

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なるお	種別：共同生活援助	
代表者氏名：岡原 真吾	定員（利用人数）：29名（27名）	
所在地：愛知県名古屋市南区鳴尾1-355 ほしざきホーム内		
TEL：052-825-4359		
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20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：8名	非常勤職員：20名
専門職員	（所長）1名	（生活支援員）26名（兼務世話人）
	（サービス管理責任者）1名 （兼務副所長）	
施設・設備の概要	（居室数）29室	（設備等）エレベーター、
		玄関リフト、スプリンクラー
		スロープ 等

③理念・基本方針

★理念

・法人

誰もが笑顔で暮らせる社会の実現をめざして
3つのめざすものと、5つの大切にすることがあります。

・施設・事業所

法人の理念を念頭に置いて実践しています。

★基本方針

- ・「仲間が主人公」を大切に、仲間主体の支援を目指しています。
- ・民主主義を大切に、民主的な組織運営を目指しています。
- ・地域の中で、障害者問題を社会問題ととらえ、多くの団体・個人とともに「障害者のゆたかな未来」を目指します。障害者問題のみならず、様々な社会問題やSDGsなど、ともに考え、行動し、よりよい社会にしていきたいです。

④施設・事業所の特徴的な取組

なるお事業所の中でも、ほしざきホームは、高齢者に特化したホームとして、設計・建設段階より、車いすでも移動しやすく、居室や廊下、お風呂に脱衣所などは広く作られました。ハード面のみならず、入居者に合わせて、医療機関や高齢デーサービス事業所とも連携を取っています。また介護認定をしていただき、ケアマネさんの力もお借りして、介護用品事業所とも関係を大切に、訪問介護や訪問リハビリ・マッサージなどの事業所さんの力をお借りして、当事業所のみでは解決できない問題も、様々な制度・事業所の協力のもと、高齢者の支援にあたってきました。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年6月23日（契約日）～ 令和8年3月11日（評価決定日） 【令和7年12月2日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	1回（令和6年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆各種会議の充実

一人職場となりやすいグループホームでは職員同士のつながりが大切であるが、職員同士が顔を合わせて情報を共有している。さらに、問題や課題を解決する会議体が目的別に複数用意されており、非正規のパート職員も巻き込んだ充実した体制が整っている。

◆利用者の主体性の尊重

利用者の意思を尊重し、個々のニーズに応じた柔軟な支援体制が確立している。支援の過程では、利用者の主体性を重視し、生活の質向上に向けた取組みが着実に進められている。利用者や家族の満足度も高い。

◇改善を求められる点

◆事業計画に関する利用者・家族への周知

事業計画は作成されているものの、利用者および家族への周知が十分とは言えない。ホームページでは、法人の事業計画を確認することはできるが、当事業所の事業計画は確認できない。利用者に分かりやすく説明するための資料がないことも、今後の取り組むべき課題となる。まずは、利用者および家族に周知する仕組み作りが求められる。

◆人事考課制度の整備

年功序列型の人事管理体系となっており、人事考課制度は導入されていない。客観的で明確な指標がないため、昇格に携わる際の主観的な評価が懸念される。職員個々の業績を客観的に判断できる仕組みや、業績に対する職員一人ひとりへのフィードバックするための仕組みが求められる。

◆業務マニュアルの整備

支援の標準となる「業務マニュアル」が未整備であり、職員の力量に依存する部分が残っている。今後は、「業務マニュアル」の整備と定期的な見直しをルール化し、職員教育と連動させる体制を構築することが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今年度も、第三者評価ありがとうございました。多岐にわたる項目につきまして、適切な評価、丁寧なコメントありがとうございました。高評価な項目につきましては、引き続き取り組みを続けていき、低評価な項目については、一つ一つ改善していこうと思っています。今年度においても、第三者評価を御社にお願いしたく、よろしくお願いたします。

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・㉔・c
<コメント> 法人の理念はホームページやパンフレット、事業所内の掲示物等でいつでもどこでも確認できる。また、理念が記載されたクレドカードを全職員が携帯しており、入職時に配付される「ガイドブック」にも記載があり、年度初めの会議では職員に周知する機会もある。課題は、ボリュームある理念であるため、利用者が理解するためには、分かりやすい資料が必要となる。			

