

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

特定非営利活動法人岐阜後見センター第三者評価事業部

②施設・事業所情報

名称：社会福祉法人聖清会 グループホーム若葉	種別：共同生活援助
代表者氏名： 山本典子	定員（利用人数）： 10 名
所在地：愛知県安城市桜井町咽首197-4	
TEL：（法人代表電話）0566-99-9860	
ホームページ：https://www.seiseikai.or.jp/	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成20年7月1日(平成26年グループホームに移行)	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 聖清会	
職員数	常勤職員： 5 名 非常勤職員 5 名
専門職員	（専門職の名称） 名
	社会福祉士 1 名 介護福祉士 4 名
	精神保健福祉士 1 名
施設・設備の概要	（居室数）
	居室：10室(全室個室)
（設備等） リビング 食堂 事務室 浴室 洗面 トイレ	

③理念・基本方針

【理念】 明るく 仲良く 楽しく
【基本方針】
1. 利用者様の意思を尊重し「かけがえの無い存在」になるように努めます。
2. 福祉サービス業のプロとして安全性を追求し、使命と真心を持って接します。
3. ニーズを把握「何ができるか」を常に考え、「聖清会を利用してよかった」と実感していただくサービスを提供していきます。
4. 地域に貢献し、信頼される施設を目指します。
5. 社会の法令を遵守し、要求事項への適合を確実にします。
6. この方針のため、品質マネジメントシステムを運用し、評価し、見直し、いつも有効であるように継続的に改善を図ります。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 話やすい雰囲気と明るく安全で過ごしやすい空間、環境を整えている。
2. 法人内の他事業所と協力し、24時間365日の生活を支援している。
3. 利用者の希望を取り入れて食事メニューを提供している。
4. 令和6年度より、法人で地域の高齢者や子供に向け『聖清会食堂』を開催している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 7 年 7 月 18 日（契約日）～ 令和 8 年 3 月 31 日（評価決定日） 【令和 7 年 11 月 8 日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	初 回 （令和 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

<ゆとりと楽しみのある心地良い生活環境>

ホーム内の広さや清潔さに加え、夕食後のコーヒータイトムや月2回の選択メニュー等、日々の生活に「ゆとり」と「楽しみ」を生み出す工夫が随所に見られる。食堂とリビングが一体となった広い空間には応接セットが置かれ、入浴後から就寝までの時間を、テレビを見たり好きなことをして寛げる環境が整っている。物品は整理され、清掃も行き届いており、安心して過ごせる生活空間が保たれている。

<利用者の特性を丁寧に把握し、意向を尊重する個別支援の充実>

利用者の個性や特性については、日々のメモや観察の積み重ねから丁寧に把握するとともに、意向や表現を読み取っていく姿勢が確立されている。長期入居の利用者が多い中で、満足のいく生活につながるよう、一人ひとりのコミュニケーション方法を理解した上で定期的に面談を行い、意向や要望を引き出す取り組みが継続されている。こうした丁寧に個別性を重視した支援体制は、利用者の安心感と生活の質の向上に大きく寄与している。

<家族とのつながりを大切にする継続的支援の実践>

家族とのつながりを大切にし、関係が途切れないよう継続的な面会機会を確保している。年に1回は必ず家族や兄弟に来訪してもらい、個別支援計画への同意を得るだけでなく、面会の時間を通して家庭と施設双方の様子を丁寧に共有している。

◇改善を求められる点

<職員の成長を支えるキャリアパス構築の推進>

人事考課は、法人が整備した客観的な評価基準に基づき、品質管理システムと連動したフィードバック面接を通して実施している。一方、職員の希望に応じて専門職としての成長や運営面での役割拡大など、多様なキャリアを描けるようにするためのキャリアパスは、現在整備を進めているところである。今後の取り組みの進展に期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福祉サービス第三者評価の受審は、支援のあり方や施設経営を改めて見直す良い機会となりました。評価を通じてご指摘いただいた改善点については着実に対応を進めるとともに、高い評価をいただいた点についてもさらに質の向上に努め、多様化する障害福祉ニーズに対応した支援の提供に努めるとともに、福祉サービスの質の向上に取り組んでまいります。

