

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 みどり	種別：共同生活援助	
代表者氏名：石田 誠樹	定員（利用人数）：21名（19名）	
所在地：愛知県名古屋市緑区諸の木3丁目1002番地		
TEL：052-876-8820		
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21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：7名	非常勤職員：19名
専門職員	（管理者） 1名	（サービス管理責任者）1名
	（事務職員） 1名	（介護福祉士） 4名
	（保育士） 1名	
施設・設備の概要	（居室数） 21室	（設備等）エアコン・AED
		エレベーター・スプリンクラー
		R119・R110
		自動火災通報装置

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

「職員が安心して働き、利用者たちも安心して暮らすことが出来る」をスローガンに、職員がやりがいをもって支援にあたり、障害を持つ仲間たちが地域生活の中で、自分らしい生活が実現出来るように、地域との連携も密にしていきながら、地域の社会資源としての役割を担っていきます

④施設・事業所の特徴的な取組

今年度は、職員が安心して働き、仲間たちも安心して暮らすことが出来るという点に力を入れていきたいと思っています。その理由としては、職員が安心して働く事業所でなければ、そこに住む利用者が安心して暮らすことが出来ません。その為には、風の通しのよい職場でなければ行けません。職員一人一人の声に耳を傾け改善すべき事は、改善していく事は改善していけるように取り組んでいます。

また、利用者の思いや声に耳を傾けて、その思いや声を受け止めて職員全員で議論をし、取り組みや支援を行っています。月に一回は、職員全員が集う会議を設けて行っているところです。職員集団も、平均勤続年数が8年で、長く働いてもらっている職場でもあります。利用者も、幅広い年齢層の方が暮らしていますが、一人一人に合わせた取り組みや支援を組み立てることができています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 5月 1日（契約日）～ 令和 7年 1月 17日（評価決定日） 【令和 6年 7月30日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （令和 4年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆事業計画への職員の関わり

事業計画の策定に関し、管理者だけの業務とせず、職員参画の下で策定されている。前年度の事業計画の評価を基に、改善事項や実施できなかった事項を加え、管理者が事業計画の原案を作成している。それをたたき台として方針会議を開催し、職員意見を聞く機会を設けている。さらに、ほとんどの職員が参加するブロック会議で評価・見直しを行っており、事業計画への職員の関わりは十分である。

◆職員全員の参画で質の向上を目指す

法人内の他の同種サービス事業所（グループホーム）に先駆け、サービスの質の向上を目的に第三者評価を受審し、今回が3回目である。事業所で支援に関わる職員や世話人の意識統一を図り、何事にも職員全員の協力の下に支援にあたることのできる体制を作り上げている。正規、非正規の職員間に壁はなく、会議や研修等にも偏りなく参加がある。

◆利用者主体の支援

希望する利用者は、ヘルパーを利用して個人外出を実施したり、利用者の希望に応じて多様な選択肢を提示するなど、利用者主体の支援に努めている。利用者で解決できない問題に関しても、職員の介入を必要最小限にとどめ、できるだけ利用者が主体となって生活できるよう支援している。ホーム内でのレクリエーションについては、ホームの担当職員が利用者の希望に合わせて企画し、実施している。

◆社会参加の意欲向上

様々な外出支援を実施する中で、金銭の管理や使用について学ぶ機会を提供している。また、町内の清掃活動などの地域貢献活動への参加や、選挙の際には利用者に分かりやすい資料を用意するなど、社会参加に対する意欲を高めるための支援も行われている。

◇改善を求められる点

◆苦情情報の公開

フローチャートの形で、「苦情解決のしくみ」がホームページに公開されているが、苦情を解決した後のプロセスが欠落している。苦情申立人へのフィードバックの方法や、解決した苦情の公表の方法等について、詳細に記述することが望ましい。

