

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かさでら	種別：共同生活援助	
代表者氏名：原田 恵子	定員（利用人数）：20名（18名）	
所在地：愛知県名古屋市南区弥次工町4丁目63番地1		
TEL： 052-618-7171		
ホームページ： https://www.yutakahonbu.com/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：令和 2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： 6名	非常勤職員： 15名
専門職員	（管理者） 1名	（社会福祉士） 1名
	（サービス管理責任者）1名	（介護福祉士） 2名
	（事務職員） 1名 ※兼務	
施設・設備の概要	（居室数） 20室	（設備等）

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

・事業所

わたしたちの大切にしているもの

尊重 参加 共同 運動 平和

★基本方針

「わたしたちのめざすもの」「わたしたちの大切にしているもの」を念頭に置き、利用者主体の視点を大切にしながら日々の実践を積み重ね、利用者・家族から信頼され、頼りにしてもらえる事業所を目指します。あわせて、利用者の「わたしらしく暮らす」という事を追求します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・「わたしらしく暮らす」という事はどういう事なのか掘り下げながら、願いや要求を個別支援計画に反映させて実現する為の支援に取り組んでいます。
- ・ひいらぎホームの住環境を整える事を目的に粕島ホームの隣の土地を購入しました。地域支援事業全体の課題と擦り合わせる努力をしながら、どの様なホームを建設していくのか事業所全体で論議をすすめています。
- ・体験型（2名）の受け入れをすすめています。将来、グループホームでの生活がイメージ出来る様に支援を組み立てています。
- ・困難ケースに対しては、職員会議の中で本人理解の共有化をすすめ、具体的支援内容を論議し統一した支援を目指しています。
- ・支援の質の向上を図りつつ、誰もが働きやすい職場となる様に業務マニュアルや支援の手順書を準備しています。又、細かな決まり事など可視化する事でぬげが生じない様に配慮しています。
- ・利用者と向き合うなかで、支援に対して困っている事や悩み等も含め、職員間で話し合う事が出来る会議の場を作っています。多様な価値観を認め合いながら擦り合わせて、利用者主体の視点をもって支援をすすめています。
- ・後見制度や権利擁護を必要とする方の整理を行い、希望に沿いながらすすめています。

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 5月 14日（評価決定日） 【令和 7年 2月14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

◆管理者の改善意識

今回が初めての第三者評価受審であるが、自己評価に取り組む中で既にいくつもの課題を抽出し、改善に取り組もうとしている。2事業所の管理者を兼務するという激務の中、高い改善意識を持って職員集団を牽引している。

◆利用者への思いやり

管理者は「利用者が大好き」と言い切り、利用者と職員がともに楽しめるような施策を講じている。キーパーソンの高齢化もあり、年末年始に帰省が叶わない利用者が増えてきた。帰省できない利用者が寂しい思いをしないよう、職員から有志を募り、利用者と職員が帯同して一泊旅行に出かけている。

◆自己決定に向けての取組み

ホームの見学や体験希望は随時対応している。法人のホームページやパンフレットの中で情報公開が行われている。事業所としてのパンフレットはないが、パワーポイントを使い、分かりやすく事業所の説明を行っている。「利用契約書」や「重要事項説明書」は分かりやすい言葉で表現し、さらにルビをふっており、利用者の理解を促す工夫をしている。

◆利用者の意思の尊重

モニタリングの会議に利用者本人が参加し、納得した上でサインをもらうようにしている。また、ケース会議にも利用者本人が同席している。各ホームの当番やルールを決める際にも話合いの場が設けられ、民主的に決定している。全体を通して、利用者の意思を尊重した支援がなされている。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の策定

法人が策定した「第7期総合計画」（2025年度～2029年度）があり、支援の方向性は示されているが、実施期限や具体的な実施事項は読み取れない。この総合計画との整合を図り、具体的な実施事項を網羅した事業所としての中・長期計画を作成することが望ましい。その中に、管理者の目指す将来的な「事業所としてのあるべき姿」を描かれない。

◆標準的な実施方法の文書化

標準的な実施方法については、タイムテーブルに沿った「一日の生活と支援のポイント」が作成されている。また、口頭での伝達事項となっている支援もある。どの職員も必ず行わなくてはならない支援については文書化し、職員がいつでも閲覧でき、日常的に活用できるものを作成されたい。

