

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

シヨーマネ

②施設・事業所情報

名称：グループホーム楽	種別：共同生活援助
代表者氏名： 理事長 石川 智弘	定員（利用人数）： 10名
所在地： 愛知県豊田市北曾木町柿内363番地1	
TEL： 0565-77-2563	
ホームページ： https://rakufukushikai.blog.jp/?p=5	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 2015年09月01日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 特定非営利活動法人 楽福祉会	
職員数	常勤職員： 7 名 非常勤職員 4 名
専門職員	（専門職の名称） 名
	サービス管理責任者 1名
	介護福祉士 2名
施設・設備の概要	（居室数）
	14室
（設備等）	

③理念・基本方針

ご利用者様の思いや願いを尊重し、ご本人らしい生活が送れるように支援いたします。

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>●立地・環境 施設は豊田市の山間地域の一角にあり、自然環境に恵まれている。少し丘を上がれば豊田市中を一望できる眺めのよい地域でもある。春には桜並木、初夏は丘一面の段々の水田畑、秋は山々の鮮やかな紅葉、冬には市街では珍しい、子どもたちが雪だるまつくり勤しむ風景など、日本の四季を身近に体験できる環境がある。</p> <p>●山間地区の知的障がい者（児）支援の拠点 障がいのある方が心身共に健やかな生活を送り、社会・経済・文化などの活動を通じて、地域社会の一員としての暮らしができるよう支援している。</p> <p>●設備 新築にて建設された現在の建物は、居室、食堂、浴室、事務室・相談室等がそれぞれ2棟ずつで構成され、障害における特性などで配慮が行える環境を整え全てバリアフリー施工である。利用者は個室の他、食堂でくつろぐこともできる。</p>

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 7 年 11 月 1 日 (契約日) ~ 令和 8 年 2 月 18 日 (評価決定日) 【 令和7年12月10日、令和8年1月21日(訪問調査日) 】
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (令和 6年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

●自己選択・自己決定支援の重視体制

主体は誰であるかは理念にも記されていて、利用者さんのご本人らしさを実現のため、介助がいる方に、どこまでのお手伝いが必要かまで、計画やミーティングを通じて支援の共有化できていた。記録や申し送り事項についてはIT化も進められており、より密で迅速的な体制の強化も期待できる。

●個々に寄り添った感染対策

手洗いやうがいが必要な方には、帰所後にすぐに入浴できる体制や環境が整えられており、結果、一人ひとりに合った感染対策が実行できていた。実際、毎年感染症にかかる方がほとんどいなかったり、かかってもそれ以上感染が広がることがなかったり、感染対策の効果はかなり高いことが伺える。

●住環境の整備

共有のフロア、洗面所、トイレ、食堂、清掃が常時行き届いており、特にトイレに関しては尿臭がほぼしない。利用する方がどのような環境があれば嬉しく快適かをよく考えてみえ、実現していく日々の努力や取り組みが見てとれました。

●福祉サービス第三者評価への取り組み

第三者評価を受審するにあたり事業所のサービス内容の外部評価への意識、サービス内容向上のために受審され、福祉サービスの質の向上への真摯な取り組みは高く評価できる。

◇改善を求められる点

具体的な「長中期計画」の整備

人材確保も含めた先の見通しをここまでにこれだけ決める、実行するなど、スケジュールを作成していく。やることの優先順位をつけるためには、現状の把握は必須。弱いところや先に起こりうるリスクに関しては、優先的に解決の手段を講じていく。現状の強みに関しては、現状を確保しながら、継続できるところをまずは目標に。弱いところに対しては「〇〇の対策は既に講じているので安心してください」と利用者さんや職員さんに具体的な方向性や根拠を持って、発信し周知できることも期待していきたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

