

## 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なみ	種別：共同生活援助	
代表者氏名：木村 美紀	定員（利用人数）：27名（26名）	
所在地：愛知県名古屋居南区元塩町2丁目6番地1		
TEL：052-619-6052		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成27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：10名	非常勤職員：25名
専門職員	(管理者) 1名	(看護師) 1名
	(サービス管理責任者) 1名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)

### 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、広げていく。  
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

- ・「だれもが自分らしく生きるために、ひとり一人の願いを大切にできる」支援をサービス管理責任者が中心に、質の高い専門的な統一した支援を目指します。
- ・特に高齢期による特有の障害や疾病の理解を深め、介護技術の向上を目指します。また、終末期を迎えた方を支える体制づくりを医療機関、介護保険分野等の地域の社会資源との連携を強化します。成年後見制度の利用を推進します。
- ・グループホームエール10周年記念行事の準備を進めます。
- ・ホームみのりの建物の老朽化と不便さの解消の為に内装工事に着手します。
- ・関係者と連携し、ベトナム人材の育成の仕組みを整備できるよう努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

①利用者支援

- ・一人ひとりにあった暮らしの支援として、高齢期による特有の状態の理解や支援方法、また介護技術研修等を通じ、より適切な専門性を高めます。
- ・サービス管理責任者を中心に、利用者のねがいやニーズを掘り起こし、利用者視点に沿った個別支援計画を作成します。また、現場会議を通じて、記録を共有しながら、適切な支援方法を模索します。
- ・医療の専門職看護師は、医療や看護の立場から健康管理や医療行為を行い、利用者の生活を多方面からサポートする業務を整備します。また、法人内外の専門職と連携し、医療的ケアやリハビリに対応できる体制づくりを進めます。

②地域との連携

- ・「地域の中でのホーム」という位置づけを明確にするためにも、町内活動へは積極的に参加します。
- ・長年継続している地域消防団との防災訓練を実施し、地域との関係性をよりよくしていきます。また、元塩地域の他事業所とも連携し、SDGs委員会の活動を通じて、地域貢献活動に積極的に参加します。

③職員育成

- ・障害理解や介護技術の学習を深め、利用者の変化に合わせて必要なスキルを身に着けます。認知症や高齢分野の支援、身体介護については職員全体で学習し、支援の統一を図ります。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年8月5日（契約日）～ 令和8年4月8日（評価決定日）  【令和8年2月16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

#### ◆労務環境と支援環境

「支援記録」の作成や出退勤管理、情報共有等に、専用ソフトを用いたICT化により業務省力や業務改善を進めている。労働安全衛生委員会による労務環境＝利用者のサービス環境のチェックおよび改善を行い、生活しやすく働きやすい環境づくりに努めている。働きやすさがサービス向上につながるという意識の下、働き方や家庭状況を考慮した勤務調整、相談窓口の設置等、職員個々が安心して働き支援できる職場となるためのトータルな仕組みづくりと配慮がなされている。

#### ◆「業務マニュアル」を基にした適正支援

「業務マニュアル」が整備されており、その内容に基づいて支援が提供されている。職員間で支援内容にばらつきが生じないように、統一した支援体制の構築に取り組んでいる。「業務マニュアル」は、年1回の見直し機会が設けられ、これ以外にも必要に応じた適宜の更新が行われている。変更箇所は会議で検討、決定され、「申し送りファイル」等を通じて職員に周知し、的確に支援に反映されている。また、「業務マニュアル」には、利用者ができることと職員が支援する部分が明確に記載され、支援の境界が整理されている。これにより、利用者のエンパワメントを損なわない適正な支援を心掛けている。

#### ◆高齢期のニーズ対応

高齢化する利用者のニーズに応えるため、医師の指導の下、理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションが実施されている。また、この内容を参考にして、日常生活の中でも継続して取り組みが行われており、その内容は個別支援計画にも反映されている。定期的なモニタリングも行われ、支援の見直しに活かされている。グループホームでの支援では、他に例を見ないニーズ対応であり、評価できる。