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	㉔・b・c
<コメント> 法人内のグループホームの管理者が集まる所長会議や副所長会議、法人全体の所長会議等、目的別の会議が多数開催されており、その中で法令や社会情勢の把握、経営状況等についての情報共有を行っている。特に、多くのグループホームを展開している中、横のつながりを大切にし、利用率や利用者の移行状況等の情報収集に努め、状況の把握と分析に力を入れている。			
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・㉔・c
<コメント> 法人全体の課題については、事業種別を超えた所長会議にて情報を共有し、グループホームが抱える課題については、グループホームの管理者が集まる所長会議にて明確にしている。管理職同士での情報共有は行われているが、その情報が現場職員に十分に伝わる仕組みが弱く、必要な情報が行き届いていない。その仕組み作りに期待したい。			

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	㉔・b・c
<コメント> 第7期長期計画が作成されている。今年度がその初年度に当たり、2029年度までの5ヶ年計画となっている。各事業本部ごとに評価および総括を行った上で、重点課題や事業所ごとの目標等が示されており、丁寧に作り込まれている。数値目標は決して多くはないが、具体的な内容で示され、法人および事業所における事業計画の目指すべき方向性を示している。			
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・㉔・c
<コメント> 法人が定めた第7期長期計画を踏まえ、各事業所において単年度計画が作成されている。ただ、法人の目指すべき方向に対して、事業所における計画の内容が必ずしもつながっているとは言えず、長期計画と単年度計画の連動面に課題を要する。また、計画がいつでも誰でも目に触れる環境ではなく、特定のパソコン内にデータがあることも周知の観点で改善されたい。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 単年度計画においては、半年後の中間評価と、年度末の終了時評価が行われ、組織としても作成時期や理事会等への報告手順も明確になっている。評価および次年度の事業計画作成にあたっては、所長や副所長を始め現場の正規職員も参画する等、複数の職員が関わっている。職員への周知については、職員会議等で周知する仕組みは整っている。		
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> ホームページでは、法人の事業計画を確認することはできるが、当事業所の事業計画は確認できない。利用者および家族等への周知を目的とした配付も行われていない。利用者に分かりやすく説明するための資料がないことも、今後の取り組むべき課題となる。まずは、利用者および家族に周知する仕組み作りが求められる。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		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	① ・ b ・ c
<コメント> 入社時に配られる「ハンドブック」には、理念をはじめ利用者支援に必要な心構えや基本的な考え方が示されている。毎月行われている会議にて数項目の読合わせを行い、サービスの質的向上に努めている。PDCAサイクルを機能させている一番の仕組みは、全職員が関わる各種会議にあり、その中で、サービスの質についての話し合いが行われ、評価および改善につなげている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 中間評価や年度末の評価で事業計画を総括し、次年度に行うべき課題を明確にしている。サービスの質の評価を行うツールとして第三者評価を活用し、自施設の課題を明らかにしている。ただ、評価者の基準が昨年度と同一ではなく、自己評価および課題の抽出の着眼点が異なっているため、前年度の評価結果と今回の自己評価のつながりが明確でないことから、連動を求めたい。		

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	a	ⓑ	c
<コメント> 誰がどのような仕事をすべきか、仕事を遂行するためにどのような権限が必要なのかについては、暗黙の了解で決められており、明確な「職務分掌」が記載された文書は確認できなかった。管理者不在時については、2人の副所長が配置されており、万が一の場合には所長（管理者）と24時間体制で連絡が取れる環境が整っており、指示をいつでも仰ぐことができる。				
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> 「虐待防止法」では全職員への教育を、「消防法」においては年2回の避難訓練の実施を、その他各種法令については、「コンプライアンス規程」に基づいて実施している。副所長には経営に関する勉強会に参加させる等、次世代職員の育成も含めた取組が行われている。安全運転講習やSDGsに関する研修を受講する等、社会福祉法人としての責務を果たしている。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> サービスの質の現状を把握する仕組みとして、各種会議体がある。具体的には法人全体の所長会議、グループホームの責任者が集まる所長会議および副所長会、非正規職員も含めた会議等がある。目的別に行われ、その中でサービスに関する課題の抽出、具体的な対応策を決めて改善に努めている。いずれの会議も、職員個々が自由に意見を表明できる「民主的運営」となっている。				
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> 管理者自ら人事、労務および財務等に関わり、あらゆる情報を把握している。人材確保については、正規職員は法人本部が行っているが、非正規職員については管理者が積極的に採用活動に関わり、組織の体制維持に努めている。その他、理事会や所長会議等、複数の会議に管理者自らが関与することで、組織的な運営体制が十分に整っている。				