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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 法人理念「明るく 仲良く 楽しく」を明確にし、その理念に基づいて6つの基本方針を策定している。理念と基本方針は玄関やパンフレット、ホームページなどに掲載し、公表している。また、事業計画にも理念や基本方針を反映させており、基本理念・品質方針・事業計画を記載した品質カードを職員が勤務中に携帯することで、現場実践につなげている。さらに、広報誌の活用やホーム内での掲示等を通じて、利用者や家族への理念の周知を図っている。			

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	㉠ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 障害福祉に関する動向については、行政情報をはじめ、様々な媒体から継続的に情報収集を行っている。地域の福祉ニーズについては、自立支援協議会や社会福祉協議会開催のネットワーク会議等への参加、地域団体との情報交換、日常的な地域活動を通じて、地域の特性や変化の把握に努めている。また、法人会議において施設の経営成績や財政状況を分析し、変化する経営環境に対応しながら、持続可能な事業運営に取り組んでいる。			
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	㉠ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 法人会議において施設の運営状況を分析し、利用者数の動向や障がい特性の多様化への対応、人材の確保・定着、職員の法人内研修の充実や育成プログラムの策定、働きやすい職場環境の整備、コスト管理、施設整備等、安定的な経営に向けた具体的な経営課題を明確にし、改善に向けた取り組みを行っている。			

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 ・ ㉠ ・ c	
＜コメント＞ 中・長期ビジョンを明確にするとともに、長期・中期・重点目標を具体的に示した法人全体の中・長期計画が策定されている。今後、計画のさらなる具体化が望まれる。			
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	㉠ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 中・長期計画を踏まえ、単年度の方方向性を明確にした事業計画を策定している。事業計画には、重点目標を定めた具体的な実施計画として位置付けられている。また、組織全体として中・長期的な方針と日々の実践を結び			

つけ、継続的な質の向上に取り組んでいる。			
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	㉠ ・ b ・ c
〈コメント〉 事業計画は、各部署の職員から意見を聴取し、策定・見直しを行っており、職員参画の下で組織的に取り組む体制が整っている。また、事業計画は連絡ノート等で周知するとともに、いつでも閲覧できるようファイリングしている。			
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	㉠ ・ b ・ c
〈コメント〉 事業計画にはルビを付け、利用者や家族が見やすいよう玄関や活動場所に掲示している。さらに、利用者の活動場面に合わせて内容をわかりやすく説明するなど、利用者が理解しやすい環境づくりに努めている。			

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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	㉠ ・ b ・ c	
〈コメント〉 福祉サービス第三者評価を受審するとともに、過去に ISO9001 を取得しており、その際に構築した品質マネジメントシステムを継続して運用している。手順書の見直しや目標設定を定期的に行うことで、法人全体で組織的にPDCA サイクルに基づく質の向上に取り組む体制を整えている。			
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	㉠ ・ b ・ c	
〈コメント〉 把握した課題について法人会議等で検討し、改善策及び実施計画を立案している。立案内容は連絡ノート等で周知され、実施状況も法人会議で報告・共有している。課題解決に向け、組織的な体制整備を進めている。			

