

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：地域生活支援センター「そら」 | 種別：共同生活援助 | |
| 代表者氏名：水上 和江 | 定員（利用人数）：40名（39名） | |
| 所在地：愛知県大府市江端町6丁目9番地 | | |
| TEL：0562-48-7576 | | |
| ホームページ： http://www.obufukushikai.com/ | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日：平成18年10月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 大府福祉会 | | |
| 職員数 | 常勤職員：11名 | 非常勤職員：14名 |
| 専門職員 | （管理者）1名 | （サービス管理責任者）2名 |
| | （事務職員）1名 | （世話人）5名 |
| | （生活支援員）20名 | |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等） |
| | | |

③理念・基本方針

★理念（法人）

- ・聴き、寄り添い、動く

私たちは、利用者・家族・地域などの「声」に耳を傾け、誰もが安心して暮らしていけるように、様々な福祉サービスを行います。そして、一人ひとりの想いに寄り添い、望む暮らしや生き方の実現に向けて必要な支援を行います。

★基本方針（法人）

- ・人権の擁護 私たちは、利用者の尊厳を大切にし、権利の擁護に努めます
- ・個人の尊重 私たちは、利用者とその家族のニーズに耳を傾け、必要としている支援を行います
- ・地域での暮らしの支援 私たちは、様々な社会資源を利用して、利用者が地域で安心して暮らせるように支援を行います
- ・事業の創出 私たちは、地域との交流を図り、連帯・啓発に努めます
- ・専門的な支援 私たちは、絶えず自己研鑽に努め、専門的支援を行います
- ・活気ある職場 私たちは、職員が安心して働ける環境を整え、さらにやりがいを感じる事ができる職場を目指します

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①定期的に各ホームごとに会議を開催し、管理者・サービス管理責任者や担当職員との意見交換の機会を設け、利用者の状況把握に努めている。
- ②職員がホームを巡回したり、勤務シフトにも入ることにより、連携をしている。
- ③研修を定期的に行い、利用者への権利擁護や虐待防止への意識を高めるようにしたり、感染症や災害時等の状況を想定した避難訓練を実施するなど、職員が自己研鑽をできるようにしている。
- ④今年度より地域連携推進会議を実施し、地域の各自治区の方とつながりを作り、ホームに関心を持っていただけるよう働きかけをはじめている。
法人の基本理念である「聴き、寄り添い、動く」を念頭に、利用者が安心して地域で生活を継続できる体制づくりに注力している。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|---|
| 評価実施期間 | 令和7年8月1日（契約日）～ 令和8年5月1日（評価決定日） 【令和7年11月6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

◆現状把握に注力

本年4月の異動によって着任した管理者は、功を急がず、まずは現状把握に努めている。様々なチャネルを使ってホーム運営に資する情報収集を行っている。特に、市の自立支援協議会の「くらし部会」（年4回開催）や広域のグループホーム連絡協議会（年4回開催）の会議等に参加することで、自らの見識を高めている。本格的な改革・改善の取組みは次年度の事業計画を待つこととなるが、会議体の見直し（ホームスタッフ会議の新設）等は既に始まっている。

◆働きやすい職場づくりの進展

事業所が「共同生活援助事業」と「ホームヘルプ事業」とを併せ持つことから、正規職員は両事業を兼務することとなる。それ故、変則的な勤務を強いられることとなり、必然的に時間外労働が多くなっている。しかし、有給休暇の取得や時間外労働に関しては、職種や職位・職階による偏りはなく、職員の定着は良い。ワーク・ライフ・バランスに配慮した時短勤務や、男性職員が育児休業の制度を利用した実績もある。総じて、働きやすい職場づくりは進んでいる。

◆利用者本位の支援

利用者本人の意思や要望を重視し、各ホームで「TO DOリスト」を作成している。それにより、要望への対応状況が整理・可視化されている。外出・金銭管理・飲食等の生活場面において、第三者の価値観ではなく利用者本人の意思や要望を尊重した支援が行われている。利用者の希望に応じ、別ホームへの移動を可能にした事例もある。利用者が経験を重ねることで意思形成につながっており、事業所の強みと言える。

◆医療面での外部支援（社会資源）の有効活用

健康状態の変化に対し、訪問看護師の助言に基づいて迅速かつ適切な医療機関への受診につなげ、症状改善が見られた事例がある。訪問看護師の定期訪問により平常時の状態把握が進み、状態変化への早期対応が可能となっている。服薬管理に関しても、「服薬チェックリスト」と訪問薬局による一元管理により、誤薬防止が徹底されている。慢性疾患への服薬管理も適切に行われており、家族の安心感につながっている。外部の社会資源が有効活用されている。