◆苦情の公表

苦情解決の仕組みは整備されており、ホームページや「重要事項説明書」に記載されている。苦情というよりは相談という形が多いが、現場会議で話し合うなど、改善に向けて話し合っただけ対応をしている。苦情の公表については、当事者の心情に配慮をした上で、公開することが求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受ける事は、自分たちの事業所運営や実践を振り返る良いきっかけとなりました。具体的に改善が必要な事を丁寧に教えてくださり、気づきとなりました。受けて良かったと思います。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 a・⑥・c
＜コメント＞ 法人の理念を額に入れ、ホーム入り口に掲示している。管理者は、職員が支援に迷ったり悩んだりしたときには、常に理念に立ち返ることを指導している。利用者に対しては、日中の支援を受け持つ事業所に委ねており、ホームとしては利用者に対する理念教育を行ってはいない。		

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＞ 法人の所長会議が2ヶ月に1回、グループホーム中心の地域所長会議が毎月開催されている。この中で、事業運営を取り巻く様々な状況が共有されている。管理者は、区の自立支援協議会に参加し、幅広く情報を取得しようと考えているが、業務多忙で参加ができない状況である。自立支援協議会で話し合われた内容は、会議に出席した同法人の他事業所の管理者から伝え聞いている。		
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＞ 職員の育成や経営資源の充足を課題としており、状況や課題を毎月の月報で共有し、事業所運営会議、事業所会議、現場会議で周知している。市の行政懇談会に出席し、課題の実態を述べるとともに助成の嘆願書を提出した。この懇談会には利用者も参加し、市の担当者に実情を訴えた。		

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＞ 法人が策定した「第7期総合計画」（2025年度～2029年度）があり、それを基に支援を組み立てている。この総合計画は支援の方向性を示しているが、実施期限や具体的な実施事項は読み取れない。総合計画との整合を図り、具体的な実施事項を網羅した事業所としての中・長期計画を作成することが望ましい。		
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 a・⑥・c
＜コメント＞ 事業所としての中・長期計画が存在しないことから、事業計画の作成にあたっては、前年度の事業計画を評価・反省した事業報告書を作成し、それを反映させて次年度の事業計画を作成している。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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画の作成や総括には、極力職員の全員参加を呼び掛けている。正規職員の参加する事業所会議の他に、非正規職員をも含めた職場会議を行い、より多くの職員意見を収集しようとしている。会議開催の時間的配慮を行っているが、やむなく会議に参加できなかった職員には、会議資料を配付して周知に努めている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>家族会が組織されていないため、それに代わる茶話会を実施した。参加者は、約半数の家族に留まったが、忌憚のない意見交換があつて、所期の目的は達せられた。今後も茶話会を定期的で開催することとしており、次なる課題は利用者への事業計画等の説明としている。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月の事業所会議（正規職員対象）や現場会議（非正規職員を含む）で、サービスの質の向上について話し合っている。人権擁護に関する自己チェックは行っているが、支援全体の振返りは行われていない。第三者評価の受審は今回が初めてであるが、管理者は今後も継続して受審する意向を持っている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、今回の第三者評価受審を機に、自己評価を実施する中で様々な改善の気づきを学び取っている。これを他の職員にも伝播し、PDCAサイクルに沿った取組みに発展させて行くことを望みたい。</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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者の責務は「運営規程」に明記されており、「組織体系図」等から管理者不在時の権限委任先が副所長であることが読み取れる。「〇〇年度職員体制について」が毎年改訂され、管理者以外の職員についても職務内容を明確にしている。			
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> 管理者自らが研修に参加するにとどまらず、課題として捉えている「職員育成」の面からも、職員の研修参加を推奨している。他法人の同業種（日中サービス支援型グループホーム）での例を引き、コンプライアンス重視の姿勢を打ち出している。職員全員が「人権擁護のチェックリスト」を使って振返りを行い、不適切な支援に陥らないよう留意している。			
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> コロナ禍が明け、利用者の外出や買い物が解禁された。事業所単位でバス旅行に出かけているが、本人の意思を確認し、行きたくない利用者を無理に参加させていない。年末年始の休み期間に帰省する利用者が多いが、帰省先のない利用者が寂しい思いをしないよう、職員が一泊旅行に連れ出している。			
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> 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、利用者や職員とがともに楽しみを共有できるように、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。			

