

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るお	種別：共同生活援助
代表者氏名：岡原 真吾	定員（利用人数）：29名（26名）
所在地：愛知県名古屋市中区鳴尾1-355 ほしざきホーム内	
TEL：052-825-4359	
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20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：8名 非常勤職員：20名
専門職員	（所長）1名 （世話人・生活支援員）26名
	（副所長）1名
	（主任）1名
施設・設備の概要	（居室数）29室 （設備等）エレベーター、
	スロープ、スプリンクラー
	玄関リフト等

③理念・基本方針

★理念

誰もが笑顔で暮らせる社会の実現をめざして、3つのめざすものと、5つの大切にすることがあります。

★基本方針

- ・「仲間が主人公」を大切に、仲間主体の支援を目指しています。
- ・民主主義を大切に、民主的な組織運営を目指しています。
- ・地域の中で、障害者問題を社会問題ととらえ、多くの団体・個人とともに「障害者のゆたかな未来」を目指します。障害者問題のみならず、様々な社会問題やSDGsなど、ともに考え、行動し、よりよい社会にしていきたいです。

④施設・事業所の特徴的な取組

なるお事業所の中でも、ほしぎきホームは、高齢者に特化したホームとして、設計・建設段階より、車いすでも移動しやすく、居室や廊下、お風呂に脱衣所などは広く作られました。
ハード面のみならず、入居者に合わせて、医療機関や高齢デ－サービス事業所とも連携を取っています。
また介護認定をしていただき、ケアマネさんの力もお借りして、介護用品事業所とも関係を大切にし、訪問介護や訪問リハビリ・マッサージなどの事業所さんの力をお借りして、当事業所のみでは解決できない問題も、様々な制度・事業所の協力のもと、高齢者の支援にあたってきました。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 5 月 1 5 日（契約日） ～ 令和 7 年 5 月 1 6 日（評価決定日） 【 令和 6 年 12 月 2 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

◆自己決定を尊重した生活

食事や外出、暮らしの場の選択など、あらゆる場面で利用者本人の意向を重視し、複数の中から選べるような情報提供や説明を行っている。また、お小遣いやお酒を飲むルール、洗濯の順番など、生活や嗜好に関することについても、利用者同士の話し合いで決めている。常に 1 人の漏れもなく全利用者の意見・意向を把握するような対応に努めている。

◆障害特性に応じた生活環境

多様な障害特性や高齢化等に対応するため、ホームごとに特色あるサービス提供を行っている。特に、ほしぎきホームは車椅子や歩行器でも不自由なく生活できる環境が用意され、高齢の利用者でも安心して生活することができる。

◆幅広いサービス提供

理学療法士や作業療法士、言語聴覚士などの専門職からの支援を積極的に導入している。生活支援員や世話人では難しい専門的な分野の強化を図ることで、個々のニーズに応えるべくサービスの質的向上を目指している。

◇改善を求められる点

◆目標管理の実施

業務上の目標設定をして、達成度と成果を評価する目標管理を実施していない。よって、職員個々は、業務目標が無いまま職務に就いていることになりかねない。その点が危惧される。職員育成には、個々の業績を労使双方が適正に認識することが求められるため、何らかの目標管理的な制度の導入が求められる。

◆モニタリングの精度

個別支援計画のモニタリングにおいて、利用者の満足度を確認することになっているが、集計・分析・公表等には至っていない。各種サービス（環境・設備・職員対応・食事面・健康面など）についての調査を毎年継続して実施していく中で、サービスの質的な向上が図られているかどうかを確認できる仕組み構築されたい。

◆標準的な実施方法の整備

定型業務等におけるマニュアルが、いろいろな所に散在しているため、いつでもどこでもすぐに見られるよう、適切なファイリングの方法を検討されたい。また、時系列的な「業務マニュアル」はあるものの、その支援業務一つひとつに対して明確な手順を示すもの(手順書)がなかった。事故無く、一定レベル以上の統一した業務が行えるよう、手順書やマニュアルの整備に期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

多岐にわたる項目につきまして、適切な評価、丁寧なコメントありがとうございました。高評価な項目につきましては、引き続き取り組みを続けていき、低評価な項目については、一つ一つ改善していこうと思っています。7年度においても、第三者評価を御社にお願いしたく、よろしくお願いいたします。

