規職員との研修機会のギャップである。			
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> 社会福祉士、介護福祉士、保育士を目指す実習生に加え、「教員免許特例法」による介護体験等の受入れも行い、年間の受入れ数は20名を超える。これらを受け入れるためのマニュアルも整備されているが、実習終了時の振返りがマニュアル通りには行われていない。マニュアルに掲げた目的の達成度を評価された。			

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	④ ・ b ・ c	
<コメント> ホームページが充実しており、様々な情報が公開されている。法人内の各事業所が同じスペックでホームページを開設しており、見やすく統一感がある。「苦情解決規程」では、苦情情報をホームページで公表することとしており、ホームページの「みなさまの声」の中で公表している。実際に受け付けた苦情がないことから、苦情のなかったことを公表している。			
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	④ ・ b ・ c	
<コメント> 事業所の現金出納は、10万円を限度とする小口現金制で管理している。物品の購入にあたっては「物品購入伺」を用い、管理者を決裁者、経理担当職員を出納責任者として執行し、内部牽制を働かせている。ISO9001の内部監査や外部審査に加え、外部会計監査人による外部監査も受けている。			

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	④ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 地域との関わりが「手引き」に明記されており、事業所の方針も記載されている。利用者の高齢化・重度化が足枷にはなっているが、地域行事には積極的に参加し、事業所イベントの開催時には地域に参加を呼び掛けている。利用者の希望を聞き、職員と帯同して地域の商業施設や喫茶店を利用している。			

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	① ・ ② ・ ③
<コメント> 完全にコロナ禍前の状態に戻ったわけではないが、中断していたボランティアの受入れが、徐々に再開されつつある。地域の小学校や中学校と連携して生徒をボランティアとして受け入れ、教育機関の福祉教育に協力している。町の社会福祉協議会が推進する「ちょボラ（ボランティア入門）」の受入れも行っている。		
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	① ・ ② ・ ③
<コメント> 「社会資源利用」の手引きの中に、事業所が必要とする社会資源との関わり方が明記されている。公共機関や医療機関、関係機関、取引先等が網羅された「電話帳リスト」を、社会資源のリストとして活用している。特に、町の担当課や社会福祉協議会とは、密な連携を図っている。		
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	① ・ ② ・ ③
<コメント> 町の担当課や自立支援協議会、社会福祉協議会と連携する中で、地域の福祉ニーズや共通する課題を把握している。毎月開催される法人の幹部会でも、メンバーが持ち寄った情報が共有され、福祉ニーズへの対応（事業展開）が協議されている。法人の相談支援事業所ハーネスからは、在宅障害者の情報も取得している。		
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	① ・ ② ・ ③
<コメント> 町内の様々な企業や事業所で構成される、住みやすい街づくりを目的とした「チームミンナノチカラ」に参画している。「チームミンナノチカラ」は、福祉に限らず広く地域の課題に向き合って取組を進めている。地域生活支援拠点として、緊急一時保護の受入れも行っている。古くから、福祉避難所として登録している。		

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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> パンフレットやホームページ、事業所内の掲示のみではなく、法人の姿勢が記されたカードを各職員が名札の裏に常時携帯している。基本的人権の尊重に関わる研修を、年間計画に盛り込んで実施している。思いやりパトロールやセルフチェックの機会をつくり、定期的にフィードバックして振り返り、気づきの機会としている。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> プライバシーの尊重と保護の手引きが整備されている。虐待防止委員会の活動や法人内の権利擁護組織の活動、さらに研修機会を活用して価値観や知識の共有だけでなく、支援への活用を図っている。建物の構造上2人部屋となっている現状ではあるが、利用者の希望や相性、アセスメントから得られた根拠等を勘案し、カーテンや仕切りなどを設置している。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> ホームページ、パンフレットだけでなく、時代に合わせた発信手法が検討され、SNSを活用した情報の発信にも積極的に取り組んでいる。利用希望者には障害特性に合わせた環境を設定し、施設見学や体験の機会がつけられている。行政や相談支援事業所とも、綿密な協力体制がとられている。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> 障害特性に合わせ、ルビや写真等の視覚的情報を活用した伝達手段が複数整えられている。現在の伝達手段に留まらず、利用者の特徴に合わせた最適の伝達方法を検討している。利用者だけでなく、家族や支援関係者からも情報を取り、また利用者の代弁者として情報を共有している。「まだ、不十分かも？」という向上意識から、伝達に対するさらなる試行が行われている。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> 「利用契約書」の第9条に基づき、移行に関わるフローチャート、確認や支援手順が整備されている。進捗状況や漏れを起こさないよう、チェックリスト形式となっている。身近な支援担当者、サービス管理責任者、管理者の役割分担と協力の仕組みがある。個別支援計画や「支援手順書」、「医療カルテ」等、情報の引継ぎの仕組みが機能している。			
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	㉔ ・ b ・ c	
<コメント> 事業計画に顧客満足に関する項目が明示され、数値化した目標を設定している。利用者自治会が開催され、話し合いにより意見や要望が集められている。要望等への取組みの結果を自治会や家族にフィードバックする仕組みがある。また、全体の中では発出しにくい利用者の意見や要望を個別に聴きとる機会があり、「日報」に記載される仕組みがある。			
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> 苦情受付の仕組みが明文化され、体制が整えられている。この2年ほどは、記録として残すほどの事柄はなかったが、日常における個別ニーズとして、利用者から要望のあった事柄を「日報」に記録して共有している。これらのケースにおいて、自己判断にならないように管理者に報告をあげ、判断を仰ぐ仕組みが整備されている。			

