

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みなみ	種別：共同生活援助	
代表者氏名：杉本 雅明	定員（利用人数）：27名（25名）	
所在地：愛知県名古屋市南区元塩町2-6-1		
TEL：052-619-6052		
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27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：10名	非常勤職員：22名
専門職員	（管理者）1名	（看護師）1名
	（サービス管理責任者）1名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）

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

★基本方針

職員集団をより良いものにし、なかまの安心安全な生活の維持ためには昨年度の経験を踏まえ計画的に日々の業務を遂行できるようにしたいと思う。また、利用者支援にあたって、ご家族を含め関係機関との連携、意思の疎通をしっかりと行っていきたい

④施設・事業所の特徴的な取組

・会議運営の見直し

会議運営の計画的な実施をします。年間計画で会議運営の実施を明確にします。また、それぞれの会議の責任者を決め、中心となって運営してもらいます。会議後の報告や情報共有、パート職員を含めた全職員が会議に関われるような運営をします。

・障害重度化、高齢化への対応の強化

エール利用者を中心に重度化、高齢化が進んでいます。対応する職員全員の身体介護にかかわる研修への参加、また高齢化に対応するための研修等（主に認知症）への参加。

高齢分野の専門職を招いての学習会の開催をします。

・看護師業務の明確化

看護師の業務があいまいになっているため、日々の健康チェックのスケジュール、通院への助言、連携機関との会議への参加等も含め事業所の看護師としての立ち位置を明確化します。

・第二八光荘の移転の検討

通勤寮のあり方検討会議にて通勤寮、粕幡ホーム隣地、エール隣地の活用を検討していく。事業所内でも情報共有をしながらなかまにとって良い環境になるように検討していく。

・SDGsの取り組み推進

主任を中心に事業所内でのSDGsについての学習会を行う。目標を設定し、それに向けてなかまも一緒に取り組む。

・ベトナム人留学生の受け入れ、安定を図ります。異国の地での労働環境、生活環境になれてもらい、安定した生活、労働が行えるようにサポートを行う。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 5月31日(契約日) ~ 令和 7年 4月30日(評価決定日) 【令和 7年 1月20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

◆管理者の業務改善意識

管理者は早番や遅番、夜勤も各ホームに月1回は入るようにし、状況を把握している。また、正規職員にはパソコンを支給し、業務の円滑化を促している。ウェブで会議を行ない、ペーパーレス化を図り、利用者の金銭管理は数値計算ができる「スプレッドシート」で共有するなど、業務改善に取り組んでいる。

◆働きやすい環境づくり

勤務状況については、勤怠管理ソフトで管理をしており、7時間45分勤務となっている。ストレスチェックを実施し、悩み相談窓口は産業医が担っている。常備型置き菓子サービスを導入し、飲み物や菓子を職員がいつでも購入できるようにしている。各種の休暇や休業等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みが行われている。

◆地域交流

地域との関わりについての基本的な考え方が、事業計画の「地域との連携」の項目に記載されている。消防署と連携した防災訓練を毎年1~2回行っており、地域の盆踊りや区民まつりに出店している。利用者と地域の交流は盛んである。

◇改善を求められる点

◆目標管理の実施

目標管理は行われていない。事業理念と「わたしたちのめざすもの」、総合計画、事業計画の実現のための一人ひとりの目標となるよう、さらに、目標項目、目標水準、目標期限が明確となるよう、目標管理の仕組みを検討されたい。

◆経営状況の把握

社会福祉事業全体の動向は「きょうされん」や県・知的障害者福祉協会からのメール等で把握ができています。コストやグループホーム利用者の推移、利用率の分析という点では取組まれていないため課題が残る。

◆人事考課の取組み

法人として人事考課システムの検討と導入が課題となっている。次代を担う職員の育成については、研修を中心に進めている。総合的な人事管理は法人の事業理念と「わたしたちのめざすもの」に基づいて「期待する職員像」を明確にし、採用・配置、育成、報酬、評価等が総合的に実施されることが望ましい。

◆マニュアルの作成

ボランティアや学校教育等への協力について、基本姿勢を明示したものが確認できなかった。また、マニュアルが作成されていないものが散見された。業務の効率化や事故防止、サービスの質の向上等、事業所の運営の改善のために作成されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価結果の「総評」を受けて、改善を求められる点

①目標管理の実施 ②経営状況の把握 ③人事考課の取組み ④マニュアルの作成について、障害福祉サービスの質的向上を目指して、事業所上げ、組織的に準備を勧めてまいります。