◇改善を求められる点

◆事業所独自の事業計画の策定

事業所独自の事業計画は作成されておらず、法人の「令和7年度事業計画書」の中に、各事業所の取り組むべき「重点事項」が記載されている。しかし、数値目標や具体的な到達点が示されておらず、期中の進捗確認や期末の最終評価（○、△、×）が曖昧になっている。事業所独自の単年度事業計画を策定し、数値目標等を設定して取り組むことを望みたい。併せて、法人が策定した「第5期大府福祉会中長期総合計画」（令和6～11年度）に整合させた、事業所独自の中長期計画を策定することが望ましい。

◆事業運営の透明性確保のために

苦情を受け付けた際には、「相談解決フローチャート」に沿って対応しているが、解決後の苦情申立人へのフィードバックや苦情情報の公表の手順が欠落している。近年、苦情やクレームへの適切な対応が、事業運営の透明性確保を証明する重要なファクターとして位置づけられている。苦情解決の手順を明文化し、フローチャートの基となる規程やマニュアルを整備することが求められる。

◆見直した支援内容の個別支援計画への反映

個別支援会議やミーティングで支援方法が随時見直されているが、そこで検討された内容が個別支援計画へ十分に反映されないケースがある。両者の整合性を意識した運用を強化し、見直しの結果を個別支援計画に確実に反映させる仕組みの構築が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価を受けたことで、外部から見てわかりづらい点や管理不足の点を再認識し、事業計画の作成など、改善に取り組むことができた。また利用者本位の支援、外部支援（社会資源の活用）などは評価していただき、支援者にとっては心強く自信に繋がった。、今後もできる限り運営の透明性、支援の共有化を目指し、利用者本位の支援となるよう取り組んでいきたい。

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> 事業所の理念や基本方針は、法人の定めた理念、基本方針と同一であり、法人のホームページやパンフレット、「事業計画書」等に記載されている。利用者への周知に関しては、日中支援の同法人事業所にて対応していることから、事業所としての取組みはない。家族に対しても、特段の周知活動を行っていない。 | | |

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 | ④ ・ b ・ c |
| <コメント> 管理者は着任1年目であり、様々なチャネルを使って事業運営に資する情報収集を行っている。特に、市の自立支援協議会の「くらし部会」（年4回開催）や広域のグループホーム連絡協議会（年4回開催）の会議等に参加して有益な情報を得ている。法人内の管理者会議は、情報共有と課題検討の場となっている。 | | |
| 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> 8棟のホームに勤務する世話人（非正規職員）の資質向上を図り、「支援の均質化」を目指している。具体的には、ホームスタッフ会議で勉強会を行い、「倫理綱領」の読み合わせ等を行っている。ただ、変則勤務のため、世話人を含めた全職員が一堂に会して学ぶ（意識統一を図る）機会はなく、「支援の均質化」にとっての大きな障壁となっている。 | | |

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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 法人が策定した「第5期大府福祉会中長期総合計画」（令和6～11年度）があり、6年間の法人や各事業所が進むべき方向性を示している。しかし、事業所独自の中長期計画は作成されていない。管理者が目指す将来的な「事業所のあるべき姿（ビジョン）」を中長期計画として明文化し、法人の中長期総合計画とリンクさせる形で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> 法人の「第5期大府福祉会中長期総合計画」を受けて、法人の「令和7年度事業計画書」が作成されている。その冒頭部分に、「事業計画書の位置づけ」と題して、法人の単年度事業計画を基に各事業所ごとに事業計画を作成することを示唆している。次年度より、事業所としての事業計画の作成を期待したい。 | | |