◆ボランティアの活用

事業所全体に「グループホームは夜間の支援である」との認識があり、ボランティアの受入れを事業の対象外と捉えている。しかし、利用者は休日にはホームで暮らしており、ボランティアが介在する余地はある。また、建物管理や環境整備の場面でのボランティアの受入れも検討に値する。ボランティア受入れの基本姿勢を示し、ルールを設けて受入れを検討されたい。まずは、区の社会福祉協議会を訪ね、窓口となるボランティア協議会にて情報収集し、具体的な取組みを開始することが望ましい。

◆事業所独自のマニュアルの整備

利用者から相談を受けた際の職員の対応や、事故対応の手順が文書化されておらず、職員の対応に差異が生じている。各種の規程やマニュアルの多くは、法人主導で作成されたものも多い。それらを総点検し、事業所独自のマニュアルを作成することが望ましい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受ける事で、現状の事業所を振り返る事が出来るので受審出来て良かったと思います。

- ・指摘にあった、ボランティアの件については、入居している仲間たちにとっての家になるのでそこにどうボランティアの受け入れをしていくのかを悩んでいるので逆に教えていただくとありがたいです。
- ・緊急時については、早急にフローチャートを作り全職員で共有できるようにしていきます。

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＞ 理念がホームページに掲載され、職員全員が理念の記されたクレドカードを持ち、いつでも確認できる状態となっている。しかし、利用者や家族への理念の周知は、利用者が通う日中活動の事業所に任せている状態であり、分かりやすい資料を準備する等の取組みはない。			

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＞ 管理者が、法人の所長会議や地域支援事業部会議、あるいはブロック会議等に参加することで、事業経営に関する状況の把握は出来ている。しかし、それらの情報を分析して事業所運営に役立てる等のプロセスには至っていない。収支状況やサービスコスト等のデータを法人本部と共有することで、傾向などの把握はできている。			
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	a・⑥・c
＜コメント＞ 最重要課題を「利用者の高齢化、重度化」と認識している。高齢化・重度化に伴い、医療行為の対応や介護機器類の導入等が検討されているが、根本的な解決策は見えてこない。「職員不足による地域ニーズへの未対応」も大きな課題である。地域のニーズとして、強度行動障害の利用者の受入れが期待されているが、マンパワーの不足によって実現は難しい。			

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	①・b・c
＜コメント＞ 事業所独自の中・長期計画はないが、法人の「第6期総合計画」の中にグループホームの体制と専門性はじめ、人材確保から育成、人事労務、財政、地域交流といった分野ごとの方針が示されている。これを事業所の中・長期計画と見做したい。今年度が「第6期総合計画」の最終年度であり、現在「第7期総合計画」の策定中である。			
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＞ 年度事業計画は、法人の「第6期総合計画」を踏まえ、分野ごとの項目を設けて実施事項と目標設定がなされている。この中に具体的な取り組み事項は盛り込まれているが、数値目標は設定されていない。数値目標が設定されていないため、期中での進捗状況の把握や期末の達成度の評価が曖昧さを残すこととなっている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 前年度の事業計画の評価を基に、改善事項や実施できなかった事項を加え、管理者が事業計画の原案を作成している。それをたたき台として方針会議を開催し、職員意見を聞く機会を設けている。さらに、ほとんどの職員が参加するブロック会議で評価・見直しを行っており、事業計画への職員の関わりは十分である。		
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 ・ b ・ ②
<コメント> 新型コロナウイルス感染症が5類に移行となったが、コロナ禍によって中断した家族会は再開されておらず、利用者や家族に対する事業計画の周知の取組みはない。分かりやすい資料などを作成し、利用者の理解を少しでも得られる工夫と配慮をもって説明責任を果たされたい。		