中期、長期の視点について、日々忙しい業務や支援連続では、なかなか一歩先まで考えが届く事はありませんでした。第三者評価を通じて客観的に現状を振り返ることができました。理念や指針など軸を忘れてはならないことや、今が安定していたとしても、次はどうなる？ どうしたいか？など、先の見通しをつけたり、計画が決定したら、次は実現に向けて、具体的な準備をスケジュールにし、見にくいものを見える化していくことで、法人内の職員で一致団結して取り組んで行ける仕組みを強化をしていきたいと思いました。感染症の予防のお風呂の準備など、あたりまえだと思ってやっていたことが、他の施設ではあたりまえには行われてはいないことを知り、「楽」ならではの強みにも気が付けることができました。

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 b c
<コメント> 基本理念と運営方針「ご利用者様の思いや願いを尊重しご本人らしい生活が送れるよう支援いたします」は明文化され、パンフレットや事業計画、ホームページに掲載されており、ホーム内にも掲示されている。周知できるよう工夫が見受けられた。		

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 b c
<コメント> 会計士を入れての内部監査を行い、経営の適性化を見直せる仕組みは構築できている。また法人の経営会議等で、福祉動向や経営状況を把握している。法人内においては理事長以下施設長までが参加する、運営会議が定期的に開催されている。		
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	a b c
<コメント> 入退所の検討、高齢化対策、新入所者の支援方法等、ホームに関する運営課題等は、管理者と理事長によって随時開催される臨時会議にて協議、検討されている。グループホーム連絡会議やホーム会議で職員が情報を共有し、具体的な実践に繋げている。		

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 b c
<コメント> 管理者と理事長間での会議では、ホームの事業計画などは話し合われている。今後は内容については明文化し、法人全体に周知されるよう工夫し取り組まれることを期待していきたい。具体的には経営ビジョンや法人理念の内容を盛り込んだ研修の実施や資料の整備、法人の強みや課題については、多くの意見を反映できる体制の構築したいとお話を聞けた。		
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 b c
<コメント> 事業計画と事業報告との関連が薄い。事業報告で詳細に説明することが求められる。そのためにも事業計画の主要な取組みや活動については、今後は主要な項目には数値目標や具体的な到達点を設定し、期中の進捗評価や期末の最終評価が正確に実施されるよう期待したい。		
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 b c
<コメント> 各業務担当が実施状況の進捗評価を行い、反省点があれば必要な修正をかけている。スタッフ会議に挙げて検討し、評価と反省を踏まえて事業計画の策定を検討している。より多くの職員意見を収集しようとしているという視点では十分とは言えない面はある。		

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	c
<p><コメント> 事業計画は関係する内容及び「個別支援計画」などは家族等への説明はできている。利用者には個別支援計画のモニタリングにおいて、見直しの際にも説明を行なっている。事業計画の一層の理解を得るため、地域運営推進会議の開催の検討や、より分かりやすい資料を用意する等の工夫が望まれる。</p>				