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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 自治会の開催方法を検討し、少人数と、全体の2グループで行っていた形を再編し、少人数4グループをベースとして開催している。開催場所については、複数の選択肢が提案されている。自治会の冒頭で、職員の役割について「私たちはみなさんの幸せのために」協力、一緒に考えるということを発信し、周知が積み重ねられている。			
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 満足度調査や要望受け付け、日常の記録等を根拠に、課題の整理表を作成してニーズ把握を行い、支援計画に反映させる仕組みがある。インターネット上の「シンプルケース」というソフトやT e a m sを活用し、「すぐに取り掛かることができること」、「時間のかかること」の整理を行い、個別支援計画や「支援手順書」に明記して実行している。			
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 安心・安全なサービス提供のため、各種の手引きを整備し、年間の研修計画を基に研修を開催して職員間の共有を図っている。ヒヤリハットの事例を集約し、ケース記録（シンプルケース）や職員会議にて共有し、未然防止につなげている。「支援手順書」や課題の整理表に反映させ、事故等の防止に努めている。			
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 感染症BCP（事業継続計画）を整備し、職員研修を実施してBCPの共有を図っている。また、医務職員により、感染症の手引きや動画に収められている嘔吐物の処理方法、発熱時のフローチャート等を確認する機会があり、職員誰もが適切な行動ができる環境づくりを行っている。			
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している。	障39	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 災害BCPが作成され、「防火管理規程」や非常災害対策計画が整備されている。災害時のフローチャートを基盤とした、利用者、職員の安否確認方法を共有し、訓練にて実効性を確認している。法人内で年3回の災害実践訓練、事業所では毎月地震想定避難訓練を実施している。備蓄品の管理は管理責任者を中心に行い、地域関係者との合同訓練の再開を検討している。			

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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 支援の標準的な実施方法が、手引きや手順書として文書化されている。新規採用や職員の異動時などに周知することを必須とし、OJTで伝達されている。新規採用者には、社会人としてのマナーや基本的なルール等を伝達共有する機会をつくり、法人倫理や価値観も併せて共有する機会としている。利用者ごとの個別の支援手順書の変更を随時行い、都度、共有機会を設けている。			
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 手引きや手順書に関しては、年度の初めに確認し、支援の実態との齟齬が無いかを見直す仕組みがある。また、業務に関する手引きごとに責任者が決められており、手引きの内容に追加や修正があった際には、改訂された手引きを活用し、職員会議などの機会を使って研修を行い、共有の機会としている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画の策定前に、利用者や家族、相談支援専門員等の関係者から情報を得て、再アセスメントを行っている。「個別課題整理表」を作成し、個別支援計画や支援手順書へ展開する流れができています。支援困難ケースは、「業務日誌（シンプルケース）」やT e a m sを活用し、検討⇒対策⇒実行⇒モニタリングの仕組みがある。		
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> 個別支援計画は、6ヶ月を標準期間として作成されている。ニーズの変化や実情に合わなくなった場合には随時変更が行われており、「ケース記録（シンプルケース）」やT e a m sにて職員全体で共有し、常に変更事項の確認ができる仕組みがある。非正規職員においても、スムーズな共有ができています。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 業務記録のデータベースソフト「シンプルケース」を活用し、各職員が記入することができ、また閲覧できる環境がある。事実と見立て、気づきの記録が、手引きに沿った手法で記載されている。また、これらの情報が職員会議やグループごとの会議で発信され、確認が行われている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 記録類を利用者ごとのファイルにまとめ、鍵付きの書庫にて管理している。個人情報の取扱いに関しては、法人規程と手引きが整備されている。パソコンにはログインパスワードが設定され、ウイルス対策が実施されている。研修で共有されている「社会人の基本」をベースに、守秘義務が遵守されるための仕組みがある。		