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〉 管理者の役割と責任については、手順書や業務分担表で明確にしている。施設長不在時には、サービス管理責任者を中心にその役割を担う体制を整えており、業務が滞りなく遂行できる仕組みを構築している。			
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	㉠ ・ b ・ c	
〈コメント〉 遵守すべき法令に関する各種研修会に参加し、伝達講習を行っている。また、虐待防止指針や身体拘束禁止のための指針など、必要な指針類を整備し、職員のコンプライアンス意識の向上に努めるとともに、ガバナンスを利かせた組織づくりを進めている。			
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 管理者は現場に身を置き、日頃から業務を通して職員の意見に耳を傾けるとともに、会議等を通じて業務に関する助言や指導を行っている。また、毎月の事業計画の経過報告や施設の課題を法人会議で検討し、組織的に取り組む等、サービスの質の向上に向けて指導力を発揮している。		
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> 効率的な業務体制の構築を進めるとともに、経費の適正化に向けた取り組みを継続している。また、法人会議を通して運営上の課題や業務の進め方を検討し、組織として共有することで、業務の実効性を高める体制づくりを進めている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 必要な職種や人員体制を確認し、適切に配置できるよう採用活動を進めている。また、大学や福祉養成校だけでなく、他業種からの転職者や中高年齢の方など、さまざまな背景を持つ人が応募しやすいよう、幅広く求人チャネルを広げて人材確保に取り組んでいる。さらに、OJTを充実させることで、新しく入った職員が安心して働き続けられるよう、定着に向けた支援にも力を入れている。		
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> 人事考課は、法人が整備した客観的な評価基準に基づき、品質管理システムと連動したフィードバック面接を通して実施している。一方、職員の希望に応じて専門職としての成長や運営面での役割拡大など、多様なキャリアを描けるようにするためのキャリアパスは、現在整備を進めているところである。今後の取り組みの進展に期待したい。		
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り組んでいる。	障 16	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 職員の有給休暇の消化率や就業状況を定期的に確認し、有給休暇の取得を促す取り組みや、出産・育児休暇制度の整備など、ライフワークバランスに配慮した働きやすい環境づくりに努めている。また、メンタルヘルスチェックや健康診断の実施、職員相談窓口の設置など、安心して働けるよう福利厚生の体制も充実させている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 職員の育成に向けて、品質マネジメントシステムを活用した目標管理制度を確立している。年度当初に個々の目標を設定し、期中および期末にはフィードバック面接を実施して、取り組み状況や達成度を確認している。		
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	㉠ ・ b ・ c

＜コメント＞ 職員が勤務中に携帯する品質カードには、組織として掲げる基本方針が明記されており、日常業務の中で方針を意識しながら行動できるよう工夫している。また、外部研修・内部研修・OJT指導など、多様な研修を組み合わせた研修体制を整え、計画的に研修を実施している。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 職員研修を充実させるため、新人向け研修や OJT 研修、階層別研修、テーマ別研修など、多様な研修プログラムを整備している。これらの研修を通して、職員が役割に応じた知識や技能を身につけられるようにしており、全体全体のサービス品質の維持・向上につなげている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 法人全体で実習生受け入れ手順書を整備し、養成校と連携しながら積極的に受け入れを進めている。受け入れにあたっては、実習オリエンテーションやカンファレンス、振り返りの機会を設けるなど、学生の学びを支えるための指導体制を整えている。		

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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ ホームページ上で理念・品質方針・提供するサービスの内容等、事業運営に関わる情報を幅広く公開している。また、財務情報は WAMNET、第三者評価の受審結果は愛知県社協のホームページを通じて公開する等、複数の媒体を活用しながら運営の透明性の確保に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 法人で経理規程等を整備し、事務、経理、取引等についてルール化している。また、会計事務所と連絡を取り合う等、適正な運営に努めている。		

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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 事業計画の中で地域貢献について明記されており、地域との関わりに対する施設としての基本姿勢を示している。具体的には、神社の清掃活動を行っている他、昨年度からは地域の高齢者や子どもを対象とした「聖清会食堂」を開始している。また、地区社協が開催するサロンへの参加や生活支援ネットワーク会議への参画、地域の事業所との合同企画など、多様な形で地域との連携や交流に取り組んでいる。		
Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受け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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ ボランティア受け入れに係る手順書を整備し、オリエンテーションを実施して、地域のボランティアや学生の職場体験も受け入れている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 行政機関、関係機関、相談支援事業所など、地域の関連機関との連携が密であり、必要な社会資源リストを作成して職員への周知を図っている。得られた情報は法人内掲示板や法人会議などで報告し、法人内で共有できる仕組みを整えている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 法人で、地区社協が定期的開催している「生活支援ネットワーク会議」への参加を通じて、地域の福祉ニーズや課題の把握に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 2024 年度からは法人として地域の高齢者や子どもを対象とした「聖清会食堂」を開催し、長期休暇中の昼食提供も行っている。これらの取り組みを通じて、地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動を進めている。		