### ◇改善を求められる点

#### ◆モニタリングの活用

毎年、利用者アンケートによる満足度調査を実施して結果を集計している。また、職員による支援の振り返りとして、毎年第三者評価を受審し、結果を職員会議で共有して支援上の課題を明確にしている。しかし、いずれのモニタリングも、実際のサービスに反映させる手立てが整っていない状況であり、活用方法に改善が必要である。サービス向上に向けては、PDCAサイクルに沿った組織的な体制の整備と、そのための適正な手立てを考えていきたい。

#### ◆人事制度の構築

人事考課システム導入検討委員会が設置され、制度の検討が開始された。これを機会に、キャリアパスを見据えた適正な人事基準に向けての改善を期待したい。また、職員一人ひとりが目標を設定し、評価して課題改善を行い、次の目標に向けるツールとしての目標管理についても、職員育成の重要なツールとして人事制度の一環と捉えて導入を考えていきたい。これらの制度は、分かりやすく公正で、誰もが将来設計できるようなものとしたい。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価結果の「総評」を踏まえ、以下の改善点について、障害福祉サービスの質的向上を目指し、事業所全体として組織的に取り組んでまいります。

- ・人事考課への取り組み
- ・モニタリングの活用方法の見直し

これらの課題について、事業所全体で準備および改善を進め、組織体制の強化を図ってまいります。

## 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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 理念、基本方針はホームページに公開され、事業計画の冒頭にも示されている。事業所の施設案内の中にも理念が明示されている。職員に対しては、周知への特別な機会を設定されていない。利用者への周知は、自治会連合会において説明がなされる。ただ、理解しやすいよう分かりやすく説明した資料等はないため、配慮と工夫が求められる。			

##### 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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ きょうさ連、グループホーム連絡会、自立支援協議会等の団体での会合を通しての情報収集により、関連する福祉動向を把握している。法人のグループホーム所長会議に毎回收支報告を挙げており、データを共有して状況認識をしている。ただ、分析の点では明確な精査に至っていない。			
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	①a ・ b ・ c
＜コメント＞ グループホーム所長会議では、共通課題である利用者の高齢化対策や建物の老朽化等について検討、協議している。事業所内での問題点については、毎月の運営会議に出されており、個別課題ごとに対策を検討して決定し、職員会議で周知している。			

##### 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	①a ・ b ・ c
＜コメント＞ 5年間の法人中長期計画が策定され、事業所を含む部内ごとの実施予定事項が年度ごとの「工程表」として示されている。また、この法人計画を受け、地域生活支援部門の中長期計画も策定されており、医療や高齢期終末対応、強度行動障害対策、建物整備等、ホームごとの特有な事項への対策としてロードマップが明示されており、中長期の目標と対策が明確にされている。			
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＞ 法人中長期計画と地域生活部門の計画を捉え、事業所の単年度計画が策定されている。ただ、実施項目の中に「努める」や「着手する」、「実施する」等の目標値の曖昧な点も多いため、数値化等により実効性のある具体的な計画策定が求められる。			

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> 事業計画のモニタリングとして、中間総括、年度末総括を、会議を開催して検証している。また、現場会議や職員会議の中でも、事業の実施状況に関する意見交換がなされ、論点を運営会議に挙げて検討し、次年度計画に反映させている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 利用者に対しては、事業内容については個別支援計画のモニタリング時に説明が行われるが、事業計画そのものの説明機会は設定されておらず、また分かりやすくした資料等も作成されていない。利用者は支援の主体であり、自らが受ける支援内容を理解し同意を得る必要がある。事業者としての説明責任を果たし、インフォームドコンセントを得ておきたい。		

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> 毎年利用者アンケートを実施し、結果を集計している。また、職員による支援の振返りとして、毎年第三者評価を受審して課題を明確にしている。しかし、いずれのモニタリングも、実際のサービスに反映させる手立が整っていない状況である。サービス向上に向けては、PDCAサイクルに沿って組織的な体制と検討機会を持ちたい。		
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> 利用者調査や職員自己評価等の調査結果から、現状での課題は抽出され明らかになっている。一方で、改善策等の検討や改善計画の作成といった手順や書類が不明瞭であり、この点で課題が残る。		