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> 法人理念の「わたしたちの目指すもの」、「わたしたちの大切にするもの」がパンフレットやホームページに記載され、ホーム内にも掲示されている。正職員は理念の書かれたクレドカードを常に携帯し、毎年の方針会議で内容を確認している。利用者に対しての周知の機会は無く、分かりやすくした資料なども用意されておらず、課題を残す。		

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	⑥ ・ b ・ c
<コメント> 所長会議をはじめとする法人会議にて、法令や社会情勢、経営状況などの様々な情報を確認している。利用率や経営コストなどは、法人本部と毎月データ共有している。特に、地域支援事業本部内での会議では、グループホーム特有の情報や課題等について話題にするなど、連絡を密にしている。		
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	⑥ ・ b ・ c
<コメント> 経営課題に関して、法人全体の問題については所長会議あるいは地域支援事業本部の所長会議において、事業所固有の問題については現場会議において共有し、改善策を検討している。それらの会議で討議された内容は、いずれも職員会議で職員に周知している。		

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	⑥ ・ b ・ c
<コメント> 5ヶ年の法人中期計画が策定されており、現在第6期の最終年度となり、各事業本部ごとに進捗評価と総括を行い、次期計画（第7次総合計画）の策定に向けて検討中である。計画の内容は、前期の成果から始まり、重点課題、事業所毎の目標などが示されている。数値目標こそ少ないが具体的内容となっており、事業計画の指針となっている。		
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> 法人中長期計画の目的を見据えた運営方針の下、重点事項を絞り、「利用者支援」、「職員育成」、「地域支援」、「財政」の大きく4事項について目標と方策を明記している。より実効性のある計画の実現に向けては、数値目標などの更なる具体性が求められる。		

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	① ・ b ・ c	
＜コメント＞ 計画の中間総括を実施し、現場会議にて事業の執行状況と各ホームの支援内容の振返りを行い、課題を抽出している。明確になった課題の解決に向け、後期の実施事項を明らかにしている。年度末に最終評価を行い、次年度計画に繋げている。			
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	a ・ ② ・ c	
＜コメント＞ 利用者へ事業計画の内容を説明する機会は無く、また特別な資料も用意されていない。「重要事項説明書」は、簡易な文章でルビを振って分かりやすく作成されている。入所時に丁寧にサービス内容を説明しており、生活や支援の中身は一定理解されているものと判断される。			

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> 支援に当たる心構えや基本的な考え方を示した「ハンドブック」が作成されている。また、ホーム職員が、利用者個々の支援マニュアルを作成している。サービス向上に向けては、職員会議から現場会議、実践会議までの各会議にて協議して毎月の課題を出し、改善策を検討している。			
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	a ・ ② ・ c	
<コメント> 年度末の職員会議では、事業計画の総括を行い、次年度へ向けての課題を導き出している。課題は次年度事業計画の年度目標として挙げ、改善への取組みを進めている。事業計画以外に改善計画は無いため、今後は第三者評価の評価基準を用いて自己評価を行い、そこで得られた「改善の気づき」を計画的に改善していくことを期待したい。			

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	① . b . c	
<コメント> 管理者は、「職務分掌」により、自らを含む正職員が業務を適正に分担するよう振り分けている。会議の折には、自らの方針と方向性を提示しており、指示や助言を行う事も多い。職員は、時間外であっても電話対応によって管理者と相談でき、指示を仰ぐことができる。管理者不在時は、副所長が職務を代行する。			
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> 「コンプライアンス規程」が整備され、特に虐待防止に関しては全職員が研修を受講し、チェックリストによる行動チェックを行って未然防止を徹底している。利用者とともにプロキング（ジョギング×ごみ拾い）に参加して環境への配慮を心掛けている。その他、安全運転、SDGs等の研修に参加し、公益事業者としての責任を果たしている。			
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> 事業の中間評価、年度評価を実施し、サービスの向上・改善に職員全員で取り組んでいる。運営会議、実践会議を通じて検討されたサービス課題を現場会議の中で周知、検討し、改善に向けていく体制がある。いずれの会議においてもトップダウンでなく、広く職員から意見を聞く民主的運営を基本としている。			
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> 法人では、理事会、事業本部会議、所長会議と組織的な運営体制が構築されている。エリアでは、所長会議、実践会議。サビ管会議が組まれており、事業所では現場会議、実践会議、運営会議と、いずれも組織的な運営体制が築かれている。			