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
<コメント> 基本理念や品質方針を記載した品質カードを職員が常に携帯している。虐待防止や権利擁護研修、身体拘束の適正化に関する研修などを内部・外部で定期的実施し、利用者の人権尊重の観点から、自己決定と選択を尊重した支援を行うとともに、個人の尊厳に配慮した安心・安全な福祉サービスの提供に努めている。内部研修では、対応方法の統一や情報共有を図るなど、不適切な関わり防止や権利擁護に関する意識を高める取り組みも進めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> プライバシーに関する手順書を策定し、日常的な生活場面において利用者のプライベート環境を整えるとともに、プライバシーに配慮した適切な支援に努めている。また、各種会議や研修を通じて職員への意識づけにも取り組んでいる。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 法人理念や施設紹介を記載したパンフレットを作成し、見学者に配布して説明を行っている。ホームページでは、施設内の様子や取り組みが伝わるよう工夫しながら情報発信を行っている。		
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	㉠ ・ b ・ c

＜コメント＞ サービス開始にあたっては、ルビを振った重要事項説明書やパンフレット等の資料でサービスの内容や利用方法等を説明し、利用者・家族の同意を得て契約を締結している。変更時は個別支援計画書に基づき、利用者、保護者に説明を行い、同意を得ている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 施設・事業所の変更やサービス終了時には、利用者や家族の意向を踏まえて、サービス管理責任者がサービス担当者会議を開催し、関係機関や福祉事業所と連携を図っている。サービス終了後も相談ができる体制であり、サービスの継続性に配慮した対応に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 今年度から、家族の満足度アンケートを実施し、集計結果を職員間で共有して改善につなげている。また、サービス担当者会議も活用し、利用者や家族の意向や満足度の把握に努めている。毎月「若葉会」を開催し、利用者の希望や意見を聞き、満足度向上に取り組んでいる。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 法人として苦情解決の仕組みを整備しており、保護者等への説明も実施されている。担当窓口や第三者委員等、外部の相談窓口についても重要事項説明書に記載するとともに、施設内に掲示して周知している。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 日常的な支援の場面で、職員の誰でも気軽に相談できるよう、声かけに心がける等、相談しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、毎月の「若葉会」の機会に意見を聞き、利用者の意向の把握に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 利用者からの相談、意見や要望があった場合は、その都度、情報共有している。寄せられた意見に対しては、対応に関する手順書を整備し、迅速な対応に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 事故発生マニュアルを整備し、リスクマネジメント体制を構築している。また、ヒヤリハットを収集・分析し、職員間で共有して事故予防に努めるとともに、事故発生時には要因分析を行い、再発防止に向けた改善策を実施している。今年度は、法人全体で安城警察署に依頼して不審者侵入の防犯訓練を行い、AED 訓練を実施したほか、安全運転講習会も実施したところである。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 感染対策マニュアル、疑似症及び食中毒発生時対応手順書、インフルエンザ対応手順書、新型コロナウイルス		

対応基準、感染症対策指針、感染症及び食中毒の予防・まん延防止のための指針を整備し、年 2 回の研修や訓練を実施している。全ての手洗い場所には、手洗い方法を分かりやすく示したイラストを掲示し、毎日の定期的な検温、掃除や消毒、常時の換気などを実施し、常に感染予防と拡大防止に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 災害に備え、BCP 計画(事業継続計画)を策定し、定期的に避難訓練を実施するなど、災害時における利用者の安全確保に向けた取り組みを組織的に行っている。法人は福祉避難所に指定されており、防災倉庫の設置や、安城市による定期的な無線訓練も実施されている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 標準的な支援方法については、個別支援計画の作成や各種手順書の整備を進め、職員研修を通じて支援の質の標準化に取り組んでいる。手順書については必要に応じて見直しを行い、実際の支援内容が反映されるよう取り組んでいる。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 福祉サービスの標準的な実施方法の見直しについては、毎年、各種会議において手順書類の見直しを実施している。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 利用者や家族の意向を踏まえ、担当職員、サービス管理責任者がアセスメント様式に記入して支援ニーズ、目標や支援内容を具体的に明示し、個別支援計画を作成している。個別支援会議では、他職員にも参加してもらい、支援内容等の確認を行っている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画の見直しは半年に 1 回のペースで行われている。作成手順もあり、利用者の状況が大きく変化した場合には、時期に関係なく必要に応じて随時見直している。必要に応じて他職種と連携し、変更内容を共有するなど、計画の適切な更新に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 毎日の利用者の様子は利用記録を通じて保護者へ伝えている。また、勤務日誌(ケース記録)としてまとめて管理している。さらに、利用者や家族からの意見や要望はすべてハウレンソウ MEMO に記録している。必要な情報は連絡ノート等で随時共有している。		
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	㉠ ・ b ・ c