## 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	a	ⓑ	c
<コメント> 管理者は、法人会議での決定を受けた具体的な方向性や自らの方針を、運営会議をはじめ職員会議や現場会議にて職員周知し、方策にブレが無いよう取り組んでいる。管理者の職務分掌に関しては、明確に文書化された形では確認できなかった。				
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> 所属団体の管理者研修の他、学習会等にも参加して情報を把握しており、法令等の内容を理解している。周知すべき法改正等については、職員会議にて説明しており、参加できない職員へは回覧による周知を行い、コンプライアンスの徹底を図っている。				
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、運営会議から職員会議、現場会議まですべての会議に参加し、課題改善に向けた助言や指示を行っている。また、年1回全職員の面談を行い、それぞれの意向やアイデアを支援に活かす取組みを行っている。				
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> 法人本部と連携し、業務改善を進めている。支援記録の作成や出退勤管理、情報共有等のICT化を進める一方、労働安全衛生委員会による労働環境のチェックおよび改善を行っている。経営課題の協議、検討は運営会議にて行い、自らが会議の先導的役割を果たしている。				

### 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	a	ⓑ	c
<コメント> 人材確保に関する方針や計画等は確認できなかった。定着、育成に関しては、知識とスキルを修得するための研修参加が計画の中に示されている。介護技術、強度行動障害研修等に積極的に職員派遣し、支援力向上に努めている。				
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> 現行は終身雇用を前提とした年功序列のキャリアパスであるが、人事考課システム導入検討委員会が法人内に立ち上がった。キャリアパスの再検討をはじめ、人事基準や目標管理等、山積みの懸案事項がある。誰もが分かりやすい形で、将来設計のできる制度設計が望まれる。				
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	ⓐ	b	c
<コメント> 勤務管理ソフトを用いて時間外や休暇等の管理を行っている。また、働き方や家庭状況を考慮した勤務調整、相談窓口の設置等、職員個々が働きやすい職場となるためのトータルな仕組みづくりと配慮がなされている。				

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>人事考課システム導入検討委員会が法人内に立ち上がった。職員個々が目標設定と評価で課題改善し、次の目標に向ける、といった目標管理に関して、職員育成の重要なツールとして人事制度の一環と捉えて導入を考えていきたい。</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>事業計画の中では、職員育成として研修参加を奨励している。事業所の「年間スケジュール」の中に研修の予定が組み込まれている。ただ、研修を一事業として捉え、目標を持った計画性のある形には至っておらず、よって内容や実績評価できるシステムではない。計画に沿った実効性のある研修事業を進めたい。</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	①a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の階層別研修、事業所内でのテーマ別研修の他、外部研修への参加も行う。また、職員会議での伝達研修（研修報告）を実施している。職員配置の厳しい中、より多くの研修機会が得られるよう、最大限の配慮がなされている。</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	①a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習指導者を擁し、社会福祉士実習を受入れている。「実習マニュアル」に沿って独自の実習プログラムを作成し、実習指導を行っている。指導者は、研修や養正校等との意見交換の場に参加することで、指導力向上を図っている。</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>法人ホームページに、概要、事業計画・報告、決算等々の様々な情報が公表されている。苦情解決や第三者評価結果等も公開することで、さらなる透明性向上が期待できる。事業所に関しては、ホームページ情報以外に独自の広報活動は、保護者通信を除いてはなされていない。地域生活支援という事業所の独自性を、個別に広報できるツールを考え、地域発信していきたい。</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	①a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者と事務員（日中サービス支援型の事業類型をとる事業所「まーぶる」との兼務）とが連携し、事務・経理を進めている。管理ソフトを用いた事務を進め、月次の出納チェックの他、監事による内部監査を実施する等、一定の透明性は担保されている。</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	①a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに、「法人が目指すもの」として「誰もが安心して暮らせる地域をつくるため」との記載がある通り、地域とのつながりを大切にしている取組がある。学区の祭りや区民祭りへの参加、地域消防団との防災訓練の実施、その他買い物や通院時での交流等、地域との日常的な関わりを持つ。利用者が地域の一員として生活するための支援を手掛けている。</p>		