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> 職員会議やホーム会議、健康管理推進委員会をはじめとする各委員会で、それぞれの分野の支援向上と改善について検討が行われている。ただ、一定の基準に基づく評価などは実施されていないため、今後第三者評価基準を用いての評価を望みたい。定期的ではないが、職員や利用者によるサービスチェックが実施されており、集計や分析も行われている。		
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> 第三者評価の受審結果や各委員会から挙がってきた課題に対しては、ブロック会議で改善事項の検討や確認を行い、支援の統一を図っている。喫緊の課題として、「利用者の高齢化による支援の難しさ」が挙がっており、支援方法や介入度合いなどの対応を検討しているが、質量の大きな課題だけに一朝一夕の改善は無理である。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者の職責は「運営規程」に示されており、主管する業務の詳細は「業務分担表」に明記されている。管理者不在時の職務権限の委任先は、「組織体制図」から副所長（サービス管理責任者）であることが読み取れる。			
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 ・ ② ・ c
<コメント> 関係法令の改廃等について、管理者が法人内の会議や自立支援協議会、きょうされん会議等に参加することで、詳細に把握して事業所内（職員）への周知に努めている。特に虐待防止関係に関しては、事業所内で研修を実施した他、権利擁護虐待防止会議の場でも話し合っている。一方で、支援に直接関係しない法令（環境法、労基法等）に関しては取組みが遅れている。			
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> 法人内の他の同種サービス事業所（グループホーム）に先駆け、サービスの質の向上を目的に第三者評価を受審し、今回が3回目である。事業所で支援に関わる職員や世話人の意識統一を図り、何事にも職員全員の協力の下に支援にあたることのできる体制を作り上げた。管理者が職員意見に耳を傾け、様々な意見を事業運営に反映させようとの意識も強い。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 新型コロナウイルス感染症が5類に移行し、利用者支援に制約がなくなって支援の幅が広がった。制約のない現場支援が可能となったことで、職員の不満や閉塞感が解消され、やりがいにもつながっている。正規職員と非正規職員の壁はなく、一体感のある職場環境が構築されている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 法人の中・長期的な展望として、人材育成では「多様な学びの機会、人事考課システムの検討」、人材確保では「高卒者、技能実習生を含む多様な人材確保」などが中期計画の中に示されている。事業所としては、職員（世話人）の確保を最重要人事案件として捉え、様々な手を打っている。成果として挙がってくることを期待したい。			
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・終身雇用を基本としたキャリアパスが構築され、経験年数による職責や資格要件が明確になっている。しかし、人事考課制度が運用されておらず、昇進・昇格等の人事基準は職員に周知されていない。記録として残していないが、管理者との個別面談を行って職員毎に次年度目標を設定している。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 正規職員、非正規職員の別なく、法人の福利厚生などの諸施策には偏りがない。職員の希望・要望を尊重し、年次有給休暇の取得や勤務調整にも柔軟に対応している。管理者との個別面談では、業務に関すること以外に、プライベートな話題に及ぶこともある。			

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> 管理者との個別面談時に、職員個々が次年度に取り組むべき支援内容等を話し合っており、非公式な目標を設定している。これらの取組みは記録に残されておらず、目標に対しての進捗状況や目標達成の確認、検証も行われていない。PDCAサイクルに沿った目標管理制度の導入が待たれる。		
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> 事業計画の中に、事業所としての職員育成の基本的な方針を述べている。法人の研修部が計画する階層別研修等のほか、事業所独自でも研修を組んでいる。「アンガーマネジメント」や「咀嚼・嚥下」、「ハラメント」等の研修を受講しているが、研修の効果を測定する仕組みがない。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人の研修部が実施する法人内研修を中心に参加し、職員は報告書を作成して事業所会議、若しくはブロック会議で研修内容を報告している。非正規職員に対する研修も実施されており、正規職員との知識や意識のギャップを生じさせまいとする工夫が感じられる。職員個々の研修履歴の管理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。養成校において、グループホームにおける現場実習が履修単位として認定されないことから、この項目を非該当とする。		