| | | |
|--|----|-----------|
| 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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>法人の「令和7年度事業計画書」の中に、各事業所の取り組むべき「重点事項」が記載されている。しかし、数値目標や具体的な到達点が示されておらず、期中の進捗確認や期末の最終評価（○、△、×）が曖昧になっている。事業所独自の単年度事業計画を作成し、数値目標等を設定して取り組むことを望みたい。</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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画の「重点事項」を法人のホームページや機関誌（年2回発行）にて公開している。「より分かりやすく」との意図は感じられるが、理解力や判断能力に難のある利用者に対しては、さらに分かりやすい資料等の作成が望まれる。サービスの主体である利用者に対しての事業内容の周知は、事業所に課せられた説明責任でもある。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>法人内の各事業所が順次第三者評価を受けており、当事業所は今回が初受審である。法人内の相互評価の仕組みがあり、第三者評価基準を準用して実施している。法人内の他事業所の職員によって実施される相互評価の結果から、「改善計画表」を作成している。「改善計画表」の内容は具体的なものとなっている。</p> | | |
| I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>相互評価の結果から「改善計画表」が作成されているが、事業計画書の「重点事項」との関連が薄い。事業所として目指す方向性がダブルスタンダードとなり、取組みの焦点がぼけてしまっている。「改善計画表」の内容を、事業計画に反映させる仕組みづくりを期待したい。</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> 管理者の責務が「運営規程」に示され、さらに「リーダーの業務」には管理者不在時の権限委任先が明示されている。管理者の法人内でのポジションは、「令和7年度大府福祉社会組織体系図」で明確になっている。 | | | |
| 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 | ① | ・ b ・ c |
| <コメント> 今年度より、「地域連携推進会議」の設置と年1回の会議開催が法制化された。本年7月に会議の開催を済ませており、今後4地区8ホームへの視察（現場チェック）が順次実施されることとなる。外部有識者3名を含む「虐待防止・身体拘束適正化検討委員会」を事業所内に組織し、利用者に対する権利侵害のない支援についてもコンプライアンス重視の考えを示している。 | | | |
| 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 | a | ・ ② ・ c |
| <コメント> 着任1年目の管理者は、「利用者の声を十分に聴く」ことに専念し、事業所の課題や現状を正確に把握することに努めている。その中で「支援の均質化」が課題として抽出され、ホームごとのスタッフ会議で勉強会を始めている。しかし、取組みが始まったばかりであり、その取組みの成果は次年度以降の評価を待つこととなる。 | | | |
| 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> 法人の経営会議や管理者会議が中心となり、すべての事業所で「働きやすい職場づくり」に取り組んでいる。当事業所においても、管理者が有給休暇の取得状況や時間外労働の実態把握に努め、実情を法人に報告している。職員がホームヘルプ事業を兼務することから、他事業所と比べて時間外労働が多くなっているが、特定の職員への偏りはない。 | | | |

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> 正規職員は法人本部が、非正規職員は事業所が採用権を有している。事業所においては、非正規職員（主に世話人）の欠員状況に応じて採用活動を行っている。定着対策としては、正規職員対象に人事考課のフィードバック面接が年に2回あり、その際に管理者が就労意向等を聞き取っている。非正規職員については、事業所管理者や職員がヒアリングを行っている。 | | | |
| 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> 成果主義を取り入れたキャリアパスが構築されており、「人事制度ガイドブック」に沿って人事考課が年に2回実施されている。人事考課は「着眼点チェックシート表」を用いて行われているが、被考課者である職員の自己査定はなく、上司査定のみが行われている。人材育成面からも、人事考課の仕組みには自己査定を加えることが望ましい。 | | | |
| 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り組んでいる。 | 障16 | ① | ・ b ・ c |
| <コメント> 事業特性から、非正規職員（世話人）は変則勤務が原則である。正規職員はホームヘルプ事業を兼務することから、時間外労働が多くなっている。しかし、有給休暇の取得や時間外労働に関しては、職種や職位・職階による偏りはなく、職員の定着は良い。ワーク・ライフ・バランスに配慮した時短勤務や、男性職員が育児休業の制度を利用した実績もある。 | | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 年間2回「業務習得チェックリスト」を用いた目標管理制度が運用されており、そのチェックリスト中に目標達成に向けたアクションプランが記載されている。個人目標の設定は人事考課のフィードバック面接時に上司とともに行き、半期ごとに見直しを行っている。 | | |
| 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 ・ ② ・ c |
| <コメント> 法人の研修計画があり、階層別研修やテーマ別研修等が組まれている。定例的に開催される外部研修には、該当する職員が参加している。研修受講後には「復命書」が提出され、「感想」欄には研修で得た気づきやアクションプランが記述されている。しかし、このアクションプランが支援の現場で実践されたか否かの検証は行われていない。 | | |
| 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 ・ ③ ・ c |
| <コメント> 正規職員と世話人との各種格差（意識、知識、支援技術等）を是正するため、また世話人間の支援の均等化を図るため、ホームごとにスタッフ会議を行っている。原則一人職場であり、新規採用の世話人には密度の濃いOJTが実施されている。課題として、職員個々の研修履歴が一元的に管理されていないことである。 | | |
| 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 福祉系養成校において、障害者グループホームにおける実習が実習単位として認められていないため非該当とする。 | | |