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> 正規職員の採用・配置は法人本部主導で行われており、事業所では非正規職員の採用を任されている。退職者を非正規職員として再雇用し、世話人の働きやすさを考慮して勤務先（グループホーム）の固定化を進めている。加算につなげるため、職員の専門資格の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 ・ ② ・ c
<コメント> 年功序列のキャリアパスであり、人事考課や目標管理の制度はない。世話人の高齢化に伴い、若手職員の育成が急務であるが、昇進、昇格等の人事基準が不明瞭であり人事制度の遅れは否めない。			
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り組んでいる。	障16	a ・ ② ・ c
<コメント> 「勤務希望表」に沿って勤務シフトが生まれ、ほぼ職員の希望通りの休暇（有給休暇を含む）が取得できている。法人本部に対し、「自己勤務表」を使って就労意向を伝えている。定期的な個別面談は行われておらず、必要に応じて管理者や副所長が対応している。管理者が2事業所の管理者を兼ねることから、ここにしわ寄せがきており、業務平準化が損なわれている。			

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> 人材育成の2本柱のうち、目標管理制度は導入されていない。もう一方の研修に関しては、特に入職直後のOJTに力を入れ、「OJT目標」を使って計画的に教育している。OJTは3ヶ月をかけて行われ、「自立に向けてのチェックリスト」で進捗を確認している。指導方法の詳細は、「業務手順書」に明記されている。		
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> 「はじめてグループホームで働くあなたに」を副題とした「支援のハンドブック」があり、教育や研修で学ぶべき方向性を示している。研修は1年を前期と後期に分けて計画させており、職員が選択して受講している。必要に応じて、上司から受講の要請があるケースもある。受講後に「出張研修報告書」が作成されているが、研修効果を確認する仕組みはない。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 県・社会福祉協議会主催の研修計画を基に、事業所の研修計画を作成している。前期と後期に分けて計画することで、職員の研修参加がより容易となるよう配慮している。職員自身が、真に学びたい研修を選んで参加している。		
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		

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> 法人のホームページで様々な情報を開示しているが、事業所に関する情報が少ない。苦情解決については、法人のホームページに「苦情解決の仕組み」を載せているが、解決した後の申立人に対するフィードバックや内容の公表についての記載がない。「苦情解決委員会規程」があるが、実態とかけ離れている部分もあり、事業所で活用されているとは言い難い。		
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> 各ホーム単位で3万円を限度とした小口現金制をとっているが、現在キャッシュレス化を進めている。事業所における購買等の決裁権は管理者が有し、出納責任者を事務員としており、決裁者と出納責任者を2者に分かつことによって内部牽制を働かせている。		

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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 事業計画の中に、「地域との連携」の項目をとって4項目の活動及び方向性を示している。その中に、地域行事への参加が取り上げられているが、地域の祭り等への出店は再開されていない。SDGsに絡んだゴミ拾いや地域清掃には利用者も含めた参加がある。極力参加するように呼びかけを行っているが、利用者本人の意向を尊重して不参加となるケースも多い。		

<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> これまで、ボランティアの受入れについて事業所内で話し合ったケースはほとんどなく、受け入れるためのマニュアルも作成されていない。利用者の暮らしが少しでも豊かになるよう、ボランティアの活用が望まれる。ボランティアには多くの種類があり、区の社会福祉協議会内にあるボランティア連絡協議会を訪ねるのも一考か。</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> 事業運営に関する社会資源が「利用連絡先一覧」にまとめられ、事務室に置かれている。特に入・退所に関わる事項は相談支援事業所との連携が重要と考え、定期、不定期に情報を交換している。その甲斐もあって、常に定員を充たす利用者がホームで暮らしている。</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> 2ヶ月に1回開催される法人内の所長会議があり、ここでホーム利用希望者の情報が話し合われている。その情報は「入所希望表」にまとめられ、待機者を把握している。相談支援事業所との連携の中で、法人外の在宅障害者の状況も把握が可能であるが、法人内の利用希望者を優先入所させており、法人外まで手が回らないのが実情である。</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	a ・ ㉓ ・ c
<p><コメント> 公益的な活動として、SDGsの一環として実施しているゴミ拾いや地域清掃がある。法人内の入所ニーズに応えるのに手一杯の状況であるが、社会福祉法人の使命として、地域のニーズにも応える必要性を感じている。相談支援事業所とのさらなる連携が求められる。</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> 事業理念と「わたしたちのめざすもの」がホーム内にも掲示がされている。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、職員会議や研修で周知されている。G o o g l e フォームでセルフチェックを行い、定期的に利用者の尊重や基本的人権への配慮について状況の把握・評価が行われている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 「ゆたかではたらくあなたへ」という新任職員向けの冊子の中で、「利用者や家族との関係で大切な事項」「プライバシーの侵害にあたる行為」が明記されている。利用者のプライバシーを守るための配慮が支援の中でなされている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> ホームの見学や体験希望は随時対応している。法人のホームページや法人のパンフレットの中で情報公開が行われている。事業所としてのパンフレットはないが、パワーポイントを使い、分かりやすく事業所の説明を行っている。			
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	a	・ ① ・ c
<コメント> サービスの開始や変更にあたっては、ホワイトボードや絵カードなどを使って説明をする。また、意思決定が困難な利用者への配慮は、家族を含めてケース会議を行っている。移行時のマニュアルはないため、今後の取り組みに期待したい。			
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	・ ① ・ 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の意思を尊重している。利用終了後は口頭で相談できることを伝え、訪問して様子を伺っている。移行にあたっての手順書の作成、書面で担当者や窓口を記載したものを渡すなど支援の継続性に配慮していただきたい。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障33	a	・ ① ・ c
<コメント> 法人の地域支援事業で年に1回、利用者に対して満足度を図るための「利用者アンケート」が実施されている。その結果は職員間で共有され、家賃補助を市に陳情に行くことやトイレの介助の改善、旅行希望の実現につながっている。しかし、利用者参画での検討会議の開催には至っていないため今後の取組に期待したい。			
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	・ ① ・ c
<コメント> 苦情解決の仕組みは整備されており、ホームページや重要事項説明書に記載されている。苦情というよりは相談という形が多いが、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。苦情の公表については、当事者の心情に配慮しながら公開していただきたい。			