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＞ 事業理念と「わたしたちのめざすもの」がホームページに記載されている。職員にはそれらが記載された「クレドカード」が配付され携帯している。利用者にはホーム内に事業理念が掲示されているが、分かりやすく伝えるという点で改善の余地がある。		

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 a・⑥・c
＜コメント＞ 社会福祉事業全体の動向は「きょうされん」や愛知県知的障害者福祉協会からのメール等で把握ができています。コストやグループホーム利用者の推移、利用率の分析という点では取り組まれていないため、課題が残る。		
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・⑥・c
＜コメント＞ 経営課題としては、職員が若く経験不足の点、地域交流や関係機関との連携が挙げられている。若手職員の育成や学区の消防団との年2回の防災訓練、関係機関との情報共有を行っている。経営課題は、正規職員が参加する職員会議で共有されているが、経営基盤の強化、経営の透明化、福祉サービスの質の向上等、全職員での取組みとされたい。		

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・⑥・c
＜コメント＞ 現在、法人として「第7期総合計画」の策定中である。2025年から2029年までの5年間の計画となっている。新しいグループホームの設置、地域生活支援事業の再編、夜間勤務体制の改善が計画として挙げられ、準備が進んでいる。ただ、中長期計画の事業所としての評価と総括の点で課題が残る。		
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＞ 単年度の事業計画は、具体的な成果が記載されている。しかし、終了時評価において、達成状況が確認できるような数値目標は設定されていない。期中の進捗確認や年度末の最終評価が曖昧にならないよう、具体的な数値目標等を設定した事業計画の策定に期待したい。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 所長、副所長、主任が運営会議を行い、11月に中間総括、1月に年度の振り返りと総括を行なっている。その後、職員会議でも意見を聴取し、利用者からも個別支援計画の作成時等で事業計画についての意見を聞いている。3月の現場会議で事業計画を説明している。出席できないパート職員にはプリントを配付している。		
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> 事業計画を分かりやすくし、ホームの取組みを加えたものをホームの方針として利用者に伝えている。家族への周知を当面の課題としているが、事業計画は利用者への福祉サービス提供に関わる事項であり、利用者を含めて家族に周知し、理解を促す取組とされたい。		

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 ・ ① ・ c
<コメント> 事業所としては初めての第三者評価の受審である。これまで、自己評価は行っていない。法人の事業部が利用者アンケートを実施しているが、その結果を支援にどう反映させているかは、確認できなかった。利用者満足、職員満足につながるよう福祉サービスの質の向上に向けて、PDCAサイクルに沿った仕組みを構築されたい。		
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> 第三者評価の自己評価を行っていないが、事業計画の総括や「Jきろく（ケース記録）」の振り返りを実施している。年度前期の実施状況と、後期に向けての課題の抽出を行なっている。今後は自己評価を毎年行ない、PDCAサイクルに沿った取組みにしていきたい。		

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	a	ⓑ・c
<コメント> 管理者の責務は「運営規程」に明記されている。事業計画の「基本方針」に、管理者の方針と取組みが明記されている。また、管理者への就任時には、法人の広報誌に自らの役割と責任についての掲載がある。管理者の不在時の権限委任については、明確になったものが確認できなかった。			
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	ⓑ・c
<コメント> 管理者は、遵守すべき法令等は研修に参加して情報を収集している。職員への周知という点では、職員会議や現場会議で必要な法令について説明している。幅広い分野の法令についても、より多くの職員が理解できるように取組みを進めていただきたい。			
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	ⓑ・c
<コメント> 福祉サービスの質の向上については、職員研修の実施や参加を目標にしている。さらに、利用者満足や職員満足もサービスの質の向上に関わる課題として、今後の取組みに反映させていただくことを期待したい。			
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> 管理者は、早番や遅番、夜勤も各ホームに月1回は入るようにし、状況把握を行っている。また、正規職員にはパソコンを支給し、業務の円滑化を図っている。ウェブで会議を行ない、ペーパーレス化を図り、利用者の金銭管理は数値計算が可能な「スプレッドシート」で共有するなど、業務改善に取り組んでいる。			