＜コメント＞

記録の管理体制については、個人情報保護手順書を整備し、適切な記録の保管・保存・廃棄を行っている。ICT化を推進し、PC のセキュリティ管理を徹底するとともに、記録文書は鍵付きロッカーに保管するなど、厳重な管理を行っている。

【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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 利用者本位の姿勢を大切にし、絵や写真、手話、共同動作等、多様なコミュニケーション手段を用いて理解を促し、自己選択を支える個別支援を実践している。意思表示が難しい利用者に対しては、表情やジェスチャーなどの細かな変化から意向を丁寧に読み取り、職員間で共有する体制を整えている。また、利用者主体で運営される自治会「若葉会」を通じて寄せられた要望や意見が施設運営に反映されており、個別支援計画も利用者及び家族の希望を踏まえて作成している。こうした取り組みにより、利用者の自己決定を尊重した支援が日常的に実践されている。		

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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 法人で虐待防止委員会を設置し、定期的な会議の開催や指針・手順書の整備を通じて体制の強化を進めている。非常勤を含む全職員が研修を受講できる仕組みを整え、年度当初の研修と半年後の自己チェックによる振り返りを通して課題を共有している。さらに、虐待防止責任者の配置や定期研修も継続されており、利用者の権利擁護に向けた取り組みが組織的に行われている。		

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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 利用者一人ひとりの能力やペースを丁寧に見極め、洗濯干しや食事、レクリエーションの選択等、可能な部分については本人が主体的に取り組めるよう見守りながら支援している。部屋の片づけや掃除についても、利用者の状態に応じて時間をかけて関わり、意欲を引き出しながら自主的な行動につなげている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 言語での意思表示が難しい利用者に対して、「はい」「いいえ」で答えられる声かけや絵・写真の提示、共同動作等、その人に合わせた方法で意思疎通を図っている。長期入居者が多いことから、職員は利用者それぞれの特性やサインを的確に把握しており、変化があれば申し送りでも共有している。また、利用者自身のこだわりや負担の少ない関わり方を大切にしつつ、写真や図を用いた繰り返しの説明によって意思表示を支援している。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 利用者からの相談は多くないものの、職員は日常の会話や言動から意向や希望を丁寧にくみ取り、ケース記		

