

## 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：杉本 雅明	定員（利用人数）：20名（18名）	
所在地：愛知県名古屋市中区弥次工町4丁目63-1		
TEL：052-618-7171		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成31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：16名
専門職員	（管理者）1名	（事務職員）1名
	（社会福祉士）3名	（介護福祉士）3名
	（強行研修受講者）5名	
施設・設備の概要	（居室数）20名	（設備等）AED・スプリンクラー
		（ひいらぎホーム、ひろめホーム以外）

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・めざすもの

障害のある人たちの「命と願い」を大切にし、社会参加と豊かな暮らしの実現をめざす。誰もが安心して暮らせる地域をつくるため、多くの“つながり”を築き、上げていく。豊かな笑顔と人間性を育み、関係者の創意を活かしながら、社会から信頼される経営をめざす。

##### ・大切にしている価値観（行動指針）

尊重 - すべての人をかけがえのない存在として認め、その尊厳を大切にする。  
 参加 - 利用者一人ひとりを“事業の担い手”と捉え、その実践と創意を尊重する。  
 共同 - 手をつなぎ、支えあうことを重視し、それが大きな力になると信じる。  
 運動 - 願いをかたちにするため、地域や社会とともに新しい事業や制度を創り出す。  
 平和 - 協力と交流の輪を広げ、「平和の尊さ」を忘れずに活動する。

#### ★基本方針

「わたしたちの大切にしているもの」「わたしたちのめざすもの」を念頭におき、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。併せて、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

余暇支援には力を入れていると思う。ホーム単位、事業所単位での旅行や取り組みを積極的に行っている。特に家庭帰省が出来なくなってしまった利用者さん長期休暇などは積極的に行っている。

安定した事業運営が行える様に努め、安心して働ける様、業務マニュアルや支援の手順書をホーム担当を中心に見直している。あわせて、現場を支えて下さるパート職員に現場会議への参加を働きかける。多くのパートさんが参加をしてくれている。また参加が出来なかった職員には会議報告書を配布して確認をしてもらっている。

毎日16時に申し送りを行い、勤務に入る前に最新情報を確認してもらうことができている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年10月27日(契約日) ~ 令和8年5月28日(評価決定日)  【令和8年1月20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

##### ◆業務改善の取組み

事務時間削減のため、正規職員にはパソコンを支給し、業務の効率化を図っている。事務時間の削減に伴い、現場での支援時間を増やし、利用者支援の向上を目指している。また、記録ソフトや労務管理のソフトを導入することで、業務改善にも取り組んでいる。

##### ◆利用者の意向を尊重したサービス提供

外出先や余暇支援等、様々な場面で利用者の要望を聞いている。特に外出支援では、買い物外出や個人外出、ヘルパー外出等を積極的に支援し、可能な限り希望を叶えている。また、特定の外出先に偏らないよう、職員が情報提供を行って利用者の選択肢を広げる工夫をしている。

##### ◆体験部屋の用意と積極的な活用

ホーム利用者のみならず、在宅で暮らす障害者が将来親元を離れて、地域生活への移行に必要な経験を積むために、ホームに複数の体験部屋を用意し、積極的に取り組んでいる。多くの利用希望者に体験してもらえる環境が整っており、地域の中で大きな役割を担っている。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆事業計画の利用者周知と理解

事業計画は利用者に関わる内容であるため、利用者に対する説明責任がある。理解しやすいように、別途分かりやすい資料を作成する等、事業計画に対して利用者や家族等の参加や理解が促される取組みを期待したい。

##### ◆マニュアルの管理方法の改善

マニュアルの管理については、どこにどのマニュアルが設置されているのかが不明瞭で、一部の職員が把握している程度に留まっている。また、マニュアルが点在していることから、使い勝手を含めて課題を残している。マニュアルの役割として、「いつでも」、「どこでも」、「誰でも」、必要に応じて手にすることができる仕組みが求められる。

◆マニュアルに基づくサービス提供の確認

一人職場であるグループホームにおいては、世話人個々の判断を求められるケースも多く、そのためにはマニュアルに即した正しい業務および支援が必要となる。そのような責任体制の中、マニュアルに従ってサービス提供が行われているかどうかを確認する仕組みが弱いいため、その体制整備を進められたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審し、日頃の支援や事業所運営について、一定の評価をいただいたことを励みに感じています。特に、ホームごとの生活環境や利用者一人ひとりに応じた支援、地域とのつながりを大切にした取り組みについて評価をいただいたことは、職員の積み重ねによる成果であると受け止めています。