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> 法人の「第6期総合計画」では、人材の育成と確保が位置づけられ、多様な学びと階層別や非正規職員を対象とした研修が進められている。事業所の事業計画にも職員育成の項目が掲げられ、職員個々のスキルアップを目指している。人材確保の面ではベトナムからの人材を受け入れている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ・c
<コメント> 法人として人事考課システムの検討と導入が課題となっている。次代を担う職員の育成については、研修を中心に進めている。総合的な人事管理は、法人の事業理念と「わたしたちのめざすもの」に基づいて「期待する職員像」を明確にし、採用・配置、育成、報酬、評価等が総合的に実施されることが望ましい。			
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	Ⓐ	b・c
<コメント> 勤務状況については、勤怠管理ソフトを用いて管理をしており、7時間45分勤務となっている。ストレスチェックを実施し、悩み相談窓口は産業医が担っている。常備型置き菓子サービスを取り入れ、飲み物や菓子を職員が自由に購入できるようにしている。各種休暇や休業等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みが行われている。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 職員面談を1月から2月にかけて、年1回実施している。目標管理は行われていない。事業理念と「わたしたちのめざすもの」、総合計画、事業計画の実現のための一人ひとりの目標となるよう、さらに、目標項目、目標水準、目標期限が明確となるよう、目標管理の仕組みを検討されたい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 外部研修には、運営会議や本人の申出で決定して参加している。また、法人内研修は階層別や地域支援部会として、「支援のハンドブック」や発達支援について研修を行なっている。体系化された教育・研修システムの構築、研修内容やカリキュラムの評価と見直しという点で今後の取組みに期待したい。		
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> 法人内研修や事業所内研修に参加し、一人ひとりの研修参加については保障されている。強度行動障害支援者養成研修やサービス管理責任者の養成研修の受講履歴は、法人として管理をしている。新任職員のOJTなど、職員一人ひとりに適切な教育、研修を行なうことが望ましい。		
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		

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> ホームページに、事業理念と「わたしたちのめざすもの」、サービス概要、予算、決算の情報が掲載されている。さらに、「苦情解決の仕組み」が掲載されている。苦情申立人のプライバシーに配慮しつつ、苦情の結果や第三者評価の受審結果も公表し、運営の透明性を図られたい。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 毎月会計士が財務チェックを行っている。物品購入は所長と事務員でダブルチェックをし、1万円以上の物品購入については、「協議書」で確認を行っている。また、可能な限りインターネットでの購入を行い、現金の受渡しを極力少なくしている。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 地域との関わりについての基本的な考え方が、事業計画の「地域との連携」という項目に記載されており、利用者と地域の交流に、積極的に取り組んでいる。消防署と連携した防災訓練を毎年1～2回行っており、地域の盆踊りや区民まつりには出店をしている。		

<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 ・ b ・ ㉔
<p><コメント> ボランティアや学校教育等への協力について、基本姿勢を明示したものが確認できなかった。また、マニュアルも作成されていない。第三者の目を入れて運営の透明化を担保し、利用者の暮らしの豊かさを追求するためにも、ボランティア等の受入れを今後検討していただきたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 県のきょうされんの地域支援部会の会議に参加している。社会資源については、ヘルパーとも情報を共有し、事業所内の現場会議で周知している。相談支援事業所を通して地域の関係機関や団体との連携を図っている。</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	a ・ ㉒ ・ c
<p><コメント> 地域交流を行う中で、消防団の団員が地域の福祉ニーズについて伝えてくれることがある。相談支援事業所を通して、地域ニーズの把握に努めている。しかし、事業所独自で、積極的に地域の福祉ニーズを把握するための取り組みはない。</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	a ・ ㉓ ・ c
<p><コメント> 消防署や消防団と連携しての防災訓練を毎年実施しているが、公益的な事業・活動を行うところまでには至っていない。法人として、またグループホーム事業所として、地域ニーズに応えるために公益的な事業・活動に積極的に取り組むことを検討されたい。</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	ⓑ	c
<コメント> 理念や基本方針が策定され、ホーム内にも掲示がある。職員には理念などが記載されたクレドカードが配付され、職員会議や研修で内容が周知されている。しかし、個々の理解度を測るための取組が実施されておらず、効果測定の実施など、さらなる取組みに期待したい。				
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	ⓑ	c
<コメント> プライバシー保護に関する規程が整備されており、利用者の生活環境も個室となっている。居室内にトイレと浴室を完備したホームもあり、プライバシーが守られる環境が整っている。職員に対して、プライバシー保護に関する研修が実施されているが、その理解度を測る仕組みが整っていないため、今後の改善が求められる。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> ホームの見学や体験希望があれば、随時実施している。法人のホームページやパンフレットに当事業所の記載もあるが、十分な情報提供とはいえない。事業所独自のパンフレットや資料を作成するなど、さらなる情報発信が望まれる。				
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	ⓑ	c
<コメント> サービスの開始や変更にあたっては、利用者およびその家族に説明し、同意を得た上で文書を残している。説明は主に口頭で行われているが、資料にはルビが振られ、利用者に分かりやすい言葉に変えた文章を使用するなどの配慮が見られる。今後は、文章だけでなく、図や写真を使った視覚的に配慮した資料を準備するなど、さらなる取組みに期待したい。				
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	ⓑ	c
<コメント> サービス終了後も相談支援事業所と連携し、利用者や家族へのサポートを継続している。利用者の移行後も、一定期間は移行先の施設を訪問するなどの対応を行っている。しかし、移行時の引継ぎや送りの手順が文書化されていない。常に同じ対応がとれるよう、手順を定めて文書化（マニュアル化）する等、移行時の仕組みを整えられたい。				
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	ⓑ	c
<コメント> 年に1回、法人が利用者に対して、ホームでの生活に関する満足度を測るためのアンケート調査を実施し、その結果を職員会議で報告している。しかし、調査結果の公表や結果を基に改善に向けた取組みは十分ではなく、今後は改善に向けての仕組みの整備が求められる。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 苦情解決の仕組みを整備し、その内容は「重要事項説明書」に記載され、利用者およびその家族に説明している。法人でペーパーレス化を推奨しているため、苦情内容の記録管理について定まっていない部分がある。また、苦情の公表などに関しても改善の余地がある。				