録や連絡ノートに記入して情報共有に努めている。把握した内容はサービス管理責任者や施設長へ速やかに報告しており、連絡ノートを通じて全職員が必要な情報を確認できる体制が整っている。			
	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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画に基づき、事業所は利用者のニーズに応じた活動メニューを計画し、主体的に取り組める内容を提供している。計画の作成にあたっては、利用者や家族の意見を丁寧に聞き取り、可能な範囲で活動内容に反映しており、日中活動の利用支援が一人ひとりの希望に沿うよう工夫している。利用者は、隣接施設でレクリエーションや社会交流、製品づくり等、多様な日中活動に参加している。			
	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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 利用者には常時介護や見守りを必要とする人、行動障害のある人もいるので、障害特性や生活状況を把握した上で職員間で支援方法を共有し、一貫した支援を行っている。長期入居者が多いことから、特性や好みは職員間で共有されており、精神的負担を与えない関わりを重視している。強度行動障害のある利用者には支援手順書を作成し、声かけや時間ごとの支援内容を明確にして統一的なケアを実施している。また、職員は研修を通じて専門性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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画に基づき、利用者の個性や嗜好、健康状態等に合わせた日常生活支援を行っている。たとえば、食事については、事前にメニューを掲示して選びやすくし、希望を反映して発注するとともに、市販の食品を楽しむ機会も設けている。栄養士が栄養管理を行い、夕食後にはお菓子とコーヒーの時間を設ける等、食の楽しみにつながる工夫もしている。入浴は個浴で健康確認を行いながら、本人の意向に沿って快適に支援している。排泄についても、リズムの把握や運動・水分摂取等を通じて自立に向けた個別的な支援を進めている。また、移動の支援についても利用者の状態に応じて個別に対応している。			
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 障害の重い利用者や視力障害のある人が安心して過ごせるよう、職員は動線を常に見守り、障害物を排除して転倒防止に努めている。建物はバリアフリーで手すりも整備され、安全性への配慮が行き届いている。施設内は職員が清掃を行い、特にトイレは清潔を保つため丁寧に確認している。食堂・リビングは広く明るい空間で、ソファの応接セットがあり、利用者がゆったりと寛げる環境となっている。			
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 隣接施設の運動・体操プログラムを活用し、利用者の機能維持・向上に取り組んでいる。また、洗濯物干しや片付け、食後の下膳等を生活訓練として位置づけ、自立に向けた支援を行っている。多くの利用者は全面的な介助を要するが、規則正しい生活リズムの中で職員とともに ADL 動作の訓練を継続している。			
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	㉠ ・ b ・ c

＜コメント＞ 毎日、起床時と帰宅後に検温を行い、体温だけでなく顔色や表情等も含めて利用者の健康状態を細かく把握している。体調に変化があれば、法人内の看護師に速やかに相談したりする等し、薬の管理や受診時の同行等の医療機関との連携も密に行っている。ホームでは、看護師から受け取った薬を職員が確実に配薬・服薬確認し、健康管理を徹底している。			
	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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 入居時には家族から既往歴や医療的ケアの情報を丁寧に聞き取り、継続的な支援につなげている。法人内の看護師が薬の管理や体調変化への対応を行い、日中は緊急時にも迅速に駆けつけられる体制が整っている。さらに、感染症・てんかん・アレルギー等の医療知識について、看護師を中心に定期研修を実施し、予防や対応方法をマニュアル化して共有している。			
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 ・ ㉡ ・ c
＜コメント＞ ホームの種別特性から、日中帯は隣接施設で過ごし、社会参加や学習の機会の多くを確保している。展示会への参加や外出活動等、利用者の意向に応じた交流やマナー学習の場を設け、日中活動の利用支援が一人ひとりの希望に沿うよう工夫している。ホームでは夕食後の時間帯を活動にあてており、利用者が落ち着いて過ごせるよう配慮している。一方で、社会参加や学習活動に充てられる時間は限られており、独自の活動はあまり行っていないのが現状である。今後、社会参加や学習活動の充実に向けた方策について検討する余地がある。			
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	㉢ ・ b ・ c
＜コメント＞ 利用者は生活全般にわたり介助を必要とし、自主的な行動が難しいため独居は困難であり、家族も高齢化して支援が得にくい状況にある。こうした背景を踏まえ、現時点で地域生活への移行は容易ではないものの、将来を見据えて地域資源の情報収集や関係機関との連携を進めている。また、法人内で行われている地域生活支援の取り組みについても継続的に情報を得ながら、利用者が将来少しでも安心して暮らしを広げていけるよう支援を行っている。			
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	㉣ ・ b ・ c
＜コメント＞ 家族の高齢化により帰省回数が減少する中でも、家族との関係が希薄にならないよう、利用者の生活状況を丁寧に共有するとともに、家族の意向の把握に努めている。サービス担当者会議には毎回家族に参加してもらい、その意向を踏まえて個別支援計画を作成し、同意を得る等、家族との協働体制を維持している。また、帰省時には家庭での様子を聞き取り、兄弟姉妹にも可能な範囲で関わりを広げる等、家族全体とのつながりを大切にしながら連携を図っている。			

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＞非該当項目			

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＞非該当項目			
	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＞非該当項目			
	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＞非該当項目			