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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ホームページには様々な情報が公開されており、法人広報誌も毎月刊行されている。「苦情解決のしくみ」もホームページに公開されているが、苦情を解決した後のプロセスが欠落している。苦情申立人へのフィードバックの方法や、解決した苦情の公表の方法等について、詳細に記述することが望ましい。		
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> 各ホームが1万円を限度とする小口現金制をとっており、可能な限りのキャッシュレス化を図っている。利用者の金銭管理も確実なチェック体制の下に、不正の防止に努めている。収支や財務状況は法人本部とデータ共有され、毎月の会計士による財務チェックや法人監事による内部監査、監査法人による外部監査の実施等、事業運営の透明性確保に努めている。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 事業計画に「地域づくり・地域との連携」が掲げられ、地域の一員としての意識や町内会活動への参加が明記されている。さらに、利用者の社会参加を促し、住みよい地域づくりのための署名運動を積極的に展開することを実施事項に掲げ、署名活動の目標数や募金額を目標として設定している。		

<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> 「グループホームは夜間の支援である」との認識の下、ボランティアの受入れを事業の対象外と捉えている。しかし、利用者は休日にはホームで暮らしており、ボランティアが介在する余地はある。また、建物管理や環境整備の場面でのボランティアの受入れも検討に値する。ボランティア受入れの基本姿勢を示し、ルールを設けて受入れを検討されたい。</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> 社会福祉協議会や自立支援協議会への参加を通して、地域の福祉ニーズや地域に関わる共通課題を把握している。利用者個々のサービス等利用計画の中に「エコマップ」があり、関係機関のリストを確認している。必要に応じて相談支援事業所のケース会議等にも参加しており、関係機関との連携は十分に果たされている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 社会福祉協議会や自立支援協議会の会議や研修に参加することで、広く地域の福祉ニーズを拾っている。相談支援事業所との連携から、法人内の事業所変更（移行）のニーズや、在宅障害者のニーズも取得している。収集した情報は、事業所内の会議を通して職員共有が図られている。</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 ・ ㉒ ・ c
<p><コメント> 相談支援事業所等を介して希望のあった、地域からの体験利用を受け入れている。しかし、法人内の他事業所からの移行を優先して受け入れるため、地域の在宅障害者が入居につながる例は少ない。地域貢献としては、町内清掃やAEDの貸出しを行っている。</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	a	ⓑ	c
<コメント> 理念や基本方針が策定されており、ホーム内にも掲示がある。月1回のブロック会議や担当者会議の中で利用者理解や権利擁護に関する研修が行われているが、個人の理解度を確認するためにも効果測定を行うなど、改善の余地がある。				
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	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いる。月1回ある職員会議内で研修を行ったり、法人全体の取組みとして、非正規職員を対象にした研修の中でもプライバシーに関する研修が行われている。しかし、研修後に理解度を測る仕組みが整っていないため、今後の改善を求めたい。				
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	ⓑ	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、十分な情報提供がなされていないため、事業所独自のパンフレットや資料を作成するなど、更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	Ⓐ	b	c
<コメント> サービス開始、変更にあたっては、利用者や家族へ説明し、サインにて同意を得た上で文書を残している。内容の説明は主に口頭ではあるが、利用者の反応などを見ながら説明したり、文章にルビを振るなどの配慮がなされている。意思決定が困難な利用者の場合にも、保護者または後見人から情報を得ながら丁寧に対応している。				
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	ⓑ	c
<コメント> 利用者の移行にあたっては、相談支援事業所と連携して進めており、利用者情報は移行の際に引き継ぎ文書としてまとめたものを提供している。問い合わせ窓口はサービス管理責任者となっており、必要に応じて対応している。しかし、移行後も継続してサポートをしていくための明確なマニュアルなどが作成されておらず、改善の余地がある。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 年に1回、利用者へホームでの生活に関して、満足度を測るためのアンケート調査を実施している。アンケートで出た意見は職員会議で報告され、対応の検討と改善に向けた取組みが行われている。しかし、調査の結果や改善した内容に関して利用者へのフィードバックは行われておらず、今後更なる取組みに期待したい。				
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	ⓑ	c
<コメント> 苦情解決の仕組みが整備されており、ホーム内には苦情解決についての掲示物を常時掲示している。苦情解決の仕組みについては、契約時に利用者と保護者へ説明がされているが、苦情に関しての検討内容や対応に関して、フィードバックがされていない部分が現在の課題となっている。今後の改善に期待したい。				