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><コメント></p> <p>利用者ごとに担当職員が付いていたり、利用者が生活する空間に職員がいることで、相談しやすい雰囲気を意識的に作っている。以前は利用者自治会が実施されていたが、利用者の変化などにより現在はその機会がなくなっている。今後は、新たな意見交換の場を設けるなど、利用者の声を反映しやすい仕組みの整備が期待される。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者からの意見や要望は記録ソフトに記録し、職員に情報共有されている。内容によっては会議で対応が検討されているが、対応完了までの確認が抜けてしまうことがある。対応完了までを確認できる仕組みやマニュアルを整備するなど、統一した支援ができる仕組み作りが望まれる。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>安全衛生委員会が設置されている。ヒヤリハット事例に関して、要因分析や対応案について話し合っており、決定した内容は会議や書面にて職員に周知されている。現在、事故発生時の報告体制などが明確になっていないため、対応のフローチャートなど、決められた手順やマニュアルを整備するなど、改善の余地がある。</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><コメント></p> <p>感染対策委員会を設置し、隔月で会議を実施している。会議で決定した内容は職員に周知し、業務に反映させている。また、看護師によって感染症に関する研修が行われ、医療面での職員教育も充実している。現在、さらなる教育の充実を目指して、マニュアルの整備を進めている。</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している。	障39	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>年2回、消防団と連携して防災訓練を実施しており、災害に備えて非常食体験や消火器訓練など、様々な条件や状況を想定した内容となっている。また、「備蓄リスト」も毎年確認している。「災害マニュアル」は整備されているが、パソコンのデータ上で管理されているため、有事の際にも活用できるように工夫されたい。</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><コメント></p> <p>基本的な実施方法を文書化した「業務マニュアル」があるが、利用者の重度化に伴い、個々に対応した支援が主となってきている。そのため、利用者ごとに支援のポイントが記載された文書を作成して支援している。また、現在、国外にルーツを持つ職員向けのマニュアルも整備している最中である。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>基本的な「業務マニュアル」については、都度更新が行われている。利用者ごとの支援のポイントに関する文書は、職員からの意見を反映し、年1回見直しが実施されている。また、必要に応じて随時見直しが行われ、変更内容は会議や書面にて周知されている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>アセスメントや個別支援計画はサービス管理責任者によって作成されており、利用者の意向や要望に加え、家族や看護師、現場職員の意見も反映されている。計画内容については、利用者本人および家族に説明し、同意を得た上で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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の実施状況は、半年ごとにケース会議を実施して見直し、必要に応じて修正を行い、利用者のニーズに対応している。また、利用者の状況に変化があった場合にも計画の見直しを行い、変更内容は会議での周知や議事録の回覧を通じて支援に反映させている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>日々の利用者の様子は、「Jきろく（ケース記録）」というシステムを使って記録しており、いつでも内容を確認できるようになっている。その他にも、各ホーム毎に業務の引継ぎは「申し送りノート」を活用しており、職員間で情報共有が行われている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>「Jきろく（ケース記録）」に関してはパスワードが設定されており、特定の人のみ閲覧できるようになっており、データの管理は管理者が行っている。書類は基本的に鍵のかかる場所で保管されているが、一部の個人ファイルがフロアに常置されているため、管理方法の見直しが必要である。</p>		

【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> 利用者の要望や意向を確認しながら、主体的に活動できるように支援している。また、利用者自身が訴えることができない場合には、家族の意見を参考にしたり、職員が利用者の日々の様子から意向を推測したりしている。それらの情報を持ち寄って支援の検討を行い、できる限り利用者の意思を尊重した支援となるよう配慮している。			