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	a ・ ㊦ ・ c	
<コメント> 様々なツールを使って採用活動を行っているが、人材不足が蔓延化することで、計画的な採用につながらず苦慮している。結果として、専門職や有資格者の採用に結び付いていない。また、職員の高齢化により、事業の存続が厳しい状況を迎えている現況もある。定着対策としての研修や資格取得を奨励している。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ b ・ ㊦	
<コメント> 人事考課制度を導入しておらず、年功序列型の人事基準を用い、業績評価や貢献度によらず、昇格等の処遇は上司の判断による。一見平等に見える組織体制だが、主観的評価による不公平を生み出す危険は拭えない。業績評価を客観的に反映する何らかの仕組みと、公平で適正な民主的人事基準が求められる。			
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組んでいる。	障16	a ・ ㊦ ・ c	
<コメント> 1ホームの職員数が少ないため、有休等の代替職員配置が難しく、その点が課題となっている。時間外勤務は決して多くはないが、出退勤がICT化され、正確な手当支給がなされている。その他、退職共済への加入、相談窓口の設置等々、働きやすい職場に向けての様々な取組みが確認できた。			

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 ・ ㉔
<コメント> 業務上の目標設定をして成果を評価する目標管理制度は導入されておらず、職員個々は業務目標が無いまま職務に就いていることになる。職員育成には、個々の業績を労使双方が適正に認識することが肝要であり、これを踏まえた何らかの目標管理の導入が求められる。			
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> 事業計画に「人材育成」の項目を設け、方針を明確にしている。ただ、それに向けての研修等の実施計画・参加計画などが無く、職員は自らの研鑽予定が立てにくい。今後は、研修計画を策定し、見通しが持てる実効性のある職員育成を手掛けられたい。			
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> 業務に支障のない範囲で、事業所内外の研修参加を行っている。ただ、職員個々の研修履歴が作成されていない点、研修参加後一定期間を経て業務への活用できているか否かのモニタリングによる研修効果の測定がない点、この二つが今後の課題となる。			
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	・ b ・ c
<コメント> 非該当（グループホームでの実習が、養成校での履修単位として認定されないため）			

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> ホームページと法人機関紙により情報を公開している。今後は、第三者評価の結果の公表や苦情内容の公表等により、一層事業運営の透明性を高めることを期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c	
<コメント> 事務・財務等は、実務を行う通勤寮と連携して行っており、法人本部で統括管理をしている。会計士によるチェック、監事による内部監査を実施して適正化を図っている。外部監査の導入は今後の課題となる。			

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	㊦ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 地域づくり、地域との連携を事業目標の一つに掲げ、地域との交流を大切にしている。町内会への加入、地域のペタンク大会への参加、地区防災訓練への参加、神社の清掃など、様々な活動機会がある。また、事業活動を通したSDGsなどの社会貢献へも前向きである。			

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	a ・ b ・ ㉔
<コメント> ボランティアの受入れ機会は無く、実績もない。利用者のプライバシーの問題や活動時間帯、活動内容の問題など様々な課題はあるが、ボランティアは利用者と地域との貴重な接点であり、社会性の伸長にも資する機会ともなり得る人的ツールである。受入れ方法や手順等を検討の上、前向きに受入れを考えられたい。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 相談支援事業所や医療機関、グループホーム連絡会、きょうされん、学区防災の会など、関係機関との定期的な会合に参加し、情報の共有や共通課題の検討を行っている。利用者へは、個々に必要な情報提供や支援を行っており、活動は「支援記録」に記載されている。		
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	a ・ ㉒ ・ c
<コメント> 法人内の会議や相談支援事業所、地域の社会福祉協議会などから、地域の在宅障害者のニーズなどの情報を得ている。ただ、地域住民との活発な交流は無く、地域の生活課題等は正確に把握できているとは言い難い面がある。		
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> プロキングによる清掃活動を実施している。地域の防災訓練に参加し、災害時の応援・支援方法等について情報提供をしている。その他、地域貢献活動として目立ったものは無いが、利用者が地域生活を送る上での接点は多く、今後も地域とよりポジティブに関わっていくことで、更なる住民理解を進め、事業所の存在価値を高められたい。		