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>各ホームに担当職員が配置されており、相談ごとなどに関する窓口であることを利用者へ周知している。また、相談内容によってはサービス管理責任者も同席して対応している。ホームは個室となっているため、利用者が個別で話をしやすい環境となっている。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>職員会議にて、利用者から出た意見に対して対応策などを検討し、ラインワークスなどの情報共有システムを活用して職員へ周知している。しかし、相談を受けた際に職員によって対応に差異が見られるため、報告から対応までのマニュアルを作成し、統一した支援ができるよう望みたい。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会が設置されており、ヒヤリハット事例に関して要因分析や対応案についての話し合いがなされている。一部の利用者には個別での「トラブル対応マニュアル」が用意されているが、基本的な事故対応のフローチャートなど、決められた手順が確立していない。今後、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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>新型コロナウイルスやインフルエンザなど、感染症に関するマニュアルが作成がされており、対応から予防まで非正規職員にも研修を実施している。ホームの利用者の感染状況は、ラインワークスを活用して管理者から正規、非正規職員に至るまで周知される仕組みが整備されている。</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行っている。	障39	⑤ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年に2回、ホームにて避難訓練を実施している。また町内会の避難訓練にも参加しており、緊急時において迅速な対応が可能となるよう、地域との連携体制も整えられている。災害時には、ラインワークスを活用して職員の安否確認を行うことが可能となっている。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>基本的な「業務マニュアル」が文書化され、それに基づいてサービスが提供されている。利用者ごとに支援のポイントが記載された文書も作成されており、支援にも反映されている。しかし、職員への周知や日々の支援への反映が行われているかを確認する仕組みはなく、改善の余地がある。</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	a ・ ⑦ ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画などの変更に伴い、支援内容が変更された際にはマニュアルの更新が行われ、職員会議やラインワークスにて職員へ周知されている。「業務マニュアル」の更新や変更については、必要に応じて随時行われているが、定期的な見直し時期を設定するなど、現状の業務に適したサービス提供を行える仕組み作りが求められる。</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><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、保護者や世話人の意見も反映されている。計画内容については、利用者本人および保護者に説明し、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>年に3回、個別支援に関する会議を設けており、計画の策定時同様に意見を集約して見直しと評価を行っている。見直し後の支援内容は、職員会議やラインワークスにて職員へ周知を図り、支援へ反映されるようになっている。利用者の状況に変化があれば、その都度会議などで話し合い、随時計画の見直しもしている。</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記録」というシステムに記録している。その他にも業務の申し送りなど、内容によってはラインワークスを活用して、迅速に情報共有が行われている。また、1ヶ月ごとに利用者の情報を月報としてまとめ、その月の職員会議で内容の確認と対応策を検討し、支援に反映させている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>書類などのファイルは鍵付きの部屋に保管されており、原則管理者に申請してファイルの確認をすることになっている。パソコン内のデータもパスワード入力が必要で、特定の人しか閲覧できないようになっており、データの管理も管理者が行っている。また、世話人に対しても個人情報の取扱いについて、会議や研修で教育が行われている。</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> ヘルパーを利用して個人外出を実施したり、利用者の希望に応じて多様な選択肢を提示し、ニーズを的確に把握するための工夫がなされている。また、利用者で解決できない問題に関しても、職員の介入を必要最小限にとどめ、できるだけ利用者が主体となって生活できるよう支援している。			

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	①・b・c
<コメント> 各ホームに権利擁護に関する掲示物が掲示され、職員や利用者にも周知を図っている。また、外部講師を招いた研修や、非正規職員への虐待防止に関する研修も実施されている。日頃の支援に関してチェックリストを用いて確認を行い、問題の早期発見に向けた取組みも行われている。			