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>日常的に会話をする等利用者が意見を述べやすいよう雰囲気づくりをしている。また、意見については事務所で聴くように配慮をしている。意見を述べる際の方法や相手を自由に選べることなどをわかりやすく説明した文書を作成・掲示し、さらに、利用者本位の支援となるよう取組んでいただきたい。</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><コメント></p> <p>各ホームの利用者数が少なく、職員と利用者の距離が近いので、常に相談がある。職員間の情報共有は、16時からの毎日の打ち合わせ、現場会議、事業所会議やケース記録である「Jきろく」、事業日誌、申し送りである「ミーティング日誌」、各ホーム間の申し送りである「申し送りシート」で行っている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人内に安全衛生委員会が設置されている。事故発生時は「緊急対応マニュアル」が整備されている。「ヒヤリハット」はJきろくの中から収集を行い、現場会議で検討すると共に法人本部に月報として報告している。事故防止については定期的に評価・見直しを図られたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>「新型コロナウイルス感染対策マニュアル」「感染症発生時における事業継続計画（BCP）」が作成されている。また、看護師を講師に感染症対応の研修を実施し、欠席者には伝達研修を行っている。感染症対策委員会の開催については早急に開かれることを望みたい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームは0.5メートルから1メートルの浸水地域となっている。「自然災害発生時における総合対策」が作成されている。安否確認は一斉メールで行われ、「備蓄品一覧」が作成されている。また、年2回町内会との防災訓練が行われ、町内会長の所在確認の訪問がある。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法についてはタイムテーブルの沿った「一日の生活と支援のポイント」が作成されている。また、口頭での伝達事項となっている支援もある。どの職員も必ず行わなくてはならない支援については文書化し、職員がいつでも閲覧でき、日常的に活用できるものを作成されたい。</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><コメント></p> <p>「業務マニュアル」や「一日の生活と支援のポイント」は新入居があった場合や新年度に確認をしている。修正部分は赤字で記入している。全職員への標準的な実施方法の徹底等、見直しの仕組みについて改善の余地がある。</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	㉗ ・ b ・ c
<コメント> 年1回、4月にアセスメントを実施している。また、半年に1度モニタリングを行い、利用者の意向や要望を聴取している。個別支援計画作成の会議では、職員だけでなく、相談支援専門員や家族も必要に応じて参加し、関係者の合議で作成している。		
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	a ・ ㉘ ・ c
<コメント> モニタリング会議でホームの月報や個別支援計画の進捗状況を確認している。さらに、現場会議でモニタリング時の様子や個別支援計画の振り返り、新しい個別支援計画の内容の確認を行っている。個別支援計画のマニュアル等への反映が課題となっている。		
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	㉗ ・ b ・ c
<コメント> 「Jきろく」というシステムで記録が行われている。また、「申し送りシート」や「事業日誌」にも記録が記載されており、職員間、ホーム間で記録の共有化が図られている。「Jきろくシステムマニュアル」が作成され、記録の内容や書き方に差異が出ないように工夫がされている。		
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	㉗ ・ b ・ c
<コメント> 「個人情報保護規程」で利用者の個人情報の取扱いについて定めている。また、「Jきろく」はパスワード設定がされており、文書も利用者名をイニシャルにする等配慮されている。個人情報の取扱いは「個人情報使用同意書」で説明し、同意を得ている。		