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 ・ ① ・ c |
| <コメント> ホームページを活用して様々な情報を公開している。苦情を受け付けた際には、「相談解決フローチャート」に沿って対応しているが、解決後の苦情申立人へのフィードバックや苦情情報の公表の手順が欠落している。苦情解決の手順を明文化し、規程やマニュアルとして整備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 | a ・ ② ・ c |
| <コメント> 現金出納に関しては、事務所、ホームともに小口現金制をとっている。しかし、購買等における決裁権を有する者と、実際に金銭の出し入れをする出納責任者との線引きが明確になっていない。決裁者と出納責任者の役割を2者に分かち、内部牽制が働く仕組みの構築を願いたい。法人監事による内部監査は財務・会計中心で、業務内容の監査が手薄い。 | | |

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 ・ ① ・ c |
| <コメント> 法人の基本方針の中に、地域とのつながりについての記述がある。事業所独自の事業計画はないが、法人の事業計画の中に「地域連携推進会議による地域のホーム理解」や「地域と連携した災害対策」等が挙げられている。これらを「絵に描いた餅」としないためにも、具体的な取組みとして展開することが期待される。 | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| <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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント> 夜間支援が中心の事業形態であり、ボランティア受入れにはハードルが高い。そのような中、傾聴ボランティアの受入れがある。「ボランティア活動をされる方へ」、「ボランティア登録のお願い」等、受入れの一場面を捉えた手順書はあるが、受入れ全体を捉えたマニュアルは整備されていない。意義、目的、基本姿勢等を網羅したマニュアル整備が待たれる。</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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント> 各ホームの事務室の壁面には、日々の支援で必要となる連絡先が貼り出している。その多くは日中活動の場となる法人内の他事業所であったり、事業所内の他ホームであったりと、法人内の関係先である。利用者支援に必要となる法人外の関係先についての情報を集約し、リスト化して一元管理することが望ましい。</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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <p><コメント> 事業所事務所のすぐ近くに市の基幹相談支援事業所がある。法人から職員が出向しており、密な連携を図って情報を収集している。自立支援協議会（くらし部会）や広域のグループホーム連絡協議会の会合（研修、会議等）に参加し、地域における福祉ニーズや共通課題等を共有している。</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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <p><コメント> 職員が、社会福祉協議会の事業である中学校福祉実践教室の講師を務めている。あるホームには地域交流のためのホールがあり、集会所機能を持っている。市内の様々なグループがサロン活動を行ったり、地域の各種組合が会議場所として活用している。</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 |
| <p><コメント></p> <p>「倫理綱領」を法人・事業所内の会議で定期的に読み合わせ、事業所全体での周知徹底に向けた継続的な取組みが確認できた。理解にばらつきが見られるため、丁寧な説明と共通理解の促進が引き続き求められる。今後は理解度を確保する機会を設け、浸透状況を継続的に把握することも有効と考えられる。</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><コメント></p> <p>「倫理綱領」には個人情報保護やプライバシー配慮が明記され、ホームミーティングで読み合わせる機会が確保されている。特に非正規職員に対しては、尊厳保持に関する具体的な接遇例を共有し、理解を深めている。今後も事例を取り上げながら理解促進を図り、継続的に質の向上をめざしたい。</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><コメント></p> <p>法人パンフレットやホームページで情報公開が行われ、地域イベントでのパネル展示も積極的に実施されている。見学希望者に対しては丁寧に案内しており、ホームの体験利用を通じて利用決定につなげる仕組みも確認できた。地域とのつながりをさらに深めるための発信内容の工夫も視野に入れている。</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 | a | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>サービス開始時には、「重要事項説明書」を用いて分かりやすい説明が行われ、体験利用の機会も適切に用意されている。意思確認のプロセスは丁寧で、本人の意向を尊重した対応が行われている。説明資料へのふりがな付与など、さらなる理解促進に向けた工夫が期待される。視覚的補助の活用も効果的と考えられる。</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 | ⓐ | b | c |