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> アセスメントや個別支援計画に基づき、見守りを基本とし、支援は必要最小限に留めつつ、利用者主体の支援が行われている。職員によって支援にバラつきを感じる部分もあるため、職員会議で支援の振り返りを行い、統一した支援が行われるように努めている。			
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> 言語コミュニケーションだけでなく、利用者それぞれのコミュニケーション手段やサインを把握して対応している。また、イラストを使用するなど、これまでの生活や支援の中で言葉とイメージが関連付けられるように工夫している。日常的な関わりを通じて、利用者の反応を見ながら寄り添った支援ができるよう、職員間で情報共有に努めている。			

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> 個別で相談希望があれば、自室にて話を聞いている。相談内容は記録システムの「J記録」に記録し、ラインワークスでも職員間で情報共有が図られている。相談内容によっては、すぐに対応できるものから、職員会議で検討が必要なものまで様々ではあるが、内容に合わせて適切に対応している。			
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> 休日に、利用者が個別で外出できるように、職員はヘルパー利用の調整を行い、利用者が地域のイベントや買い物外出に出かけられるようにサポートしている。ホーム内でのレクリエーションについては、ホームの担当職員が利用者の希望に合わせて企画し、実施している。			
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> 利用者ごとの支援方法を文書化し、支援へ反映させている。新たな課題などの検討が必要な際には、職員会議にて話し合って対応している。しかし、職員の専門的な知識の向上や、ホームの環境整備など課題となっている部分もあるため、今後の取組みに期待したい。			

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 a . b . c
<p><コメント> 個別支援計画やアセスメントに基づき、利用者一人ひとりに合わせた支援が行われている。同性介助を基本とした入浴支援が行われていたり、食事は複数のメニューから選択したものを提供するなど、利用者への配慮と要望が反映されたものとなっている。</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	① a . b . c
<p><コメント> 世話人が毎日ホームの清掃を行い、清潔を保つようにしている。ホーム内での不具合も速やかに対応を行い、快適な生活環境を維持している。また、利用者間でのトラブルなどがあった場合には、他のホームと連携し、大きなトラブルに発展しないように配慮している。</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	① a . b . c
<p><コメント> 筋力低下を防ぐため、体操や散歩を積極的に実施している。また、ADLの低下がみられる利用者には、理学療法士の指導や通院を通じて主治医のアドバイスを受け、リハビリ運動を実施して機能維持に努めている。</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	① a . b . c
<p><コメント> 毎日、朝夕に検温などのバイタルチェックを実施している。さらに、医師からの指示に基づいて個別に体重測定を行う等、利用者の持病に合わせて日々の健康管理が行われている。体温や排泄状況などの日々の健康状態は記録用紙に記録し、気になることなどがあれば「J記録」に入力して職員への情報共有を図っている。</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 . ② b . c
<p><コメント> 食物アレルギーがある利用者に誤って提供されないよう、食事のメニューに分かりやすく表示をしたり、薬などの管理は職員のみが取り扱える場所に保管をするなど、安全に配慮した管理を行っている。今後は、「服薬マニュアル」や体調不良時の「緊急対応マニュアル」等を整備して職員教育に活用するなど、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	① a . b . c
<p><コメント> 外出支援を実施する中で、金銭の管理や使用について学ぶ機会を提供している。また、町内の清掃活動などの地域活動への参加や、選挙の際には利用者に分かりやすい資料を用意するなど、社会参加に対する意欲を高めるための支援も行われている。</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	a . ① b . c
<p><コメント> 洗濯などの家事や生活スキルを身につけるための支援が行われている。事業所として、利用者のサテライト型ホームへの移行も選択肢として増やしていきたいと考えている。そのために、スモールステップでスキルアップを図り、利用者の自信を付けるための取組みについて、今後の仕組み作りに期待したい。</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> 保護者とは、「連絡帳」にて利用者の様子や状態を共有し、体調不良時などには電話で報告をするなど、迅速に対応をしている。さらに、事業所で管理している利用者の金銭についても、毎月保護者へ報告が行われている。		
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		