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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 法人統一のクレドカードには理念や基本方針が記載され、法人内研修でも理念や基本方針に触れる機会がある。本来であれば、クレドカードは全職員が携帯するのが理想であるが、非常勤職員への配付までには至っていない。非常勤職員の力を多く必要とするホームの特性上、全職員への配付・周知されることが望ましい。			
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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ プライバシーに関する事項は、「ハンドブック」と呼ばれる法人統一の資料に記載があり、その資料を使っの周知も図られている。ただ、内容的にはごく簡易なものであることから、より深く理解でき、より統一した共通認識の下で支援を行うためには、プライバシーに特化したマニュアルを作成することが望ましい。			
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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 法人全体のサービスを紹介したホームページやパンフレットがあり、選択するための情報提供として、見学や体験の機会も用意されている。一日の流れやホームでの様子、食事内容等、具体的なサービス内容の分かりやすい資料がなく、体験等をしないと分からない部分がある。サービスの全体像が分かるものを工夫されたい。			
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＞ 「利用契約書」や「重要事項説明書」には全てルビが振ってあり、内容も単にルビを付けただけではなく、かみ砕いた内容に置き換える等の配慮がなされている。利用については、家族の意向だけでなく、利用者本人の意向も確認しており、見学や体験を通じて丁寧に確認する仕組みとなっている。			
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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 事業所移行の窓口については、原則、所長・副所長となっている。その周知も利用者・家族のみならず、他の事業所においては名刺等を渡して引継ぎを行っている。課題としては、引継ぎに関する手順書等のツールがなく、職員の力量と経験で対応している。担当者が変更になっても、漏れなく確実な対応ができるよう、仕組みを構築されたい。			
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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 個別支援計画におけるモニタリング時に、サービスに関する満足度を聞き取っているが、利用者個々の把握に留まっている。可能であれば、ホーム全体の各種サービス（環境・設備・職員対応・食事面・健康面など）についての調査を行い、毎年継続して実施することで、サービスの質的な変化や課題、強み等を導き出すことを期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c	
＜コメント＞ 苦情に関する仕組みは十分整っており、掲示物等もあって利用者への周知も行われている。苦情になる前に速やかに対応することで、苦情の受け付けはなく、必要な情報が「業務日誌」等に集約され、管理者や副所長に届く仕組みとなっている。課題は、苦情情報の公表である。苦情がないのであれば、「苦情なし」を公表することが求められる。			

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 a . ② b . ③ c
＜コメント＞ 担当制を取っており、掲示物にて利用者にも分かりやすく伝えている。原則、担当職員が個々の利用者の対応を行っているが、担当を問わず、相談にはいつでも対応することができ、実際に夜勤者に相談に来ることもある。その際は、引継ぎ書類にて相談内容を伝達している。相談場所は共有スペースや自室など、利用者に応じて個別に対応している。		
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	a . ① b . c
＜コメント＞ 利用者からの相談や意見についてはその都度対応し、情報を共有する仕組みがある。意見箱については、今のところ設置の必要性はないとの判断だが、今後様々な利用者が出てくる可能性があり、意見を収集する一つの手段として設置を検討することも考慮されたい。また、相談の受付から解決に至るまでのマニュアルが未作成であるため、今後の整備に期待したい。		
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 . ① b . c
＜コメント＞ 法人統一の「ガイドブック」には、事故に関する対応方法が記載されており、全職員への配付・周知が行われている。ただ、「ガイドブック」の内容は、事故の事例紹介及び注意点に留まっているため、発生から対応完了までの具体的な手順を示すことが望ましい。緊急性のある事案については、一斉送信メールを使って周知する仕組みが整っている。		
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	a . ① b . c
＜コメント＞ 感染症に関するBCP（事業継続計画）は作成されている。法人統一の「ガイドブック」には、感染症に関する対応方法が記載されており、全職員への配付・周知が行われている。ただ、感染症の紹介や基本的な対応方法の記載に留まっており、具体的な職員の動きを示す手順（発生から対応完了まで）等がないため、再整備が望まれる。		
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行っている。	障39	a . ① b . c
＜コメント＞ 災害に関するBCP（事業継続計画）は作成されているが、パソコンでなければ確認することができない。今回の評価時にも、パソコンでそのデータを開くことができなかった。可能であれば、紙面にて印刷されたものが常時用意され、いつでも誰でも速やかに閲覧できる環境であることが望ましい。備蓄品についてはリストが作成されており、事業所には食料品の備蓄もある。		