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> 人材確保ではWEB広告を主としており、一定の応募はあるが、採用から定着までを考えると、思うような採用が困難となっている。正規職員については、計画的に強度行動障害支援者養成研修の受講を進めており、多くの職員が受講している。課題は、非正規職員の多くが高齢であり、事業継続が危惧されていることと、具体的な定着対策が定まっていないことが挙げられる。				
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> 年功序列型の人事制度体系となっており、人事考課制度は導入されていない。評価制度はないが、上司が部下の仕事ぶりを見ながら、昇格等を行っている。客観的で明確な指標がないため、昇格に携わる際の主観的な評価が懸念される。職員個々の業績を客観的に判断できる仕組みや、業績に対して職員一人ひとりへフィードバックをするための仕組みづくりが求められる。				
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り組んでいる。	障16	Ⓐ	b	c
<コメント> 法人が、全職員を対象に「自己申告書」を配付し、異動希望や退職希望、働きやすさや上司との関わり等の情報を収集している。その内容を各事業所の管理者に伝え、職員の意向を把握し、働きやすい職場環境への改善につなげている。職員との面談は申告制ではあるが、機会は用意されている。有給休暇の取得状況や時間外労働の把握に関しても、管理者が率先して関わっている。				

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
<コメント> 職員個々に目標を設定し、その達成度を評価する目標管理制度は導入されていない。そのため、職員の育成は、研修に参加することによって知識や技術を高めることに向けられている。目標管理制度を使った職員個々の成長に向けたPDCAサイクルを確立させるため、まずは、目標を設定することから始めることが望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 法人の事業計画に「人材の確保と育成」が掲げられ、明確な方針を打ち出している。その方針の達成に向けた取組みの一つとして、階層別研修が法人で用意され、正規職員を対象に「期待する職員像」を含めた教育が行われている。非正規職員向けの研修も年3回開催し、順番に受講している。課題としては、研修計画の未作成と、教育・研修の管理体制の脆弱性である。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 正規職員には階層別研修が用意され、手厚い教育体制がある。ただ、職員一人ひとりの研修履歴が管理されていない。研修の受講後に報告書は提出しているが、その研修が現場で生かされているか、サービスの質的向上につながっているか、等を検証する仕組みがない。いわゆる「効果測定」の明確な取組みがないことについても課題が残る。		
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		

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
<コメント> ホームページや毎月発行している広報誌が充実しており、理念や基本方針、サービス内容等の必要な情報を得ることができる。パンフレットでは、法人全体の紹介を分かりやすく紹介している。ただ、第三者評価の受審結果や、苦情を受け付けた際の対応状況が分かる内容の公表が確認できなかった。これらの公表を行うことで、より一層の透明性を確保されることに期待したい。		
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	⑦ ・ b ・ c
<コメント> 法人監事による内部監査が行われ、運営と経理に関するチェックが行われている。定期的に行政による監査を受け、法人契約の会計士がチェックをし、その際に助言や指導を受けられる環境が整っている。財務等を担当する事務員は別事業所と兼務となっているが、管理者も責任者としての立場により、積極的に関わる体制が整っている。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 町内会に加入しており、回覧板が届く。地域で開催される「ペタンク大会」や地区防災会への参加、神社の清掃活動等、地域交流を行う機会がある。ただ、事業所内に6つのグループホームがあり、戸建てのホームでは上記のような関わりがあるものの、マンション等でサービスを提供するケースでは地域との関わりが極端に少ない等、ホームによる格差が課題となっている。		