| <p><コメント></p> <p>基幹相談支援事業所が近く、日頃から密な連携がとりやすい環境にある。障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行時には、関係者との協議を重ねて丁寧に支援を進めた実績がある。迅速で正確な情報共有が行われており、今後も連携強化による支援の質向上が期待される。</p> | | | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>日常会話の中で利用者の思いを丁寧に引き出すエンパワメントの姿勢が共有され、柔軟な意思決定支援が行われている。利用者の状況・希望に応じ、別ホームへの移動を可能にした事例も確認された。家族アンケート等を活用しながら、ニーズ把握と満足度向上に努めたい。振返りの仕組みを強化することが望まれる。</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><コメント></p> <p>法人として苦情解決窓口を設置し、フローチャートを入口に掲示する等、分かりやすさに配慮した取組みが行われている。記録は適切に保存され、検証も行われている。一方で、これらの取組みがホームページ等で十分に公表されていないため、事業運営の透明性確保に向けた情報発信の強化が期待される。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>世話人・支援員は日頃から傾聴姿勢を大切にし、個別面談以外でも対話の機会を確保している。利用者の生活場面に寄り添った会話がニーズ把握につながっており、意思決定支援の重要なプロセス（意思表示支援）の機会となっている。今後も対話の質の向上に向けた取組みが期待される。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>各ホームで「TO DOリスト」を作成し、要望への対応状況が整理・可視化されている。実施期限や担当者が明確で、巡回による相談体制も整っているため、要望対応の漏れ防止につながっている。今後も振返りを継続し、改善点を積極的に取り入れることが望まれる。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>リスクマネジメントのマニュアルが整備され、「事故報告書」は法人内で集約・分析されている。リーダー会議で共有し改善につなげる取組みが継続されており、ヒヤリハット提出の活発さからも職員の意識の高さがうかがえる。</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 | a ・ ① ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「感染症対策マニュアル」が整備され、基本的な予防策は職員間で共有されている。ただし、マニュアル更新の頻度に課題があり、最新の知見や専門的助言を取り入れた見直しが求められる。定期的な改善により、より実効性の高い対策が期待される。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>災害BCP（事業継続計画）や災害時の「職員対応チェックリスト」が整備され、定期的な訓練も実施されている。実効性を高めるため、今後も訓練結果の振返りと改善を継続されたい。</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 ・ ① ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「支援手順書」が各ホームごとに整備され、全職員に共有されている。ミーティングでは手順変更点や服薬方法の確認が丁寧に行われており、新任職員でも安心して支援できる体制が整っている。理解度を確認する仕組みを整えることで、さらなる質の向上が期待される。</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 ・ ① ・ c |
| <p><コメント></p> <p>個別支援会議やミーティングで支援方法が随時見直されているが、内容が個別支援計画へ十分に反映されないケースがある。両者の整合性を意識した運用を強化し、見直しの結果を個別支援計画に確実に反映させる仕組みの構築が望まれる。</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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>アセスメントに対する職員の理解が深く、情報収集と見立てが丁寧実践されている。半期ごとの見直しだけでなく、日々の支援の中で継続的にアセスメントする姿勢は事業所の強みである。正規、非正規の別なく、職員ごとの記録の精度にばらつきをなくす等、記録の質向上にも取り組むことで、よりの確な支援につながる。</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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>日々の記録に個別支援計画の視点が入り入れられ、見直しにも活かされている。一方で、非正規職員への周知に課題が見られるため、丁寧な説明と情報共有の強化が必要である。共有方法の工夫により、さらなる質向上が期待される。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>必要な記録は加算に関するものを含め適切に残されている。これらが各ホーム内で共有され、その後、事業所内で共有されている。ホームごとのミーティングでは、日々の記録を基に話し合いが行われ、活用されている。記載する職員によって、文章表現や精度に多少の差異はあるもののモレはない。ホームごとの即時性を要する共有には、スマートフォンも活用されている。</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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「文書管理規程」には保存・廃棄に関するルールが明記されているが、現場の運用には一部不徹底な点が見られた。利用者情報を含んだ文書や記録は適切に施錠管理されているものの、管理状態をチェックする仕組みがない。運用状況の定期的な点検を実施することで、より安全性が高まる。</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> 外出・金銭管理・飲食等の生活場面において、第三者の価値観ではなく利用者本人の希望を尊重した支援が行われている。利用者が経験を重ねることで意思形成につながっており、事業所の強みといえる。今後も、本人の主体性を引き出す継続した関わりが期待される。 | | | |