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	b	c
<p><コメント> 福祉サービスをより良くするために、第三者評価を定期的に受審している。利用者へは満足度調査を担当職員の間取りにより、実施し個別支援の質向上に役立っている。第三者評価に基づく自己評価を毎年実施されているので、サービスの質についての結果を前年度と照らし合わせ、課題をさらに明確化できる工夫を期待したい。</p>				
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	b	c
<p><コメント> 利用者個々のケース対応に関しては支援上の課題改善に向けての話し合いを行っている。高い安全性の有無とサービスが行き届くかの視点や意識は高い。特に人員に対して、安全に支援できるのかは最優先されている。サービス評価の実績の回数はまだ少ないため、今後職員や家族の意見や意向の収集と内容の実現については検討されたい。</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。				
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	b	c
<p><コメント> 管理者の責務は「運営規程」に明記されている。職員体制については毎年見直しされている。業務は管理者一人がなんでも引張るのではなく、皆で協力して運営を進めていくところに視点を置き、多々ある役割りを他の職員にも割り当てることで、業務が効率的に分散できる工夫が見られた。管理者が管理業務に集中できる時間の確保できるようになってきたなど、一体的に効率よく、運営が進んでいく傾向が見られた。</p>				
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	b	c
<p><コメント> 関係法令等は行政通知の他、管理者セミナー等に参加して把握し、得た情報はスタッフ会議で職員に周知している。またコンプライアンス重視の姿勢も打ち出している。リスクマネジメント責任者は管理者が行っているが、資料作成、研修準備、実施などはマネジメントの副担当を立て、新たなフォロー体制を構築し、研修をより盛り上げていこうとする姿勢が見られていた。</p>				
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	b	c
<p><コメント> 管理者は、職員に対して支援方法の具体的アドバイスをを行っている。方向性を示し、実施方法を個々に導くコーチングなど、ケースや案件に応じて、スーパーバイザーとしての指導や助言方法を用いている。また、職員の自主学習会や課題を設け、専門知識の習得をサポートしている。評価制度を通じ目標達成率・水準などを数値にて分析することにより、成果が職員間で共有できることも今後は検討されたい。</p>				
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	b	c
<p><コメント> 時間外労働が発生しないよう、勤務シフトを綿密に組んでいる。非正規職員も参加する現場会議での意見を尊重し、利用者と職員とがともに楽しみを共有できるよう、様々な改善が行われている。緊急に勤務シフトを変更・調整するケースにも職員の協力的な対応がある。</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。			
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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>事業計画に基づき職員1名の増員による体制の強化や、若者が福祉職で長期間勤務ができる取り組みは見受けられる。長期的にサービス提供が持続可能な人員を今後も確保していくことは課題。外国人労働者の参画など、実現性と持続可能性がある、具体的な対応を検討して行けることを期待したい。</p>			
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>職員とのコミュニケーションを重視し、面談を増やし意思疎通を図ることで労務問題の解決を図っている。これを基にした人事考課を実施している。考課シートにより自己評価、管理者評価を一層に活用を行い、成果測定しフィードバックをしていくことに期待したい。法人が期待する職員像等についても周知できる方法を確立していただきたい。</p>			
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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>定期健康診断や管理者からの面談の中で働き方について、意向を聞いて職場配置の見直し等に反映しながら、心身の健康管理をサポートしている。また、休暇取得や時間外労働なども問題は見られない。面談の実施の他、ハラスメントの窓口も設置しており、就業環境としては整った職場と言える。</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。			
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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>管理者は、個別面談時に職員個々の目標を聞いてアドバイスを行っているが、目標管理を職員育成、人事考課、仕事上の成果に紐づけた重要な制度として体系的には運用できていない。年度末だけではなく中間でも達成度、進捗を確認し、達成への積極的な支援を行う体制の構築を期待する。</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	a · b · c	