【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> モニタリングの会議には本人が参加し、納得した上でサインをもらうようにしている。また、ケース会議も本人が同席している。各ホームの当番やルールも話し合いの場が設けられて決定している。利用者の意思を尊重した支援がなされている。			

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	a ・ ② ・ c
<コメント> 身体拘束適正化委員会と虐待防止委員会が2ヶ月に1回開催されている。権利擁護の取組みについては分かりやすく表記した重要事項説明書で利用者や家族に周知をしている。職員向けの研修を実施し、欠席した職員には伝達研修を行なっている。職員一人ひとりの理解度を図るための取り組みについても今後検討されたい。			

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> 利用者一人ひとりの特性に合わせての支援を、見守りを基本にしながら行っている。行政の手続等は家族が担っている部分もあるが、職員が代行している。グループホームからサテライト型グループホームに移行し、さらに、地域でのひとり暮らしを始めた利用者があり、自律・自立の生活のための支援を行っている。			
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> 「利用契約書」や「重要事項説明書」は分かりやすい言葉で表現し、さらにルビをふっており、利用者理解を促す工夫がされている。また、ひらがなや分かりやすい言葉、担当者が作成した絵カードで利用者とのコミュニケーションを図っている。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> 日常的に職員と利用者が話す機会が設けられている。誕生日のメニューは食べ物の写真を見せながら選択してもらい、意思確認が難しい利用者には、家族に確認をとっている。相談内容は「Jきろ」や「申し送りシート」に記載され、職員で共有して。			
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> 利用者が取組みたいことを汲み取ることが難しい面があり、いつもと同じ余暇を選んでしまう利用者もいる。そのため、職員から提案したり、ヘルパーから同行の時の様子を聞くなどして、次の取組みにつなげている。利用者に対する情報提供については改善の余地がある。			
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> 利用者の特性や利用者同士の関係に配慮し、細かな点まで報告と共有を申し送りや職員会議等で行っている。強度行動障害の研修に全職員が参加できるよう配慮する等、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。			

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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 食事は食材の宅配業者であるタイハイやセブンネットを活用し、手作りの食事にこだわっている。また、食事の形態も利用者の状況に合わせて刻み食に対応している。排泄や移乗については必要時に対応している。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> コロナ禍以降、利用者一人ひとりの部屋で過ごすことが多くなっている。個室であるためプライバシーが守られている。入居の際は欲しい家具や好きな色等を聞き取り、利用者に合わせて対応している。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 作業療法士や理学療法士からの助言を受け、病院に通ったり、靴の買い換えをする等、連携を図っている。また、日常的には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。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> バイタルの測定や毎月の定期健診で利用者の健康状態の把握に努めている。その結果によって、医師の助言も受け、ご飯の量の調整、トマトジュースや納豆の摂取といった工夫をしている。また、「緊急時（病院編）マニュアル」がスタッフルームに掲示され、職員研修で誤嚥の時の対応方法を実施する等、迅速な実践ができるよう工夫している。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 薬は調剤薬局の協力で日付や名前を記入した小袋に一包化され、お薬ケースで管理している。投薬ミスが起きないように工夫がされている。今後は、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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> きょうされんのカレンダーを会社の方に広げている利用者や平和の願いを込めて折り鶴を折る利用者、ヘルパーと一緒に旅行に行く利用者、ホーム以外の友人との交流をする利用者、生け花教室に通っていた利用者、カヌー体験をした利用者等、社会参加や学習の取組みができています。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> グループホームで暮しながら週末に家族の家に帰ることを希望している利用者が多い。ひとり暮らしへの意欲を高める働きかけには至っていない。利用者の希望と意向を尊重しつつ、地域生活への移行につながるような取組みを期待したい。</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> 個別支援計画作成時や1ヶ月毎に利用者の「出納簿」を報告し家族と定期的に連絡をとっている。グループホームの給食費についても家族に説明を行った。1万円以上の物品の購入は「使用協議書」を作成し、家族にも確認をとっている。		
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		