<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> これまでにボランティアの受入れ実績はなく、その必要性も認識されていない。地域との関わりの手段の一つとして「ボランティアの受入れ」が選択肢として使えるよう、まずは基本的な考え方の検討や受入れマニュアルの作成等、事業所としてその体制整備が求められる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 法人内におけるグループホーム同士の連絡会や相談支援事業所、かかりつけ医療機関、通所先の施設、きょうされん等、必要とされる関係機関は網羅されている。また、管理者が地元の社会福祉協議会の評議員を努める等、数多くの関係機関および人とのつながりを持ってサービス提供を行っている。</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><コメント> 法人内での各種会議や相談支援事業所、社会福祉協議会等、各種関係機関や法人内事業所より情報を収集する仕組みは整っている。ただ、地域住民との交流活動はホームによって大きな開きがあり、地域の福祉ニーズや生活課題を把握するまでには至っていない。今後は、自立支援協議会や障がい者福祉計画等の情報を積極的に入手し、活用することに期待したい。</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 ・ ㉓ ・ c
<p><コメント> ジョギングしながらゴミ拾いを行う「プロキング」の考えを導入し、歩きながらゴミ拾いを行う活動を実施してしている。以前は、地域の防災訓練時に災害時における支援に関する情報提供を行う等の取組みが行われていたが、現在はそのような活動はない。ホームごとの特徴を考慮し、地域貢献としての活動内容や頻度について検討することが望ましい。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員は法人の理念や基本方針を記載した「クレドカード」を常に携帯し、日常業務において意識できるようにしている。また、法人が作成した「ハンドブック」を活用し、研修や読合わせを通じて理念の理解を深めている。さらに、アンケートによって理解度を確認し、職員全体への浸透を図っている。</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	a	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護に関する規程を整備し、内容は法人の「ハンドブック」にも記載されており、職員への教育に活用されている。同性介助を基本とし、プライバシーに配慮した支援に努めている。しかし、支援に関するマニュアルにはプライバシーへの配慮が明記されておらず、今後はマニュアルへの記載を進め、職員が統一した基準で支援する体制の構築を図りたい。</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	a	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></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。法人のホームページやパンフレットには事業所の情報が掲載されているものの、十分な情報提供とは言い難い。今後は、ホームでの生活をより具体的にイメージできるよう、事業所独自のパンフレットや資料を作成する等、情報発信の工夫が求められる。</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><コメント></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し、同意を得た上で文書を残している。説明は主に口頭で行われているが、資料にルビを付けたり、利用者に分かりやすい言葉に置き換えた文章を使用する等、十分な配慮が見てとれる。さらに、家族の意向を尊重し、説明時には複数の職員で対応することで、理解の促進と安心感の確保に努めている。</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><コメント></p> <p>利用者の移行にあたっては、家族や相談支援専門員、ケアマネジャーと連携して進めており、移行後も所長やホーム担当が窓口となって対応している。しかし、移行に関して継続的なサポートを行うための明確なマニュアルがなく、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、仕組みや手順を明文化し、職員間で共有する体制を構築されたい。</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>年に1回、法人による利用者アンケートや第三者評価機関によるアンケート調査が実施されており、その内容は職員会議で周知されている。しかし、事業所独自のアンケートは嗜好調査にとどまっているため、今後は生活やサービスに関する調査の実施が期待される。また、結果を基にした改善策の検討と実施に向けた取組みが求められる。</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><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みを整備し、ホーム内にその説明の掲示物を設置している。現在、苦情は発生していない。苦情につながりかねない事案については、職員が早い段階で対応することで、苦情に発展しないよう努めている。課題としては、苦情がない場合には「苦情なし」の現実を公表することで、苦情の有無が明確になるため、その意思表示の仕組みを構築されたい。</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>利用者から相談の希望があれば随時対応している。内容に応じて居室で対応する等、他人の目や耳を意識したプライバシーへの配慮も行っている。ホーム担当職員を設置して窓口を明確にしており、利用者から個別で相談がある場合には、職員のレターケースを活用することで相談が可能となっている。</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>利用者からの相談内容は、即時対応できるものについては速やかに対応している。内容によっては職員会議で協議し、対応方針を決定している。