<p><コメント></p> <p>機会あるごとに法人理念と基本方針を伝えることで、支援の方向性を明確にしている。研修に関しては虐待防止の研修は全員が受講し、不適切対応の防止に努めている。その他の研修に関しては世話人の方が、勤務の関係で参加がなされていない状況があり、計画的に実施していくことも含め課題がある。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>OJTの関係では、目標・評価による具体的なシステムは整備されていないが、サービス管理責任者による実地指導を経て単独業務を開始している。また虐待防止研修により、人権擁護に関する基本的な考え方を学ぶと共に、虐待事例の検討を通して不適切支援の抑制を目指している。実態に即した強度行動障がい研修の実施や、流行前に感染予防の研修を計画できるなど、即実践できたり、利用できる研修機会の組み立てに期待したい。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>非該当 グループホームにおける実習が、養成機関の定める実習と認められていないことから、この項目を「非該当」とする。</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 · b · c	
<p><コメント></p> <p>法人のホームページを使い様々な情報が公開され、また法人情報もネット上に公開されており、運営方針等多くの情報が掲載されている。第三者評価結果も公表している。今後は地域推進会議も開催予定もあり、より外部に開けた取り組みが期待できる。</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	a	b	c
<p><コメント> 公認会計士による月次指導を受け、法人監事による年2回の内部監査も実施されており、経営のチェック体制は整っている。また、社労士による労務面など専門分野からの指導も入っている。監査の内容は役員だけでなく、明文化し多くで共有できることを今後は期待していきたい。</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 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	障23	a	b	c
<p><コメント> 事業所のことを知ってもらうため、外部団体や施設との交流の機会を設けている。今後は地域推進会議も開催を検討している。また、利用者は事業所周辺の店舗へ自分で買い物に行ったり、バスが利用できるなど、ゆくゆくは利用者さんが地域で生活できるようになる取り組みにも力を入れていた。</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。	障24	a	b	c
<p><コメント> プライバシーを伴う地域生活では、ボランティアの受入れは難しい側面がある。ただ、ボランティアは社会との貴重な接点であり、利用者の社会性を高める身近なツールでもある。閉ざされた日常生活とならないための一つの対策ともなる。受入れに関するマニュアルの整備や担当者の選定等の体制を整え、受入れ機会に対応できるよう備えられたい。今後は体制の整備も含め、利用者和社会との接点でもあるボランティアの受入れを是非とも進められたい。</p>				
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	b	c
<p><コメント> 関係機関のリストについては、利用者個人別に作成して個人別ファイルに保管をしている。BCP（事業継続計画）において、関係業者のリスト（日中活動の事業所やかかりつけ医の連絡先一覧）を作成しているが、定期的に更新する仕組みを含め、職員がすぐ確認できる資料の作成と保管方法の工夫が望まれる。</p>				
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	b	c
<p><コメント> 相談支援事業所や自立支援協議会から、地域の福祉ニーズを把握している。相談員との連絡頻度も多い。法人以外の関係団体が少ない。地域で生活する利用者に必要な様々な情報などは、常にアンテナを張って取り入れ、利用者支援に役立てることが望ましい。</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。	障27	a	b	c
<p><コメント> 地域の清掃活動など積極的に実施している。防災面では消防機関と連携して訓練を実施している。今後は訓練の際には署員の方と施設規模、場所、入居者情報（要救助者数）や消火設備の配置等も、事前に確認していけると救命率の向上につなげていける。また防災機器はわかりやすく配置され、緊急連絡先も見える化され整然としていた。</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	a	b	c
<p><コメント> 研修参加や勉強会等を通して、人権の尊重を根付かせる取組を行っており、その内容が毎月のミーティング等で共有されている。面談での姿勢確認も行っているが、今回の調査において、利用者尊重の姿勢が示されている倫理要領が確認できなかったため、要領の作成で取り組みの見える化、明文化が進むことを期待したい。</p>				