一方で、利用者・家族への事業計画の説明や、マニュアルの定期的な見直し、サービス提供状況の確認体制など、事業所として整理・強化が必要な課題も明確になりました。

今回の評価結果を、単なる確認に留めず、「なぜその取り組みを行うのか」「利用者主体とは何か」を改めて職員間で共有しながら、支援の言語化と標準化を進めていきたいと考えています。

また、利用者本人や家族にも分かりやすく事業所の方針や取り組みを伝えられるよう工夫を重ねるとともに、地域との関係づくりや職員育成についても継続的に取り組み、安心して暮らせるホーム運営につなげていきます。

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＞ 理念ととして、「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。新規職員に渡す「支援のハンドブック」にそれらが記載されており、入職当日までにオリエンテーションを実施している。職員には4～5月に事業計画と共に説明している。家族には3月の家族会で説明をしているが、利用者には分かりやすく説明した資料は作成されていない。		

##### 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＞ 社会福祉全体の動向についての把握、分析という点では、情報が不足している。法人主導で、グループホームとして、2年ごとに利用者の実態調査を行い、5年後の見通しを検討している。また、「利用集計表」を用いて給付費収入や食費、日用品費、車両維持費、家賃、家電積立金等を確認し、経営状況を把握している。		
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 a ・ b ・ c
＜コメント＞ 改善を要する課題としては、「私らしく生きる」が掘り下げられていないこと、運営会議と事業所会議、現場会議との連動ができていないことが挙げられる。利用者支援にあたっては、個別支援のための手順書を全利用者に対して作成し、個別支援計画には利用者の言葉で記載する等、会議で確認しながら支援に取り組んでいる。		

##### 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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人の「第7期総合計画」（2025年度～2029年度）が策定されている。「高齢期の暮らし」、「ひとりひとりにあった暮らし」、「老朽化の対応」、「暮らしの専門性を高める」こと等が重点項目となっている。ホームの移転計画のスケジュール変更は見直しをしているが、他の項目についての具体的な目標設定については改善の余地がある。		
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＞ 「第7期総合計画」に基づき、単年度の事業計画が策定されている。「利用者（家族）支援」、「職員育成」、「地域との連携」、「職場運営」、「財政運営」等の各項目について取組み内容が記載されている。内容についての数値目標や具体的な成果を設定し、確実な評価を行える仕組みを構築されたい。		

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 事業計画は、10月もしくは11月に各ホームの担当者が振返りを行っている。年度後半の取組みの計画を立て、職員会議で情報共有を図っている。年度末にも振返りを行い、見通しや計画について周知し、職員の理解につなげている。		
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 ・ ㉒ ・ c
<コメント> 今年度、家族の茶話会を発展させ、家族会を組織した。月に1回の家族会の取組みの時に事業計画の説明を行なった。今年度からの取組みのため、多くは望めないが、事業計画に対して利用者や家族等の参画意識が促される取組みを期待したい。		

#### 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 ・ ㉓ ・ c
<コメント> 6ヶ月に1回、個別支援計画のモニタリングを行い、毎月、パート職員も参加する現場会議で支援の統一を図っている。また、スピーチロックをテーマにした権利擁護研修を実施し、昨年度に引き続き、第三者評価を受審した。自己評価は共有しているが、改善に向けての計画策定、実行、評価、見直しのサイクルまでは確認できなかった。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 第三者評価を、昨年度から2年連続で受審している。前回の第三者評価の結果について、改善の課題の明確化が確認できなかった。評価結果を分析し、課題を明確にすることを求めたい。さらに、全職員でどう取組んでいくのか、今後の検討を期待したい。		