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	a ・ ① ・ c	
＜コメント＞ 「業務マニュアル」には、業務内容が時系列に記載されており、それを基に世話人等が業務に従事している。時系列になっているため、その時々で何をしなければならないのかが分かりやすくなっている。課題としては、その「業務マニュアル」自体が標準的な実施方法となっているが、業務一つひとつの詳細な手順等までは記載されておらず、「業務マニュアル」の目的を含め再検討を要す。			
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 ・ ① ・ c	
＜コメント＞ 「業務マニュアル」の見直しについては、利用者の入退所や組織内での大幅な変更等があった際に行っている。作成担当者はホーム毎に決まっており、都度変更している。「業務マニュアル」を補完するための、業務一つひとつの手順書については、その作成までには至っていない。定期的な見直しの仕組み作りについても、今後の取組みに期待したい。			

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> 個別支援計画の作成は、サービス管理責任者の副所長が担当している。計画作成時には、サービス管理責任者が中心となり、相談支援専門員、ヘルパー職員、通所事業所の職員、後見人、作業療法士、訪問看護職員など、利用者毎に関わる関係職種が参加して作成している。個別支援計画の作成に当たっては、本人や家族の意向を把握した上で、アセスメントや職員意見を反映させて作成している。		
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> 個別支援計画の作成サイクルは、全利用者が4月スタートとなっており、9月にモニタリングを行っている。モニタリングに関する資料については、会議録をはじめ利用者のニーズや満足度等も把握され、丁寧な作りになっている。職員周知については、毎月開催されている職員会議にて行われている。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> サービスの実施状況については、法人統一の様式にて記載が行われている。現在、紙ベースから業務支援ソフトを使ったデジタル入力によるデータベースに切り替わろうとしている過渡期である。世話人の中には年配職員も多く、スムーズなシステムの移行が課題となっている。職員ごとに記録の記述方法や精度に差異が生じており、その平準化も課題となっている。		
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 ・ ① ・ c
<コメント> 法人作成の「個人情報保護規程」がある。加えて、法人統一で作成・配付している「ハンドブック」にも個人情報に関する取扱いが記載されている。また、定期的に行っている法人内研修においても、個人情報保護に関する内容が盛り込まれている。この重層的な仕組みは評価できるが、勤務年数等の関係でこれらの研修に漏れている職員もいる。漏れのない研修の実施に期待したい。		

【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	①・b・c	
<コメント> ホームイベントや個人的な外出については、利用者の意向や意見を把握した上で対応する仕組みがある。具体的な活動として、食べたいものや行きたいところ、見てみたいものなどを個別で聞き取り、実際に実現させる取組みがある。自治会などは組織されていないが、飲酒のルールや洗濯の順番など、生活や嗜好に関するについても利用者同士で話し合い、遵守していく体制が整っている。				

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> 虐待防止に関する規程やマニュアル等は整備されている。身体拘束については事例はないものの、規程等が整備されており研修も行われている。早期発見、早期対応のための取組みとして、年2回セルフチェックを行っている。職員会議では、気になることや心配される事案についての話し合いが行われている。		