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 <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p><コメント> 施設および居室は清潔に保たれており、生活の場にふさわしい環境となっている。着替えや排泄、入浴支援などの日常的な支援現場におけるプライバシーへの配慮は行われている。一方、プライバシー保護マニュアルは整備されておらず、明文化はなされていない。これを整備することでプライバシー保護の考え方や支援方法を、より明確化されることを期待したい。</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。		
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 <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p><コメント> グループホームの体験利用を活用し、見学・説明だけでなくグループホームでの生活を体験する機会を設けている。一日体験利用者の状況は把握し記録もされ、確かな根拠を元に情報提供を行えている。</p>		
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 <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c
<p><コメント> サービス管理責任者が「契約書」や「重要事項説明書」の説明を丁寧に行っている。「重要事項説明書」の変更に関しては、記載事項変更書類をその都度作成している。変更前と変更後が分かりやすく比較対称されたものとなっている。ただ、利用者の障がい特性に合わせて、工夫した資料の作成はされていない。また、意思決定が困難な利用者への配慮も含め、説明の手順やチェック表も必要であり作成されることが望まれる。</p>		
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 <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c
<p><コメント> 相談支援専門員につなげて体験・見学を行うなど、利用者・家族のニーズに可能な限り応えようとする体制がある。課題としては福祉施設・事業所の変更や地域への移行にあたり、福祉サービスの継続に配慮した、手順書や引継ぎ文書の整備が望まれる。</p>		
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 <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p><コメント> 適宜要望や相談を受け付けられるよう、1対1で話ができる時間を設けるよう努めている。日常的な支援の中でのコミュニケーションを通じて、要望や意見などを積極的に取り入れるよう努めている。また1ヶ月に1度、利用者参画の下での検討会議において内容を確認している。その内容は「業務日誌」や「申し送りノート」に記録されている。今後はタブレット等も活用し、伝達の業務改善にも取り組む姿勢も見られた。</p>		
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 <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p><コメント> 「重要事項説明書」への記載があり。苦情解決の仕組みは整備されており、利用者や家族への周知もされている。現場会議で話し合うなど改善に向けて話し合い対応をしている。苦情解決の記録も作成されたうえでファイルリングされ、法人内で周知を行って情報共有を図っている。</p>		
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 <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c
<p><コメント> 利用者からの相談は、主に担当職員に直接寄せられる傾向にある。内容は「申し送りノート」等で情報共有されている。日常的に会話をする利用者が意見を述べやすい雰囲気づくりをしている。相談先については「重要事項説明書」に記載されて掲示されているものの、利用者にとってその仕組みがより理解しやすくなるような工夫が求められる。</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	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p><コメント> 職員は日常の福祉サービス提供時に、利用者が相談や意見を述べやすいよう配慮している。利用者・保護者からの相談や意見に対しては事業所内で情報共有して、都度適切な対応がなされている。相談内容については傾聴で留まることなく、業務改善や新たなニーズを発見できる機会として、捉えていける姿勢も見受けられた。</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	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント体制として、管理者が事故防止の担当者はサービス管理責任者として定められている。ヒヤリハット事例や「事故報告書」それを基にした会議録が作成され、未然防止や再発防止に向けて検討されている。当該事業所の職員の中には、リスクマネジメントに関連する研修への参加実績はないため、今後の参加を検討されたい。</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	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p><コメント></p> <p>事業所は感染症の研修を感染症の流行期に実施している。職員間にも内容は周知されている。うがいや手洗いが苦手な利用者さんには感染予防の代替案として、帰所後にすぐに入浴ができる体制や環境整備を行っており、個々に合った感染対策までもがよく考えられていた。感染者が出て感染がホーム内に広がったケースは例年なく、研修での学びが実践できていることも伺えた。</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 <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c
<p><コメント></p> <p>災害時の対応体制は整備され、BCP（事業継続計画）も策定されている。防災訓練・避難訓練等を実施し、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。備蓄品はあるが、災害復旧が長期化して物資の支給が滞った場合に対応できるか疑問が残る。一般的な備蓄量のみではなく山間地域特性に鑑みた再検討も望まれる。</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 <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p><コメント></p> <p>利用者ごとの支援内容は、アセスメント取得から計画立案まで利用者個々に作成され個別支援計画に反映されている。また、実施方法が記載された資料は職員がいつでも確認できるように配慮されている。</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 <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c
<p><コメント></p> <p>サービスの実施方法に変更があった場合は、毎月の支援会議において検討・見直しがされており、変更事項は個別支援計画に反映されている。マニュアルや手順書を見直したり、改訂するためのルール作りに期待したい。標準的な実施法に基づいてサービスが実施されているかどうかの確認をする体制も望まれる。</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	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p><コメント></p> <p>アセスメント用紙への記入要領は定められ、個別支援計画策定の責任者は定められている。利用者一人一人の具体的な希望や意向を確認し、個別支援計画を作成している。個別支援計画は利用者の誕生日にスタッフ会議の中で見直している。個別支援計画は利用者から意向確認を行い、利用者の話や想いを丁寧に聞き出している。サービス管理責任者が中心となり、世話人・生活支援員から聞き取りを実施し、意見を取り入れて作成している。個別支援計画作成後は、更新された個別支援計画の支援内容を確認してもらい、利用者から自筆のサインをもらっている。</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。	障43	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しの手順は作成されていないが、サービス管理責任者や担当職員で半年に一回、モニタリングのもと個別支援計画に反映している。必要に応じて都度モニタリングを行っている。個別支援計画の見直しが生じた場合、会議を実施して検討している。その結果は職員間で共有されている。</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。		
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 <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p><コメント></p> <p>日々の支援におけるサービスの実施状況は「ケース記録」に記載され、内容は職員間でいつでも確認できるようになっている。また職員による記録内容に差異が出ないように、スタッフ会議の中等で表現方法のアドバイスをしている。</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。	障45	a	b	c
<コメント> 利用者に関する記録の管理についてはパソコンで管理されている。試験的にタブレットを使用した新たな業務改善の試みも開始され、記録の簡略、効率化に取り組みみてきた。また効率化できた時間はより深く、支援にまつわる記事の記載や周知していくところに使っていくなど、次の取り組みにも期待していきたい。				