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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 異動により、今年度から管理者が変更になった。管理者の責務は「就業規則」の「職能基準および職務 役割」、「任命基準」等に明記されている。事業計画と管理者の運営方針については、着任した4月に職員 に説明をしている。不在時の権限委任等は副所長、サービス管理責任者の順となっている。			
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	a	・ Ⓑ ・ c
<コメント> 遵守すべき法令等は、法人の所長会議に参加して情報を得ている。職員にはその都度周知をしている。 法令遵守について、職員に周知が徹底されているかは確認に至っていないため、法令遵守の徹底ができる よう、今後の取組みに期待したい。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 利用者の満足度は2年に1回の「利用者アンケート」で把握すると共に、現場会議や各ホームからの「月 報」を通して毎月情報を共有している。また、非正規のパート職員を含め、全職員から「自己申告書」を 毎年提出してもらい、満足している点、負担に思っていること、異動の希望等を確認している。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 事務時間削減のため、正規職員にはパソコンを支給し、業務の効率化を図った。事務時間の削減に伴 い、現場への支援時間を増やし、利用者支援の向上を目指している。また、記録ソフトや労務管理のソフ トを導入することで業務改善にも取り組んでいる。			

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	a	・ Ⓑ ・ c
<コメント> 正規職員は、法人が主導して採用活動を行っている。求人サイトの活用、ホームページの改善、学校へ の働きかけ等を行っている。また、人材確保のための学習会が行われている。事業所としても、人材確保 の計画を作成し、計画的に採用ができるよう取り組まれない。			
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> 「期待する職員像」については、「就業規則」や「支援のハンドブック」に記載されている。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おり、2029年度に導入予定となっている。育成、採用・ 配置、報酬、評価等が、総合的に管理されるような仕組みとなることを期待したい。			
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> 時間外労働は、職員一人あたり月に数時間となっている。管理職であっても育児休業が取れる体制に なっている。勤務シフト等も柔軟に調整可能で、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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームとしての目標は設定されているが、職員を対象とした目標管理制度は導入されていない。事業理念、「わたしたちのめざすもの」、総合計画、事業計画等の実現のため、職員一人ひとりの目標が設定され、併せて個々の育成につながるよう、目標管理の仕組みを検討されたい。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「ゆたかではたらくあなたへ」、グループホームの「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」を使い、職員研修を行っている。また、外部研修後は「出張研修報告書」を提出し、職員会議で報告も行っている。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。</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	⑨ a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>援助担当者を決め、新任の正規職員は、3ヶ月から半年、1年と0JTが行われる。また、非正規職員についても、1ヶ月間は職員が複数配置されている。採用後1年～5年は法人の研修に毎年参加している。外部研修の参加が推奨され、非正規のパート職員を含めた全職員が何らかの研修に参加している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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、決算等の情報が掲載されている。また、「苦情解決の仕組み」が明記されている。苦情の申出者に配慮しながら、苦情の対応結果や第三者評価の受審結果も公表し、さらなる運営の透明性を図られたい。</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 ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>物品の購入については、「協議書」の提出を求めて確認を行っている。毎月会計士が財務チェックを行っており、社会保険労務士からもアドバイスを得ている。事務、経理、取引等に関するルールについては、一部の職員への周知が図られていない面があり、課題となっている。</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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	障23	⑨ a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わりについては、事業計画の「地域との連携」という項目に記載されている。町内会に加入し、地域の清掃活動である「プロキング」に参加している。また、地域のイベント情報等は、利用者にチラシ等を配付して案内している。利用者と地域との交流に、積極的に取り組んでいる。</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。	障24	a ・ b ・ ㉔
<コメント> ボランティアや学校教育等への協力についての基本姿勢が、明確にされていない。また、マニュアルについても作成されていない。外からの風を入れることは閉鎖的な環境になりやすいグループホームにとっては必要なことだと考えられるため、ボランティア等の受入れを今後検討されたい。		
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> 愛知県のきょうされんをはじめとした関係機関の会議には、法人として参加している。社会資源については、一覧表を作成して事業所内で共有している。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。		
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> 法人内の所長会議等に参加し、現在の情勢や他団体の状況の把握を行っている。地域の福祉ニーズについては、把握するまでには至っていない。グループホームへの入居希望者は40人ほどいるが、その内容は法人の他事業所利用者となっている。		
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	a ・ ㉒ ・ c
<コメント> 南区や学校区単位、小学校で行われる防災訓練に参加している。しかし、事業所のノウハウや専門的な知識、情報等を地域に還元する取組みとしては行われていない。事業所として地域のニーズに応えるために、公益的な事業・活動を積極的に行うことを検討されたい。		