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> 利用者によっては、個別支援計画に自立に関する項目が盛り込まれており、計画に沿って支援している。具体的には、お金の管理や薬の管理、買い物の体験等であり、希望する利用者に対して個別で対応している。薬については、いつ飲む薬なのかが分かるよう、居室内にカレンダータイプのポケットを設置している。金銭管理については、本人のニーズ等を踏まえて金額設定を行い、個別に対応している。				
	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	① ・ b ・ c	
<コメント> ほとんどの利用者が、言語によるコミュニケーションが可能である。しかし、一部の利用者は言葉による意思の疎通が図れないため、身振り・手振りで分かりやすく伝える工夫や、絵カードや写真を使ってより詳しく伝える工夫をしている。常に、利用者個々に合った、より良いコミュニケーションツールを考えており、利用者の意思や意向を正確に把握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	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者が行う選択と意思決定の支援として、食事や外出、新しい事業所の選択など、あらゆる場面で複数の中から選べるような情報提供及び説明を行っている。さらに、すべての利用者から意見や要望を聞き取り、利用者の思いや意向を正しく把握するように努めている。この取組みに関しては、1人の漏れもなく対応するよう努めている。		
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> 地域で開催されるポッチャ大会やお祭りへの参加をはじめ、地域との交流や、ヘルパー外出、ホームの活動として行う「調理体験」、「おやつ作り」、「クリスマス会」、「一泊旅行」、「買い物外出」など、主に週末の日中活動として、利用者のニーズに対応している。それらの情報提供についても、事前に複数選択できるような工夫をしている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 利用者個々に作成されている「支援マニュアル」では、障害特性を含めた記載があり、より適切な支援を行うための体制が整っている。課題は、その情報や職員会議等で決められた支援方法が、末端の職員まで行き届いていない事例が見受けらる点である。利用者の不適応行動に対して十分な対応ができないこともあるなど、支援に関する理解や共有について改善を要する。		

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> 食事については、2週間に1回のサイクルで提供している。リクエストメニューが用意され、ある程度固定化されたメニューの中でも選択できる仕組みがある。世話人等の業務負担と味付けの差異、調理ミスによる残食問題などを解消するため、クックチル（調理済み食品の再加熱）の食事を導入し、利用者にも好評である。入浴支援や排泄支援等については、必要に応じて個別対応している。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 利用者からの相談については都度対応し、相談する場所はリビングか自室かを、利用者の希望に応じて決めている。ホーム内の環境については様々であるが、あるホームの場合、高齢者用のホームということもあり、エレベーターや玄関外の車椅子用リフターが設置されており、車椅子対応の広いトイレや居室など、明るく快適な空間となっている。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 外部からの専門職として、理学療法士や言語聴覚士、訪問介護職員、医師、マッサージ師等と連携し、利用者一人ひとりの身体の状態に合わせて機能訓練・生活訓練を行っている。それに伴う個別支援計画の作成や、6ヶ月ごとに行うモニタリングも実施している。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 「検温」や「SpO2（サチュレーション：血中酸素飽和度）」は全利用者に毎日実施し、「血圧」は高血圧者を対象に測定して健康状態を把握している。体重測定は、経過観察が必要な利用者を対象に測定している。健康増進のための取組みとして、ストレッチや散歩など体を意図的に動かす機会を設けている。利用者個々の主治医や提携病院等とも、適宜情報を交換して連携を図っている。			
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	a ・ ② ・ c	
<コメント> 薬の管理方法については、事務所で管理すること、正規職員が準備等を行うことなど、ある一定のルールが決められている。ただし、医療的な支援を行う際の実施手順が明確になっていないため、その整備については課題が残る。			
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	a ・ ② ・ c	
<コメント> コロナ禍も明けて第5類になったことで、外出する機会は増えている。地元の祭りへの参加やショッピングセンター、テーマパークへの外出など、利用者のニーズに応じて支援している。ただ、学習する機会等は、プログラム数や内容を含めさらに取組むべき余地がある。日中支援の通所施設と連携し、ニーズの把握やプログラムを増やす取組みに期待したい。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 一人暮らし等、地域生活への移行については、モニタリング時にヒアリングして意向を確認している。現時点では、明確な一人暮らしの意思を持つ利用者はいないが、事業所としては、希望があれば対応していく方針である。また、地域生活を継続していくため、ホーム間で移動を行うなどの体制も整っている。さらにホームごとに特色を設け、利用者の多様なニーズに対応する仕組みがある。			

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> 利用者・家族の高齢化に伴い、年々家族交流の機会は減っている。面会や帰省、電話対応など、利用者・家族の要望を基に対応している。今までは日時を決めて家族に来てもらい、多くの家族と一堂に会して意見交換することもあったが、コロナ禍以降は家族への報告や意見交換は個別対応となり、現在もその方法が継続している。			
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			