【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	a	b	c
<コメント> 利用者の意思や気持ちを聞き、日常の衣服の選択、外出による理美容日や買い物の決定、毎日の個人選択の昼食など利用者の自己決定を尊重している。利用者一人一人から希望を聞き取り個別支援に反映して支援もしている。入浴の順番や食事の時間など要望があれば、支援者が間に入り調整しながら生活を組み立てている。利用者間の意見の相違によるトラブル時は自室で個別に話を聞く事やお互いの話し合いの場を設けるなど利用者に応じて対応し、職員間の理解・共有した個別支援の取組をしている。個々の興味関心を確認しながら必要があれば、外部サービスも利用して外出の機会を作るなどしている。				

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	a	b	c
<コメント> 事業所の重点実施項目に権利擁護の推進をあげ、重要事項説明書に虐待防止委員会の設置、責任者を明記し、虐待防止、虐待案件通報、身体拘束等適正化のマニュアルも策定できている。委員会にて虐待案件や身体拘束について協議がされ、世話人への周知も図られている。現在虐待等の事例はなく、行政への届け出や報告手順等についても整備されている。今後の課題としては一人勤務となる世話人への周知徹底や、権利侵害の防止と早期発見に関しての、更なる取組みの強化が挙げられる。				

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	a	b	c
<コメント> 生活全般の身の回りのことは、個別支援計画の中で本人の役割を明記し、利用者自身でやれることを支援している。自分では難しくなってきた動作などを、モニタリングや日々の支援を通して確認し、支援の修正を行っている。世話人は補助的な支援を行うとともにときに見守り、生活の幅が広がるように支援している。掃除や衣替え、お金の管理などは、自己にて行えるように取り組んでいる。必要に応じて世話人、生活支援員は手助けをするようにしている。				
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	a	b	c
<コメント> アセスメントに基づき個別支援について、サービス管理責任者や担当職員は利用者の心身の状況に応じた理解力、会話の状況、表現力などを共有していた。重度の知的障害や聴覚障害により、言葉が話せない利用者とは、言葉以外の文字での意思疎通やカレンダーによる予定の確認、指差しによる意思確認や、表情から意思を読み取るなどの対応がされている。機器の活用はないが保護者からの聞き取りも、参考にして支援に活かしている。				

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	a	b	c
<コメント> 利用者の意思が尊重できる最善の方法を、関係職員と連携しながら会議等で検討をしている。利用者からの相談には個室に限らず、どこでも相談しやすい場所と時間で実施されている。相談機会・場所としてはホームだけでなく、他者が気にならないように本体施設の相談室を活用し、相談を行いやすい雰囲気作りに努めている。またサービス管理責任者の他、担当職員への相談も自由にできる体制がある。聞き取った内容は責任者（管理者、サービス管理責任者）に伝達し、必要に応じて対策を講じている。				