<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>&lt;コメント&gt;  ボランティアの受入れ実績がない。ボランティアは、利用者と地域を結ぶ人的資源であり、利用者にとっては、個々の社会性伸長が期待できる。ボランティアとの関わりは、利用者外出時の補助等、利用者のニーズもあると聞く。受入れ手順の整備や担当者の配置等、受入れ体制を整え、前向きに受入れを進めたい。</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>&lt;コメント&gt;  利用者個々に必要な資源は、相談支援専門員との連携調整でそれぞれ明確になっており、利用時に即対応できる仕組みがある。自立支援協議会ははじめ関係団体とは定期会合を持ち、情報共有や共通課題の検討等を行っている。法人内の地域生活支援部の会議での地域情報の共有等、地域との連携は図られている。</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	a ・ ㉒ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  自立支援協議会や相談支援事業所からの情報等で、一定の福祉ニーズは把握している。関連団体への会合への参加によっても様々な情報を入手できるが、地域住民のニーズや地域生活上の課題等の暮らしに直結する問題等についても、情報を収集して気を配りたい。</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>&lt;コメント&gt;  SDGsに共感し、大量消費や使い捨て社会に配慮した支出を心掛けている。地域では、清掃活動への参加、消防団との連携による防災訓練等を実施している。地域の住民という視点に加え、障害者支援の専門性を活かした地域貢献も考えていきたい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念および基本方針は策定され、ホーム内に掲示されている。職員には法人が作成した「ハンドブック」が配付されており、職員会議や研修を通じて内容の周知が図られている。しかし、教育は実施されているものの、職員個々の理解度を把握する仕組みは整っていない。今後は理解度の確認や効果測定を導入することで、教育の質の向上を図りたい。</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	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に関する規程が整備され、利用者の生活環境も個室であり、一部の居室にはトイレとバスルームが備えられており、プライバシーが確保された環境が整っている。職員にはプライバシー保護に関する研修が実施されているが、その理解度を確保する仕組みがなく、今後改善が求められる。</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>法人のホームページやパンフレットに加え、事業所独自のパンフレットも作成されており、利用希望者が必要な情報を得やすい体制が整っている。相談支援専門員と連携し、利用希望者にはホームの見学や利用体験を随時実施しており、サービス内容を事前に把握できるよう配慮がなされている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの開始や変更にあたっては、利用者および家族に説明を行い、同意を得ている。資料にはルビを付す他、わかりやすい表現に言い換える等、利用者理解への配慮がなされている。一方で、意思決定が困難な利用者への対応については明確なマニュアルがなく、職員の力量に依存している部分が大いいため、今後の取組みに期待したい。</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、保護者や相談支援専門員と連携して計画的に進めており、移行後もサービス管理責任者が窓口となって必要な支援を継続している。一方で、移行支援を組織的かつ継続的に実施するための明確なマニュアルは未整備であるため、今後は職員間で対応のばらつきが生じないように、手順や基準を明確化し、共通理解を図る体制の整備を望みたい。</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>年に1回、法人では利用者を対象にホームでの生活に関する満足度調査を実施しており、外部機関による調査も併せて行っている。調査結果は職員会議で共有されているが、結果の公表や得られた課題を踏まえた改善の取組みは十分とは言えない。今後は、結果の活用方法や改善につなげる仕組みを整備し、質の向上に向けた取組みの強化が求められる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みは整備されており、その内容は「重要事項説明書」に記載され、利用者および家族に説明されている。苦情内容は職員会議で共有され、対応の見直しに活用されている。一方で、苦情の公表は十分に行われておらず、透明性向上に向けて改善の余地が残る。</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>&lt;コメント&gt; 各利用者には担当職員が配置され、生活空間にも職員が常駐することで、相談しやすい環境づくりが意識的に図られている。