決定した対応策については会議で職員へ周知し、情報共有や支援への反映を図っている。しかし、対応完了の確認が抜けてしまうことがあり、対応完了までを確実に確認する仕組みやマニュアルを整備する等、改善の余地がある。</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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月の職員会議で、ヒヤリハット事例の報告と対応の周知、事業所内の設備等でリスクとなる場所の確認を行っている。法人の「ハンドブック」には緊急時の対応について記載があり、基本的な対応は教育されている。しかし、事故発生時等、より具体的な事案への対応についてのマニュアルは整備されておらず、作成した上で教育の機会を設ける等、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 ・ ④ ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症BCP（事業継続計画）を整備し、感染症の時期には事業所内で注意喚起を行っている。法人作成の「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、基本的な教育が実施されている。しかし、実践的な研修の機会は十分とは言えないため、今後の研修の充実に期待したい。</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行っている。	障39	a ・ ⑤ ・ c
<p><コメント></p> <p>毎年2回、避難訓練を計画・実施している。災害BCP（事業継続計画）も整備され、書面に落とししたものを備え、いつでも速やかに閲覧できるようになっている。備蓄品の管理も行われており、有事の際の連絡については、年配の職員への配慮としてショートメールを活用している。今後は、より実践的な対応力を高めるための訓練の実施等、取組みの充実が期待される。</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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者への支援は個別対応が主となっており、それに伴う支援に関する文書は整備されている。また、一日のスケジュールに沿った支援についてもマニュアルがある。しかし、標準となる「業務マニュアル」は未整備であるため、今後は基準となる「業務マニュアル」を整備し、それを基にした職員への教育・指導の実施に期待したい。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>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、毎年見直し・更新が行われている。内容についても必要に応じて職員会議等で検討し、周知がされている。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><コメント></p> <p>個別支援計画については、アセスメントを基に、サービス管理者が策定している。作成にあたっては、訪問リハビリや訪問看護の職員、ヘルパー等、日々関わりのあるホーム職員以外からも意見を集約して作成している。計画内容については、利用者本人および保護者に丁寧に説明し、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><コメント></p> <p>半年ごとに個別支援に関する会議を設け、個別支援計画の策定時と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を通じて職員へ周知し、支援に反映させる体制ができている。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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>日々の利用者の様子は、業務支援システムに記録されている。デジタルでの記録に移行しつつも、年配の職員が多いため、記録がしやすいように従来の紙ベースの記録も併用している。しかし、職員によって記録内容に差異が生じている。今後は、必要な情報を具体的に記録できるよう、記録内容の明確化を図り、職員への教育機会を設けて、統一した記録作成に期待したい。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>業務支援システムへのアクセスは、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。書類についても鍵付きのロッカーで管理している。「個人情報保護規程」が整備されており、入職時に法人研修で教育が行われている。しかし、初期教育のみでは意識の定着が不十分であり、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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の特性に合わせてホームごとに自治会を開催し、個々に希望の聞き取りを行って要望を運営に反映させている。ヘルパーを利用した個人外出や、職員が利用者の希望に応じて付き添い外出を行う等、利用者の意向に沿った支援が実施されている。これらの取組みは個別支援計画に基づいて実施されており、利用者の意思や希望を尊重したサービス提供となっている。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>虐待防止に関する規程が整備されている。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され、それを基に教育が行われている。また、年に1回法人主導で、日々の支援に関するセルフチェックのアンケートが実施されており、職員が自身の支援の振り返りをする仕組みとなっている。職員会議では、事例を基にグループワークを行って職員の意識統一を図っている。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>アセスメントおよび個別支援計画に基づいた支援を行っている。手洗いや洗体等のイラスト付きの手順書を必要な場所に掲示し、視覚的に分かりやすくすることで、利用者の自立生活の助けとなるよう配慮している。