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 · b · c
<p><コメント> 利用者の意向やニーズの聞き取り後、内容は個別支援計画に反映されている。自室での自由時間の過ごし方や、週末の過ごし方など、個別に希望を聞きながら支援を行っている。利用者の要望で、休日を利用して外出に行ったり地域のイベントに参加している。利用者の参加が可能なイベント情報の提供や、実施に移すための支援を期待したい。</p>		
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 · b · c
<p><コメント> 強度行動障害の利用者支援や専門職を講師にした排泄に関する研修参加などを通し、職員の障害に関する専門知識の習得と支援力の向上に努めている。</p>		
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	a · b · c
<p><コメント> 入浴・排泄など、うまくできない時にはサポートし、季節に合った服装を選べない時には声をかけ、利用者の尊厳にも配慮して支援している。入浴支援の時に、皮膚の状態など健康状態の確認も行っている。安全に入浴してもらえるように、個別に浴室用椅子など使用している。心身の状況に合わせた支援は、日々の「業務日誌」等に記録し、連絡や会議等で検討している。利用者の好き嫌いを考慮して食事の食材を変更するなど、臨機応変に対応している。</p>		
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 · b · c
<p><コメント> ホームの建物は、ホームとして建てられ、過ごし易く、使い勝手が良い環境を整えている。居室や食事場所、浴室、トイレなどは明るく衛生的に整備されている。居室はすべてが個室であり、プライバシーも護られている。居室や食事場所、浴室、トイレなどは明るく衛生的に整備されている。また防犯カメラの設置での安全確認を実施している。</p>		
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 · b · c
<p><コメント> 個別支援計画と連携し「自分でできる事は自分でする」という事を基本とし、利用者の心身の状況に応じた生活活動そのものを生活訓練として位置づけ職員間で共有して利用者支援をしている。具体的に日常の居室の掃除機かけや寝具の洗濯、ごみ当番といった生活面での取組みを利用者本人を主体として進めている。機能訓練についてはPT(理学療法士)やOT(作業療法士)などの専門家からアドバイスをもらう仕組みづくりを期待したい。</p>		
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 · b · c
<p><コメント> ホームの職員は利用者の日々の健康状態を観察し健康管理を行っているが、軽微な変化や急な体調変化の時は管理者をはじめ、職員間で情報を共有できるようにするなど迅速な対応を適切に行っている。入浴や排泄時の身体の確認等、バイタルチェックも個別に実施されている。利用者の一日の身体状況や生活状況が分かる記録があり、誰もが閲覧できるようになっている。</p>		
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 · b · c
<p><コメント> 服薬管理については、事業所が一括管理している。服薬についての取扱いの注意事項は薬庫に明示されており、その内容に従いダブルチェック体制で与薬を行っている。しかしながら今後は誤薬等の発生事案が皆無ではなく、医療的な支援に関するマニュアルの作成、職員研修の実施で、適切な手順と安全管理体制を構築されることを期待したい。</p>		

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 · b · c
<コメント> 利用者・家族の要望に応じて、ヘルパーとの外出や職員と帯同しての買い物などが行われている。特性への配慮もなされており連絡などにも心配りが見られる。利用者の心身状況に応じた、希望、意向を尊重した社会参加などの情報や機会の提供を継続的に検討されたい。		
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 · b · c
<コメント> 当事業所（グループホーム）への移行を果たした現状において、さらに独り暮らしへの移行を考えている利用者はほとんどいない。独り暮らしへの意欲や希望が芽生えるよう、意識の醸成を期待したい。一方、当事業所への移行を考えている入所希望者に対しては、体験機会の活用を働きかけている。		
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	a · b · c
<コメント> 帰省・面会状況については、様々だが、利用者と家族の意向を尊重しながら進めている。家族の高齢化など様々な理由から帰省が難しくなってきた方に対しては話し合いを行い、電話で話すような機会を設けるよう検討するなど、利用者への特性配慮も行われている。		
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 住居ならではの相談しやすさを活かし、就労への意向を各サービスと連携を図ることにより共有を行っている。		
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		