【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> 「やっているつもり」にならないよう、職員は高い倫理観を持って支援にあたっている。利用者の意向の尊重や主体的な活動について、職員目線や職員（事業所）都合になっていないか、常に自問自答が繰り返されている。職員の価値観に偏りが生じないよう、グループ会議を開催して意見交換を行い、意識を共有する機会がつけられている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 自治会活動時に、権利侵害や合理的配慮などについて、絵やイラスト等の視覚化した情報を補足しながら話をしている。虐待防止委員会や身体拘束適正化委員会を設置し、研修や報告の機会がある。2ヶ月に1回の「思いやりパトロール」が職員の気づきの機会となり、防犯カメラの導入が意識改革につながっている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 開設が平成4年と古く、家族や地域の事情等で入所している利用者が多数を占める。そのような背景がある中で、「自己発信」や「表現の自由」を拡大させようとの支援を行っている。選択の機会や体験の機会を数多く提案できるよう、利用者の自立課題の件数を100件用意することを目標に掲げている。		
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> 言葉だけに頼ることなく、視線や表情、態度、行動等を観察し、「聴くこと」をベースとしたコミュニケーションを図っている。エンパワメントの視点を持ち、障害特性に応じたコミュニケーションツールを活用している。「文字盤」を活用するなど、練習の機会もつくられている。過去に使用していた「リスク管理表」の内容を「支援手順書」に盛り込んで活用している。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 意見や意思を表出する機会をつくり、家族や職員が表現する「代理決定」になりにくい環境づくりに取り組んでいる。言葉と実態の「ギャップ」を考察し、根拠の整理と見立てを行い、利用者の「現時点での意思」として捉えられている。利用者からの発信の機会を大切にし、「聴いてもらえている」につながる実感づくりが行われている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者一人ひとりについて、希望する活動（虹色活動）の機会が保障されている。また、利用者のその時々気分や体調に合わせて、活動の選択肢が提案されている。地域の専門家に協力を依頼し、利用者が絵画や書道、陶芸等を学んでいる。リラクゼーションの機会や各種行事への作品出品など、イベント参加情報が提供されている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 全ての利用者に対し、個別支援計画に基づいた「支援手順書」を作成して支援している。加齢や障害の進行等を見据え、実態に応じた見直しや検討の機会を持ち、困難な事例は職員会議に諮って検討している。強度行動障害支援者養成研修をはじめ、関連する研修や勉強会に積極的に参加し、そこで習得したことを現場支援に活かしている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 個別の「支援手順書」やアセスメントで得られた情報が共有され、支援が行われている。「支援手順書」には、利用者個々の状態、ニーズに合わせた生活上の支援方法が明示され、状況に応じて随時変更が行われている。定期的に利用者の給食会議への参加機会をつくり、利用者から直接意見を聞き取り、希望や意向を把握して献立作成や調理方法等に反映させている。		
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	a ・ ㉡ ・ c
<コメント> 建物は建築から30年以上が経過しており、現在の標準的な水準に合わせるための改修は困難な環境である。所々に段差があるがバリアフリー化されておらず、エレベーターの設備もない。身体が不自由な利用者や高齢者に、行動範囲の制限を感じさせる可能性もある。畳からフローリング、電気のLED化など、改善・改修が実施されているが、段差の解消は急務である。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 看護師や作業療法士、医師等と連絡、連携のできる環境である。個別支援計画や「課題整理表」に基づき、グループ活動や個別活動にて運動やマッサージ、リハビリの機会がつけられている。また、「できること（ストレングス）」に着目し、身体機能の維持につながる活動に計画的に取り組んでいる。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 毎日のバイタルチェックや排泄の状況、食事摂取量を記録し、ファイリングしている。利用者の体調の変化は、「業務日誌」やTeamsを使い、複数の職員による確認が可能であり、看護師との協力体制も構築されている。定期的に、医師等による内科相談やブラッシング指導を受けることのできる環境がある。利用者の定期通院には、職員が付添い支援を行っている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 服薬管理や投薬支援が、規程や手引きに基づいて行われている。「個人票」や「アセスメントシート」、「支援手順書」に慢性的な疾患やアレルギー等に対する支援内容が示されている。定期的に医師の訪問があり、医療相談の機会がある。年間の研修計画に医療に関する研修機会が明示されており、事業所ごとに研修を実施している。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 一部の利用者に限られるが、選挙権の行使のために投票に出かけている。支援の手順は「選挙の手引き」に明記されている。ただ、昨秋の総選挙は、事業所内でコロナ感染症の蔓延があり、急遽投票を断念する結果となった。買い物支援では、利用者の希望に沿って地域の商業施設や商店に出向いている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 力量的に地域移行が可能な利用者は、既に地域移行を果たしており、現時点で地域移行を検討している利用者は1～2名に留まっている。移行先としては、そのほとんどが法人内の共同生活援助事業所（障害者グループホーム）である。事前にグループホーム体験を行い、一人暮らしの見通しを立てて移行している。		

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> 保護者の高齢化に伴って保護者会は廃止されたが、事業所の広報誌「みどり」を送付して事業所の取り組みや利用者の様子を伝えている。ホームページは、保護者を意識した内容である。年度末には、事業報告と次年度事業計画を伝えるため、保護者説明会が開催される。開設30周年記念事業が計画されており、保護者参加を呼び掛ける予定である。		
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		