利用者のADLに変化があった場合は、職員会議で支援内容の検討・変更を行い、日々の支援に反映させる仕組みがある。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>利用者の多く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、選択肢を提示して答えやすくする工夫や、日々の様子や行動から気持ちを汲み取ることを心掛けている。また、保護者や日中活動の場の職員と情報共有を行い、様々な視点から本人の意図を把握するよう努めている。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>年に4回、個別面談を実施しており、日中活動の場でのモニタリングには、サービス管理責任者が同席している。これにより、利用者の状況を直接把握し、支援方針の一貫性を確保している。相談内容は、業務支援システムや「送りノート」に記録して情報共有を図っている。行きたい外出先ややりたいこと等の利用者の要望は、内容に応じて個別支援計画へ反映させている。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>利用者は、日中、作業所に通っているため、休日には個別外出ができるようにヘルパー利用の調整を行っている。また、地域イベントへの参加や買い物外出、ホームでの調理体験等に関しては、職員が付き添いや準備を行い、必要な支援を行っている。さらに、県外等の遠方への外出も含め、利用者の希望を実現するための支援を行っている。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>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。また、外部研修に参加した職員が内部研修を通じて情報共有を行い、職員全体の知識向上に努めている。利用者ごとの支援マニュアルに基づき支援を実施し、一定の成果がある。しかし、一部に職員による対応差が見られるため、今後は均一な支援を徹底する取組みが期待される。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>同性介助を基本とした排泄支援や入浴支援を実施している。食事はクックチル方式（急速冷却法）を採用し、利用者の嚥下状態に応じて食事形態を調整している。嗜好調査を反映したリクエストメニューを提供したり、品数が少ない場合には職員が配慮してメニューを追加する等、利用者の満足度向上に努めている。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>居室はすべて個室であり、利用者の好みや心身の状態に応じて介護ベッド等の必要な設備を整えている。リビングや浴室等の共用部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。また、利用者同士の相性にも配慮し、快適に過ごせるよう工夫している。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ADLの低下が見られる利用者については、職員会議で検討し、法人内のネットワークを活用して適切な専門職と連携しながら機能維持に努めている。作成されたリハビリ計画を基に、専門職がモニタリングを行い、必要に応じて運動内容の見直しを実施している。また、利用者にも目的意識を持たせ、生活の中で、可能な範囲で積極的に動くよう生活リハビリも取り入れている。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎日、医師の指示に基づいてバイタルチェック（検温とSpO₂（酸素飽和度））の測定を行い、利用者の健康管理に努めている。体調面については、日中支援の事業所とも情報共有を行っている。定期通院や訪問看護を実施するほか、医師とは24時間連絡可能な体制を整え、連携を図っている。体調不良時の対応についても、「ハンドブック」を基に職員教育を行っている。</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 ・ ㉠ ・ c
<p><コメント></p> <p>週1回の訪問看護を実施し、必要に応じて通院の付き添いを行っている。応急手当や救急救命については外部研修に参加し、学ぶ機会を設けているが、非正規職員への実施は十分ではない。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、今後はマニュアルの整備と周知が求められる。</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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>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、移動手段や金銭管理の学習機会としている。買い物外出や個人外出、ヘルパー外出は利用者の希望に応じて調整し、県外やテーマパークなどの要望を可能な限り尊重している。また、特定の外出先に偏らないよう、職員が情報提供を行い、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	a ・ ㉠ ・ c
<p><コメント></p> <p>毎年、法人主導で利用者に対し、今後の生活や移行に関する調査を実施している。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、希望に応じて相談支援専門員と連携して対応している。利用者に生活能力はあるものの、移行にあたっては家族の理解を得ることが課題であり、今後は家族への働きかけや支援体制の強化が求められる。</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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 個別支援計画や利用者支援に関する報告・相談について、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。また、ケガや体調不良等、利用者に変化があった際には、都度連絡を取って対応している。保護者の高齢化により交流が減少しており、家族との連携強化が課題となっているため、現在その解決に向けた取組みを進めている。		
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		