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> 権利擁護の取組みが法人・事業所ともに丁寧に実施され、研修頻度も高い。虐待防止センターとの連携も機能しており、事例を支援改善に活かす姿勢が確認された。今後は、さらに啓発活動を広げ、職員全体の理解促進をより高めることが期待される。 | | | |

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 | ③ ・ b ・ c |
| <コメント> 一人暮らしを希望する利用者に対して、公共交通機関の利用練習等のSST（ソーシャルスキルトレーニング）を実施し、行動範囲が広がった事例が確認できた。金銭管理支援として小遣い帳の活用も適切に行われている。継続的な支援により、さらなる自立度向上が期待される。 | | | |
| 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 | ④ ・ b ・ c |
| <コメント> コミュニケーションが難しい利用者に対し、ジェスチャー・筆談・指さし等の多様な手法を用いた支援が行われている。意思の取違いを防ぐために職員間での共有が徹底されており、意思表示支援としての機能が維持されている。 | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------|-----|-----------|
| 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 | a ・ ⑤ ・ c |
| <コメント> 居室等の落ち着いた環境で相談の機会を設け、休日の過ごし方や人間関係に関する悩みにも丁寧に対応している。意図的なコミュニケーション技法の活用も確認され、相談体制として適切である。今後は、相談内容の傾向分析にも取り組むことを期待したい。 | | | |
| 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 | ⑥ ・ b ・ c |
| <コメント> 夜間の支援が中心であり、余暇支援については居宅介護事業所等との連携により必要な支援が確保されている。サービス管理責任者がヘルパーを兼務することで柔軟な支援が実現している。支援内容を整理し、共有することで質の向上を図っている。 | | | |
| 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 | ⑦ ・ b ・ c |
| <コメント> 個別支援会議では氷山モデルやABC分析を活用し、行動背景を丁寧に整理している。法人全体でも共通理解が進み、課題解決のアプローチとして定着している点が特徴的である。継続的な活用により、支援の質が一層高まることが期待される。 | | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| 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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画を意識して支援しており、非正規職員にも周知されている。エンパワメントの考えから、基本的には本人にできることは自分でいき、必要最小限の支援に留めている。食事メニューには本人の希望を取り入れ、必要に応じて食べやすい柔らかさで提供する等の工夫がある。課題として、日々の生活記録が個別支援計画とリンクするような意識付けを期待したい。</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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>築年数によりホームの快適性に差があるものの、DIY（自家製作）や備品整備により可能な範囲で環境改善が進められている。中長期的な改修計画を整理し、安全性・快適性の向上を計画的に進めることで、利用者の生活の質向上を図りたい。</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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>ADL（日常生活動作）にリハビリ要素を取り入れ、自立支援の視点を大切にした関わりが行われている。一方で、訪問看護師等からの助言が訓練内容に十分反映されていないため、専門職との連携を強化し、より効果的な機能訓練につなげることが望まれる。</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></p> <p>健康状態の変化に対し、訪問看護師の助言に基づいて迅速かつ適切な医療機関への受診につなげ、症状改善が見られた事例がある。訪問看護師の定期訪問により平常時の状態把握が進み、状態変化への早期対応が可能となっている。今後も、連携体制の維持と情報共有が重要となる。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「服薬チェックリスト」と訪問薬局による一元管理により、誤薬防止が徹底されている。家族・職員の負担軽減にも寄与しており、慢性疾患への服薬管理も適切に行われている。今後も確認体制を維持し、継続的な運用改善が期待される。</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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事業所として、主体的な学習機会は多くないものの、居宅介護事業所や法人内の日中支援事業所との連携により必要な支援が確保されている。利用者の希望に応じた選択肢をさらに広げるため、日中支援事業所等との連携強化が今後の課題となる。</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><コメント></p> <p>支援度の高い利用者が多く、一人暮らしの希望者は少ない。しかし、サテライト型住居の可能性も視野に入れ、相談支援専門員と連携して日頃から希望や不安を丁寧に聴き取っている。将来の暮らしの選択肢を考える基盤づくりとして適切といえる。</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> 家族とは連絡帳や電話、面談等でこまめな情報共有が行われ、体調変化時には迅速な連絡・相談がなされている。保護者会は組織されていないものの、その都度の相談には丁寧に対応している。今後は、家族との意見交換の機会を増やす工夫を期待したい。 | | |
| 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 | | |