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 ・ ② ・ c
<コメント> 虐待防止委員会が設置されており、虐待に関するマニュアルも整備されている。権利擁護についても、事例を基に検討会議を行ったり、職員へはハンドブックを活用した教育を行っている。しかし、個々の理解度を測るための取組みが実施されておらず、教育効果の測定の実施など、さらなる取組みに期待したい。			

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> アセスメントや個別支援計画に基づいて、必要最小限の支援に留めつつ、利用者主体の支援が行われている。また、専門職からのアドバイスも、積極的に支援へ反映させている。職員による介助度が高い利用者が増えてきているが、利用者からの要望を尊重し、個別対応も行っている。			
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> 写真や映像を活用し、利用者がイメージしやすいように、言葉だけでなく多様な方法で利用者に合わせたコミュニケーションを取っている。意思表示が難しい利用者に対しても、選択肢を提示して答えやすい工夫をするなど、職員が利用者の障害特性を理解し、利用者の気持ちを汲み取って支援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> 利用者には、相談事があればいつでも話を聞く体制があることを伝えており、個別に相談があれば、適切に対応している。相談内容は「Jきろく(ケース記録)」や「申し送りノート」に記録し、管理者やサービス管理責任者に報告され、対応を検討した後に、職員へ周知して支援に反映させている。			
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 ・ ② ・ c
<コメント> 月に1回、誕生日会の実施や季節イベントを実施している。イベント等の内容は、利用者の希望が反映されたものとなっている。個別での活動プログラムも実施されているが、担当職員の力量によって、活動内容が左右される部分がある。組織的に取り組むことで、職員ごとに差異の生じない仕組みづくりが望ましい。			
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> 利用者同士の関係に配慮し、問題が発生した場合には都度話し合い、支援方法の見直しを行っている。強度行動障害の研修への参加をはじめ、該当する利用者に対して手順書の作成や専門的な意見を基に生活環境を整えているが、職員の理解を深めるための取り組みや更なる知識向上が今後の課題となる。			

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
<p><コメント></p> <p>食事は汁物やご飯は手作りし、おかずは加熱調理済みの食事を利用者に合わせた食事形態にして提供している。入浴も機械浴など、利用者の身体の状態に合わせて対応している。また、利用者の状況に変化があれば支援の見直しを行い、状態に合わせて安全な生活が送れるように支援している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホーム内は清潔に保たれ、居室は個室となっており、プライバシーが確保できるようになっている。また、一部のホームでは居室に浴室やトイレが整備されており、利用者の生活能力に合った設備が整えられている。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A-2-(4)-① 利用者の心身の状態に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障55	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>理学療法士などの専門職からの助言を基に、リハビリが実施されている。食事提供時に使用するトロミの濃度の調整や、障害特性に合わせた居室のレイアウトの工夫など、利用者の支援において専門職への相談や連携ができる体制が整えられており、適正な根拠に基づいた対応がされている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>毎朝バイタル測定を実施し、利用者の健康状態を記録している。また、必要に応じて看護師に報告し、対応が取られている。訪問看護とも連携し、健康面のサポートをしているが、利用者の体調不良時など、明確な対応手順が決まっておらず、対応方法やフローチャートの作成などを求めたい。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>医療的な支援は、医師や看護師の指示の基に支援が行われている。服薬管理は調剤薬局の協力により、「お薬カレンダー」を使用して準備され、投薬ミスが起きにくいよう工夫している。今後は、服薬に関するマニュアルや医療的な支援に関するマニュアルの作成、職員教育など、更なる取組みに期待したい。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>パソコンの使用や食事調理の機会の提供など、利用者の希望に応じて対応している。また、利用者から外出の希望があれば、ヘルパーによる外出の調整や職員の付添い外出も実施している。今後は、利用者の希望に応じるだけでなく、新しい体験を通じて利用者の選択肢を広げる取組みを求めたい。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>ホームでの生活においては、家事などの生活スキルを身につけるための支援も実施している。また、利用者から移行希望があれば相談支援事業所と連携し、段階的に体験を進めている。さらに、別ホームでの生活に関する情報提供も行い、より利用者の希望に合った生活の場の提案もしている。</p>		

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 ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画や利用者支援に関する報告や相談など、家族と定期的に意見交換する機会を設けている。また、ケガや体調不良時など、利用者に変化があった際には、家族と都度連絡を取っている。さらに、必要であれば後見人制度の利用についても、相談支援事業所と連携して対応し、丁寧な家族支援を行っている。		
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		