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	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の基本方針や理念を記載した三つ折りのクレドカードを常に携帯し、日頃の支援の中でも理念を意識できる。虐待防止に関するセルフチェックは、年1回SNSサービスを使って実施し、その集計から結果報告、対策の検討まで一連の取組みがある。正規職員中心に開催される事業所会議や、全職員が参加する現場会議等において、権利擁護に関する周知が行われている。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に関する規程は整備されており、その内容は法人のハンドブック「ゆたかではたらくあなたへ」にも記載されている。ハンドブックは今年度大幅にリニューアルし、従来よりもより見やすい内容となり、職員教育にも活用されている。男性利用者が多い反面、男性職員が少ない中でも同性介助を徹底し、プライバシーに配慮した支援を実施している。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームの見学や体験希望があれば随時対応している。体験用の部屋を複数確保しており、特にホームの利用希望者に対しては、積極的にサービスを提供している。情報発信の媒体としては、法人のホームページや法人内事業所全てが記載されているパンフレット、毎月発行の広報誌がある。今年度は新たに事業所独自のパンフレットを作成し、様々な場面で活用している。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始やその後に変更があった際にも、利用者および家族に説明して同意を得ている。主に口頭での説明ではあるが、ルビ付きの資料が用意され、利用者に分かりやすい言葉に置き換えて説明する等の配慮がある。意思表示が難しい利用者については、家族の意向を聞き取った上で、関係職員と話し合いを重ね、本人本位の支援の提供に努めている。</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	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の移行にあたっては、家族や相談支援専門員、日中支援事業所等と連携して進めており、管理者とサービス管理責任者が退所後における窓口となっている。一方で、移行後の継続的なサポートを行うための明確なマニュアルが作成されておらず、職員の力量に依存した対応となっている。確実かつ統一した支援が行えるよう、仕組みや手順の明文化に期待したい。</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	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価機関による利用者へのアンケート調査が昨年に引き続き実施され、その内容を職員会議で周知している。個別面談や家族会等の機会を通じて満足度を把握する仕組みがある。法人主導の「利用者アンケート」が2年に1回実施されているが、調査対象は利用者と家族が一緒になっている。調査対象を別々に設定することや、調査項目にも改善の余地がある。</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	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みは整備され、ホーム内にその説明を示す掲示物が設置されている。ただ、窓口職員名や連絡先等が記載された掲示物は確認ができなかった。また、昨年度苦情が1件発生しているが、公表が法人内部に留まっており、ホームページ等での公表を期待したい。また、苦情がない場合は、「苦情なし」の実態を公表することで、苦情の有無が明確になる。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者から相談の希望があれば適宜対応している。相談場所は自身の居室はもとより、人がいない場所に対応するなど、利用者の希望に応じた上でプライバシーへの配慮も行っている。課題としては相談に関する利用者向けの説明文書があるものの一部のホームに留まっているため、全ホームに同様の掲示をするなど改善の余地がある。</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	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者からの相談について、速やかに対応できるものはすぐに対応している。内容によっては、職員会議に取り上げて情報を共有し、可能な限り支援に反映させている。相談内容については、業務入力を行うシステムに入力したり、手書きで記録する記録用紙等に記載される等、他の職員にも引き継がれる仕組みがある。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 事故発生時の対応マニュアルが整備され、いつでも職員が確認できる環境が整っている。