相談内容は「業務記録」や「申し送りノート」に記録され、必要に応じて会議で共有される等、適切な情報管理が行われている。</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>&lt;コメント&gt; 利用者からの意見や要望は記録ソフトに入力され、職員間で共有されている。内容に応じて会議で対応が検討されるが、対応完了の確認が漏れることがあり、継続的なフォローが課題となっている。今後は、対応状況を一元的に管理し、完了まで確認できる仕組みやマニュアルを整備することで、統一した支援体制を構築されたい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 安全衛生委員会では、ヒヤリハット事例について要因分析と対応策の検討が行われ、決定事項は会議や書面で職員に周知されている。ヒヤリハットや「事故報告書」は定期的に確認、分析され、改善に向けた取組みが進められている。また、「事故対応マニュアル」や「対応フローチャート」が整備され、教育も行われており、事故発生時の対応手順は明確化されている。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 感染症BCP（事業継続計画）は整備されており、感染症予防に関する研修や職員教育も実施されている。しかし、感染症予防の教育においては、手順の文書化が不十分であったり、各ホームの実情に合致していない点が見受けられる。そのため、マニュアルの整備を進めるとともに、各ホームの状況に合わせた内容への見直し、周知、教育を充実させることが望ましい。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 「非常災害対策計画」が作成されており、年2回の避難訓練も実施されている。訓練は消防団と連携して行われ、災害時を想定した地域避難所への避難も実施している。また、「備蓄リスト」も毎年確認されている。一方で、災害時の安否確認は「電話連絡網」が中心であるため、より迅速かつ効率的に情報共有ができる方法も検討されたい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 「業務マニュアル」が整備されており、その内容に基づいて支援が提供されている。利用者の重度化に伴い、個々の状況に応じた支援が中心となってきている。職員教育についてはOJTを通じて指導が行われ、支援の流れを共有しながら、職員間で支援内容にばらつきが生じないように、統一した支援体制の構築に取り組んでいる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 「業務マニュアル」については、年1回の見直し機会が設けられ、必要に応じた適宜の更新が行われている。変更箇所は会議で検討して決定され、「申し送りファイル」等を通じて職員に周知され、支援内容へ適切に反映されている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画はアセスメントに基づき、利用者・保護者に加えて、ヘルパー、理学療法士、医師等の日常的に関わるホーム外の関係職種の意見も集約した上で、サービス管理責任者が作成している。計画内容については、利用者本人および保護者に説明し、同意を得たうえ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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>半年ごとに個別支援に関する会議を設け、計画作成時と同様に関係者から意見を集約し、見直しと評価を行っている。見直し後の内容は職員会議や「申し送りファイル」を通じて周知され、支援に反映させている。また、利用者の状況に変化が生じた場合には、その都度会議等で協議し、随時計画の見直しが行われている。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の利用者の様子は業務記録ソフトに入力され、「申し送りファイル」も併用しながら、利用者の状況や業務に関する情報共有が行われている。一方で、職員によって記録内容にばらつきが生じていることが課題となっているため、教育や指導を通じて記録の質を均一化する取組みに期待したい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務記録ソフトにアクセスするためのパスワードが設定されており、権限のある職員のみが閲覧できるよう管理されている。文書管理についての規程が整備され、研修を通じて職員への教育が行われている。書類は鍵付きロッカーで保管され、適切な管理が図られている。</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 a · b · c
<コメント> 利用者の要望にはその都度対応し、外出や買い物等では、意思や好みに合わせて選べるよう配慮している。また、利用者の要支援度に応じてグループ分けを行い、無理なく参加できる活動を提供している。グループホームの生活では一定のルールがあるが、問題が生じた際には職員と利用者との話し合いの場を設け、速やかな解決に努めている。		