毎月の職員会議では、ヒヤリハット事例の報告と対応策を検討し、その後全職員への周知を行って事故の未然防止に努めている。法人のハンドブックに緊急時の対応が記載され、研修により基本的な対応については周知されている。ただ、継続的な教育の機会がなく、更なる取組みに期待したい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 感染症に関するBCP（事業継続計画）は整備されている。法人のハンドブックにも感染症に関する知識と対応についての記載があり、基本的な教育は実施されている。しかし、現在は看護師が配置されていないため、これまで行ってきた研修ができていない。実践的な研修の機会が十分とは言えないため、今後は研修の充実を図りたい。</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やっている。	障39	㉠ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 町内会の防災訓練に年1～2回参加する等、地域の一員として防災に関わる機会が用意されている。災害に関するBCP（事業継続計画）も整備され、データに加え文書でも備え、いつでも速やかに確認ができる。安否確認等の連絡体制についても、メールによる一斉送信体制や緊急連絡網等を用意している。備蓄品も用意され、在庫状況等に関する点検および補充も適宜行われている。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; タイムテーブルに基づくマニュアルが用意されており、「何時に何をするのか」が明確になっている。しかし、個別の業務に対する標準的なマニュアルは未整備である。基準となるマニュアルを業務ごとに整備し、それを基にした支援や職員教育に期待したい。また、タイムテーブルに記載された業務が、確実に行われているかを確認する仕組みが弱く、この点も課題となる。</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 ・ ㉞ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者への支援やスケジュールに関するマニュアルについては、毎年3月に振り返り、4月にリニューアルしている。内容についても、必要に応じて職員会議等で検討や見直しを行っている。今後は、個別対応のみならず、標準となる業務マニュアルの作成を進めるとともに、業務マニュアルの定期的な見直しが行える仕組みを作り、職員教育と連動させる体制の構築が望まれる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントを基に、個別支援計画の作成が行われている。利用者が日中を過ごす通所施設の職員や相談支援専門員、家族、場合によっては当該利用者の主治医等、日々関わりのあるホーム職員以外からも意見を集約し、個別支援計画を策定している。計画の内容については、利用者本人および保護者に説明し、同意を得た上で署名をもらっている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>4月が計画のスタート月とし、半年後の9月に個別支援に関する会議を設け、計画の策定時と同様に意見を集約して見直し（評価）を行っている。見直し後の支援内容は、職員会議を通じて職員へ周知し、支援に反映させる体制となっている。また、利用者の状況に変化があった場合には、その都度会議等で協議し、随時計画の見直しを行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関する支援の様子は、専用のシステムにて記録している。その他「申し送りシート」や「事業日誌」等の手書きの様式も整っている。これらの記録を毎日確認することで、前日の出来事や利用者の様子等の情報が得られる仕組みとなっている。特に5ホームある中で、業務の始まりには全職員が1箇所のホームに集まり、連絡事項等を確認した上で業務に入る仕組みがある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>パソコンで入力する専用ソフトについては、職員ごとにログインパスワードが割り当てられており、部外者がアクセスできない仕組みとなっている。重要な書類については鍵付きのロッカーで管理している。「個人情報保護規程」が整備され、入職時に法人研修で教育が行われているが、初期教育のみでは意識定着が不十分と感じる部分もあり、継続的な教育機会の確保が望まれる。</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 a · b · c
<コメント> 自治会と呼ばれる組織はないが、利用者を集ってもらい、ホームごとで話し合う機会がある。その中で出される様々な希望を、実現させるための取組みがある、具体的には、旅行やカラオケ外出、花卉栽培、食事作り等、バリエーションは豊富である。ヘルパー利用の個人外出があり、職員と電車やバスを使って出かける等、いずれも個別支援計画に基づいて実施している。		