### 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> 虐待防止委員会が設置され、虐待に関するマニュアルも整備されている。職員会議では事例を用いた検討が行われ、ハンドブックを活用した職員教育も実施されている。しかし、正規職員への教育は実施されている一方で、非正規職員への教育は十分とはいえない部分があり、今後は非正規職員も含めた教育体制の充実が求められる。		

### 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	① a · b · c
<コメント> アセスメントや個別支援計画に基づき、必要最小限の支援に留めつつ、利用者主体の支援が行われている。「業務マニュアル」には、利用者ができることと職員が支援する部分が明確に記載され、支援の境界が整理されている。また、専門職からの助言も積極的に取り入れ、支援に反映させている。		
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> 利用者の状況に応じて、言語によるコミュニケーション、視覚的な支援、専門機器を用いた方法等、多種・多様な手段を活用しながらコミュニケーションが図られている。意思表示が難しい利用者に対しては、複数の選択肢を提示し、答えやすい工夫をする等、障害特性に応じた配慮がなされている。		

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	① a · b · c
<コメント> 半年に1回、定期的に話し合いの機会を設け、相談内容は記録した上で職員間で共有し、必要に応じて支援へ反映させている。また利用者には、相談があればいつでも話を聞くよう伝えており、個別相談にも随時対応している。相談内容は業務記録ソフトや「申し送りファイル」を用いて共有され、支援に適切に反映させている。		
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	a · ② · c
<コメント> 誕生日会や季節に合わせたイベントを実施しており、ヘルパー外出や地域の祭り、旅行等も利用者の希望を反映しながら行われている。今後は、利用者のニーズに応じて、日常的に楽しめる余暇活動やレクリエーションをさらに充実させることで、一層の満足度向上を図りたい。		
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> 介護福祉士の専門性や強度行動障害への理解を踏まえ、利用者の障害特性に応じた支援が提供されている。また、外部研修への参加によって職員の知識向上も図られている。しかし、研修参加者が学んだ内容を事業所内で共有し、内部研修として還元する仕組みが十分に整っていないため、今後は内部研修を充実させ、職員全体の理解を深めたい。		

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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴は機械浴が設置されており、介助度の高い利用者にも対応できる体制となっている。支援は「業務マニュアル」に沿って行われ、状況に変化があれば随時見直されている。食事については食事形態への配慮は行われているものの、メニュー選択における利用者の意見が十分に反映されていないため、今後は利用者の意見を反映できる仕組みづくりに期待したい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室はすべて個室となっており、利用者の好みを反映した環境が整えられている。共有スペースは職員が清掃や整理整頓を行い、必要に応じて居室の整理も支援し、常に清潔な環境が保たれている。また、ホーム内で修繕が必要な箇所については、その都度速やかに対処されている。</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>理学療法士や作業療法士、医師等の専門職からの助言を基に、リハビリテーションが実施されている。日常生活の中でも継続して取組みが行われており、その内容は個別支援計画にも反映されている。また、定期的なモニタリングも行われ、支援の見直しに活かされている。</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>毎朝バイタル測定を行い、利用者の健康状態を記録している。体調不良時等、必要に応じて看護師へ報告し、適切な対応が取られている。日中の様子については他事業所とも情報共有を行い、往診や訪問看護と連携しながら健康面のサポートを行っている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>服薬管理は「薬カレンダー」を用いて準備しており、投薬ミスが生じにくい工夫がなされている。緊急時における応急手当に関するフローチャートは作成されているものの、実際の場面を想定した対応訓練や教育は十分に実施されていない状況である。今後は現場で確実に対応できるよう、教育や研修の強化が望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者から外出の希望があれば、ヘルパーの調整や職員の付添いによる外出が実施されている。また、利用者の希望に応じるだけでなく、職員が新しい体験の機会を提供し、利用者の選択肢を広げる取組みも始めている。今後も、利用者がより多様な体験を得られるよう、新しい活動の機会を拡充されたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年、地域移行に関する意向調査を実施し、希望がある利用者については相談支援専門員と連携して見学を行っている。移行や利用者の目標達成に向け、必要な生活スキルの習得支援も行われているが、今後は、利用者がより具体的に目標に取り組めるよう、支援内容の明文化（期限や目標値の設定等）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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 定期的に利用者の様子を報告し、ケガや体調不良等の変化があった際には、その都度家族へ連絡している。後見人制度についても、家族の希望に応じて説明の場を設ける等、家族支援が行われている。一方で、コロナ禍以降は電話や郵送での連絡が中心となっているため、今後は事業所と家族双方にとって有益となる対面での交流の機会を設けられたい。		
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		