### 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> 虐待防止に関する規程を整備し、法人のハンドブックにも利用者の権利擁護について明記している。また、年1回法人主導で全事業所の職員を対象にセルフチェックを行い、自身の支援の振返りを行っている。課題としては、これらの取組みが職員止まりになっており、利用者や家族等に権利擁護に関する周知が十分ではないため、その体制作りを期待したい。		

### 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 a · b · c
<コメント> かつて、一人暮らしに移行した利用者が利用していたサテライト型のホームがあり、現在でもそのノウハウは蓄積されている。健康の自己管理を行う利用者のサポートを行ったり、行政手続きが必要な利用者への支援を行う等、支援を必要とする利用者に対して個別に対応している。体験利用者の中でも、ホームへの入居から一人暮らしの生活を目指す方への支援も行っている。		
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 a · b · c
<コメント> 多くの利用者は言語によるコミュニケーションが可能であるが、意思表示が難しい利用者に対しては、カードや写真等のツールを用いたり、ジェスチャーによる意思確認を行う等、個々に合わせた工夫がある。日々の様子や行動から気持ちを汲み取ることも心掛けている。加えて、保護者や日中活動の場の職員とも情報共有を行い、様々な視点から本人の意向を確認している。		

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 a · b · c
<コメント> 利用者が自由に話す機会を大切に、内容は専用のシステムを用いて記録し、また「申し送りシート」を使っでの情報共有もある。利用者の選択と決定に必要な情報は決して多いとは言えないが、利用者から表出される様々な要望については、丁寧な対応がある。ある利用者は、旅行に行くための積立てを個別に行っており、「旅行に行きたい」という利用者の意思の表れである。		
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 a · b · c
<コメント> 利用者は日中、通所作業所等に通っているため、支援の中心ではないが、休日には個別外出ができるようヘルパー利用の調整等を行っている。週末のみならず、平日においても夕方以降に利用者の希望に沿って出かける機会がある等、自由度の高い生活を送ることができる環境である。余暇支援のバリエーションも豊富で、基本は利用者の要望に即した活動の支援である。		
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 a · b · c
<コメント> 法人内の各ホームのサービス管理責任者が毎月1回集まり、利用者に関する情報共有や障害特性の勉強等を行い、その内容を現場職員に伝える仕組みがある。また、職員に対しては、入職時に法人研修として障害に関する教育を実施している。強度行動障害に関する基礎研修も、正規職員中心に多くの職員が受講する等、障害特性に合わせた支援体制が整っている。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者と職員との男女比が異なる中でも、同性介助を基本とした入浴支援を行っている。特定の業者から食材が届き、各ホームで調理して手作りの食事を提供している。個別対応としてキザミ食を提供する等、利用者の嚥下、咀嚼能力に応じて食事形態を代えている。時には食材の注文をやめ、利用者が食べたいリクエストメニューに応える等、柔軟な対応も行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室はすべて個室であり、十分な広さと明るさがある。洗面所やトイレが2ヶ所用意されていたり、ホームエレベーターや車椅子トイレが設けられている等、歩行が困難な利用者でも利用が可能な造りとなっている。リビングや浴室等の共用部分は職員によって清掃・整理整頓が行われ、常に清潔な環境が保たれている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>外部の理学療法士が、週に1回ホームを訪れ、複数の利用者に対して機能訓練を行う機会がある。また、作業療法士については、法人内の別の事業所に配属されており、必要に応じて相談等が行える環境である。それらに該当する利用者は多くはないが、事業所として必要とされる利用者には個別で対応する体制が整っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎日の検温以外に、個別対応で体重測定や血圧測定、SP02測定等を実施している。病院との情報共有を図り、利用者の健康維持に役立てている。急変時は「緊急時対応マニュアル」に沿って対応し、協力医療機関も複数用意している。全ホームの正規職員が集まる「地域支援職員会議」の中で勉強会も開かれ、健康等に関する学びの機会が用意されている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>薬については極力一包化を目指し、投薬ミスの未然防止に取り組んでいる。ただ、薬の管理は一部の利用者を除き職員が対応しているが、マニュアルが未整備であるため、今後はその整備と周知が求められる。また、医療的な支援に関する研修の機会が希薄であるため、その仕組み作りに期待したい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>対象となる利用者が限定的ではあるが、社会参加の取組みはある。外出時には公共交通機関の利用や小遣い帳の記入を行い、移動や金銭管理の学習機会として支援している。買い物外出や個人外出、ヘルパー外出等は、利用者の希望に応じて調整し、可能な限り意向を尊重している。特定の外出先に偏らないよう、職員が情報提供を行って利用者の選択肢を広げる工夫をしている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>一人暮らしを希望する利用者には、生活を支える仕組みを整え、相談支援専門員と連携して対応している。実際、1名の利用者の一人暮らしを実現させた。その後は希望者がいないため、取組み自体は中断しているが、いつでも希望に添えるよう、ノウハウの蓄積と支援体制は整っている。体験部屋を複数用意しており、希望する利用者の地域移行を積極的に支援している。</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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 普段から家族と連携し、連絡帳や電話連絡、メール等に対応し、適宜情報の共有・相談等を行っている。個別支援計画や利用者支援に関する報告、相談についても、定期的に意見交換の機会を設け、必要に応じて家庭訪問も行っている。課題は、利用者の急変時や体調不良時における報告および連絡に関するルールが明確になっていない点であり、その仕組みづくりに期待したい。		
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		